

**POTILAIKEN KOKEMUKSIA HENGITYSKONEHOIDOSTA
TEHO-OSASTOLLA**

Katja Räisänen
2040424
Kandidaattitutkielma
Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen
tutkimusyksikkö
Hoitotiede
Oulun Yliopisto
Huhtikuu 2019

Oulun yliopisto

LTK, Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö, hoitotieteen tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Katja Räisänen:

Potilaan kokemuksia hengityskonehoidosta
teho-osastolla

Kandidaattitutkielma: 28 sivua, 1 liite

Huhtikuu 2019

Tutkielman tarkoitus ja asetus: Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvailla potilaiden kokemuksia hengityskonehoidosta teho-osastolla. Tavoitteena oli saada tietoa potilaiden kokemuksista, jotta potilaita voidaan hoitaa yksilöllisesti, laadukkaasti ja parhaalla mahdollisella tavalla.

Aineisto ja menetelmät: Tiedonhaku tehtiin neljään tietokantaan Cinahl, Medic, ProQuest ja Scopus, joista valittiin seitsemän tutkimuskysymyksen vastaavaa artikkelia.

Tutkimustulokset: Potilaiden kokemukset vaihtelivat. Potilaat kokivat kehon heikoksi ja se ei toiminut normaalilla tavalla. Tämä aiheutti potilaille voimakasta uupumusta ja pelkoa. Janon kokemus oli sanoin kuvaamattoman voimakas. Asennonvaihto oli vaikeaa ja intubaatioputki oli epämiellyttävä. Potilaat joutuivat työskentelemään oman mielensä kanssa kovasti. Tietoisuus vaihteli unen, uneliaisuuden ja hereillä olon välillä. Potilaille oli vaikeus erottaa tosi ja epätoisi. Potilaat kokivat olevansa yksinäisiä ja näkymättömiä teknologian ympäröimänä. Kuulluksi ja nähdyksi tuleminen oli ensiarvoisen tärkeää. Hoitajan läsnäolo toi turvallisuutta. Riippuvuus hoidosta koettiin vaikeaksi. Kunnioittava ja inhimillinen hoitaja helpottivat hieman riippuvuuden kokemusta. Suhteet toisiin ihmisiin koettiin vaikeaksi. Potilaat kokivat hyvin ja huonosti toimivaa kommunikaatiota. Potilaat joutuivat taistelemaan tullakseen ymmärretyksi ja kehittivät erilaisia tapoja kommunikoida. Potilaat arvostivat hyvää vuorovaikutusta hoitajien kanssa. Omaiset olivat tärkeä voimavara potilaille.

Johtopäätökset: Potilaille oli merkittävää hoitajien huomaavaisuus, äänensävy, kosketus, kannustus ja tiedon antaminen. Näitä tulee tutkia tarkemmin hoitotyön interventioina. Potilaat työskentelivät oman mielensä kanssa toivon ja epätoivon välillä, elämän ja kuoleman välissä. Tästä ei olla tehohoitotyössä riittävän tietoisia ja vaatii lisätutkimusta aiheesta.

Avainsanat: potilaan kokemus, hengityskonehoito ja tehohoitotyö

Sisällysluettelo

Tiivistelmä

1	JOHDANTO	1
2	TEOREETTINEN TAUSTA	3
2.1	Potilaan kokemukset ja potilaskeskeinen hoito	3
2.2	Hengityskonehoito	4
2.3	Tehohoitotyö	5
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE: TUTKIMUSKYSYMYKSET	7
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN: AINEISTO JA MENETELMÄT	8
4.1	Aineiston haku ja valinta.....	8
4.2	Aineiston kuvaus	11
4.3	Aineiston analyysi.....	12
5	TULOKSET	13
5.1	Keho	13
5.2	Mieli	15
5.3	Yhteys toisiin ihmisiin	17
6	POHDINTA	19
6.1	Johtopäätökset.....	21
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	22

1 JOHDANTO

Kaikilla ihmisillä “on oikeus elämään, vapauteen ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen. “ (Yhdistyneitten kansakuntien yleismaailmallinen julistus 1948, 3. artikla) Ihmisen ja ihmisarvon kunnioittaminen ovat myös hyvän hoidon perusta. Niihin sisältyvät ihmisen perusoikeudet, valinnan vapaus ja itsemääräämisoikeus (ETENE, Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Potilaalla on oikeus itsenäisiin päätöksiin omasta elämästä ja hyvinvoinnista. Hoito edellyttää potilaan osallisuutta ja suostumusta sekä potilaalla on tiedonsaantioikeus. Terveystieteiden lähtökohdaksi on aina potilaan etu. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Hoidon tulee olla turvallista, luotettavaa ja toiminta perustuu tietoon ja ammattitaitoon. Hyvää hoitoa on potilaan inhimillinen ja yksilöllinen kohtelu. (ETENE , Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Tehohoitopotilaan kokemusten tutkiminen on tärkeää hoitotieteen kehittämisen ja koulutuksen näkökulmasta. Hoitotyötä ohjaa edellä mainitut lait ja eettiset ohjeet. Tehohoidossa korostuu tekniikka ja erilaiset laitteet avustavat potilaan elintoimintoja (Fulbrook 2003). Tehohoitotyötä tehdään yhteistyössä ja moniammatillisesti potilaan parhaaksi (Chlan ym. 2011). Tehohoitotyön ja potilaslähtöisen hoidon kehittäminen lähtee potilaan kokemusten syvällisestä tuntemisesta ja ymmärtämisestä. Yhteiskunnallisesti tehohoitopotilaan kokemusten tutkiminen on merkityksellistä, koska laki ja eettiset ohjeet vaativat potilaan kuuntelua ja osallisuutta hoitoon. Potilaan tehohoito on kallista (Karlson ym. 2017). Laadukkaalla ja hyvällä hoidolla potilaat säilyvät hengissä ja heillä on mahdollisuus elää vielä mielekästä elämää, osallistua yhteiskunnan toimintaan, palaamalla takaisin työelämään.

Suomessa on julkaistu muutamia väitöskirjatutkimuksia 2000-luvulta lähtien tehopotilaan hoitotyöhön liittyen. Pudas-Tähkä (2018) on kehittänyt tehopotilaan kivun arviointimittarin. Meriläinen (2012) on tutkinut tehopotilaan hoitoympäristöä ja potilaan kokemuksia tehohoidosta. Jansson (2014) on tutkinut koulutuksen vaikuttavuutta tehosairaanhoidajan tietoihin ja taitoihin noudattaen hoitosuosituksia ehkäisten keuhkokuumetta hengityskonehoidon aikana. Lakanmaan (2012) on kehittänyt tehohoitotyön arviointimittarin ammatilliseen osaamiseen valmistuville

sairaanhoitajaopiskelijoille. Potinkaran (2004) on tutkinut kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välistä yhteistyötä. Pyykkö (2004) on kehitellyt tehohoito-yön mallin, joka kuvaa potilaan elintoimintojen muutoksia, hoitotyön diagnooseja ja hoitotyön toimintoja.

Kansallisesti ja kansainvälisesti potilaan kokemuksia teho-osastolla on tutkittu jonkin verran. Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tutkia potilaiden kokemuksia hengityskonehoidosta teho-osastolla. Millaiset asiat ovat merkittäviä potilaalle? Millaisia kokemuksia potilaat kertovat? Mitä potilaat muistavat? Millaisiin asioihin hoitotyössä tulee kiinnittää huomiota, jotta sitä voidaan kehittää ottamalla paremmin huomioon potilaiden kokemusmaailma.

2 TEOREETTINEN TAUSTA

2.1 Potilaan kokemukset ja potilaskeskeinen hoito

Ihmisen mieli rakentuu Perttula & Latomaan (2005) mukaan subjektiivisista merkityksenannoista ja merkityssuhteista. Kokemukset ovat mielen merkitysmaailmaa. Kokemuksia ovat esimerkiksi tunne-elämykset, havainnot, kuvitelmat, mielikuvat, ajatukset, uskomukset, käsitykset, arvostukset ja mielipiteet. Subjektiivisena merkitysmaailmana mieli ja kokemukset ovat tutkijan aistihavainnon tavoittamattomissa. Kokemuksia voidaan tutkia vain, jos tutkittava ilmaisee tai kertoo kokemuksiaan. Perttula & Latomaa (2005) kirjoittaa, suurin osa kokemuksista on kokemuksia kehosta ja elämäntilanteesta, johon keho on kuljettanut. Kehon välittämänä kokemukset ovat läsnä kokijalle itselleen.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa ja hoitotieteessä holistinen ihmiskäsitys. Rauhala (2005) määrittelee holistiseen ihmiskäsitykseen kuuluvan kolme olemisen muotoa: kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus. Kehollisuus on ihmisen koko fyysinen keho toimintoineen. Tajunnallisuus on ihmisen henkinen, psyykkinen ja hengellinen olemassaolo. Tajunnallisuuteen kuuluvat muun muassa unet, mielikuvat, tunteet, ajatukset, aistimukset ja uskomukset. Rauhalan (2005) mukaan epäselvät kokemukset ja jäsentymättömät merkityssuhteet voivat aiheuttaa ahdistusta ja mielenterveyden häiriintymistä. Situationaalisuus on kaikki se ihmisen ympärillä oleva todellisuus, johon ihminen on kietoutunut elämän tilanteen kautta. (Rauhala 2005.)

Håkansson Eklund (ym. 2019) tutkimuksen mukaan potilaskeskeinen hoito on empaattista, kunnioittavaa ja sitoutunutta hoitoa. Empaattinen hoito tarkoittaa myötätuntoista ja ymmärtävää hoitamista sekä emotionaalisen tuen antamista. Sitoutunut hoito antaa aikaa potilaalle ja on läsnäolevaa hoitoa. Potilaskeskeinen hoito sisältää kaksisuuntaisen vuorovaikutuksen, hoitajan ja potilaan välillä. Yhteinen päätöksenteko on tärkeää. Potilas osallistuu aktiivisesti hoitoon. Potilaan huomioiminen kokonaisvaltaisesti eli holistinen ihmisenäkemyks korostuu sekä potilaan yksilöllinen ja persoonallinen huomioiminen on tärkeää potilaskeskeisessä hoidossa. (Håkansson Eklund ym. 2019.)

