

Sinimaria Syväoja ja Jenna Lonka

**TEHOHOITOPOTILAAN KUORMITUS-  
TEKIJÄT SAIRAALASSA JA SAIRAA-  
LASSA OLON JÄLKEEN**  
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

2023



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Sairaanhoitajakoulutus
Tekijä/Tekijät	Sinimaria Syväoja ja Jenna Lonka
Työn nimi	Tehohoitopotilaan kuormitustekijät sairaalassa ja sairaalassa olon jälkeen
Toimeksiantaja	Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, Xamk
Vuosi	2023
Sivut	42 sivua, liitteitä 6 sivua
Työn ohjaaja(t)	Terhi Héde

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata tehohoitopotilaan kuormitustekijöitä. Tavoitteena oli tuottaa kattavasti luotettavaa ja ajankohtaista tietoa kuormitustekijöistä, jota voidaan mahdollisesti käyttää opetusmateriaalina.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Työhön valittiin kahdeksan tutkimusta. Tutkimuksista neljä oli englanninkielisiä ja neljä suomenkielisiä. Aineistoa kerättiin neljästä eri tietokannasta ja lisäksi tehtiin manuaalihakuja. Tutkimusaineiston analyysimenetelmänä käytettiin teemoittelua. Tuloksista muodostui kolme teemaa, jotka olivat tehohoidon aikaiset fyysiset kuormitustekijät, tehohoidon aikaiset psyykkiset kuormitustekijät sekä potilaan psyykkiset kuormitustekijät tehohoitajakson jälkeen.

Opinnäytetyön tuloksissa fyysisistä kuormitustekijöistä tuli eniten esille se, kuinka potilasta kuormittaa olla kiinni erilaisissa johdoissa ja letkuissa. Psyykkisistä kuormitustekijöistä taas tuli ilmi se, kuinka potilaat turhautuvat ja kokevat stressiä siitä, etteivät kykene kommunikoimaan eivätkä tule näin ymmärretyiksi. Tehohoitajakson jälkeen isoimpia potilaan kuormitustekijöitä on masennus- ja ahdistusoireet, uniongelmat ja yleisesti psyykkisen hyvinvoinnin ongelmat.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tehohoito kuormittaa potilasta niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin. Tehohoito kuormittaa potilasta myös pitkään hoitajakson päätyttyä, jonka vuoksi potilaat hyötyvät pitkästä seurannasta tehohoitajakson jälkeen. Jatkossa tehohoidon henkilökunnalle voisi antaa koulutusta kiinnittämään enemmän huomiota potilaan psyykkiseen hyvinvointiin, jonka avulla voitaisiin ehkäistä tehohoidon jälkeisiä kuormitustekijöitä.

**Avainsanat:** tehohoito, tehohoitopotilas, psyykkinen hyvinvointi, kuormitustekijät.

Degree title	Bachelor of Health Care
Author (authors)	Sinimaria Syväoja and Jenna Lonka
Thesis title	Stress factors in intensive care patients in the hospital and after hospitalization
Commissioned by	South-Eastern Finland University of Applied Sciences, Xamk
Time	2023
Pages	42 pages, 6 pages of appendices
Supervisor	Terhi Héde

## ABSTRACT

The purpose of this thesis was to describe an intensive care patient's stress factors. The aim was to produce comprehensive reliable and topical information about stress factors that could possibly be used as teaching material.

The thesis was carried out as a descriptive literature review. Eight studies were selected. Four of the studies were in English and four were in Finnish. The data was collected from four different databases and also manually. Theming was used as the method of analysis of the research data. The results formed three themes: physical stress factors during intensive care, psychological stress factors during intensive care and patient's psychological stress factors after the intensive care period.

In the results of the thesis the most visible of the physical stress factors was how the patient is stressed to be attached to various wires and tubes. From the psychological stress factors, the most visible one was how patients became frustrated and stressed about not being able to communicate and not being understood. After the intensive care period, the main stress factors for the patient were general psychological symptoms such as depression, anxiety, and problems with sleeping.

In conclusion, intensive care burdens the patient physically, psychologically, and socially. Intensive care also burdens the patient for a long time after the end of the intensive care period, which is why a follow-up of a patients' condition for a long time after intensive care is important and something patients benefit from. In the future, intensive care staff could be given training to pay more attention to the patients' mental well-being, which can help prevent stress factors after intensive care.

**Keywords:** intensive care, intensive care patient, mental well-being, stress factors.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	HOITOTYÖ TEHO-OSASTOLLA.....	2
2.1	Teho-osasto hoitoympäristönä.....	3
2.2	Tehohoitopotilas .....	5
2.3	Tehohoitopotilaan kivunhoito .....	6
2.4	Tehohoidon laatusuositukset ja potilasturvallisuus .....	7
3	TEHOHOITOPOTILAAN PSYKKINEN HYVINVOINTI .....	9
3.1	Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset kuormittavat tekijät.....	10
3.2	Potilaan psyykinen tukeminen.....	11
3.3	Potilaan ohjaaminen ja neuvonta.....	11
3.4	Psyykinen kuntoutuminen tehohoitojakson jälkeen.....	12
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS.....	13
5	KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ .....	14
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus .....	14
5.2	Aineiston keruu .....	15
5.3	Aineiston analyysi .....	16
6	TULOKSET.....	17
6.1	Tehohoidon aikaiset fyysiset kuormitustekijät.....	17
6.2	Tehohoidon aikaiset psyykkiset kuormitustekijät .....	19
6.3	Potilaan psyykkiset kuormitustekijät tehohoitojakson jälkeen .....	21
7	POHDINTA .....	22
7.1	Tulosten tarkastelu .....	22
7.2	Luotettavuus ja eettisyys .....	25
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	27
	LÄHTEET.....	28

## LIITTEET

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

Liite 2. Tutkimustaulukko

Liite 3. Teemoittelutaulukko

## 1 JOHDANTO

Vuosittain Suomessa hoidetaan teho- ja valvontaosastoilla yli tuhansia potilaita. Tehohoidossa olevaa potilasta seurataan tarkasti ja hoidetaan ympäri vuorokauden. (Huttunen 2021a.) Tehohoitoon ryhdytään vain silloin, kun sen katsotaan olevan potilaan toipumisen kannalta hyödyllistä. Tehohoidon tavoite on, että potilas selviytyy vakavasta vammasta tai sairaudesta ja että elämä on mahdollisimman laadukasta rankan hoidon jälkeenkin. (Suomen lääkäriliitto 2020.) Tehohoitojakson jälkeen potilaan hoito ja mahdollinen kuntoutus jatkuvat muualla, esimerkiksi vuodeosastolla, eikä potilas suoraan pääse kotiin (TAYS 2020).

Tehohoidossa oleva potilas tarvitsee psyykkistä tukea toipuakseen mahdollisimman hyvin, sillä osa toipumisprosessia on itsestä ja omasta motivaatiosta parantua. Teho-osaston henkilökunnan on syytä huomioida ja minimoida potilaan kuormitustekijöitä ja tarjota tarvittaessa tukipalveluja. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 582.) Tehohoitopotilas voi kokea hoidossa ollessaan erilaisia psyykkisiä häiriöitä, kuten kuolemanpelkoa, deliriumia, posttraumaattista stressireaktiota, unihäiriöitä ja ahdistuneisuutta (Ritmala-Castrén ym. 2017, 550). Tärkeää on myös, että potilas saa riittävästi ymmärrettävää informaatiota ja tukea hoitoonsa liittyen. Henkilökunnalla on siis velvollisuus antaa potilaalle tietoa ymmärrettävässä muodossa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 5. §.)

Potilaan hoidosta teho-osastolla vastaavat lääkärit ja hoitajat, mutta myös muita eri erikoisalojen ammattilaisia on aktiivisesti mukana potilaan hoidossa, kuten fysioterapeutti ja psykologi. Potilaan onnistuneen hoidon kannalta on saumaton yhteistyö ammattilaisten välillä elinarvoisen tärkeää. (TAYS 2022.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tehohoitopotilaan kuormitustekijöitä. Tavoitteenamme on tuottaa ajankohtaista ja luotettavaa tietoa näistä kuormitustekijöistä. Opinnäytetyötä tehdessä halutaan löytää mahdollisimman laajasti tietoa aiheesta. Opinnäytetyö käsittelee aihetta aikuisten näkökulmasta, eli lapset, nuoret ja vanhukset ovat rajattu pois työstämme. Aihe on

mielestämme tärkeä, koska tehohoito on raskasta potilaalle niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Opinnäytetyö tehdään kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja sen toimeksiantaja on Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu Xamk.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymys on *Mitkä tekijät kuormittavat tehohoitopotilaan hyvinvointia.*

## 2 HOITOTYÖ TEHO-OSASTOLLA

Tehohoidolla tarkoitetaan kriittisesti sairaiden potilaiden hoitoa, jotka tarvitsevat intensiivistä tarkkailua ja hoitoa (Reinikainen & Varpula 2018). Jatkuvaa peruselintoimintojen tarkkailua pidetäänkin tehohoidon perustana (Huttunen 2021a).

Tehohoito aloitetaan usein vain silloin, kun on arvioitu, että potilaan hengenvaarallinen tila on ohimenevä ja selviytyttyään hänellä mahdollisuus elää laadukasta elämää sen jälkeenkin. Mikäli elämää ylläpitäviä toimenpiteitä ei koeta potilaalle riittävän hyödyllisiksi on tehohoito lopetettava, hoitoa rajattava ja keskityttävä potilaan laadukkaaseen perushoittoon. (Suomen lääkäriliitto 2020.) Menettelytavat tehohoitopotilaan valintaan suunnitellaan ja kirjataan sairaalakohtaisesti siten, että ne ovat jokaisen lääkärin tiedossa. Ideaalitilanteessa päätöksen tehohoidosta tekee yhdessä tehohoitolääkäri ja erikoislääkäri. (Lund 2018.)

Tehohoidon päämääränä pidetään sitä, että potilas toipuu vakavasta sairaudesta tai vammasta sekä mahdollinen henkeä uhkaava vaara saadaan torjuttua (Suomen lääkäriliitto 2020; Kari ym. 2020). Tehohoitoa ei saa aloittaa, mikäli potilas on hoitotahdossaan kieltänyt tehohoidon (Lund 2018). Tehohoidon jälkeen potilas ei lähde suoraan kotiin. Potilaan hoito ja kuntoutus jatkuu useimmiten valvontaosastolla, vuodeosastolla tai mahdollisesti toisessa sairaalassa, esimerkiksi keskussairaalassa. (TAYS 2020.)

Suomessa teho-osastoja on sekä yliopistollisissa sairaaloissa kuin keskussairaloissakin ja jokaisessa niissä on mahdollisuus saada ympärivuorokautista hoitoa. Yliopistollisissa sairaaloissa tehohoidon laatu on usein vaativampaa ja

niissä pystytään antamaan hoitoa juuri tietyille potilasryhmille. (Duodecim 2018.) Erityispotilasryhmien hoitoa on keskitetty eri hoitopiireihin esimerkiksi siten, että ylipainehappihoitoa annetaan Turussa ja palovamma- sekä elinsiirtopotilaiden tehohoito on keskitetty Helsinkiin. Osassa sairaaloissa on myös mahdollisuus kevyempään monitorivalvontaan, joita on esimerkiksi sydänvalvonta ja aivohalvausyksikkö. (Huttunen 2021a.)

