



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Hyvä ja turvallinen hoitoympäristö tehohoitopotilaan näkökulmasta

Kebadio, Riana  
Laurila, Pilvi

2018 Laurea



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Yhdessä enemmän*

Laurea-ammattikorkeakoulu

Hyvä ja turvallinen hoitoympäristö tehohoitopotilaan  
näkökulmasta

Kebadio Riana, Laurila Pilvi  
Sairaanhoitajankoulutus  
Opinnäytetyö  
Tammikuu, 2018

Kebadio Riana ja Laurila Pilvi

### Hyvä ja turvallinen hoitoympäristö tehohoitopotilaan näkökulmasta

Vuosi 2018 Sivumäärä 34

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata asioita, jotka tehohoitopotilaan näkökulmasta tekevät hoitoympäristöstä hyvän ja turvallisen. Tavoitteena oli koota olemassaolevaa tutkimustietoa aiheesta ja sen pohjalta laatia kirjallisuuskatsaus Töölön sairaalan neurokirurgian teho- ja valvontaosaston käyttöön. Tällä osastolla hoidetaan pääsääntöisesti keskushermoston sairauksia ja vammoja.

Opinnäytetyön menetelmänä oli kirjallisuuskatsaus, johon haettiin aineistoa eri tietokannoista, jotka olivat Proquest, Melinda, Cinahl, Medic sekä Google scholar tarkennettu haku. Lisäksi aineistoa löydettiin manuaalisesti käymällä jo löydettyjen tutkimusten lähdeluetteloita läpi. Tietokantahakujen sekä manuaalisen haun jälkeen valintaprosessin tuloksena saatiin kymmenen tutkimusta, jotka analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin.

Saaduista tuloksista ilmeni, että potilaiden mielestä hyvä ja turvallinen hoitoympäristö koostui monista eri asioista, kuten esimerkiksi henkilökunnan hyvästä ammattitaidosta sekä vuorovaikutustaidoista, hoitovälineiden ja teknisten laitteiden nopeasta saatavuudesta, luonnollisesta valaistuksesta sekä meluttomuudesta. Hyvä ja turvallinen hoitoympäristö edesauttaa potilaan nopeampaa toipumista ja kuntoutumista. Hoitohenkilökunnan sanallisen viestinnän lisäksi sanattomalla viestinnällä oli potilaille suuri merkitys, varsinkin silloin, kun he eivät olleet tajuissaan. Äänensävyt ja kosketus merkitsivät, sillä potilaat pystyivät niiden avulla orientoitumaan aikaan ja paikkaan, mutta myös nämä toivat myös turvaa sekä rauhoittivat heidän mieltään. Yksityisyyden ja yksilöllisyyden huomioiminen nousivat esille monessa tutkimuksessa. Potilaat kokivat yksityisyyden huomioinnin toteutuvan parhaiten yhden hengen huoneissa.

Jatkotutkimusta voisi tehdä esimerkiksi siitä, miten nämä tekijät tällä hetkellä näyttävät vaikapa juuri Töölön sairaalan neurokirurgisella teho- ja valvontaosastolla. Miten potilaan näkökulma on otettu huomioon ja miten sen huomioimista voisi entisestään kehittää?

Asiasanat: tehohoitopotilas, tehohoito, potilasturvallisuus, hoitoympäristö

Kebadio Riana and Laurila Pilvi

**Good and safe Healthcare environment from Intensive care patient´s point of view**

Year	2018	Pages	34
------	------	-------	----

---

The purpose of this bachelor´s thesis was to describe the factors that from an intensive care patient´s point of view make the healthcare environment good and safe. The aim was to compile existing research data on the subject and to prepare on the basis of it a literature review for the Töölö Hospital´s Neurosurgery Intensive care and Observation ward. This department primarily treats diseases and injuries of the central nervous system.

This thesis is a literature review. The research data was obtained from five different database systems, Proquest, Melinda, Cinahl, Medic and Google scholar´s advanced search. Material was also found manually by going through the bibliographies of the studies found. As a result of the database searches and the manual search ten researches were obtained.

The results indicates that in the patients´ view a good and safe care environment consisted of a variety of issues, such as good professional and interaction skills, rapid availability of care and technical equipment, natural light and a quiet environment.

A good and safe healthcare environment contributed to the patient´s quicker recovery and rehabilitation. Non-verbal communication of the nursing staff was as important as verbal communication, especially when patients were unconscious. The way how they were touched and talked to was also important to the patients because of them they were able to orientate in time and place. These matters also calmed down the patients and gave them security. Many studies indicate that the observance of privacy and individuality were important to ICU patients. They felt that their privacy was fulfilled the best in single rooms.

A further study could show how these observations are currently appearing in Töölö Hospital´s Neurosurgery Intensive care and Observation ward. How has the patients´ perspective been taken into consideration and how it could be further improved?

Keywords: intensive care patient, intensive care, patient safety, caring environment

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Hyvä ja turvallinen hoitoympäristö.....	8
	2.1 Potilasturvallisuus.....	8
	2.2 Hoitoympäristö.....	10
3	Tehohoitotyö.....	10
	3.1 Tehohoitoympäristö.....	11
	3.2 Potilaana teho-osastolla.....	12
	3.3 Neurokirurginen tehohoito.....	13
4	Opinnäytetyön toteutus.....	15
	4.1 Hankeympäristön kuvaus.....	15
	4.2 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys.....	15
5	Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus.....	15
	5.1 Tutkimusaineiston hankinta.....	16
	5.2 Tutkimusaineiston analyysi.....	18
6	Tulokset.....	21
	6.1 Potilaan fyysinen ympäristö.....	21
	6.2 Potilaan yksityisyys ja yksilöllisyys.....	22
	6.3 Potilaan läheiset.....	23
	6.4 Hoitohenkilökunnan toiminta.....	23
	6.5 Hoitoympäristön tekniset laitteet.....	24
7	Pohdinta.....	25
	7.1 Tulosten yhteenveto.....	25
	7.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	26
	7.3 Jatkotutkimusehdotukset.....	26
	Lähteet.....	28
	Taulukot.....	30
	Liitteet.....	31

## 1 Johdanto

Teho-osastoilla hoidetaan potilaita, joiden terveydentilan on arvioitu olevan hengenvaarallinen ja joiden hoitoa ei ole mahdollista toteuttaa muilla valvonta- tai vuodeosastoilla. Tehohoito turvaa potilaan tärkeimmät elintoiminnot sekä pyrkii estämään lisävaurioiden synnyn. (Vahtera 2016.) Teho-osastot ovat sairaaloiden teknologisesti kehittyneimpiä ympäristöjä, joilla työskentelevä moniammatillinen tiimi huolehtii potilaiden seurannasta ja hoidosta ympäri vuorokauden. (Meriläinen 2012, 22). Vaikka tehohoitopotilaiden tila onkin usein kriittinen ja he ovat jatkuvassa laitteellisessa seurannassa, tulee muistaa, etteivät laitteet yksinään korvaa hyvää, ammattitaitoista, inhimillistä hoitotyötä. (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén, Säämänen & Varjus 2001, 57).

Potilaat kohdistavat saamaansa hoitoon hyvin erilaisia odotuksia, ja heillä voi olla monenlaisia käsityksiä hyvästä hoidosta. Mitä turvalliseen hoitoympäristöön tulee, potilaat odottavat sen olevan puhdas ja miellyttävä sekä sisältävän riittävästi niitä resursseja, jotka ovat hoidon kannalta välttämättömiä. Lisäksi hoitohenkilökunnan odotetaan olevan helposti saatavilla, kun potilas heitä tarvitsee. Vaikka teho-osastoilla saatetaan hoitaa potilaita useamman hengen huoneissa, potilaiden toive on, että heidän yksityisyytensä ja koskemattomuutensa säilyy. (Blomster ym. 2001, 176.)

Tässä opinnäytetyössä etsitään kirjallisuuskatsauksen keinoin vastausta tutkimuskysymykseen: millainen on hyvä ja turvallinen hoitoympäristö tehohoitopotilaan näkökulmasta? Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata asioita, jotka tehohoitopotilaan näkökulmasta tekevät hoitoympäristöstä hyvän ja turvallisen. Tavoitteena on koota olemassaolevaa tutkimustietoa aiheesta ja sen pohjalta laatia kirjallisuuskatsaus Töölön sairaalan neurokirurgian teho- ja valvontaosaston käyttöön. Kyseisellä osastolla hoidetaan aivojen ja selkäytimen sairauksia sekä vammoja. Lisäksi osasto toimii heräämönä. (HUS 2017.)

Alkuperäinen ajatus oli keskittyä nimenomaan neurokirurgisen tehohoitopotilaan näkökulmaan, mutta tämä rajasi aihetta liikaa ja aineistohakujen tulokset jäivät vähäisiksi. Näin ollen päätettiin, että tässä opinnäytetyössä hyvää ja turvallista hoitoympäristöä tarkastellaan tehohoitopotilaiden näkökulmasta yleisesti.

## 2 Hyvä ja turvallinen hoitoympäristö

Hyvä hoito voidaan määritellä useasta eri näkökulmasta. Potilaan ja hänen läheisensä sekä ammattihenkilön näkökulma ovat keskeisimpiä. Hyvästä hoidosta voidaan puhua silloin, kun potilas kokee tullessa kohdelluksi hyvin, ja saaneensa asiantuntevaa apua vaivaansa, johon hän on lähtenyt hakemaan apua. Potilaan toiveet, arvot, mielipiteet ja prioriteetit tulee ottaa huomioon suunniteltaessa ja toteutettaessa hänen hoitoaan. (Kotisaari & Kukkola 2012, 65.)

Potilaan hoito tapahtuu yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, ottaen huomioon hänen yksilölliset tarpeensa ja toiveensa. Potilaan ammattitaitoinen hoito toteutuu sujuvana prosessina hyviin, näyttöön perustuviin hoitokäytäntöihin pohjautuen. Moniammatillinen, joustava tiimityöskentely eri tahojen välillä on saumatonta. Keskeistä on, että potilas on tyytyväinen saamaansa hoitoon, ja hän on saanut kyseisestä hoidosta parhaan mahdollisen terveyshyödyn. (Suomen kuntaliitto 2011.)

Hoitajan näkökulmasta hyvä hoito tarkoittaa moniammatillisen yhteistyön keinoin toteutettua, terveystieteiden lähtökohtiin pohjautuvaa terveyden edistämistä sekä sairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa sekä kärsimyksen lievittämistä. Hyvä hoito tuleeikin terveydenhuollon toimintayksiköissä hahmottaa kokonaisuutena, johon sisältyvät kliininen osaaminen, resurssit ja välineet, prosessien hallinta sekä mittaaminen ja laatu järjestelmät. Myös hoitajan lakiin perustuva velvollisuus pitää omaa ammattitaitoaan yllä sekä huolehtia oman työskentelynsä jatkuvasti arvioinnista ovat osa laadukasta hoitotyötä. (Kotisaari ym. 2012, 65.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on vuonna 2008 määritellyt terveydenhuollon hyvän laadun keskeisiksi elementeiksi asiakas/potilaskeskeisyyden, palvelujen saatavuuden, oikeudenmukaisuuden, valinnanvapauden, potilasturvallisuuden, korkeatasoisen osaamisen ja vaikuttavuuden. Tämän opinnäytetyön teoreettisessa taustassa keskitytään potilasturvallisuuden elementtiin, koska se vastaa opinnäytetyön aiheeseen sekä asetettuun tutkimuskysymykseen.

