



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

TEHOHOITOPOTILAAN PERUSHOITO

– HOITAJIEN ASENNEKARTOITUS

Anne Aaltonen

Annika Kärki

Opinnäytetyö
Marraskuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

AALTONEN ANNE & KÄRKI ANNIKA
Tehohoitopotilaan perushoito – hoitajien asennekartoitus

Opinnäytetyö 74 sivua, joista liitteitä 12 sivua
Marraskuu 2017

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla teho-osaston hoitajien kokemuksia tehohoitopotilaan perushoidosta. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, millaisia kokemuksia tehohoitajilla oli tehohoitopotilaiden perushoidosta ja mitkä tekijät vaikuttivat tehohoitajien suhtautumiseen tehohoitopotilaiden perushoidossa. Työn tavoitteena oli lisätä tietoa tehohoitajien suhtautumisesta tehohoitopotilaan perushoitoon sekä selvittää tehohoitopotilaan perushoidon ongelmakohtia. Tämän lisääntyneen tiedon avulla tavoitteena oli kehittää tehohoitopotilaan perushoidon toteutumista. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä. Aineiston keruu tapahtui ryhmähaastattelun avulla, johon osallistui kuusi (6) teho-osaston hoitajaa. Aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä menetelmällä.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että tehohoitajat kokivat perushoidon olevan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kokonaisuus. Heidän mukaansa perushoito toteutui hoitajien erilaisuudesta ja asenteista riippumatta teho-osastolla hyvin. Perushoidolla pystyttiin vaikuttamaan myös kivun hoitoon ja ennaltaehkäisemään komplikaatioita. Työn ennakoimattomuus aiheutti perushoidon toteuttamiseen haasteita. Lisäksi haasteita ilmeni erityisesti hoito- ja apuvälineiden riittävyyden, potilaan yksityisyyden huomioimisen, työn suunnitelmallisuuden, kiireen ja eri potilasryhmien suhteen. Varsinkin potilailta ja omaisilta saatu palaute sekä potilaan toipumisen koettiin antavan voimaa perushoidon toteuttamiseen. Koettiin, että hoitajien suorittamaa perushoitoa ei arvosteta kovinkaan paljon muiden ammattiryhmien näkökulmasta.

Tulosten mukaan perushoito on hyvin laaja-alainen ja monivastuinen kokonaisuus. Se toimii muun hoidon perustana. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää yksikkökohtaisesti perushoidon suunnittelemisessa, toteuttamisessa sekä kehittämisessä. Tuloksia voidaan hyödyntää myös esimerkiksi pohtiessa hoitoalan koulutukseen lisäopintoja perushoidon toteuttamisesta erityisesti teho- ja valvontahoitopotilaan kohdalla. Olisi tärkeää tutkia perushoitoa aihealueena lisää, varsinkin potilaiden ja omaisten näkökulmasta.

Asiasanat: tehohoitopotilaan perushoito, tehohoitaja, asenne

ABSTRACT

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

AALTONEN ANNE & KÄRKI ANNIKA:
Intensive Care Patients Basic Care – Survey on Nurses Attitudes

Bachelor's thesis 74 pages, appendices 12 pages
November 2017

This study was conducted in cooperation with the health care district of Pirkanmaa. The purpose of this study was to describe the experiences of nurses in intensive care patients unit. The specific aim of this research was to find out what kind of experiences intensive care nurses had about basic care of intensive care patients and what factors influenced to the nurses attitudes regarding intensive care patient's basic care and to develop the needs for basic care. The aim was also to develop intensive care patient's basic cares fulfillment by the advanced knowledge.

The study was qualitative. It based on a structured theme interview attended by six nurses from intensive care unit. The material was analysed using inductive method. The results reveal that intensive care nurses experience basic care as a physical, mental and social entity. According to the nurses basic care was actualised well regardless nurses personal differences and attitudes. Basic care was an important factor in pain management and complications prevention. Unpredictability caused challenges in carrying out basic care. This includes patient's privacy, work orderliness and different patient groups, for example disoriented patients. Feedback from patients and family members and patient recovery wards were seen as empowering in patients basic care. Nurses felt that basic care has not been appreciated in other professions.

Key words: intensive care patient's basic care, intensive care nurse, attitude

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Tehohoitopotilaan perushoito	7
3.1.1	Puhtaus ja ihonhoito.....	10
3.1.2	Silmien hoito	13
3.1.3	Suun hoito	14
3.1.4	Muu päivittäinen perushoito	16
3.1.5	Kuntoutus	16
3.2	Tehohoitaja	18
3.2.1	Sairaanhoitaja.....	18
3.2.2	Lähihoitaja.....	21
3.3	Asenne	22
3.4	Aikaisemmat tutkimukset	23
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	25
4.1	Opinnäytetyön menetelmä	25
4.1.1	Laadullinen tutkimus.....	25
4.2	Aineiston keruu.....	26
4.3	Laadullinen sisällönanalyysi.....	31
5	TULOKSET	34
5.1	Tehohoitajien kokemuksia tehohoitopotilaan perushoidosta.....	35
5.2	Tehohoitajien suhtautumiseen vaikuttavat tekijät tehohoitopotilaan perushoidossa.....	41
6	POHDINTA.....	50
6.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	50
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	54
6.3	Kehittämisehdotukset.....	57
	LÄHTEET.....	59
	LIITTEET	63
	Liite 1. Tiedote	63
	Liite 2. Tietoinen suostumus opinnäytetyöhön	64
	Liite 3. Haastattelun kysymykset	65
	Liite 4. Tutkimuskysymys 1, luokittelu.....	66
	Liite 5. Tutkimuskysymys 2, luokittelu.....	71

1 JOHDANTO

Hoitotyön periaatteet ohjaavat sairaanhoitajia työssään ja auttavat hoitotyön erilaisissa ongelmien ratkaisuisissa. Hoitotyön periaatteita ovat kunnioittaminen, yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, yksityisyys, perhekeskeisyys, turvallisuus, kokonaisuhoiton periaate, terveyskeskeisyys, omatoimisuus sekä hoidon jatkuvuus. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 22.)

Tämä opinnäytetyö tehtiin erälle Pirkanmaan sairaanhoitopiirin teho-osastolle heidän tarpeeseensa vastaten. Opinnäytetyön aihe lähti teho-osaston tarpeesta kartoittaa tehohoitopotilaan perushoitoa hoitotyössä.

Suomessa on 40 teho- ja valvontaosastoa, joissa hoidetaan vuosittain noin 28 000 potilasta (Ruokonen 2014, 15). Opinnäytetyön kohteena olevassa yksikössä hoidetaan vuosittain noin 2000 kaikenikäistä potilasta. Näistä noin 700 on elektiivisiä eli etukäteen suunniteltuja, postoperatiivisia potilaita. Keskimääräinen hoitoaika osastolla on 2,6 päivää. Osastolla hoidetaan kaikkien muiden erikoisalojen, paitsi sydänkirurgian, potilaita. Tämäkin potilasryhmä ohjautuu teho-osastolle jatkohoitoon, mikäli heillä ilmenee elintoiminnan häiriöitä useampi ja heidän hoitonsa pitkittyy. (Kalliomäki, Karlsson & Karhe 2012, 167.)

Hoitotyön toimintaa ohjaavat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettiset ohjeet, joita ovat ihmisen kunnioittaminen, hyvä hoito, vastuullisuus sekä osaamisen arvostaminen (Kalliomäki ym. 2012, 166; PSHP 2016). Hoitotyön toimintaa ohjaavat myös sairaanhoitopiirin strategiset ohjeistukset, joita ovat muun muassa potilasta arvostava palvelu ja turvallinen hoito. Erikoissairaanhoito on kansallisesti vaikuttavinta sekä kustannustehokkainta ja osaavien ihmisten yhteisö on erinomainen. (PSHP 2016.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla teho-osaston hoitajien kokemuksia tehohoitopotilaan perushoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa tehohoitajien suhtautumisesta tehohoitopotilaan perushoitoon sekä selvittää tehohoitopotilaan perushoidon ongelmakohtia. Tämän lisääntyneen tiedon avulla tavoitteena on kehittää tehohoitopotilaan perushoidon toteutumista.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla teho-osaston hoitajien kokemuksia tehohoitopotilaan perushoidosta.

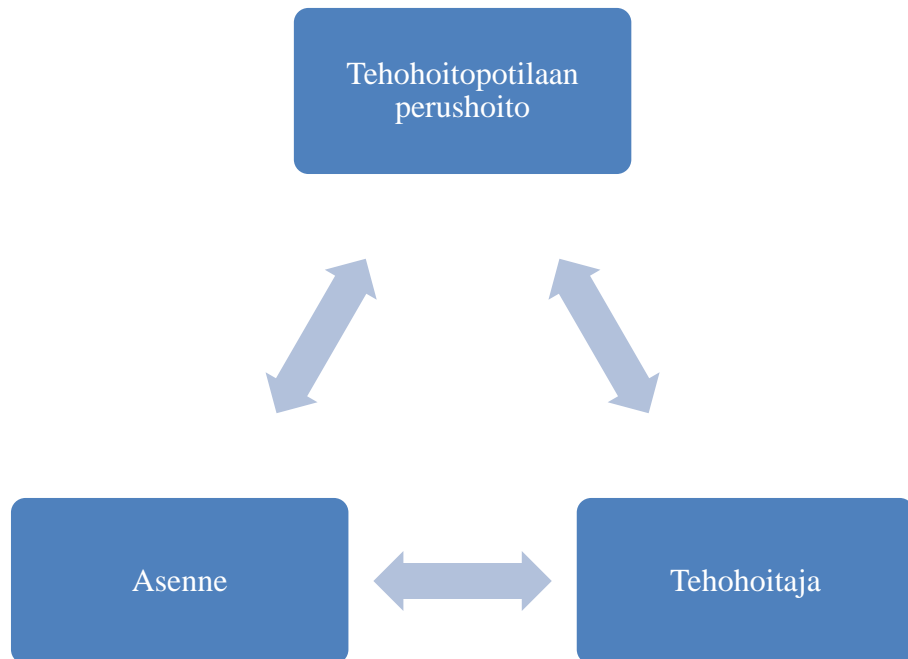
Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Millaisia kokemuksia tehohoitajilla on tehohoitopotilaiden perushoidosta?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat tehohoitajien suhtautumiseen tehohoitopotilaan perushoidossa?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa tehohoitajien suhtautumisesta tehohoitopotilaan perushoittoon sekä selvittää tehohoitopotilaan perushoidon ongelmakohtia. Tämän lisääntyneen tiedon avulla tavoitteena on kehittää tehohoitopotilaan perushoidon toteutumista.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat tehohoitopotilaan perushoito, tehohoitaja ja asenne (kuvio 1).



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat.

3.1 Tehohoitopotilaan perushoito

Tässä opinnäytetyössä tehohoitopotilaalla tarkoitetaan teho-osastolla hoidettavana olevaa aikuista potilasta, joka on kriittisesti sairastunut tai vammautunut (PSHP 2016; TAYS 2016). Potilaalla voi esimerkiksi olla hengitysvajaus, vaikea infektio, verenkiertovajaus tai akuutti munuaisten toimintahäiriö (PSHP 2016).

Suomen tehohoitoyhdistys (1997) määrittelee tehohoidon vaikeasti sairaiden hoitona, jossa potilasta valvotaan keskeytyksettä ja tarvittaessa potilaan elintoimintoja pidetään yllä erilaisin laittein. Tehohoidon ajatuksena on torjua tilapäinen hengenvaara (Ruokonen 2014,14). Tavoitteena teho-osaston toiminnassa ovat vitaalielintoimintojen tarkkailu ja tukeminen, kuten hengityslaittehoito ja verenkierron tukihoidot sekä potilaan elämää uhkaavien elintoimintojen häiriöiden estäminen. Ne ovatkin tehohoidon perusta. (Ritmala-Castrén ym. 2014, 18; Niemi-Murola ym. 2016.) Näin mahdollistetaan

tarpeellisten diagnostisten ja hoidollisten toimenpiteiden suorittaminen (Ritmala-Castrén ym. 2014, 18).

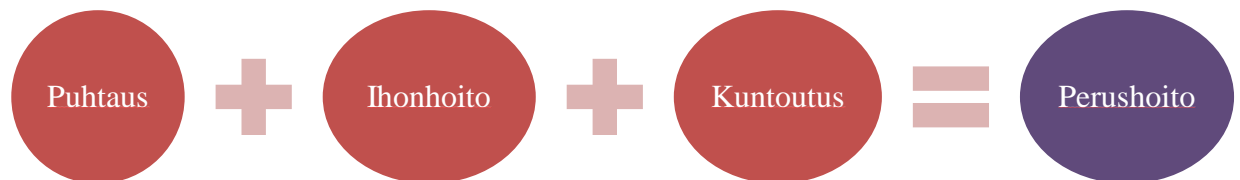
Tehohoito vaatii yksikön, jossa sitä on mahdollista toteuttaa osaston sijainti, huonetilat, henkilökunnan määrä ja ammattitaito, välineistö sekä tekniset tilat huomioon ottaen (Ruokonen 2014, 16). Suomalaisessa määritelmässä henkilökuntamäärä ja potilaan tarvitseman hoidon raskaus vaikuttavat osastojen jakamiseen teho- ja tehovalvontaosastoihin (Ritmala-Castrén, Lundgrén-Laine & Murtola 2014, 18).

Tehohoidon todennäköinen saavutettavissa oleva hyöty on arvioitava ennen hoidon aloittamista. Hoidon rajaamispäätös tehdään tarvittaessa. Potilaan yleinen toimintakyky ja hänen merkittävien perussairauksien, kuten ateroskleroosin, COPD:n tai munuaisten vajaatoiminnan vaikeusaste ovat tärkeimpiä tekijöitä arvioitaessa tehohoitokelpoisuutta. Yleisajatus tehohoidon aloittamiselle on, että potilaalla on mahdollisuudet palautua sairautta edeltäneeseen toimintakykyyn tehohoitajakson jälkeen. Tähän sisältyy oletus, että potilas on ollut vähintäänkin kohtalaisen omatoiminen ennen sairautta. Ikä ei siis yksinään rajaa pois tehohoidon mahdollisuutta. (Vahtera 2016.)

Kaikissa Suomen yliopistollisissa sairaaloissa ja keskussairaaloissa on ympärivuorokautinen tehohoitovalmius. Erityispotilaiden tehohoito on keskitetty siten, että Turussa annetaan ylipainehappihoitoa ja Helsingissä hoidetaan palovamma- ja elinsiirtopotilaat. (Vahtera 2016.) Tehohoitoon joutunut potilas on fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti riippuvainen niin hoitajasta kuin myös hoitolaitteista ja -ympäristöstä. Hoitamisen lisäksi hoitajan tehtävänä teho-osastolla onkin toimia myös potilaan edustajana. Hän siis puolustaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja toimii potilaan sekä hänen oikeuksiensa puolesta puhujana. Tämä on eettinen velvoite teho-osastolla työskennellessä. (Peltonen & Suominen 2008, 10.)

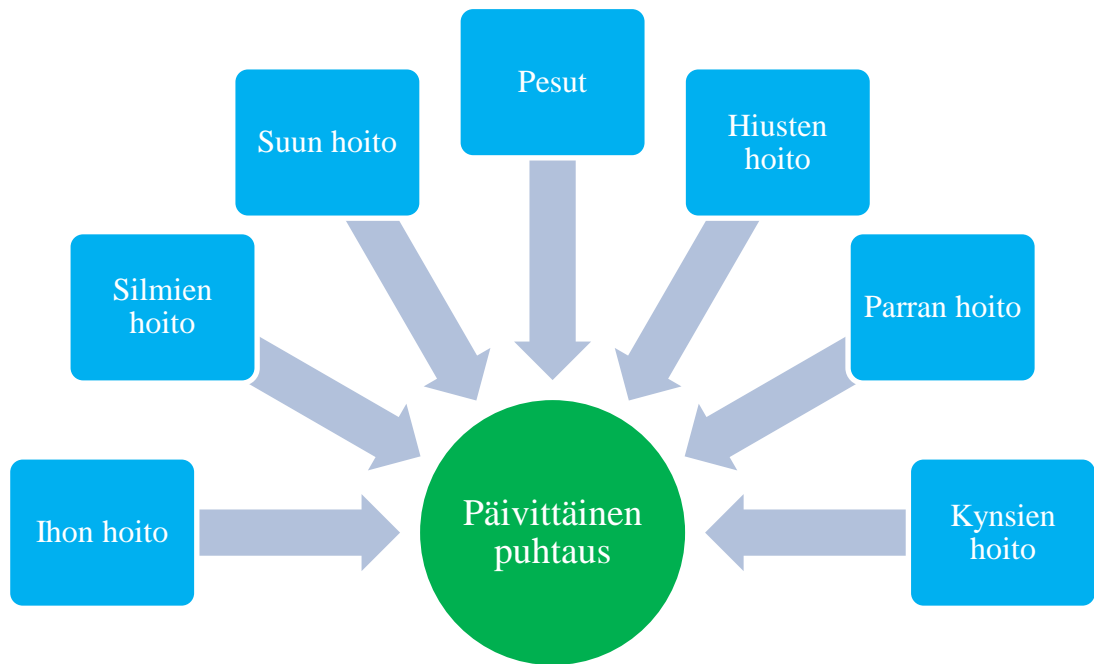
Tehohoitotyötä ohjaavat eettiset periaatteet, joita ovat elämän säilyttäminen, lisähaittojen välttäminen, totuudellisuus, potilaan vajaa päätöksentekokyky, turhan hoidon välttäminen, kuolevan potilaan hoidosta luopuminen, oikeudenmukaisuus, potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä kärsimyksen lievittäminen (Blomster ym. 2001, 75–76).

Tässä opinnäytetyössä perushoidolla tarkoitetaan tehohoitopotilaan kokonaisvaltaista hoitamista puhtauteen, asentohoitoon ja kuntoutukseen liittyen (kuvio 2). Se käsittää myös niihin liittyvien riskitekijöiden tunnistamisen. Perushoidon yhteydessä suunnitellaan potilaan hoitoa, arvioidaan hoidon toteutumista, potilaan vointia ja siinä tapahtuvia muutoksia sekä dokumentoidaan havainnot. Se ei ole siis irrallinen toimenpide. Kun perushoito toteutetaan hyvin, mahdollistetaan infektioiden, ihorikkojen, painehaavojen sekä virheasentojen ehkäiseminen. Tällä parannetaan potilaan toipumista ja selviytymistä, vähennetään kipua, pitkiä sairaalahoitjaksoja, potilaan jatkohoidon tarvetta sekä hoitokustannuksia. (Kangas 2010, 436.) Tehohoitajan tehtävänä on auttaa ja tukea potilasta niissä toiminnoissa, joiden tarkoituksena on terveyden säilyttäminen tai sen saavuttaminen (Iivanainen & Syväoja 2013, 490).



KUVIO 2. Perushoidon osa-alueet.

Päivittäiseen puhtaudesta huolehtimiseen sisältyvät pesut, silmien, suun, ihon, hiusten, parran ja kynsien hoito (kuvio 3). Perushoidon suunnittelussa tulee huomioida potilaan kunto, sovittujen tutkimusten ja toimenpiteiden ajankohdat sekä muut käynnissä olevat hoidot. Potilas tarvitsee myös lepoa, ja tähän tuleekin järjestää aikaa. Huonokuntoisen potilaan perushoitoon on kiinnitettävä huomiota, sillä toimenpiteisiin liittyvä kääntely on riski happeutumiselle sekä hemodynaamikalle. Se voi myös lisätä katetrien ja laskuputkien irtoamisriskiä. Henkilökunnan määrä ja aika ovat avainasemassa potilaan huolellisen hoidon, voinnin arvioinnin sekä havaintojen kirjaamisessa. (Kangas 2010, 436.)



KUVIO 3. Päivittäisestä puhtaudesta huolehtiminen.

3.1.1 Puhtaus ja ihonhoito

Elimistön suurin elin on iho, jota suojaa mikrobikasvusto eli normaalifloora. Ihon tehtävänä on suojella kudoksia taudinaiheuttajilta sekä mekaanisilta että kemiallisilta ärsykkeiltä. Se myös säätelee lämpötilaa ja nestetasapainoa kehossa. (Kangas 2010, 436.)

Ihohoidolla on useita tavoitteita potilaan omakohtaisen hyvinvoinnin lisäksi. Ihohoidolla pystytään ylläpitämään ja edistämään ihon kuntoa ja terveyttä, hoitamaan ihon infektiota ja vaurioita sekä palauttamaan ihon normaali kosteus- ja rasvatasapaino. Lisäksi voidaan kaksisuuntaisesti estää infektioiden ja ihovaurioiden syntyminen niin, että ympäristön patogeeneit eivät pääse potilaaseen eivätkä potilaan patogeeneit pääse leviämään ympäristöön. (Kangas 2010, 436–437.) On huomioitava, että myös hoitaja omalla toiminnallaan vaikuttaa infektioiden syntyyn. Avainasemassa ovat käsihygienia, suojainten käyttö, pisto- ja viiltovahinkojen ehkäiseminen sekä hoidossa käytettävien laitteiden puhdistus ja huolto. (Ylipalosaari, Ala-Kokko & Syrjäla 2011.)

