

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Anneli Sunttila

Tehohoidon psyykkiset vaikutukset potilaaseen ja hoitotyön auttamiskeinot – systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tiivistelmä

Anneli Sunttila

Tehohoidon psyykkiset vaikutukset potilaaseen ja hoitotyön auttamiskeinot – systemaattinen kirjallisuuskatsaus, 42 sivua

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2013

Ohjaaja: yliopettaja Päivi Löfman, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia tehohoidosta, tehohoidon psyykkisiä vaikutuksia potilaaseen ja hoitotyön auttamiskeinoja potilaiden toipumisen tukemiseen.

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhaku suoritettiin vuoden 2013 elokuun ja lokakuun välisenä aikana käyttäen Saimaan ammattikorkeakoulun Nelli-tiedonhakuportaalia. Käytettyjä tietokantoja olivat DOAJ, EBSCO, OVID ja ScienceDirect. Lopulliseksi hakutulokseksi muodostui 13 englanninkielistä artikkelia, jotka on julkaistu vuosina 2004–2013.

Lähdeaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Saatujen tulosten mukaan tehohoidolla on hyvin moninaisia vaikutuksia potilaaseen. Teho-osasto hoitoympäristönä koettiin intensiivisenä, meluisana ja ahdistavana. Toiset potilaat kokivat hoitotyössä käytetyn teknologian pelottavana ja riippuvuuden tunnetta lisäävänä, toiset kokivat sen kasvattavan turvallisuuden tunnetta. Hoitojakson aikaiset hallusinaatiot, painajaiset ja todellisuudentajun menetys olivat yleisiä. Surullisuus, itkuisuus, kauhu, hermostuneisuus, tuska ja ahdinko olivat muutamia potilaiden tehohoidon aikana läpikäymiä tunteita.

Tehohoitojakson jälkeen potilaat kärsivät painajaisista ja univaikeuksista. Toisille ilmaantui muistiongelmia. Potilaat kärsivät myös mielialanvaihteluista ja traumaattiset muistikuvat tehohoitojaksosta aiheuttivat ahdistusta. Monet kokivat identiteettinsä muuttuneen tehohoitojakson jälkeen. Tehohoidon jälkeiseen PTSD-oireiden, ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden syntyyn vaikuttivat muun muassa nuori ikä, naissukupuoli, epämiellyttävät ja traumaattiset muistikuvat tehohoitojaksosta sekä pitkä hoitojakso, sedaatio ja mekaaninen ventilaatio.

Potilaan toipumista tukevia hoitotyön auttamiskeinoja olivat muun muassa hoitajan aito kiinnostus potilaan hyvinvoinnista, turvallisen hoitoympäristön luominen ja toimiva kommunikointi. Lisäksi potilaspäiväkirjan käyttö ja vierailu teho-osastolla kotiuttamisen jälkeen edesauttavat potilaan toipumista.

Opinnäytetyön tulokset tarjoavat potilaan näkökulman tehohoidosta sekä hoitohenkilökunnalle auttamiskeinoja potilaan tukemiseksi, mistä olisi hyötyä käytännön työelämässä. Tulevaisuudessa aiheesta tarvittaisiin lisää kotimaisia tutkimuksia.

Asiasanat: tehohoito, teho-osasto, hoitoympäristö, psyykkiset vaikutukset, auttamiskeinot, systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Abstract

Anneli Sunttila

Psychological Effects of Intensive Care and Nursing Interventions to Support Patient Recovery – a Literature Review, 42 pages

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Bachelor's Thesis 2013

Instructor: Principal Lecturer Päivi Löfman, Saimaa University of Applied Sciences

The purpose of this thesis was to examine the psychological effects that intensive care has on patients and some of the nursing interventions that are available to support the recovery of the patients after intensive care.

The study was carried out as a systematic literature review. The data was collected in August and September 2013 via Saimaa University of Applied Sciences Nelli-information portal, using DOAJ, EBSCO, OVID, and ScienceDirect databases. Thirteen articles written in English and published in between 2004 and 2013 were chosen for the review.

The results of the study show that intensive care has multiple effects on patients. The intensive care unit (ICU) was experienced as a noisy and distressing place. For some, the technology used in patient care intensified the feelings of distress, fear, and dependence. Others felt more secure in the presence of technology. Hallucinations, nightmares, and an inability to distinguish reality and time were common during the intensive care. Patients went through a series of emotions from sadness, horror, and distress to irritation and embarrassment.

After the intensive care experience, the patients continued to have difficulties sleeping, mostly due to ongoing nightmares. Some had developed memory issues that had significant effects on their daily life. Mood swings were common and traumatic memories of the ICU caused distress. Many suffered from PTSD-symptoms, anxiety, and depression. Some factors that increased the risk of these symptoms were young age, female gender, unpleasant and traumatic memories of intensive care, and longer intensive care period, sedation, and mechanical ventilation.

Nurses' genuine interest in the patients' wellbeing was most appreciated by the patients. Effective communication and the ability to create an environment that felt safe were some of the interventions mentioned to support patient recovery. In addition, a patient diary and a return visit to the ICU had been proven to be effective interventions.

The results of this thesis offer some insight into patients' experience of intensive care and how it affects their life after discharge. Together with mentioned nursing interventions, this information is very useful in nursing practice. In the future, additional Finnish research covering the same subject is needed.

Keywords: Intensive care, Intensive care unit, Psychological effects, Nursing interventions, Systematic literature review

Sisältö

1 Johdanto.....	5
2 Tehohoito	6
2.1 Tehohoidon historiaa	6
2.2 Tehohoito nykypäivänä.....	7
3 Tehohoidon ja tehohoitoympäristön vaikutukset potilaaseen.....	8
3.1 Teho-osasto hoitoympäristönä	8
3.2 Tehohoidon vaikutukset potilaaseen	9
4 Tehohoitotyön auttamiskeinot	11
5 Opinnäytetyön tavoitteet.....	12
6 Opinnäytetyön toteutus	13
6.1 Kirjallisuuskatsauksen suunnittelu	13
6.2 Tiedonhakuprosessi.....	14
6.3 Analysointi	17
7 Tulokset.....	18
7.1 Potilaiden kokemuksia tehohoidosta	18
7.1.1 Teho-osasto hoitoympäristönä.....	19
7.1.2 Hoitohenkilökunta.....	19
7.1.3 Hoitotoimenpiteet	20
7.1.4 Teknologia.....	21
7.1.5 Kommunikaatiovaikeudet	22
7.1.6 Kuoleman pelko	22
7.1.7 Hallusinaatiot ja unet.....	23
7.1.8 Todellisuudentajun ja ajantajun häiriöt.....	23
7.1.9 Psykkiset ja fyysiset tuntemukset.....	24
7.2 Tehohoidon vaikutukset potilaiden hoitajakson jälkeiseen elämään	25
7.2.1 Traumaattiset muistikuvat	25
7.2.2 Univaikeudet	26
7.2.3 Muistiongelmien	27
7.2.4 Identiteetin menettäminen.....	27
7.2.5 Mielialanvaihtelut ja negatiiviset tunteet.....	28
7.3 Tehohoitoon liittyvän psyykkisen oireilun esiintyvyys ja vaikuttavat tekijät	28
7.3.1 Posttraumaattisen stressioireyhtymän esiintyvyys ja vaikuttavat tekijät	29
7.3.2 Ahdistuneisuushäiriön ja masentuneisuuden esiintyvyys ja vaikuttavat tekijät.....	30
7.4 Hoitotyön auttamiskeinot	31
7.4.1 Auttamiskeinot potilaan näkökulmasta.....	32
7.4.2 Hoitajien käyttämiä auttamiskeinoja unenlaadun parantamiseksi.....	32
7.4.3 Potilaspäiväkirjan käyttö tehohoidossa	33
7.4.4 Vierailu teho-osastolla kotiutumisen jälkeen	35
8 Pohdinta	35
8.1 Eettisyys ja luotettavuus	36
8.2 Opinnäytetyöprosessi ja oma oppiminen.....	37
8.3 Jatkotutkimusaiheet	38
Lähteet	39

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tehohoidon psyykkisiä vaikutuksia aikuiseen potilaaseen: kuinka potilaat kokevat hoitoympäristön ja hoitojakson aikaiset tapahtumat, kuinka nämä kokemukset vaikuttavat potilaan toipumiseen ja tehohoidon jälkeiseen elämään, minkälaisia psyykkisiä oireiluja tehohoitopotilaat kokevat, kuinka yleistä psyykkinen oireilu on, ja mitkä ovat hoitohenkilökunnan auttamiskeinot potilaan toipumisen tukemiseen.

Tehohoitojakson läpikäyneet potilaat kokevat usein elämänlaatunsa pitkään heikommaksi muuhun väestöön verrattuna. Tämä pitää paikkaansa etenkin äkinäisesti sairastuneiden kohdalla. (Meriläinen 2012, s. 34–35.) Tehohoidon psyykkiset vaikutukset potilaaseen ovat hyvin moninaisia, ja tehohoitojakson aikaiset kokemukset voivat jättää pysyvätkin jäljet potilaan hoitojakson jälkeiseen elämään. Tehohoidon jälkeisen vuoden aikana potilailla on todettu muun muassa muuttuneen kehonkuvan ja huonontuneen fyysisen kunnon aiheuttamia psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Tämän lisäksi heillä on myös masennustai-pumusta sekä erilaisia psykosomaattisia oireita, kuten unettomuutta, väsymystä, painajaisia, ahdistusta, paniikkikohtauksia, ruoansulatuskanavan toimintaongelmia, sydänoireita sekä keskittymishäiriöitä. (Kaarola 2010, 32–33.)

Opinnäytetyössäni tarkastelen aihetta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kautta. Aiheesta on melko paljon englanninkielistä kansainvälistä tietoa, mutta suomenkielisiä artikkeleita ja tutkimuksia on niukasti. Theseus-tietokannasta löytyy kohtalaisen paljon tehohoitoon liittyviä ammattikorkeakouluopiskelijoiden kirjoittamia opinnäytetöitä, joita ovat tehneet muun muassa Romppainen & Lillbacka (2012), Honkonen & Lipsanen (2012) ja Vartiainen (2012). Vaikuttaa kuitenkin siltä, että tehohoidon psyykkisiä vaikutuksia käsittelevää kirjallisuuskatsausta ei ole tehty.

Koska tehohoitoon liittyy erittäin paljon käytännön hoitotaitojen sekä kliinisen tiedon hallintaa, jää potilaan psyykkinen puoli helposti hoitohenkilökunnalta vähemmälle huomiolle. Toivonkin opinnäytetyölläni tarjoavani aiheesta kiinnostuneille sekä tehohoitotyötä tekeville tiiviin ja ajantasolla olevan tietopaketin, joka antaisi kokonaisvaltaisen näkökulman tehohoitopotilaan hoitamiseen ja tukemi-

seen. Toivon myös työni tukevan omaa ammatillista kasvuani ja antavan itselleni paremmat valmiudet työhöni sairaanhoitajana.

2 Tehohoito

Tehohoidon tarkoituksena on estää vaikeasti sairaiden potilaiden hengenvaara tarkkailemalla potilasta keskeytymättä erilaisilla tarkkailulaitteilla sekä tarvittaessa ylläpitämällä elintoimintoja lääkkein ja erikoislaittein, jolloin saadaan lisää aikaa perussairauden hoitamiseen (Abrosius, Huittinen, Kari, Leino-Kilpi, Niinikoski, Ohtonen, Rauhala, Tammisto & Takkunen 1997; Jalonen 2012, 61; Meriläinen 2012, 20). Tehohoidossa hoidetaan kriittisesti sairaita, vakavasti vammautuneita, tai suuren leikkauksen läpikäyneitä potilaita (Jalonen 2012, 61). Näistä kaksi kolmasosaa tarvitsee tehohoitoa äkillisesti ja ennalta suunnittemattomasti (Meriläinen 2012, 21). Jokaista tehohoitopotilasta yhdistää se, että elintoimintahäiriöt on arvioitu ohimeneviksi (Tehohoito 2013, 120). Tehohoitoa tarvitsevia potilaita hoidetaan teho-osastoilla, joita Suomessa on yliopistosairaoissa sekä keskussairaaloissa (Jalonen 2012, 61).

2.1 Tehohoidon historiaa

Tehohoidon juuret juontavat anestesiamenetelmien kehitykseen ja niiden hyödyntämiseen kirurgian ulkopuolella. Ensimmäisen kerran anestesiamenetelmiä alettiin menestyksekkäästi käyttää muussa kuin perioperatiivisessa hoitotyössä polioepidemian hengityshalvauspotilailla Tanskassa vuonna 1952. Anestesiologien yleistynyt perioperatiivinen kokemus tekohengityksen käytöstä, potilaan homeostaasin varjelusta sekä hengitys- ja verenkiertovajauksen hoidosta lisäsivät valmiuksia tehohoitoon. 1950-luvun jälkipuolella alettiin perustaa teho-osastoja, jolloin anestesiologien kokemusta päästiin hyödyntämään. (Tammisto 2006, 23.)

Suomalaisen tehohoidon historialla on selvä yhteys avosydänleikkausten kehitykseen. Ensimmäisten sydänleikkauspotilaiden valvonnan hoitivat leikkaustieteen jäsenet leikkausyksikön heräämössä. Avosydänleikkausten alkaessa yleistyä perustettiin leikkausten jälkivalvontaosastoja, joissa sairaanhoitajat toimivat ”respiraattorivahteina”. Tarve erityisille tehovalvontaosastoille oli suuri, ja en-

simmäisenä tällainen perustettiin Turkuun, missä leikkausosaston läheisyydessä olleen vuodeosaston huoneesta tehtiin kolmen potilaan tehovalvontayksikkö. Avosydänleikkauspotilaiden määrä kuitenkin jatkoi kasvamistaan, ja laajempien teho-osastojen perustaminen nähtiin tarpeellisenä. (Jalonen 2006, 306.) Suomeen ensimmäiset varsinaiset teho-osastot perustettiin vuonna 1964 anestesiologien Arno Hollménin ja Toivo Suutarisen toimesta Kuopion yliopistolliseen sairaalaan sekä Helsingin yliopistollisen keskussairaalan lastenklinalle (Tammito 2006, 23).

