

OMAISTEN SAAMA TIEDOLLINEN TUKI
NEUROKIRURGISELLA
TEHO- JA VALVONTAOSASTOLLA

Kaisa Lumppio

Opinnäytetyö syksy 2011

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

Diakonisen hoitotyön suuntautumis-
vaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Lumppio, Kaisa. Omaisten saama tiedollinen tuki neurokirurgisella teho- ja valvontaosastolla. Diak Etelä, Helsinki, syksy 2011, 48 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Sairaanhoitaja (AMK) + diakonissa.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää kuinka hyvin omaiset kokivat heidän tiedollisten ja emotionaalisten tarpeiden täyttyvän perheenjäsenen tehohoidon aikana. Opinnäytetyön tarkoituksena oli, että tuloksista saatavan tiedon perusteella voitiin nostaa esiin mahdollisia kehittämistarpeita omaisten kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa.

Opinnäytetyön aineisto muodostui Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin neurokirurgisen teho- ja valvontaosaston potilaiden omaisten vastauksista. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla lokakuun 2010 ja maaliskuun 2011 välisenä aikana. Aineiston keruun aikana kyselylomakkeen täytti 30 (N=30) potilaan omaista.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin määrällistä metodologiaa. Kyselylomake sisälsi myös yhden avoimen kysymyksen. Aineistoa on kuvailtu keskeisillä tilastollisilla tunnusluvuilla ja ristiintaulukoinnilla. Laadullinen aineiston käsittelyyn käytettiin aineistolähtöistä sisällön analyysiä.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan tiedollinen tarve omaisilla on suuri. Omaiset kokivat, että heidän tiedollisiin tarpeisiin oli vastattu parhaiten kun tietoa annettiin potilaan kokonaisvoinnista ja sen hetkisestä tilanteesta. Lisäksi omaiset olivat tyytyväisiä tehohoidosta saamaansa tietoon. Opinnäytetyön tulokset osoittivat kehittämistarpeita muun muassa tiedon saannin jatkuvuudessa ja potilaan ennusteeseen liittyvässä tiedon annossa. Tuloksia voidaan hyödyntää työelämässä, kun hoitotyön käytännön kehittämistyötä suunnitellaan ja kohdennetaan.

Asiasanat: omaiset, perhe, tiedon tarve, tukeminen, tehohoito, hoitotyö, neurokirurgia, kvantitatiivinen tutkimus, kvalitatiivinen tutkimus, kehittämissuunnittelu

ABSTRACT

Lumppio, Kaisa

Family Members in the Neurosurgical ICU: Needs of Informational Support

48 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Fall 2011.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Diaconal Nursing. Degree: Nurse

The purpose of this study was to carry out research how family members experienced informational support given by nursing staff. This study was made in collaboration with the Hospital District of Helsinki and Uusimaas' neurosurgical intensive care unit.

The method of this thesis was quantitative and the data collected by a questionnaire including an open-ended question and several structured ones. The data was collected from October 2010 until March 2011. A total of 30 family members completed the questionnaire. The open-ended question was analyzed using the qualitative method, content analysis.

The results indicated that the need of informational support was substantial for the patients' family members. Based on the results, family members had experienced that their needs to receive information was best met when they were informed about the patients' overall condition and the treatment in the ICU as such. In addition, the results gave slight indications of a need to improve informing the relatives.

In conclusion, the results of this study can be considered as suggestive in development work regarding the education of the nursing staff and the orientation of new employees.

Keywords: Information, support, needs, family member, neurosurgery, nursing staff, ICU

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT JA KESKEISET KÄSITTEET	7
2.1. Opinnäytetyön ihmiskäsitys.....	7
2.2 Omaisen näkökulma tehohoitoon.....	7
2.3 Omaisen tarpeet perheenjäsenen tehohoidon aikana.....	9
2.3.1 Tiedollinen tuki	11
2.3.2 Omaisen ja hoitajan välinen yhteistyö	13
2.4 Neurokirurginen tehohoitotyö	14
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	16
4 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ JA -KOHDERYHMÄ.....	17
5 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS	18
5.1 Aineiston keruumenetelmä.....	18
5.2 Aineiston analyysimenetelmä.....	19
6 TULOKSET	21
6.1 Tiedollisen tuen sisältö.....	21
6.2 Tiedollisen tuen laatu	24
6.3 Emotionaalinen tuki.....	26
6.4 Avoin kysymys	28
6.4.1 Pääkategoria: Omaisten tukeminen	28
6.4.2 Pääkategoria: Omaisten palautteet	29
7 POHDINTA	31
7.1 Opinnäytetyön eettisyys	31

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus.....	33
7.3 Tulosten pohdinta ja johtopäätökset.....	35
7.4 Opinnäytetyöprosessin merkitys ammatilliselle kasvulle	37
LÄHTEET	39
LIITE 1: Kyselylomake	43
LIITE 2: Aineistolähtöinen sisällön analyysi	46
TAULUKKO 1. Tyytyväisyys tiedon sisältöön	21
TAULUKKO 2. Tärkeimmät tiedon tarpeet.....	22
TAULUKKO 3. Tyytyväisyys ennusteeseen liittyvään tiedon antoon	23
TAULUKKO 4. Ennusteeseen liittyvän tiedon tärkeys.....	24
TAULUKKO 5. Tyytyväisyys tiedon laatuun.....	25
TAULUKKO 6: Laadukkaan tiedollisen tuen merkitys	25
TAULUKKO 7. Tyytyväisyys emotionaalisen tuen sisältöön	26
Kuvio 1: Miten hoitohenkilökunta vastaa omaisten tiedollisiin tarpeisiin?.....	23
Kuvio 2: Miten hoitohenkilökunta vastaa omaisten emotionaalisiin tarpeisiin? ..	27

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on saada kuvailevaa tietoa siitä, minkälaisista tiedollista tukea neurokirurgian teho- ja valvontaosastolla olevien potilaiden omaiset saavat. Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuksena. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla, jossa oli strukturoituja kysymyksiä ja yksi avoin kysymys. Opinnäytetyöstä saatua tietoa voidaan hyödyntää tutkimusympäristössä esimerkiksi kehittämistyössä, koulutuksessa, uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä. Aiheella on myös terveystaloudellista arvoa. Sosiaali- ja Terveysministeriön (2009, 24.) mielenterveys ja päihdesuunnitelman keskeisenä tavoitteena on ongelmien ennaltaehkäisy. Tehohoitopotilaan omaisille läheisen ihmisen vakava sairastuminen voi olla kokemuksena traumaattinen, siksi hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli omaisten tukemisessa ja terveyden edistämisessä.

Tehohoidossa hoidetaan kriittisesti, muttei toivottomasti sairaita potilaita. Potilailla on vakavia henkeä uhkaavia elintoiminnanhäiriöitä ja he ovat riippuvaisia hoitavista henkilöistä ja hoitolaitteista. (Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.) Omainen on potilaan lakisääteinen edustaja silloin, kun potilas itse on sairauden, vamman tai tajuttomuuden vuoksi kykenemätön päätöksen tekoon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Potilasta ei voida hoitaa irrallaan sairaalahoitoa edeltäneestä elämästä. Omaiset voivat antaa arvokasta tietoa hoitaville henkilöille potilaan persoonasta, totumuksista ja aiemmasta terveyden tilasta. (Pontinkara 2004, 99; Pyykkö 2004, 42.) Omaisten läsnäolo on tärkeää myös potilaille. Se lisää potilaan turvallisuuden tunnetta ja ylläpitää elämänhalua. (Pyykkö 2004, 41.) Tiedollisen tuen tarpeet ovat keskeisimmässä asemassa hoitajan ja omaisen välisessä vuorovaikutuksessa. Tiedon avulla omainen hahmottaa perheenjäsenen tilannetta kokonaisvaltaisemmin. (Pontinkara 2004, 75; Verhaeghe 2005, 503.)

2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT JA KESKEISET KÄSITTEET

2.1. Opinnäytetyön ihmiskäsitys

Tässä opinnäytetyössä yhdistyvät holistinen ja kristillinen ihmiskäsitys, jotta ihmistä voidaan tarkastella riittävän monipuolisesti. Holistisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on moniulotteinen psyykkis-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus, jossa yhdistyvät ihmisen kehoisuus, tajunnallisuus ja toiminnallisuus. Ihmisen kehoisuus ilmenee sen fyysisinä tarpeina. Sairaudet vaikuttavat ihmisen kehoisuuden kokemiseen. Ihmisen tajunnallinen ulottuvuus käsittää psyykkiset, henkiset ja hengelliset tarpeet. Ihmisen toiminnallinen ulottuvuus käy ilmi sosiaalisina tarpeina ja velvoitteina. (Niemelä 2002, 91–94.) Kristilliselle ihmiskäsitykselle taas auttamistyön näkökulmasta ominaista on se, että ihminen nähdään Jumalan kuvana. Ihminen on luotu elämään suhteessa toiseen ihmiseen ja Jumalaan. Jokainen ihminen nähdään arvokkaana ja Jumalan luomana, jolloin ketään ei voida laittaa arvojärjestykseen vaan kaikkia on autettava tasapuolisesti. Hengellisten kysymysten esiin nouseminen nähdään luontaisena osana ihmisyyttä. (Niemelä 2002, 88–90, 101–102.)

2.2 Omaisen näkökulma tehohoitoon

Potilaan omaiset ovat perheenjäseniä, lähisukulaisia tai henkilöitä, joilla on muuten merkitystä potilaan elämässä esimerkiksi uskonnollisesta yhteisöstä (Pyykkö 2004, 41). Omaiset ja perhe voidaan määritellä monin eri tavoin. Potilas itse määrittää kuka tai ketkä ovat hänen perheensä. (Kassara ym. 2004, 14.) Tässä opinnäytetyössä käytetään synonyymina omaista, perheenjäsentä sekä läheistä riippumatta siitä, onko omaisella sukulaisuussuhdetta potilaaseen.

Tieto potilaan tehohoidon tarpeesta tulee usein omaiselle yllättäen. (Bailey, Sabbagh, Loiselle, Boileau & McVey 2010, 120; Varjus 2000, 27.) Perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin (Koponen, Mattila & Häggman-Laitila 2008, 4). Omaiselle läheisen ihmisen odottamaton sairastuminen voi laukaista traumaattisen kriisin, jolloin omaisen oma elämänhallinta ja psyykkiset selviytymiskeinot pettävät (Pulkkinen & Vesanen 2010). Myllymäen tutkimuksen mukaan elämänhallinnan menettäminen luo omaiselle turvattomuutta, epävarmuutta, pelkoa, huolta ja avuttomuutta (Varjus 2000, 27). Potilaan omaiset käyvät läpi kriisin eri vaiheet. Omainen tarvitsee tukea hoitohenkilökunnalta erityisesti kriisin sokki- ja reaktiovaiheessa. Sokkivaiheen tunnusomainen piirre on, että omainen kieltää tapahtuneen. Reaktiovaiheessa tapahtuma voi laukaista voimakkaita tunteita ja omainen voi valittaa esimerkiksi uni- vaikeuksista. Omaisen suhtautumistapaa hoitohenkilökuntaa kohtaan saattaa määrittää psyykkiset puolustusmekanismit. Omainen voi syyllistää toisia, eristää tunteensa, tai turvautua toisen ihmisen päätöksentekoon tai päihteisiin. (Pulkkinen & Vesanen 2010.)

Teho-osasto hoitoympäristönä saattaa vaikeuttaa omaisen roolia. Hoitoympäristöä määrittävät hoitolaitteet, äänet ja lääkintävälineet. Omaisista voi järkyttää hoitovälineistön näkeminen ja perheenjäsenen kohtaaminen hengityskoneessa. (Koponen ym. 2008, 7; Varjus 2000, 27.) Omaisista haluavat usein osallistua perheenjäsenen hoitoon ja siksi omaisille vierailut teho-osastolla ovat tärkeitä. Tehohoitojakso järkyttää omaisten arkirytmää, mikä voi aiheuttaa stressiä. Omaisen oma päiväohjelma riippuu potilaan tilanteesta, koska kriittinen tilanne edellyttää omaiselta jatkuvaa potilaan voinnin tarkkailua ja odottamista. (Koponen ym. 2008, 7; Ponkala 1996, 90.)