Infektion kehittymisellä hoidon aikana on ikäviä seurauksia, sillä se pitkittää hoitoaika, kasvattaa kustannuksia sekä lisää kuoleman riskiä. Erityisesti kriittisesti sairaat ja traumapotilaat ovat altistuneita hoitoon liittyville infektiolle. Sisäsyntyisiin

riskitekijöihin eli immuunipuolustusta heikentäviin perussairauksiin, kuten diabetekseen, syöpäsairauksiin ja niiden hoitoon, aliravitsemukseen sekä ikääntymiseen ei infektion torjunnan keinoin voi käytännössä vaikuttaa. Infektion torjunnan toimenpitein voi sitä vastoin vaikuttaa ulkoisiin riskitekijöihin, jotka liittyvät muun muassa kajoaviin hoitoihin ja valvontalaitteisiin. Nämä ovatkin huomattava osa infektioiden riskitekijöistä. Käsihygienia toteutuu useamman tutkimuksen mukaan teho-osastoilla tavallisia vuodeosastoja huonommin (30-40% vs. 50-60%). (Ylipalosaari ym. 2011.)

Potilas pestään tai häntä avustetaan päivittäisessä peseytymisessä. Ihon kunto tarkistetaan perusteellisesti kerran vuorokaudessa ja iholla olevat eritteet poistetaan. Ellei vuodepotilaan kääntämiseen ole estettä, hänet käännetään pesujen yhteydessä kyljeltä kyljelle. Epästabiili hemodynamiikka tai happeutumisen sekä ortopediset kääntökiellot ovat kääntämisen vasta-aiheita. Tarvittaessa potilas kipulääkitään ennen pesuja ja kääntämistä. Kipujen minimoinnin ja potilasturvallisuuden vuoksi kääntäjiä tulee olla tarvittava määrä. (Kangas 2010, 437.)

Hoitajien tulee muistaa ergonomia sekä käyttää tarvittavia apuvälineitä, kuten liukualustoja ja nostureita. Tarvittaessa vaihdetaan vuodevaatteet ja huomioidaan, ettei potilaan alle jää korkkeja, hoitovälineiden letkuja tai rypyjä, jotka aiheuttavat painaumuksia. Hoitaja havainnoi potilaan vointia pesujen aikana. Huomio kiinnitetään happeutumisen ja hemodynamiikan muutoksiin, ihon kuntoon, eheyteen, väriin, rasvaisuuteen, eritykseen ja painehaavaumiin sekä ihonhoidon vaikutuksista infektioiden ja ihovaurioiden määrään ja laatuun. Tarvittaessa kuvataan tai tehdään piirros ihovaurioista. Kun paljastetaan vain pestävä alue, huolehditaan potilaan intimitteettisuojusta sekä estetään lämmön haihtuminen. (Kangas 2010, 437.)

Aseptinen järjestys tulee muistaa myös pesuissa ja ihonhoidossa. Selkä, genitaalialue sekä taivealueet huomioidaan erityisesti. Ihon ongelma-alueet puhdistetaan ja hoidetaan ohjeiden mukaisesti. Pesut suositellaan toteuttamaan emulsiota sisältävillä pesulapuilla tai ihoa hoitavilla puhdistusemulsioilla, sillä ne ovat ystävällisiä iholle. Kun pesuaika lyhenee, myös potilaan rasitus pienenee. Lisäksi ihokontaminaatoriski pienenee, kun pesulaput ovat vaihdettavia. Vesipesuissa on huomioitava veden oikea lämpötila. Liian kuuma tai kylmä vesi kuivattaa ihoa ja on potilaalle epämiellyttävää. Pestyä ihoa ei tule hangata tai venyttää, vaan se kuivataan huolellisesti taputtelemalla. Pesut ja kääntelyt

rasittavat potilasta, joten potilaalle on järjestettävä myös palautumis- ja lepoaikaa riittävästi. (Kangas 2010, 437–438.)

Hiusten pesussa käytetään vettä ja pesuainetta. Vaihtoehtoisesti voi käyttää kuivapesuainetta. Mikäli hiuksissa on verta, voidaan se irrottaa vetyperoksidilla. Hiustenpesuun tulee varmistaa lupa lääkäriltä, mikäli potilaan päässä on leikkaushaava, suntti tai muu vastaava. (Kangas 2010, 442.)

Ihohoitotuotteista on hyvä tietää, että niillä on erilaisia rasva-vesisuhteita. Öljy on rasvaisin, ja se suojaa tehokkaasti ihoa, mutta imeytyy huonosti. Lotion on vesipitoisin, mutta se sisältää säilöntäaineita enemmän. Tuotteet voivat toimia niin, että ne vetävät ihon syvemmistä osista kosteutta ihon pinnalle. Ne voivat myös muodostaa kosteuden haihtumista estävän kalvon iholle. (Kangas 2010, 438.)

Mikäli tiedetään potilaalla olevan riskitekijöitä ihovaurioiden syntyyn, pyritään niihin puuttumaan hoidon kannalta jo hyvissä ajoin. Näin voidaan vähentää potilaalle syntyviä haittoja ja ehkäistä sairaalahoidon pitkittymistä ja lisäkustannusten syntymistä. Tunnistamisessa ja ennakoimisessa kirjaamisella on myös merkittävä osa, joten se tulee tehdä huolellisesti. Ihovaurioiden riskitekijöitä ovat liikkumattomuus, liikuntakyvyttömyys, tuntohäiriöt, huonokuntoinen iho, turvotukset, kuivuminen, eritteiden aiheuttama ihon liiallinen kosteus ja niiden ihoa ärsyttävä vaikutus. Lisäksi huono ravitsemustila, huonontunut kudospesuusio ja happeutumisen, asidoosi, vasopressiinihoito, hypovolemia, hypotermia, ikääntyminen, ihon lävistävät toimenpiteet, drenit, katetrit, ihoärsytystä ja ihorikkoja aiheuttavat kiinnitysmateriaalit, perussairaudet sekä ihoon kohdistuva paine tai hiertyminen ovat riskitekijöitä. Nämä ovat myös riskitekijöitä painehaavojen syntyyn. Ristiluu, istuinkyhmyt, lantio, sarvennoinen, kantapäät, kyynäpää, kehräsluut ja takaraivo ovat painehaavojen riskialueita. Painehaavat pyritään tunnistamaan ja hoitamaan hyvissä ajoin. Näillä vähennetään mahdollisuutta pahentaa tilannetta, josta voi seurata mm. hoidon pitkittyminen, sepsiksen syntyminen, jäsenten amputaatio, elämänlaadun heikkeneminen ja pahimmillaan jopa potilaan menehtyminen. (Kangas 2010, 443–445.)

Tärkein tekijä painehaavan syntyyn on paine. Kun luisen ulokkeen iho ja sen alainen pehmytkudos puristuu alustaa vasten, seuraa paineen nousu. Tämä voi ylittää paikallisen kudoksen kapillaarien normaalin sulkeutumispaineen, joka on noin 32mmHg. Tästä

aiheutuu iskemiaa ja kudoksenkroosia tilan jatkuessa. Kahden tunnin jälkeen terveeseenkin kudokseen syntyy muutoksia. Ihon hapenpuute voi korjautua normaalissa lämpötilassa vielä 12 tunnin iskemian jälkeenkin. Jos paine lihaskudoksissa on yli 32 mmHg kahden tunnin ajan, syntyy kudoksissa palautumattomia muutoksia. Ellei potilaan asentohoidolle ole hoidollista estettä, vaihdetaan asentoa kahden tunnin välein. Yli 30 asteen kohoasentoa tulee välttää, sillä se lisää ristiluuhun kohdistuvaa painetta ja näin painehaavan riski nousee. On myös hyvä muistaa, että iskemian sietokyky on yksilöllistä. Riskitekijöiden tunnistamisen ja niiden huomioon otamisen lisäksi hyvä ihonhoito, ihoon ja kudoksiin kohdistuvan paineen alentaminen, poisto ja jakaminen isommalle alueelle ovat painehaavojen ehkäisykeinoja. (Kangas 2010, 444–447.)

3.1.2 Silmien hoito

Silmien puhdistaminen, kostutus, rasvaaminen ja säännöllisten silmälääkkeiden annosta huolehtiminen kuuluvat silmien hoitoon. Näiden tavoitteena on silmien kuivumisen, tulehtumisen sekä vaurioitumisen ehkäiseminen. Heikentynyt tai lamaantunut lihastoiminta estää silmien sulkemisen normaalisti. Tämä koskee erityisesti tajuttomia ja sedatoituja potilaita. Suljetun silmäluomen ansiosta kyynelnesteen haihtuminen vähenee. Se myös suojaa mekaanisesti silmää. Silmän pinnalle taas muodostuu antimikrobisia aineita sisältävä ohut suojakalvo kyynelnesteen toimesta. (Kangas 2010, 438–439.)

Tehohoitopotilas voi altistua silmävaurioille myös hengityslaittehoitoon vuoksi. Hengityslaittehoito voi aiheuttaa silmien turvotusta, eli ns. ventilator eye:n. Tämä johtuu siitä, että suonen lisääntynyt läpäisevyys ja yleinen turvotus aiheuttavat silmien turpoamista. Tämä taas johtaa siihen, etteivät silmät pääse sulkeutumaan. Hengityspotken kiinnitysnauha voi olla myös liian kireä, joka voi aiheuttaa sen, että laskimopaluu huonontuu. Silmän alueen paine voi myös nousta, kun matala positiivinen loppuhengityspaine estää pään alueen laskimopainetta. Lisäksi silmävaurioille altistaa infektioiden huonontunut vastustuskyky sekä patogeenit hoitoympäristössä. (Kangas 2010, 439.)

Hoitaja tarkistaa silmät potilaan tulovaiheessa ja tämän jälkeen säännöllisesti päivittäin. Silmistä arvioidaan pupillien koko ja symmetrisyys, valoon reagointi, kyynelnesteen määrä, silmien pinnan kosteus, silmien rähiminen, punoitus, verestys, samentuminen,

turvotus, roskan tunne, säryt, painoarkuus sekä näköhäiriöt. Havainnot, löydökset ja muutokset dokumentoidaan. Silmiä tulee hoitaa jopa kahden tunnin välein, kuitenkin säännöllisesti. Jopa vuorokausi riittää pinnallisen sarveiskalvovaurion kehittymiseen. Sarveiskalvon alueella on hyvin kehittynyt hermoverkko, joten tällainen vaurio on potilaalle kivulias. (Kangas 2010, 439–440.)

Silmien hoito tulee suorittaa puhtaana toimenpiteenä, joten hoitajan tulee muistaa puhtaat käsineet sekä aseptinen työjärjestys. Silmät pyyhitään ulkokulmasta sisäkulmaan joko keittosuolaliuoksella tai pehmeillä taitoksilla, jotka ovat kostutettu steriilillä vedellä. Silmien pinta tulee kostuttaa ja silmät suljetaan. Silmät suojataan, mutta päälle ei laiteta kuivaa sidosta eikä ensisijaisesti suojakilpeä. Hereillä olevalle potilaalle sopivat silmätipat, mutta niitä on laitettava usein, sillä ne haihtuvat silmistä nopeammin kuin silmägeeli tai -voide. Hengitysteitä puhdistettaessa silmät suojataan, jottei silmiin pääse roiskeita. (Kangas 2010, 440.)

3.1.3 Suun hoito

Tulehdukset, hammastulehdukset mukaan lukien, ovat riski elimistölle, sillä ne rasittavat elimistöä ja voivat aiheuttaa tai pahentaa yleissairauksia. Tämän vuoksi hammastulehdusten synty tulisi ehkäistä ja hampaat sekä suu hoitaa. Suussa elävät sadat bakteerit ja sienet voivat laukaista sopivissa olosuhteissa vaikeita tulehduksia. Monipuolinen ravinto, säännölliset ruoka-ajat, terveelliset elämäntavat sekä hyvä suuhygienia liittyvät suun hoitoon. Suun hoidon tärkeyttä tulee korostaa omatoimiselle potilaalle. Potilasta voi kannustaa hoitoon sillä, että hyvä suun hoito edistää ja ylläpitää terveyttä sekä hyvinvointia ja sillä voidaan ehkäistä sairauksiin tai niiden hoitoon liittyvien suu- ja hammassairauksien puhkeamista. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 203.)

Tehohoidossa suunhoidolla pyritään ehkäisemään sairaalapneumoniaa ja muita suuperäisiä infektioita, turvataan hampaiden ja limakalvojen eheys sekä lisätään potilaan henkilökohtaista hyvänolon tunnetta. Potilaan immuniteetti eli vastustuskyky heikentyy rikkinäisten limakalvojen vuoksi. Vähentynyt syljeneritys ja limakalvoja kuivattava naamariventilaatio aiheuttaa potilaalle kuivia huulia, suupieliä, rikkinäisiä limakalvoja sekä janon tunnetta. Suun hoitoa vaikeuttavat vierasesineet, kuten intubaatioputki sekä suu- ja nenä-mahaletku. Ne myös keräävät pinnalleen patogeneja sekä karstaa. Limaa ja

patogeenejä kertyy hengityspotken ilmakauluksen yläpuolelle, josta ne mahdollisesti valuvat syvemmälle hengitysteihin ilmakauluksen ohi. Intubaatioputki vaikuttaa myös suun näkyvyyteen, eikä suu pääse aukeamaan kunnolla, jolloin suun hoito on vaikeampaa. Suun hoitoa voi vaikeuttaa myös potilaan vastustelu, jolloin hän saattaa purra hampaat yhteen. (Kangas 2010, 440–441.)

Potilaan ollessa huonokuntoinen tai jos hänet intuboidaan, häneltä poistetaan hammasproteesit. Proteesit säilytetään kuivassa. Suu hoidetaan vähintään kahdesti vuorokaudessa. Intuboidun tai trakeostomoidun potilaan suu hoidetaan 2-4 tunnin välein. Hammasplakin poistossa käytetään intuboidulla potilaalla lasten hammasharjaa. Kielen puhdistuksessa käytetään harjausta. Potilaan kärsiessä vakavasta neutropeniasta eli neutrofiilien puutoksesta tai veren hyytymiskyvyn ollessa huono, akuutissa vaiheessa ei hammasharjaa käytetä. Tällöin suun puhdistuksessa käytetään pumpulipuikkoa, jossa on vettä tai klooriheksidiiniliuosta. Suun puhdistuksessa ollaan hellävaraisia. Mikäli potilas ei pysty itse sylkemään suun ja nielun eritteitä, hoitaja käyttää hellävaraista imua niiden poistamiseen. Imua käytetään myös suuveden tai veden poistamiseen huuhtelun jälkeen, mikäli potilas ei itse kykene niitä pois sylkemään. Intubaatioputken puolta suupielestä toiseen vaihdetaan säännöllisesti. Kiinnitysnauhat pehmustetaan intubaatioputkesta sekä nenämahaletkusta. (Kangas 2010, 441.)

Suun hoidossa voidaan käyttää vettä, klooriheksidiiniliuosta ja entsyymitahnaa. Näiden käyttöä harkitaan tilanteen mukaan. Hammasplakkia poistava hammastahna sisältää ärsyttäviä aineita, jotka lisäävät aspiraation aiheuttamaa keuhkovauriota. Siksi sitä käytetään vain sylkemään pystyville potilaille. Alkoholilla ja glyserolilla sisältäviä tuotteita sekä glyseroli-sitruunatikkuja tulisi välttää, sillä ne kuivattavat suun limakalvoja. Klooriheksidiinihuuhteluja voidaan käyttää kuuriluontoisesti 1-2 viikon ajan kahdesti vuorokaudessa, sillä niillä on suun patogeenejä vähentävä vaikutus. Klooriheksidiiniä ei voida käyttää hammastahnojen kanssa, sillä tahnoissa on anionisia aineita. Ennen klooriheksidiinin käyttöä hammastahna onkin huuhdeltava huolellisesti ja niiden käyttö tulisi rajoittaa päivän eri aikoihin. On myös huomioitava, että klooriheksidiini voi aiheuttaa allergioita. Jos suussa tai huulissa on haavaumia, käytetään suun ja huulten kostuttamiseen vesipohjaisia tuotteita. (Kangas 2010, 441–442.)

3.1.4 Muu päivittäinen perushoito

Potilaan parranajoon käytetään partavaahtoa ja kertakäyttökoneita. Parranajosta on hyvä keskustella potilaan tai omaisten kanssa. Parran ajaminen on perusteltua aseptisistä syistä. Tarpeen mukaan kynnet hoidetaan puhdistamalla ja leikkaamalla. Jalkahoitaja kutsutaan tarvittaessa. (Kangas 2010, 442.)

Potilaan sidokset tarkistetaan päivittäin. Ellei muuta määräystä ole annettu, ne myös vaihdetaan päivittäin. Katetrien ja laskuputkien juurien tulee olla suojattu sidoksilla. Mikäli käytetään läpinäkyviä sidoksia, ei niitä tarvitse päivittäin vaihtaa juurien ollessa siistit. Ympäröivän ihon vaurioituminen ei ole sidoksille tarkoituksenmukaista. Ne eivät saa myöskään päästää leviämään iholle likaista ja ärsyttävää eritettä. Hengityspotken paikallaan pitämisessä käytetään usein ihoteippiä, sillä kudosten turvotessa kiinnitysnauhat eivät saa aiheuttaa kiristystä. (Kangas 2010, 442.)

Hoitovälineitä ei saa jäädä potilaan alle, sillä ne painavat ihoa. Pesujen yhteydessä tarkistetaan päivittäin iho, joka on elektrodien läheisyydessä. Valvontaelektrodien kiinnitysteippi voi aiheuttaa iholle rikkoutumista ja elektrodien alle voi syntyä rakkuloita ja infektiota. Sormiin ja korvalehtiin voi tulla painaumuksia saturaatiomittarista. Mikäli potilaalla on luonnonkumiallergia, tulee se huomioida hoidossa tarvittavien välineiden, kuten katetrien, intubaatioputkien ja käsineiden valinnassa. (Kangas 2010, 442–443.)

3.1.5 Kuntoutus

Tehohoitoon joutuneelle potilaalle voi aiheutua tilapäisiä tai pysyviä vaikutuksia toiminta- ja liikuntakykyyn (Petrow 2010, 448). Potilaat ovat usein väsyneitä ja lihaskunniltaan heikkoja kuntoutusvaiheen alkaessa. Pitkä vuodelepo ja tehohoitoa vaatinut sairaus ovat kuluttaneet sekä potilaan psyykkisiä, että fyysisiä voimavaroja. (Blomster ym 2001, 110.)

Pohjana potilaan toipumiselle toimivat riskitekijöiden varhainen tunnistaminen, ehkäisy ja kuntoutus. Potilaalle luodaan kirjallinen toimintasuunnitelma ja sen toteutumista seurataan. Lisäksi potilasta rohkaistaan ja tuetaan kuntoutuksessaan sekä autetaan löytämään omaan kuntoutumiseensa tarvittavat voimavarat. (Petrow 2010, 448.) Kuntoutuksen alkaessa kannustaminen omatoimisuuteen ja liikkumiseen sekä rohkaisu

ovatkin sen suurimpia haasteita. Voimavarojen palautuessa myös potilaan oma persoonallisuus tulee esiin. Sen myötä potilas pystyy osallistumaan hoitoonsa enemmän, jolloin hoitohenkilökunnan rooli muuttuu. (Blomster ym 2001, 110–111.)

Aluksi potilaan liikkumis- ja toimintakyvyn tila, taso ja ongelmat eri osa-alueilla arvioidaan ja kirjataan. Huomio kiinnittyy yleistilaan, vireyteen, hengitykseen, orientoituneisuuteen, kommunikaatiokykyyn, yhteistyökykyyn, mielialaan, liikkumis- ja toimintakykyyn sekä päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Liikkuminen ja fysioterapia aloitetaan lääkärin määräyksen mukaisesti. Lääkäri määrää myös liikkumisen ja toiminnan luvat sekä rajat. (Petrow 2010, 448.) Blomsterin ym (2001, 110) mukaan kuntoutuksessa edetään sängynlaidalla istutuista minuuteista tuolissa istumiseen eli passiivisesta liikeharjoituksesta aktiiviseen.

Lihassoimien, lihaskestävyyden ja motoristen taitojen harjoittaminen voidaan suorittaa päivittäisten toimien yhteydessä. Perusliikkumisen uudelleen oppimisen tai palautumisen perusta löytyy hyvästä asentohoidosta ja päivittäistoimintojen aktivoinnista. Normaalin liikkumisen palautuminen mahdollistuu säännöllisten avustettujen asennonvaihtojen ja nivelten liikeratojen ylläpidon avulla. Nilkkojen tukemiseen keskiasentoon käytetään tyynyjä tai lastoja ja jalkaterät asetetaan 90 asteen kulmaan. Polvet ja lonkat ojennetaan välillä suoriksi, joten tyynyjen pitäminen jatkuvasti polvien alla ei ole tarkoituksenmukaista. Yleensä potilas ohjataan istumaan vuoteen reunalle kyljen kautta. (Petrow 2010, 449.)

