

Opinnäytetyö (AMK)

Terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

2015

Hietanen Susanna ja Karhu Saara

# KOMMUNIKOINTI AIKUISEN INTUBOIDUN TEHOHOITOPOTILAAN KANSSA

- ICU competence -projektin virtuaalisen  
koulutusohjelman sisällön kehittäminen



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hietanen Susanna & Karhu Saara

## KOMMUNIKOINTI AIKUISEN INTUBOIDUN TEHOHOITOPOTILAAN KANSSA

Tehohoito-osastolla yleisin hoitomuoto on akuutin tai leikkauksen jälkeisen hengitysvajauksen hoito hengityskoneessa. Hoidon tarkoitus on hallitulla hapen annolla turvata potilaan elintoiminnot ja hapensaanti intuboimalla potilas. Intubaatio estää potilaan normaalin kommunikoimisen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tietoa sairaanhoitajan ja intuboidun potilaan kommunikoinnista ja kommunikoinnin tukena käytettävistä menetelmistä sekä apuvälineistä. Opinnäytetyö tulee osaksi ICU competence -hanketta. Työ on toteutettu soveltaen systemaattista kirjallisuuskatsausta ja siinä käytettyjen analysoitujen julkaisujen määrä on 12 (=n).

Sairastuminen tai tehohoitoon joutuminen on potilaalle stressaava tapahtuma. Intuboidulla potilaalla stressiä lisää verbaalisen kommunikoinnin puuttuminen. Kommunikoitaessa intuboidun potilaan kanssa on tärkeää huolehtia tilanteiden ja toimenpiteiden kiireettömyydestä, sekä huomioida potilaan vireystila. Intuboitu potilas kokee tärkeäksi hoitajan läsnäolon, hoitajan viestinnässä käyttämien kysymysten yksinkertaisuuden, katse- ja fyysisen kontaktin saamisen sekä hoitoon osallistamisen. Intuboidulle potilaalle on tärkeää tulla ymmärretyksi, koska potilas ei pysty puhumaan.

Suurin osa intuboiduista potilaista kokee kommunikoinnin haastavaksi ja turhauttavaksi. Kommunikoinnin tekee haastavaksi potilaalle vaihteleva vireystila, tehohoidossa käytössä olevat laitteet ja mittarit, sekä vaihtoehtoisten kommunikointimenetelmien vähyyks. Potilaan turhautumista aiheuttaa kommunikointiyritysten epäonnistuminen, hoitajien kommunikoinnattomuus potilaan kanssa ja potilaan toiveiden huomiotta jättäminen. Kommunikointia intuboidun potilaan kanssa voidaan helpottaa sovituin menetelmin. Yleisimmin käytetty menetelmä on eleiden käyttö. Apuvälineinä voidaan käyttää puhetta korvaavia manuaalisia, graafisia ja kosketeltavia apuvälineitä. Kommunikoinnin toteutuminen potilaan kanssa on vahvasti hoitajalähtöistä. Hoitohenkilökunnan aktiivinen ote kommunikoinnin edistämiseksi intuboidun potilaan kanssa on merkittävästi sidoksissa potilaan positiivisiin kokemuksiin viestinnän toteutumisesta.

### ASIASANAT:

tehohoito, tehohoito-osasto, aikuiset, intubaatio, kommunikaatio, mekaaninen ventilaatio

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Care | Registered nurse (AMK)

May 2015 | 41

Instructor Tuija Leinonen

Hietanen Susanna & Karhu Saara

## COMMUNICATION WITH AN ADULT INTUBATED PATIENT IN INTENSIVE CARE

The most common form of treatment in the intensive care unit is mechanical ventilation that is used to treat acute or postoperative respiratory failure. The basis of the treatment is to secure the patients vital functions and air supply with intubation and controlled oxygen delivery. Intubation decreases the patient's ability to communicate normally.

The purpose of this thesis was to gather information about communication between nurses and intubated patient as well as about the alternative methods and devices used to improve the communication. This thesis is part of the ICU competence project and was done as a applied literature review. The review consists twelve (n=12) analyzed studies.

Getting ill and being admitted to the ICU are stressful experiences for the patient. For an intubated patient the stress is amplified by not being able to communicate verbally. While communicating with an intubated patient it is important to consider patients vitality and make sure that situations and procedures are not rushed. For an intubated patient eye and physical contact and participating in ones care is important as is for the nurses to be present and while verbally communicating with the patient to ask short and simple questions. It is important for the intubated patient to be understood. Not being able to speak and having difficulty in communicating often causes the patient anxiety and frustration.

Communication is difficult for the intubated patient because of fluctuating alertness and the lack of alternative communication methods. Patients frustration is often caused by the communication failures and being ignored by the nurses. Communication with an intubated patient can be promoted through mutually agreed methods, like facial expressions, hand squeezing, pen and paper and electronic voice output. Communication with an intubated patient is mostly nurse-initiated, and nurses active approach to promote communication with intubated patients is significantly linked to the patient's positive experiences with the implementation of communications.

### KEYWORDS:

intensive care, icu, adults, intubation, communication, mechanical ventilation

# SISÄLTÖ

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 JOHDANTO</b>  | <b>4</b>  |
| <b>2 KOMMUNIKOINTI INTUBOIDUN TEHOHOITOPOTILAAN KANSSA</b>                                 | <b>5</b>  |
| 2.1 Potilaan oikeus hoitoon  | 7         |
| 2.2 Tehohoito ja sen aloittaminen  | 8         |
| 2.3 Intuboitu tehohoitopotilas ja kommunikoinnin eri muodot                                | 11        |
| <b>3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TOTEUTTAMISMENETELMÄ</b>                                   | <b>15</b> |
| <b>4 TULOKSET</b>  | <b>25</b> |
| 4.1 Potilaiden kokemukset kommunikoinnista intubaation aikana                              | 26        |
| 4.2 Kommunikoinnin tukena käytettävät menetelmät ja apuvälineet potilaan ollessa intuboitu | 28        |
| 4.3 Yhteenveto   | 29        |
| <b>5 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>   | <b>32</b> |
| <b>6 POHDINTA</b>  | <b>33</b> |
| <b>LÄHTEET</b>   | <b>36</b> |
| <br>   |           |
| <b>TAULUKOT</b>  |           |
| Taulukko 1. Opinnäytetyössä analysoitujen julkaisujen hakuprosessi                         | <b>18</b> |
| Taulukko 2. Opinnäytetyössä analysoitavat julkaisut  | <b>20</b> |
| <b>KUVIO</b>   |           |
| Kuvio 1. Analysoitujen julkaisujen keskeiset tulokset                                      | <b>31</b> |

# 1 JOHDANTO

Tehohoito on Suomessa osoittautunut kustannusvaikuttavaksi. Tehohoidon periaatteena on suunnata hoito potilaille, joiden eloonjäämisen ja elämänlaadun ennuste on riittävällä todennäköisyydellä aloitetun tehohoidon jälkeen hyvä. Päätös tehohoidon aloittamiselle vaatii lääkäriltä kokonaisvaltaista näkemystä potilaan akuutista sairaudesta, ennusteesta ja tehohoidon mahdollisuuksista. (Lund 2012, 2015.) Akuutti ja leikkauksen jälkeinen hengitysvajauksen hoito hengityskoneessa on teho-osastojen yleisin hoitomuoto. Akuutti hengitysvajaus on tavallisin vakavaksi kehittyneiden sairauksien seurauksena syntyvä hengenvaarallinen elintoimintojen häiriö, jonka seurauksena potilas intuboidaan hapensaannin turvaamiseksi. (Käypä hoito 2014; HUS 2015; Rekola, Antila, Irjala & Pulkkinen 2015.)

Intuboidulle potilaalle on tärkeää tulla ymmärretyksi, koska puheen tuottamisen puuttuminen ja kommunikoinnin haastavuus aiheuttavat usein potilaalle ahdistusta ja turhautumista. Intuboidut potilaat kokevat tärkeäksi sairaanhoitajan aidon läsnäolon, katse- ja fyysisen kontaktin saamisen sekä hoitoon osallistamisen. Sairaanhoitajien aktiivinen ote viestimisen ylläpitämisessä on merkittävästi sidoksissa potilaiden positiivisiin kokemuksiin kommunikoimisesta. (Janabzadeh & Chlan 2011; Karlsson, Bergbom & Forsberg 2012a.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tietoa sairaanhoitajan ja intuboidun potilaan kommunikoinnista ja kommunikoinnin tukena käytettävistä menetelmistä ja apuvälineistä. Opinnäytetyö on toteutettu soveltaen systemaattista kirjallisuuskatsausta. Tavoitteena on koota informatiivinen tuotos, jota voidaan tulevaisuudessa käyttää valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden opetusmateriaalina ja tehohoitopotilaiden kanssa työskentelevän hoitohenkilökunnan hoitotyön kehittämiseksi. Opinnäytetyö on osa ICU competence – hanketta, joka pyrkii kehittämään teho-hoitotyön osaamista virtuaalisessa oppimisympäristössä ICU-gamen sähköisen oppimisalustan avulla (Lakanmaa 2015).

## 2 KOMMUNIKOINTI INTUBOIDUN TEHOHOITOPOTILAAN KANSSA

Tässä opinnäytetyössä käytetään sanaa kommunikaatio kaikista kommunikoinnin, viestinnän ja vuorovaikutuksen muodoista. Valittaessa oikeaa termiä opinnäytetyön aiheeseen, pyrittiin selvittämään kommunikaation ja vuorovaikutuksen merkitys useasta eri lähteestä. Sanan kommunikaatio selitys löytyi useista eri tieto- ja sivistysanakirjoista. Viestintä on synonyymi kommunikaatiolle, joka tarkoittaa ”viestimistä, tiedottamista, tiedonvälitystä ja kommunikointia” (SuomiSanakirja 2015). Näin ollen voidaan todeta, että kommunikaatio käsittää viestinnän. Sanan vuorovaikutus selitystä taas ei löytynyt saatavilla olevista sivistys- tai tietosanakirjoista. Internetistä etsittäessä, sana vuorovaikutus määritellään puhumiseksi ja kuuntelemiseksi. Vuorovaikutus on verbaalista ja non-verbaalista viestintää. Se on joukko erilaisia opittuja taitoja, joilla ilmaistaan tunteita, kuunnellaan toisia, tehdään itsemme ymmärretyksi ja saadaan näin vastakaikua. Vuorovaikutus on ihmisten välistä kanssakäymistä ja luo perustan kommunikoinnille ja kielen kehitykselle. (Vainio 2009; Kielijelppi 2010a, 2010b; Papunet 2015.) Vuorovaikutus on suomenkielessä nykyisin ehkä enemmän käytetty termi kuin kommunikaatio, mutta englanninkielisessä lähdetekstissä kirjoittajat käyttävät sanaa communication eli kommunikaatio, vuorovaikutuksen eli interaction sijaan. Näin opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään termiä kommunikaatio, jotta suomennettu teksti olisi mahdollisimman lähdeuskollista.

Sana kommunikaatio tulee latinasta ja tarkoittaa yhteydenpitoa. Kommunikaatio on tietojen jakamista, tiedotusta/tiedonantoa, yksilöiden välisen psyykkisen kosketuksen olemassaoloa, tiedottavaa vuorovaikutusta ja viestintää. Kommunikaatio tarkoittaa myös ihmisten kesken tapahtuvaa verbaalista tai ei- eli non-verbaalista vuorovaikutusta, jonka välityksellä ilmaistaan tietoja tai emotionaalista suhtautumista. (Koukkunen 1997, 403; Aikio & Vornanen 2000, 342–343.) Kommunikaatio kattaa monet viestinnän muodot ja WHO:n julkaisemassa IFC luokituksessa kommunikointi määritelläänkin seuraavalla lailla: ”Kommunikointi on kielellä, merkeillä tai symboleilla viestimistä mukaan lukien viestien ymmär-

täminen ja tuottaminen, keskustelun jatkaminen sekä kommunikointilaitteiden ja -tekniikoiden käyttäminen." (Terveuden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Kommunikoitaessa viestintä ihmisten välillä tapahtuu aistien välityksellä, jotka muodostavat näin yhdessä aistikokemuksen. Vuorovaikutustilanteessa kuvaamme sanallisella viestinnällä sanoin ja käsittein asioita, jotka haluamme ilmaista. Sanallisessa eli verbaalisessa viestinnässä ilmaisua täydentää esimerkiksi äänensävyn käyttö. Non-verbaalinen ilmaiseminen toimii sanallisen ilmaisun täydentäjänä. (Vuoti, Bukaroff & Martikainen 2009; Tikoteekki 2015a.)

