



Tehohoito aikuisen potilaan ja perheen- jäsenten kokemana

Iina Ahonen

Emma Korpela

Opinnäytetyö, AMK

Lokakuu 2022

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma (AMK)

Ahonen, Iina & Korpela, Emma

Tehohoito aikuisen potilaan ja perheenjäsenten kokemana.

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Lokakuu 2022, 54 sivua.

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Tehohoidossa oleminen on kriittisesti sairaalle potilaalle ja hänen perheenjäsenilleen haastava kokemus. Siihen liittyy monenlaisia fyysisiä ja psyykkisiä tuntemuksia ja niillä voi olla kauaskantoisia seurauksia. Monet kokevat tehohoidon pelottavana ja epämiellyttävänä. Henkilökunta voi osaltaan lievittää negatiivisia kokemuksia ja tämän merkitys korostuu entisestään tulevaisuudessa tehohoitopotilaiden ollessa oletettavasti yhä enemmän hereillä hoitajaksonsa aikana.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mistä tekijöistä rakentuu aikuisen potilaan tehohoitokokemus. Asiaa tarkasteltiin sekä potilaan että perheenjäsenten näkökulmasta heidän kokemuksiinsa pohjautuen. Tavoitteena oli tuottaa ajankohtaista ja koostettua tietoa potilaiden ja perheenjäsenten tehohoitokokemuksesta hyödynnettäväksi kliiniseen hoitotyöhön.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Systemaattisen tiedonhaun avulla mukaan valikoitunut aineisto analysoitiin ja näin saatiin selville potilaan sekä perheenjäsenten tehohoitokokemukseen vaikuttavia tekijöitä. Tyytyväisyyteen vaikuttivat monet, usein toisiinsa liitoksissa olevat tekijät: teho-osaston ympäristö, hoito ja henkilökunta, kommunikointi, fyysiset kokemukset, psyykkiset kokemukset sekä perheenjäsenten huomiointi.

Opinnäytetyön kohderyhmänä ovat terveydenhuollon ammattilaiset ja opiskelijat. Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä tehohoitoa vastaamaan mahdollisimman hyvin potilaiden ja perheenjäsenten tarpeisiin ja niiden avulla voidaan lisätä tehohoidon laadukkuutta parantaen potilaskeskeistä hoitotyötä.

Avainsanat (asiasanat)

Kirjallisuuskatsaus, tehohoito, teho-osastot, potilaan kokemus, perheen kokemus

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

-

Ahonen, Iina & Korpela, Emma

Intensive care based on patient's and family members' experiences.

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, October 2022, 54 pages.

Degree Programme in Nursing. Bachelor's Thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

Being in an intensive care is a challenging experience for a critically ill patient and his family members. It is related to many physical and psychological feelings and there can be far-reaching consequences. Many have an experience that intensive care is frightening and unpleasant. The personnel can help to relieve negative experiences and the meaning of this will be in a greater role in the future when it is expected that patients will be more awake during their intensive care period.

Purpose of the thesis was to examine which factors effect on adult patients' intensive care experience. The subject was examined based on both patients' and family members' experiences. The target was to produce current and composed information about the patients' and family members' intensive care experience to utilize it in a clinical care work.

The thesis was implemented as a descriptive literature review. The chosen material was searched by using systematic information retrieval and after analyzing it several factors affecting on patients' and family members' intensive care experience was examined. There were many factors connecting to each other which increased satisfaction: an environment of the intensive care unit, care and personnel, communication, physical experiences, psychological experiences and recognition of the family members.

A target group of the thesis are professionals in the health care and students. The results can be utilized when developing the intensive care to respond the needs of the patients and family members as well as possible. The results can also be utilized to increase a quality of the intensive care and patient-oriented care work.

Keywords/tags (subjects)

Literature review, intensive care, intensive care units, patient experience, family experience

Miscellaneous (Confidential information)

-

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Tehohoito	6
2.1	Tehohoidon määritelmä.....	6
2.2	Tehohoito Suomessa	7
3	Sairaanhoitajan osaaminen teho-osastolla	9
4	Tehohoidon kuormitustekijät	11
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	15
6	Opinnäytetyön toteutus	15
6.1	Opinnäytetyön menetelmä	15
6.2	Aineiston keruu	17
6.3	Aineiston analyysi.....	20
7	Opinnäytetyön tulokset	22
7.1	Aikuisen potilaan tehohoitokokemukseen vaikuttavat tekijät	22
7.1.1	Ympäristötekijät.....	23
7.1.2	Hoito ja henkilökunta	24
7.1.3	Kommunikointi	25
7.1.4	Fyysiset kokemukset.....	26
7.1.5	Psyykkiset kokemukset	27
7.2	Perheenjäsenten tehohoitokokemukseen vaikuttavat tekijät	29
7.2.1	Perheenjäsenten huomiointi	30
7.2.2	Ympäristötekijät.....	32
7.2.3	Psyykkiset kokemukset	34
7.2.4	Hoitohenkilökunta ja hoito	35
8	Pohdinta	36
8.1	Tulosten tarkastelu.....	36
8.2	Tyytyväisyyttä vähentävät tekijät	37
8.3	Tyytyväisyyttä lisäävät tekijät	39
8.4	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	39
8.5	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	41
	Lähteet	42
	Liitteet	46
	Liite 1. Opinnäytetyöhön valitut artikkelit ja tutkimukset	46

Kuviot

Kuvio 1. Muodostuneet ylä- ja alaluokat potilaan kokemuksesta.....	22
Kuvio 2. Muodostuneet ylä- ja alaluokat perheenjäsenen kokemuksesta.....	29

Taulukot

Taulukko 1. Kartoittava haku PCC-menetelmällä	16
Taulukko 2. Tiedonhaku	18
Taulukko 3. Pelkistämisen esimerkki	20
Taulukko 4. Ala- ja yläluokkien muodostumisen esimerkki.....	21

1 Johdanto

Dramaattiset ja useat terveydenhuollon muutokset ja jatkuvasti kasvava onnistuneemman, entistäkin paremman hoidon tarjoamisen kehittäminen ja sen tavoittelu maailmanlaajuisesti on korostanut entisestään käytössä olevien hoitojen ja käytäntöjen tehokkuuden osoittamista tuloksin. Tulostensa painopisteet ovat hoitojen paremmassa tehokkuudessa, kustannustehokkuudessa, potilaiden elämänlaadussa ja potilastyytyväisyydessä. On tullut välttämättömäksi, että terveydenhuollon ammattilaiset kuten sairaanhoitajat, käyttävät parasta mahdollista saatavilla olevaa näyttöön perustuvaa tietoa tehdessään päätöksiä potilaan hoidon suhteen ja asianmukaisten kliinisten hoitotyön toimenpiteiden suorittamisessa. (Urden, Stacy & Lough 2018, 2.)

Potilaiden hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden tutkiminen on mielenkiintoista, sillä se lisää eettisesti merkityksellistä tietoa antaen suunnan inhimillisiä arvoja kunnioittavalle hoidolle. Hyvinvointi tehohoidossa voidaan käsittää potilaiden oman, yksilöllisen tavan löytymisenä edettäessä kohti toipumista ja terveyttä. (Halvorsen, Jensen, Collet, Olausson, Lindahl, Sætre Hansen, Lind & Eriksson 2022.) Onkin muistettava, ettei tehohoitoa saava potilas ole vain passiivisen hoidon saaja, vaan myös aktiivinen toimija, jolle mahdollisuus osallistua päätöksentekoon ja omaan hoitoonsa on ratkaisevaa (Lindberg, Sivberg, Willman, & Fagerström 2015). Potilaan itsenäisen päätöksenteon edistäminen on sairaanhoitajien tärkeä, mutta toisinaan vaikea tehtävä tehohoidossa, sillä potilailta voi puuttua kyky tehdä päätöksiä sairautensa tai vammansa vuoksi. Potilaan kyky osallistua päätöksentekoon voi myös vaihdella tehohoidon aikana. Kun potilas on kykenemätön päätöksentekoon, tekevät päätöksiä korvaavat päätöksentekijät eli yleensä perheenjäsenet, ystävät tai muut sellaiset henkilöt, jotka ovat joko olleet potilaan ensisijaisina päätöksentekijöinä tai lain määräyksien mukaisesti. (Urden ym. 2018, 8–9.) Tehohoitopotilaat eivät kuitenkaan aina ole estyneitä kommunikoidaan. Perheenjäseniltä voidaan saada potilaalle antaman tuen lisäksi arvokasta ja hoidon kannalta tärkeää tietoa potilaasta. Potilaan oman tahdon ja näkökulman riittävän huomiointin tulee olla osa tehohoitoa ja sitä on tarkasteltava aktiivisesti potilaan tilan sallimissa rajoissa. Tämä arviointi kuuluu kaikille potilaan hoitoon osallistuville ammattilaisille, siten edistetään potilaskeskeistä hoitotyötä. Potilaskeskeisyys on yksi terveydenhuollon laatutekijöiden osa. (Alastalo, Salminen & Leino-Kilpi 2017, 96.)

Ihmislähtöisyys on hyvin laaja käsite, joka WHO:n mukaan ei tarkastele vain yksilön terveydentilaa, vaan sen lisäksi laajasti myös yksilön perhettä, kulttuuria ja yhteisöä. Ihmislähtöisessä tai -keskeisessä ajattelussa huomioidaan kaikkien toimijoiden tai asiaan vaikuttavien tekijöiden näkökulmat. Ihmiskeskeinen hoito sen sijaan edellyttää, että ihmisille on tarjottu tarpeeksi tietoa ja tukea, jota he tarvitsevat osallistuessaan omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Henkilökeskeinen hoito sisältää hoidon lähestymistavan ja sen käytännön lähtökohdat tarkastelemalla henkilöä kokonaisuutena eri tarpeineen ja tavoitteineen, jotka ovat lähtöisin omista henkilökohtaisista ja sosiaalisista, terveyteen vaikuttavista tekijöistä. (WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026 2015.) WHO:n mukaan paremmalla ihmiskeskeisten hoitojärjestelmien kehittämisellä on potentiaalia tuottaa merkittäviä etuja kaikkien ihmisten terveydelle sekä terveydenhuollolle, johon lukeutuu mukaan hoidon parempi saatavuus, terveystason parantuminen ja hoitojen menestyksekkäämmät tulokset, ihmisten parempi itsehoito ja terveyslukutaidot, tyytyväisyyden lisääntyminen hoitoa kohtaan ja terveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden tyytyväisyyden lisääntyminen sekä palveluiden käytön tehokkuuden lisääntyminen vähentäen kokonaiskustannuksia. (Framework on integrated, people-centred health services 2016.)

Perhekeskeisen hoidon merkitys korostuu tehohoidossa. Perhekeskeisyys hoitotyössä pohjautuu uskomukseen siitä, että potilaiden ja perheiden tulee osallistua päätöksentekoon yhdessä ja että potilaat tarvitsevat perheensä rakkautta, ymmärrystä ja tukea toipuakseen kriittisestä sairaudesta. Perhekeskeisen hoidon pääelementtejä ovat kunnioitus, yhteistyö ja tuki. Tutkimukset osoittavat, että perheet haluavat ymmärrettävissä olevaa ja oikea-aikaista tietoa. Heille tärkeää on se, että heidän tehohoidossa oleva rakkaansa on jatkuvan valvonnan alla ja saa parasta mahdollista hoitoa. Perheenjäsenet ovat erityisen herkkiä sairaanhoitajan sanoille ja teoille, jonka vuoksi on tärkeää, että sairaanhoitajan olemuksesta välittyy ymmärrystä ja hyväksyntää. Teho-osastolla työskentelevä sairaanhoitaja voi tarkkailla potilaan ja perheen välisen vuorovaikutuksen laatua ja kehittää sen myötä sopivia interventioita, joiden tarkoituksena on tukea perheenjäseniä koko potilaan yksikössä oleskelun ajan. (Urden ym. 2018, 31–32.)

Tehohoito on monille potilaille pelottava ja epämiellyttävä kokemus. Riippuvuuden tunne hoito-henkilökunnasta yhdistettynä kommunikaatiovaikeuksiin synnyttää potilaissa monenlaisia negatiivisia tuntemuksia, kuten ahdistuneisuutta, pelkoa ja yksinäisyyttä. Henkilökunnan läsnäolokyvyllä

näyttääkin olevan vaikutusta näiden kokemusten voimakkuuteen. Lisäksi tulevaisuudessa tehohoitopotilaat ovat oletettavasti yhä enemmän hereillä myös hengityskonehoidon aikana, jonka vuoksi terveydenhuollon ammattilaisten on tärkeää tietää, että heidän läsnäolonsa ja tukensa on sekä potilaalle itselleen että hänen perheenjäsenilleen erittäin merkittävä, heidän tyytyväisyyttään tehohoitoon lisäävä tekijä. (Baumgarten & Poulsen 2015, 205.)

Lähes 25 % potilaista kärsii posttraumaattisen stressireaktion oireista tehohoidon jälkeen, jonka vuoksi sen riskitekijöitä, potilaalle stressiä aiheuttavia tekijöitä, tulee tehohoidon aikana pystyä hallitsemaan. Potilaiden muistojen luonteella tehohoidosta on merkittävä vaikutus, sillä vaikka useimmat tehohoidossa olleista potilaista eivät muista aikaansa tehohoidossa tosiasiallisesti, on potilaille jäänyt usein harhaisia, epätodellisia muistoja tai he ovat luoneet korvaavia tulkintoja tai kokemuksia ajastaan tehohoidossa. Nämä muistot voivat aiheuttaa ongelmia potilaiden yrittäessä rakentaa realistista käsitystä toipumisestaan. Potilaiden lisäksi myös heidän perheenjäsenillään on riski saada posttraumaattinen stressireaktio. Tehohoidosta aiheutuva posttraumaattinen stressireaktio on huonosti tunnistettu ja usein hoitamaton. Teho-osastoilla työskentelevien sairaanhoitajien on mahdollista ehkäistä erilaisin toimin posttraumaattisen stressireaktion syntyä potilailla ja heidän perheenjäsenillään tunnistamalla ensi sijassa potilasta ja perheenjäseniä ylikuormittavat stressitekijät. (Urden ym. 2018, 26–27.)

Opinnäytetyössä selvitettiin mitkä tekijät vaikuttavat aikuisen potilaan tehohoitokokemukseen sekä potilaiden että heidän perheenjäsentensä näkökulmasta heidän kokemuksiinsa perustuen. Aihe on hyvin merkittävä, sillä sen avulla voidaan auttaa kehittämään tehohoitoa vastaamaan mahdollisimman hyvin potilaiden ja perheenjäsenten tarpeisiin. Lisäksi sen avulla voidaan lisätä tehohoidon laadukkuutta lisäten potilaiden sekä perheenjäsenten tyytyväisyyttä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa ajantasaista koostettua tietoa potilaiden ja perheenjäsenten tehohoitokokemuksesta hyödynnettäväksi kliiniseen hoitotyöhön. Kohderyhmänä ovat terveydenhuollon ammattilaiset sekä sosiaali- ja terveysalan opiskelijat. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä oli kirjallisuuskatsaus.

2 Tehohoito

2.1 Tehohoidon määritelmä

Tehohoito on teho-osastoilla tapahtuvaa hoitotyötä, jossa potilaalla on vakava, tilapäiseksi arvioitu peruselintoiminnan häiriö tai sellaisen uhka. Tällaisia häiriöitä ovat Reinikaisen ja Varpulan (2018) mukaan useimmiten hengityksen, verenkierron tai tajunnan häiriöt tai niiden yhdistelmät. Myös muita elinjärjestelmien toimintahäiriöitä ilmenee usein tehohoidossa olevalla potilaalla (Reinikainen & Varpula 2018). Tehohoitoa tarvitsevan potilaan elintoimintahäiriön taustalla on akuutti sairaus, vamma tai vaativa kirurginen toimenpide (Ala-Kokko & Pettilä 2018, 165). Tehohoidon tilapäisyys nousee esille myös Suomen Lääkäriliiton artikkelissa ”Tehohoito” (2021), jossa tehohoidon päämääräksi kerrotaan potilaan hengenvaaran torjunnan ja vakavasta sairaudesta tai vammasta toipumisen, kun potilaan tila on arvioitu ohimeneväksi. Tehohoito käsittää hengenvaarallisten elintoimintahäiriöiden ehkäisemisen, diagnostiikan ja hoidon. Tehohoidon valvonta- ja hoitomenetelmät ovat vaativia, mikä puolestaan edellyttää niin monialaista ja -ammattillista erityisosaamista kuin kehittyntä teknologiaakin. (Tehohoito 2021.)

Tehohoidon päämääränä on aina potilaan toipuminen sellaiseen toimintakykyyn, mikä on hyväksyttävää. Myös elinluovutuksen mahdollistamiseksi tehohoitoa voidaan antaa - tällöin on kyseessä siltahoito elinsiirtoon tai aivokuolleen potilaan hoito. Tehohoidossa tarvitaan tehohoitolääkärin välitöntä valmiutta sekä tehohoitoon perehtyneitä sairaanhoitajia. Teho-osastolla yhtä potilasta hoitaa yksi sairaanhoitaja, hoitaja-potilassuhteen ollessa 1:1. (Ala-Kokko & Pettilä 2018, 165.) Tehovalvonta eroaa keskeisesti tehohoidosta henkilöstön määrän suhteen. Kun tehohoidossa vaaditaan yksi hoitaja potilasta kohden, on tehovalvonnassa henkilöstön tarve vähäisempi ja yhdellä hoitajalla on 2–4 potilasta. Tehovalvontahoitoa annetaan osastoilla, joilla käytettävät menetelmät ja laitteistot ovat tehohoitoa yksinkertaisempia, mutta hoito on laajuudeltaan lähellä tehohoitoa. Tehovalvonnassa voidaan käyttää tilapäisesti myös tehohoidon menetelmiä etenkin toipumisenusteeltaan vielä epävarmoille potilaille. Tehovalvonnassa voidaan keskittyä tiettyyn erikoisalaan, kuten sydänvalvonta- tai neurologian valvontayksikkö, tai se voi palvella useita erikoisaloja. Tehovalvontatasoisilla potilailla on tyypillisesti korkeintaan keskivaikea yksittäinen elintoimintahäiriö tai sen uhka. (Varpula, Uusaro, Ala-Kokko, Tenhunen, Ruokonen, Perttilä & Pettilä 2007.)