2.2 Tehohoito nykypäivänä

Tällä hetkellä eri puolella Suomea on yhteensä 46 tehohoito- ja tehovalvontaosastoa (Suomen tehohoitoyhdistys). Näiden osastojen luonne vaihtelee hoitotasovaatimuksien ja olosuhteiden mukaan (Meriläinen 2012, 21). Suomessa suurin osa teho-osastoista on seka- tai yleisteho-osastoja, sillä sairaaloiden koot ovat täällä pieniä (Tohmo, Kuosa & Erkola 2006, 44). Lisäksi osalla teho-osastoista on oma erityisala, johon toiminta on keskittynyt, esimerkiksi neurologian yksiköt, aivohalvauksyksiköt, ja sydänvalvontayksiköt (Jalonen 2012, 61). Kaikkia näitä osastoja kuitenkin yhdistää kehittynyt teknologia, tehokkaat toimenpiteet sekä tehohoitotyöhön erikoistunut ja osaava henkilökunta (Hynynen, Takkunen, Kurola & Kalso 2006, 31; Meriläinen 2012, 21).

Teho-osaston henkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajien lisäksi perus- ja lähihoitajia, välinehuoltajia, laitoshuoltajia sekä osastosihteereitä (Tohmo ym. 2006, 44). Myös fysioterapeutin tulisi olla tarvittaessa saatavilla aamu- ja iltavuorojen aikana. Suomessa teho-osastojen vastaavat lääkärit ovat usein anestesiologeja, joiden tulee olla ympäri vuorokauden kitkattomasti ja nopeasti saatavilla. (Hynynen ym. 2006, 31–32.) Vaativimmilla teho-osastoilla yhtä potilasta kohden tulisi olla yksi sairaanhoitaja (Tohmo ym. 2006, 44).

Suomessa teho-osastoilla hoidetaan noin 16 000–17 000 potilasta vuosittain (Jalonen 2012, 61). Hoitojaksot ovat pituudeltaan keskimäärin noin 3,4 vuorokautta, mutta vaihtelevat tilanteesta riippuen muutamista tunneista viikkoihin. Suuren henkilöstömäärän sekä kalliiden laitteiden ja lääkkeiden käytön vuoksi tehohoito kuuluu kalleimpiin käytettyihin hoitomuotoihin. (Meriläinen 2012, 21–

22.) Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella yhden teho-osastolla vietetyn hoitovuorokauden hinta on noin 2 600–4 300 euroa (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013).

Verrattaessa kustannuksia voitettuihin laatupainotteisiin elinvuosiin tehohoidon hinta jää kuitenkin matalaksi. Näin ollen suomalaisen tehohoidon voi päätellä olevan vaikuttavaa ja kustannustehokasta. Tämä kuitenkin vaatii sen, että tehohoitoa tarvitsevat potilaat on tunnistettu oikein, jolloin he hyötyvät tehohoidosta ja todennäköisesti toipuvat lähelle hoitojaksoa edeltävää toiminnallista tasoa. (Jalonen 2012, 61; Meriläinen 2012, 22.) Oikea potilasvalinta ja hoitoihin liittyvä ammattitaitoinen päätöksenteko ovatkin hyvän ja eettisesti oikean tehohoidon perusta (Kattelus, Nummi & Saarni 2013, 120). Hoitohenkilökunnan tulisi kysyä säännöllisesti itseltään: Kuuluuko tämä potilas tehohoitoon? Aiheutetaanko hoidolla, tai hoitoyrityksellä, enemmän kärsimystä kuin hyötyä? (Varpula 2011.)

3 Tehohoidon ja tehohoitoympäristön vaikutukset potilaaseen

Ympäristön vaikutus ihmiseen on tiedostettu jo kauan sitten. Modernin hoitotyön esikuvaksi mielletty Florence Nightingale (1820–1910) korosti ympäristön merkitystä hoitotyössä ja kirjoitti näkemyksensä sairaanhoidon olemuksesta artikkelissaan *Sick-Nursing and Health-Nursing (1893)*, jossa Nightingale kuvaili sairaanhoidon perusaineksia. Näitä olivat oikeanlainen ravinto, sopiva lämpötila, raikas huoneilma, oikea valaistus sekä hoitoympäristön ja hoitovälineiden puhtaus ja sopivuus potilaalle. Hän kirjoitti myös aseptisen työskentelyn, potilaan tilan havainnoinnin ja raportoinnin sekä hoitajan ja potilaan puhtauden tärkeydestä. (Sorvettula 1998, 55–56.)

3.1 Teho-osasto hoitoympäristönä

Hoitoympäristönä teho-osastot erottuvat selkeästi muista sairaalan osastoista. Potilaspaikoilta löytyy suuri määrä potilaiden tarkkailuun ja hoitoon käytettäviä laitteita ja kojeita, ja potilaiden yksityisyyttä pyritään turvaamaan vain verhoilla suuressa monipaikkaisessa huoneessa. Tämän lisäksi potilaat on sijoitettu siten, että hoitajilla on suora näköyhteys valvomon ja potilaiden välillä. Potilaiden hoitoon osallistuu suuri määrä henkilökuntaa, eikä teho-osaston toiminta py-

sähdy edes yöllä, jolloin potilaspaikat on valaistu mahdollistaakseen potilaiden tarkkailun. Teho-osastoilla on usein hälinää ja melua, joka nousee ajoittain jopa yli 80 dB:n. Potilaiden tarpeet muun muassa yksityisyyteen ja rauhaan eivät toteudu teho-osastoilla. (Meriläinen 2012, 22–23.)

3.2 Tehohoidon vaikutukset potilaaseen

Tehohoitoympäristön luonteen vuoksi tehohoito ja teho-osasto hoitoympäristönä kuormittavat potilasta niin fyysisesti, sosiaalisesti kuin psyykkisesti. Nämä vaikutukset voivat kestää viikoista jopa vuosiin. Fyysisiin kuormitustekijöihin kuuluvat muun muassa unettomuus ja riittämätön lepo, kivut sekä liikkumattomuus. Puutteellinen kivunhoito voi estää potilasta lepäämästä riittävästi, mikä lisää potilaan uupumista ja sekavuutta. Erilaiset letkut ja katetrit sekä kivuliaat haavat vaikeuttavat potilaan liikkumista aiheuttaen lihasheikkoutta ja liikeratojen piene-
nemistä sekä riippuvuuden tunnetta hoitajasta. Liikkumattomuus lisää myös muiden fyysisten ongelmien riskiä, kuten atelektaasin ja painehaavaumien syn-
tyä. Tehohoitajaksoon liittyviä sosiaalisia kuormitustekijöitä ovat muun muassa se, että joutuu olemaan erossa läheisistään, sekä sosiaalisten roolien muuttu-
minen perheessä ja lähiyhteisössä. (Kaarlola & Pyykkö 2010, 463–465.)

Yleisimpiä psyykkisiä ongelmia tehohoitopotilailla ovat muistamattomuus, pelko ja ahdistus, stressi sekä sekavuusoireyhtymä eli delirium. Näiden tekijöiden aiheuttajina ovat muun muassa sairauden ja lääkityksen aiheuttama unen ja to-
dellisuuden sekoittuminen, painajaiset ja hallusinaatiot. Myös potilaan mahdolli-
sesti kokema epäystävällinen ja konemainen kohtelu korostaa entuudestaan psyykkisiä ongelmia. Muistamattomuuteen voidaan tarkoituksenmukaisesti pyr-
kiä lääkityksellä, jotta potilaalle ei jäisi muistikuvia epämiellyttävistä ja stressaa-
vista kokemuksista. Potilas voi kuitenkin kokea tyhjät aukot muistissaan ahdis-
tavina. (Kaarlola & Pyykkö 2010, 464–465.)

Deliriumin laukaisevia tekijöitä ovat pitkään kestänyt pelko, ahdistus, stressi sekä väsymys (Kaarlola & Pyykkö 2010, 465). Tehohoitopotilailla delirium on yleinen tila, joka vaikeuttaa potilaan toipumista lisäämällä sairastavuutta ja kuol-
leisuutta sekä pidentämällä potilaan hoitajaksoa. Delirium on akuutisti kehittyvä,
luonteeltaan vaihteleva tajunnanhäiriö, johon liittyy heikentynyt kognitio. Deli-

riumia on kolmea alatyyppeä: hyper- ja hypoaktiivinen delirium sekä näiden yhdistelmä. Tehohoitoon liittyvästä deliriumista puhuttaessa tarkoitetaan hyperaktiivista deliriumia, jonka oireet alkavat äkillisillä tajunnantason ja tietoisuuden muutoksilla. Hyperaktiiviseen deliriumiin liittyy liiallinen aktiivisuus, nopeat liikkeet, nopea puhetempo, riehuminen, pelko ja lisääntynyt reagoimisherkkyys ärsykkeisiin. Lisäksi potilaalla voi esiintyä hallusinaatioita, sekavuutta, muistiongelmia, univalverytmin muutoksia, nopeita tunteiden muutoksia, ärtyisyyttä, pelkoa, vihaa ja masennusta. (Meriläinen 2012, 31.)

Erityisesti potilaille joiden tehohoitojakso on pitkittynyt, voi kehittyä posttraumaattinen stressioireyhtymä (PTSD), johon liittyy pitkäkestoista psykosomaattista oireilua, esimerkiksi depressiivisyyttä, lohduttomuutta, painajaisia, unettomuutta, kuolemanpelkoa, sekä ahdistusta (Kaarola & Pyykkö 2010, 465). PTSD:n kehittyminen on yhteydessä sellaisen psyykkisen trauman kokemiseen, johon liittyy vakava uhka elämälle tai fyysiselle koskemattomuudelle (Meriläinen 2012, 35).

Suurimmalla osalla ihmisistä traumaattisen psyykkisen kriisin käsittely etenee vaihe vaiheelta. Heti traumaattisen tapahtuman jälkeen alkaa shokkivaihe, joka normaalisti kestää korkeintaan muutaman vuorokauden. Shokkivaiheessa ihminen voi ajautua kaoottiseen kiihtymystilaan, tai käytös voi vaikuttaa ”robottimaiselta”. Tässä vaiheessa myös levottomuus ja apatia ovat yleisiä. Shokkivaiheen jälkeen alkaa reaktiovaihe, mikä kestää tavallisesti muutamasta viikosta muutamaa kuukauteen. Reaktiovaiheelle tyypillistä on halu ymmärtää, mitä on tapahtunut. Traumaan liittyvät kokemukset palaavat toistuvasti mieleen ahdistavina muistikuvina ja unina. Muistikuviin saattaa liittyä myös fyysisiä oireita, kuten sydämentykytystä, hikoilua, vapinaa ja huimausta. Käsittelyvaiheeseen siirryttyä tapahtuma aletaan hyväksyä, ja kokemuksen käsittely usein kääntyy sisänpäin, ja tarve puhua tapahtuneesta vähenee. Tämä vaihe kestää muutamista kuukaudesta vuoteen. Lopuksi yhdestä kahteen vuoteen kestävä uudelleensuuntautumisvaiheen aikana tapahtuu täysi toipuminen traumasta ja sen seurauksista. (Meriläinen 2012, 36–37.)

Jos traumaattisen kokemuksen käsittely juuttuu reaktiovaiheeseen, potilaalle on kehittynyt PTSD. Tällöin voimakkaat ja ahdistavat reaktiot jatkuvat heikkene-

mättä. Oireilu voi alkaa joko akuuttina hyvinkin pian traumaattisen kokemuksen jälkeen tai viivästyneenä, vasta noin puolen vuoden kuluttua kokemuksesta. Toipuminen on todennäköistä, mutta pieni osa potilaista voi kärsiä oireista vuosia, ja oireilu voi lopulta aiheuttaa pysyvän persoonallisuuden muutoksen. (Meriläinen 2012, 38.)

PTSD kehittyy usein tilanteissa, jotka koetaan poikkeuksellisen uhkaavina ja tuhoisina. Yleisiä PTSD-oireita ovat väkisin mieleen tunkeutuvat muistikuvat traumaattisesta kokemuksesta ja painajaiset. Lisäksi tunne-elämä saattaa turmua ja köyhtyä. Tyypillistä on välinpitämättömyys, eristäytyminen sekä traumasta muistuttavien asioiden ja tilanteiden välttely. Unettomuus, liikavalppaus sekä korostunut säpsähdysreaktio ovat tavallisia. Usein PTSD-oireisiin liittyy myös ahdistusta ja masennusta, mikä voi johtaa jopa itsetuhoisiin ajatuksiin. (Meriläinen 2013, 38.)

4 Tehohoitotyön auttamiskeinot

Sirkka Laurin (2007) mukaan sairaanhoitajan perustehtäviä ovat potilaan tukeminen, auttaminen, opettaminen sekä ohjaaminen. Näillä auttamismenetelmillä on tarkoitus antaa potilaalle kyky ylläpitää ja edistää terveyttään, hoitaa sairautaan, sekä ottaa vastuuta omasta terveydestään. Nämä perustehtävät luovat sairaanhoitajan ydinosamisen, ja ne pysyvät samana riippumatta potilaasta tai hoitoympäristöstä. Sitä vastoin hoitotyön ilmenemismuodot, keinot ja menetelmät ovat erilaisia eri toimintaympäristöissä.

