

ILMAERISTYSPOTILAAN KOKEMUKSIA JA TUNTEMUKSIA ERISTYKSESSÄ OLOSTA

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyö koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö 04/2011
Mira Alanne 0800184
HOI08A

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

Mira Alanne

Ilmaeristypotilaan kokemuksia ja tuntemuksia eristyksessä olosta

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto opinnäytetyö, 36 sivua, 13 liitesivua

Kevät 2011

TIIVISTELMÄ

Tämän kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tarkoitus oli selvittää potilaiden uniikkia kokemusta ilmaeristyksessä olosta. Tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan tietoja ja taitoja kohdata potilas, joka on saanut kuulla vakavasta taudista ja joutunut ilmaeristykseen, sekä auttaa hoito henkilökuntaa huomioimaan potilas kokonaisvaltaisesti.

Tutkimus tehtiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Auroran sairaalan infektio-osaston kanssa. Kaikki haastateltavat vastaajat olivat olleet tai olivat haastattelun aikana potilaina ilmaeristyksessä yli kaksi viikkoa Auroran sairaalan infektio-osastolla. Haastatteluja tehtiin kevät talven 2010 ja syksyn 2010 välisenä aikana. Haastateltavia potilaita oli kuusi. Haastattelut tehtiin avoimella haastattelulla ja tulokset analysoitiin sisällönanalyysi menetelmällä.

Tutkimus osoitti että vastaajilla oli hyviä kokemuksia ilmaeristyksessä olosta alkujärkytyksen jälkeen. Hoitohenkilökunnan hoito koettiin suurimmaksi osaksi kokonaisvaltaiseksi. Eroja löytyi kuitenkin sairaaloiden välillä. Vastauksista ei niinkään tullut esiin vapauden rajoittamista. Teoreettinen viitekehys keuhkotuberkuloosista, ilmaeristyksestä ja sen vaikutuksesta potilaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin mahdollistavat tutkimustulosten ymmärtämisen.

Tutkimuksen mukaan potilaat kokivat HUS:n Auroran sairaalan ilmaeristyksen inhimilliseksi, koska siellä oli mahdollisuus ulkoiluun vaikkakin ainoastaan sairaalan välittömässä läheisyydessä. Kaiken kaikkiaan hoitohenkilökunta hoiti potilaita kokonaisvaltaisesti, lukuun ottamatta hoitopaikkakohtaisia eroja. Tutkittua ilmiötä on tutkittu vähän. Tekijä on löytänyt ainoastaan yhden tutkimuksen kyseisestä ilmiöstä, joten jatkotutkimushaasteille olisi aihetta.

Avainsanat: ilmaeristys, kriisi, hoitokärsimys, kokemus, tuntemus.

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing

Mira Alanne Patients` experiences and feelings of being in isolation.

Bachelor`s Thesis in Nursing

36 pages, 13 appendices

Spring 2011

ABSTRACT

The purpose of this qualitative research was to survey patients` unique experience of air isolation. The objective is to develop nursing knowledge and skills to meet the patient, who has heard of a serious disease, and gotten into isolation, and helps the health care staff to pay attention to holistic nursing.

The research was conducted with the infection department of the Aurora Hospital in the Helsinki University Central Hospital. All respondents had been or were patients during the interview. All the interviewed were in air insulation for more than two weeks. The interviews were made during the spring and autumn of 2010. The interviewees were six. Answers were collected with an open interview, and the results of the research were analyzed using a content analysis.

The research showed that the respondents had good experiences with the time spent in air insulation after the shock. The management of the nursing staff was seen as holistic nursing. Differences were found between hospitals. The respondents didn`t feel exploitation of liberty in the air insulation. The theoretical framework of pulmonary tuberculosis, air insulation, and the psychosocial influence of the isolation make it possible to understand the results of the research.

According to the study, patients experienced the air insulation in Aurora Hospital as being human, because there was a chance for outdoor activities only in the immediate vicinity of the hospital. Overall, nursing care was comprehensive with the exception of departments` differences. This phenomenon has been studied little. The author has found only one study of this phenomenon, so further research on this topic can be conducted.

Key words: air insulation, crisis, treatment distress, experience, sensation.

SISÄLLYS

JOHDANTO	1
1 KEUHKOTUBERKULOOSI JA POTILAAN HOITO ERISTYKSESSÄ	3
1.1 Tuberkuloosi	3
1.2 Eritys ja eristyksessä olo	5
1.3 Kriisi	7
1.4 Hoitotyön keskeiset menetelmät ja periaatteet	12
1.5 Hoitokärsimys	16
2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	18
3 MENETELMÄ, AINEISTON HANKINTA JA ANALYYSI	19
3.1 Laadullinen tutkimus	19
3.2 Aineiston hankinta ja menetelmä	21
3.3 Aineiston analyysi	23
4 TULOKSET	25
4.1 Hyvinvointiin ja kokemukseen vaikuttavat tekijät	25
4.1.1 Eristykseen joutuminen ja eristyksessä olo	25
4.1.2 Henkinen hyvinvointi	26
4.1.3 Fyysinen hyvinvointi	27
4.2 Tukemiseen vaikuttavat tekijät	28
4.2.1 Kokemukset hoidosta	28
4.2.2 Potilaan kokemus ilmaeristyksen vaikutuksesta läheisiin ja sosiaaliseen elämään	29
4.2.3 Ilmaeristyksessä selviytymiseen vaikuttavat tekijät	31
5 POHDINTA	32
5.1 Tulosten tarkastelu	32
5.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	35
5.3 Jatkotutkimusaiheita	39

LÄHTEET

LIITTEET

JOHDANTO

Ilmaeristystä käytetään sairauksissa, joiden aiheuttajat leviävät ilmassa kauas ja kauan leijailevien mikropartikkelien välityksellä. Näitä partikkeleita erittyy ilmaan erityisesti potilaan yskiessä tai aivastaessa tai aerosolia muodostavien toimenpiteiden yhteydessä. Ilmaeristystä edellyttäviä sairauksia ovat vesirokko/yleistynyt vyöruusu, tuhkarokko, epäilty tai todettu keuhko- tai larynxtuberkuloosi, jossa ysköksen tuberkuloosivärjäys on positiivinen, SARS, lintu- ja sikainfluenssa, isorokko ja verenvuotokuumeet, kuten Ebola. Potilaan käynnit eristyshuoneen ulkopuolella rajataan vain välttämättömään. Tutkimukset ja hoito toimenpidesastolla järjestetään niin että potilas voidaan kuljettaa suoraan ilman odotusta toimenpidehuoneeseen. Eristys aiheuttaa potilaalle ja omaisille usein ahdistusta ja huolta. On osoittautunut, että potilaan ahdistusta voidaan merkittävästi torjua ja vähentää asiamukaisella ohjauksella. Hoito tapahtuu yhteistyössä potilaan kanssa ja hänen osuustensa hoidon toteuttamisessa on hyvin merkittävä. (Suomen kuntaliitto 2005, 651 - 656.) Hoitohenkilökunnalta odotetaan tukea potilaan hoitoon sitoutumisessa. (Kunnamo, Alenius, Hermanson, Jousimaa, Teikari & Varonen, 2008, 248).

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jossa selvitetään ilmaeristyspotilaan kokemuksista ja tuntemuksista eristyksissä olosta. Idea työhön sai alkunsa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS), Auroran sairaalan infekti-osastolta, jossa hoidetaan vuodessa monta ilmaeristyksessä olevaa potilasta. Valtaosa heistä sairastaa keuhkotuberkuloosia. Mielenkiinnon kohteeksi nousi heidän psyykkinen jaksamisensa eristyksessä sekä se, miten he kokevat hoitohenkilökunnan avun ja miten hoitohenkilökunta voisi heitä parhaiten auttaa.

Tutkimus on rajattu keuhkotuberkuloosia sairastaviin ilmaeristyksessä oleviin potilaisiin, jotka ovat olleet eristyksessä yli kaksi viikkoa. Eristyksessä olo saattaa kestää viikkoja, usein jopa kuukausia. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää

hoitohenkilökunnan tietoja ja taitoja kohdata potilas, joka on saanut kuulla vakavasta sairaudesta ja joutunut ilmaeristykseen.

1 KEUHKOTUBERKULOOSI JA POTILAAN HOITO ERISTYKSESSÄ

1.1 Tuberkuloosi

Tuberkuloosi on *Mycobacterium tuberculosis* (M. tuberculosis) aiheuttama yleisvaarallinen tartuntatauti, joka esiintyy yleisimmin keuhkoissa, mutta voi esiintyä myös missä tahansa elimessä (Huovinen 2009, 1, ks. myös Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 21). Sairauden kliiniset löydökset vaihtelevat niin suuresti tyypiltään, laajuudeltaan ja paikaltaan, että millään luokittelulla, paitsi jaolla keuhkotuberkuloosiin ja muiden elinten tuberkuloosiin, ei juuri ole merkitystä. Tuberkuloosin kehittymisessä on tärkeä erottaa kaksi erityistä vaihetta, tartunnan aiheuttama kantajuus ja varsinainen sairaus. Tuberkuloositartunta tapahtuu ilmateitse hengittämällä ilmassa olevia tuberkuloosibakteereja keuhkoihin. Ilmaan bakteerit päätyvät hoitamattoma keuhkotuberkuloosia sairastavan henkilön yskiessä, aivastellessa tai puhuessa. Tartunnan todennäköisyyteen vaikuttavat monet tekijät kuten kontaktin kesto ja läheisyys, sairastavan potilaan ilmaan erittävän bakteeri-aerosolin määrä sekä altistuneen vastustuskyky. Tuberkuloosi tarttuu kuitenkin huonosti, lähikontakteissa altistuneista vain noin 30 %:a saa tartunnan aiheuttaman tuberkuloosi-infektion. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 21.)

Tuberkuloosi on kliinisesti aktiivinen sairaus, jossa *M. tuberculosis* osoitetaan viljelyin potilaan eritteistä tai kudoksista tai sairauden toteaminen perustuu histologiseen, kliiniseen ja / tai radiologiseen löydökseen. Tartunnan saaneista vain noin 10 %:a sairastuu koko elinaikanaan. Sairastumiseen vaikuttavat useat tekijät, joista tärkein on tartunnan saaneen immuunipuolustuskyky. Iän suhteen suurin riski on sairastua lapsuudessa, nuoruudessa tai vanhuusiässä. Pitkälle edetessä tai ilman tehokasta lääkitystä tuberkuloosi voi aiheuttaa vaikeita pysyviä vaurioita joko keuhkoihin tai muihin elimiin. Sairastuminen tuberkuloosiin voi tapahtua

välittömästi tai sitten vuosien, jopa vuosikymmenien kuluttua tartunnasta. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 21 - 23.)

Maailman terveysjärjestö WHO:n arvion mukaan kolmasosa maailman väestöstä on saanut tuberkuloositartunnan. Vuosittain näistä noin 9 miljoonaa sairastuu ja 4 miljoonalle kehittyy tartuntavaarallinen tauti. Suurin osa tapauksista ja tuberkuloosin aiheuttamista kuolemista on kehittyvissä maissa. Suurimmassa osassa Länsi-Eurooppaa tuberkuloosi on harvinainen ja useissa maissa yli puolet tapauksista todetaan ulkomaalaissyntyisillä. Itä-Euroopassa tauti on sen sijaan 1990-luvulla voimakkaasti lisääntynyt. Tuberkuloosiin kuoli 1900-luvun alussa kymmeniätuhansia suomalaisia. Vuosikymmeniä kestäneiden laajojen ja tehokkaiden torjuntatoimien seurauksena tuberkuloosiin sairastuvien määrä on saatu nopeaan laskuun. Tartuttavaa keuhkotuberkuloosia todetaan Suomessa 100 - 150 tapausta vuodessa. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 23 - 24.)

Keuhkotuberkuloosin tärkein oire on yli kolme viikkoa kestävä jatkuva yskä ja yleensä yskän limaisuus (Huovinen 2009, 1). Lisäksi voi esiintyä väsymystä, ruokahaluttomuutta, yleistilan laskua, laihtumista, yöhikoilua, rintakipua, hengenahdistusta, kuumeilua ja mahdollisesti veriyskää. Tartunnan leviämisen kannalta olennaista on, että tartuntavaarallisilla värjäyspositiivisilla keuhkotuberkuloosipotilailla on lähes aina oireita, etenkin yskää ja ysköksiä. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 43.)

Keuhkotuberkuloosin diagnosointiin käytetään apuna keuhkojen röntgenkuva-, yskösten värjäys- ja viljelynäytteitä, sekä tuberkuliinitestausta (Mantoux), joka on varsin epätarkka. Hoidon päämääränä on parantaa sairaus, hävittää infektiopotilaan elimistöstä ja ehkäistä taudin leviäminen muihin ihmisiin. Onnistuneen hoidon kulmakiviä ovat mahdollisimman varhainen lääkehoidon aloitus, tehokas lääkitys ja riittävän pitkä hoitoaika. Lääkehoidolla pyritään tuhoamaan aktiivisesti jakaantuvat tuberkuloosibakteerit, eliminoimaan jaksottain jakaantuvat bakteerit eli steriloidaan kudokset, sekä estämään bakteerien lääkeresistenssin kehittyminen. Koska eri lääkkeet vaikuttavat eri tavoin, hoito toteutetaan aina usean lääkkeen yhdistelmällä ja lääkitystä jatketaan riittävän pitkään, vähintään kuuden kuukauden

ajan. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 50.) Hoidon pituuden ja runsaan lääkityksen vuoksi hoito on vaativaa sekä potilaalle että hoitohenkilökunnalle. Potilas tarvitsee tietoa ja tukea, jotta hän voi toteuttaa lääkehoidon suunnitellusti. Osastohoidon aikana potilas ottaa lääkkeet valvotusti eli hoitaja seuraa, että potilas nielee jokaisen lääkeannoksen (DOT, directly observed therapy). Valvottua lääkehoitoa voidaan jatkaa kotioloissa, mikäli potilaan katsotaan hyötyvän tuesta lääkkeiden otossa. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 53.) Valvottu lääkehoito aiheuttaa usein ärsyntyä potilaissa. He tuntevat ettei heihin luoteta ja moni voi tuntea olevansa kuin psykiatrisessa hoidossa, missä lääkkeet otetaan valvotusti. Tämän takia potilaan informointi lääkkeidenoton valvomisesta on hyvä tehdä heti hoidon alussa tai kun potilas kuntonsa puolesta pystyy vastaanottamaan tietoa ja ymmärtämään sen.