Suomessa, Suomen Tehohoitokonsortioon kuuluvia tehohoito-osastoja on 25 ja paikkoja on yhteensä noin 250, joka on noin viisi tehohoitopaikkaa 100 000 asukasta kohden (Duodecim 2018). Suomessa hoidetaan vuosittain valvonta- ja teho-osastoilla yhteensä noin 18 000 potilasta, joista suuri osa joutuu äkillisen sairastumisen tai tapaturman vuoksi tehohoitoon. Suomessa tehopotilaiden sairaalakuolleisuus on pieni, viime vuosina se on ollut vain noin 10 % ja kuolleisuus luonnollisesti lisääntyy potilaan iän noustessa. (Huttunen 2021a.) Tutkimusten mukaan 90 % potilaista selviää hengissä sairaalasta ja noin 80 % potilaista on vielä vuoden jälkeen tehohoidon alkamisesta elossa (Kari, Reinikainen, & Valtonen 2020).

## **2.1 Teho-osasto hoitoympäristönä**

Suomessa tehohoito-osasto on pienemmissä sairaaloissa tavallisimmin 6–8 paikkainen, yliopistollisissa isommissa sairaaloissa voi potilaspaikkoja olla jopa 20–25. Potilashuoneet ovat usein useamman kuin yhden hengen huoneita, yleensä 3–5 potilaspaikkaisia. Näiden isompien potilashuoneiden lisäksi tehohoito-osastolla on yksi tai kaksi eristyshuonetta. (Tohmo & Kuosa 2020.)

Teho-osastot ovat sairaaloiden teknologialtaan kehittyneimpiä paikkoja. Tehohoito-osastolla tulee olla tiettyjä teknisiä ominaisuuksia, koska tehohoidossa käytetään paljon erilaista laitteistoa. Tilassa tulee olla hyvät sähköpisteet, koska erilaisia laitteita on paljon ja niille tulee olla tarvittava määrä pistorasioita. Imu- ja kaasupisteitä tarvitsee olla jokaista potilaspaikkaa kohden omansa. Osastolla on oltava toimivat hälytysjärjestelmät sekä eristys-huoneissa toimiva alipaineistus. (Uusaro 2020.)



Tehohoitopotilaan hoitoon liittyy vahvasti erilaista laitteistoa, joilla ylläpidetään ja seurataan potilaan elintoimintoja (Duodecim 2021). Potilaan elintoimintojen seurantaan eli monitorointiin kuuluu tavallisesti pulssioksimetria eli menetelmä, jolla seurataan potilaan veren happikylläisyyttä eli happisaturaatiota. Pulssioksimetria mittaa myös pulssia. Tämän lisäksi potilaalla on jatkuva joko 3- tai 5-kytkentäinen EKG, eli elektrokardiografia, tavallisimmin sydänfilmissuranta. Potilaalta mitataan jatkuvasti myös verenpainetta invasiivisellä mittauksella. Se mahdollistaa verenpaineen mittauksen lisäksi myös toistuvasti verikaasujen mittaamisen. (Huttunen 2021b.)

Potilaan tilaa seurattaessa voidaan käyttää GCS-käyrää eli Glasgow coma scalea. Tämä mittaa potilaan tajunnantasoja seuraamalla potilaan puhe- ja liikevastetta sekä silmien avaamista. Joskus voidaan käyttää myös kipureaktiota, jos tarve vaatii. GCS toimii niin, että lasketaan pisteitä sen mukaan, miten potilas reagoi kipuun, puheeseen, kosketukseen. (Aivotalo 2022.)

Jos potilaan kallonsisäistä painetta on tarve seurata, voidaan tällaisessa tilanteessa käyttää ICP-painemittausta. Kallonsisäisen paineen mittaaminen on tehohoidossa neurologisen ja neurokirurgisen potilaan tärkein monitorointimenetelmä. Jos taas potilaalla epäillään epileptistä kohtausta, on syytä seurata EEG:tä eli elektroenkefalografiaa, arkikielellä aivosähkökäyrää. (Huttunen 2021b.) EEG-tutkimuksessa mitataan aivojen sähköistä toimintaa. Tutkimuksessa käytetään elektrodeja, jotka asetetaan potilaan päähän iholle. (HUS potilasohje 2021.)

Potilaan elintoimintojen ylläpitämiseen taas on oma laitteistonsa. Hengityskoneet, joita tehohoidossa käytetään, ovat tietokoneohjattuja. Ne on ohjelmoitu mittaamaan hengityksen painetta ja virtausta ja reagoimaan nopeasti mittaus tuloksiin. Koneet säätelevät niitä laitteistossa olevilla venttiileillä, jotka ovat sähköisesti ohjelmoituja. (Huttunen 2021b.)

Teho-osastolla potilaan hoidosta vastaavat yhdessä tehohoitolääkärit ja sairaanhoitajat. Useimmiten potilaan hoitoon osallistuu muitakin erikoisalojen ammattilaisia, kuten fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti, psykologi sekä laboratorion ja kuvantamisen työntekijöitä. (TYKS 2022.) Potilaan mahdollisimman

hyvän kuntoutumisen takia on erityisen tärkeää ammattilaisten välinen yhteistyö sekä avoin kommunikaatio eri erikoisalojen välillä (Koskenkari & Hynninen 2018).

## 2.2 Tehohoitopotilas

Tehohoitopotilaalla tarkoitetaan kriittisesti sairasta potilasta. Tehohoitoon voi joutua esimerkiksi potilas, jolla on tilapäiseksi arvioitu vakava peruselintoimintojen häiriö tai uhka sellaiseen, kuten verenkierron tai hengityksen häiriö, vakava infektio, esimerkiksi sepsis, aivoverenvuoto tai -vamma, akuutti munuaisen vajaatoiminta tai vaikea nestetasapainon häiriö tai tajunnan häiriö. (TAYS 2022) Myös elvytyksen jälkihoito tapahtuu usein teho-osastolla. Vakavat myrkytystapaukset voivat joskus vaatia tehohoitoa. Tehohoitoa voidaan myös tarvita ison leikkauksen jälkeen esimerkiksi suuren vuotoriskin takia tai suunnitellusti esimerkiksi avosydänleikkauksen jälkeen. Yleisesti tehohoitopotilas vaatii siis kellon ympäri tapahtuvaa tarkkailua ja nopeasti reagoivaa lääketieteellistä hoitoa. (Suomen lääkäriliitto 2020.)

Teho-osastolla potilas voi olla joko hereillä tai sedatoituna, esimerkiksi hengityskoneeseen kytkettynä. Hengityskoneessa olevalta potilaalta seurataan hengityksen minuuttitilavuutta, uloshengityksen hiilidioksidipitoisuutta sekä hengityspainetta. Hengityskoneesta potilas pyritään vieroittamaan mahdollisimman nopeasti. Vieroituksessa voidaan sedaation syvyyttä säädellä siten, että potilas pystyy ajoittain itse hengittämään. Hengityskonehoidon pitkittyessä potilaalle tehdään usein trakeostomia. (Huttunen 2021b.)

Tehohoitopotilaat voidaan jakaa potilasryhmittäin esimerkiksi neurologisiin potilaisiin ja monivammapotilaisiin. Neurologisiin potilaisiin lukeutuvat esimerkiksi aivovamma ja -verenvuotopotilaat sekä muut tajunnantasohäiriöiset potilaat. Myös epileptiset sarjakohtaukset lukeutuvat neurologisiin potilaisiin. (Metsävainio 2021.) Monivammapotilaisiin kuuluu potilaat, joilla on kahden tai useamman kehonosan vamma, ja ne ovat yhdistelmänä tai toinen yksinään hengenvaarallisia. Tavallisesti monivammapotilas on tieliikenneonnettomuuden uhri. Muita monivammoja aiheuttavia tapahtumia on esimerkiksi työtapaturmat, putoamistapaukset ja pahoinpitelyt. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 329.)

Tehohoitopotilailla tulee aina olla vähintään yksi laskimokanyyli. Laskimokanyyli on lyhytaikaiseen käyttöön tarkoitettu, ja sen kautta voidaan antaa verivalmisteita ja toteuttaa sekä neste- että lääkehoitoa. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 19.) Potilaalle voidaan myös asettaa CVK, eli keskuslaskimokatetri, jonka avulla voidaan antaa lääke- ja ravintoliuoksia. CVK on tarkoitettu pitkäaikaisempaan käyttöön. Tarvittaessa potilaalle voidaan laittaa myös keuhkovaltimokatetri eli Swan-Ganzin katetri. Sen avulla pystytään toteuttamaan jatkuvaa seuranta sekoihtuneen laskimoveren happikyllästyneisyydestä, sydämen minuuttitulavuudesta sekä kiilapaineesta (vasemman eteisen keskipaine), jota voidaan hyödyntää esimerkiksi verenkiertovajauspotilaan hoidossa. (Huttunen 2021b.) Tehopotilaalla voi myös olla valtimokanyyli, jonka kautta pystytään tehdä jatkuvaa verenpaineen seuranta. Valtimokanyylin kautta pystytään myös ottamaan verinäytteitä. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 19.)

Mikäli halutaan arvioida potilaan nestetasapainoa, hyviä keinoja siihen ovat esimerkiksi tuntidiureesin mittaaminen, periferian lämpö, kapillaarireaktio, passiivinen jalkojen nostokoe ja sydämen kaikututkimus (Huttunen 2021b).

## **2.3 Tehohoitopotilaan kivunhoito**

Oikeaoppinen lääkehoito perustuu lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelma on osa potilasturvallisuutta ja laadukasta lääkehoitoa. Potilaan lääkeshoidosta vastaa hoitava lääkäri. (Inkinen ym. 2015. 12.) Jokaisen potilaan lääkeshoidonsuunnitelma tulee suunnitella yksilöllisesti. Kivunhoidon täytyy tukea potilaan sairauksien hoitoa sekä psykososiaalista tilannetta. (Kipu 2017.)

Tehohoidossa potilaan kipua hoidetaan usein vahvoilla opioideilla. Niitä voidaan potilaalle annostella joko infuusiona, määrävälein tai sitten vain tarvittaessa. (Pöyhiä 2015.) Tehohoidossa käytetään paljon suoraan suoneen annosteltavia lääkkeitä, koska niiden vaikutus alkaa heti (Ritmala-Castrén ym. 2017, 446).

Koska tehohoidossa olevista potilaista jokainen kokee jonkin asteista kipua, on kivun oikeaoppinen hoito, seuranta ja monitorointi välttämätöntä (Kuivalainen 2021). Kivunhoidon tavoitteena on estää kivusta johtuvat fysiologiset sekä psyykkiset häiriöt, sillä hoitamaton kipu voi johtaa sairastavuuteen ja lisää kuoleman riskiä (Ritmala-Castrén ym. 2017, 462). Kivunhoidon päämääränä on kivun lievittyminen, toimintakyvyn parantuminen, ja elämänlaadun kohentuminen (Kipu 2017).

Tehohoidossa koettu kipu voi johtua monesta eri syystä. Se voi aiheutua samasta syystä, minkä takia potilas on tehohoidossa kuten esimerkiksi iso leikkaus, jokin sairaus tai vamma. Myös hoidolliset laitteet kuten intubaatioputki ja hengitysteiden imeminen sekä mahdolliset dreenit, kanyylit ja potilaan pistäminen voivat myös aiheuttaa epämukavaa tunnetta ja kipua. Koska tehohoidossa olevat potilaat ovat vuoteenomia, voi immobilisaatio myös lisätä kivun tunnetta, myös asentohoito voi aiheuttaa kipua. (Kuivalainen 2021.) Potilaan kipukokemusta voi lisätä moni eri asia, kuten suru, hoitoympäristö ja sen melu, kommunikoinnin vähyyys sekä tilan ja ajanhallinnan puute (Ritmala-Castrén ym. 2017, 462). Kivun lisäksi tehohoidossa olevat potilaat voivat myös kokea agitaatiota eli ahdistuneisuustilaa, jossa potilas kokee myös motorista levottomuutta sekä deliriumia eli äkillistä sekavuustilaa (Kuivalainen 2021).