2.2 Tehohoito Suomessa

Suomessa oli tammikuussa 2021 teho- tai tehovalvontaosastoja 43 kappaletta ja niissä 640 potilaspaiikkaa (Vartiainen 2021, 11–12). Uusaro (2022) tarkentaa, että varsinaisia teho-osastoja näistä on 25, joiden osastoilla on noin 250 tehohoitopaikkaa. Paikkamäärää havainnollistaa myös Reinikaisen ja Varpulan (2018) artikkeli, jossa kerrotaan, että Suomessa on noin viisi tehohoitopaikkaa 100 000 asukasta kohden oltaessa näin samoilla tasoilla Ruotsin kanssa, mutta jääden kuitenkin huomattavasti pienemmäksi kuin useimmissa muissa Euroopan maissa. Suurin osa suomalaisista teho- tai tehovalvontaosastoista potilaspaiikkoineen sijaitsee yliopistosairaaloissa, joihin on keskitetty etenkin tiettyä erikoisosaamista vaativia potilaita, kuten esimerkiksi neurokirurgisia potilaita. Keskussairaaloissa tehohoitopotilaat puolestaan jakautuvat useammille erikoisaloille. (Vartiainen 2021, 11–12.)

Suomalaisen tehohoidon laadukkuutta on arvioitu ja jatkokehitetty jo useita vuosikymmeniä. Reinikainen ja Varpula (2018) kirjoittavat, että Suomen Tehohoitokonsortio perustettiin vuonna 1994 ja sen tarkoituksena on seurata aikuisteho-osastojen laatua sekä toimia vertaisarviointihankkeena. Siihen osallistuvat kaikki Suomen sairaanhoitopiirit sekä koko maan teho-osastot muutaman erikoisosaston pois lukien (Reinikainen & Varpula 2018). Lähes koko maan kattavaan konsortioon kuului vuosina 2020–2021 yhteensä 26 teho- ja tehovalvontaosastoa, joista joillakin hoidetaan lisäksi lapsipotilaita. Kansainvälistä vertailua mahdollistavat myös konsortioon kuuluvat yksi sveitsiläinen ja kolme virolaista tehohoidon osastoa. Konsortion tiedoista muodostuu Tehohoitorekisteri. (Bendel & Vaskelainen 2022, 4.)

Tehohoitokonsortion osastot tallentavat tietojärjestelmiinsä ydintietoja hoitajaksojensa sairauksien laadusta, vaikeusasteesta, annetusta hoidosta sekä sen tuloksista ja nämä kerätään automaattisella poiminnalla tietokantaan. Tuloksia hyödynnetään kehitettäessä teho-osastojen toimintaa. (Reinikainen & Varpula 2018.) Uusaron (2022) mukaan teho-osastot voivat käyttää laaduntarkkailua apuna oman toiminnan arvioinnissa, kehitystarpeiden tunnistamisessa sekä tutkimuksessa. Tämän opinnäytetyön aiheeseenkin liittyen on huomioitavaa, että konsortion saama vertailutieto kertoo Bendelin ja Vaskelaisen (2022, 4) mukaan myös potilaan elämänlaadusta tehohoidon jälkeen. Uusaro (2022) kertoo Suomessa tutkitun tehohoitopotilaiden elämänlaatua. Kun hoidon

päättymisestä oli kulunut tutkimusten mukaan puoli vuotta, oli munuaisten vajaatoimintapotilaiden subjektiivinen elämänlaatu yhtä hyvä kuin verrokkipotilailla – hengitysvajauspotilailla taasen elämänlaatu oli vuotta myöhemmin verrokkeja huonompi (Uusaro 2022).

Vuosittain Tehohoitorekisteriin kertyy suomalaisia teho- tai tehovalvontahoitojaksoja vajaat 20 000, ja määrä on pysynyt viime vuodet melko vakaana. Keskimääräinen hoitoaika tehohoidossa on kolme vuorokautta ja hoito lasketaan pitkittyneeksi, jos sen kesto on yli kuusi vuorokautta. Hoitojaksoista suurin osa on ei-kirurgisista syistä johtuvia, noin 75 prosenttia on päivystyksellisiä potilaita ja elektiivisiä eli suunniteltuja kirurgisia potilaita on noin 25 prosenttia. Suurin potilasryhmä diagnoositiedon perusteella ovat sydänkirurgiset potilaat ja seuraavaksi yleisimpiä ovat metaboli-sista ongelmista tai hengitysvajauksesta kärsivät potilaat – Covid-19-epidemia on kasvattanut hengitysvajauspotilaiden määrää. Hoitomuotona invasiivista ventilaatiota, jossa potilaalle on asetettu hengityspotki, saa vähän yli puolet tehohoitopotilaista. (Bendel & Vaskelainen 2022, 10–15.)

Vaikka suomalaisen tehohoidon laatua seurataan ja tehdään tarvittavia kehittämistoimenpiteitä, eivät hoitojaksot aina pääty tavoitellusti. Uusaron (2022) mukaan noin kuusi prosenttia potilaista menehtyy tehohoitojaksolla ja saman sairaalahoidon aikana menehtyneitä on noin kymmenen prosenttia. Kun tarkastellaan tehohoitopotilaita vuoden kuluttua teho-osastolle tulon jälkeen, on heistä menehtyneitä noin viidennes. Tehohoidossa on väistämätöntä altistua hoitoon liittyville mahdollisille komplikaatioille myös. (Uusaro 2022.) Tehohoidosta ja kriittisestä sairaudesta selviytyneet henkilöt kokevat usein monia pitkäaikaisia seurauksia, kuten tehohoidosta seuranneen lihasheikkouden. Sitä voi esiintyä 25–50 prosentilla tehohoidossa olleista potilaista ja sillä on yhteys potilaiden pitkäaikaiseen eloonjäämiseen sekä fyysiseen toimintakykyyn ja elämänlaadun heikkenemiseen. Lihashheikkouden yksi tärkein riskitekijä on vuodelepo. Teho-osastolla toteutetun kuntoutuksen ja mobilisoinnin turvallista toteutusta ja sen hyötyjä on arvioitu mahdollisiksi keinoiksi lieventää potilaan lihashheikkoutta ja heikentynyttä fyysistä toimintakykyä. (Devlin, Skrobik, Gélinas, Needham, Slooter, Pandharipande, Watson, Weinhouse, Nunnally, Rochweg, Balas, van den Boogaard, Bosma, Brummel, Chanques, Denehy, Drouot, Fraser, Harris & Joffe 2018.)

On tärkeä rajata oikein tehohoitoa, sillä tehohoito on kallista ja lisäksi potilaspaikkojen määrä on rajallinen (Tehohoito 2021). Voimavarojen rajallisuudesta muistuttavat myös Kari, Reinikainen ja

Valtonen (2020), sillä yhden potilaan saama tehohoito voi rajoittaa muiden potilaiden hoitomahdollisuuksia – samoilla linjoilla ovat Ala-Kokko ja Pettilä (2018, 165) täydentäen, kuinka epäonnistuksessa potilasvalinta voi johtaa toivottoman tai liian terveen potilaan altistumiseen lisäksi tehohoidon haittoille. Näitä haittoja voivat olla hoitoon liittyvät infektiot, hoitokärsimys sekä kognitiiviset häiriöt. Myös kuolinprosessi voi pitkittyä tarpeettomasti potilailla, joille parantavaa hoitoa ei ole tarjolla. (Ala-Kokko & Pettilä 2018, 165.)

Tehohoidon tarvetta kasvattavat niin lääketieteellisten hoitomahdollisuuksien lisääntyminen kuin epidemiatkin, joiden hoidossa vaaditaan tehohoitoa. Esimerkiksi koronaviruspandemian tiimoilta on käyty keskustelua tehohoitopaikkojen riittävydestä ja kuinka tehohoitoa mahdollisesti rajattaisiin. Potilaiden hoidon tulee toteutua oikeudenmukaisesti, vaikuttavasti, kustannustehokkaasti sekä inhimillisesti ja siksi tarvitaan rajallisten voimavarojen oikeanlaista kohdentamista. (Tehohoito 2021.) Oikein onnistuneen potilasvalinnan vaikutuksesta tehohoidon kustannustehokkuuteen kirjoittavat myös Ala-Kokko ja Pettilä (2018, 165) ja heidän mukaansa epäonnistunut potilasvalinta synnyttää kuluja, jotka ovat pois sellaisten potilaiden hoidosta, jotka hyötyisivät tehohoidosta enemmän. Tehohoitoon otettavan potilaan katsotaan hyötyvän raskaista hoitointerventioista ja potilasvalinta perustuu tehohoitolääkärin tekemään yksilölliseen arviointiin. (Ala-Kokko & Pettilä 2018, 165.)

3 Sairaanhoitajan osaaminen teho-osastolla

Sairaanhoitajan tärkeimpiä työtehtäviä ja osaamisalueita teho-osastolla on potilaan kliinisen tilan tarkkailu. Tarkkailu vaikuttaa potilasturvallisuuteen sekä hoidon laadukkuuteen sairaanhoitajan ollessa eri hoitoon osallistuvista ammattiryhmistä se, joka viettää eniten aikaa potilaan kanssa. Kliinisen tilan tarkkailun osa-alueita ovat esimerkiksi verenkierron, hengityksen sekä neurologisen tilan tarkkailu. Apuna tarkkailussa käytetään erilaisia menetelmiä, kuten verenkierron monitorointia ja potilaan kliinisen tilan havainnointia. Kliinisen tilan tarkkailua voidaan kuvata tiedon hankkimisesta alkavana prosessina, josta edetään tiedonkäsittelyyn ja päätöksentekoon. (Alastalo ym. 2017, 94.)

Jotta sairaanhoitaja saa hankittua tietoa potilaan kliinisestä tilasta, on hänellä oltava bio-fysiologista osaamista, joka tarkoittaa elimistön normaalin toiminnan ja patologisten tilojen ymmärtämistä. Lisäksi on tunnistettava tarkkailun kohteet, jotka ovat erilaisia esimerkiksi traumapotilaalla

ja sydänkirurgisella potilaalla. Hoitajan on osattava myös tarkkailumenetelmien käyttö. Tämä käsittää potilaan kliinisen tutkimisen, omien aistien käytön, tekniset tarkkailumenetelmät sekä laboratoriotutkimukset ja niiden hyödyntämisen. Hoitaja tarkkailee potilasta jatkuvasti ja keskeytyksettömästi, ja hänen on havaittava potilaan kliinisessä tilassa tapahtuvat muutokset. (Alastalo ym. 2017, 94–95.)

Tiedon hankkimisen lisäksi sairaanhoitajan on osattava käsitellä saatua tietoa. Tiedonkäsittelyssä tarvittavaa osaamista hoitajalla on tarkkailun luotettavuuden arviointi sekä analyyttinen ajattelu. Luotettavuuden arviointi tarkoittaa sitä, että tunnistetaan teknisten tarkkailulaitteiden mahdolliset virhelähteet sekä virheet mitatuissa parametreissa. Analyysisessä ajattelussa hoitaja puolestaan pohtii jatkuvasti syy-seuraussuhteita. Päätöksenteko kuuluu potilaan kliinisen tilan tarkkailuun. Sairanhoitajan on osattava reagoida muutoksiin potilaan kliinisessä tilassa ja arvioida jatkuuko potilaan tarkkailu ennallaan vai vaaditaanko välitöntä toimintaa. Hoitaja tarvitsee päätöksentekotaitoja valitessaan hoitotyön interventiota potilaan muuttuneen tilan vuoksi tai punnitesaan lääkärin määräämien hoitovaihtoehtojen väliltä. Hoitajan on ennakoitava potilaan tilanteen kulkua ja tehtävä suunnitelmia sen varalle. Ennakoinnissa on hyötyä intuitiokyvystä. (Alastalo ym. 2017, 95–96.)

Yhteistyöosaaminen kuuluu kaikkiin potilaan kliinisen tilan tarkkailun vaiheisiin. Tämä käsittää viestinnän, tiimityön sekä moniammatillisen yhteistyön. Sairanhoitaja tiedottaa ja konsultoi muita ammattilaisia sekä huomioi potilaan ja läheisten näkemyksen potilaan tilanteesta. Läheisten kanssa viestittäessä voidaan saada tärkeää lisätietoa potilaasta. Tehohoitotyö on tiimityötä, jossa kollegat jakavat tarkkailuvastuuta keskenään ja moniammatillisuus näkyy yhteistyönä eri ammattiryhmien kanssa. Sairanhoitajan on tunnistettava myös oman osaamisensa rajat ja käännyttävä ajoissa kollegan tai lääkärin puoleen. (Alastalo ym. 2017, 95–96.) Sairanhoitajat ovat keskeisessä asemassa potilas- ja perhekeskeisen hoitotyön toteutumisessa. Sairanhoitajien on autettava perheitä selviytymään epävarmuutta luovasta tilanteesta pitämällä perheenjäsenet tietoisina läheisensä tilasta kunnioittaen potilaiden ja perheenjäsenten yksilöllisyyttä sekä perhe- ja kulttuurieroja. Hoitajien tulee ylläpitää jatkuvaa ja avointa viestintää perheenjäsenten kanssa heitä herkästi kuunnellen. Tärkeä sairaanhoitajan tehtävä on myös lohduttaa perhettä koko suruprosessin ajan ja tarjota perheenjäsenille heitä tukeva ympäristö sekä fyysisesti että henkisesti. (Ganz 2019, 57.)

Urden ja muut (2018, 1) kirjoittavat, että sairaanhoitajan yleisin rooli teho-osastoilla on tarjota suoraa hoitoa potilaille. Alastalo ja muut (2017, 96) toteavat, että vaikka sairaanhoitajan osaaminen teho-osastolla karttuu kokemuksen myötä huomattavastikin, olisi tärkeää kerryttää kliinisen tilan tarkkailun osaamista jo opiskeluaikana tai perehdytyksessä esimerkiksi simulaatio-oppimisen ja virtuaalisten oppimisympäristöjen avulla. Puutteet tarkkailuosaamisessa voivat johtaa merkittävästi oikean hoidon viivästymiseen ja vaikuttaa potilaan selviytymismahdollisuuksiin. Tehohoito-työn erikoistumiskoulutusta ei Suomessa ole ja tehohoitoa käsitellään sairaanhoitajakoulutuksessa varsin suppeasti. (Alastalo ym. 2017, 96.) Urdenin ja muiden (2018, 1) mukaan teho-osastoilla työskentelevillä sairaanhoitajilla tulee olla lisäkoulutusta kriittisesti sairaiden potilaiden hoidosta ja heidän pätevyyttään työtehtävissä on pidettävä yllä, jotta voidaan vastata hyvin akuutin ja tarkkuutta vaativan hoitoympäristön työn vaatimuksiin.

4 Tehohoidon kuormitustekijät

Tehohoito ja sen ympäristö aiheuttavat potilaalle ja hänen perheenjäsenilleen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kuormitusta, joiden vaikutukset voivat olla ohimeneviä tai kestää kuukausista jopa vuosiin. Kuormittavat tekijät on huomioitava ja minimoitava sekä henkilökunnan on tarjottava aktiivisesti potilaille perheenjäsenineen käytettävissä olevia tukipalveluja. Potilaiden fyysisiä ongelmia ovat riittämätön lepo, epämiellyttävyyys ja liikkumisen rajoittuminen sekä sairauden ja hoitojen aiheuttama kipu. (Meriläinen & Pyykkö 2017.)

Riittämätön lepo, kuten lyhytkestoinen ja katkonainen uni, altistaa potilaan uupumiselle, painajaisunille ja sekavuudelle. Esimerkiksi kivun on todettu estävän potilasta saavuttamasta syvää unta. Kevyessä sedaatiossa potilaat voivat aistia teho-osaston ympäristöstä aiheutuvat äänet ja hälytykset normaalia pelottavamiksi hoitajien sitä havaitsematta. (Meriläinen & Pyykkö 2017.) Devlin, Skrobik, Gélinas, Needham, Sooter, Pandharipande, Watson, Weinhouse, Nunnally, Rochweg, Balas, van den Boogaard, Bosma, Brummel, Chanques, Denehy, Drouot, Fraser, Harris ja Joffe kirjoittavat, että heikko unenlaatu on yleinen, potilaiden ahdistusta lisäävä tekijä monilla kriittisesti sairailta tehohoidon potilailla. Unihäiriöt teho-osastolla voivat olla vakavia ja niille on ominaista unen katkonaisuus, epänormaali vuorokausirytm, lisääntynyt kevyt uni ja vähentynyt rem-unen määrä. Ahdistuksen lisäksi unen puutteen on todettu olevan yhteydessä myös deliriumin kehittymiseen, hengityskonehoidon pitkittymiseen, immuunitoiminnan häiriintymiseen ja neurokognitiiviseen toimintahäiriöön. Unta edistävän monikomponenttiprotokollan käyttö kriittisesti sairailta aikuisilla on

suositeltavaa. Näitä voivat olla korvatulppien ja silmäsuojainten tarjoaminen potilaille tai rentouttavan musiikin soittaminen. (Devlin ym. 2018.)

Tehohoitopotilaiden liikkumattomuutta lisääviä tekijöitä ovat verisuonikatetrit, laskuputket ja haavat, sillä ne vaikeuttavat potilaan omatoimista asennonvaihtoa, nivelten normaalien liikeratojen käyttöä ja lihaskunnan ylläpitoa. Liikkumattomuus on yhteydessä potilaiden lisääntyneeseen riskiin saada atelektaasi, laskimotukos, painehaavauma tai virheasento. Potilaat kokevatkin olevansa riippuvaisia hoitajien huolenpidosta ja hoidosta. (Meriläinen & Pyykkö 2017.) Kivun hallinta on monimutkaista ja sillä on monenlaisia alkuperiä. Johdonmukainen lähestymistapa kivun arviointiin ja hoitoon on ensiarvoisen tärkeää, etenkin kun otetaan huomioon kriittisesti sairaiden aikuisten ainutlaatuiset ja yksilölliset ominaisuudet. Tässä ryhmässä, jonka kivun vertailumitta on potilaan oma ilmoitus, kyvyttömyys kommunikoida ei selvästikään poista potilaan kipukokemusta tai asianmukaisen kivunhallinnan tarvetta. Vaikea kipu vaikuttaa negatiivisesti kriittisesti sairaisiin aikuisiin sen epämiellyttävän kokemuksen ulottuvuuden lisäksi. Arvioitavissa olevien ja standardoitujen kivunhallintakäytäntöjen käyttöönotto parantaa teho-osastojen tuloksia ja kliinistä käytäntöä. Aikuisten teho-osastopotilaiden kivun hallintaa tulee ohjata rutiininomaisella kivunarvioinnilla ja kipua tulee hoitaa ennen rauhoittavan lääkkeen harkitsemista. Suosituksen mukaan teho-osastoilla tulisi olla käytössään arviointiin perustuva protokolla, joka velvoittaa säännöllisen kivun ja sedation arviointiin validoitujen työkalujen avulla, antaa selkeät ohjeet lääkkeiden valinnasta ja annostelusta sekä asettaa kivun hoidon etusijalle rauhoittavien lääkkeiden tarjoamisen sijaan. Opioidit ovat edelleen kivunhallinnan tukipilari useimmilla teho-osastoilla, mutta niiden sivuvaikutukset heikentävät huolta. Sivuvaikutukset voivat lisätä kuolleisuutta ja heikentää tehohoitopotilaiden toipumista. (Devlin ym. 2018.)