Omaisten läsnäolo on tärkeää tehohoidossa olevalle potilaalle. Omaisten vierailuilla on merkitystä, vaikka potilailla ei myöhemmin olisi muistikuvia tehohoitojaksosta. Tieto omaisen läsnäolosta luo potilaalle turvallisuutta. (Engström & Söderberg 2007, 569; Olsen, Dysvik & Hansen 2009, 190.) Omaisilla on tärkeä rooli potilaan selviytymisessä myös sairaalajakson jälkeen. Läheiset ihmiset voivat ylläpitää potilaan elämänhalua ja toiveikkuutta tulevaisuudesta. (Pyykkö 2004, 41.) Teho-osastolla vierailukäytännöt ovat vuodeosastoja tiukemmat.

Joskus omaisten läsnäolo saattaa olla potilaalle myös stressin aiheuttaja. Epämukavuutta saattaa luoda esimerkiksi kommunikointiongelmia, sillä potilas ei voi puhua läheisensä kanssa ollessaan intuboituna. (Olsen ym. 2009, 193-194.)

Omaiset voivat antaa tärkeää tietoa hoitaville henkilöille potilaan persoonasta ja aiemmasta terveydentilasta. (Pontinkara 2004, 99; Pyykkö 2004, 42.) Omainen on myös potilaan lakisääteinen edustaja silloin, kun potilas itse on sairauden, vamman tai tajuttomuuden vuoksi kykenemätön päättämään itse hoidostaan. Omaista on kuunneltava, jotta hoito vastaisi parhaiten potilaan tahtoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Omaisen osallistuminen hoitoa koskevaan päätöksentekoon varsinkaan teho-osastolla ei ole yksinkertaista. Teho-osastolla vaaditaan nopeaa päätöksentekokykyä ja reagointia, jota omaiselta ei voida edellyttää lääketieteellisen tiedon puuttumisen vuoksi. Omainen luovuttaa läheisensä vieraiden ihmisten käsiin, mikä vaatii luottamusta. Omaisen toiveita kuunnellaan, mutta päävastuu on hoitohenkilökunnalla. Hoitohenkilökunta pyrkii tekemään päätökset yhteisymmärryksessä omaisen kanssa. (Pontinkara 2004, 85–87.)

2.3 Omaisen tarpeet perheenjäsenen tehohoidon aikana

Omaisten tarpeet luokitellaan usein neljään ryhmään: tiedollisiin tarpeisiin, emotionaalisiin tarpeisiin, sosiaalisen tuen tarpeisiin ja osallistumisen tarpeisiin (Koponen 2008, 7; Verhaeghe ym. 2005, 501). Lisäksi omaisella voi olla hengellisiä tarpeita, jotka saattavat syntyä ensimmäistä kertaa järkyttävän tilanteen seurauksena (Seppänen 2010, 68,74.) Omaiset ovat osa kokonaisvaltaista hoitotyötä. On tärkeää, että omaisten tarpeet tulevat kohdatuksi ja, että omaisten selviytymistä tuetaan. (Pyykkö 2004, 42; Koponen 2008, 9.) Tutkimusten mukaan kognitiiviset eli tiedolliset tarpeet ovat kaikkein keskeisimmässä asemassa hoitajan ja omaisen välisessä vuorovaikutuksessa. Esimerkiksi Pontikaran (2004, 75) väitöskirjan mukaan tieto auttaa omaista ymmärtämään ja hahmottamaan tilannetta kokonaisuutena.

Emotionaalisiin tarpeisiin kuuluu saada huojentumisen kokemuksia. Koponen (2008, 9) käyttääkin emotionaalisista tarpeista käsitettä huojentumisen tarpeet. Huojentumisen tarpeeseen liittyy omaisen halu puhua omista tunteistaan ja saada tunteilleen hyväksyntää. Potilaan näkeminen mahdollisimman usein ja varmuus siitä, että potilas saa parasta mahdollista hoitoa, antavat huojentumisen kokemuksia (Koponen 2008, 9; Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnste, & Grypdonck 2005, 504). Emotionaalisiin tarpeisiin liittyy kiinteästi tarve toivosta. Huojentumisen kokemukset ylläpitävät toivoa. (Verhaeghe 2005, 504.; Koponen 2008, 9.) Omainen kaipaa realistista toivon ylläpitoa ja hoitavien henkilöiden tehtävä on varmistaa, ettei toivoa viedä omaiselta täysin, mutta ettei omaiselle myöskään anneta epärealistista toivoa. On tärkeää, että omaisella on realistinen kuva potilaan tilanteesta. (Pontinkara 2004, 73.)

Omaisilla on myös sosiaalisen tuen tarpeita, jotka täyttyessään synnyttävät huojentumisen kokemuksia. Sosiaalisen tuen tarve tarkoittaa halua keskustella henkilökohtaisesta elämäntilanteesta esimerkiksi ystävän, perheenjäsenen tai sosiaalityöntekijän kanssa. (Koponen 2008, 9.) Omaisen selviytymiseen voidaan tarvita myös vertaistukea ja kriisiapua (Pyykkö 2004, 42). Verhaeghen ym. (2005) katsauksen mukaan tehohoidossa olevan potilaan omaiset eivät välttämättä osaa kiinnittää huomiota omasta itsestään huolehtimiseen, siksi omaiset eivät pidä sosiaalista tukea kovin tärkeänä. (Verhaeghe ym. 2005, 505.) Joskus omaiset saattavat tarvita hoitohenkilökunnalta rohkaisua ottamaan aikaa myös itselleen: lepäämään, ulkoilemaan ja olemaan potilaan vierellä oman jaksamisensa mukaan (Pontinkara 2004, 71).

Hoitoon osallistumisen tarve on omaisilla yksilöllinen riippuen läheisen omista voimavaroista, haluista sekä potilaan sairauden ja hoidon vaiheesta. (Pyykkö 2004, 42.) Hoitoon osallistuminen voi olla esimerkiksi läsnäoloa vuoteen vierellä, potilaan koskettamista ja hänelle puhumista tai konkreettisiin hoitotoimiin osallistumista (Koponen 2008, 8). Usein hoidon alkuvaiheessa omainen saattaa tarvita rohkaisua potilaan koskettamiseen, koska potilaan ulkonäkö voi olla muuttunut ja monet erilaiset hoitolaitteet saattavat pelottaa omaista. (Pontinkara 2004, 72; Ponkala 1996, 90.) Omainen käsittelee sairauteen ja kuolemaan liittyviä tunteita ja ajatuksia oman elämänkatsomuksensa näkökulmasta, jolloin ti-

lanne saattaa nostaa esiin myös hengellisiä tarpeita ja kysymyksiä. Silloin voidaan tarvita myös sairaalasielunhoidollista apua. (Pyykkö 2004, 41.)

Hoitotieteessä hengellisyys määritellään merkityksen ja tarkoituksen kysymisenä ja haluna ymmärtää itseä suuremman olemassaolo, suhde muihin ihmisiin, Jumalaan ja maailman kaikkeuteen. Hengellisyys liittyy toivoon ja rakentavien mahdollisuuksien tunnistamiseen omassa elämäntilanteessa ja luottamuksesta tulevaisuuteen. (Hanhirova & Aalto 2009, 12.)

Hengelliset kysymykset koskevat usein sairauden, onnettomuuden ja kärsimyksen syitä. Ihminen saattaa syyllistää itseään kärsimyksestä. Omainen voi ajatella, että kärsimys on Jumalan rangaistus. Kärsimyksen kohtaaminen saattaa synnyttää omaisessa myös vihan tunteen Jumalaa kohtaan. (Seppänen 2010, 72–73.) Uskonto voi antaa vastauksen elämän perimmäisiin kysymyksiin elämäntarkoituksesta, kärsimyksestä, kuolemasta ja pelastuksesta. Siksi uskonto ja hengellisyys voivatkin antaa ihmiselle perusturvallisuutta sairauden aiheuttaman kriisin keskellä. Sielunhoito on tiedon ja tunteiden käsittelyä, joka edistää kriisistä selviämistä. (Hanhirova & Aalto 2009, 13; Seppänen 2010, 73–75.) Sielunhoidollisten tarpeiden tunnistaminen voi olla vaativaa, sillä hengellisistä tarpeista puhuminen ei välttämättä ole luontaista potilaille, omaisille eikä hoitohenkilökunnalle (Hanhirova & Aalto 2009, 16). Karvisen (2006, 31.) mukaan myös ajan puute ja sairaanhoitajan epäselvä rooli hengellisessä hoitotyössä tekevät hengellisiin tarpeisiin vastaamisesta haastavaa. Hengellisten tarpeiden tunnistaminen edellyttää hoitajalta herkkyyttä, tietoa ja kokemusta. (Hanhirova & Aalto 2009, 16.)

2.3.1 Tiedollinen tuki

Tiedollisella tuella tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä omaisen tiedon tarpeisiin vastaamista. Ihminen hahmottaa ympäristöään ja todellisuutta tiedon avulla. Tiedon puute aiheuttaa ihmisessä epävarmuutta. (Ponkala 1996, 88.) Tiedollinen tuki on ihmisen epävarmuuden ja ahdistuksen lievittämistä tiedon antamisen keinoin (Bailey ym. 2009, 119–120). Tiedollisen tuen tarve on kriittisesti sairaan potilaan omaisille kaikkein suurin (Verhaeghe ym. 2005, 503).

Tiedon antaminen perustuu avoimuuteen. Avoimen tiedon periaatteena on, että tietoa annetaan sitä kysymättä ja, että omaisilla on mahdollisuus tutustua potilaan hoitosuunnitelmaan ja sairaskertomukseen. Kun tiedon antaminen on avointa, omaiselle jää tunne, ettei häneltä salata mitään. (Pontinkara 2004, 75.) Omaisten kokemusten mukaan he ovat rauhallisempia ja luottavaisempia hoitoon, jos he saavat riittävästi tietoa hoitohenkilökunnalta. (Chien, Chiu, Lam & Ip 2006, 47.) Lisäksi omaiset ovat vähemmän stressaantuneita ja huolestuneita potilaan joutuessa tehohoitoon, jos omaiset ovat saaneet informaatiota tehohoidosta etukäteen. Usein teho-osastolle joudutaan kuitenkin yllättäen, eikä etukäteistietoa voida antaa. (Bailey, Sabbagh, Loiselle, Boileau & McVey 2010, 120; Varjus 2000, 27.)

Tiedon sisältö voidaan jakaa Pontinkaran (2004) mukaan kuvaavaan ja selittävään tietoon. Kuvaava tieto koostuu potilasta koskevasta tiedosta, potilaan hoitoa koskevasta tiedosta ja tehohoitoon liittyvästä tiedosta. Potilasta koskeva tieto sisältää asioita esimerkiksi potilaan sen hetkisestä tilanteesta, kokonaisvoinnista ja voinnissa tapahtuvista muutoksista. Potilaan hoitoa koskevaan tietoon sisältyy informaatio esimerkiksi potilaan sen päiväisistä tapahtumista ja hoitotoimenpiteistä sekä hoitolinjasta, ennusteesta ja hoidon etenemisestä. Tehohoitoon liittyvä tieto on informaatiota esimerkiksi hoitoympäristöstä, käytännöistä ja hoitolaitteistosta. Selittävä tieto tiedon antamisessa on vähäisempää. Selittävän tiedon tavoitteena on antaa omaiselle syvempää ja laajempaa ymmärrystä potilaan tilasta ja tehohoidossa käytettävistä hoitomenetelmistä. (Pontinkara 2004, 76–78.)

Tiedon antamisessa tärkeintä on, että kysymyksiin vastataan rehellisesti, puhutaan ymmärrettävin termein ja, että tieto on ajantasaista eli tietoa, joka keskittyy tämänhetkisyyteen. (Bailey ym. 2010, 120.; Pontinkara 2004, 99; Koponen 2008, 7.) Rehellisyys tiedon antamisen periaatteena sisältää totuuden, realismin ja objektiivisuuden. Tiedon antamisen täytyy perustua faktoihin. Tavoitteena on, että omaiselle syntyy realistinen kokonaiskuva potilaan tilanteesta. Objektiivisuus osana rehellistä tiedon antoa tarkoittaa sitä, että yksilö muodostaa kokonaiskuvan itse faktojen ja teorian tiedon perusteella. Tämänhetkisyyden

periaate tiedon antamisessa tarkoittaa sitä, ettei kukaan voi ennustaa potilaan tilanteen kehittymistä. Kriittisesti sairaan potilaan tila voi muuttua nopeasti ja siksi tiedon antamisessa on keskityttävä siihen, mikä tilanne nyt on. Tämänhetkisyys toteutuessa hyvin omaiselle ei anneta epärealistista toivoa. (Pontinkara 2004, 79.)