Hengityslaitteessa olevaa potilasta ohjattaessa istumaan huolehditaan hengityspotken paikallaan pysymisestä. Tehohoitopotilas voi ahdistua tai hämmentyä jännityksen, pelon, kivun, kiireen, eritystoiminnan, vaatteettomuuden, palelemisen ja kovien äänien vuoksi. Potilaan luottamus ja turvallisuuden tunne kasvaa rauhallisten ja varmojen otteiden myötä. Turvallisessa siirtymisessä, liikkumisessa ja tasapainon hallinnassa tarvitaan riittävästi avustajia tukemaan. Heidän tulee myös sopia työnjaosta etukäteen. Potilaan ollessa pystyasennossa hengitys ja verenkierto tehostuvat. Se usein myös parantaa vireystilaa sekä toipumista. Hengitys- ja verenkiertoelimistön suorituskyky paranee myös muun muassa huulirakohengityksen, pulloon puhalluksen sekä asentotyhjennysten avulla. (Petrow 2010, 449.)

Mielikuvaharjoittelua voidaan käyttää apuna, kun potilas ei kykene vielä aktiiviseen harjoitteluun. Ne tukevat liikkeen suorittamista ja korjausta. Potilaan itsetunto vahvistuu ja motivaatio harjoittelun jatkamiseen kasvaa potilaan omatoimisuuden lisääntyessä. (Petrow 2010, 449.) Erityisesti pitkän tehohoitajakson jälkeen kuntoutuminen on palkitsevaa sekä potilaalle että läheisille ja hoitohenkilökunnalle (Blomster ym 2001, 110). Potilaan normaali liikuntakyky voi palautua jo tehohoidon aikana. Nielemisen vuoksi potilas ohjataan ruokailemaan hyvään istuma-asentoon. Vuoteen pääty kohotetaan ja apuna voi käyttää tyynyjä. Potilas voi syödä myös tuolissa hyvässä istuma-asennossa. Nielemisen arviointia helpottaa ja aspiraatoriski pienenee, kun potilaan ruokailu aloitetaan antamalla sosemaista ruokaa. (Petrow 2010, 449–450.)

Potilaan apuvälineiden määrän ja laadun tarpeen arvioinnissa on huomioitava, että liikuntakyvyn palautuminen estyy liiallisen tuen vuoksi. Apuvälineiden avulla voidaan mahdollistaa potilaan mahdollisimman itsenäinen selviytyminen. Teho-osastolla voidaan käyttää esimerkiksi seuraavanlaisia apuvälineitä: asentohoitoa tukemaan asentotyynyjä, lastoja, tukia, tukisidoksia, liukulakanaa sekä siirtolakanaa. Hengityksen tukemiseen voidaan käyttää puhalluspulloa, PEP-laitetta ja trakeostomia-PEPiä. Siirtymistä voidaan avustaa liukulaudan, kääntölevyn, siirtovyön, potilasnostolaitteen, mobilisaatiolaitteen, seisomapyörätuolin, kävelytelineen sekä geriatrisen nojatuolin avulla. Jatkohoito-osasto huolehtii yksilöllisten apuvälineiden ja niiden hankinnan arvioimisesta. (Petrow 2010, 450.)

3.2 Tehohoitaja

Tässä opinnäytetyössä tehoitajalla tarkoitetaan sairaanhoitajaa, lähihoitajaa tai perushoitajaa, joka työskentelee teho-osastolla. Virallista määritelmää käsitteelle ei ole. Teho-osastolla työskentelevästä hoitohenkilökunnasta suurin osa on sairaanhoitajia (Adam & Osborne 2006, 26).

3.2.1 Sairaanhoitaja

Sairaanhoitaja on suorittanut ammattikorkeakoulututkinnon, joka antaa valmiudet toimia sairaanhoitajan työtehtävissä. Hän on oikeutettu käyttämään sairaanhoitajan

ammattinimikettä ja toimimaan kyseisessä ammatissa. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Pääasiallinen sairaanhoitajan tehtävä on potilaiden hoitaminen. Teho-osastolla sairaanhoitajan työ on psyykkisesti ja fyysisesti raskasta sekä ammattitaidollisesti vaativaa (Blomster ym. 2001, 63). Sairaanhoitaja toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka samalla edistää ja ylläpitää terveyttä, ehkäisee sairauksia sekä parantaa ja kuntouttaa. Eri elämänvaiheissa olevien ihmisten ja yhteisöjen tukeminen sekä sairastumisen, vammautumisen ja kuoleman kohtaamisen auttaminen kuuluvat sairaanhoitajan työhön. Hän myös tuo yhteiskunnalliseen päätöksentekoon hoitotyön asiantuntemuksen. Tällä hetkellä vajaa puolet sairaanhoitajista, jotka työskentelevät sosiaali- ja terveyspalveluissa, ovat ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita. Hieman reilu puolet ovat suorittaneet opistoasteen tutkinnon. (Kotila ym. 2016, 25.)

TAMK:n (2016) mukaan sairaanhoitaja osaa hoitaa sairastunutta kokonaisvaltaisesti sekä tukea ihmisen hyvinvointia ja terveyttä. Ammatillinen osaaminen muodostuu ydinosaamisesta, joista esimerkkeinä kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko sekä asiakaslähtöisyys ja moniammatillinen yhteistyö. Sairaanhoitajan työ on vastuullista työskentelyä ja vaatii kykyä työskennellä itsenäisesti sekä kehittyä ammatillisesti. (TAMK 2016.) Kvistin ja Julkunen-Vehviläisen (2007, 5) mukaan sairaanhoitajilla tulee olla myös kyky pystyä vastaamaan työn vaatimuksiin alati muuttuvissa tilanteissa ja ympäristössä sekä kyky kehittää itse työprosessia.

Sairaanhoitajakoulutus on laajuudeltaan 210 opintopistettä. Hoitotyön ammatilliset opinnot, tieto- ja viestintätekniikan opinnot sekä kieliopinnot muodostavat sairaanhoitajakoulutuksen rakenteen. Suomessa on 25 ammattikorkeakoulua, jotka järjestävät hoitotyön koulutusohjelmia. Painotuksissa ja rakenteissa voi olla eroja, sillä ammattikorkeakoulut saavat itse päättää opetussuunnitelmistaan. Sairaanhoitajakoulutuksessa suuntaudutaan johonkin hoitotyön vaihtoehtoon, esimerkiksi mielenterveys- ja päihdetyöhön tai pediatriaan. (Järvelä 2015, 41–42.) Kliinisellä urallaan sairaanhoitaja voi tutkinnon jälkeen edetä erikoistumiskoulutuksia, ylempään ammattikorkeakoulututkinnon tai tohtorin tutkinnon suorittamalla. Hän voi myös hakeutua laajavastuisiin hoitotyön asiantuntijatehtäviin. (Kotila ym. 2016, 24.)

Sairaanhoitajien työtä ohjaavat ja tukevat sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Ne myös esittävät sairaanhoitajan perustehtävän sekä työn periaatteet terveystalalla toimiville kuin myös väestölle. Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitaja edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, ehkäisee sairauksia sekä lievittää kärsimystä. Hoitaessaan yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä, sairaanhoitajan tavoitteena on tukea ja lisätä heidän omia voimavarojaan sekä parantaa heidän elämänlaatuaan. Hän hoitaa potilasta arvokkaana yksilönä huomioiden potilaan arvot, vakaumuksen ja tavat. Potilaan itsemääräämisoikeuden ja hänen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon osallistumisen kunnioittaminen kuuluu sairaanhoitajan työnkuvaan. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen avoin vuorovaikutus ja keskinäinen luottamus ovat hoitosuhteen perusta. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Potilaan terveysongelma, kulttuuri, uskonto, äidinkieli, ikä, sukupuoli, rotu, ihon väri, poliittinen mielipide tai yhteiskunnallinen asema ei määritä potilaan oikeudenmukaista hoitoa, vaan sairaanhoitaja hoitaa heitä kaikkia samoin periaattein kunkin hoitotarpeen mukaan. Sairaanhoitaja vastaa itse omasta hoitotyöstään. Hänellä on velvoite kehittää jatkuvasti omaa ammattitaitoaan. Sairaanhoitajat kannustavat toisiaan potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, työssä jaksamisessa sekä ammatillisessa kehitymisessä. He ottavat potilaan omaiset ja läheiset mukaan potilaan hoitoon ja toimii yhdessä heidän kanssaan. Vastuuta he kantavat ihmisten terveydellisten ja sosiaalisten elinolojen kehittämisestä globaalisti. He edistävät myös samanarvoisuutta, suvaitsevaisuutta sekä yhteisvastuullisuutta. Ammattikuntana he huolehtivat jäsentensä hyvinvoinnista. He ovat myös vastuussa oman alansa asiantuntijuudesta ja ammatillisuutensa syventämisestä, koulutuksen kehittämisestä sekä tieteellisyyden edistämisestä. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994) kerrotaan, että valtakunnallisesti terveydenhuollon ammattilaisten valvonta ja ohjaus kuuluvat sosiaali- ja terveystalalan lupa- ja valvontavirastolle. Yleisestä ohjauksesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Oman toimialueen ohjaus ja valvonta kuuluu aluehallintovirastolle. Sosiaali- ja terveystalalan lupa- ja valvontavirasto toimii sosiaali- ja terveysministeriön alaisena. He ohjaavat aluehallintovirastojen toimintaa terveydenhuollon ammattilaisten ohjauksessa ja valvonnassa. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994.)

Teho-osastolla työskentelevät sairaanhoitajat ovat perehtyneet erityisesti tehohoitotyöhön (PSHP 2016). Tehosairaanhoitajan tutkintoon johtava tehohoitotyön koulutus Suomesta vielä puuttuu. Ammattikorkeakoulut saattavat sisällyttää sairaanhoitajan perustutkintoon tehohoitotyön opintoja 0-20 opintopistettä. Täydennyskoulutuksena yksittäiset ammattikorkeakoulut ovat saattaneet tarjota tehohoitotyön erikoistumisopintoja. Tammikuussa 2013 Savonia ja Karelia ammattikorkeakoulut järjestivät yhteistyössä niin sanottuna oppisopimuskoulutuksena Kliinisesti erikoistunut osaaja, tehohoitotyö-koulutuksen. Koulutus oli 30 opintopisteen arvoinen. Koulutus edellytti opiskelijalta koulutuksen ajalta voimassa olevaa työsuhdetta sekä vähintään kahden vuoden työkokemusta tehohoitotyöstä. Opiskelijan tuli olla myös koulutusohjeltaan sairaanhoitaja. Viime vuosikymmeninä Suomen Tehohoitoyhdistyksen hallitus on ollut aktiivisessa roolissa tehohoitotyön koulutuksen käynnistämiseksi. He jatkavat toimintaansa jatkossakin aktiivisessa roolissa asian suhteen. (Kokko 2013, 146–147.)

3.2.2 Lähihoitaja

Vuonna 1993 yhdeksi perustutkinnoksi yhdistettiin 10 aikaisempaa terveys- ja sosiaalialan kouluasteen tutkintoa. Näitä tutkintoja olivat perushoitajan, hammashoitajan, jalkojenhoitajan, kehitysvammaistenhoitajan, kodinhoitajan, kuntohoitajan, lastenhoitajan, lääkintävaihtimestari-sairaankuljettajan, mielenterveyslaitoksen ja päivähoitajan tutkinnot. Tutkinto sai nimekseen lähihoitaja. (Markkanen 2009, 9-10.)

Lähihoitajan nimikkeellä työskentelevät ovat suorittaneet sosiaali- ja terveysalan ammatillisen perustutkinnon joko ammatillisen oppilaitoksen tai aikuiskoulutuskeskuksen järjestämänä (Järvelä 2015, 44). Tutkinnon laajuus on 180 osaamispistettä (Opetushallitus 2014). Perustutkinnossa suoritetaan suuntautuminen, jonka valinta tehdään kymmenestä vaihtoehdosta. (Opetushallitus 2014). Opiskelija valitsee niistä tutkintoonsa yhden. Vaihtoehtoja ovat muun muassa ensihoito, sairaanhoito ja huolenpito sekä kuntoutus. Toisen asteen koulutuksen suorittuaan he ovat sosiaali- ja terveysalan ammattilaisina päteviä hoitotyöhön esimerkiksi sairaalassa. (Järvelä 2015, 44.)

Työnantaja voi olla yksityinen ammatinharjoittaja, järjestö tai julkinen sektori, kuten kunta ja valtio. (Järvelä 2015, 44.) Tutkinnon voi suorittaa ammatillisena peruskoulutuksena, näyttötutkintona tai oppisopimuskoulutuksena (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super n.d). Lähihoitaja voi työskennellä kodissa, päivähoiton yksikössä, lasten ja nuorten toimintayksikössä, päivätoimintakeskuksessa, kotihoidossa, palvelutalossa, ryhmäkodissa, vanhainkodissa, terveysaseman vastaanotolla, terveyskeskusosastolla, sairaalan vastaanotolla, päivystyspoliklinikalla, sairaalaosastolla, toimenpideyksikössä, kuntoutusyksikössä, hammashoitolassa, vammaisyksikössä tai ensihoitoyksikössä. Lähihoitajien toimintaa ohjaavat lähihoitajan eettiset periaatteet. Näitä ovat ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, vastuullisuus sekä yhteisöllisyys. (Kauppi ym. 2010, 8, 10.)

Lähihoitajakoulutus antaa kelpoisuuden opintojen jatkamiseen ammattikorkeakoulutasolla (Järvelä 2015, 44). Lähihoitajan nimike terveydenhuollossa on nimikesuojattu (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto n.d.).

3.3 Asenne

Asenne voidaan määritellä yhtenä psykologisena käsitteenä, joka voi olla joko myönteinen tai kielteinen suhtautumistapa (Tampereen yliopisto 2002). Asenne voi olla myös kanta tai asennoitumistapa johonkin asiaan (Suomen kielitoimisto, n.d.).

Hirsjärven ym (1992, 17) määritelmän mukaan asenne on taipumusta myönteisyyden ja kielteisyyden ulottuvuudella jonkin symbolin, näkökulman ja kohteen arviointiin. Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa opittavat asenteiden kohteet ovat ilmiöitä, jotka rakentuvat sosiaalisessa maailmassamme (Helkama ym. 2015, 190).

Positiiviset ja negatiiviset tunteet, uskomukset ja ajatukset sekä käyttäytymiselliset aikomukset ja taipumukset ovat asenteeseen liittyviä ulottuvuuksia. Asenteita esiintyy eri vahvuisina sekä spesifillä että yleisellä tasolla, ja ne ovat muuttuvia. (Yrittäjyyskasvatus 2012.) Asenteet voivat muuttua, vaikkakin hitaasti, henkilön saadessa uutta tietoa asenteen kohteesta (Hirsjärvi ym. 1992, 18). Kohteeseen tutustuminen ja siitä vähitellen pitäminen muuttavat siis asennetta positiiviseksi, vaikka se olisikin alussa ollut kielteinen (Helkama ym. 2015, 191).

Tampereen yliopiston (2002) mukaan asenne sisältää jonkin verran tietoa sekä tunnepohjaisen suhtautumisen tutkittavaan asiaan. Asenteisiin vaikuttaessa positiivisten viestien vaikutukset riippuvat siitä, kuinka viestin vastaanottaja niitä kulloinkin käsittelee (Helkama ym. 2015, 199). Hoitotyössä voidaan tarkastella asennetta esimerkiksi potilaita tai muita hoitohenkilökunnan jäseniä kohtaan (U.S. National Library of Medicine 2017).

3.4 Aikaisemmat tutkimukset

Hoitajien asenteista perushoitoa kohtaan on vähän tutkittua tietoa. Pitkänen (2000, 1) totesi jo 17 vuotta sitten tehdyssä Pro gradu-tutkielmassaan, että tehohoidosta Suomessa on tehty vain vähän hoitotieteellisiä tutkimuksia. Tämän jälkeen on tutkimuksia tehty, mutta usein niiden aiheet ovat sairaanhoitajien ja lääkärien välisestä yhteistyöstä.

Opinnäytetyö ja pro gradu löytyvät hoitajien asenteista mielenterveys- ja päihdepuolen asiakkaisiin. Kuopiossa on tehty opinnäytetyö, joka käsittelee sairaanhoitajien kokemuksia tehohoidettavien potilaiden hoidosta keskusheräämössä. Kyseinen opinnäytetyö ei tuonut esille varsinaisesti hoitajien asenteita hoitotyötä kohtaan.

Lähimpänä aihetta hoitajien asenteesta perushoitoa kohtaan löytyy Mäihäniemen ja Sarvijärven opinnäytetyöstä, joka on tehty Pirkanmaan sairaanhoitopiirille vuonna 2014. Opinnäytetyössä käsiteltiin perushoidon toteutumista valvontaosastolle. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että sairaanhoitajat käsittivät perushoitoon kuuluvaksi kokonaisvaltaisen hoidon, hygienian ja ihon kunnon huolehtimisen, lähiympäristön siisteyden, potilaan kuntoutumisen tukemisen ja peruselintoiminnoista huolehtimisen sekä potilaan hyvinvoinnin ja laskuputkien hoidon. (Mäihäniemi & Sarvijärvi 2014.)

Tutkimukseen osallistujista 79% piti perushoidon toteutumista erittäin tärkeänä. Vastaajien mielestä perushoito toteutui hyvin, kun oli riittävästi aikaa ja henkilökuntaa, se oli potilaslähtöistä ja kokonaisvaltaista, siitä oli kirjattu ja hoitaja oli ammattitaitoinen. 97% vastaajista piti perushoidon toteuttamista mahdollisena valvontaosastolla. Vastaajista 79% oli sitä mieltä, että perushoidon toteuttaminen valvontaosastolla eroaa muihin osastoihin verrattuna esimerkiksi siten, että potilaat ovat raskaampihoitoisia ja huonompikuntoisia sekä siksi, että valvontalaitteiden vuoksi potilaat tarvitsevat enemmän apua. (Mäihäniemi & Sarvijärvi 2014.)

Tuloksista ilmeni, että kaikki vastaajat toteuttivat pesuja ja huolehtivat asentohoidosta päivittäin. Vastaajat halusivat, että työympäristö kannustaisi perushoitoon luomalla lisäresursseja, perushoito jaettaisiin tasavertaisemmin työvuoroihin ja perushoitoa perusteltaisiin. Suurin osa vastaajista koki, että sairaanhoitajien toimintatavoissa oli eroavaisuuksia. Vastaajat kehittäisivät perushoitoa valvontaosastolla luomalla lisäresursseja, yhtenäistämällä osaston käytäntöjä, lisäämällä huomiota perushoidon laatuun, tasavertaistamalla ja kannustamalla, lisäämällä koulutusta ja perehdyttämistä, sekä kiinnittämällä enemmän huomiota perushoidon osa-alueisiin. (Mäihäniemi & Sarvijärvi 2014.)

Ruotsissa vuonna 2009 tehdyssä tutkimuksessa aiheena oli hoitohenkilökunnan tietämys, asenteet ja käytännöt painehaavojen ehkäisyssä ja hoidossa. Tutkimuksessa ilmeni, että hoitajien tietotaso yleisesti ottaen oli hyvä ja he suhtautuivat positiivisesti tutkittuun asiaan. Vastauksista kuitenkin ilmeni, että tutkimustulokset ja ohjeistukset eivät olleet päätyneet hoitoyksiköihin saakka. Vastaajat myös kertoivat, että heillä on yksiköissä yhteisesti sovitut käytännöt painehaavojen ehkäisyyn. (Källman & Suserud 2009.)

Irlantilainen tutkimus selvitti hoitajien asennetta painehaavojen ehkäisyyn ja toi ilmi saman positiivisen asenteen kuin ruotsalaisten tekemä tutkimus. Hyvästä asenteesta huolimatta ehkäisykeinot osoittautuivat satunnaisiksi ja epäsäännöllisiksi. Niihin vaikuttivat negatiivisesti myös ajan puute ja henkilökunnan vähyys, joten hoitajien positiivinen asenne ei toteutunut käytännössä. (Moore & Price 2004.)

Kreikkalainen tutkimus (Babatsikou ym. 2014) tutki omaisten käsityksiä teho-osaston hoitajista. Tuloksista ilmenee, että hoitajien odotetaan saavan omaisille tunne, että he voivat kysyä hoitajilta mitä vain ja milloin vain. Tutkimustuloksista selvisi myös, että omaiset painottivat kommunikaation tärkeyttä ja omaisten osallistamista potilaan hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. (Babatsikou ym. 2014.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä. Seuraavissa kuvillaan opinnäytetyössä käytettyä menetelmää ja lopuksi esitellään havainnollistavien kuvien avulla laadullista sisällönanalyysia.

4.1 Opinnäytetyön menetelmä

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Laadullinen tutkimusmenetelmä tavoittelee ymmärrystä yksilön tai ryhmän toiminnasta laatujen kautta. Ne ovat ihmisten niille antamia merkityksiä, eli esimerkiksi haluja, ihanteita, uskomuksia ja arvoja. (Vilka 2015, 224.)