Potilaat kuvailevat muistojaan teho-osastolta Engeströmin (2013) tutkimuksessa potilaat kokevat riippuvaisuutta ja haavoittuvuutta ollessaan toisten hoidettavana. Heidän sanallinen kommunikointi on vaikeaa tai mahdotonta hengityslaittehoidossa (Baumgarten & Poulsen 2014). Clukey ym. (2014) tutkimuksessa potilaat kuvaavat voimakkaasti kokemusta hengityskonehoidosta. On kärsimystä olla hengityspotki suussa ja se tuottaa kipua (Baumgarten & Poulsen 2014). Potilaat haluavat tulla nähdyksi yksilöllisinä ja ainutlaatuisina persoonina Baumgarten & Poulsen (2015) ja Carruthers (2018). Teho-osasto ympäristönä on outo ja pelottava. Potilaat arvostivat hoitajan luomaa rauhoittavaa ja miellyttävää ilmapiiriä. (Baumgarten & Poulsen 2014.)

Meriläisen (2012) väitöskirjatutkimuksessa potilaiden muistikuvat tehohoidosta jaettiin sisäisiin muistikuviin, joita olivat fyysiset oireet ja psyykkiset kokemukset. Meriläisen (2012) tutkimuksen mukaan suurin osa potilaiden muistikuvista oli kielteisiä ja hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota asioihin, joihin voidaan vaikuttaa. Tulee muistaa potilaan läsnäolo, vaikka hän ei vaadi huomiota. Potilaan vuorokausirytmiiä tulee kunnioittaa mahdollisuuksien mukaan, luoda rauhallinen hoitoympäristö ja sopiva valaistus ja luotettava sekä turvallinen ilmapiiri. (Meriläinen 2012.)

2.2 Hengityskonehoito

Hengitysvajaus on tavallisin henkeä uhkaava elintoiminnonhäiriö. Se liittyy sairauksiin keuhkojen, keuhkoverenkierron, keskushermoston ja rintakehän alueella. Äkillinen hengitysvajaus on hapettumisen häiriö. Se on hiilidioksidin kertymistä tai hengitystyön lisääntymistä aiheuttaen kehoon epätasapainoisen tilan. Hengitysvajaus vaatii nopeaa hoitoa ja sen ensisijainen hoitomuoto on hoito maskin avulla. Hengitysteiden varmistaminen intubaatiolla ja mekaanisen ventilaation aloittaminen perustuu verenkierron ja tajunnan tason sekä hengityksen kokonaisvaltaiseen arviointiin. Hengityskonehoito annetaan intubaatioputken tai hengitystieavanteen kautta. Intubaatioputki on hengitysteihin laitettu putki, joka varmistaa avoimet hengitystiet. (Käypähoito 2014.)

Hengityslaitteidolla turvataan ja säilytetään potilaan omaa hengitystyötä. Samalla pyritään estämään hengityskonehoidon haittoja. (Lönn ym. 2017.) Potilaan puoli-istuva asento, hyvä käsihygienia sekä hampaiden ja suunhoito vähentävät keuhkokuumeen yleisyyttä tehopotilailla (Jansson 2014, Hua ym. 2016). Hengityskonehoidon tavoitteena on riittävä potilaan hapettuminen, keuhkotuuletuksen ylläpitäminen ja kaasujenvaihtohäiriön korjaaminen tarvittaessa (Lönn ym. 2017) ja sairaanhoitajalla on tässä keskeinen rooli yhteistyössä lääkäreiden kanssa (Chlan ym. 2011). Käypähoito suosituksen mukaan hengityskonehoitoa saavaa potilasta seurataan tarkasti. Potilaalta seurataan hapentarjonnan riittävyyttä ja peruselintoimintoja valvotaan jatkuvasti. Pulssioksimetri ja verikaasuanalyysien seuraaminen säännöllisesti kuuluvat hengityskonepotilaan hoitoon. Uloshengityskaasun hiilidioksidia mitataan ja seurataan. (Käypähoito 2014.)

Sedaatioprotokolla vähentää tehopotilaiden deliriumia eli äkillistä sekavuutta ja lisää mahdollisuutta selvitä tehohoidosta. Sedaatioprotokolla tarkoittaa, että kivunhoito tulee olla nopeaa ja tehokasta. Rauhoittavia lääkkeitä annetaan mahdollisimman vähän, turvaten kuitenkin potilaiden mukavuus ja turvallisuus hengityskonehoidossa. (Patel & Kress 2011, Ström ym. 2013, Reade & Finder 2014.) Koplan ym. (2019) tutkimuksen mukaan hoitajavetoisen sedaatioprotokollan toteuttaminen vähentää potilaan hengityskonehoitopäiviä sekä vähentää kipua ja rauhoittavien lääkkeiden käyttöä.

Varhain aloitettu kuntoutus lyhentää tehohoidon kestoa ja sedatoivan lääkityksen tarvetta sekä nopeuttaa potilaan toimintakyvyn palautumista. Kognitiiviset häiriöt tehohoidon jälkeen ovat erittäin tavallisia. (Käypähoito 2014, Karlson ym. 2017.) Delirium on äkillinen sekavuustila, jossa tajunnantaso, huomiokyky ja tarkkaavaisuus on heikentynyt. Deliriumin laukaisevia tekijöitä ovat kipu, stressi, univaje, ulkoiset ärsykkeet ja vieras ympäristö. (Huttunen 2018.) Arvioimalla säännöllisesti potilaan vieroitusmahdollisuutta hengityskonehoidosta, se lyhentänee hengityskonehoidon pituutta. (Käypähoito 2014.)

2.3 Tehohoitotyö

Suomen tehohoitoyhdistys (2019) mukaan tehohoito on kriittisesti sairaan potilaan hoitoa, jossa potilaan elintoimintoja valvotaan, tuetaan ja korvataan tarvittaessa.

Tavoitteena on estää hengenvaara. Fulbrook (2003) mukaan tehohoito on teknisesti vaativaa ja asiantuntijuuteen perustuvaa hoitotyötä. Sairaanhoitajalla tulee olla laaja tietopohja tunnistaa potilaan yksinäiset tarpeet ja hoitaa kriittisesti sairasta potilasta (Fulbrook 2003).

Soini (2014) jakaa hengityskonehoidossa olevan potilaan hoitotyön välittömään hoitotyöhön, joka on potilaan elintoimintojen seuranta ja hoito, lääkehoidon toteuttaminen, yhteistyö potilaan kanssa, potilaan pahan olon lievittäminen, suunhoidosta ja hengitysteiden imemisestä huolehtiminen (Jansson 2013, Hua ym. 2016), hengityskoneesta vieroittaminen turvallisesti (European federation of Critical Care Nursing associations – EfCCa 2012), varhainen mobilisaatio ja kuntoutus (Laurent ym. 2016), kirjaaminen ja raportointi. Potilaan välilliseen hoitotyöhön kuuluu yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa (Chlan ym. 2011), omaisten tukeminen ja tiedottaminen sekä henkilökunnan kouluttaminen ja ammattitaidon kehittäminen (Chlan ym. 2011, Soini 2014.)

Tehohoitotyössä otetaan huomioon myös lähiomaiset (Clukey ym. 2014) ja potilaat kokevat läheisten tuen tärkeäksi (Baumgarten & Poulsen 2015). Omaiset kokevat tuen saamisen ja toivon ylläpitämisen tärkeänä. Joustavat vierailuajat ja läheisyys potilaan kanssa lisäävät omaisten tyytyväisyyttä. Yksilöllinen tiedon tarpeen tunnistaminen on tärkeää sairaanhoitajan ja omaisten yhteistyössä. (Clukey ym. 2014, Hotus 2017.)

Tehohoito potilailla voi olla useita elintoimintahäiriöitä vamman, sairauden tai kirurgisen toimenpiteen seurauksena. Tehohoidossa olevat potilaat ovat vaikeammin sairaita kuin aikaisemmin. Tehohoito ja potilaiden ennuste ovat parantuneet vuosikymmenen aikana. Tehohoitoa on kehitetty ja potilaan ennustetta parantavat hoitoprotokollat on otettu nopeasti käyttöön kehitystyön ansiosta. Suomessa tehohoitokuolleisuus on pienentynyt 20 % kymmenessä vuodessa ja 90 % tehohoito potilaista selviää elossa sairaalasta. Tehohoidon keskimääräinen kustannus on 3000 € vrk. Ajoissa tunnistettu potilaan sairauden kriittinen tila ja nopeasti aloitettu tehokas hoito oikeassa paikassa on keskeistä hoidon tulosten ja kustannusten kannalta. (Karlson ym. 2017.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE: TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on kuvailla hengityskoneessa olevien potilaiden kokemuksia tehohoidosta. Tavoitteena on saada tietoa potilaiden kokemuksista, jotta potilaita voidaan hoitaa yksilöllisesti, laadukkaasti ja parhaalla mahdollisella tavalla.

Tutkimuskysymys: Millaisia kokemuksia hengityskonehoitopotilailla on tehohoidosta?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN: AINEISTO JA MENETELMÄT

Kirjallisuuskatsaus kohdistuu aikaisempiin tutkimuksiin valitun aiheen mukaan. Kokonaiskuvan muodostaminen aihealueesta mahdollistuu kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsauksessa on tärkeää tutkimuskysymyksen tarkka muotoilu ja alkuperäiset tutkimukset. Hakuprosessin onnistuminen riippuu käytettävissä olevista resursseista. (Stolt ym. 2016.) Aineistoanalyysissä kuvataan tärkeät sisällöt tutkimuksista: kirjoittajat, julkaisuvuosi, maa, tutkimuksen tarkoitus, asetelma, aineiston keruumenetelmät, tutkimuksen kohdejoukko, otos, päätulokset, vahvuudet ja heikkoudet. Seuraavaksi katsauksen tekijä lukee, merkitsee ja muodostaa merkintöjen avulla luokkia tai teemoja. Eroavaisuuksista ja yhtäläisyyksistä kootaan synteesi eli looginen kokonaisuus. Viimeisenä tulosten raportointi eli kirjoitetaan katsaus lopulliseen muotoonsa. Katsauksen pohdinnassa arvioidaan katsauksen luotettavuutta. (Stolt ym. 2016.)