1.2 Eritys ja eristyksessä olo

Potilaan eristämällä pyritään tartuntateitä katkaisemalla estämään sairauksia aiheuttavien tai antibiooteille resistenttien mikrobien tarttuminen toisiin potilaisiin, työntekijöihin tai vierailijoihin (Suomen kuntaliitto 2005, 646). Tuberkuloosi värjäyspositiivisten hoito toteutetaan aluksi keuhko- tai infektio-osastolla ilmaeristystilassa. Tartuntatautilain mukaan tartuntavaarallinen tuberkuloosipotilas voidaan eristää sairaalassa ja tarvittaessa hoitaa tahdostaan riippumatta (kts. liite 1 Tartuntatautilaki). Eristystila on yhden hengen huone, jonne kuljetaan sulkuutilan kautta. Huoneessa on oma WC ja suihkutila sekä mahdollisuuksien mukaan hyödyke- ja viihdyketavaroita. Eristyshuoneeseen suositellaan muista tiloista erillään toimivaa ilmanvaihtojärjestelmää, jossa huoneilman tulee vaihtua 6 - 12 kertaa tunnissa. Alipaineistetun huoneen ulkopuolella on hälyttävä seuranta-mittaristo, josta painetta seurataan jatkuvasti eristyshoidon aikana. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 97.) Eristyksen aloituksesta ja lopetuksesta päättää hoidosta vastaava lääkäri, sitä kuitenkin jatketaan, kunnes potilaan on todettu tai on syytä olettaa hänen muuttuneen tartuntavaarattomaksi. (Suomen kuntaliitto 2005, 651.)

Eristys on positiivisessa mielessä tehtävä toimi, mutta tietty vapauden riisto, jona jokainen potilas sen helposti kokee. Niinpä toimenpide tulee perustella sekä potilaalle että omaisille. Perustellusta syystä eristys toteutetaan kuitenkin, vaikka potilas sitä vastustaisi, sille yleisen turvallisuuden intressi menee potilaan intressin edelle. (Rönnemaa 2004,134.) Koska keuhkotuberkuloosi on tartuntatautilain mukaan yleisvaarallinen tauti, on hoitohenkilökunnalla mahdollisuus pyytää virkavallan apua jos potilas poistuu hoidosta. Tämä voi aiheuttaa suurta häpeää, vihaa tai raivoa potilaassa. Eristyksissä olo voi tuoda psyykkistä ahdistusta ja huolta elämisen mahdollisuuksista, etenkin silloin kun eristyksen kesto pitkittyy viikoiksi tai kuukausiksi. Usealle tulee eteen monta asiaa jotka huolestuttavat, kuten perheen ja parisuhteen hoitaminen, sosiaalisen elämän ylläpito, työ, toimeentulo, jne.

Ongelmapotilaita ovat psyykkisesti häiriintyneet, väkivaltaiset ja päihteiden käyttäjät, koska he eivät aina ymmärrä eristyksen syytä. Epäselvyyksiä syntyy helposti myös eri kulttuurista muuttaneiden kanssa, koska usein yhteinen kieli puuttuu ja sairauskäsitys on omastamme poikkeava. Tällöin yksilöllisen hoidon tarve on suuri. Potilaan kanssa pyritään aina löytämään yhteisymmärrys ja luomaan hyvä hoitosuhde, jotta pitkä lääkehoito saadaan menestyksellisesti toteutumaan. Eristäminen kun ei sinänsä ole parantava toimenpide. (Rönnemaa 2004, 134.)

Eristykseen joutuminen ja siellä olo vaikuttaa potilaan itsemääräämisoikeuteen. Eristyksessä rajoitetaan potilaan oikeutta liikkua vapaasti tai keskeyttää hoito. Itsemäärääminen tarkoittaa yksilön päätösvaltaa itseään koskevissa asioissa. Määritelmä voidaan ymmärtää potilaan ja asiakkaan suostumisena hoitoon tai hoidosta kieltäytymisenä. Tämän käsityksen taustalla on oikeudellinen oppi tietoon perustuvasta suostumuksesta, niin sanottu informed consent -doktriini. Tämän opin periaatteen mukaan potilaan tulee saada riittävästi tietoa suostumuksensa ja rationaalisen päätöksenteon perustaksi. Itsemäärääminen ei kuitenkaan voi olla kaikkea hallitseva periaate. Turunen (1997) toteaa, että samoin kuin vapauteen, myös itsemääräämiseen liittyy edellytyksiä ja rajoitteita. Esimerkiksi toisten ihmisten turvallisuuden huomioiminen rajoittaa itsemääräämistä. Hoitotyössä joudutaan ratkomaan potilaan ja asiakkaan itsemääräämiseen vaikuttavia kysymyksiä, joissa

keskenään ristiriidassa voivat olla lain tulkinta, yleiset eettiset ohjeet, ihmisoi-
keudet sekä potilaan subjektiivinen näkemys. (Haho 2009, 42 - 43.)

Äkillinen sairastuminen aiheuttaa pelkoa, järkytystä, avuttomuuden ja epävarmuu-
den tunteita. Sairauden pitkittyminen merkitsee potilaalle terveen ihmisen identi-
teetin menetystä, joka aiheuttaa masennusta. Terveydellä on yhteys kaikkiin mui-
hin elämän osa-alueisiin, kuten päivittäiseen työhön, harrastuksiin ja ihmissuhte-
isiin. (Haho 2009, 15 - 16.) Hoitajan on huomioitava potilasta niin fyysisesti,
psykkisesti kuin henkisesti. Hoitajilla on oltava ns. tuntosarvet päässä, etenkin
silloin jos potilas ei juuri puhu häntä askarruttavista asioista tai on kommunikoin-
ti ongelmia vieraan kielen takia. Tämän takia on hyvä jos potilaan hoidossa käy-
tettäisiin yksilövastuista hoitotyötä. Potilaalla olisi kaksi omahoitajaa, jotka ol-
lessaan vuorossa hoitaisivat potilasta ja näin hoitajat sekä potilas oppisivat tun-
temaan toistensa persoonallisuutta.

1.3 Kriisi

Vakavaan sairauteen sairastuminen aiheuttaa ihmisessä aina jonkinlaisen kriisin
olipa yksilö kuinka vahva hyvänsä. Usein se on akuutti psyykinen kriisi. Vaikka
sairaus on hoidettavissa, on potilaalla usein pelko pahimmasta; kuolemasta, toi-
mintakyvyttömäksi ja muiden autettavaksi jäämisestä, oman minäkuvan muuttu-
misesta. Joissain sairauksissa ruumiinkuva muuttuu hyvinkin nopeasti; ihminen
laihtuu tai lihoo runsaasti, iho kalpenee tai punoittaa ja sen kimmoisuus häviää,
hiuksia voi lähteä runsaasti. Silloin on vaikea tunnistaa omaa kehoaan tutuksi ja
olo voi ahdistua. Tuntuu siltä kuin olisi joutunut vieraaseen ympäristöön. Vakava
sairaus vaikuttaa myös yksilön persoonallisuuteen, sen rakenne ja kypsyyt mää-
räävät, millaiseksi ihminen kokee sairautensa. Tekeekö sairaus hänestä katkeran,
elämään tyytymättömän vai kykeneekö hän pitämään sairautensa haasteena.
(Kyyrönen, Mäenpää & Pohjanvirta-Hietanen 1995, 151 - 161.)

Usein ne mielikuvat, joita sairastuminen tiettyyn sairauteen herättää, ovat hyvinkin uhkaavia, jolloin akuutti kriisi syntyy vielä nopeammin. Varsinkin tutkimusvaiheessa, kun epäillään mutta ei olla vielä varmoja. Nämä mielikuvat saattavat olla tuhoisia sairastuneelle, koska pelot ja mahdollisuudet huonompaan ovat vielä olemassa. (Kyyrönen ym. 1995, 151 - 161.)

Yksilön kehitysvaihe, peruspersoonallisuus ja sairauden puhkeamisen aikaiset olot saattavat ylittää yksilön kriisi- tai kipukynnyksen. Keuhkotuberkuloosiin sairastunut saattaa kokea eristyksessä olon sairauden lisäksi kriisinä, koska hoidon aloituksessa ei yleensä osata sanoa tarkkaa aikaa jonka potilas joutuu viettämään eristyksessä, kuitenkin puhutaan viikoista ja / tai jopa kuukausista. Tämä tuo hyvin monenlaista huolta potilaalle; perheestä, parisuhteesta, kodin ja työn hoitamisesta, sosiaalisen elämän hoitamisesta, toimeentulosta, oman psyykkeen kestämisestä jne. (Kyyrönen ym. 1995, 151.)

Potilaan on sopeuduttava hoitoympäristöön ja -menetelmiin, joka vaatii voimia. Varsinkin jos hoitohenkilökunta asennoituu biologislääketieteellisesti eli jos potilas on sille ensisijaisesti toimenpiteiden kohde eikä kokonainen ihminen, jota hoidettaisiin hänen inhimillisten tarpeidensa mukaisesti. Tällainen kohtelu haavoittaa potilaan itsetuntoa ja heikentää omanarvontuntoa, mikä osaltaan vahvistaa ja pidentää kriisiä ja vaikeuttaa sen hallintaa. (Kyyrönen ym.1995, 151.)

Kriisivaiheet voidaan karkeistaen jaotella neljään vaiheeseen:

- Sokkivaihe

Kun ihminen saa tietää järkyttävästä asiasta tai kun jotakin järkyttävää tapahtuu, ensimmäinen reaktio on psyykinensokki. Psykkisessä sokissa on kysymys siitä, että mieli suojaa ihmistä sellaiselta tiedolta ja kokemukselta, jota se ei pysty vastaanottamaan, eikä kestä. Psykkisessä sokissa aivojen kapasiteetista on käytössä suurempi osa kuin normaalioloissa. Myös aistit avautuvat vastaanottamaan vaikutteita ja ne porautuvat suoraan aivoihin ilman tavanomaista valikoitumista ja

muokkaantumista. Siksi syntyneet aistivaikutelmat ja mielikuvat ovat erittäin voimakkaita, yksityiskohtaisia ja selkeitä. Sokissa olevaan ihmiseen tekevät voimakkaan vaikutuksen myös hänen kohtaamansa ihmiset ja se, mitä he sanovat. Muutaman minuutin kontakti on niin tärkeä, että ihminen muistaa sen lopun elämänsä. Tämä tulisi huomioida aina kun kohdataan potilas, mutta etenkin silloin kun potilas saanut kuulla sairaudestaan ja jos hänet vielä laitetaan tai on laitettu eristykseen. Siinä potilas on usein sokissa, jolloin hoitohenkilökunnan käyttäytyminen ja tapa hoitaa korostuvat potilaalle. Sokkivaiheelle on usein tyypillistä suuri ristiriita ulkoisen käyttäytymisen ja toimintakyvyn ja pohjalla tai taustalla olevan psyykkisen kaaoksen välillä. Sokkivaihe kestää yleensä muutamasta tunnista vuorokauteen. Joissakin hyvin järkyttävissä tapahtumissa sokkivaihe saattaa kestää kauemmin. (Saari 2003, 42 - 49.)

- Reaktiovaihe

Sokkivaiheesta siirrytään reaktiovaiheeseen pikku hiljaa. Siirtyminen reaktiovaiheeseen edellyttää, että vaara ja uhkatilanne ovat ohi. Lisäksi ihmisen täytyy tuntea olevansa turvassa. Reaktiovaiheessa ihminen tulee tietoiseksi tapahtuneesta ja sen merkityksestä omalle elämälle. Suru, epätoivo, tyhjyyden tunne, ahdistus, itsesyytökset ja syyllisyydentunnot ovat tyypillisiä. (Saari 2003, 52 - 53.) Keuhkotuberkuloosiin sairautuessa syyllisyydentunnetta voi lisätä se kun ihminen huolestuu siitä kuinka monta ihmistä, etenkin läheistä hän on mahdollisesti tartuttanut, ja jos lähikontaktissa on ollut lapsia tai vauvoja huoli ja ahdistus voi kasvaa entisestään. Ahdistus voi tulla myös kun potilas on huolissaan siitä mistä hän on voinut tartunnan saada. Jos tartunnan mahdollinen levittäjä on löydetty voi keskeisin tunne olla viha ja aggressio, joka kohdistuu johonkin ulkopuoliseen ihmiseen tai tahoon, kuten usein sairaalassa eristyksessä ollessa hoitavaan henkilökuntaan.