Tehohoidon auttamiskeinoissa korostuu potilaan tukeminen ja auttaminen sairauden ja tehohoidon aikaisten kokemusten yli (Saastamoinen 2007). Potilaan tukemisen tavoitteena on, että potilas sopeutuu ja hyväksyy tilanteensa ja sen luomat olosuhteet (Lauri 2007). Myös potilaan omaisten tukeminen on tärkeää, jotta he pystyvät auttamaan potilasta myös hoitjakson päätyttyä. Koska potilaat ovat kykenemättömiä huolehtimaan voinnistaan, sairaanhoitaja toimii potilaan edustajana teho-osastolla huolehtien hänen fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tarpeistaan. Kommunikaatio-ongelmien vuoksi potilaan edustaminen ja puolesta puhuminen ovat tärkeä osa tehosairaanhoitajan työtä. (Saastamoinen 2007.)

Jotta potilas saisi selviytymiseen tarvitsemansa tuen ja avun, on tehohoitotyön tavoitteisiin liittyttävä terveyttä ylläpitävä ja kärsimyksiä lievittävä hoitotyö. Äkillisen ja kriittisen sairauden aiheuttama ahdistus voi hidastaa paranemista, ja itse tehohoito aiheuttaa stressiä ja pelkoa. Sairaanhoidajan ammatillisuus ja rauhallinen käyttäytyminen sekä potilaan ja omaisten säännöllinen informointi ovat tärkeitä keinoja potilaan psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen. (Saastamoinen 2007.)

Tehohoitotyö on monipuolista ja haastavaa. Tämän vuoksi teho-osastolla työskentelevältä sairaanhoitajalta vaaditaan lisä- ja täydennyskoulutuksen kautta hankittua erityisosaamista. Tehohoitajan tulee pystyä tarkkailemaan potilasta kokonaisvaltaisesti ja tarvittaessa reagoimaan nopeasti potilaan voinnissa tapahtuviin muutoksiin. Tehohoitajalta vaaditaan itsenäistä päätöksentekokykyä, kykyä suunnitella ja toteuttaa potilaan kokonaishoitoa, sekä motivaatiota osallistua työyhteisön kehittämiseen. (Saastamoinen 2007.) Lindbergin (2006, 80) tutkimuksessa teho-osaston henkilökunta kuvaili pätevää tehohoitajaa yhteistyökykyiseksi henkilöksi, jolla on kyky tulkita tilanteet oikein ja toimia ripeästi. Hän on tietoinen omista kyvyistään ja heikkouksistaan, ja hänellä on kyky laittaa potilas teknologian edelle.

5 Opinnäytetyön tavoitteet

Opinnäytetyöni tavoitteena on kuvata kirjallisuuteen perustuen aikuisten potilaiden kokemuksia tehohoidosta, tehohoidon psyykkisiä vaikutuksia potilaaseen, sekä auttamiskeinoja, joilla hoitohenkilökunta voi edistää potilaan toipumista. Tavoitteenani on tiivistää luotettavaa ja ajankohtaista tietoa kattavaksi kirjallisuuskatsaukseksi, jonka tuloksia voidaan hyödyntää käytännön tehohoitotyössä sekä esimerkiksi uusien työntekijöiden perehdytyksessä ja opiskelijoiden työharjoittelun orientaatiossa.

Opinnäytetyössäni etsin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia kokemuksia aikuisilla potilailla on tehohoidosta?
2. Miten tehohoito on vaikuttanut potilaiden hoitajakson jälkeiseen elämään?

3. Minkälaisia psyykkisiä oireiluja tehohoitopotilaat kokevat?
4. Kuinka yleistä tehohoitoon liittyvä psyykkinen oireilu on, ja mitkä seikat vaikuttavat niiden esiintyvyyteen?
5. Millaisia auttamiskeinoja hoitohenkilökunnan tulisi käyttää tukeakseen potilaan toipumista parhaalla mahdollisella tavalla?

6 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on koota tietoa aiheesta aikaisemmin tehtyjen tutkimusten pohjalta, jolloin aiheesta saadaan kokoon järjestelmällinen yhteenveto (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46). Näin saadaan mielikuva jo olemassa olevien tutkimusten määrästä ja sisällöstä, sekä annetaan tietoa etsiville yksi mahdollisuus korkealaatuisten tutkimustulosten löytämiseen (Johansson 2007, 3–4). Kirjallisuuskatsauksen tekoon vaaditaan huolellisuutta sekä kurinalaista aineiston käsittelyä, ja sen on edettävä vaihe kerrallaan. Nämä vaiheet ovat suunnittelu, lähdeaineiston haku, analysointi sekä raportointi. (Johansson 2007, 5.)

6.1 Kirjallisuuskatsauksen suunnittelu

Ensimmäisen vaiheen aikana tekijä aloittaa kirjallisuuskatsauksen suunnittelun miettimällä työllensä tavoitteet, joiden pohjalta laaditaan selkeät tutkimuskysymykset. Näiden kysymysten tulee olla hyvin rajatut ennen seuraavaan vaiheeseen siirtymistä. On mahdollista, että rajauksia joudutaan muuttamaan hakuvaiheeseen siirryttyä löydetyn materiaalin vähyyden vuoksi. Ongelmaksi voi myös muodostua kielelliset rajoitukset. (Salanterä & Hupli 2003, 25–26.)

Tässä vaiheessa mietitään myös tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit, joiden avulla lopulliset artikkelit valitaan (Johansson 2007, 6). Koska tiedonhakuprosessia voidaan jatkaa loputtomiin, on haut rajattava. Sisäänotto- ja poissulkukriteerien tarkoituksena on rajata hakutulokset mahdollisimman korkealaatuisiin ja relevantteihin artikkeleihin. (Metsämuuronen 2006, 31.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin kahdeksaa sisäänottokriteeriä ja kuutta poissulkukriteeriä.

Sisäänottokriteerit:

- Luotettavuus ja laatu: vain vertaisarvioituja, tieteellisiä artikkeleita
- Julkaisuvuosi 2000–2013
- Englanninkielinen
- Maksuton
- Käsittelee aikuista potilasta
- Aihe ei ole rajattu tiettyyn potilasryhmään, esimerkiksi syöpä- tai trauma-
potilaisiin
- Artikkelit vastaavat laadittuihin tutkimuskysymyksiin
- Kaikentyyppiset tutkimukset otettiin hakuprosessissa huomioon, myös
kirjallisuuskatsaukset

Poissulkukriteerit:

- Maksulliset artikkelit
- Lapsi- tai vanhuspotilaita käsittelevät artikkelit
- Artikkelin luotettavuus epäselvä
- Julkaistu ennen vuotta 2000
- Julkaisukieli muu kuin englanti
- Aihe rajattu tiettyyn potilasryhmään

6.2 Tiedonhakuprosessi

Suunnitelmavaiheen jälkeen on aika siirtyä hakuprosessiin. Myös tämä vaihe tulee suunnitella huolellisesti. Hakuprosessin suunnitteluun liittyy olemassa ole-
viin tietokantoihin tutustuminen sekä aiheen tarkempi raja-
aus, minkä jälkeen on selkeää, millä hakusanoilla tietoa haetaan, ja mitä tietolähteitä tullaan käyttä-
mään. (Salanterä & Hupli 2003, 27.) On erittäin tärkeää kirjata ylös kaikki haku-
prosessin aikana käytetyt tietolähteet, jolloin hakuprosessi on tarvittaessa tois-
tettavissa (Salanterä & Hupli 2003, 27; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 50). Sys-
temaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuprosessi on tehtävä erityisen huo-
lellisesti, jotta tulokset eivät olisi harhaanjohtavia tai epäluotettavia. Tässä vai-
heessa on suositeltavaa myös käyttää tiedonhaun asiantuntijan apua. (Pudas-
Tähkä & Axelin 2007, 49.)

Opinnäytetyön tiedonhakuprosessi suoritettiin vuoden 2013 elokuun ja lokakuun välisenä aikana Saimaan ammattikorkeakoulun Nelli-tiedonhakuportaalin tietokannoista. Käytettyjä tietokantoja olivat DOAJ Directory of Open Access Journals, EBSCO: Academic Search Elite, OVID ja ScienceDirect. Haut suoritettiin käyttäen eri yhdistelmiä hakusanoista ”intensive care”, ”psychological”, ”adult”, ”patient experience” ja ”nursing interventions”. Haut rajattiin vuosina 2000–2013 julkaistuihin artikkeleihin, minkä lisäksi käytettiin myös lisärajoituksia eri hakukoneiden antamien mahdollisuuksien mukaan. Lopuksi suoritettiin pienimuotoinen vapaahaku käymällä läpi eri hauissa vastaanotetuisten artikkelien lähdeluetteloita. Hakuprosessissa käytettiin myös Lappeenrannan teknillisen yliopiston kirjaston informaation apua.

Hauissa käytettiin korkeintaan kolmen hakusanan yhdistelmiä, koska useampaa hakusanaa käytettäessä tulokset jäivät liian suppeiksi. Tällä menetelmällä löydettiin sopiva valikoima artikkeleita, jotka oli mahdollista käydä järjestelmällisesti läpi. Poikkeuksena oli ScienceDirect-tietokanta, josta kolmella hakusanalla löytyi niin monta artikkelia, että niiden läpikäyminen oli mahdotonta. Hakutuloksista käytiin läpi sata ensimmäistä artikkelia, jonka jälkeen artikkelit eivät olleet enää relevantteja kirjallisuuskatsausta ajatellen. Neljää hakusanaa ei tässäkään tilanteessa käytetty, koska tulokset rajautuivat silloin liian paljon.

Seuraavaksi hakuprosessin aikana löytyneet artikkelit karsittiin. Karsinnat kannattaa tehdä aluksi pelkkien otsikoiden perusteella. Tämän jälkeen jäljelle jääneiden artikkelien tiivistelmien perusteella voidaan karsia pois ne, jotka eivät vastaa asetettuun ongelmaan. Lopuksi tulee vielä huolellisesti lukea läpi jäljelle jääneet artikkelit. Näin varmistetaan mukaan valittujen artikkelien soveltuvuus kirjallisuuskatsaukseen, ja tarvittaessa karsitaan tässäkin vaiheessa pois ne artikkelit, jotka eivät vastaa tutkimuskysymyksiin tai ovat muuten sopimattomia kirjallisuuskatsaukseen käytettäväksi. (Salanterä & Hupli 2003, 30; Stolt & Routasalo 2007, 59.)

Opinnäytetyön hakuprosessin aikana löydetty artikkelit karsittiin suunnitteluvaiheessa laadittujen sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla. Tarkoituksena oli perehtyä kansainvälisiin, englanninkielisiin artikkeleihin, jotka ovat maksuttomasti saatavilla. Valintaprosessissa otettiin huomioon tulosten luotettavuus ja

laatu. Opinnäytetyöhön valittiin vain vertaisarvioituja ja tieteellisiä artikkeleita. Ennen vuotta 2000 julkaistut artikkelit karsittiin automaattisesti pois. Valittujen artikkelien tuli käsitellä yleisesti tehohoidon kokeneita aikuisia potilaita, eikä aihetta oltu rajattu tiettyyn potilasryhmään, esimerkiksi vanhus-, syöpä- tai traumatopotilaisiin. Kaikentyypiset tutkimukset otettiin hakuprosessissa huomioon.

Karsinnan tuloksena opinnäytetyötä varten valikoitui yhteensä 13 artikkelia, jotka on julkaistu vuosina 2004–2013 (Taulukko 1). Näistä artikkeleista alkuperäisiä tutkimuksia on kahdeksan kappaletta. Artikkeleista viisi on aihetta käsitteleviä systemaattisia kirjallisuuskatsauksia.

Tietokanta, hakusanat ja haun rajaukset	Haun tulokset	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
DOAJ Intensive care AND psychological 2000-2013	60	7	6	2
EBSCO Intensive care AND psychological AND adult Full text, peer reviewed, 2000-2013	49	10	8	2
EBSCO Intensive care AND patient experience Full text, peer reviewed, 2000-2013	197	11	5	2
OVID Intensive care AND patient experience 2000-current	63	4	2	1
ScienceDirect Intensive Care AND psychological AND adult, 2000-present exclude: resuscitation, child, palliative care, family member, liver transplantation, heart failure, preterm infant	5144 (100 ensimmäistä käyty läpi)	16	6	5
Vapaa haku	6	6	3	1
Yhteensä	5519 (475 käyty läpi)	54	30	13

Taulukko 1. Aineiston haku ja valinta

6.3 Analysointi

Analysointi toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella lähestymistavalla. Laadullinen tutkimus on tulkinnallinen. Sillä ole selkeää teoriaa, ajatusmallia tai lähestymistapaa, minkä vuoksi sitä on vaikea määritellä selvästi. (Metsämuuronen 2006, 83.) Syrjälä (1994) on todennut laadullisen lähestymistavan olevan sopiva silloin, kun 1) ollaan kiinnostuneita tapahtumien yksityiskohtaisista rakenteista, eikä niinkään niiden yleisluontoisesta merkityksestä, 2) ollaan kiinnostuneita tietyissä tapahtumissa mukana olleiden yksittäisten toimijoiden merkitysrakenteista, 3) halutaan tutkia luonnollisia tilanteita, joita ei voida järjestää kokeeksi, tai joissa ei voida kontrolloida läheskään kaikkia vaikuttavia tekijöitä, tai 4) halutaan saada tietoa tiettyihin tapauksiin liittyvistä syy-seuraussuhteista, joita ei voida tutkia kokeen avulla (Metsämuuronen, 2006, 88). Koska opinnäytetyöni perustuu artikkeleihin, jotka käsittelevät suurimmaksi osaksi ihmisten kokemuksia, on tässä tapauksessa laadullinen lähestymistapa sopivin.