Keskeisiä hoitotyön arvoja ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä terveyden edistäminen. Terveysthuoltoon ohjaavat keskeiset säädökset pohjautuvat perustuslain ihmisen perusoikeuksiin, lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista, sekä kansanterveyden- ja erikoissairaanhoidonlakiin ja lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Ammattitaidon ylläpitäminen ja sen kehittäminen on jokaisen terveydenhuoltoalalla toimivan velvollisuus. (ETENE 2001.) Hoitajan hyvä ammattitaito on edellytys asiakkaan tai potilaan hoitoon sitoutumiseen ja osallistumiseen. Asiakas- ja potilaslähtöinen työskentely edellyttää terveydenhuollon ammattilaiselta, kuten sairaanhoitajalta, oikeudenmukaisuutta, keskustelevaa ja kannustavaa johtamista, sekä empatiaa ja kykyä asettua hoidettavan rooliin. (ETENE 2001; Vuoti ym. 2009.) Sairaanhoitajan toimiva kommunikointi potilaan kanssa mahdollistaa potilaan ymmärretyksi tulemisen (Tikoteekki 2015b). Keskustellessa potilaan kanssa pyritään luomaan jatkuva viestinnällinen ja luottamuksellinen hoitosuhde, jonka tavoitteena on tukea potilasta. (Happ, Seaman, Nilsen, Sciulli, Tate, Saul & Barnato 2015.)

Kommunikoidessa intuboidun potilaan kanssa on ensisijaisen tärkeää huolehtia tilanteiden ja toimenpiteiden kiireettömyydestä. Hoitajan on huomioitava, että potilas ei voi itse esittää kysymyksiä, jolloin hoitajan aktiivinen kyseleminen tiedonsaannin turvaamiseksi on hyvin tärkeää. Kommunikointi tuntuu potilaasta helpommalta hoitajan esittäessä lyhyitä ja yksinkertaisia kysymyksiä, joihin potilas voi vastata kyllä tai ei. Näin potilas yleensä kokee osallistuvansa omaan hoitoonsa sekä tuntee toiveiden ja tarpeidensa tulleen huomioiduksi. Tämä

edesauttaa potilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia tehohoidon aikana. (Janabzadeh & Chlan 2011; Karlsson ym. 2012a.)

## 2.1 Potilaan oikeus hoitoon

Jokaisen Suomessa pysyvästi asuvan on halutessaan oikeus saada terveydenhuollon ammattihenkilön arvioimaa ja hänen terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa. Potilasta koskeviin ja tehtäviin hoitopäätöksiin voivat vaikuttaa ainoastaan lääketieteelliset syyt. (Valvira 2015a, 2015b; Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.) Oikeus hyvään hoitoon merkitsee, että potilas ja hänen läheisensä kokevat saavansa asiantuntevaa ja turvallista hoitoa sekä tuntevat tulevansa hyvin kohdelluiksi. Jokaisella potilaalla on oikeus inhimilliseen, ihmisarvojen mukaiseen kohteluun, hyvään vuorovaikutukseen, luottamuksellisuuteen, tiedonsaantiin ja rehellisyyteen sekä itsemääräämisoikeuteen. (ETENE 2001). Terveyspalveluita on annettava oikeudenmukaisesti asettamatta ihmisiä eri asemaan esimerkiksi iän, äidinkielen tai terveydentilan perusteella. Terveyspalveluita annettaessa on henkilön yksityisyyttä ja vakaumusta kunnioitettava. (HUS 2015a; STM 2015; Valvira 2015b.)

Potilaalla on oikeus päättää asioistaan elämänkatsomuksensa ja arvomaailmansa mukaisesti, mikä terveydenhuollossa tarkoittaa potilaan oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon (ETENE 2001). Järjestettävästä hoidosta tehtävät hoitoratkaisut tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Lääkärin on annettava potilaalle tietoa ymmärrettävällä tavalla, hänen sairaudestaan, hoidon vaikutuksista, hoitoon liittyvistä riskeistä ja hoidon vaihtoehdoista. (Valvira 2012; THL 2013.) Potilaalla on itsemääräämisoikeuden mukaisesti tahtoessaan oikeus kieltäytyä hänelle tehtävistä toimenpiteistä ja aloitetusta tai aloitettavasta hoidosta, kun häntä on hoitovaihtoehtojen sekä hoidoista kieltäytymisen seurauksista tiedotettu (OpusLex 2012; Valvira 2015c). Potilaan tahtoa ja hänen kokemustaan on kunnioitettava, arvostettava sekä potilaan kanssa on haettava yhteisymmärrystä ilman painostusta tai johdattelua (ETENE 2001). Kiireellisissä tapauksissa lääkäri voi tehdä hoitopäätöksen potilaan hen-



gen pelastamiseksi, vaikka potilaan tai hänen läheistensä suostumusta ei voitaisi selvittää (Valvira 2012).

Mikäli täysi-ikäinen potilas ei kykene terveydentilansa vuoksi päättämään hoidostaan esimerkiksi mielenterveyden häiriön tai muun syyn vuoksi on hänen lailliselta edustajaltaan tai läheiseltään saatava mielipide tai suostumus hoidon suorittamiseksi, jotta potilaan omat toiveet hoidosta saataisiin selville. Mikäli potilaan lailliselta edustajalta tai läheiseltä ei saada selville mielipidettä, on potilasta hoidettava hänen etunsa mukaisesti. Suostumusta antavilla henkilöillä ei ole oikeutta kieltää hoitoa, jota tarvitaan potilasta uhkaavan hengenvaaran välttämiseksi. (Valvira 2015c, 2015d.) Jos mahdollista, hoidossa on käytettävä potilaan tekemää hoitotahtoa, mihin potilas on laatinut hoitoa koskevan tahtonsa tulevaisuuden varalle. Hoitotahdossa potilas voi määritellä milloin hän haluaa luopua elämää lyhytaikaisesti pidentävistä ja keinotekoisesti elintoimintoja ylläpitävistä hoitotoimenpiteistä. (THL 2015; Valvira 2015e.) Potilasasiakirjoissa on oltava hoitotahdosta, potilaan varmentama, selkeä asiakirja. Potilasasiakirjoissa tulee lisäksi olla merkintä siitä, että potilaalle on selitetty riittävästi hänen hoitotahdon mahdollisista seurauksista. (Valvira 2015e.)

## 2.2 Tehohoito ja sen aloittaminen

Tehohoito on vaikeasti sairaan, hengenvaarallisesta tilasta kärsivän, potilaan hoitoa. Elämän säilyttäminen on lääketieteen etiikan keskeinen periaate, joka jatkuu niin kauan kuin arvioidun hengenvaaran oletetaan olevan tilapäinen, minkä vuoksi sen merkitys tehohoidossa on keskeinen. (Suomen Tehohoitoyhdistys 1997.) Tehohoidossa keskeisenä periaatteena on, että potilaan hengenvaaran arvioidaan olevan ohimenevä ja edellytyksenä on potilaan mahdollisuus toipua ainakin kohtuulliselle tai vammautumista edeltävälle tasolle. Tehohoitoon ryhdytään vain, kun tehohoidon jälkeisen paranemisen ja elämänlaadun uskotaan olevan potilaalle hyvää ja laadukasta. (STHY 1997; Hoppu 2012; HUS 2015b; Lund 2015.) Toinen tehohoidossa eettisesti merkittävä ja lääketieteen keskeinen periaate on kärsimysten lievittämisen rinnalla olla tuottamatta poti-

laalle lisähaittoja. Jo tehohoidon aloittaminen voi altistaa kriittisessä tilassa olevan potilaan lisähaittoille, kuten infektioriskeille lukuisten usein invasiivisten eli potilaaseen kajoavien valvonta- ja mittauslaitteiden vuoksi. (STHY 1997.) Päätös tehohoidolle vaatii lääkäriltä kokonaisvaltaista näkemystä potilaan akuutista sairaudesta, ennusteesta ja tehohoidon mahdollisuuksista (Lund 2015). Kielteinen tehohoidon päätös on potilaan hoidon kannalta merkittävä ja voi johtaa potilaan menehtymiseen. Punnittaessa tehohoidon päätöstä lääkärin päätökseen vaikuttavat mahdollisten kroonisten sairauksien vaikeus, ennuste ja tehohoidon tarpeen aiheuttanut tila, sekä potilaan fyysinen ja henkinen toimintakyky ennen sairaalaan joutumista (Lund 2012).

Teho-osastolla on hoidettavana sinne eri syistä tulleita potilaita. Noin kolmannes potilaista tulee postoperatiivisesti leikkaussaleista teho-osastolle hoitoon ja valvontaan. Jatkohoito teho-osastolla voi tapahtua suunnitellusti tai suunnittelematta isojen operaatioiden jälkeen. (HUS 2015b.) Tehohoidosta hyötyvät etenkin perioperatiiviset potilaat, joilla on riski ennustetta huonontaviin komplikaatioihin kuten hengitys- tai munuaisvajeeseen, sydäninfarktiin tai sepsikseen eli verenmyrkytykseen. Pääsääntöisesti postoperatiivisesti teho-osastolla hoidettavat potilaat ovat sydän- ja neurokirurgisia suuren riskin potilaita. (Soininen 2014.) Potilaiden komplikaatoriskien arvioimiseksi kirurgiset potilaat luokitellaan sairastavuuden mukaan preoperatiivisesti ennen leikkausta Yhdysvaltain anesthesiologiayhdistyksen yleistilaluokituksiin eli ASA-luokkiin (ASA1-4). Leikkauspotilas luokitellaan sairastavuuden mukaan fyysistä suorituskykyä ja leikkauriskia suurentavia tekijöitä arvioiden. Mitä suurempaan ASA-luokkaan potilas kuuluu, sitä isompi riski hänellä on komplikaatioihin leikkauksessa tai sen jälkeen. Potilaan ASA-luokan merkitys on yhteydessä jatkohoidon tarpeeseen leikkauksen jälkeen. (Konttinen & Hynynen 2003; Käypä hoito 2014.)

Osa potilaista on hoidettavana teho-osastolla vakaviksi kehittyneiden infektioiden, nestetasapainohäiriöiden tai sydän- ja verenkiertojärjestelmän vaikeiden sairauksien vuoksi (HUS 2015b). Akuutti ja leikkauksen jälkeinen hengitysvajauksen hoito hengityskoneessa on teho-osastojen yleisin hoitomuoto. Akuutti hengitysvajaus on tavallisin vakavien sairauksien seurauksena kehittyvä hen-

genvaarallinen elintoimintojen häiriö, joka voi johtua esimerkiksi häiriöstä keskushermostossa, keuhkoverenkierrossa tai hengityslihakissa. (Käypä hoito 2014a; HUS 2015b; Rekola ym. 2015.) Keskimääräinen hoitoaika teho-osastolla on noin kolme vuorokautta, mutta vaikeasti sairaiden potilaiden hoito voi sairaalassa kestää yhteensä jopa viikkoja (HUS 2015). Arvioitaessa potilaan tehohoidon tuloksellisuutta voidaan mittarina käyttää APACHE II-III (Acute Physiology, Age, Chronic Health) – pisteytysjärjestelmiä. Pisteytyksillä mitataan potilaan sairauden vaikeusastetta, mistä voidaan päätellä todennäköisyydet huonoon ennusteeseen. Korkeat APACHE -pisteet ovat yhteydessä sairaalakuoleman riskiin. (Knaus ym. 1991; Niskanen 2000.) Hoitojen vaikuttavuutta potilaan elämänlaatuun tulisi kuitenkin mitata geneerisillä eli ei-sairausspesifisillä mittareilla kuten Suomessa kehitetyllä ja käytössä olevalla 15D-mittarilla, joka arvioi potilaan subjektiivisesti koettua terveydentilaa ja elämänlaatua (Niskanen 2000).

Hyvän hoidon tulee olla näyttöön perustuvaa ja sitä toteutettaessa tulee käyttää systemaattisesti harkiten ja asianmukaisesti hoitotyön toimintoja, mitkä edistävät toivottuun lopputulokseen pääsemistä (Kaarlola & Pyykkö 2009; Hotus 2015). Hyvä hoito perustuu arviointiin, tutkittuun ja päivitettyyn tietoon, sekä sen soveltamiseen ammattitaitoisesti ja eettisesti. Hyvän hoitotyön tavoitteena on edesauttaa potilaan elämänlaadun palautumista ja paranemista, sekä välttää turhia hoitoja ja hoidosta aiheutuvia kärsimyksiä kunnioittaen lakia potilaan oikeuksista sekä asemasta. (Kaarlola & Pyykkö 2009.)

Tehohoitotyössä on huomioitava potilaan akuutin sairauden aiheuttama hoitotyön tarve ja elintoimintahäiriöiden ennakointi, sekä potilaan aiempien sairauksien hoito ja lääkitys. Hoitotyön suunnittelussa tärkeää on potilaan taustan ja elämäntilanteen kartoitus. Hoitajan tulee huomioida ja minimoida tehohoidosta johtuvat potilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia huonontavat tekijät. Tehohoidossa potilasta valvotaan ja tarkkaillaan keskeytymättä ympäri vuorokauden. Tehohoito-osastolla seurataan ja arvioidaan potilaan elintoimintoja kuten hengitystä, verenkiertoa, munuaisten ja maksan toimintaa sekä veren hyytymistä. Tarpeen mukaan elintoimintoja ylläpidetään ja hoidetaan teho-

osastolla erikoislaittein ja -lääkkein. (Käypä hoito 2014b; Duodecim 2015; HUS 2015b.)