Syyttämiseen ja syyllisten etsimiseen keskittyminen suojaa itseasiassa kaikelta omassa itsessä tapahtuvalta käsittelyltä. Se on eräänlainen suojamekanismi, joka

suojaa omilta vaikeilta tunteilta. (Saari 2003, 53 - 54.) Reaktiovaiheelle on ominaista myös voimakkaat somaattiset reaktiot. Fyysinen reagointi alkaa yleensä vapinalla, joka ensin on selvästi ulkoista ja joka saattaa myöhemmin jatkua niin sanottuna sisäisenä vapinana. Tällöin vapina on jatkuvaa, mutta se ei näy ulkoisesti. Sisäinen vapina saattaa jatkua parikin vuorokautta traumaattisen tapahtuman jälkeen. Muita somaattisia vaivoja ovat pahoinvointi, kuvotus, sydänvaivat, lihassäryt, jotka johtuvat lihasten jännityksistä, huimaus ja painostava väsymys, joka ei mene lepäämällä ohi. Jotkut nukkuvat runsaasti, mutta suurimmalla osalla on uni-vaiveuksia. Reaktiovaiheen tunteilla on tarkoituksensa. Niiden avulla ihminen reagoi kokemuksta ulos itsestään. Jos se estetään esimerkiksi rauhoittavilla lääkkeillä, tunteet ja kokemukset jäävät ihmisen sisään. Reaktiovaihe kestää yleensä kahdesta neljään päivään. (Saari 2003, 55 - 56, 60.)

- Työstämis- ja käsittelyvaihe

Reaktiovaihetta seuraa työstämis- ja käsittelyvaihe. Tässä vaiheessa traumaattisen kokemuksen käsittelyprosessi muuttuu luonnettaan. Ihmiset eivät usein halua puhua kokemuksistaan; he sanovat etteivät enää jaksa puhua. Kysymys on siitä, että ihmisen mieli alkaa sulkeutua kolmen ensimmäisen vuorokauden jälkeen traumaattisesta tapahtumasta. Kokemusten käsittely ei kuitenkaan lopu, vaan se kääntyy sisäänpäin ja jatkuu omassa mielessä. Ihmisestä saattaa tuntua, että hän ei lainkaan aktiivisesti ajattele kokemusta, mutta siitä huolimatta sen työstäminen on käynnissä. Tämä näkyy monella tavalla käyttäytymisessä ja toiminnassa. Tyypillisiä oireita vaiheelle ovat muisti- ja keskittymisvaikeudet. Työstämisvaiheen vaatimat resurssit näkyvät myös ihmissuhteissa. Tyypillistä on tavanomaisen joustokyvyn häviäminen, ihminen menettää malttinsa helpommin. Ilmaeristyksessä olleilla potilailla tämä saattaa tulla esiin hermostuneisuutena erinäisiin tutkimuksiin, tutkimusten vastausten odottamiseen, sekä valvottuun lääkehoitoon kylästyksenä. Ärtäisyys ja raivoisuus saattaa kohdistua ja purkautua täysin ulkopuolisiin kohteisiin, että myös läheisiin ihmisiin. Usein eristyksessä ollessa nämä purkautuvat hoitohenkilökuntaan. Ominaista työstämis- ja käsittelyvaiheelle

on halu olla yksin ja monessa tapauksessa se on hyväksi. Ihminen ei välttämättä kaikissa tilanteissa ole psyykkisesti läsnä vaikka fyysisesti onkin paikalla, hän saattaa kokonaan vetäytyä ihmissuhteista ja muista sitoutumuksista. Tästä tie on lyhyt masennukseen. (Saari 2003, 60, 63.)

- Uudelleen orientoitumisen vaihe

Traumaattiset tapahtumat ovat yleensä sellaisia, että ne aiheuttavat elämään paljon muutoksia. Tapahtuneen hyväksymisen kautta alkaa sopeutuminen tapahtuman tai sairauden tuottamiin muutoksiin. Luopumisen ja surun kautta avautuu tilaa uudelle. Tämä kehitys tapahtuu vähitellen. Toivottu lopputulos on, että traumaattisesta kokemuksesta tai sairaudesta tulee tietoinen ja levollinen osa omaa itseä. Tavoitteena on, että kokemus ei ole korjattu vaan se on läpityöstetty. (Saari 2003, 67-68.) Eristyksessä pitkään olleilla potilailla työstämisvaihe voi tulla vasta jonkin ajan päästä eristyksen loputtua ja sairaalasta pääsyn jälkeen. Potilaat saattavat kokea vielä pitkään ahdistusta, mutta toisaalta osa voi kokea uudelleen orientoitumisvaiheen melko pian sairaalasta pääsyn jälkeen, koska potilaat usein vastasitten sisäistävät eristyksen tärkeyden ja ymmärtävät paremmin hoidon tarkoituksen.

1.4 Hoitotyön keskeiset menetelmät ja periaatteet

Kokonaisvaltaista hoitotyötä jäsentää ihmiskäsitys, jonka mukaan ihmistä voidaan tarkastella kolmella ulottuvuudella. Ne ovat tajunnallisuus, kehollisuus ja elämäntilanne eli situaatio. Nämä kolme käsitystä ovat toisiinsa kietoutuneita eikä niitä voida erottaa toisistaan. Kokemus terveydestä on kulttuurisidonnainen, joten terveys ja sairaus eivät merkitse samoja asioita eri kulttuureissa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 12.) Laajojen ja tehokkaiden torjuntatoimien seurauksena tuberkuloosiin sairastuvien määrä on saatu Suomessa nopeaan laskuun. Tartuttavaa keuhkotuberkuloosia todetaan noin 100 - 150 tapausta vuodessa, joista noin 10 % on ulkomaalaisyntyisiä. (Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma 2006, 26). Näin ollen hoitohenkilökunnan on huomioitava erilaiset kulttuurit hoitotyössään.

Jokainen ihminen, niin hoitaja kuin potilaskin, on ihmisenä arvokas ja ainutlaatuinen. Ihmiset ovat yksilöinä erilaisia ja jokainen yksilö on potilaana erilainen.

Jokaisella ihmisellä on ainutkertainen todellisuutensa, joka koostuu henkilökohtaisista arvoista, tavoitteista, toiveista ja unelmista sekä ainutlaatuisesta elämäntilanteesta ja tärkeistä asioista. Suhtautuminen sairauteen, hoitoon ja potilaana olemiseen on yksilöllistä, ja potilaiden yksilöllisten ominaisuuksien huomioon ottaminen hoitotyössä tärkeää. (Holmia ym. 2008, 14 - 21.)

Hoitaja on aina tunteva ja kokeva ihminen. Hoitajan tehtävä on potilaan kokonaisvaltainen hoito ja huolenpito, johon kuuluu potilaan, sekä läheisten auttaminen, ohjaaminen ja tukeminen sairauden aiheuttamassa elämäntilanteessa. (Holmia ym. 2008, 20 - 21.) Hoitaja on ihminen, joka ammattilaisena ja ihmispersoonana sitoutuu tukemaan ja auttamaan potilasta (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2002, 78). Hän käyttää omaa persoonallista hoitotyön asiantuntijuuttan ylläpitäessään ja edistäessään potilaan terveyttä, ehkäistäessään sairauksia ja hoitaessaan sairaita sekä tukiessaan potilaan kuntoutumista (Holmia ym. 2008, 20). Hän on autettavansa maailmassa havainnoitsija, ymmärtäjä, peili, palautteen antaja, matkatoveri ja viimeiselle rajalle saattaja. (Iivanainen ym. 2002, 78). Hoitaja lievittää potilaan kärsimyksiä ja edistää kuolevan hyvää oloa, sekä auttaa läheisiä heidän surutyössään. Hän kohtaa potilaan yksilönä hänen ainutkertaisessa elämäntilanteessa, jolloin potilas on usein hädissään, peloissaan ja sairauden aiheuttamassa kriisissä. Silloin hoitaja pyrkii ymmärtämään syvällisesti potilasta ja hänen lähtökohtiansa ja tunnistamaan hänen avun ja tuen tarpeensa. Peltarin (1997) mukaan hoitajalta edellytetään empaattisuutta, herkkyyttä ihmisen hädälle, kuuntelemisen taitoa ja lämpöä. Hän korostaa että hoitajaa tulee voida lähestyä helposti.

Potilas ja läheiset tarvitsevat paljon tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä ohjausta ja tukea sairauden aiheuttamien yksilöllisten elämänmuutosten kohtaamiseen. Vuorovaikutus, keskustelu, lohduttaminen ja tukeminen ovat oleellinen osa hoitajan työtä. Hoitaja tarkkailee, auttaa ja tukee potilaan elintoimintoja ja perustarpeita, sekä toimii potilaan puolesta silloin, kun hän ei itse pysty huolehtimaan perustarpeistaan. Hoitaja on myös potilaan puolestapuhuja, potilaan asianajaja. Esimerkiksi lääkärin kierrolla / käynnillä hoitajalla on keskeinen rooli potilaan asianajana, koska on asioita joita potilas kysyy ja muistaa usein jälkeenpäin tai

ennen lääkärin käyntiä, mutta unohtaa ne silloin kun lääkäri on potilaan luona. Silloin hoitaja voi ottaa potilaan puolesta asioita esille. Potilaat eivät aina myöskään ymmärrä kaikkea mitä lääkäri kertoo heille heidän tilanteestaan ja sairaudestaan, jolloin hoitaja toimii ns. tulkkina ja selittää potilaalle asiat niin hyvin kuin ammattitaitonsa puolesta pystyy. (Holmia ym. 2008, 20 - 21.)

Hoitaminen on vuorovaikutusta ja perustuu yhteistoimintaan. Lähtökohtana on humanistinen ihmiskäsitys, jonka mukaan yhteistyösuhteen osapuolet ovat ainutlaatuisia ihmisiä ja subjekteja. Yhteistyösuhde ymmärretään kahden subjektin väliseksi suhteeksi, johon potilas osallistuu aktiivisesti. Se on huolenpitosuhde, jossa potilas ja hoitaja nähdään yksilöinä omine tahtoineen, aikomuksineen ja voimavaroineen. Yhteistyösuhteen tavoitteena on potilaan auttaminen hänen terveytensä ja hyvinvointinsa edistämiseksi. (Holmia ym. 2008, 27.) Paavilaisen (1994) mukaan potilaan ja hoitajan yhteistyösuhde on *yhdessä ja rinnakkain elämistä, olemista ja toimimista ammatillisuuteen pohjautuen*. Molempien aktiivisuus yhteisen päämäärän suuntaan on potilaan selviytymistä tukevan yhteistyösuhteen ydin, jossa hoitaja tukee potilasta auttamaan itseään ja kunnioittaa potilaan arvoja ja näkemyksiä (Holmia ym. 2008, 27). Keuhkotuberkuloosia sairastavan potilaan tulee hoitajan tuella osoittaa myös omaa aktiivisuuttaan parantumisesta kohtaan. Potilaiden aktiivisuus tulee esiin usein lääkehoidon toteutumisessa, sillä se on tuberkuloosin ja etenkin keuhkotuberkuloosin hoidossa ykkösehto paranemiselle. Useat potilaat kokevat lääkehoidon rankaksi, sillä lääkkeitä on paljon ja niistä voi tulla voimakkaitakin sivuvaikutuksia. Valvottu lääkehoito (DOT = directly observed therapy) on ehdoton, koska lääkehoidon onnistumisen kannalta on tärkeää että lääkehoito toteutetaan täsmällisesti. Hyvin toteutetulla lääkehoidolla vältetään resistenttien kantojen syntyä, mutta vajaille perusteluilla valvottu lääkehoito voi tuntua potilaasta luottamuksen puutteelta.

Eettinen herkkyys edellyttää taitoa tunnistaa eettinen jännite tai ristiriita arkielämän epäselvissä ja monimutkaisissa tilanteissa. Erilaisia eettisiä lähestymistapoja yhdistää näkemys siitä, että toisen ihmisen edun huomioiminen on oikein. Jotta ammattitaitoinen hoitaja osaisi huomioida potilaiden edun, hänen tulee osata

tunnistaa heidän erityispiirteitään, tarpeitaan ja oikeuksiaan sekä omia vastaavia velvollisuuksiaan. Tämä edellyttää ennen kaikkea taitoa asettua toisen ihmisen asemaan ja tarkastella asioita hänen näkökulmastaan. Eristyksessä olevaa potilasta hoidettaessa hoitajan on mietittävä usein potilaan tarpeita ja erityispiirteitä. Potilaalla saattaa olla lieviä tai kohtalaisia fyysisiä oireita tai niitä ei ole lainkaan, jolloin aika eristyksessä voi käydä pitkäksi ja sen myötä potilas ahdistuu ja tylsistyy herkemmin. Eettiseen herkkyyteen kuuluu myös herkkyys tunnistaa ja reflektoida sitä, miten oikea oma tulkinta toisen tilanteessa on, ja millaisia seurauksia omalla toiminnalla on toisille ihmisille. Päätelmät siitä, keihin kaikkiin toimintamme vaikuttaa, ilmentävät eettistä herkkyyttä, johon sisältyy myös erilaisten toimintatapojen hahmottaminen, sekä sen miettiminen mitkä olisivat mahdolliset seuraukset tilanteen eri osapuolille. Tilanteita tulisi tarkastella paitsi omasta myös toisten ihmisten oikeuksien ja hyvinvoinnin näkökulmasta. (Juujärvi, Myyry & Pessa, 2007, 78 - 80.) Hoitohenkilökunnan teoilla ja tavalla hoitaa on suuri merkitys potilasta hoidettaessa. On kiinnitettävä huomioita siihen millä tavalla potilasta lähestytään ja miten häntä hoidetaan.

