

# Psyykkiset stressitekijät tehohoidon aikana potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta

Pro gradu -tutkielma

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö

Hoitotiede

Anu Sinisalo

Helmiä 2015

## TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

Hoitotiede

SINISALO, ANU: Psykkiset stressitekijät tehohoidon aikana potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta

Pro gradu -tutkielma, 39 sivua, 4 liitettä

Ohjaajat: TtT Anja Rantanen ja TtM tohtoriopiskelija Mervi Roos

Helmikuu 2015

---

Tehohoidon ympäristöineen on todettu olevan stressaava potilaalle. Psykkiset stressitekijät voivat saada aikaan elintoimintojen muutoksia, pidentää hoitoaikaa, lisätä hoitotyönresurssien määrää sekä vaikuttaa potilaan selviytymiseen hoidon jälkeen. Sairaanhoitajien rooli potilaan psyykkisten stressitekijöiden minimoimisessa, arvioinnissa ja hoidossa on tärkeää ja siksi heidän tulisi olla tietoisia tehopotilaiden kokemista stressitekijöistä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden tehohoidon aikaisia psyykkisiä stressitekijöitä potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta sekä kuvata taustamuuttujien yhteyttä psyykkisiin stressitekijöihin. Stressitekijöiden mittaamiseen käytettiin The Environmental Stressor Questionnaire (ESQ) -mittaria. Aineisto kerättiin antamalla tehohoidossa olleille potilaille (N=170) sekä siellä työskenteleville sairaanhoitajille (N=200) kyselylomake. Aineisto analysoitiin tilastollisesti.

Tutkimukseen vastasi 28 % potilaista ja 45 % sairaanhoitajista. Keskiarvo stressitekijöiden kokonaispistemäärästä oli vastanneilla potilailla 66 ja sairaanhoitajilla 130. Potilaiden mukaan kolme eniten haittaa aiheuttanutta stressitekijää oli: Janoisuuden tunne, rajoittuminen hengityspotkeen ja /tai erilasiin johtoihin ja kipujen tunteminen. Sairaanhoitajien mukaan kolme eniten haittaa aiheuttanutta tekijää oli: Kykenemättömyys nukkua, kykenemättömyys kommunikoida sekä rajoittuminen hengityspotkeen ja /tai erilaisiin johtoihin. Vähiten stressitekijöistä haittaa aiheutti potilaiden mukaan toisille potilaille annettujen hoitojen näkeminen sekä tunne hoitotoimenpiteisiin painostuksesta. Hoitajat arvioivat potilaille vähiten stressitekijöitä aiheuttavan: verenpaineen mittaaminen sekä miesten ja naisten oleminen samassa tilassa. Potilaiden ja sairaanhoitajien taustamuuttujilla ei ollut yhteyttä koettuihin ja arvioituihin kokonaisstressimääriin.

Tulokset osoittavat tehopotilaiden kokevan stressitekijöitä teho-osastolla. Sairaanhoitajat arvioivat potilaiden stressitekijät enemmän haittaa aiheuttaviksi kuin itse potilaat. Potilaiden ja sairaanhoitajien näkemyksissä potilaiden stressitekijöihin liittyen on eroavaisuuksia. Aihetta ei ole tiettävästi vielä Suomessa tutkittu joten saatu tieto aiheesta on tärkeää. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää käytännön tehohoitotyön kehittämisessä.

Asiasanat: Tehohoitotyö, psyykkiset stressitekijät, potilas, sairaanhoitaja

## ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE  
School of Health Sciences  
Nursing Science

SINISALO, ANU: Stressors in the intensive care unit: perceptions of patients and nurses  
Master's thesis, 39 pages, 4 appendices  
Supervisors: Anja Rantanen, PhD and Mervi Roos, MNSc  
February 2015

---

The intensive care environment is found to be stressful for the patient. Psychological stress factors can cause physiological changes, to extend the treatment time, increase nursing resources and affects the patient's survival after treatment. Nurses' role in the patient's psychological stress factors in minimizing, assessment and treatment is important and that is why they should be aware of the patients experiencing stress factors.

The purpose of this study was to describe the psychological stressors, that patients in an intensive care unit experience, as perceived by patients and nurses. The purpose was also to describe the background variables associated with psychological stressors. The Environmental Stressor Questionnaire (ESQ) was used to measure the stressors. 200 patients and 170 nurses were recruited to answer the questionnaire. The data was analyzed using statistical methods.

Response rate was 28 % of the patients and 45 % of the nurses. The average total stress score in the patients' ratings was 66 and 130 in the nurses' ratings. Patients' of the three most harm caused stress factors were: being thirsty, being restricted by tubes/lines, and being in pain. Nurses of the three factors that caused the most harm was: Not being able to sleep, not being able to communicate and being restricted by tubes/lines. Patients' of the two less harm caused stress factors were: Watching treatments being given to other patients and being pressurized to consent to treatments. Nurses' of the two less harm caused stress factors were: Having blood pressure taken often and having men and women in the same room. Patients' and nurses' background variables had no connection to the perceived and evaluated overall stress levels.

The results demonstrate that the patients experience stressors in the intensive care unit. Nurses assessed stress factors to be more stressful to the patients than what the patients did. Patients and nurses have different views on what is considered as a stress factor to a patient. The topic has not yet been studied in Finland so the information obtained about it is important. The results can be utilized in intensive care.

Keywords: Intensive care nursing, stressors, patient, nurse

# Sisältö

## Tiivistelmä

## Abstract

1 Johdanto .....	3
2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat .....	5
2.1 Tehohoidon ympäristö .....	5
2.2 Muistikuvat osana psyykkistä stressiä .....	5
2.3 Potilaan psyykkiset stressitekijät teho-osastolla .....	7
2.4 Sairaanhoidajien kokemuksia tehohoidossa olleen potilaan psyykkisistä stressitekijöistä .....	11
2.5 Psyykkisen stressin ehkäisy teho-osastolla .....	12
3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	14
4 Tutkimuksen toteuttaminen .....	14
4.1 Mittari .....	14
4.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu .....	16
4.3 Aineiston analyysi .....	18
5 Tutkimuksen tulokset .....	19
5.1 Tutkimukseen osallistuneet .....	19
5.2 Psyykkiset stressitekijät potilaiden ja sairaanhoidajien arvioimana .....	21
5.3 Taustamuuttujien yhteys potilaiden stressitekijöihin .....	24
5.4 Taustamuuttujien yhteys sairaanhoidajien arvioimiin potilaiden stressitekijöihin .....	25
6 Pohdinta .....	26
6.1 Tulosten tarkastelu .....	26
6.2 Tutkimuksen eettisyys .....	31
6.3 Tutkimuksen luotettavuus .....	32
7 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet .....	34
Lähteet .....	36

## Taulukot

Taulukko 1. Potilaiden taustamuuttajat.....	20
Taulukko 2. Sairaanhoidajien taustamuuttajat.....	20
Taulukko 3. Kokonaispistemäärät stressitekijöistä.....	21
Taulukko 4. Psykkiset stressitekijät potilaiden ja sairaanhoidajien arvioimana.....	22
Taulukko 5. Kolme eniten haittaa aiheuttanutta stressitekijää.....	23
Taulukko 6. Potilaiden taustamuuttajien yhteys potilaiden kokonaisstressimäärään.....	24
Taulukko 7. Sairaanhoidajien taustamuuttajien yhteys heidän arvioimaansa potilaiden kokonaisstressimäärään.....	25

## Liitteet

Liite 1. Tiedote tutkimuksesta potilaille.....	40
Liite 2. Tiedote tutkimuksesta sairaanhoidajille.....	41
Liite 3. Kysely tehohoidossa olleelle potilaalle.....	42
Liite 4. Kysely teho-osaston sairaanhoidajille.....	4

## 1 Johdanto

Suomessa hoidetaan vuosittain yli 15000 potilasta teho-osastoilla (Reinikainen ym. 2012). Tehohoidon ympäristöineen on todettu olevan stressaava potilaalle. Potilaat kokevat tehohoitonsa aikana erilaisia stressitekijöitä, kuten pelkoa, ahdistusta ja uupumusta. Nämä vaikeat kokemukset voivat vaikuttaa ja aikaansaada psyykkistä stressiä sekä elintoimintojen häiriöitä potilaalla. Jatkuva psyykinen stressi ja samanaikaiset elintoimintomuutokset pidentävät potilaan tehohoitoaikaa sekä lisäävät potilaiden kuolleisuutta. Ne lisäävät myös potilaiden riippuvuutta hoitohenkilökunnasta teho-osastolla. (Pyykkö ym. 2004.)

Potilailla stressitekijöiden kokeminen tehohoidon aikana johtaa usein potilaan psyykkisiin haittoihin myös hoidon jälkeen. Haitat voivat olla lyhytkestoisia, mutta voivat kestää myös useita vuosia. (Cochran & Ganong 1989, Cornock 1998, Rattray & Hull 2007, Pang & Suen 2007.) Tehohoidon jälkeiset haitat voivat näkyä henkilön kognitiivisina häiriöinä, verbaalisen- ja visuaalisen kyvykkyyden heikkoutena, muistihäiriöinä, depressiona, painajaisina ja posttraumaattisena stressinä. (Jones ym. 2001, Jackson ym. 2003.) Henkilö saattaa olla myös pitkään kykenemätön työhön paluuseen. Tämä on merkittävä tekijä taloudellisesti yhteiskunnassa ja myös tarkasteltaessa hoitoresursseja. (Pyykkö ym. 2004.)

Aikaisempien tutkimuksien perusteella voidaan todeta, että tehohoidossa olevat potilaat kokevat erilaisia stressitekijöitä, jotka voivat vaikuttaa tehohoidon toteutumiseen, potilaan olotilaan teho-osastolla sekä potilaan selviytymiseen tehohoidon jälkeen (Cornock 1998, Rattray & Hull 2007, Pang & Suen 2007). Tutkimukset korostavat tehohoidossa olevan potilaan psyykkisen tuen merkitystä, erityisesti traumapotilaan tuen merkitystä, sillä tutkimuksien mukaan traumapotilas on muita tehopotilaita alttiimpi kokemaan stressitekijöitä hoitonsa aikana sekä sairastumaan posttraumaattiseen stressiin hoitonsa jälkeen (Jeavons 2000, Rattray & Hull 2007, Ringdal ym. 2009).

Sairaanhoitajat työskentelevät tiiviisti potilaan kanssa teho-osastolla ja ovat keskeisessä asemassa tehohoidossa olevien potilaiden stressitekijöiden arvioinnissa, niiden minimoimisessa ja hoidossa. Erityisesti stressitekijöiden arvioinnista on tullut tärkeä haaste terveydenhuollon ammattilaisille. (Rosa ym. 2010.)

Aikaisempien tutkimusten mukaan sairaanhoitajat pitävät eri stressitekijöitä tehohoidossa merkittävämpänä kuin itse potilaat. Sairaanhoitajat myös arvioivat stressitekijät enemmän haittaa aiheuttaviksi kuin potilaat. Sairaanhoitajien on tärkeä kuulla potilaiden kokemuksia todellisista tehohoidon stressitekijöistä, jotta he voivat työssään arvioida potilasta, vaikuttaa tehohoitoympäristöön stressitekijöitä vähentämällä ja hoitaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla. (Cornock 1998, Fontes Pinto Novaes ym. 1999, Rattray & Hull 2007, Pang & Suen 2007.)

On todettu, että tehohoidossa potilaan psyykkisen hoidon taso jää usein heikommaksi kuin fyysisen hoidon taso. Tehohoidossa ollaan usein erityisen kiinnostuneita potilaan fyysisten elintoimintojen tukemisesta potilaan kriittisen tilan vuoksi. Tulevaisuudessa pitäisi keskittyä enemmän myös tehopotilaan psyykkisen voinnin arviointiin ja hoitoon. Tämä voidaan mahdollistaa puuttamalla potilaan kokemiin stressitekijöihin teho-osastolla. (Cochran & Ganong 1989, Cornock 1998, Rattray & Hull 2007, Pang & Suen 2007.) Suomessa ei ole tietävästi aikaisemmin tutkittu tehohoidossa olleen potilaan eikä teho-osastoilla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia psyykkisistä stressitekijöistä tehohoidon aikana.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden tehohoidon aikaisia psyykkisiä stressitekijöitä potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta sekä kuvata taustamuuttujien yhteyttä psyykkisiin stressitekijöihin. Tavoitteena on saada tietoa psyykkisistä stressitekijöistä minkä avulla voidaan kehittää kokonaisvaltaista tehopotilaan hoitoa ja hoidon laatua. Stressitekijöitä tunnistamalla voidaan aloittaa mahdollisimman aikainen hoito, välttyä posttraumaattisen stressin synnyltä sekä mahdollistaa tehohoidossa olleen potilaan mahdollisimman aikainen arkirutiineihin ja työhön paluu. Hoitotyön näkökulmasta ja erityisesti tehohoitotyön kannalta tutkimuksen aihealue on keskeinen. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää käytännön tehohoitotyössä.

## 2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

### 2.1 Tehohoidon ympäristö

Tehohoito tarkoittaa kriittisesti sairaan potilaan peruselintoimintojen tukemista. Tehohoidossa tunnusomaista on potilaan vakava tila ja tilanteiden äkilliset muutokset (Blomster ym. 2001). Suomessa teho-osastoja on erikokoisia ja niiden luonteet ovat erilaisia riippuen sairaalan tehohoitotarpeesta (Rosenberg ym. 2006).

Teho-osastolla hoidetaan eri erikoisalojen potilaita, jotka ovat kohdanneet vaikean sairauden, vamman, suuren kirurgisen toimenpiteen tai kärsivät tilapäisistä elintoimintahäiriöistä (Ala-Kokko ym. 2007). Tehohoidon tavoitteisiin kuuluvat lisävaurioiden ja infektioiden ehkäisy sekä potilaan henkinen tukeminen (Kaarlola ym. 2010). Tehohoidossa käytetään tarvittaessa hengityksen, verenkierron, munuaisten, maksan ja aivojen toimintaa tukevia lääkkeitä ja laitteita, kuten ventilaattoria ja keinomunuaishoitoa (Tehohoito 2010).

Teho-osasto työympäristönä käsittää erityisteknologiaa ja sen hallintaa. Tehohoitopotilaiden hoidon toteuttaminen vaatii suuren henkilöstömäärän, lääkärin välittömän sekä ympärivuorokautisen läsnäolon. (Ala-Kokko ym. 2007.) Tehohoitoympäristö muodostuu fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja symbolisesta ympäristöstä. Fyysiseen ympäristöön kuuluu se mitä konkreettisesti näemme ympärillämme, psyykkinen ympäristö on ihmisen tunteissa oleva, sosiaalinen ympäristö sisältää muut ihmiset ja sosiaaliset verkostot ja symbolinen ympäristö sisältää arvot ja uskomukset. (Meriläinen 2012.)

### 2.2 Muistikuvat osana psyykkistä stressiä

Valtaosalla tehohoidossa olleilla potilailla on jonkinasteisia muistikuvia tehohoidostaan. Nämä muistikuvat voivat olla todellisia tai harhakuvia. Todellisilla muistikuvilla tarkoitetaan tehohoidon aikana tapahtuneita asioita ja potilaan kokemuksia. Harhakuvilla tarkoitetaan kokemuksia ja muistikuvia tehohoidon aikana tai sen jälkeen mitkä eivät vastaa todellisuutta tehohoidosta.



Osalla tehohoidossa olleilla henkilöillä ei ole lainkaan muistikuvia tehohoidostaan. Tämä tarkoittaa, että heillä ei ole todellisia, eikä harhakuvia hoidostaan. Muistikuvat liittyvät usein hoitotoimenpiteisiin, ympäristöön ja ihmisiin. (Granja ym. 2004, Hofhuis ym. 2008.) Kolmen kuukauden jälkeen tehohoidosta 48 %:lla oli muistikuvia tehohoitonsa ajalta (Meriläinen 2012). Kuuden kuukauden jälkeen tehohoidosta 73 %:lla oli todellisia muistoja tehohoidosta. 39 %:lla vastaajista oli harhakuvia tehohoidostaan (Granja ym. 2008). Ruotsalaisessa tutkimuksessa kartoitettiin tehohoidossa olleiden potilaiden muistikuvia tehohoitonsa aikana. Kaikilla potilailla oli sekä todellisia muistikuvia, että harhakuvia hoitonsa ajalta. (Claesson ym. 2004.)