### 2.1 Potilasturvallisuus

Voidaan sanoa, että potilasturvallisuus toimii yhtenä perustana hoitotyön laadulle (Kotisaari 2012, 63). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laatiman potilasturvallisuusoppaan (2011, 7) mukaan potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilaalle tarjotaan hänen tarvitsemansa oikeanlainen hoito, jonka aiheuttamat haitat ovat mahdollisimman vähäiset. Potilasturvallisuus tarkoittaa myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden, toimintayksiköiden sekä organisaatioiden toimintatapoja, joilla pyritään varmistamaan potilaiden terveyden- ja

sairaanhoitopalveluiden turvallisuus. Näin ollen hoidon turvallisuuteen lukeutuvat myös sairauksien ehkäisy, diagnostiikan, hoidon sekä kuntoutuksen turvallisuus. Turvallinen lääkehoito on myös olennainen osa potilasturvallisuutta.

Kansainvälisellä tasolla on arvioitu, että joka kymmenenteen sairaaloiden hoitojaksoon liittyy jonkinasteinen hoitovahinko ja joka sadannelle tästä seuraava haitta on vakava, ja joka tuhannelle se aiheuttaa pysyvän haitan tai jopa potilaan kuoleman. Yleisimpänä haittatapahtumien syynä ovat toimintatapojen tai -järjestelmien puutteet tai häiriöt. Turvalliseen hoitotyöhön liittyy kaksi huomattavaa riskialuetta: uuden teknologian käyttöönotto sekä potilaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden vaihteleva osaaminen. Kiireestä huolimatta uusien laitteiden käyttöön tulisi perehtyä riittävästi. Tiedonkulun ongelmat kasvavat, kun siirrytään aiempaa eriytyneempiin ja suppeampiin tehtäväkuviin. Hoitohenkilökunnan runsas vaihtuvuus lisää hoitotyön epävarmuutta. Kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta on organisaation ylimmällä johdolla, jonka toimenkuvaan kuuluvat riskien arviointi, ehkäisevien ja korjaavien toimien suunnittelu ja toteuttaminen sekä jatkuva toiminnan arviointi ja kehittäminen. (Kotisaari ym. 2012, 63-64.)

Yksi merkittävimmistä potilasturvallisuutta vaarantavista tekijöistä on niin kutsuttu inhimillinen tekijä. Tällä selitetään ihmisen toiminnasta johtuvia tapahtumia, joihin ei voida yhdistää mitään erityistä syytä, esimerkiksi laitevikaa tai ennakoimatonta, lääkkeen aiheuttamaa haittavaikutusta. Vaikka työntekijä toimisi kuinka huolellisesti tahansa, on silti mahdollista, että hän vaikkapa väsymyksen, kiireen tai työrutiinin häiriintymisen seuraksena unohtaa tärkeän asian. Samankaltainen virhe voi sattua kenelle tahansa, ja tällaisten inhimillisten virheiden tekijöihin tulee puuttua, jotta potilasturvallisuutta vaarantavat virheet pystyttäisiin jatkossa välttämään. On tärkeää, ettei inhimillisen virheen sattuessa etsitä syyllistä, vaan analysoidaan virheen syntymiseen myötävaikuttaneita taustatekijöitä ja olosuhteita. Toimintaolosuhteisiin vaikuttaminen pienentää inhimillisten virheiden mahdollisuutta ja sitä kautta parantaa potilasturvallisuutta. (Helovuori 2013, 64-65.)

Tehohoito ja tehohoitoympäristö altistavat potilaan erilaisille komplikaatioille ja vaaratapahtumille, joten potilasturvallisuuteen tulee kiinnittää erityistä huomiota potilaan valinnassa. Olisi tärkeintä valita juuri sellaiset potilaat, jotka hyötyisivät tehohoidosta parhaiten. Näin voidaan välttyä hoidosta aiheutuvilta riskeiltä ja haittatapahtumilta. Hoidosta aiheutuvien riskien ja haittatapahtumien välttämiseksi on olemassa useita erilaisia toimintatapoja, kuten MET-toiminta ja siihen liittyvä tehohoidon tarpeessa olevan potilaan tunnistaminen, erilaiset hoitopaketit (kuten CVK- ja VAP-hoitopaketti) sekä lääkitys-, infektio- ja painehaavahaittatapahtumien ehkäisy. Potilasturvallisuutta voidaan myös parantaa tehohoidossa käyttämällä hyväksi tarkistuslistoja sekä kaksoistarkastusta lääkevirheiden ehkäisemisessä. (Volmanen 2014.)

## 2.2 Hoitoympäristö

Ympäristö voidaan yleisesti jaotella fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja symboliseen ympäristöön. Fyysinen ympäristö tarkoittaa henkilön konkreettista, näkyvää ympäristöä, esimerkiksi sairaalan potilashuonetta. Sairaalaoloissa fyysinen ympäristö voi olla toimintaa mahdollistava resurssi tai lähtökohta potilaan stressille. Psyykkinen ympäristö käsittää tunteet, kokemukset ja ajatukset, jotka ovat sidoksissa yksilön omaan identiteettiin. Psyykkisen ympäristön turvallisuuteen vaikuttavat yksilön älykkyys, itseluottamus, persoonallisuus, temperamentti ja stressinhallintakyky. Sosiaalinen ympäristö pitää sisällään muut ihmiset, asenteet ja normit sekä sosiaaliset verkostot. Symbolinen ympäristö rakentuu sosiaalisista normeista, kielestä, uskonnosta ja yhteisöstä. Kasvatus ja koulutus, sekä omassa yhteisössä vallitsevat käsitykset vaikkapa terveydestä, sairaudesta ja potilaiden hoitamisesta vaikuttavat sosiaaliseen ympäristöön (Meriläinen 2012, 19-20.)

Hoitoympäristö tarkoittaa sitä ympäristöä, jossa potilaan hoitoa toteutetaan. Hoitoympäristö käsittää hoitoon osallistuvat ihmiset, eri hoitoprosessit sekä välineet ja rakennukset, eli se on varsin monitahoinen käsite. Ihmisten kokemukset ympäristöstä ovat hyvin subjektiivisia. Ympäristökokemus kehittyy ja uudistuu jatkuvasti henkilön ollessa ympäröivän maailman kanssa vuorovaikutuksessa. Kokemus hoitoympäristöstä voi näyttäytyä ulkoisena käytöksenä, kuten joko rauhallisuutena tai levottomuutena. (Karppinen 2015, 5.)

## 3 Tehohoitotyö

Suomen ensimmäinen teho- osasto perustettiin 1940 luvun paikkeilla. Tällä hetkellä teho-osastoja on Suomessa noin 40. On arvioitu, että Suomen teho- ja valvontaosastoilla hoidetaan vuosittain yhteensä noin 28 000 potilasta. Tehohoitojakson pituus on keskimäärin 3,4 vuorokautta, mutta vaativimmissa tapauksissa hoito voi kestää useita viikkoja. (Ruokonen 2014.) Tehohoitoa annetaan Suomessa yliopistollisissa sairaaloissa ja keskussairaloissa. (Vahtera 2016).

Tehohoito on tarkoitettu potilaille, jotka ovat sairastuneet äkillisesti, ovat vaikeasti loukkaantuneita tai ovat olleet suuressa leikkauksessa. Tämän tyyppiset potilaat tarvitsevat jatkuvaa valvontaa, eikä heitä näin ollen voida hoitaa valvonta- tai vuodeosastoilla. (Vahtera 2016; Suomen tehohoitoyhdistys, 1997.) Leikkauksessa olleiden potilaiden kohdalla tehohoito on suunniteltua, koska nämä potilaat tarvitsevat intensiivistä tarkkailua ennen vuodeosastolle pääsyä (HUS 2017). Teho-osastolla potilaiden elintoimintoja seurataan ja tarvittaessa ylläpidetään erilaisten laitteiden avulla (Vahtera 2016; Suomen tehohoitoyhdistys, 1997).

Teho-osastolla pyritään hoitamaan ainoastaan kriittisessä tilassa olevia potilaita hyväkuntoisten sijaan, koska hoito altistaa potilaan monille komplikaatioille. Hoito on myös

kallista ja vaatii paljon resursseja. Potilaan toimintakyky ja perussairaudet, kuten esimerkiksi keuhkoahauma tai munuaisten vajaatoiminta tulee arvioida ennen teho-osastolle siirtymistä, sillä ne vaikuttavat potilaan toipumiseen ja palautumiseen. (Vahtera 2016.)

Tehohoidon tavoitteena on pelastaa potilaan henki, vähentää sairaudesta tai vammasta aiheutuvaa haittaa, minimoida potilaan hoitoaika sekä optimoida toipumisennuste. Teho-osaston henkilökunnalta edellytetään potilaan vitaalielintoimintojen seurantaan, tukemista ja tarvittaessa niiden korvaamista, jotta edellä mainitut tavoitteet täyttyisivät. Lisäksi hoitohenkilökunnan tulee kyetä kokonaisvaltaisesti vastaamaan vakavasti sairastuneen tai vammautuneen potilaan muuttuviin tarpeisiin. (Blomster ym. 2001, 5.)

### 3.1 Tehohoitoympäristö

Teho-osastot ovat teknologisesti kehittyneimpiä ympäristöjä sairaaloissa, koska näillä osastoilla on käytössä useita potilaiden hoitoon kehitettyjä laitteita ja kojeita. Potilaita hoitaa läpi vuorokauden moniammattillinen tiimi. Vaikka potilaan hoitoon osallistuu moniammattillinen tiimi, pääsääntöisesti tehohoitolääkäri tai tehohoitolääkärien tiimi tekee päätökset koskien potilaan hoitoa. Moniammattillinen tiimi mahdollistaa laadukkaan tehohoitotyön. (Ruokonen 2014.) Teho-osastolla hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä vallitsee jatkuva vuorovaikutus, joka voi olla joko sanallista tai sanatonta (Blomster ym. 2001, 58).

On suositeltu, että yhden tehohoitopaikan pinta-ala olisi 23 m<sup>2</sup>. Viime vuosina tehohoidon saralla tapahtunut nopea kehitys on kuitenkin johtanut siihen, etteivät osastojen rakenteet useinkaan vastaa nykykäsitöksen vaatimaa tasoa. Ahtaat tilat ja lisääntynyt laitteiden ja kojeiden määrä haittaavat niin työturvallisuutta kuin yleistä viihtyisyyttäkin teho-osastoilla. Tilojen ahtaus lisää myös infektioiden leviämisen riskiä. (Meriläinen 2012, 22.)