Eri ammattilaisten rooleihin sisältyy erilaisia oikeuksia ja velvollisuuksia. Joidenkin ammattien edustajilla – kuten lääkäreillä tai sairaanhoitajilla – on oikeus kajota hyvinkin pitkälle potilaan yksityisyyteen ja fyysiseen koskemattomuuteen. Tämä voi tuntua potilaasta inhottavalta. Riippuen siitä millä tavalla hoitohenkilökunta potilasta hoitaa voi hoitotilanteesta tehdä potilaalle inhimillisen tai järkyttävän tilanteen. Kaikkia ammatteja ja niihin liittyviä roolikäsityksiä voidaan tarkastella neljän eri ulottuvuuden kautta. Nämä ovat auktoriteetti, vastuu, vaikutusmahdollisuudet ja autonomia. Auktoriteetti viittaa siihen kuinka paljon valtaa yksilö katsoo omaavansa ammatissaan ja kuinka paljon valtaa itse ammatilla on. Hoitohenkilökunnalla on toisaalta paljon auktoriteettia, koska heidän tieto on sellaista että ulkopuolinen ei voi sitä aina ymmärtää ja siten vain heillä on riittävästi tietoja päätösten tekemiseen. Toisaalta taas hoitotyössä potilaalla on useimmiten päätösvalta omaa hoitoaan koskevassa päätöksen teossa ja potilaan päätöstä kunnioitetaan. Vastuu – ulottuvuus ilmentää taas sitä, kuinka paljon vas-

tuuta ammattilaisella on toimenpiteiden seurauksista ammatissa toimiessaan. Vastuun voi nähdä ulottuvan yksittäisen työtilanteen ulkopuolelle aina yhteiskuntaan vaikuttamiseen saakka. Hoitotyön ammattilaisella on vastuu potilaasta ja hänen ammattitaitoisesta hoidostaan. Vaikutusmahdollisuudet taas kuvaavat sitä missä määrin ammattilainen tuntee kontrolloivansa ja hallitsevansa ammatissa toimimistaan. Kokeeko hän itse pystyvänsä vaikuttamaan toimintaansa ja sen päämääriin vai ovatko ne enemmän ulkopuolisten tahojen kuten säädöksien ja määräysten ohjaamia? Hoitohenkilökunnan toimintaa säätelee tietyt ohjeet ja säädökset, mutta tapaa jolla hoidamme potilaita säätelemme itse. Voimme itse valita millä tavalla annamme säädöksien määräämää hoitoa potilaille. Hoidamme vain potilaan sairautta, vai hoidammeko potilasta kokonaisvaltaisesti. Autonomia kuvaa itsenäisyyden astetta. Asiantuntija tuntee itsensä varmaksi eikä kaipaa toisten toiminnalleen muiden hyväksyntää. Hoitohenkilökunnan autonomia riippuu paikasta jossa työskentelee. Esimerkiksi osastolla työskennellessä on hoitohenkilökunnalla vähemmän autonomiaa, kuin kotisairaanhoidossa työskennellessä. Siellä hoitaja työskentelee huomattavasti itsenäisemmin. (Juujärvi ym. 2007, 45 - 46.)

1.5 Hoitokärsimys

Sairaus ja sen aiheuttama ahdistus on jo sinänsä raskas taakka. Jos siihen lisätään vielä loukkaavaa käytöstä, potilas joutuu kohtuuttoman lujille. (Gerkman-Kempainen 2006, 20.) Käsitteksen hoitotodellisuudesta leimaa edelleenkin reduktionistinen ja sairauskeskeinen näkemys. Erikssonin (1995) mukaan ihminen on edelleenkin liian korkeateknologisesti suuntautunut. Sairaiden hoitamisen tarkoituksena on kautta aikojen ollut vähentää ja lievittää sairaan kärsimystä. Hoitaminen voi kuitenkin myös aiheuttaa kärsimystä. Tätä kärsimystä nimitetään ”hoitokärsimyksi”. (Toivanen 2009, 26.) Hoitokärsimykseen kuuluu luonnollisesti kaikki se kärsimys, jonka hoitaminen aiheuttaa. Eriksson (1994) määrittelee hoitokärsimyksen *kärsimyksi, jota koetaan suhteessa hoitotilanteeseen*. Ilmiö on kuitenkin laajempi, koska siihen on tarkoituksenmukaista sisällyttää myös käsittelystä ja hoitotoimenpiteistä aiheutuva kärsimys. Tällöin se jaetaan

ruumiilliseen ja henkiseen kärsimykseen. Ruumiillista hoitokärsimystä ovat kaikki ne kivut, vaivat, hankaluudet, joita hoitaminen, hoidon puute tai huono kohtelu aiheuttavat. Sielullista hoitokärsimystä on kaikki se psyykinen paha, jota hoitaminen, hoidon puute tai huono kohtelu aiheuttavat. (Toivanen 2009, 27.)

Potilaan ja hoitavan asiantuntijan – lääkärin, sairaanhoitajan – suhde on aina suhde, jossa potilas luovuttaa hoitavalle henkilölle omaa itseään koskevaa valtaa. Hoitamiseen liittyy siis aina, valtaa, ja hoitokärsimyksen taustalla on hoitavien ihmisten valta-asema. On kuitenkin huomattava, että vaikka hoitokärsimys liittyy vahvasti vallan väärinkäyttöön, niin potilaalle voidaan aiheuttaa hoitokärsimystä silloinkin kun valtaa käytetään oikein. Toimenpiteiden aiheuttaman kärsimyksen taustalla ei tarvitse olla väärää asenteita eikä vallan väärinkäyttämistä. (Toivanen 2009, 29.) Esimerkiksi tartuttavan keuhkotuberkuloosi potilaan hoito ilmaerityksessä on suoritettava potilaan tahdosta riippumatta, jolloin hoitokärsimystä ilmenee ilman vallan väärinkäyttöä. Vallan väärinkäyttö tulee ilmi väärinä tekoina potilasta kohtaan, esimerkiksi potilaan hoitamatta jättämisenä, huonona hoitona ja kohteluna (Toivanen 2009, 29).

Kärsimyksen lievittämisessä on ensiarvoisen tärkeää, että niin hoitohenkilökunta kuin läheisetkin osaavat antaa aikaa ja tilaa vaikean asian käsittelylle. Tärkeäksi nousee myös potilaan kuunteleminen. Osa hoidon aiheuttamasta kärsimyksestä on kuitenkin väistämätöntä. Tällaisesta hoidosta johtuvaa kärsimystä tulee kaikin keinoin pyrkiä lievittämään. Tällaisessa hoitokärsimyksessä potilaaseen suhtautumisen merkitys korostuu. Vääränlaisella kohtelulla kärsimyksen taakkaa voi lisätä, mutta oikeanlainen asennoituminen auttaa potilasta kestävästi väistämättömän kärsimyksen. Toivanen (2009) toteaa että hoitokärsimyksen välttämiseksi jokaisen hoitavan ihmisen pitäisi pyrkiä aina vain syvemmillä itsensä, omien asenteidensa, ihmiskäsityksensä ja arvomaailmansa tuntemisessa. Kyky kohdata ja lieventää inhimillistä kärsimystä on riippuvainen kypsyydestä kohdata omaa kärsimystä. Kärsimyksen lievittäminen edellyttää että ihminen kohtaa kärsimyksen kaikki muodot edellyttämättä mitään, ja että hänellä on rohkeutta lievittää sen hetkistä kärsimystä kyseenalaistamatta ensin sen syytä. (Eriksson, 1995, 5-6.)

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää yli kaksi viikkoa ilmaeristyksessä olleen potilaan kokemuksia ja tuntemuksia eristyksessä olosta, sekä sitä miten hän on kokenut hoitohenkilökunnan avun ja tuen. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan tietoja ja taitoja kohdata potilas, joka saanut kuulla vakavasta sairaudesta ja joutunut ilmaeristykseen. Tavoitteena on myös auttaa hoitohenkilökuntaa huomioimaan ja parantamaan potilaan vointia kokonaisvaltaisesti.

Tutkimustehtävänä oli selvittää avoimilla haastatteluilla potilaiden kokemuksia ja tuntemuksia eristyksessä olosta. Tutkimuskysymyksenä käytetään kysymystä: Mitkä ovat Teidän kokemuksenne ilmaeristyksessä olosta? Haastattelun yhteydessä avataan haastateltavan vastauksia lisäkysymyksillä, sen mukaan kuin ne aidosti tulevat vastaan keskustelun kuluessa. Tutkimustehtävä tukee tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitteita.

3 MENETELMÄ, AINEISTON HANKINTA JA ANALYYSI

Valitsin tutkimuksen menetelmäksi laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen, koska haen ihmisten uniikkia kokemusta ilmaeristyksessä olosta vakavan sairauden sairastamisen yhteydessä, sekä pyrin tutkimaan asiaa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti potilaan kannalta. Rajoitan tutkimuksen keuhkotuberkuloosia sairastaviin ilmaeristyksessä olleisiin potilaisiin, koska he ovat suurin kohderyhmä, jotka viettävät pitkiä aikoja ilmaeristyksessä. Potilaan kokemuksia ilmaeristyksestä ei ole tutkittu paljon. Tutkimuksessani vertaan tuloksia kanadalaiseen laadulliseen tutkimukseen SARS potilaiden kokemuksista eristyksessä olosta.

3.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen tutkimus on empiiristä eli kokemusperäistä, ja laadullisessa tutkimuksessa on kyse empiirisen analyysin tavasta tarkastella havaintoaineistoa ja argumentoida, kuitenkin teorian merkitys laadullisessa tutkimuksessa on ilmeinen. Yleisellä tasolla kaiken tutkimuksen pitäisi olla luonteeltaan teoreettista. Eräs laadullisen tutkimuksen peruskulmakivistä on havaintojen teoriapitoisuus, jolla tarkoitetaan sitä, että se, millainen yksilön käsitys ilmiöstä on, millaisia merkityksiä tutkittavalle ilmiölle annetaan tai millaisia välineitä tutkimuksessa käytetään, vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan edellä mainitussa mielessä laadullisen tutkimuksen perustelut korostavat teoriapitoisuutta tutkimuksen lähtökohtana. Molemmat, sekä teoreettinen että empiirinen tutkimustyyppi voivat tutkia samaa ilmiötä, koska ero liittyy ilmiön tarkastelun näkökulmaan. Ero on pelkistettävissä havaintoaineiston ja argumentaation väliseksi eroksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 21 - 22.) Laadullisen tutkimuksen erilähestymistapojen tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja (Janhonen & Nikkonen 2001, 21).

Havaintoaineiston tarkastelu ja argumentointi eroavat empiirisessä ja teoreettisessa analyysissä kahdella eri tavalla. Empiirisessä analyysissä korostuvat aineiston keräämis- ja analyysimetodit, kun taas teoreettisessa analyysissä ei sitä vastoin ole varsinaista metodologiaa. Aineiston keräämis- ja analyysimetodin kuvailu antaa lukijalle mahdollisuuden arvioida tutkimusta ja on oleellinen osa tulosten uskottavuutta. Teoreettisessa tutkimuksessa keskeinen uskottavuuskysymys kulloinkin liittyy siihen, miten argumentointi suoritetaan, eli siihen kuinka uskottavasti ja pätevästi lähdeaineistoa käytetään. Tällöin argumentoinnissa korostuvat lähteet. Teoreettisessa analyysissä korostuu aina, kuka on sanonut mitä ja milloin, kun taas empiirisessä analyysissä lähdeaineistoa tuottavien henkilöiden tunnistettavuus yksilöinä sen sijaan häilytetään. Empiirisessä tutkimuksessa tulee aina etiikan näkökulmasta pitää huolta siitä, ettei yksittäistä henkilöä tunnusteta, kun taas teoreettisen analyysin argumentointi nojaa juuri yksittäisen väitteen ja sen esittäjän tunnistamiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 21 - 22.)

Tutkimusraportoinnin kannalta on huomattava, että eräissä laadullisen tutkimuksen raporteissa esitetään analyysin tueksi lainauksia alkuperäisistä haastatteluista. Tässä haetaan jonkinlaista implisiittistä yhteyttä teoreettisen analyysin argumentointiin. Saatetaan väittää, että alkuperäisten ilmauksien esittäminen parantaa tutkimuksen luotettavuutta, ikään kuin analogiana teoreettisen analyysin argumentoinnille. Ei kuitenkaan pidä ymmärtää näiden ilmausten lainaamista muuksi kuin esimerkeiksi ja tekstin elävöittämiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 21 - 22.)

Laadullista tutkimusta tehdessä on perusteltua määrittää mitä on tekemässä. Se kohdistuu tutkimuksen tekniseen toteutukseen, sekä tutkijan eettiseen vireyteen. Tutkijan on tiedettävä mitä hän tekee, sillä yleisiä ohjeista huolimatta jokainen tutkimus sisältää eettiset ongelmansa. Tieteellisen ilmaisun kannalta tutkijan tulee pyrkiä perustelemaan valintojaan, mutta tehtyjen valintojen purkamista ei voi avata loputtomiin, vaan jossain tulee vastaan perustelematon usko tai asenne. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 67.)

3.2 Aineiston hankinta ja menetelmä

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Keräsin aineiston haastattelemalla potilaita, koska haluan tietää mitä potilaat ajattelevat eristyksessä olosta ja miten he kokevat sen. Haastattelun etu on ennen kaikkea joustavuus. Haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selventää ilmausten sanamuotoa ja käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. Haastattelussa tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta. Silloin on perusteltua antaa informaatiota haastattelusta tiedonantajille jo hyvissäajoin etukäteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Koska haastattelin Auroran infektio-osaston potilaita ja siellä potilaina olleita, oli minun annettava eettistä lausuntoa ja tutkimuslupaa HUS:n eettiseltä lautakunnalta. Tutkimuslupa-anomus jätettiin 4.1.2010 ja lupa saatiin 3.2.2010.