### 2.3 Intuboitu tehohoitopotilas ja kommunikoinnin eri muodot

Hengitysvajausta voidaan hoitaa teho-osastolla non-invasiivisesti potilaaseen kajoamatta, maskilla tai vaikeammissa tapauksissa invasiivisesti intuboimalla sedatoitu potilas. Tarkoituksena sedaatioissa on rauhoittaa ja kevyesti nukuttaa potilas lääkkeellisesti toimenpiteen tai tutkimuksen ajaksi. Intubaatioissa nukutetulle tai tajuttomalle potilaalle asetetaan henkitorveen intubaatioputki, jolla varmistetaan hengitysteiden auki pysyminen ja mekaanisella ventilaatiolla turvataan potilaan hapensaanti. Potilaan ollessa intuboitu on varmistettava, ettei putki aiheuta hänelle kipua hengitysteissä. Hyvin lääkitty ja kivuton potilas pysyy rauhallisena ja antaa putken olla paikoillaan, jolloin saadaan taattua hengitysteiden auki pysyminen. (Mazanikov & Pöyhiä 2011; Hamunen 2012; Käypä hoito 2014a; Duodecim 2015.)

Vaikean hengitysvajauksen seurauksena intuboitu potilas muistaa harvoin itse intubaatiotapahtumaa vahvan sedaation vuoksi. Herätessään potilas ei usein tiedosta olevansa hengityskoneessa, tiedä syytä siihen tai muista siihen johtanutta tilannetta. Hengityskoneessa oleva potilas ei pysty intubaatioputken sijainnin vuoksi ilmaisemaan itseään verbaalisesti. Sedaation vuoksi potilas taas ei pysty elehtimään ja non-verbaalisesti kommunikoimaan tarpeitaan. Kevyen sedaation on tarkoitus rauhoittaa potilasta ja vähentää epämiellyttävien tunteusten kuten kivun ja pelon kokemista hengityshoidon aikana. (Mazanikov & Pöyhiä 2011.) Kevyen sedaation tarkoitus ei ole lamaannuttaa potilasta liikkumattomaksi vaan taata potilaan turvallisuus vieraassa sairaalaympäristössä lievittämällä ahdistusta ja levottomuutta. Sedaation tarkoitus on helpottaa potilaan hengittämistä hengityskoneessa, jotta potilas ei ahdistuneena hengittäisi konetta vastaan tai poistaisi itse intubaatioputkea. (Grap, Munro, Wetzel, Ketchum, Hamilton, Arief, Pickler & Sessler 2012.)

Sairastuminen, sairaalaan tai teho-osastolle joutuminen aiheuttaa usein kriisireaktion. Sairastunut on yleensä stressaantunut ja kokee ahdistusta, avuttomuutta ja jopa epätoivoa. Intuboidulla potilaalla avuttomuuden tunnetta lisää potilaan verbaalisen kommunikoinnin puuttuminen. Odottamaton kommunikoinnin vaikeutuminen aiheuttaa pelkoa, turhautumista ja kontrollin menetyksen tunteen. Intuboidulla potilaalla ei ole kykyä välittää tuntemuksiaan verbaalisesti intubaatioputken vuoksi ja sedaatiosta johtuva toimintakyvyn alentuminen taas vaikeuttaa kommunikointia non-verbaalisesti. (Wang, Zhang, Li & Wang 2008; Syöpäjärjestöt 2010.)

Kommunikoitaessa intuboidun potilaan kanssa on ensisijaisen tärkeää huolehtia tilanteiden ja toimenpiteiden kiireettömyydestä. Vuorovaikutustilanteissa on otettava huomioon potilaan vointi, tajunnantaso ja vireystila, joiden mukaan potilasta avustetaan päivittäisissä toimissa ja otetaan mukaan hoitotyön toimintoihin. Intuboidun potilaan mahdollisesti heikentyneestä neurologisesta statuksesta huolimatta häntä tulee kohdella inhimillisesti, sekä taata hänen informaation saanti hoitojen ja toimenpiteiden joka vaiheessa. (Grossbach, Stranberg & Chlan 2011.)

Potilaan tilasta riippuen, intuboidun potilaan tiedonsaanti voidaan taata erilaisin hoitavan henkilökunnan ja potilaan kanssa sovituin menetelmin ja apuvälinein. Virkeälle ja tajunnantasoltaan hyvälle potilaalle voi riittää tietojen välittäminen verbaalisesti ja intuboitu potilas voi viestiä hoitohenkilökunnan kanssa esimerkiksi kirjoittaen. Desorientoituneen tai tajunnantasoltaan alentuneen potilaan kanssa voidaan käyttää informaation saannin ja kommunikoinnin tukemiseksi yksilöllisiä apuvälineitä ja metodeja. Kommunikointia helpottamaan voidaan käyttää esimerkiksi eleitä, kuvia ja fraasitauluja. Hoitohenkilökunnan aktiivinen ote kommunikoinnin edistämiseksi intuboidun potilaan kanssa on merkittävästi sidoksissa potilaan positiivisiin kokemuksiin viestimisen toteutumisesta. (Grossbach ym. 2011; Karlsson, Lindahl & Bergbom 2012b; Käypä hoito 2014a.)

Toimiva kommunikointi mahdollistaa ymmärretyksi tulemisen. Jos puhuminen ei ole mahdollista voidaan käyttää kommunikointikeinoja, jotka korvaavat puhetta. Erilaisiin tilanteisiin tarvitaan erilaisia kommunikointikeinoja ja -apuvälineitä.

Apuvälineen valinta tehdään yksilöllisen arvion perusteella. Apuvälineen soveltuvuuteen vaikuttaa käyttäjän toimintakyky, kommunikointitarpeet ja –ympäristö. Keskustelukumppaneiden olisi hyvä käyttää samoja kommunikoinnin apuvälineitä puheensa rinnalla, sillä suurin osa ihmisten välisestä kommunikoinnista tapahtuu elein eli sanattomasti. (Tikoteekki 2015b.)

Verbaalisen kommunikoinnin ollessa estynyt kirjoittaminen on usein helppo ja luonteva tapa korvata puhe. Kirjoittamista kommunikoinnin välineenä voi toteuttaa perinteisesti käyttäen paperia ja kynää tai vaihtoehtoisesti käyttämällä helposti pyyhittävää kirjoitustaulua. Kirjoittamisen sijaan myös piirtäminen ja sanan ensimmäisen tavun kirjoittaminen nopeuttavat usein kommunikointia sekä toisen osapuolen arvailuja. Joissain tapauksissa puhekyvyn menettämisen lisäksi henkilöllä esiintyy erinäisistä syistä kirjoittamisvaikeutta. AAC eli Augmentative and Alternative Communication tarkoittaa puhetta tukevaa ja korvaavaa kommunikointia. Yleisimpiä AAC muotoja ovat tukiviittomat, kuvat ja blisskieli. Kuvia ja blisskieltä käytettäessä on henkilöllä oltava jokin apuväline kuten kuvakortit, kommunikaatiotaulu tai puhelaite. Kun puhuminen tai kirjoittaminen ei onnistu erilaiset kuvat, kuvakortit ja sanakortit ovat melko yksinkertaisia ja helposti verbaalisen kommunikoinnin korvaavia menetelmiä. Kuvia järjestämällä henkilö voi kyetä kertomaan pidemmän lauseen tai tarinan. Osoittamalla yhtä kuvaa henkilö voi viestiä esimerkiksi haluaan juoda tai syödä. Kuten kaikessa muussakin kommunikaatiossa myös puhetta korvaavassa kommunikaatiossa käytetään kehonkieltä ja eleitä. Puhetta korvaavassa kommunikaatiossa keskustelukumppanin ymmärrys ja vaihtoehtoisten kommunikointimenetelmien käytön osaaminen ratkaisevat kuinka hyvin viestintä onnistuu. (Papunet 2015.)

Jokainen ihminen kokee ja aistii asiat ja ympäristön yksilöllisesti eri tavoin. Hoitotyössä hyvän hoitajan vuorovaikutustaidot ovat edellytys asiakkaan tai potilaan hoitoon sitoutumiseen ja osallistumiseen. Hyvä vuorovaikutus saattaa olla usein hoidettavalle tärkeämpi kokemus kuin hoitoon sisältyvät hoitotoimenpiteet. Kokonaisvaltaisessa hoidossa hoitaja ottaa huomioon hoidettavan yksilöllisenä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena, sekä huomioi asiakaslähtöisesti hoidettavan tarpeet, voimavarat ja toiveet. Ammatillisessa

vuorovaikutuksessa asiakaslähtöinen työskentely edellyttää terveydenhuollon ammattilaiselta empatiaa ja kykyä asettua hoidettavan rooliin ja näin ymmärtää häntä paremmin. Ammatillisessa vuorovaikutuksessa avaintekijänä on hoitajan taito muuttaa toimintatapojaan eri tilanteissa tunnistuen ihmisten erilaisuudet ja tarpeet ja toimia heidän eduksi. (Vuoti ym. 2009.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TOTEUTTAMISMENETELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tietoa sairaanhoitajan ja intuboidun potilaan välisestä kommunikoimisesta ja kommunikoinnin tukena käytettävistä menetelmistä ja apuvälineistä. Opinnäytetyö ja sen tuotos toteutetaan osana ICU competence – hanketta. ICU competence -projektin tavoitteena on luoda ICU-game verkko-opetusohja. Virtuaalisen koulutusohjelman sisällön tarkoituksena on edistää valmistuvien sairaanhoitajien ja teho-osastoilla työskentelevien tietoutta aiheesta.

Opinnäytetyössä vastataan seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia ovat potilaiden kokemukset kommunikoinnista intubaation aikana?
2. Mitä kommunikoinnin menetelmiä ja apuvälineitä potilaat ja sairaanhoitajat käyttävät potilaan ollessa intuboitu?

Opinnäytetyö on toteutettu soveltaen systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmetodi, joka kokoaa ja tiivistää yhteen olemassa olevaa tutkimustietoa aiheesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 97). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tehdään yleisesti hyvin yksityiskohtaiseen tarkoitukseen ja se eroaa valinta-, analysointi- ja tiedon yhteenvetoprosessinsa takia muista kirjallisuuskatsausmetodeista (Johansson 2007, 4-5). Systemaattisen tiedonhaku tulee olla määritelty tarkasti hakusanoin ja rajauksin. Tiedonhaku tulee olla järjestelmällinen, dokumentoitu ja toistettavissa. (Tähtinen 2007, 10; Johansson 2007, 5.) Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valitaan aiheen kannalta merkitykselliset ja tarkoitusta vastaavat tutkimukset ja niistä arvioidaan tutkitun tiedon laatua kattavasti, sekä syntetisoidaan tiedon tuloksia, jotta voidaan tehdä luotettavia yleistyksiä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37; Johansson 2007, 5.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus toteutetaan vaiheittain. Työ voidaan karkeasti jakaa kolmeen vaiheeseen. Kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe on sen suunnittelu, toisessa



vaiheessa tehdään tiedonhaut, niiden analysointi ja synteesi, ja kolmannessa vaiheessa katsauksen raportointi. (Johansson 2007, 5.) Tiedonhakuprosessin aloittaminen edellyttää tutkimusongelmien tai -kysymysten hahmottelua ja asettamista. Asetetut tutkimuskysymykset ohjaavat ja rajaavat etsittävää kirjallisuutta tiedonhakuprosessissa tulosten saamiseksi. Tutkimuskysymykset tarkentuvat kirjallisuutta analysoitaessa. Tiedonhakuprosessi alkaa hakusanojen valitsemisella, jonka vuoksi aiheen terminologian tunteminen on tärkeää, jotta tiedonlähteet ovat aiheen kannalta olennaisia. (Hirsjärvi; Liikanen; Remes & Sajavaara 1992, 35-37.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen viimeisessä vaiheessa tehdään johtopäätöksiä raportoiduista tuloksista ja tehdään mahdollisia suosituksia sekä jatkotutkimus ehdotuksia (Johansson 2007, 7).

Opinnäytetyössä analysoitava aineisto on kerätty tietokannoista, jotka ovat Turun ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutuksen alussa määritelty luotettaviksi ja sopiviksi tietokannoiksi alanaihepiiriä tutkittaessa. Aineistonkeruussa käytettävät tietokannat ovat; PubMed, Medline (Ovid), CINAHL, CINAHL Complete ja Medic. Hakusanoina käytettiin ”intensive care/ICU” (tehohoito), ”intubation” (intubaatio), ”communication” (kommunikaatio), ”mechanical ventilation” (mekaaninen ventilaatio), sekä näiden eri yhdistelmiä. Tiedonhaussa sanoja katkaistiin \*-merkillä, jotta sanat kaikkine päätteineen tulisivat hakuihin mukaan. Hakutermin esiintymiseen käytettiin tekijä/otsikko/asiasanat – toimintoa, jotta hakutulosten sisältö vastaisi mahdollisimman paljon opinnäytetyön aihetta.