Valitut artikkelit analysoitiin sisällönanalyysillä. Tällä menetelmällä voidaan systemaattisen ja objektiivisen analysoinnin avulla järjestää ja tiivistää aineisto selkeäksi kokonaisuudeksi (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Tarkemmaksi analyysin muodoksi valittiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi, josta on olemassa monenlaisia eri variaatioita. Pääsääntönä kuitenkin on, että aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ei ole etukäteen harkittuja analyysiyksiköitä eikä siinä käytetä aikaisemmin hankittua tietoa, vaan analyysi on aina aineistolähtöistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.)

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen. Tässä vaiheessa aineistosta etsitään tutkimusongelmiin vastaavat asiat ja lauseet, jotka pelkistetään helposti käsiteltäviksi ilmaisuiksi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 28–30; Tuomi & Sarajärvi 2009, 101.) Seuraavaksi aineisto ryhmitellään etsimällä pelkistetyistä ilmaisuista eriävyyksiä ja yhtäläisyyksiä. Samankaltaiset ilmaisut yhdistetään, jolloin muodostuu alakategorioita. Lopuksi aineisto abstrahoidaan muodostamalla yläkategorioita samansisältöisiä alakategorioita yhdistelemällä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 28–29.) Muodostuneiden ala- ja yläkategorioita avulla vastataan aiemmin asetettuihin tutkimuskysymyksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101).

Opinnäytetyössäni analysointi aloitettiin tutustumalla aineistoon lukemalla artikkelit useaan kertaan huolellisesti läpi. Artikkeleista nostettiin esille asiat, jotka liittyivät aiemmin asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen aineisto käytiin läpi tutkimuskysymys kerrallaan ympyröiden tekstistä avainsanoja, fraaseja ja lauseita, jotka tarpeen mukaan pelkistettiin helposti käsiteltäviksi ilmaisuiksi. Lopuksi näistä ilmaisuista rakennettiin käsitekartta, jonka avulla samankaltaisia ilmaisuja yhdistelemällä muodostettiin alakategorioita. Alakategorioista yhtäläisyyksiä etsimällä ja yhdistelemällä ryhmiteltiin vielä yläkategorioita, joista muodostui opinnäytetyön tulosten väliotsikot. Alakategorioiden avulla väliotsikoiden alla oleva tieto saatiin organisoitua selkeäksi kokonaisuudeksi.

7 Tulokset

Tässä osiossa esitellään vastaukset kirjallisuuskatsauksen suunnitteluvaiheessa laadittuihin tutkimuskysymyksiin. Käsiteltävinä aiheina olivat potilaiden kokemukset tehohoidosta, tehohoidon vaikutukset hoitojakson jälkeiseen elämään, tehohoitoon liittyvän psyykkisen oireilun esiintyvyys ja siihen vaikuttavat tekijät, sekä hoitohenkilökunnan auttamiskeinot.

7.1 Potilaiden kokemuksia tehohoidosta

Potilaiden muistikuvat tehohoitojakson aikaisista kokemuksista vaihtelevat. Jotkut muistavat hyvin vähän, ja joillekin kokemus kokonaisuudessaan on pimenossa (Phillips 2011, 40). Johnson, St. John & Moyle (2006, 554) mainitsevat tutkimuksessaan, että kukaan osanottajista ei kyennyt muistamaan tehohoitojaksoa kokonaisuudessaan. Toisen tutkimuksen osanottajista 81 % muisti olleensa tehohoidossa. Näistä 71 %:lla oli epämiellyttäviä ja 59 %:lla miellyttäviä muistikuvia. 10 %:n muistikuvat olivat sumeita ja epämääräisiä. Yhdelläkään osanottajalla ei ollut täysin positiivisia kokemuksia. (Samuelson 2011, 78.) Muistikuvat hoitojaksosta voivat olla sumeita, kaoottisia, ja joillekin jopa kivuliaita (Storli & Lind 2008, 49). Suurin osa erään tutkimuksen osanottajista kuvaili teho-osastoa äärimmäisen ahdistavaksi (Corrigan, Samuelson, Fridlund & Thome 2007, 209).

7.1.1 Teho-osasto hoitoympäristönä

Useat potilaat kuvailivat teho-osastoa ja sen mukanaan tuomia tuntemuksia. Jotkut potilaat kokivat ympäristön vieraana, ahtaana ja jopa vihamielisenä. Ahdinkoa lisäsi epämukava asento tai lämpötila (Samuelson 2011, 81) sekä univälie, melu, valoisuus ja jatkuva toiminta (Wassenaar, Schouten & Schoonhoven 2013, 9). Näkymät vuoteesta olivat rajoitetut, ja erilaiset hajut, äänet sekä valot olivat häiritseviä (Samuelson 2011, 81). Kuuloetäisyydellä sijaitsevat toiset potilaat koettiin häiritsevinä. Toisten potilaiden äänet lisäsivät rauhattomuutta, ja vaikka näköyhteyttä ei ollutkaan, potilaat olivat hyvin tietoisia osaston tapahtumista. Erilaisten toimenpiteiden tai elvytystilanteiden kuuleminen koettiin häiritseväksi ja järkyttävänä. (Samuelson 2011, 81; Meriläinen, Kyngäs & Ala-Kokko 2012, 83.) Meriläinen ym. (2012, 83) kertovat artikkelissaan potilaiden kuvailleen teho-osastoa kiireiseksi paikaksi, jossa hälinä ja puhe oli jatkuvaa.

7.1.2 Hoitohenkilökunta

Ympäristössä eniten häiritseväksi tekijäksi potilaat kokivat jatkuvat kontaktit hoitohenkilökunnan kanssa ja useat intensiiviset toimet joita potilaiden ympärillä tapahtui. Teho-osastoa kuvailtiin myös ”ärsyttäväksi kaaokseksi”. Eräs tutkimukseen osallistunut ihmetteli, kuinka hoitohenkilökunta ei osannut ottaa huomioon potilaiden levon tarvetta, vaan hoitajat keskustelivat äänekkäästi ja jatkuvasti potilaiden lähellä. Hän joutui usein heräämään voimakkaisiin ääniin juuri nukahdettuaan, ja koki tilanteet todella ärsyttäviksi ja häiritseviksi. (Samuelson 2011, 81.) Myös eräs toiseen tutkimukseen osallistunut kuvailee tulleen herätetyksi usein kesken unien (Johnson ym. 2006, 555).

Joillain potilailla oli kokemuksia hoitajien epäkunnioittavasta käytöksestä ja alentavista kommentteista. Toiset tunsivat itsensä näkymättömäksi, eikä heidän tarpeisiinsa vastattu. Potilaat muistavat hoitajien keskustelevan keskenään henkilökohtaisistakin asioista, usein potilaan luona ollessaan. Myös kokemukset kovakouraisesta ja kiireisestä käsittelystä olivat yleisiä. (Samuelson 2011, 81.) Tämän kaltaiset kokemukset aiheuttivat potilaissa epävarmuutta, turvattomuutta, pelkoa ja ahdistusta (Wassenaar ym. 2013, 9). Eräs potilas muistelee kokeenneensa hoitajien kyllästyneen toistuviin pyyntöihinsä. Toiset kokivat myös ol-

leensa ensisijaisesti hoitotyön objekteja eivätkä persoonia. (Meriläinen ym. 2013, 83.) Potilaat mainitsivat ylimielisesti ja ammattitaidottomasti käyttäytyvän henkilökunnan lisäävän hoitojaksoon liittyvää ahdinkoa (Corrigan ym. 2007, 209). Henkilökunnan keskinäiset keskustelut potilaiden kuullen aiheuttivat väärinymmärryksiä ja pelkoa potilaissa. Myös kommunikoinnin laatu vaikutti potilaiden tuntemuksiin. Puutteellinen tieto ilman positiivisia näkökulmia koettiin pelkoa, ahdistusta ja epätoivoa lisäävänä. (Wassenaar ym. 2013, 9.)

Potilaat raportoivat myös positiivisia kokemuksia hoitohenkilökunnasta. Yleisimpänä mukavana kokemuksena hoitojakson aikana mainittiin miellyttävä, hyvällä käytöksellä ja asenteella varustettu henkilökunta. Henkilökuntaa kuvailtiin muun muassa sanoilla hyvä, mukava, fantastinen, ystävällinen, positiivinen, loistava, lämpöinen, huumorintajuinen, huolehtivainen, kunnioittava ja empaattinen. Potilaat kokivat henkilökunnan olevan ammattitaitoista, tarkkailevan potilaiden tilaa jatkuvasti, ja tarvittaessa toimivan nopeasti. Useat kokivat suurta arvostusta hoitohenkilökuntaa kohtaan. (Samuelson 2011, 81-82.)

7.1.3 Hoitotoimenpiteet

Tehohoidossa olevat potilaat joutuvat epämiellyttävien hoitotoimenpiteiden kohteeksi päivittäin. Näihin sisältyvät muun muassa mekaaninen ventilaatio, hengitysteiden imut, erilaisten letkujen ja katetrien laitot. Jotkut kokivat myös asentojen vaihdot, suuhygieniasta huolehtimisen, liikuttelun ja jatkuvan näperöinnin kohteena olemisen epämiellyttävänä. (Samuelson 2011, 81.) Myös toisen tutkimuksen osallistujat kokivat jotkut hoitotoimenpiteet jopa traumaattisina (Corrigan ym. 2007, 209). Kontrollin menettäminen ja muista riippuvaisena olo aiheutti potilaissa pelokkuutta, ahdistuneisuutta, ja epävarmuutta (Wassenaar ym. 2013, 10). Johnson ym. (2006, 555) huomauttivat, että vaikka heidän tutkimuksessaan vain pieni osa mainitsi kokeneensa hoitotoimenpiteiden olleen epämiellyttäviä, tuloksista on kuitenkin nähtävissä potilaiden haavoittuvuus tilanteen aikana.

Pelastavien ja oloa helpottavien hoitotoimenpiteiden merkitys oli joidenkin potilaiden yleisin positiivinen muistikuva tehohoitojaksolta. Joillekin miellyttävät muistikuvat liittyivät yleisesti avun saamiseen, toiset mainitsivat hengitystä tuke-

vat hoidot ja eritysten poiston silloin, kun heillä oli vaikeuksia hengittää. Puhekyvyn palautuminen extuboinnin jälkeen oli merkittävä helpotus toisille, ja toiset muistivat mukavan tunteen kipulääkkeen jälkeen, tai kun saivat tilkan vettä ja non tunnetta helpottamaan. (Samuelson 2011, 78.)

7.1.4 Teknologia

Tutkimuksiin osallistuneet potilaat suhtautuivat hyvin eriävästi teho-osastolla käytettyyn teknologiaan. Toisaalta teknologiaan turvautuminen koettiin pelottavana ja riippuvuuden tunnetta lisäävänä, toisaalta laitteiden käyttö lisäsi turvallisuuden tunnetta, ja niiden poisto aiheutti joissain potilaissa ahdistusta. (Wassenaar ym. 2013, 10.) Eräs potilas kertoo jatkuvasta häiritsevästä huminasta ja puksutuksesta, jonka lisäksi erilaiset piippaukset saivat huolestumaan, että jokin on vialla. Toinen kuvailee riippuvaisuuden tunnetta ja paniikkia, joka aiheutui ajatuksesta, että oma henki riippuu teknologiasta. Mitä jos jokin menee vikaan? (Johnson ym. 2006, 556.) Useat potilaita ympäröivät laitteet saivat tilan tuntuun ahtaalta, ja jatkuvan tarkkailun alla oleminen koettiin ahdistavana. Intubaatioputki, iv-letkut ja nenä-mahaletkut koettiin epämukaviksi ja ärsyttäviksi. Myös erityisesti noninvasiiviset hengitysmaskit aiheuttivat kauhistusta potilaissa. (Samuelson 2011, 81.)

Johnson ym. (2006, 555) kertovat, että tutkimukseen vastanneiden kyky muistaa hengityskoneessa vietettyä aikaa vaihteli paljon. Oli aikoja, jolloin he eivät kiinnittäneet asiaan huomiota, mutta toisinaan tunsivat hengityskoneen ja intubaatioputken ärsyttäväksi, epämiellyttäväksi ja epämukavaksi. Intubaatioputki koettiin teknologisista laitteista kaikkein merkittävimmäksi haitaksi. Tukehtumisen ja hapen puutteen tunne liittyi usein ventilaattoriin kytkettynä olemiseen (Johnson ym. 2006, 555; Tembo, Parker & Higgins 2012, 272). Myös tähän liittyvät hengitysteiden imut olivat epämiellyttäviä (Johnson ym. 2006, 555). Ventilaattoriin kytkettynä oleminen oli potilaille etupäässä pelottava ja epämiellyttävä kokemus (Wassenaar ym. 2013, 10). Moni potilas kuitenkin ajan myötä oppi näkemään ventilaattorin positiivisena ja hengitystä tukevana laitteena, ja ahdistuivat extubaation tullessa ajankohtaiseksi (Johnson ym. 2006, 556).

7.1.5 Kommunikaatiovaikeudet

Kommunikaatiovaikeudet nousivat esille jokaisessa tutkimuksessa, jossa haastateltiin potilaiden kokemuksia tehohoidosta. Intubaatioputkesta johtuva puhekyvyttömyys koettiin ahdistavaksi rajoitteeksi (Samuelson 2011, 76; Wassenaar ym. 2013, 10). Potilaat yrittivät kaikkensa pystyäkseen kommunikoimaan, siinä kuitenkin onnistumatta. Tilanteeseen liittyvä kuoleman pelko ja tarve kertoa hoitajille hapenpuutteen tunteesta oli erään potilaan sanoin kauhistuttavaa. (Samuelson 2011, 76.) Äkillinen äänen menetys aiheutti myös hämmennystä. Eräs potilas muistelee ihmetelleensä, miksi ei saa puhuttua. Kysymyksiä oli paljon, mutta kommunikointi mahdotonta, eikä kukaan antanut haluttuja vastauksia. (Tembo ym. 2012, 272.)