Tutkimusprosessin hahmotuksessa voidaan käyttää käsitteellistä ja empiiristä vaihetta. Käsitteellinen vaihe sisältää tutkimusaiheen valinnan ja rajaamisen, kirjallisuuskatsauksen laatimisen, kontekstiin tutustumisen ja teoreettisen taustan laatimisen. Käsitteelliseen vaiheeseen kuuluu myös tutkimusasetelman määrittäminen. Tässä vaiheessa kuuluu määrittellä, ketkä ovat tutkittavana kohteena. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan yleensä osallistujista tai informanteista. Konteksti, eli todellinen ympäristö, jossa tutkimus toteutuu, määritellään. Menetelmät, joilla aineisto hankitaan, eritellään menetelmävalinnoissa. Empiiriseen vaiheeseen kuuluvat aineiston keruu, tallennus ja analysointi, tulosten tulkinta sekä niiden raportointi. Laadullinen tutkimusprosessi on aineiston keruun kannalta kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusprosessia joustavampi. Tutkimustehtävät ovat lisättävissä ja muokattavissa vielä analyysiprosessin ajanakin. Tutkimusprosessin vaiheita voidaan tehdä osin päällekkäin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 83–85.)

4.1.1 Laadullinen tutkimus

Ihmisten välinen ja sosiaalinen merkitysten maailma on laadullisessa tutkimuksessa tarkastelun alla. Suhteet ja niiden muodostamat merkityskokonaisuudet toimivat merkityksien ilmenemismuotoina. Ihmisistä lähtöisin olevat ja ihmiseen päätyvät tapahtumat muodostavat merkityskokonaisuudet. Näitä voivat olla muun muassa

toiminta, ajatukset ja päämäärien asettaminen. Kysymys “mitä merkitystä tutkimuksessa tutkitaan?” on laadullisen tutkimuksen peruskysymys, joka on aina tutkimuksessa läsnä. Tämä vaatii tutkimuksen toteuttajalta tarkennusta, ovatko tutkimuksen alla merkitykset, jotka liittyvät kokemuksiin vai käsitteisiin. Näiden erottelu on kuitenkin hankalaa, sillä niiden välinen yhteys saattaa puuttua. (Vilka 2015, 118–119.)

Kokemukset ovat aina yksilöllisiä ja käsitysten sisältö on enemmänkin yhteisön perinteisiä ja tyypillisiä ajatusmaailmoja. Tutkimuksen tekijän tulee olla näiden eroista tietoinen tutkimusongelmaa ja tavoitteita tehdessään. Tutkijan merkitysmaailma voi muuttua tutkimuksen etenemisen ja ymmärryksen kasvamisen myötä. Tulkintaongelmia aiheuttaa tutkijan ja tutkimuskohteen ymmärryksen rajojen pysyminen erillisinä. Tutkimusta tehdessä tulisi aina vastata “mitä”- kysymysten lisäksi vähintään yhteen “miksi” -kysymykseen. “Miksi”- kysymysten merkitys piilee muun muassa siinä, että enemmän kuin vain kaksi asiaa toimisi tutkimuksen valintojen määrittelijöinä. (Vilka 2015, 118–119.)

Vilkan (2015, 120) mukaan laadullisen tutkimuksen tavoitteena on muodostuneiden tulkintojen kautta näyttää jotakin, joka on välittömän havainnon ulottumattomissa. Tutkimus ratkaisee arvoitukset, jotka syntyvät näistä ulottumattomissa olevista välittömistä havainnoista. Arvoitusten ratkaiseminen syntyy siitä, että tutkija luo johtolankoja ja vihjeitä ihmisten kuvailemien kokemusten ja käsitysten myötä. Totuuden löytäminen tutkittavasta asiasta ei ole siis laadullisen tutkimuksen tavoitteena. Tutkimuksessa rakennetaan tutkittavasta asiasta malleja, ohjeita, toimintaperiaatteita, tietoa sekä kuvauksia. (Vilka 2015, 120.)

4.2 Aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa voidaan kerätä esimerkiksi haastattelun, kyselyn, havainnoinnin ja erilaisiin dokumentteihin perustuvan tiedon, esinein sekä kuva- ja tekstiaineistojen muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71; Vilka 2015, 122). Kuva- ja tekstiaineistossa voidaan hyödyntää esimerkiksi kuvanauhoitteita, monimediatauotteita, dokumenttiaineistoja, päiväkirjoja, kirjeitä, elämäkertoja, kirjoitelmia, kouluaineita, sanomalehtiä, aikakaus- ja ammattilehtiä, arkistomateriaalia, mainoksia sekä valokuvia (Vilka 2015, 122).

Yksi laadullisen tutkimuksen yleisimmistä aineistonkeruumenetelmistä on haastattelu. Haastateltavalta kysytään suullisia kysymyksiä, kuten miksi hän toimii niin kuin toimii tai mitä hän ajattelee. Etuja haastattelussa ovat joustavuus, eli haastateltavalta voidaan kysyä sama kysymys uudelleen, oikaista väärinkäsityksiä, käydä keskustelua sekä selventää vastauksista asioita, kuten sanamuotoja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71–73.)

Haastattelussa halutaan tietää mahdollisimman paljon kysytyistä asioista. Jotta haastattelu olisi onnistunut, on aiheellista antaa kysymykset haastateltaville etukäteen, jotta he ehtivät perehtyä niihin. Haastatteluajankohta ja tapa sovitaan siis etukäteen, jotta tämä toteutuu. Eettisyydenkin kannalta haastateltavien on tiedettävä, mitä haastattelu koskee. Jos aiheita ei ole kerrottu etukäteen, he eivät välttämättä suostu haastateltaviksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin teemapohjaisella ryhmähaastattelulla. Haastattelutilanteen jälkeen todettiin haastattelun olleen hyvä muoto selvittää asenteita, sillä keskustelun aikana oli mahdollisuus kysyä tarkentavia kysymyksiä.

Ryhmähaastattelussa tärkeää on, että kaikilla on mahdollisuus olla osana keskustelua. Itse haastattelija pysyy keskustelun ulkopuolella. Yksi muoto aineiston keräämiseksi on täsmäryhmähaastattelu. Haastattelumuoto tunnetaan myös nimillä ryhmähaastattelu ja asiantuntijahaastattelu. Tämän 6-8 henkilön haastattelun perusteena on haastateltavien asiantuntijuus aiheesta. Heillä on myös kyky muutosten aikaansaamiseen ja vaikutusta alkuperäiseen aiheeseen. Tavoitteen asettaminen ryhmälle, esimerkiksi ideoiden kehittäminen tai tarpeiden ja asenteiden paljastaminen, on tutkimusmuodolle oleellinen. (Vilkkä 2015, 125–126.)

Ryhmälle valitaan ulkopuolinen puheenjohtaja. Korkeintaan tunnin kestävässä haastattelussa on mahdollista käyttää esimerkiksi videointia tai nauhuria. Jokaisen haastatteluun osallistuvan lupa tulee kysyä haastattelun tallentamiseksi. Haastattelijan on kyettävä pitämään keskustelu kaikkien osallistujien saavutettavissa, eli kaikilla tulee olla mahdollisuus osallistua keskusteluun. Hänen tulee huolehtia myös siitä, että kukaan haastateltavista ei määrää yksin keskustelun absoluuttista suuntaa. (Vilkkä 2015, 125–126.)

Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa on etukäteen mietitty aiheet tai teemat. Nämä teemat ohjaavat haastattelua ja haastattelun aikana tutkija voi lisätä tarkentavia kysymyksiä. Ihmisten tulkinnat, heidän antamansa merkitykset asioille sekä miten merkitykset vuorovaikutuksessa syntyvät, nousevat teemahaastattelussa esille. Järjestys, jossa teemoja haastattelun aikana käytetään, ei ole oleellista. Ongelmanasettelu tai tutkimustehtävä määrittelee teemahaastattelun kysymykset. Teemahaastatteluun on mahdollista liittää myös erilaisia tehtäviä, joita haastattelun aikana voidaan suorittaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75; Vilkka 2015, 124.) Teemahaastattelu voidaan toteuttaa ryhmä- tai yksilöhaastatteluna (Vilkka 2015, 126). Haastattelu on aikaa vievä muoto kerätä aineistoa, mutta sen avulla saadaan mahdollisesti enemmän tietoa kuin kyselylomakkeen kautta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74.)

Aineisto kerättiin ryhmähaastatteluna, johon osallistui kuusi (6) yksikön hoitajaa. He osallistuivat haastatteluun vapaaehtoisesti työajallaan. Tämä tuki useamman hoitajan mielenkiintoa osallistua haastatteluun. Osaston hoitajille lähetettiin etukäteen sähköisesti informaatio (liite 1), jossa kerrottiin opinnäytetyöstä, sen tarkoituksesta sekä tavoitteista ja tehtävistä. Tämän jälkeen työelämäyhteyshenkilö kartoitti useamman hoitajan mielenkiintoa osallistua haastatteluun. Hän oli myös suositellut haastattelua sekä painottanut haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuutta. Yksi hoitaja kieltäytyi, joten hänen tilalleen työelämäyhteyshenkilö etsi uuden vapaaehtoisen. Lisäksi hän valitsi yhden varahenkilön, joka osallistuisi haastatteluun alustavasti lupautuneen osallistujan estyttyä.

Ajankohta haastattelulle sovittiin yhdessä työelämäyhteyshenkilön kanssa. Päivämäärä ilmoitettiin hoitajille samalla, kun kysyttiin halukkaita osallistujia. Näin ollen heillä oli mahdollisuus vaikuttaa omiin työvuoroihinsa mahdollistaen osallistumisensa. Työvuorot suunniteltiin siten, että he olisivat haastattelun ajankohtana työvuorossa. Tällöin haastattelu saatiin toteutumaan heidän työajallaan. Kaikille haastatteluun alustavasti lupautuneille opinnäytetyön tekijät lähettivät haastattelukysymykset sähköpostitse kuukautta ennen haastattelua. Täten he pystyivät valmistautumaan haastatteluun etukäteen. Samat kysymykset jaettiin heille paperilla myös ennen haastattelua, joten he pystyivät seuraamaan kysymysten kulkua haastattelun aikana.

Opinnäytetyön kannalta oli tärkeää, että haastateltavat ovat olleet työelämässä hoitajina teho-osastolla jonkin aikaa. Näin ollen heillä on kokemusta asioista, joista haastattelussa

keskustellaan. Työelämäyhteyshenkilö käytti haastateltavien valinnassa harkintaa huomioiden hoitajien iät, eri pituisen kokemuksen tehohoitotyöstä sekä työkokemusta muilla osastoilla omaavat.

Haastattelun alussa kartoitettiin osallistuvien perustietoja, kuten ikä sekä kokemusvuodet teho-osastolla ja hoitajana. Opinnäytetyössä näitä asioita ei tuoda esille siten, että haastateltavia kykenisi identifioimaan. Noin kaksi kuukautta ennen haastattelua tietoisien suostumuksen lomakkeet toimitettiin työelämäyhteyshenkilölle, jotka hän jakoi haastatteluun osallistuville. Näin ollen haastateltavat saivat tutustua niihin rauhassa. Haastatteluun osallistuvat allekirjoittivat tietoisien suostumuksen lomakkeen (liite 2) ennen haastattelun alkua opinnäytetyön tekijöiden läsnä ollessa.

Haastattelu toteutettiin huhtikuussa 2017 työelämäyhteyshenkilön varaamassa tilassa pöydän ympärillä siten, että haastatteluun osallistujat istuivat kasvotusten toisiaan vastapäätä. Opinnäytetyön tekijät tarkkailivat tilannetta pöydän päädyistä.

Haastattelua varten kummatkin opinnäytetyön tekijät lainasivat TAMKilta äänitallennenuhurin. Nauhurit sijoitettiin haastattelupöydän molempiin pätyihin, jolloin kaikkien haastateltavien äänet saatiin tallennettua luotettavasti. Lisäksi kaksi nauhuria helpottivat haastattelun purkua, sillä molemmat opinnäytetyön tekijät pystyivät tekemään litterointia eli haastattelun auki kirjoittamista omilla tahoillaan.

Opinnäytetyön tekijät tekivät haastattelua varten puolistrukturoidun haastattelurungon, jonka tarkoituksena oli johdattaa keskustelua valittujen teemojen ja tarkentavien kysymysten avulla. Niiden avulla pyrittiin korostamaan ihmisten tulkintoja ja niille annettuja merkityksiä. Teemahaastattelun kysymyksillä tarkoitus oli löytää tutkimustehtävän kannalta merkittäviä vastauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Haastattelun kysymykset liitteenä opinnäytetyön raportin lopussa (liite 1).

Haastattelun kellonaika valikoitui työelämäyhteyshenkilön toiveesta iltapäivään, sillä se oli työvuorojen järjestämisen kannalta paras aika. Opinnäytetyön tekijät saapuivat puoli tuntia ennen haastattelun alkua järjestämään haastattelutilan paikkoja. Ennen osallistujien saapumista huoneeseen nauhureiden toiminta vielä testattiin.

Haastatteluun osallistuvat istuivat haastattelun ajan toisiaan vastapäätä ja opinnäytetyön tekijät pöydän päädyissä. Haastattelun aluksi osallistujat saivat vielä kerran luettavakseen tiedotteen opinnäytetyöstä ja haastattelusta. Sama informaatio annettiin heille myös suullisesti. Osallistujat allekirjoittivat tietoisien suostumuksen lomakkeet sekä täyttivät esitietolomakkeet, joissa kysyttiin osallistujien ikää, työkokemusvuosia hoitajana sekä työkokemusvuosia teho-osastolla. Tässä opinnäytetyössä ei paljasteta teho-osastolla kertyneitä työkokemusvuosia, jotta haastattelussa olleita ei voida tunnistaa.

Nauhurit laitettiin päälle ennen ensimmäisen kysymyksen esittämistä. Keskustelu alkoi rauhallisesti, mutta keskustelun edetessä osallistujat aktivoituivat. Loppujen lopuksi keskustelu oli aktiivista eikä opinnäytetyön tekijöiden tarvinnut juurikaan ohjata keskustelua. Tarkentavia kysymyksiä tehtiin kuitenkin jonkin verran. Keskustelun aikana osallistujilla oli jonkin verran päälle puhumista. Suurin osa haastateltavista toimi keskustelussa hyvinkin aktiivisesti, osa oli hieman passiivisempia. Pitkiä taukoja ei juurikaan syntynyt, vaan keskustelu sujui jouhevasti eteenpäin. Itse haastattelun kesto oli yhteensä 50 minuuttia, ja se sisälsi mielenkiintoisia näkökulmia, hyvää pohdintaa sekä aktiivista keskustelua.

Litterointi, eli haastattelun auki kirjoittaminen toteutettiin siten, että toinen opinnäytetyön tekijöistä auki kirjoitti haastattelun ensimmäiset 25 minuuttia, ja toinen loput 25 minuuttia. Litteroinnin haasteena oli haastatteluun osallistuvien päälle puhuminen. Tämän vuoksi joitakin lyhyitä osia haastattelusta oli mahdotonta saada auki. Opinnäytetyön tekijöillä oli kuitenkin kaksi nauhuria haastattelutilanteessa mukana, molemmat eri kulmissa pöytää. Tämän vuoksi toisesta nauhurista oli mahdollista saada selvyttä keskustelusta, mitä toisesta nauhurista ei saanut. Työn luotettavuuden vuoksi opinnäytetyön tekijät tekivät myös ristiin tarkistuksen, eli kummatkin opinnäytetyön tekijät kuuntelivat ja kävivät läpi toistensa litteroinnin sekä tekivät korjauksia niihin. Puheen auki kirjoittamisessa käytettiin Times New Roman- fonttia koossa 12, rivivälinä oli 1. Tällä menetelmällä tekstiä tuli yhteensä 9 sivua.

4.3 Laadullinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. Induktiivisessa sisällönanalyysissä ongelmanasettelu ohjaa induktiivista päättelyä, jonka mukaan sanoja luokitellaan teoreettisen merkityksen pohjalta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.) Teoreettisen kokonaisuuden tuottaminen tutkimusaineistosta on aineistolähtöisen sisällönanalyysin tavoitteena. Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävänasettelu määräävät, kuinka analyysiyksiköt valikoituvat. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana, osa lauseesta tai useista lauseista muodostuva ajatuskokonaisuus. Analyysiyksiköitä ei ole ennalta asetettu tai suunniteltu. Sisällönanalyysin toteuttamisessa ja lopputuloksessa pitäisi ulkopuolelle jättää ilmiöön liittyvät aikaisemmat havainnot, tiedot ja teoriat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,167.)

Tämän opinnäytetyön analysointimenetelmänä on induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi, jossa tutkimustehtävään saadaan vastaus yhdistelemällä käsitteitä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, joita ovat pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 108.) Tässä opinnäytetyössä laadullinen sisällönanalyysi tehtiin tutkimuskysymyksittäin.

Induktiivisen sisällönanalyysin avulla käsitteitä yhdistellään ja siten tutkimustehtävään saadaan vastaus. Empiirisestä aineistosta edetään kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä, jolloin sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan. Tutkittavia pyritään ymmärtämään heidän omasta näkökulmastaan kaikissa analyysin vaiheissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112–113.)

Induktiivinen sisällönanalyysi aloitetaan siitä, että tutkimusaineiston kerättyään tutkija tekee valinnan, mistä hän lähtee toiminnan logiikkaa tai luonteenomaista kertomusta tavoittelemaan. Tämän jälkeen tutkija siirtyy ensimmäiseen vaiheeseen eli pelkistämiseen. (Vilka 2015, 163–164.)

Ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi (taulukko 1). Pelkistämässä tutkimukselle merkityksettömät asiat jätetään pois analysoitavasta materiaalista. Materiaali voi olla esimerkiksi haastatteluaineisto, joka on litteroitu eli kirjoitettu tekstimuotoon tai dokumentti. Informaatio voidaan tiivistää tai pilkkoa osiin.

Tutkimustehtävä ohjaa aineiston redusointia. “Aineiston pelkistäminen”-käsitettä voidaan käyttää alkuperäisestä tiedosta poimituilla lausumilla, jotka kirjataan materiaalista nostetuilla ilmauksilla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

TAULUKKO 1. Käsitteiden pelkistäminen.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
<i>”Sitte auttaa mitä ei voi tehdä, mitä voi sit tehdä, vähänkin kykenee, niin siinä autetaan”</i>	Autetaan siinä mitä potilas tarvitsee
<i>”Tarkotin sillä kannustamisella juuri sitä, että me kannustetaan juuri hänen omaan osaamiseensa ja silleen lisää.”</i>	Omaan osaamiseensa kannustaminen
<i>”Niin täytyy sitte kuitenkin sitä potilaan itsemääräämisoikeuttaki kunnioittaa.”</i>	Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen
<i>”Se hoitajahan niinkun on se, joka potilaan asioita hoitaa.”</i>	Hoitaja potilaan asioiden hoitajana

Toisesta vaiheesta käytetään nimitystä ryhmittely eli klusterointi (taulukko 2 ja 3). Ryhmittelyn idea on luoda pohja tutkimuksen perusrakenteelle sekä tehdä tutkittavasta kohteesta alustavia kuvauksia. Ryhmittelyssä vertaillaan käsitteiden samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Alkuperäisilmaukset käydään läpi yksityiskohtaisesti. Yhtenäiset käsitteet luokitellaan ja niille annetaan kuvaava termi. Yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Tämä vaihe on osa kolmatta vaihetta abstrahointia eli käsitteellistämistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–111.)

TAULUKKO 2. Käsitteiden ryhmittely.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Huonokuntoisen potilaan kanssa eri asia, kuin hyväkuntoisen ja osallistuvan potilaan	Potilasryhmän vaikutus
Hyvin kriittinen potilas joutuu olemaan tietystä asennossa, niin sitten ei voi tehdä mitään	
Tulovaiheessa mennään sen takia, mikä on tärkeintä	Työtehtävien priorisointi
Voi olla kiire, vaihe että pidetään hengissä, niin perushoito jää vähemmälle, priorisoitava mikä tärkein tilanteessa	

Käsitteellistämässä eli abstrahoinnissa muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Tässä tutkimuksen pohjalta relevantti informaatio erotellaan ja näiden mukaan muodostuvat teoreettiset käsitteet. Luokituksia yhdistellään mahdollisuuksien mukaan niin pitkälle, kuin aineiston näkökulmasta pystytään. Kaikissa vaiheissa tutkittava pyrkii ymmärtämään tutkittavien näkökulmaa. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 111.)

TAULUKKO 3. Alaluokista yläluokiksi.

Potilaan kokonaisvaltaisuuden huomioiminen fyysisesti	Perushoidon kokeminen fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena
Potilaan kokonaisvaltaisuuden huomioiminen psyykkisesti	
Potilaan kokonaisvaltaisuuden huomioiminen sosiaalisesti	
Perushoito on kokonaisuus	
Potilasryhmän vaikutus	Potilaasta lähtöisin olevien tekijöiden vaikutus perushoittoon
Potilaan itsemääräämisoikeus	
Hoidon pituuden vaikutus	
Potilaan hoitovastaisuus	

5 TULOKSET

Tutkimukseen osallistuneiden haastateltavien (n=6) työkokemus hoitoalalla vaihteli 5-40 vuoden välillä. Kaikki haastateltavat olivat yli 25-vuotiaita. Ennen haastattelua tehdyssä kyselyssä he kertoivat työvuosien määrän teho-osastolla. Opinnäytetyössä niitä ei yksityisyyden vuoksi julkaista. Tutkimustehtävinä oli selvittää tehohoitajien kokemuksia tehohoitopotilaiden perushoidosta sekä tekijöitä jotka vaikuttavat tehohoitajien suhtautumiseen tehohoitopotilaan perushoidossa.