Tehohoitopotilaan kipua voidaan hoitaa myös lääkkeettömillä kivunhoitomenetelmillä. Hyviä lääkkeettömiä kivunlievityskkeinoja ovat esimerkiksi kylmä- ja kuumahauteet, TNS-hoito, liikunta, esimerkiksi raajojen liikuttaminen tai musiikki ja rentoutuminen, joka vie ajatuksia kivusta muualle. (Lääkkeetön kivunhoito 2018.)

## **2.4 Tehohoidon laatusuositukset ja potilasturvallisuus**

Suomessa tehohoidon laatua varmistaa Tehohoidon laaturekisteri, joka on THL:n rekisterinpidollisella vastuulla. Laaturekisterit pitävät sisällään tietoa potilaan saamasta hoidosta, saavutetuista hoitotuloksista sekä muodostettuja

tietokokoelmia. (THL 2023.) Tehohoidon laatua voidaan varmistaa muun muassa sillä, että pidetään huoli asianmukaisesta kirjaamisesta ja raportoinnista (Ritmala-Castrén ym. 2017, 582).

Sitä, että potilas saa tarvitsemansa hoidon oikeaan aikaan ja asianmukaisesti, ilman että potilas kokee tarpeettomia haittoja hoidon seurauksena, kutsutaan potilasturvallisuudeksi. Potilasturvallisuus on keskeinen osa laadukasta terveydenhuoltoa. Tärkeimpiä lääketieteen periaatteita on olla vahingoittamatta potilasta. (Potilasvakuutuskeskus s.a.)

Potilasturvallisuus tehohoidossa on erilaisia toimintatapoja ja periaatteita, joita noudattamalla ehkäistään vahingoittamasta potilasta. Potilasturvallisuuteen kuuluu tarkka toiminnan seuranta, riskien jatkuva arviointi, vaara- ja haittata-  
paturmista raportointi ja niistä oppiminen. Teho-osaston potilasturvallisuuden varmistaminen kuuluu koko osaston henkilökunnalle, ja jokainen on velvoitettu seuraamaan sen toteutumista. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 582.)

Potilaan hoidon turvallisuuteen vaikuttaa osastolla moni eri asia. Henkilökunnalla tulee olla riittävästi osaamista, jotta hoidon toteuttaminen on turvallista. Henkilökuntaa on myös tärkeää olla riittävästi, henkilökunnan puute heikentää potilasturvallisuutta. Hoitaja- ja lääkärihenkilökunnan välinen kommunikaatio ja raportointi ovat myös tärkeässä osassa potilasturvallisuuden kannalta. Kirjaukset ja annettavien suullisten sekä kirjallisten raporttien tulee olla selkeitä ja niissä tulee olla tarvittava hoitoon liittyvä tieto helposti löydettävissä. Hoitolaitteiden ja -tarvikkeiden tulee olla helposti saatavilla, niitä tulee olla riittävästi ja niitä tulee osata käyttää oikein. Lääkehoitoon tulee olla selkeät ohjeet ja niiden tulee olla helposti saatavilla lääkehuoneessa, jotta lääkehoidon toteuttaminen on turvallista. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 583.)

Lain mukaan jokaisessa tehohoidon toimintayksikössä on oltava potilasturvallisuussuunnitelma. Tämän tulee sisältää suunnitelma siitä, miten potilasturvallisuutta seurataan ja mitä asioita tehdään sen varmistamiseksi. Suunnitelmasta tulevat esille potilasturvallisuuden edistämisen vastuuhenkilöt, henkilö-

kunnan perehdyttäminen, mahdolliset turvallisuusongelmat, riskien ennakointi ja niiden hallinta sekä vaara- ja haittatapahtumista asianmukainen raportointi. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 583.)

Osastolla tehtäviä käytännön asioita, joilla varmistetaan potilasturvallisuutta, on monia. Potilaan henkilöllisyyden varmentaminen kahteen kertaan potilasrannekkeesta sekä kysymällä itse potilaalta. Jos potilaalta kysyminen ei ole mahdollista katsotaan huonenumero, sängynnumero sekä henkilötunnus ja nimi rannekkeesta. Lääkkeitä jakaessa käytetään kaksoistarkistusta, jolloin hoitajan jaettua lääkkeitä, tarkistaa toinen hoitaja, että ne on jaettu oikein. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 584.)

### **3 TEHOHOITOPOTILAAN PSYKKINEN HYVINVOINTI**

Psyykkisellä hyvinvoinnilla tarkoitetaan ihmisen omaa kokemusta mielen tasapainosta sekä hyvinvoinnista. Monet eri arkiset asiat vaikuttavat psyykkiseen hyvinvointiin. Vaikuttavia asioita ovat esimerkiksi ravitsemus, liikunta, harrastukset, lepo, uni ja tunteet. Omasta psyykkisestä hyvinvoinnista voi huolehtia noudattamalla terveellisiä elintapoja ja tekemällä asioita, joista itse pitää. (Verkko Varia 2016). Ihmisen psyykkinen kehitys ei kehity vain lapsena, vaan sen kehitys jatkuu läpi elämän ja erilaiset elämän arvot ja keskeiset asiat muovaavat sitä. Jokaisella ihmisellä on mahdollisuus vahvistaa omaa psyykkistä hyvinvointia. (Palliativinen talo 2021.)

Tehohoitoon joutuminen on ihmiselle psyykkisesti kuormittavaa. Sairaalahoitoon päätyminen voi olla potilaalle traumaattinen sekä hyvinkin ahdistava tilanne ja aiheuttaa kriisin. Sairaalaan joutuminen ja poikkeuksellinen tilanne elämässä saattaa aiheuttaa pelkoa sekä mielialan vaihtelua toivon ja epätoivon väliltä. Keskellä kriisiä hyviä potilaan tukemisen keinoja ovat esimerkiksi läsnäolo ja myötätunto vaikeassa tilanteessa. (Palliativinen talo 2021.)

### 3.1 Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset kuormittavat tekijät

Vakava sairaus ja tehohoito sekä tehohoitoympäristö voivat aiheuttaa potilaalle erilaisia fyysisiä, sosiaalisia ja psyykkisiä oireita, jotka vaikuttavat potilaan toipumiseen ja vointiin jopa vuosia tehohoidon jälkeen (Ritmala-Castrén ym. 2017, 550).

Fyysisiä kuormittavia tekijöitä on riittämätön lepo, hoitojen ja sairauden aiheuttama kipu ja epämiellyttävyydet sekä liikkumisrajoitukset. Katkonainen ja lyhytkestoinen uni altistaa potilaan uupumiselle. Unen puute lisää stressihormonin vapautumista, joka puolestaan kiihdyttää elimistön aineenvaihduntaa, aiheuttaen ruuansulatusvaivoja. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 551.)

Kriittisesti sairaat potilaat ovat myös erityisen herkkiä ympäristön erilaisille ärsykeille, kuten melulle ja liian kirkkaalle valaistukselle. Kuormittavien tekijöiden vaikutukset voivat olla ohimeneviä, tai ne voivat jatkua kuukausien ajan. Yllättäen sairastuneilla esiintyy erityisesti pelkoa ja ahdistusta. Pelko voi liittyä vieraaseen hoitoympäristöön ja sen ääniin, pysyvän vamman tai kuoleman mahdollisuuteen. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 550–553.)

Potilaan psyykkisesti kuormittaviin tekijöihin lukeutuu muistamattomuus, elämänhallinnan puute, kuolemanpelko, sekavuus ja ahdistuneisuus. Erilaisia psyykkisiä häiriöitä voi olla lisäksi posttraumaattinen stressireaktio ja neuropsykologiset oireet. Häiriöitä aiheuttavat teho-osaston ympäristötekijät ja patofysiologiset tekijät kuten stressi, elinvauriot ja kipu. Potilaat voivat kokea myös muistamattomuutta, jota aiheuttaa esimerkiksi uni- ja kipulääkkeet. Muistamattomuus lisää ahdistuneisuutta, koska osa elämästä ei ole tietoisessa hallinnassa. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 550.) Sekavuutta potilaassa voi aiheuttaa delirium, joka usein alkaa tehohoidon toisena tai kolmantena päivänä ja kestää noin kolme päivää. Sekavuus alkaa usein äkillisesti ja aiheuttaa muun muassa mielentilan muutosta ja kognitiivisten toimintojen häiriintymistä, kuten tarkkaavaisuuden häiriöitä. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 470–471.)

Sairaalahoito lisää potilaan sosiaalisia kuormitustekijöitä. Sairaalassa ollessaan potilas joutuu erilleen omasta tutusta sosiaalisesta verkostostaan. Teho-

osasto muodostaa potilaalle uuden ympäristön ja sairastuminen muuttaa useimmiten myös potilaan sosiaalisia riippuvuussuhteita perheessä tai muissa läheisissä. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 553.)

### **3.2 Potilaan psyykkinen tukeminen**

Psyykkeellä tarkoitetaan ihmisen tiedostettua ja tiedostamatonta henkistä elämää, kuten ajattelua ja tunteita (Terveyskirjasto 2016). Psyykkinen tukeminen tarkoittaa erilaisia keinoja, joilla tuetaan potilaan mielenterveyttä. Jokaisella psyykkisen tuen tarve on yksilöllistä, mutta useimmiten tuen tarve on silloin suurinta, kun esimerkiksi sairastuminen on tuore asia. Yksi hyvä tukemisen keino on potilaan koskettaminen. Kun ei itseltä löydy sanoja, voi välittämistä osoittaa esimerkiksi laittamalla käden potilaan olkapäälle tai käden päälle. Koskettaminen lisää potilaan ja henkilökunnan luottamussuhdetta. (Kalso 2019.)

Hoitajat ovat avainasemassa potilaan tuen tarpeen arvioimisessa, sillä heidän tulee arvioida potilaan tuentarvetta läpi hoidon ajan (Ritmala-Castrén ym. 2017, 553). Hoitajan oma tieto sekä taito kohdata psyykkisesti sairas potilas vaikuttaa potilaan kokemukseen psyykkisen tuen tarpeesta (Luukkonen 2014). Potilasta tulee ohjata ja tukea toipumisessa ja kuntoutumisessa. Potilaalle on hyvä perustella, miksi tehdään tiettyjä hoitotoimenpiteitä sekä kertoa kuntoutuksen tavoitteet ja tarkoitus. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 553–554.)

Jotta sairastuneella on mahdollisuus saada mahdollisimman turvallinen keskustelukumppani ja keskusteluyhteys, voidaan mahdollisuuksien mukaan sijoittaa samaa henkilökuntaa hoitamaan potilasta. Psyykkistä tukea voi saada hoitajan lisäksi esimerkiksi psykologilta tai psykiatrilta, osassa sairaaloissa näitä palveluita onkin saatavissa myös ympäri vuorokauden. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 553.)

### **3.3 Potilaan ohjaaminen ja neuvonta**

Oikeanlainen ja hyvä vuorovaikutus lisää potilaan sitoutumista hoitoonsa, silloin potilas on mukana hoitonsa suunnittelussa ja sanoittamisessa (Hankonen



2021). Potilas tarvitsee turvallisuuden tunnetta lisäävää ja selkeää tietoa ja ohjausta. Tämä auttaa potilasta rauhoittumaan ja toipumaan nopeammin. Potilasta ohjattaessa on hyvä huomioida potilaan yksilölliset tarpeet ja kyky tiedon vastaanottamiseen. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 554.) Kaikilla tehohoitoipotilailla ei ole muistikuvia tehohoidosta tai muistikuvat voivat poiketa todenperäisistä tapahtumista. Potilas voi nähdä esimerkiksi harhoja, joita hänen on vaikea erottaa todellisuudesta. Tehohoidon ohjauksen tarve potilaalla voi johtua kyvyttömyydestä liikkua, ilmaista tarpeitaan tai tavata omia läheisiä. Muita ohjausta tarvittavia tapahtumia ovat hoitotoimenpiteet ja tutkimukset. Potilasta voidaan ohjata niin suullisesti kuin kirjallisesti. Ohjauksen riittävyyden varmistamiseksi potilas voi vaatia ohjauksen toistelua. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 554–553.)