Kävin läpi vanhoja Auroran infektio-osaston potilastietoja osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa selvittääksemme ketkä heistä sopisivat tutkimukseeni. Etsimme aluksi viiden vuoden sisällä ilmaeristyksessä olleita potilaita, koska heillä kokemus olisi vielä ns. tuore. Potilaita löytyi kymmenen. Otin ylös potilaiden puhelinnumerot ja soitin jokaiselle henkilökohtaisesti kysyäkseni heidän halukkuutta osallistua tutkimukseen. Heistä neljä vastasi puhelimeen ja jokainen näistä neljästä osallistui haastatteluun. Lopuilla kuudella potilaalla numero oli vanhentunut. Kaksi potilasta haastattelin heidän ollessa ilmaeristyksessä osastolla. Jokaiselle haastateltavalle kerroin ensin minkätäkä olen kiinnostunut haastattelemaan heitä ja mitä haastattelu tulee pitämään sisällään. Tämän jälkeen haastateltava oli vapaaehtoinen päättämään halusiko hän osallistua haastatteluun. Haastattelin vastaajia Auroran sairaalan infektio-osaston tiloissa, sekä potilaiden kotona. Lopulta sain haastateltua kuutta potilasta. Pisimpään ilmaeristyksessä ollut oli noin kolme kuukautta. Toteutin haastattelut yksilöhaastatteluina, koska

koin sen parhaimmaksi tavaksi saada tietoa potilaan yksilöllisestä ja uniikista kokemuksesta.

Haastattelin alkuperäisen suunnitelmani vastaisesti yhtä vastaajista tulkkauksen avulla, koska näytti siltä että en olisi saanut riittävästi aineistoa kasaan. Kolme vastaajista oli ulkomaalaisia, joista kaksi puhuivat ja ymmärsivät hyvin suomea. Neljättä haastattelua tehdessäni huomasin asioiden kertautumisen joidenkin kysymysten kohdalla. Halusin kuitenkin jatkaa haastattattelujen tekemistä, koska neljän haastattelun vastaukset tuntuivat minusta vielä vajailta tutkimusvastausta etsiessäni.

Käytin aineiston keruumenetelmänä avointa haastattelua, koska halusin selvittää haastateltavan ajatuksia, kokemuksia, mielipiteitä ja tunteita ilmaeristyksessä olosta, sekä hoitohenkilökunnan avusta ja tuesta eristyksessäolo aikana sen mukaan kuin ne tulevat aidosti vastaan keskustelun kuluessa. Avoimesta haastattelusta käytetään myös nimityksiä syvähaastattelu, kliininen haastattelu, asiakaskeinen haastattelu ja keskustelunomainen haastattelu. Siinä käytetään avoimia kysymyksiä, ainoastaan ilmiö, josta keskustellaan, on määritelty. Haastattelijan tehtävänä on kuitenkin syventää tiedonantajien vastauksia rakentamalla haastattelun jatko saatujen vastausten varaan. Avoimessa haastattelussa korostuu tutkittavan ilmiön mahdollisimman perusteellinen avaaminen, jolloin ei ole harvinaista, että haastateltavia on vain muutama ja että samaa henkilöä voidaan haastatella useaan kertaan. Siinä ei kysellä tai keskustella mistä tahansa, vaan haastattelun sisältö liittyy tutkimuksen tarkoitukseen ja ongelman asetteluun tai tutkimustehtävään. Avoin haastattelu on ilmiökeskeinen; tutkimuksen viitekehys ei määrää haastattelun suuntaa. Ajatuksena on kuitenkin että tutkimuksen viitekehys helpottaa haastattelijaa hahmottamaan ilmiötä, jota hän on tutkimassa. Avoimessa haastattelussa sallitaan haastattelijan intuitiiviset ja kokemuseräiset lähestymiset ja väliintulot. Haastatteliija pitää haastattelun aiheessa ja koossa, mutta antaa haastateltavan puhua vapaasti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75 - 76.)

3.3 Aineiston analyysi

Käytin tutkimusaineiston analysointiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Sisällönanalyysissa erotetaan tutkimusaineistosta samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen ym. 2001, 23.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Siinä analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtäväasettelun mukaisesti. Avainajatus on siinä, että analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovittuja tai harkittuja. Periaatteessa teorian merkitys analyysin ohjaajana liittyy metologiaan eli instrumentalismiin siten, että tutkimuksessa julki lausutut metodologiset sitoumukset ohjaavat analyysia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.)

Sisällönanalyysi-prosessin etenemiseen kuuluu seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi (Janhonen ym. 2001, 24).

Miles ja Huberman (1994) kuvaavat aineistolähtöisen laadullisen eli induktiivisen analyysin kolmivaiheiseksi prosessiksi:

- Aineiston redusointi eli pelkistäminen
- Aineiston klusterointi eli ryhmittely
- Aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen.

Aloitin tutkimusaineiston analysoinnin kuuntelemalla ja aukikirjoittamalla jokaisen haastattelun jälkeen haastattelun nauhoituksen. Kun olin saanut kaikki nauhoitukset aukikirjoitettua luin ja perehdyin haastatteluiden sisältöön. Pelkistäminen voi tapahtua siten, että aukikirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja esimerkiksi alleviivaamalla ne erivärisillä

kynillä, kuten itse tein. Aineiston pelkistämällä analysoitavasta informaatiosta eli datasta karsitaan tutkimukselle epäoleellinen pois (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Alleviivasin samaa asiaa tarkoittavat samanvärisillä kynillä. Kirjoitin pelkistetyt ilmaisut post-it lapuille, jotka yhdistin samankaltaisuuksien mukaan mind mapin tavoin. Luokitteluyksikkönä voi olla esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. Luokittelussa aineisto tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Klusteroinnissa luodaan pohja tutkimuksen perusrakenteelle. Klusteroin pelkistetyt ilmaisut alaluokiksi, joita sain yhteensä seitsemän. Klusteroinnin katsotaan olevan osa abstrahointiprosessia. Abstrahoinnissa edetään alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Abstrahointia jatketaan yhdistelemällä luokituksia, niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. Abstrahoin alaluokat yläluokiksi, joita sain yhteensä kaksi. Tutkimuksessani en enää voinut yhdistää yläluokkia pääluokiksi.

4 TULOKSET

Kaikilla haastateltavilla oli ilmaeristyksen syynä tartuttava keuhkotuberkuloosi. Haastatteluja oli yhteensä kuusi. Analysoin haastattelujen vastaukset sisällön analyysi menetelmällä. Analyysin pohjalta muodostui kaksi yläluokkaa; Hyvinvointiin ja kokemukseen vaikuttavat tekijät, sekä Tukemiseen vaikuttavat tekijät. Esitelen tuloksissa myös suoria lainauksia haastateltavien vastauksista. Ne ovat tekstissä kirjoitettu kursivoidulla tekstillä.

4.1 Hyvinvointiin ja kokemukseen vaikuttavat tekijät

Ensimmäisen yläluokan alle lähdin ryhmittelemään potilaiden hyvinvointiin eristyksessä ollessa vaikuttavia tekijöitä, joita ovat eristykseen joutuminen ja eristyksessä olo, sekä henkinen ja fyysinen hyvinvointi.

4.1.1 Eristykseen joutuminen ja eristyksessä olo

Kaikki vastaajista kokivat eristykseen joutumisen jonkin asteisena järkytyksenä. Ensimmäiset viikot koettiin rankimmiksi. Alkujärkytyksen jälkeen suuri osa vastaajista koki ilmaeristyksessä olon osastolla kohtalaisen hyväksi. Ilmaeristys koettiin eristyksenä, mutta vapaa ulkona liikkuminen sairaala-alueella, osaston välittömässä läheisyydessä teki eristyksestä inhimillisen. Vastaajista kolme ihmettelivät sitä mistä olivat saaneet keuhkotuberkuloosi tartunnan. Jokaisen vastaajan mieleen nousi huoli tulevaisuudesta, sekä mahdollisesta muiden perheen jäsenien, sekä läheisten tartuttamisesta. Kaksi vastaajista ymmärsi alku järkytyksen jälkeen, että keuhkotuberkuloosi on tauti joka paranee hoitamalla. Vastaajat kokivat että tieto sairaudesta ja sen hoitomahdollisuuksista rauhoitti heitä huomattavasti.

Kokemukset ilmaeristyksessä olosta muissa sairaaloissa koettiin vaikeammiksi kuin Auroran sairaalan infektio-osastolla. Vastaajista puolet eli kolme olivat olleet ilmaeristyksessä muissa sairaaloissa Etelä Suomen alueella. Yleiseksi vaikeudeksi vastaajien kesken nousi se, ettei erityshuoneesta päässyt ulos, edes tupakalle. Toisena ikävänä asiana koettiin hoitohenkilökunnan ennakkoluulot ilmaiteitse tarttuvaa tautia kohtaan, sekä asiaton kohtelu.

Hoitohenkilökunnan ja läheisten suojautuminen koettiin helpottavana asiana, vaikkakin ilmaeristyksessä ollessa se tuntui ajoittain ärsyttävältä. Kaikki vastaajat kuitenkin ymmärsivät suojautumisen tarkoituksen.

Aika kova paikka se oli sillo, ku sai tietää että joutuu tulemaan tänne. Vituttihan se suoraan sanottuna näin, et ties ku Lohjalla, et minkälaist se oli jo vähä siellä ku, toi nii ku neljän seinän sisälle lyödään ihminen ja... onhan se kova paikka kyllä.

Ei ole niiku sellasta eristystä... minulla oli vapaa kulku. Voi itse kulkea, käydä ulkona ja tulla takaisin. Ei oo niiku... miten sen voi sanoa... varsinaista eristystä, niiku vankilassa.

4.1.2 Henkinen hyvinvointi

Haastateltavista yli puolet koki ilmaeristyksen henkisesti raskaaksi, etenkin kun aikaa eristyksessä oli kulunut yli viikko. Henkisesti raskaana ilmaeristyksen kokivat ne potilaat, joilla oli lieviä ja / tai kohtalaisia fyysisiä oireita. Potilaat kokivat mielialan vaihteluita, sekavia tuntemuksia, tylsyyttä ja ärtyneisyyttä. Rankoista fyysisistä oireista kärsiviä potilaita oli kaksi, molemmat kokivat vähemmän ärtyneisyyttä, tylsyyttä ja mielialan vaihteluita kuin lievempiä fyysisiä oireita kärsivät. Heidän mukaan oireet eivät antaneet tilaa miettiä muuta kuin paranemista.

Kaikille vastaajalle tarjottiin psyykkistä apua hoidon aikana, mutta kukaan vastaajista ei kuitenkaan kokenut tarvitsevansa sitä. Potilaista usea koki, ettei heillä

ollut tarvetta purkaa tuntemuksiaan vieraan ihmisen kanssa, he kokivat saavansa riittävästi apua omaisista ja ystävistä.

Kylhä nyt alku meni hyvin, mut sit... joissain vaihees rupes niiku tympi-mää koko juttu... sithä kyl se mikä psykiatri se ny oli... pyydettii tänne ku rupe sillee... niiku kaikki hommat kaatuu päälle... ku tietää ettei sillee niiku voi lähtee hoitelee asioita.

No emmä nyt tiää... ei sitäkää välttist ku emmä... nii vähä sanane muuteki et ei tuu paljo juteltua.

Vapauden rajoittamisen tunnetta ilmaeristyksen aikana Auroran sairaalan infektio-osastolla oli tullut yhdelle vastaajista, joka oli johtunut siitä kun ei sairauden takia voinut käydä tapaamassa ihmisiä. Vastaaja kuitenkin ymmärsi täysin perustellut asialle. Sen sijaan muissa sairaaloissa vapauden rajoittamisen tunne oli tullut kolmella vastaajista. Nämä olivat liittyneet ulkona käymisen kieltämiseen.

Neljä kuudesta vastaajasta olivat haastattelutilanteessa, päässeet jo pois sairaalasta ja kahta haastattelun heidän ollessa hoidossa ilmaeristyksessä. Yllä mainituista neljästä vastaajasta yhdestä tuntui ahdistavalta käydä Auroran sairaalassa eristyksen loputtua. Hän joutui käymään noin kerran kuussa Auroran infektio-poliklinikalla lääkärin kontrollissa keuhkotuberkuloosin hoidon seurannan vuoksi. Muut vastaajista eivät kokeneet ahdistusta eivätkä pahaa oloa Auroran sairaalaan tai poliklinikalle tullessa. Yksi vastaajista koki kontrollikäynnit ja hoitohenkilökunnan tapaamisen mukavana

4.1.3 Fyysinen hyvinvointi

Ilmaeristyksessä ollessa kuudesta vastaajasta kolme tunsivat eristyksen alku viikoilla voimakasta, sairaudesta, sekä lääkkeistä johtuvaa fyysistä pahoinvointia, heikkoutta ja voimattomuutta. Kyseisillä vastaajilla esiintyi vähemmän eristyksestä johtuvaa pitkästyneisyyttä. Yksi vastaajista oli sairautensa takia liikuntakyvytön. Tämä tuntui vastaajasta vielä vaikeammalta kuin ilmaeristyksessä olo. Hän

koki, että jos olisi päässyt ulkona käymään ja liikkumaan huoneessa ja sairaala-alueella, hän olisi kestänyt eristyksen paremmin.

Se oli ollu varmaa vaihtelua kun olis päässy tohon ulos, mutta jalat ei pidä ni ne ei pidä.

4.2 Tukemiseen vaikuttavat tekijät

Toiseksi pääluokkaksi olen ryhmitellyt potilaan kokemuksia tukemiseen vaikuttavista tekijöistä, joita ovat kokemukset hoidosta, sekä ilmaeristyksen vaikutuksesta läheisiin ja sosiaaliseen elämään, sekä ilmaeristyksessä selviytymiseen vaikuttavat tekijät.