Tehohoitajien kokemukset tehohoitopotilaiden perushoidosta näyttäytyivät perushoidon kokemisena fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena, perushoidon nopeuttamisena ja oikomisena, ajankäytön hallintana ja kiireen vaikutuksena, potilaasta lähtöisin olevien tekijöiden vaikutuksena perushoittoon, hoitoympäristön vaikutuksena perushoidon toteuttamiseen, hoitajasta lähtöisin olevien tekijöiden vaikutuksena perushoittoon, omaisten huomioimisena potilaan perushoidossa, hoito- ja apuvälineiden merkityksenä perushoidossa, hoitotyön arvostuksena ja ammattiyhdistyksen edistävänä tekijänä, hoitotyön vähäisenä arvostuksena estävänä tekijänä, vuorovaikutuksen ja kommunikaation tärkeytenä potilaan hoitotyössä, perushoidon toteuttamiseen liittyvinä haasteina sekä hoitajia perushoidossa motivoivina tekijöinä.

Tehohoitajien suhtautumiseen tehohoitopotilaan perushoidossa vaikuttavia tekijöitä olivat hoitajien ammatillinen työkokemus, organisaatiolähtöiset tekijät estävinä tekijöinä, perushoidon arvostuksen ja työntekijöiden kollegiaalisuuden puuttuminen työyhteisössä, potilaan hoidossa vaikuttava kiireen tunne estävänä tekijänä, potilaasta lähtöisin olevat tekijät, hoitajien motivaatiota perushoittoa kohtaan lisäävät tekijät, hoito- ja apuvälineiden vaikutus perushoittoon, perushoidon eri osa-alueiden tärkeäksi kokeminen potilaan hoidossa, perushoidon haasteet ja työntekijän henkilökohtainen hoitotyön arvostaminen.

Kursivoidut tekstit ovat autenttisia otteita hoitajien haastattelusta.

5.1 Tehohoitajien kokemuksia tehohoitopotilaan perushoidosta

Perushoito koetaan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Perushoidosta huolehditaan laitteista huolimatta, ja se toimii tehohoidon perustana. Se on potilaan puolesta tekemistä ja hänen tarpeissaan avustamista, kun potilas ei siihen itse kykene. Perushoito on potilaan hoidossa päivittäinen rutiini. Tehohoitajat kokevat, että fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen perushoitoon kuuluvat ravitseminen, syöminen, juominen, vuodepesut, infektioiden esto hygienian hoidolla, suunhoito, ihonhoito ja asentohoito, potilaan ulkoinen siisteys, potilaan äänenä ja edustajana toimiminen, potilaan tukeminen ja kannustaminen, kuntoutus, kivun hoito ja lääkehoito sekä myös omaisten huomiointi järjestämällä muun muassa vierailuja potilaan luokse. Perushoitoon koetaan kuuluvan myös erilaiset viihdykkeet, kuten televisio ja pelit.

Perushoidolla ehkäistään myös haittoja. Asentohoito koetaan tärkeänä, jolloin samalla pystytään vilkaisemaan myös potilaan alle. Potilaan käännössä voi potilaan alta löytyä muun muassa korkkeja, ryppyiset lakanat tai joskus myös potilaan ulosteet. Asentohoitoa tulisikin hoitajien mielestä suorittaa sänkytyypistä riippumatta. Sedatoidulla potilaalla asentohoitoa tuleekin toteuttaa hyvin, sillä hän ei pysty itse liikkumaan. Myös liikkumisella voi olla rajoitteita, joten hoitaja avustaa asentohoidossa. Riskitekijöiden huomiointi kuuluu hoitajien kokemuksen mukaan perushoitoon. Asentohoito onkin ohjelmoitu tehtävälistaan kahden tunnin välein. Myös suunhoito on ohjelmoitu tehtävälistaan. Asentohoidolla vaikutetaan myös kivun hoitoon. Ennaltaehkäisevällä perushoidolla ehkäistään muun muassa painaumuksia ja ihorikkeitä. Potilasta pyritään myös osallistamaan perushoitoon muun muassa kysymällä hänen mielipiteitään. Hoitajat pyrkivät muistuttamaan toisiaan perushoidon tärkeydestä. Hoitajat kokevat myös, että perushoito toteutuu aina jonkun toimesta, vaikka itse ei ehtisi sitä potilaalleen toteuttaa. Sitä voidaankin toteuttaa kellon ympäri, ajasta riippumatta.

Nään sen sellasena kokonaisuutena ja se on mun mielestä kaiken tehohoidon perusta, perushoito.

Sosiaaliseen ja psyykkiseen perushoitoon kuuluu mun mielestä just se, että omaisia on yleensä potilailla, järjestetään vierailut sen mukaan mitä pystytään, se on hirveen tärkeä siinä potilaalle ja toipumisessa yleensäkin.

*Tajuua et kuinka oikeesti iso osa tätä työtä perushoito onkaan nyt kun täs jut-
teli, ne temput on sit aika pieniä sielä välissä mitä tehään.*

Hoitajat kokevat, että perushoitoa nopeutetaan ja siitä oiotaan. Välillä hoitajat tekevät liikaa potilaan puolesta, vaikka potilas kykenisi itsekin tekemään. Käytetään myös tekosyitä, miksi hoitaja tekisi potilaan puolesta, esimerkiksi nenämahaletkun irtoamisen mahdollisuus. Perushoitoa myös helpotetaan, esimerkiksi valitsemalla hoitajalle helpoin hoitokeino.

*...me välillä höösätään liikaa, että vaikka toisella käsi liikkuu, niin sitä sitte
helposti annetaan sitä pilliä suuhun, vaikka toinen vois ottaa sen käteen ja juoda
siitä.*

Ajankäytön hallinta ja kiireen vaikutus näkyvät hoitajien kokemuksen mukaan heidän työssään. Työtehtäviä priorisoidaan ja välillä kiire hallitsee työskentelyä. Kiireisimmät ja tärkeimmät hoitotoimenpiteet tulevat ensimmäisenä, muut tehdään, kun ehditään. Hoitajat ovat myös erilaisia, jolloin jokaisella hoitajalla on oma ajatuksensa, mitä itse kokee tärkeimpänä. Kiireessä hoitaja ei välttämättä ehdi tekemään perushoitoa niin paljon, kuin haluaisi. Siirtovaihe on yleensä kiireinen, jolloin potilaan peseminen riittävän hyvin voi estyä. Työskentelyä nopeuttaa, kun hoitaja tekee enemmän potilaan puolesta.

*...jokainen tekee vähän eri lailla, jokaisella on vähän ehkä omat ajatukset ja mitä
kokee itte kukin tärkeimpänä.*

Tehohoitajilla on kokemus, että potilaasta lähtöisin olevilla tekijöillä on vaikutusta perushoidon toteuttamiseen. Potilasryhmät, kuten sekavat potilaat, itse liikkuvat potilaat, hyvin kriittiset potilaat, huonosti voivat potilaat sekä huonokuntoiset potilaat vaikuttavat siihen, miten ja millaista perushoitoa potilaalle voidaan toteuttaa. Potilaan voinnilla on tärkeä merkitys perushoidon toteuttamisessa. Potilas voi kärsiä esimerkiksi kovasta pahoinvoinnista tai oksentelusta, jolloin hänelle ei pystytä suorittamaan perushoitoa kunnolla. Välillä potilaat eivät pysy asennossa, mikä hankaloittaa hoitoa. Potilaan motivoituneisuudella ja hoitovastaisuudella on myös merkitystä perushoidon toteutumiseen. Potilas voi vastustella kaikkea tekemistä tai olla väsynyt pitkäaikaiseen hoitoonsa, jolloin hän ei enää halua uusia hoitoja. Hoitajat kunnioittavat myös potilaan itsemääräämisoikeutta ja huomioivat potilaan mielipiteet. Potilaan tapojakin pyritään

huomioimaan. Merkitystä on myös sillä, onko potilas elektiivinen potilas. Tällöin ei välttämättä esimerkiksi pesuja suoriteta niin hyvin kuin toisille. Hoidon pituus vaikuttaa perushoidon toteuttamiseen.

Mutta jos on pitkäaikainen potilas teholla nii sithän se ei oo aina ihan helppoo. Ne on sillee et älä koske muhun. Mua on niin paljon jo nypitty ja näpitty.

Niin täytyy sitte kuitenkin sitä potilaan itsemääräämisoikeuttaki kunnioittaa.

Hoitajien kokemuksen mukaan myös hoitoympäristöllä on vaikutusta perushoidon toteuttamiseen. Olosuhteilla, tiloilla, henkilökuntamäärällä ja ilmastoinnilla on merkitystä. Ihannetilanteessa tilat olisivat käytännölliset, henkilökuntaa olisi riittävästi, ilmastointi olisi hyvä, sängyt olisivat sopivia ja lääkäreiden kanssa olisi aikaa toimia. Hankalaksi koetaan myös erityistilanteiden avun tarve. Apua ei ole välttämättä saatavilla esimerkiksi eristyshuoneeseen niin usein kuin olisi tarvetta. Vaikeuksia koetaan välillä tilanteissa, kun työskennellään yksin, esimerkiksi potilaan kääntämisen suhteen. Ergonomiakin saattaa toimia rajoittavana tekijä perushoidossa.

Ettet saa kaveriakaan. Ei sitä pysty yksin kääntään potilasta, jos ei potilas ite pysty yhtään auttaan.

Ergonomia, kyllä sellasetki niinku rajottaa joskus potilaan perushoitooki.

Potilaasta ja hoitoympäristöstä lähtöisin olevien tekijöiden vaikutusten lisäksi perushoitoon vaikuttavat hoitajasta lähtöisin olevat tekijät. Hoitajien kokemusten mukaan hoitajan välinpitämättömyys, asennoituminen, erilaisuus, motivoituneisuus, vastuullisuus omasta toiminnastaan sekä potilaan kunnioittaminen vaikuttavat perushoitoon. Hoitajan asennoituminen saattaa olla sellainen, että häneltä ei uskalleta edes pyytää apua. Toisinaan pyritään selviytymään mahdollisimman pitkälle yksin, ennen kuin apua viitsitään edes pyytää. Toisinaan taas hoitajat kokevat, että he saisivat avata suunsa enemmän avun pyytämisessä. Koetaan, että apua saa kuitenkin pyydetessä hyvin, mikäli henkilökuntaa on työvuorossa riittävästi. Ihannetilanteessa apua saisi ilman pyytämistäkin. Kollegiaalisuus nähdäänkin voimaannuttavana tekijänä, mutta harvoin toteutuvana niin, että joka vuorossa ei apua potilaan hoitoon saa.

Hoitajat ovat myös erilaisia, jolloin toinen hoitaja kokee toisen asian tärkeämmäksi kuin toinen. Hoitajien erilaisuus ja tarkkuus näkyvät muun muassa siinä, että esimerkiksi leikkausliinat saattavat jäädä toisilta hoitajilta huomaamatta. Näin tapahtuu kuitenkin harvoin. Hoitajat vastaavat omasta toiminnastaan sekä potilaan hoidon jatkuvuudesta. Empatia sekä hoitajan kokemus potilaan roolista edistävät perushoidon toteutumista. Hoitajat kokevat, että työkokemuksella on merkitystä perushoidon toteuttamisessa. Vastatulleelta hoitajalta ei odoteta kaikkien muiden haasteiden keskellä laadukasta perushoitoa. Kaiken kaikkiaan hoitajat kokevat, että perushoito osastolla toteutuu hyvin.

Mä teen ensin mahdollisimman paljon yksin ja vasta sitte ku oikeesti tarviin ni mä pyydän sitte että ku jotku pyytää heti alusta pitäen.

Perushoidossa tulee myös hoitajan vastuukysymykset, että jokainen vastaa niinku siitä et se tulee hoidettua oman työvuoron aikana tai siirtää sitte, kertoo asian seuraavalle, että mitä mä en oo pystyny tekeen että se tieto menee eteenpäin.

Ilman muuta niinku kuuluvaa töihin, tää kuuluu meidän työhön. Ryhmätyö.

Jos nyt aattelee, että tulee uus hoitaja ja ihan nyt 7 viikkoa on perehdytys ja sitte alkaa niinku olla omillaan, niin tota en mä nyt välttämättä ainakaan edellytä tällaselta hoitajalta, että hän pystyis ihan niinku keskittyn hirveesti perushoitoonkaan, koska siinä on niin hirveesti kaikkee muuta.

Omaisten huomioiminen potilaan perushoidossa näkyy esimerkiksi siten, että heille järjestetään vierailuja potilaan luokse mahdollisuuksien mukaan. Lisäksi myös potilaan ulkoista siisteyttä huomioidaan omaisten ollessa tulossa vierailulle. Omaisten ajatukset hyvästä hoidosta koetaankin liittyvän ulkoisiin tekijöihin.

Monesti miettii, et läheisen näkökulmasta se varmaan korreloi siihen jotenki, että välitetäänkö siitä potilaasta, jos se on ihan siivottoman näkönen. Tai ehkä tulis sellanen tunne, että tästä mun omaisesta välitetään, jos se on hyvin perushoidettu ja laitettu.

Hoito- ja apuvälineillä on merkitystä perushoidossa. Hoito- ja apuvälineiden riittävyys vaikuttaa perushoidon toteutumiseen. Kaikkia hoito- ja apuvälineitä ei ole riittävästi, jolloin perushoitoa on hankala toteuttaa esimerkiksi tyynyjen puuttumisen vuoksi. Oikeanlaisen sänkytyypin ja patjan valinta helpottaa hoitajien suorittamaa perushoitoa. Sopivien hoitovälineiden valitseminen on joskus haastavaa. Hoitajien mielestä ihannetilanteessa sopivia hoitovälineitä olisi hyvin saatavilla.

Niin ja että tyynyjä on tarpeeks osastolla... Tai nivelvenyttimiä tai vastaavia. Tai yks jalkalasta käytössä niin seki on vähän tympee. Että aina ei oo susta kiinni.

Perushoidon toteutuksessa edistävänä tekijänä toimii muun muassa hoitajien kokema hoitotyön arvostus ja ammattilypeys. Tähän kuuluu oman työn arvostus, hoitajien perushoidon arvostaminen, kollegan arvostaminen sekä muiden ammattiryhmien osallistuminen perushoitoon. Hoitajat kokevat, että perushoidossa voidaan olla hyviä ja suurin osa sitä toteuttaakin erittäin hyvin. Työvuoroon onkin ilo tulla, kun edellisen vuoron hoitaja on toteuttanut perushoitoa hyvin.

Kyllä jotkut on todella hyviä, onpa ihana tulla aina vuoroon kun näkee et on kyllä niin lakanat oikosessa siellä.

Hoitajien kokema hoitotyön vähäinen arvostus sisältyy perushoidon estäviin tekijöihin. Toisinaan koetaan, että hoitajien perushoidon arvostaminen on heikkoa. Kollegaa myös arvostetaan, jolloin varsinkaan vanhemmalle kollegalle ei välttämättä uskalleta antaa suoraan negatiivista palautetta. Joskus lääkärit myös mainitsevat perushoidollisista asioista, joista hoitajien mielestä ensimmäiseksi ei olisi tarpeen mainita.

Nii joskus kokee et ei sitä arvosteta sitä perushoidollista työtä.

Vuorovaikutus ja kommunikaatio koetaan potilaan hoitotyössä tärkeäksi. Negatiivinen palaute huomioidaan ja palaute vastaanotetaan. Negatiivisen palautteen antaminen erityisesti vanhemmalle kollegalle koetaan kuitenkin vaikeaksi, ja osin myös negatiivisen palautteen saaminen. Koetaan, että itsestä saatu palaute omista puutteistaan ei tunnu mukavalta. Kommunikaatiota potilaan kanssa hyödynnetään hoitokontakteissa, esimerkiksi siten, että keskustelun avulla pystytään tekemään myös toimenpiteitä.

Kyllähän sit yleensä jotakin pystyy tekemään kun vähän keskustelee..

Perushoidon toteuttamiseen liittyvissä haasteissa esille tulevat työn ennakoimattomuus, työn raskaus ja raakuus, tehtävänjako ja suunnitelmallisuus, potilaan yksityisyyden huomioiminen sekä eettisyys. Hoidon suunnitelmallisuus ja tehtävänjako liittyvät yhteen. Toivotaan hyvää tehtävänjakoa, jolloin hoitoa voisi suunnitella paremmin. Eri erikoisalojen lääkäreistäkään ei tiedetä, koska he tulevat paikalle. Tällöin perushoito voi kärsiä, kun lääkärit saattavat tulla paikalle kesken hoitotoimien. Ammattiryhmien keskinäisessä vuorovaikutuksessa onkin puutteita. Päivät ovat aina erilaisia, eikä koskaan pystytä ennakoimaan, millainen päivä tulee olemaan. Toimenpiteet saattavat keskeytyä, kun ilman ennakkovaroitusta paikalle tulee joku, joka haluaakin, että tehdään muita toimenpiteitä. Hoitajat kokevat, että ilta-aikaan potilaan yksityisyyden huomioiminen onnistuu paremmin, sillä päiväsaikaan osaston ovi käy tiheämmin. Uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden näkökulma siihen, että tehohoitajien työ on pelkästään laitteiden kanssa toimista, saattaa kariutua työt aloittaessa. Työ on raskasta ja “raakaa” eikä suinkaan sellaista, millaisen käsityksen television fiktiiviset ohjelmat antavat.

Lääkäri joka tulee eikä ymmärrä, että potilas on siinä pylly paljaana kakkapesut kesken. Pitäis hirveesti ruveta touhuamaan kaikkea. Se on aikamoinen haaste.

Semmosia vähän niinku eettisiäki tilanteita kokee siinä... Mutta että aattelee sit et nyt on henkikulta tärkeempi, että nyt täytyy pitää ne näpit irti.

Perushoidossa hoitajia motivoivia tekijöitä löytyy potilaasta sekä potilaan omaisista. Hoitajat kokevat motivoivina tekijöinä potilaan kokemuksen perushoidosta, omaisten palautteen, potilaan toipumisen sekä potilaan itsetunnon vahvistumisen. Erityisesti kiitoksen saaminen potilaalta tai omaiselta motivoi. Antoisaa on myös se, kun potilas kokee perushoidon jälkeen olonsa hyväksi tai omaiset huomaavat esimerkiksi potilaan puhtaat hiukset tai ajetun parran. Lisäksi potilaan toipuminen antaa voimia toteuttaa perushoitoa.

Tai omaisten kiitos niin se on semmonen mikä motivoi.

5.2 Tehohoitajien suhtautumiseen vaikuttavat tekijät tehohoitopotilaan perushoidossa

Hoitajat kokevat ammatillisella työkokemuksella olevan suuri merkitys heidän suhtautumisessaan tehohoitopotilaan perushoitoon. Kokeneemmat hoitajat eivät oleta, että vasta teho-osastolle töihin tullut hoitaja kykenee heti alussa tekemään sairaanhoidollisten tehtävien ohella yhtä paljoa perushoittoa kuin jo pidempään teho-osastolla työskennelleet hoitajat. Hoitajat kokevat, että kokonaisuuden hahmottamisessa menee aikaa useampi vuosi, jonka jälkeen hoitaja kykenee näkemään kaiken lävitse potilaan ihmisenä ja sen lisäksi perushoidon. Tehohoitajan uran alussa hänen koetaan hahmottavan vain yksittäisiä asioita, kuten hoidossa käytettävät laitteet, lääkehoidon tai lääkärin avustamisen toimenpiteissä.

Sä näät aluks ne kaikki koneet ja laitteet, lääkkeet ja lääkärin avustaminen. Ja sit se avautuu se maailma sieltä.

Eettisyyden koettiin aiheuttavan haasteita hoitotyössä. Potilaan tilanne voi olla niin kriittinen, ettei perushoittoa voi toteuttaa ja tämä olikin hoitajien mielestä vaikeaa.

Eettisiäkin tilanteita siinä kokee, mutta henkikulta tärkeämpi, että nyt näpit irti.

Hoitajien erilaisuus on teho-osastolla haaste, sillä työntekijöitä on paljon ja jokainen tekee työtä omalla tavallaan. Kaikki eivät koe perushoittoa yhtä tärkeäksi. Hoitajan vastuukysymykset koetaan tärkeiksi, sillä jos hoitaja ei kanna vastuuta omasta tekemisestään näkyy se kiireenä seuraavan vuoron työntekijälle.

Potilaan asemaan asettuminen ja empatia koetaan tärkeiksi tehohoitopotilaan perushoidossa. Hoitajat kokevat, että hoitajien tulisi pystyä asettumaan potilaan asemaan. Näin he pystyvät hahmottamaan miltä tuntuu, jos hänen asioistaan ei huolehdi. Potilaan asemaan asettuminen koetaan helpommaksi, jos potilaaksi kuvitellaan oma läheinen tai omainen. Empatia koetaan tärkeäksi suhtautumisessa tehohoitopotilaan perushoitoon. Hoitajat kokevat, että on tärkeää ajatella tilannetta omasta näkökulmasta, jotta voi ymmärtää, miksi potilas ei halua perushoittoa tehtävän tai

miksi he ovat siihen kyllästyneet. Pitkät tehohoitojaksot vaikuttavat paljon myös potilaan psyykkiseen hyvinvointiin ja tämän hoitajat kokevatkin haasteena perushoidossa. Potilaan kunnioittamisen haastateltavat kokevat niin tärkeäksi, että sen kuuluisi olla jokaisen hoitajan mielessä selkeänä hoitotyötä tehdessä.