Muistamattomuus, ahdistuneisuus, sekavuus, kuolemanpelko ja tunne elämänhallinnan puutteesta aiheuttavat potilaille psyykkistä kuormitusta. Taustalla vaikuttavia tekijöitä ovat teho-osastolle joutuminen itsessään, sairaudesta ja lääkityksestä aiheutunut unen ja toden sekoittuminen, painajaiset ja hallusinaatiot. Kuormittumista lisää myös potilaan kokemus epäystävällisestä tai kokenemäisestä, persoonattomasta kohtelusta. Vakava sairaus sekä uni- ja kipulääkkeet aiheuttavat muistamattomuutta potilaille. Lääkkeillä aiheutetaan potilaille muistamattomuutta myös tarkoituksellisesti, sillä siten voidaan vähentää potilaan muistikuvia epämiellyttävistä tapahtumista ja tehohoidosta aiheutunutta stressiä. Potilaiden pelon ja ahdistuksen erottaminen toisistaan on

usein haastavaa – siinä, missä pelolle voidaan tavallisesti määritellä jokin kohde, on ahdistus määrittelemätön ja kokonaisvaltainen tunne. Pelkoa voi aiheuttaa itse tehohoitotarpeen ilmaantuminen, mahdollisuus pysyvistä vammautumisesta tai kuolemasta, sairauten tai hoitotoimenpiteisiin liittyvä kipu ja kärsimys sekä ympäristöstä kantautuvat äänet ja hälytykset. Ahdistuksen ja pelon lisääntyminen kiihdyttää potilaiden elintoimintoja. Jos nämä tunteet jäävät huomaamatta, johtavat ne sedaation lisäämiseen pidentäen hengityslaitteiden tarvetta ja samalla se lisää myös tehohoitovuorokausia ja kasvattaa komplikaatoriskiä. Potilaan psyykkistä kuormittuneisuutta arvioidaan havainnoimalla, kuuntelemalla potilaan sanallisia ilmaisuja ja tarkkailemalla kehonkieltä. Merkkejä kuormituksesta ovat esimerkiksi verenpaineen nousu, pulssin ja hengitystaajuuden kiihtyminen, kipulääkkeen tarpeen lisääntyminen, hermostuneisuus, levottomuus sekä huonounisuus. (Meriläinen & Pyykkö 2017.)

Sedatiiveja eli rauhoittavia lääkkeitä annetaan usein kriittisesti sairaille potilaille ahdistuksen lievittämiseksi ja levottomuuteen liittyvien haittojen estämiseksi (Devlin ym. 2018). Kangasmäen & Pudas-Tähkän (2017) mukaan sedaatio ja kivunhoito lievittävät potilaiden kokemaa fyysistä ja psyykkistä stressiä. Tehohoidon potilaille määritellään aina yksilöllinen sedaation tavoite ja potilaan saaman hoidon vaikutuksia tulee mitata. Sedaation syvyyttä ja sen laatua arvioidaan säännöllisesti, koska liian vähäinen tai liian syvä sedaatio voi olla potilaalle haitallista. Sedatoidun potilaan tulee selvästi herätä päivittäin, joten sedaatiolääkitys keskeytetään päivittäin riittävälle tasolle. Sedaation voidaan katsoa olevan ideaalisella tasolla silloin, kun potilas on kevyessä, rauhoittavassa unessa, josta potilas on vielä puheella heräteltävissä. Koska sedaatio ja kivun hoito vähentävät potilaan hapenkulutusta, vähentävät ne myös potilaan hengityslaitteiden kestoa sekä tehohoidon ja sairaalahoidon kestoa yleisesti. Sedaatio ja kivunhoito toimivat tukena potilaan saamalle elintohimintahäiriön hoidolle. Sedaatio ei kuitenkaan tarkoita analgesiaa eli kivuttomuutta, jonka vuoksi potilaille tulee myös erikseen ja ensisijaisesti taata riittävä kivunlievitys. Syvä sedaatio on tarpeellinen vain erityistilanteissa, kuten potilaalle kivuliaissa toimenpiteissä, jolloin oleellista on myös riittävä kivunhoito. Lisäksi syvää sedaatiota tarvitaan potilaan oman hengitystarpeen tai hypermetabolian vähentämiseksi tai lihasrelaksanteja käytettäessä. (Kangasmäki & Pudas-Tähkä 2017.)

Ympäristöstä aiheutuvia kriittisesti sairaalle potilaalle epäsuotuisia ärsykeitä ovat hälinä, melu, kirkas valaistus ja vaikeasti hahmotettavissa oleva ympäristö. Näiden vaikutuksia potilaaseen voi-

daan vähentää hyvällä teho-osastojen suunnittelulla. Hoituhuoneiden valaistuksessa tulisi huomioida potilaan vuorokausirytmii ja himmentää tarpeettoman kirkas valaistus. Melua on pyrittävä välttämään teho-osastoilla, sillä se vaikuttaa potilaaseen monin tavoin haitallisesti. Puheäänien voimakkuuteen tulee kiinnittää huomiota etenkin yöllä, ohjata henkilökuntaa melun pienentämiseen sekä käymään hoituhuoneessa ainoastaan sinne kuuluvat keskustelut. Hoitoteknologian hälytysääniä tulee hiljentää, säätää hälytysrajat oikein sekä reagoida hälytysääniin heti. Teho-osastoilla olisi suosittava yhden hengen potilashuoneita ja toimenpiteiden valmistelut suoritettava muualla kuin potilashuoneessa. Tiloissa olisi käytettävä akustiikkalevyjä sekä kaapinovie ja laatikoiden hiljaisia sulkumekanismeja. Rauhallista musiikkia, valkoista kohinaa sekä korvatulppia potilailla voidaan käyttää myös peittämään melua. (Meriläinen, Hakio & Tiainen 2017.)

Devlin ja muut (2018) toteavat deliriumin olevan hyvin häiritsevää potilaalle itselleen sekä potilaiden perheenjäsenille. Delirium, eli sekavuus, on äkillinen elimellinen aivo-oireyhtymä, jonka aiheuttaa somaattinen sairaus (Koivula & Peltomaa 2017). Vaikka deliriumia esiintyy peräti 80 prosentilla tehohoitoipotilaista, on tila usein alidiagnosoitu. Ensisijaisesti on poissuljettava potilaan henkeä uhkaavat, välitöntä hoitoa vaativat tilat, kuten kallonsisäiset verenvuodot, infektiot, hypoksia ja metaboliset häiriöt. Deliriumin arvioinnin tulee olla säännöllistä ja sen tulee sisältää myös kivun ja tajunnan tason arviointia, huomioiden potilaalle annetut sedatoivat lääkkeet ja vahvat kipulääkkeet vaikutuksineen. Sekavuuden astetta arvioitaessa käytetään validoitua mittaria. Deliriumin arviointimittareita ovat CAM-ICU ja ICDSC. Delirium altistaa potilaan tehohoidon aikaisille komplikaatioille, kuten aspiraatiolle, infektiolle ja suunnittelemattomalle ekstubaatiolle. Tämän lisäksi delirium pitkittää hengityskonehoitoa ja tehohoidon kestoa heikentäen samalla potilaan toipumisennustetta. (Koivula & Peltomaa 2017.)

Devlinin ja muiden (2018) mukaan deliriumin hoidossa on suositeltavaa käyttää monikomponenttista, lääkkeetöntä interventiota, joka keskittyy, mutta ei rajoitu, deliriumia kehittävien riskitekijöiden vähentämiseen, kognition parantamiseen ja unen, liikkuvuuden, kuulon ja näön optimointiin kriittisesti sairailta aikuisilla. Deliriumin vähentämisen tai lyhentämisen interventioihin, joiden on tutkitusti todettu toimivan, kuuluvat mm. erilaiset strategiat, kuten kognitiivinen stimulaatio tai kellojen käyttö teho-osastoilla, potilaiden unen parantaminen ympäristön valoa ja melua vähentämällä, valvetilan parantaminen sedaatiota vähentämällä, liikkumattomuuden vähentäminen esi-

merkiksi varhaisella kuntoutuksella tai mobilisaatiolla ja kiinnittämällä huomiota potilaan mahdolliseen kuulo- ja/tai näkövammaan mahdollistamalla kuulolaitteiden tai silmälasien käytön. (Devlin ym. 2018.) Myös Koivula ja Peltomaa (2017) toteavat riskitekijöiden tunnistamisen ja niiden minimoimisen olevan keskeistä deliriumin ehkäisyssä ja hoidossa. Turvallisen hoitoympäristön luominen potilaalle, tiedon antaminen potilaalle siitä, mitä ja miksi tehdään sekä varmistaminen siitä, että potilas on tietoinen missä on ja miksi, on tärkeää deliriumin ehkäisyssä ja hoidossa. Tieto tulee tarvittaessa toistaa potilaalle. Potilaan saama lääkehoito toteutetaan lääkärin määräysten mukaisesti ja yleisimpiä käytettäviä lääkkeitä deliriumin hoidossa teho-osastoilla ovat haloperidoli ja antipsykootit. Bentsodiatsepiineja tulee välttää, sillä ne voivat lisätä potilaiden sekavuutta, pois lukien alkoholivieroitusoireyhtymän hoito. (Koivula & Peltomaa 2017.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tässä opinnäytetyössä selvitetään, mitkä tekijät vaikuttavat aikuisen potilaan ja tämän perheenjäsenten kokemuksiin tehohoidosta. Tutkimusmenetelmänä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa ajankohtaista, koostettua tietoa potilaiden ja perheenjäsenten tehohoitokokemuksesta ja lisätä ymmärtämystä siihen vaikuttavista tekijöistä, jotta opinnäytetyön tulosta voitaisiin hyödyntää kliinisessä hoitotyössä teho-osastoilla.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

Mitkä tekijät vaikuttavat aikuisen potilaan kokemukseen tehohoidosta?

Mitkä tekijät vaikuttavat aikuisen potilaan perheenjäsenten kokemukseen tehohoidosta?

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Opinnäytetyön menetelmä

Tämä opinnäytetyö on päätyypiltään kuvaileva kirjallisuuskatsaus, sillä aiheesta on saatavilla paljon viimeaikaisia tutkimuksia ja katsauksia. Stolt, Axelin ja Suhonen (2015, 110) kirjoittavat, että kirjallisuuskatsauksen tehtävä on arvioida ja pyrkiä kuvailemaan olemassa olevia tutkimuksia sekä

tehdä niistä synteesi. Katsauksessa tarkastellaan julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia, keskittyen erityisesti vertaisarvioituihin tutkimuksiin (Stolt ym. 2015, 9). Kirjallisuuskatsauksessa tutkittavan aiheiston keruussa käytetään systemaattista tiedonhakua. Tiedonhaussa hyödynnetään niin kotimaisia kuin kansainvälisiä tietokantoja. (Kylmä & Juvakka 2007, 47.)

Kirjallisuuskatsausten merkitys tutkimustyöskentelyn välineenä on kiistanalainen ja sen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuva tietystä aihealueesta (Stolt ym. 2015, 7). Kirjallisuuskatsauksissa järjestelmällinen tiedonhaku, sen toteutus ja raportointi tulee tehdä mahdollisimman selkeästi ja läpinäkyvästi, jotta se on toistettavissa. Tiedonhaun prosessi koostuu 1) tiedonhaun suunnittelusta, 2) tiedonhausta, 3) hakuprosessin arvioinnista, 4) hankitun tiedon arvioinnista sekä 5) tiedon soveltamisesta. (Kunnela 2022.) Opinnäytetyön prosessi on toteutettu tämän mukaisesti.

Aiheen rajauksessa ja tutkimuskysymysten muotoilussa käytetään esimerkiksi PICO/PICo/PCC-menetelmiä, riippuen tutkimuskysymyksen tai -kysymysten luonteesta (Tutkimustiedon hakeminen, n.d.). Lähestymistapa haluttiin pitää laajana tutkimuskysymyksessä ja hakuvaiheessa, jonka vuoksi tutkimuskysymykset ja hakustrategia on laadittu hyödyntäen PCC-menetelmää. Taulukossa 1 on kuvattu tässä opinnäytetyössä käytetty kartoittava haku, jonka avulla on selvitetty, mitä tutkimusta aiheesta on jo tehty.

Taulukko 1. Kartoittava haku PCC-menetelmällä

P	Potilasryhmä	Tehohoidossa olleet aikuiset potilaat
C	Käsite	Potilaan tai perheenjäsenten kokemukset
C	Konteksti	Kokemukseen vaikuttaneet tekijät

6.2 Aineiston keruu

Aineistonkeruuseen käytettiin hakusanoja Finto-palvelun YSO (yleinen suomalainen ontologia) -sanastoa hyödyntäen. Suomalaisia hakusanoja olivat ”tehohoito”, ”teho-osasto”, ”potilaan kokemus”, ”perheen kokemus” ja ”kokemus”. Englanninkielisiä hakusanoja olivat ”intensive care”, ”critical care”, ”critical care unit”, ”ICU”, ”patient experience”, ”family experience” ja ”experience”. Suomeksi tiedonhaku suoritettiin tietokannoista hakulausekkeella ”tehohoito OR teho-osasto AND potilaan kokemus OR perheen kokemus OR kokemus”. Englanniksi hakulauseke oli ”critical care OR intensive care OR ICU OR critical care unit AND patient experience OR family experience OR experience”. Aluksi tiedonhakua testattiin, jotta varmistuttiin siitä, että tutkimuskysymyksiin löydetään vastaus. Hakulausekkeita mukautettiin kuhunkin tietokantaan toimivaksi. Lisäksi hakutulosten määrää rajattiin jo mukaanotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Systemaattisessa kirjallisuushaussa on syytä käyttää myös manuaalista hakuja, jotta tavoitettaisiin paremmin kaikki katsaukseen soveltuvat tutkimukset (Stolt ym. 2015, 25–27). Manuaalinen haku toteutettiin eri tietokantojen manuaalisten hakutulosten tarkastelulla sekä systemaattisella haulla valittujen tutkimusten lähdeluetteloita selailemalla tutkimusten arvioinnin yhteydessä, jotta voitiin tarkastella myös sellaisia tutkimuksia, joita ei tullut esille systemaattisessa tiedonhaussa käytetyistä tietokannoista.

Opinnäytetyöhön valikoitui mukaan niin laadullisia ja määrällisiä tutkimuksia, kuin myös kirjallisuuskatsauksia sekä monimenetelmällinen tutkimus. Valittujen tutkimusten vahvuuksia ja heikkouksia arvioitiin mm. alkuperäistutkimuksen julkaisuvuoden, artikkelin kirjoittajan, julkaisuforummin ja julkaisumaan perusteella. Tämän jälkeen on arvioitu alkuperäistutkimusten tutkimusongelmat, kohdejoukot, otanta- ja mahdolliset satunnaistamismenetelmät, otoskoot sekä aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät. Arvioinnissa on lisäksi otettu kantaa siihen, mihin joukkoon tutkimustulokset ovat yleistettävissä. Tätä voidaan arvioida tarkastelemalla, keitä valituissa tutkimuksissa on tutkittu ja miten heidät on valikoitu, mikä on otoskoko ja millä asetelmalla tutkimus on toteutettu (Stolt ym. 2015, 29).

Kelpoisuuskaatit valituille tutkimuksille valikoitiin suoraan tutkimuskysymyksistä laadittujen mukaanotto- ja poissulkukriteerien perusteella. Prosessi jaettiin kahden tutkijan kesken, jonka jälkeen yhteisen työskentelyn tuloksena relevantit tutkimukset on pystytty löytämään kattavasti (Stolt ym. 2015, 66). Koska tiedonhakua rajattiin poissulkemalla muut kuin englannin- tai suomenkieliset tutkimukset, ovat virhepäätelmät mahdollisia. Ideaalitalanteessa tässä kirjallisuuskatsauksessa olisi

otettu mukaan millä tahansa kielellä kirjoitetut tutkimukset, mutta resurssien ja suurten hakutulosmäärien vuoksi se oli mahdotonta (Stolt ym. 2015, 26–27). Opinnäytetyön aineiston keruussa käytettiin apuna terveystieteissä yleisesti käytettäviä tietokantoja. Tietokannoiksi valikoituivat kotimainen Medic sekä kansainväliset CINAHL ja PubMed. Taulukossa 2 on kuvattu hakutulosten määrät valituista tietokannoista.

Taulukko 2. Tiedonhaku

Tietokanta	Hakulausekkeen mukaiset tulokset	Otsikon tai tiivistelmän perusteella valittu	Vastasi tutkimuskysymykseen ja saatavilla ilmaisena kokotekstinä	Päällekkäisten tulosten poissulkemisen jälkeen
CINAHL	961	34	16	8
Medic (hakulauseke englanniksi)	134	2	0	0
Medic (hakulauseke suomeksi)	227	4	4	1
PubMed	326	12	3	1

CINAHL Plus with Full Text (EBSCO) -tietokannassa käytettiin hakulausekettä ("critical care" or "intensive care" or "ICU" or "critical care unit") AND ("Patient experienc*" or "Family experienc*" or "experienc*"). Haku rajattiin vuosiin 01/2016–07/2022, englannin kieleen sekä saatavaksi kokotekstinä. Haut tehtiin elokuussa 2022, ja osumia löytyi yhteensä 961. Näistä otsikon perusteella valikoitui 34 julkaisua, joista 18 karsiutui pois, koska ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Yksi tutkimus ei vastannut mukaanottokriteereitä, sillä tutkimuksen lähteinä toimineet tutkimukset ei-

vät pohjautuneet potilaiden tai perheenjäsenten kokemuksiin. Kolme tutkimusta suljettiin puolestaan pois maantieteellisten ominaisuuksien vuoksi, joka liittyi mukaanotto- ja poissulkukriteereihin.

Medic -tietokannassa käytetty hakulauseke suomeksi oli ”tehoahoito teho* AND perhe* potila* OR kokem*” valikoituna otsikoksi. Rajauksina oli vuosiväli 2016–2022, ja vain kokotekstit. Haku tuotti yhteensä 227 osumaa, joista otsikon perusteella valittiin 4. Kaikki tutkimukset vastasivat tutkimuskysymykseen, mutta gradu- tai pro gradu -tutkimuksia ei valittu mukaan - tällaisia tutkimuksia otsikon perusteella valituista tutkimuksista oli yhteensä 3. Hakulauseke englanniksi oli ”intensive care, critical care, ICU, intensive care unit* AND famil* patient* OR experienc*”. Rajauksina oli vuosiväli 2016–2022, englannin kieli ja vain kokotekstit. Haku tuotti yhteensä 134 osumaa, joista otsikon perusteella valittiin 2, mutta nämä tutkimukset eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Haut tehtiin elokuussa 2022.