Johnson ym. (2006, 551) kertovat kaikkien tutkimukseen osallistuneiden kokeneen intubaatioputken aiheuttamat kommunikaatio-ongelmat vaikeiksi. Puhekyvyttömänä potilas ei pysty kommunikoimaan tarpeitaan, tunteitaan, eikä aikomuksiaan hoitajille tai omaisilleen. Eräs tutkimukseen osallistuja kuvaili kommunikaatiovaikeuksia erittäin vaikuttavaksi ongelmaksi. Hänellä oli käytössään kommunikaatiotaulu, mutta koki sen käytön hankalaksi. Omaisten kanssa keskusteltaessa tilanne johti usein turhautumisen tunteisiin puolin ja toisin. (Johnson ym. 2006, 551.) Aina edes intubaatioputken poisto ei tuonut helpotusta, vaan lisähuolta aiheutti puhumisongelmat myös extubaation jälkeen (Samuelson 2011, 78).

7.1.6 Kuoleman pelko

Monet potilaat kärsivät myös kuolemanpelosta (Samuelson 2011, 79). Kuoleman mahdollisuuden pohtiminen ja pelko tulevaisuudesta tuli esille läpi haastatteluiden. Monelle ventilaattoriin kytkeminen oli asia, josta seurasi epätoivon tunteita (Johnson ym. 2006, 556). Myös Tembo ym. (2012, 272) mainitsevat tutkimuksessaan intubaatioputken olevan yleisin mainittu uhka ja rajoite. Tukehtumisen tunne aiheutti monessa halun taistella pysyäkseen elossa ja pelastaa itsensä tilanteesta. (Tembo ym. 2012, 272.) Eräs potilas kertoo toisinaan toivoneensa kuolemaa (Meriläinen ym. 2013, 83).

7.1.7 Hallusinaatiot ja unet

Tehohoidon kokeneilla potilailla on usein pelottavia muistikuvia oudoista aistimuksista, hallusinaatioista ja painajaisista. Nämä kokemukset ovat tyypillisesti negatiivisia ja ahdistavia (Corrigan ym. 2007, 209; Rattray & Hull 2008, 5; Wasenaar ym. 2013, 10). Ominaista ovat kuolemaan liittyvät aistimukset, jotka voivat olla hyvinkin traumatisoivia (Corrigan ym. 2007, 209). Myös erilaiset pako-unet sekä väkivalta ja pelottavat hahmot olivat yleisiä teemoja potilaiden unissa. Tyypillisiä hallusinaatioita olivat eläimet, hyönteiset ja erilaiset kuviot. (Samuelson 2011, 80.)

Potilaat eivät koskaan aiemmin olleet kokeneet mitään samanlaista, ja kokemukset olivat täysin erilaisia tavanomaisista unista. Eräs potilas kuvaili tehohoidon aikana kokemiaan aistimuksia järkyttäviksi ja todentuntuiksi uniksi, mutta koki olevansa niiden aikana hereillä. (Johnson ym. 2006, 554.) Tyypillistä on, että kokemukset ovat todentuntuisia, pelottavia ja helposti mieleen palaavia, minkä vuoksi potilaille saattoi kehittyä nukahtamisen pelko. Eräs potilas kertoi, ettei osannut sanoa, oliko hän elossa vai kuollut tehohoitojakson aikana. (Samuelson 2011, 80–81.) Monet potilaat olettivat kokevansa yliluonnollisia kokemuksia liittyen lähellä kuolemaa olemiseen. Unien sekä yliluonnollisten kokemusten puuttuminen oli eräälle potilaalle outo tunne, jota hän vertasi elottomana kellumiseen. (Tembo ym. 2012, 272.)

Yhdessä tutkimuksessa potilaat kuvailivat myös miellyttäviä hallusinaatioita ja unia. Nämä kokemukset olivat harvinaisempia, tai niiden mieleen palauttaminen oli vaikeampaa. Potilaat mainitsivat nähneensä ihastuttavia unia ja miellyttäviä hallusinaatioita kauniista väreistä ja kuvioista. Jotkut muistivat olleensa mukavassa unenkaltaisessa olotilassa kelluen tai purjehtien, sekä kokeneensa mukavia riemastumisen tunteita. (Samuelson 2011, 81.)

7.1.8 Todellisuudentajun ja ajantajun häiriöt

Tehohoitopotilailla on usein vaikeuksia erottaa todelliset tapahtumat kuvitelluista (Johnson ym. 2006, 554; Meriläinen ym. 2013, 83). Joillain tämä kokemus johti oman mielenterveyden epäilemiseen ja hulluksi tulemisen tunteeseen (Johnson ym. 2006, 554). Monet potilaat muistavat kuvitelleensa olleen jossain muualla

kuin sairaalassa. Usein todelliset tapahtumat liittyivät näihin kokemuksiin, esimerkiksi eräs kylmissään ollut potilas kuvitteli olleensa kylmässä lentokoneessa. (Meriläinen ym. 2013, 83.)

Myös ajantaju tuntui katoavan täysin monella, ja yön ja päivän ero muuttui häilyväksi (Johnson ym. 2006, 554–555). Ajan kulkua oli vaikea hahmottaa, minkä vuoksi jotkut tunsivat olevansa kuin mustassa aukossa tai kokonaan muussa maailmassa (Johnson ym. 2006, 555; Samuelson 2011, 80). Myös tunne ajan menettämisestä nousi haastatteluissa esille. Potilaat kokivat menettäneensä ajan, josta heillä ei ole muistikuvia, ja kuvailivat tunnetta kuin he eivät olisi olleet olemassakaan tuona aikana (Johnson ym. 2006, 555; Tembo ym. 2012, 272).

Vaihteleva tajunnan taso aiheutti potilaissa pelokkuutta ja riippuvaisuuden tunnetta (Wassenaar ym. 2013, 10). Tapahtumat tuntuivat pätkittäisiltä ja niiden kokoaminen järkeväksi kokonaisuudeksi oli vaikeaa. Tästä aiheutunut ymmärtämättömyys ympärillä tapahtuvista asioista tuotti potilaille kauhistusta. (Johnson ym. 2006, 554.) Tajunnan tason normalisoiduttua epätietoisuus hiljattaisista tapahtumista oli potilaille vaikeaa. Tässä vaiheessa monen ajatukset valtasikin vain halu selvittää missä he ovat ja miksi. (Tembo ym. 2012, 272.)

7.1.9 Psyykkiset ja fyysiset tuntemukset

Potilaat läpikävivät monenlaisia tunteita hoitojakson aikana. Surullisuus, itkuisuus, kauhu, hermostuneisuus, tuska ja ahdinko ovat muutamia potilaiden läpikäymiä tunteita. Eräs potilas kertoo kokeneensa itsensä noloksi maatessaan alasti muiden katseiden alla. (Meriläinen ym. 2013, 83.) Sairastuminen aiheutti useissa kaaoksen, shokin, vihan ja turhautumisen tunteita. Toiset jäivät vellomaan mielessään tilannettaan, toiset yrittivät paeta. Tyhjiys, yksinäisyys ja eristäytyneisyys olivat yleisiä tunteita, kuten myös epätietoisuus ja avuttomuus. Kun potilaat ymmärsivät, että he tulisivat selviytymään, he kuvailivat tunteneensa kokonaisvaltaista helpotusta. (Samuelson 2011, 79.)

Monet potilaat kertoivat olleen kylmissään ja janoissaan, sekä kokeneen äärimmäistä fyysistä kipua (Meriläinen ym. 2013, 83). Eräs potilas kuvaili sietämättömyyttä janoa epämiellyttävimmäksi asiaksi, minkä hoitojaksolta muistaa. Lisäksi uniongelmat, kykenemättömyys liikkumaan kunnolla, pahoinvointi, huimaus ja

närästys mainittiin ahdistusta lisäävinä kokemuksina. (Samuelson 2011, 78.) Kiputuntemukset olivat yleisiä ja hengitysvaikeudet sekä tukehtumisen tunne koettiin erittäin epämiellyttävänä ja traumaattisena (Corrigan ym. 2007, 209; Samuelson 2011, 78).

Sairastumisen johdosta potilaiden tuttu ja tavallinen vartalo ei usein enää tunnutkaan omalta. Monille se, että vartalo ei toiminutkaan enää normaalilla tavalla oli vaikea asia. (Johnson ym. 2006, 555.) Kykenemättömänä huolehtimaan itsestään avuttomuuden, voimattomuuden ja haavoittuvuuden tunteet tulivat esille. Tiedottomuus siitä, mitä oli tapahtunut vain pahensi asiaa. (Samuelson 2011, 79.) Eräästä potilaasta tuntui, kuin hänen vartalonsa olisi ollut vain esine viemässä tilaa. Myös potilaisiin liitetyt laitteet saivat heidät ajattelemaan toisten näkevän heidät erilaisina. Etenkin intubaatioputki korosti potilaiden tietoisuutta muuttuneesta vartalostaan, eivätkä he halunnet muiden näkevän itseään siinä tilassa. (Johnson ym. 2006, 555.)

7.2 Tehohoidon vaikutukset potilaiden hoitojakson jälkeiseen elämään

Monet tehohoidon läpikäyneet potilaat kärsivät oireista, joilla on toisinaan hyvinkin merkittävät vaikutukset potilaiden jokapäiväiseen elämään. Traumaattiset muistikuvat, univaikeudet, muistiongelmien, tunne identiteetin menettämisestä sekä mielialanvaihtelut ja negatiiviset tunteet nousivat esille analysoiduista artikkeleista.

7.2.1 Traumaattiset muistikuvat

Traumaattiset muistikuvat säilyivät selkeinä ja pelottavina vielä kuukausienkin kuluttua kokemuksesta (Corrigan ym. 2007, 209–210; Kiekkas, Theodorakopoulou, Spyrtos & Baltopoulos 2010, 290–291). Jotkut kokivat hallitsemattomia ja erittäin todentuntuksia, kuin tyhjästä ilmestyneitä ”väläyksiä” traumaattisista kokemuksista (Corrigan ym. 2010). Kaikkein selkeimpinä mielessä säilyivät erilaiset harhat ja epätodelliset muistikuvat, todellisten muistikuvien ja unien unohduessa ajan myötä (Corrigan ym. 2007, 209–210; Kiekkas ym. 2010, 290–291). Harhojen, hallusinaatioiden ja painajaisten ymmärtäminen oli tärkeää potilaille, sillä ajatukset saattoivat pyöriä näiden muistikuvien ympärillä jatkuvasti, ja niihin

kaivattiin selkeyttä. Joskus vaikeutta tuotti erottaa epätodelliset todellisista muistikuvista. (Corrigan ym. 2007, 210.)

Joillekin muistikuvien täydellinen puuttuminen tehohoitojaksolta oli helpotus, mutta toisille ajan menettäminen oli vaikeaa. Tuntui, kuin elämästä olisi otettu osa pois. Jatkuva ajattelu ja yritys selvittää, mitä oli tapahtunut oli yleistä tehohoitojakson jälkeisinä kuukausina. Selkeyden saaminen oli kuitenkin mahdotonta. (Corrigan ym. 2007, 210.)

Kokemukseen liittyvät tunteet ja ajatukset olivat hallitsemattomia, ja monet eri asiat saattoivat laukaista kovan ahdistuksen. Toiset alkoivat systemaattisesti vältellä asioita, jotka aiheuttivat pelkoa ja ahdistuneisuutta rajoittaen jokapäiväistä elämää entuudestaan. Myös ajatus ja pelko trauman uusiutumisesta kehittyi joillekin ylipääsemättömäksi aiheuttaen paniikkia ja pikkutarkkaa käyttäytymistä esimerkiksi lääkitysten kanssa. Eräs tutkimukseen osallistunut kertoi ajattelevansa jopa itsemurhan mahdollisuutta vaihtoehtona kiireellisenä tehdyille leikkaukselle ja sitä seuranneelle tehohoidolle. Joidenkin kohdalla myös aiemmin koetut ja käsitellyt traumat nousivat kokemuksen myötä uudestaan esille. (Corrigan ym. 2007, 211.)

Muistikuvat traumaattisista kokemuksista aiheuttivat myös fyysisiä reaktioita, kuten puistatuksia, kylmänhikeä ja sydämen tykytystä. Toisinaan oireilla ei vaikuttanut olleen selvää syytä, vaan ne saattoivat ilmaantua kuin tyhjästä, ja olivat todella ahdistavia. Myös uupumus ja heikkous koettiin ylivoimaisina tunteina, joihin nukkuminen ei tuntunut auttavan. Useat kärsivät jokapäiväiseen elämään vaikuttavista pysyvistä fyysisistä vaikeuksista. (Corrigan ym. 2007, 209–211.)