Potilashuoneissa tulisi sängyn ympärillä olla riittävästi tilaa, jotta esimerkiksi kanylointi- ja intubaatiotilanteissa olisi mahdollista mennä sängyn päätypuolelle. (Blomster ym. 2001, 9).

Monipaikkaisissa potilashuoneissa potilaiden yksityisyyttä pyritään suojaamaan verhoilla. Useamman hengen huoneissa potilaat ovat jatkuvasti altistuneina melulle, joka saattaa nousta teho-osastoilla hetkellisesti yli 80 dB:n. (Meriläinen 2012, 22.) Hälyttävien laitteiden äänet pitäisi asettaa potilaan voinnin mukaan yksilöllisesti, ja lisäksi selittää hänelle hälytysäänien merkitys. Hoitohenkilökunnan tulisi reagoida hälytysääniin mahdollisimman nopeasti, jottei turhista äänistä aiheutuisi haittaa potilaille. (Blomster ym. 2001, 10.) Lisäksi hälyttävien laitteiden äänet tulisi yön ajaksi pienentää. Äänten vähentämiseksi hoitajien tulisi välttää kovaaäänisiä keskusteluita, jotka eivät liity potilaiden hoitoon. Hoitajat helposti unohtavat sen, että sedatoitu, hengityskoneessa oleva tai nukkuvalta näyttävä potilas tiedostaa, mitä hänen ympärillään tapahtuu. Potilaan kokemia ympäristön ääniä voidaan

vähentää käyttämällä korvatulppia tai musiikkia. Korvatulpat tarjoavat suojaa, mutta voivat toisaalta pahentaa potilaan sekavuutta. Musiikki auttaa vähentämään äänistä aiheutuvaa ärsytystä, sykkeen nousua. (Wenham & Pittard, 2009.)

Teho-osastoilla on yleensä kirkas valaistus vuorokauden ympäri potilaiden hoitamisen ja tarkkailun vuoksi. Nämä valot saattavat jäädä päälle silloinkin, kun kirkasta valaistusta vaativia hoitotoimia ei tehdä. Potilashuoneen kirkas valaistus voi haitata potilaan normaalia vuorokausirytmää. (Meriläinen 2012, 22.) Teho-osastoilla tulisi käyttää himmennettäviä, mukautuvia ja monisuuntaisia valoja. Kattovalot valaisevat usein vain yhtäsuuntaisesti suoraan potilaan silmiin ja näin ei tulisi olla. (Wenham ym. 2009, 182.)

Teho-osastoilla hoitajien kansliatilat sekä lääkevarasto sijaitsevat tyypillisesti potilashuoneiden välittömässä läheisyydessä. Sairaalan koosta riippuen teho-osastolla on myös muutama eristys huone. Korkeaa aseptiikkaa vaativalle sekä likaavalle työskentelylle on teho-osastoilla omat erilliset alueensa. Jokaisessa potilashuoneessa tulee olla käsienpesupaikka ja jokaisella potilaspaikalla käsien desinfiointimahdollisuus. Osastolla tulee olla riittävästi varastotiloja, esimerkiksi laitteille, linavaatteille, lääkkeille ja infuusionesteille sekä likaiselle pyykille ja roskille. Edellä mainittujen lisäksi osastolla tulee olla rauhalliset tilat potilaiden omaisille, henkilökunnan taukoja ja ruokailua varten sekä kansliatiloja osastosihteereille, osastonhoitajalle sekä lääkäreille. (Blomster ym. 2001, 10.)

### 3.2 Potilaana teho-osastolla

Tehohoitoympäristöllä on suuri merkitys potilaalle, joka on hyvin riippuvainen ympäristöstään ja siitä, minkälaiseksi osaston henkilökunta ympäristön luo. Tilaratkaisut, osaston koko, oma ja muiden potilaiden hoitoisuusaste sekä hoitohenkilökunnan osaamisen taso ja käyttäytyminen vaikuttavat potilaan ympäristöön teho-osastolla. Potilaan mielestä teho-osasto saattaa tuntua pelottavalta ja ahdistavalta paikalta, ja tämä ilmenee sekavuutena ja rauhattomuutena. Potilasta voidaan rauhoittaa ja hänen itsemääräämisoikeuttaan vahvistaa ottamalla huomioon hänen yksilölliset toiveensa ja tarpeensa esimerkiksi peseytymisaikojen tai omaisten vierailuajankohtien suhteen. (Blomster ym. 2001, 9.)

Tehohoitopotilaan tilanne on usein kriittinen ja tilanteet muuttuvat nopeasti. Potilaan hyvään hoitoon ja tarkkailuun vaaditaan ammattitaitoisen henkilökunnan alituinen läsnäolo ja valvonta sekä potilaan elintoimintojen tukeminen niin monitoreiden avulla kuin erilaisilla hoidon apuvälineillä. Teknologia ei kuitenkaan yksinään ole riittävä väline takaamaan potilaan onnistunutta hoitoa, vaan sen lisäksi tarvitaan inhimillisyyttä. Sen takia hoitohenkilökunnan ammattitaidon tärkeys korostuu tehohoitotyössä. (Blomster ym. 2001, 57.)

Potilaat kokevat tehohoidon hyvin yksilöllisesti, ja se on heille ainutkertaista. Potilaille tehohoidosta jäävät kokemukset riippuvat siitä, millainen heidän tilansa on hoidon aikana ja millaisia muistikuvia heille jää tehohoitojakson ajalta. On todettu, että potilaan sopeutuminen teho-osastolla oloon on sujunut paremmin, mikäli hän on saanut etukäteen tietoa osastolle joutumisesta. Etukäteistiedon antaminen ei kuitenkaan ole läheskään aina mahdollista, koska potilaat saattavat joutua teho-osastolle hyvin äkillisesti ja ennalta suunnittelemattomasti. (Blomster ym. 2001, 57.)

Yleisimpiä potilaiden kokemia stressitekijöitä teho-osastolla ovat heissä kiinni olevat letkut, kaapelit ja mittarit sekä kyvyttömyys liikkua. Näiden lisäksi stressiä aiheuttavat ympäri vuorokauden päällä olevat valot sekä ympäristön melu. Näitä häiriötekijöitä ei ole koettu kovinkaan vaikeina, mikäli potilas on ollut vain lyhyen aikaa (2-3 vrk) teho-osastolla. Potilaiden havaintokykyä heikentävät heikko terveydentila, hoitoon liittyvä sedaatio ja kipulääkitys, ja edellä mainituista johtuen he eivät välttämättä jälkepäin muista ympäristöään ja tunteuksiaan. (Blomster ym. 2001, 58.)

Potilaiden kokemukset tehohoidosta ovat kuitenkin yleensä positiivisia. He ajattelevat hoitotoimenpiteiden, laitteiden ja välineiden olevan välttämätön osa sitä hoitoa, jonka vuoksi he ovat selviytyneet vakavasta, henkeä uhkaavasta tilanteesta. Hengityskoneessa oleminen on tavanomaisesti potilaiden kokemuksista hallitsevin, sillä siihen on liittynyt sekä turvaa että turvattomuutta. Hengityskonehoitoa saavat potilaat ovat yhdistäneet oman turvallisuudentunteensa hoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja aitoon läsnäoloon sekä potilaan yksityisyyden turvaamiseen. Syitä potilaan turvattomuuden tunteeseen puolestaan ovat olleet yksin jääminen, hoitohenkilökunnan piittaamattomuus potilaan tarpeista sekä potilaan jääminen ulkopuoliseksi omaa hoitoaan koskevista asioista. (Blomster ym. 2001, 58.)

### 3.3 Neurokirurginen tehohoito

Neurokirurgia on lääketieteen ala, joka on keskittynyt keskushermoston (aivot ja selkäydin) leikkaushoitoon. Neurokirurgisesti hoidettavia sairauksia ovat kallonsisäiset kasvaimet, aivovammat, aivoverisuonisairaudet, selkäydinkanavan kasvaimet ja puristustilat, vesipäisyys, likvorivuoto, vaikeat kiputilat, erilaiset liikehäiriöt sekä epilepsia. Neurokirurgisia toimenpiteitä tehdään ainoastaan yliopistosairaaloissa, joissa on tasokkaita teho-osastoja. Näillä osastoilla pystytään hoitamaan potilaita yhteistyössä eri lääketieteellisten erikoisalojen kanssa, kuten neuroanestesiologia, neuroradiologia, neuropatologia, neurologia, lastenneurologia, kliininen neurofysiologia, neuro-otologia ja neuro-oftalmologia. Neurokirurgia on alati kehittyvä lääketieteen ala, jossa uusilla hoitomenetelmillä saadaan aikaan edelleen parempia tuloksia (HUS 2017)

Neurokirurgisen potilaan päätöksentekokyky ja itsensä ilmaiseminen ei välttämättä onnistu sairauden tai hoitojen vuoksi. Sairaus tai hoidot heikentävät potilaan tajunnan tasoa aiheuttaen sekavuutta ja toimintakyvyn alentumisen, mikä taas vaikeuttaa neurokirurgisen potilaan hoitoa. Potilaan oireiden havainnointi ja hoitoyksikön määrittäminen tuo haasteita, koska potilaan tila voi muuttua äkillisesti (Remes, Kotila, Valovirta-Hästö, Ristola, Kivisaari & Martin 2015, 7.)

Tehohoidossa olevan neurokirurgisen potilaan hoitotyö on kokonaisvaltaista. Neurotehohoitotyön erityispiirteet esiintyvät tyypillisimmin seuraavilla osa-alueilla: potilaan asentohoito, vitaalielintoimintojen tarkkailu ja turvaaminen sekä lääke-, neste- ja ravitsemushoito. Potilaan hoitoon osallistuu moniammatillinen tiimi potilaan yksilöllisten tarpeiden ja hyvän hoidon saavuttamiseksi. Neurokirurgisen tehohoitopotilaan hoitoon kuuluvat potilaan tajunnantason arviointi, pupillien koon, symmetrisyyden ja valoreaktion arviointi sekä raajavoimien ja tunnon arviointi. Potilaan hoitoon kuuluu erityisesti kallonsisäisen paineen seuranta ja hoito. (Saastamoinen 2010, 122-123.)

Kirsi Coco on väitöskirjassaan (2013, 19-21) todennut, että mitä enemmän neurokirurgisella sairaanhoitajalla on kokemusta neurokirurgisesta tehohoidosta, sitä paremmin hän osaa antaa potilaan läheisille tietoa potilaan terveydentilasta sekä toimia läheisten emotionaalisenä tukena. Väitöskirjaa varten haastatellut sairaanhoitajat arvioivat, että esimerkiksi kallonsisäisen paineen seuranta ja kontrollointi vaatii erityistä osaamista. Ne hoitajat, joiden työura samassa yksikössä oli kestänyt 11-20 vuotta tai enemmän, kertoivat potilaan läheisille eniten kallonsisäisen paineen kontrolloinnista.