Teho-osastoilla hoidettavat potilaat kokevat harhakuvia hoitonsa aikana. Harhakuivat tehohoidosta lisäävät potilaan psyykkistä stressiä teho-osastolla sekä altistavat potilasta sairastumaan posttraumaattiseen stressiin. Harhakuvien kokeminen ilmenee useimmiten masennuksena, pelkona ja ahdistuksena. (Ringdal ym. 2008, Kiekkas ym. 2010.) Teho-osastolla olleilla potilailla esiintyy usein myös harhakuvia tehohoidostaan hoidon jälkeen. Nämä harhakuivat ilmenevät usein unien ja painajaisten kautta. (Ringdal ym. 2008, Kiekkas ym. 2010.)

Meriläisen (2012) tutkimuksessa todetaan, että tehohoidossa olleiden potilaiden psyykkinen elämänlaatu tehohoidon jälkeen on matalampi kuin ikä- ja sukupuolivakioidulla väestöllä. Erityisesti potilaat, joilla oli harhakuvia tehohoidosta, kokivat psyykkisen hyvinvointinsa erittäin huonoksi verrattuna suomalaiseen ikä- ja sukupuolivakioituun väestöön. (Meriläinen 2012.) Ringdalin (2009) tutkimuksessa harhakuvia kokeneilla potilailla oli huonompi tehohoidon jälkeinen elämänlaatu kuin muilla tehohoidossa olleilla potilailla. Tulokset korostavat erityisesti harhakuvien hoidon merkitystä teho-osastolla ja tehohoidon jälkeen (Ringdal ym. 2008).

Harhakuvien kokeminen oli yleisempää potilailla joilla ei ollut hoitonsa ajalta yhtään todellista muistikuvaa. Infektio nosti myös harhakuvien todennäköisyyttä. (Capuzzo ym. 2003.) Harhakuvien kokeminen tehohoidon aikana oli yleisintä nuorilla potilailla sekä potilailla, jotka olivat olleet pitkään tehohoidossa ja potilailla, jotka olivat olleet hengityskonehoidossa (Ringdal ym. 2009).

### 2.3 Potilaan psyykkiset stressitekijät teho-osastolla

Psyykkisellä stressillä tarkoitetaan tilannetta, jossa henkilöön kohdistuu haasteita ja vaatimuksia siinä määrin, että sopeutumiseen käytettävissä olevat voimavarat ovat tiukoilla tai ylittyvät. Stressin lähteenä voi olla yksi tai useampia samanaikaisia tekijöitä. Ne voivat olla esimerkiksi elämäntapahtumia, joita ihmisen voimavarat eivät riitä hallitsemaan. Stressitekijät voivat aiheuttaa muutoksia ja seuraamuksia mielikuvien, tunteiden, käyttäytymisen ja fysiologian tasolla. Stressitilanteessa ihminen kokee tulevaisuuteen liittyvää huolestuneisuutta, joka heijastuu hänen käyttäytymiseensä kärsimättömyytenä tai levottomuutena. Stressi näkyy myös fysiologisina reaktioina, jotka heijastavat elimistön valmistautumista vaaratilanteessa pakoon tai taisteluun. Stressiin liittyviä psyykkisiä oireita voi olla jännittyneisyyden, levottomuuden ja ahdistuneisuuden tunteet sekä unen häiriöt. Tämän lisäksi stressioireina esiintyy erilaisia fyysisiä oireita, kuten päänsärkyä, huimausta, sydämentykytystä ja pahoinvointia. (Lönqvist 2009.) Stressitekijät ovat ärsykejä tai tilanteita, jotka tuottavat psyykkistä stressiä (Rosa ym. 2010). Tässä tutkimuksessa psyykkisillä stressitekijöillä tarkoitetaan potilaan kokemia tekijöitä tehohoidon aikana, mitkä ovat haitanneet potilaan oloa hoidon aikana tai sen jälkeen.

Teho-osastolla potilas on usein kytkettynä erilaisiin laitteisiin, letkuihin, johtoihin ja putkiin. Tämä on välttämätöntä, jotta potilaan hoito kuten lääkitseminen voidaan toteuttaa toivotulla tavalla. Hengityspotken kanssa oleminen itsessään koetaan stressitekijänä teho-osastolla. (Cornock 1998, Fontes Pinto Novaes ym. 1999.) Englantilaisessa tutkimuksessa vertailtiin potilaita, jotka olivat olleet tehohoitonsa aikana invasiivisessa hengityslaittehoitossa ja potilaita, jotka olivat olleet non-invasiivisessa hengityslaittehoitossa. Invasiivisella hengityslaittehoitolla tarkoitetaan hoitoa, jossa potilaan hengitysteihin vietään hengityspotki eli intubaatiopotki tai potilaalle tehdään henkitorviavanne eli trakeostomia. Non-invasiivisella ventiloinnilla tarkoitetaan hengityksen mekaanista avustamista hengityslaitteella ilman hengitysteihin vietävää intubaatio- tai trakeostomiakanyyliä. Tutkimuksessa todettiin, että potilaat, jotka olivat saaneet invasiivista ventilaatiohoitoa, olivat merkittävästä alttiimpia kokemaan psyykkisiä stressioireita tehohoitonsa aikana ja sen jälkeen. (Shawn ym. 2007.)

Kipu koettiin yhtenä merkittävimpänä stressitekijänä tutkimuksissa, joissa tutkittiin potilaiden mielipiteitä tehohoidon aikaisista stressitekijöistä. Tehohoidossa oleva potilas saattaa kokea kipua esimerkiksi erilaisista katetreista ja kanyyleista johtuen, haavojen vuoksi tai trauman aiheuttamien vammojen takia. (Fontes Pinto Novaes ym. 1999, Rosa ym. 2009.)

Tehohoidossa olevalle potilaalle on tyypillistä ajan tiedostamattomuus. Tämä johtuu usein lääkityksistä joita potilas on saanut sekä mahdollisesta hengityskonehoidosta. Tietämättömyys hoidon kestosta voi myös aikaan saada stressiä potilaassa. (Pang & Suen 2007, Rosa ym. 2009.)

Teho-osastolla olevat potilaat ovat usein hengityskoneessa eivätkä tämän vuoksi pysty juomaan. Cornockin tutkimuksessa (1998) potilaiden mukaan eniten stressiä aiheuttava tekijä teho-osastolla oli janon tunne kun heitä pyydettiin nimeämään kolme eniten stressiä tuottavaa tekijää.

Stressitekijäksi teho-osastolla on myös mainittu potilaan kykenemättömyys kommunikoida. Kykenemättömyys kommunikointiin voi johtua esimerkiksi hengityspotuksesta tai lääkkeitä. (Cornock 1998, Pang & Suen 2007.)

Kykenemättömyys nukkumiseen on aikaisempien tutkimusten mukaan merkittävä stressitekijä teho-osastolla. Nukkumista haittaavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi kirkkaat valot ja kovat äänet. (Cornock 1998, Fontes Pinto Novaes ym. 1999.)

Potilaat saattavat pelätä hoitonsa aikana asioita. Kuoleman pelko voi tuottaa tehohoidossa olevalle potilaalle psyykkistä stressiä. (Cochran & Ganong 1989, Pang & Suen 2007.) Siirtyminen teho-osastolta vuodeosastolle voi aiheuttaa myös pelkoa ja psyykkistä stressiä potilaille. Pelko voi kohdistua tuntemattomaan ympäristöön. Potilaan pelkoa lisää se, että vuodeosastolla ei ole hoitaja koko ajan läsnä ja potilasta ei tarkkailla monitorein. Tämä voi aiheuttaa potilaalle turvattomuuden tunteen. (McKinney & Melby 2001.)

Potilaat, jotka olivat joutuneet tehohoitoon tapaturman kautta, kokivat enemmän stressitekijöitä kuin muut (Pang & Suen 2007). Trauman takia tehohoidossa olleet potilaat kuvasivat merkittävimmiksi huolenaiheiksi teho-osastolla avuttomuuden tunteen, nöyryytetyksi tulemisen, kehonkuvan katoamisen ja henkisen masennuksen. Näihin stressitekijöihin potilaat reagoivat kieltämällä asian, kokemalla vihan tunteita, masennuksena, hermostuneisuutena ja taantumisena. (Mohta ym. 2002.)

Teho-osastoille tulevat potilaat tulevat useimmiten hoitoon päivystyksenä. Osa potilaista tulee kuitenkin suunnitellusti esimerkiksi elintoimintojen tarkkailuun ison leikkauksen jälkeen. Potilaat jotka olivat saapuneet teho-osastolle päivystyksenä, kokivat enemmän stressitekijöitä kuin elektiivisesti sairaalaan saapuneet potilaat. (Pang & Suen 2007.)

Tehohoidon kestolla on vaikutusta psyykkisten stressitekijöiden kokemiseen. Stressitekijöitä koettiin sitä enemmän, mitä kauemmin potilas oli ollut teho-osastolla hoidettavana. (Pang & Suen 2007.)

Posttraumaattista stressiä ei usein yhdistetä akuuttihoitoon, varsinkaan tehohoitoon. Vaikka siihen liittyviä oireita on tunnistettu jo vuosikymmeniä, on sen varsinainen diagnosoiminen ja tutkimus aloitettu vasta 1980-luvulla. Tehohoidon aikaisilla stressitekijöiden kokemisella on todettu olevan vaikutusta tehohoidon jälkeiseen ahdistukseen sekä posttraumaattiseen stressihäiriöön. (Pyykkö ym. 2004.) Pitkittänyt tehohoito itsessään aiheuttaa stressiä potilaalle ja voi altistaa posttraumaattiselle stressille (Rattray ym. 2005). Se voi vaikuttaa tehohoidon jälkeisiin normaaleihin aktiviteetteihin sekä rutiineihin paluuseen (Davydow 2009).

Posttraumaattinen stressi (ptsd) on ahdistuneisuushäiriöihin luokiteltu psykiatrinen häiriö, joka saattaa kehittyä traumaattisen tapahtuman kuten tehohoidon aikaisten stressitekijöiden kokemisen seurauksena. Tehohoidon jälkeen on aivan normaalia kokea erilaisia stressioireita, jotka useimmiten lievittyvät itsestään ajan kuluessa. Osalla stressireaktio kuitenkin pysyy ja saattaa vähitellen kehittyä stressihäiriöksi. Oireina voi olla esimerkiksi tehohoidon uudelleen kokeminen takautumina, tai painajaisina. Henkilö saattaa välttää hoidosta muistuttavia esineitä, paikkoja ja ihmisiä. Hän saattaa eristäytyä ja kokea emotionaalista turtumusta. Oireina voi myös esiintyä jatkuvaa varuillaanoloa, säikähtelyä ja ärtymystä. Oireiden kirjoa monimutkaistaa se, että häiriöön liittyy usein myös muita psykiatrisia ongelmia, kuten masennusta, päihteiden väärinkäyttöä, muutoksia kognitiivisissa toiminnoissa, kuten muistissa ja oppimisessa sekä muita mielenterveydellisiä ja fyysisiä ongelmia. Posttraumaattista stressihäiriötä voidaan hoitaa esimerkiksi psykoterapialla ja erilaisilla lääkkeillä. (Psyykkinen stressi 2010.)

Sedatoidun potilaan liiallisella sedaatiolla on todettu olevan negatiivisia vaikutuksia potilaan tehohoidon jälkeiseen elämään. Potilaat ovat alttiimpia saamaan stressioireita hoitonsa jälkeen, sillä heillä ei ole ollut mahdollisuutta oikeisiin mielikuviin tehohoidon ajalta. (Pun & Dunn 2007.) Pitkään jatkuneen sedaation on

myös todettu lisäävän potilaiden masennusta (Nelson ym. 2000). Päivittäisen sedaatio-tauotuksen on todettu olevan yhteydessä potilaan vähäisempiin stressioireisiin tehohoidon aikana sekä lisäävän faktaperäisten muistojen syntyä (Kress ym. 2003).

Potilaan iällä oli merkitystä stressitekijöiden kokemiseen. Mitä nuorempi potilas oli iältään, sitä alttiimpi hän oli kokemaan psyykkisiä stressitekijöitä osastolla sekä sairastumaan posttraumaattiseen stressiin hoitonsa jälkeen. (Pang & Suen 2007).

Stressitekijöiden varhainen kokeminen on yhteydessä posttraumaattisen stressin syntyyn. Potilaat, joilla oli ollut stressioireita varhaisessa vaiheessa onnettomuuden jälkeen, olivat alttiimpia sairastumaan posttraumaattiseen stressiin kuin muut tehohoidossa olleet potilaat. (Hepp ym. 2008).

Potilaat, jotka olivat olleet masentuneita tai peloissaan ennen tehohoitoa olivat alttiimpia masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen tehohoidon jälkeen (Nelson ym. 2000). 23 % vastaajista kertoi, että heillä oli ollut selittämättömiä paniikki- ja pelkotunteita ja samat tunteet tunkeutuivat mieleen myös tehohoidosta päästyä. Naisilla oli enemmän näitä mieleen tunkeutuvia muistoja tehohoidostaan. Näiden paniikki- ja pelkokokemusten muistaminen oli yhteydessä posttraumaattiseen stressiin. Muistamattomuus ennen tehollä tuloa oli selkeästi yhteydessä näihin muistoihin. (Granja ym. 2008.)

Traumapotilailla on korkeampi riski sairastua posttraumaattiseen stressiin kuin muilla tehohoidossa olleilla potilailla. Potilaat, joilla oli useampia fyysisiä vammoja olivat alttiimpia sairastumaan posttraumaattiseen stressiin kuin potilaat joilla oli vain muutamia fyysisiä vammoja. (Richter ym. 2006.) Vuoden kuluttua traumasta ja tehohoidosta alle puolet oli pystynyt palaamaan normaaleihin arkirutiineihin, kuten töihin ja kouluun. (Davydow ym. 2009.) Kolmen vuoden jälkeen vakavasta onnettomuudesta 4 % sairasti posttraumaattista stressiä (Hepp ym. 2008).

Aikaisempien tutkimusten mukaan potilaat eivät pidä tehohoidossa esiintyviä stressitekijöitä yhtä haitallisina kuin mitä sairaanhoitajat kokevat niiden olevan. Tämä voi johtua siitä, että potilaat ovat fyysisesti niin sairaita tai sedatoituja, että eivät näe tehohoitoympäristöä selkeästi. He eivät välttämättä muista asioita tehohoidon ajalta. Yksi syy tähän saattaa olla se, että potilaat mukautuvat olemaan ”hyvän potilaan” roolissa, eivätkä näin ollen kerro mahdollisia kokemuksiaan stressitekijöistä, tai eivät tunnista niitä. (Cochran & Ganong 1989, Cornock 1998.)

## 2.4 Sairaanhoidajien kokemuksia tehohoidossa olleen potilaan psyykkisistä stressitekijöistä

Sairaanhoidajat pitävät eri asioita stressiä tuottavina tekijöinä teho-osasto ympäristössä kuin potilaat. Osa sairaanhoidajista ei osaa arvioida potilaiden stressin määrää tai sen aiheuttajaa. Sairaanhoidajien on vaikea vastata potilaiden psyykkisiin tarpeisiin jos he eivät osaa tunnistaa niitä. (Cochran & Ganong 1989, Cornock 1998, Pang & Suen 2007.) Useassa tutkimuksessa sairaanhoidajat arvioivat stressitekijöiden merkittävyyden korkeammaksi kuin potilaat tai omaiset (Pang & Suen 2007, Cochran & Ganong 1989, Cornock 1998, Fontes Pinto Novaes ym. 1999).