Käytetyissä tietokannoissa rajaamaton sanahaku tuotti tiedonhaussa suuren määrän osumia. Haku rajattiin ilmaisiin kokoteksteihin ja viimeiseen kymmeneen vuoteen (2005–2015), jotta saataisiin mahdollisimman kokonaisvaltaista tietoa aiheesta sekä sen kehityksestä. Kaikissa tietokannoissa ei ollut mahdollisuutta rajata ilmaisten kokotekstien hakua nykyhetkeen, jolloin haku rajattiin vuoteen 2014 tai viimeisimpään saatavilla olevaan vuoteen. Tiedonhakutaulukossa (Taulukko 1, 18.) käy ilmi käytetyt hakusanat, niiden katkaisut, osumien määrä ilman rajoituksia sekä rajoituksilla. Kaikki haut tehtiin sekä englannin että suomen kielellä, mutta suomenkieliset haut eivät tuottaneet yhtään osumaa rajoituksilla. Rajatun tiedonhaun jälkeen tarkasteltiin osumia otsikkotasolla. Otsi-

koiden perusteella valittiin tutkimukset joiden sisällön oletettiin vastaavan opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Otsikko-osumien perusteella valittiin aikuisväestöä, mekaanista ventilaatiota, intubaatiota ja kommunikointia käsitteleviä julkaisuja. Otsikoiden perusteella valituista tutkimuksista karsittiin abstraktin perusteella asiasisällöltään opinnäytetyön aihetta vastaamattomat julkaisut.

Taulukko 1. Opinnäytetyössä analysoitavien julkaisujen hakuprosessi

|                        | <b>Hakusana(t) ja asiasana(t) ja niiden yhdistelmät<br/>(and/or/not)</b> | <b>Ei rajauksia</b> | <b>Rajaukset</b> | <b>Avatut viitteet</b> | <b>Valitut viitteet</b> |
|------------------------|--|---------------------|------------------|------------------------|-------------------------|
| <b>MEDIC</b>           | Intensive care AND intub* OR Mechanical ventilation AND communic*        | 2                   | 0                | 0                      | 0                       |
|                        | Intensive care AND intub* AND communic*                                  | 0                   | 0                | 0                      | 0                       |
|                        | Intensive care AND mechanical ventilation AND communic*                  | 2                   | 0                | 0                      | 0                       |
|                        | ICU AND mechanical ventilation AND communic*                             | 0                   | 0                | 0                      | 0                       |
|                        | ICU AND intub* AND communic*   | 0                   | 0                | 0                      | 0                       |
|                        | ICU AND intub* OR mechanical ventilation AND communic*                   | 0                   | 0                | 0                      | 0                       |
| <b>CINAHL</b>          | Intensive care AND Intub* AND Communic*                                  | 80                  | 1                | 0                      | 0                       |
|                        | Intensive care AND intub* OR Mechanical ventilation AND communic*        | 1815                | 90               | 5                      | 3                       |
|                        | Intensive care AND mechanical ventilation AND communic*                  | 99                  | 8                | 2                      | 0                       |
|                        | ICU AND mechanical ventilation AND communic*                             | 35                  | 4                | 0                      | 0                       |
|                        | ICU AND intub* AND communic*   | 34                  | 0                | 0                      | 0                       |
|                        | ICU AND intub* OR mechanical ventilation AND communic*                   | 734                 | 37               | 8                      | 2                       |
| <b>Cinahl Complete</b> | Intensive care AND Intub* AND Communic*                                  | 84                  | 16               | 3                      | 2                       |
|                        | Intensive care AND intub* OR Mechanical ventilation AND communic*        | 2232                | 408              | 15                     | 5                       |
|                        | Intensive care AND mechanical ventilation AND communic*                  | 102                 | 28               | 7                      | 2                       |
|                        | ICU AND mechanical ventilation AND communic*                             | 36                  | 8                | 1                      | 0                       |
|                        | ICU AND intub* AND communic*   | 35                  | 4                | 2                      | 0                       |
|                        | ICU AND intub* OR mechanical ventilation AND communic*                   | 819                 | 145              | 16                     | 3                       |
| <b>MEDLINE (Ovid)</b>  | Intensive care AND Intub* AND Communic*                                  | 6308                | 636              | 11                     | 6                       |
|                        | Intensive care AND intub* OR Mechanical ventilation AND communic*        | 12436               | 1229             | 16                     | 4                       |
|                        | Intensive care AND mechanical ventilation AND communic*                  | 5520                | 636              | 8                      | 3                       |
|                        | ICU AND mechanical ventilation AND communic*                             | 3608                | 491              | 13                     | 6                       |
|                        | ICU AND intub* AND communic*   | 3375                | 443              | 12                     | 4                       |
|                        | ICU AND intub* OR mechanical ventilation AND communic*                   | 10315               | 1096             | 15                     | 6                       |

(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu)

|                             | <b>Hakusana(t) ja asiasana(t) ja niiden yhdistelmät (and/or/not)</b>  | <b>Ei rajauksia</b> | <b>Rajaukset</b> | <b>Avatut viitteet</b> | <b>Valitut viitteet</b> |
|-----------------------------|---|---------------------|------------------|------------------------|-------------------------|
| <b>PubMed</b>               | Intensive care AND Intub* AND Communic*   | 146                 | 29               | 3                      | 2                       |
|                             | Intensive care AND intub* OR Mechanical ventilation AND communic*   | 948                 | 146              | 6                      | 5                       |
|                             | Intensive care AND mechanical ventilation AND communic*   | 330                 | 57               | 3                      | 2                       |
|                             | ICU AND mechanical ventilation AND communic*  | 137                 | 20               | 2                      | 1                       |
|                             | ICU AND intub* AND communic*  | 53                  | 11               | 2                      | 1                       |
|                             | ICU AND intub* OR mechanical ventilation AND communic*  | 878                 | 135              | 3                      | 2                       |
| <b>Päällekkäiset osumat</b> |   |                     |                  |                        | 57-47=10                |
| <b>Manuaalinen haku</b>     | The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study<br><i>lähde: The number of mechanically ventilated ICU patients meeting communication criteria (Happ ym. 2015)</i><br>Listening to the voiceless patient. Case reports in assisted communication in the intensive care unit.<br><i>lähde: The number of mechanically ventilated ICU patients meeting communication criteria (Happ ym. 2015)</i> |                     |                  |                        | 10+2=12                 |
| <b>Yhteensä</b>             |   |                     |                  |                        | n=12                    |

Tiedonhakuja tehtäessä opinnäytetyöhön valikoitui n=12 tutkimuskysymyksiin vastaavaa julkaisua. Tutkimustaulukossa (Taulukko 2, 20) analysoidaan valittujen julkaisujen tarkoitus, käytetty tutkimusmetodi ja toteutus sekä julkaisun keskeiset tulokset. Mikäli artikkelista käy ilmi tutkimusotos on se mainittu tutkimusmetodin ja toteutuksen yhteydessä.

Taulukko 1. Opinnäytetyössä analysoitavat julkaisut.

| Tekijä, maa, vuosi                      | Julkaisun nimi  | Tarkoitus  | Tutkimusmetodi ja toteutus  | (n=) Otos                       | Keskeiset tulokset   |
|---|---|--|---|---------------------------------|--|
| Arif-Rahu & Grap<br>2010<br>Yhdysvallat | Facial expression and pain in the critically ill non-communicative patient: State of science review                         | Analysoida kipumittareiden hyötyä, yhteneväisyyttä ja riittävyttä kriittisesti sairaiden potilaiden kivun hoidossa, ketkä eivät kykene ilmaisemaan itseään verbaalisesti | Kirjallisuuskatsaus aiheeseen liittyvistä tutkimusartikkeleista.  |                                 | Puolet sadaasta intuboidusta potilaasta kertoi kipua esiintyvän levossakin ja 80 potilaasta kipua esiintyvän hoitotoimenpiteiden aikana.<br>Kriittisesti sairaiden potilaiden kasvojen ilmeiden tulkitseminen on kivun hoidossa erittäin tärkeää kivun hoidon kannalta.<br>Kipu ilmenee potilaiden kasvoilta erityisesti kasvojen yläosilta kuten silmistä ja silmäkuulumista.<br>Kipua tulee mitata potilaalle soveltuvin kipumittarein.  |
| Arif-Rahu ym.<br>Yhdysvallat<br>2013    | Facial expression as an indicator of pain in critically ill intubated adults during endotracheal suctioning                 | Kuvailia kommunikoinnillaan estyneiden potilaiden kasvojen ilmehdintää endotraakeaalisen kivun aiheuttaman kipureaktion aikana   | Havainnoiva tutkimus.<br>Tutkimuksessa analysoitiin potilaista kuvattuja videotallenteita levon ja endotraakeaalisen kivun aikana.  | n=50 potilasta                  | Verbaalisesti kommunikoinnillaan estyneet potilaat eivät pysty kommunikoimaan edes eleillä, tai he pystyvät kommunikoimaan vain esimerkiksi räpäyttämällä silmiä.<br>Imun aikana potilaiden reagointi kipuun ilmeni yleisimmin kasvojen yläosien liikehdintänä, kuten kulmien kurtistamisena ja poskipäiden kohoamisena.<br>Potilaan toimenpiteestä johtuvan kivun kokemisen aikana ilmeneviä eleitä tai ilmeitä ei aina voi yhdistää samojen ilmeiden esiintymisen levon aikana johtuvan kivusta. |
| Happ ym.<br>2014<br>Yhdysvallat         | Effect of a multi-level intervention on nurse—patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial | Testata kaksitasoisen intervention vaikutuksia hoitajien ja potilaiden välisen kommunikoinnin laatuun  | Interventiotutkimus. 3-tasoisessa tutkimuksessa kaksi hoitajaryhmää saivat eritasoista koulusta potilaan kanssa kommunikointiin. Ensimmäinen interventoryhmä sai koulutusta kommunikoinnista yleisellä tasolla ja toinen ryhmä ohjeistusta apuvälineiden käyttöön, sekä puheterapeutin konsultaation.<br>Kontrolliryhmä ei saanut koulutusta tai ohjeistusta. Potilaiden ja hoitajien välisiä kohtaamisia kuvattiin 3 minuuttia videolle, joista arvioitiin kommunikointia. | n=89 potilasta<br>n=30 hoitajaa | Sedaation syvyys lisäsi hoitajien positiivisia yrityksiä kommunikoida potilaan kanssa.<br>Interventoryhmien kommunikointi potilaan kanssa lisääntyi kohtaamisten aikana.<br>Koulutuksen jälkeen hoitajien taito tulkita potilaan kommunikointityyksiä lisääntyi.<br>Potilaan psykososiaalinen huomioiminen ja tulkitseminen edistivät.<br>Potilaan kivun ja muiden oireiden tulkinta edistyi.<br>Potilaaturvallisuus lisääntyi.  |

(jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu)

| Tekijä, maa, vuosi              | Julkaisun nimi   | Tarkoitus   | Tutkimusmetodi ja toteutus  | (n=) Otos                             | Keskeiset tulokset   |
|---------------------------------|--|---|---|---------------------------------------|--|
| Happ ym.<br>2011<br>Yhdysvallat | Nurse-Patient Communication Interactions In The Intensive Care Unit. American Journal of Critical Care | Selvittää hoitajien ja intuboitujen potilaiden välisen kommunikoinnin yleisyys, onnistuminen ja laatu teho-osastoilla, helppottaa hoitajapotilas kommunikointia ja selvittää mitä kommunikoinnin tapoja, metodeja ja apuvälineitä osastoilla on käytössä. | Tutkimus suoritettiin havainnointi tutkimuksena. Mukana oli kaksi teho-osastoa, joista valittiin 10 hoitajaa ja 30 potilasta. Data hoitajien ja intuboitujen potilaiden välisestä kommunikoinnista kerättiin video tallenteilla ja muistiinpanoin ja analysoitiin käyttäen SAS-ohjelmaa.                                  | n=10<br>hoitajaa<br>n=30<br>potilasta | N. 86% kommunikointi tapahtumista oli hoitajien aloittamia. 62% potilaista arvioi kommunikoinnin hoitajien kanssa olevan hieman tai ei ollenkaan hankalaa. Ja 38% potilaista taas arvioi sen olevan melko tai todella hankalaa. Vaikka suurin osa kommunikoinnista olikin onnistunutta, vain 2/3 kivun kommunikoinnista onnistui. Tutkimuksessa hoitajien hyviksi kommunikoinnin menetelmiksi koettiin katsekontakti, nimellä tervehtiminen, kosketus, käsillä viittominen ja elehtiminen, potilaat vastasivat nyökkäämällä tai pudistamalla päätään, sekä ilmaisemalla huuilliaan sanoja, kirjoittamista ei juurikaan käytetty. Katsekontaktin puuttuminen, hoitajien mutina ja liian nopea puhuminen taas koettiin negatiivisiksi kommunikoinnissa |
| Happ ym.<br>2015<br>Yhdysvallat | The number of mechanically ventilated ICU patients meeting communication criteria                      | Kartoittaa retro-spektiivisesti kuinka suuri osa mekaanista ventilaatiohoitoa saavista potilaista olisi hyötynyt kommunikointia tukevista apuvälineistä tai puhe-terapeuttin konsultaatiosta tehohoidon aikana  | Potilasasiakirja-analyysi. Tutkimuksessa kartoitettiin sairaalan teho-osaston mekaanista ventilaatiohoitoa saavien potilaiden potilastietoja. Interventiossa hoitajille annettiin koulutusta kommunikoinnin ja kommunikoinnin apuvälineiden käyttöön. Potilastietoja tarkasteltiin ennen, jälkeen ja intervention aikana. | n=1440<br>potilasta                   | Noin puolet kriteerit täyttävistä kommunikointiin kykenevistä ja mekaanista ventilaatiohoitoa saavista potilaista olisi hyötynyt kommunikointia tukevien apuvälineiden käytöstä. Eniten apuvälineiden käytöstä hyötyisivät potilaat, jotka olivat tehohoidossa useimmin sepsiksen, keuhkokuumeen tai trauman vuoksi. Vähiten kommunikointiin kykeneviä olivat neurologiset ventilaatiohoitoa saavat potilaat, usein aivoinfarktien ja kallonsisäisten vuotojen aiheuttaman ko-opeeroimattomuuden vuoksi.   |

(jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu)

| Tekijä, maa, vuosi                        | Julkaisun nimi  | Tarkoitus   | Tutkimusmenetelmä ja toteutus  | (n=) Otos          | Keskeiset tulokset   |
|---|---|---|--|--------------------|--|
| Jenabzadeh & Chlan<br>2011<br>Yhdysvallat | A nurse's experience being intubated and receiving mechanical ventilation   | Kuvailla yhden hoitajan kokemuksia intubaatiosta ja mekaanisesta ventilaatiosta, sekä hoidon tehokkuutta, hoitajan kokemuksiensa potilaan ja alan ammattilaisen näkökulmasta.             | Artikkelin kirjoitettu ventilaatiohoitoa useita kertoja saaneen hoitajan omien muistinpöytäkirjojen pohjalta.  | n=1<br>hoitaja     | Intubointia potilas ei useinkaan muistanut, mutta intuboituna olemisen ja mekaanisen ventilaation saannin teho-osastolla kyllä. Lihaskrampit aiheuttivat ahdistusta ja paniikkia, kun ei pystynyt liikkumaan vaikka oli hengittäen, eikä ollut mitään keinoa saada hoitajan huomiota. Sedatiivit tekivät kommunikoinnin kirjoittamalla vaikeaksi, samoin kuin monet tekut ja katetit. Kuva ja sanakorttien osoittaminen oli helpompi tapa kommunikoida. Turhautumista aiheutti hoitajien työskentely potilasta huomioimatta, puhumattomuus ja tekemisten selittämättä jättäminen.  |
| Karlsson ym.<br>2012<br>Ruotsi            | The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study | Havainnollistaa tajutissaan olleiden mekaanista ventilaatiohoitoa saaneiden potilaiden kokemuksia teho-osastolla.   | Tutkimuksessa haasteltiin 12 potilasta noin viikon päästä teho-osastolta siirron jälkeen.  | n=12<br>potilasta  | Potilaat kokivat hereillä ollessaan hengitysvaikeudet todella ahdistaviksi, ymmärsivät että mekaaninen ventilaatio oli hengenpelastaja, mikä taas aiheutti paniikkia. Puhkeavuuttomuus oli näiden jälkeen toiseksi kamalin kokemus.<br>Intubaatioputken sijainti aiheutti potilaille kipua.<br>Avuttomuuden ja voimattomuuden tunne lisääntyi puhekyvyn menettämisen vuoksi, mikä vähensi potilaiden aktiivisuutta ja oma-aloitteisuutta.<br>Potilaat kokivat hoitoon osallistamisen ja hoitajan kanssa kommunikoinnissa tärkeitä.<br>Potilaat kokivat hoitajien positiivisen asenteen hoidossa parantumista edesauttavaksi.                                       |
| Karlsson ym.<br>2012<br>Ruotsi            | Patient's statements and experiences concerning mechanical ventilation: a prospective video-recorded study                                    | Kuvailla mekaanisesta ventilaatiohoitoa saavien potilaiden omia tunteita ja kokemuksia hoitosuhteesta, intuboituna olemisesta, sekä kommunikoinnista hoitajan kanssa ilman kykyä ilmaista | Havainnoiva haastattelu tutkimus. Tutkimus toteutettiin videoimalla 789 potilashaastattelua, potilasta 419 sai mekaanista ventilaatiohoitoa teho-osastolla. Tuloksia kerättiin arvioiden potilaiden tunteita ja kokemuksia kommunikoinnista, sekä vertaamalla niitä määrällisesti toisiinsa. | n=419<br>potilasta | Intubaatioputki aiheutti potilaille kipua ja hengitysvaikeuksia. Hengitysteistä imeminen aiheutti potilaille kipua, paniikkia ja vaikeuksia hengittää. Potilaat olisivat mieluummin toteuttaneet imun itse. Intubaatioputki vei kyvyn tuottaa ääntä ja teki kommunikoinnista hankalaa. Kaikki potilaat kokivat kommunikoinnin estymisen olevan ongelma. Potilaan kommunikointi pääasiassa elein, osoittamalla kädellä tai kirjoittamalla paperille ja mimisesti lakanaalle. Hengityshoitoa saavat potilaat sedatoitetaan kevyesti yleensä potilaan fyysisen mukavuuden ja fysiologisten etujen tavoittelemisen vuoksi, mikä lyhentää tehohoidon ajanjakson määrää. |

(jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu)

| Tekijä, maa, vuosi                              | Julkaisun nimi   | Tarkoitus   | Tutkimusmetodi ja toteutus   | (n=) Otos                           | Keskeiset tulokset  |
|---|--|---|--|-------------------------------------|---|
| Khalaila ym.<br>2011<br>Yhdysval-<br>lat/Israel | Communication Difficulties and Psychological Distress in Patients Receiving Mechanical Ventilation | Tutkimuksen tarkoitus on tarkastella kommunikaatio- vaikeuksien, eri viestintämenetelmien määrin, intubaatio- en, intubaatio- putken aiheut- tavan stressin ja muiden tuuk- muksessa olleiden muuttujien välisiä suhteita ja yhteyksiä psyko- emotionaali- seen ahdistuk- seen. | Haastattelu ja potilasasiakirja- analyysi.<br>Tutkimus suoritettiin sairaalan 9 paikkaisella teho-osastolla, mu- kana oli 65 potilasta ja aineisto kerättiin potilasfioja käyttämäl- lä ja haastatteleamalla potilaita.  | n=65<br>potilasta                   | Suurin osa potilasta koki kommunikoinnin melko tai todella hankalaksi (82%), ei ollenkaan tai hieman hankalaksi kommunikoinnin koki 18%.<br>Potilasta noin puolet muistivat intuboituna ole- misen jälkeensä. 75% intubaation muistaneis- ta potilasta koki intubaation aiheuttaneen suurta tai kohtalaista vaivaa; puhekyvyttömyyttä, janon- tunnetta, kipua jne. Kommunikaation vaikeus aiheutti pelkoa ja yhdessä intubaatoputkeen liittyvän stressin kanssa suuttumusta. Tutkimuk- sessa naimissa olevat potilaat kokivat enemmän suuttumista kuin naimattomat.<br>Kommunikoinnin menetelminä puhe kyvyn puut- tuessa käytettiin, käden puristusta, pään nyöky- tystä tai heilutusta, huulilla lukemista, kasvojen ilmeiden tulkintaa, paperia ja kynää, kuva tai sana kortteja, aakkos kortteja ja tekstin puheeksi kääntävä laitetta. |
| Magnus & Turkington<br>2006<br>Englanti         | Communication Interaction in ICU – Patient and staff experiences and perceptions                   | Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää potilaiden ja hoitavan henkilökunnan kokemuksia kommunikoin- nista potilaan ollessa intuboi- tu. Mitä haastei- ta, tunteita, mahdollisia apuvälineitä käytössä  | Tutkimus toteutettiin struktu- roidulla ja semi-strukturoidulla haastattelulla. Haastatteluihin valittiin 9 hoitajaa ja 8 potilasta. Haastattelut suoritettiin sairaalassa potilaiden kohdalla sän- gynvieressä (n.30min) ja hoita- van henkilökunnan kanssa ko- kous tilassa. | n=9<br>hoitajaa<br>n=8<br>potilasta | Potilaat kokivat intuboituna olemisen usein pe- lottavana. Puhumattomuus aiheutti turhautumi- sen tunnetta ja ahdistusta. Potilaat kuitenkin kokivat, että henkilöä ja omaiset usein kyllä yrittivät kovin ymmärtää heitä vaikka oman vies- tin välittäminen ei aina onnistunut.<br>Kommunikointia helpotti hoitajan ja potilaan vä- lisen suhte, mitä paremmin potilaan/hoitajan tunti sitä helpommaksi kommunikointi koettiin, omaiset auttoivat ja käyttivät aikaa ymmärtääk- seen potilasta ja välittivät viestejä. Paperin ja kynän käyttö, huulilla luku sekä aakkos-, sana- ja kuvakortit koettiin auttavan kommunikointia.  |

(jatkuu)



Taulukko 2 (jatkuu)

| Tekijä, maa, vuosi               | Julkaisun nimi   | Tarkoitus  | Tutkimusmetodi ja toteutus   | (n=) Otos           | Keskeiset tulokset   |
|----------------------------------|--|--|--|---------------------|--|
| Radke ym.<br>2011<br>Yhdysvallat | Listening to the voiceless patients. Case reports in assisted communication in the intensive care unit | Havainnollistaa AAC-laitteiden käyttöä ja niiden vaikutusta kommunikaatioon vakavasti sairailta puhumaan kykenevämmillä potilailla teho-osastolla. | Havainnoiva tutkimus. Kuvattu AAC interventioiden vaikutusta potilaan kykyyn kommunikoida.   | n=3<br>potilaista   | AAC menetelmien käyttö helpotti potilaiden kommunikointia.<br>AAC menetelmän valinta tulee arvioida yksilöllisesti potilaan ja hänen tilansa mukaan.<br>Yksilöllisen potilaalle sopivan menetelmän tai apuvälineen löytäminen ja käytön opettelu verottavat aluksi potilaan voimia.<br>Potilaalle sopivan kommunikointia helpottavan metodin tai apuvälineen löydyttyä tulos on potilaalle ja hoitavalle henkilökunnalle palkitseva. |
| Wang ym.<br>2008<br>Kiina        | Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation              | Kartoittaa prospektiivisesti tehohoitopotilaiden kokemuksia mekaanisesta ventilaatiohoidosta   | Tutkimus toteutettiin haastatteleamalla 11 potilasta kahdenviikon sisällä teho-osastolta siirtymisen jälkeen. Haastattelut kriteerit täyttävät potilaat oli valittu yhden sairaalan kussakin sairaalasta teho-osastolta. Noin 20–40 minuuttia kestävien haastatteluiden aikana potilaita pyydyttiin kertomaan kokemuksistaan mekaanisesta ventilaatiosta teho-osastolla. | n= 11<br>potilaista | Potilaat kokivat ventilaatiohoidon aikana turhautuneisuutta, pelkoa ja avuttomuutta.<br>Ympäristöllisten tekijöiden kuten hälytysten ja hoitolaiteiden häiritsevien äänien sekä itse sairaalaympäristön lisäksi potilaat kokivat jäävänä hoidollisissa tilanteissa ulkopuoliseksi ja unohtetuksi.<br>Potilaat eivät mielestään saaneet vaikuttaa riittävästi hoitoonsa ja heidän mielipiteet ja toiveet sivuutettiin.                |

## 4 TULOKSET

Sairaalaan joutuminen on potilaalle stressaavaa ja nostaa pintaan monenlaisia tunteita. Potilaan somaattinen sairaus ja epävarmuus omasta selviytymisestä aiheuttavat usein ahdistusta sairaalan ulkopuolelle jääneestä arkielämästä esimerkiksi, kodista, työstä ja perheestä. (Wang ym. 2008.) Hengityslaittehoidossa olevalle intuboidulle potilaalle ahdistusta aiheuttaa epävarmuus omasta tilasta ja tulevasta. Hengityskoneessa oleminen on potilaalle pelottavaa ja oman elämän riippumien koneesta saa aikaan paniikin ja kuoleman pelon. Pelkoa ja ahdistusta lisäsi potilaan avuttomuuden tunne, pakollinen turvautuminen sairaanhoitajiin ja toisten tahtoon alistuminen sekä riippuvuus elintoimintoja ylläpitävistä laitteista. Intuboiduilla potilailla kaikista pelkoa ja ahdistusta aiheuttavista tekijöistä suurin oli kykenemättömyys verbaaliseen kommunikointiin. (Wang ym. 2008; Karlsson ym. 2012a; Karlsson ym. 2012b.) Sairaanhoitajalla on vastuu ja valta potilaan hoidon edistymisessä. Hoitajan velvollisuus on yhteisymmärryksessä intuboidun potilaan kanssa toteuttaa hoitoa tämän toiveiden mukaisesti. (Kuvio 1, 31)