Sanallinen kommunikointi on lähes olematonta kriittisesti sairaalla potilaalla, ja tajuttoman sekä sedatoituneen potilaan kanssa kommunikointi on mahdollonta. Intubaatio ja trakeostomia ovat tilanteita, jotka vaikeuttavat potilaan kykyä tulla ymmärretyksi ja kommunikoida. Tällöin hoitajan tulee osata tulkita ja ymmärtää potilaan non-verbaalisia viestejä. Potilaan tajunnantaso huomioon ottaen kerrotaan hänelle päivittäin ajasta ja paikasta, ja mikäli potilas ei ole orientoitunut aikaan ja paikkaan, tulee häntä auttaa ajan ja paikan hahmottamisessa. Potilaalle tehtävistä tutkimuksista ja toimenpiteistä kerrotaan aina potilaalle, myös potilaan ollessa tajuton, esimerkiksi hengityskoneessa ollessaan. Tärkeää on myös potilaan rohkaisu, tunteiden huomiointi sekä niistä keskustelu avoimesti. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 555–556.)

### **3.4 Psyykkinen kuntoutuminen tehohoitojakson jälkeen**

Potilailla usein tehohoitojakson jälkeen psyykkinen hyvinvointi on heikentynyt. Psyykkinen hyvinvointi palautuu tehohoitopotilailla hitaammin verrattuna fyysiseen hyvinvointiin. Ennen tehohoitoa ollut toimintakyky ei välttämättä ikinä palaakaan ennalleen tehohoitojakson jälkeen. Psyykkisen hyvinvoinnin kannalta riittävä tuki tehohoidon aikana parantaa potilaiden psyykettä ja elämänlaatua. (Meriläinen 2012.)

Yleisimpiä psyykkisen hyvinvoinnin häiriöitä ovat muistivaikeudet ja keskittymishäiriöt. Ensimmäinen vuosi sairaalasta kotiutumisen jälkeen on merkittävin aika potilaan kuntoutumisen kannalta. Jotta potilas toipuisi mahdollisimman hyvin ja nopeasti on tärkeää, että tehohoitojakson aikana kiinnitetään huomiota hyvään peruselintoimintojen hoitoon, varhaiseen kuntouttamiseen ja deliriumin ehkäisyyn sekä kevyeen sedaatioon, mahdollisin sedaatiotauoin ja hengityskonehoidosta vieroittamiseen mahdollisimman nopeasti. Muita toipumisen edesauttavia keinoja on myös riittävien itsehoito-ohjeiden antaminen potilaalle ja mahdollisille läheisille. (Niittyvuopio & Pikkupeura 2017.)

Potilaalla tulee olla myös tieto siitä, että hänellä on tehohoitojakson jälkeenkin vielä jokin terveydenhuollon kontakti, josta saada tietoa tehohoitojakson jälkeisiin ongelmiin ja niiden ennaltaehkäisyyn (Niittyvuopio & Pikkupeura, 2017). Osassa sairaaloissa tehdäänkin jälkitarkistus käyntejä, poliklinikkamaisesti, missä potilas kutsutaan tietyn ajanjakson, esimerkiksi kolmen kuukauden jälkeen hoitotaksosta tutkittavaksi. Ensimmäisenä jälkiseurantapoliklinikkakäynnit aloitettiin Oulussa vuonna 2004. (Meriläinen 2012.) Poliklinikkakäynnillä arvioidaan potilaan tehohoidon jälkeistä kuntoutumista, toimintakykyä erilaisin kliinisin mittauksin ja elämänlaatua elämänlaatukyselyin (TAYS 2021). Tehohoidon jälkiseurantapoliklinikka on todettu merkittäväksi tekijäksi psyykkisen hyvinvoinnin kannalta. Jälkiseurantapoliklinikan avulla potilaalla ja hänen läheisillään on mahdollista saada kokonaisvaltainen kuva sairaudesta, tehohoidosta ja tehohoidon aikaisista tapahtumista sekä toipumisesta. (Niittyvuopio & Pikkupeura 2017.)

#### **4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKS**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tehohoitopotilaan kuormitustekijöitä. Tavoitteena on tuottaa kattavasti ajankohtaista ja luotettavaa tietoa näistä kuormitustekijöistä. Opinnäytetyötä voidaan käyttää opetusmateriaalina.

Tutkimuskysymyksenämme on *Mitkä tekijät kuormittavat tehohoitopotilaan hyvinvointia.*

## 5 KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ

Kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jossa on tutkimuskysymys ja siihen haetaan vastauksia. Tutkimuskysymys on erikseen rajattu ja menetelmällä etsitään tietoa siitä, kuinka paljon aiheesta on jo tutkittu ja millaisilla tavoilla ja menetelmillä tutkimusta on tehty ja rakennetaan kokonaiskuva kyseisestä aiheesta. (Kunnela 2022.) Näiden lisäksi kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan kriittisesti tarkastella ja arvioida olemassa olevaa teoriaa ja osoittaa mahdolliset ongelmat, ristiriidat tai puutteet (Stolt ym. 2016, 7–8.)

Kirjallisuuskatsaukset jaetaan kolmeen erityyppiseen kirjallisuuskatsaukseen. Nämä kolme erilaista ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset sekä meta-analyysit, joita on vielä kahta eri tyyppiä. (Kunnela 2022.)

### 5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa muodostetaan tietystä aiheesta ja kokonaisuudesta kokonaiskuva. Katsauksen tulee perustua siihen, että aihealueeseen on laaja tuntemus ja katsaus on toistettavissa samoja hakukriteerejä käyttäen. Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta voidaan myös käyttää nimitystä narratiivinen kirjallisuuskatsaus ja se on yleisin kirjallisuuskatsauksen menetelmä. (Stolt ym. 2016, 7–11.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on menetelmältään laaja-alainen ja säännöiltään kevein. Se tarjoaa kirjoittajalle laajan aineiston tarkastelun, koska kirjallisuuden valinnassa ei käytetä tiukkoja rajauksia. (Katsauksen tyyppinä s.a.)

Kirjallisuuskatsauksen tärkein vaihe on tutkimusongelman sekä tarkoituksen määrittäminen. Toisena vaiheena pidetään katsauksen varsinaista kirjallisuuden hakua ja siinä valitaan työssä käytettävät aineistot. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit auttavat aineistojen valinnassa, koska ne sulkevat aiheeseen kuulumattomat aineistot pois. Kolmantena vaiheena kirjallisuuskatsauksessa on katsaukseen valittujen tutkimusten kriittinen arviointi, jossa tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan. Neljännessä vaiheessa tehdään aineiston analyysiä ja

luodaan yhtä kokonaiskuvaa ja yhteenvetoa aiheesta, valittujen tutkimusten perusteella. (Stolt ym. 2016, 24–30.)

Kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta tulee siis löytyä tietyt osiot. Nämä ovat kirjallisuuden eli tutkimusten haku, niiden kriittinen arviointi sekä tutkimusten avulla saatu yleiskuva ja aineistojen analysointi. (Stolt ym. 2016, 11.)

Tässä opinnäytetyössä on käytetty kirjallisuuskatsaustyyppinä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus valittiin työhön, koska tarkoituksena ei ollut tutkia uutta ilmiötä, vaan kerätä tietoa jo olemassa olevasta aineistosta. Näin saatiin vastaus työn tutkimuskysymykseen jo olemassa olevan aineiston perusteella.

## **5.2 Aineiston keruu**

Aineiston keruu pitää sisällään kirjallisuushaut sekä valintaprosessin omaan tutkimuskysymykseen vastaavista tutkimuksista. Jotta kirjallisuuskatsaus olisi mahdollisimman luotettava tiedonhaun on oltava systemaattista. Vaikka kirjallisuushaussa käytetään eri tietokantoja, on kuitenkin suositeltavaa käyttää samanlaisia rajoituksia, luotettavuuden takaamiseksi. Opinnäytetyön keskeisimmät käsitteet tulee määritellä ennalta, koska se määrittää, millä hakusanoilla lähtee tarvittavaa aineistoa hakemaan. (Stolt ym. 2016, 51.)

Opinnäytetyön aineiston keräämiseen käytettiin erilaisia luotettavia tietokantoja, jotka olivat Google Scholar, Cinahl, APA PsychArticles, Finna ja Medic. Aineistoja haettiin myös manuaalisesti esimerkiksi käymällä läpi tietokannoista löydettyjen aineistojen lähdeluetteloita.

Taulukossa 1 on eriteltynä, mitä erilaisia sisäänotto- sekä poissulkukriteerejä aineistojen haussa käytettiin ja joilla saatiin aihetta rajattua. Pyrittiin työssä etsimään mahdollisimman tuoretta tietoa, jonka takia haut on rajattu vuosiin 2013–2023. Aineistot jotka, hyväksyttiin hauissa, olivat Pro gradu -tutkielmat, tieteelliset artikkelit, väitöskirjat sekä ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäy-

tetyöt. Lisäksi päätettiin, että etsitään tutkimuksia vain kielillä suomi ja englanti, muut kielet ovat rajattu hakukriteereistä pois. Hauista on rajattu pois myös maksulliset tutkimukset

Hakusanat, joita käytettiin, on määritelty opinnäytetyön otsikon perusteella. Suomenkielisiä hakusanoja oli muun muassa *tehohoitopotilas, mielenterveyden edistäminen, tehohoito ja psyykinen hyvinvointi*. Englanninkielisiä hakusanoja, joita käytimme, oli *intensive care, icu, critical care, mental health, psychological well-being, posttraumatic stress disorder ja intensive care patient*.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Pro gradu -tutkielma, väitöskirja, YAMK-opinnäytetyö, tieteellinen artikkeli	AMK-opinnäytetyö
Tutkimustieto enintään 10 vuotta vanhaa (2013–2023)	Tutkimustieto yli 10 vuotta vanhaa
Suomi ja englanti kielinä	Muut kielet
Maksuttomat aineistot	Maksulliset aineistot

### 5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi aloitetaan tutustumalla aineistoon ja luomalla kokonaiskuva siitä. Valitun analyysinmenetelmän tulee vastata tutkimuskysymykseen ja tutkimusmenetelmään. Analyysimenetelmän valitseminen perustuu pitkälti siihen, millaista tietoa kirjallisuuskatsauksella tahdotaan tuottaa. (Stolt ym. 2016, 81–82.)