Tutkimuksessa, jossa kuvattiin sairaanhoidajien kokemuksia potilaan psyykkisestä jaksamisesta teho-osastolla, selvisi, että merkittävämpänä tekijänä potilaan psyykkisessä jaksamisessa hoitajat pitivät potilaan kykyä puhua. Sairaanhoidajan kannalta koettiin myös helpommaksi arvioida ja hoitaa potilasta, joka pystyi kommunikoimaan puhumalla. Potilaiden unen tarvetta korostettiin tärkeänä potilaan jaksamisen kannalta joten ääniä ja kirkkaita valoja haluttiin välttää. Hoitajat kokivat potilaan identiteetin ja autonomian heikentymisen teho-osastolla vaikuttavan merkittävästi psyykkiseen jaksamiseen. (Price 2004.)

Sairaanhoidajat kokivat asioiden, joita he pystyvät kontrolloimaan enemmän stressiä tuottaviksi tekijöiksi potilaille kuin potilaat itse. Sairaanhoidajien mielestä kolme eniten stressiä tuottavaa tekijää potilaille olivat kipujen kokeminen, kykenemättömyys kommunikoida ja kontrolloimattomuus itsestä ja tapahtumista. (Cornock 1998.)

Kiinassa tehdyssä tutkimuksessa sairaanhoidajien mielestä kolme eniten stressiä tuottavaa seikkaa olivat kuolemanpelko, kykenemättömyys itsekontrolliin, sekä kykenemättömyys kommunikoida. Sairaanhoidajat arvioivat potilaiden fyysisen epämukavuuden ja ympäristötekijät huomattavasti merkittävämmiksi stressitekijöiksi kuin potilaat. (Pang & Suen 2007.)

## 2.5 Psyykkisen stressin ehkäisy teho-osastolla

Sopivalla kivun lievityksellä, univajeen ehkäisyllä, turvallisen ympäristön luomisella, asioiden huolellisella selittämällä ja potilaan rauhoittelulla voi esimerkiksi ehkäistä psyykkiseen stressiin liittyviä ongelmia. Psykoterapiatukea ja farmakologista hoitoa tulisi tarjota aina tehohoidon jälkeen kun tarvetta siihen on. (Mohta ym. 2002.)

Hyvä keskusteleva kommunikaatio on tärkeää potilaan psyykkisessä tukemisessa teho-osastolla. Teho-osastoilla keskustelu potilaan kanssa on usein haastavaa sillä potilas ei aina ole kommunikaatiokykyinen. Lääkkeet, kuten sedaatio vähentää potilaan kykyä kommunikoida hoitajan kanssa. On myös todettu että teho-osastolla työskentelevät sairaanhoitajat ovat usein erittäin hyviä kertomaan tehtäväkeskeisiä asioita potilaille, mutta usein huonoja terapeuttisessa kommunikaatiossa. (Price 2004.)

Tutkimuksessa, jossa potilaille kirjoitettiin päiväkirjaa (hoitajien ja omaisten toimesta) selvisi, että päiväkirjan avulla potilaat voivat saada paremmin muistikuvia tehohoidostaan ja ymmärtää näin, mitä tehohoidon aikana heille on tapahtunut. Tämä tukee heidän psyykkistä toipumistaan tehohoidon jälkeen ja voi ehkäistä myös posttraumaattisen stressin syntyä. (Jones ym. 2010.)

Tehohoidon jälkeisiä ongelmia potilailla voidaan ehkäistä ja minimoida fyysisten, lääketieteellisten ja psykologisten keinojen avulla (Mohta ym. 2002). Aikaisella stressitekijöihin puuttumisella ja potilaan selviytymiskeinoilla on suuri merkitys potilaan myöhäisempään psyykkiseen jaksamiseen (Jeavons ym. 2000).

Psykologin antaman tuen merkitys tehohoidon aikana vaikutti tehopotilaiden psyykkiseen jaksamiseen. Psykologin tukea saaneet kokivat vähemmän masennusta ja ahdistusta tehohoidon jälkeen kuin potilaat, jotka eivät olleet tukea saaneet. Tukea saaneet myös sairastuivat posttraumaattiseen stressiin harvemmin kuin henkilöt jotka eivät saaneet tukea hoitonsa aikana. (Peris ym. 2011.)

Perheen merkitys on suuri potilaan psyykkisen hyvinvoinnin kannalta. Perheenjäsenet tuntevat potilaan parhaiten ja huomaavat myös helpommin muutokset potilaan käyttäytymisessä. He pystyvät keskustelemaan potilaan kanssa

asioista jotka ovat potilaalle tärkeitä ja tukemaan potilaan yksilöllisyyttä paremmin kuin hoitajat. (Price 2004.)

Harhakuvia ehkäisemällä voidaan ehkäistä posttraumaattisen stressin syntyä sekä stressitekijöitä tehohoidon aikana. Hoitajat voivat ehkäistä tehohoidossa olevan potilaan harhakuvien syntyä orientoimalla potilasta aikaan ja paikkaan. Keskustelulla ja välittämisen tunteen luomisella katsotaan olevan myös positiivinen merkitys. (Hupcey & Zimmerman 2000.)

Hoitajien tulisi painottaa, että siirtyminen vuodeosastolle on aina positiivinen vaihe potilaan toipumisessa. Sairaanhoidajan tulisi tunnistaa siirtymisestä johtuvat stressin merkit. Nämä voivat olla psyykkisiä tai fyysisiä. (McKinney & Melby 2001.)

Sairaanhoidajat työskentelevät teho-osastolla hyvin tiiviisti potilaan kanssa ja ovat mukana aktiivisesti akuutin vaiheen hoidossa. Tämän vuoksi he ovatkin ensisijaisessa asemassa psyykkisen stressin tunnistamisessa, hoidossa ja posttraumaattisen stressin ehkäisyssä. Teho-osastolla työskentelevien sairaanhoidajien tulisi osata tunnistaa merkit ja oireet alkavalle sairastumiselle hyvissä ajoin. Heidän tulisi myös kirjata ylös mahdolliset merkit, pyrkiä ehkäisemään psyykkistä stressiä ja tarvittaessa antaa potilaan psyykkisille tarpeilla hoitoa. (Baxter 2004.)

Sairaanhoidajien kokemuksella ja työuran pituudella uskottiin olevan merkitystä psyykkisen jaksamisen arvioinnissa. Kokeneiden hoitajien uskottiin pystyvän arvioimaan paremmin potilaan psyykkistä tilaa. Suurin osa hoitajista toivoi saavansa lisäkoulutusta potilaiden psyykkisen tilan arviointiin. Osa koki, että keskusteleminen oman henkilökunnan kanssa voisi auttaa. Varsinkin nuoremmat sairaanhoidajat toivoivat jotakin välinettä potilaan psyykkisen voinnin arviointiin. (Price 2004.)



### 3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden tehohoidon aikaisia psyykkisiä stressitekijöitä potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta sekä kuvata taustamuuttujien yhteyttä psyykkisiin stressitekijöihin.

Tavoitteena on saada tietoa psyykkisistä stressitekijöistä ja näin edelleen kehittää kokonaisvaltaista tehopotilaan hoitoa ja parantaa hoidon laatua.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä psyykkisiä stressitekijöitä on teho-osastolla hoidettavilla potilailla?
2. Mitä psyykkisiä stressitekijöitä on teho-osastolla hoidettavilla potilailla sairaanhoitajan näkökulmasta?
3. Miten potilaiden ja sairaanhoitajien kuvaamat stressitekijät eroavat toisistaan?
4. Miten potilaiden ja sairaanhoitajien taustamuuttujat ovat yhteydessä psyykkisiin stressitekijöihin?

### 4 Tutkimuksen toteuttaminen

#### 4.1 Mittari

Yhdysvalloissa kehitettiin vuonna 1989 The ICU Environmental Stressor Score (ICUESS)-mittari (Cochran & Ganong 1989). Mittarissa on 42 Likert-asteikollista väittämää. The Environmental Stressor Questionnaire (ESQ) -mittari pohjautuu Cochran ja Ganongin laatimaan ICUESS-mittariin. Alkuperäisessä Cochran & Ganong tutkimuksessa hoitajat toivoivat kahdeksan väittämän lisäystä mittariin sillä he kokivat ne tutkimuksen kannalta tarpeellisiksi. Cornock (1998) lisäsi nämä kysymykset mittariin.

Tässä tutkimuksessa stressitekijöiden mittaamiseen käytettiin The Environmental Stressor Questionnaire (ESQ) -mittaria. Mittarissa on 50 väittämää. Mittarin vastausvaihtoehdot ovat Likert-asteikolla 0–4 (0=asia ei koskenut minua, 1=ei haitannut lainkaan, 2=vähän, 3=paljon, 4=erittäin paljon). Korkein yhteispistemäärä on 200 ja matalin 0. Arvo 200 kuvaa korkeinta mahdollista stressin kokemista ja arvo 0 täysin stressittömyyttä.

Alkuperäinen ESQ-mittari on englanninkielinen. The Environmental Stressor Questionnaire (ESQ)-mittaria on käytetty Iso-Britannian lisäksi myös Brasiliassa Kiinassa ja Kreikassa. Mittari soveltuu hyvin antamaan tietoa potilaiden kokemuksista psyykkisestä stressistä. (Pang & Suen 2007, Efstathou ym. 2008, Rosa ym. 2010.) Mittari käännettiin ensin suomeksi ja tämän jälkeen kielenkääntäjän toimesta englanniksi. (ns.kaksoiskäännös). Mittari käännettiin myös ruotsinkieliseksi organisaatioiden toiveiden mukaisesti. Kielenkääntäjä ja tutkija tarkastelivat väittämien sisällön vastaavuutta alkuperäisten väittämien sisällön kanssa. Väittämät muotoiltiin alkuperäismittarin kanssa samansisältöisiksi ottaen huomioon suomalaisen terveydenhuollon kulttuurilliset piirteet. Mittarin väittämistä yksi on muutettu alkuperäisestä ilmaisusta. Väittämässä 49 kysytään alkuperäisesti pelosta aidsia kohtaan (fear of aids). Tämä väittämä muutettiin koskemaan pelkoa veriteitse tarttuvista taudeista. Kyseinen muutos tehtiin, jotta se soveltuisi paremmin suomalaiseen kulttuuriin ja tehohoitotyöhön. Lupa mittarin käyttöön saatiin mittarin laatijalta Marc Cornockilta sähköpostitse helmikuussa 2013.

Mittarin lisäksi kyselylomake sisälsi taustamuuttujakysymyksiä. Potilailta kerättävät taustamuuttujat olivat sukupuoli, ikä, äidinkieli, tehohoidon syy, tehohoidon kesto sekä tieto siitä, onko henkilö ollut aikaisemmin hoidettavana teho-osastolla. Sairaanhoitajilta kerättävät taustamuuttujat olivat sukupuoli, ikä sekä työkokemusaika tehohoidon parissa. Tutkimuksessa oli erilliset kyselylomakkeet potilaille ja sairaanhoitajille. (Liite 3 ja liite 4.)

Kyselylomakkeen lopussa oli yksi avoin kysymys missä kysyttiin oliko vastaajan mielestä tehohoidossa kyselylomakkeen väittämien lisäksi joitakin muita haittaa aiheuttavia tekijöitä.

## 4.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kahdella eri teho-osastolla hoidetut potilaat (N=200) ja siellä työskentelevät sairaanhoitajat (N=170). Tutkimusorganisaatioiden teho-osastoilla hoidetaan monia erikoisaloja, kuten ortopedis-traumatologisia, leukakirurgisia, plastiikkakirurgisia, neurokirurgisia, sisätautisia, gastroenterologisia, sydän- ja thoraxkirurgisia, urologisia sekä verisuonikirurgisia potilaita. Osastoilla hoidetaan myös pre- ja postoperatiivisia potilaita, joilla on vitaalielintoimintojen häiriöitä, dialyysihoitoa tarvitsevia potilaita sekä kammiovärinästä elvytettyjä potilaita, jotka tarvitsevat jäähdytushoitoja. Osastoilla hoidetaan päivystyksellisiä sekä elektiivisiä potilaita. Tutkimukseen osallistuvilla osastoilla hoidettiin vuonna 2012 yhteensä 1505 potilasta.

Tutkimukseen rekrytoitavien potilaiden kriteereinä olivat, että tutkittavat olivat aikuispotilaita (ikä >18v.) ja että he olivat olleet teho-osastolla hoidettavina vähintään vuorokauden (1 vrk). Vastaaajien oli mahdollista vastata kyselyyn joko suomen- tai ruotsinkielellä.

Tutkija tapasi molempien osastojen osastonylilääkärit sekä osastonhoitajat ja kertoi heille tutkimuksesta keväällä 2013. Osastonylilääkärit antoivat suostumuksensa tutkimuksen toteutukseen sekä siihen että heidän nimensä voi liittää potilaille annettavaan tiedotteeseen. Tutkija kävi molemmilla osastoilla pitämässä aiheeseen liittyen osastotunnit alkusyksyllä 2013. Osastotunnin tarkoituksena oli kertoa tulevasta tutkimuksesta ja sen merkityksestä. Osastotunneilla ohjeistettiin sairaanhoitajia kyselyyn liittyvissä käytännönasioissa, kuten potilaiden informoimisessa kyselyyn liittyen. Sairaanhoitajilla oli myös mahdollisuus esittää aiheeseen liittyviä kysymyksiä.

Esitestaus tehtiin lokakuussa 2013 tutkimuslupien ja eettisen toimikunnan puoltavan lausunnon saavuttua. Kyselylomakkeen esitestaus tapahtui antamalla kolmellekymmenelle (N=30) tehohoidossa olleelle potilaalle tiedote tutkimuksesta ja kyselylomake. Potilasta hoitanut sairaanhoitaja antoi kyselyn potilaalle kun potilas oli siirtymässä teho-osastolta jatkohoitoon. Esitestauksen kyselylomakkeeseen oli lisätty kohta, missä vastaaja voi määrittää vastaukseen käyttämänsä ajan minuuteissa.

Esitestausvaiheen kyselylomakkeita palautui tutkijalle yhteensä kuusi (N=6) kappaletta. Esitestauksen vastaukset lisättiin osaksi lopullista tutkimusaineistoa. Esitestauksen perusteella varsinaiseen kyselylomakkeeseen ei tehty muutoksia.

Aineisto kerättiin talvella 2013-2014 antamalla 200 tehohoidossa olleelle potilaalle kysely. Potilasta hoitanut teho-osaston sairaanhoitaja antoi tehohoidossa olleille potilaille tiedotteen tutkimuksesta ja kyselylomakkeen kun he siirtyivät teho-osastoilta jatkohoitoon. Tiedotteessa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja se ettei vastaaminen tai vastaamatta jättäminen vaikuttanut mitenkään tutkittavan henkilön hoitoon, eikä tutkittavan henkilön henkilöllisyystietoja käytetty tutkimuksessa. Potilaiden oli mahdollista saada tiedote tutkimuksesta sekä kyselylomake suomen- tai ruotsinkielisenä. Hoitava sairaanhoitaja kertoi potilaalle myös suullisesti tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteet sekä käytännön asiat, kuten vastaamiseen liittyvät seikat.

Potilaat saivat vastata kyselyihin jatkohoitopaikassaan tai kotiuduttuaan. Aikaa kyselyyn vastaamiseen oli kaksi viikkoa, mikä oli mainittu potilaille annettavassa tiedotteessa. Tutkittaville annettiin kyselyn mukana postimaksulla varustettu palautuskuori. Kyselylomakkeet palautuivat valmiissa palautuskuorissa tutkijan antamaan osoitteeseen. Vastaamalla kyselyyn tutkittava antoi suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen.

Tutkimus osoitettiin myös teho-osastoilla työskenteleville sairaanhoitajille. Sairaanhoitajien kyselyt toimitettiin teho-osastoille. Kyselyn mukana toimitettiin tiedote tutkimuksesta, josta selvisi kyselyn tarkoitus ja tavoitteet. Tiedotteessa kävi ilmi myös vastaamisen vapaaehtoisuus. Sairaanhoitajat palauttivat kyselylomakkeet siihen tarkoitettuun suljettuun laatikkoon. Kyselyyn vastausaika oli kaksi viikkoa. Vastausajan päätyttyä tutkija kävi noutamassa kyselyt osastoilta. Kyselylomakkeita vietiin osastoille yhteensä 170. Tutkimuksen kyselyyn vastasivat kaikki aineiston keruuajana kyseisillä osastoilla työskentelevät vakituisessa tai määräaikaisessa työsuhteessa olevat sairaanhoitajat. Tutkimukseen vastasi 55 (28 %) potilasta ja 77 (45 %) sairaanhoitajaa.