4.1 Aineiston haku ja valinta

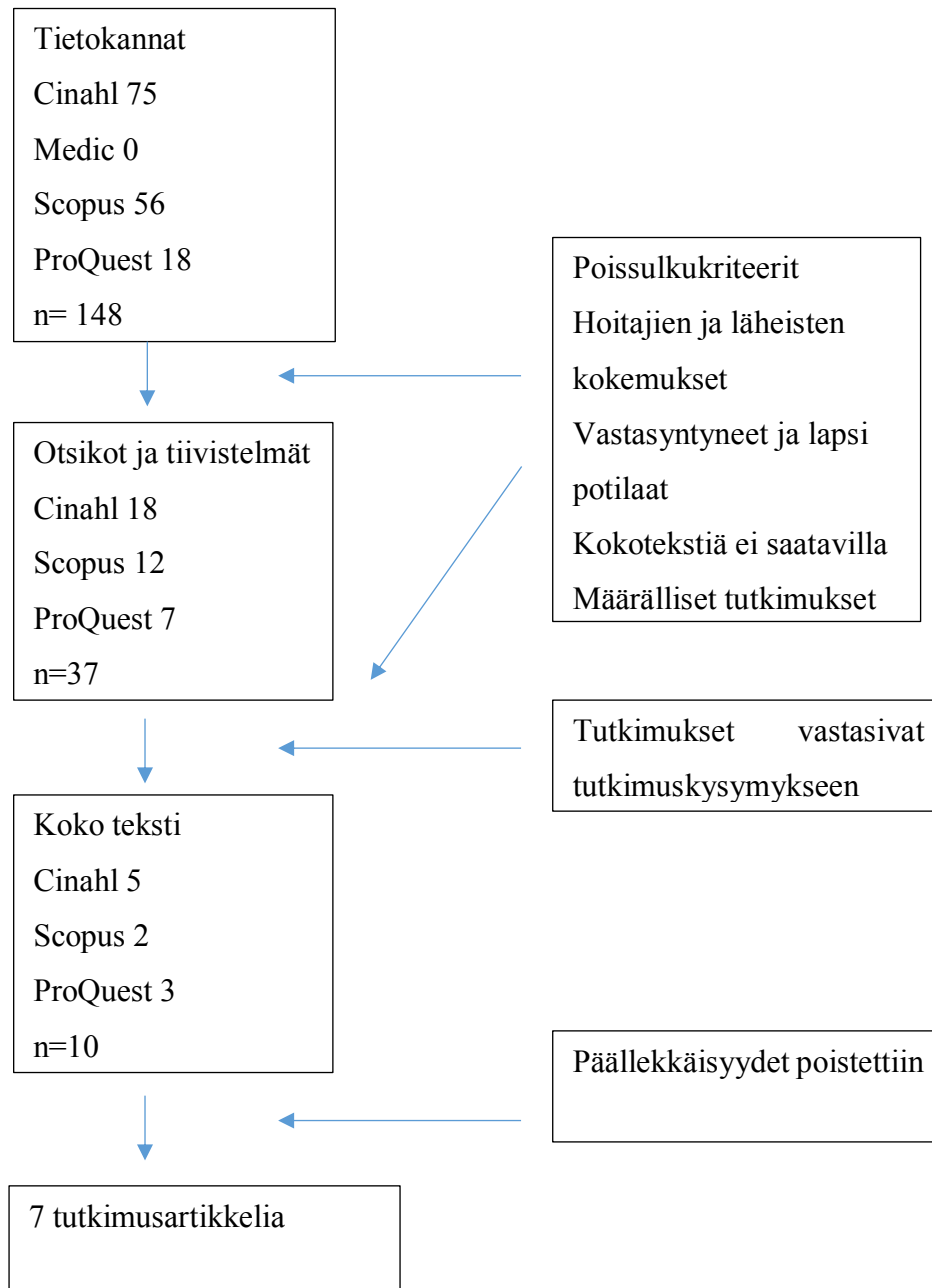
Tämä kirjallisuuskatsaus toteutettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta mukaillen. Tiedonhaku toteutettiin helmikuussa 2019 neljästä tietokannasta, jotka olivat Cinahl, Medic, ProQuest ja Scopus. Alustavia hakuja tehtiin useita testaten erilaisia hakusanoja ja hakuyhdistelmiä. Lyhennettyjä sanoja käytettiin alustavissa hauissa. Lopullisiksi hakusanoiksi valikoituivat: patient experience AND intensive care OR critical care AND mechanically ventilated OR mechanical ventilation. Kirjallisuuskatsaukseen haluttiin mahdollisimman tuoreita tutkimuksia, joten haku rajattiin vuosiin 2014-2019.

Sisäänottokriteerit ja poissulkukriteerit on koottu taulukkoon 1. Tutkimukset tehopotilaan kommunikointiin liittyen rajattiin pois tästä kirjallisuuskatsauksesta tutkimusartikkeleiden suuren määrän vuoksi. Kommunikointivaikeudet ovat yksi merkittävä haaste sekä tehopotilaalle että henkilökunnalle. Kandidaattitutkielman resurssit ovat rajalliset. Kommunikointivaikeudet nousevat esille tässä kirjallisuuskatsauksessa tutkimukseen valittujen artikkeleiden pohjalta. Tässä kirjallisuuskatsauksessa ollaan kiinnostuneita kokonaisvaltaisesti hengityskonehoito potilaiden kokemuksista teho-osastolla.

Taulukko 1. Tutkimuksien sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Aikuiset tehopotilaat	Vastasyntyneet ja lapsi tehopotilaat
Potilaiden kokemukset	Läheisten ja tehohoitajien kokemukset
Laadulliset tutkimukset	Määrälliset tutkimukset
Kieli englanti tai suomi	Kaikki muut kielet
Koko teksti saatavilla	Maksullinen artikkeli
Vuosirajaus 2014 – 2019	2014 vuotta vanhemmat artikkelit
	Tehopotilaan kommunikointiin rajatut tutkimukset

Cinahl tietokannassa hakutulos oli yhteensä 74 artikkelia. Otsikoiden perusteella valikoitui 18 tiivistelmää ja kokotekstin sisällön perusteella valittiin viisi artikkelia, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Medic tietokantaan tehtiin haku, mutta sieltä ei löytynyt yhtään tutkimukseen soveltuvaa artikkelia. Scopus tietokannassa hakutulos oli 56 artikkelia. Otsikoiden perusteella valikoitui luettavaksi 12 tiivistelmää ja kokotekstin sisällön perusteella valittiin kaksi. Nämä kaksi artikkelia tulivat jo cinahl tietokannasta tehdyllä haulla. ProQuest tietokannasta hakutulos oli 18 artikkelia. Otsikoiden perusteella valikoitui luettavaksi seitsemän tiivistelmää ja koko tekstin perusteella kolme, joista kaksi oli tullut jo aikaisemmissa tietokanta hauissa. Yksi artikkeli valikoitui koko teksti perusteella. Lopuksi poistettiin päällekkäisyydet. Manuaalista hakua tehtiin myös uusien tutkimusten lähdeluetteloita lukemalla, mutta sieltä ei löytynyt artikkeleita. Tutkimukseen valikoitui 7 artikkelia. Kuviossa 1 on esitelty tutkimusaineiston valintaprosessi.



Kuvio 1 Tutkimusaineiston valintaprosessi

4.2 Aineiston kuvaus

Tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoitui seitsemän laadullista tutkimusta, jotka ovat kiinnostuneita tehohoitopotilaan kokemuksista hengityskonehoidon aikana. Nämä tutkimukset on tarkemmin kuvattu taulukossa liite 1. Tutkimuksissa oli käytetty erilaisia laadullisia lähestymistapoja. Yksi tutkimus oli tulkinnallinen kuvaus, jossa on käytetty induktiivista ja laadullista lähestymistapaa inspiroituen etnografiasta. Aineiston keruumenetelmänä havainnointi ja haastattelu. Haastattelu tehtiin kaksi kertaan. (Laekner ym. 2017.) Toisessa tutkimuksessa oli narratiivinen lähestymistapa ja syvähaastattelu menetelmällä (Lykkegaard & Delmar 2015). Kolmas tutkimus käytti Heideggerin fenomenologista lähestymistapaa ja aineiston keruumenetelmänä haastattelu (Stayt ym. 2015). Kaksi tutkimusta lähestyi fenomenologis - hermeneuttisella lähestymistavalla ja käytti aineiston keruumenetelmänä puolistrukturoitua haastattelua (Tingsvik ym. 2018, Holm & Dreyer 2015). Yksi tutkimus oli fenomenologinen lähestymistapa ja aineiston keruumenetelmä oli temahaastattelu (Klavestad & Nåden 2015). Ja yhdessä oli hermeneuttinen lähestymistapa, joka toteutettiin avoimella haastattelu kysymyksellä (Kjeldsen ym. 2017).

Tutkimukset on tehty Euroopassa, neljä Tanskassa (Laekner ym. 2017, Kjeldsen ym. 2017, Holm & Dreyer 2015, Lykkegaard & Delmar 2015), yksi Norjassa (Klavestad & Nåden 2015), yksi Englannissa (Stayt ym. 2015) ja yksi Ruotsissa (Tingsvik ym. 2018). Kaikki tutkimukset on toteutettu haastattelemalla potilaita käyttäen avoimia kysymyksiä tai puolistrukturoituja temahaastatteluja. Aineistot on analysoitu erilaisilla laadullisilla menetelmillä. Tutkimusaineiston lukumäärä vaihteli 3-20 haastateltavaan. Haastattelun kesto vaihteli 5 min - 90 min välillä. Haastattelu ajankohta vaihteli yhdestä päivästä, ekstuboinnin eli hengitystieputken poiston jälkeen 12 kuukauteen teholta pääsemisestä.