Teemoittelu on laadullisen analyysin perusmenetelmä, jossa tutkimusaineistosta pyritään hahmottaa keskeisiä aihepiirejä eli teemoja. Teemoittelulla hahmotetaan aiheita ja aihepiirejä, jotka toistuvat aineistossa. Teemoittelu etenee eri teemojen ryhmittelystä ja muodostamisesta ja jatkuu niiden yksityiskohtaisempaan tarkasteluun. (Jyväskylän yliopisto 2016.) Teemojen muodos-

tamiseen voidaan hyödyntää taulukointia. Taulukot auttavat havainnollistamaan, mitkä seikat ovat keskeisiä ja niiden avulla miettiä yhdistäviä tekijöitä, eli teemoja. Kunkin teeman alle kirjataan aineistosta asioita, joista puhutaan kyseisessä teemassa. Teemojen otsikoinnissa, otsikot voivat kuvata teemaa tai olla mielikuvituksellisempia, otsikkojen yhteneväisyys huomioon ottaen. (Juhila s.a.; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Teemoittelu aloitettiin kirjaamalla tutkimustaulukkoon päätulokset valituista tutkimuksista. Teemoittelutaulukko syntyi aineistojen tuloksista toistuvista aihepiireistä. Aihepiireittäin muodostettiin teemoille omat sopivat otsikkonsa. Teemoiksi muodostuivat seuraavat: tehohoidon aikaiset fyysiset kuormitustekijät, tehohoidon aikaiset psyykkiset kuormitustekijät sekä potilaan psyykkiset kuormitustekijät tehohoitojakson jälkeen.

## **6 TULOKSET**

Tässä osiossa käydään läpi opinnäytetyön tuloksia. Tulokset ovat jaettu teemoittain, jotka syntyivät teemoittelun tuloksena. Tutkimustulokset koostuvat opinnäytetyöhön kerätystä tutkimuksista ja niitä valikoitui työhön kahdeksan kappaletta.

### **6.1 Tehohoidon aikaiset fyysiset kuormitustekijät**

Tutkimustuloksia tarkastellessa tuli esille monia erilaisia fyysisiä oireita, jotka vaikuttavat tehohoidossa olevan potilaan hyvinvointiin. Yksi isoin fyysinen tekijä tutkimustuloksissa oli janoisuuden tunne, jonka useimmat tehohoitopotilaat kokivat tuottavan eniten haittaa. Tehohoidon aikana potilaat ovat kykenemättömiä juomaan itse sairauden tai erilaisten hoitomuotojen vuoksi, jolloin potilaan suuta voidaan kostuttaa siihen tarkoitetuilla suunkostukeaineilla. Potilaat kuvailivat janoisuuden olevan jatkuvaa, joka helpottui juodessa aina vain hetkeksi ja sitten jatkui. (Räisänen 2019; Sinisalo 2015; Tanzer ym. 2023.)

Potilaat kokivat myös rajoittuvuutta ollessaan kiinni erilaisissa hoitolaitteiden johdoissa sekä suonensisäisen nestehoidon ja -lääkehoidon letkuissa. Tutki-

musten mukaan edellä mainituissa johdoissa ja letkuissa kiinni oleminen aiheuttaa stressiä, joka kuormittaa potilasta. Erilaiset hoitolaitteiden letkut, katetrit ja myös tuoreet haavat lisää kivuntunnetta ja heikentää potilaan mobilisatiota (Räisänen 2019; Sinisalo 2015.)

Hengityslaitteet sekä happimaskit ja -viikset aiheuttivat potilaille epämukavuuden tunnetta. Epämiellyttävänä potilaat kokivat erityisesti intubaatioputken. Potilaan mielsivät intubaatioputken erittäin epämiellyttäväksi silloin, jos se liikkui hengitysteissä aiheuttaen esimerkiksi yökkäyksen tarvetta. (Räisänen 2019; Sinisalo 2015.)

Potilaat kokivat kivun haittaa aiheuttavaksi tekijäksi. Potilaat ovat usein todella kipeitä teho-osastolla ollessaan. Kipua teho-osastolla aiheuttaa esimerkiksi tuore leikkaus tai jokin akuutti sairaus tai vamma. Myös kivuliaat toimenpiteet kuormittavat potilasta. Tutkimusten mukaan puutteellinen kivunhoito saattaa estää potilaan riittävän levonsaannin ja siten aiheuttaa sekavuutta ja uupumista. (Räisänen 2019; Sinisalo 2015; Tanzer ym. 2023.)

Tutkimuksen mukaan potilaat kokivat turhautumista siihen, etteivät pystyneet itse täyttämään perustarpeitaan, eivätkä välttämättä pystyneet niistä edes kertomaan. Voimattomuutta potilaat kokivat siitä, ettei oma keho toimi normaalisti. Tämä koettiin sekä fyysisenä että henkisenä heikkoutena. Potilaat kokivat olonsa noloksi siitä, että heidän oli pakko vastaanottaa hoitoa. Tutkimuksen mukaan potilaiden oli helpompi vastaanottaa hoitoa, mikäli hoitaja käyttäytyi kunnioittavasti potilasta kohtaan. Myös sen potilaat kokivat turhauttavaksi, että asennon vaihtaminen oli itse mahdotonta. Avuttomuuden tunnetta lisäsi se, ettei potilas kyennyt kertomaan ja ohjeistamaan hoitohenkilökunnalle siitä, mikä asennonvaihtotapa olisi potilaalle paras. (Räisänen 2019; Tanzer ym. 2023.) Räisäsen tutkimuksen tuloksissa potilaat kokivat tärkeäksi sen, että voivat osallistua omaan perushoitoon edes pienillä teoilla kuten kasvojen pyyhinnällä tai asennonvaihtoon osallistumalla sen verran kuin pystyy. (Räisänen 2019).

## 6.2 Tehohoidon aikaiset psyykkiset kuormitustekijät

Sinisalon (2015) tutkimuksesta tuli ilmi, että miespotilaat kokivat tehohoitojakson aikana enemmän stressitekijöitä kuin naispotilaat. 31–60-vuotiaat potilaat kokivat eniten stressitekijöitä, kun taas alle 30-vuotiaat kokivat vähiten. Tutkimuksen mukaan jonkin vamman vuoksi tehohoitoon joutuminen oli vähemmän stressitekijöitä aiheuttavaa kuin esimerkiksi sairauden aiheuttama tehohoito. (Sinisalo 2015.)

Tutkimukset osoittivat, että potilaat kokivat yksityisyyden kunnioittamisen ja turvaamisen tärkeäksi. Silloin, kun potilasta hoidettiin kunnioittaen inhimillisyyttä, tunsivat he olonsa turvallisemmaksi. Elintärkeää oli intimiteetin säilyminen esimerkiksi peittämällä potilaan intiimit alueet. (Räisänen 2019.)

Räisäsen (2019) mukaan turvaa potilaalle toi hoitojakson aikana se, jos heitä hoiti sama tai samat hoitajat. Potilaalle oli tärkeää, että hoitajiin pystyi luomaan jonkinäköisen luottamussuhteen, koska vaihtuva hoitohenkilökunta lisää potilaan kuormitustekijöitä. Sinisalon (2015) tutkimuksen mukaan potilailla oli tunne siitä, että potilaan huomioiminen jäi toissijaiseksi laitteiden kanssa. Huomiotta jättäminen taas heikensi potilaan ja hoitajan välistä luottamussuhdetta. Turvattomuuden tunnetta potilailla lisäsi se, etteivät hoitajat aina esitelleet itseään nimeltä eivätkä kertoneet mitä hoitotoimenpidettä ovat tekemässä ja miksi. Hoitajien käyttäessä vieraita termejä ja sanoja jäi potilas pimentoon omasta tilasta ja hoidosta. Hoitajien kiire myös välittyi potilaalle. (Räisänen 2019; Sinisalo 2015; Tanzer ym. 2023.)

Potilaat kokivat stressitekijäksi kykenemättömyyden kommunikoida hoitohenkilökunnan sekä läheisten kanssa. Osa potilaista koki turhautumista siitä, jos he eivät tulleet ymmärretyksi. Tajuissaan oleva potilas pystyi kommunikointiin ja ilmaisemaan tarpeitaan kehon toimimattomuudesta tai kriittisestä sairaudesta huolimatta, jolloin ymmärretyksi tuleminen oli helpompaa. (Räisänen 2019.)



Potilaat kokivat ikävän omaisia kohtaan yhdeksi psyykkiseksi kuormitustekijäksi. Potilaan joutuessa tehohoitoon joutuu myös perhe tai läheiset muuttamaan omaa rooliaan ja roolitus perheen kesken saattaa muuttua perheenjäsenen jouduttua sairaalaan. Tehohoidossa oleva potilas saattaa kokea stressiä siitä, ettei pysty suoriutumaan omasta roolista perheessä. (Räisänen 2019; Sinisalo 2015.)

Tutkimusten mukaan potilaat kokivat, että heidän oli välillä mahdotonta erottaa aikaa ja paikkaa. Potilaat näkivät harhakuvitelmia, jotka olivat unen ja todellisuuden sekoitusta. Räisänen (2019) kertoo tutkimuksessaan, että potilaiden tietoisuus vaihteli uneliaisuuden, unen ja hereillä olon välillä. Epätietoisuus todellisuuden ja epätodellisuuden välillä aiheutti potilaissa pelkoa. (Räisänen 2019.) Tehohoidon aikaisen sekavuustilan eli deliriumin ehkäiseminen on potilaan toipumisen kannalta välttämätöntä. (Elliott ym. 2016).

Kykenemättömyys nukkua ja unettomuus koettiin tutkimuksissa stressitekijäksi. Nukkumista osastolla vaikeutti moni asia. Sellaisia olivat muun muassa erilaiset kovat äänet, kirkkaus ja valot, hoitohenkilökunnan välinen keskustelu. Yhtenäisen levon saaminen ja unen puute ovat merkittäviä potilaan kuormitustekijöitä. (Sinisalo 2015; Tanzer ym. 2023.)

Tehohoitoympäristöllä oli tutkimusten mukaan vaikutus potilaan psyykkiseen hyvinvointiin. Potilaalla saattoi olla tuntemattoman ympäristön vuoksi tunne siitä, ettei tiedä missä on. Hoitolaitteisto, esimerkiksi sydänmonitori piti häiritsevää ääntä, ympäristössä saattoi olla outoja, epämiellyttäviä hajuja, liian kylmä tai kuuma lämpötila sekä epämiellyttävä sänky tai tyyny. Nämä aiheuttivat myös psyykkisen hyvinvoinnin heikentymistä. Myöskin hoitajien jatkuva työskentely esimerkiksi viereisen potilaan luona, sekä jatkuva puhe hoitajien ja lääkäreiden välillä koettiin häiritseväksi. (Sinisalo 2015.)

### 6.3 Potilaan psyykkiset kuormitustekijät tehohoitojakson jälkeen

Sinisalon (2015) tutkimuksen mukaan potilaat, joilla oli aikaisempaa tehohoito-taustaa, kokivat enemmän stressitekijöitä kuin potilaat, jotka olivat ensim-mäistä kertaa teho-osastolla. Myös tehohoitojakson pituus vaikutti stressiteki-jöiden määrään. Yli viiden vuorokauden tehohoitojaksot aiheuttivat potilaalle enemmän stressitekijöitä kuin viiden tai lyhyemmän pituiset tehohoitojaksot. (Sinisalo 2015; McKinley ym. 2016.) Myös McGiffin ym. (2016) kertoo tutki-muksessaan siitä, että lisääntynyt altistuminen tehohoitoympäristölle lisää po-tilaan psyykkistä kuormitusta ja heikentää kuntoutumista sekä pidentynyt teho-hoitajakso on potilaalle huomattavasti kuormittavampaa. (McGiffin ym. 2016).

McKinleyn ym (2016) mukaan kriittisesti sairailta potilailla masentuneisuus ja stressi tehohoitojakson jälkeen on yleistä. Tutkimuksessa tulee ilmi, että vielä kuuden kuukaudenkin jälkeen potilaalla esiintyy fyysiseen toimintakykyyn vai-kuttavia tekijöitä. (McKinley ym. 2016.)

