

**VALVONTAYKSIKÖN SAIRAANHOITAJAN ERITYISOSAAMINEN  
KEUHKOSAIRAUTTA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ**

Tampereen yliopisto  
Lääketieteellinen tiedekunta  
Hoitotieteen laitos  
Kesäkuu 2007  
Pro gradu -tutkielma  
Irja Nieminen

## TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO  
Lääketieteellinen tiedekunta  
Hoitotieteen laitos

NIEMINEN IRJA

Valvontayksikön sairaanhoitajan erityisosaaminen keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä  
Pro gradu-tutkielma, 77 sivua, 5 liitettä  
Ohjaajat: THT, dosentti Marja-Terttu Tarkka, TtM Tiina Mäenpää  
Hoitotiede  
Kesäkuu 2007

---

Tutkielman tarkoituksena oli kuvailla niitä erityisosaamisalueita, joita sairaanhoitaja tarvitsee hoitaessaan valvontayksikössä olevaa keuhkosairautta sairastavaa potilasta. Lisäksi tarkoituksena oli kuvailla niitä hoitotyön alueita, joissa sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää suunniteltaessa ja kehitettäessä perehdytys- ja täydennyskoulutusohjelmia valvontayksikössä työskenteleville sairaanhoitajille, joiden työhön sisältyy myös keuhkosairautta sairastavien potilaiden hoito.

Aineisto kerättiin haastattelemalla 14 sairaanhoitajaa kahdessa yliopistollisessa sairaalassa. Haastattelumenetelmänä käytettiin ryhmähaastattelua ryhmien koon vaihdellessa kolmesta neljään henkilöön. Tutkimusaineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä.

Tulosten perusteella sairaanhoitajien osaaminen koostuu taidosta turvata potilaan elintärkeä hoito, taidosta käyttää henkilökohtaisia kykyjä hoitotyössä, kyvystä huomioida potilas osana perhekokonaisuutta ja laaja-alaisesta osaamisesta. Osaamista on pidettävä yllä ja kehitettävä koko ajan. Lisäkoulutusta sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa potilaan elintärkeään hoitoon liittyvien tietojen ja taitojen syventämisessä. Niihin sisältyvät sydämen ja keuhkojen toimintaan, lääkehoitoon ja ravitsemukseen liittyvät tiedot sekä teknisten taitojen ylläpitäminen ja kehittäminen. Lisäksi koulutusta haluttiin hoitotyöhön liittyvästä uudesta tiedosta. Koulutusten toivottiin olevan säännöllisiä ja kaikille yhteisiä.

Hoitotyö valvontayksikössä vaatii laajaa tietopohjaa ja taitoa sen soveltamiseen. Hoitotyössä tulisikin kiinnittää huomiota sairaanhoitajien säännöllisen ja jatkuvan koulutautumisen mahdollistamiseen. Lisäksi uusien työntekijöiden perehdyttäminen on oleellisen tärkeää valvontayksikön hoitotyön erikoisluonteesta johtuen.

Lisää tutkimusta tarvitaan selvittämään, millä tavalla täydennyskoulutus olisi hyvä järjestää työyhteisössä ja minkälaista tietoa sairaanhoitajat työssään valvontayksikössä tarvitsevat. Sairaanhoitajalta vaadittavaa osaamista keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä on tutkittu vähän. Tämän alueen tutkimustieto olisi hyödyllistä suunniteltaessa täydennyskoulutus- ja perehdytysohjelmia sairaanhoitajille, jotka työskentelevät keuhkosairautta sairastavien potilaiden parissa.

Avainsanat: sairaanhoitaja, hoitotyö, osaaminen, valvontayksikkö, keuhkosairaus, kriittisesti sairas

## ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE  
Faculty of Medicine  
Department of Nursing Science

NIEMINEN IRJA

The special competence of a nurse at the intensive care unit who nurses a patient with pulmonary disease

Master's Thesis, 77 pages, 5 appendices

Advisers: Marja-Terttu Tarkka, PhD, Docent, Tiina Mäenpää, MNSc

Nursing Science

June 2007

---

The purpose of the study was to describe the competence areas that a nurse needs in nursing a patient who is in the intensive care unit and who has a pulmonary disease. Another purpose was to describe the nursing areas where nurses feel that they need further education. The aim was to get knowledge that can be useful in planning and developing orientation and further education programmes for nurses who are working with patients with pulmonary disease.