7.2.2 Univaikeudet

Erilaiset hoitojakson jälkeiset uniongelmat nousivat esille useassa artikkelissa (Corrigan ym. 2007, 210–211; Baldwin, Hinge, Dorsett & Boyd 2009; Kiekkas ym. 2010, 290; Tembo ym. 2012, 273). Joillekin oli pelottavien painajaisten myötä kehittynyt nukahtamisen pelko (Corrigan ym. 2007, 211; Kiekkas ym. 2010, 290). Traumaattisiin kokemuksiin liittyvät painajaiset olivat tiheästi toistuvia aiheuttaen äkillisiä ja paniikinomaisia yöllisiä heräämisiä sekä johtaen epätoivon tunteisiin. Edes vaikea väsymys ei auttanut nukahtamaan siihen liittyvän

kontrollin menettämisen pelon vuoksi. Nukahtaminen altistaisi uudelleen painajaisunille, ja rentoutuminen tuntui mahdottomalta. Toiset tarvitsivat unilääkkeitä, mutta nekään eivät aina tuoneet toivottua helpotusta. (Corrigan ym. 2007, 210–211.) Joidenkin kohdalla unettomuudelle ei tuntunut olevan selvää syytä. Unta ei tuntunut yksinkertaisesti riittävän kuin muutaman tunnin, mikä jätti potilaan toivottomana odottamaan normaalin unen paluuta. (Tembo ym. 2012, 273.)

7.2.3 Muistiongelmat

Joidenkin jokapäiväistä elämää vaikeuttivat sairastumisen ja tehohoidon jälkeen ilmaantuneet erilaiset muistiongelmat (Corrigan ym. 2007, 212; Tembo ym. 2012, 272). Usein tähän liittyivät myös keskittymisongelmat ja hämmentävät tilanteet. Tiedon omaksuminen tuntui mahdottomalta, mikä johti turhautumisen ja epätoivon tunteisiin. Eräälle tutkimukseen osallistuneelle tehohoidon jälkeisistä oireista muistiongelmat olivat vaikein asia käsitellä. Hänelle ongelmat aiheuttivat useita päivittäisiä itkukohtauksia ja oman mielenterveyden epäilemistä. (Corrigan ym. 2007, 212.) Myös Tembo ym. (2007, 272–273) mainitsevat tutkimuksensa osanottajien kärsivän muistamattomuudesta ja sen tuomista ongelmista. Päivittäisten asioiden hoitaminen vaikeutuu, ja asioiden suunnitteleminen tuntuu vaikealta. Muistiongelmat voivat olla hyvinkin vakavia. Eräs osanottaja kertoo unohtaneensa jopa oman nimensä.

7.2.4 Identiteetin menettäminen

Monet kokivat identiteettinsä muuttuneen tehohoitojakson jälkeen (Corrigan ym. 2007, 212; Tembo ym. 2012, 272). Menneen kaipuu oli keskeinen teema tutkimuksen osanottajien keskuudessa. Sen aiheutti halu tavanomaiseen vuorovaikutukseen muiden kanssa ja tarve löytää entinen itsensä. (Tembo ym. 2012, 272.) Toisinaan identiteetin muutos on niin vahva, että henkilö ei enää koe tuntevan itseään. Eräs kuvailee muuttuneensa tasapainoisesta, rauhallisesta, positiivisesta ja vakaasta persoonasta epävarmaksi ja hermostuneeksi. Toiset kärsivät välinpitämättömyydestä ja puutuneesta olost. Joidenkin vankka usko korkeampaan voimaan ja kuolemanjälkeiseen elämään katosi kokemuksen myötä. Ennen tärkeillä asioilla ei tuntunut olevan enää merkitystä. (Corrigan ym. 2007, 212.)

Tembo ym. (2012, 273) kertovat useimpien tutkimukseen osallistuneiden ikään-tyvien henkilöiden kärsivän tehohoitojakson jälkeisestä äänen menetyksestä tai muutoksesta. Useimpien ääni oli muuttunut käheäksi, joskus pelkäksi kuiskauk- seksi vaikeuttaen kommunikointia merkittävästi. Osanottajat kokivat menettä- neen äänen mukana koko identiteettinsä.

Sairastumisella ja tehohoitojaksolla on vaikutuksensa myös ihmissuhteisiin (Corrigan ym. 2007, 212; Kiekkas ym. 2010, 290). Rakkauden antaminen ja vastaanottaminen vaikeutui monilla. Toisinaan ahdistusta lisäsivät kysymykset ja omaisten kykenemättömyys täysin ymmärtää tilannetta, mikä saattoi johtaa haluttomuuteen olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Eristäytyminen muista liittyi sekä pelkoon että yksin olemisen tarpeeseen. Usein lähimmäiset ihmiset kuitenkin koettiin tukea antavina ja rakastavina, mutta ongelmaksi saattoi koitua syyllisyys omaisille aiheutetusta tuskasta ja huolesta. (Corrigan ym. 2007, 212.)

7.2.5 Mielialanvaihtelut ja negatiiviset tunteet

Tehohoidon kokeneet kärsivät usein erilaisista mielialanvaihteluista (Baldwin ym. 2009; Corrigan ym. 2007, 211; Kiekkas ym. 2010, 290). Ärtymys, vihan tun- teet, ahdistus ja epätoivo saattoivat ilmaantua odottamattomasti. Eräs potilas kertoo muuttuneensa itkuseksi – pienikin vastoinkäyminen saattoi laukaista itkukohtauksen. Jotkut kokivat menettäneensä jotain todella merkittävää, ja toi- sinaan rauhoittavan lääkityksen käyttö oli tarpeen. Joinain päivinä voimat tun- tuivat olleen täysin lopussa, ja tunne elämän pilalle menemisestä oli vallannut mielen. Elämällä ei enää tuntunut olevan tarkoitusta, ja toivon tunne oli kadon- nut. Kelvottomuuden ja masentuneisuuden tunteet saivat miettimään elämän tarkoitusta, ja toisinaan kuolema nähtiin pakokeinona vaikeasta tilanteesta. Toi- veet kuolemasta sekä kuoleman pelko nousivat molemmat esille tutkimuksen haastatteluissa. (Corrigan ym. 2007, 211.)

7.3 Tehohoitoon liittyvän psyykkisen oireilun esiintyvyys ja vaikuttavat tekijät

Analysoiduissa artikkeleissa käsiteltiin tehohoidon jälkeisen posttraumaattisen stressioireyhtymän (PTSD), ahdistuneisuuden sekä masentuneisuuden esiinty-

vyyttä ja vaikuttavia tekijöitä. Vaikka esiintyvyydet vaihtelivat oireilusta riippuen, niiden kehittymiseen vaikuttavat tekijät olivat pääosin samat.

7.3.1 Posttraumaattisen stressioireyhtymän esiintyvyys ja vaikuttavat tekijät

On arvioitu, että 14–47 %:lle tehohoitopotilaista kehittyy PTSD (Rattray & Hull 2008, 5). Jackson, Hart, Gordon, Hopkins, Girard & Ely (2007) kertovat tutkimuksessaan esiintyvyyden vaihtelevan 5–63 %:n välillä riippuen arvioinnin ajankohdasta. Korkeimmillaan esiintyvyys oli kotiutusvaiheessa. Mitä kauemmin tehohoitojaksosta oli kulunut, sitä pienempi osa potilaista kärsi PTSD-oireista. Mainitsemisen arvoista kuitenkin on, että oireiden lievittymiseen ja häviämiseen voi mahdollisesti kulua vuosia. Esimerkiksi Kapfhammer ym. (2004) raportoivat tutkimuksessaan potilaista 43,5 %:n kärsivän PTSD-oireista kotiutuessaan. Kahdeksan vuoden jälkeen luku oli laskenut 23,9 %:iin (Jackson ym. 2007). Rattrayn & Hullin (2008, 5) tutkimuksen mukaan PTSD:n esiintyvyys ei vaikuttanut laskevan ajan kuluessa, vaan oireet säilyvät vuosia hoitojakson jälkeenkin. Jackson ym. (2007) mainitsivat lisäksi yleisteho-osastolla olleista potilaista 5–63 %:n kärsivän PTSD:stä, kun tietyn erityisalaan perehtyneen teho-osaston tarpeessa olevista potilaista 18,5–43 %:lla oli todettu PTSD.

Tehohoitojakson jälkeiseen PTSD:n kehittymiseen vaikuttavat monet tekijät. Rattray & Hull (2008, 5) mainitsevat PTSD:n kehittyvän traumapotilaille useammin kuin muille. Sairauden vakavuus ei sinällään kasvattanut PTSD:n riskiä, vaan riskinä oli ennemminkin joko potilaan subjektiivinen ja voimakas kokemus kuoleman uhasta tai subjektiiviset ja objektiiviset kokemukset yhteen laskettuihin. Myös potilaan nuori ikä nosti PTSD:n esiintyvyyttä (Jackson ym. 2007; Rattray & Hull 2008, 5). Muita potilaaseen liittyviä riskitekijöitä olivat aiemmat mielenterveysongelmat sekä naissukupuoli. Kattavalla sosiaalisella tukiverkostolla on todettu olevan PTSD:n kehittymistä ehkäiseviä vaikutuksia. (Jackson ym. 2007.)

Epätodellisten muistikuvien on todettu nostavan riskiä sairastua PTSD:ään (Jackson ym. 2007; Rattray & Hull 2008, 5; Kiekkas ym. 2010, 290). Lisäksi sairastumisriskiä voi kohottaa todellisten muistikuvien vähyys (Jackson ym. 2007;

Kiekkas ym. 2010, 290). Kiekkas ym. (2010, 290–291) mainitsevat artikkelissaan potilaiden, joilla on ainoastaan epätodellisia muistikuvia tehohoitojaksosta, kärsivän useammin PTSD–oireista verrattuna niihin, joilla on joko pelkästään todellisia tai sekä todellisia että epätodellisia muistikuvia. Vastaavasti he myös kertovat tutkimustuloksista, jotka toteavat todellisten ja epätodellisten muistikuvien yhdistelmän nostavat PTSD–oireiden riskiä. Rattray & Hull (2008, 5) mainitsevat epätodellisten muistikuvien aiheuttavan oireita todennäköisemmin kuin todelliset – myös epämiellyttävät – muistikuvat. Kuitenkin myös todellisten muistikuvien laadun on todettu vaikuttavan oireiden kehittymiseen. PTSD–oireilun on todettu olevan merkittävämpää tapauksissa, joissa todelliset muistikuvat ovat olleet traumaattisia tai negatiivisia (Jackson ym. 2007; Kiekkas ym. 2010, 291–292).

Hoitoon liittyvien kokemusten on todettu olevan yhteydessä PTSD:ään. Mitä pidempi tehohoitojakso, sedaatio, neuromuskulaarinen blokki ja mekaaninen ventilaatio, sitä suurempi riski sairastua PTSD:ään (Jackson ym. 2007; Rattray & Hull 2008, 5). Sedaation päivittäisellä keskeyttämisellä on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilaiden toipumiseen (Rattray & Hull 2008, 8). Lisäksi fyysinen rajoittaminen ilman sedaatiota, pitkittynyt opioidien käyttö (Kiekkas ym. 2010, 291) ja ahdistuneisuuden tunteet tehohoidon aikana ovat yhteydessä kohonneeseen PTSD–riskiin (Jackson ym. 2007). Pidempi tehohoidon jälkeinen vuodeosastojakso vähensi potilaiden pakonomaisia ajatuksia (Rattray & Hull 2008, 5).

7.3.2 Ahdistuneisuushäiriön ja masentuneisuuden esiintyvyys ja vaikuttavat tekijät

Tulokset tehohoitojakson jälkeisen ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden esiintyvyydestä vaihtelevat riippuen tutkimusmenetelmistä ja kriteereistä. Edleston ym. (2000) raportoivat potilaista 6,9 %:n kärsivän ahdistuneisuudesta kolme kuukautta kotiutumisen jälkeen, kun taas Rattray & Hull (2005) toteavat saman luvun olevan 18 % vuoden kuluttua kotiutumisesta (Rattray & Hull 2008, 4). Masentuneisuutta esiintyy 9–11 %:lla potilaista. Sekä ahdistuneisuuden että masentuneisuuden esiintyvyys näyttää laskevan kotiutumisesta seuraavan ensimmäisen vuoden aikana, mutta on epäselvää, jatkuuko kehitys tästä eteen-

päin. Esimerkiksi äkilliseen hengitysvajaukseen (ARDS) sairastuneilla potilailla masentuneisuuden on todettu nousevan ensimmäisen (16 %) ja toisen (23 %) vuoden aikana kotiutumisesta. Nämä potilaat ovat usein todella kriittisesti sairaita ja tarvitsevat mekaanista ventilaatiota tukemaan hengitystä. Tämä pitkittää tehohoitojaksoa ja mahdollisesti vaikuttaa myös ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden esiintyvyyteen. (Rattray & Hull 2008, 4.)

Ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden riskiä kohottavat myös nuori ikä sekä naissukupuoli. Tehohoidon jälkeiset neuropsykologiset häiriöt nostavat merkittävästi masennuksen riskiä. Sekä ahdistuneisuuden että masentuneisuuden esiintyvyyttä korottaa epämiellyttävät muistikuvat tehohoidosta, pitkä hoitojakso, hengitystukilaitteiden käyttö ja lääkkeelliset hoidot. Masentuneisuus on yleisempää potilailla, jotka ovat olleet sedatoituina tehohoidon aikana. Sedaation päivittäinen keskeyttäminen vähensi sekä masentuneisuuden että ahdistuneisuuden riskiä. (Rattray & Hull 2008, 4.)

Potilaat, jotka ovat kärsineet ahdistuneisuudesta tai masentuneisuudesta aiemmin elämässään, ovat suuremmassa riskissä sairastua tehohoitojakson jälkeenkin. Lisäksi potilaat, jotka kärsivät masennuksesta, arvioivat terveyteen liittyvän elämänlaatuunsa alhaisemmaksi muihin verrattuna. Ei kuitenkaan ole selvää, vaikuttaako masennus alentavasti elämänlaatuun, vai onko terveyteen liittyvä elämänlaatu ollut alentunut ennen tehohoitojaksoa hidastaen toipumista ja täten myös nostaen masennuksen riskiä. (Rattray & Hull 2008, 4.)