PubMed -tietokannassa käytettävä hakulauseke oli ("critical care" or "intensive care" or "ICU" or "critical care unit") AND ("Patient experienc*" or "Family experienc*"). Rajauksina oli vuosien 2016–2022 väliset julkaisut, englannin kieli sekä abstrakti ja ilmainen kokoteksti saatavilla. Haku tehtiin elokuussa 2022 ja se tuotti yhteensä 326 tulosta. Otsikon perusteella valittiin yhteensä 12 julkaisua; näistä 9 ei vastannut tutkimuskysymyksiin ja 1 vastasi tutkimuskysymykseen puutteellisesti sekä 1 tutkimus karsiutui mukaanotto- ja poissulkukriteereihin pohjautuen.

Opinnäytetyöhön valittiin lopulta yksitoista tutkimusta tiedonhaun suunnittelussa laadittujen kriteerien mukaisesti. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ovat julkaistu vuosina 2016–2022. Manuaalisessa tiedonhaussa valittujen tutkimusten lähdeluetteloiden tarkastelu johti yhden tutkimuksen mukaanottoon. Manuaalisella haulla valittua tutkimusta koskivat samat mukaanotto- ja poissulkukriteerit kuin systemaattisella haulla valittuja tutkimuksiakin. Valitut tutkimukset on esitelty liitteessä 1. Systemaattisella tiedonhaulla valitut tutkimukset on merkitty liitteeseen numeroin 1–10 ja manuaalisella haulla valittu tutkimus on merkitty kirjaimella M.

6.3 Aineiston analyysi

Tässä opinnäytetyössä aineistoa on analysoitu järjestelemällä ja luokittelemalla, jotta on mahdollista etsiä yhtäläisyyksiä ja eroja, jonka pohjalta muodostuu ymmärrystä lisäävä kokonaisuus, synteesi (Stolt ym. 2015, 30). Aineistosta poimittiin tutkimuskysymysten kannalta olennainen asiiasältö ja ne redusoiitiin eli pelkistettiin (Stolt ym. 2016, 87). Koska tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoitui pääosin englanninkielisiä aineistoja, suomennettiin valitut ilmaukset aluksi, jonka jälkeen suomennettu ilmaisu pelkistettiin siten, että jäljelle jäi vain tutkimuksen aiheeseen liittyvää tietoa. Taulukossa 3 on esitetty esimerkki tässä opinnäytetyössä käytetystä pelkistämisestä.

Taulukko 3. Pelkistämisen esimerkki

Alkuperäinen ilmaisu	Suomennettu ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
Theoretically, a family member's prolonged physical presence would most likely have improved communication of information about the patient from care providers and made them more aware of care that had been done.	Teoriassa, perheenjäsenen pitkä fyysinen läsnäolo olisi todennäköisesti parantanut hoitohenkilökunnan kommunikaatiota potilasta koskevasta tiedosta lisäten perheenjäsenten tietoa hoidosta, jota potilas oli saanut.	Perheenjäsenten läsnäolo tehosastolla parantaa perheenjäsenten tiedonsaantia omainsensa hoidosta.
Our findings indicate that environmental factors play a role in family members' frustration and stress. In particular, the family room can often be cramped and uncomfortable. A patient and family-centered approach can facilitate communication between family members and health care professionals in the ICU.	Tutkimuksen tulokset osoittavat, että ympäristötekijät vaikuttavat perheenjäsenten turhautumiseen ja stressiin. Erytisesti perhehuoneet voivat olla usein ahtaita ja epä mukavia. Potilas- ja perhekeskeinen lähestymistapa voi edistää kommunikaatiota perheenjäsenten ja hoitavan henkilökunnan välillä tehosastolla.	Ympäristötekijät ovat yhteydessä perheenjäsenten kokemaan turhautumiseen ja stressiin. Potilas- ja perhekeskeisyys edistää osapuolten välistä kommunikaatiota.

Seuraavaksi pelkistetyt ilmaiset klusteroitii eli ryhmiteltiin vastaavuuksien ja erilaisuuksien perusteella, jonka jälkeen aineisto abstrahoitii alaluokiksi ja niistä edelleen yläluokiksi. Muodostetut luokat nimettiin sisältölähtöisesti. (Stolt ym. 2016, 87.) Taulukossa 4 on esitetty esimerkki opinnäytetyössä muodostetuista ala- ja yläluokista. Yhteensä yläluokkia muodostui yhdeksän ja alaluokkia 32.

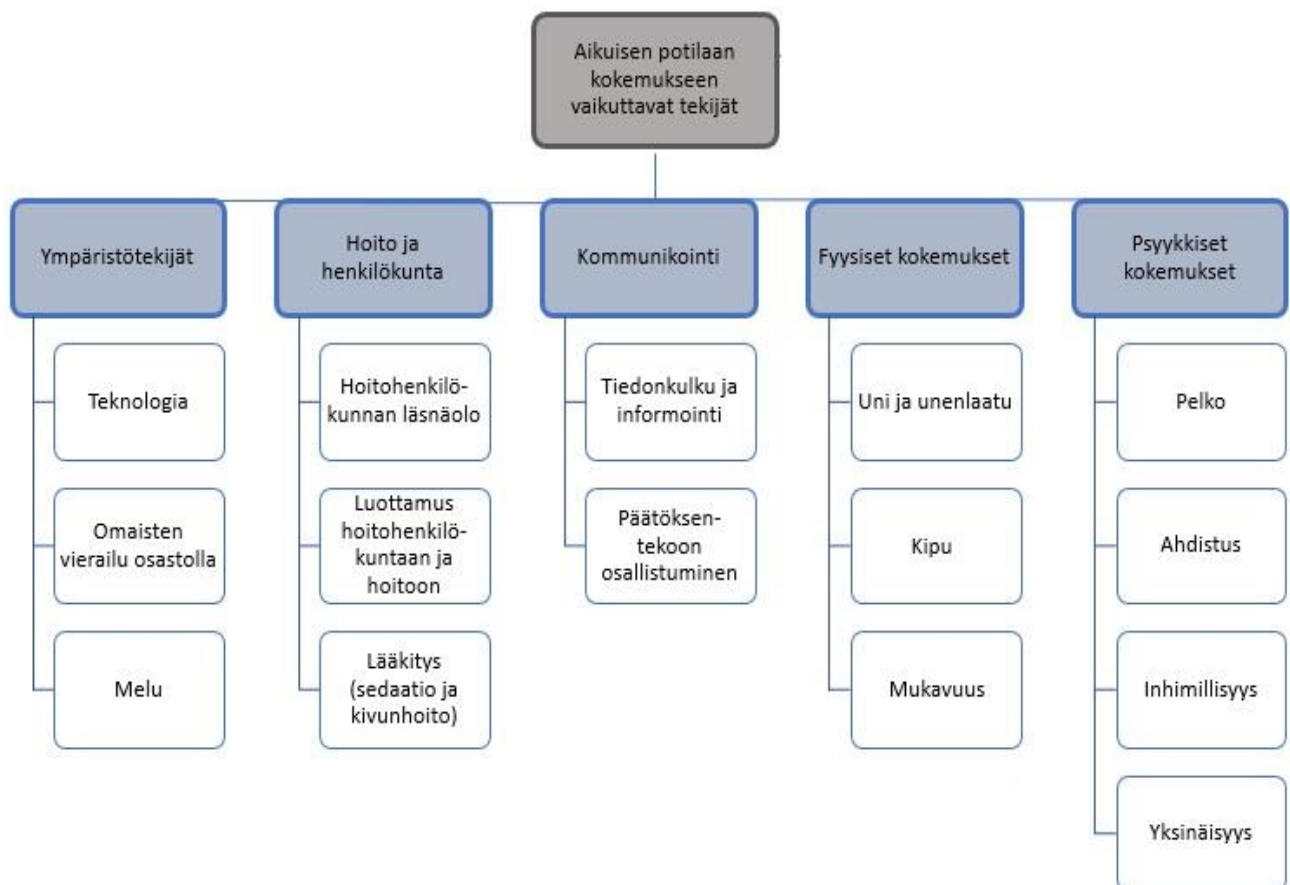
Taulukko 4. Ala- ja yläluokkien muodostumisen esimerkki

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka/alaluokat	Yläluokka
Perheenjäsenen läsnäolo teho-osastolla parantaa perheenjäsenen tiedonsaantia omaisensa hoidosta.	Kommunikointi, tiedonkulku ja informointi, osallistuminen päätöksentekoon, osallistuminen hoitoon, osastolla vierailu, tuen tarjoaminen	Perheenjäsenen huomioiminen
Ympäristötekijät ovat yhteydessä perheenjäsenen kokemaan turhautumiseen ja stressiin.	Teknologia, teho-osaston ominaispiirteet, omaisten pääsy osastolle	Ympäristötekijät
Potilas- ja perhekeskeisyys edistää osapuolten välistä kommunikointia.	Kommunikointi, tiedonkulku ja informointi, osallistuminen päätöksentekoon, osallistuminen hoitoon, osastolla vierailu, tuen tarjoaminen	Perheenjäsenen huomioiminen

7 Opinnäytetyön tulokset

7.1 Aikuisen potilaan tehohoitokokemukseen vaikuttavat tekijät

Opinnäytetyön tuloksena aiheesta aikuisen potilaan tehohoitokokemukseen vaikuttavat tekijät muodostui viisi yläluokkaa, jotka vaikuttavat potilaan kokemukseen: ympäristötekijät, hoito ja henkilökunta, kommunikointi, fyysiset kokemukset ja psyykkiset kokemukset. Alaluokkia näille muodostui 15. Kuviossa 1 on esitelty potilaan tehohoitokokemuksen ylä- ja alaluokat.



Kuvio 1. Muodostuneet ylä- ja alaluokat potilaan kokemuksesta

7.1.1 Ympäristötekijät

Yläluokka ympäristötekijät koostui alaluokista teknologia, omaisten vierailu osastolla ja melu.

Da Cruz de Castron ja Rebelo Botelhon (2017, 3388–3391) tutkimuksen mukaan potilaat kokivat teho-osastolta heräämisen valtavana shokkina, johon liittyi teho-osastoille ominainen teknologian määrä ja ympärillä olevat tuntemattomat ihmiset. Potilaat kokivat teho-osastolla käytettävän teknologian, kuten hengityskoneet, pelottavaksi ja hoitoteknologian käytön osana potilaiden saamaa hoitoa koettiin lisäävän tunnetta oman kehon hallinnan menetyksestä. Hoitoteknologian käytön, kuten hengityskonehoidon, kuvailtiin myös heikentävän potilaiden oman persoonallisuuden ulostuloa. Tehohoidossa olevat potilaat kertoivat ajantajunsa menneen sekaisin tehohoidon aikana, mikä oli hoitoteknologian käytön lisäksi myös yhteydessä kokemukseen elämän hallinnan menettämisestä. (da Cruz de Castro & Rebelo Botelho 2017, 3388–3391.)

Gosselinin, Lavoién, Bourgaultin, Bourgon-Labelle ja Gélinasin (2019, 45) tutkimuksessa eniten stressiä potilaille aiheutui ikävästään perhettään kohtaan. Da Cruz de Castron ja Rebelo Botelhon (2017, 3388–3391) tutkimukseen osallistuneet potilaat kertoivat saaneensa turvaa heidän hoitoonsa osallistuneilta työntekijöiltä, mutta erityisesti omilta perheenjäseniltään. On ollut valitettavaa, että perheenjäsenten vierailua teho-osastolla on usein rajoitettu ja potilaat olivat kokeneet perheenjäsentensä vierailuajkojen menneen todella nopeasti. Kaikki teho-osastot eivät myöskään sallineet lasten vierailua osastolla, jolloin lapsiperheet ovat kokeneet tilanteet hyvin raskaasti. Lasten on tutkimuksen mukaan todettu lisäävän potilaiden sisäistä voimaa selviytyä kriittisestä tilanteesta. (da Cruz de Castro & Rebelo Botelho 2017, 3388–3391.)

Gosselinin ja muiden (2019, 45) tutkimuksessa yksi merkittävä eniten stressiä potilaalle aiheuttanut tekijä oli teho-osaston meluisuus, joka niin ikään nousi myös Rodriguez-Almagron, Quero Palominon, Aznar Sepulvedan, Fernandez-Espartero Rodriguez-Barberon, Ortiz Fernandezin, Soto Barneran ja Hernandez-Martinezin (2019, 912–917) tutkimuksen tulosten yhdeksi yläluokaksi. Tutkimuksessa potilaat kuvasivat melutason olleen liian korkea ja sen todettiin olevan yhteydessä jopa kokemukseen kivusta ja kärsimyksestä (Rodriguez-Almagro ym. 2019, 912–917).

7.1.2 Hoito ja henkilökunta

Yläluokka hoito ja henkilökunta koostui alaluokista hoitohenkilökunnan läsnäolo, luottamus hoitohenkilökuntaan ja hoitoon sekä lääkitys (sedaatio ja kivunhoito).

Da Cruz de Castron ja Rebelo Botelhon (2017, 3388–3392) tutkimuksen mukaan teho-osastolla potilaat ovat täysin riippuvaisia heitä hoitavasta henkilökunnasta, jotta myös heidän perustarpeensa huomioitaisiin. Potilaat arvostivat sairaanhoitajien välitöntä läsnäoloa ja hoitoa. Potilaat saivat turvaa perheenjäsentensä lisäksi työntekijöistä, joilla oli merkittävä ja keskeinen rooli potilaiden selviytymisessä kriittisessä tilanteessa, luoden myös turvallisuuden tunnetta potilaan toivon ylläpitämisellä. Toivon ylläpitäminen antoi potilaille voimaa jatkaa taistelua toipumiseen saakka. Tutkimus osoitti, että vaikka hoitohenkilökunta oli potilaalle läsnä ja turvana keskeytyksettä, kokivat potilaat siitä huolimatta valtaisaakin yksinäisyydentunnetta. (da Cruz de Castro & Rebelo Botelho 2017, 3388–3392.)

Rodriguez-Almagron ja muiden (2019, 912–917) tutkimuksessa potilaiden puheissa nousivat esiin erityisesti inhimillisyyteen ja epäinhimillisyyteen vaikuttaneet tekijät. Hoitohenkilökunnan toimintatavoilla potilaan hoidossa ja kohtaamisessa oli näihin kokemuksiin suuri merkitys. Ohessa on alkuperäinen esimerkki suorana lainauksena sairaanhoitajan toimintatavasta, jonka potilas koki epäinhimilliseksi: ”I noticed how a nurse took my hand and injected something into the hand cannula. She did this coldly and never looked at my face. If she had looked, perhaps she would have noticed the expression in my eyes”. (Rodriguez-Almagro ym. 2019, 912–917.) Suomennettuna ilmaisu on seuraavanlainen: ”Huomasin, kuinka sairaanhoitaja otti käteni, ja pisti jotain kädessäni olevaan kanyyliin. Hän teki sen kylmästi, eikä hän edes katsonut kasvoihini. Jos hän olisi katsonut, hän olisi voinut huomata ilmaisuani katseestani.” Seuraavassa virkkeessä on lainattuna Rodriguez-Almagron ja muiden (2019, 912) tutkimuksesta alkuperäinen esimerkki sairaanhoitajan tavasta toimia, joka puolestaan potilaan kuvaamana edisti inhimillisyyttä tehohoidossa: ”A nurse... squeezing my hand, transmitting trust and well-being to me, and understanding me straight away...I was so grateful for this gesture!”. Suomennettuna ilmaisu on: ”Sairanhoitaja... puristaen kättäni, välittäen luottamusta ja hyvinvointia minulle, ja ymmärtäen minua saman tien... olin niin kiitollinen tästä eleestä!”.

Malinowskin, Benedictin, Meng-Nin, Kiriscin ja Kane-Gillin (2020, 142) tutkimuksessa 43 % potilaista kuvasi kokemustaan hengityskonehoidosta miellyttäväksi ja epämiellyttäväksi sen koki 49 %. Potilaista 43 % olisi halunnut vahvemman sedaation määrän ja 4 % olisi halunnut kevyemmän sedaation. Kaikkiaan 49 % potilaista oli tyytyväisiä tehohoidossa ollessaan sedaation määrään, 3 % potilaista ei vastannut kysymykseen (Malinowski ym. 2020, 142).

Kiljusen, Ritmala-Castrénin, Leino-Kilven ja Lundgrén-Laineen (2016, 172) mukaan tehohoitoa saaneiden potilaiden unenlaadun on todettu olevan heikkoa, minkä vuoksi tehohoitajien taito tunnistaa ja hoitaa potilaiden kipua on tärkeää unenlaadun parantamiseksi. Hoitajien tulisi tukea tehohoitoa saavien potilaiden unta erilaisin keinoin ja toteuttaa hyvää kivunhoitoa kivun vaikuttaessa potilaiden kokemukseen huonosta unen laadusta kaikilla sen osa-alueilla. Potilaat, jotka olivat saaneet kivun hoitoon oksikodonia, arvioivat kipuaan voimakkaammaksi. Propofolia, joka on uni-/rauhottava lääke, saaneet kokivat kivun lievempänä kuin potilaat ilman propofolia. Vaikka propofolilla ei ole kipua lievittävää vaikutusta, voi sillä ahdistusta vähentävänä olla välillinen vaikutus myös kivun kokemiseen. (Kiljunen ym. 2016, 172–179.)

7.1.3 Kommunikointi

Yläluokka kommunikointi koostui alaluokista tiedonkulku ja informointi sekä päätöksentekoon osallistuminen.

Da Cruz de Castron ja Rebelo Botelhon (2017, 3388–3392) mukaan potilaiden turvallisuuden tunteeseen liittyi vahvasti myös riittävän tiedon saaminen omasta tilanteestaan. Hoitohenkilökunnalla onkin velvollisuus keskustella riittävästi potilaan tilanteesta ja hänen saamastaan hoidosta osana potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Tiedottomuuden on todettu lisäävän potilaiden haavoittuvuutta kasvattaen epävarmuutta ja epäilyksiä omasta voinnistaan. Tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat tiedonsaannin puutteellisena. Osa potilaista sai tietoa hoitavan henkilökunnan sijasta omilta perheenjäseniltään. (da Cruz de Castro & Rebelo Botelho 2017, 3388–3392.)