The data was collected by interviewing 14 nurses in two university hospitals. Focus group interview was used as the interviewing method. The size of the groups varied from three to four persons. The data was analysed by using qualitative content analysis.

The study showed that nurses must have the skill to ensure a patient's vital treatment, the skill to use their personal abilities in nursing and the skill to see a patient as a part of a family, and that they must have extensive competence. This competence must be sustained and developed all the time. The nurses felt they needed further education to deepen the knowledge and skills which relate to a patient's vital treatment. This would include knowledge of the functioning of the heart and lungs, knowledge of medical care and nutrition, as well as sustaining and developing one's technical skills. Further education was also requested on the latest information about nursing. Education was hoped to be regular and common to all nurses.

Nursing in an intensive care unit requires extensive basic knowledge and skills to adapt it. Therefore, special attention should be paid on the possibility for the nurses to educate themselves on a regular and continuous basis. Furthermore, the orientation of new employees is essentially important because nursing in an intensive care unit has its own special nature.

Further study is needed to find out what would be the best way to arrange further education in work community and what kind of knowledge nurses need when they are working in an intensive care unit. There is very little research on the competence that a nurse needs when nursing a patient with pulmonary disease. Research information in this area would be useful in planning further education and orientation programmes for nurses who are nursing patients with pulmonary disease.

Key words: nurse, nursing, competence, intensive care unit, pulmonary disease, critically ill

# SISÄLLYSLUETTELO

<b>1. JOHDANTO</b> .....	4
<b>2. KEUHKOSAIRAUTTA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOTYÖN OMINAISPIIRTEITÄ</b> .....	6
2.1. Sairaanhoidajan osaaminen.....	6
2.1.1. Osaamisen määrittelyä .....	6
2.1.2. Sairaanhoidajan osaaminen erityisalan hoitotyössä.....	7
2.2. Hoitotyö keuhkosairauksien valvontayksikössä .....	10
2.3. Potilaan kohtaaminen .....	12
2.4. Potilasohjaus .....	13
2.5. Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.....	14
<b>3. TUTKIMUSTEHTÄVÄT</b> .....	15
<b>4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b> .....	16
4.1. Tutkimuksen metodiset lähtökohdat .....	16
4.2. Tutkimukseen osallistujat .....	17
4.3. Aineiston hankinta .....	18
4.4. Aineiston analysointi.....	20
<b>5. TUTKIMUKSEN TULOKSET</b> .....	25
5.1. Valvontayksikön sairaanhoidajan erityisosaaminen .....	25
5.1.1. Taito turvata potilaan elintärkeä hoito .....	25
5.1.2. Taito käyttää henkilökohtaisia kykyjä .....	32
5.1.3. Taito huomioida potilas osana perhettä .....	40
5.1.4. Laaja-alainen osaaminen ja sen kehittäminen.....	43
5.2 Sairaanhoidajien kokemus lisäkoulutuksen tarpeestaan .....	46
5.2.1. Potilaan elintärkeään hoitoon liittyvien tietojen ja taitojen syventäminen .....	47
5.2.2. Säännölliset yhteiset koulutukset uuden tiedon tuomiseksi käytäntöön .....	50
5.3 Yhteenveto tutkimustuloksista.....	55
<b>6. POHDINTA</b> .....	57
6.1. Tutkimuksen eettiset näkökulmat .....	57
6.2. Tutkimuksen luotettavuus .....	60
6.3. Tulosten tarkastelua .....	64
6.4. Haasteet hoitotyön kehittämiselle .....	70
6.5. Jatkotutkimushaasteet .....	71

## LÄHTEET

## LIITTEET

## 1. JOHDANTO

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tehtäviin kuuluu terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäisy ja parantaminen sekä kuntouttava toiminta. Työelämä ja yhteiskunta nostavat esiin tarpeita, jotka korostuvat sairaanhoitajan työssä. Yhteiskunnallisen kehityksen tulisi tukea yksilön ja yhteisön terveyttä. (Opetusministeriö 2001.) Tähän kehitykseen sairaanhoitajalla pitäisi olla kykyä vaikuttaa hoitotyön asiantuntijan roolissa. (Nousiainen 1998, Opetusministeriö 2001.)