Tutkimuksessa kerätyt kyselyvastaukset koodattiin siten, ettei henkilöllisyyden selvittäminen ole myöhemmin mahdollista. Tutkimusaineistoa säilytettiin kunnes pro gradu -tutkielma oli valmis. Tämän jälkeen aineisto hävitettiin tiedostoista ja kyselyt hävitettiin tietosuojajätteinä.

### 4.3 Aineiston analyysi

Stressitekijöitä mittaava mittari muodostui 50 väittämästä joiden vastausvaihtoehdot olivat Likert-asteikollisia (erittäin paljon, paljon, vähän, ei haitannut, asia ei koskenut minua). Jokaisen väittämän vastausvaihtoehdot pisteytettiin alkuperäisen ohjeen mukaisesti 0-4, niin että vastaamalla ”erittäin paljon” sai korkeimman pistemäärän (4) ja vastaamalla ”asia ei koskenut minua” pienimmän (0). Näin ollen kyselyn maximipistemäärä, mikä muodosti myös kyselyn kokonaisstressipistemäärän, oli 200 (Taulukko 3.)

Jokaiselle väittämälle laskettiin keskiarvo ja keskihajonta. Muuttujien arvojen avulla voitiin määrittää eniten stressiä tuottavat tekijät ja laittaa väittämät järjestykseen keskiarvojen perusteella (Taulukko 4). Kyselyssä oli erillinen kysymys missä vastaajaa pyydettiin nimeämään kolme eniten haittaa aiheuttanutta tekijää. Näistä laskettiin frekvenssit ja tehtiin erillinen taulukko missä osoitettiin kolme eniten stressiä aiheuttanutta tekijää potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta (Taulukko 5).

Stressitekijöitä kuvaavista muuttujista, mitkä muodostuivat kyselyn 50 väittämästä, muodostettiin summamuuttuja laskemalla jokaisen vastaajan pistemäärät (0-4), jokaisen kysymyksen (N=50) kohdalla yhteen. Summamuuttujien avulla voitiin myös määrittää kokonaisstressipistemäärää kuvaavat arvot potilaille ja sairaanhoitajille. Suurin mahdollinen kokonaispistemäärä stressitekijöistä on 200 ja alhaisin 0. Mittarin sisällöllistä johdonmukaisuutta mitattiin Cronbachin alpha-kertoimella.

Taustamuuttujien yhteyttä tarkasteltiin (paitsi äidinkieli) suhteessa summamuuttujaan. Potilaiden taustamuuttujasta (Taulukko 6) ikä luokiteltiin kolmeen ryhmään: 30 tai alle, 31-60 vuotiaat ja 61-90 vuotiaat. Taustamuuttuja ”teho­hoidon syy” luokiteltiin kahteen ryhmään: vamma ja muu. ”Teho­hoidon kesto” luokiteltiin kahteen ryhmään: viisi vuorokautta tai alle ja yli viisi vuorokautta. Sairaanhoitajien taustamuuttujista taustamuuttuja ”ikä” luokiteltiin kahteen ryhmään: 20-40 vuotiaat, 41-60 vuotiaat. Taustamuuttuja ”työkokemus” luokiteltiin kahteen ryhmään: 10 vuotta tai alle sekä yli 10 vuotta. (Taulukko 7.)

Analysoinnissa käytettiin ei-parametrisiä menetelmiä: Mann-Whitney- ja Kruskal-Wallis testiä. Näiden avulla voitiin tarkastella kahden tai kolmen toisistaan riippumattomien ja ei normaalisti jakautuneiden ryhmän välisiä eroja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvoksi asetettiin p-arvo  $<0,05$ . Näin ollen tilastollisen merkitsevyyden katsottiin toteutuvan, kun virhepäätelmän todennäköisyys oli alle 5 prosenttia. P-arvon avulla voidaan tarkastella riippuvuuden merkitsevyytensä, joka kertoo johtuvatko havaitut erot sattumasta vai löytyvätkö ne myös perusjoukosta (Heikkilä 2004).

Aineisto analysoitiin tilastollisesti käyttäen SPSS Statistics 17.0 versiota. Taustamuuttujat kuvattiin frekvenssien, prosentiosuuksien, keskiarvon ja keskihajonnan avulla (Taulukko 1, Taulukko 2).

## 5 Tutkimuksen tulokset

### 5.1 Tutkimukseen osallistuneet

Vastanneista (N=55) potilaista 62 % oli miehiä ja 38 % oli naisia (Taulukko 1). Vastaaajien keskimääräinen ikä oli 55 vuotta (Md=59,0, Min=19,0, Max=87,0, kh=16,4). Alle 20-vuotiaita oli 6 % ja yli 80-vuotiaita 4 %. Vastaaajista suurin osa, 95 % oli äidinkieleltään suomenkielisiä ja 6 % ruotsinkielisiä. Vamman takia tehohoidossa oli potilaista ollut 24 %, sisätautisen syyn vuoksi 16 %, kirurgisen syyn vuoksi 56 % ja muun syyn vuoksi tehohoidossa 4 %. Keskimääräinen tehohoidon kesto potilailla oli 6 vuorokautta (Md=3,5, Min=1,0, Max=46,0, Kh=7,0). 1-5 vuorokautta tehohoidossa oli ollut noin kaksi kolmesta (65 %). Yli 20 vuorokautta tehohoidoissa oli ollut 4 %. Potilaista 37 % oli aikaisemmin ollut tehohoidossa ja 63 %:lle hoito teho-osastolla oli ollut ensimmäinen kerta.

Taulukko 1. Potilaiden taustamuuttujat (n=55)

		n	%	Md	Min	Max	Ka	Kh
<b>Sukupuoli</b>	Mies	31	61,8					
	Nainen	24	38,2					
<b>Ikä</b>				59,0	19,0	87,0	55,4	16,4
	≤20 v.	3	5,5					
	21-30 v.	4	7,2					
	31-40 v.	4	7,2					
	41-50 v.	7	12,7					
	51-60 v.	11	19,8					
	61-70 v.	16	29,0					
	71-80 v.	8	14,5					
	>80 v.	2	3,6					
<b>Äidinkieli</b>	Suomi	52	94,5					
	Ruotsi	3	5,5					
<b>Tehohoidon syy</b>	Vamma	13	23,6					
	Sisätautinen	9	16,4					
	Kirurginen	31	56,4					
	Muu	2	3,6					
<b>Tehohoidon kesto</b>				3,5	1,0	46,0	5,7	7,0
	1-5 vrk	35	64,9					
	6-10 vrk	13	24,2					
	11-15 vrk	4	7,5					
	16-20 vrk	0	0,0					
	yli 20 vrk	2	3,8					
<b>Aikaisemmin hoidettavana teho-osastolla</b>	Kyllä	20	37,0					
	En	34	63,0					

Kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista 85 % oli naisia ja 15 % oli miehiä (Taulukko 2). Hoitajien keskimääräinen ikä oli 40 vuotta (Md=39,5 Min=23,0, Max=60,0, kh=10,0). 21-30 vuotiaita vastanneista oli 24 %, 31-40 vuotiaita oli 27 %, 41-50 vuotiaita oli 33 % ja 51-60 vuotiaita 16 %. Sairaanhoitajat olivat työskennelleet tehohoidossa keskimäärin 12 vuotta (Md=10,0 Min=0,0 Max=36,0, kh=10,0). Alle 5 vuotta työkokemusta oli sairaanhoitajista 27 %:lla ja yli 20 vuoden työkokemus oli 24 %:lla.

Taulukko 2. Sairaanhoitajien taustamuuttujat (n=77)

		n	%	Md	Min	Max	Ka	Kh
<b>Sukupuoli</b>	Mies	11	14,7					
	Nainen	64	85,3					
<b>Ikä</b>				39,5	23,0	60,0	39,6	10,0
	21-30v.	18	24,4					
	31-40v.	20	27,2					
	41-50v.	24	32,7					
	51-60v.	12	16,4					
<b>Työkokemus tehohoidossa</b>				10,0	0,0	36,0	12,1	9,6
	alle 5 v.	20	27,2					
	5-10v.	21	28,4					
	11-20v.	15	20,5					
	yli 20v.	18	24,5					

## 5.2 Psyykkiset stressitekijät potilaiden ja sairaanhoitajien arvioimana

Kyselyn kokonaispistemäärä stressitekijöistä oli 200 ja pienin pistemäärä 0. Keskiarvo stressitekijöiden kokonaispistemäärästä potilaiden kohdalla oli 66 (Kh=20,5) ja vaihteluväli 28-140 (Taulukko 3.). Sairaanhoitajien kohdalla keskiarvo kokonaisarvosta oli 130 (Kh=17,7) ja vaihteluväli 93-169.

Taulukko 3. Kokonaispistemäärät stressitekijöistä

	Keskiarvo	Keskihajonta	Vaihteluväli
Potilaat	66	20,5	28-140
Sairaanhoitajat	130	17,7	93-169

Potilaiden mukaan kuusi eniten haittaa aiheuttanutta stressitekijää oli (Taulukko 4): Janoisuuden tunne (Ka=2, Kh=1,1), rajoittuminen hengityspotkeen ja /tai erilisiin johtoihin (Ka=1,9, Kh=0,9), kipujen tunteminen (Ka=1,8, Kh=1,1), happimaskin tai happiviiksien pitäminen kasvoilla (Ka=1,7, Kh=0,9), ikävä puolisoa tai kumppania (Ka=1,7, Kh=1,1) sekä kykenemättömyys nukkua (Ka=1,7, Kh=1,2). Vähiten stressitekijöistä haittaa potilaille aiheutti potilaiden mukaan toisille potilaille annettujen hoitojen näkeminen (Ka=0,8, Kh=0,6) sekä tunne hoitotoimenpiteisiin painostuksesta (Ka=0,9, Kh=0,8).

Sairaanhoitajien mukaan kuusi eniten haittaa aiheuttanutta tekijää oli: Kykenemättömyys nukkua (Ka=3,8, Kh=3,4), kykenemättömyys kommunikointiin (Ka=3,6, Kh=0,5), rajoittuminen hengityspotkeen ja /tai erilaisiin johtoihin (Ka=3,6, Kh=0,5) hengityspotkeen olemisen suussa/nenässä (Ka=3,6, Kh=0,6) kipujen tunteminen (Ka=3,5, Kh=0,6) sekä janoisuuden tunne (Ka=3,5, Kh=2,5). Hoitajat arvioivat potilaille vähiten stressitekijöitä aiheuttavan verenpaineen mittaaminen monta kertaa päivässä (Ka=1,4, Kh=0,9) sekä miesten ja naisten oleminen samassa tilassa (Ka=1,4, Kh=0,5).



Taulukko 3. Psykkiset stressitekijät potilaiden ja sairaanhoitajien arvioimana

Väittämät	Potilaat	Järjestyssija	Ka	Kh	Hoitajat	Järjestyssija	Ka	Kh
Janoisuuden tunne		1	2,0	1,1		6	3,5	2,5
Rajoittuminen hengityspotkeen ja /tai erilasiin johtoihin		2	1,9	0,9		3	3,6	0,5
Kipujen tunteminen		3	1,8	1,1		5	3,5	0,6
Happimaskin tai happiviiksien pitäminen kasvoilla		4	1,7	0,9		23	2,6	0,7
Ikävä puolisoa tai kumppania		5	1,7	1,0		31	2,5	0,7
Kykenemättömyys nukkua		6	1,7	1,0		1	3,8	3,4
Epämukava sänky tai tyyny		7	1,7	1,2		18	2,8	0,9
Ette pystyneet kontrolloimaan itseänne tai tapahtumia		8	1,6	1,0		8	3,2	0,7
Kykenemättömyys suoriutua roolista perheessä		9	1,6	1,0		39	2,3	0,9
Taloudelliset huolet		10	1,6	1,2		36	2,3	0,8
Tietämättömyys kellonajasta		11	1,5	0,9		30	2,5	0,7
Tylsistyminen		12	1,5	1,0		33	2,4	0,7
Tietämättömyys tehohoidon kestosta		13	1,5	1,9		12	2,9	0,8
Kykenemättömyys liikuttaa raajoja suonikanyylien vuoksi		14	1,4	0,7		13	2,8	0,9
Tuntemattomien laitteiden äänien kuuleminen		15	1,4	0,8		11	2,9	0,7
Hengityspotken oleminen suussa/nenässä		16	1,4	0,9		4	3,6	0,6
Katon tuijottaminen yksityiskohtia myöten		17	1,4	1,1		29	2,5	0,9
Vieraiden ja epätavallisten äänien kuuleminen		18	1,4	0,7		14	2,9	0,7
Yksityisyyden puuttuminen		19	1,4	0,8		15	2,8	0,7
Valot olivat kokoajan päällä		20	1,3	0,8		22	2,6	0,9
Neuloilla pistäminen		21	1,3	0,8		24	2,6	0,7
Tietämättömyys omien hoitojen ajankohdasta		22	1,3	0,8		42	2,1	0,6
Outojen laitteiden ympäröimänä oleminen		23	1,3	0,8		16	2,8	0,8
Kuulla toisten ihmisten puheet itsestä		24	1,3	0,8		28	2,5	0,8
Tietämättömyys viikonpäivästä		25	1,3	0,9		43	2,1	0,6
Kykenemättömyys kommunikoidmiseen		26	1,3	1,0		2	3,6	0,5
Kuoleman pelko		27	1,2	0,4		7	3,3	0,8
Hoitajien ja lääkäreiden liian äänekkäs keskustelu		28	1,2	0,5		17	2,8	0,7
Hoitajat käyttivät termejä joita ei voinut ymmärtää		29	1,2	0,6		25	2,8	0,5
Toisten potilaiden valituksen kuunteleminen		30	1,2	0,7		26	2,6	0,7
Tunne, että hoitajilla on kiire		31	1,2	0,7		27	2,5	0,8
Hoitaja herätti unesta		32	1,2	0,7		32	2,5	0,7
Lääkärin ja hoitajien toistuvasti tekemät tutkimukset		33	1,2	0,8		19	2,7	0,7
Verenpaineen mittaaminen monta kertaa päivässä		34	1,2	0,8		50	1,4	0,9
Itsellenne tuntemattomien lääkäreiden hoidettavana oleminen		35	1,2	0,8		45	2,0	0,7
Hoitotoimenpiteitä ei selitetty		36	1,2	1,0		10	2,9	0,7
Puhelimen soimisen kuuleminen		37	1,1	0,6		35	2,3	0,5
Sydänmonitorin hälytysäänien kuuleminen		38	1,1	0,8		20	2,7	0,8
Oleminen huoneessa missä oli liian kylmä tai kuuma		39	1,1	0,8		21	2,6	0,7
Epätietoisuus siitä missä on		40	1,1	0,9		9	2,9	0,7
Perheen ja ystävien näkeminen vain muutaman minuutin ajan päivässä		41	1,1	0,9		38	2,2	0,8
Outojen hajujen haistaminen		42	1,1	0,9		41	2,2	0,8
Nesteytyspussien näkeminen pääanne yläpuolella		43	1,1	0,9		47	1,8	0,6
Pelko veriteitse tarttuvista taudeista		44	1,1	0,9		48	1,6	0,7
Hoitajien jatkuva työskentely sängyn vieressä		45	1,1	1,5		37	2,2	0,7
Tunne siitä, että hoitajat huomioivat enemmän laitteita kuin potilasta		46	1,0	0,6		34	2,4	0,9
Miesten ja naisten oleminen samassa tilassa		47	0,9	0,4		49	1,4	0,5
Hoitajat eivät esitelleet itseään nimeltä		48	0,9	0,7		44	2,1	0,8
Tunne hoitotoimenpiteisiin painostuksesta		49	0,9	0,8		46	2,0	0,7
Toisille potilaille annettujen hoitojen näkeminen		50	0,8	0,6		40	2,2	1,1

Kyselyn lopussa oli erillinen kysymys jossa vastaajaa pyydettiin nimeämään kolme eniten haittaa aiheuttanutta tekijää jo esitetyistä 50 väittämästä. Potilaiden mukaan kolme eniten haittaa aiheuttanutta tekijää oli: Kipujen tunteminen, kykenemättömyys nukkua ja kontrolloimattomuus itsestä ja tapahtumista (Taulukko 5). Sairaanhoitajat arvioivat eniten potilaille haittaa aiheuttaviksi: Rajoittumisen hengityspotkeen ja/tai erilaisiin johtoihin, hengityspotken oleminen suussa/nenässä sekä kykenemättömyyden kommunikoimiseen.