4.2.1 Kokemukset hoidosta

Hoitohenkilökunnan hoito Auroran infektio-osastolla koettiin hyväksi ja korkeatasoiseksi kaikkien vastaajien kesken. Yksi vastaajista oli kokenut asiatonta kohtelua hoitohenkilökunnan puolelta hoitotilanteessa toisessa sairaalassa. Potilas oli epäröinyt tämän johtuvan hoitohenkilökunnan epävarmuudesta ilmaitse tarttuvaa tautia kohtaan. Vastaajat kokivat että hoitohenkilökunnalla oli potilaille riittävästi aikaa, myös silloin kun osastolla oli kiireistä. Potilaat ymmärsivät kiireen hyvin, kun se oli heille hyvin perusteltu. Avun saanti hoitohenkilökunnalta koettiin hyväksi ja riittäväksi. Informaation kulussa hoitohenkilökunnalta potilaalle koettiin jonkun verran puutteita. Parannusta olisi kaivattu erilaisten kokeiden ja tutkimusten tulosten kertomisessa spontaanisti eli ilman että potilaan tarvitsi niitä erikseen pyytää. Muuten parannusehdotukset henkilökunnalle liittyivät eristyshuoneen tilaan. Puolet vastaajista koki, että eristyshuoneessa voisi olla enemmän virikkeitä, kuten enemmän televisiokanavia, DVD-nauhuri, tietokone, pelejä yms.

Mul oli vähä sellanen tunne sen leikkauksen jälkeen että nämä hoitajat siellä sitten tuli antaa sen kipupiiki..., mä sain semmosen käsityksen, että vähän että, ne niiku arasteli tulla tänne, että ne puki sen esiliinan ja nämä päähän kaikki mitä. Silti heitä niiku pelotti se tavallaan et mikäs mies minä täällä olen.

Ei mitään...jos ois enemmän tekemistä tällee tai enemmän telkkari-kanavia, ei mitään muuta. Mulla oli vähän niin kuin hotelli...vähän niin kuin viisi tähtinen vankila.

4.2.2 Potilaan kokemus ilmaeristyksen vaikutuksesta läheisiin ja sosiaaliseen elämään

Puolet vastaajista koki ilmaeristyksen ja pitkän sairaalassa olon vaikuttavan etenkin perhe-elämään. Vastaajilla huoli nousi lapsista ja heidän hyvinvoinnista, sekä siitä miten perheen jäsenet selviävät kun toinen on poissa niin kauan, myös pitkä välimatka perheen ja sairaalan välillä koettiin vaikeaksi. Kuitenkin perheen ja läheisten tuki koettiin kaikkien vastaajien kesken tärkeimmäksi ja merkityksellisemmäksi ilmaeristyksessä ollessa. Läheisten apu koettiin jopa välttämättömäksi ja korvaamattomaksi. Yhteydenpito läheisiin sekä heidän vierailut auttoivat ajattelemaan muita asioita kuin sairautta ja sen tuomia huolia, myös tieto läheisten hyvinvoinnista helpotti paljon. Yksi vastaajista halusi pitää tiedon eristyksestä ja sairaudesta omaisen ja hänen tietonaan, jotta epäselvät huhut sairaudesta eivät lähtisi liikkeelle.

Kaksi vastaajista kantoi huolta työpaikastaan, sairauden aiheuttamasta pitkästä sairauslomasta ja töihin palaamisesta. Huoli nousi töihin paluusta, siitä oliko mahdollisesti töitä enää tarjolla kun sairausloma loppui, ja pääsisikö samaan työpaikkaan. Myös työtovereiden ajatukset sairaudesta huolestuttivat jonkin verran. Toimeentulo sairausloman aikana aiheutti myös huolta osalle vastaajista, sillä tuloja ei ollut lainkaan ja / tai ne pieneniivät huomattavasti pitkä sairausloman johdosta.

Auttaa se, todella sillee niiku, pääsee vaihtaa muitakii ajatuksii ja sit tietää vähän mitenkä siel kotona menee... Se on aika tärkeetä sillai...et jos...jos ei sielt kuuluis mitään ni se ois aika...aika ahdistavaa.

4.2.3 Ilmaeristyksessä selviytymiseen vaikuttavat tekijät

Tärkeimmäksi avuksi vastaajien kesken koettiin mahdollisuus ulkoiluun sairaala-alueella, sekä tupakointi mahdollisuus ulkona potilashuoneen läheisyydessä. Neljä vastaajista olisi halunnut käydä sairaalan ulkopuolella, mutta he ymmärsivät perustelut luvan kieltämiselle. Omaisten ja ystävien vierailu, sekä huumori koettiin olevan tärkeitä tekijöitä selviytymisessä. Positiiviseksi koettiin oma huone, televisio, sekä mahdollisuus käyttää omaa tietokonetta, internettiä, videopelejä ja DVD-nauhuria. Myös hoitohenkilökunnan apu ja kannustaminen koettiin tärkeäksi.

No mul oli äxboksi oli mukana, sit mul oli tietokone siin oli moka et pääs internettiin ja sitte et kaverit ja perhe kävi tosi usein, auto tosi paljo tätä hommaa et pysty olemaan.

Mul oli oma huone ja säännöllinen elämä...telkkari ja kirjat oli paljon ja kaikki oli siellä itselläni. Mul oli tekemistä.

5 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ilmaeristyksessä yli kaksi viikkoa viettäneiden potilaiden kokemuksia eristyksessä olosta. Tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan tietoja ja taitoja kohdata pitkään ilmaeristyksessä ollut potilas kokonaisvaltaisesti. Haastattelin kuutta ilmaeristyksessä ollutta potilasta HUS:n Auroran sairaalan infektio-osastolla, Helsingissä. Vastaajista kolme olivat suomalaisia ja kolme ulkomaalaisia, joista kaksi puhui ja ymmärsi sujuvasti suomea ja kolmas antoi haastattelun perheenjäsenen tulkkauksen avulla. Haastattelut tehtiin maaliskuun 2010 ja syyskuun 2010 välisenä aikana infektio-osaston tiloissa ja potilaan kotona.

Käytin haastatteluissa nauhuria. Testasin ennen jokaista haastattelua nauhurin toimivuuden, sekä välimatkan jossa pidin nauhuria. Huomasin kuitenkin että nauhotuksen äänenlaatu riippui siitä millä tavalla haastateltava puhui. Osa nauhoituksista kuului huomattavasti hiljempaa kuin osa. Nauhoituksia kuunnelllessani huomasin myös kuinka erilaiset sivuäänet, kuten kauempaa haastattelupaikasta tulevat äänet häiritsivät. Jatkossa haastattelin erillisistä mikrofonia käyttäen, välttäkseni ajoittaisen huonon kuuluvuuden nauhoituksia kuunnelllessa.

5.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tulokset osoittavat että vastaajat kokivat ilmaeristyksen henkisesti raskaana, mutta olivat kaiken kaikkiaan tyytyväisiä HUS:n Auroran sairaalan infektio-osaston ilmaeritysmalliin. Jokainen vastaajista oli kokenut jonkin asteisen alkujärkytyksen ilmaeristykseseen joutuessaan, myös keuhkotuberkuloosi epäily ja / tai diagnoosin vahvistuminen aiheuttivat henkistä järkytystä. Keuhkotuberkuloosiin sairastumiseen ja eristykseen joutumiseen liittyy selvästi jonkinasteinen kriisi. Vastauksista tuli esiin kriisin neljä eri vaihetta. Sokki- ja reaktiovaihe

tuli esille jokaiselta vastaajalta. Työstämisvaihe tuli esiin lähes jokaisen vastauksista. Vastaajat olivat kokeneet joustokyvyn häviämistä, malttinsa menettämistä, hermostuneisuutta ja ärtyisyyttä. Nämä tunteet purkautuivat usein hoitohenkilökuntaan tai läheisiin. Uudelleen orientoitumisen vaihe tuli esiin vastaajilla, jotka olivat olleet kotona ilmaeristyksen jälkeen enemmän kuin kuusi kuukautta. Moni näistä vastaajista koki hoidon olevan erittäin tarpeellista, sekä osa pystyi nauramaan tapahtuneelle.

Vastaajat kokivat eniten huolta omasta ja läheisten terveydentilastaan, mahdollisista läheisten ym. tartuttamisista, sekä perhe-elämän ja parisuhteen sujumisesta ilmaeristyksen aikana. Kanadalaisessa tutkimuksessa eräs SARS:a sairastava eristyksessä oleva potilas kuvasi pelon, yksinäisyyden, tylsyyden ja vihan tunteita sekä huolestuneisuutta eristyksen ja tartunnan vaikutuksesta perheenjäseniin ja ystäviin (Maunder, Hunter, Vincent, Bennett, Peladeau, Leszcz, Sadavoy, Verhaeghe, Steinberg & Mazulli 2003, 1245). Nämä tulivat esiin myös tässä tutkimuksessa. Huoli töiden jatkumisesta sairausloman loputtua, sekä toimeentulosta sairausloman aikana nousivat esiin tutkimuksessa. Myös muiden paheksuntaa sairautta kohtaan koettiin. Tämä tuli esille myös Kanadalaisessa tutkimuksessa.

Tässä tutkimuksessa tuli esille että fyysisesti huonommassa kunnossa oleville potilaille eristys ei alkuvaiheessa tuntunut niinkään ahdistavalta, koska fyysinen huonovointisuus vei ajatukset konkreettisesti vain sairaudesta selviämiseen. Eikä näin ollen jäänyt aikaa miettiä eristyksen tuomaa rajoittuneisuutta. Kanadalaisessa tutkimuksessa tuli esille että, SARS potilaista yleisesti enemmän psykososiaalista apua kaipasivat potilaat joiden oireet vaihtelivat lievistä kohtalaisiin (Maunder ym. 2003, 1247).

Vastaajille kuten kaikille eristyspotilaille HUS:n Auroran infektio-osastolla tarjottiin psykososiaalista tukea psykiatrin tai psykiatrisen sairaanhoitajan osastokäynnillä sekä mahdollisuutta puhua sosiaalityöntekijän ja / tai sairaalapastorin kanssa. Ulkomaalaisten potilaiden kommunikoinnin apuvälineenä käytettiin tulkia niin usein kuin se oli mahdollista. Eristystoimenpiteitä suunniteltaessa tulee

huomioida ne monikertaiset psykososiaaliset vaikutukset joita kokemukset eristyksessä voivat aiheuttaa potilaille, heidän läheisilleen, työpaikoille ja yhteiskunnalle (Sarbjit 2009, 47). Kukaan vastaajista ei kokenut että olisivat tarvinneet psyykkistä tukea, sen sijaan sosiaalityöntekijästä koettiin olevan apua erilaisten toimeentulo asioiden hoidossa sairaalassaolo aikana. Kahdella vastaajista kävi psykiatri ja / tai psykiatrinen sairaanhoitaja.

Ilmaeristystä ei koettu vapauden riistämisenä, mutta se koettiin rajoittavan vapautta. Vastaajista neljä olivat olleet ilmaeristyksessä muissa sairaaloissa Etelä-Suomen alueella. Näistä vastaajista kolme olivat kokeneet ahdistavaksi ja negatiiviseksi piirteeksi sen, ettei heillä ollut mahdollisuutta ulkoiluun edes sairaalan välittömässä läheisyydessä, esimerkiksi tupakalla käynnin ajaksi.

Hoitohenkilökunnan apu koettiin kaiken kaikkiaan hyväksi, ammattitaitoiseksi ja ystävälliseksi. Kanadalaisen tutkimuksen mukaan jotkut SARS:a sairastavat potilaat kokivat arvokkaaksi toisen ihmisen (hoitajan) läsnäolon, eikä niinkään sairaanhoidollista läsnäoloa (Maunder ym. 2003, 1249). Tässä tutkimuksessa tuli myös esille hoitohenkilökunnan tuen ja avun merkitys eristyksessä jaksamisessa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että osa vastaajista oli kokenut puutteita informaation kulussa hoitohenkilökunnalta potilaalle. Puute koettiin erilaisten tutkimusten ja kokeiden tulosten kertomisessa, ilman että potilas itse niitä tiedusteli. Sarbjit (2009) kuvaa artikkelissaan ilmaeristyksessä olleiden potilaiden ahdistusta pelon ja riskien tietoisuuden takia. Tämä ahdistus voimistuu epäselvän informaation ja kommunikation johdosta, joka on yleistä sairauden puhkeamisen alkuvaiheelle. Vastaajista yksi oli kokenut huonoa kohtelua hoitohenkilökunnan puolelta toisessa sairaalassa ollessa. Vastaaja oli tulkinut hoitohenkilökunnan huonon kohtelun heidän epävarmuutena keuhkotuberkuloosia sairastavaa potilasta hoidettaessa. Usein epävarmuus johtuu tiedon puutteesta. Pääkaupunkiseudulla on keskitetty ilmaeristyspotilaiden pitkäaikainen hoito muutamalle osastolle, joten tietotaitokyseisten potilaiden sairauksien ja eristystoimenpiteiden osalta ei usein ole päivitettyä, mikä taas voi johtaa hoitohenkilökunnan epävarmuuteen.

Hoitokärsimystä tuli siis esille haastatteluista. Jo pelkästään sairauden ja eristyksen aiheuttama ahdistus oli raskasta. Se että, yksi vastaajista oli tuntenut olevansa erikoinen ja vaarallinen mies sairautensa ja eristyksensä vuoksi lisää potilaan kärsimystä, jota voitaisiin välttää hoitohenkilökunnan asiantuntevalla käytöksellä, sekä asiantuntemuksen lisäämisellä ko. tilanteissa.