Tingsvik ym. (2018) tutkii hengityskonehoidossa olevan potilaan kokemuksia hengityskoneesta vieroittelussa. Laekner ym. (2017) olivat kiinnostuneet kriittisesti sairaan hereillä olevan potilaan kokemuksista hengityskonehoidon aikana. Kjeldsen ym. ((2017) puolestaan tutkivat tajuissaan hengityskonehoidossa olevien potilaiden kokemuksia janosta. Stayt ym. (2015) tutkimuksen tavoite oli tutkia potilaiden kokemuksia teknologiasta aikuisten teho-osastolla. Lykkegaard & Delmar (2015) olivat

kiinnostuneet tutkimaan riippuvuuden merkitystä tehopotilaan kokemana. Holm & Dreyer (2015) tutkimuksen tavoite oli tutkia tajuissaan olevan, hengitystieavanne potilaan kokemuksia hengityskonehoidosta. Klavestad & Nåden (2015) tutkimuksen tavoite oli puolestaan saada tietoa mikä myötävaikuttaa potilaan itsekunnioitukseen teho-osastolla.

4.3 Aineiston analyysi

Laadullisen aineiston käsittelymenetelmiä on Stolt ym. (2016) mukaan neljää erilaista. Ne voidaan jakaa ryhmiin tavoitteiden ja tarkoituksen perusteella: aineiston yhdistely, kuvaileva luokittelu, käsitteellistäminen ja luokittelu. Aineistoa kuvataan sanallisesti kaikissa menetelmissä. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa aineiston vaihtelevuudesta johtuen kuvaileva luokittelu on usein käytetty aineiston käsittelyn laadullinen menetelmä. (Stolt ym. 2016.) Tähän kirjallisuuskatsaukseen on valittu kuvaileva aineiston käsittelymenetelmä. Kuvailevassa luokittelussa aineistoon perehdytään ja valitaan aineistolle sopiva luokittelumuoto. Aineiston luokittelu tapahtuu joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli suhteessa johonkin ennalta määrättyyn. (Kangasniemi ym. 2013.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa on käytetty induktiivista tapaa esittää tulokset.

Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit ovat englanninkielisiä. Tutkimukset on luettu läpi useaan kertaan. Aluksi silmäillen otsikot ja pääkohtiin kiinnittäen huomiota. Tutkimukset käännettiin huolellisesti suomen kielelle. Muistiinpanoja on tehty koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimustuloksia luettiin läpi alleviivaten tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksen pohjalta. Tutkimusten tuloksiin ja johtopäätöksiin on palattu lukuisia kertoja tutkimuksen kirjoittamisen aikana. Tutkimustulokset esiteltiin artikkeleissa hyvin monella tavalla. Tutkimustulokset tässä kirjallisuuskatsauksessa on jaoteltu holistisen ihmiskäsityksen mukaan keho, mieli ja suhteet toisiin ihmisiin. Tällaisella tutkimustulosten esittelyllä halutaan korostaa potilaslähtöisyyttä. Kuvio 2 kokoaa yhteen tämän tutkimuksen tulokset potilaiden kokemuksista hengityskonehoidon aikana.

5 TULOKSET



Kuvio 2 Potilaiden kokemuksia hengityskonehoidosta teho-osastolla

5.1 Keho

Potilaat kokivat ääretöntä janoa tunnetta (Holm & Dreyer 2015, Kjeldsen ym. 2017, Tingsvik ym. 2017) joka helpottui vain hetkeksi. Potilaat turhautuivat ja kokivat voimattomuutta, kun eivät voineet täyttää inhimillistä perustarvetta. Tingsvik ym. (2018) tutkimuksessa potilaat kokivat janoa, kipua, nukkumisvaikeuksia ja mahdottomaksi

vaihtaa asentoa. Klavestad & Nåden (2015) mukaan potilaat lisäksi turhautuivat ja kokivat avuttomuutta, koska eivät kyenneet puhumaan ja ohjeistamaan hoitohenkilökunnalle, miten asennonvaihto sujuu potilaiden kannalta parhaiten. Potilaat kokivat intubaatioputken epämiellyttävänä (Tingsvik ym. 2018). Erityisen inhottavaa oli, jos intubaatioputki pääsi liikkumaan ja aiheutti yökkäyksen tunteen (Holm & Dreyerin 2015). Laekner ym. (2017) tutkimuksessa 56-vuotias mies kuvailee kokemustaan hengityspotuksesta: ”Putki vaivasi minua helvetisti. Se koski johonkin suussani ja oli tosi arka. Minulle kerrottiin, että putkeen ei saa koskea ja hoitajat valvoivat, jotta en vedä sitä pois. Sitten hoitajat antoivat koskea siihen ja liikauttaa ihan vähän ja se ei ärsyttänyt minua enää.” (Laerkner ym. 2017.)

Kehon kokeminen heikoksi oli epämiellyttävä tunne (Laerkner 2017). Potilaat kokivat voimattomuutta ja turhautumista, kun eivät voineet täyttää perustarpeitaan (Kjeldsen ym. 2017). Potilaat kokivat voimakasta uupumusta kehon toimimattomuudesta ja heillä ei ollut mahdollisuutta kertoa siitä. Uupumus oli sekä fyysistä että henkistä. (Tingsvik ym. 2018.) Alistuminen kehon toimimattomuuteen koettiin loukkaavana ja vaikeus olla riippuvainen hoidosta oli monien potilaiden kokemus (Lykkegaard & Delmar 2015). Potilaat olivat sairaita ja avuttomia, heidän oli pakko vastaanottaa hoitoa. He eivät olleet tottuneet tällaiseen ja kokivat intimiteetin loukatuksi. Riippuvuus toisista oli potilaiden mielestä noloa, epämiellyttävää ja nöyryyttävää. Hoidon vastaanottaminen oli helpompaa, jos hoitajat käyttäytyivät kunnioittavasti. (Kvelstad & Nåden 2015.)

Potilaille oli elintärkeää intimiteetin säilyttäminen peittämällä potilaan intiimit alueet. Potilaat kokivat heidän yksityisyyden kunnioittamisen tärkeäksi (Kvelstad & Nåden 2015.) Potilaat kokivat turvallisuutta, kun hoidettiin inhimillisesti ja kunnioittavasti. Potilaita rohkaistiin osallistumaan hoitoon ja sitä pidettiin tärkeänä itsetunnon kannalta. Potilaista oli tärkeää osallistua pienillä teoilla kuten pyyhkimällä huulet tai osallistumalla asennon vaihtoon. Potilaat kokivat tarpeelliseksi hyväksyä tilanne ja vastaanottaa hoito, kuten välttämätön hengityskonehoito (Tingsvik ym. 2015.) Potilailla on tarve tulla hoidetuksi kunnioituksella ja myötätunnolla. Potilaille toi turvaa ja luottamusta tuttu hoitaja. Tuttua hoitajaa toivottiin erityisesti, jos suhde hoitajaan oli hyvä ja toimiva. Epävarmuus lievittyi tuomalla jotain henkilökohtaista ja merkittävää teho-osastolle esimerkiksi tärkeä kuva potilaasta tai lähiomaisista. Potilaille merkittävää esine, joka toi yhteyden jokapäiväiseen elämään. (Laerkner ym. 2017.)

5.2 Mieli

Potilaiden tietoisuus Tingsvik ym. (2018) mukaan vaihteli unen, uneliaisuuden ja hereillä olon välillä. Potilailla oli vaikeus erottaa todelliset ja epätodelliset mielikuvat toisistaan. Potilaat kuvailivat tietoisuutta epätodellisiksi kokemukseksi ja sekaviksi ajatuksiksi, jotka pelottivat potilaita. Holm & Dreyer (2015) tutkimuksessa potilas kuvailee seuraavasti: “Kuolleita ihmisiä ja kaikenlaisia asioita, joku tanssi ympärilläni. Se oli tosi pelottavaa.” Kuvattiin myös kauniita unenomaisia maailmoja, joihin oli ihana paeta todellisuutta (Holm & Dreyer 2015). Harhakuvitelmat sisälsivät epämääräisesti todellisuutta ja unta. Aika ja paikka oli mahdotonta erottaa toisistaan (Tingsvik ym. 2018).

Osa hereillä olevista potilaista kokivat olonsa vaikeana, koska olivat liian tietoisia omasta kriittisestä sairaudesta. Se lisäsi epämukavaa oloa. (Laerkner ym. 2017.) Potilaiden tietoisuus toisten potilaiden kärsimyksistä oli vaikeinta hereillä ollessa, koska tilanteesta ei voinut paeta millään tavalla (Tingsvik ym. 2018). Potilaat kokivat voimattomuutta hoitajien yksityiselämään liittyvistä keskusteluista, vaikka toiset potilaat tunsivat sen rentouttavana. (Laerkner ym. 2017.) Tingsvik ym. (2018) mukaan potilaat kokivat ulkopuolisuutta, jos heitä ei otettu mukaan hoitoon tai ei informoitu hoidosta. Ulkopuolisuuden kokemus tuli myös, jos henkilökunta jutteli mieluummin keskenään (Laerkner ym. 2017, Tingsvik ym. 2018). Suurin osa potilaista arvosti huomaavaisia hoitajia, mutta joku potilas myös kärsi jatkuvasta valvonnasta (Laerkner ym. 2017). Laerkner ym. (2017) tutkimuksessa 71-vuotias leukemiaa sairastava mies kuvailee seuraavasti: “Olin huolissani, koska en voinut tietää mitä hoitajat saattavat tehdä. Halusin olla yksin... ja levätä.”