Taulukko 5. Kolme eniten haittaa aiheuttanutta stressitekijää

Potilaat Järjestyssija	Stressitekijä	Sairaanhoitajat Järjestyssija	Stressitekijä
1	Kipujen tunteminen	1	Rajoittuminen hengityspotkeen ja/tai erilaisiin johtoihin
2	Janoisuuden tunne ja kykenemättömyys nukkua	2	Hengityspotken oleminen suussa/nenässä
3	Kontrolloimattomuus itsestä ja tapahtumista	3	Kykenemättömyys kommunikoimiseen

Potilaiden ja sairaanhoitajien vastauksissa oli eroavaisuuksia. Potilaiden kokemista haittaa aiheuttavista tekijöistä sairaanhoitajat arvioivat neljän tekijän olevan kuuden eniten haittaa aiheuttaneen tekijän joukossa (janoisuuden tunne, rajoittuminen hengityspotkeen ja/tai erilaisiin johtoihin, kipujen tunteminen, kykenemättömyys nukkua). Kuitenkin kaksi muuta (happimaskin tai happiviiksien pitäminen kasvoilla, ikävä puolisoa tai kumppania) sairaanhoitajat asettivat stressitekijöissä melko vähän haittaa aiheuttaviksi (23., 31.). Sairaanhoitajat kokivat eniten haittaa aiheuttaviksi potilaille kykenemättömyyden nukkua. Potilaiden mukaan tämä asettui sijalle 6 stressitekijöitä arvioitaessa. Toiseksi merkittävänä stressitekijänä sairaanhoitajat kokivat kykenemättömyyden kommunikoimiseen, mutta potilaiden vastauksien mukaan tämä sijoittuu vasta sijalle 24. Samoin hengityspotken olemisen suussa/nenässä potilaat asettivat vasta sijalle 16. Sairaanhoitajat kokivat vähiten haittaa aiheuttavaksi potilaalle verenpaineen mittaamisen.

### 5.3 Taustamuuttujien yhteys potilaiden stressitekijöihin

Miespotilaat (Md=67,0, Q<sub>1</sub>=56,0, Q<sub>3</sub> =74,5) kokivat enemmän stressitekijöitä teho-osastolla kuin naispotilaat (Md= 57,5, Q<sub>1</sub>=52,0, Q<sub>3</sub>=87,0). Iältään 31-60-vuotiaat potilaat kokivat eniten stressitekijöitä (Md=67,5, Q<sub>1</sub>=57,0, Q<sub>3</sub>=78,0). Toiseksi eniten stressitekijöitä kokivat 61-90 -vuotiaat potilaat (Md=63,5, Q<sub>1</sub>=53,0, Q<sub>3</sub>=81,0). Vähiten stressitekijöitä kokivat alle 30-vuotiaat potilaat (Md=57,0, Q<sub>1</sub>=54,5, Q<sub>3</sub>=76,5). Vamman takia tehohoidossa olleet kokivat vähemmän stressitekijöitä (Md=57,0, Q<sub>1</sub>=56,0, Q<sub>3</sub>=73,0) kuin muun syyn vuoksi tehohoidossa olleet (Md=65,0, Q<sub>1</sub>=50,0, Q<sub>3</sub>=80,0). Potilaat jotka olivat olleet yli viisi vuorokautta tehohoidossa kokivat enemmän stressitekijöitä (Md=68,0, Q<sub>1</sub>=54,0, Q<sub>3</sub>=72,5) kuin potilaat jotka olivat olleet hoidettava viisi vuorokautta tai vähemmän (Md=64,0, Q<sub>1</sub>=54,0, Q<sub>3</sub>=90,0). Potilaat jotka olivat olleet aikaisemmin hoidettavana teho-osastolla kokivat enemmän stressitekijöitä (Md=68,0, Q<sub>1</sub>=58,0, Q<sub>3</sub>=87,0) kuin potilaat joilla hoito oli ollut ensimmäinen (Md=62,0, Q<sub>1</sub>=51,0, Q<sub>3</sub>=71,0). Tässä tutkimuksessa potilaiden taustamuuttujien yhteydet kokonaisstressimäärään eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (p=0,063-0,723)

Taulukko 6. Potilaiden taustamuuttujien yhteys potilaiden kokonaisstressimäärään

	n	mediaani (Md)	ala- ja yläkvartiili (Q <sub>1</sub> , Q <sub>3</sub> )	p-arvo
Sukupuoli				0,671
Mies	31	67,0	56,0, 74,5	
Nainen	24	57,5	52,0, 87,0	
Ikä				0,587
≤30 v.	7	57,0	54,5, 76,5	
31-60 v.	22	67,5	57,0, 78,0	
61-90 v.	26	63,5	53,0, 81,0	
Tehohoidon syy				0,723
Vamma	13	57,0	56,0, 73,0	
Muu	42	65,0	50,0, 80,0	
Tehohoidon kesto				0,290
≤5vrk	35	64,0	54,0, 72,5	
>5 vrk	19	68,0	54,0, 91,0	
Aikaisemmin hoidettavana teho-osastolla				0,063
Kyllä	20	68,0	58,0, 87,0	
En	34	62,0	51,0, 71,0	

#### 5.4 Taustamuuttujien yhteys sairaanhoitajien arvioimiin potilaiden stressitekijöihin

Sairaanhoitajista naiset arvioivat teho-osaston potilailla olevan enemmän stressitekijöitä (Md=131,0, Q<sub>1</sub>=116,0, Q<sub>3</sub>=140,5) kuin mitä mieshoitajat arvioivat (Md=126,0, Q<sub>1</sub>=118, Q<sub>3</sub>=142,0). Iältään 41-60 -vuotiaat sairaanhoitajat arvioivat potilaiden kokevan enemmän stressitekijöitä (Md=135,0, Q<sub>1</sub>=121,0, Q<sub>3</sub>=146,0) kuin nuoremmat 20-40-vuotiaat (Md=125, Q<sub>1</sub>=112,0, Q<sub>3</sub>=136,0). Työkokemukseltaan pidempään (yli 10 vuotta) sairaanhoitajina tehohoidossa toimineet arvioivat potilailla olevan enemmän stressitekijöitä (Md=134,5, Q<sub>1</sub>=124,0, Q<sub>3</sub>=143,0) kuin 10 vuotta tai alle työskennelleet (Md=125,0, Q<sub>1</sub>=115,5, Q<sub>3</sub>=140,0). Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien taustamuuttujien yhteydet kokonaisstressimäärään eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (p=0,175-0,840).

Taulukko 7. Sairaanhoitajien taustamuuttujien yhteys heidän arvioimaansa potilaiden kokonaisstressimäärään

		n	mediaani (Md)	ala- ja yläkvartiilit (Q <sub>1</sub> , Q <sub>3</sub> )	p-arvo
Sukupuoli	Mies	11	126,0	118,0, 140,5	0,840
	Nainen	64	131,0	116,0, 142,0	
Ikä	20-40v.	38	125,0	112,0, 136,0	0,262
	41-60v.	36	135,0	121,0, 146,0	
Työkokemus tehohoidossa	≤10v.	41	125,0	115,5, 140,0	0,175
	>10v.	33	134,5	124,0, 143,0	

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Keskiarvon mukaan lasketuista stressitekijöistä eniten haittaa potilaille tuottivat: Janoisuuden tunne, rajoittuminen hengityspotkeen ja/tai erilaisiin johtoihin, kipujen tunteminen, happimaskin tai happiviiksien pitäminen kasvoilla, ikävä puolisoa tai kumppania ja kykenemättömyys nukkua. Verraten aikaisempaan Cornockin (1998) Englannissa tekemään tutkimukseen tässä tutkimuksessa potilaiden arvioimista stressitekijöistä kolme kuudesta eniten haittaa aiheuttaneesta ovat samoja. Nämä ovat: Janoisuuden tunne, rajoittuminen hengityspotkeen ja/tai erilaisiin johtoihin sekä kipujen tunteminen. Sairaanhoidajien arvioimana potilaiden stressitekijöistä neljä sijoittui kuuden eniten haittaa aiheuttavan joukkoon (kykenemättömyys nukkua, rajoittuminen hengityspotkeen ja/tai erilaisiin johtoihin, kipujen tunteminen sekä janoisuuden tunne). Potilaiden mukaan happimaskin tai happiviiksien pitäminen kasvoilla asettui sijalle neljä. Sairaanhoidajien arvioimana tämä oli kuitenkin vasta sijalla 23. Viidenneksi eniten haittaa aiheutti potilaiden arvioimana ikävä puolisoa tai kumppania. Sairaanhoidajat arvioivat kuitenkin tämän haitan vasta sijalle 31.

Potilaiden eniten kokemat stressitekijät (janoisuuden tunne, rajoittuminen hengityspotkeen ja/tai erilaisiin johtoihin, kipujen tunteminen, happimaskin tai happiviiksien pitäminen kasvoilla, ikävä puolisoa tai kumppania ja kykenemättömyys nukkua) ovat asioita joihin tehohoidossa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota. Nämä tekijät ovat olleet esillä myös aikaisemmissa tutkimuksissa arvioitaessa potilaiden kokemia stressitekijöitä. (Cochran & Ganong 1989, Cornock 1998, Pang & Suen 2007, Rosa ym. 2009.) Voidaan siis todeta että samanlaiset stressitekijät haittaavat myös suomalaisia tehohoidossa olevia potilaita.

Potilaiden mukaan eniten haittaa aiheuttanut stressitekijä oli janoisuuden tunne. Aikaisemmissa tutkimuksissa tämä on myös ollut kuuden eniten haittaa aiheuttaneen joukossa, joskaan ei ensimmäisenä. (Cornock 1998, Pang & Suen 2007). Potilaat ovat usein tehohoitonsa aikana kykenemättömiä juomaan sairauden tai erilaisten

hoitomuotojen takia. Potilaiden suun kostuttamiseen voidaan käyttää erilaisia menetelmiä kuten siihen tarkoitettuja suunkostukeaineita.

Rajoittuminen hengitysputkeen ja/tai erilaisiin johtoihin koettiin toiseksi eniten haittaa aiheuttavaksi potilaiden mukaan. Myös sairaanhoitajat pitivät tätä merkittävänä haittana ja arvioivat sen sijalle kolme. Potilaat ovat usein tehohoitonsa aikana hetken tai useitakin päiviä hengityskoneessa. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaalle on yleensä laitettu hengitysputki. Tehohoitopotilailla on usein paljon erilaisia johtoja ja letkuja ympärillään. Nämä liittyvät usein lääkitsemiseen ja nesteyttämiseen sekä erilaisten laitteiden toteuttamaan hoitoon. Aikaisempien tutkimuksien mukaan on todettu että rajoittuminen erilaisiin letkuihin ja johtoihin tuottaa potilaalle stressiä (Cornock 1998, Fontes Pinto Novaes ym. 1999.)

Kolmanneksi eniten haittaa aiheuttavaksi potilaat kokivat kivun. Sairanhoitajat arvioivat tämän sijalle viisi. Kipu oli sijalla yksi arvioitaessa stressitekijöitä erillisen kysymyksen mukaan missä potilaita pyydettiin nimeämään kolme eniten haittaa aiheuttanutta stressitekijää. Kivun kokemiseen haittaa aiheuttavana stressitekijänä voi vaikuttaa se, että potilaat ovat usein erittäin kipeitä teho-osastoilla akuutin tilanteen tai esimerkiksi tuoreen leikkauksen vuoksi. Kipu on myös potilaan subjektiivinen kokemus, jota hoitajan saattaa olla joskus vaikea arvioida fyysisten parametrien lisäksi. Kipu on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa kahdessa eniten haittaa aiheuttavaksi stressitekijäksi (Novaes ym. 1999, Rosa ym.2009.) Kipu on iso osa-alue hoitotyötä ja myös teho-hoitoa. Kivunhoitoa toteutetaan teho-osastoilla monin eri keinoin. Kipulääkkeitä annetaan esimerkiksi suun kautta (p.o), suonensisäisesti (i.v), lihakseen (i.m) ja ihon alle (s.c). Potilaat voivat saada myös jatkuvaa kipulääkitystä infuusion avulla. Kivun lääkitsemistä pystytään toteuttamaan teho-osastoilla voimakkaimmin keinoin kuin esimerkiksi vuodeosastoilla sillä potilaat ovat monitoreissa, jatkuvan tarkkaillun alla. Puutteellinen kivunhoito voi estää potilasta lepäämästä riittävästi, mikä lisää potilaan uupumista ja sekavuutta. Esimerkiksi erilaiset letkut ja katetrit sekä haavat voivat aiheuttaa potilaalle kipua ja vaikeuttaa potilaan liikkumista. (Kaarlola & Pyykkö 2010.)

Happimaskin tai happiviiksien pitäminen kasvoilla koettiin neljänneksi eniten haittaa aiheuttavaksi potilaiden arvioimana. Tämä sijoittui sairaanhoitajien arvioimana vasta sijalle 23. Ikävä puolisoa ja kumppania oli potilaiden mukaan viidenneksi eniten haittaa aiheuttava tekijä. On merkittävää huomata että sairaanhoitajat sijoittivat tämän vasta sijalle 31. Alkuperäisessä englantilaisessa tutkimuksessa, eikä

muissakaan aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa ikävä puolisoa ja kumppania ole ollut kuuden eniten stressiä aiheuttaneen joukossa. Se on kuitenkin aina sijoittunut melko korkealle. (Cornock 1998, Pang & Suen 2007, Rosa ym. 2009.) Tehohoidon aikana potilas joutuu erilleen omasta sosiaalisesta verkostostaan. Potilaan sairastuminen muuttaa usein myös sosiaalisia rooli- ja riippuvuussuhteita perheessä ja lähiyhteisössä. Läheisten ja omaisten tuki on toipumisen kannalta ensiarvoisen tärkeää. (Pyykkö 2004.) Kykenemättömyys nukkua oli potilaiden mukaan kuudenneksi eniten haittaa aiheuttanut tekijä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös todettu kykenemättömyyden nukkua haittaavan tehohoidossa olevaa potilasta. (Cornock 1998, Fontes Pinto Novaes ym. 1999.) Päivä- ja yörytmin häiriintyminen on tunnusomaista tehohoitopotilaalle (Weinhouse ym. 2009). Nukkumista haittaavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi kirkkaat valot, keskustelu ja kovat laitteiden äänet. (Cornock 1998, Fontes Pinto Novaes ym. 1999, Gabor ym. 2001, Friese 2008.)