Hoitajien antama informaatio oli tärkeää, sillä potilaan läheiset tahtoivat olla ajantasalla potilaan sairaudesta ja sen hoidosta. He tahtoivat osallistua hoidon suunnitteluun ja olla mukana tekemässä päätöksiä hoidon jatkosta. Lisäksi he halusivat olla tietoisia myös esimerkiksi potilaan lääkityksestä. Potilaan läheisillä oli tarve saada tukea hoitohenkilökunnalta ja tulla kuulluksi, jotta he kykenivät selviytymään heitä kohdanneesta vaikeasta tilanteesta. Hoitajien tuen lisäksi potilaan läheiset saivat apua ja tukea myös vertaistukiryhmistä. Läheiset kantoivat huolta potilaan toipumisesta. Heitä mietitytti, miten traumaattinen aivovamma mahdollisesti muuttaa heidän läheisensä persoonallisuutta. Läheisille oli ensiarvoisen tärkeää, että hoitohenkilökunta suhtautui potilaan tarpeisiin ja toiveisiin kunnioittavasti. (Coco 2013, 19-23.)

Voidaankin sanoa, että niillä sairaanhoitajilla, joilla oli kattavin osaaminen neurokirurgisesta tehohoidosta, oli paras mahdollinen kyky antaa potilaan läheisille heidän kaipaamaansa informaatiota sekä emotionaalista tukea. Kokeneemilla sairaanhoitajilla oli kliinisen

osaamisen lisäksi myös taitoa kohdata potilaan läheiset ja ottaa huomioon myös heidän tarpeensa.

#### 4 Opinnäytetyön toteutus

##### 4.1 Hankeympäristön kuvaus

Tämän opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Töölön sairaalan neurokirurgisen teho- ja valvontaosaston kanssa. Tällä osastolla hoidetaan pääsääntöisesti keskushermoston sairauksia ja vammoja. Teho- ja valvontaosaston yhteydessä toimii myös heräämö. (HUS 2017.) Osaston toimintakertomuksen mukaan vuonna 2016 kolme eniten hoidettua diagnoosia olivat traumaattinen kovakalvonalainen verenvuoto, selkärangan ahtauma sekä muu nikama- ja hermojuurisairaus. Vuonna 2016 neurokirurgian klinikassa leikattiin 3122 potilasta. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli 2,28 vuorokautta. Sisäänkirjauksia tehtiin vuoden aikana 2873, joista 547 oli päivystyksellisiä. Haittatapahtumia osastolla raportoitiin 69 kappaletta. Näiden haittatapahtumien perusteella osastolla on lisätty laitekoulutusta sekä tehty muutoksia hoito-ohjeisiin ja toimintatapoihin. (HUS 2016.)

##### 4.2 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata asioita, jotka potilaan näkökulmasta tekevät hoitoympäristöstä hyvän ja turvallisen. Tavoitteena oli kartoittaa olemassaolevaa tutkimustietoa aiheesta ja sen pohjalta laatia kirjallisuuskatsaus Töölön sairaalan neurokirurgian teho- ja valvontaosaston käyttöön. Saatujen tulosten avulla voidaan arvioida hoitohenkilökunnan tietämystä hyvästä ja turvallisesta hoitoympäristöstä ja auttaa huomioimaan potilaan näkökulma paremmin. Esille tuotuja asioita voidaan osastolla käyttää hyödyksi sekä käytännön potilastyössä että esimerkiksi osana uuden työntekijän perehdytystä.

Tutkimuskysymykseksi muodostui:

Millainen on hyvä ja turvallinen hoitoympäristö tehohoitopotilaan näkökulmasta?

#### 5 Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus

Tämän opinnäytetyön menetelmä oli kirjallisuuskatsaus. Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella pyrittiin selvittämään, mitä tietoa kyseisestä aiheesta on jo olemassa, ja mitkä ovat sen keskeiset käsitteet. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan tutkia sitä, millaista keskustelua aiheesta käydään ja onko se konsensushenkistä vai väittelevää sekä minkälaisia kehityssuuntia ja teorioita tarkasteltavasta aiheesta on. Näin voidaan tunnistaa, vahvistaa tai kyseenalaistaa niitä kysymyksiä, joita aikaisempi tutkimus on tuonut esille sekä löytää mahdollisia ristiriitoja ja tiedonaukkoja aikaisemmasta tiedosta. Kirjallisuuskatsauksen avulla onkin mahdollista

löytää tarkasteltavaan ilmiöön jokin uusi tai erilainen näkökulma. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 294.)

Kirjallisuuskatsauksen tekemisen ensimmäinen vaihe on tutkimuskysymyksen muodostaminen. Toinen vaihe on aineiston valitseminen ja kolmas kuvailun rakentaminen. Viimeinen vaihe on tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Tutkimuskysymykseen pyritään löytämään kuvaileva, laadullinen vastaus valitun aineiston perusteella. (Kangasniemi 2013, 291.)

## 5.1 Tutkimusaineiston hankinta

Tutkimusaineiston valinta ja haku on kirjallisuuskatsauksen toinen vaihe. Tämä vaihe on tärkein osuus tutkimuksen kannalta, sillä huonosti tehty haku vääristää tutkimuksen tuloksia ja luotettavuuteen. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 25.) Olennaista kirjallisuuskatsauksessa on löytää juuri ne aineistot, jotka vastaavat tutkimukseen asetettuun tutkimuskysymykseen. (Kangasniemi 2013, 295). Ennen aineiston hakua tulee tarkkaan määrittää tutkimuksen keskeiset käsitteet ja sitten niistä muodostaa hakusanat. Hakusanojen muodostamiseen voi myös hyödyntää tietokantojen asiasanahakuja. Lisäksi tulee muodostaa mukaanotto- ja poissulkukriteerit, joiden avulla löydetään tutkimusta varten olennaiset tutkimukset ja vältetään tekemästä puutteellinen katsaus. Kriteereillä voidaan myös hallita aineiston kokoa. (Stolt 2015, 26.)

Sitten kun keskeiset käsitteet, hakusanat, mukaanotto- ja poissulkukriteerit on tarkkaan mietitty ja muodostettu voidaan aloittaa varsinainen hakuprosessi. Hakuprosessin tulee olla avattu niin tarkkaan, että lukijan on mahdollista toistaa se halutessaan. Tämän takia jokainen haku tulee tallentaa. Mukaanotto- ja poissulkukriteereillä voidaan rajata, mitkä tutkimukset otetaan otsikkotasolla, sitten abstraktitasolla ja lopuksi kokotekstin tasolla. Tietokannoista tehtyjen hakujen lisäksi voidaan tutkimusta varten tehdä manuaalinen haku, joka toteutetaan käymällä läpi valittujen tutkimusten lähdeluetteloita. (Stolt 2015, 27.) Siihen, onko tutkimusta varten löydetty tarpeeksi aineistoa vaikuttaa asetettu tutkimuskysymyksen laajuus. (Kangasniemi 2013, 295).

Ennen varsinaisten tietokantahakujen tekemistä suoritettiin ns. harjoitushaku sopivien hakusanojen löytymiseksi. Lopullisesti käytettyihin hakusanoihin päädyttiin, koska juuri niillä sanoilla ja niiden yhdistelmillä löytyi parhaiten aiheeseen liittyvää aineistoa. Varsinainen tutkimusaineiston haku toteutettiin kesän ja syksyn 2017 aikana. Käytetyt tietokannat olivat Proquest, Melinda, Cinahl, Medic sekä Googlen tarkennettu haku. Hakusanoiksi määriteltiin seuraavat: intensive care, environment, patient, tehohoito, hoitoympäristö, potilas. Yksittäisten hakusanojen lisäksi käytettiin edellä mainittujen hakusanojen yhdistelmiä tietokannan hakuvaihtoehtoista ja kielestä riippuen. Aineistoa opinnäytetyöhön löydettiin myös manuaalisesti, käymällä läpi aikaisemmin löydettyjen aineistojen lähdeluetteloita.

Aineiston sisäänottokriteereiksi määriteltiin seuraavat: tutkimukset ja tutkimusartikkelit joissa kielenä suomi tai englanti, julkaistu aikavälillä 2000-2017, kokoteksti saatavilla. Lisäksi tutkimusten tuli käsitellä nimenomaan potilaan näkökulmaa. Poissulkukriteerit olivat: hoitajan tai omaisen näkökulmaa tai lapsipotilaita käsittelevät tutkimukset sekä sellaiset tutkimukset, joissa hoitoympäristönä oli jokin muu kuin teho-osasto. Aiheesta löytyi esimerkiksi Googlen tarkennetusta hausta runsaasti AMK-tason opinnäytetöitä, jotka myös rajattiin pois. Lisäksi työn ulkopuolelle rajattiin ne tutkimukset, jotka oli julkaistu ennen vuotta 2000 tiedon ajankohtaisuuden varmistamiseksi.

Hakujen tuloksena löydetty aineisto käytiin tutkimus kerrallaan läpi ensin otsikkotasolla ja otsikon perusteella valittujen tutkimusten tiivistelmät luettiin. Tiivistelmän perusteella mukaan otetut aineistot luettiin huolellisesti ja niistä arvioitiin, antoivatko ne vastausta tutkimuskysymykseen.

Ensimmäinen haku suoritettiin Medic-tietokannasta, jossa hakusanoina intensive care AND patient AND environment. Aikarajauksena oli vuodet 2000-2017. Näillä rajauksilla hakutuloksia saatiin 11, joista yksi otettiin mukaan sekä otsikon että tiivistelmän perusteella. Tutkimus kuitenkin tarkemman läpikäynnin jälkeen hylättiin, koska se ei antanut tutkimuskysymykseen riittävän tarkkaa vastausta.

Seuraavaksi haku tehtiin Cinahlista, jossa hakusanoina olivat intensive care AND patient AND environment NOT children\*, kielenä englanti ja aikavälinä 2000-2017. Lisäksi rajattiin, että julkaisun tulee olla vertaisarvioitu tutkimusartikkeli, josta on kokoteksti saatavilla. Hakutuloksia saatiin 424, joista tiivistelmän tarkastelun jälkeen pidettiin mukana 16 julkaisua. Loppujen lopuksi näistä jäi mukaan viisi.

Tämän jälkeen tehtiin Googlen tarkennettu haku, jossa käytettiin hakusanoina tehohoito AND hoitoympäristö AND potilas NOT lapsi NOT lasten. Julkaisuvuosiksi asetettiin 2000-2017 ja kieleksi suomi. Haku antoi 414 tulosta, joista suuri osa oli AMK-opinnäytetöitä. Tulokset käytiin läpi ja tiivistelmän perusteella mukaan otettiin neljä julkaisua. Näistä neljästä hyväksyttiin lopulta mukaan kaksi tutkimusta.

Haku ProQuestista tuotti 688 tulosta hakusanoilla "intensive care" AND patient AND environment NOT children\*, kielenä englanti ja aikarajauksena 2000-2017 välillä julkaistut tutkimukset. Lisäksi tässäkin tietokannassa rajaukseksi asetettiin, että julkaisun tulee olla vertaisarvioitu ja kokotekstin tulee olla saatavilla. Kolmivaiheisen läpikäynnin tuloksena ei kuitenkaan otettu mukaan yhtäkään julkaisua, koska haussa tuli vastaan muutama jo aiemmin löydetty tutkimus ja loput eivät olleet sisäänottokriteerien mukaisia.