Myös sillä on merkitystä, kuka omaisille antaa tietoa potilaan voinnista. Omaiset odottavat ensisijaisesti lääketieteellistä asiantuntijuutta potilaan nykytilasta, ennusteesta sekä hoitolinjasta lääkäriltä (Verhaeghe ym. 2005, 503; Coco, Turunen, Sillanpää & Juvela 2007, 209; Pontinkara 2004, 81). Sairaanhoidajilta odotetaan tietoa päivittäisestä hoitotyöstä, toimenpiteistä, laitteista, teho-osaston käytännöistä ja tietoa siitä, miten omainen voi olla läsnä potilaalle. Sairaanhoidajat ovat kuitenkin keskeisimmässä asemassa omaisten tiedottamisessa, sillä lääkäreiltä saatu tieto saattaa tuntua hajanaiselta, koska lääkäriä omaiset tapaavat harvemmin kuin hoitajaa. (Verhaeghe ym. 2005, 503.) Hoitohenkilökunta osaa tunnistaa omaisissa tiedollisen tuen tarpeet (Ponkala 1996, 90). Cocon ym. (2007, 209) tutkimuksessa hoitotyöntekijät arvioivat tukevansa tiedollisesti omaisia melko hyvin.

2.3.2 Omaisen ja hoitajan välinen yhteistyö

Tiedollisen tuen antaminen on osa Pontinkaran (2004) kuvaamaa auttavaa kanssakäymistä. Auttava kanssakäyminen on Pontinkaran käyttämä käsite hoitajan ja omaisen välisestä vuorovaikutuksesta. Auttava kanssakäyminen on hoitajan läsnäoloa ja omaisen voiman lisäämistä. Hoitajan läsnäolon taitoon vaikuttavat hoitajan inhimillisyys, samanarvoisuus omaisen kanssa sekä ihmistuntemus. Omaisen voiman lisääminen on hänen hyvän olonsa edistämistä ja läheisen mahdollisuutta lisätä potilaan hyvää oloa. Hoitaja voi auttaa omaista huolehtimaan itsestään kriisin aikana ja mahdollistaa omaisen osallistumista hoitoon ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja näin lievittää omaisen avuttomuuden tunnetta. (Pontinkara 2004, 98–99.)

Pontikaran (2004) mukaan hoitajan ja omaisen vuorovaikutuksen lähtökohtaa määrittävät omaisen tarve tai halu olla hoitohenkilökunnan kanssa läheisiä tai etäisiä. Etäisemmässä suhteessa omaisen keskeisin tarve on tiedon saaminen potilaan tilanteesta. Läheisemmässä suhteessa tiedonantamisen lisäksi omaisen kaipaa myös jaksamisestaan huolehtimista. Olipa hoitajan ja omaisen välinen suhde läheinen tai etäinen, tiedollisen tuen tarve on yhtä keskeisessä asemassa. (Pontikara 2004, 98–101; Ponkala ym. 1996, 93.)

Hoitajan ja omaisen välisessä yhteistyössä on monta muuttujaa, jotka vaikuttavat positiivisesti tai negatiivisesti siihen, kuinka paljon omaiset luottavat hoitoon ja hoitohenkilökuntaan. Muuttujia, jotka vaikuttavat omaisen luottamukseen, ovat muun muassa omaisen aiemmat kokemukset terveydenhuoltohenkilökunnasta sekä mielikuvat siitä, hoidetaanko potilasta kunnioittavasti ja yksilöllisesti. Lisäksi luottamukseen vaikuttavat hoitajan läsnäolon taito, tiedollisen tuen laatu sekä omaisen voinnista huolehtiminen. (Pontikara 2004, 100–101; Bailey ym. 2010, 120.)

2.4 Neurokirurginen tehohoitotyö

Teho-osastolla hoidetaan potilaita, joiden henkeä uhkaa esimerkiksi vakavat häiriöt hengityksessä, verenkierrossa tai munuaisten toiminnassa. Tehohoitoon valitaan potilas, jonka arvioidaan tarvitsevan sitä kaikkein eniten. Tehohoitopotilaan elintoimintoja tarkkaillaan keskeytymättä ja tarvittaessa pidetään myös yllä erikoislaittein. Teho- ja valvonta osastoille on keskitetty tehohoitotyöhön perehtynyt henkilöstö, osaaminen ja teknologia. (Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997; Ala-Kokko, Perttilä, Pettilä & Ruokonen 2010, 5.)

Neurokirurgialla tarkoitetaan hermostoon kohdistuvaa leikkaushoitoa, jolla hoidetaan keskushermoston, ääreishermoston ja lihaksiston elimellisiä sairauksia (Lääketieteen termit 1997, 343). Neurokirurgiaan kuuluu aivoverenkierronhäiriöt, aivojen nestekierron häiriöt, vakavat aivovammat ja keskushermoston kasvaimet. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 293–344; Neurokirurgia.fi 2008.) Hermostonsairaudet ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyy yli 65-

vuotiailla (Tilastokeskus 2008). Aivoverenkierronhäiriöihin sairastuu vuosittain noin 14 000 henkeä (Somaattinen erikoissairaanhoido 2009, 7 ; Holmia ym. 2003, 296). Suurin osa vaikeista aivovammoista syntyy liikenneonnettomuuksissa (Palomäki, Öhman, Koskinen 2001, 386).

Aivoverenkierronhäiriöstä tyypillisin kirurgista hoitoa vaativa sairaus on subaraknoidaalivuoto, eli lukinkalvonalainen vuoto, SAV (Holmia 2003, 302–303). Lukinkalvonalaisen aivoverenvuodon aiheuttaja on 80 prosentin todennäköisyydellä puhjennut aneuryisma eli aivovaltimon pullistuma. (Neurokirurgia.fi 2008.) Aivoverenkierronhäiriötä epäiltäessä nopea hoitoon hakeutuminen mahdollistaa paremman kuntoutumisen ja potilaan selviytymisen (Holmia 2003, 296.) Vuosittain vakavia aivovammoja on noin 20 prosenttia kaikista aivovammoista (Neurokirurgia.fi 2008). Aivovamman aiheuttaa yleensä päähän kohdistunut isku, josta voi seurata primaarisia vaurioita kuten aivotärähdys, aivoruhje, aivoverenvuoto tai kallonmurtuma sekä sekundaarisia vaurioita kuten aivojen hapenpuute, matala verenpaine, elektrolyyttihäiriöt, anemia, kohonnut kallonsisäinen paine, aivoturvotus, epileptiset kohtaukset ja aivovaltimospasmi (Holmia 2003, 331–332; Palomäki ym. 2001, 391.) Neurokirurgisen hoidon tavoitteena on estää akuutin aivovamman paheneminen huolehtimalla vitaalielintoiminnoista ja hoitamalla ja estämällä hoidon komplikaatiot (Neurokirurgia.fi 2008).

Neurologisen tehohoidon tavoitteena on ylläpitää aivoverenkiertoa, joka turvaa peruselintoimintojen säilymistä. Aivoverenkierron uhkia ovat esimerkiksi kohonnut kallonsisäinen paine tai matalaverenpaine, joka heikentää aivojen hapensaantia. Neurokirurgiset häiriöt heikentävät potilaan elämänlaatua pitkäaikaisesti ja usein pysyvästi. (Saastamoinen, Lehtomäki & Ruohomäki 2010.) Yleisesti tehohoitotyön aikaisena tavoitteena on voittaa aikaa perussairauden hoitamiseen estämällä hengen vaaraa. Tehohoitotyön jälkeisenä tavoitteena on potilaan hyväksyttävissä oleva elämänlaatu. (Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997; Ala-Kokko, Perttilä, Pettilä & Ruokonen 2010, 5.) Neurologisen tehohoidon tärkeimpiä tehtäviä on huolehtia potilaan hengityksestä, verenkierrosta, lämpötilapainosta, verensokeritasapainosta, nestetasapainosta ja ravitsemuksesta. (Saastamoinen ym. 2010.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kyselytutkimuksella omaisten kokemuksia tiedollisesta ja emotionaalisesta tukemisesta teho-osastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on, että tuloksista saadun tiedon perusteella omaisten kohtaamista voitaisiin kehittää tehohoitotyössä. Tavoitteena on nostaa esiin mahdollisia kehittämistarpeita, joihin tutkimusympäristössä voitaisiin kiinnittää tulevaisuudessa huomiota esimerkiksi koulutuksessa, uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä.

Tutkimuskysymykset ovat:

- 1.) Kuinka hyvin omaiset kokevat tiedollisen ja emotionaalisen tuen antamisen toteutuvan tutkimusympäristössä?
- 2.) Mikä tiedon antamisessa on tärkeintä?

Tutkimuskysymykset perustuvat liitteenä olevan kyselylomakkeen kysymysluokkiin (Liite1).

4 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ JA -KOHDERYHMÄ

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Helsingin yliopistollisen keskussairaalan neurokirurgian teho- ja valvontaosaston kanssa. Osastolla hoidetaan pääosin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilaita, mutta myös muualta Suomesta tulevia vaativaa neurokirurgista hoitoa tarvitsevia potilaita. 40 prosenttia neurokirurgian potilaista tulee sairaalaan aivovamman tai aivoverenvuodon vuoksi. (Neurokirurgian klinikka 2005.)

Opinnäytetyön aineiston keruu toteutettiin neurokirurgisella teho- ja valvontaosastolla. Teho- ja valvontaosastolla on 16 potilaspaikkaa. Osastolla hoidetaan kaiken ikäisiä potilaita lapsista vanhuksiin. Osastolla toimii osastonhoitaja, osaston ylilääkäri, osastonlääkäri sekä sairaalalääkäri. Osastolla on käytössä omahoitajajärjestelmä. Opinnäytetyön kohderyhmän muodostivat aineiston keruun aikana tehohoidossa olevien potilaiden omaiset. Otos määräytyi sattumanvaraisesti niistä omaisista, jotka vastasivat kyselyyn.

5 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS

Tämä opinnäytetyöprosessi käynnistyi elokuussa 2010, kun opinnäytetyön teosta sovittiin. Teho- ja hoivataitososastolla oli suunnitteilla palautekysely teho-osaston potilaiden omaisille, minkä toteutukseen kyselylomake oli valmiiksi laadittuna. Kyselylomake koostui strukturoiduista kysymyksistä sekä yhdestä avoimesta kysymyksestä. Teho- ja hoivataitos osasto toteutti aineiston keruun syksyn 2010 ja kevään 2011 välisenä aikana. Samaan aikaan laadin opinnäytetyön teoriapohjaa perehtymällä muun muassa aikaisempiin tutkimuksiin. Laadin myös tutkimussuunnitelman ja anoin tutkimuslupaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä. Tutkimuslupa saatiin maaliskuussa 2011, jonka jälkeen tutkimusaineiston analysointivaihe alkoi. Aineiston analyysi toteutettiin kevään ja kesän 2011 aikana.

5.1 Aineiston keruumenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä oli määrällinen. Määrällinen tutkimus perustuu muuttujien mittaamiseen ja muuttujien välisten yhteyksien etsimiseen. Määrällisessä tutkimuksessa pyritään löytämään syy-seuraussuhteita muuttujien välillä sekä kartoittamaan ja kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 42.) Tehohoidossa olevien potilaiden omaisille teetetyyn kyselyn tarkoituksena oli löytää riippuvuussuhteita kyselylomakkeessa esitettyjen muuttujien välillä. Tavoitteena oli, että tuloksien perusteella voitiin nostaa esiin kehittämistarpeita omaisten kohtaamisessa. Määrällinen tutkimusmenetelmä soveltui tähän opinnäytetyöhön hyvin, koska sen tarkoituksena oli tarkastella mielipide-eroja, mitata tyytyväisyyttä ja merkityksiä. Laadullisen menetelmän käyttö täydensi määrällisesti saatua tietoa.