Parannusehdotuksia hoitohenkilökunnalle vastaajilta tuli yksi, joka liittyi informaation kulkuun hoitohenkilökunnalta potilaalle, ilman että potilaan tarvitsisi erikseen tuloksia pyytää. Potilaan oikeuksiin kuuluu se että, hoitohenkilökunta oma-aloitteisesti antaa selvityksen potilaalle hänen terveydentilastaan. Tiedot on annettava niin että potilas ymmärtää riittävän hyvin niiden sisällön. Potilaalle ei kuitenkaan saa antaa tietoja jos hän ei halua niitä tai jos lääkäri pitää ilmeisenä että tietojen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. (Valvira 2011.) Muut parannusehdotukset liittyivät eristystiloihin. Niihin toivottiin enemmän virikkeitä, kuten enemmän televisiokanavia, tietokone, internet, pelikonsoli, DVD-soitin jne.

Selviytymiskeinoiksi ja jaksamiseksi eristyksessä vastaajat kokivat läheisten ja ystävien vierailun ja tuen, ulkona (sairaala-alueella) liikkumisen mahdollisuuden, tupakoinnin ulkona, omien virikkeiden kuten tietokoneen, pelikonsolin, DVD-nauhurin ja kirjojen käytön, hoitohenkilökunnan avun ja tuen, sekä huumorin.

5.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen ja etiikan yhteys on kahtalainen. Toisaalta tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin. Toisaalta taas eettiset kannat vaikuttavat tutkijan tieteellisessä työssä tekemiin ratkaisuihin. Tutkijan vastuu aiheen harkitsemisesta myös etiikan valossa on pysyvä. Tutkimusaiheen valinta on myös eettinen valinta. (Tuomi ym. 2009, 129.) Tutkimusaihe on valittu yhdessä HUS:n Auroran infektio-osaston osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa. Olemme yhdessä

pohtineet että tutkimuksesta olisi hyötyä osaston hoitohenkilökunnalle, kun he hoitavat pitkään ilmaeristyksessä olevaa potilasta.

Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat täysin yhdessä. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä [good scientific practice]. Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja tutkimuksen rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä on tutkimuksen tekijällä itsellään ja tutkimusryhmän sekä tutkimusyksikön johtajalla. (Tuomi ym. 2009, 132 - 133.) Tutkimuksen eettisenä lähtökohtana on että tutkimuksen kaikki vaiheet raportoidaan mahdollisimman tarkasti ja avoimesti. Olen pyrkinyt tutkimuksessani tuomaan esille kaikki tutkimuksen vaiheet ja vastaukset mahdollisimman tarkasti ja rehellisesti.

Koska keräsin aineiston haastattelemalla Auroran infektio-osaston potilaita ja siellä potilaina olleita, oli minun anottava eettistä lausuntoa ja tutkimuslupaa HUS:n eettiseltä lautakunnalta. Tutkimuslupa-anomus jätettiin 4.1.2010 ja lupa saatiin 3.2.2010.

Tutkimus oli potilaille täysin vapaaehtoista. Tutkimuksessa en käytä potilaiden nimiä, henkilötunnuksia tai mitään muutakaan miten heidät voisi tunnistaa tutkimuksesta. Haastatteluissa käytin nauhuria. Purettuani nauhurin sisällön tyhjensin kaikkien haastateltujen nauhoitettut kasetit. Haastattelujen puhtaaksi kirjoitetut tekstit tuhoan myös opinnäytetyön puhtaaksi kirjoituksen jälkeen. Kerroin haastateltaville että, jos heille haastattelun jälkeen nousee vaikeita asioita mieleen samana päivänä tai myöhemmin olen valmis käymään heidän kanssaan läpi niisanottua jälkihoitokeskustelua, ettei haastateltava jää yksin asioiden kanssa. Jälkihaastattelu ei kuitenkaan mitenkään liity tutkimukseen.

Olin arvioinut suunnitelmassani että haastattelin 4-8 potilasta tutkimukseeni, mutta tulokset alkoivat toistaa itseään neljännen vastaajan kohdalla. Halusin kuitenkin haastatella useampaa, sillä neljän haastattelun vastaukset tuntuivat minusta vielä vajailta tutkimusvastausta etsiessäni. Vastaajista kolme olivat ulkomaalaisia.

Kaksi heistä osasi suomea sujuvasti, mutta kolmannen kanssa tein haastattelun vastaajan veljen tulkkauksen avulla. Lopulta sain haastatteluja kasaan kuusi. Haastattelun alkuperäisen suunnitelmani vastaisesti tulkkauksen avulla, koska tutkimuksen alussa näytti siltä että en olisi saanut riittävästi aineistoa kasaan.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudessa huomioin laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit, joita ovat credibility eli uskottavuus ja vastaavuus, transferability eli siirrettävyys, dependability eli luotettavuus, tutkimustilanteen arviointi, varmuus ja riippuvuus, sekä confirmability eli vakiintuneisuus, vahvistettavuus ja vahvistuvuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138 - 139).

Eskolan ja Suorannan (1996) mukaan on huomioitava vastaavanko tutkijan tekemä käsitteellistäminen ja tulkinta tutkittavien käsityksiä, kun taas Parkkilan, Välimäen ja Routasalon (2000) mielestä tärkeää on tutkimukseen osallistuneiden riittävä kuvaus ja arvio kerätyn aineiston totuudenmukaisuudesta. Tutkimuksessani raportoin mahdollisimman rehellisesti ja avoimesti tutkimuksen eri vaiheista ja tuloksista. Jokaisen haastattelun jälkeen pyrin puhtaaksi kirjoittamaan haastattelun mahdollisimman pian, jotta itse haastattelutilanne olisi minulla tuoreessa muistissa ja saisin kirjoitettua haastattelun mahdollisimman avoimesti ja totuudenmukaisesti. Vastaajista kolme olivat ulkomaalaisia, joista kaksi puhuivat ja ymmärsivät hyvin suomea, mutta kolmannen haastattelun tein vastaajan veljen tulkkausta hyväksi käyttäen. Voi olla että haastattelijana en ole ymmärtänyt mitä vastaaja on haastattelussa vastannut tai vastaavasti vastaaja ei ole ymmärtänyt mitä olen häneltä kysynyt ja näin vastaukset voivat olla epäluotettavia. Tämä on voinut tapahtua myös suomalaisia haastateltaessa. Haastattelu tilanteessa kuitenkin varmistin vastaajilta useasti sitä ymmärsivätkö he kysymyksen. Tulkattaessa vastauksien luotettavuus voi horjua, koska varmuudella ei tiedetä sitä, saako henkilö tiedon / kysymyksen oikein tulkattuna, etenkin silloin kun käytetään omaista tulkkiina. Tämä on tullut usein esiin infektio-osastolla, kun on käytetty omaista tulkkiina, siksi pyritään siihen, että tilataa ulkopuolinen tulkki niin usein kun se on mahdollista.

Tynjälän (1991) mukaan tutkijan tulee ottaa huomioon paitsi erilaiset ulkoiset vaihtelua aiheuttavat tekijät, myös tutkimuksesta ja ilmiöstä itsestään johtuvat tekijät. Tutkimuksessa vertaan tutkimustuloksia kanadalaisen (SARS potilaiden eristys kokemuksista) tutkimuksen kanssa, koska se oli ainoa löytämäni tutkimus samantyylisestä aiheesta. Aihetta on siis tutkittu hyvin vähän, miltei ollenkaan. Tämän johdosta tutkimuksessa on vähän vertailukohteita, joka voi toisaalta vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen, mutta toisaalta taas vahvistaa sitä.

Kuten Eskola ja Suoranta (1996) huomauttavat on tutkimuksessa otettava huomioon tutkimukseen ennustamattomasti vaikuttavat tekijät, kuten haastattelun peruuntuminen vastaajan tai tutkijan puolelta, nauhurin rikkoutuminen, äänitysten huono kuuluvuus jne. Käytin haastatteluissa nauhuria. Huomasin kuitenkin että nauhoituksen äänenlaatu riippui siitä millä tavalla haastateltava puhui. Osa nauhoituksista kuului huomattavasti hiljempaa kuin osa. Nauhoituksia kuunnellessani huomasin myös kuinka erilaiset sivuäänet, kuten kauempaa haastattelupaikasta tulevat äänet häiritsivät. Jatkossa haastattelin erillisistä mikrofonia käyttäen, välttääkseni ajoittaisen huonon kuuluvuuden nauhoituksia kuunnellessa.

Tutkimus on toteutettu tieteellisen tutkimuksen toteuttamista yleisesti ohjaavin periaattein (Parkkila ym. 2000, 139). Olen tutkimuksen teoreettisessa osiossa pyrkinyt kuvaamaan ilmaeristystä ja sen vaikutusta psyykkisesti, fyysisesti ja henkisesti, kriisin eri vaiheita, sekä hoitokärsimystä ja sen vaikutusta potilaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin mahdollisimman tarkasti. Olen kuvannut myös sairauksia jonka johdosta potilaat joutuvat ilmaeristykseen. Sairaudet olen kuitenkin rajannut keuhkotuberkuloosiin, koska se on Suomessa tällä hetkellä yleisin pitkän ilmaeristyksen aiheuttaja ja koska kaikki tutkimuksen vastaajat sairastivat keuhkotuberkuloosia.

Tutkimustani arvioi ja ohjaa opinnäytetyönohjaaja. Kaksi opponijaa lukevat, kommentoivat ja arvioivat tutkimuksen suunnitelman, sekä valmiin tutkimuksen. Kuten Niiranen (1990) toteaa että tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärke-

ää, että ulkopuolinen henkilö / henkilöt tarkastavat tutkimusprossin toteutumisen, sillä omalle tekstilleen tulee herkästi sokeaksi.

Parkkilan ym. (2000) mukaan tutkimuksen ratkaisut esitetään niin seikkaperäisesti, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä ja arvioimaan sitä. Olen tutkimuksessani pyrkinyt tuomaan tulokset ja oman pohdinnan mahdollisimman avoimesti ja rehellisesti. Tutkimuksen viitekehys tukee tutkimustuloksia. Tutkimuksessa olen huomionnut että haastatteluista käy ilmi ne asiat mitä haastateltava on kertonut, sekä haastatteluiden oikein tulkinta. Selvitin tutkittaville ennen haastattelua perusteellisesti asiat joita tutkin ja miksi niitä tutkin, sekä mitä tutkimuksella haen, jotta tutkijan tekemä käsitteellistäminen ja tulkinta vastaavat tutkittavien käsityksiä. Haastattelujen purussa huomionnut että haastattelut on purettu niin kuin ne ovat tulleet ilmi haastatteluissa. Olen pyrkinyt täysin sananmukaiseen haastatteluiden puhtaaksi kirjoittamiseen. (Tuomi ym. 2009 138 - 139.)

5.3 Jatkotutkimusaiheita

Lisätutkimusaiheena voisi olla samanlainen tutkimus potilaiden kokemuksista ilmaeristyksessä, koska HUS:n Auroran infektio-osasto muuttaa vuosina 2013 – 2015 Meilahden kolmiosairaan infektio-osastolle, johon kaikki HUS:n Helsingin alueen infektio-osastot yhdistyvät. Kyseisellä osastolla ei ole mahdollisuutta ulkoiluun ilmaeristyskuoneista, ja koska tämä tuli vahvasti esiin vastanneiden selviytymiskeinoksi eristyksessä, olisi mielenkiintoista tietää minkälaisena potilaat kokevat ja mitä selviytymiskeinoja heillä silloin on eristyksessä ollessa. Tutkimusta voisi tehdä myös suuremmalle potilasmäärälle ja sen voisi jakaa niin että haastattelisi potilaita eristyksen aikana ja vuosi eristyksen jälkeen. Näin saataisiin tietoa siitä miten ensi järkytys vaikuttaa eristyksessä oloon ja miten aika muuttaa kokemuksia eristyksessä olosta.

LÄHTEET

Asiantuntijaryhmän suositus. 2004. Tuberkuloositartunnan torjunta sairaalassa. Suomen lääkärilehti. 9/2004 vsk 59, 909 - 916.

Eskola, J & Suoranta, J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Eriksson, K. 1995. Hoitokärsimys. Åbo Akademi Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten Institutionen för vårdvetenskap. Väitöskirja.

Gerkman-Kemppainen, K. 2006. Hoitotyö voi myös aiheuttaa kärsimystä. Dialogi. 6/2006, 20 - 22.

Haho, A. 2009. Itsemäärääminen eettisenä kysymyksenä. Sairaanhoitaja, hoitotyön johtava ammattilehti. 6-7/2009, 42 - 45.

Hirsjärvi, S. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. painos. Helsinki: Tammi.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4 - 6. painos. Helsinki: WSOY.

Huovinen, P. 2009. Tuberkuloosi. Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 3.1.2010].

Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/tk/koti?_haku=tuberkuloosi

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2002. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pesso, K. 2007. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Tammi.

Kunnamo, I., Alenius, H., Hermanson, E., Jousimaa, J-P., Teikari, M. & Varonen, H. 2008. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo; Helsinki: WSOY.

Kyyrönen, K., Mäenpää, O. & Pohjanvirta-Hietanen, A. 1995. Kliininen psykologia. Juva: WSOY.

Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L., Steinberg, R. & Mazzulli, T., 2003. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian Medical Association or its licensors*, May 13, 2003; 168 (10), 1245 - 1251.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. 1994. *Qualitative data analysis*. 2. painos. California: Sage.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. 2007. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Niiranen, P. 1990. Amerikkalainen näkökulma kasvatukseen laadulliseen tutkimukseen. Joensuun yliopisto. Kasvatustiedekunnan opetusmonisteita Nro 17.