Sairaanhoitajan työ on laaja-alaista ja monenlaista osaamista vaativaa. (mm. Hilden 1999, Smith & Godfrey 2002, Paloste 2004, Tzeng 2004). Sairaanhoitajan työssä vaadittavaa osaamista on tutkittu paljon niin Suomessa kuin ulkomaillakin. Useissa tutkimuksissa on keskitytty yleisiin sairaanhoitajan pätevyysvaatimuksiin (mm. Pelttari 1997, Nousiainen 1998, Hilden 1999, Metsämuuronen 2000). Sairaanhoitajan osaamista keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä on tutkittu vähän. Suurin osa tutkimuksista kohdistuu hoitotyöhön potilaan näkökulmasta (O'Connell 2000, Stenman & Toljamo 2002, Kanervisto ym. 2003, Lomborg ym. 2005). Tehohoitotyöhön kohdistuvaa tutkimusta on tehty ulkomailla jonkin verran (Suominen ym. 2000), mutta suomalainen tehohoitotyön tutkimus ei ole ollut kattavaa (Varjus 2000). Tehohoitotyön tutkimus ei myöskään ole kohdistunut erityisesti tiettyyn potilasryhmään. Tämän alueen tutkimus olisi tarpeellista, koska nykyisin erikoissairaanhoidossa yhä useamman erikoisalun yhteydessä on myös tehostetun valvonnan yksikkö.

Tämän pro gradu –tutkielman aihe perustuu yhden yliopistollisen sairaalan keuhkosairauksien klinikassa esiin nousseelle tarpeelle laatia täydennyskoulutus- ja perehdytysohjelma valvontayksikössä työskenteleville sairaanhoitajille. Kyseisessä valvontayksikössä hoidetaan keuhkosairautta sairastavia potilaita. Sairaanhoitajan osaamisalueiden määrittely antaa viitteitä täydennyskoulutus- ja perehdytysohjelmien laatimiselle. Nopeat muutokset työelämässä edellyttävät myös työntekijän hyvää perehdyttämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000). Lisäksi selkeä sairaanhoitajan työnkuva mahdollistaa hoitotyön kehittämisen. Tieto siitä, minkälaista osaamista sairaanhoitaja työssään tarvitsee, antaa pohjaa myös koulutuksen suunnitteluun ja toteutukseen.

Kiinnostus aiheeseen johtuu osittain tutkijan pitkästä työkokemuksesta keuhkosairauksien vuodeosastolla. Lisäksi yhtään tutkimusta juuri tältä alueelta ei löytynyt. On myös tärkeää, että se

hiljainen tieto, jota kokeneilla keuhkosairautta sairastavia potilaita hoitaneilla sairaanhoitajilla on, tulisi tutkimuksen kautta esiin.

Tähän tutkimukseen liittyvässä kirjallisuuskatsauksessa nousi esiin englanninkielisten käsitteiden moninaisuus tarkasteltaessa kriittisesti sairaan potilaan hoitotyötä. Sitä kuvailtiin käsitteillä ”acute care” (Kleinpell 1997), ”critical care” (Albarran & Whittle 1997, Bucknall & Thomas 1997, Fairman & Kagan 1999, Abner 2000, Chaboyer 2000, Dunn ym. 2000, Little 2000, Jones 2002, Bench ym. 2003, Bourgault 2004, Rushton ym. 2007) ja ”intensive care” (Lauri ym. 1998, Beeby 2000, Bourgault 2004, Huggins 2004). Tutkimuksissa tarkasteltiin kriittisesti sairaan potilaan hoitotyötä. Pelkästään käsitteiden perusteella oli vaikea arvioida koskivatko tutkimukset teho-osaston hoitotyötä vai hoitotyötä tehostetun valvonnan yksikössä.

Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä ”valvontayksikön hoitotyö”. Suoraa englanninkielistä vastinetta ei tälle käsitteelle ole löydettävissä. Valvontayksiköllä tämän tutkimuksen yhteydessä tarkoitetaan hoitoyksikköä, joka on tavallisen vuodeosaston ja teho-osaston välimuoto. Potilaat tarvitsevat jatkuvaa valvontaa nopeasti muuttuvan fyysisen voinnin vuoksi. He eivät vielä ole varsinaisen tehohoidon tarpeessa, mutta tavallisella vuodeosastohoidolla ei kuitenkaan pystytä riittävästi vastaamaan heidän hoidon tarpeeseensa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla niitä sairaanhoitajan erityisosaamisalueita, joita hän tarvitsee hoitaessaan valvontayksikössä olevaa keuhkosairautta sairastavaa potilasta. Lisäksi tarkoituksena on kuvailla niitä alueita, joilla sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta.