Hengityskonehoidossa olleiden potilaiden puhekykyä rajoitti intubaatioputki. Kyvyttömyys puhua aiheutti potilaissa turhautuneisuutta ja voimattomuutta, kun heidän puhettaan ei ymmärretty. Tämä johti siihen, että lopulta potilaat luovuttivat ja lakkasivat yrittämästä. (da Cruz de Castro & Rebelo Botelho 2017, 3388–3392.) Oldingin, McMillanin, Reevesin, Schmittin, Puntillon ja Kitton

(2016, 1189) katsauksessa todettiin, että ne potilaat, jotka pystyivät ilmaisemaan itseään tai olemaan jollain tasolla osallisena hoidossaan, kokivat vähemmän epäinhimillisyyden tunnetta lisäen myös heidän itsenäisyyden tunnettaan, mikä myötävaikutti positiivisesti potilaiden ajatteluun toimimisestaan. Oldingin ja muiden (2016, 1189) katsauksessa myös havaittiin selkeä puute kirjallisuudesta, mikä käsitteli tehohoitoa saaneiden potilaiden oman osallisuuden luonnetta sekä laajuutta hoidossaan ja huolenpidossaan. Vaikka potilaiden osallisuus omassa terveydenhoidossaan on kansainvälisesti ymmärretty käsite ja tavoite, on kirjallisuudessa selkeä aukko aiheessa tehohoidon osalta. Tutkimuksessa löytyi kuitenkin tekijöitä, jotka rajoittivat potilaan osallisuutta tehohoitoyksiköissä. Näitä tekijöitä olivat teknologisesti intensiiviset teho-osastot, potilaiden kliininen objektiivisointi, intuboinnin aiheuttama puhekyvyttömyys ja hengenahdistus, olettamus potilaan kognitiivisesta toimintakyvystä sekä potilaan sairauden tai tilan vakavuus. (Olding ym. 2016, 1189.)

Sanallisen kommunikoinnin lisäksi muita mahdollisia tapoja, joilla teho-osaston potilaat voisivat parantaa osallisuuttaan hoidossaan ja päätöksenteossa, voisivat Oldingin ja muiden (2016, 1192) mukaan olla potilaan nimittämä korvaava päätöksentekijä tai kirjallisen hoitosuunnitelman laatiminen sellaisten tilanteiden varalle, joissa potilas itse on kykenemätön kriittisen tilansa vuoksi osallistumaan hoitoonsa. On kuitenkin huomattava, että potilaiden osallisuus voi olla myös sanatonta osallistumista kehonkielen avuin ilmaistuna tai jopa sellaisena tyypillisenä käyttäytymisenä, jota henkilökunta pitää häiritsevänä, kuten yrityksenä poistaa itseltään intubaatioputki (Olding ym. 2016, 1192).

7.1.4 Fyysiset kokemukset

Yläluokka fyysiset kokemukset koostui alaluokista uni ja unenlaatu, kipu ja mukavuus.

Malinowskin ja muiden (2020, 143) tutkimuksessa noin puolet mukana olleista potilaista kuvailivat tehohoitokokemustaan epämiellyttäväksi. Kiljusen ja muiden (2016, 172) mukaan tehohoidossa oleville potilaille kipua aiheuttavia tekijöitä ovat sairaus, tarkkailulaitteet, toimenpiteet tai pitkä liikkumattomuus. Kivuttomuudella on merkitystä niin potilaan fyysiselle kuin psyykkisellekin hyvinvoinnille. Kolmasosa potilaista oli yön aikana kokenut vähintään voimakasta kipua ja vain viidesosa potilaista kertoi olleensa kivuttomia öisin. (Kiljunen ym. 2016, 171–172.) Hengityskonehoitoon ja

intubaatioputkeen liittyi kipua ja ahdistusta, joka jatkui vielä hengityskonehoidon jälkeenkin (Goselin ym. 2019, 45). Kivun sietokyky voi lisäksi alentua puutteellisen unen seurauksena (Kiljunen ym. 2016, 172–173).

Kiljusen ja muiden (2016, 178–179) tutkimuksen tulokset vahvistivat aiempia saatuja tuloksia siitä, että tehohoitopotilaat nukkuivat keskimääräisesti kohtalaisen hyvin, mutta osa potilaista nukkui erittäin huonosti. Hengityskonehoito lisää potilaiden katkonaista ja kevyttä unta. Tutkimukseen osallistuneista potilaista neljäsosa arvioi nukkuneensa yön aikana vain kevyesti ja unen laatunsa olleen heikko. Heikkolaatuisella unella voi olla yhteys tehohoitopotilaiden kokemaan sekavuuteen, josta tehohoidossa olevat potilaat usein kärsivät. Unihäiriöt voivat olla myös potilaan levottomuuden, masennuksen ja post-traumaattisen stressihäiriön kehittymisen taustatekijöinä. Näiden lisäksi unen häiriöt voivat aiheuttaa kognitiivisia toimintahäiriöitä. (Kiljunen ym. 2016, 178–179.) Myös da Cruz de Castron ja Rebelo Botelhon (2017, 3388–3392) tutkimuksessa todettiin samanlaisia havaintoja unihäiriöiden vaikutuksista. Syvän unen aikana ihmisen elimistön energiavarastot täyttyvät ja elimistön kudosten uusiutuminen on tällöin voimakkaimmillaan. Rem-uni on tärkeää niin psykologisen kuin emotionaalisenkin hyvinvoinnin kannalta. Jos univaje jatkuu pitkään, vaikuttaa se haitallisesti potilaan hengitystoimintaan, sydämen, verisuonten, aivojen ja hermoston toimintaan sekä immuunipuolustusjärjestelmään. (Kiljunen ym. 2016, 177–179.)

7.1.5 Psyykkiset kokemukset

Yläluokka psyykkiset kokemukset koostui alaluokista pelko, ahdistus, inhimillisuus ja yksinäisyys.

Teho-osastolla oleminen laukaisee potilaissa erilaisia tunteita, kuten pelkoa, ahdistuneisuutta, epävarmuutta ja masentuneisuutta. Epätodellisuuden tunnetta potilaissa on aiheuttanut esimerkiksi raajojen liikkumattomuus, tietämättömyys siitä, mitä on tapahtunut ja voimattomuus tehdä päätöksiä itsestään. Tilanne kokonaisuudessaan aiheuttaa potilaissa suurta haavoittuvuutta. Da Cruz de Castron ja Rebelo Botelhon (2017, 3388–3391) tutkimuksessa potilaiden kokemuksia kuvastivat pääteemat, jotka olivat ”loukkuun jäämisen tunne – kehon hallinnan menetys”, ”oleminen elämän ja kuoleman välissä” ja ”tarve tuntea turvallisuutta”. Potilaat kuvasivat tehohoitokokemuksensa kärsimyksenä, mutta jokainen potilas koki sen yksilöllisellä ja ainutlaatuisella tavallaan.

Teho-osastolla olo on tuntunut toivottomalta elämän ollessa vaarassa. (da Cruz de Castro & Rebelo Botelho 2017, 3388–3391.) Gosselinin ja muiden (2019, 45) mukaan potilaiden stressitekijöillä hoidon aikana on yhteys hoidon jälkeisiin haitallisiin psykologisiin seurauksiin.

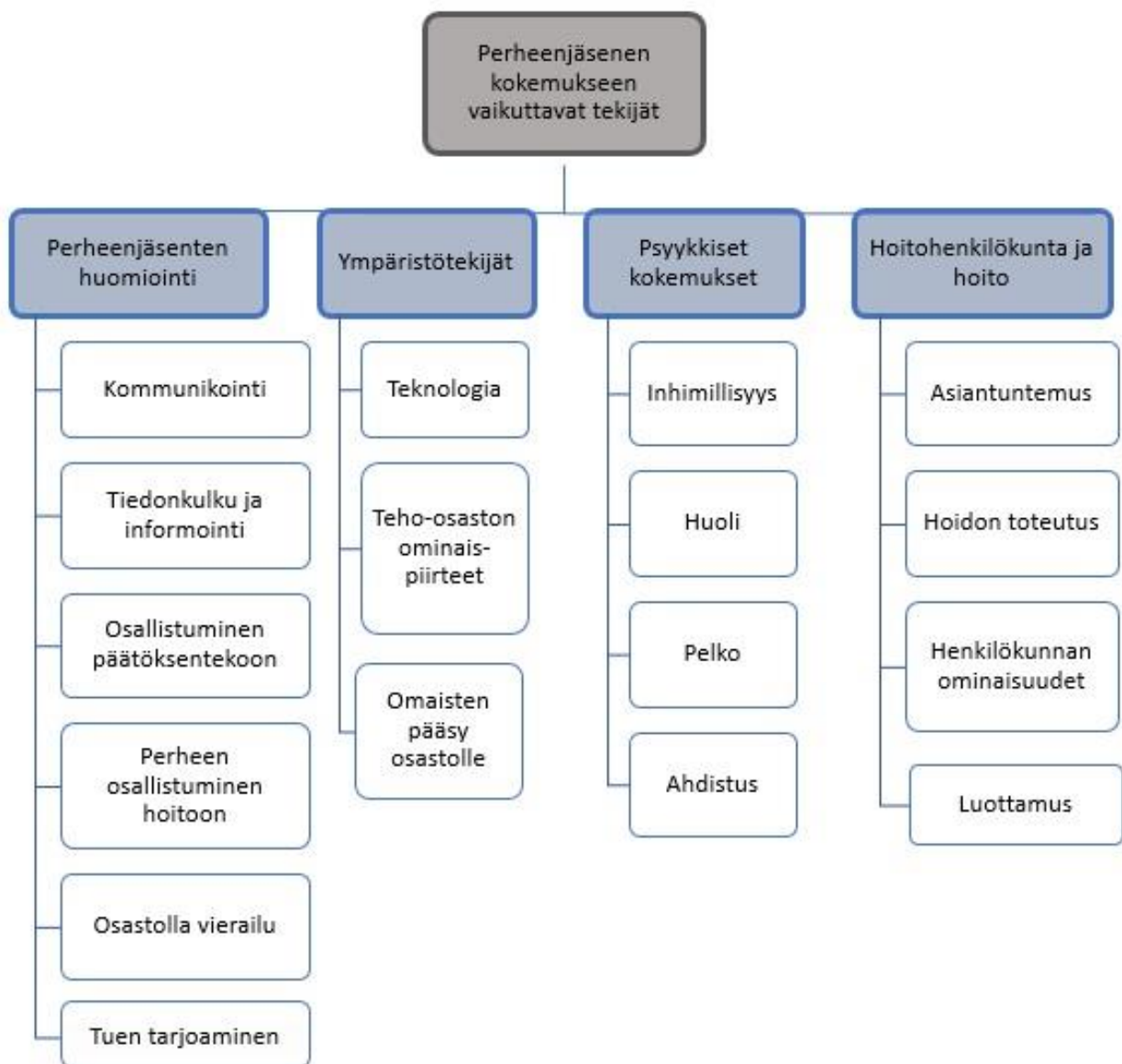
Tehohoidon ominaispiirteet, kuten teknologian käyttö, vaikuttivat siihen, että potilaat kokivat tilanteen epäinhimillisenä. Myös yksilöllisyyden ja persoonallisuuden koettiin kärsineen hoidon myötä. (da Cruz de Castro & Rebelo Botelho 2017, 3388–3391.) Tehohoidossa olleiden potilaiden kokemuksia hengityskonehoidosta tutkittiin Gosselinin ja muiden (2019, 45) tutkimuksessa, jonka mukaan potilaiden tajuissaan ja hereillä olon on osoitettu olevan hyödyllistä. 68,8 % potilaista muisti olleensa hengityskonehoidossa, jonka aikana he ovat kuitenkin kokeneet toistuvia, voimakkaita stressaavia kokemuksia, kuten sen, etteivät he intubaatioputken vuoksi kyenneet puhumaan (Gosselin ym. 2019, 45). Potilaat kertoivat kokeneensa hoitoteknologian, kuten hengityskonehoidon, pelottavaksi (da Cruz de Castro & Rebelo Botelho 2017, 3388–3391).

Kuolemanpelko nousi esiin potilaiden kokemuksissa tehohoidosta niin Rodriguez-Almagron ja muiden (2019, 912–917) tutkimuksessa kuin myös da Cruz de Castron ja Rebelo Botelhon (2017, 3388–3391) tutkimuksessa, jossa potilaat kertoivat kuolemanpelon pahenevan yön tullessa. Potilaat kertoivat myös nähneensä painajaisia ja hallusinaatioita, jonka vuoksi he ovat kokeneet vaikeaksi erottaa sen, mikä on totta ja mikä ei (Rodriguez-Almagro ym. 2019, 912–917).

Potilaat ovat kuvanneet kokemaansa kipua tehohoidossa fyysisen kivun lisäksi myös henkiseksi kivuksi. Potilaiden tuskaa on lisännyt ajatus siitä, kuinka heidän perheenjäsenensä kärsivät ja pelkäävät potilaan ollessa kriittisessä tilassa. Rodriguez-Almagron ja muiden (2019, 912–917) mukaan tehohoidon tuomat kokemukset ovat saaneet potilaat tuntemaan itsensä valtavan yksinäisiksi; potilaat ovat ihmetelleet sitä, kuinka voi tuntea olonsa niin yksinäiseksi huolimatta siitä, että ihmisiä on niin paljon ympärillä. Henkiseksi kivuksi potilaat ovat kuvanneet myös sitä, etteivät he ole olleet tarpeeksi vahvoja puhumaan tai kertomaan muille läsnäolostaan ja tietoisuudestaan ollessaan hereillä (da Cruz de Castro & Rebelo Botelho 2017, 3388–3391).

7.2 Perheenjäsenen tehohoitokokemukseen vaikuttavat tekijät

Opinnäytetyön tuloksena aiheesta aikuisen potilaan perheenjäsenen tehohoitokokemukseen vaikuttavat tekijät muodostui neljä yläluokkaa, jotka vaikuttavat perheenjäsenen kokemukseen: perheenjäsenen huomiointi, ympäristötekijät, psyykkiset tekijät sekä hoitohenkilökunta ja hoito. Alaluokkia näille muodostui 17. Kuviossa 2 on esitelty perheenjäsenen tehohoitokokemuksen ylä- ja alaluokat.



Kuvio 2. Muodostuneet ylä- ja alaluokat perheenjäsenen kokemuksesta

7.2.1 Perheenjäsenten huomiointi

Yläluokka perheenjäsenten huomiointi koostui alaluokista kommunikointi, tiedonkulku ja informointi, osallistuminen päätöksentekoon, perheen osallistuminen hoitoon, osastolla vierailu ja tuen tarjoaminen.

Perheet ovat keskeinen linkki tehohoidettavana olevan potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Digbyn, Maniasin, Hainesin, Oroszin, Ihlenin ja Bucknallin (2022) tutkimuksessa selvitettiin, miten koronaviruspandemian aikaan teho-osastolla vallinneet tiukat rajoitukset vaikuttivat potilaisiin ja heidän perheenjäseniinsä psykologisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti. Vierailuiden rajoittamisella todettiin olleen merkittävä vaikutus perheisiin, sillä perheenjäsenet kokivat suurta tarvetta olla kriittisesti sairaan perheenjäsenensä luona ja tukena. Aikaa, jonka perheenjäsenet joutuivat viettämään erossa kriittisessä tilassa olevasta perheenjäsenestään, kuvailtiin hyvin traumaattiseksi ja sydäntä särkeväksi. Vierailijoiden sallitun määrän ollessa 1–2 henkilöä, kokivat sen erityisen haastavaksi ne perheet, jotka olisivat normaalisti tulleet vierailulle toisen tai useamman henkilön kanssa. Osastolla vierailevia erityisiä tarpeita tai tukea omaavia henkilöitä ei kyetty huomioimaan asianmukaisesti. Huonojen uutisten kuulemista ilman muiden perheenjäsenten läsnäoloa teho-osastolla kuvattiin erityisen vaikeaksi. Rajoituksilla ei ollut merkittäviä vaikutuksia silloin, kun potilaat olivat tajuttomuuden vuoksi tietämättömiä perheenjäsentensä vierailuista. Vaikutukset korostuivat heillä olevien potilaiden kohdalla, eivätkä potilaat olisi halunneet perheenjäseniensä lähtevän osastolta. Tämä oli hyvin vaikeaa sekä tehohoidossa oleville potilaille että heidän perheenjäsenilleen. Rajoitusten ei todettu vaikuttavan negatiivisesti hoitohenkilökunnan ja perheiden välisiin suhteisiin, vaan hoitohenkilökuntaa kuvattiin tilanteessa erittäin myötätuntoiseksi. (Digby ym. 2022.) Rodriguez-Almagron ja muiden (2019, 912–917) tutkimuksessa perheenjäsenet nostivat esiin myös ”pitkien aikojen odottamisen”, johon liittyi tiedonsaaminen vierailumahdollisuuksista osastolla ja sairaalan yhteydenotoista perheenjäsenten kotiin.

Edwardin, Gallettin ja Huynhin (2020, 23–24) tutkimuksessa ilmeni myös, että perheenjäsenet olivat olleet tyytymättömiä kommunikoinnin tasoon ja tiedon jakamiseen. Näiden lisäksi perheenjäsenet ilmaisivat tyytymättömyyttä saamaansa emotionaaliseen tukeen tilanteessa. Ahdistaviksi koetuissa potilas-perhetilanteissa perheenjäsenen ollessa tehohoidossa kriittisessä tilassa, voi sairaanhoitajien ja lääkäreiden olla vaikeaa kommunikoida perheenjäsenten kanssa sillä tavoin, että

se vastaisi riittävästi perheenjäsenten tarpeisiin. Onnistuneen kommunikoinnin este voi olla esimerkiksi huonojen uutisten kertominen potilaan perheenjäsenille, sillä se tuntuu myös potilasta hoitavasta henkilökunnasta epämukavalta ja surulliselta. Tästä huolimatta tutkimukseen osallistuneet perheenjäsenet olivat olleet pääosin hyvin tyytyväisiä myös heihin kohdistuvaan henkilökunnan antamaan tukeen ja hoivaan. Monet perheenjäsenet kertoivat henkilökunnan tarjonnan hyödyllistä tietoa niin potilaille kuin heidän perheenjäsenilleenkin. Osa tutkimukseen osallistuneista perheenjäsenistä raportoi olleensa tyytyväisiä myös kommunikaation laatuun. (Edward ym. 2020, 23–29.)

Edwardin ja muiden (2020, 30) tutkimuksessa potilaiden perheenjäsenten kommentit tiedonsaantiin liittyen olivat ristiriitaiset, sillä osa perheenjäsenistä kertoi olleensa tyytyväisiä kommunikoinnin laatuun, kun taas osa perheenjäsenistä olisi kaivannut parempaa tiedonsaantia niin itselleen kuin tehohoidossa olevalle omaiselleen. Potilas- ja perhekeskeinen lähestymistapa voi edistää kommunikaatiota perheenjäsenten ja hoitavan henkilökunnan välillä teho-osastolla.