Potilaat kehittivät erilaisia toimintamalleja ottaakseen vastaan hoitoa. He siirsivät ajatukset muualle tai huumorin käyttäminen helpotti. Potilaat pitivät tärkeänä, kun hoitajat kysyivät lupaa potilailta, ennen kuin hoitivat potilasta (Klavestad & Nåden 2015) tai tiedottivat asioista (Kjeldsen ym. 2017.) Potilaat kokivat turhautumista muun muassa kommunikointi vaikeuksissa ja halusivat luovuttaa (Laerkner 2017). Vaikka potilaat eivät olleet täysin tietoisessa tilassa, mutta he aistivat läheisten kosketuksen ja tutut tuoksut. Ne toivat rauhallisuutta, turvaa ja motivaation taistella. (Tingsvik ym. 2018.)

Potilaat tunsivat itsensä loukatuksi, jos he eivät tulleet kuulluksi ja nähdyksi. Potilaat saattoivat kokea tulleensa kohdatuksi enemmän objektina tai tapauksena kuin persoonana. (Klavestad & Nåden 2015). Stayt ym. (2015) mukaan potilaat kokivat itsensä yksinäiseksi ja näkymättömiksi teknologian ympäröimänä. Potilas kuvailee Stayt ym. (2015) tutkimuksessa yksinäisyyden kokemusta seuraavalla tavalla: “Vaikka he eivät menneet kauemmaksi kuin huoneen nurkkaan, tunsin itseni yksinäiseksi. En voinut äännellä ja minulla ei ollut voimia kolistella mitenkään. ... ympärilläni oli niin paljon ihmisiä ja tunsin itseni niin yksinäiseksi. En ole koskaan saanut niin paljon huomiota ja tunsin itseni jääneeni vaille huomiota.” (Stayt ym. 2015.) Terveysthuolto henkilöstö oli enemmän kiinnostunut laitteista ja teknologian antamista tiedoista, kuin potilaasta itsestä. Stayt ym. (2015) jatkaa teknologin toisaalta tuovan potilaille turvaa ja toivoa selviytymisestä. Potilaat kokivat tärkeänä henkilökunnan informoinnin tilanteesta ja toipumisesta (Tingsvik ym. 2018). Hoitajien läsnäolo lievitti potilaiden pelkoa ja paniikkia oudossa ympäristössä (Laekner ym. 2017, Tingsvik ym. 2018.) Potilaat kokivat arvostusta ja kunnioitusta, kun hoitajat olivat aidosti kiinnostuneita potilaasta. Potilaille oli tärkeää saada tietoa mitä tapahtuu seuraavaksi. Tehopotilaat tarvitsevat tukea ja rohkaisua henkilökunnalta haavoittuvaan tilanteeseen. (Klavestad & Nåden 2015.)

Täydellinen riippuvuus avusta oli vaikea ja ylivoimainen kokemus potilaille. He kokivat sen alentavana, mutta heillä ei ollut vaihtoehtoja. Potilaista oli sekä vaikeaa että turhauttavaa olla heikko ja avuton, kun normaali tilanteessa olisi itsenäinen. (Klavestad & Nåden 2015.) Potilaita rohkaistiin osallistumaan hoitoon ja se oli tärkeää (Stayt ym. 2015, Laekner ym. 2017) heidän itsetunnon ylläpitämiseksi (Tingsvik ym. 2018). Osa potilaista kokivat negatiivisena, jos heitä pakotettiin osallistumaan esimerkiksi kuntoutukseen, vasten heidän omaa tahtoaan (Klavestad & Nåden 2015, Laekner ym. 2017). Potilaat olivat heikkoja tai väsyneitä. 57-vuotias pneumoniaa sairastava rouvaa kuvailee Laekner ym. (2017) tutkimuksessa kokemustaan seuraavasti: ”En kokenut hoitajien kuuntelevan minua. Istuin tuolissa ja se oli jo kivuliasta. Minun täytyi kertoa heille, että haluan takaisin sänkyyn. Kun sanoin, että olen valmis sänkyyn, joku heistä sanoi, että istu vain vielä. Oli ikävää, kun minun mielipiteellä ei ollut väliä.” Potilaat halusivat tehdä parhaansa tilanteessa. Toipumisen merkit toivat uskoa selviytymiseen. Joskus uupumus koettiin niin voimakkaana, että potilaat halusivat luovuttaa ja kuolla

(Tingsvik ym. 2018.) Potilaat tiedostivat riippuvuuden teknisistä laitteista ja hoidosta sekä kokivat itsensä haavoittuvaisiksi (Stayt ym. 2015, Laerkner ym. 2017).

5.3 Yhteys toisiin ihmisiin

Hengityskonehoito toi haasteita vuorovaikutukseen toisten ihmisten kanssa (Holm & Nåden 2015, Laerkner ym. 2017, Tingsvik ym. 2018). Potilaat kuvailivat sekä hyvin että huonosti toimivaa kommunikointia. Potilaat joutuivat taistelemaan tullakseen ymmärretyksi. Kommunikointi vaikeudet aiheuttivat huolta ja turhautumista. (Tingsvik ym. 2018.) Lykkegaard ym. (2015) mukaan potilaiden suhde hoitajiin oli ristiriitainen. Potilaat kuvailivat omaa oloaan: nolo, persoonaton, epätavallinen, ujo, voimaton ja riippuvainen. Kuvaillessaan hoitoa he käyttävät positiivisia ilmauksia. Lykkegaard ym. (2015) mukaan siihen vaikuttaa suuresti potilaiden kiitollisuuden kokemus saamastaan hoidosta ja selviytymisestä.

Potilaat olivat luovia keksiessään eri tapoja kommunikoida (Tingsvik ym. 2018). Potilaat kirjoittivat, liikuttivat huulia puheenomaisesti ja elehtivät käsillään. Potilaat kokivat turhautumista, mutta kokivat hoitajat huomaavaisiksi ja kärsivällisiksi. (Klavestad & Nåden 2015.) Potilaat kokivat suurta iloa ja helpotusta tullessaan ymmärretyksi (Tingsvik ym. 2018). Hereillä olevat potilaat kokivat mahdollisuutena kommunikoida ilmeillä, liikuttelemalla huulia puheenomaisesti, silmän liikkeillä, kasvojen ilmeillä ja erilaisilla merkeillä saadakseen viestin perille. Ja osa potilaista koki kommunikoinnin vaikeaksi, kokivat turhautuvan ja halusivat luovuttaa. (Laerkner ym. 2017.)

Hyvää vuorovaikutusta hoitajien ja potilaiden välillä pidettiin arvokkaana (Klavestad & Nåden 2015, Lykkegaard ym. 2015) sekä yksilöllinen suhde hoitajaan toi turvallisuutta (Lykkegaard ym. 2015). Kommunikointi henkilökunnan kanssa on välttämätöntä potilaan kriittisen ja vaikean tilanteen hyväksymisen kannalta (Holm & Dreyer 2015). Janon kokemus oli vielä pahempi, kun sitä ei voinut ilmaista mitenkään. Potilaat kokivat voimattomuutta, yksinäisyyttä ja eristäytyneisyyttä, kun eivät kyenneet ilmaisemaan tarpeitaan. (Kjeldsen ym. 2017.) Hoitajien asenne kommunikointiin koettiin tärkeänä. Hoitajien tuli olla huomaavaisia ja kärsivällisiä sekä heillä tuli olla tahtoa ymmärtää potilasta. Laerkner ym. (2017) tutkimuksessa hereillä olevien potilaiden mahdollisuuksia

kommunikoida havainnoitiin. Osa potilaista jäi huomiotta yrittäessään kommunikoida henkilökunnan kanssa. Hereillä olevilla potilailla oli parempi mahdollisuus osallistua kommunikointiin ja ohjata toimintoja. Heillä oli mahdollisuus ilmentää tarpeitaan huolimatta kriittisestä sairaudesta, kehon toimimattomuudesta ja teknologiasta (Laerkner ym. 2017).

Potilaat kokivat tylsänä, kun aika kului niin hitaasti. Koko ajan odotettiin jotakin. Osa potilaista jaksoi katsoa televisiota ja he kokivat sen mielekkäänä. Potilaat kokivat, että henkilökunnalla oli valta aikaan. (Holm & Dreyer 2015.) Potilaiden päivää rytmitti henkilökunnan vuoronvaihdot ja niistä potilaat pystyivät aistimaan ajan kulumista. (Tingsvik ym. 2018.) Potilaiden ottaminen päivän toimintojen suunnitteluun lisäsi potilaiden ajan hallinnan tunnetta. (Holm & Dreyer 2015). Potilaat kokivat ajan teho-osastolla tärkeäksi. He kokivat kuin syntyneen uudelleen tai saaneen uuden mahdollisuuden elämään. (Tingsvik ym. 2018.)

Potilailla oli kokemuksia persoonattomasta ja rutinoituneesta hoidosta, mutta se oli hyväksyttävä selviytyäkseen. Keho ja persoonallisuus eroteltiin ja itsekunnioitus oli vaikeaa potilaista. Hoitajia kuvailtiin pinnallisiksi, kylmiksi, välinpitämättömiksi ja kovakouraisiksi, joilta puuttui empatia (Lykkegaard & Delmar 2015.) Toiset hoitajat havainnoitiin huomaavaisemmiksi kuin toiset. Suurin osa potilaista pystyi kuvailemaan eroja hoitajissa. Toiset hoitajat olivat valppaita, huomaavaisia, kärsivällisiä ja yhteistyökykyisiä. (Laerkner ym. 2018.) Kuvioon 3 on koottu potilaiden kokemusten perusteella hyvän hoitotyöntekijän ominaisuuksia.

Yhteistyökykyinen	Huomaavainen
Kunnioittava	Kärsivällinen
Inhimillisesti kohtaava	Läsnäoleva
Rohkaiseva	Aito
Kannustava	Myötätuntoinen
Hoitoon osallistava	Valpas
Informoiva/ Tiedottava	

Kuvio 3 Hyvän hoitotyöntekijän ominaisuuksia potilaiden kokemusten pohjalta.