Potilaalle voi tehohoidon aikana tai sen jälkeen kehittyä PTSD (Post Trauma-tic Stress Disorder) (Tanzer 2023). McGiffin ym (2016) kertoo siitä, kuinka te-hohoitopotilaalla on kohonnut riski PTSD:n syntyyn ja sitä esiintyy heillä enemmän kuin niillä, jotka eivät ole olleet tehohoidossa. (McGiffin ym. 2016). Elliottin (2016) tutkimuksessa 14 %:lla tutkimuksen potilaista kokivat jatkuvia PTS (Posttraumatic stress) oireita. (Elliot ym 2016).

Vuonna 2010 termi PICS, eli Post Intensive Care Syndrome otettiin käyttöön ja sen oireistoa ruvettiin määrittelemään. Tehohoitoon joutuneista noin joka kolmannelle kehittyy PICS, joka aiheuttaa potilaalle moninaisia oireita. PICS:n diagnosointiin vaaditaan, että potilaalla on uusia tai pahenevia kognitiivisia, psyykkisiä tai fyysisiä löydöksiä tai oireita. Riskitekijöitä PICS:n kehittymiseen on monia ja ne on jaettu kolmeen osaan. Ensimmäinen on potilaan terveyden-tila ennen tehohoitoon joutumista. Sen riskitekijöitä ovat esimerkiksi naissuku-puoli, korkea ikä, psyykkinen hyvinvointi heikentynyt fyysinen suorituskyky. Toinen on tehohoidon vaste. Sen riskitekijöitä on sepsis, sekavuus, hoitojak-son pituus, mekaaninen ventilaatio, elinvaurioiden lukumäärä ja vaikeusaste, kuolemanpelko sekä elämänhallinnan menettäminen. Lisäksi tehohoidossa

tarvittavat toimenpiteet ovat yksi oma riskitekijänsä. Mitä enemmän potilaalle joudutaan tehdä tutkimuksia, sitä kuormittavampaa hoito on yleensä potilaalle. Tämän vuoksi on tärkeää, että oireyhtymää pyritään ehkäisemään ja tunnistamaan ajoissa. PICS voi aiheuttaa potilaalle vuosien kestoisia neuropsykiatrisia jälkioireita, hidastaa kuntoutumista, huonontaa elämänlaatua sekä työ- tai toimintakykyä ja oireet saattavat joillakin olla hyvinkin invalidisoivia. (Tanzer ym. 2023; Uusaro 2022)

Tehohoidon jälkeen potilaan psyykkistä kuntoutumista tulee seurata. Potilaalta on hyvä kartoittaa tämän psyykkistä kuormitusta, mahdollisia ahdistuneisuus- ja masennusoireita, uniongelmia sekä traumaattiseen kokemukseen liittyviä oireita. (Tanzer ym. 2023). Merbitz ym. (2016) painottaa tutkimuksessaan, että potilas tulee haastatella perusteellisesti ennen teho-osastolta kotiutumista. Tutkimuksessa myös kerrotaan, kuinka potilaille tulisi tehdä neurologisen statusksen seuranta, ja he hyötyisivät seurannasta myös pitkään tehohoitojakson jälkeenkin. (Merbitz ym. 2016.)

## **7 POHDINTA**

Pohdintaosiossa tarkastellaan tuloksia käymällä läpi jokaisen opinnäytetyön teeman. Osiossa verrataan teoriaosuudesta löytyvää tietoa tutkimustuloksista esille tulleeseen tietoon. Tulosten tarkastelussa etsitään samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia tulosten välillä, jonka avulla saadaan koottua omat johtopäätökset sekä mahdolliset jatkotutkimusehdotukset.

### **7.1 Tulosten tarkastelu**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitkä tekijät kuormittavat tehohoitopotilaan psyykkistä hyvinvointia. Opinnäytetyön tutkimustuloksia tarkastellessa huomattiin, että osa tuloksista olisi sopinut useamman teeman alle. Voidaan siis todeta, että moni tehohoidon kuormitustekijöistä myötävaikuttavat toisiinsa.

Tehohoidon tiedetään aiheuttavan potilaalle monenlaisia oireita, niin fyysisiä, psyykkisiä kuin sosiaalisiaakin. Fyysisten kuormitustekijöiden yhtäläisyyksistä

ja eroavaisuuksista huomattiin seuraavaa. Teoreettisessa viitekehyksessä Huttunen (2021) kertoo, että tehohoidossa potilaan tilaa seurataan jatkuvasti monitorein, jolloin potilas on kiinni erilaisissa johdoissa ja hoitolaitteissa. Potilaan elintoimintoja voidaan myös ylläpitää myös tietokoneohjatulla hengityskoneella. Myös tutkimustuloksissa Räisänen (2019) ja Sinisalo (2015) mukaan erilaiset johdot ja letkut kuormittavat potilasta ja aiheuttavat heille stressiä. Sinisalo (2015) tuo tutkimuksessaan ilmi, että erityisen epämiellyttäväksi potilaat kokivat hengityskonehoidon, erityisesti intubaatioputken. Tehohoidon kivunhoidosta löytyi yhtäläisyyksiä niin teoria viitekehyksestä kuin tutkimustuloksista. Kuivalainen (2021) mukaan jokainen tehohoitopotilas kokee kipua, on erityisen tärkeää, että potilaan kipua seurataan aktiivisesti. Räisänen (2019), Sinisalo (2015) ja Tanzer ym. (2023) täsmentävät tutkimuksissaan, että puutteellinen kivunhoito estää potilaan riittävän levonsaannin ja siten aiheuttaa sekavuutta ja uupumista. Sinisalo (2015) ja Räisänen (2019) esittivät tutkimuksissaan molemmat janoisuuden tunteen potilaan eniten haittaa aiheuttavaksi tekijäksi. Teoriaosuudessa ei kuitenkaan tätä tule ilmi.

Psyykkisissä potilaan kuormitustekijöissä teorian ja tutkimusten välillä löytyi samankaltaisuuksia. Sinisalon (2015) tutkimuksessa käy ilmi, että miespotilaat kokivat naispotilaita enemmän stressitekijöitä tehohoidon aikana, myös yli 30-vuotiailla stressitekijöitä esiintyi enemmän, alle 30-vuotiaisiin verrattuna, kun taas teoreettisessa viitekehyksessä ei potilaiden ikää tai sukupuolta eritelty stressitekijöiden luokittelussa. Huomasimme, että teoriaosuudessa sekä tutkimustuloksissa painotettiin potilaan ja hoitajan välistä luottamussuhdetta. Teoriaosuudessa Kalson (2019) mukaan potilaalle voi välittämistä osoittaa koskettamalla, kuten esimerkiksi laittamalla käden potilaan olkapäälle, joka lisää potilaan ja hoitajan välistä luottamussuhdetta. Tutkimuksemme tuloksissa käsiteltiin potilaan ja hoitajan välistä luottamussuhdetta, mutta tuloksista ei käy ilmi potilaan koskettamisen vaikutuksesta luottamussuhteen kehittymiseen. Potilaan ja hoitajan väliseen luottamukseen Räisänen (2019) kertoo, että potilaille tärkeää oli, että heitä hoiti sama tai samat hoitajan hoitojakson aikana. Yhdeksi teemaksi muodostui potilaiden kykenemättömyys kommunikointiin. Sekä teoriaosuudessa, että tutkimustuloksissa käy ilmi, että potilaat kokivat tämän yhdeksi stressitekijäksi ja se aiheutti potilaille turhautumista, sillä he eivät tul-

leet ymmärretyksi. Kriittisesti sairaan tai sedatoituneen potilaan kanssa kommunikointi on lähes olematonta, siksi potilaat kokivat tärkeäksi, että heille kerrotaan mitä hoitotoimenpiteitä tehdään ja miksi. (Räisänen 2019; Ritmala-Castren ym. 2017)

Kykenemättömyys nukkua tai riittävän levon saaminen nimettiin psyykkisesti kuormittavaksi tekijäksi. Teoriaosuudessa Ritmala-Castren ym. (2017) kertoo katkonaisen ja riittämättömän unensaannin altistavan potilasta uupumiselle. Myöskin riittävän unensaannin puute lisää stressihormonin vapautumista. Tutkimustuloksissa Sinisalo (2015) ja Tanzer ym. (2023) kertovat samaa, että riittämätön uneen puute on iso stressitekijä. Sekä teoriaosuudessa että tutkimustuloksissa tulee esille tehohoitopotilaan sekavuus ja aikaan ja paikkaan orientoituminen. Teoreettisessa viitekehyksessä Ritmala-Castrenin ym. (2017) tutkimuksessa kerrottiin, siitä kuinka on tärkeää auttaa potilasta hahmottamaan missä hän on ja esimerkiksi mikä päivä on, koska potilas ei ole välttämättä orientoitunut aikaan ja paikkaan ja potilaan tajunnantaso on usein tehohoidossa heikentynyt. Räisänen (2019) tutkimustuloksissa tuli esille myös se, kuinka mahdollisuus erottaa aikaa ja paikkaa sekä epätietoisuus todellisuuden ja epätodellisuuden välillä aiheutti pelkoa. Ritmala-Castrenin Ym. (2017) tutkimuksessa tuli ilmi delirium, eli sekavuustila, joka alkaa usein äkillisesti ja aiheuttaa juuri tarkkaavaisuuden ja toimintojen häiriintymistä. Tutkimustuloksissa Elliot ym. (2016) tutkimuksesta tulee ilmi samaa asiaa ja siinä kerrotaan siitä, kuinka deliriumin ehkäiseminen on välttämätöntä potilaan toipumisen kannalta.

Teoriaosuudessa Niittyvuopio & Pikkupeura (2017) sekä Meriläinen (2012) ja Tays (2021) mukaan potilaan jälkiseuranta tehohoidon jälkeen on tärkeää ja tukee potilaan kuntoutumista ja toipumista. Samaa asiaa tulee esille tutkimustuloksissa. Merbitz ym (2016) kertoo, että potilas hyötyy pitkästä seurannasta hoitojakson jälkeen. Tanzer ym (2023) kertovat tutkimuksessaan sitä, kuinka potilaan psyykkistä hyvinvointia, uniongelmiä sekä ahdistus- ja masennusoireita tulee seurata hoitojakson jälkeenkin. Teoriaosuudessamme ei tullut ilmi sitä, että potilaat, jotka olivat aikaisemmin olleet tehohoidossa, kokivat enemmän stressitekijöitä kuin potilaat, jotka olivat teho-osastolla ensimmäistä ker-

taa. McGiffinin ym. (2016) tutkimuksessa kerrottiin lisääntyneiden tehohoitojaksojen lisäävän psyykkistä kuormitusta ja heikentävän kuntoutumisvastetta. Samoin huomasimme, että teoriassamme ei ollut mainintaa PICS:istä (post-intensive care syndrome). Tutkimustuloksissa Tanzer ym (2023) ja Uusaro (2022) kertoivat, kuinka PICS aiheuttaa monia erilaisia kognitiivisia, psyykkisiä tai fyysisiä oireita. Sen kerrotaan myös aiheuttavan pitkäkestoisia neuropsykiatrisia jälkioireita ja huonontavan elämänlaatua sekä hidastavan kuntoutumista. (Niittyvuopio & Pikkupeura. 2017; Meriläinen. 2012; Tays. 2021; Merbitz ym. 2016; McGiffin ym. 2016; Tanzer ym. 2023; Uusaro. 2022.)

## **7.2 Luotettavuus ja eettisyys**

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetti avulla. Validiteetti tarkoittaa sitä, miten tutkimusmenetelmä mittaa tutkittavan ilmiön ominaisuutta, eli sitä mikä on tutkimuksen tarkoitus. Validiteetti kertoo siitä, miten tulokset vastaavat todellisuutta. Reliabiliteetti tarkoitetaan pysyvyyttä eli sitä, että tutkimus on toistettavissa. Huolellinen suunnittelu, menetelmän valikoiminen sekä virhelähteiden kontrollointi parantavat tutkimuksen reliabiliteetti (Hyväri & Vuokila-Oikonen 2016.)