Euroopassa ja Skandinaviassa yleistyvänä käytäntönä on kevyesti sedatoida mekaanista ventilaatiohoitoa saava intuboitu potilas. Potilaan voinnin ollessa riittävän hyvä, ei erillistä lääkkeellistä sedaatiota tarvita. Intuboidun potilaan kevyen sedatoinnin on todettu vahvaan sedatointiin verrattuna vähentävän potilaan lisähaittoja, immobilisaation eli vuodelevon aikaa ja fysiologisia komplikaatioita hoidon aikana. Kevyesti sedatoitujen potilaiden hoitoaika on sairaalassa ja teho-osastolla lyhyempi voimakkaasti sedatoitujen potilaiden hoitoaikaan verrattuna. (Karlsson ym. 2012b.) Intuboiduista potilaista useampi kuin puolet muistaa jälkeensä olleensa intuboitu ja saaneensa mekaanista hengityslaittehoitoa (Khalaila, Zbidat, Anwar, Bayya, Linton & Svirin 2011). Osalla potilaista ei ole minkäänlaista muistikuvaa ventilaatiohoidosta tai ajastaan teho-osastolla. (Karlsson ym. 2012b.) Kevyen sedaation haittana on, että se tekee jo valmiiksi sairaan intuboidun potilaan kommunikoinnista edelleen haastavampaa väsymyksen tunteen vuoksi. Sedatoinnin hyötyosuuden on kuitenkin todettu olevan

haittoja suurempi. Kevyt sedaatio lisää pitkällä tähtäimellä potilasturvallisuutta potilaiden ollessa rauhallisia ja ko-opperoivia. (Happ ym. 2015.)

Kriittisessä tilassa olevan potilaan kivun hoito saattaa olla haasteellista etenkin potilailla, jotka eivät kykene kommunikoimaan tai kertomaan suullisesti kärsimyksensä. Kipeille ja sairaille potilaille mahdollista lisää kipua voi aiheuttaa toimenpiteet kuten asennonvaihto, ilmasteiden imu tai haavan hoito. Kivuliiden potilaiden kivun tulkintaa haittaavat usein alentunut tajunnantaso, johon vaikuttavat lääkitys tai potilaan toivottu sedaatio. Potilaan ollessa kykenemätön ilmaistamaan kokemaansa kipua esimerkiksi intubaation vuoksi tulee kivun hoidossa käyttää potilaan käyttäytymistä ja fysiologisia muutoksia mittaavia kipumittareita. (Arif-Rahu & Grap 2010.) Mekaanista ventilaatiohoitoa saavan potilaan kivun hallintaa vaikeuttaa potilaan verbaalisen kommunikoinnin puuttuminen. Potilaan mahdollisesti kokema kipua tulee arvioida vitaaliarvoja tarkkailemalla, sekä potilaan käytösmuuttujia ja ilmeitä huomioimalla. (Happ, Garret, Tate, DiVirgilio, Houze, Demirci, George & Sereika 2014.) Neljä viidestä hoidon muistaneesta potilaasta koki intubaatioputken ja hengityslaittehoiton aiheuttavan jonkinlaista epämielisuutta ja kipua. (Khalaila ym. 2011.)

#### 4.1 Potilaiden kokemukset kommunikoinnista intubaation aikana

Intuboidut mekaanista ventilaatiota saavat, verbaaliseen kommunikaatioon kykenemättömät potilaat ovat erityisen haavoittuvassa asemassa ja odottavat tulevansa kohdelluksi hyvin, sekä saavansa hyvää hoitoa ja olevansa turvassa. (Wang ym. 2008; Karlsson 2012b.) Potilaat kokivat teho-osaston ympäristön aiheuttamien äänien ja hälytysten häiritsevän heidän yrityksiään kommunikoida. Ympäristöllisten ärsykkeiden ja keskeytysten sekä hoitajien välinpitämättömyyden koettiin haittaavan potilaan osallistamista omaan hoitoonsa. Potilaat kokivat teho-osaston laitteiden ja hoitohenkilökunnan synnyttämien äänien häiritsevän heidän lepoaan ja huomioimista. Sairaanhoidajien välinpitämättömyys ja potilaiden huomioinnin vähäisyys tuntui intuboiduista, verbaaliseen kommunikointiin kykenemättömistä potilaista epäinhimilliseltä. Intuboidut potilaat kokivat hoitoon

osallistamisen, tiedottamisen ja hoitajien antaman tuen tärkeimmiksi hoitoon liittyvistä asioista. Hoitajien läsnäolo, tukeminen ja hoitoon osallistaminen antoi toivoa parantumisen mahdollisuuksista. (Karlsson ym. 2012b.) Hengitysvajeen ja tehohoidon aloittamisen aiheuttama tila ja siitä syntynyt sairauden tunne tuntui potilaista erityisen vaikealta estyneen kommunikoinnin vuoksi. Sairaanhoidajien kommunikoiminen, huolenpito ja välittäminen loivat potilaille turvallisuuden tunteen ja sai heidät voimaan paremmin. Potilaat kokivat kiitollisuutta kun sairaanhoitajat ymmärsivät heidän yrityksensä kommunikoida, mikä lisäsi hyvinvoinnin tunnetta. (Karlsson ym. 2012a; Karlsson ym. 2012b.) Hoitaja-potilassuhteen kehittyessä ja osallisten tutustuessa kommunikointi muuttui helpommaksi. Potilaat kokivat hoitajien kanssa kommunikoinnin onnistuvan paremmin hoitajan ollessa potilaalle tuttu. (Magnus & Turkington 2006.)

Intuboidut potilaat kommunikoivat elein ja apuvälinein. Suurin osa potilaista koki kommunikoinnin elein onnistuvan suhteellisen hyvin. Akuuttivaiheen järkytyksen jälkeen potilaan ja vuorovaikutustilanteen ollessa rauhallinen kommunikointi elein oli helpompaa. Potilaille tarjottiin mahdollisuuksien mukaan erilaisia heille sopiviksi arvioituja kommunikoinnin apuvälineitä helpottamaan sanatonta viestintää ja korvaamaan puhetta. Potilaille aiheutui ahdistusta ja paniikkia mikäli käytössä ollut kommunikoinnin apuväline ei ollut potilaan ulottuvilla. Potilaat kokivat tarvitsevansa enemmän ohjausta ja opetusta sanattomaan kommunikointiin ja apuvälineiden käyttöön. (Magnus & Turkington 2006; Karlsson ym. 2012a.)

Hengityshoitoa saavilla potilailla kommunikaation vaikeus johti usein kommunikointiyritysten epäonnistumiseen ja luovuttamiseen. Potilaiden kohdalla, joilla kommunikointi oli erityisen haastavaa, pidättäytyttiin usein kommunikointi yrityksistä sekä potilaan, että hoitajien toimesta. Potilaan passiivisuus lisääntyi laiminlyötäessä hänen kommunikoimiaan toiveita ja mielipiteitä. (Magnus & Turkington 2006; Wang ym. 2008.)

#### 4.2 Kommunikoinnin tukena käytettävät menetelmät ja apuvälineet potilaan ollessa intuboitu

Mekaanista ventilaatiota saavan intuboidun ja puhumaan kykenemättömän potilaan kanssa voi käyttää monenlaisia sanattomia kommunikoinnin metodeja. Tehohoitotyössä verbaaliseen kommunikointiin fyysisesti kykenemättömien potilaiden kanssa eniten käytettyjä menetelmiä ovat pään nyökyttely ja pudistaminen, huulilta luku ja kasvojen eleet, kuten kulmien kurtistelu ja silmien räpäyttäminen, sekä käden puristus, joka on menetelmistä kaikkein käytetyin. (Khalaila ym. 2011; Arif Rahu, Grap, Cohn, Lyon & Sessler 2013.) Potilaan kanssa kommunikointiin vaikuttaa potilaan perussairaus esimerkiksi dementia ja akuutin sairauden aiheuttama tila, sekä siitä johtuvat liitännäisoireet. Akuutista sairaudesta johtuvia kommunikointia haittaavia oireita voivat olla muun muassa alentunut tajunnantaso, halvaukset ja sekavuustilat. Kommunikoimista voi tehdä haastavaa myös teho-osastolla oleva potilaan käytössä oleva lääkitys. Tehohoidossa käytössä olevilla lääkkeillä saattaa olla uneliaisuutta ja heikkouden tunnetta lisääviä vaikutuksia. Lisäksi mekaanista ventilaatiohoitoa saava potilas voidaan pitää sedatoituna potilaan oman turvallisuuden ja mukavuuden takaamiseksi. Intuboitessa annettavat lihaksia relaksoivat ja potilasta sedatoivat lääkkeet vaikeuttavat potilaan kommunikointia. (Magnus & Turkington 2006; Karlsson ym. 2012b; Happ ym. 2014.)

Potilaan kanssa kommunikoimiseen valitun menetelmän tai apuvälineen tulee soveltua potilaalle ja valikoitua hänen yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti. Menetelmän tai apuvälineen valintaan vaikuttavat potilaan fyysinen vointi, sairauden tai vamman aiheuttama tila, fyysinen rajoittuminen, sekä sairaanhoitajan ammattitaito ja tietämys. (Happ ym. 2014.) Sairaanhoitajat ja potilaat kokivat hoitajien saaman ohjauksen ja koulutuksen edesauttavan sekä lisäävän vuorovaikutustilanteessa käytävää kommunikointia (Happ ym. 2014). Etenkin sairaanhoitajat kokivat ohjauksen kommunikointiin liittyen hyväksi ja helpottavan hoitotyön toteutusta sekä kokivat lisäkoulutuksen tarpeen suureksi. (Magnus & Turkington 2006; Karlsson 2012a.)

Intuboidun potilaan statuksen vakautuessa ja voinnin parantuessa muuttuvat hänen itseilmaisun tarpeet. (Kuvio 1, 31) Potilaan fyysisen kyvyn salliessa voi potilaan kanssa kommunikoida yksinkertaisin manuaalisin AAC-välinein kuten kirjoittamalla kynällä ja paperilla tai tussitaululla. Intuboidut potilaat kokivat aakostaulut, sana- ja kuvakortit helpoiksi ja hyödyllisiksi kommunikoinnin apuvälineiksi. Fyysisesti rajoittuneempien potilaiden kanssa voitiin käyttää yksinkertaisia AAC-välineitä ja paremman motoriikan omaavilla potilailla taas teknisempiä puhetta tukevia ja korvaavia kommunikointimenetelmiä. (Magnus & Turkington 2006; Radtke, Bauman, Garret & Happ 2011.) Virkeälle, tajunnantasoltaan hyvälle ja kontaktia ottavalle potilaalle, joka ei intubaation vuoksi pysty verbaaliseen kommunikointiin on olemassa tekstin puheeksi muuttavia teknisiä laitteita kuten Lightwriter. Kommunikoinnin tukena käytettävien apuvälineiden hyödyntäminen hoitotyössä on riippuvainen hoitoyksiköstä, sekä sen hoitohenkilökunnan aktiivisuudesta ja kiinnostuksesta edesauttaa potilaskontaktien kehittymistä. (Radtke ym. 2011.)

#### 4.3 Yhteenveto

Intuboidut potilaat kokivat kommunikoinnin haasteelliseksi mahdollisen sedaation, lääkkeiden, sekä tehohoidossa hoidettavasta sairaudesta johtuvan väsymyksen vuoksi. Kommunikointia vaikeutti puhekyvyn menettäminen, uusi epätodelliselta tuntuva tilanne ja vieras ympäristö, sekä hengityslaitteessa ja elintoimintoja mittaavissa laitteissa oleminen. Intuboidut potilaat kokivat sairaanhoitajien läsnäolon ja heidän antaman tuen tärkeäksi. Potilaat ja sairaanhoitajat kokivat kommunikoinnin helpottuvan kun he tunsivat hoidon edetessä toisensa paremmin. Potilaiden saama kommunikointia koskeva ohjaus ja vaihtoehtoisten kommunikointimenetelmien apuna käyttäminen helpottivat kommunikointia ja siten potilaiden puhekyvyttömyyden aiheuttamaa turhautumista. Kommunikointia helpottamaan voidaan käyttää vaihtoehtoisia kommunikoinnin menetelmiä ja apuvälineitä. Kommunikoinnin menetelmän ja apuvälineen tulee soveltua potilaalle ja valikoitua hänen yksilöllisten kykyjen ja tarpeiden mukaan. Vaihtoehtoisten ja sovittujen menetelmien käyttämisen koettiin parantavan vuorovaiku-

tusta ja kokemuksia kommunikoinnista. Vaihtoehtoisina menetelminä voidaan käyttää potilaan kanssa yhdessä sovittuja menetelmiä kuten käden puristamista, silmien räpäyttämistä ja huulilta lukua. Potilaan kunnon parantuessa voidaan käytössä olevien kommunikointimenetelmien lisäksi ottaa käyttöön kommunikointia helpottavia apuvälineitä. Verbaalisen kommunikoinnin ollessa estynyt voidaan puhetta korvata erilaisilla apuvälineillä kuten kynää ja paperia, aakkos- tauluja ja kuvakortteja käyttämällä.