Keskiaikovollisesti tarkasteltaessa stressitekijöitä voidaan todeta että kuusi eniten potilaille aiheuttavaa stressitekijää sairaanhoitajien arvioimana oli: Kykenemättömyys nukkua, kykenemättömyys kommunikointiin, rajoittuminen hengitysputkeen ja/tai erilaisiin johtoihin, hengitysputken oleminen suussa tai nenässä, kipujen tunteminen sekä janoisuuden tunne. Näistä neljä (kykenemättömyys nukkua, rajoittuminen hengitysputkeen ja/tai erilaisiin johtoihin, kipujen tunteminen sekä janoisuuden tunne) ovat myös potilaiden mukaan arvioituna kuuden eniten stressiä aiheuttavan joukossa. Sairaanhoitajien arvioimana kykenemättömyys kommunikointiin sijoittui sijalle kaksi. Tämä oli kuitenkin potilaiden arvioimana vasta sijalla 26. Sairaanhoitajat arvioivat neljänneksi eniten haittaa aiheuttavaksi hengitysputken olemisen suussa/nenässä. Potilaat kuitenkin arvioivat tämän vasta sijalle 16. Sairaanhoitajat tunnistavat potilaiden kuudesta eniten tuottavasta stressitekijästä neljä mikä osoittaa sairaanhoitajien olevan tietoisia siitä että potilaat kokevat stressitekijöitä tehohoidossa sekä sen että sairaanhoitajat tunnistavat joitakin potilaiden kokemia stressitekijöitä tehohoidon aikana.

Erillisen kysymyksen mukaan arvioituna sairaanhoitajien mukaan eniten haittaa potilaille aiheutti: Rajoittuminen hengitysputkeen ja/tai erilaisiin johtoihin, hengitysputken oleminen suussa /nenässä ja kykenemättömyys kommunikointiin. Näyttäisikin siltä että sairaanhoitajat kokevat suurimpana stressitekijänä tehohoidossa oleville potilaille hengityskoneessa olemisen ja siihen liittyvät vaikeudet

liittyen rajoittuneeseen liikkumiseen ja kommunikoimiseen. Myös hengityspotki itsessään koetaan haitalliseksi potilaille.

Kokonaisstressipistemäärää tarkasteltaessa voidaan todeta että sairaanhoitajat pitivät stressitekijöitä teho-osastolla yli puolet enemmän haittaa aiheuttavina kuin itse potilaat. Tämä osoittaa sen, että potilaiden ja sairaanhoitajien ajattelutavalla stressitekijöistä on suuri ero. Se kuvaa myös sitä kuinka sairaanhoitajat arvioivat teho-osasto ympäristössä olevan huomattavan paljon enemmän stressitekijöitä potilaalle kuin itse potilaat. Samanlaisia tuloksia on todettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Cochran & Ganong 1989, Cornock 1998, Fontes Pinto Novaes ym. 1999, Pang & Suen 2007.)

Syy sille miksi potilaat kokevat vähemmän stressitekijöitä kuin hoitajat arvioivat voi olla se, että potilaat eivät ole tietoisia kaikesta ympärillään tapahtuvasta teho-osastolla. Potilaat ovat usein sedatoituja lääkkeitä ja saattavat olla fyysisesti väsyneitä huomioimaan ympärillä tapahtuvia tekijöitä. He eivät myöskään aina muista tapahtuneita jälkikäteen. Sairaanhoitajat taas ovat tietoisia erilaisista teho-osastolla tapahtuvista tilanteista ja mahdollisista haasteellisista tekijöistä. (Cornock 1998). Sairaanhoitajat työskentelevät teho-osastolla lähes päivittäin ja näin ollen teho-osaston ympäristö haasteineen on heille tuttua. Potilaille ja sairaanhoitajille annetuissa tutkimuksen tiedotteissa ei ollut selitetty tarkemmin stressi-käsitettä. Käsitteenä ”stressi” voi olla haasteellinen ymmärtää ja se voi saada erilaisia merkityksiä. Tämä on myös saattanut vaikuttaa vastauksiin.

Potilaiden ja sairaanhoitajien stressitekijöiden väliset keskiarvoerot ovat merkittävät. Potilaiden arvioimien stressitekijöiden keskiarvot ovat huomattavan paljon pienemmät kuin sairaanhoitajien. Tämä tarkoittaa sitä, että kun potilaat yleensä pisteyttivät stressitekijät arvolla 1 tai 2 (ei haitannut, vähän) pisteyttivät sairaanhoitajat yleensä stressitekijät arvolla 3 ja 4 (paljon, erittäin paljon).

Tässä tutkimuksessa potilaiden taustamuuttujien yhteydellä stressitekijöihin ei ollut tilastollista merkitsevyyttä. Miespotilailla oli korkeampi kokonaisstressimäärä kuin naispotilailla. Iältään keski-ikäisillä (31-60 -vuotiaat) oli suurin kokonaisstressimäärä. Mitä nuorempi potilas oli, sitä pienempi kokonaisstressimäärä hänellä oli. Muun kuin vamman takia tehohoidossa olleilla potilailla oli korkein kokonaisstressimäärä. Tehohoidon pitkä kesto ja aikaisempi tehohoito lisäsivät kokonaisstressimäärää. Aikaisempiin tutkimuksiin verraten vastaukset olivat osittain samanlaisia. Tehohoidon kestolla on aikaisempien tutkimusten mukaan ollut yhteyttä tehopotilaan kokemaan



stressiin (Rattray ym. 2005). Aikaisempien tutkimuksien mukaan potilaat, jotka ovat joutuneet tehohoitoon trauman takia, ovat alttiimpia kokemaan stressitekijöitä tehohoidon aikana (Pang & Suen 2007). Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan todettu yhteyttä vamman ja stressitekijöiden välillä. Kiinassa tehdyssä tutkimuksessa tulokset osoittivat, että mitä nuorempi potilas sitä enemmän hän on alttiimpi kokemaan stressitekijöitä. Tässä tutkimuksessa tulokset olivat päinvastaisia edellisen tutkimuksen kanssa (Pang & Suen 2007).

Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien taustamuuttujien yhteydellä stressitekijöihin ei ollut tilastollista merkitsevyyttä. Tarkasteltaessa sairaanhoitajien taustatekijöiden yhteyttä kokonaisstressimäärään voidaan todeta että hoitajat jotka ovat iältään vanhempia ja jotka ovat työskennelleet pidempään tehohoidossa kokevat potilailla olevan suurempi kokonaisstressimäärä kuin mitä nuoret ja vähemmän aikaa työskennelleet sairaanhoitajat kokevat. Tämä saattaa liittyä hoitajien työkokemuksen mukana kehittyneeseen kykyyn arvioida stressiä tuottavia tilanteita. Nuoremmat hoitajat, jotka olivat työskennelleet vähemmän aikaa teho-osastoilla arvioivat potilailla olevan vähemmän haittaa aiheuttavia stressitekijöitä. Tähän saattaa liittyä hoitajien kokemattomuus arvioida todellisia stressitilanteita. Toisaalta nuorempien ja vähemmän työskennelleiden hoitajien kokonaisstressimäärän arviot olivat lähempänä todellisia potilaiden kokemia arvioita, mikä saattaa kuvastaa heidän kykyään arvioida todellisemmin potilaiden kokemia tilannetta. Tähän saattaa vaikuttaa se, että näille hoitajille ei ole vielä syntynyt työn mukana tulleita ennakoajatuksia stressitekijöihin liittyen. Sairaanhoitajilla naissukupuoli näyttäisi korreloivan korkeampia kokonaisstressipisteitä. Tähän saattaa olla syynä se että naiset arvioivat ylipäättänsä teho-osastolla olevan enemmän stressitekijöitä. Toisaalta vastanneista suurin osa oli naisia mikä saattaa myös vääristää tutkimustulosta.

Kyselyn lopussa oli kohta missä potilailla ja sairaanhoitajilla oli mahdollisuus kertoa muista mahdollisista stressitekijöistä mitä vastaaja koki teho-osastolla olevan. Yhteenvetona voidaan todeta että useiden sairaanhoitajien vastauksissa oli mainittu unenlaadun ja vuorokausirytmien merkitys ja sen tuomat haasteet tehohoidossa. Niitä olisi toivottu kyselyn sisältöön liitettäväksi. Potilaiden vastauksissa ei tullut ilmi stressitekijöitä mitä kysely ei itsessään olisi sisältänyt.

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkijan on pohdittava, mikä on aiheen merkitys yhteiskunnallisesti ja mikä on sen hyödynnettävyys. Tutkijan on pyrittävä tutkimuseettisten ohjeiden mukaisesti tarpeettomien haittojen ja riskien minimointiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Suomessa ei tietävästi aikaisemmin ole tutkittu potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta potilaiden tehohoidon aikaisia psyykkisiä stressitekijöitä ja näin ollen tutkimuksen avulla voidaan saada aiheesta uutta tietoa, jota voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä.

Aihe on tärkeä tehohoitotyön kannalta. Psyykkiset stressitekijät pidentävät ja vaikeuttavat tehohoitotyötä, lisäävät hoitotyön tarvetta ja pidentävät työhön paluuta. Tämä on merkittävä kysymys taloudellisesti. (Pyykkö 2004.) Aihe on myös merkittävä tarkasteltaessa potilaiden kokemaa hoitoa sekä hyvinvointia. Tukemalla potilaan psyykkistä jaksamista tehohoidossa taataan potilaan paras mahdollinen, kokonaisvaltainen hoito. Teho-osastoilla työskentelevien on tärkeää ymmärtää potilaiden kokemuksia psyykkisistä stressitekijöistä hoitonsa aikana. Näin he voivat ehkäistä sekä hoitaa niitä parhaalla mahdollisella tavalla. (Cornock 1998, Fontes Pinto Novaes ym. 1999, Rattray & Hull 2007, Pang & Suen 2007.) Tuloksia voidaan hyödyntää kaikilla Suomen teho-osastoilla, jokapäiväisessä potilastyössä.

Tutkittavien tulee olla tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta ja käytötavasta. Tutkimusraportissa tulee käydä ilmi kaikki tutkimuksen vaiheet. Tutkimustuloksissa ei saa näkyä kenenkään tutkimukseen osallistuneen tietoja niin, että henkilö voitaisiin tunnistaa. (Heikkilä 2004.) Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselyn avulla tehohoidossa olleilta potilailta sekä teho-osastolla työskenteleviltä sairaanhoitajilta. Tiedot kerättiin anonymisti siten, että potilaiden ja sairaanhoitajien tunnistetietoja ei kerätty vaan kyselylomakkeet identifioitiin numeroin jo tiedon keräysvaiheessa. Kyselylomakkeet hävitettiin tutkimuksen päätyttyä. Tässä työssä on kuvattu kaikki tutkimuksen vaiheet.

Tutkimukseen osallistumisen lähtökohta oli potilaiden ja sairaanhoitajien itsemääräämisoikeus. Osallistuminen tutkimukseen oli täysin vapaaehtoista. Tutkittavilla oli oikeus kieltäytyä tutkimuksesta sekä perua aiemmin antamansa suostumus. Tutkittavien tuli olla tietoisia tutkimuksen luonteesta. Tutkimukseen osallistuvilla oli myös oikeus esittää kysymyksiä tutkimukseen liittyen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Kyselyn mukana toimitettavasta tiedotteesta selvisi

tutkimuksen tarkoitus ja luonne. Mukana oli tutkijan ja tutkielman ohjaajien yhteystiedot, mikäli tutkittava halusi lisätietoja tutkimuksesta. Potilaille oli tärkeää korostaa, että heidän hoitonsa jatkuu heille tehtyjen suunnitelmien mukaisesti, vaikka he kieltäytyisivät tutkimuksesta. Vastaamalla kyselyyn potilas suostui osallistumaan tutkimukseen.

Sairaanhoitajilla oli oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen. Sairaanhoitajille toimitettavien kyselyiden mukana tuli myös tiedote tutkimuksesta. Tiedotteessa näkyi tutkijan yhteystiedot mahdollisia yhteydenottoja varten. Tutkija kertoi osastoilla tulevasta tutkimuksesta sekä raportoi tutkimustuloksista tutkimuksen valmistuttua. Näin osastolla työskentelevillä oli mahdollisuus esittää tutkijalle kysymyksiä aiheesta.

Tutkija sitoutuu tutkimustyössään rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen. Tämä liittyy tutkimuksen kaikkiin vaiheisiin. Tutkija on salassapitovelvollinen kaikessa mikä liittyy tutkimuksen osallistujien yksityisyyteen. Tutkimus toteutettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2002) ohjeita ja tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen. Tiedot kerättiin anonymisti ja tulokset raportoitiiin tilastollisesti siten, että tutkimuksessa olevia yksiköitä eikä yksittäisiä vastaajia voida tunnistaa.

Tutkimukselle haettiin ja saatiin myös eettisen lautakunnan puoltava päätös. Tutkimusluvut tutkimukselle haettiin organisaatiosta.

### 6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Otoskoko vaikuttaa tutkimuksen sattumanvaraisuuteen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa otoskoko on oltava tarpeeksi suuri, jotta tuloksia voidaan yleistää ja pitää luotettavina siinä kontekstissa missä ne on mitattu. Kyselytutkimuksessa otoskokoon voi vaikuttaa esimerkiksi liian suuri kato. Otoksen on myös kuvattava kattavasti perusjoukkoa, jotta tutkija saa tietoa kokonaisesta perusjoukosta. (Heikkilä 2004.) Aikaisemmassa tutkimuksessa, jossa käytettiin ESQ-mittaria otoskoko oli 70 potilasta ja 70 sairaanhoitajaa. (Cornock 1998). Tähän tutkimukseen otettiin mukaan 200 potilasta ja 170 sairaanhoitajaa. Vastausprosenttiin ajateltiin vaikuttavan esimerkiksi se, että kaikilla potilailla ei ole mielikuvia tehohoidon ajalta. Vastausprosenttia hankaloitti myös se, että kirjeet lähtivät potilaiden mukaan kun he siirtyivät teho-osastoilta. Näin oli riski siihen, että kyselyt unohtuivat potilaan

papereihin, eikä kulkeutuneet potilaalle itselleen. Tähän tutkimukseen vastasi 28 % potilaista ja 45 % sairaanhoitajista. Vastausprosentti oli heikko. Aikaisemmissa tutkimuksissa vastausprosentit ovat olleet suuremmat (Cochran & Ganong 1989, Cornock 1998, Pang & Suen 2007, Rosa ym. 2009).

Potilaiden kohdalla vastaushalukkuuteen saattoi vaikuttaa se, että potilaat ovat olleet hoidettavana teho-osastolla usein vakavan tilanteen vuoksi eikä näin ollen välttämättä ole kyenneet vastaamaan kyselyyn tehohoidon jälkeen. On mahdollista että potilaat eivät kiinnittäneet tehohoidon ympäristöön huomiota tai he eivät muistaneet enää tehohoidon aikaisia tapahtumia. Tehohoidon aikana potilaat ovat usein sedatoituneina hengityskoneessa mikä saattaa vaikuttaa potilaiden muistikuviiin tehohoidon aikana. Sedaatio saattaa aiheuttaa potilaalle tajunnan tason laskua, sekavuutta sekä lisätä riskiä sairastua posttraumaattiseen stressiin, sillä potilaalla ei ole mahdollisuutta oikeisiin mielikuviiin tehohoidon ajalta. (Ala-Kokko & Kentala 2006, Devlin 2008.) Vastausprosenttiin saattaa vaikuttaa myös se, ettei tutkija voinut itse tietosuojallisista syistä antaa kyselyitä potilaille. Tutkija ei myöskään voinut käydä tapaamassa kyselyyn vastanneita tehohoidon jälkeen. Näin ollen kyselyn ohjeistaminen saattoi jäädä puutteelliseksi. Potilaat myös saattoivat unohtaa kyselyyn vastaamisen vuodeosastolla. Vastausprosenttiin saattoi myös vaikuttaa kyselyiden mahdollinen katoaminen. Kyselylomakkeet siirtyivät potilaiden papereiden mukana jatkohoitopaikkoihin ja ovat näin ollen saattaneet jäädä potilaspareihin ja jatkohoitopaikkoihin.

Hoitajien vastausprosentti oli hieman vajaa puolet. Prosentti on melko heikko verrattuna aikaisempiin tutkimuksiin (Cochran & Ganong 1989, Cornock 1998, Pang & Suen 2007, Rosa ym. 2009). Syitä alhaiselle vastausprosentille saattaa esimerkiksi olla hoitajien kiire tai kyselyyn vastaamisen kokeminen turhana. Syy alhaiselle vastausprosentille voi myös olla hoitajien tietämättömyys kyselystä sillä osastotunneille osallistui ainoastaan murto-osa koko henkilökuntamäärästä.