Läsnäolon rajallisuus lisäsi perheissä lisäksi tunnetta kommunikaation puutteellisuudesta ja kanssakäymisestä hoitohenkilökunnan kanssa. Kommunikointi hoitohenkilökunnan kanssa koettiin tärkeäksi, mutta se toteutui vaihtelevasti riippuen osin myös työvuorossa olevista työntekijöistä. Kokemuksia kommunikaatiosta hoitavan henkilökunnan kanssa on kuvailtu ”pettymyksiksi”, ”erinomaisiksi” ja ”persoonattomiksi”. Yhteydenpito onnistui perheenjäsenten mukaan paremmin sairaanhoitajien kuin lääkäreiden kanssa. (Digby ym. 2022.) Myös Jacobin, Hortonin, Rance-Ashleyn, Fieldin, Pattersonin, Johnsonin, Saundersin, Sheltonin, Millerin ja Frobosin (2016, 121) mukaan alhaisinta perheenjäsenten tyytyväisyys oli ollut lääkärin yhteydenpitojen tiheyteen. Edwardin ja muiden (2020, 23–29) mukaan onnistuneen kommunikoinnin on todettu vähentävän väärinkäsitysten määrää perheenjäsenten ja lääkäreiden välillä ja lisäävän tyytyväisyyttä myös potilaan loppuelämän hoitoon. Jacobin ja muiden (2016, 121) tutkimuksessa yhdeksi tärkeimmistä asioista omaisensa tehohoidossa perheenjäsenet kokivat tiedonsaannin potilaan tilanteesta. Perheenjäsenten tärkeimmiksi tunnistetut tarpeet liittyivät potilasta koskeviin tietoihin, potilaan luona vierailuun, toivon ylläpitämiseen ja antamiseen perheille, päivittäiseen keskusteluun lääkäreiden kanssa ja varmistukseen siitä, että potilas saa parasta mahdollista hoitoa. Kuitenkin hieman ristiriitaisesti perheenjäsenet kokivat yhtenä vähiten tärkeänä seikkana heidän mukanaolonsa lääkärinkierroilla. (Jacob ym. 2016, 121.)

Odotukset tiedonkulusta vaihtelivat yksilöllisesti perheiden välillä. Osa perheistä oli tyytyväisiä yhteydenottoihin muutaman päivän välein, kun taas osa perheistä toivoi yhteydenottoa vähintään kerran vuorossa. (Digby ym. 2022.) Myös Lebelin ja Charetten (2021, 40) mukaan puutteelliseen kommunikaatioon liittyivät vaikeudet kommunikoida hoitohenkilökunnan kanssa sekä kokemus saadun informaation riittämättömyydestä. Tätä tehohoidon osa-aluetta tulisi tutkimuksen mukaan voida tehostaa. Ongelmia kommunikoinnissa voitaisiin ehkäistä huomioimalla erityisesti perheen mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon ja sitä koskevien päätösten tekoon. Vahvemman kommunikaation pohjalta potilaiden perheenjäsenille voitaisiin tarjota myös perhekohtaisesti heidän tarvitsemansa määrä tarpeellista tietoa ja tukea. (Lebel & Charette 2021, 40.) Digbyn ja muiden (2022) mukaan perheenjäsenet arvostivat kuitenkin jokaista hoitohenkilökunnan yhteydenottoa tehohoidettavana olevan läheisensä voinnista ja hoidosta. Vierailun rajoitteiden aikana hoitohenkilökunnan yhteydenpidon merkitys perheisiin korostui. Sekä perheet että lääkärit havaitsivat puhelimitse tai muulla etäyhteyden välityksellä tapahtuvan kommunikoinnin olevan heikompaa kuin kasvokkain. Tutkimus myös vahvisti aiemmat havainnot siitä, että tehokas viestintä hoitavan henkilökunnan ja perheiden välillä sekä henkilökunnan kunnioituksen ja myötätunnon osoitus potilaita ja perheitä kohtaan olivat keskeisiä tekijöitä perheiden tyytyväisyyteen tehohoidossa. (Digby ym. 2022.) Clarkin (2016, 8) tutkimuksessa perheiden tyytyväisyyden keskiarvo hoitoon oli 72,24 % ja perheiden päätöksentekoon osallistumisen tyytyväisyyden keskiarvo oli 72,03 %. Yleisimmät aihealueet, joita perheenjäsenet nostivat vapaatekstivastauksissaan esille, olivat yhteistyö, perheiden mukaan ottaminen potilasta koskeviin klinisiin keskusteluihin ja ajantasainen informointi muutoksesta potilaan voinnissa tai hoidossa. Yleisimmät seikat, jotka perheenjäsenten vastauksissa nousivat esille, koskivat potilaan tilaa. Paremmalla kirjallisella ohjeistuksella ja suunnitelmilla perheiden kokemusta omaisensa tehohoidosta olisi voitu parantaa. Vapaatekstivastauksissa 50 % vastanneista perheenjäsenistä ilmoittivat kommunikoinnin parantamisen tarpeesta hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä ja ajantasaisesta potilaan tilan tiedonjakamisesta. (Clark 2016, 8.)

7.2.2 Ympäristötekijät

Yläluokka ympäristötekijät koostui alaluokista teknologia, teho-osaston ominaispiirteet ja omaisten pääsy osastolle.

Digbyn ja muiden (2022) mukaan teho-osaston vierailua koskevat rajoitukset heikensivät perheenjäsenten välistä tukea toisiaan kohtaan. Rodriguez-Almagron ja muiden (2019, 912–917) tutkimuksessa perheenjäsenet nostivat esiin teho-osastoympäristöstä epäinhimillisyyttä aiheuttaneen kokemuksen siitä, että heillä oli mahdollisuus nähdä tehohoidossa ollutta rakastaan vain etäältä lasin läpi. Perheenjäsenet kokivat katkeruutta hoitohenkilökuntaa kohtaan, koska henkilökunta sai viettää paljon enemmän ja läheisemmin aikaa potilaan luona kuin perheenjäsenet itse, silloin kun vierailua osastolla oli rajoitettu. Yhdessä esiin nostetussa tapauksessa sairaanhoitaja oli välittänyt potilaan perheenjäsenelle tämän viimeiset sanat, mikä oli herättänyt potilaan perheenjäsenessä suurta vihaa ja katkeruutta. (Rodriguez-Almagro ym. 2019, 912–917.) Clarkin (2016, 13) tutkimuksessa perheenjäsenet ilmaisivat vain negatiivisia kommentteja teho-osaston ympäristöstä. Myös Edwardin ja muiden (2020, 29) tutkimuksessa teho-osaston ympäristötekijät nousivat kehittämisen kohteiksi perheenjäsenten kokemusten pohjalta, sillä erityisesti perhehuoneet voivat olla usein ahtaita ja epämukavia. Se, millaiseksi ihmiset kokevat fyysisen ympäristönsä, voi vaikuttaa sekä potilaiden että perheenjäsenten kriisistä toipumiseen ja perheenjäsenten osallisuuteen terveydenhoidossa. Positiiviset vaikutelmat ja tunnelma ympäristöstä voivat vähentää ahdistuksen tunnetta ja stressiä. Lisäksi vallitseva ympäristö on yhteydessä myös kommunikointiin ja sen laatuun. Perheenjäsenet nostivat vastauksissaan esiin potilashuoneiden tilan kehittämisen, sillä perheenjäsenet kokivat siellä olevan valaistuksen liian kirkkaana ja he uskoivat sen olleen haitaksi potilaiden unenlaadulle. Lisäksi perheenjäsenet kokivat usein ympäristön liian meluisana. (Edward ym. 2020, 29.)

Jacobin ja muiden (2016, 121–122) mukaan teho-osaston suunnittelu potilaita ja heidän perheenjäseniään paremmin huomioivaksi ja osastolla vierailun joustavuus on kohentanut perheenjäsenten tyytyväisyyttä teho-osaston ympäristöön. Heidän tutkimuksessaan mukana olleen neurologisen teho-osaston suunnittelussa oli huomioitu erityisen paljon potilaita ja perheenjäseniä, jotta he voisivat tuntea olonsa mahdollisimman mukavaksi ja tervetulleeksi. Osaston tavoitteena oli vastata paremmin potilaan ja omaisten tarpeita. Kyseisellä osastolla oli mm. yksityiset huoneet ja hyvin joustavat vierailumahdollisuudet. Perheenjäsenet kokivat yhdeksi tärkeimmäksi tekijäksi omaisensa tehohoidossa potilaan lähellä olemisen joustavien vierailumahdollisuuksien myötä ja mahdollisuuden nukkua teho-osastolla heidän ollessaan osastolla yön yli. Vähiten tärkeitä ympäristöön liittyviä seikkoja perheenjäsenille olivat heidän omaan fyysiseen mukavuuteensa liittyvät tekijät. (Jacob ym. 2016, 121–122.)

Kriittisesti sairaan tehohoidettavan läheisen ulkomuoto sekä teho-osastolle ominainen ympäristö on lisännyt perheenjäsenissä stressiä. Näihin liittyvää stressiä voitaisiin vähentää tuomalla perheenjäsenille paremmin esiin teho-osaston ympäristön erityispiirteitä, kuten tietoa invasiivisesta teknologiasta. (Lebel & Charette 2021, 40.) Myös Edwardin ja muiden (2020, 30) mukaan teho-osastoympäristö voi aiheuttaa perheenjäsenissä ahdistusta ja stressiä.

7.2.3 Psyykkiset kokemukset

Yläluokka psyykkiset kokemukset koostui alaluokista inhimillisyys, huoli, pelko ja ahdistus.

Aikuisten teho-osaston potilaiden perheet ovat raportoineet kärsineensä korkeasta stressitasosta, jonka esiintyvyys potilaiden perheenjäsenten keskuudessa vaihtelee 42–71 % välillä. Prosenttiosuus kasvaa potilaan sairaalahoidon pitkittyessä. Korkea stressitaso voi johtaa potilaiden perheenjäsenten tehohoidon jälkeiseen oireyhtymään. (Lebel & Charette 2021, 33.) Rodriguez-Almagron ja muiden (2019, 912–917) tutkimuksessa potilaiden perheenjäsenet nostivat esiin käsitteen ”inhimillisyys”, sekä ahdistuksesta ja pelosta kärsimisen. Perheenjäsenet toivoivat inhimillisyyttä omaisensa hoitoon ja kohteluun, sillä tehohoito sisältää epäinhimilliseltä tuntuvia piirteitä. Perheenjäsenet kertoivat kokeneensa tuskaa, surua ja epätoivoa tilanteen aiheuttamasta epävarmuudesta ja siitä, etteivät he aina edes tieneet mitään potilaasta tämän ollessa teho-osastolla hoidettavana kommunikoinnin ja tiedonvälityksen ollessa heikkoa. (Rodriguez-Almagro ym. 2019, 912–917.)

Perheenjäsenet kuvailivat vierailuaan teho-osastolla ”pelottavaksi”, ”inhottavaksi”, ”jäykäksi” ja ”epäreiluksi” vierailurajoitusten ollessa hyvin tiukat. Lapsille rajoitukset olivat erityisen ahdistavia, ja lasten oli vaikeaa tai jopa mahdotonta rajoitusten vuoksi ymmärtää tilannetta, sillä lapsilta saatiin teho-osastoilla evätä vierailumahdollisuus täysin, jollei potilaan tiedetty olevan menehtymäisillään. Tällä oli vahvoja psyykkisiä vaikutuksia niin potilaisiin kuin myös heidän lapsiinsa. (Digby ym. 2022.) Edwardin ja muiden (2020, 30) mukaan ympäristöstä välittyvä positiivinen vaikutelma ja tunnelma voivat vähentää ahdistuksen tunnetta ja stressiä. Kun tietoa jaettiin siitä, mitä teho-osastolla ollessa tapahtuu, lisääntyi perheenjäsenten ymmärrys tarvittavia toimenpiteitä ja potilaan ennustetta kohtaan, vähentäen heidän kokemaansa ahdistusta ja stressiä. (Edward ym. 2020, 30.)

7.2.4 Hoitohenkilökunta ja hoito

Yläluokka hoitohenkilökunta ja hoito koostui alaluokista asiantuntemus, hoidon toteutus, henkilökunnan ominaisuudet ja luottamus.

Digbyn ja muiden (2022) tutkimuksessa kaikki haastatellut perheenjäsenet kertoivat olleensa tyytyväisiä omaisensa hoitoon teho-osastolla. Teho-osastolla työskentelevän hoitohenkilökunnan tarjoamaa asiantuntevaa ja ammattitaitoista hoitoa arvostettiin kuvaamalla heitä ”mahtaviksi”, ”tukeviksi” ja ”uskomattomiksi”. Tutkimuksessa havaittiin, että henkilökunnan kunnioituksen ja myötätunnon osoitus potilaita ja perheitä kohtaan olivat keskeisiä tekijöitä perheiden tyytyväisyydessä tehohoidossa. Vain yksi haastatteluun osallistuneista perheenjäsenistä kertoi osallistuneensa merkittävästi potilaan hoitoon muiden ilmoittaessa osallistuneensa hoitoon vain vähän, kuten tyynyn asetteluun. (Digby ym. 2022.) Myös Clarkin (2016, 8–13) tutkimukseen osallistuneiden perheenjäsenten henkilökuntaan ja hoitoon liittyvät vastaukset olivat vain positiivisia, jolloin perheiden tyytyväisyys oli kokonaisuudessaan hyvällä tasolla tällä tehohoidon osa-alueella. Perheet kertoivat sairaanhoitajien rauhoittaneen heitä ja antaneen heille kattavia selityksiä tilanteesta (Clark 2016, 8–13). Samoja seikkoja ilmenee Jacobin ja muiden (2016, 121–122) tutkimuksessa, sillä korkeimmat tyytyväisyyspisteet koskivat sairaanhoitajien ja lääkäreiden tarjoamaa hoitoa sekä sitä, kuinka kohteliasta ja kunnioitusta osoittavaa hoitohenkilökunta oli ollut perhettä ja potilasta kohtaan. Valtaosa tutkimukseen osallistuneista perheenjäsenistä arvioi tarpeidensa täyttyneen ja mm. tyytyväisyys hoitoon oli erittäin korkeaa verrattuna aikaisempiin tutkimuksiin. Tutkimukseen perustuen tähän eroon on vaikuttanut kyseisen teho-osaston erityinen suunnittelu potilaita ja perheitä paremmin huomioivaksi ja vierailun joustavuus. (Jacob ym. 2016, 121–122.) Rodriguez-Almagron ja muiden (2019, 912–917) tutkimuksessa nostettiin esiin perheenjäsenten ajatus inhimillisyyttä edistävästä hoitohenkilökunnan tavasta kohdella potilasta, johon liittyi tehohoidossa olevan läheisen kokema puhuttelu ja kosketus sillä periaatteella, kuin haluttaisiin itseäänkin kohdeltavan.

Edwardin ja muiden (2020, 23–29) tutkimuksessa ilmeni myös, että perheenjäsenet olivat pääasiassa tyytyväisiä omaisensa saamaan hoitoon teho-osastolla ja että he pystyivät luottamaan hoitohenkilökuntaan. Tutkimuksessa havaittiin kuitenkin ristiriitaa perheenjäsenten tyytyväisyydessä omaisensa saamaa hoitoa ja tätä hoitavaa henkilökuntaa kohtaan. Pieni osuus vastanneista per-

heenjäsenistä kommentoi, että he olivat olleet tyytymättömiä henkilökuntaan ja heidän toimintatapoihinsa, kuten perheenjäsenten poissulkemiseen omaisensa hoidosta. Vaikka osa vastanneista perheenjäsenistä olivat olleet tyytymättömiä, olivat useimmat vastauksista koskien potilaan saamaa hoitoa ja hoitavaa henkilökuntaa kohtaan positiivisia. Vastauksissa esiin nousi mm. hyvin tukeaan osoittava henkilökunta hyvällä asiantuntemuksella ja laadukkaalla hoidolla, jota perheenjäsenet selvästi arvostivat. Viitaten Edwardiin ja muihin (2020, 23–29), mielenterveyshoitotyössä yleistä oleva jaettu päätöksenteko ja potilaskeskeinen lähestymistapa, joka sisältää liiton niin potilaan, hoitavan henkilökunnan ja potilaan perheenjäsenten kesken, voisi olla toimivaa myös teho-
hoitotyössä. (Edward ym. 2020, 23-29.)

Digbyn ja muiden (2022) mukaan potilaiden ja perheiden välinen erossaolo johti toisinaan luottamuksen kärsimykseen potilaan saamaa hoitoa kohtaan. Lebelin ja Charetten (2021, 40–41) mukaan perheenjäsenten saaman tuen puute ja riittämättömäksi koetut kontaktit henkilökuntaan liittyivät hoitohenkilökunnan resursseihin. Perheenjäsenten tarpeita tulisi kyetä arvioimaan hoitotyössä, jotta yksilölliset stressitekijät voitaisiin tunnistaa ja asianmukaisia stressiä vähentäviä toimenpiteitä voitaisiin toteuttaa. Hoitotyössä tulisi keskittyä arvostamaan perheenjäsenten roolia sairaalahoidossa olevan potilaan hoidossa, kehittää kommunikointia perheenjäsenten kanssa sekä tarjota ajankohtaista ja oikeaa tietoa. Jotta perheiden kokemaan muutokseen liittyvää stressiä voitaisiin vähentää, tulisi perheenjäsenet sallia potilaan luokse osastolle milloin tahansa. Perheenjäseniä tulee myös kannustaa osallistumaan omaistensa hoitoon ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Perheenjäsenille tulisi olla selvää, milloin, miten ja keneltä he saavat tarvittavaa tietoa potilaan voinnista. (Lebel & Charette 2021, 40–41.)

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Potilaiden ja perheenjäsenten kokemuksiin tehohoidosta vaikuttaneet tekijät näyttävät olevan usein yhteydessä toisiinsa, jonka vuoksi potilaiden ja perheenjäsenten kokonaisvaltainen huomiointi on hyvin merkittävää, jotta heidän tyytyväisyyttään tehohoitoon voitaisiin parantaa. Potilaiden ja perheenjäsenten tyytyväisyyteen vaikuttaviksi pääteemoiksi muodostuivat tekijät, jotka liittyvät teho-osastojen ympäristöön, hoitoon ja potilaan hoitoon osallistuvaan henkilökuntaan sekä psyykkiseen hyvinvointiin.