Loput mukaan otetuista tutkimuksista saatiin manuaalisen haun perusteella käymällä läpi jo löydettyjen tutkimusten lähdeluetteloita samojen kriteerien mukaan kuin tietokannoista löytynyttä aineistoa. Näin löydettiin kolme tutkimusta. Loppujen lopuksi tietokantahakujen sekä manuaalisen haun jälkeen valintaprosessin tuloksena saatiin yhteensä kymmenen tutkimusta.

Tietokanta	Hakulause	Rajaukset	Tulokset	Otsikon mukaan otetut	Tiivistelmän mukaan otetut	Hyväksytyt
Cinahl	intensive care AND patient AND environment NOT childre*	Fulltext, english, 2000-2017, academic journal, peer Reviewed	424	20	16	5
ProQuest	intensive care AND patient AND environment NOT children*	kieli: englanti scholarly journals 2000-2017 fulltext, peer review	688	17	6	0
Medic	intensive care AND patient AND environment	kokoteksti, synonyymit käytössä	11	1	1	0
Google Scholar	tehohoito AND hoitoympäristö AND potilas NOT lapsi NOT lasten	2000-2017, kieli suomi	414	6	4	2
Manuaalinen						3

Taulukko 1 Aineiston hakuprosessi

## 5.2 Tutkimusaineiston analyysi

Kerätty aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, joka perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuskysymys ohjaa. Sisällönanalyysin vaiheet ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston

luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Päämääränä on esittää tutkittava ilmiö laajasti mutta tiiviissä muodossa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166-167.)

Aineistohaun tuloksena saadut, mukaan otetut tutkimukset käytiin huolellisesti läpi ja niistä alettiin etsiä yksittäisiä ilmaisuja, jotka antoivat vastauksen tutkimuskysymykseen. Löydetyt englanninkieliset lauseet käännettiin suomeksi. Tämä oli aikaavievää, koska alkuperäisten ilmaisujen asiasisällön täytyi säilyä samana myös suomennetussa ilmaisussa.

Alkuperäinen lause	Käännös
“Stress occurs when light becomes bothersome from the patient’s perspective in the bed, since horizontal and vertical light sensations are very different.”	”Häiritsevä valo aiheuttaa vuoteessa olevalle potilaalle stressiä, koska valon aistiminen on erilaista, riippuen siitä onko henkilö makuuvai pystyasennossa.”
“Important to patients is the fact that nurses try to keep seeing them as a human being and as the centre of their attention in the ICU.”	”Potilaille on tärkeää, että hoitajat pyrkivät näkemään heidät yksilöinä ja että he ovat hoitajien huomion keskiössä.”

Taulukko 2 Käännösesimerkki

Suomennetut alkuperäisilmaisut koottiin taulukkoon ja niistä tehtiin pelkistykset. Ilmaisuja pelkistettäessä oli tärkeää, että olennainen sisältö säilyy. Pelkistyksiä tehtäessä jokaisen ilmaisun perään laitettiin sen tutkimuksen numero, mistä kyseinen ilmaisu oli peräisin.

Alkuperäinen käännetty lause	Pelkistys
”Yhden hengen potilashuoneessa valaistuksen, lämpötilan ja melun säätäminen oli helpommin hallittavissa kuin usean hengen potilashuoneessa”	”Yhden hengen huoneessa potilas pystyi vaikuttamaan ympäristöönsä paremmin kuin useamman hengen huoneessa.”
”Kun ympärillä oli paljon melua, meillä ei ollut mahdollisuutta sulkea pois ei-toivottuja ääniä.”	”Potilas ei kyennyt suojautumaan kaikilta ympäristön ääniltä.”

Taulukko 3 Ilmaisun pelkistäminen

Sisällönanalyysin seuraava vaihe on pelkistettyjen ilmauksien vertaileminen toisiinsa sekä niiden ryhmittely. Pelkistyksistä pyritään löytämään samankaltaisuuksia, ja kokoamaan samansisältöiset pelkistykset omiksi luokikseen. Tämän ryhmittelyn tuloksena saadut luokat nimetään ja samaa teemaa edustavat pelkistykset kootaan näiden luokkien alle. (Kylmä & Juvakka 2007, 118.)

Pelkistykset	Alaluokka
-Nuoret potilaat arvostavat oleskelutiloja, joissa on mahdollisuus oleskella rauhassa	Potilaat toivovat, että tilat olisivat muunneltavissa heidän ja heidän läheistensä

omien läheisten kanssa. 6 -Huoneen muunneltavuus potilaiden ja läheisten tarpeisiin sopiviksi on tärkeää.6 -Läheisten läsnäolo mahdollistavat tilaratkaisut ovat potilaiden mielestä tärkeitä. 6	tarpeita vastaavaksi.
--	-----------------------

Taulukko 4 Pelkistysten ryhmittely

Muodostettuja alaluokkia alettiin työstää edelleen yläluokiksi. Tällöin saatuja luokkia vertaillaan keskenään ja niistä etsitään yhtäläisyyksiä. Saman aihepiirin alaluokat kootaan jälleen omiksi ryhmikseen ja ne nimetään. Yläluokan nimi kattaa kaikkien sen alle tulevien luokkien sisällön. (Kylmä ym. 2007, 118.) Analyysin prosessia jatkettiin vielä kokoamalla yläluokkia edelleen pääluokiksi. Lopullisia, tutkimuskysymykseen vastaavia pääluokkia saatiin yhteensä 13.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Sopiva valaistus auttaa potilaita havainnoimaan ympäristöään ja tunnistamaan ympärillä olevat henkilöt.	Sopiva valaistus auttaa potilaita havainnoimaan ympäristöään ja tunnistamaan ympärillä olevat henkilöt.	Luonnollinen valaistus
Luonnonvalo koetaan miellyttävänä, ja se tukee potilaan vuorokausirytmää.	Luonnonvalo koetaan miellyttävänä, ja se tukee potilaan vuorokausirytmää.	

Taulukko 5 Ilmaisujen ryhmittely ylä- ja pääluokiksi

Pääluokat
Yksityisyyden ja yksilöllisyyden huomioiminen
Siedettävä äänentaso
Luonnollinen valaistus
Kodinomaiset ja potilaan tarpeiden mukaan muunneltavat tilat
Esteetön ympäristö
Potilaan itsekontrollin säilyminen
Henkilökunnan läsnäolo, myötätunto ja ammattitaito
Hoitohenkilökunnan sanaton viestintä
Potilaiden tarpeisiin, toiveisiin ja kokemuksiin suhtautuminen vakavasti
Potilaan riittävä informointi

Potilas on tärkeämpi kuin laitteet.
Tarvittavat hoitovälineet ja laitteet saatavilla
Läheisten läsnäolo

Taulukko 6 Pääluokat

## 6 Tulokset

Tässä opinnäytetyössä haettiin vastausta seuraavaan kysymykseen: mikä tekee hoitoympäristöstä hyvän ja turvallisen tehohoitopotilaan näkökulmasta? Aineiston haun tuloksena mukaan valikoitui 10 tutkimusta, jotka oli julkaisu vuosien 2000-2017 välillä. Opinnäytetyön keskeiset tulokset on saatu aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmin. Sisällönanalyysin kolmivaiheisen prosessin tuloksena muodostui 13 pääluokkaa, jotka antavat vastauksia asetettuun tutkimuskysymykseen. Nämä 13 pääluokkaa on ryhmitelty viiden otsikon alle siten, että samaa aihepiiriä käsittelevät pääluokat ovat saman otsikon alla.

### 6.1 Potilaan fyysinen ympäristö

Saaduista tuloksista ilmeni, että potilashuoneen äänet saatettiin kokea potilaasta riippuen hyvin eri tavoin. Esimerkiksi henkilökunnan työskentelystä johtuvat äänet tai henkilökunnan keskinäinen keskustelu saatettiin kokea joko turvallisuutta lisääväksi tai häiritseväksi. (Johansson, Bergbom, Waye, Ryherd & Lindahl 2012, 276; Hofhuis, Spronk, van Stel, Schrijvers, Rommes & Bakker 2008, 308.) Hoitoympäristössä tavallisesti kuuluvia ääniä kuten laitteiden hälytysääniä sekä hoitotoimenpiteisiin liittyviä ääniä pidettiin siedettävämpinä kuin äkillisesti ilmaantuvia, kovia ääniä. Ympäristön hiljainen ja rauhallinen äänimaailma loi potilaille turvallisen olon. (Mylén, Nilsson & Berterö 2015, 46.)

Teho-osaston valaistuksella oli suuri merkitys potilaan unenlaatuun ja päivärytmiin, ja potilaat suhtautuivat valaistukseen hyvin eri tavoin. Toisaalta valaistus saattoi häiritä potilaita, mutta sopiva valaistus koettiin myös rauhoittavana ja turvallisuutta lisäävänä. Esimerkiksi yöllä kevyt valaistus mahdollisti ympäristön ja ympärillä olevien ihmisten näkemisen, mikä toi turvaa potilaille. Liian kirkkaita, ympäri vuorokauden päällä olevia valoja pidettiin häiritsevinä ja stressaavina. Potilaat kuitenkin ymmärsivät, että teho-osastolla tulisi olla valaistus öisinkin, jotta hoitajat näkivät työskennellä. (Engvall, Fridh, Johansson, Bergbom & Lindahl 2015, 331-332.) Miellyttävä, kodinomainen valaistus lisäsi sekä turvallisuutta että viihtyisyyttä. Valaistuksen tulisi olla sopivan kirkas, muttei kuitenkaan häikäisevä. Potilaat toivoivat lisää luonnonvaloa niin potilashuoneisiin kuin yhteisiin tiloihinkin, kuten osaston käytäville ja auloihin. (Kivelä 2015, 17.)

Viihtyisyyttä ja esteettisyyttä tukevat tilaratkaisut olivat Kivelän (2012, 15) mukaan potilaille tärkeitä. Yhden hengen huoneissa potilaiden oli mahdollista vaikuttaa huoneen lämpötilaan, valaistuksen tasoon sekä meluun. Omaan hoitoympäristöön vaikuttaminen toi potilaille turvaa ja tuki itsenäisyyden tarvetta. Esimerkiksi valaistuksen säätely oman mielen mukaan mahdollisti sen, että potilas sai nukkua silloin kun hän tahtoi. Yhden hengen huoneet koettiin myös meluttomimmiksi. Yhden hengen huoneessa potilailla oli mahdollisuus olla rauhassa läheistensä kanssa. (Koskela 2016, 37-38.) Omat henkilökohtaiset tavarat lisäsivät kodinomaisuuden tuntua. Lisäksi ne tukivat paranemisprosessia ja antoivat voimaa. Henkilökohtaiset tavarat vahvistivat myös potilaan todellisuudentajua. (Olausson, Lindahl & Ekebergh 2013, 240.)