Koko tämän opinnäytetyöprosessin läpi on arvioitu kokonaisvaltaisesti sen luotettavuutta kriittisellä tarkastelulla. Opinnäytetyötä tehdessä olemme osallistuneet opinnäytetyöpajoihin, ohjauskeskusteluihin sekä tehneet vertausarvioita ja perehtyneet muiden oppilaiden opinnäytetöihin peilatakseen niitä omaamme ja näin on saatu työkaluja tekemiseen. Tämä opinnäytetyö tehtiin parityönä, joka lisää työn luotettavuutta. Opinnäytetyön luotettavuutta taas heikentää se, että teemme molemmat opinnäytetyötä ensimmäistä kertaa, eikä aiempaa kokemusta tekemisestä ole kummallakaan. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset on kriittisesti arvioitu siten, että ne vastaisivat opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Käytetyt lähteet on työtä tehdessä arvioitu kriittisesti, mikä lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Opinnäytetyössä on käytetty erilaisia lähteitä luotettavuuden lisäämiseksi.

Tässä opinnäytetyössä aineistot ovat avainasemassa, joten tutkimukset ovat tarkkaan valittuja hakusanojen perusteella. Käytössä olevat aineistot ja materiaalit ovat sisäänottokriteerein määritelty ja aineistoa on kriittisesti arvioitu. Jotta saadaan mahdollisimman laaja aineisto, tehtiin hakuja eri sanojen synonyymeillä ja käyttämällä suomen- ja englanninkielisiä sanoja. Hakujen rajoituksia ja yhdistelyjä tehtiin sanoilla NOT, AND, ja OR.

Lähteiden kriittinen arviointi kuuluu hyvään tieteelliseen käytäntöön. Luotettavuustaso voi vaihdella erilaisten aineistotyyppien välillä. Ennakoarvioinnin läpikäyneet tieteelliset lehtiartikkelit ja väitöskirjat ovat luotettavuustasoltaan korkeimmalla, näitä on myös opinnäytetyössä käytetty. Etsiessä tutkimuksia avoimesta verkosta on oltava kriittinen lähteiden valinnassa, koska internetissä sisällön luotettavuutta ei tarkisteta kaikissa tapauksissa mitenkään. Avoimesta verkosta etsiessä tietoa on hyvä kiinnittää huomiota ajantasaisuuteen, sisällön luotettavuuteen (onko lähteitä käytetty tai esitetyt väitteet perusteltu) sekä objektiivisuuteen. (Helsingin yliopisto s.a.)

Opinnäytetyön eettisyys on otettu huomioon noudattamalla Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun toimintatapoja. Kuten jokaisen opinnäytetyön kohdalla tulee toimia, on myös tämä opinnäytetyö lähetetty plagioinnintunnistusjärjestelmään, joka varmistaa, ettei tekstiä ole suoraan kopioitu mistään lähteestä tai tutkimuksesta.

Eettiset suositukset pohjautuvat lainsäädäntöön sekä tiedeyhteisön kansallisiin ja kansainvälisiin tutkimuseettisiin periaatteisiin, suosituksiin ja linjauksiin. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto (ARENE) on laatinut opinnäytetöille eettiset ohjeet ammattikorkeakouluille käytettäväksi, opinnäytetöiden ohjaukseen ja tekemisen tukemiseen. Ammattikorkeakoulut ovat myös sitoutuneet noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa* -ohjetta. (ARENE 2019.) Opinnäytetyöt tulee perustua hyvään tieteellisen käytännön ohjeeseen, joka on tutkimuseettinen ohjeisto (Humak 2023.)

### 7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tehohoito on potilaalle hyvinkin raskasta, niin psyykkisesti, fyysisesti kuin sosiaalisestikin. Opinnäytetyön tuloksissa sekä teoriaosuudessa löytyi paljon yhtäläisyyksiä, mutta myös eroavaisuuksia löytyi. Opinnäytetyön tuloksena muodostui kolme teemaa. Tehohoidon aikaisiin fyysisiin sekä psyykkisiin kuormitustekijöihin löytyi hyvin yhtäläisyyksiä teorian ja tulosten välillä. Kun taas potilaan psyykkiseen hyvinvointiin tehohoitajakson jälkeen ei löytynyt yhtäläisyyksiä kuin muutamia.

Työtä tehdessä huomattiin, että tehohoidon jälkeistä psyykkistä hyvinvointia ja sen seuranta on Suomessa tutkittu todella vähän. Maailmalla aiheesta on tutkittu enemmän, mutta siltikin mielestämme liian vähän. Aihe on kuitenkin todella tärkeä ja tehohoidon vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin on suuri ja osalla potilaista se vaikuttaa vielä kauankin hoitajakson päätyttyä. Siksi jatkotutkimusehdotuksemme olisikin se, että aiheesta tehtäisiinkin lisää tutkimusta ja keksittäisiin keinoja siihen, kuinka potilaiden psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia voisi parantaa sekä tehohoidon aikana, että sen jälkeen.

Voisiko esimerkiksi tehohoitohenkilökuntaa kouluttaa kiinnittämään enemmän huomiota potilaan psyykkiseen hyvinvointiin tehohoidon aikana, jotta tehohoidon jälkeisiä psyykkisiä kuormitustekijöitä ei olisi niin paljon. Mielestämme myös sairaanhoitaja opiskelijoille olisi koulutuksen tehohoito-opintojen aikana hyvä ottaa huomioon se potilaan psyykkinen hyvinvointi tehohoitajakson aikana ja sen jälkeen. Esimerkiksi simulaatioharjoittelun avulla harjoitella, kuinka vaikka konepotilaan psyykkinen hyvinvointi tulisi ottaa huomioon toimenpidettä tehdessä.



## LÄHTEET

- Aivotalo. 2022. Terveyskylä. WWW-dokumentti. Päivitetty 17.10.2022. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivosairaudet/aiovammat/aivo-vamma-ja-tajunnantason-arviointi> [viitattu 8.2.2023]
- ARENE. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportti/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382> [viitattu 2.5.2023].
- Elliot, R., McKinley, S., Fien, M. & Elliot, D. 2015. Posttraumatic Stress Symptoms in Intensive Care Patients: An Exploration of Associated Factors. Rehabilitation Psychology. Nro 2. 141–150. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2016-23955-004.html> [viitattu 20.8.2023].
- Hankonen, R. 2021. Kohtaamisen taitoa voi opetella. Tehy. WWW-dokumentti. Päivitetty 27.1.2021. Saatavissa: <https://www.tehylehti.fi/fi/ty-oelama/kohtaamisen-taitoa-voi-opetella> [viitattu 5.4.2023].
- Helsingin yliopisto s.a. Lähdekritiikki. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://blogs.helsinki.fi/opiskelijan-digitaidot/3-tiedonhankinta/3-4-loydetyn-tiedon-kaytto-ja-arviointi/lahdekritiikki/> [viitattu 26.4.2023].
- Humak s.a. Humakin opinnäytetyöopas, AMK-perustutkinto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://humak.libguides.com/c.php?g=684696&p=4899527> [viitattu 2.5.2023].
- Huttunen, T. 2021a. Tehohoidon toteutus ja vaikuttavuus. Duodecim Oppiportti. WWW-dokumentti. Päivitetty 6.5.2021. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/atd00129/do> [viitattu 8.2.2023].
- Huttunen, T. 2021b. Tehohoito käytännössä. Duodecim Oppiportti. WWW-dokumentti. Päivitetty 6.5.2021 Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/atd00135/do> [viitattu 23.1.2023].
- Hyväri, S. & Vuokila-Oikonen, P. 2016. Tutkimus ja kehittämistyön luotettavuus. DIAK ammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti. Päivitetty: 2020. Saatavissa: <https://libguides.diak.fi/c.php?g=670543&p=4760642> [viitattu 26.4.2023].
- Inkinen, R., Volmanen, P. & Haikonen, S. 2015. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ohjaus 2015: 15. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Juhila, K. s.a. Teemoittelu. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/tee-moittelu/> [viitattu 8.3.2023].

Jyväskylän yliopisto. 2016. Teemoittelu. WWW-dokumentti. Päivitetty 21.4.2016. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolkuaineiston-analyysimenetelmat/teemoittelu> [viitattu 8.3.2023].

Kalso, E. 2019. Saako potilasta koskettaa?. *Lääkärilehti*. Verkkoalehti. Julkaistu 20.3.2019. Saatavissa: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/verkkokommentti/saako-potilasta-koskettaa/> [viitattu 29.3.2023].

Kari, A., Reinikainen, M. & Valtonen, M. 2020. Tehohoidon uudet eettiset ohjeet. *Duodecim aikakauskirja* 6, 597–598. Verkkoalehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15461> [viitattu 1.2.2023].

Katsauksen tyyppejä. s.a. Helsingin yliopisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://blogs.helsinki.fi/kielijelppi/kirjallisuuskatsauksen-tyyppeja/> [viitattu 5.3.2023].

Kipu. 2017. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. WWW-dokumentti. Julkaistu 22.8.2017. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103> [viitattu 4.4.2023].

Koskenkari, J. & Hynninen, M. 2018. Postoperatiivinen tehohoito ja tehoavonta. *Duodecim aikakauskirja* 2, 209–214. Verkkoalehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14124> [viitattu 10.2.2023].

Kuivalainen, A.-M. 2021. Tehohoitopotilaan kivunhoito. *Finnanest* 1, 15–19. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.finnanest.fi/files/kuivalainen\\_tehohoitopotilaan.pdf](http://www.finnanest.fi/files/kuivalainen_tehohoitopotilaan.pdf) [viitattu 30.1.2023].

Kun läheinen sairastuu s.a. Mielenterveyden keskusliitto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.mtkl.fi/mika-askarruttaa/laheisen-sairastuminen/> [viitattu 4.4.2023]. ?

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Lund, V. 2018. Potilaiden valinta tehohoitoon. Duodecim, Terveysportti. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/aho/article/aho01610/search/tehohoito> [viitattu 4.4.2023].

Luukkonen, N. 2014. Potilaan psyykkisen avun tarpeen tunnistaminen päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien näkökulmasta. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Pdf-dokumentti. Saatavissa: [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/14488/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20150030.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/14488/urn_nbn_fi_uef-20150030.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 5.4.2023].

Lääkkeetön kivunhoito. 2018. Terveyskylä. WWW-dokumentti. Päivitetty 19.12.2019. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallinta-talo/sy%C3%B6p%C3%A4kipu/sy%C3%B6p%C3%A4kivunhoito/l%C3%A4%C3%A4kkeet%C3%B6n-kivunhoito> [viitattu 4.4.2023].

McGiffin, J. N., Galazer-Levy, I. R. & Bonanno, G. A. 2016. Is the intensive care unit traumatic? What we know and don't know about the intensive care unit and post-traumatic stress responses. Journal; Peer Reviewed Journal. Saatavissa: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2016-23955-002.pdf> [viitattu 5.9.2023].

McKinley, S., Fien, M., Elliott, R. & Elliott, D. 2016. Health-related quality of life and associated factors in intensive care unit survivors 6 months after discharge. American journal of critical care. 1, 52–58. Pdf-dokumentti. Saatavissa: [file:///C:/Users/jenna/Downloads/Health-Related Quality of Life and Associated Fact%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/jenna/Downloads/Health-Related%20Quality%20of%20Life%20and%20Associated%20Factors.pdf) [viitattu 5.9.2023 ].