Potilaiden positiivisiin kokemuksiin kommunikoinnista vaikutti merkittävästi hoitajien tieto ja aktiivinen ote kommunikoinnin edistämiseksi. Sairaanhoidajien kommunikointia potilaan kanssa vähensi aihepiiriä käsittelevän kouluttamattomuuden tuoma epävarmuus, kriittisesti sairaan potilaan passiivisuus ja hänen eleidensä tulkitsemisen vaikeus. Kommunikoinnin ollessa haasteellista ja kommunikointiyritysten epäonnistuminen johti usein luovuttamiseen ja molemmin puoliseen kommunikointitilanteiden välttelyyn. Kommunikoinnin onnistuessa sekä sairaanhoidajat, että potilaat kokivat onnistumisen ja helpotuksen tunteita. Onnistunut kommunikointi edisti potilaiden fyysistä ja psyykkistä vointia, itsemääräämisoikeuden sekä potilaan oikeuksien toteutumista. Kommunikoinnin onnistumista edesauttoi vaihtoehtoisten kommunikointimenetelmien käyttö ja sairaanhoidajien aiheesta saama koulutus. Sairaanhoidajien saaman koulutuksen on todettu kehittävän, pidentävän ja lisäävän hoitajan ja potilaan välistä kommunikointia. Kommunikoinnin pidentyessä kommunikaation laatu parani, mikä tuli esille potilaiden onnistuneina kommunikaatio yrityksinä heidän kivuis- taan ja muista oireista. Hoitajien saadessa koulutusta ja ohjausta verbaalisesti kommunikointiin estyneiden potilaiden kanssa, hoitajan kokonaisvaltainen potilaan huomioiminen ja hoito tehostui.

## HOITAJAN TULEE;

- olla läsnä ja potilaan tavoitettavissa
- muistaa esitellä itsensä, kuka on, mitä tekee ja miksi
- muistaa katsekontakti, fyysinen kosketus ja potilaan huomioiminen sekä tilanteen rauhallisuus
- kysyä potilaan vointia, kipuja, kylmyyden tai kuumuuden tunnetta, koska potilas ei pysty itse niitä kertomaan
- ohjata potilasta miten hän voi muuten kuin puhumalla vastata hoitajan kysymyksiin
- esittää yksinkertaisia ja selkeitä kysymyksiä joihin on kyllä/ei vastaus



Miksi kurkkuuni sattuu? Hoitaja? Janottaa. Miksi en pysty puhumaan? Hoitaja? Mitä minulle tapahtuu? Missä minä olen? Mitä minulle on tapahtunut? Hoitaja? On vaikea hengittää. Minua pelottaa. Missä läheiseni ovat? Kuka pitää huolen kodista ja laskuista? Hoitaja? Koska pääsen töihin? Kuolenko minä?

### Nonverbaalisia kommunikointi metodeja:

- käden puristaminen
- silmien räpäytys
- pään nyökyttäminen ja pudistaminen
- huulilta luku
- tunnetilojen esittäminen kasvojen ilmeillä

### Nonverbaalisia kommunikoinnin apuvälineitä:

- kynä ja paperi
- tussitaulu
- tarpeiden elehtiminen
- aakkostaulut
- kuva ja sana kortit
- elektroniset tekstin puheeksi muuttavat laitteet

Kuvio 2. Analysoitujen julkaisujen keskeiset tulokset

© Hietanen Susanna & Karhu Saara





## 5 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyö on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tutkimukset tulee suorittaa tavalla, joka on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava, jolloin tulokset ovat uskottavia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Opinnäytetyötä tehdessä on noudatettu tieteellisen toiminnan yleisiä sääntöjä punnitien tiedon totuus- ja painoarvoa yleispätevin kriteerein ja toimien puolueettomasti tieteellistä tietoa etsittäessä ja esittäessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009.) Opinnäytetyö on tehty soveltaen systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksen toteuttamisessa ei ole eettistä ongelmaa, koska analysointiin valittujen tutkimusten on pitänyt käyttää tieteellisesti hyväksytyjä metodeja ja niiden aineiston tulee olla tutkimus eettisesti kestävää sekä tieteellisten kriteerien mukaisia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211-212, 222.)

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidessa puhutaan validiteetista. Opinnäytetyöhön haetun tiedon validiutta pystyttiin tukemaan rajaamalla aineiston haku AMK:n hyväksymiin tietokantoihin ja käyttämällä opinnäytetyön sisällön kannalta mahdollisimman spesifejä hakusanayhdistelmiä. Rajaamalla haku viimeisen 10 vuoden aikana tehtyihin tutkimuksiin, taattiin hyvän kokonaiskuvan saaminen aiheesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 173–174, 196.) Opinnäytetyötä tehdessä käytetty manuaalinen hakuprosessi lisää työn monipuolisuutta ja luotettavuutta varmistamalla, että kaikki opinnäytetyön aiheesta löytyvä tieto on huomioitu. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset nousivat esiin useina päällekkäisosumina. Valittujen artikkelien löytyminen useista tietokannoista ja eri hakusanojen yhdistelmillä vakuuttaa, että kaikki opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vastaavat julkaisut on huomioitu. Systemaattisella haulla kirjallisuuskatsauksessa analysoidun aineiston tulokset toistivat aikaisempia tutkimustuloksia ja tukivat löydöksiltään toinen toisiaan. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin löydetty tulokset ovat luotettavia, koska niiden vastaukset toistuvat lähes kaikissa analysoiduissa julkaisuissa. Tutkimuskysymyksiin vastaavia luotettavia julkaisuja ei viimeiseltä vuosikymmeneltä löydy määrällisesti montaa, sillä tutkimuksia ei ole aiheen tulosten toistuvuuden vuoksi ole ollut syytä tehdä.

## 6 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tietoa sairaanhoitajan ja intuboidun potilaan kommunikoinnista ja kommunikoinnin tukena käytettävistä menetelmistä ja apuvälineistä. Opinnäytetyössä oli aiheanalyysin jälkeen tarkoitus löytää vastaus valittuihin tutkimuskysymyksiin opinnäytetyössä analysoitavista julkaisuista. Kommunikointi on käsitteenä laaja ja se on keskeistä jokapäiväisessä hoitotyössä. Intuboitujen potilaiden kanssa kommunikointia on tärkeä tutkia potilaiden näkökulmasta, sillä he ovat haavoittuvassa asemassa oleva potilasryhmä, eivätkä kykene antamaan palautetta saamastaan hoidosta tai sen puutteesta hoidon aikana tai sen jälkeen verbaalisen kommunikaation ollessa estynyt. (Wang ym. 2008.) On tärkeää tutkia verbaaliseen kommunikointiin kykenemättömien, kuten intuboitujen potilaiden, kokemuksia tehohoidosta sairaanhoitajien taitojen ja hoidon kehittämisen edistämiseksi. Kommunikointi aiheena ei ole vuosikymmeniin muuttunut, mutta sen tärkeys hoitotyössä on tullut keskeisemmäksi. (Karlsson ym. 2012b.) Potilaiden intubaatiosta johtuvat kommunikoinnin vaikeudesta aiheutuneet pelon ja ahdistuksen tuntemukset eivät ole ajan myötä muuttuneet, vaikka niitä nykyään voidaan helpottaa paremmalla potilasohjauksella ja apuvälineillä.

Potilaat ja hoitajat kokivat kommunikoinnin usein haasteelliseksi. Kommunikoinnin onnistuessa molemmat osapuolet kokivat onnistumisen ja helpotuksen tunteita. Kommunikoinnin ollessa hankalaa ja kommunikointirytysten epäonnistumisessa johti se usein luovuttamiseen, jolloin sekä hoitajat että potilaat alkoivat vältellä kommunikointitilanteita. Hoitajien kommunikointia vähensi aiheesta saatu vähäinen koulutus ja sen tuoma epävarmuus, sekä kriittisesti sairaan potilaan passiivisuus ja potilaan eleiden lukemisen vaikeus. Potilaiden kohdalla kommunikointia vaikeutti sedaation ja muiden lääkkeiden aiheuttama väsymys, hoitajien kommunikoimattomuus ja kommunikointirytysten epäonnistuminen. Vaihtoehtoisten ja potilaan kanssa yhdessä sovittujen menetelmien käyttö koettiin huomattavasti parantavan vuorovaikutuskokemuksia ja helpottavan kommunikointia. (Magnus & Turkington 2006.) Onnistunut kommunikointi edisti potilaiden

vointia ja itsemääräämisoikeuden sekä potilaan oikeuksien toteutumista. Vaihtoehtoisten kommunikointimenetelmien käyttö ja hoitajien aiheesta saaman koulutuksen todettiin kehittävän, pidentävän ja lisäävän potilaan ja hoitajan välistä kommunikaatiota. Intuboitujen tehohoitopotilaiden kokemuksiin kommunikoinnista sairaanhoitajan kanssa vaikutti hoitajan kokemus, taidot ja aktiivisuus potilaan huomioinnissa. Koulutus potilaan kohtaamiseen, potilaan kanssa kommunikointiin ja potilasohjaukseen vaikutti potilaiden psykososiaaliseen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Analysoitujen tutkimusten pohjalta jatkokehittämistarpeiksi nousi potilaan oikean lainen kohtaaminen, potilaan ohjaus, sekä kommunikaation eri muotojen ja apuvälineiden käytön koulutus. Kiireettömyys tehohoitopotilaan hoidossa ja hänen kanssaan kommunikoinnissa on erityisen tärkeää potilas turvallisuuden ja hoidon onnistumisen kannalta. Tutkimuksissa todettiin pidentyneen kommunikaatiotapahtuman keston vaikuttavan positiivisesti kommunikaation laatuun, mikä nousi esille potilaiden onnistuneina kommunikointiyrityksinä ja hoitajan kokonaisvaltaisempana potilaan huomioimisena ja hoidon tehostumisena.

Opinnäytetyössä analysoidut julkaisut vastasivat sisällöltään opinnäytetyöhön tutkimuskysymyksillä haettaviin vastauksiin ja olivat valikoituneet tarkan systemaattisen ja rajatun tiedonhakuprosessin jälkeen. Julkaisujen perusteella opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin saadut vastaukset olivat sisällöltään samankaltaisia ja toisiaan tukevia. Tutkittaessa kommunikointia verbaalisesti estyneen intuboidun potilaan kanssa tutkimuksiin pyrittiin valitsemaan hoitajat, jotka eivät olleet saaneet tutkinnon suorittamisen jälkeen erillistä koulutusta kommunikointiin potilaan kanssa. Tutkimuksissa pyrittiin karsimaan hoitajat, jotka olivat saaneet ohjausta ja koulutusta aiheeseen tai heille oli kertynyt paljon aihepiirin työkokemusta. Sairaanhoitajat, joilla itsellään oli aikaisemmin diagnosoitu kuulon tai puheen häiriö suljettiin pois tutkimuksista, koska heillä mitä luultavimmin oli aikaisempaa kokemusta kommunikaatiohäiriöiden hoidosta ja käytössä olevista apuvälineistä. Analysoiduissa tuloksissa potilaan tai hoitajan persoonallisuuden vaikutusta kommunikointiin ei ole otettu erityisesti huomioon. Potilaiden tai hoitajien erilaiset persoonallisuudet saattavat vaikuttaa positiivisesti tai negatiivisesti potilaiden kokemuksiin tehohoidossa tapahtuneesta kommunikoinnista

sairaanhoidajan kanssa. Potilaan tehohoitojakson aikana toteutetuissa tutkimuksissa potilaiden mukaanotto kriteereinä oli heidän riittävä ko-operointi, vireystila ja kommunikaatio tilanteisiin orientoituminen. Tehohoitojakson jälkeen tehdyissä tutkimuksissa mukaan otetuilla potilailla tuli olla selkeä muistikuva tehohoidon aikana tapahtuneesta kommunikoinnista. Osassa tutkimuksista mukana olleista potilaista huomioitiin edellä mainittujen kriteerien lisäksi potilaiden ikä, siviilisääty ja koulutustaso. Esimerkiksi Khalaila ym. (2011) tekemässä tutkimuksessa huomattiin, että naimissa olevat potilaat kokivat naimattomiin potilaisiin verrattuna kommunikointivaikeuksien ja stressin aiheuttavan enemmän ärsyyntyneisyyttä. Potilaiden mukaanotto kriteerit supistivat tutkimusjoukon melko pieneksi, sillä suurimaksi osaksi intuboidut tehohoitopotilaat eivät hoidon aikana olleet riittävän ko-opeoivia tai muistaneet tehohoittoa. Analysoiduista tutkimuksista saadut keskeiset tulokset ovat yleistettävissä, mutta hoitotyössä jokainen potilas on silti kohdattava ja otettava huomioon fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena yksilönä.