Kyselyyn oli pyritty löytämään ne kysymykset ja mittarit, joilla parhaiten saataisiin selvitettyä kehittämistarpeita. Tehoalvontaosaston hoitajat suorittivat aineistonkeruun lokakuun 2010 ja maaliskuun 2011 välisenä aikana. Otannassa tavoitteeksi asetettiin tehoalvontaosaston puolelta kyselyn teettäminen kaikille omaisille tutkimusaikana. Kyselytutkimukseen osallistuneet täyttivät kyselyn osastolla vieraillessaan. Aluksi kyselylomakkeet olivat esillä käytävällä ja omaisen saattoi vapaasti vastata kyselyyn ja jättää vastauksensa lukittuun postilaatikkoon osaston käytävällä. Joulukuun puolivälistä lähtien aineiston keruuta pyrittiin tehostamaan, koska vastauksia oli tullut melko vähän. Kyselylomake jaettiin automaattisesti uusien potilaiden omaisille. Vaikka tiedon keruuta piti tehostaa, painotettiin kyselyn perustumista vapaaehtoisuuteen.

Kyselylomake koostui neljästä eri kysymysluokasta (Liite1.):

1. Arvionne saamastanne tiedon sisällöstä
2. Arvionne saamastanne tiedon laadusta
3. Arvionne saamastanne omaisen hoidon ennusteesta
4. Arvionne saamastanne emotionaalisesta tuesta.

Näiden luokkien sisällä oli monia eri väittämiä, joista vastaaja arvioi rinnakkain viisiportaisella asteikolla tyytyväisyyttään tiedon sisältöön ja kolmiportaisella asteikolla tiedon merkityksestä vastaajalle. Kysymykset oli esitetty kyselylomakkeessa väittämien muodossa. Kyselyn laadullisessa osuudessa vastaajilla oli mahdollisuus antaa vapaasti palautetta otsikolla ”Risuja ja ruusuja”.

5.2 Aineiston analyysimenetelmä

Kun aineiston keruu oli tehty ja tutkimuslupa myönnetty, kyselylomakkeiden tiedot syötettiin SPSS-ohjelmaan havaintomatriisin muotoon. Aineistoa analysoitiin teoreettisen viitekehyksen ja tutkimuskysymysten näkökulmasta. Aineistoa kuivailtiin tilastollisilla tunnusluvuilla kuten esimerkiksi vertailemalla frekvenssejä, hajontalukuja ja tyyppi-arvoja. Lisäksi riippuvuussuhteita etsittiin ristiintaulukoinnin avulla. Aineistoa havainnollistettiin taulukoiden sekä kuvioiden avulla. Avoin kysymyksen vastaukset analysoitiin laadullisesti aineistolähtöisenä sisäl-

lönanalyysinä. Aineistolähtöisen sisällön analyysin vaiheisiin kuuluu aineiston pelkistäminen, ryhmitteleminen ja teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi & Sarajärvi 2003, 110–115). Kyseinen menetelmä valittiin, koska tämän opinnäytetyön laadullisen aineiston analyysiyksiköt, avoimen tilan vastaukset, eivät olleet etukäteen sovittuja tai harkittuja.

6 TULOKSET

Kyselyyn vastasi 30 (N=30) tehohoidossa olevan potilaan omaista, jotka täyttivät kyselyn vieraillessaan teho-osastolla. Kyselylomakkeen lopussa olevaan avoimeen kysymykseen vastasi 23 kyselyyn osallistuneista.

6.1 Tiedollisen tuen sisältö

Tyytyväisyyttä tiedon sisältöön mitattiin kymmenellä eri kysymyksellä. Tyytyväisyyttä tiedon sisältöön kuvaa alla oleva frekvenssitaulukko (TAULUKKO 1). Kaikkein tyytyväisimpiä vastaajat olivat tietoon hoidosta teho-osastolla ja tietoon tehdyistä hoitotoimenpiteistä. Suurin osa vastaajista ei saanut osastolta kirjallista materiaalia eikä heille esitelty osaston omaiskansiota. Suurin osa vastaajista oli väitteiden kanssa samaa tai jokseenkin samaa mieltä, mutta jonkin verran hajontaakin oli. Hajonta oli suurinta väitteiden ”Sain osastolta kirjallista materiaalia” ja ”Minulle esiteltiin osaston omaiskansio” kanssa. Kaikkein yksimielisimpiä vastaajat olivat väitteen ”Sain tietoa hoidosta teho-osastolla” kanssa.

TAULUKKO 1. Tyytyväisyys tiedon sisältöön

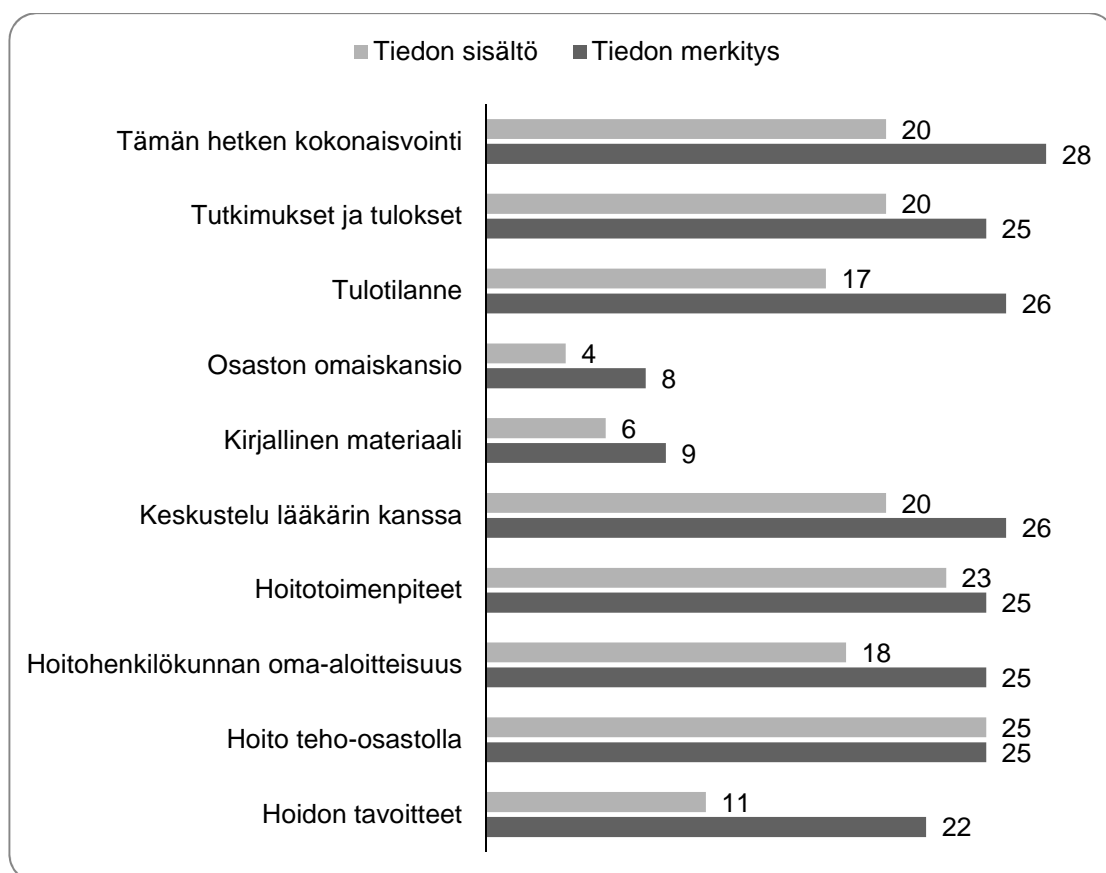
TIEDON SISÄLTÖ	Samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Hoito teho-osastolla	25	4	1	0	0
Hoitotoimenpiteet	23	6	1	0	0
Keskustelu lääkärin kanssa	20	5	2	2	1
Tutkimukset ja tulokset	20	9	0	1	0
Tämän hetken kokonaisvointi	20	9	0	1	0
Hoitohenkilökunnan oma-aloitteisuus	18	9	2	1	0
Tulotilanne	17	9	1	0	2
Hoidon tavoitteet	11	12	3	2	2
Kirjallinen materiaali	6	1	6	11	5
Osaston omaiskansio	4	5	5	14	2

Tiedollisen tuen merkitystä mitattiin kysymällä omaisilta, kuinka tärkeiksi he kokivat kunkin tiedon sisällön. Kyselyssä saadut frekvenssit on esitetty alla olevassa taulukossa (TAULUKKO 2). Omaisille oli tärkeää saada tietoa potilaan kokonaisvoinnista. Lähes yhtä tärkeää oli saada tietoa hoidosta teho-osastolla yleensä, tehdyistä toimenpiteistä ja potilaalle tehdyistä tutkimuksista ja niiden tuloksista. Tiedon antamisessa tärkeintä oli, että omaisella oli mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa ja että hoitohenkilökunta antoi tietoa omaaloitteisesti. Myös kirjallisen materiaalin saaminen arvioitiin tärkeäksi tai vähintään melko tärkeäksi.

TAULUKKO 2. Tärkeimmät tiedon tarpeet

TIEDON MERKITYS	Tärkeä	Melko tärkeä	Ei lainkaan tärkeä	En osaa sanoa
Tämän hetken kokonaisvointi	28	0	0	0
Keskustelu lääkärin kanssa	26	1	0	1
Tulotilanne	26	1	0	2
Hoito teho-osastolla	25	3	0	0
Hoitohenkilökunnan oma-aloitteisuus	25	3	0	0
Hoitotoimenpiteet	25	3	0	0
Tutkimukset ja tulokset	25	3	0	0
Hoidon tavoitteet	22	4	0	2
Kirjallinen materiaali	9	12	2	5
Osaston omaiskansio	8	12	6	2

Seuraavassa kaaviossa (Kuvio 1) on tarkasteltu rinnakkain tiedon merkitystä ja tyytyväisyyttä tiedon sisältöön palkkikaavion muodossa. Kaavion tiedot on saatu vertailemalla Taulukosta 1: Tyytyväisyys tiedon sisältöön vastauksen ”Samaa mieltä” saamia arvoja ja Taulukosta 2: Tärkeimmät tiedon tarpeet vastauksen ”Tärkeä” saamia arvoja. Kaavio kuvastaa tuen tarpeiden ja tuen antamisen välistä suhdetta. Tiedon tarpeisiin vastaaminen toteutui parhaiten, kun hoitohenkilökunta antoi tietoa hoidosta teho-osastolla. Tiedon antaminen potilaan hoidon tavoitteista oli puutteellista.



Kuvio 1: Miten hoitohenkilökunta vastaa omaisten tiedollisiin tarpeisiin?

Ennusteeseen liittyvä tieto kuuluu tiedon sisältöön, mutta sen toteutumista selvitetty tarkemmin omalla kysymyssarjalla. Kaikkein tyytyväisimpiä vastaajat olivat siihen, miten he saivat tietoa läheisensä toipumiseen liittyvistä asioista. Jatko-hoitoon liittyvistä asioista tiedottamiseen vastaajat olivat hieman tyytymättö-
mämpiä. (TAULUKKO 3.)

TAULUKKO 3. Tyytyväisyys ennusteeseen liittyvään tiedon antoon

ENNUSTEESEEN LIITTYVÄ TIETO	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Toipumiseen liittyvät asiat	15	8	0	2	2
Hoidon ennuste lääkärin kerto- mana	12	5	2	6	3
Jatkohoitoon liittyvät asiat	9	9	2	3	3

Kyselyssä selvitettiin myös ennusteeseen liittyvän tiedon merkitystä. Alla olevassa taulukossa näkyy (TAULUKKO 4.), että tärkeintä vastaajille oli saada tietoa toipumiseen liittyvistä asioista ja, että lääkäri kertoi omaisille hoidon ennusteesta. Näihin kysymyksiin oli moni henkilö jättänyt vastaamatta. Taulukkoon on laadittu erillinen sarake vastauskadolle.