Ympäristön esteettömyydellä koettiin olevan suora yhteys turvallisuuteen. Potilashuoneiden sekä osaston käytävien toivottiin olevan riittävän tilavia, ja että niissä olisi tukikaiteita helpottamassa potilaiden liikkumista. Käytävien tulisi olla riittävän leveitä, vapaita kulkureittejä. Yöaikaan valaistut kulkureitit esimerkiksi WC-tiloihin lisäsivät potilaiden turvallisuutta. Sekä potilaat että omaiset kokivat, että opasteiden tulisi olla selkeitä ja helposti seurattavia niin osastolla kuin koko sairaala-alueella. (Kivelä 2012, 16-17.)

Koskelan (2016, 36) mukaan yhden hengen huoneessa olevat potilaat halusivat kontrolloida omaa hoitoympäristöään, esimerkiksi huoneen valaistusta säätelämällä. Kun huoneen valaistusta pystyi muuttamaan haluamallaan tavalla, paransi se potilaan unen laatua sekä mahdollisti sen, että potilaat saivat leväytyä kunnolla. Lisäksi potilaat halusivat itse pystyä ohjaamaan huoneessa olevia laitteita. Potilaat halusivat esimerkiksi päästä internetiin ajasta riippumatta vuoteessa ollessaan. Itsekontrollin säilyttäminen vähensi potilaalle hoitoympäristöstä johtuvaa ahdistusta. Kun potilaat eivät voineet kontrolloida hoitoympäristöään, se aiheutti heissä ahdistusta, pelkoa ja turvattomuutta. (Olausson ym. 2013, 239.)

## 6.2 Potilaan yksityisyys ja yksilöllisyys

Yksityisyydestä huolehtiminen oli potilaille ensiarvoisen tärkeää. Yksityisyys toteutui parhaiten yhden hengen huoneessa, jossa potilaan oli mahdollista olla rauhassa joko yksin tai läheistensä kanssa. Potilaat tahtoivat luoda yksilöllisyyden tuntua huoneeseen hyvin pienilläkin asioilla, kuten omilla henkilökohtaisilla tavaroillaan tai huoneen kalusteita siirtelemällä. (Kivelä 2012, 15.) Potilaiden mielestä suuret, useamman hengen potilashuoneet olivat pelottavia ja ahdistavia. Toisten potilaiden äänet kuuluivat huoneessa koko ajan, eikä ääniltä päässyt suojautumaan. Toki potilaspaikkojen välissä oli verhot tai sermit, mutta ne toimivat vain näköesteenä. (Olausson ym. 239-240.) Yksityisyyden merkitys kuitenkin väheni silloin, kun potilaan terveydentila oli hyvin kriittinen. (Kivelä 2012, 15).

### 6.3 Potilaan läheiset

Läheisten läsnäololla oli tehohoitopotilaille vahvasti turvallisuutta lisäävä vaikutus. Se, että läheiset olivat osastolla potilaan vierellä, toi turvaa ja vahvasti potilaiden todellisuudentajua. Vaikka potilaat olisivatkin olleet liian väsyneitä keskustelemaan läheistensä kanssa, heidän pelkällä läsnäolollaankin oli rauhoittava vaikutus. (Mylén 2015, 45.) Perheenjäsenten läsnäolo lievitti potilaiden ahdistusta ja helpotti potilaan paranemista sekä kotiutumista. (Koskela 2016, 38). Esimerkiksi omien lasten näkeminen antoi potilaille voimaa. Potilaan läheiset loivat yhteyttä potilaan ja ulkomaailman välille. Läheiset toimivat usein myös yhteistyössä henkilökunnan kanssa sekä tekivät potilaiden puolesta sellaisia päätöksiä, joiden tekemiseen potilailla ei riittänyt voimia senhetkisen vakavan terveydentilan takia. (Hupcey 2000, 364.) Potilaat toivoivat, että teho-osastolla olisi enemmän läheisille suunnattuja tiloja. Yhden hengen huoneet tarjosivat potilaiden perheenjäsenille enemmän yksityisyyttä ja luottamuksellisuutta. (Koskela 2016, 37-38.)

### 6.4 Hoitohenkilökunnan toiminta

Tekniset laitteet ja hoitajien ammattitaito eivät olleet potilaan mukaan ainoita tärkeitä asioita. Tärkeinä nähtiin myös hoitajan myötätunto, rohkaisu, huolenpito, lohtu, pelon lievitys, sekä turvallisuuden tunteen luominen. Kaikista tärkein oli hoitajan antama tuki. Ilman hoitajan tukea potilaat kokivat, että heidän parantumisensa vaikeutui. (Hofhuis ym. 2008, 308.) Tapa, jolla henkilökunta hoiti potilasta vaikutti siihen, miten potilaat kokivat huoneen. Potilaat pitivät tiedottamista osana henkilökunnan ammattitaitoa. Potilaat eivät aina saaneet heitä koskevia tietoja. (Olausson ym.2013, 210.)

Potilaat pitivät erityisen tärkeänä sitä, että hoitajien tilat olivat lähettyvillä tai tiloihin oli suora näköyhteys. Tämä mahdollisti potilaiden nopean avunsaamisen. (Kivelä 2016,16). Henkilökunnan läsnäolo toi turvallisuuden tunnetta. Potilaat luottivat hoitajiin, jotka olivat läsnä, huolehtivat sekä yrittivät vastata epäröimättä heidän tarpeisiinsa. Hupceyn (2000, 365) tutkimuksessa kävi ilmi, että joidenkin hoitajien toiminta aiheutti potilaissa ahdistusta. Tämä ahdistus johtui siitä, että hoitaja oli kovakourainen, ei vastannut soittokelloihin, ei kuunnellut eikä ollut rehellinen potilaalle. Potilaat tunsivat hoitajien kiireen ja stressin, mikä myös vaikutti turvallisuuden tunteeseen.

Sanattoman viestinnän kautta potilaille välittyi tunne siitä, onko ympäröivä tila turvallinen vai turvaton paikka. Potilaat pystyivät aistimaan ja erottamaan henkilökunnan kosketuksen, äänensävyjä sekä ympäristön ääniä ollessaan tajuttomina. Näiden sanattoman sekä sanallisen viestinnän avulla potilaat muodostivat luottamustaan hoitohenkilökuntaan (Olausson ym. 2013, 239.)

Potilaat tunsivat usein pelkoa ja ahdistusta teho-osastolla ollessaan. He saattoivat nähdä painajaisia ja heillä oli hallusinaatioita. Silloin kun hoitajat eivät suhtautuneet potilaan kuvailemiin painajaisiin ja hallusinaatioihin ymmärtäväisesti, potilaat tunsivat pelkoa ja jopa vihaa, eivätkä he kokeneet saavansa inhimillistä kohtelua. Potilaat kaipasivat hoitohenkilökunnan tukea ja empatiaa tunteakseen olonsa turvalliseksi silloin, kun heidän oma todellisuudentajunsa oli hämärtynyt. Potilaat kokivat hallusinaatiot hyvin ahdistaviksi, koska silloin he eivät pystyneet erottamaan, mikä oli totta ja mikä ei. Siksi oli tärkeää, että hoitajat suhtautuivat potilaiden epätodellisiin kokemuksiin vakavasti ja ymmärtäväisesti. (Hofhuis ym. 2008, 307-308.) Potilaat olivat usein unen ja valvetilan rajamailla, ja hoitohenkilökunta vahvisti heidän todellisuudentajuaan vastaamalla potilaiden fyysisiin, psyykkisiin ja emotionaalisiin tarpeisiin. Potilaista tuntui hyvältä, kun heille selitettiin hoitotoimenpiteiden yhteydessä, mitä milloinkin oltiin tekemässä. Lisäksi potilaat pitivät tärkeänä sitä, että hoitohenkilökunta keskusteli heidän kanssaan ns. tavallisista, arkisista asioista, eivät pelkästään hoidosta, lääkityksestä tai muusta sellaisesta. Tällainen normaali kanssakäyminen lisäsi potilaiden yksilöllisyyden tunnetta. (Mylén ym. 2015, 46.)

Turvallisuuden tunteeseen vaikutti luottamus teho-osaston henkilökuntaan. Mylénin ym. (2015, 46) tutkimuksen mukaan yksi luottamusta lisäävä tekijä oli se, että potilaat saivat asianmukaista tietoa omasta tilanteestaan ja hoidostaan. Potilaiden oloa helpotti, kun he tiesivät, miten hoito etenee ja mitä seuraavaksi olisi tapahtumassa. Potilaiden tiedontarve ja tiedon käsittelykyky kuitenkin vaihtelivat. Potilaita ahdisti, etteivät he aina ymmärtäneet tai kyenneet myöhemmin muistamaan kaikkea kuulemaansa. Silti tiedonsaanti koettiin pääasiallisesti helpottavana ja turvallisuuden tunnetta lisäävänä. (Hupcey 2000, 363.)

## 6.5 Hoitoympäristön tekniset laitteet

Fredriksenin & Ringsbergin (2006, 128) tutkimuksessa ilmeni, että potilaat pitivät henkeä ylläpitäviä teknisiä laitteita stressaavina. Joillekin potilaille laitteet merkitsivät turvaa, kun taas toisille pelkoa ja jopa traumaa. Potilaat tunsivat olevansa sidoksissa laitteisiin, mikä taas herätti heissä voimakkaita tunteita. He tunsivat menettäneensä kykynsä tehdä päätöksiä. Potilaat halusivat tuntea olevansa tärkeämpiä, kuin tekniset laitteet. (Meriläinen, Kyngäs & Ala-Kokko 2010, 251.) Hofhuisin ym. (2008, 308) mukaan potilaille oli hyvin tärkeää, että hoitajat näkivät heidät ihmisinä ja asettivat heidät etusijalle. Kun hoitajan huomio kiinnittyi liikaa teknisiin laitteisiin, potilaat tunsivat itsensä näkymättömäksi.

Turvallisuuden tunnetta lisäsi se, että potilaan hoitoon tarvittavat laitteet ja välineet olivat helposti ja nopeasti saatavilla. Oikeanlainen, ammattitaitoinen hoito ja jatkuva elintoimintojen monitoriseuranta loivat turvallisuuden tunnetta. (Mylén ym. 2015, 44.)

## 7 Pohdinta

Opinnäytetyössä selvitettiin tehohoitopotilaan näkemyksiä hyvästä ja turvallisesta hoitoympäristöstä. Työn tavoitteena oli koota olemassaolevaa tutkimustietoa aiheesta ja sen pohjalta laatia kirjallisuuskatsaus Töölön sairaalan neurokirurgian teho- ja valvontaosaston käyttöön. Tulosten avulla voidaan teho- ja valvontaosastolla arvioida hoitohenkilökunnan nykyisen tietämystä hyvästä ja turvallisesta hoitoympäristöstä. Tässä työssä keskityttiin vastaamaan tutkimuskysymykseen ”millainen on hyvä ja turvallinen hoitoympäristö tehohoitopotilaan näkökulmasta?” Valittujen aineistojen avulla saatiin selvitettyä potilaan kannalta ne asiat, jotka tekevät hoitoympäristöstä hyvän ja turvallisen.