6 POHDINTA

Potilaiden kokemukset hengityskonehoidosta ovat monipuolisia ja vaihtelevat suuresti. Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös todettu potilailla olevan ajoittaista muistamattomuutta tehohoidosta (Engeström ym. 2013, Clukey ym. 2014). Tämän tutkimuksen mukaan hengityskonehoito aiheuttaa suurelle osaa potilaista kärsimystä ja epämukavuutta kehossa, mielessä sekä vaikeutta olla yhteydessä toisiin ihmisiin. Samoin on todennut Baumgarten & Poulsen (2014) aiemmin tutkimuksessaan. Potilaat kokivat kehossaan muun muassa kipua, janoa, univaikeuksia ja asennon vaihdon vaikeutta. Potilaat eivät voineet luottaa oman kehon toimivuuteen ja he olivat riippuvaisia hoidosta ja teknologiasta. Carruthers ym. (2018) kuvaa potilaiden menettäneen autonomian kehon toiminnasta, jopa hengittäminen on hengityskoneen varassa. Potilaat ovat kokeneet avuttomuutta ja eristäytyneisyyttä kehon toimimattomuudesta (Engeström ym. 2013, Carruthers ym. 2018). Potilaalle ja omaisille on tärkeää yksilöllinen huolenpito, joka pitää sisällään kosketuksen, miellyttävän ja rauhallisen äänen sekä tiedon antamista hengityskonehoidon aikana (Clukey ym. 2014). Nämä asiat tukevat myös tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksia.

Potilaat joutuvat työskentelemään oman mielensä kanssa monenlaisissa asioissa. Engström (ym. 2013) kuvailee hengityskonehoidossa olevien potilaiden kärsivän yllättävästä ja odottamattomasta tilanteesta, jossa elämä itsessään on uhattuna. Tässä tutkimuksessa potilaat kokivat monia haastavia tunnetiloja kuten ulkopuolisuus, voimattomuus, yksinäisyys, noloa, nöyryyttävää, turhauttavaa, heikko, avuton ja näkymätön olo. Potilaat ovat haavoittuvia ollessaan kriittisesti sairaita. He taistelevat elämän ja kuoleman välissä ja joutuvat työskentelemään mielensä kanssa toivon ja epätoivon välillä. Carruthers ym. (2018) kuvaa potilaiden tekevän 'näkyvätöntä työtä', joka vaatii fyysistä ja psykologista aktiivisuutta kestääkseen hengityskonehoitoa. Tämä potilaan tekemä työ on suuresti näkyvätöntä perheeltä ja henkilökunnan taholta ja vaatii potilaalta ponnistelua ja energiaa (Carruthers ym. 2018.) Potilaat kokivat tärkeänä hoitajien antaman tuen ja kannustuksen. Clukey ym. (2014) tutkimuksessa potilaille oli välttämätöntä ja elintärkeää hoitajien rauhoittava ääni, joka toi myös turvallisuutta.

Perhe ja lähiomaiset olivat tärkeitä tukijoita tehohoidon aikana sekä toivat motivaatiota ja halua taistella. Baumgarten & Poulsen (2014) tutkimuksessa läheiset toivat myös tukea sekä viihtyisyyttä ja inhimillisyyttä. Carruthers ym. (2018) mukaan yhteys toisiin ihmisiin tuo tärkeän tunteen potilaalle ihmisyydestä ja yhteys läheisiin on tärkeä (Baumgarten & Poulsen 2014) muistutus tavallisesta elämästä. Potilaiden kommunikointi omista tarpeista tukee potilaan selviytymistä fyysisesti ja psyykkisesti (Carruthers ym. 2018). Tässä tutkimuksessa potilaiden tietoisuus ja tiedottomuus vaihteli unen ja hereillä olon välillä. Potilaat kokivat epätodellisia kokemuksia ja sekavia ajatuksia. He eivät osanneet erottaa epätodellisuutta todellisuudesta. Potilaat kokivat ne pelottavina. Samoin on kuvailtu aikaisemmin tutkimuksessaan Baumgarten & Poulsen (2014). Tässä tutkimuksessa osa potilaista kuvaili myös miellyttäviä harhoja, joihin oli ihana paeta todellisuutta. Egerod ym. (2015) mukaan potilaat saattavat paeta omaan sisäiseen maailmaan, kun kadottavat hallinnan tunteen kriittisesti sairaana.

Potilaat kokivat hyvin ja huonosti toimivaa kommunikaatiota. Potilailla oli vaikeus kertoa omista tarpeistaan ja olla yhteydessä toisiin ihmisiin. Osa potilaista kokivat vaikeaksi ja turhauttavaksi, koska eivät voineet käyttää ääntä normaalisti (Holm & Dreyer 2017) Toiset potilaat kehittivät erilaisia kommunikointimenetelmiä. Potilaat ilmeilivät, liikuttelivat huulia puheenomaisesti, kirjoittivat ja käyttivät käsiään elehtiessään. Turhautuminen oli tavallista tässä tutkimuksessa ja aikaisemmin on kuvailtu samanlaista (Engeström ym 2013, Baumgarten & Poulsen 2014, Holm & Dreyer 2017) kun potilaat eivät saaneet viestiä perille. Potilaat joutuivat kamppailemaan tullakseen ymmärretyksi. Osa potilaista kokivat jääneensä huomiotta yrittäessään kommunikoida henkilökunnan kanssa. Potilaat kokivat lohdutusta ja ahdistus helpotti, kun hoitajat kertoivat mitä ovat tekemässä (Clukey ym. 2014, Holm & Dreyer 2017). Tässä kirjallisuuskatsauksessa potilaat pitivät erittäin tärkeänä, että asioista tiedotettiin.

Egerod ym. (2015) tutkimus osoittaa tehopotilaiden kokevan kärsimystä hoidon aikana sekä fyysisesti että psyykkisesti. Potilaiden keho ei toimi niin kuin aikaisemmin ja he tarvitsevat muiden ihmisten apua. Hengityskonehoidossa olleet potilaat kokevat riippuvuutta ja haavoittuvuutta, kun eivät voi luottaa oman kehon toimintaan (Engström ym. 2013). Tässä tutkimuksessa kehon toimimattomuudesta myös koettiin riippuvuutta ja turhautumista. Hoitotyön interventioilla tuetaan potilaan selviytymistä hengityskonehoidon aikana. Hoitotyön interventioita ovat koskettaminen, tukeminen,

orientoiminen aikaan ja paikkaan, rauhoittava puhe ja tiedon antaminen. (Clykey ym. 2014). Itsenäisyyden menetys ja kommunikointivaikeudet toivat potilaalle yksinäisyyden kokemuksia (Egerod ym. 2015). Potilaat kokivat myös turhautumista kommunikointivaikeuksista (Engström ym. 2013). Tiedostava, ymmärtävä ja yksilöllinen hoitaminen auttaa potilasta selviytymään Egerod ym. (2015). Tiedottaminen tulevasta toiminnasta ja potilaan tilasta koettiin merkityksellisenä ja erittäin tärkeänä tässä tutkimuksessa.

6.1 Johtopäätökset

Hoitotyö perustuu ihmisarvon kunnioittamiseen. Tämän tutkimuksen tulokset antavat tietoa, kuinka tehohoitotyötä tulisi kehittää. Potilaat kokevat hengityskonehoidon aikana sekä negatiivisia että positiivisia kokemuksia. Seuraavilla hoitotyön interventioilla on suuri vaikutus potilaan kokemuksiin. Potilaille on merkittävää hoitajien äänensävy, kannustus, kosketus ja tiedon antaminen hoitotyön lomassa. Nämä ovat asioita, joita ei olla ehkä ymmärretty näin merkityksellisiksi asioiksi, hoitotyön interventioksi, hoitotyön näkökulmasta. Potilaat haluavat tulla nähdyksi ja kuulluksi ihmisinä, persoonina ja yksilöinä. Hoitotyön ammattilaisten tulee olla herkkiä aistimaan ja huomioimaan potilaan yksilöllisyyttä sekä persoonallisuutta. Hoitotyön ammattilaisia tulee kouluttaa, jotta he tulevat tietoisiksi potilaan kokemuksista ja hoitotyön vaikuttavista interventioista. Näitä hoitotyöntekijälle tiedostamattomiakin asioita kosketusta, kannustusta ja asennetta tulee tutkia tarkemmin, koska ne näyttäytyvät todella merkitykselliseksi asioiksi potilaan kokemuksissa.

Potilaan läheiset ovat tärkeitä tiedon antajia potilaan yksilöllisyydestä ja persoonallisuudesta. Potilaat kokevat läheiset tärkeiksi kannustajiksi ja tukijoiksi. Tehohoitotyössä tämä tulee ottaa vakavasti huomioon. Läheisillä tulee olla mahdollisuus osallistua hoitoon ja vieraila osastolla. Osa potilaista kokivat olevansa hoidon objekteja tai mielenkiintoisia tapauksia. Potilaille on oikeus hyvään ja laadukkaaseen hoitoon, jolloin potilaat tulee nähdä persoonallisina ja ainutlaatuisina yksilöinä. Läheisten antamat tiedot potilaan elämästä ja yksilöllisistä tarpeista antavat hoitotyöntekijöille mahdollisuuden tiedostaa potilaan ainutlaatuisuus. Kuvat potilaasta, läheisistä tai

potilaalle henkilökohtainen tavara helpottaa potilasta oudossa ympäristössä. Nämä yksilölliset tavarat saattavat muistuttaa myös hoitohenkilökunnalle potilaan persoonallisuudesta ja kohtaamaan hänet ainutlaatuisena yksilönä.