TAULUKKO 4. Ennusteeseen liittyvän tiedon tärkeys

Ennusteeseen liittyvän tiedon merkitys	Tärkeä	Melko tärkeä	Ei lainkaan tärkeä	En osaa sanoa	Kato
Toipumiseen liittyvät asiat	22	0	0	2	6
Hoidon ennuste lääkärin kertomana	21	0	0	3	6
Jatkohoitoon liittyvät asiat	17	2	0	3	8

6.2 Tiedollisen tuen laatu

Tiedollisen tuen laatua mitattiin kyselyssä neljällä eri muuttujalla. Tulokset on esitetty alla olevassa taulukossa (TAULUKKO 5.) Suurin osa kyselyyn vastanneista omaisista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että heidän saamansa tieto oli riittävä. Lähes yksimielisesti vastaajat kokivat, että kysymysten esittämiseen annettiin mahdollisuus. Vastaajat olivat melko erimielisiä siitä, olisiko heillä mahdollisuus osallistua perheenjäsenen hoitoon. Myös vastaukset mahdollisuudesta osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon olivat vaihtelevia. Mahdollisia syitä tähän on pohdittu seuraavassa luvussa.

TAULUKKO 5. Tyytyväisyys tiedon laatuun

TIEDON LAATU	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin erimielistä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Mahdollisuus kysymyksiin	28	1	1	0	0
Tiedon riittävyys	12	13	4	1	0
Mahdollisuus osallistua hoitoon	5	4	6	6	5
Mahdollisuus osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon	5	3	3	5	12

Kyselyssä selvitettiin myös kuinka tärkeää vastaajille oli saada riittävästi tietoa, esittää kysymyksiä, osallistua hoitoon ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Vastaukset on esitetty alla olevassa taulukossa (TAULUKKO 6.) Vastauksista käy ilmi, että kyselyyn osallistuneille olisi ollut tärkeää osallistua hoitoon ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Kun vertaillaan rinnakkain vastauksia omaisten osallistumisen tarpeista (TAULUKKO 6.) ja kuinka tarpeisiin on vastattu (TAULUKKO 5.) havaitaan, että tutkimushenkilöt eivät kokeneet saaneensa osallistua hoitoon ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon yhtä paljon kuin he olisivat vastauksien mukaan halunneet. Suurimmalle osalle vastaajista olisi ollut tärkeää tai melko tärkeää osallistua potilaan hoitoon. Kuitenkin yhteensä yhdeksän vastaajaa oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä ”Minulla oli mahdollisuus osallistua omaiseni hoitoon.” väitteen kanssa.

TAULUKKO 6: Laadukkaan tiedollisen tuen merkitys

TIEDON MERKITYS	Tärkeä	Melko tärkeä	Ei lainkaan tärkeä	En osaa sanoa
Tiedon riittävyys	27	0	0	0
Mahdollisuus kysymyksiin	26	0	0	0
Mahdollisuus osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon	9	5	2	12
Mahdollisuus osallistua hoitoon	9	10	2	5

6.3 Emotionaalinen tuki

Tyytyväisyyttä emotionaalisen tuen sisältöön mittasi seitsemän muuttujaa. Vastaukset on esitetty alla olevassa taulukossa (TAULUKKO 7). Kaikkein tyytyväisimpiä vastaajat olivat hoitajan aktiiviseen läsnäoloon vierailun aikana. Kyselyyn osallistuneet kokivat myös, että heitä oli rohkaistu olemaan yhteydessä osastolle, ja että heillä oli mahdollisuus omien tunteiden ilmaisuun. Kaikkein tyytymättöimpiä omaiset olivat tukiryhmistä saamaansa tietoon. Yksi viidesosa vastaajista oli jokseenkin tai täysin eri mieltä siitä, että heidän oma jaksaminen oli huomioitu.

TAULUKKO 7. Tyytyväisyys emotionaalisen tuen sisältöön

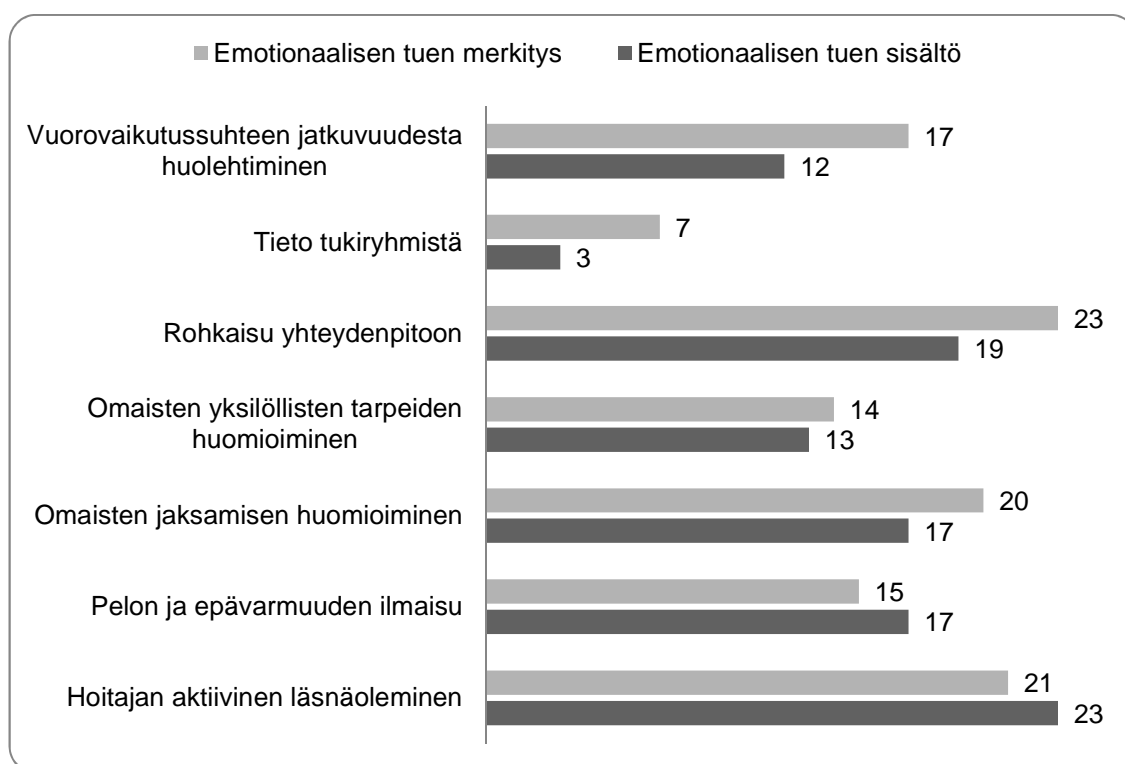
TUEN SISÄLTÖ	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Hoitajan aktiivinen läsnäolo vierailulla	23	6	0	0	0
Rohkaiseminen olemaan yhteydessä osastolle	19	5	3	1	0
Mahdollisuus pelon ja epävarmuuden ilmaisuun	17	2	1	3	5
Omaisten oman jaksamisen huomioiminen	17	4	4	2	1
Omaisten yksilöllisten tarpeiden huomioiminen	13	8	3	2	2
Vuorovaikutussuhteen jatkuvuudesta huolehtiminen	12	5	2	3	6
Tiedon saaminen tukiryhmistä	3	2	4	10	6

Seuraavassa taulukossa (TAULUKKO 8) on havainnollistettu emotionaalisen tuen merkitystä. Tärkeintä vastaajille oli, että heitä rohkaistiin yhteydenpitoon osastolle ja että hoitaja oli aktiivisesti läsnä vierailun aikana.

TAULUKKO 8. Emotionaalisen tuen merkitys

TUEN MERKITYS	Tärkeä	Melko tärkeä	Ei lainkaan tärkeä	En osaa sanoa
Rohkaiseminen olemaan yhteydessä osastolle	23	2	0	0
Hoitajan aktiivinen läsnä oleminen vierailulla	21	4	0	0
Omaisten oman jaksamisen huomioiminen	20	4	0	1
Vuorovaikutussuhteen jatkuvuudesta huolehtiminen	17	1	0	6
Mahdollisuus pelon ja epävarmuuden ilmaisuun	15	3	1	5
Omaisten yksilöllisten tarpeiden huomioiminen	14	8	0	2
Tiedon saaminen tukiryhmistä	7	6	5	6

Seuraavassa kuviossa (KUVIO 2) on vertailtu emotionaalisen tuen antamisen ja emotionaalisen tuen tarpeiden välistä yhteyttä. Kaavion tiedot on saatu vertailemalla Taulukosta 6: Tyytyväisyys emotionaalisen tuen sisältöön vastauksen ”Samaa mieltä” saamia arvoja ja Taulukosta 7: Emotionaalisen tuen merkitys vastauksen ”Tärkeä” saamia arvoja. Kaavio kuvastaa tuen tarpeiden ja tuen antamisen välistä suhdetta.



Kuvio 2: Miten hoitohenkilökunta vastaa omaisten emotionaalisiin tarpeisiin?

6.4 Avoin kysymys

Avoimeen kysymykseen vastasi 23 kyselyyn osallistuneista. Sisällön analyysin tuloksena vastaajien mielipiteet ja huomiot muodostivat kaksi pääkategoriaa omaisten tukeminen ja omaisten antama palaute. Aineistolähtöisen sisällön analyysin vaiheet on esitetty kokonaisuudessaan liitteessä 2.

6.4.1 Pääkategoria: Omaisten tukeminen

Tässä opinnäytetyössä omaisten tukeminen koostui tiedollisesta ja emotionaalisesta tuesta. Tiedollinen tuki koostui ymmärrettävästä ja laadukkaasta tuesta. Lisäksi siihen sisältyi ennusteeseen liittyvä tieto ja lääketieteellinen tieto. Tässä opinnäytetyössä tiedon ymmärrettävyys tarkoitti sitä, että tietoa sai ymmärrettävin termein ja omalla äidinkielellä. Omaisille oli ollut myös tärkeää, että sairaanhoitaja oli osannut huomioida potilaan kouluikäiset lapset tiedon antamisessa ja heidän tukemisessaan. Omaisat olivat saaneet informaatiota selkokielisesti ja kokeneet saaneensa vastaukset kysymyksiinsä.

Muutamit hoitajat ovat olleet erityisen huomioonottavaisia. He osasivat meille omaisille selkokielisesti hoidettavan tilanteesta ja osasivat vastailla kysymyksiimme.

Aineistosta kävi ilmi, että ennusteeseen liittyvä tiedon antaminen oli koettu epäselväksi. Vastausten mukaan lääkärit olivat vaikeasti tavoitettavissa. Lääkärin kanssa keskustelu olisi omaisille tärkeää, koska omaiset saavat tiedon potilaan ennusteesta, hoidon tavoitteista ja potilaan voinnissa tapahtuvista muutoksista ensisijaisesti lääkäriltä. Omaisat olivat kiinnittäneet myös huomioita hoitajien ja lääkäreiden väliseen yhteistyöhön:

Ennuste ja potilaan tila jäi epäselväksi. Miksi hoitaja ja lääkärit eivät ole yksi tiimi? Eri kastisuus.

Tiedon laatuun liittyvää palautetta annettiin siitä, että hoitohenkilökunta ei aina ollut osannut huomioida, millaista tietoa omaisen oli valmis vastaanottamaan, sillä omaiset eivät olleet varmoja, olivatko he saaneet tietoa alkuvaiheen sokissa. Omaisat kokivat myös, että tiedon saannilla ei aina ollut jatkuvuutta. Omai-

set olivat väsyneitä siihen, että potilaasta vastuussa oleva sairaanhoitaja vaihtui niin usein. Omaiset kokivat, että olisi ollut helpompaa puhua tutulle hoitajalle.

Joukossa on monia rohkaisevia ja tsemppaavia hoitajia. Se vaan harmitti, että aina hoitaja vaihtui vaikka oli vuorossa. Yksi hoitaja taisi hoitaa 4:n eri vuoron ajan ja yksi sama x2. Hyvää työtä teette ja hienosti jaatte infoa omaisille.

Toisen yläkategorian tiedollisen tukemisen rinnalle muodosti emotionaalinen tuki. Tässä opinnäytetyössä emotionaalinen tuen tarpeet koostuivat omaisen tunteiden ilmaisun, huojentumisen ja rohkaisun tarpeista. Vastaajat kokivat, että sairaanhoitaja oli ollut heitä kohtaan empaattinen, ystävällinen ja, että hoitajalla oli ymmärrystä omaisen hätää kohtaan. Vastauksien perusteella hoitohenkilökunnan empaattisuus myös auttoi omaisia jaksamaan sairauden kriittisen vaiheen keskellä.