Merbitz, N. H., Westie, K., Dammeyer, J. A., Butt, L. & Schneider, J. 2016. After critical care: Challenges in the transition to inpatient rehabilitation. Rehabilitation Psychology. 2, 186–200. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2016-23955-008.html> [viitattu 5.9.2023].

Meriläinen, M. 2012. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö. Psykkinen elämänlaatu ja toipuminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514298004.pdf> [viitattu 15.1.2023].

Niela-Vilén, H., Toivonen, M., Axelin, A. & Heikkilä, K. 2019. Miten voidaan toteuttaa perhekeskeistä hoitoa ja tukea potilaan perhettä teho-osastolla?. Hoitotyön tutkimussäätiö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/06/nayttovinkki8-2019.pdf> [viitattu 5.2.2023].

Niittyvuopio, M. & Pikkupou, J. 2017. *Finnanest*. 4, 274–279. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.finnanest.fi/files/niittyvuopiopikkupou\\_teho\\_hoitopotilaan.pdf](http://www.finnanest.fi/files/niittyvuopiopikkupou_teho_hoitopotilaan.pdf) [viitattu 20.2.2023].

Potilasvakuutuskeskus s.a. Potilasturvallisuus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.pvk.fi/terveydenhuolto/potilasturvallisuus/> [viitattu 4.4.2023].

Pöyhiä, R. 2015. Tehohoitopotilaat. Duodecim Oppiportti. WWW-dokumentti. Päivitetty 30.11.2015. Saatavissa: [https://www.oppiportti.fi/op/pli00182/do?p\\_haku=tehoahoito#q=tehoahoito](https://www.oppiportti.fi/op/pli00182/do?p_haku=tehoahoito#q=tehoahoito) [viitattu 23.1.2023].

Reinikainen, M. & Varpula, T. 2018. Suomalainen tehoahoito. *Duodecim aika-kausikirja*. 2, 161. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/2/duo14120> [viitattu 18.1.2023].

Ritmala-Castrén, M., Lönn, M., Lundgrén-Laine, H., Meriläinen, M. & Peltomaa, M. 2017. Teho- ja valvontahoitotyön opas. 2., uudistettu painos. Helsinki; Duodecim.

Räisänen, K. 2019. Potilaiden kokemuksia hengityskonehoidosta teho-osastolla. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen yksikkö. Kandidaatitutkielma. Hoitotiede PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201905231954.pdf> [viitattu 12.5.2023].

Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/> [Viitattu 28.4.2023].

Sinisalo, A. 2015. Psyykkiset stressitekijät tehohoidon aikana potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/96780/GRADU-1425650533.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 12.5.2023].

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim). 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turku: Juvenes Print.

Tanzer, Ö., Hästbacka, J., Pikkupeura, J., Laukkala, T. & Vataja, R. 2023. Tunnistatko tehohoidon jälkeiset psyykkiset oireet? *Suomen lääkirilehti* 78, e34543. Julkaistu 20.1.2023. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www-laakari-lehti-fi.ezproxy.xamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/tunnistatko-tehohoidon-jalkeiset-psyykkiset-oireet/> [viitattu 20.8.2023].

TAYS. 2021. Tehohoito. WWW-dokumentti. Päivitetty 14.9.2022. Saatavissa: <https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Tehohoito> [viitattu 20.2.2023].

TAYS. 2022. Teho-osasto. 2022. WWW-dokumentti. Päivitetty 14.9.2022. Saatavissa: [https://www.tays.fi/fi-fi/toimipaikat/tays\\_keskussairaala/hoitoyksikot/tehoosasto](https://www.tays.fi/fi-fi/toimipaikat/tays_keskussairaala/hoitoyksikot/tehoosasto) [viitattu 19.12.2022].

Terveystieteiden kansalliset laaturekisterit. 2023. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 11.5.2023. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/sote-palvelujen-johtaminen/arviointi-ja-seuranta/tietopohja-ja-tyokalut/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit> [viitattu 3.4.2023].

Terveyskirjasto. 2016. Psyyke. WWW-dokumentti. Päivitetty 18.10.2016. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt02791/psyyke?q=psyyke> [Viitattu 3.4.2023]

Uusaro, A. 2022. Tehohoidon jälkeinen oireyhtymä- huonosti tunnettu este toimimiselle. *Suomen lääkirilehti* 77. Verkkolehti. Saatavissa: <https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/29053/16739618451758299243.pdf?sequence=2&isAllowed=y> [viitattu 5.9.2023 ].

Verkko Varia. 2016. Psyykinen hyvinvointi. Vantaan ammattiopisto. WWW-dokumentti. Päivitetty 28.6.2016. Saatavissa: <http://www.varia.fi/taydentavat/psykologia/opiskelijalle/aloitus/teema-1-oma-psyykinen-hyvinvointi/> [viitattu 3.4.2023].

## TIEDONHAKUTAULUKKO

Tieto- kanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulok- set	Otsikon pe- rusteella va- litut	Sisäl- lön perus- teella valitut
Cinahl	Icu OR in- tensive care unit OR critical care AND psychologi- cal well- being NOT covid-19 NOT chil- dren	2013–2023	47	2	2
APA Psych articles	intensive care pa- tients OR critical care patients OR icu pa- tients OR ccu pa- tients NOT covid-19 OR co- ronavirus OR 2019- ncov OR sars-cov-2 OR cov-19	2013–2023	24	3	1
	intensive care AND posttrau- matic stress disorder		18	3	1

Medic	tehohoito AND mie- lentervey- den häiriö NOT Covid	2013–2023	12	1	1
Finna	tehohoi* AND psyyk*	2013- pro-gradu, väitöskirja	9	1	0
Manu- aaliha- kuja	tehohoito fyysinen ympäristö	2013–2023	2000	10	3

## TUTKIMUSTAULUKKO

Tutkimuksen kirjoittaja(t), vuosi, julkaisu, maa	Artikkelin nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Päätulokset
Elliot, R., McKinley, S., Fien, Maija. & Elliot, D.  2015.  Australia.	Posttraumatic Stress Symptoms in Intensive Care Patients: An Exploration of Associated Factors	Tarkoituksena tutkia kliinisiä ja psykologisia tekijöitä, jotka vaikuttavat posttraumaattisiin stressioireisiin tehohoidon jälkeen.	14 %:lla tutkimuksen potilaista kokivat jatkuvia PTS (Posttraumatic stress) oireita. Tehohoidon aikaisen sekavuustilan eli deliriumin ehkäiseminen on toipumisen kannalta välttämätöntä. Myös psykologinen seulonta toipumisen aikana olisi hyödyllistä monille potilaille.
Sinisalo, A.  2015.  Suomi	Psyykkiset stressitekijät tehohoidon aikana potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta	Tarkoituksena kuvata potilaiden tehohoidon aikaisia psyykkisiä stressitekijöitä potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta sekä kuvata taustamuuttujien yhteyttä psyykkisiin stressitekijöihin.	Potilaiden mukaan kuusi eniten haittaa aiheuttanutta stressitekijää oli: Janoisuuden tunne, rajoittuminen hengityspotkeen ja /tai erilasiin johtoihin, kipujen tunteminen, happimaskin tai happiviiksien pitäminen kasvoilla, ikävä puolisoa tai kumppania sekä kykenemättömyys nukkua.

McGiffin, J.N., Galazer-Levy, I.R. & Bonanno, G.A.  2016.  US  Journal Article	Is the Intensive Care Unit Traumatic? What We Know and Don't Know About the Intensive Care Unit and Posttraumatic Stress Responses	Tarkoituksena selvittää minkä takia nykyisin posttraumaattinen stressihäiriö on lisääntynyt tehohoidon jälkeen ja mitkä tekijät vaikuttavat sen syntyyn.	Tehohoito on luokiteltu psykologisesti stressaavaksi. Lisääntyneet tehohoitajaksot ja altistuminen tehohoito ympäristölle huonontavat potilaan psyykkistä hyvinvointia
McKinley, S., Fien, M., Elliott, R. & Elliott, D.  2016.	Health-related quality of life and associated factors in Intensive care unit survivors 6 months after discharge	Tutkia ja kuvata tehohoitopotilaiden elämänlaatua kuusi kuukautta sairaalasta pääsyn jälkeen.	Potilaiden tehohoidon jälkeiseen elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä oli tehohoitajakson pituus, tietoisuus omasta ympäristöstä ja traumaattiset kokemukset. Stressi, unenlaatu ja masennus kuvattiin tekijöiksi, joihin kannattaa puuttua jo tehohoitajakson aikana.
Merbitz, N.H., Westie, K., Dammeyer, J.A., Butt, L. & Schneider, J.  2016.  US. Journal; Peer Reviewed Journal	After critical care: Challenges in the transition to inpatient rehabilitation	Tarkoitus kuvata PICS:in (Post intensive care syndrome) riskitekijöitä.	Tehohoito heikentää potilaan kognitiivista ja emotionaalista hyvinvointia, jonka takia on tärkeää ymmärtää tehostaa tehohoitopotilaan psyykkistä hyvinvointia.



Räisänen, K.  2019.  Suomi	Potilaiden kokemuksia hengityskonehoidosta tehosi- osastolla	Tarkoituksena kuvata potilaiden kokemuksia hengityskonehoidosta tehosi- osastolla ja saada tietoa potilaiden kokemuksista.	Potilaat kokivat hoitojakson aikana negatiivisia ja positiivisia tuntemuksia. Potilaan kokemukseen vaikuttaa hoitajan äänensävy, kannustus, kosketus ja tiedon antaminen. Potilaat kokevat läheiset tärkeiksi tukijoiksi ja kannustajiksi.
Uusaro, A.  2022.  Suomi. Helsinki  Katsausartikkeli	Tehohoidon jälkeinen oireyhtymä huonosti tunnettu este toipumiselle.	Tarkoituksena tuoda esille, miten tehohoidon jälkeinen oireyhtymä on vielä uusi termi lääketieteellisessä kirjallisuudessa, jolloin se jää huomaamatta ja ehkäistä oireyhtymää.	Tehohoidon jälkeiseen oireyhtymään liittyy fyysisiä, kognitiivisia sekä psyykkisiä oireita vielä vuosia tehohoidon jälkeen.
Tanzer, Ö., Hästbacka, J., Pikkupeura, J., Laukkala, T. & Vataja, R.  2023.  Suomi.  Katsausartikkeli	Tunnistatko tehohoidon jälkeiset psyykkiset oireet?	Katsauksessa tuodaan ilmi, miten psykologisen kuormituksen vähentäminen ja oireiden tunnistaminen hoidon aikana auttaa ennaltaehkäisemään psykologisten oireiden ilmaantumista.	Kriittisestä sairaudesta toipuminen on monimutkainen ja pitkä prosessi, ja saattaa aiheuttaa fyysisiä ja psyykkisiä oireita heikentäen toimintakykyä ja elämänlaatua.

## TEEMOITTELUTAULUKKO

Teema	Alkuperäisilmaisu
Tehohoidon aikaiset fyysiset kuormitustekijät	Toimintakyvyn heikkeneminen, elämänlaadun heikkeneminen, janoisuuden tunne, rajoittuminen hengityspotkeen, rajoittuminen johtoihin, happimaskin/-viiksien pitäminen kasvoilla, kiputuntemukset, avuttomuuden tunne
Tehohoidon aikaiset psyykkiset kuormitustekijät	unettomuus, kykenemättömyys kommunikointiin, ikävä puolisoa/kumppania/läheisiä, delirium, tehohoitoympäristö, masennus tehohoitotajakson aikana, stressi, intiniteetti
Potilaan psyykkiset kuormitustekijät tehohoitotajakson jälkeen	hoitotajakson pituus, toistuvat tehohoitotajaksot, stressi, unenlaatu, masennus tehohoitotajakson jälkeen, PICS