Tutkijaa liikutti ja havahtutti potilaiden tekemä työ omassa mielessään. Tämä ei näy läheisille eikä tehohoitotyötä tekeville. Potilaat kamppailevat mielessään elämän ja kuoleman välillä, toivon ja epätoivon välillä. Tästä nousee tärkeä jatkotutkimuksen aihe: miten tunnistamme potilaan sisäisen prosessin ja millaisilla hoitotyön interventioilla voimme tukea potilasta toivoon ja elämään.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Artikkeleissa tuli esille monipuolisesti potilaiden sekä negatiivisia että positiivisia kokemuksia. Lykkegaard & Delmar (2015) syvä haastattelivat kolmelle potilasta ja tutkimuksessa nousi esiin kiitollisuuden kokemuksen saamastaan hoidosta ja selviytymisestä. Tämän asian huomioiminen lisäsi tämän yksittäisen tutkimuksen luotettavuutta. Kiitollisuuden kokemus saattaa vääristää tutkimustuloksia, jos tutkija ei ole tietoinen asiasta. Luotettavuutta lisääviä tekijöitä tutkimuksissa oli potilaalle turvallisen ja rauhallisen ilmapiirin luominen haastattelun aikana sekä antamalla aikaa riittävästi. Laerkner ym. (2017) tekivät haastattelun kahteen kertaan ja lisäksi siinä oli havainnointia. Nämä lisäävät tämän tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkija suoritti haun tietokannoista itsenäisesti. Informaatikon apua ei käytetty. Hakusanoja etsittiin tekemällä alustavia hakuja ja etsimällä hyviä hakusanoja aikaisemmista tutkimuksista. Tutkijan on syytä kiinnittää huomiota systemaattisen tiedonhaun tallentamiseen ja erilaisten tietokoneohjelmien opetteluun ja hyödyntämiseen tutkimusprosessissa. Kirjallisuushaku toistettiin useampaan kertaan. Tässä tutkimuksessa tiedonhaku tallennettiin osittain manuaalisesti. Tutkimuksen luotettavuutta lisäävä tekijä on tutkimusten aikarajaus 2014-2019. Valittujen artikkeleiden luotettavuutta ei arvoitu minkään mittarin avulla ja tätä ei kandidaatti tutkielmassa vaadita. Tutkimusartikkeleissa luotettavuus on arvioitu. Kirjallisuuskatsaus on kuvailtu mahdollisimman tarkasti ja se lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimukseen valitut artikkelit jouduttiin kääntämään suomen kielelle ja käänös on saattanut muuttaa sanavivahteita toisenlaiseksi. Tutkija

tulee hyvin toimeen englannin kielellä, mutta tutkimussanastossa on vielä harjaantumista. Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen on tutkijalle ensimmäinen kokemus ja se vähentää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijalla on kliinistä kokemusta tehohoitotyöstä noin kymmenen vuotta. Tehohoitotyö ja potilaat sekä läheiset ovat lähellä tutkijan sydäntä. Tämä on lisännyt tutkimusaineiston analyysin luotettavuutta.

LÄHTEET

Tutkimusaineistoon valitut artikkelit on lähdeluettelossa lihavoituna.

- Baumgarten M & Poulsen I (2014) Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian of Journal Caring Sciences* 29 (2)205-214www-dokumentti <https://onlinelibrary-wiley-com.pc124152 oulu.fi:9443/doi/full/10.1111/scs.12177>
- Carruthers H, Gomersall T & Astin F. (2018) The work undertaken by mechanically ventilated patients in Intensive Care: A qualitative meta-ethnography of survivors' experiences. *International Journal of Nursing Studies* 86 63-73 <https://wwwsciencedirectcom.pc124152 oulu.fi:9443/science/article/pii/S0020748918301329?via%3Dihub>
- Chlan L, Tracy MF & Grossback I (2011) Achieving Quality Patient-Ventilator Management: Advancing Evidence-Based Nursing Care. *Critical Care Nurse* 31(6) 46-50<http://ccn.aacnjournals.org/content/31/6/46.long>
- Clukey L, Ruth A, Roberts M & Henderson A (2014) Discovery of Unexpected Pain in Intubated and Sedated Patients. *American Journal of Critical Care* 23 (3) 216-220 <http://ajcc.aacnjournals.org/content/23/3/216.long>
- Fulbrook P (2003) Developing best practice in critical care nursing: knowledge, evidence and practice. *Nursing in Critical Care* 8 (3) 96-102 Luettu 2019/15/2 <https://onlinelibrary-wiley-com.pc124152 oulu.fi:9443/doi/full/10.1046/j.1478-5153.2003.00010.x?sid=vendor%3Adatabase>
- Egerod I, Bergbom I, Lindahl B, Henricson M, Granberg-Axell A, & Storli S. (2015) The patient experience of intensive care: A meta- synthesis of Nordic studies. *International Journal of Nursing Studies* 52 1354-1361 <https://onlinelibrary-wiley-com.pc124152 oulu.fi:9443/doi/full/10.1111/nicc.12200>
- Engeström Å, Nyström N, Sundelin G & Rattray J. (2013) People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* 29(2)<https://www-sciencedirect-com.pc124152 oulu.fi:9443/science/article/pii/S0964339712000766>
- European federation of Critical Care Nursing associations EfCCa (2012) www-dokumentti.Luettu2019/20/3 http://www.efccna.org/images/stories/publication/2012_ps_weaning.pdf
- ETENE, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. (2011) PDF-dokumentti. <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf.pdf> Luettu 2019/20/2
- Hua F, Hie F, Worthington HV, Furness S, Zhang Q & Li C (2016) Cochrane Database of Systematic Reviews. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator – associated pneumonia. *Cochrane Library*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008367.pub3/full?highlightAbstract=scienc%7Cintensiv%7Cscience%7Cwithdrawn%7Chealth%7Cintens%7Cintensive%7Ccare>
- Holm A, & Dreyer P. (2015) Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nursing***

- in Critical Care Volume 22 Issue 2 81-88** <https://onlinelibrary-wiley-com.pc124152 oulu.fi:9443/doi/full/10.1111/nicc.12200>
- Holm A, & Dreyer P. (2017) Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care* 23(2):88-94 <https://onlinelibrary-wiley-com.pc124152 oulu.fi:9443/doi/full/10.1111/nicc.12297>
- Huttunen M. (2018) Sekavuustila. Duodecim. Terveyskirjasto. www-dokumentti https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357 Luettu 2019/18/3
- Hotus (2017) Näyttövinkki. Kriittisesti sairaan potilaan omaisten tarpeiden kohtaaminen tehohoidossa: menetelmien vaikuttavuus. www-dokumentti. <http://www.hotus.fi/system/files/Nayttovinkki-2017-3.pdf>
- Häkansson Eklund J, Holmstöm IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, Sundler AJ. & Condén E. (2019) "Same Same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling* 102(1)3-11 <https://www.sciencedirect-com.pc124152 oulu.fi:9443/science/article/pii/S0738399118306232>
- Jansson M (2014) The Effectiveness of education on Critical Care nurses' knowledge and skills in adhering to guidelines to prevent ventilator-associated pneumonia. Väitöskirja. Oulu. Oulun yliopisto. www-dokumentti. <http://jultika oulu.fi/files/isbn9789526203829.pdf>
- Karlsson S, Ala-Kokko T, Pettilä V, Tallgren M ja Valtonen M. 2017. Tehohoito-opas. 5. uudistettu painos, Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Kangasniemi M, Pietilä A-M, Utriainen K, Jääskeläinen P, Ahonen S-M & Liikanen E. (2013) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4) 291-301.
- Klavestad E. & Nåden D. (2015) Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing* 31 285-293**
<https://www.sciencedirectcom.pc124152 oulu.fi:9443/science/article/pii/S0964339715000221>
- Kjeldsen C, Hansen M, Jensen K, Holm A, Haahr A & Dreyer P. (2017) Patients' experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care* 23 (4)**
<https://onlinelibrary-wiley-com.pc124152 oulu.fi:9443/doi/full/10.1111/nicc.12277?sid=vendor%3Adatabase>
- Käypähoito (2014) www-dokumentti Luettu 2019/20/02
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50045>
- Laerkner E, Egerod I, Olesen F & Hanse H. (2017) A sense of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. *International of Nursing Studies* Volume 75 Pages 1-9**
<https://www.sciencedirect-com.pc124152 oulu.fi:9443/science/article/pii/S0020748917301414>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Www-dokumentti. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> Luettu 2019/20/3
- Lakanmaa, Riitta-Liisa (2012) Tehohoitotyön kompetenssi – perustason arviointimittarin kehittäminen valmistuville sairaanhoitajaopiskelijoille. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/76824/Annales%20D%201014%20Lakanmaa%20DISS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Laurent H, Aubreton S, Richard R, Gorce Y, Caron E, Vallat A, Davin A-M, Constantin J-M & Coudeyre E. (2016) Systematic review early exercise in intensive care: A qualitative approach. *Anaesthesia Critical Care and Pain Medicine* 35(2) 133-149
[https://www.sciencedirect-com.pc124152.oulu.fi:9443/science/article/pii/S2352556815001514](https://www.sciencedirect.com/pc124152.oulu.fi:9443/science/article/pii/S2352556815001514)
- Lykkegaard K & Delmar C. (2015) Between violation and competent care – Lived experiences of dependency on care in the ICU. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*; Abingdon 10** <https://search-proquest-com.pc124152.oulu.fi:9443/docview/1671017068/EE6A0F909AF34586PQ/1?accountid=13031>
- Lönn M, Korva T ja Pajunen T (2017) Invasiivisen hengityslaittehoidon tavoitteet ja keskeiset käsitteet. Teho ja valvontatyön opas. www-dokumentti. Luettu 2019/1/3
https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=hengityslaitehoito
- Meriläinen M (2012) Tehohoitopotilaan hoitoympäristö. Väitöskirja. Oulu. Oulun yliopisto. PDF-dokumentti. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514298004.pdf>
 Luettu 2019/15/2
- Patel SB & Kress JP (2012) Sedation and Analgesia in the Mechanically Ventilated Patient. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 185 (5) 286-497
<https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201102-0273CI>
- Perttula J & Latomaa T (2005) Kokemuksen tutkimus. Merkitystulkintaymmärtäminen. Dialogia Oy. Helsinki.
- Potinkara H. (2004) Auttava kanssakäyminen: substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Pyykkö A (2004) Tehohoitotyön mallin kehittäminen ja arviointi. Väitöskirja. Oulu. Oulun yliopisto. PDF-dokumentti. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514273141.pdf>
 Luettu 2019/20/2
- Rauhala L (2005) Ihmiskäsitys ihmistyössä. e-kirja. Gaudeamus Oy. Helsinki.
- Reade MC & Finder S (2014) Sedation and Delirium in the Intensive Care Unit. *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE* 370 (444-454)
<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1208705>
- Soini J (2014) Hengityskonepotilaan hoitotyö. Pro Gradu. Tampere. Tampereen yliopisto.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96562/GRADU-1419858008.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Suomen Tehohoitoyhdistys 2019. www-dokumentti. Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. Luettu 2019/02/05
https://sthy.fi/wpcontent/uploads/2019/04/STHY_Eettiset_ohjeet_LOW4.pdf
- Stayt L, Seers K & Tutton E. 2015. Patients' experiences of technology and care in adult intensive care. *Journal of Advanced Nursing* 71 (9)** <https://onlinelibrary-wiley-com.pc124152.oulu.fi:9443/doi/full/10.1111/jan.12664>
- Stolt M, Axelin A & Suhonen R (2016) Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turku. Turun yliopisto.
- Stöm T, Martinnussen T & Toft P (2010) A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomized trial. *THE LANCET* 375 (9713) 475-480** <https://www.sciencedirect-com.pc124152.oulu.fi:9443/science/article/pii/S0140673609620729?via%3Dihub>
- Tingsvik A, Hammarskjöld F, Mårtensson J & Henricson M. (2018) Patients' lived experiences of intensive care when being on mechanical ventilation during the**