Tutkimustulokset eivät saa olla sattumanvaraisia vaan niiden on oltava tarkkoja, reliabeleita. Mittarin sisältövaliditeetti on osa tutkimuksen luotettavuuden perustaa. Mittarin tulisi mitata haluttua tutkimusilmiötä, jotta saadaan luotettavia tutkimustuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen 2009.) Mittarin kysymyksien tulee kuvata asiaa yksiselitteisesti ja niiden tulee kattaa koko tutkimusongelman sisältö. Tutkimuksen tavoitteiden on oltava täsmällisiä ja niiden tulee kuvata asioita, mitä on tarkoitus selvittää. (Heikkilä 2004.) Tässä tutkimuksessa käytetty mittaria on käytetty

aikaisemmin muissa maissa ja sen on todettu soveltuvan mittaamaan potilaiden psyykkisiä stressitekijöitä teho-osastolla (Cornock 1998, Pang & Suen 2007, Efstathou ym. 2008, Rosa ym. 2010). Tähän tutkimukseen kysely kaksoiskäännettiin suomenkielelle. Sanojen kääntämiseen liittyy aina sisällöllinen riski. Miten saada käännettyä kysymykset niin, että sisältö vastaa alkuperäistä. Käännöstööhön käytettiin kielenkääntäjää, mikä vahvistaa mittarin luotettavuutta.

Mittarin esitestauksessa mittarin luotettavuutta ja toimivuutta testataan varsinaista tutkimusotosta pienemmällä ryhmällä. Esitestaaminen on erityisen tärkeää, jos mittari on kansainvälinen eikä sitä ole vielä testattu suomalaisessa hoitotyön kontekstissa. (Kankkunen & Vehviläinen 2009.) Tämän tutkimuksen mittari esitestattiin ennen aineiston keruun aloittamista. Esitestauksella haluttiin selvittää ovatko kysymykset ymmärrettäviä ja tulisiko kyselyyn vielä tehdä sisällöllisiä muutoksia. Esitestausvaiheen kyselyt otettiin mukaan tutkimusaineistoon.

Summamuuttujien reliabiliteettia voidaan tarkastella sisäisen homogeenisyyden avulla. Se kertoo missä määrin eri kysymykset mittaavat samaa ilmiötä. Cronbachin alpha-arvo mittaa sisäistä homogeenisuutta ja mittarin johdonmukaisuutta. Kaikkien summamuuttujan kysymysten pitää korreloida toisiinsa, jotta Cronbach alfa on 0,70 tai yli. Tässä tutkimuksessa Cronbach alfa arvoksi saatiin potilailla 0,94 ja sairaanhoitajilla 0,93 mikä kertoo mittarin olevan johdonmukainen (Heikkilä 2004.) Aikaisemmin Kiinassa tehdyssä tutkimuksessa Cronbachin alpha oli 0,97. Brasiliassa tehdyssä tutkimuksessa 0,94 ja Kreikassa tehdyssä tutkimuksessa 0,92 (Efstathou ym. 2008, Rosa ym. 2010).

## 7 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

1. Potilaat kokevat tehohoidon aikana erilaisia stressitekijöitä, mutta niiden määrä on kuitenkin melko vähäistä. 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.

2. Sairaanhoidajien arvion mukaan potilailla oli kohtalaisesti stressitekijöitä teho-osastolla. Sairaanhoidajien mukaan kuusi eniten haittaa aiheuttanutta tekijää oli: Kykenemättömyys nukkua, kykenemättömyys kommunikoida, rajoittuminen hengityspotkeen ja /tai erilaisiin johtoihin, hengityspotken oleminen suussa/nenässä, kipujen tunteminen sekä janoisuuden tunne.
3. Potilaiden ja sairaanhoidajien näkemyksissä potilaiden stressitekijöistä oli eroavaisuuksia. Sairaanhoidajat arvioivat potilaiden kuudesta eniten tuottavasta stressitekijästä neljä tekijää sellaisiksi mitkä haittaavat merkittävästi tehohoidossa olevaa potilasta. Tämä osoittaa sairaanhoidajien olevan tietoisia siitä että potilaat kokevat stressitekijöitä teho-osastolla sekä sen että sairaanhoidajat tunnistavat osan potilaiden kokemista stressitekijöistä tehohoidon aikana.

Tutkimuksen tulokset osoittavat tehopotilaiden kokevan stressitekijöitä teho-osastolla. Tutkimuksen avulla voidaan ymmärtää paremmin tehopotilaiden kokemia stressitekijöitä teho-osastolla ja näin ennaltaehkäistä ja hoitaa niitä paremmin. Tämä tutkimus tuo esiin myös tarpeen kehittää sairaanhoidajien kykyä arvioida potilaiden stressitekijöistä teho-osastolla sillä erot potilaiden ja sairaanhoidajien ajattelulla ovat suuret. Sairaanhoidajien tulisi myös saada enemmän tietoa stressitekijöistä esimerkiksi jo koulutuksessaan, jotta he kykenisivät paremmin ymmärtämään niitä. On mielenkiintoista huomata kuinka samanlaisia stressitekijöitä potilaat kokevat teho-osastoilla kansainvälisesti katsottuna. Samat stressitekijät toistuvat myös nyt, mitkä ovat olleet nähtävissä jo 1990-luvulta lähtien. On aika tuoda nämä tulokset käytäntöön.

Jatkossa voisi tutkia sitä, millä keinoin tehosairaanhoitajat arvioivat päivittäisessä työssään potilaan psyykkistä jaksamista. Aihetta voisi lähestyä myös laadullisen tutkimuksen keinoin, kuten haastattelun avulla. Näin voitaisiin saada erityyppistä tietoa aiheeseen liittyen. Taustamuuttujiin voisi jatkossa lisätä hoitoontulomuodon (päivystys/elektiivinen). Olisi mielenkiintoista tietää eroavatko päivystyksen kautta ja suunnitellusti hoitoon (elektiivisesti) tulevien potilaiden kokemukset stressitekijöistä teho-osastolla. Jatkossa voisi myös tarkastella hoitajien sukupuolen merkitystä ottamalla otokseen yhtä paljon nais- ja miesvastaajia. Aihetta voisi myös tutkia laajemmin Suomen teho-osastoilla sekä isomman otannan avulla.

## Lähteet

- Alahuhta S., Lindgren L., Olkkola K., Rosenberg P & Takkunen O. (toim.) 2006. Anestesiologia ja tehohoito. Jyväskylä: Gummerus, 1053-1054.
- Ala-Kokko T., Perttilä J., Pettilä V., Ruokonen E., Tenhunen J., Uusaro A & Varpula T. 2007. Tehohoidon toimintakokonaisuus erikoissairaanhoidossa. Lääkärilehti 12, 1272.
- Ala-Kokko T & Kentala E. 2006. Sedaatio ja kivunhoito tehohoidossa. Teoksessa Rosenberg P, Alahustala S, Lingren L, Olkkola K & Takkunen O (toim.). Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Baxter A. 2004. Posttraumatic stress disorder and the intensive care unit patient. *Dimens critical care nursing* 23, 145-152.
- Blomster M., Mäkelä M., Ritmala-Castrén M., Säämänen J & Varjus S-L. 2001. Tehohoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Capuzzo M., Valpondi V., Cingolani E., De luca S., Gianstefani G., Grassi L & Alvisi R. 2004. Application of the italian version of the intensive care unit memory tool in the clinical setting. *Critical Care* 8, 48-55.
- Claesson A., Mattson H & Idvall E. 2004. Experiences expressed by artificially ventilated patients. *Journal of Clinical Nursing* 14, 116-117.
- Cochran J & Ganong L.H. 1989. A comparison of nurses` and patients` perceptions of intensive care unit stressors. *Journal of Advanced Nursing* 14, 1038-1043.
- Cornock M. 1998. Stress and the intensive care patient: perceptions of patients and nurses. *Journal of Advanced Nursing* 27, 518-527.
- Davydow D., Zatzick D., Rivara F., Jurkovich G., Wang J., Roy-Byrne P., Katon W., Hough C., Kross E., Fan M-Y., Joesch J & MacKenzie E. 2009. Predictors of posttraumatic stress disorder and return to usual major activity in traumatically injured intensive care unit survivors. *General Hospital Psychiatry* 31, 428-435.
- Devlin J. 2008. The Pharmacology of oversedation on mechanically ventilated adults. *Current Opinion. Critical.Care* 14, 403-407.
- Efstathiou N., Ompasi M & Galanakin A. 2008. Perceptions of stressors by patients and nurses from a critical care unit in Greece. [http://www.researchgate.net/publication/237584785\\_Perception\\_of\\_stressors\\_by\\_patients\\_and\\_nurses\\_from\\_a\\_critical\\_care\\_unit\\_in\\_Greece](http://www.researchgate.net/publication/237584785_Perception_of_stressors_by_patients_and_nurses_from_a_critical_care_unit_in_Greece). Viitattu 1.1.2014.
- Fontes Pinto Novaes M.A., Knobel E., Bork A.M., Pavao O.F., Noqueira-Martins L.A & Bosi Ferraz M. 1999. Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Medicine* 25, 1421-1426.
- Friese RS. .2008. Sleep and recovery from critical illness and injury: A review of theory,current practice, and future directions. *Critical Care Medicine* 36, 697-705.
- Gabor JY., Cooper A & Hanly P. 2001. Sleep disruption in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care* 7, 21-27.

Granja C., Lopes A., Moreira S., Dias C., Costa-Pereira A & Carneiro A. 2005. Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care* 9, 96-109.

Heikkilä T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita Prima oy.

Hofhuis J., Spronk P.E., Van stel H.F., Schrijvers A., Rommes J & Bakker J. 2008. Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing* 24, 300-313.

Hupcey J.E & Zimmerman H.E. 2000. The need to know: experiences of critically ill patient. *American Journal of Critical care* 9, 192-198.

Jackson JC., Hert RP., Gordon SM., Shintani A., Truman BM., May LB & Ely EV. 2003. Six-month neuropsychological outcome of medical intensive care unit patients. *Critical Care Medicine* 31, 87-98.

Jeavons S.,Horne D.J De L., Greenwood K.M. 2000. Coping style and psychological trauma after road accidents. *Psychology, Health & Medicine* 2, 213-221.

Jones C., Griffiths RD., Humphris G & Skirrow P. 2001. Memory, delusions and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine* 29, 573-580.

Kaarlola A., Larmila M., Lundgren-Laine H., Pyykkö A., Rantalainen T & Ritmala-Castren M. (toim.) 2010. Teho- ja valvonta hoitotyön opas. Helsinki: Duodecim, 319.

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

Kalfon P., Mimoz O., Auquier P., Loundou A., Gauzit R., Lepape A., Laurens J., Garrigues B., Pottecher T & Malledant Y. 2010. Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients. *Intensive Care Medicine* 36, 1751-1758.

Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy, 172-179.

Kress J., Gehlbach B., Lacy M., Pliskin N., Pohlman A & Hall J. 2003. The long-term psychological effects of daily sedative interruptions on critically ill patients. *Critical Care Medicine*. 168, 1457-1461.

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

Lönnqvist J. 2009. Stressi ja depressio. Sairauksien ehkäisy. Terveyskirjasto 2013. [WWW-dokumentti]. Viitattu 8.4.2013.

McKinney A & Melby V. 2001. Relocation stress in critical care: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 11, 149-157.



Meriläinen M. 2012. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö. Psykkinen elämänlaatu ja toipuminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Mohta M., Sethi A.K., Tyagi A & Mohta A. 2002. Psychological care in trauma patients. *Care injured* 34, 17-25.

Nelson B., Weinert C., Bury C.L., Marinelli W.A & Gross C.R. 2000. Intensive care unit drug use and subsequent quality of life in acute lung injury patients. *Critical Care Medicine* 28, 3626-3630.

Pang K & Suen L. 2007. Stressors in the icu: a comparison of patients` and nurses` perceptions. *Journal of Clinical Nursing* 17, 2681-2689.

Peris A., Bonizzoli M., Iozzelli D., Migliaccio M., Zagli G., Bacchereti A., Debolini M., Vannini E., Solaro M., Balzi I., Bendoni E., Bacchi I., Giovannini V & Belloni L. 2011. Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical Care* 15, 41-48.

Price A. 2004. Intensive care nurses` experiences of assessing and dealing with patients` psychological needs. *British association of critical care nurses. Nursing in Critical Care* 29, 134-142.

Pyykkö A. 2004. Tehohoitotyön mallin kehittäminen ja arviointi. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Ratray J.E., Johnston M & Wildsmith J.A.W. 2005. Predictors of emotional outcome of intensive care. *Anaesthesia* 60, 1085-1092.

Ratray J.E & Hull M.A 2007. Emotional outcome after intensive care: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 64, 2-13.

Reinikainen M., Mussalo P., Hovilehto S., Uusaro A., Varpula T., Kari A & Pettilä V. 2012. Association of automated data collection and data completeness with outcomes of intensive care. A new customised model for outcome prediction. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 56, 1114-1122.

Richter J., Waydhas C & Pajonk F-G. 2006. Incidence of posttraumatic stress disorder after prolonged surgical intensive care unit treatment. *Psychosomatics* 47, 223-229.

Ringdal M., Plos K., Lundberg D., Johansson L & Bergbom I. 2009. Outcome after injury: Memories, health-related quality of life, anxiety, and symptoms of depression after intensive care. *The Journal of Trauma Injury, Infections and Critical Care* 66, 1226-1233.

Rogers P & Liness S. 2000. Post- traumatic stress disorder. *Nursing Standard*. 14, 47-52.

Rosa B., Rodrigues R., Gallani M., Spana T & Gonçalves da Silva Pereira C. 2009. Stressors at the intensive care unit: the brazilian version of the Environmental Stressor Questionnaire. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2010 44, 623-630.

Rosenberg P., Alahihta S., Lindgren L., Oikkola K & Takkunen O. 2006. *Anestesiologia ja tehoahoito*. Jyväskylä: Duodecim.

Shaw R.J., Harvey J.E., Bernard R., Gunary R., Tiley M & Steiner H. 2007. Comparison of short-term psychological outcomes of respiratory failure treated by either invasive or non-invasive ventilation. *Psychosomatics* 50, 586-591.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Helsinki: [http://www.tenk.fi/hyvä\\_tieteellinen\\_kaytanto/htkfi.pdf](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/htkfi.pdf) (luettu 4.4.2013).

Weinhouse G.L., Schwab R.J., Watson P.L., Patil N., Vaccaro B., Pandharipande P & Ely E.W. 2009. Delirium in ICU patients - importance of sleep deprivation. *Critical Care* 13, 234-242.

## Liite 1. Tiedote tutkimuksesta potilaalle

### Psyykkiset stressitekijät tehohoidon aikana potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta

Arvoisa potilaamme,

Olette ollut hoidossa XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX teho-osastolla. Toivomme, että osallistutte tutkimukseen, joka käsittelee potilaiden kokemuksia tehohoidon psyykkisistä stressitekijöistä.

Tämän pro gradu -tutkielman suorittamiselle on saatu lupa XXXXXXXXXXXXXXX tulosityksiköstä. Tutkimus on saanut eettisen toimikunnan puoltavan lausunnon. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden tehohoidon aikaisia psyykkisiä stressitekijöitä potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta sekä kuvata taustamuuttujien (kuten ikä ja sukupuoli) yhteyttä psyykkisiin stressitekijöihin.

Kutsumme Teidät osallistumaan tähän tutkimukseen. Osallistumisenne on erittäin tärkeää, sillä tämän tutkimuksen avulla saatava tieto auttaa tunnistamaan psyykkisiä riskitekijöitä tehohoidon ajalta. Tiedon avulla niitä voidaan ehkäistä sekä mahdollistaa tehohoidossa olleen potilaan mahdollisimman aikainen työhön ja arkirutiineihin paluu. Tutkimuksen avulla voidaan saada lisää hyödyllistä tietoa ja ymmärrystä tehopotilaan psyykkisestä hoidosta ja näin parantaa tehopotilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Tutkimuksen suorittajana on terveystieteiden maisteriopiskelija Anu Sinisalo.