7.4 Hoitotyön auttamiskeinot

Analysoiduista artikkeleista nousi esille monia hoitotyön auttamiskeinoja, jotka helpottivat potilaiden oloa tehohoidon aikana, ja joita tehohoidon läpikäyneet potilaat kertoivat arvostaneen suuresti. Yksi artikkeli raportoi hoitohenkilökunnan käyttämiä auttamiskeinoja potilaiden unenlaadun parantamiseksi. Lisäksi potilaspäiväkirjan käyttö tehohoidossa ja vierailu teho-osastolla kotiutumisen jälkeen olivat mainittuja keinoja potilaan toipumisen tukemiseen.

7.4.1 Auttamiskeinot potilaan näkökulmasta

Potilaat kuvailivat hoitohenkilökunnan jatkuvan läsnäolon rauhoittavan ja tuovan turvallisuuden tunteen. Henkilökunnan aito kiinnostus potilaan hyvinvoinnista ja halu tukea potilasta saivat potilaat tuntemaan itsensä ainutlaatuisiksi ja inhimilliseksi, mikä auttoi heitä katsomaan myös tulevaisuuteen. Erityisesti rauhallinen ja tyyni äänenkäyttö sekä toisen ihmisen kosketus koettiin tärkeinä tuomaan emotionaalista turvaa. (Samuelson 2011, 80; Wassenaar ym. 2013, 9.) Mukavaksi ja arvostetuksi mainittiin myös hiljaisen hetken antaminen potilaalle, jolloin potilas sai kesken päivän levätä rauhassa (Samuelson 2011, 80–81). Hoitotoimenpiteiden ryhmittäminen yhdelle kerralle oli toivottua, koska silloin potilaalle jäi enemmän aikaa levolle. (Johnson ym. 2006, 555). Toiset kokivat valojen himmentämisen, rauhoittavan musiikin, tynnyjen pöyhimisen ja tarvittaessa tuuletin käytön tuoneen helpotusta. Hoitajan kyky ja halu luoda mahdollisimman rentouttava, turvallinen ja positiivinen ympäristö, sekä päivittäisistä toiminnoista, kuten pesuista ja parran ajamisesta, huolehtiminen oli arvostettua. Myös hoitohenkilökunnan ammattitaitoisuus tasapainotti potilaiden ahdistavaa kokemusta. (Samuelson 2011, 80–81.) Toimiva kommunikointi henkilökunnan ja potilaan välillä koettiin tärkeänä. Potilaan säännöllinen ja selkeä informointi hänen tilanteestaan sekä tulevista toimenpiteistä oli todella arvostettua. (Samuelson 2011, 82; Wassenaar ym. 2013, 9.) Hupceyn (2000) mallin mukaan potilaat tarvitsevat tietoa omasta tilanteestaan, tukea kontrollin saavuttamisessa, toivoa tulevaisuudesta ja luottamusta henkilökuntaan tunteakseen olonsa turvalliseksi (Wassenaar ym. 2013, 10).

7.4.2 Hoitajien käyttämiä auttamiskeinoja unenlaadun parantamiseksi

Tehohoitajille suunnatussa, potilaan unenlaadun parantamiseen liittyvässä kyselyssä valojen himmentäminen ja melun vähentäminen yöaikaan katsottiin tärkeäksi. Laitteiden hälytysäänien voimakkuutta pienennettiin, ja potilaille tarjottiin korvatulppia. Hoitajien keskustelujen välttäminen potilaan lähellä mainittiin todella tärkeäksi sekä yöllä että päivällä. Yöunien mahdollistamiseksi ja tukemiseksi hoitajat mainitsivat puheäänien hiljentämisen sekä tarvittaessa toisille asiasta muistuttamisen. Lisäksi noninvasiivisen verenpaineen mittausten väliä pidennettiin mahdollisuuksien mukaan. Päiväaikaan hoitajat rauhoittivat potilas-

tilan vetämällä potilasta ympäröivät verhot kiinni, jotta potilaan lepo mahdollistui. Yksi hoitajista vastasi tarjoavansa pimentäviä silmäsuojuksia potilaille päiväaikaan. Yksikään hoitajista ei kertonut tarjoavansa silmäsuojia yöaikaan. (Eliassen & Hopstock 2011, 140.)

Unen laadun parantamiseksi hoitajat kiinnittivät usein huomion potilaan mukavuuteen, muun muassa asennon vaihtamiseen ja kivunhoidosta huolehtimiseen. Lisäksi suun hoito ja hieronta mainittiin keinoiksi parantaa etenkin yöaikaista unta. Myös potilaan kädestä pitäminen katsottiin mukavuutta lisääväksi keinoksi, samoin kuin mahdollisuus musiikin kuunteluun tai television katseluun. Näköetäisyydellä istuminen katsottiin rauhoittavaksi, jos potilas oli ahdistunut. Kaikki kyselyyn osallistuneet kertoivat ilmoittavansa potilaalle, kun oli aika nukkua. Hoitajista 72 % sanoi suunnittelevansa potilaalle päiväaikaisen lepohetken, etenkin jos potilaalla on tiedettävästi huonosti nukuttu yö takana. (Eliassen & Hopstock 2011, 140.)

7.4.3 Potilaspäiväkirjan käyttö tehohoidossa

Monella tehohoidon läpikäyneellä potilaalla on tarve erilaisiin hoitojakson jälkeisiin tukipalveluihin, joihin liitettynä potilaspäiväkirjan käyttö voisi olla hyödyllistä (Phillips 2011, 38). Kirjallisen, tosiasioihin perustuvan kertomuksen lukeminen tehohoidon tapahtumista voi auttaa potilasta ymmärtämään kokemustaan paremmin. Tähän potilaspäiväkirjan pitäminen on oiva apuväline. Päiväkirjojen suosio onkin nousussa eurooppalaisilla teho-osastoilla. (Rattray & Hull 2008, 8.) Päiväkirjaa kirjoittaa potilaan hoitaja sekä mahdollisesti myös omaiset käydessään vierailemassa potilaan luona (Rattray & Hull 2008, 8; Phillips 2011, 38).

Potilaspäiväkirjaa kirjoittaessa on mietittävä, että teksti soveltuu potilaan luettavaksi. Sisältö ei saa tuottaa potilaalle ahdistusta, ja käytetyn kielen tulee olla helposti ymmärrettävää. Ajatuksena on kirjoittaa aikajärjestyksessä potilaan hoitojaksoon liittyvistä tapahtumista. Omaisten avustuksella päiväkirjan voi myös aloittaa kriittisen sairastumisen taustatiedoista. Potilailla on usein vahva tarve selvittää, mitä tehohoidon aikana on heille tapahtunut, ja päiväkirjan tarkoitus on tarjota hoitajan pohdinnan kautta potilaalle työväline omaan ajattelu-prosessiin. (Phillips 2011, 37–38.)

Potilaspäiväkirja voi sisältää kirjoituksia säästä, ajankohtaisista uutisista ja henkilökohtaisista tapahtumista, esimerkiksi maininnat omaisten vierailuista. Erilaiset tehohoidon aikaiset tapahtumat – kuten intubaatio ja extubaatio – ja toipumisen kannalta merkittävät hetket kuvaillaan päiväkirjassa. Mukaan voi mahdollisesti liittää myös valokuvia esimerkiksi potilaan istuessa vuoteenreunalla ensimmäistä kertaa. Ajatuksena on kirjoittaa joka päivä jotain, ja heijastaa näin potilaan toipumisen edistymistä. Lisäksi päiväkirjaan voi lisätä omien tuntemusten mukaan muun muassa runoja. (Phillips 2011, 38–41.)

Potilaspäiväkirjan käyttäminen ei kuitenkaan ole täysin yksinkertaista. Luottamuksellisen tiedon käsittely ja valokuvien käyttö ovat aiheuttaneet keskustelua päiväkirjojen eettisyydestä. On todella tärkeää, että päiväkirjan sisältö tutkitaan tarkasti ennen potilaalle ojentamista, ja että väärinkäsityksiä mahdollisesti aiheuttavat kohdat korjataan asianmukaisesti. (Phillips 2011, 39–40.) Päiväkirja tulee aina ojentaa potilaalle rauhallisessa tilanteessa, ja sisältöön tutustuminen tulisi tapahtua potilaan ehdoilla kokeneen hoitajan läsnä ollessa (Storli & Lind 2008, 49; Phillips 2011, 41). Lisäksi päiväkirjan käyttöön tulisi aina liittää jälki-seurantakäynti, jossa potilaalle tarjotaan mahdollisuus kysyä mieleen tulleita kysymyksiä (Phillips 2011, 38–41). On mahdollista, että päiväkirjan läpikäyminen on potilaalle kivuliasta ja tuo ahdistavia muistikuvia mieleen (Storli & Lind 2008, 49; Phillips 2011, 41). Esille onkin noussut tarve päiväkirjan käyttöön liittyville yleisille suosituksille (Phillips 2011, 38).

Päiväkirjan käytöllä on kuitenkin todettuja positiivisia vaikutuksia potilaan toipumisen kannalta. Potilaat ovat kokeneet saaneensa todenmukaisemman käsityksen tehohoitokokemuksestaan luettuaan potilaspäiväkirjaa (Rattray & Hull 2008, 8). Knowles & Tarrier (2009) totesivat päiväkirjan käytön myös selvästi alentavan ahdistusta ja masennusta kaksi kuukautta kotiutumisen jälkeen (Phillips 2011, 40). Päiväkirjan käytön on todettu myös vähentävän PTSD-oireita potilailta. Lisäksi normaaliin elämään orientoituminen ja realististen tavoitteiden asettaminen oli helpompaa, mikä nopeutti myös fyysistä toipumista. (Phillips 2011, 40–41.)

Monet potilaat ovat kokeneet päiväkirjan lahjana ja symbolina hoitohenkilökunnan välittämisestä (Storli & Lind 2008, 48; Phillips 2011, 40). Etenkin kertomuk-

set ja valokuvat omaisten vierailuista olivat potilaille merkityksellisiä. Muistikuvien puuttuessa konkreettinen todistus omaisten välittämisestä koettiin tärkeänä. Myös kuvaukset ja valokuvat teho-osastosta ja potilasta ympäröivistä laitteista auttoivat saamaan selvemmän mielikuvan tapahtumista. Tapahtumista lukeminen auttoi potilaita ymmärtämään epätodellisten muistikuvien syntyä. Eräs potilas uskoi joutuneensa lukituksi hotellihuoneeseen seksuaalisen hyväksikäytön uhrina, ja päiväkirjan lukeminen auttoi häntä yhdistämään oikeat tapahtumat kuviteltuihin, mikä auttoi selventämään ajatuksia. (Storli & Lind 2008, 49.)

Päiväkirjan ojentamiseen liittyvä keskustelu potilaan ja hoitajan välillä antaa potilaalle mahdollisuuden kysyä mieltä painavia kysymyksiä ja halutessaan vastata hoitajan päiväkirjassa esittämiin avoimiin kysymyksiin. Potilaat kokivat vapauttavaksi kuulla, että erikoiset mielikuvat ja kokemukset ovat yleisiä tehohoidon läpikäyneillä, mikä edesauttoi avointa keskustelua. Hoitajan kyky kuunnella painostamatta ja ymmärtää potilaan kokemuksia koettiin helpottavana ja tärkeänä. Potilaat kokivat saaneensa selkeyttä ja ymmärrystä tehohoidosta jääneisiin mielikuviin, kun hoitojakson aikaisista tapahtumista keskusteltiin yhdessä. (Storli & Lind 2008, 50–51.)

7.4.4 Vierailu teho-osastolla kotiutumisen jälkeen

Joidenkin potilaiden kohdalla vasta vierailu teho-osastolle toi selkeyttä ajatuksiin. Ympäristön kokeminen uudelleen kaikilla aisteilla auttoi potilaita vahvistamaan ymmärrystään tehohoidon aikaisista tapahtumista. Esimerkiksi eräs potilas kertoo vasta hengityskoneen äänen kuultuaan ymmärtäneensä, ettei äänen lähde ollut se, miksi hän sitä luuli. Vierailu auttoi potilaita näkemään kokemuksensa eri tavalla kuin aiemmin. On kuitenkin muistettava, että vierailuun liittyy myös riskejä, ja kokemus teho-osastosta voi laukaista vahvoja tunteita potilaassa. Vierailu tulisi aina järjestää kiireettömästi tutun hoitajan seurassa. (Storli & Lind 2008, 51–52.)

8 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää potilaan kokemuksia tehohoidosta, tehohoidon psyykkisiä vaiku-

tuksia potilaaseen, tehohoidon jälkeisen psyykkisen oireilun esiintyvyyttä sekä hoitotyön auttamiskeinoja potilaan toipumisen tukemiseen. Tuloksista voidaan todeta, että tehohoidolla on hyvin moninaisia vaikutuksia potilaaseen. Hoitohenkilökunnan tulisi tehdä parhaansa luodakseen potilaalle turvallisen tuntuksen ja toipumista edistävän hoitoympäristön. Tutkimuksissa potilaat mainitsivat arvostavansa eniten henkilökunnan rauhallisuutta ja aitoa kiinnostusta potilaan hyvinvoinnista. Hellävarainen käsittely ja jokapäiväisistä toiminnoista huolehtiminen olivat myös todella arvostettuja. Potilaat toivoivat henkilökunnalta kykyä ottaa huomioon potilaan levon tarpeen ja taitoa kommunikoida potilaan tilasta selkeästi ja säännöllisesti.