weaning process: A hermeneutic phenomenological study. Intensive and Critical Care Nursing 47 (46-53) <https://www.sciencedirect.com/pii/S0964339717303786>

Yhdistyneitten kansakuntien yleismaailmallinen julistus 1948. www-dokumentti. <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=fin> Luettu 2019/20/3

LIITE 1. Tutkimuksen tekijät Artikkelin nimi Tutkimusmaa	Julkaisija Julkaisuvuosi	Tutkimusmenetelmät Otoskoko	Keskeisimmät tulokset	Johtopäätökset
<p>Tingsvik A, Hammarskjöld F, Mårtensson J & Henricson M.</p> <p>Patients' lived experiences of intensive care when being on mechanical ventilation during the weaning process: A hermeneutic phenomenological study.</p> <p>Ruotsi</p>	<p>Intensive and Critical Care Nursing, 2018</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>Hermeneuttis- fenomenologinen lähestymistapa</p> <p>20 potilasta puolistrukturoitu haastattelu</p> <p>Aineisto käsiteltiin induktiivisella sisällönanalyysillä</p>	<p>Päätteemat: Ihmisarvon säilyttäminen, tilanteen hyväksyminen, sitkeys vaikeuksissa, riittämätön vuorovaikutus ja epätodellisuuden tunne</p>	<p>Potilaiden kokemukset vaihtelevat. Miellyttäviä kokemuksia kuvattiin selvemmin kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Tällä saattaa olla yhteys kommunikointiin, osallisuuteen ja läheisyyteen henkilökunnan ja läheisten kanssa.</p>
<p>Laerkner E, Egerod I, Olesen F & Hanse H.</p> <p>A sence of agency: An ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. International of Nursing Studies</p> <p>Tanska</p>	<p>International of Nursing Studies, 2017</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>tulkinnallinen kuvaus inspiroi-tuen etnografiasta</p> <p>Havainnoitiin 28 potilasta yksi haastattelu 20 potilaalle ja toinen haastattelu 13 potilaalle</p> <p>Aineisto analysoitiin kuvailevalla teema-analyysillä</p>	<p>Päätteemat: voiman tunne, tuttua oudossa ympäristössä ja tietoisuus ympärillä tapahtuvasta. Potilaille on mahdollisuus vuorovaikutukseen hoidon alusta asti. Potilaat arvostivat asiantuntevia ja myötätuntoisia hoitajia, jotka näkivät potilaat yksilöinä. Läheiset ihmiset ja henkilökohtaiset tavarat toivat turvallisuutta. Potilaat ovat tietoisia ympärillä tapahtuvasta. Potilaat kokivat voimattomuutta, kun näkivät toisten potilaiden kärsivän.</p>	<p>Hereillä olo on suuri haaste ja mahdollisuus kriittisesti sairaille potilaille. Potilaat kokevat olevan toiminnan ja voimattomuuden välissä, kun heillä oli mahdollisuus kommunikoida. Tämä tietoisuus tulee ottaa huomioon potilaskeskeisessä hoidossa, kun potilaat kevyemmin sedatoitu.</p>

<p>Kjeldsen C, Hansen M, Jensen K, Holm A, Haahr A & Dreyer P.</p> <p>Patients' experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit.</p> <p>Tanska</p>	<p>Nursing in Critical Care 2017</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>12 potilasta haastateltiin puolistrukturoitu haastatteluaineisto analysoitiin sisällön analyysillä</p>	<p>Potilaiden janon kokemus jaoteltiin neljään pääteemaan: ääretön jano, outo tunne suussa, mahdottomuus täyttää janon tarve ja vaikeus kestää janoa.</p>	<p>Potilaiden janon kokemus aiheutti epätoivoa, ahdistusta ja voimattomuutta. Näillä tunteilla on negatiivinen vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin. Kriittisesti sairaiden sedaatio protokolla vaatii hoitajia olemaan tietoisia potilaiden janon kokemuksesta.</p>
<p>Holm A, & Dreyer P.</p> <p>Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation.</p> <p>Tanska</p>	<p>Nursing in Critical Care 2015</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>Fenomenologishermeneuttinen lähestymistapa</p> <p>4 potilasta haastateltiin puolistrukturoitu haastatteluaineisto analysoitiin Ricoeuerin teorian avulla</p>	<p>Analyysissä tuli kolme pääteemaa: putki kurkussa, tajuissaan, mutta tunne kuin olisi lääkitty ja aika laahaa hitaasti.</p>	<p>Tulokset antavat valoisia kokemuksia tajuissaan olevilta hengityskonehoito potilailta. Potilaat kokevat tajuissaan olon positiivisesti vaikka siihen liittyy myös fyysisiä ja kokemuksellisia ongelmia.</p>
<p>Klavestad E. & Nåden D.</p> <p>Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained: A phenomenological study.</p> <p>Norja</p>	<p>Intensive and Critical Care Nursing 2015</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>Fenomenologinen lähestymistapa</p> <p>7 potilasta haastateltiin avoimilla kysymyksillä</p> <p>Aineiston analyysissä käytettiin Giorgin fenomenologista lähestymistapaa</p>	<p>Nähdyksi ja kuulluksi tuleminen sekä toiveiden ja tarpeiden hoitaminen on osa kunnioittavaa hoitoa. Persoonallinen ja yksilöllinen hoito olivat välttämättömiä. Avuttomana ja hoidettavana oleminen olivat epämiellyttävää ja alentavaa. Vaikeus puhua vei nöyryyttävään asemaan. Kunnioittava kohtaminen lisäsi itsekunnioitusta.</p>	<p>Tutkimustulokset osoittavat tehopotilaiden kokevan kunnioituksen pääasiassa hyväksi huolimatta teknologiasta ja kii-reisestä ympäristöstä. Tehohoitoa on mahdollisuus kehittää usealla alueella: Tietoisuus, moraalinen loukkaamattomuus ja käyttäytyminen ovat keskeisiä kunnioittavassa hoitotyössä teho-osastolla.</p>

			Tunne, että hoidettiin objektina esti itsekunnioituksen.	
<p>Lykkegaard K & Delmar C.</p> <p>Between violation and competent care – Lived experiences of dependency on care in the ICU.</p> <p>Tanska</p>	<p>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being</p> <p>2015</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>Hermeneuttis-Fenomenologinen lähestymistapa</p> <p>3 potilasta syvä haastateltiin puolistrukturoitu haastattelu analyttisestä metodista inspiroituen</p>	<p>Riippuvuuden kokemus potilaille on vaikea ja suhde hoitajiin ristiriitainen. Hyvä suhde hoitajaan helpottaa kestämaan riippuvuuden kokemuksen ja negatiivisilla kokemuksilla riippuvuus on vaikeampaa. Negatiiviset kokemukset siedetään, koska ollaan kiitollisia kriittisestä sairaudesta selviytyttyä.</p>	<p>Tuloksiin saattaa vaikuttaa länsimaalaiset arvot, jossa riippumattomuus on tärkeä arvo. Tuloksia voidaan käyttää pohtiessa hoitokäytäntöjä ja asioita kuten kommunikointia ja potilaan osallisuutta.</p>
<p>Stayt L, Seers K & Tutton E.</p> <p>Patients' experiences of technology and care in adult intensive care.</p> <p>Englanti</p>	<p>Journal of Advanced Nursing</p> <p>2015</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>Heideggerin fenomenologinen lähestymistapa</p> <p>19 potilasta haastateltiin</p> <p>Haastatteluun johdateltiin avain sanoilla</p> <p>Aineisto käsiteltiin käyttäen Van Manen kehystä.</p>	<p>Potilaat eivät erotelleet kokemuksiaan teknologista ja hoidosta teho-osastolla. Teemat 'tottuminen' kuvailivat kuinka potilaat kestivät teknologian olla hyvä ja olla näkyvä'. Teknologia koettiin välttämättömänä pahana'.</p>	<p>Potilaiden kokemukset teknologiasta ja hoidosta olivat paradoksisessa suhteessa: luovuttaminen ja rohkaisu, epämukavuus ja mukavuus, persoonaton ja persoonallinen. Hoitajien läsnäolo ja tuki vähentävät eristäytymistä teknologisessa ympäristössä.</p>