Pitää jotenki pystyä asettuun sen potilaan asemaan siis siinä, että miltä tuntuu, jos ei kukaan nyt huolehdi tästä asiasta.

Tehohoitajat kokevat, että organisaatiosta lähtöisin olevat tekijät estävät perushoitoa tehdessä potilaan yksityisyyden hyvää toteutumista. Ihannetilanteessa hoitotilat olisivat tarpeeksi isoja ja niitä pystyttäisiin sermeillä tai verhoilla sulkemaan hoitotoimien ajaksi potilaan yksityisyyttä kunnioittaen. Hoitajat kokevat, että ahtaat tilat aiheuttavat haasteita omassa työergonomiassa. Hoidossa käytettävät laitteet ja välineet yhdistettynä ahtaaseen hoitoympäristöön voivat aiheuttaa hoitohenkilökunnalle vaaratilanteita. Riittävä henkilökuntamäärä ja sopivien hoitovälineiden saatavuus olisivat tärkeitä, jotta perushoitoa voitaisiin toteuttaa laadukkaasti. Hoitotyöhön sopiva ilmasto olisi ihannetilanteessa hoitajien kokemuksiin perustuen tärkeä, sillä usein hoitotiloissa on joko liian kylmä tai kuuma. Hoitajat korostivat, että hyvä ilmasto ja riittävä tila ovat perusedellytyksiä perushoidon laadukkaalle toteuttamiselle. Huonoja kokemuksia aiheuttavat myös hoito- ja apuvälineiden huono saatavuus.

No meillä on pienet tilat per potilas. Et ihan heti me ei saada lisää niinku tilaa et aina pitää kierrellä ja itte joutuu vääntyileen ja kääntyileen et mahtuu sinne mukaan ja välttyy kompastumisilta.

Kymmenen kertaa käyny laittaa oven kiinni, antaa olla auki.

Tehohoitopotilaan perushoitoon suhtautumiseen vaikuttaa hoitajien mukaan työyhteisöstä puuttuva perushoidon arvostus ja työntekijöiden kollegiaalisuus. Ammattiryhmien keskinäisessä vuorovaikutuksessa on puutteita. Tämä näkyy esimerkiksi niin, että on epäselvää, koska eri erikoisalojen lääkärit tulevat potilaan luokse. Työn yhteensovittaminen eri ammattiryhmien kanssa koetaan haastavaksi. Hoitajien välisessä kollegiaalisuudessa on myös osin puutteita. Apua ei kollegalta aina saada esimerkiksi potilaan kääntämiseen. Hoitajien asennoituminen avun saamiseen ja antamiseen koetaan osin negatiivisena. Tämä aiheuttaa sen, että aina apua ei uskalleta

toiselta hoitajalta pyytää. Toinen näkökulma on se, että työ on ryhmätyötä, johon kuuluu myös toisen auttaminen. Hoitajien perushoidon arvostaminen nähdään niin, että työyhteisöstä löytyy hoitajia, jotka eivät perushoitoa arvosta. Paljon on kuitenkin heitä, jotka sitä arvostavat. Lääkärien tunnustama perushoidon arvostus koetaan vähäisenä. Hoitajat kokevat, että lääkärit joskus mainitsevat asioista, joista hoitajien mielestä ei välttämättä tarvitsisi ensimmäiseksi mainita.

Kyllähän se just niinku yhteensovittaminen eri ammattiryhmien kanssa, niinku on lääkärin kierto, ja neurokirurgit tulee ku tulee.

Joskus tulee semmonen fiilis, että no, ehkä mun ei kannata ees kysyä et mä yritän tässä nyt selviytyä yksin sitten.

Haastattelussa tehohoitajat toivat ilmi, että perushoitoa tehdessä hoitajan tulee herkästi tehtyä liikaa puolesta. Tällä pyritään nopeuttamaan hoitajan omaa työtä. Usein kiire on todellista ja nopeammin tehty perushoito säästää aikaa muuhun tekemiseen, esimerkiksi lääkehoitoon ja lääkäreiden kanssa tehtyyn yhteistyöhön.

Erityisesti kriittisessä tilassa olevien potilaiden kohdalla tärkeimmäksi koetaan potilaan hengissä pitäminen, minkä vuoksi perushoito joudutaan jättämään vähemmälle. Työtehtäviä siis priorisoidaan potilaan voinnin mukaisesti. Haastattelussa tehohoitajat toivat kuitenkin ilmi, että perushoitoa toteutetaan potilaan siistimisen osalta siinä määrin, kuin hoito sitä vaatii. Esimerkiksi eritteet ja veri puhdistetaan, jos ne haittaavat hoitotoimia, kuten kanylointia.

Kuten perushoitoa toteuttaessa, myös työtehtävien priorisoinnissa vaikuttaa suuri henkilöstömäärä ja jokaisen tehohoitajan yksilöllinen ajattelutapa. Potilaan sen hetkinen vointi ja kiire koetaan hyvän perushoidon toteutumista estäviksi tekijöiksi huolimatta siitä, että hoitajalla itsellään olisi motivaatiota toteuttaa perushoitoa laadukkaasti ja potilaan parasta ajatellen.

Tehohoidossa olevan potilaan kohdalla perushoitoa voidaan toteuttaa kellon ympäri. Yöaikaan pyritään kuitenkin siihen, että potilas saa nukkua yhtäjaksoisesti ja perushoitoa toteutetaankin vain, jos se on välttämätöntä.

Tehohoitajat kokevat, että kiireen vuoksi on helpompaa, kun perushoitoa toteutetaan hoitajan kannalta nopeimmalla tavalla. Myös lääkäreiden kanssa kommunikointi tapahtuu usein kiireen keskellä, juurikin perushoitoa tehdessä ja tästä syystä hyvä perushoito jää toteutumatta.

Ja sitte muutenki voi olla kiire, siis oikeesti joku vaihe, että hyvä ku pidetään hengissä nii sitte huomaa että jää tää perushoito vähän sinne. No siinä on sitte priorisoitava, nii se on sitä, mikä on sitte tärkein siinä tilanteessa.

Monesti ei pysty tekeen sitä perushoitoa sillain ku haluais tehdä, että ihan olosuhteiden pakosta, että potilas voi huonosti taikka on joku kiire kun siinä kuitenkin on useempia potilaita siinä huoneessa.

Tehohoitajat kokevat potilaasta lähtöisin olevien tekijöiden vaikuttavan tehohoitopotilaan perushoidosta saataviin kokemuksiin sekä positiivisesti että negatiivisesti. Haastateltavat kertoivat, että potilasryhmä ja hoidon kesto vaikuttavat siihen, kuinka hoitajat perushoitoa toteuttavat. Erityisesti asentohoito koetaan vähemmän tarpeelliseksi, jos potilas kykenee itse liikkumaan sängyssä tai on tullut tehohoitoon elektiiivisesti.

Sekavat potilaat koetaan haastavina, sillä heidän kohdallaan perushoitoa on toteutettava sekavuudesta huolimatta. Toinen hoitajille haasteita aiheuttava potilasryhmä on kriittisesti sairaat potilaat, joiden kohdalla perushoito voi olla rajoitettua. Levottomat potilaat koetaan kaikista haastavampina, sillä he työllistävät hoitajia paljon.

Sekava potilasaineisto, teet kaiken hyvin eikä silti pysy asennossa, se koettelee.

Haastattelussa hoitajat korostivat potilaan voinnin vaikutusta perushoidon toteuttamiseen. Huonokuntoisten potilaiden perushoito koetaan haasteellisena, sillä he eivät itse kykene avustamaan hoitajaa ja tällöin hoito hankaloituu. Hyväkuntoisen potilaan kanssa työskentely koetaan helpommaksi.

Ja jos on semmonen potilas joka ei pysty ite niinkun auttaan nii siinä aina tarvii sitä kaveria tavallaan, että se on eri asia, jos on sillain hyväkuntoinen, että pystyy ite oleen mukana, niin homma hoituu paljon paremmin.

Potilaan omien tapojen huomiointi koetaan tärkeäksi, jotta tehohoidossa säilyy potilaan yksilöllisyys. Toisinaan hoitajat kokevat, että potilasta tulisi hoitaa kokonaisvaltaisemmin, kuin potilas on itse itseään hoitanut. Tämä lähtee yleensä omaisten vääristyneestä näkemyksestä läheisensä hyvinvoinnista ennen hänen tehohoitoon joutumistaan.

..pitäis niinkun vähän paremmin hoitaa vielä kun tota mitä me ollaan hoidettu sillä tavalla että näkee että ei kuitenkaan omaisetkaan ole häntä siellä kotona käyny häntä hoitamassa.

Potilaan itsemääräämisoikeus oli selkeänä haastateltavien mielessä puhuttaessa perushoidosta. Pitkään tehohoidossa olleet potilaat voivat kyllästyä jatkuvaan perushoittoon ja muuttua hoitovastaisiksi. Tällöin he eivät halua perushoittoa tehtävän. Hoitajat kokevat, että potilaan kanssa asiasta voi keskustella, mutta potilaan itsemääräämisoikeus on tärkeämpi, kuin hoitajan mielipide. Potilaan oma motivoituneisuus vaikuttaa tehohoitajiin positiivisesti.

Mun mielestä se on hänen itsemääräämis... et mä teen sen sitte vaan sen mikä on niinkö et asiat rullaa niinku eteenpäin.

Haastattelussa tehohoitajat toivat ilmi myös tekijöitä, jotka lisäävät heidän motivaatiotaan tehohoitopotilaan perushoittoa kohtaan. Potilaan kokemus hyvästä hoidosta on tärkeää. Myös potilaan kokema hyvä olo perushoidon jälkeen on motivoivaa. Potilaan sanoma kiitos sekä omaisten positiivinen palaute kannustavat tehohoitajia tekemään perushoittoa. Potilaan voinnin koetaan kohentuvan perushoidon myötä ja tästä hoitajat kokevat saavansa lisää motivaatiota toteuttaa perushoittoa.

Se ku potilas sanoo, että voi ku tuli ihana olo, nii se on...se on yleensä aika antosaa.

Tehohoitajat kokevat, että yksi tehohoitopotilaan perushoittoa estävistä tekijöistä on hoito- ja apuvälineiden riittämättömyys. Hoitajat kokevat, että hoito- ja apuvälineiden ollessa vähissä, perushoittoa ja kuntoutusta ei voida toteuttaa laadukkaalla työotteella.

Hoidossa käytettävien välineiden tulee olla oikein valittuja. Tehohoitopotilaalle tulee valita potilassänky tarkoituksenmukaisesti, jotta sen avulla pystytään toteuttamaan

perushoitoa potilaalle parhaalla mahdollisella tavalla. Hoitajat kokevat, että joskus potilaalle on valittu väärä sänky ja sen vuoksi perushoito on hankalaa.

Joskus on tosi hankalaa, jos oot vääränlaisessa sängyssä.

Tehohoitopotilaan perushoito sisältää paljon eri osa-alueita, jotka tehohoitajat kokevat tärkeiksi. Perushoidosta huolehtiminen on perusasia tehohoidossa huolimatta siitä, millaisia laitteita hoidossa käytetään.

Ihan sama onko sielä minkälaisia laitteita tai muuta tämmösiä että kyllä se perushoito täytyy sitte kuitenkin huolehtia, aina.

Ihohoito ja rasvaukset asentohoidon lisänä koetaan ensiarvoisen tärkeinä asioina perushoidossa. Erityisesti tehohoitopotilailla ihohoito korostuu, sillä varsinkin kriittisessä tilassa olevan potilaan verenkierto on heikentynyt. Tämä lisää riskiä painehaavaumille ja muille iho-ongelmille. Teho-osastolla näitä pyritään estämään asentohoidon ja ennaltaehkäisevän perushoidon avulla. Hoitajat korostivat, että tehohoitopotilaan riskitekijöitä tulee huomioida. Teho-osaston hienoista ja automaattisesti asentohoitoa tekevästä sängyistä huolimatta hoitajat kokevat, että asentohoitoa tulee toteuttaa välittämättä potilaan alla olevasta sängystä.

Ja monesti tai melkeen aina tehohoitopotilailla ainaki kriittisessä vaiheessa niin se verenkiertoki on heikentynyt, niin sehän lisää riskiä sit just painehaavaumille ja muille iho-ongelmille, että just niinku asentohoito ja tommonen hoito korostuu tällasilla potilailla varsinkin.

Sedatoidun potilaan asentohoito koetaan haastavana, sillä hän ei pysty itse liikkumaan. Kyseisellä potilaalla voi lisäksi olla liikkumisen rajoitteita tai murtumia, jotka estävät asentohoitoa. Myös erittäin kriittisen potilaan asentohoito voi olla rajoitettua, jolloin perushoitokin toteutuu heikosti.

Hoidon jatkuvuus on tehohoitajien mielestä tärkeää, jotta potilas saa parasta mahdollista hoitoa. Teho-osastolla perushoitoa toteutetaan joka vuorossa kiireisinäkin hetkinä, joten seuraavalle vuorolle on tärkeää kertoa, jos jotain on jäänyt tekemättä.

Tehohoitajat kokevat, että hyvin tehty perushoito vaikuttaa siihen, mitä omainen ajattelee läheisensä hoidosta. Hyvin tehty perushoito ja siisti potilas vaikuttavat omaisten mielestä siltä, että potilaasta huolehditaan ja häntä hoidetaan hyvin. Hoitajat eivät halua näyttää veren tai muiden eritteiden peitossa olevia potilaita heidän omaisilleen.

Mulle tulee ainaki sellanen olo, että ku läheisiä tulossa, hyvänen aika hän näyttää vielä tältä.

Kivun hoidon tehohoitajat kokevat tärkeäksi osaksi perushoitoa. Siitä tulee huolehtia, jotta perushoidollisia asioita pystytään toteuttamaan.

Tehohoitajat ovat sitä mieltä, että potilaan itsetunnon vahvistumisen myötä heitä pystyy osallistamaan enemmän omaan perushoitoonsa. Jo hiusten kampaaminen koetaan merkittäväksi tekijäksi vahvistettaessa potilaan itsetuntoa osana perushoitoa.

Ja sitte ku potilaalle antaa vaikka harjan tai kamman käteen et hän pystyykin jo itte vähän tekeen, sehän kannustaa häntä kovasti et eihän hän nyt niin huonokuntonen oookkaan, että aina vähän jostain niinku sais semmosta.

Perushoidossa hoitajat sanoivat tulevansa toisen omalle henkilökohtaiselle alueelle, joka on potilaalle mahdollisesti ahdistavaa. Erityisesti intiimialueelle tuleminen koetaan potilaan näkökulmasta katsottuna stressaavaksi. Kommunikointi ja keskustelun tärkeys hoidon toteuttamisessa nousivat haastattelussa esiin, sillä sen myötä potilaat usein antoivat tehdä perushoitoa. Tästä syystä hoitajat ovat sitä mieltä, että potilaan yksityisyyden huomioiminen perushoidossa on huomioitava ja niiden tulee olla hoitajalla automaattisesti toteutuvia asioita.

Yksin työskentelyn vaikeus koetaan haasteena perushoidossa. Hoitajat näkevät olosuhteista johtuvien tilanteiden vaikuttavan perushoitoon. Apua tarvitaan erityistilanteissa, joka näkyy siten, että esimerkiksi eristyshuoneeseen ei ole aina apua saatavilla. Hoitajilla on kokemus, että joidenkin kollegoiden asennoituminen on huonoa eikä heiltä tunnu luontevalta pyytää apua. Tällöin on helpompi selviytyä yksin. Hoitajat kokevat vääryytenä, että kaikki eivät ole yhtä motivoituneita perushoitoon. Negatiivisen palautteen antaminen ja vastaanottaminen koetaan vaikeana asiana, erityisesti kokeneempaa kollegaa kohtaan.

Työvuoron aikana eri tilanteiden ennakoimattomuudesta hoitajilla on huonoja kokemuksia. He kokevat, että he eivät saa keskittyä rauhassa perushoidon toteuttamiseen. Monen erikoisalan lääkärin ja muiden ammattiryhmien kanssa työskentely koetaan haasteena. Esimerkiksi lääkärin paikalle ilmestyminen potilaan perushoidon aikana koetaan häiritsevänä tekijänä.

*Ja kun ei pysty ennakoimaan välttämättä. Kaikki tulee, jos on monta eri erikois-
alaa potilaalla ni et se päiväsaika on sitä semmosta. Että se on kyllä haastavaa.*

Työvuoron alussa hoitaja ei tiedä, millainen päivä tulee olemaan, joten sitä voi olla haastavaa suunnitella ja toteuttaa. Tämän koetaan helpottuvan hyvällä tehtävänjaolla.

Isona haasteena ja ongelmana hoitajat kokevat potilaan yksityisyyden ja sen huomioimisen, mutta totesivat sen olevan helpompaa ilta-aikaan. Tällöin osastolla on rauhallisempaa. Myös olosuhteet vaikuttavat perushoidon toteuttamiseen.

*Ilta-aikaan se onnistuu paremmin, mut päiväsaikaan se on semmosta ku ramp-
paa kaikki. Et meil on niinku avoimet ovet tyyliin.*

Hoitajista riippumattomista asioista haasteena koetaan hoito- ja apuvälineiden huono riittävyys. Hoitajien ajatus ihannetilanteesta on, että sopivia siteitä ja hoitovälineitä olisi aina saatavilla.

Ergonomia nähdään myös perushoidon haasteena. Hyvää ergonomiaa ei aina olosuhteista, kuten useista laitteista johtuen, pystytä toteuttamaan.

Työntekijän henkilökohtaisen hoitotyön arvostaminen vaikuttaa hoitajien suhtautumiseen tehohoitopotilaan perushoittoon. Perushoidon tärkeys pyritään tuomaan esille myös hoitajien keskuudessa muistuttamalla asiasta toisia, joskin sanoja varoen. Kollegiaalisuus ja erityisesti ryhmätyön merkitys koetaan korostuvan hoitotyössä. Näiden myötä hoitajat kokevat, että heidän henkilökohtaista hoitotyötään arvostetaan. Erityisesti kokeneempia kollegoita arvostetaan eikä heille uskalleta antaa negatiivista palautetta yhtä herkästi kuin nuoremmille kollegoille. Ryhmätyön merkitys korostuu tilanteissa, joissa hoitaja tarvitsee muiden apua. Huonon motivaation johdosta osa kieltäytyy antamasta apua ja

tässä tilanteessa hoitajat kokevat olevansa valmiita huomauttamaan asiasta. Avun saaminen koetaan helpommaksi, jos kyseessä on kookas potilas.

Hoitajat kokevat perushoitoa arvostettavan. Toisaalta on niitäkin hoitajia, jotka sitä eivät arvosta ja toteuta yhtä hyvin kuin muut. Hoitajat kokevat arvostavansa edellisen vuoron hoitajan tekemää hyvää perushoitoa ja siitä tulevaa tunnetta, että on mukavaa tulla töihin, kun potilas näyttää siistiltä. Hoitajat myös arvostavat omaa työtänsä ja ajattelevat, että perushoidossa voidaan olla hyviä.

On paljon niitä, jotka tekee tosi hyvin, mutta sit on niitä jotka ei välttämättä arvosta sitä perushoitoa yhtään.

Aika monesti mun mielestä organisoitu aika hyvin, kun kysyy jos vaan on käytävissä väkee sit ku on joku vaikka suuri, ylisuuri tai oikeen suuri ihminen tai hankala et tarvii kaiken maailman tuet, viis henkee suurinpiirtein. Et silloin tuntuu et silloin saa muuten saa paremmin sitä porukkaa jotenki.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla teho-osaston hoitajien kokemuksia tehohoitopotilaan perushoidosta. Tutkimuksessa etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin, jotka koostuivat kysymyksistä “Millaisia kokemuksia tehohoitajilla on tehohoitopotilaiden perushoidosta?” ja “Mitkä tekijät vaikuttavat tehohoitajien suhtautumiseen tehohoitopotilaan perushoidossa?”. Tuloksia tarkastellaan tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä.

Mäihäniemen ja Sarvijärven (2014) opinnäytetyön tuloksiin verrattuna tämän opinnäytetyön tulokset olivat samankaltaisia siltä osin, mitä hoitajat kokivat tärkeänä perushoidossa. Tämän opinnäytetyön haastattelussa hoitajat korostivat perushoidon olevan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kokonaisuus. He kokivat perushoidon toteutuvan pääasiassa hyvin, kun saatavilla oli riittävästi hoitovälineitä ja ammattitaitoisia hoitajia. Työntekijöiden toimintatapojen erilaisuus koettiin haasteena sekä tässä että Mäihäniemen ja Sarvijärven opinnäytetyön tuloksissa. (Mäihäniemi & Sarajärvi 2014.)