Tutkimukseen osallistuminen tapahtuu täyttämällä tämän kirjeen mukana tullut kyselylomake ja postittamalla se kirjekuoreessa, jonka postimaksu on maksettu. Vastaamalla kyselyyn annatte suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen. Kaikki Teiltä kyselylomakkeella kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne. Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne XXXX nyt, tai tulevaisuudessa.

Tämä tutkimuskysely on lähetetty yhteensä 200 tehohoidossa olleelle potilaille sekä 170 tehohoidossa työskentelevälle sairaanhoitajalle. Kyselyn vastaukset on tarkoitus analysoida syksyn 2013 aikana. Tulokset raportoidaan pro gradu- tutkielmassa, jonka on tarkoitus valmistua vuoden 2013 loppuun mennessä. Mikäli päätätte osallistua tutkimukseen, pyydämme Teitä palauttamaan kyselyn oheisessa palautuskuoreessa kahden viikon kuluessa. Lisätietoja saatte tutkimuksen tekijältä:

Anu Sinisalo, terveystieteiden maisteriopiskelija, sairaanhoitaja

puhelin xxx xxxxxxxx, sähköposti: anu.s.sinisalo@uta.fi

sekä pro gradu -tutkielmaa ohjaavilta henkilöiltä:

Mervi Roos	Anja Rantanen
Yliopisto-opettaja, TtM, tohtoriopiskelija	Yliopisto-opettaja, TtT
Tampereen yliopisto	Tampereen yliopisto
Puh: xxx xxxxxxxx	Puh: xxx xxxxxxxx

Tätä tutkimusta puoltavat teho-osastojen ylilääkärit:

XXXXXXXX	XXXXXXXX
XXXXXXXX	XXXXXXXX

## Liite 2. Tiedote tutkimuksesta sairaanhoitajille

### **Psyykkiset stressitekijät tehohoidon aikana potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta**

Toivomme, että osallistut tutkimukseen, joka käsittelee potilaiden ja teho-osastoilla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia potilaiden tehohoidon aikaisista psyykkisistä stressitekijöistä.

Tämän pro gradu -tutkielman suorittamiselle on saatu lupa XXXXXXXX tulosityksiköstä. Tutkimus on saanut eettisen toimikunnan puoltavan lausunnon. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden tehohoidon aikaisia psyykkisiä stressitekijöitä potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta sekä kuvata taustamuuttujien (kuten ikä ja sukupuoli) yhteyttä psyykkisiin stressitekijöihin.

Kutsumme sinut osallistumaan tähän tutkimukseen. Osallistumisesi on erittäin tärkeää, sillä tämän tutkimuksen avulla saatava tieto auttaa tunnistamaan psyykkisiä riskitekijöitä tehohoidon ajalta. Tiedon avulla niitä voidaan ehkäistä sekä mahdollistaa tehohoidossa olleen potilaan mahdollisimman aikainen työhön ja arkirutiineihin paluu. Tutkimuksen avulla voidaan saada lisää hyödyllistä tietoa ja ymmärrystä tehopotilaan psyykkisestä hoidosta ja näin parantaa tehopotilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Tutkimuksen suorittajana on terveystieteiden maisteriopiskelija Anu Sinisalo.

Tutkimukseen osallistuminen tapahtuu täyttämällä tämän kirjeen mukana tullut kyselylomake ja palauttamalla se osastolla siihen tarkoitettuun palautuslaatikkoon. Kaikki kyselylomakkeella

kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeäsi tai muita tietoja henkilöllisyydestäsi. Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Tämä tutkimuskysely on lähetetty yhteensä 200 tehohoidossa olleelle potilaille sekä 170 tehohoidossa työskentelevälle sairaanhoitajalle. Kyselyn vastaukset on tarkoitus analysoida syksyn 2013 aikana. Tulokset raportoidaan pro gradu -tutkielmassa, joka valmistuu vuoden 2013 loppuun mennessä. Mikäli päätät osallistua tutkimukseen, palauta kysely oheisessa palautuskuoressa kahden viikon kuluessa.

Lisätietoja saat tutkimuksen tekijältä:

Anu Sinisalo, terveystieteiden maisteriopiskelija, sairaanhoitaja

puhelin xxxxxxxx, sähköposti: anu.s.sinisalo@uta.fi

sekä pro gradu -tutkielmaa ohjaavilta henkilöiltä:

Mervi Roos	Anja Rantanen
Yliopisto-opettaja, TtM, tohtoriopiskelija	Yliopisto-opettaja, TtT
Tampereen yliopisto	Tampereen yliopisto
Puh: XXXXX	Puh: XXXX

Tätä tutkimusta puoltavat teho-osastojen ylilääkärit:

XXXXXXXX	XXXXXXXX
XXXXXX	XXXXXX

### Liite 3. Kysely tehohoidossa olleelle potilaalle

#### Psyykkiset stressitekijät tehohoidon aikana

Vastatkaa esitettyihin kysymyksiin rastittamalla (x) oikea vastausvaihtoehto tai vastaamalla siihen tarkoitettuun tilaan.

1. Sukupuoli mies ( )      nainen ( )
2. Ikä                                \_\_\_\_\_ v.
3. Äidinkieli                      suomi ( )      ruotsi ( )
4. Tehohoidon syy                vamma ( )    sisätautinen ( )    kirurginen ( )    muu ( )
5. Tehohoidon kesto              \_\_\_\_\_ vrk
6. Oletteko olleet aikaisemmin teho-osastolla hoidettava                      kyllä ( )                      ei ( )

Seuraavat väittämät kuvaavat stressitekijöitä teho-osastolla. Haittasivatko seuraavat tekijät oloanne teho-osastolla? Ympyröikää lähinnä kokemustanne oleva vaihtoehto ☉.

Missä määrin seuraavat tekijät haittasivat oloanne teho-osastolla?

	Erittäin paljon	Paljon	Vähän	Ei haitannut	Asia ei koskenut teitä
1. Rajoittuminen hengityspotkeen ja/tai erilaisiin johtoihin	1	2	3	4	0
2. Hoitajat eivät esitelleet itseään nimeltä	1	2	3	4	0
3. Tunne, että hoitajilla on kiire	1	2	3	4	0
4. Janoisuuden tunne	1	2	3	4	0
5. Verenpaineen mittaaminen monta kertaa päivässä	1	2	3	4	0
6. Epämukava sänky tai tyyny	1	2	3	4	0
7. Puhelimen soimisen kuunteleminen	1	2	3	4	0
8. Lääkärien ja hoitajien teille toistuvasti tekemät tutkimukset	1	2	3	4	0
9. Outojen laitteiden ympäröimänä oleminen	1	2	3	4	0
10. Tunne siitä, että hoitajat huomioivat laitteita enemmän kuin teitä	1	2	3	4	0
11. Tuntemattomien laitteiden äänien kuunteleminen	1	2	3	4	0
12. Hoitajien ja lääkäreiden liian äänekkäs keskustelu	1	2	3	4	0

	Erittäin paljon	Paljon	Vähän	Ei haitannut	Asia ei koskenut teitä
13. Happimaskin tai happiviikien pitäminen kasvoilla	1	2	3	4	0
14. Ikävä puolisoa tai kumppania	1	2	3	4	0
15. Hoitotoimenpiteitä ei selitetty	1	2	3	4	0
16. Sydänmonitorin hälytysäänien kuunteleminen	1	2	3	4	0
17. Hoitajien jatkuva työskentely sängyn vieressä	1	2	3	4	0
18. Hengityspotken oleminen suussanne/nenässänne	1	2	3	4	0
19. Tietämättömyys kellonajasta	1	2	3	4	0
20. Toisten potilaiden valituksen kuunteleminen	1	2	3	4	0
21. Miesten ja naisten oleminen samassa tilassa	1	2	3	4	0
22. Perheen ja ystävien näkeminen vain muutaman minuutin ajan päivässä	1	2	3	4	0
23. Tietämättömyys omien hoitojen ajankohdasta	1	2	3	4	0
24. Hoitaja herätti teidät unesta	1	2	3	4	0
25. Vieraiden ja epätavallisten äänien kuuleminen	1	2	3	4	0
26. Toisille potilaille annettujen hoitojen näkeminen	1	2	3	4	0
27. Katon tuijottaminen yksityiskohtia myöten	1	2	3	4	0
28. Kykenemättömyys nukkua	1	2	3	4	0
29. Kykenemättömyys liikuttaa raajoja suonikanyylien vuoksi	1	2	3	4	0
30. Outojen hajujen haistaminen	1	2	3	4	0
31. Valot olivat kokoajan päällä	1	2	3	4	0
32. Kipujen tunteminen	1	2	3	4	0
33. Nesteytyspussien näkeminen päänne yläpuolella	1	2	3	4	0
34. Neuloilla pistäminen	1	2	3	4	0

	Erittäin paljon	Paljon	Vähän	Ei haitannut	Asia ei koskenut teitä
35. Epätietoisuus siitä missä olette	1	2	3	4	0
36. Hoitajat käyttivät termejä, joita ette ymmärtäneet	1	2	3	4	0
37. Ette pystynyt kontrolloimaan itseänne ja tapahtumia	1	2	3	4	0
38. Tietämättömyys viikonpäivästä	1	2	3	4	0
39. Tylsistyminen	1	2	3	4	0
40. Yksityisyyden puuttuminen	1	2	3	4	0
41. Itsellenne tuntemattomien lääkäreiden hoidettavana oleminen	1	2	3	4	0
42. Oleminen huoneessa missä oli liian kylmä tai kuuma	1	2	3	4	0
43. Kuulla toisten ihmisten puheet teistä itsestänne	1	2	3	4	0
44. Kykenemättömyys kommunikointiin	1	2	3	4	0
45. Kuoleman pelko	1	2	3	4	0
46. Tietämättömyys tehohoidon kestosta	1	2	3	4	0
47. Kykenemättömyys suoriutua teidän roolista perheessänne	1	2	3	4	0
48. Taloudelliset huolet	1	2	3	4	0
49. Pelko veriteitse tarttuvista taudeista	1	2	3	4	0
50. Tunne hoitotoimenpiteisiin painostuksesta	1	2	3	4	0

Listatkaa tähän kolme eniten haittaa aiheuttanutta tekijää edellä mainitusta listasta. (*numeroin, esimerkiksi: 46= Tietämättömyys tehohoidon kestosta*).

1.-----

2.-----

3.-----

Oliko tehohoidossa joitain muita teitä haitanneita tekijöitä edellisten lisäksi?

---



---

Kiitos vastauksestanne!

## Liite 4. Kysely teho-osastolla työskentelevälle sairaanhoitajalla

### Psyykkiset stressitekijät tehohoidon aikana potilailla

Vastaa esitettyihin kysymyksiin rastittamalla (x) oikea vastausvaihtoehto tai vastaamalla siihen tarkoitettuun tilaan.

1. Sukupuoli                    mies ( )        nainen ( )
2. Ikä                                \_\_\_\_\_ v.
3. Kuinka kauan olet työskennellyt tehohoidon parissa?                    \_\_\_\_\_ v.

Seuraavat väittämät kuvaavat stressitekijöitä teho-osastolla potilaan näkökulmasta. Kuinka paljon koet seuraavien tekijöiden haittaavan potilaan oloa teho-osastolla? Ympyröi lähinnä kokemustasi oleva vaihtoehto ☉.

	Erittäin paljon	Paljon	Vähän	Ei haitannut	Asia ei koskenut minua
1. Rajoittuminen hengityspotkeen ja/tai erilaisiin johtoihin	1	2	3	4	0
2. Hoitajat eivät esitelleet itseään nimeltä	1	2	3	4	0
3. Tunne, että hoitajilla on kiire	1	2	3	4	0
4. Janoisuuden tunne	1	2	3	4	0
5. Verenpaineen mittaaminen monta kertaa päivässä	1	2	3	4	0
6. Epämukava sänky tai tyyny	1	2	3	4	0
7. Puhelimen soimisen kuunteleminen	1	2	3	4	0
8. Lääkärien ja hoitajien toistuvasti tekemät tutkimukset	1	2	3	4	0
9. Outojen laitteiden ympäröimänä oleminen	1	2	3	4	0
10. Tunne siitä, että hoitajat huomioivat laitteita enemmän kuin potilasta	1	2	3	4	0
11. Tuntemattomien laitteiden äänien kuunteleminen	1	2	3	4	0
12. Hoitajien ja lääkäreiden liian äänekkäs keskustelu	1	2	3	4	0
13. Happimaskin tai happiviiksien pitäminen kasvoilla	1	2	3	4	0



	Erittäin paljon	Paljon	Vähän	Ei haitannut	Asia ei koskenut minua
14. Ikävä puolisoa tai kumppania	1	2	3	4	0
15. Hoitotoimenpiteitä ei selitetty	1	2	3	4	0
16. Sydänmonitorin hälytysäänien kuunteleminen	1	2	3	4	0
17. Hoitajien jatkuva työskentely sängyn vieressä	1	2	3	4	0
18. Hengityspotken oleminen suussa/nenässä	1	2	3	4	0
19. Tietämättömyys kellonajasta	1	2	3	4	0
20. Toisten potilaiden valituksen kuunteleminen	1	2	3	4	0
21. Miesten ja naisten oleminen samassa tilassa	1	2	3	4	0
22. Perheen ja ystävien näkeminen vain muutaman minuutin ajan päivässä	1	2	3	4	0
23. Tietämättömyys hoitojen ajankohdasta	1	2	3	4	0
24. Hoitaja herätti potilaan unesta	1	2	3	4	0
25. Vieraiden ja epätavallisten äänien kuunteleminen	1	2	3	4	0
26. Toisille potilaille annettujen hoitojen näkeminen	1	2	3	4	0
27. Katon tuijottaminen yksityiskohtia myöten	1	2	3	4	0
28. Kykenemättömyys nukkua	1	2	3	4	0
29. Kykenemättömyys liikuttaa raajoja suonikanyylien vuoksi	1	2	3	4	0
30. Outojen hajujen haistaminen ympärillä	1	2	3	4	0
31. Valot olivat kokoajan päällä	1	2	3	4	0
32. Kipujen tunteminen	1	2	3	4	0
33. Nesteytyspussien näkeminen pään yläpuolella	1	2	3	4	0
34. Neuloilla pistäminen	1	2	3	4	0
35. Epätietoisuus siitä missä potilas on	1	2	3	4	0
36. Hoitajat käyttivät termejä joita potilas ei ymmärtänyt	1	2	3	4	0

	Erittäin paljon	Paljon	Vähän	Ei haitannut	Asia ei koskenut minua
37. Potilas ei pystynyt kontrolloimaan itseään ja tapahtumia	1	2	3	4	0
38. Tietämättömyys viikonpäivästä	1	2	3	4	0
39. Tylsistyminen	1	2	3	4	0
40. Yksityisyyden puuttuminen	1	2	3	4	0
41. Tuntemattomien lääkäreiden hoidettavana oleminen	1	2	3	4	0
42. Oleminen huoneessa missä oli liian kylmä tai kuuma	1	2	3	4	0
43. Kuulla toisten ihmisten puheet potilaasta itsestä	1	2	3	4	0
44. Kykenemättömyys kommunikointiin	1	2	3	4	0
45. Kuoleman pelko	1	2	3	4	0
46. Tietämättömyys tehohoidon kestosta	1	2	3	4	0
47. Kykenemättömyys suoriutua roolista perheessä	1	2	3	4	0
48. Taloudelliset huolet	1	2	3	4	0
49. Pelko veriteitse tarttuvista taudeista	1	2	3	4	0
50. Tunne hoitotoimenpiteisiin painostuksesta	1	2	3	4	0

Listaa tähän kokemuksesi mukaan kolme eniten haittaa aiheuttavaa tekijää potilaalle edellä mainitusta listasta. (numeroin, esimerkiksi: 46= Tietämättömyys tehohoidon kestosta).

1.-----

2.-----

3.-----

Onko tehohoidossa joitain muita haittatekijöitä edellisten lisäksi joita tulisi mielestäsi huomioida?

---



---

Kiitos vastauksestasi!