### 7.1 Tulosten yhteenveto

Potilaiden mielestä hyvä ja turvallinen hoitoympäristö koostui monista eri asioista, kuten esimerkiksi henkilökunnan hyvästä ammattitaidosta sekä vuorovaikutustaidoista, hoitovälineiden ja teknisten laitteiden nopeasta saatavuudesta, luonnollisesta valaistuksesta sekä meluttomuudesta. Hyvä ja turvallinen hoitoympäristö edesauttaa potilaan nopeampaa toipumista ja kuntoutumista. Potilaille oli hyvin tärkeää, että henkilökunta huomioi ja hoiti heitä yksilöinä. Hoitohenkilökunnan sanallisen viestinnän lisäksi sanattomalla viestinnällä oli potilaille merkittävä rooli, varsinkin silloin, kun he olivat tajuttomina. Äänensävyt ja kosketus merkitsivät, sillä potilaat pystyivät niiden avulla orientoitumaan aikaan ja paikkaan, mutta myös nämä toivat myös turvaa sekä rauhoittivat heidän mieltään. Yksityisyyden ja yksilöllisyyden huomioiminen nousivat esille monessa tutkimuksessa. Potilaat kokivat yksityisyyden huomioinnin toteutuvan parhaiten yhden hengen huoneissa.

Löydettyjen tutkimusten tuloksissa korostui se, että yksityisyys ja yksilöllisyys olivat potilaiden kaikista tärkeimpinä pitämiä asioita teho-osastolla. Myös läheisten läsnäolo koettiin rauhoittavana ja turvallisuuden tunnetta lisäävänä. Tuloksissa korostui myös hoitohenkilökunnan ihmillisyys ja myötätunto osana potilaan kokemaan hyvää hoitoa.

Potilaiden välillä oli eroja siinä, miten tehohoitoympäristön valaistus, äännet sekä potilaiden hoidossa ja seurannassa käytettävät laitteet koettiin. Joillekin potilaista äänillä ja ympärivuorokautisella valaistuksella oli turvallisuutta lisäävä vaikutus, kun taas toiset potilaat kokivat nämä hyvin häiritsevinä. Luonnonvaloa pidettiin parhaana ja miellyttävimpänä. Osaston monet tekniset laitteet aiheuttivat joillekin potilaille ahdistusta ja toisille ne merkitsivät hyvää hoitoa ja seurantaa.

Tämän opinnäytetyön tekeminen aloitettiin syksyllä 2016, kun aihe saatiin ONT-torilta, jossa esiteltiin tarjolla olevat opinnäytetyöaiheet. Työskentelyprosessi on ollut monivaiheinen ja sisältänyt niin onnistumisen kuin turhautumisenkin tunteita. Käännöstyö vei runsaasti aikaa.

Oli vaikeaa kääntää lauseet niin, että tekstin alkuperäinen merkitys säilyy ennallaan. Haasteista huolimatta koko prosessi on ollut opettavainen. Uutta osaamista on tullut niin käsiteltävästä aiheesta kuin kirjallisuuskatsauksen tekemisestäkin. Lisäksi opinnäytetyötä tehdessä on herännyt pohdintaa varsinkin siitä, miten tehohoitopotilaat kokevat osaston teknisyiden ja useat laitteet. Laitteet eivät aina kerro koko totuutta potilaan tilasta eivätkä varsinkaan miten täyttää potilaan toiveet ja tarpeet. Näin ollen hoitohenkilökunnan täytyy pitää potilas hoitotyön keskiössä laitteiden sijaan. Vaikka teho-osastoilla teknologian hallinta onkin ensiarvoisen tärkeää, vielä sitäkin keskeisempää on inhimillisyys, myötätunto ja empatia potilasta kohtaan.

## 7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Koko opinnäytetyöprosessi on edennyt hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Näin ollen eettiset näkökohdat tulevat huomioiduiksi koko ajan prosessin edetessä. Eettisesti hyväksytty ja luotettava tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla eli noudattaen rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Nämä peruseriaatteen otetaan huomioon niin tutkimustyön teossa, tulosten esittämisessä kuin tutkimuksen ja tulosten arvioinnissa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 23-25.) Tutkimuksen etiikka tarkoittaa tutkijan ammattietiikkaa. Tutkijoiden täytyy tutkimusta toteuttaessaan noudattaa hyvää tieteellistä tapaa, joka määrittää tutkimustyötä koskevat säännöt suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksiantajiin ja suureen yleisöön. Siihen liittyvät eettiset periaatteet kuten normit, arvot ja hyveet. Tutkija on vastuussa valinnoista ja niihin liittyvistä perusteluista, joita hän omassa tutkimuksessaan tekee (Vilka 2007, 89-90.)

Opinnäytetyön luotettavuuteen on suuresti vaikuttanut englanninkielisen tutkimusaineiston kääntäminen. Haastavinta kääntämisessä oli saada teksti käännettyä siten, että alkuperäinen englanninkielinen sisältö säilyisi muuttumattomana suomeksi käännettäessä. Löydetyt englanninkielisen aineiston kääntäminen vei aikaa ja sitä tehtiin huolellisesti ja tarkasti. Käännöstyössä käytettiin Redfox Masterin sanakirjaa ja käännöstyökalua sekä MOT-sanakirjaa. Vaikka aineiston käännöstyö olikin aikaavievää, englanninkielisten tutkimusten mukaanotto oli kuitenkin luotettavuutta lisäävä tekijä, koska suomeksi julkaistuja tutkimuksia hyvästä tai turvallisesta tehohoitoympäristöstä potilaan näkökulmasta ei juurikaan ole tehty. Luotettavuutta lisää myös se, että opinnäytetyötä on ollut tekemässä kaksi henkilöä.

## 7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tässä opinnäytetyössä on tuotu esille niitä tekijöitä, jotka tekevät tehohoitopotilaan hoitoympäristöstä hyvän ja turvallisen. Jatkotutkimusta voisi tehdä esimerkiksi siitä, miten nämä tekijät tällä hetkellä näyttäytyvät esimerkiksi Töölön sairaalan neurokirurgisella teho-

ja valvontaosastolla. Miten potilaan näkökulma on otettu huomioon ja miten sen huomioimista voisi entisestään kehittää.

Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää, miten esimerkiksi tulevassa HUS:in Siltasairaалassa tämän opinnäytetyön tuloksissa esiin nousseet asiat toteutuvat uusien hoitoympäristöjen suunnittelussa. Siltasairaalan hankesuunnitelmasta käy ilmi, että osastojen potilashuoneiden olisi suurimmaksi osaksi tarkoitus olla yhden hengen huoneita. Muutenkin uuden sairaalan tilojen suunnittelussa on pyritty ottamaan huomioon hoitohenkilökunnan tarpeiden lisäksi enenevässä määrin myös potilaiden ja heidän läheistensä tarpeet.

## Lähteet

- Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castrén, M., Säämänen, J. & Varjus, S-L. 2001. Tehohoitotyö. Tampere: Tammi.
- Coco, K. 2013. Supporting Traumatic Brain Injury Patients' Family Members: Neurosurgical Nurses' Evaluations. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Helsinki: Tammi.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2016. Hoitotyötoiminta kertomus 2016.
- Helovuuo, A. 2013. Potilasturvallisuus tehohoidossa. Tehohoito 2013, 31(1).
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, e. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede 2013, 25 (4), 291-301.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karppinen, T. 2015. Ikääntyneen toimintakykyä tukeva hoitoympäristö osastonhoitajien näkökulmasta. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: Fioca Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Meriläinen, M. 2012. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö. Oulu: Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta.
- Ruokonen, E. 2014. Anestesiologia ja tehohoito. Duodesim oppikirja.
- Saastamoinen, T. 2010. Neurologisen potilaan seuranta ja hoito. Tehohoito 2010, 28(2).
- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2011. Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. THL opas 15, Helsinki.
- Vahtera, A. 2016. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Tehohoidon toteutus ja vaikuttavuus. Duodecim oppikirja.
- Vahtera, A. 2016. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Tehohoidon aiheet ja vasta-aiheet. Duodecim oppikirja.
- Vilkka, H. Tutki ja mittaa. 2007. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Volmanen, P. 2014. Miten potilasturvallisuutta parannetaan teho-osastolla. Tehohoito 2014, 32 (1).
- Wenham, T. & Pittard, A. 2009. Intensive care unit environment. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain, volume 9 Number 6. 2009.

### Sähköiset lähteet

Hus.fi. Neurokirurgia. Viitattu. 4.10.2017

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/neurokirurgia/Sivut/default.aspx>

Hus.fi. Tehohoito. Viitattu 4.10.2017.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/tehoito/Sivut/default.aspx>

Suomen tehohoitoyhdistys. Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. 1997. Viitattu 4.10.2017. [https://sthy.fi/wp-content/uploads/2017/07/STHY\\_eettiset\\_ohjeet.pdf](https://sthy.fi/wp-content/uploads/2017/07/STHY_eettiset_ohjeet.pdf)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Palvelujen tuottaminen. Laatu. Viitattu 23.10.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/laatu>

## Taulukot

Taulukko 1	Aineiston hakuprosessi.....	18
Taulukko 2	Käännösesimerkki.....	19
Taulukko 3	Ilmaisun pelkistäminen .....	19
Taulukko 4	Pelkistysten ryhmittely .....	20
Taulukko 5	Ilmaisujen ryhmittely ylä- ja pääluokiksi.....	20
Taulukko 6	Päälukat .....	21