Ihana henkilökunta tekee vierailuista mieluisia ikävissäkin asioissa. Kiitos, että jaksatte.

Emotionaalisen tuen saamiseen liittyivät myös huojentumisen kokemukset. Vastaajat olivat vakuuttuneita siitä, että potilas saa parasta mahdollista hoitoa ja että potilasta hoitaa ammattitaitoinen ja osaava henkilökunta. Vastauksien perusteella kyselyyn osallistuneet myös luottivat potilaan saamaan hoitoon. Viimeisenä emotionaalisen tuen alueena oli omaisen rohkaisun tarve. Omaiset olivat kokeneet saaneensa rohkaisua ja kannustusta potilaan vierellä olemiseen.

6.4.2 Pääkategoria: Omaisten palautteet

Toisen pääkategorian muodostivat omaisten palautteet teho-osastosta. Palautteet koostuivat turvallisuuden ja luottamuksen kokemuksista osastoa kohtaan sekä kiitollisuudesta. Turvallisuuden kokemus muodostui omaisten käsityksistä hoitoympäristöstä ja hoidosta. Omaiset antoivat palautetta vanhanaikaisista ja ahtaista tiloista.

”Suuret risut ahtaista tiloista, eivät ole ajanmukaisia.”

Yleisesti hoitoon omaiset olivat tyytyväisiä. Omaisten luottamusta kuvasti se, että omaiset pitivät hoitohenkilökuntaa ammattitaitoisena. Lisäksi omaiset kokivat hoidon olevan korkeatasoista ja luotettavaa.

”Olette kaikki todella mukavia ja ammattitaitoisia.”

”Hoito on ollut korkeatasoista.”

Suurimmassa osassa palautteista omaiset osoittivat kiitollisuutensa potilaan hoidosta tai saamastaan avusta ja tuesta hoitohenkilökunnalta. Vastauksista välittyi omaisten arvostus sairaanhoitajien työtä kohtaan.

”Olitte suureksi tueksi omaisille. Kiitos! Teette upeaa työtä!”

7 POHDINTA

Tässä osiossa on pohdittu opinnäytetyön eettisyyteen ja luotettavuuteen vaikuttaneita tekijöitä. Opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta on tarkasteltu kriittisesti opinnäytetyön kaikissa työvaiheissa. Lisäksi pohdintaosuus sisältää opinnäytetyön tulosten tarkastelua. Viimeisenä pohditaan opinnäytetyön vaikutusta opinnäytetyöntekijän omaan ammatilliseen kasvuun.

7.1 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön periaatteena oli sen toteuttaminen eettisesti. Yksi keskeinen tutkimusetiikan periaate tässä opinnäytetyössä on ollut, että edistin omalla rehellisellä, avoimella ja huolellisella toiminnallaan opinnäytetyön eettisyyttä (Hirvonen 2006, 31). Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisten ohjeiden mukaisesti on tärkeää, että eettinen näkökulma otetaan huomioon niin aiheen valinnassa, tiedonhaussa, käytännön toteutuksessa, analyysissä, aineiston säilytyksessä kuin julkistamisessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176.)

Aiheen valintaan liittyviä motiiveja oli esimerkiksi motivaationi parantaa omaisten tukemista, kohtaamista ja nähdä aiheen tärkeys myös ennaltaehkäisevässä työssä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön käytännön kehittämistyössä. Tulosten hyödynnettävyys on tutkimusetiikan periaatteena ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176). Myös tiedon haun periaatteena oli eettisyys ja avoimuus, jota on toteutettu merkitsemällä kaikki lähdeviitteet niin, että lukija löytää tarvittaessa alkupe räisen tiedon. Toiminnalla on tarkoitus kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä (Hirvonen 2006, 31). Tutkimustyön eettisyyttä lisää, se että tutkimukselle on anottu tutkimuslupa, koska silloin tutkimusprosessia arvioidaan tarkasti jo sen alkuvaiheessa (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 28). Tälle opinnäytetyölle saatiin tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin operatiivisen tulosyksikön EVO-vastuu lääkäriltä.

Kyselylomakkeen saatesanoissa vastaajalle kerrottiin, miksi tietoa kerätään ja että vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Saatesanoissa ei mainittu sitä, että osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista. Kuitenkin tapa, jolla aineisto kerättiin, mahdollisti vapaaehtoisuuden, koska vastaukset jätettiin käytävällä olevaan lukittuun postilaatikkoon, johon vain osastonhoitajalla oli avain. Vastaajien anonymiteettiä turvasi myös se, että aineiston analysoi tutkimusympäristön ulkopuolinen jäsen. Muutamiin kyselylomakkeisiin vastaaja oli kirjoittanut oman tai hoidossa olevan potilaan nimen, mutta vastauslomakkeet säilytettiin ja hävitettiin asianmukaisesti, joten vastaajien anonymiteetti ei ollut uhattuna.

Opinnäytetyön aineiston keruu toteutettiin sopimuksen mukaisesti ilman, että osallistuinkin siihen. Tutkimukseen osallistuneille ei voitu ilmoittaa, kuka tuloksia tarkastelee, ennen kuin tutkimuslupa oli myönnetty. Kyselylomakkeen saatesanoista ei käynyt ilmi, että vastauksia analysoi joku organisaation ulkopuolinen henkilö. Näin ollen vastaajien päätökseen osallistua kyselytutkimukseen olisi voinut vaikuttaa se, kuka vastauksia analysoi. Tutkittavien ja opinnäytetyöntekijän suhde on siis tässä opinnäytetyössä hieman kyseenalainen. Tutkittavilla pitäisi olla oikeus tietää mihin he osallistuvat (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 28).

Jos vastaajat olisivat tienneet osallistuvansa ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä koskevaan kyselyyn, he olisivat saattaneet vastata avoimemmin, koska he olisivat tienneet oman anonymiteettinsä olevan paremmin turvassa. Tällä asialla on siis vaikutusta myös tulosten luotettavuuteen. Omaiset olisivat saattaneet jättää myös kokonaan vastaamatta, koska laajempaan kuin osaston toimintaa kehittävään kyselyyn osallistuminen olisi voitu nähdä tarpeettomana heidän kannaltaan. Tässä asiassa eettisyyttä olisi voitu parantaa niin, että aineiston keruu olisi aloitettu vasta sitten, kun tutkimuslupa oli myönnetty. Tällöin kyselylomakkeen saatesanoja olisi voitu muokata niin, että omaiselle olisi käynyt ilmi mihin kerättyä tietoa todellisuudessa käytetään.

Myös opinnäytetyön julkistamis- ja raportointivaiheessa otettiin huomioon eettiset periaatteet. Raportointi on toteutettu rehellisesti ja avoimesti. Pyrin tarkastelemaan tuloksia mahdollisimman objektiivisesti. Opinnäytetyön raportissa vas-

taajien tunnistettavuus minimoitiin sillä, ettei raportissa mainittu vastaajien eikä potilaiden nimiä. Sen lisäksi tutkimusympäristön kuvaus on käsitelty yleisellä tasolla.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Kriittinen luotettavuuden pohtiminen on tärkeää, sillä tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat aina, kun tutkimustyötä tehdään, siitä huolimatta, että virheiden syntymistä pyritään välttämään (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2005, 216). Luotettavuuden arviointi kohdentuu muun muassa opinnäytetyön tarkoitukseen, asetelmaan, otoksen valintaan, analyysiin, tulkintaan, refleksiivisyyteen, eettisiin näkökulmiin ja relevanssiin (Kankkunen & Vehviäinen-Julkunen 2009, 166).

Yksi luotettavuutta edistävä tekijä oli se, että olin innostunut aihealueesta ja motivoitunut opinnäytetyöprosessiin. Teoreettista viitekehystä laadittaessa luotettavuuteen vaikuttavia väärinymmärryksiä on saattanut tapahtua esimerkiksi englanninkielisten tutkimusartikkeleiden tulkinnassa. Tiedonhakuun käytettiin luotettavia tietokantoja ja tietoa haettiin monipuolisesti. Opinnäytetyön teoreettisen viitekehysten luotettavuutta olisi voitu parantaa hyödyntämällä esimerkiksi tiedonhaussa kirjaston informaatikon palveluita. Luotettavuuden kannalta haasteita loi se, että en ollut mukana kyselylomakkeen laatimisessa. Väärinymmärrysten riski pyrittiin kuitenkin minimoimaan sillä, että minulla oli mahdollisuus ottaa yhteyttä lomakkeen laatijaan.

Tämän luontoisissa palautekyselyissä riskinä luotettavuudelle saattaa olla se, että tutkimuksesta jää ulkopuolelle kaikkein tyytymättömimmät, ne joilla saattaisi olla arvokasta tietoa hoitotyön kehittämiseksi (Kankkunen & Vehviäinen 2009, 158; 179.) Aluksi, kun aineistonkeruulomakkeet olivat esillä osaston käytävällä, saattoivat vastaajiksi valikoitua ainoastaan ne, jotka olivat erittäin tyytyväisiä tai erittäin tyytymättömiä. Tämäkin yritettiin ottaa huomioon, kun aineiston keruuta tehostettiin ja kyselylomake jaettiin automaattisesti potilaiden omaisille.

Tulosten luotettavuutta heikensi se, että tutkimuksen kohderyhmän määrittely jäi liian suppeaksi. Nyt kohderyhmä määriteltiin koskemaan tehohoidossa olevien potilaiden omaisia tutkimusaikana. Avoimen tilan vastauksista kävi ilmi, että omaiset olivat vastanneet kyselyyn erilaisissa tilanteissa ja hoidon eri vaiheissa. Osa lomakkeista oli jätetty hoidon kriittisimmässä vaiheessa, kun taas toisessa ääripäässä yksi vastauslomake oli lähetetty postitse osastolle viikkoja tehohoidon päättymisen jälkeen. Vastaajien joukossa on ollut myös lapsipotilaiden vanhempia. Tulosten keskinäisen vertailukelpoisuuden kannalta olisi ollut tärkeää, että tietoa olisi saatu jäsennetympin muun muassa rajaamalla tutkimuksen kohderyhmä huolellisemmin. Rajatumpi kohderyhmä olisi voinut olla esimerkiksi: omaisten kokemukset tiedollisesta tuesta kolmen hoitovuorokauden jälkeen.

Tämän opinnäytetyön aineistonkeruulomakkeessa ei kysytty vastaajien sukupuolta tai ikää. Kyselylomakkeesta oli jätetty ne tietoisesti pois. Näin ollen aineiston analysointia ajatellen kyselystä puuttuivat riippumattomat muuttujat. Riippumattomat muuttujat, kuten esimerkiksi ikä, sukupuoli tai koulutustausta, olisivat voineet olla hyödyllisiä, koska niiden kautta olisi voitu saada mielenkiintoista lisätietoa. Olisi ollut myös hyödyllistä tietää kauanko potilas on ollut tehohoidossa, ja oliko sairaalaan tulo suunniteltu vai päivystyksellinen, sillä Baileyn ym. (2010, 120) ja Varjuksen (2000, 27) mukaan etukäteen saatu tieto mahdollisesta tehohoitojaksosta muuttaa omaisten tiedon tarpeita.

Luotettavuutta arvioitaessa on tarkasteltava, onko kyselylomakkeella mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Tähän vaikuttaa, kuinka hyvin teoreettiset käsitteet on pystytty muotoilemaan muuttujiksi ja kuinka kattava mittari on. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152–153.) Yksi luotettavuutta heikentävä tekijä on se, että kyselylomake oli suunniteltu palautteen keräämistä varten, siksi lomake oli sisällöltään laaja. Kuitenkin vastaajan kannalta lomake saattoi olla rakenteeltaan monimutkainen. Lisäksi siinä oli vaikeasti ymmärrettäviä väittämiä, mikä heijastui vastaamatta jättämisenä tai runsaina ”En osaa sanoa” vastauksina. Esimerkiksi kysymys mahdollisuudesta hoitoa koskevaan päätöksen tekoon sai 12 kappaletta ”En osaa sanoa” vastausta, mikä tässä otoksessa on huomattava osa. Lisäksi kyselylomakkeen kysymysryhmien otsikointi ja vastausvaihtoehdot olivat hieman ristiriitaisia, mikä jättikin tulkinnan

varaa tuloksien tarkasteluun. Vastaajien määrä jäi tilastollisesti liian pieneksi. Kuitenkin opinnäytetyön keskeiset tulokset ovat yhteneväisiä aiempien tutkimusten kanssa, jota voidaankin pitää Kankkusen ja Vehväläinen-Julkusen (2009, 166) mukaan luotettavuutta parantavana tekijänä.