Pitkäsen (2000, 2) teoksessa kerrotaan, että ilon aiheita potilaille olivat omaisten ja läheisten vierailut. Opinnäytetyön tuloksissa tämä nousi selkeästi esille, sillä hoitajat kokivat sen osaksi potilaan perushoitoa. Omaisia pyritään huomioimaan myös potilaan ulkoisissa seikoissa. Halutaan, että potilas näyttää siistiltä omaisten tullessa vierailemaan.

Blomster ym (2001, 75–76) kertovat teoksessaan, että yleiset eettiset periaatteet voidaan tehohoidossa luokitella yhdeksään eri luokkaan. Niistä ensimmäinen on elämän säilyttäminen. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että hoitajat kokivat eettisesti haastavina tilanteen, jossa potilaan kriittisen voinnin vuoksi perushoito oli unohdettava potilaan hengissä pitämisen vuoksi. Työtehtävien priorisointi korostui tutkimustuloksissa. Priorisoinnin vuoksi perushoitoa ei pystytty suorittamaan aina, kun sitä olisi asianmukaista suorittaa.

Ennaltaehkäisevää perushoitoa sekä potilaan asentohoidon tärkeyttä painotettiin. Näiden toteutumatta jääminen aiheuttaa potilaalle komplikaatioita. Kivun hoito koettiin myös

tärkeänä osana perushoitoa. Tuloksissa ilmeni, että hoitajat tekevät välillä potilaan puolesta asioita töidensä nopeuttamiseksi ja kiireen hallitsemiseksi. Hoitajat kuitenkin tiedostivat asian haitallisuuden potilaan toimintakyvyn parantumisen kannalta.

Tuloksissa hoitajat kokivat, että potilasryhmä, potilaan vointi sekä potilaan hoitovastaisuus aiheuttivat haasteita perushoidon toteuttamiseen. Blomsterin ym. (2001, 78) mukaan sairaus ei vähennä potilaan itsemääräämisoikeutta eli riippumattomuutta. Tutkimuksen tuloksissa tehohoitajat olivat huomioineet myös tämän, ja he kunnioittavatkin potilaan itsemääräämisoikeutta. Potilaan itsemääräämisoikeus aiheuttaa muutoksia perushoidon toteuttamiseen. Hoitoympäristö vaikutti myös negatiivisesti esimerkiksi tilojen ahtauden ja resurssien puutteen takia. Hoito- ja apuvälineitä hoitajat toivoivat lisää, jotta potilaiden hoidossa voidaan käyttää tarpeenmukaisia välineitä ja niitä on kaikille saatavilla.

Tärkein terveydenhuollon voimavara ja laadukkaan hoidon tae on riittävä, ammattitaitoinen sekä motivoitunut henkilökunta (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2007, 4). Tutkimuksessa selvisi, että henkilökuntaa toivottiin osastolle enemmän. Näin aikaa jäisi myös perushoidolle esimerkiksi kiireen vuoksi. Tuloksista ilmeni myös, että hoitajat vaikuttavat paljon itse perushoidon toteuttamiseen. Hoitajien oma motivoituneisuus, erilaisuus, välinpitämättömyys sekä heidän sisäistämä empatia oli tuloksissa heidän kokemusten mukaan suuressa roolissa perushoidon toteuttamisessa. Kollegiaalisuutta toivottiin enemmän avun saamisen kannalta.

Kvistin ja Vehviläinen-Julkusen (2007, 4) mukaan vastavalmistunut sairaanhoitaja tarvitsee työkokemusta 1,5-2 vuotta saavuttaakseen pätevän sairaanhoitajan roolin. Ensimmäisenä vuotenaan sairaanhoitaja opettelee perustaitoja. Tällöin sairaanhoitaja soveltaa koulutuksen tuottaman osaamisen, työhön perehdyttämisen ja työssä osaamisen yhteen. (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2007, 4.) Tämä näkyi myös tutkimuksen tuloksissa. Hoitajat painottivat työkokemuksen merkitystä, sillä he eivät odota perushoidon saralla vasta tulleelta tai -valmistuneelta niin paljon kuin muilta.

Pitkäsen (2000, 1) mainitsema inhimillisyyden säilyttäminen kriittisessä tilanteessa nousi esille myös tämän opinnäytetyön tuloksissa. Hoitajat kokivat, että ihminen tulisi nähdä kaikkien hoitotoimien ja laitteiden takaa, mutta samalla hahmottamisen koettiin vievän aikaa ja tulevan esille vasta työkokemuksen myötä.

Tuloksista ilmeni, että hoitajat osaavat arvostaa toistensa tekemää perushoitoa. Varsinkin hyvin toteutettu perushoito edellisen vuoron hoitajan suorittamana toi tyytyväisyyttä työvuoroon. Hoitajat toisaalta myös kokivat, että eri ryhmien taholta hoitajien toteuttamaa perushoitoa arvostetaan osin puutteellisesti ja tämä aiheuttaa negatiivisia tunteita työympäristössä.

Tulosten mukaan hoitajat kokivat töiden ennakoimattomuuden suurimpana haasteena perushoidon toteuttamisessa. Työpäiviä ei voi suunnitella, joka aiheuttaa haasteita työn toteuttamiselle. Toisaalta he kuitenkin totesivat, että perushoidon toteuttaminen ei ole kelloon katsottavissa, vaan sitä voidaan toteuttaa kellon ympäri.

Kommunikaatio ja vuorovaikutus olivat tutkimuksen mukaan perushoitoa toteuttaessa tärkeää. Sen avulla pystytään esimerkiksi suorittamaan perushoitoa potilaan kanssa yhteisymmärryksessä. Myös hoitajat tarvitsevat eri ammattiryhmien kanssa vuorovaikutustaitoja.

Tuloksista ilmeni, että perushoito on laaja-alainen kokonaisuus, johon sisältyy useita osaluokkia. Kaiken kaikkiaan hoitajat kokivat, että perushoito toteutuu osastolla hyvin riippumatta siitä, että hoitajilla on omat työtavat sekä erilainen näkemys perushoidosta. Heidän mukaansa esimerkiksi painehaavoja ei juuri osastolla pääse syntymään, vaikka osastolla paljon kriittisesti sairaita potilaita onkin. Haastattelussa he totesivat, että perushoito on hyvin laaja-alaista ja kaiken perusta. Sen tärkeyttä painotettiin. Perushoidon arvostusta he kuitenkin kaipasivat muilta tahoilta enemmän.

Työkokemuksen merkitys, hoitajien erilaisuus sekä hoitajien kokema empatia korostui tehohoitajien suhtautumisessa tehohoitopotilaan perushoitoon. Hoitajien asennoitumisessa koettiin olevan osin ongelmia, vaikka suurimmalla osalla hoitajista asenne onkin kohdillaan.

Kollegiaalisuutta painotettiin. Toivottiin, että hoitajat itse tarjoutuisivat antamaan apunsa, sillä työ on raskasta ja se nähdään ryhmätyönä. Toisaalta tiedostettiin, että apua saisi itse enemmänkin pyytää, eikä yrittää selviytyä kaikesta yksin. Hoitajat kokivat, että heidän toteuttama perushoito saa vähäistä arvostusta muilta ammattiryhmiltä. Tämä vaikutti heikentävästi heidän suhtautumiseensa perushoitoon.

Tilojen käytännöllisyydellä, hoito- ja apuvälineiden riittävyydellä sekä riittävällä henkilökunnan määrällä oli merkittävä rooli hoitajien suhtautumisessa perushoitoon. Ahtaat tilat vaikuttavat siihen, että perushoitoa on hankala toteuttaa. Omaa turvallisuuttaan täytyy miettiä toimenpiteitä suorittaessa, sillä esimerkiksi johdot aiheuttavat kompastumisriskejä. Ahtaat tilat vaikuttavat myös ergonomiaan.

Tutkimuksen mukaan kiireen vaikutusta perushoidossa ei voida vähätellä. Kiire vaikutti myös siihen, että työtehtäviä täytyy priorisoida. Työtehtävien priorisointi nousikin vahvasti esille monen tekijän summana.

Tutkimuksessa korostui myös potilasryhmän ja potilaan voinnin vaikutus perushoitoon. Haastavimpana ryhmänä pidettiin sekavia potilaita, jotka työllistävät hoitajia paljon. Potilaan hoitovastaisuutta pidettiin myös hankaloittavana tekijänä perushoitoon suhtautumisessa. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan, joten sekin toimii perushoidossa rajoittavana tekijänä.

Äkillinen ja odottamaton tilanne näkyy omaisissa järkytyksenä, pelkona ja ahdistuksena. Omaisat toivovat tehohoitajilta potilaan voinnista rehellistä, asiallista, johdonmukaista sekä ymmärrettävää tietoa. (Koponen, Mattila & Häggman-Laitila 2008, 4.) Omaisat haluavat informaatiota myös potilaan lämpötasapainoon, verenpaineeseen, orientaatioon ja päivittäiseen hoitoon kuuluviin asioihin, kuten asento- ja hygienian hoitoon liittyen (Blomster ym. 2001, 60). He toivovat potilaan hoitoon osallistumisen mahdollisuutta teho-osastolla (Koponen ym. 2008, 4). Omaisat voivat olla mukana potilaan hoidossa esimerkiksi syöttämällä tai kuntouttamalla potilasta hänen tilansa stabilisoituessa (Blomster ym. 2001, 61). Tästä tutkimuksesta ei tullut ilmi, kuinka tehohoitajat huomioivat nämä asiat hoitotyössään. Omaisat nähtiin kuitenkin osana perushoitoa. Tutkimuksesta ilmeni, että omaisia ja heidän tunteitaan pyritään huomioimaan. Heidän asemaansa pyritään asettumaan, jolloin perushoitokin pystytään näkemään eri näkökulmasta. Omaisille halutaan antaa myös tunne siitä, että potilasta perushoidetaan hyvin.

Tutkimuksen tuloksissa painottui erityisesti asentohoidon tärkeys sekä ennaltaehkäisevä perushoito. Perushoidon suhtautumiseen vaikutti tieto siitä, että perushoidolla voidaan ehkäistä komplikaatioita. Asentohoidon tärkeys tiedostetaan ja siihen panostetaan. Toisaalta oli nähty myös tilanteita, joissa potilasta ei asentohoidettu itse, koska sänky oli

rotaatiolla. Todettiin, että sängyn rotaatio ei poista tosiasiaa, että hoitajan toteuttamalla asentohoidolla pystytään tekemään havaintoja potilaan tilasta sekä sänkyyn kuulumattomista esineistä. Potilaan yksityisyyden huomioiminen koettiin haastavana asiana. Yksityisyyden huomioimisen tärkeys tiedostettiin, mutta teho-osaston luonteesta johtuen koettiin hankalana toteuttaa.

Tutkimuksesta ilmeni, että perushoitoa on hankala toteuttaa työn ennakoimattomuuden vuoksi. Tämä vaikutti myös perushoitoon suhtautumiseen. Vaikka tehohoitotyön luonne onkin se, että muuttuvia tilanteita syntyy, toivottiin vuoron alussa jonkinlaista ennakointia esimerkiksi tulevista hoitotoimenpiteistä. Hyvä tehtävänjako ja jonkinlainen suunnitelma helpottaisi hoitajien työskentelyä. Tällöin esimerkiksi potilaan kivun hoitoa voidaan ajoittaa paremmin perushoidon aikaan.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2016) mukaan keskeisiä lähtökohtia hyvään tieteelliseen käytäntöön on useampia. Tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen noudattaminen, eli rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallettaminen ja esittäminen sekä tutkimusten ja niiden tulosten arviointi ovat hyviä esimerkkejä oikein tehdystä laadullisesta tutkimuksesta. Lisäksi myös tutkimuslupien hankinta ja eri osapuolten vastuista ja velvollisuuksista sopiminen lisää luotettavuutta ja tutkimuksen eettisyyttä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2016.) Opinnäytetyötä tehtiin rehellisesti ja hyviä käytäntöjä noudattaen. Haastattelun aikana tehtiin tuloksiin vaikuttavia havaintoja. Litterointi suoritettiin kummankin opinnäytetyön tekijän toimesta kahteen otteeseen. Näin varmistettiin, että kaikki puhe tuli varmasti kirjoitettuun muotoon. Sisällön analyysiä tehtiin tarkasti asioita pohtien, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Opinnäytetyön lopussa liitteenä taulukko sisällön analyysistä (liitteet 4 & 5).

Tuomen ja Sarajärven (2009, 140) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole yksiselitteisiä ohjeita. Usein kuitenkin laadullista tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu. Tutkimuksen tiedonantajien valinta on suuressa roolissa tutkimuksen luotettavuudessa. (Tuomi &

Sarajärvi 2009, 140.) Tässä opinnäytetyössä haastatellut ovat vapaaehtoisesti suostuneet osallistumaan opinnäytetyön haastatteluun.

Tutkimussuunnitelma on tutkimusprosessin pohja, joten se tulee olla huolellisesti toteutettu. Tutkimussuunnitelma luo tutkijalle tavoitteellisuutta työskentelyyn tutkimuksen kokonaisuuden hahmottamisen kautta. Tutkimuslupa haetaan tutkimussuunnitelman pohjalta. Tutkimussuunnitelman tulee olla informatiivinen ja mukana voi olla liitteitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 85, 87.) Opinnäytetyön tekijät hakivat tutkimussuunnitelman pohjalta luvan tutkimukselle Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Haastatteluun hoitajat osallistuivat vapaaehtoisesti ja he allekirjoittivat tietoisesti suostumuksen lomakkeet (liite 2) ennen haastattelua. Haastatteluun osallistujat saivat opinnäytetyöstä ja haastattelusta informaatiota sekä kirjallisesti, että suullisesti hyvissä ajoin ennen haastattelua. Sama informaatio annettiin myös haastattelutilanteen alussa. Haastattelu eteni omalla painollaan eivätkä opinnäytetyön tekijät ohjanneet tilannetta. Keskustelu oli aktiivista ja kaikki osallistuivat siihen.

Opinnäytetyöstä ei voida identifioida haastatteluihin osallistuneita henkilöitä. Haastattelu toteutettiin äänitallennuksena, eikä videokuvaa käytetty. Henkilöt pysyivät nimettöinä eikä heidän yksityisiä tietojaan, kuten ikää tai työkokemusvuosien määrää teho-osastolla julkaista. Lisäksi opinnäytetyön tutkimustulokset esitettiin yksikön osastotunnilla marraskuussa 2017.

Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä sekä lisäksi kansainvälisiä lähteitä luotettavuutta lisäämään. Tuoreiden lähteiden vähyyden vuoksi opinnäytetyön tekijät joutuivat käyttämään myös yli kymmenen vuotta vanhoja teoksia. Opinnäytetyössä käytettiin kattavasti lähdemateriaalia muun muassa internetistä, Pro gradu-tutkielmista, oppikirjoista, alan julkaisuista ja artikkeleista sekä kansainvälisistä tietokannoista.

Tietosuojan noudattamista koskevat kysymykset nousevat myös suureen rooliin luotettavuutta arvioitaessa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2016). Opinnäytetyön tietoja sisältäviä dokumentteja, kuten tietoisesti suostumuksen lomakkeita sekä litterointeja säilytettiin huolellisesti ja niitä käytiin läpi yksityisyys huomioiden. Myös aineisto eli nauhoite sekä litteroitu materiaali hävitettiin opinnäytetyön valmistuessa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida neljän kriteerin avulla. Näitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, refleksiivisyys ja vahvistettavuus. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 613.)

Uskottavuus korostuu tutkimuksessa sekä sen tuloksissa (Kylmä ym. 2003, 613). Uskottavuuden edellytys on siinä, että analyysin teko ja tutkimuksen vahvuudet sekä rajoitukset tulevat lukijalle selkeiksi. Myös luokitusten tai kategorioiden kattavuus liittyy uskottavuuteen. Esimerkiksi keskustelut tutkimukseen osallistuvien ja tutkijakollegoiden kanssa sekä tutkijan ollessa riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa, lisäävät tutkimuksen uskottavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Tässä opinnäytetyössä uskottavuutta lisäävät runsas tulosten määrä sekä tulosten esittämisen yhteydessä käytetyt sitaatit. Luokittelut ovat kattavia ja ne on esitetty opinnäytetyön lopussa (liite 4). Ennakkoluuloja välttääkseen opinnäytetyön tekijät lähestyivät työtä ilman ennakko-oletuksia.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, kuinka tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä toisiin tutkimusympäristöihin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Esimerkiksi osallistujista sekä heidän elämäntilanteestaan tulee olla riittävä kuvaus, jolloin tulosten siirrettävyyttä voidaan arvioida. Myös aineistojen keruu sekä analyysi tulee kuvata yksityiskohtaisesti tulosten siirrettävyyden arvioimiseksi. (Kylmä ym. 2003, 613; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Haastateltavien identiteetin suojaamiseksi heistä ei ole kerrottu tunnistettavia tietoja. Tästä johtuen opinnäytetyön siirrettävyys on heikkoa.

Refleksiivisyys arviointikriteerinä tarkoittaa sitä, että tutkija ymmärtää omat lähtökohdansa tutkijana ja ilmoittaa tämän myös raportissaan. Tutkija esittää myös arvionsa roolistaan vaikuttaa niin aineistoon kuin tutkimusprosessiinkin. (Kylmä ym. 2003, 613.) Opinnäytetyön tekijät eivät ole aiemmin tehneet AMK-tasoista opinnäytetyötä, joten he tiedostivat kokemattomuutensa laadullisen tutkimuksen tekijöinä. Opinnäytetyön tekijät kokivat haastattelumuodon itselleen sopiviksi. Ihmisten kanssa vuorovaikutuksessa oleminen on luontevaa opinnäytetyön tekijöille. He kokivat tämän myönteisenä tekijänä haastattelussa, sillä opinnäytetyön tekijät kokivat sen

edistävän haastateltujen luottamusta heihin. Tulosten peilaaminen aikaisempiin tuloksiin oli haasteellista niiden vähäisen määrän vuoksi.

Vahvistettavuus on prosessikriteeri. Toisella tutkijalla on mahdollisuus seurata prosessin kulkua tarkan kirjaamisen kautta. Tutkijan päätelmät kuvataan esimerkiksi analyysin perustana olevan aineiston avulla. Toinen tutkija ei kuitenkaan välttämättä päädy samaan tulokseen aineiston perusteella, jonka vuoksi tämä voi olla ongelmallista. Erilaiset tulkinnat lisäävät ymmärrystä tutkimuskohteesta, joten kyseessä ei välttämättä ole tutkimuksen epäluotettavuus. Laadullisessa tutkimuksessa sallitaan monia todellisuuksia. (Kylmä ym. 2003, 613) Tässä opinnäytetyössä vahvistettavuus on huomioitu siten, että sisällönanalyysiä ja haastatteluun liittyviä asioita on kuvattu tarkasti.

Vilkan (2015, 150) mukaan tutkimusaineiston määrä ei ratkaise laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston kokoa. Sen sijaan ratkaisevana tekijänä on tutkimusaineiston laatu. Sisällönanalyysin perusteellinen työstäminen voidaan tehdä pienelläkin tutkimusaineistolla, kunhan päästään tavoitteeseen. Tavoitteena voi olla esimerkiksi se, että vanhoja ajatusmalleja kyseenalaistetaan ja ilmiö selitetään selkeäksi. Tämä taas johtaa siihen, että mahdollistetaan toisin ajattelu. Tutkimusaineiston tulisikin toimia vain apuvälineenä ilmiön ymmärtämisen ja teoreettisesti mielekkään tulkinnan laatimisen suhteen. Keskeisiä asioita laadullisessa tutkimuksessa ovatkin kokemukset, tapahtumat sekä yksittäiset tapaukset. Tilastollinen yleistettävyyys ei ole laadullisen tutkimuksen tavoite. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110; Vilka 2015, 150.) Opinnäytetyön tekijät tiedostivat haastatteluryhmän pienuuden, mutta aineisto oli laadukasta. Haastattelussa keskustelu oli rikasta, ja opinnäytetyön tekijät esittivät tarkentavia kysymyksiä. Näin pystyttiin takaamaan luotettava haastattelun sisältö.

6.3 Kehittämisehdotukset

Perushoito koetaan tärkeäksi, joten tutkimusaiheena se on hyödyllinen. Tutkimukseen osallistui vain pieni joukko teho-osastolla työskenteleviä hoitajia. Laadulliseen tutkimukseen osallistuvan joukon määrällä ei ole merkitystä, vaan aineiston laatu on ratkaiseva (Vilka 2015, 150). Ilmiötä olisi kuitenkin hyvä tutkia suuremmallakin otannalla. Hyödyllinen tutkimusmuoto olisi myös havainnointi, sillä tällöin voisi saada eri

perspektiiviä perushoidon toteuttamisesta. Jokainen hoitaja voisi myös reflektoida omaa toimintaansa perushoidon osalta. Tämä voisi tuoda uusia näkökulmia hoitajan omaan toimintaan sekä perushoidon arvostukseen.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää yksikkökohtaisesti perushoidon suunnittelemisessa, toteuttamisessa ja kehittämisessä. Pääimmäisenä kehityskohteena voisi olla erityisesti hoito- ja apuvälineiden saatavuus ja hankinta, työn suunnitelmallisuus, tilojen suunnittelu, potilaan yksityisyyden huomioimisen helpottaminen, ergonomian huomioiminen sekä perushoidon puheeksi ottaminen. Erityisesti vastavalmistuneet sekä uudet teho-osastolla työskentelevät voisivat hyötyä perushoitoa käsittelevästä koulutuksesta. Koulutuksessa voisi läpikäydä erityisesti perushoidon toteuttamista erilaisista koneista ja hoitovälineistä huolimatta. Hoitajat kokivat, että henkilökuntaa ei ole osastolla riittävästi, joka vaikuttaa niin perushoidon toteuttamiseen kuin siihen suhtautumiseenkin. Henkilökuntaresursseihin voisikin kiinnittää tulevaisuudessa enemmän huomiota.