Näistä tuloksista voidaan todeta, että hyvinkin yksinkertaiset auttamiskeinot olivat eniten arvostettuja. Potilaille tärkeintä oli se, että hoitohenkilökunta huomioi heidät asiaan kuuluvalla tavalla ja sai heidät tuntemaan itsensä tärkeiksi ja arvostetuiksi. Moniin potilasta tehohoitoympäristössä ahdistaviin asioihin on vaikea tehdä muutoksia. Olennaista on kuitenkin ymmärtää, että hoitajat voivat omalla käytöksellään ja teoillaan suuresti vaikuttaa siihen, miten potilas kokee hoitoympäristön ja häntä ympäröivät tapahtumat. Tämän vuoksi olisikin tärkeää, että hoitohenkilökunta tarkastelisi omaa toimintaansa säännöllisesti ja pohtisi, mitä voisi mahdollisesti tehdä toisin edesauttaakseen potilaan toipumista.

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Systemaattista kirjallisuuskatsausta tehdessä huolellisella suunnittelulla voidaan välttää virheitä. Lisäksi hakuprosessin suorittamisessa on käytettävä erityistä huolellisuutta, jotta välttyttäisiin tulosten epäluotettavuuteen johtavilta virheiltä. Hakuprosessi tulee myös dokumentoida huolella. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47–50.) Systemaattista kirjallisuuskatsausta tehtäessä on erityisesti kiinnitettävä huomiota käytettävän aineiston luotettavuuteen, ja näin ollen käytävä lähteet huolellisesti lävitse ennen lopullista päätöstä käyttää aineistoa kirjallisuuskatsauksen tekoon (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46).

Tämä opinnäytetyö aloitettiin huolellisella suunnittelulla. Suunnitteluvaiheen aikana määriteltiin muun muassa selkeät tutkimuskysymykset, joiden avulla kirjallisuuskatsauksen aihe saatiin rajattua toimivaksi. Lisäksi pohdittiin sisäänotto- ja

poissulkukriteerit, jotka auttoivat valitsemaan hakuprosessin tuloksista laadukkaita ja aiheeseen relevantit artikkelit ja tutkimukset. Opinnäytetyötä tehdessäni suoritin hakuprosessin huolellisesti käyttäen mahdollisimman monta tietokantaa. Lisäksi käytin informaation apua, jotta haku olisi mahdollisimman onnistunut ja tulokset luotettavat.

Vaikka tavoitteena oli löytää mahdollisimman tuoreita tutkimuksia, opinnäytetyön aiheen luonteen vuoksi kaikki aikaisintaan vuonna 2000 julkaistut artikkelit päätettiin ottaa huomioon. Lopulliset analysoitavat artikkelit oli julkaistu vuosina 2004–2013. Lisäksi varmistettiin, että artikkelit olivat vertaisarvioituja ja laadukkaita artikkeleita luotettavista lähteistä. Luotettavien artikkelien löytäminen auttoi se, että haut tehtiin käyttäen Saimaan ammattikorkeakoulun Nelli-portaalin tietokantoja. Tulosten raportoinnissa kiinnitettiin erityistä huomiota oikeudenmukaiseen lähteiden ja viitteiden käyttöön. Alkuperäisaineistoa pyrittiin käsittelemään mahdollisimman huolellisesti niin, että tutkimustulokset pysyivät todellina, eikä vääristelyä tapahtunut. Koska analysoidut artikkelit olivat kaikki englanninkielisiä, varmistettiin myös analysijan kielitaidon riittävyys aineiston käsitteelyyn. Aineistossa oli todella vaikuttavia suoria lainauksia potilaiden kokemuksista, joita ei kuitenkaan tässä työssä käännetty suomeksi, koska lainausten todellisen merkityksen koettiin häviävän käännösten mukana.

8.2 Opinnäytetyöprosessi ja oma oppiminen

Opinnäytetyöprosessin toteuttaminen on ollut hyvin mielenkiintoista. Aiheen valinnan jälkeinen työharjoittelujakso teho-osastolla vahvisti entisestään kiinnostustani selvittää potilaiden kokemuksia tehohoidosta. Itse koin teho-osastolla työskentelyn antoisana, mutta toisinaan myös psyykkisesti raskaana. Harjoittelun aikana pyrin katsomaan tilanteita potilaan näkökulmasta, ja usein huomasin pohtivani oman toimintani vaikutuksia potilaisiin. Tämän kokemuksen jälkeen koin erityisen mielenkiintoisena jatkaa opinnäytetyöprosessiani suunnittelusta toteutukseen.

Opinnäytetyöni aiheesta on vain vähän suomenkielisiä artikkeleita ja tutkimuksia, joten koin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemisen tarpeellisenä. Tällä menetelmällä pystyin kokoamaan kansainvälistä ja englanninkielistä tut-

kimustietoa suomenkieliseksi yhteenvedoksi, jota on helppo hyödyntää myös tulevaisuudessa.

Opinnäytetyön tekeminen on auttanut kehittämään kykyäni nähdä hoitotyössä tapahtuvat tilanteet potilaan näkökulmasta ja ymmärtämään, kuinka merkittävät vaikutukset tehohoidolla voi olla potilaan elämään. Tämän myötä pystyn tulevaisuudessa vaikuttamaan omaan toimintaan sairaanhoitajana siten, että voin paremmin luoda potilailleni mahdollisimman positiivisen kokemuksen hoitotilanteista. Opinnäytetyöprosessin aikana omaksuttu tieto ja ymmärrys eivät ole ainoastaan tehohoidossa hyödynnettävää, vaan uskon niiden auttavat tulevaisuudessa kaikenlaisessa hoitotyössä, mitä tulen tekemään.

Ammatillisen kasvun lisäksi olen saanut mahdollisuuden kehittää tiedonhakukykyäni opinnäytetyöprosessin kautta. Kyky hakea ja löytää luotettavaa ja käyttökelpoista tietoa on todella tärkeää sairaanhoitajan työssä, jossa tiedon päivittyminen on jatkuvaa. Olen myös oppinut paljon laadullisen tutkimuksen toteuttamisesta sekä sisällönanalyysin käyttämisestä aineiston analyysissä.

8.3 Jatkotutkimusaiheet

Tulevaisuudessa olisi hyvä saada lisää suomalaista tutkimustietoa tehohoitopotilaiden kokemuksista ja psyykkisen oireilun esiintyvyydestä. Myös potilaspäiväkirjan käytön toteuttaminen suomalaisilla teho-osastoilla olisi tarpeellinen jatkotutkimusaihe. Maissa, joissa potilaspäiväkirjat ovat yleisessä käytössä, on todettu monia positiivisia vaikutuksia päiväkirjan käytöstä. Tämän vuoksi olisi hyvä tutkia esimerkiksi suomalaisten tehohoitajien asenteita päiväkirjan käyttöä kohtaan, sekä kuinka käyttö pystyttäisiin suomalaisilla teho-osastoilla käytännössä toteuttamaan.

Lähteet

Abrosius, Huittinen, V-M., Kari, A., Leino-Kilpi, H., Niinikoski, J., Ohtonen, M., Rauhala, V., Tammisto, T. & Takkunen, O. 1997. Suomen tehohoito-yhdistyksen eettiset ohjeet.

*Baldwin, F., Hinge, D., Dorsett, J. & Boyd, O. 2009. Quality of life and persisting symptoms in intensive care unit survivors: implications for care after discharge. *BMC Research Notes* 2(160). doi: 10.1186/1756-0500-2-160.

*Corrigan, I., Samuelson, K., Fridlund, B. & Thome B. 2007. The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive and Critical Care Nursing* 23, 206–215. doi: 10.1016/j.iccn.2007.01.004.

*Eliassen, K. & Hopstock, L. 2011. Sleep promotion in the intensive care unit – A survey of nurses' interventions. *Intensive and Critical Care Nursing* 27, 138–142. doi: 10.1016/j.iccn.2011.03.001.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013. HUS palveluhinnasto 2013 – osa 2 Suoriteperusteiset sairaanhoidolliset palvelut. http://www.hus.fi/hus-tietoa/talous/Hinnoittelu/Documents/HUS_Palveluhinnasto_2013,_osa_2.pdf. Luettu 17.4.2013.

Honkonen, J & Lipsanen, A. Tehohoitopotilaan deliriumin ennaltaehkäisy hoito-yön keinoin. 2012. Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/52610/Honkonen%20ja%20Lipsanen.pdf?sequence=1>. Luettu 3.6.2013.

Hynynen, M., Takkunen, O., Kurola, J & Kalso, E. 2006. Anestesian, tehohoi-don, ensihoidon ja kivunhoidon järjestely. Teoksessa: Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 27 – 37.

*Jackson, J., Hart, R., Gordon, S., Hopkins, R., Girard, T. & Ely, E. 2007. Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem. *Critical Care* 11(R27). doi: 10.1186/cc5707.

Jalonen, J. 2006. Sydänanestesian ja –tehohoidon ensimmäinen vuosikymmen Suomessa. *FINNANEST* 39(4), 303–307. http://www.finnanest.fi/files/1a_jalonen.pdf. Luettu 10.11.2013.

Jalonen, J. 2012. Tehohoito. Teoksessa: Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K. & Pöyhä, R. (toim.) *Anestesiologian ja tehohoidon perus-teet*. Helsinki: Duodecim, 59 – 67.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjalli-suuskatsaukseen. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) 2007. *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yli-opisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, 3 – 9.

*Johnson, P., St. John, W. & Moyle, W. 2006. Long-term mechanical ventilation in a critical care unit: existing in an uneventful world. *Journal of Advanced Nursing* 53(5), 551–558.

Kaarlola, A. 2010. Tehopotilaan jälkipoliklinikka – miksi ja miten perustettiin. *Tehohoito* 28 (1), 32 – 33.

Kaarlola, A. & Pyykkö, A. 2010. Sairausten ja tehohoidon aiheuttamat terveysongelmat. Teoksessa: Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrèn-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castrén, M. (toim.) *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Helsinki: Duodecim, 463 – 465.

Kattelus, M., Nummi, V. & Saarni, S. 2013. Lääkärin etiikka. 7.painos. Helsinki: Suomen lääkäriliitto.
http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1273/laakaran_etiikka_2013.pdf. Luettu 24.11.2013.

*Kiekkas, P., Theodorakopoulou, G., Spyrtos, F. & Baltopoulos, G. 2010. Psychological distress and delusional memories after critical care: a literature review. *International Nursing Review* 57, 288–296.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WSOY. 21–43.

Lauri, S. 2007. Sairaanhoidajan osaaminen – mitä se on? Sairaanhoidajaliitto.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7_2007/muut_artikkelit/sairaanhoidajan_osaaminen_mita_s/. Luettu 18.4.2013.

Lindberg, E. 2006. Competence in Critical Care. *Dimensions of Critical Care Nursing* 25(2), 77 – 81.

Meriläinen, M. 2012. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö: psyykinen elämänlaatu ja toipuminen. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

*Meriläinen, M., Kyngäs, H. & Ala-Kokko, T. 2012. Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study. *Intensive and Critical Care Nursing* 29, 78–87. doi: 10.1016/j.iccn.2012.05.003.

Metsämuuronen, J. 2006. Metodologian perusteet ihmistieteessä. Teoksessa: Metsämuuronen, J. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. Helsinki: International Methelp Ky. 15–77.

*Phillips, C. 2011. Use of patient diaries in critical care. *Nursing Standard* 26(11), 35–43.

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, 46 – 57.

*Rattray, J. & Hull, A. 2008. Emotional outcome after intensive care: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 64(1), 2–13. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04767.x.

Romppainen, V. & Lillbacka, A. Tehohoitopotilaan kivun hoitotyö sairaanhoitajan kokemana. 2012. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49203/Lillbacka_Anu_Romppainen_Virpi.pdf?sequence=2. Luettu 3.6.2013.

Saastamoinen, T. 2007. Ammatillisuus korostuu teho-osaston hoitotyössä. Sairaanhoitajaliitto. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/9_2007/muut_artikkelit/ammattillisuus_korostuu_teho-osas/. Luettu 17.4.2013.

Salanterä, S. & Hupli, M. 2003. Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa: Lauri, S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY, 21 – 39.

*Samuelson, K. 2011. Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients – Findings from 250 interviews. *Intensive and Critical Care Nursing* 27, 76–84. doi: 10.1016/j.iccn.2011.01.003.

*Storli, S. & Lind, R. 2009. The meaning of follow-up in intensive care: patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23, 45–56. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00589.x.

Sorvettula, M. 1998. Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Ry.

Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu, 58 – 70.

Suomen tehohoitoyhdistys. Suomen teho-osastot. <http://www.sthy.fi/teho-osastot>. Luettu 17.4.2013.

Tammisto, T. 2006. Anestesiologian kehitys Suomessa. Teoksessa: Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 20 – 26.

Tehohoito. 2013. Teoksessa: Saarni, S., Kattelus, M. & Nummi, V. (toim.) Lääkärin etiikka. 7. painos. Helsinki: Suomen lääkäriliitto, 120 – 121. http://www.laakariliitto.fi/files/laakarin_etiikka_2013.pdf. Luettu 17.4.2013.

*Tembo, A., Parker, V. & Higgins, I. 2012. Being in limbo: The experience of critical illness in intensive care and beyond. *Open Journal of Nursing* 2, 270–276. doi: 10.4236/ojn.2012.23041.

Tohmo, H., Kuosa, R. & Erkola O. 2006. Anestesiologian ja tehohoidon osasto sairaalassa. Teoksessa: Teoksessa: Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L.,

Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 38 – 47.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Varpula, T. 2011. Tehohoidon valinnat. Terveysfoorumi 2011. Duodecim. <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f877886628/tf2011terovarpula.pdf>. Luettu 17.4.2013

Vartiainen, J. 2012. Hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen teho-osastolla. Metropolia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/44480/Jenna.Vartiainen-VALMIS.pdf?sequence=1>. Luettu 3.6.2013.

*Wassenaar, A., Schouten, J. & Schoonhoven, L. 2013. Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review. International Journal of Nursing Studies. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.07.003.

*) Analysoidut artikkelit