8.2 Tyytyväisyyttä vähentävät tekijät

Potilaan psyykkisen hyvinvoinnin voidaan katsoa olevan yhteydessä myös potilaan kokemaan fyysiseen hyvinvointiin tehohoidossa, sillä kuten Kiljusen ja muiden (2016, 172–179) tutkimuksessa havaittiin, kokivat ne potilaat kivun lievempänä, jotka olivat saaneet propofolia, kuin ne potilaat, jotka eivät olleet saaneet propofolia huolimatta siitä, että propofolilla ei ole kipua lievittävää vaikutusta. Tämä puoltaa näkemystä siitä, että propofolin ahdistusta vähentävällä vaikutuksella voi olla vaikutus myös potilaiden kokemuksiin kivusta. Tämä havainto vahvistaa aiempia tutkimuksia siitä, että potilaan kokema lisääntynyt ahdistus voimistaa kipukokemusta, samoin kuin kipu vastavasti laukaisee potilaissa ahdistusta (Urden ym. 2018, 27). Tuloksien pohjalta voidaan myös todeta, että potilaiden kokemaa ahdistusta on lisännyt riittämättömästi tiedonsaannista johtuva epävarmuus tehohoidon aikana, mutta toisaalta potilaiden hereillä olo invasiivisen hoidon, kuten hengityskonehoidon, aikana on lisännyt potilaissa ahdistusta ja stressiä (Gosselin ym. 2019, 45; da Cruz de Castro & Rebelo Botelho 2017, 3388–3391). Urden ja muut (2018, 30) toteavat, että tehokas sanallinen ja sanaton kommunikaatio on olennaista luottamuksen kehittymiselle sairaanhoitaja-potilassuhteessa. Luottamus ilmenee siten, että potilaat voivat uskoa siihen, että ihmiset, joista he ovat tilanteessa riippuvaisia, auttavat heitä selviytymään kriittisestä sairaudesta tai tilanteesta, ja että he pystyvät hallitsemaan yllättävätkin vastaantulevat tilanteet. Potilaalle tulee välittyä tunne siitä, että hän voi luottaa hoitavan henkilökunnan pätevyyteen ja siihen, mitä hänelle sanotaan. Potilaan luottamus ja toivo heikkenevät, jos potilaalle annetaan virheellistä tietoa tai jos sanotuista asioista ei pidetä kiinni. (Urden ym. 2018, 30.)

Jos voidaan todeta potilaan psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden olevan yhdessä myös potilaan fyysiseen hyvinvointiin, kuten kivun tuntemiseen, voidaan Rodriguez-Almagroon ja muihin (2019, 912–917) viitaten todeta ympäristöstä aiheutuvien haitallisten tekijöiden, kuten liian korkean melutason, olevan yhteydessä potilaan fyysisiin tuntemuksiin, kuten kivun ja kärsimyksen kokemiseen. Teho-osaston ympäristön potilaat ja perheenjäsenet kokivat usein kokonaisuudessaan tyytyväisyyttä vähentäväksi tekijäksi, sillä sen koettiin lisäävän ahdistuksen tunnetta molemmissa ryhmissä aiheuttaen jopa pelon tunteita. Mielenkiintoista oli huomata, että ympäristön havaittiin olevan lisäksi yhteydessä potilaiden ja perheenjäsenten tyytymättömyyteen kommunikoinnin laadun suhteen. Tätä havaintoa tosin puolsivat osittain teho-osastoilla vallinneet poikkeuksellisen tiukat rajoitukset koronaviruspandemian vuoksi. Tämä kuitenkin puolestaan korosti perheen ja perheenjäsenten keskinäisen tuen merkitystä rajoitteiden vaikuttaessa siihen normaaliolosuhteita

enemmän. Potilaiden ja perheenjäsenten tyytyväisyys kommunikointiin, vuorovaikutukseen ja viestintään teho-osastoilla vaihteli tutkimusten tuloksia tarkastellessa tapauskohtaisesti. Urden ja muut (2018, 23) painottavatkin, että tehokas viestintä on olennaista myönteisten tulosten saavuttamiseksi.

Teho-osaston ympäristöön voidaan todeta liittyvän useita negatiivisiksi koettuja asioita. Potilaat ja perheenjäsenet kokivat hoitoteknologian käytön pääasiassa epäinhimilliseksi, mutta toisaalta potilaat ja perheenjäsenet arvostivat teho-osastolla työskentelevän henkilökunnan ammattitaitoa ja asiantuntemusta, johon hoitoteknologian hyödyntämisen voidaan katsoa osaksi kuuluvan. Urden ja muut (2018, 23) toteavatkin teknologian käytön kasvaneen kaikkialla terveydenhuollossa, mutta erityisesti tehohoidossa, jossa kaikki hoidon tarjoajat haastetaan oppimaan uusien laitteiden, kuten valvontalaitteiden käytön ja niihin liittyvät hoidot, jotka edistävät potilaiden saamaa hoitoa ja palveluita. Lebel ja Charette (2021, 40) ehdottavat, että teho-osaston ympäristön ja tehohoidossa olevan läheisen ulkomuodon vuoksi - johtuen kriittisen sairauden vaatimista hoitotoimenpiteistä - perheenjäsenille aiheutuvaa stressiä voitaisiin vähentää lisäämällä tietoa teho-osaston ympäristön erityispiirteistä. Siten voitaisiin lievittää teho-osastojen ympäristön aiheuttamia negatiivisia vaikutelmia tuoden esille myös teho-osastojen erityispiirteiden, kuten kehittyneen teknologian avulla saavutettuja hyötyjä potilaiden hoidossa.

Noin puolet tehohoidossa olevista potilaista, jotka ovat saaneet hengityskonehoitoa, ovat kokeneet hoidon epämiellyttävänä. Lisäksi noin puolet potilaista olivat tyytyväisiä tehohoidossa ollessaan sedaation tasoon, vaikka vajaa puolet potilaista olisi toivonut vahvempaa sedaatiota. (Malinowski ym. 2020, 142.) Mikäli suositusten valossa ja kuten aiemmin Baumgarteniin ja Poulseeniin (2015, 205) viitattuna, ovat tulevaisuudessa tehohoitopotilaat yhä enemmän hereillä hengityskonehoidon aikana, tulee potilaille voida tarjota entistä vahvempaa turvallisuuden tunnetta teho-osastoilla. Vahvemman turvallisuuden tunteen luomisen tulee kattaa teho-osastojen ympäristöjen kehittämisen vastaamaan mahdollisimman hyvin potilaiden ja perheenjäsenten tarpeita, toiveita ja odotuksia, jotta perheenjäsenten läsnäololla ja sen myötä potilaan tukemisella voitaisiin vähentää mahdollisten hoitohenkilökunnan resurssien puutteiden tai työn kiireiden aiheuttamia puutteita potilaan turvallisuuden tunteen luomisessa. Lisäksi tuloksista voidaan todeta, että vaikka hoitavan henkilökunnan läsnäolo lisää huomattavasti potilaan turvallisuuden tunnetta, ei se pysty

korvaamaan perheen läsnäolon merkitystä kaikkine ulottuvuuksineen potilaalle. Tämän lisäksi potilaan perheenjäsenet voivat olla merkittävässä asemassa toimiessaan potilaan ”äänenä” silloin, kun potilas on itse estynyt ilmaisemasta omaa tahtoaan päätöksenteossa, jolloin potilaskeskeisyyteen kuuluvaa itsemääräämisoikeutta voitaisiin tehohoitotyössä paremmin vaalia.

8.3 Tyytyväisyyttä lisäävät tekijät

Vaikka työskentely teho-osastoilla on vaativaa ja haastavaa, on huomattavaa, että yksi sairaanhoitajien tärkeimmistä ominaisuuksista tehohoitotyössä on oma persoonallisuus, jolla työtä tehdään. Joitain poikkeuksia lukuun ottamatta voidaan tuloksien pohjalta todeta, että potilaat ja perheenjäsenet ovat olleet tyytyväisiä tehohoitoon ja siihen osallistuneeseen henkilökuntaan, jolloin tyytyväisyyden voidaan katsoa olevan hyvällä tasolla tällä osa-alueella. Digbyn ja muiden (2022) tutkimuksessa teho-osastolla työskentelevän henkilökunnan asiantuntemusta ja ammattitaitoista hoitoa arvostettiin kuvaamalla hoitavaa henkilökuntaa sanoin ”mahtava”, ”tukeva” ja ”uskomaton”. Henkilökunnan kunnioituksen ja myötätunnon osoitus potilaita ja heidän perheenjäseniään kohtaan olivat keskeisiä tyytyväisyyttä lisääviä tekijöitä tehohoidossa. Kuten jo alussa todettua, Urdenin ja muiden (2018, 31–32) sanoin, perhekeskeisen hoidon pääelementtejä ovat kunnioitus, yhteistyö ja tuki. Tulokset osoittavat sen, että nämä elementit ovat tehohoitotyössä täyttyneet lisäten potilaiden ja perheenjäsenten tyytyväisyyttä tehohoitoon. Tämä puolestaan puoltaa jo aiemmin mainittua WHO:n näkemystä siitä, että paremmalla ihmiskeskeisten hoitojärjestelmien kehittämisellä voidaan tuottaa merkittäviä etuja, tässä tapauksessa tyytyväisyyden lisääntymisenä hoitoa kohtaan (Framework on integrated, people-centred health services 2016).

8.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen seurauksia on aiheellista pohtia jo sen alkuvaiheessa, sillä tutkimuksen tulokset voivat vaikuttaa laajalti ihmisten elämään ja niillä voi olla kauaskantoisia seurauksia. Siksi tutkimusaiheen valinta ja tutkimuskysymysten laatiminen ovat osaltaan eettisiä ratkaisuja. Aiheen valintaan kuuluu sen oikeutuksen pohtiminen ja tutkimuksen on rakennettava terveystieteiden tietoperustaa pelkän uteliaisuuden sijasta. Perustelut tutkimukselle tulee löytää laajasta tietoperustasta ja se vaatii aikaisempaa analyysiä ja synteessin muodostamista aikaisemmasta tutkimuksesta. Tutkimuksen on hyödytettävä kanssaihmiä ja sen vuoksi sillä on myös yhteiskunnallinen ulottuvuus, joka on yksi keskeisiä eettisiä tekijöitä. (Kylmä & Juvakka 2007, 143–144.)

Tämän opinnäytetyön aiheen valinnassa ja tutkimuskysymysten muodostamisessa on pyritty löytämään kliinistä hoitotyötä hyödyttävää tietoa jaettavaksi hoitotyön ammattilaisille ja tulevaisuuden tekijöille, eli opiskelijoille. Tavoittaessaan kohderyhmänsä, opinnäytetyön tuottaman tiedon avulla voidaan toteuttaa entistäkin inhimillisempää sekä potilas- ja perhekeskeistä tehohoitotyötä tulevaisuudessa vaikuttaen positiivisesti haavoittuvaisessa tilassa olevan potilasryhmän ja heidän perheenjäsentensä tehohoitokokemukseen. Tutkimuksessa on pyritty yhteiseen hyvään niin hoitohenkilökuntaa, potilaita kuin perheenjäseniäkin ajatellen. Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena käyttäen aineiston keruussa systemaattista tiedonhakua, ja mukaan valikoitunut aineisto on analysoitu ja muodostettu siitä synteesi. Tutkimusaineiston analyysissä on huomioitava myös eettisyys ja tutkimukseen haastateltujen ihmisten henkilöllisyyttä tulee suojella (Kylmä & Juvakka 2007, 153). Tutkimukseen ei sisällynyt haastatteluiden tekemistä, joten tietosuojakysymykset eivät ole tässä opinnäytetyössä olennaisessa roolissa. Tämän opinnäytetyön tekijöillä ei ole tutkimukseen vaikuttavia sidonnaisuuksia eikä rahoituslähteitä.

Tieteellisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan, jotta saadaan selville, kuinka totuudenmukaista tutkimuksessa tuotettu tieto on. Tieteellinen tutkimus pyrkiikin tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkimuksen kohteesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu noudattaa tutkimuksessa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta niin tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimukseen sovellettavat tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät kestävät eettisen arvioinnin ja ovat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Tutkimuksen tulosten julkaisu on avointa ja siinä noudatetaan vastuullista tiedeviestintää. Muiden tutkijoiden tekemä työ saavutuksineen huomioidaan ja heidän julkaisuihinsa viitataan asianmukaisesti antaen niille kuuluvan arvon tutkimuksessa ja sen tulosten julkaisussa. (Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK) 2021.) Opinnäytetyöprosessissa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Tiedonhankintamenetelmät on kuvattu auki, samoin aineiston analysointi ja tulosten muodostuminen. Lähteiden valinnassa on käytetty kriittisyyttä kiinnittäen huomiota myös kirjoittajien asiantuntemukseen omalla sarallaan ja pyritty käyttämään mahdollisimman ajantasaisia lähteitä. Muiden tutkijoiden tuotoksiin on viitattu asianmukaisesti teksti- ja lähdeviitteissä sekä referoitu sisältöä muuttamatta sen alkuperäistä merkitystä.

8.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tehohoidossa olleiden potilaiden ja heidän perheenjäsentensä tyytyväisyyteen vaikuttavat monet eri tekijät, jotka ovat usein liitoksissa toisiinsa. Toimintatavoilla, joilla kyetään huomioimaan kaikkia tutkimuksessa esiin nousseita tekijöitä, voidaan parantaa tehohoidon potilaiden ja perheenjäsenten tyytyväisyyttä tehohoitokokemukseen. Jatkotutkimusaiheena tämän tutkimuksen tuloksiin pohjautuen voidaan ehdottaa interventiota, jolla selvitettäisiin potilas- ja perhekohtaisesti, millaisia odotuksia ja toiveita heillä on yksilöllisesti tehohoidosta, jotta ihmiskeskeisyyttä tehohoitotyössä voitaisiin kehittää.

Tutkimuksien tulosten tarkastelun yhteenvedona voidaan todeta, että potilaan mahdollisuus osallistua päätöksentekoon ja omaan hoitoonsa on merkityksellistä vaikuttaen myönteisesti potilaan kokemukseen tehohoidosta laajasti eri tavoin lisäten mm. inhimillisyyden kokemusta ja luottamusta hoitoa ja hoitohenkilökuntaa kohtaan, vähentäen riippumattomuuden tunnetta muista ja vahvistaen tunnetta oman elämänsä hallinnasta. Tämä voidaan nähdä yhtenä tehohoidon kulmakivenä tehohoidon erityispiirteiden, kuten potilaan kriittisen terveydentilan ja sen vaatimien vaatien hoitotoimenpiteiden vuoksi, verrattuna muuhun sairaanhoitoon, jossa potilaan osallisuus omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon on toisenlaisten olosuhteiden vuoksi helpommin toteutettavissa käytännössä.

Perheen vaikutus siitä kumpuavine voimavaroineen oli merkityksellistä niin potilaille kuin perheenjäsenille. On kuitenkin huomioitavaa, että potilaan yksilöllisyyteen kuuluu myös yksilölliset perhesuhteet, jonka vuoksi perheen osallistaminen potilaan hoitoon on vaihtelevaa. Potilaan perheenjäsenet voivat olla kuitenkin tärkeässä asemassa kriittisesti sairaan potilaan ja hoitavan henkilökunnan välillä tuoden tietoa potilaasta ja siitä, mikä hänelle on merkityksellistä silloin, kun potilas on itse estynyt sitä ilmaisemaan. Yksilöllisyys ja potilas- tai perhekeskeisyys tehohoitotyössä voi myötävaikuttaa monin eri tavoin potilaiden ja perheiden kokonaisvaltaiseen kokemukseen tehohoidosta. Perheenjäsenten merkitystä ja roolia potilaan hoidossa tulisi tehohoidon luonteen vuoksi arvostaa ja huomioida hoitotyössä erityisen paljon, sillä sen voidaan katsoa olevan merkityksellistä niin tehohoidon potilaalle perheineen, kuin myös heidän kokemuksiinsa pohjautuvalle, arvostavalle ja tyytyväisyyttä lisäävälle tehohoidolle.

Lähteet

Ala-Kokko, T. & Pettilä, V. 2018. Kenelle tehohoitoa annetaan? Duodecim 134, 2, 165–166. Viitattu 2.5.2022. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo14121.pdf>.

Alastalo, M., Salminen, L. & Leino-Kilpi, H. 2017. Potilaan kliinisen tilan tarkkailu – tärkeä osa tehosairaanhoidajan osaamista. Tehohoito 35, 2, 94–97. Viitattu 13.8.2022. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/134839/Alastalo_Salminen_Leino-Kilpi.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Baumgarten, M. & Poulsen, I. 2015. Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. Scandinavian Journal of Caring Sciences 29, 2, 205–214. Viitattu 3.9.2022. <https://janet.finna.fi>, CINAHL.

Bendel, S. & Vaskelainen, E. 2022. Tehohoitorekisteri. Toimintakertomus 2020–2021. Tehohoitokonsortion toimintaraportti. Versio 1.0. Viitattu 12.6.2022. <https://www.psshp.fi/documents/194344/304883/Tehohoitorekisteri+toimintakertomus+2020-2021.pdf/a626d530-2414-d43f-8450-666319e9f012?t=1654673313836>.

Clark, K. 2016. Measuring Family Satisfaction With Care Delivered in the Intensive Care Unit. Critical Care Nurse 36, 6, 8–14. Viitattu 11.8.2022. <https://janet.finna.fi>, CINAHL.

Da Cruz de Castro, C. M. S. P. & Rebelo Botelho, M. A. 2017. The experience of the persons with critical condition hospitalized in an intensive care unit. Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE 11, 9, 3386–3394. Viitattu 11.8.2022. <https://janet.finna.fi>, CINAHL.

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E. & Joffe, A. M. 2018. Executive Summary: Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Critical Care Medicine 46, 9, 1532–1548. Viitattu 26.8.2022. <https://janet.finna.fi>, CINAHL.

Digby, R., Manias, E., Haines, K. J., Orosz, J., Ihle, J. & Bucknall, T. K. 2022. Family experiences and perceptions of intensive care unit care and communication during the COVID-19 pandemic. Australian Critical Care. Apr 1. Viitattu 11.8.2022. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Edward, K-L., Galletti, A. & Huynh, M. 2020. Enhancing Communication With Family Members in the Intensive Care Unit: A Mixed-Methods Study. Critical Care Nurse 40, 6, 23–32. Viitattu 11.8.2022. <https://janet.finna.fi>, CINAHL.

Framework on integrated, people-centred health services. 2016. World Health Organization WHO. Report by the Secretariat. A69/39. Viitattu 4.9.2022. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1.

Ganz, F. D. 2019. Improving Family Intensive Care Unit Experiences at the End of Life: Barriers and Facilitators. *Critical Care Nurse* 39, 3, 52–58. Viitattu 25.8.2022. <https://janet.finna.fi>, CINAHL.

Gosselin, É., Lavoie, S., Bourgault, P., Bourgon-Labelle, J. & Gélinas, C. 2019. Patients' perception of stressful experiences during mechanical ventilation in the intensive care unit. *Canadian Journal of Critical Care Nursing* 30, 2, 45–45. Viitattu 11.8.2022. <https://janet.finna.fi>, CINAHL.

Halvorsen, K., Jensen, J. F., Collet, M. O., Olausson, S., Lindahl, B., Sætre Hansen, B., Lind, R. & Eriksson, T. 2022. Patients' experiences of well-being when being cared for in the intensive care unit—An integrative review. *Journal of Clinical Nursing* 31, 1/2, 3–19. Viitattu 26.4.2022. <https://janet.finna.fi>, CINAHL.

Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). 2021. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Viitattu 4.9.2022. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytando-htk>.

Jacob, M., Horton, C., Rance-Ashley, S., Field, T., Patterson, R., Johnson, C., Saunders, H., Shelton, T., Miller, J. & Frobos, C. 2016. Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit With Continuous Visitation. *American Journal of Critical Care* 25, 2, 118–25. Viitattu 11.8.2022. <https://janet.finna.fi>, CINAHL.

Kangasmäki, E. & Pudas-Tähkä, S-M. 2017. Sedaation yleisperiaatteet. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.8.2022. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Kari, A., Reinikainen, M. & Valtonen, M. 2020. Tehohoidon uudet eettiset ohjeet. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 136, 6, 597–8. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 2.5.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15461>.

Kiljunen, K., Ritmala-Castrén, M., Lundgrén-Laine, H. & Leino-Kilpi, H. 2016. Yön aikainen uni ja kipu tehohoidossa potilaan arvioimana. *Hoitotiede* 28, 3, 171–181. Viitattu 11.8.2022. <https://janet.finna.fi>, Medic.

Koivula, H. & Peltomaa, M. 2017. Tehohoitopotilaan sekavuus. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.8.2022. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti.

Kunnela, A. 2022. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja - Opinnäytetyön tiedonhankinta. Viitattu 10.8.2022. <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/tiedonhankinta/>.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Lebel, V. & Charette, S. Nursing Interventions to Reduce Stress in Families of Critical Care Patients: An Integrative Review. 2021. *Critical Care Nurse* 41, 1, 32–44. Viitattu 11.8.2022. <https://janet.finna.fi>, CINAHL.

- Lindberg, C., Sivberg, B., Willman, A. & Fagerström, C. 2015. A trajectory towards partnership in care - Patient experiences of autonomy in intensive care: A qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing* 31, 5, 294–302. Viitattu 15.5.2022. <https://janet.finna.fi>, CINAHL.
- Malinowski, A., Benedict, N. J., Meng-Ni, H., Kirisci, L. & Kane-Gill, S. L. 2020. Patient-Reported Outcomes Associated With Sedation and Agitation Intensity in the Critically Ill. *American Journal of Critical Care* 29, 2, 140–144. Viitattu 11.8.2022. <https://janet.finna.fi>, CINAHL.
- Meriläinen, M., Hakio, N. & Tiainen, M. 2017. Teho-osasto hoitoympäristönä. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.8.2022. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti.
- Meriläinen, M. & Pyykkö, A. 2017. Sairauden ja tehohoidon aiheuttamat terveysongelmat. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Sairaanhoidajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.8.2022. <https://janet.finna.fi>, Terveysportti.
- Olding, M., McMillan, S. E., Reeves, S., Schmitt, M. H., Puntillo, K. & Kitto, S. 2016. Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. *Health Expectations* 19, 6, 1183–1202. Viitattu 18.8.2022. <https://janet.finna.fi>, CINAHL.
- Reinikainen, M. & Varpula, T. 2018. Suomalainen tehohoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 134, 2, 161–3. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 29.4.2022. <https://www.duo-decimlehti.fi/duo14120>.
- Rodriguez-Almagro, J., Quero Palomino, M. A., Aznar Sepulveda, E., Fernandez-Espartero Rodriguez-Barbero, M. D. M., Ortiz Fernandez, F., Soto Barrera, V. & Hernandez-Martinez, A. 2019. Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit: a qualitative descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 33, 4, 912–920. Viitattu 11.8.2022. <https://janet.finna.fi>, CINAHL.
- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, sarja A: 73/2015. Turku: Turun yliopisto.
- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, sarja A: 73/2016. Turku: Turun yliopisto.
- Tehohoito. 2021. Suomen Lääkäriliitto. Viitattu 2.5.2022. <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/hoidon-erityiskysymyksiä/tehoahoito/>.
- Tutkimustiedon hakeminen. N.d. Hotus – hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 10.8.2022. <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-hakeminen/>.
- Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. 2018. *Priorities in Critical Care Nursing – Eighth Edition*. Kanada: Elsevier.

Uusaro, A. 2022. Tehohoidon jälkeinen oireyhtymä – huonosti tunnettu este toipumiselle? Katsausartikkeli. Lääkärilehden verkkojulkaisu. Viitattu 12.6.2022. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/tehooidon-jalkeinen-oireyhtyma-huonosti-tunnettu-este-toipumiselle/?public=7371d38d3c5e3fddf75e3934f78ef184>.

Varpula, T., Uusaro, A., Ala-Kokko, T., Tenhunen, J., Ruokonen, E., Perttilä, J. & Pettilä, V. 2007. Tehohoidon kokonaisuus erikoissairaanhoidossa. Lääkärilehti 62, 12, 1271–1276. Viitattu 13.8.2022. <https://janet.finna.fi>.

Vartiainen, T. 2021. Teho- ja tehovalvontaosastoilla työskentelevien tehohoitajien koulutus, perehdytys ja osaaminen – Tehyn selvitys lähi- ja sairaanhoitajille. Tehyn julkaisusarja B: Selvityksiä 1/21. Tehy ry. Viitattu 12.6.2022. https://www.tehy.fi/system/files/mfiles/julkaisu/2021/2021_b1_teho_ ja_tehovalvontaosastoilla_tyoskentelevien_hoitajien_koulutus_perehdytys_ja_osaaminen_id_17327.pdf.

WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026. 2015. Executive Summary. Viitattu 4.9.2022. World Health Organization WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/180984/WHO_HIS_SDS_2015.20_eng.pdf?sequence=1.

Liitteet

Liite 1. Opinnäytetyöhön valitut artikkelit ja tutkimukset

Nro	Julkaisutiedot	Otsikko	Tavoite	Aineisto	Keskeiset tulokset
1	Kiljunen, K., Ritmala- Castrén, M., Lundgrén- Laine, H. & Leino-Kilpi, H. 2016. Hoito- tiede 28, 3, 171–181.	Yön aikai- nen uni ja kipu teho- hoidossa potilaan ar- vioimana	Kuvata, mil- laiseksi tehohoi- dossa olevat po- tilaat yön aikana kokivat unensa ja kipunsa ja mitkä tekijät oli- vat yhteydessä niihin.	Kvanti- tatiivi- nen eli määräl- linen tutki- mus	Tutkimuksen mukaan kivulla ja unella näytti olevan merkittävä negatiivinen yhteys kaikkiin unen osa-alueisiin. Tutkimuk- sen mukaan vain osa potilaista nukkui hyvin, ja monen potilaan uni oli heikkoa koettuun kipuun liittyen.

2	<p>Digby, R., Manias, E., Haines, K. J., Orosz, J., Ihle, J. & Bucknall, T. K.</p> <p>2022. Australian Critical Care. Apr 1.</p>	<p>Family experiences and perceptions of intensive care unit care and communication during the COVID-19 pandemic</p>	<p>Selvittää, kuinka teho-osastolla vallitsevat tiukat vierailun rajoitukset vaikuttivat potilaisiin ja heidän perheenjäseniinsä. Lisäksi haluttiin selvittää perheenjäsenten kokemukset ja tyytyväisyyden taso kommunikoinnin laadusta teho-osastolla, sekä heidän roolinsa päätöksenteossa ja omaisensa hoitoon osallistumisessa.</p>	<p>Kvalitatiivinen eli laadullinen, kuvaileva tutkimus</p>	<p>Rajoitukset heikensivät perheenjäsenten välistä tukea toisiaan kohtaan ja ne koettiin traumaattisina, sillä ne pakottivat perheenjäsenet olemaan erossa toisistaan.</p> <p>Teho-osastolla olon rajoitteet lisäsivät perheenjäsenissä tunnetta kommunikaation puutteellisuudesta, johon liittyi liian vähäinen tiedonsaanti potilaan tilasta ja kanssakäyminen hoitohenkilökunnan kanssa.</p> <p>Tutkimus vahvisti havainnot siitä, että tehokas kommunikointi hoitavan henkilökunnan ja perheenjäsenten välillä, sekä henkilökunnan kunnioituksen ja myötätunnon osoitus potilaita ja perheenjäseniä kohtaan olivat keskeisiä tekijöitä perheiden tyytyväisyyteen tehohoidossa.</p>
3	<p>Lebel, V. & Charette, S.</p> <p>2021. Critical Care Nurse 41, 1, 32–44.</p>	<p>Nursing Interventions to Reduce Stress in Families of Critical Care Patients: An Integrative Review</p>	<p>Ymmärtää paremmin teho-hoitoyksiköiden potilaiden perheenjäsenten kokemaa stressi-ilmiötä ja tunnistaa ne tekijät, jotka voivat auttaa vähentämään sitä.</p>	<p>Integraatiivinen kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Stressitekijät liittyivät perheen kokemiin muutoksiin, aukolliseen kommunikointiin ja hoitohenkilökunnan resursseihin. Muutokset liittyivät muutoksiin perhedynamiikassa perheenjäsenen jouduttua teho-osastolle hoidettavaksi, sekä kriittisesti sairaan potilaan ulkomuotoon tehohoidettavana sekä sen ympäristöön. Kommunikaation puutteisiin liittyivät vaikeudet kommunikoida hoitohenkilökunnan kanssa sekä kokemus saadun informaation riittämättömyydestä. Hoitohenkilökunnan resursseihin liittyi perheenjäsenten saaman tuen puute ja</p>

					riittämättömäksi koetut kontaktit henkilökuntaan.
4	Jacob, M., Horton, C., Rance-Ashley, S., Field, T., Patterson, R., Johnson, C., Saunders, H., Shelton, T., Miller, J. & Frobos, C. 2016. American Journal of Critical Care 25, 2, 118–25.	Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit With Continuous Visitation	Selvittää teho-osastolla vierailleiden perheenjäsenten tarpeita ja kokemuksia niiden huomioinnista osastolla, jossa vierailumahdollisuutta ei ollut rajattu.	Eksplo-ratiivinen, kartoitava kuvaileva tutkimus (määrällinen ja laadullinen)	Potilaat kokivat kaikkein tärkeimmäksi tiedonsaannin potilaan tilasta, potilaan lähellä olemisen tai vierailun mahdollisuuden ja mahdollisuuden nukkua teho-osastolla ollessaan siellä yön yli. Vähiten tärkeitä seikkoja perheenjäsentille olivat heidän fyysiseen mukavuuteensa liittyvät tekijät ja mukanaolo lääkärinkierroilla. Korkeimmat tyytyväisyyspisteet koskivat sairaanhoitajien ja lääkäreiden tarjoamaa hoitoa sekä sitä, kuinka kohteliasta ja kunnioitusta osoittavaa hoitohenkilökunta oli perhettä ja potilasta kohtaan. Valtaosa tutkimukseen osallistuneista perheenjäsenistä arvioi, että heidän tarpeensa täyttyivät. Mm. tyytyväisyys hoitoon oli erittäin korkeaa. Alhaisinta tyytyväisyys oli lääkärin yhteydenpidon tiheydestä potilaan perheenjäseniin.
5	Malinowski, A., Benedict, N. J., Meng-Ni, H., Kirisci, L. & Kane-Gill, S. L. 2020. American Journal of Critical Care 29, 2, 140–144.	Patient-Reported Outcomes Associated With Sedation and Agitation Intensity in the Critically Ill	Selvittää potilaiden tyytyväisyys sedaationsa tasoon tehohoidon aikana.	Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, havainnoiva tutkimusmenetelmä	Potilaat kuvasivat kokemusta koneellisesta ventilaatiosta miellyttäväksi (43 %) ja epämiellyttäväksi (49 %). Potilaista 43 % olisi halunnut sedaation määrän vahvemmaksi ja 4 % olisi halunnut kevyemmän sedaation. 49 % potilaista oli tyytyväisiä tehohoidossa ollessaan sedaationsa määrään. 3 % potilaista ei vastannut kysymyksen.

					Noin puolet tutkimuksessa mukana olleista potilaista kuvailivat tehohoitokokemustaan epämiellyttäväksi.
6	Rodriguez-Almagro, J., Quero Palomino, M. A., Aznar Sepulveda, E., Fernandez-Espartero Rodriguez-Barbero, M. D. M., Ortiz Fernandez, F., Soto Barrera, V. & Hernandez-Martinez, A. 2019. Scandinavian Journal of Caring Sciences 33, 4, 912–920.	Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit: a qualitative descriptive study	Tutkia tehohoidossa olleiden potilaiden ja heidän perheenjäsentensä, sekä heidän hoitoonsa osallistuneiden sairaanhoitajien kokemuksia.	Kvalitatiivinen eli laadullinen, fenomenologinen kuvailuva tutkimus	Yhdistävä tekijä potilaiden ja perheenjäsenten vastauksissa oli inhimillisuus potilasta kohtaan. Tähän vaikutti potilaan näkökulmasta esimerkiksi hoitohenkilökunnan toimintatavat potilaan hoidossa ja kohtaamisessa. Lisäksi molemmat ryhmät mainitsivat kärsivänsä huomattavasta pelosta ja ahdistuksesta. Perheenjäsenten kokemukseen inhimillisyydestä potilasta kohtaan liittyivät hoitohenkilökunnan tapa puhutella ja koskettaa potilasta. Epäinhimilliseksi perheenjäsenet kuvasivat kokemuksiaan siitä, että heille annettiin mahdollisuus nähdä tehohoidossa olevaa perheenjäsentään vain kauempaa lasin läpi. Perheenjäsenet kokivat joutuneensa odottamaan kauan yhteydenottoja sairaalasta, jonka vuoksi tiedonsaanti oli heikkoa lisäten perheenjäsenten tuskaa, surua ja epätoivoa.
7	Da Cruz de Castro, C. M. S. P. & Rebelo Botelho, M. A. 2017. Journal of Nursing UFPE / Revista	The experience of the persons with critical condition hospitalized	Arvioida kriittisessä tilassa teho-osastolla olevien potilaiden kokemuksia.	Kvalitatiivinen eli laadullinen, fenomenologinen	Tehohoito aiheutti potilaissa kärsimystä, mutta jokainen potilas koki sen ainutlaatuisella ja yksilöllisellä tavalla. Herääminen teho-osastolta on koettu pelottavaksi ja potilaat ovat kokeneet toivottomuutta elämänsä ollessa vaarassa. Tämän vuoksi turvallisuuden tunteen luominen korostui ja potilaat

	de Enfermagem UFPE 11, 9, 3386–3394.	in an intensive care unit		kuvailtava tutkimus	arvostivat sairaanhoitajien välitöntä läsnäoloa ja hoitoa. Potilaat saivat turvaa niin työntekijöistä kuin perheenjäsenistäänkin.
8	Edward, K-L., Galletti, A. & Huynh, M. 2020. Critical Care Nurse 40, 6, 23–32.	Enhancing Communication With Family Members in the Intensive Care Unit: A Mixed-Methods Study	Kehittää malli kommunikoinnin parantamiseksi teho-osastolla työskenteleville sairaanhoitajille ja tutkia muutoksia perheenjäsenten tyytyväisyydessä kommunikointiin.	Monimene- telmälli- nen tutki- mus	Tutkimuksesta ilmeni, että vaikka perheenjäsenet olivat tyytyväisiä omaisensa saamaan hoitoon teho-osastolla ja että he pystyivät luottamaan hoitohenkilökuntaan, olivat he tyytymättömiä kommunikoinnin tasoon, tiedon jakamiseen ja saamaansa emotionaaliseen tukeen. Perheenjäsenten vastauksista ilmeni myös tyytymättömyys teho-osaston ympäristöön. Perheenjäsenet olivat pääasiassa tyytyväisiä teho-osaston hoitohenkilökuntaan ja potilaan saamaan hoitoon, mutta tyytymättömyyttä aiheutti perheenjäsenten poissulkeminen omaisensa hoidosta.
9	Gosselin, É., Lavoie, S., Bourgault, P., Bourgon-Labbe, J. & Gélinas, C. 2019. Canadian Journal of Critical Care Nursing 30, 2, 45–45.	Patients' perception of stressful experiences during mechanical ventilation in the intensive care unit	Selvittää mekaanisesti ventiloitujen potilaiden fyysisiä ja psyykkisiä kokemuksia teho-osastolla.	Laadullinen pi- lottitut- kimus	Merkittävimmiiksi stressitekijöiksi potilaat ilmoittivat ikävän perhettään kohtaan, nukahtamisvaikeudet ja melun. Enemmistö potilaista muisti olleensa mekaanisesti ventiloituna ja kokeneensa toistuvia, voimakkaita stressaavia kokemuksia kuten sen, etteivät he kyenneet puhumaan. Endotrakeaaliputkeen liittyi ahdistusta ja kipua.
10	Clark, K.	Measuring Family Satisfaction With Care	Kehittää kestävä toimintamalli tehohoidossa	Kvalita- tiivinen eli laa-	Paremmilla kirjallisilla ohjeistuksilla ja suunnitelmilla per-

	2016. Critical Care Nurse 36, 6, 8–14.	Delivered in the Intensive Care Unit	olevien potilaiden perheenjäsenten tyytyväisyyden parantamiseksi.	dullinen, kuvaileva tutkimus	<p>heenjäsenten kokemusta omaisensa tehohoidosta olisi voitu parantaa.</p> <p>Vapaatekstivastauksissa puolet tutkimukseen osallistuneista perheenjäsenistä toivoivat hoitohenkilökunnan ja perheenjäsenten välisen kommunikoinnin parantamista ja parempaa ajantasaista kommunikointia potilaan tilasta. Tutkimuksessa perheenjäsenet ilmaisivat vain negatiivisia kommentteja teho-osaston ympäristöön liittyen.</p> <p>Vastaukset, jotka liittyivät henkilökuntaan ja hoitoon olivat vain positiivisia, jolloin perheenjäsenten tyytyväisyys oli kokonaisuudessaan hyvällä tasolla.</p>
M	<p>Olding, M., McMillan, S. E., Reeves, S., Schmitt, M. H., Puntillo, K. & Kitto, S.</p> <p>2016. Health Expectations 19, 6, 1183–1202.</p>	Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review	Tutkia olemassa olevaa kirjallisuutta ja sen laajuutta koskien potilaiden ja perheenjäsenten osallisuutta tehohoidossa.	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus, scoping katsaus	<p>Havaittiin selkeä puute tutkimuksista, jotka käsittelivät tehohoitoa saaneiden potilaiden oman osallisuuden luonnetta ja laajuutta itsensä hoidossa ja huolenpidossa. Sen sijaan perheenjäsenten osallisuudesta on saatavilla huomattavasti enemmän kirjallisuutta.</p> <p>Tuloksissa esiteltiin tapoja, joilla teho-osaston potilaat voisivat parantaa osallisuuttaan hoidossaan ja päätöksenteossa potilaan nimittämällä korvaavalla päätöksentekijällä tai kirjallisen hoitosuunnitelman laatimisella.</p>