Tutkimusten tuloksissa koettiin tärkeäksi sairaanhoitajien lisäkoulutuksen tarve kommunikoinnista, kommunikoinnin menetelmistä ja välineistä. Potilaiden kokemat ongelmat kommunikoinnissa sairaanhoitajien kanssa kertovat kommunikoinnin kehittämistarpeesta intuboitujen potilaiden kanssa. Analysoiduissa tutkimuksissa tutkimukseen valitut hoitajat olivat pääasiassa nuoria, vasta työuransa aloittaneita ja siksi kokemattomia. Näiden kahden huomion pohjalta voi arvioida, että hoitotyön kehittämiseksi opetusta kommunikoinnista ja sen eri muodoista ja mahdollisista apuvälineistä tarvitaan jo hoitotyön koulutuksessa tai teho-osastolla tapahtuvassa perehdytyksessä. Aiheen kannalta mahdollisia jatkotutkimusaiheita voisivat olla esimerkiksi potilaan psykososiaalisen taustan ja hoitajien aihepiiristä saadun koulutuksen vaikutus kommunikoinnin tuloksiin.

## LÄHTEET

Aikio, A.; Vornanen, R. 2000. Uusi Sivistys Sanakirja. 19., painos. Keuruu: Otava.

Arif Rahu, M. & Grap, M. 2010. Facial expression and pain in the critically ill non-communicative patient: State of science review. *Intensive and critical care nursing*. Vol. 26, No 6, 343-352.

Arif Rahu, M.; Grap, M.; Cohn, J.; Munro, C.; Lyon, D. & Sessler, C. 2013. Facial expression as an indicator of pain in critically ill intubated adults during endotracheal suctioning. *American journal of critical care*. Vol. 22, No 5, 412-422.

Duodecim. 2015. Tehohoito. *Terveyskirjasto*. Duodecim. Viitattu 25.1.2015  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=Itt03420&p\\_haku=tehoahoito](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Itt03420&p_haku=tehoahoito)

ETENE. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. *Etene-julkaisu* I. Saatavissa: Viitattu 24.4.2015  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf)

Grap, M.; Munro, C.; Wetzel, P.; Ketchum, J.; Hamilton, A.; Arief, N.; Pickler, R. & Sessler, C. 2011. Sedation in adults receiving mechanical ventilation: physiological and comfort outcomes. *American Journal of Critical Care*. Vol. 21, No 3, 53-63.

Grossbach, I.; Stranberg, S. & Chlan, L. 2011. Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*. Vol. 31, No 3, 46-60.

Hamunen, K. 2012. Palliatiivinen sedaatio. *Finnanest*. Vol. 45, No 5, 470-473.

Happ, MB.; Garret, K.; Tate, J.; DiVirgilio, D.; Houze, M.; Demirci, J.; George, E. & Sereika, S. 2014. Effect of a multi-level intervention on nurse—patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *National institute of health Public access*.

Happ, MB.; Garrett, K.; Thomas, D.D Tate, J.; George, E.; Houze, M.; Radthe, J.; & Sereika, S. 2011. Nurse-Patient Communication Interactions In The Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*. Vol. 20, No 2, 28-40.

Happ, MB.; Seaman, J.; Nilsen, M.; Sciulli, A.; Tate, J.; Saul, M. & Barnato, A. 2015. The number of mechanically ventilated ICU patients meeting communication criteria. *Heart & Lung*. Vol. 44, No 1, 45-49.

Hirsjärvi, S.; Liikanen, P.; Remes, P. & Sajavaara, P. 1992. Tutkimus ja sen raportointi. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: Kirjayhtymä.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hoppu, S. 2012. Kuuluuko potilas tehohoitoon?. Suomen Lääkärilehti. Vol. 67, No 26-31, 2093.

Hotus. 2015. Näyttöön perustuva toiminta. Viitattu 24.4.2015 <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>

HUS. 2015a. Hyvä hoito ja kohtelu. Viitattu 22.4.2015 [http://www.hus.fi/potilaalle/potilaan\\_oikeudet/hyva\\_hoito\\_ja\\_kohtelu/Sivut/default.aspx](http://www.hus.fi/potilaalle/potilaan_oikeudet/hyva_hoito_ja_kohtelu/Sivut/default.aspx)

HUS. 2015b. Tehohoito. Viitattu 25.1.2015 <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/tehoahoito/Sivut/default.aspx>

Janabzadeh, N. & Chlan, L. 2011. A nurse's experience being intubated and receiving mechanical ventilation. Critical Care Nurse. Vol. 31, No 6, 51-54.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen, Toim. Ääri, R-L. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Turku: Digipaino - Turun yliopisto

Kaarlola, A. & Pyykkö, A. 2009. Terveyttä edistävän hoitotyön suunnittelu, toteutus ja arviointi. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Duodecim. Viitattu 24.4.2015 [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=tht00274&p\\_haku=tehoahoito](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00274&p_haku=tehoahoito)

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Karlsson, V.; Bergbom, I. & Forsberg, A. 2012a. The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study. Intensive & Critical Care Nursing. Vol. 28, No 1, 6-15.

Karlsson, V.; Lindahl, B. & Bergbom, I. 2012b. Patient's statements and experiences concerning receiving mechanical ventilation: a prospective video-recorded study. Nursing Inquiry. Vol. 19, No 3, 247-258.

Khalaila, Rabia; Zbidat, Wajdi; Anwar, Kabaha; Bayya, Abed; Linton, David M.; & Svirij, Sigal. 2011. Communication Difficulties and Psychoemotional Distress in Patients Receiving Mechanical Ventilation. American Journal of Critical Care. Vol. 20, No 6, 470-479.

Kielijelppi. 2010a. Vuorovaikutus – puhumista ja kuuntelemista. Viitattu 27.4.2015 <http://www.kielijelppi.fi/puheviestinta/vuorovaikutus-puhumista-ja-kuuntelemista>

- Kielijelppi. 2010b. Nonverbaalinen viestintä. Viitattu 27.4.2015  
<http://www.kielijelppi.fi/puheviestinta/nonverbaalinen-viestinta>
- Knaus, W.; Wagner, D.; Draper, E.; Zimmerman, J.; Bergner, M.; Bastos, P.; Sirlo, C.; Murphy, D; Lotring, T.; Damiano, A. & Harrell, F. 1991. The APACHE III Prognostic System. Chest Journal. Vol. 100, No 6, 1619.
- Konttinen, V. & Hynynen, M. 2003. Mitä ASA-luokka kertoo leikkausriskistä?. Finnanest. Vol. 36, No 4, 340.
- Koukkunen, K. 1997. WSOY:n Iso Tietosanakirja 4. Osa. 2., painos. Porvoo: WSOY
- Käypä hoito. 2014a. Äkillinen hengitysvajaus. Viitattu 25.1.2015  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50045>
- Käypä hoito. 2014b. Leikkausta edeltävä arviointi. Viitattu 16.4.2015  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50066>
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede. Vol. 18, No 1, 37.
- Lakanmaa, RL. 2015. Icu competence - ICU game. Turun AMK, Turku University of Applied Sciences. Viitattu. 25.01.2015 <https://optima.turkuamk.fi/learning/id10/bin/user>
- Lund, V. 2012. Tehohoito vai saattohoito? Finnanest, Vol. 45, No 5, 442-445.
- Lund, V. 2015. Potilaiden valinta tehohoitoon. Akuuttihoito-opas. Duodecim. Viitattu 24.4.2015  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=aho01610&p\\_haku=tehoahoito](http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01610&p_haku=tehoahoito)
- Magnus, V. & Turkington, L. 2006. Communication Interaction in ICU – Patient and staff experiences and preceptions. Intensive and Critical Care Nursing. Vol 22, No 3, 167-180.
- Mazanikov, M. & Pöyhiä, R. 2011. Potilassäättöinen sedaatio. Duodecim Lääketieteellinen aikakauskirja. Vol. 127, No 9, 883-889.
- Niskanen, M. 2000. Kuinka mitata tehohoidon tulosta? Finnanest. Vol. 33, No 3, 299-301.
- OpusLex. 2012. Potilaan suostumus tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin ja potilaan oikeus kieltäytyä hoidosta. Viitattu 22.4.2015 <http://opuslex.fi/potilaan-suostumus-tutkimus-ja-hoitotoimenpiteisiin-ja-potilaan-oikeus-kieltaytya-hoidosta/>
- Papunet. 2015. Vuorovaikutus ja kommunikointi. Viitattu 27.4.2015  
<http://papunet.net/tietoa/vuorovaikutus-ja-kommunikointi>

Radke, J.; Bauman, B.; Garret, K. & Happ, MB. 2011. Listening to the voiceless patient. Case reports in assisted communication in the intensive care unit. Journal of palliative medicine. Vol. 14, No 6, 791-795.

Rekola, J.; Antila, H.; Irjala, H. & Pulkkinen, J. 2015. Äkillinen hengitystieongelma. Suomen Lääkärilehti. Vol 70, No 9, 557-561.

Soininen, L. 2014. Perioperatiivinen tehohoito. Finnanest. Vol. 47, No 5, 442-445.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Potilaan oikeudet. Viitattu 22.4.2015  
[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet/terveydenhuolto](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet/terveydenhuolto)

Suomen Tehoahoitoyhdistys. 1997. Suomen Tehoahoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. Viitattu 17.4.2015  
<http://www.sthy.fi/system/files/sivut/eettiset.pdf>

SuomiSanakirja. 2015. Viestintä. Viitattu 27.4.2015  
<http://www.suomisanakirja.fi/viestint%C3%A4>

Syöpäjärjestöt. 2010. Psykkinen kuntoutus. Viitattu 15.4.2015  
<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/neuvontakuntoutus/psykkinen/>

THL. 2013. Potilaan asema ja oikeudet. Viitattu 22.4.2015  
<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/asiakas-ja-potilas/potilaan-asema-ja-oikeudet>

THL. 2014. Kommunikointi. Viitattu 19.4.2015  
<https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/kommunikointi>

THL. 2015. Hoitotahto. Viitattu 24.4.2015  
<https://www.thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/lomakkeet/hoitotahto>

Tikoteekki. 2015a. OIVA-vuorovaikutusmalli. Viitattu 10.4.2015  
<http://papunet.net/tikoteekki/toiminta-ja-palvelut/oiva/oiva-vuorovaikutusmalli/>

Tikoteekki. 2015b. Puhevammaisuus. Viitattu 20.4.2015  
<http://papunet.net/tikoteekkiverkosto/puhevammaisuus/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Saatavissa:  
<http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/index/humtdklw20130213100450.pdf>. Viitattu 6.3.2015

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Systemaattinen Kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen, Toim. Ääri, R-L. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. Turku: Digipaino - Turun yliopisto



Vainio, A. 2009. Vuorovaikutustaidot. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 27.4.2015 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00034&p\\_teos=onn&p\\_selaus=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00034&p_teos=onn&p_selaus=)

Valvira. 2012. Potilaan oikeudet. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 22.4.2015 [http://www.valvira.fi/files/tiedostot/p/o/Potilaan\\_oikeudet\\_suomi.pdf](http://www.valvira.fi/files/tiedostot/p/o/Potilaan_oikeudet_suomi.pdf)

Valvira. 2015a. Milloin hoidon tarpeen arvioinnissa edellytetään laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön pätevyyttä. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 24.4.2015 [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/hoidon\\_tarpeen\\_arviointi](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/hoidon_tarpeen_arviointi)

Valvira. 2015b. Potilaan keskeisimmät oikeudet. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 22.4.2015 [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/potilaan\\_oikeudet](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet)

Valvira. 2015c. Omaisten oikeudet. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 24.4.2015 [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/omaisten\\_oikeudet](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/omaisten_oikeudet)

Valvira. 2015d. Jos täysi-ikäinen potilas ei pysty itse päättämään hoidostaan. Viitattu 24.4.2015 [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/potilaan\\_oikeudet/jos\\_taysi-ikainen\\_potilas\\_ei\\_kykene\\_paattamaan\\_hoidostaan](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet/jos_taysi-ikainen_potilas_ei_kykene_paattamaan_hoidostaan)

Valvira. 2015e. Hoitotahto. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 24.4.2015 [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/hoitotahto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto)

Wang, K.; Zhang, B.; Li, C. & Wang, C. 2008. Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *Journal of critical nursing*. Vol. 18, No 2, 183-190.

Vuoti, K.; Bukaroff, K. & Martikainen K. 2009. Jokainen hetki on mahdollisuus – Tutkimus OIVA-hankkeen yhteisöllisen työskentelytavan vaikutuksista. Helsinki: Tikoteekki.