Mielenkiintoinen tutkimus olisi myös potilaiden sekä omaisten kokemukset perushoidosta niin teho-osastolla kuin muissakin yksiköissä. Voitaisiin esimerkiksi selvittää, kuinka he ovat perushoidon kokeneet, mikä on vaikuttanut heidän kokemuksiinsa ja millaista hyvä perushoito heidän mielestään on? Voitaisiin myös selvittää, kuinka omaisia osallistetaan läheisensä perushoitoon teho-osastolla. Näin saataisiin potilaiden ja omaisten näkökulmia aiheesta. Yleensä tutkitaan hoitoa ja sen laatua yksikössä kokonaisuudessaan, mutta osa-alueena voitaisiin tutkia nimenomaan perushoitoa. Perushoito yleensäkin olisi tutkimusilmionä mielenkiintoinen, joten siihen voisikin tulevaisuudessa mahdollisesti panostaa.

Hyvä selvittämisen kohde olisi myös hoitajien kokemukset omasta perushoidon osaamisestaan. Kokevatko hoitajat, että he tarvitsevat lisäkoulutusta perushoidosta? Tätä olisi mahdollisesti hyödyllistä selvittää myös hoitoalan koulutuksen loppuvaiheessa. Mitkä ovat valmistuvien hoitajien perushoitamisen taidot? Erityisesti, mikäli koulutukseen kuuluu teho- ja valvontahoitotyön opintoja, voitaisiin siihen sisällyttää erikseen teho- ja valvontahoitopotilaan perushoitoa tai perushoidon kertausta.

LÄHTEET

Adam, S. & Osborne, S. 2006. 2. painos. Critical care nursing - science and practice. United States: Oxford University Press Inc.

Babatsikou, F., Gerogianni, G., Kotrotsiu, E., Malliarou, M. & Zyga, S. 2014. Family perceptions of intensive care unit nurses' roles: a Greek perspective. Health Psychology Research 2014; volume 2:994.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768562/>

Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castren, M., Säämänen, J. & Varjus, S-L. 2001. Tehohoitotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Helkama, K., Myllyniemi, R., Liebkind, K., Ruusuvuori, J., Lönnqvist, J-A., Hankonen, N., Mähönen, T., Jasinskaja-Lahti, I. & Lipponen, J. 2015. Johdatus sosiaalipsykologiaan. 10. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S. (toim.), Huttunen, K., Kari, J., Kuusinen, J. & Vaherva, T. 1992. Kasvatustieteen käsitteistö. 1.-3. painos. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2013. Hoida ja kirjaa. 7.-8. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Järvelä, T. 2015. Sairaanhoidaja, lähihoitaja, ensihoitaja - Tehy-sanastoa tekemässä. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kalliomäki J., Karlsson S., Karhe, L. & Hoppu, S. (toim.) 2012. TAYS:n erityisvastuualueen teho-osastot esittäytyvät. Ensimmäisenä esittäytyy TAYS. Teoksessa Tehohoito 30(2)/2012, 166-168.

Kangas, R-B. 2010. Potilaan perushoito, mobilisointi ja kuntoutus. Teoksessa Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrén- Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. Ritmala- Castrén, M. Teho- ja valvontahoitotyön opas. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 436-448.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kauppi, I., Kähtävä, S., Lipasti, K., Niemi, T., Tamminen, E. & Vaaramo, P. 2010. Hoitoa ja huolenpitoa ammattitaidolla. 1.painos. Helsinki: Edita Prima.

Kokko, A. 2013. Tehohoitajan erityispätevyyskoulutus: missä mennään? Tehohoito 31(2)/2013, 146-147.

Koponen, L., Mattila, L-R. & Häggman-Laitila, A. 2008. Perheenjäsenen tehohoito omaisen näkökulmasta - katsaus hoitotieteelliseen tutkimustietoon. Hoitotiede 20(1/-08), 3-13.

Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R. & Suutarla, A. 2016. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat - laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Luettu 2.6.2017.

<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>

Kvist, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2007. Vastavalmistuneiden sairaanhoitajien osaaminen erikoissairaanhoidossa hoitotyön johtajien arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö*. 5(3)/2007, 4-9.

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi. *Duodecim*. Luettu 10.9.2017.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>

Källman, U & Suserud, B. 2009. Knowledge and attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment - a survey in a Swedish healthcare setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23 (2), 334-341.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Markkanen, K. 2009. Lähihoitaja- sosiaali ja terveydenhuollon ammattilainen. Tehyläisten lähihoitajien käsityksiä koulutuksesta ja työelämästä. *Tehyn julkaisusarja B* 1/2009. Luettu 19.10.2017
https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2009/2009_b_1_lahihoitaja_sote_ammattilainen_id_22.pdf

Moore, Z. & Price, P. 2004. Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. *Journal of Clinical Nursing* November; 13 (8), 942-51.

Mäihäniemi, T. & Sarvijärvi H-M. 2014. Perushoidon toteutuminen valvontaosastolla. *Hoitotyön koulutusohjelma*. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Niemi-Murola, L., Metsävainio, K., Saari, T., Vakkala, M. & Vahtera, A. 2016. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. *Kustannus Oy Duodecim*. Luettu 2.6.2017. Vaatii käyttöoikeuden.
<http://www.oppiportti.fi/op/atd00161/do>

Opetushallitus. 2014. Ammatillisen perustutkinnon perusteet. Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto, lähihoitaja. Luettu 8.6.2017.
http://www.oph.fi/download/162460_sosiaali_ja_terveysalan_pt_01082015.pdf

Peltonen, P. & Suominen, T. 2008. Sairaanhoitaja tehohoitopotilaan edustajana. *Tutkiva Hoitotyö* 6(2)/2008, 10-16.

Petrow, B. 2010. Tehohoitopotilaan mobilisaation ja kuntoutumisen yleisperiaatteet. Teoksessa Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrén- Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. Ritmala- Castrén, M. Teho- ja valvontahoitotyön opas. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 448-450.

Pitkänen, M-R. 2000. Potilaan hoitoisuuden mittaaminen tehohoidossa. Pro gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveydenhuollon hallinto/terveystaloustiede. Terveystalouden ja -talouden laitos.

PSHP. 2016. Strategia. Luettu 2.2.2017.
http://www.pshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Toiminta_ja_talous/Strategia

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2014. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ritmala-Castren, M., Lundgren-Laine, H. & Murtola, L-M. 2014. Aikuispotilaiden tehohoitopalvelut Suomessa vuonna 2012. *Tehohoito* 32(1)/2014, 18-23.

Ruokonen, E. 2014. Tehohoidon järjestely. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 14-16

Sairaanhoitajaliitto. 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Luettu 15.6.2017.
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Suomen kielitoimisto. Kielitoimiston sanakirja. Luettu 5.2.2017.
<http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80>

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super. Lähihoitajan koulutus. Luettu 11.6.2017.
<https://www.superliitto.fi/tyoelamassa/kouluttaudu-lahihoitajaksi/>

Suomen Tehohoitoyhdistys. 1997. Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. Luettu 20.12.2016.
<http://www.sthy.fi/system/files/sivut/eettiset.pdf>

TAMK, Tampereen ammattikorkeakoulu. 2016. Sairaanhoitaja-päivä. Luettu 5.2.2017.
<http://www.tamk.fi/sairaanhoitaja-paiva>

Tampereen yliopisto, avoimen yliopiston verkko-opinnot. 2002. Sosiaalipsykologian peruskurssi. Luettu 8.5.2017.
<https://www.uta.fi/avoinyliopisto/arkisto/sosiaalipsykologia/kognitiivisuus.html#Asenne>

TAYS. Teho-osasto. 2016. PSHP. Luettu 2.2.2017.
http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Tehoosasto

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 2.2.2017.
<http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

U.S. National Library of Medicine. 2017. Attitude of Health Personnel. Luettu 31.8.2017.
<https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D001291>

Vahtera, A. 2016. Tehohoidon toteutus ja vaikuttavuus. Teoksessa Niemi-Murola, L., Metsävainio, K., Saari, T., Vakkala, M. & Vahtera, A. *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. Kustannus Oy Duodecim. Vaatii käyttöoikeuden. Luettu 2.6.2017.
<http://www.oppiportti.fi/op/atd00161/do>

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Ylipalosaari, P., Ala-Kokko, T. & Syrjäla, H. 2011. Infektioiden torjunta teho-osastolla. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 127(14)/2011, 1449-1456. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 27.5.2017.
<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/14/duo99677>

Yrittäjyyskasvatus. 2012. Asenne (attitude). Luettu 11.5.2017.
<http://www.yvi.fi/sanakirja/226-asenne-attitude>

LIITTEET

Liite 1. Tiedote



TIEDOTE

06.02.2017

Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on kuvailla teho-osaston sairaanhoitajien kokemuksia tehohoitopotilaan perushoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa sairaanhoitajien suhtautumisesta tehohoitopotilaiden perushoittoon sekä lisääntyneen tiedon avulla selvittää tehohoitopotilaan perushoidon toteutumista.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla teho-osaston sairaanhoitajia. Haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna, johon osallistuu 4-6 sairaanhoitajaa. Osallistujat valitaan vapaaehtoisuuden perusteella. Haastattelu tapahtuu Taysin tiloissa, paikka tarkentuu myöhemmin. Keskustelu äänitetään, videokuvaa ei käytetä. Aikaa haastatteluun tulisi varata noin tunti, joka on työaikaanne. Haastattelun kysymykset annamme Teille etukäteen, jotta voitte pohtia niitä ennen haastattelua.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus- tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Opinnäytetyön tekijät

Anne Aaltonen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
anne.a.aaltonen@health.tamk.fi

Annika Kärki
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
annika.karki@health.tamk.fi

Liite 2. Tietoinen suostumus opinnäytetyöhön



Liite 2 SUOSTUMUS

Tehohoitopotilaan perushoito – hoitajien asennekartoitus

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvailla tehon sairaanhoitajien kokemuksia tehohoitopotilaan perushoidosta sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 3. Haastattelun kysymykset

- 1) Mitä te ymmärrätte teidän työssänne potilaan perushoidolla tarkoitettavan?
- 2) Minkälaisia kokemuksia teillä on tehohoitopotilaiden perushoidosta?
- 3) Mitkä seikat vaikuttavat tehohoitopotilaan perushoidon toteutumiseen?
- 4) Mikä on parasta/antoisinta/haastavinta tehohoitopotilaan perushoidossa?
- 5) Millaista tehohoitopotilaan perushoidon toteutus olisi ihannetilanteessa?

Liite 4. Tutkimuskysymys 1, luokittelu.

1. Millaisia kokemuksia tehohoitajilla on tehohoitopotilaiden perushoidossa?

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Potilaan kokonaisvaltaisuuden huomioiminen fyysisesti	Perushoidon kokeminen fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena
Potilaan kokonaisvaltaisuuden huomioiminen psyykkisesti	
Potilaan kokonaisvaltaisuuden huomioiminen sosiaalisesti	
Perushoito on kokonaisuus	
Perushoito on tehohoidon perusta	
Perushoidosta huolehtiminen laitteista huolimatta	
Potilaan puolesta tekemistä kun hän ei itse pysty	
Päivittäinen rutiini	
Potilaan tarpeissa avustaminen	
Fyysisen perushoidon osat	
Infektion esto hygienian hoidolla	
Suunhoito	
Ihohoidon ja asentohoidon tärkeys	
Ennaltaehkäisevä perushoito	
Asentohoito sedatoidulla potilaalla	
Haittojen ehkäisy	
Kuntoutus perushoidon osa	
Ennaltaehkäisevän hoidon tärkeys	
Ihohoito	
Asentohoito sänkytyypistä riippumatta	
Asentohoidon tärkeys	
Potilaan äänenä oleminen	

Tukeminen	
Kannustaminen	
Potilaan tarpeissa avustaminen	
Kuntoutus	
Perushoidon tärkeys	
Perushoidon tärkeys ja sen esille tuominen	
Potilaan edustajana toimiminen	
Suunhoidon ohjeistus	
Asentohoito tehtävälissä	
Omaisten huomiointi hoidossa	
Aina jonkun toimesta toteutunut perushoito	
Viihdykkeet	
Tehohoitopotilaan riskitekijöiden huomiointi	
Potilaan ulkoinen siisteys	
Potilaan kannustaminen	
Potilaan osallistaminen perushoittoon	
Kivun hoito	
Lääkehoito	
Perushoidon vaikutus kivunhoitoon	
Perushoitoa kellon ympäri	
Puolesta tekeminen	Perushoidon nopeuttaminen ja oikominen
Tekosyiden käyttäminen	
Perushoidon helpottaminen	
Omaisten ajatukset hyvästä hoidosta	Omaisten huomioiminen potilaan perushoidossa
Omaisten huomiointi hoidossa	
Potilasryhmän vaikutus	Potilaasta lähtöisin olevien tekijöiden vaikutus perushoittoon
Potilaan hoitovastaisuus	

Potilaan itsemääräämisoikeus		
Potilaan voinnin vaikutus perushoittoon		
Potilaan voinnin vaikutus		
Potilaan mielipiteen huomioiminen		
Potilaan motivoituneisuus		
Elektiivisten potilasryhmien rajattu peseminen		
Hoidon pituuden vaikutus		
Potilaan tapojen huomiointi		
Olosuhteiden vaikutus	Hoitoympäristön vaikutus perushoidon toteuttamiseen	
Ergonomian vaikutus perushoittoon		
Olosuhteiden vaikutus perushoittoon		
Tilojen käytännöllisyys		
Riittävä henkilökuntamäärä		
Ajankäyttö lääkäreiden kanssa		
Ilmastoinnin vaikutus		
Tilojen merkitys perushoidossa		
Olosuhteista johtuvat tilanteet		
Erityistilanteiden avun tarve		
Yksin työskentelyn vaikeus		
Hoito- ja apuvälineiden riittävyys		Hoito- ja apuvälineiden merkitys perushoidossa
Oikean sänkytyypin valinta		
Oikeanlaisen patjan valitseminen		
Sopivien hoitovälineiden valinta		
Sopivien hoitovälineiden saatavuus		
Kiire ja työtehtävien priorisointi	Ajankäytön hallinta ja kiireen vaikutus	

Työtehtävien priorisointi	
Kiire	
Perushoitoa tehdessä kiireen kokeminen	
Hoitajan tehdessä puolesta käy nopeammin	
Nopeammin tehtyä	
Potilaan siirtovaiheessa riittävän hyvin pesemisen estyminen kiireen takia	
Hoitajien välinpitämättömyys	Hoitajasta lähtöisin olevien tekijöiden vaikutus perushoittoon
Vastuullisuus hoidosta	
Kollegiaalisuus	
Hoitajien asennoituminen	
Hoitajien motivoituneisuus	
Työkokemuksen merkitys	
Hoitajien asennoituminen	
Avun pyytäminen	
Hoitajien erilaisuus	
Vastuullisuus omasta toiminnastaan	
Hoitajien erilaisuus/ tarkkuus perushoitoa toteutettaessa	
Perushoidon toteutuminen hyvin	
Hoidon jatkuvuus	
Potilaan kunnioittaminen	
Hoitajan kokemus potilaan roolista	
Empatia	
Oman työn arvostus	Hoitotyön arvostus ja ammattiyhteisö edistävänä tekijänä
Hoitajien perushoidon arvostaminen	
Muiden ammattiryhmien osallistuminen perushoittoon	
Hoitajien perushoidon arvostaminen	Hoitotyön vähäinen arvostus estävänä tekijänä
Kollegan arvostaminen	

Potilaan kokemus perushoidosta	Perushoidossa hoitajia motivoivat tekijät
Omaisten palaute	
Potilaan toipuminen	
Potilaan itsetunnon vahvistuminen	
Ennakoimattomuus	Perushoidon toteuttamiseen liittyvät haasteet
Työn raskaus ja raakuus	
Haasteena potilaan yksityisyyden huomioiminen	
Potilaan yksityisyys	
Tehtävänjako	
Suunnitelmallisuus	
Eettisyys	
Yksityisyys	
Yksityisyyden huomioiminen perushoidossa	
Ammattiryhmien keskinäinen vuorovaikutus	
Negatiivisen palautteen huomioiminen	
Kommunikaatio	
Palautteen vastaanottaminen	
Negatiivisen palautteen antaminen vaikeaa	

Liite 5. Tutkimuskysymys 2, luokittelu.

2. Mitkä tekijät vaikuttavat tehohoitajien suhtautumiseen tehohoitopotilaan perushoidossa?

Työkokemuksen merkitys	Hoitajien ammatillinen työkokemus
Vastuullisuus omasta toiminnastaan	
Hoitajien erilaisuus	
Eettisyys	
Empatia	
Potilaan kunnioittaminen	
Tilojen käytännöllisyys	Organisaatiolähtöiset tekijät estävinä tekijöinä
Riittävä henkilökuntamäärä	
Haasteena potilaan yksityisyyden huomioiminen	
Tilojen merkitys perushoidossa	
Hoito- ja apuvälineiden riittävyys	
Sopivien hoitovälineiden saatavuus	
Ilmastoinnin vaikutus	
Ammattiryhmien keskinäinen vuorovaikutus	
Kollegiaalisuus	
Hoitajien perushoidon arvostaminen	
Hoitajien asennoituminen	
Hoitajien motivoituneisuus	
Hoitajien perushoidon vähäinen arvostaminen	
Perushoidon tärkeys ja sen esille tuominen	Työntekijän henkilökohtainen hoitotyön arvostaminen
Kollegiaalisuus	
Kollegan arvostaminen	

Hoitajien perushoidon arvostaminen	
Hoitajien perushoidon arvostaminen	
Oman työn arvostus	
Hoitajien asennoituminen	
Avun saaminen	
Hoitajan tehdessä puolesta käy nopeammin	Potilaan hoidossa vaikuttava kiireen tunne estävänä tekijänä
Nopeammin tehtyä	
Perushoitoa tehdessä kiireen kokeminen	
Potilaan siirtovaiheessa riittävän hyvin pesemisen estyminen kiireen takia	
Kiire ja työtehtävien priorisointi	
Kiire	
Ajankäyttö lääkäreiden kanssa	
Perushoidon helpottaminen	
Työtehtävien priorisointi	
Potilasryhmän vaikutus	Potilaasta lähtöisin olevat tekijät
Hoidon pituuden vaikutus	
Potilaan voinnin vaikutus	
Potilaan hoitovastaisuus	
Potilaan itsemääräämisoikeus	
Potilaan motivoituneisuus	
Elektiivisten potilasryhmien rajattu peseminen	
Potilaan voinnin vaikutus perushoittoon	
Potilaan tapojen huomiointi	
Olosuhteiden vaikutus	
Potilaslähtöisten olosuhteiden vaikutus	
Potilaan kokemus hyvästä hoidosta	Hoitajien motivaatiota perushoitoa kohtaan lisääviä tekijöitä
Potilaan kokemus perushoidosta	

Omaisten palaute	
Potilaan toipuminen	
Oikean sänkytyypin valinta	Apu- ja hoitovälineiden vaikutus perushoittoon
Hoito- ja apuvälineiden riittävyys	
Sopivien hoitovälineiden saatavuus	
Perushoidosta huolehtiminen laitteista huolimatta	Perushoidon eri osa-alueiden tärkeäksi kokeminen potilaan hoidossa
Ihohoidon ja asentohoidon tärkeys	
Tehohoitopotilaan riskitekijöiden huomiointi	
Asentohoito sedatoidulla potilaalla	
Ennaltaehkäisevän hoidon tärkeys	
Asentohoito sänkytyypistä riippumatta	
Ennaltaehkäisevä perushoito	
Yksityisyyden huomioiminen perushoidossa	
Perushoidon tärkeys	
Omaisten ajatukset hyvästä hoidosta	
Omaisten huomiointi hoidossa	
Kivun hoito	
Potilaan itsetunnon vahvistuminen	
Potilaan yksityisyys	
Negatiivisen palautteen huomioiminen	
Hoidon jatkuvuus	
Potilaan kanssa kommunikointi	
Yksin työskentelyn vaikeus	Perushoidon haasteet
Erytistilanteiden avun tarve	
Ennakoimattomuus	
Haasteena potilaan yksityisyyden huomioiminen	
Potilaan yksityisyys	

Olosuhteista johtuvat tilanteet
Olosuhteiden vaikutus perushoittoon
Tehtävänjako
Hoitajien asennoituminen
Hoitajien motivoituneisuus
Palautteen vastaanottaminen vaikeaa
Negatiivisen palautteen antaminen
Hoito- ja apuvälineiden riittävyys
Sopivien hoitovälineiden saatavuus
Ergonomian vaikutus perushoittoon