7.3 Tulosten pohdinta ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tulosten niin kuin aikaisempienkin tutkimusten (Verhaeghe ym. 2005, Pontinkara 2004) mukaan omaisten tiedon tarve on merkittävässä asemassa perheenjäsenen ollessa tehohoidossa. Tässä opinnäytetyössä omaiset kokivat, että he olivat saaneet riittävästi tietoa. Erityisesti potilaan päivittäiseen vointiin liittyvistä asioista, kuten kokonaisvoinnista, tutkimuksista ja hoito-toimenpiteistä, oli tutkimusympäristössä osattu tiedottaa omaisia hyvin. Myös tehohoitoa koskevissa kysymyksissä hoitohenkilökunnan tiedon antamiseen omaiset olivat tyytyväisiä. Yllättävää oli se, kuinka vähän kirjallista materiaalia oli käytetty omaisten ohjauksen tukena. Tiedon antamisessa olisi muistettava, että omaiset käyvät läpi jonkin asteisen shokki reaktion, jolloin muun muassa tiedon vastaanottokyky on huono. Siksi kirjallisen materiaalin käyttö ohjauksessa voisi olla hyödyllistä, jotta omaisen olisi helpompi myöhemmin kerrata saamaansa tietoa.

Ennusteeseen liittyvä tiedon antaminen näyttäytyi opinnäytetyön tuloksissa melko hajanaisena. Omaisten kokemusten mukaan potilaan hoidon ennuste ja tavoitteet jäivät epäselviksi. Tätä ilmiötä voi selittää tuloksista esiin noussut omaisten kokemus siitä, että lääkärit olivat vaikeasti tavoitettavissa. Lisäksi aiempien tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta arvioi kertovansa potilaan ennusteesta omaisille vain harvoin (Coco ym. 2007, 209). Hoidon ennusteesta ja siinä tapahtuvista muutoksista tiedottaminen nähdään ensisijaisesti lääkärin tehtäväksi (Veraeghe ym. 2007; Coco ym. 2007; Pontinkara 2004). Olisi tärkeää, että lääkärin ja sairaanhoitajan tiedon antaminen olisi yhtenäistä ja että se tapahtuisi yhteistyössä. Tällöin omaisen ei saisi ristiriitaista tietoa ja voisi hahmottaa tilanteen kokonaisvaltaisemmin.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan omaiset kokivat raskaana, että potilasta hoitava sairaanhoitaja vaihtui niin usein. Tulos on myös yhteneväinen Baileyn ym.(2009) tutkimuksen kanssa. Omaiset kokivat, että puhuminen jo tutulle hoitajalle olisi helpompaa. Omaisten kannalta olisi tärkeää, että omahoitaja käytäntö olisi käytössä teho-osastoilla ja, että sen toteutumista kehitettäisiin. Omahoitajuus mahdollistaisi omaisen ja hoitajan luottamuksellisen yhteistyö suhteen syntymisen, joka palvelisi myös omaisen tarpeita ja selviytymistä. Hoitajien vaihtuessa usein, tulisi erityisesti kiinnittää huomiota myös kirjaamiskäytäntöihin. Tiedon antamisen tulisi olla suunnitelmallista ja tiedon saannin jatkuvuus tulisi turvata.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan pitää lähinnä suuntaa-antavina hoitotyön käytännölle, kun kehittämistyötä suunnitellaan. Suuria johtopäätöksiä tuloksista ei voida vetää, koska aineiston keruu prosessissa on tekijöitä, jotka heikentävät opinnäytetyön tulosten validiteettia. Opinnäytetyön tulokset antavat kuitenkin ideoita siihen, mitä asioita kannattaisi tutkia yksityiskohtaisemmin.

Teho-osastoille voisi kehittää tutkimustyön kautta tiedon antamiseen tarkoitetun ”Chek-list” eli tarkastuslista tyyppisen työvälineen. Tiedollisen tuen tarkastuslistaan voitaisiin luetella eri tiedon osa-alueet, joista omaiset tarvitsevat tietoa. ”Check-list” voisi sisältää konkreettisen tiedon antamisen suunnitelman suhteutettuna kriisin eri vaiheisiin. Sen lisäksi hoitajalla olisi mahdollisuus kirjata tarkastuslistaan havaintojaan tiedon antamisen tilanteesta ja omaisen tiedon vastaanottokyvystä. Tiedollisen tuen ”Check-list” voisi edistää suunnitelmallista ja johdonmukaista tiedon antamista sekä turvata tiedon saannin jatkuvuutta.

Mielenkiintoisia jatkotutkimus aiheita olisi tutkimus sekä omaisten että, hoitajien kokemuksista ennusteeseen liittyvän tiedon antamisesta. Olisi hyödyllistä saada jäsennettyä tietoa siitä, missä asioissa ja minkälaisissa tilanteissa ennusteesta ja hoitolinjasta annettu tieto on laadukasta ja missä kehittämisen varaa. Myös omaisten näkemyksiä ja kokemuksia hoitoon osallistumisesta ja hoitoa koskevasta päätöksen teosta olisi hyödyllistä selvittää. Yksi tarvealue, jota tässä opinnäytetyössä ei tutkittu, olivat hengelliset tarpeet. Omaisten hengellisiä tar-

peita olisi hyvä kartoittaa tutkimustyön avulla, sillä uskonnolliselle ihmiselle hengellisyys voi olla merkittävä voimavara kriisin keskellä. Tieto voisi auttaa hoitohenkilökuntaa tunnistamaan ja kohtaamaan omaisten sekä potilaiden hengellisiä tarpeita. Tieto edesauttaisi myös asenteiden muokkausta hengellisten tarpeiden huomiointia kohtaan.

7.4 Opinnäytetyöprosessin merkitys ammatilliselle kasvulle

Opinnäytetyön tärkein lähtökohta oli se, että aihe oli mielenkiintoinen. Motivatiota lisäsi oma kiinnostukseni tehohoitotyötä ihmisten, tässä tapauksessa omaisten, kokonaisvaltaista auttamista kohtaan. Mitä enemmän perehdyin aiheesta aiemmin tehtyihin tutkimuksiin, sitä vakuuttuneempi olin, että aihe oli tärkeä. Opinnäytetyöprosessi antoi paljon teoretietoa tehohoitotyöstä ja omaisten tarpeista, mitä voin tulevaisuudessa hyödyntää työelämässäkin. Tulen varmasti kiinnittämään sairaanhoitajan työssä enemmän huomioita omaisten tiedollisiin, emotionaalisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin.

Opinnäytetyöprosessi opetti myös määrällisen ja laadullisen tutkimuksenteon perusteita. Opinnäytetyön teoreettisten lähtökohtien sekä kyselytutkimuksen tulosten käsittely opetti analyyttistä ja kriittistä ajattelutapaa, jota tarvitaan jatkuvasti kehittyvällä terveysalalla. Tiedon hankkiminen ja kriittinen arviointi ja soveltaminen ovat myös osa sairaanhoitajan yleisiä osaamisvaatimuksia, mikä on osa kehittämistoiminnan osaamista.

Opinnäytetyön tekeminen yksilötyönä oli haastavaa, mutta palkitsevaa. Välillä olisin kaivannut opinnäytetyön tekoon paria, jonka kanssa vaihtaa ajatuksia ja mielipiteitä. Silloin korostuivat myös opinnäytetyön ryhmä- ja yksilöohjauksen tärkeys. Toisaalta taas opinnäytetyön toteutus yksilötyönä opetti paljon. Määrittelin itse tavoitteeni opinnäytetyön suhteen ja tein töitä niiden toteutumisen eteen. Opinnäytetyöprosessin myötä opin pitkäjänteistä työskentelyä, ajankäytön hallintaa ja itseni johtamista. Opinnäytetyön teko on vahvistanut ammatillista osaamistani omaisten auttamisessa. Tiedollisen tuen tarpeet omaisilla ovat yhtä

keskeisessä asemassa, olipa potilas sitten teho-osastolla tai tavallisella vuodeosastolla. Läheisen ihmisen sairastuminen järkyttää aina, eikä omaiset välttämättä osaa suhtautua asiaan. Sairaanhoidajan pitäisi tunnistaa omaisessa traumaattisen kriisin oireet ja ohjata toimintaansa sen mukaan. On myös muistettava, ettei potilasta voida hoitaa irrallaan hänen elämäntilanteestaan ja läheisistään. Siksi omaisten tukeminen on osa kokonaisvaltaista hoitotyötä.

LÄHTEET

- Ala-Kokko, Tero; Perttilä, Juha; Pettilä, Ville & Ruokonen, Esko 2010. Tehohoitto-opas. 3. painos. Helsinki: Duodecim.
- Bailey, Joanna J.; Sabbagh, Melanie; Loiselle, Carmen G.; Boileau, Johanne & McVey, Lynne 2009. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26. Elsevier Ltd, 114–122
- Chien, Wai-Tong; Chiu, Y.L.; Lam, Lai-Wah & Ip, Wan-Yim 2006. Effects of a needs-based education programme for family carers with relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 43. Elsevier Ltd, 39–50
- Coco, Kirsi; Turunen, Hannele; Sillanpää, Kirsi & Juvela, Seppo 2007. Nuorten monivammapotilaiden omaisten tiedollinen tukeminen – kysely yliopistosairaaloiden hoitotyöntekijöille. *Hoitotiede* 19, 4/2007, 202–211.
- Engström, Åsa & Söderberg, Siv 2007. Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill. *Journal of Advanced Nursing*. Volume. 59. 6/2007, 569–576
- Hanhirova, Marjaana & Aalto, Kirsi. Ihmisen hengelliset tarpeet. Kirsi Aalto & Raili Gothóni (toim.) *Ihmisen lähellä – hengellisyys hoitotyössä*. Helsinki: Kirjapaja. 9–23.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko; Sajavaara, Paula 2005. Tutki ja kirjoita. 11.painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Hirvonen, Ari 2006. Eettisesti hyvä tutkimus. Jaana Hallamaa, Veikko Launis, Salla Lötjönen & Irma Sorvali (toim.) *Etiikkaa ihmistieteille*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. 31–49.
- Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2003. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. *Hermoston sairauksia sairastavien hoitotyö*. Helsinki: WSOY. 292–345.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

- Karvinen, Ikali 2006. Sairaanhoidajien kuvaus hengellisestä hoitotyöstä monikulttuuristen potilaiden hoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu-työ.
- Kassara, Heidi; Paloposki, Sanna; Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Lipponen, Vappu; Ketola, Marja-Leena & Hietanen Helvi 2004. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY
- Koponen, Leena; Mattila, Lea-Riitta & Häggman-Laitila, Arja 2008. Perheenjäsenen tehohoito omaisen näkökulmasta – katsaus hoitotieteelliseen tutkimustietoon. Hoitotiede Vol. 20, 1/2008, 3–13.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Lääketieteen termit 1997. Duodecimin selittävä suursanakirja. Helsinki: Duodecim.
- Neurokirurgia.fi 2008. HYKS:n neurokirurgian klinikan sähköinen opetusmateriaali. Saatavilla osoitteesta:
<http://www.neurokirurgia.fi/fi/opetusmateriaali/?id=3>
- Neurokirurgian klinikka. 2005. Aisti ja ajattele. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Esite.
- Niemelä, Pauli 2002. Diakonia ja ihmiskäsitys. Riitta Helosvuori, Esko Koskenvesa, Pauli Niemelä & Juhani Veikkola (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja Oy. 87–103.
- Olsen, Kristin Dahle; Dysvik, Elin ja Hansen, Britt Sætre 2009. The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study. Intensive and Critical Care Nursing, 25. Elsevier Ltd, 190–198.
- Palomäki, Heikki; Öhman, Juha & Koskinen, Sanna 2001. Aivovammat. Seppo Soinila, Markku Kaste, Jyrki Launes & Hannu Somer(toim.) Neurokirurgia. Helsinki: Duodecim
- Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY.
- Ponkala, Outi 2000. Tehohoitohenkilökunta omaisten tarpeiden huomioon ottajana. Teoksessa Mäkelä, Merja; Suominen, Tarja & Leino-Kilpi, Helena (toim.). Tehohoitotyön tutkimus –tehohoitopotilaan ja –hoitajan parhaaksi. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:27/2000.