Paavilainen, E. 1994. Asiakkaan selviytymistä tukeva yhteistyösuhde terveydenhoitajan näkökulmasta. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotie-

teenlaitos. Tampere.

Parkkila, M., Välimäki, M. & Routasalo, P. 2000. Kuvaileva tutkimus pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan potilaan yksinäisyydestä. *Hoitotiede* 12, 26 - 35.

Pelttari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. *Stakes, Tutkimuksia* 80. Jyväskylä: Gummerus, Kirjapaino.

Rönnemaa, I. 2004. Miten suojautua tuberkuloositartunnalta. *Suomen sairaalhygienialehti*. 2004; 22: 132 - 135.

Saari, S. 2003. *Kuin salama kirkkaalta taivaalta*. Helsinki: Otava

Sarbjit, S. Johal. 2009. Psychosocial impacts of quarantine during disease outbreaks and interventions that may help to relieve strain. *The New Zealand medical journal* 5 June 2009, Vol 122 No 1296; ISSN 1175 8716, 47 - 52.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Valtakunnallinen tuberkuloosiohjelma. Filha ry. [viitattu 30.10.2009]. Saatavissa: http://filha-fbin.directo.fi/@Bin/afa59e0bf530e7f9bea66ed1935c3496/1266607181/application/pdf/1618986/tuberkuloosiohjelma_08092006.pdf

Suomen kuntaliitto. 2005. *Infektioiden torjunta sairaalassa*. Helsinki: Suomen kuntaliitto. (Porvoo: WS Bookwell).

Tartuntatautilaki 583/1986. Annettu Helsingissä 25.7.1986.

Toivanen, K. 2009. Hoitaminen ja kärsimys II. *Pro Terveys*. 2/2009, 26-30.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuudesta. Kasvatus 22 (5-6), 387 - 398.

Valvira. 2011. Potilaan keskeisimmät oikeudet. Valvira Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. [viitattu 9.2.2011]. Saatavissa:
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet

LIITTEET

LIITE 1. Tartuntatautilaki 583/1986. Annettu Helsingissä 25.7.1986.

LIITE 2. Tutkimuslupatodistus

LIITE 1.

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583

- Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

2 § (29.1.1999/70)

Tartuntataudilla tarkoitetaan tässä laissa sellaista sairautta tai tartuntaa, jonka aiheuttavat elimistössä lisääntyvät pieneliöt (mikrobit) tai niiden osat taikka loiset. Tartuntatautina pidetään myös pieneliön myrkyn (toksiinin) aiheuttamaa tilaa. Tartuntatautilakia voidaan soveltaa myös prionin aiheuttamaan tautiin.

3 § (14.11.2003/935)

Tässä laissa tarkoitetaan:

6) *hoidolla* lääkärin antamaa tai valvomaa avo- tai laitoshoidoa;

4 § (14.11.2003/935)

Tartuntataudit jaetaan yleisvaarallisiin, ilmoitettaviin ja muihin tartuntatauteihin.

Tautia voidaan pitää yleisvaarallisena tartuntatautina:

- 1) jos taudin tarttuvuus on suuri tai tauti leviää nopeasti;
- 2) jos tauti on vaarallinen; ja
- 3) jos taudin leviäminen voidaan estää tautiin sairastuneeseen tai sairastuneeksi perustellusti epäiltyyn henkilöön kohdistettavilla toimenpiteillä.

Tautia voidaan pitää ilmoitettavana tartuntatautina:

- 1) jos taudin seuranta edellyttää lääkärin antamia tietoja;
- 2) jos taudin tartuntaketjun katkaisemisessa hoidettavalle annettava maksuton hoito on tarpeen; tai
- 3) jos kyseessä on yleisellä rokotusohjelmalla ehkäistävä tauti.

5 §

Tartuntatautiin sairastuneeksi epäiltynä pidetään henkilöä, jossa havaitaan tautiin viittaavia oireita tai jonka jollakin muulla perusteella voidaan päätellä levittävän tartuntaa. Sairastuneena pidetään henkilöä, jossa tauti on todettu tai jonka yleisesti hyväksytyin lääketieteellisin perustein voidaan todeta saaneen tartunnan, jos taudin leviäminen on perustellusti mahdollista. Parantuneesta taudista elimistöön jääneitä merkkejä ei pidetä tartuntatautina.

14 §

Kun tartunnan vaaraa aiheuttava yleisvaarallinen tartuntatauti on todettu tai sen esiintyminen on perustellusti odotettavissa, tässä laissa tarkoitettujen terveysviranomaisien on viipymättä ryhdyttävä tarvittaviin toimenpiteisiin taudin leviämisenestämiseksi.

16 § (14.11.2003/935)

Terveyskeskuksen tartuntataudeista vastaavan lääkärin on, jos se yleisvaarallisen tartuntataudin leviämisen estämiseksi on tarpeen, annettava tautiin sairastuneen tai sairastuneeksi perustellusti epäillyn tutkimusta koskevia määräyksiä, tartunnan estämiseksi tarpeellisia ohjeita sekä ohjattava tautiin sairastunut asianmukaiseen hoitoon. Jos yleisvaarallisen tartuntataudin leviämistä ei voida estää

1 momentissa mainituin toimenpitein, tartuntatautien torjunnasta vastaava kunnan toimielin voi määrätä tautiin sairastuneen tai sairastuneeksi perustellusti epäillyn henkilön olemaan poissa ansiotyöstään yhtäjaksoisesti enintään kuuden kuukauden ajan. Tartuntatautien torjunnasta vastaava kunnan toimielin voi 2 momentissa tarkoitetuilla edellytyksillä määrätä myös alle 16-vuotiaan lapsen olemaan poissa päivähoitopaikasta tai oppilaitoksesta yhtäjaksoisesti enintään kuuden kuukauden ajan. Hallinto-oikeus voi tartuntatautien torjunnasta vastaavan kunnan toimielimen esityksestä määrätä 2 ja 3 momentissa säädettyä aikaa jatkettavaksi enintään kuudella kuukaudella kerrallaan, milloin 2 ja 3 momentissa mainitut edellytykset ovat edelleen olemassa.

17 §

Yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastunut tai sairastuneeksi perustellusti epäilty voidaan eristää sairaanhoitolaitokseen:

- 1) jos taudin leviämisen vaara on ilmeinen; ja
 - 2) jos taudin leviämistä ei voida estää muilla toimenpiteillä tai henkilö ei voi taikka halua alistua muihin 13, 14 ja 16 §:ssä tarkoitettuihin taudin leviämisen estämiseksi tarpeellisiin toimenpiteisiin. (14.11.2003/935)
- Yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastuneelle voidaan eristämispäikassa antaa taudin leviämisen estämiseksi välttämätön hoito hänen tahdostaan riippumatta.

18 § (14.11.2003/935)

Tartuntatautien torjunnasta vastaava kunnan toimielin voi määrätä yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastuneen tai sairastuneeksi perustellusti epäillyn henkilön eristettäväksi 17 §:n mukaisesti enintään kahdeksi kuukaudeksi. Kiireellisessä tapauksessa terveyskeskuksen tartuntataudeista vastaava lääkäri voi päättää eristämisestä. Päätös on heti alistettava tartuntatautien torjunnasta vastaavan kunnan toimielimen vahvistettavaksi. Hallinto-oikeus voi tartuntatautien torjunnasta vastaavan kunnan toimielimen esityksestä määrätä eristystä jatkettavaksi enintään kolmella kuukaudella, jos 17 §:ssä mainitut eristämisen edellytykset ovat olemassa 1 momentissa tarkoitetun eristämisaajan päättyessä.

19 § (14.11.2003/935)

Eristäminen on lopetettava heti, kun 17 §:n mukaisia eristämisen edellytyksiä ei enää ole. Edellä 17 §:n 2 momentissa tarkoitetun hoidon antamisesta ja eristämisen lopettamisesta päättää terveyskeskuksen tartuntataudeista vastaava lääkäri tai sairaalan asianomainen ylilääkäri.

22 § (14.11.2003/935)

Hoitava lääkäri on ensisijaisesti vastuussa yleisvaaralliseen tai ilmoitettavaan tartuntatautiin sairastuneen potilaan ja mahdollisesti muiden tartunnan saaneiden

saattamisesta tutkimukseen ja hoitoon. Jos hän ei voi itse tätä tehdä, hänen tulee siirtää tehtävä terveyskeskuksen tai sairaanhoitopiirin tartuntataudeista vastaavalle lääkärille. Jos tehtävän siirto on annettu kirjallisena, siirtoa koskevat tiedot on hävitettävä heti tartunnan leviämisen ehkäisemiseen tähtäävien toimenpiteiden jälkeen, eikä niitä saa tallentaa potilasasiakirjoihin. Yleisvaaralliseen ja ilmoitettavaan tartuntatautiin sairastunut ja sairastuneeksi perustellusti epäilty on velvollinen tiedusteltaessa ilmoittamaan asiaa selvittävälle lääkärille tartuntataudin leviämisen estämiseksi tartuntatavan, -ajankohdan ja -paikan sekä sen henkilön nimen, jolta hän on voinut saada tartunnan.

23 § (14.11.2003/935)

Lääkäriin ja hammaslääkäriin tulee tehdä ilmoitus epäilemästään tai toteamastaan yleisvaarallisesta tai ilmoitettavasta tartuntatautipauksesta (*tartuntatauti-ilmoitus*) asianomaiselle terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin tartuntataudeista vastaavalle lääkärille. Sairanhoitopiiri ilmoittaa saamansa tiedot edelleen Kansanterveyslaitokselle. Tartuntatauti-ilmoitusta ei kuitenkaan tarvitse tehdä sellaisista yleisvaarallisista tai ilmoitettavista tartuntataudeista, joiden torjumisen tai leviämisen estämiseksi tarvittavat tiedot ovat edellä mainitun viranomaisen vaikeuksista saatavissa jo muilla tavoin.

Tartuntatauti-ilmoitus sisältää potilaan tunnistetiedot ja tiedon ilmoituksen tekijästä samoin kuin sellaiset valtioneuvoston asetuksella tarkemmin säädettävät potilasta, tartuntatautia tai mikrobilöydöstä, tartuntatapaa, -aikaa ja -paikkaa sekä hoitoa koskevat tiedot, jotka ovat välttämättömiä tartuntatautien ehkäisemiseksi tai tartuntatautiepidemioiden selvittämiseksi ja leviämisen estämiseksi. Tunnistietona ilmoitetaan potilaan henkilötunnus sekä yleisvaarallista tai ilmoitettavaa tartuntatautia koskevassa ilmoituksessa lisäksi potilaan nimi. Kun tartuntatauti-ilmoitukseen liittyy mikrobikanta tai näyte, tämä yksilöidään vastaavilla tunnistetiedoilla kuin tartuntatauti-ilmoitus. Jos potilaalla, jolla on todettu muu rekisteröitävä mikrobilöydös, ei ole henkilötunnusta, potilaasta ilmoitetaan hänen nimensä, syntymäpäivänsä ja sukupuolensa.

25 §

Tämän lain nojalla järjestettyyn tartuntatautien ehkäisyyn käytettävät rokotteet kunta saa maksutta valtion kustannuksella.

27 §

Henkilöllä, joka tartuntataudin leviämisen estämiseksi on määrätty olemaan pois ansiotyöstään tai eristettäväksi, on oikeus saada päivärahaa siten kuin sairausvakuutuslaissa (364/63) päivärahasta säädetään. Sama oikeus on lapsen huoltajalla,

jos alle 16-vuotias lapsi on edellä mainitusta syystä määrätty pidettäväksi kotona ja huoltaja tämän vuoksi on estynyt tekemästä työtään. Henkilöllä on 1 momentissa tarkoitettuna päivärahan lisäksi oikeus saada siten kuin sairausvakuutuslaissa säädetään korvausta hänelle aiheutuneesta ansion menetyksestä. Jos 1 momentissa tarkoitettu korvaus on sairausvakuutuslain 28 §:n 1 tai 2 momentin nojalla suoritettu työnantajalle eikä korvaus peitä työnantajan siltä ajalta suorittamaa palkkaa tai sitä vastaavaa korvausta, jonka työstä poissaolo tai eristäminen on kestänyt,

työnantajalla on oikeus saada myös puuttuvalta osalta korvaus siten kuin sairausvakuutuslaissa säädetään. Milloin henkilö on jouduttu eristämään hänen kieltäytyttyään alistumasta muihin taudin leviämisen estämiseksi tarpeellisiin toimenpiteisiin, ei hänelle suoriteta 2 momentissa tarkoitettua korvausta.

36 §

Sairaanhoitopiiri voi tehdä toisen kuntayhtymän tai kunnan kanssa sopimuksen tartuntatautipotilaiden hoitamisesta. (14.11.2003/935)

Jollei tartuntatautien vastustamistyön kannalta tarpeelliseksi katsottavasta yhteistoiminnasta voida sopia, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen tehtäväksi ja ottaen huomioon tasapuolisesti sopijapuolten edut määrätä yhteistoiminnan ehtoista. (17.1.1991/76)

37 § (24.5.2002/408)

Rangaistus yleisvaarallisen tartuntataudin leviämisen estämiseksi annetun säännöksen tai yleisen tai yksittäistapausta koskevan määräyksen rikkomisesta säädetään rikoslain (39/1889) 44 luvun 2 §:ssä.

39 § (14.11.2003/935)

Milloin tartuntatautien torjunnasta vastaava kunnan toimielin toteaa, että yleisvaarallisen tartuntataudin leviämistä ei voida muulla tavoin tehokkaasti estää, poliisin on annettava tartuntatautien torjunnasta vastaavan kunnan toimielimen pyynnöstä virka-apua.