## Liitteet

Liite 1: Tutkijan taulukko .....	32
----------------------------------	----

Liite 1: Tutkijan taulukko

LÄHDEVIITE	TARKOITUS	MENETELMÄ JA OSALLISTUJAMÄÄRÄ	KESKEISET TULOKSET
1. Fredriksen, S-T. & Ringsberg, K.2006. Living the situation stress-experiences among intensive care patients.	Tutkia erityyppisiä stressitekijöitä, joita potilaat kokevat tehohoidossa ollessa.	Tutkimus oli kirjallisuuskatsaus, johon käytettiin 10 Cinahl ja Pubmed artikkeleita vuosien 1994 -2003 välillä.	Tutkimuksen tuloksia esitetään kolmen pääotsikon alle: potilaan fyysinen kokemus, potilaan kokemus huoneesta ja potilaan ihmissuhteen kokemus.
2. Mylen, J., Nilsson, M. & Berterö, C. 2015. To feel strong in an unfamiliar situation; Patients' lived experiences of neurosurgical intensive care. A qualitative study. Linköping University, Sweden.	Tutkia tajuissaan olevien potilaiden kokemuksia (neurokirurgisen) tehohoidon ajalta.	Tiedot kerättiin laadullisin haastatteluin, käyttäen haastattelurunkoa/pohjaa -> 11 potilasta, 7 naista ja 4 miestä. Potilaita haastateltiin 2-14 kk kotiutumisen jälkeen. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanatarkasti ja analysoitiin.	Potilaiden tärkein kokemus tehohoidon ajalta oli turvallisuus.  Turvallisuuden lisäksi ihmiskontaktit ja potilaan vuorovaikutus henkilökunnan ja omaisten kanssa sai potilaat tuntemaan itsensä voimaantuneiksi vieraassa tilanteessa.  Se, että potilaat olivat tajuissaan mahdollisesti sen, että he ymmärsivät tilanteensa ja kokivat turvallisuuden tunteen.
3. Hofhius, J. Spronk, P. Van Stel, H. Schrijvers, A. Rommes, J.& Bakker, J. 2008. Experiences of critically ill patients in the ICU. The Netherlands.	1) tarkoituksena arvioida potilaiden havaintoja, käsityksiä koskien hoitoa teho-osastolla. 2) tarkoituksena tutkia potilaiden havaintoja ja kokemuksia tehohoidon ajalta.	Tutkimuksen 1. vaihe laadullinen haastattelu, 11 potilasta.  Tutkimuksen 2. vaihe määrällinen, jossa sadalle potilaalle annettiin kyselylomake, joista 62 palautettiin joista 50 oli mahdollista arvioida.	Vaikka hoitajien ammattitaito ja tekniset taidot ovat tärkeitä, mutta huolehtiva käytös, potilaan pelkojen ja huolien lievittäminen koettiin kaikista arvokkaimmaksi.
4. Olausson, S. Lindahl, B. & Ekeberg, M. 2013. A phenomenological study of expe-	Tarkoituksena on osoittaa tehohoidon merkitystä hoitopaikkana.	Tutkimukseen osallistui 9 ruotsalaista tehohoito potilasta. Materiaalia kerättiin kuva-ääni metodia käyttäen ja	Potilaiden hyvinvoinnin edistäminen ja hoidon tyydyttäminen edellyttää hyvää

riences of being cared for in critical care setting: The meanings of the patient room as a place of care. University of Borås, Sweden.		lopuksi tulokset analysoitiin.	muotoilua ja huolehtivaa asennetta sekä potilaiden tarpeiden huomioimista.
5. Meriläinen, M. Kyngäs, H. & Ala-Kokko, T. 2010. 24-Hour intensive care: An observational study of environment and events. Oulu, Finland.	Tarkoituksena kuvailla tehohoitoympäristöä potilaan näkökulmasta ja osaston tapahtumia sekä sosiaalisia kontakteja potilaan hoitopäivän aikana.	Laadullinen menetelmä. Tutkimuksen materiaali tuotettiin kuvaamalla DVD:lle neljää aikuista tehohoitopotilasta yli vuorokauden (n= 96 h) ajan. DVD-nauhoite kahdesta potilaasta sisälsi päivänvalon (lx) sekä äänenvoimakkuuden (db) mittarit.	Potilas on yhdistettyä tehohoidon ympäristöön, mutta hän ei voi kuitenkaan yleensä vaikuttaa siihen. On tärkeää ehkäistä niitä asioita, jotka estävät potilaan toipumisen ja edistää turvallisuuden tunnetta. Fyysisen ympäristön lisäksi myös potilaan sosiaalinen ja symbolinen ympäristö sisältävät asioita, jotka estävät potilaan toipumista sekä lisäävät turva
6. Kivelä, K. 2012. Hoitoympäristöjen suunnittelu - potilaan näkökulma. Kirjallisuuskatsaus. Kandidaatintyö. Tampereen yliopisto.	Työn tarkoituksena oli kuvata potilaan näkökulmasta tärkeitä asioita sairaaloiden hoitoympäristöä suunniteltaessa.	Kirjallisuuskatsaus. Aineistoa kerättiin systemaattisten kirjallisuuskatsauksen menetelmän käyttäen. Aineistoa haettiin Medic-, Linda- ja Arto - tietokannoista. Katsaukseen valittiin lopuksi n=20 artikkelia.	Potilaiden mukaan tärkeitä asioita hoitoympäristöjen suunnittelussa olivat perhekeskeisyttä, yksityisyyttä, turvallisuutta sekä viihtyisyyttä ja esteettisyyttä tukevat tilaratkaisut.
7. Engwall, M. Fridh, I. Johansson, L. Bergbom, I & Lindahl, B. 2015. Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit. Borås, Gothenburg, Sweden.	Tutkimus tehtiin kahdessa osassa. 1. osan tarkoituksena oli arvioida ja vertailla potilaiden kokemuksia hoitoympäristön erilaisesta valaistuksesta kahdessa potilashuoneessa teho-osastolla. 2. osassa tarkoituksena oli kuvailla potilaiden kokemuksia tehohoitohuoneesta, jossa on (cycled)	Tämä tutkimus on osa suurempaa tutkimusta koskien potilaiden kokemuksia tehohoitoympäristöstä - > uni, lepo ja vuorokausirytmä. 1. osa oli vertaileva, kuvaileva tutkimus, osallistui kaksi potilasryhmää -> aineisto koostui näillä ryhmillä teetetyistä kyselylomakkeista. Toisen potilasryhmän potilashuoneissa oli säädettävä valaistus ja toisen ryhmän huoneissa tavallinen	Monet potilaat kärsivät uniongelmista ja katkonaisesta vuorokausirytmistä. Luonnollista valoa jäljittelevää säädettävää valaistusta pidettiin tärkeänä ja miellyttävänä -> yhdessä päivänvalon kanssa tämä tuki potilaiden vuorokausirytmä. Useimmat potilaat pystyivät aistimaan/arvioimaan valaistusta, vaikka

	säädettävä valaistus.	valaistus. 2. osa oli tutkiva ja kuvaileva -> aineistona 19 haastattelua, jotka käsiteltiin laadullisen ja määrällisen sisällön analyysin keinoin.	heidän tilansa oli vakava. Sopiva valaistuksen taso auttoi potilaita ja hoitajia "löytämään yhteisen sävelen", mikä loi rauhallisuuden ja turvallisuuden tunnetta.
8. Koskela, T. 2016. Näyttöön perustuvan tehohoitoympäristön suunnittelu potilaiden ja perheenjäsenten näkökulmasta. Integratiivinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu. Tampereen yliopisto.	Tarkoituksena on kuvata näyttöön perustuvan tehohoitoympäristön suunnittelua ja sen ilmenemistä hoitotyön käytännössä potilaan ja perheenjäsenten näkökulmasta. Tavoitteena on hyödyntää tuloksia sairaalaympäristöjen suunnittelussa ja kehittämisessä sekä perhehoitotyön kehittämisessä tehohoitoympäristössä. 1. Miten tehohoitoympäristön suunnittelua kuvataan tieteellisissä tutkimuksissa? 2. Miten tehohoitoympäristön suunnittelu ilmenee hoitotyön käytännössä potilaiden ja perheenjäsenten näkökulmasta?	Kirjallisuuskatsaus, jonka aineisto koostui 50:stä kansainvälisestä tieteellisestä tutkimuksesta. Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöisesti temaattisen analyysin avulla.	Teho-osaston suunnitteluratkaisuilla oli vaikutus siellä olevien ihmisten käyttäytymiseen, fyysiseen ympäristöön, toimintakäytäntöihin ja henkilökunnan työhyvinvointiin. Silti arkkitehtuurin merkitystä teho-osaston käytännön toiminnalle ei aina tunnistettu suunnitteluvaiheessa. Yhden hengen huoneiden lisäksi sairaalateknologian hyödyntäminen ja toimintakäytännöt vaikuttivat hoitoympäristön toimivuuteen. Valaistus, ääni, turvallisuus jne.
9. Johansson, L. Bergbom, I. Wayne, K, P. Ryherd, E & Lindahl, B. 2012. The sound environment in an ICU patient room -A content analysis of sound levels and patients experiences. South-Western Sweden.	Tällä tutkimuksella on kaksi tarkoitusta: 1. kuvata käyttäen sekä kuvaileva että määrällisen sisältö analyysin, tehohoitopotilaan huoneessa valitseva melun yli yhden päivän aikana, potilaan fyysisen tilan samana päivänä ja tehohoidon	Tutkimusta toteutettiin Lounais- Ruotsissa alueellisessa sairaalassa. 19 potilasta rekrytoitiin tutkimukseen, mutta vain 13 osallistui tutkimukseen loppuun asti. 24 tunnin aikana potilaan ollessa teholla kerättiin tietoja, potilaan yleisestä tilasta, mahdollisten	Lopullisen haastattelun jälkeen saatujen tuloksien mukaan potilaan kokemat samankaltaiset äänet koettiin sekä turvalliseksi että häiritseviksi. Positiiviset äänet, kuten hiljaisesti työskentelevä henkilökunta, loi

	<p>varhaiset delerium oireet. 2. Kuvata käyttäen määrällisen sisältö analyysin potilaan muistikuvia melusta tehohoitopotilaan huoneista.</p>	<p>delerium merkkien havainnointia ja äänitasoa. Tämä 24 tunnin jakso valittiin, koska oltiin kiinnostuneita päivä- ja yö-äänestä. Valittu päivä valittiin, koska se kuvasti normaalia teho-osasto päivää. Potilaiden päästyään pois teho-osastolta heitä haastateltiin ja haastattelua äänitettiin. Potilaat itse päättivät haastattelun ajankohtaa ja paikkaa. Haastattelukysymykset keskittyivät äänien ja potilaan muistoihin tehohoito ympäristöstä.</p>	<p>turvallisuuden tunnetta, turvan sekä tuttavallisuuden tunnetta, kun taas negatiiviset äänet, kuten verhon takana olevan sairaan potilaan tai meluisan teknisten laitteet aiheuttivat pelon, avuttomuuden ja ahdistuneisuuden tunteet.</p>
<p>10. Judith E. Hupcey. 2000. Feeling safe: The psychosocial needs of ICU patients. Journal of Nursing Scholarship; Fourth Quarter 2000; 32, 4; ProQuest Central.</p>	<p>Tarkoituksena kuvata vakavasti sairaiden potilaiden psykososiaalisia tarpeita mukaan lukien potilaiden kokemukset siitä, kun nämä tarpeet eivät tule kohdatuiksi -&gt; potilaiden perheiden ja ystävien sekä tehohoito-osaston henkilökunnan käyttäytyminen, joka auttoi tai häyttasi näiden tarpeiden huomioimista.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, jossa tutkimuksen kohteena 45 aikuista, vakavasti sairastunutta tehohoitopotilasta -&gt; potilaat olivat sairaalassa vähintään 3 vrk ajan. Tutkimus toteutettiin strukturoiduin haastatteluin, jotka nauhoitettiin.</p>	<p>Haastateltujen potilaiden pääasiallinen tarve oli tuntee turvallisuutta. Turvallisuuden tunteeseen vaikuttivat potilaan perhe ja ystävät, osaston henkilökunta, potilaan uskonto, sekä kontrollin tunne, toivo ja luottamus.</p>