- Ponkala, Outi; Suominen, Tarja & Leino-Kilpi, Helena 1996. Tehohoitohenkilökunta aikuispotilaan omaisten tarpeiden huomioijana. *Hoitotiede* 8. 2/1996, 87–96.
- Pontinkara, Heli 2004. Auttava kanssakäyminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Pulkkinen, Satu & Vesanen, Päivi 2010. Traumaattinen kriisi. Sairaanhoidajan käsikirja. Sairaanhoidajan tietokannat. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla osoitteesta www.terveysportti.fi
- Pyykkö, Anita 2004. Tehohoitotyön mallin kehittäminen ja arviointi. Oulun yliopisto. Oulu: Yliopistopaino.
- Saastamoinen, Tiia; Lehtomäki, Kaarina & Ruohomäki, Heikki 2010. Neurologisen potilaan hoito. Kaarola, Anne; Larmila, Maarit; Lundgrén-Laine, Heljä; Pyykkö, Anita; Rantalainen, Terhi & Ritmala-Castrén, Marita (toim.) Teho- ja valvontahoitotyön opas. Akuuttihoidon tietokannat. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla osoitteesta: www.terveysportti.fi
- Seppänen, Jukka 2010. Psykkisiin kriiseihin liittyvä hengellinen tuki ja sielunhoito. Diakonian tutkimuksen seura. *Diakonian tutkimus* 1/2010, 65–75.
- Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastotoiminta ja päiväkirurgia 2009. Terveys 2010. Tilastoraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Saatavilla osoitteesta: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr34_10.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Mielenterveys ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotuksen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Saatavilla osoitteesta: <http://info.stakes.fi/mielijapaihde/FI/suunnitelma/index.htm>
- Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997. *Tehohoitolehti* 15/1997, 165–172. Saatavilla myös osoitteesta: <http://www.sthy.fi/infot/eettiset.pdf>
- Tilastokeskus 2008. Yleisimmät kuolemansyyt ikäryhmittäin. Saatavilla osoitteesta: http://www.ktl.fi/portal/suomi/yhteistyoprojektit/tapaturmat/tapaturmat_lukuina/kuolemansyyt_2008/

- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki. Tammi.
- Varjus, Sirkka-Liisa 2000. Katsaus kotimaiseen tehohoitotyöhön kohdistuneeseen tutkimukseen. Teoksessa Tehohoitotyön tutkimus – tehohoitopotilaan ja –hoitajan parhaaksi. Toim. Mäkelä, Merja; Suominen, Tarja & Leino-Kilpi, Helena. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:27/2000, 17–38.
- Verhaeghe, Sofie; Defloor, Tom; Van Zuuren, Florence; Duijnste, Mia & Gryndonck Mieke. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of literature. Journal of Clinical Nursing. Volume 14. 4/2005, 501–509.

LIITE 1: Kyselylomake

Omaiskysely Neurokirurgian tehovalvontaosastolla !

Tervetuloa vastaamaan kyselyymme, vastausten avulla pyrimme kehittämään omaisten saamaa tiedollista tukea tehovalvontaosastollamme !

Haluamme kehittää osastomme toimintaa taataksemme potilaalle parhaan mahdollisen hoidon.

Yksilöllisessä hoitotyössä on tärkeää huomioida potilaan omaiset ja olemme kiinnostuneita juuri teidän mielipiteistänne osastomme hoitokäytännöistä.

Keräämme palautetta omaisista ja käsittelemme tiedot luottamuksellisesti. Kyselyn voi palauttaa käytävällä olevaan palautuslaatikkoon nimettömänä.

KIITOS VASTAUKSESTANNE !

Arvionne saamastanne tiedon sisällöstä!

[illegible]

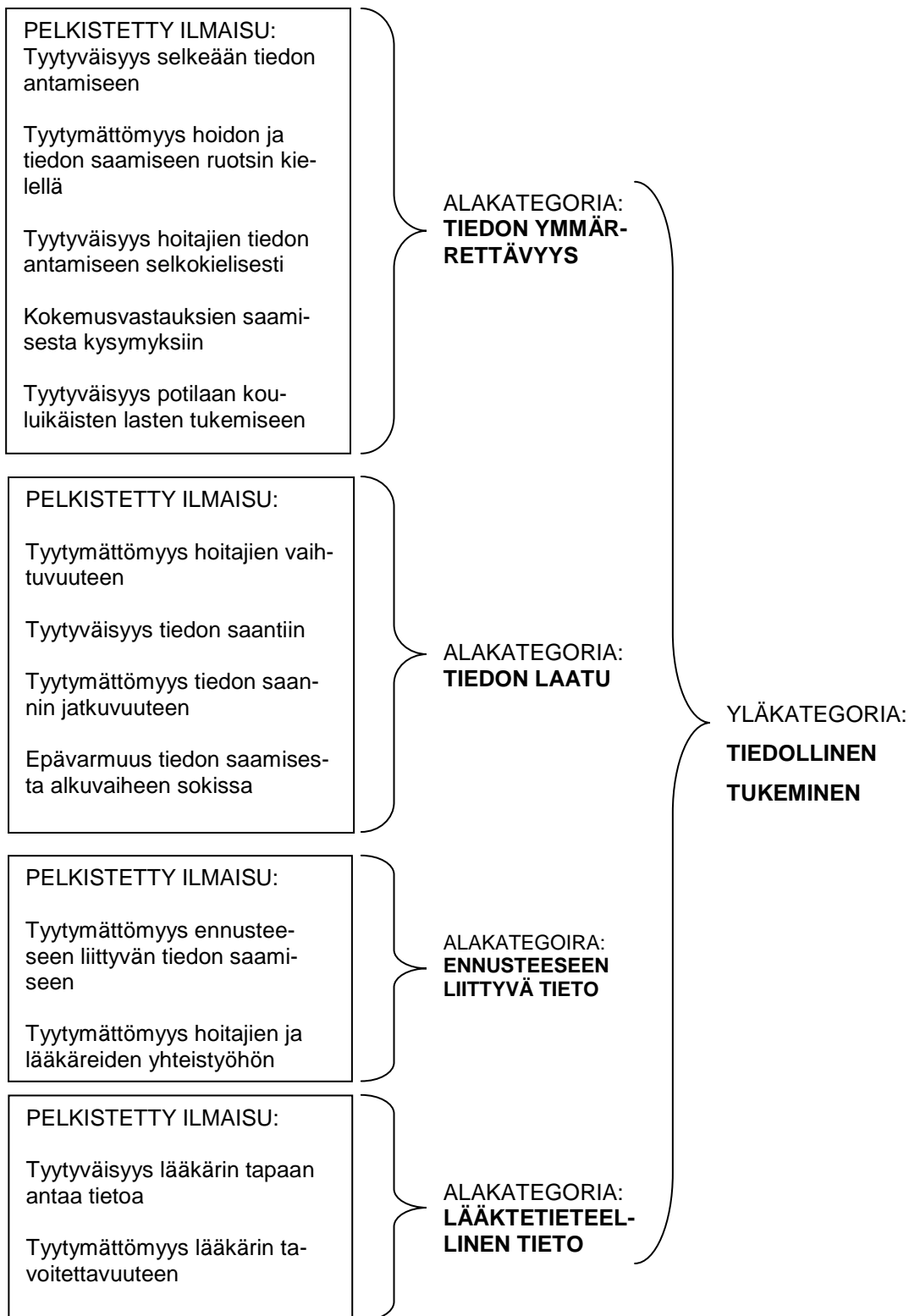
Arvionne saamastanne emotionaalista tukea!

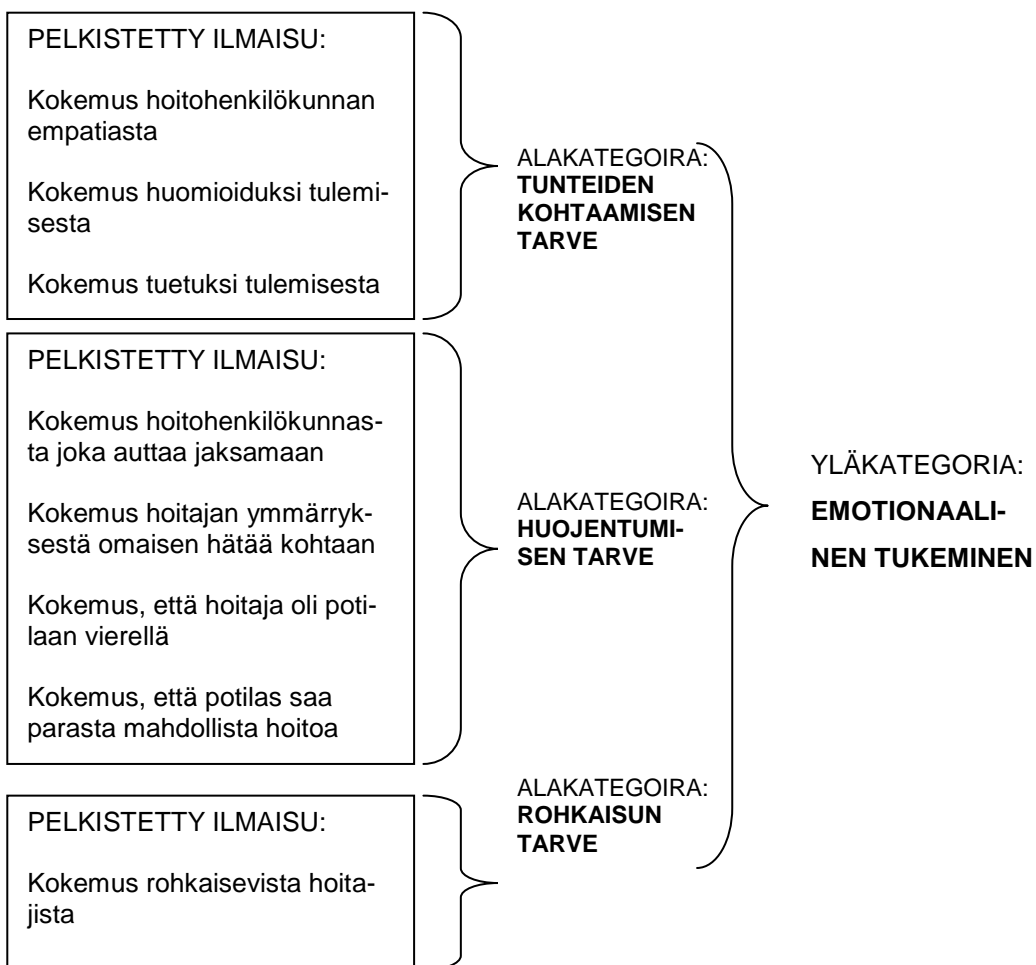
	Tyytyväisyys saamaanne emotionaaliseen tukeen					Tuen merkitys teille omaisena		
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	Tärkeä	Melko tärkeä	Ei lainkaan tärkeä
Omaisten oma jaksaminen huomioitiin	()	()	()	()	()	()	()	()
Annettiin mahdollisuus pelon ja epävarmuuden tunteiden ilmaisuun ?	()	()	()	()	()	()	()	()
Omaisten yksilölliset tarpeet huomioitiin	()	()	()	()	()	()	()	()
Hoitaja oli vierailulla aktiivisesti läsnä	()	()	()	()	()	()	()	()
Vuorovaikutussuhteen jatkuvuudesta pidettiin huolta	()	()	()	()	()	()	()	()
Sain tietoa tukiryhmistä, esim. kriisiapu	()	()	()	()	()	()	()	()
Omaisia rohkaistiin olemaan yhteydessä osastolle	()	()	()	()	()	()	()	()

Jos haluatte vielä antaa kirjallista palautetta osaston henkilökunnalle niin alla olevaan tilaan voitte kirjoittaa vapaasti mielipiteitänne ?

Ruusuja ja risuja :

LIITE 2: Aineistolähtöinen sisällön analyysi

PÄÄKATEGORIA: **OMAISTEN TUKEMINEN**

PÄÄKATEGORIA: **OMAISTEN TUKEMINEN**

PÄÄKATEGORIA: **OMAISTEN PALAUTTEET**