## **2. KEUHKOSAIRAUTTA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOTYÖN OMINAISPIIRTEITÄ**

### **2.1. Sairaanhoidajan osaaminen**

#### **2.1.1. Osaamisen määrittelyä**

Niiniluoto (1989) määrittelee synonyymeiksi osaamisen ja taidon. Hänen mukaansa ne ovat ihmisten ja eläinten käyttäytymiseen liittyviä kykyjä ja valmiuksia. Nämä käsitteet eivät liity elottomaan luontoon. Osaaminen ja taitaminen liittyvät läheisesti toisiinsa. Taitavuus ilmentää harjaantunutta suoritustaitoa. Kun taitavuus mahdollistaa tekijälleen elinkeinon, silloin puhutaan ammattitaidosta.

Osaaminen rakentuu tiedosta, taidosta, ymmärtämisestä ja uudelleen jäsentämisen kyvystä. Perustana ovat tieteellinen tietäminen ja ammatillinen osaaminen. Osaaminen edellyttää myös kontekstin ja sen ilmiöiden ymmärtämistä sekä tekemisen osaamista. Työelämässä esiin tulevien erilaisten tilanteiden hallinta on myös osaamisen yksi elementti. Osaajalla on riittävästi perusteltua tietoa, jonka pohjalta hän ymmärtää työelämän erilaisia tilanteita ja osaa toimia oikein tilanteiden vaatimalla tavalla. (Raij 2003.) Ammatillinen osaaminen tarkoittaa yksilöllistä ammattitaitoa ja pätevyyttä, jotka vastaavat työelämän kvalifikaatiovaatimuksiin. Koulutuksen ja työkokemuksen myötä ammatillinen osaaminen kehittyy asiantuntijuudeksi. (Eskola & Paloposki 2001.)

Pätevyys eli kompetenssi määritellään pätevyudeksi johonkin tai jollakin alalla. Pätevyys määräytyy tehtävien, tehtävätyyppien tai toiminta-alueiden kautta ja se asettaa suoriutumiselle vaatimuksia. Pätevyys hankitaan toimimalla ja toistuvalla harjoituksella. Se on tulosta määrätietoista vapaaehtoisesta oppimisesta. (Taalas 1995.) Pätevyys on tilanne- ja kontekstisidonnaista. Pätevyys kohdistuu tiettyyn työhön ja tehtävään tietyissä olosuhteissa. Kvalifikaatio-käsitettä käytetään usein synonyyminä pätevyys-käsitteelle. Pätevyys määritellään kuitenkin enempi yksilöstä lähteväksi ja kvalifikaatiovaatimukset ovat työstä johdettuja vaatimuksia, joita ammattitaito edellyttää. Yksilö omaksuu pätevyuden koulutuksen ja elämän aikana, mutta hänellä on sen muodostumisessa aktiivinen rooli. Pätevyys antaa kyvyn kohdata työtehtävien asettamat vaatimukset ja vastata niihin. Siinä yhdistyvät tiedot, taidot, asenteet ja osaaminen. (Peltari 1997, Eskola & Paloposki 2001.) Ammatillinen pätevyys edellyttää korkeatasoista osaamista, joka mahdollistaa laadukkaan lopputuloksen (Luotola 2001).

### 2.1.2. Sairaanhoidajan osaaminen erityisalan hoitotyössä

Terveyden edistäminen ja kroonisten sairauksien hoito edellyttää sairaanhoitajilta perehtyneisyyttä näihin alueisiin. Se on huomioitu koulutuksessa, mutta tarvetta lisäkoulutukseen on edelleenkin. (Richardson 1991, Tattersell 1993.)

Useat tutkimukset tuovat esiin erityistiedon tarpeen hoidettaessa keuhkosairautta sairastavaa potilasta. Astmaklinikoilla, joissa sairaanhoitaja hoitaa potilaiden tarkastukset yksin, korostuu erityistiedon tärkeys. Sairanhoitajat, joilla ei ole erityistä pätevöitymiskoulutusta astmahoitajaksi, eivät koe pystyvänsä kantamaan täyttä vastuuta potilaan hoidosta. He kokevat työnsä enemmän rutiinomaiseksi seurannan toteuttamiseksi. Astman hoitoon erikoistuneet sairaanhoitajat pystyvät taas aktiivisesti kehittämään potilaan itsehoitotaitoja. He luottavat enemmän omiin taitoihinsa ja tekevät korkeamman tasoisia potilaiden seurantatoimenpiteitä. He osaavat tehdä alustavan astmadiagnoosin, ohjata potilaalle Peak flow –seurannan ja keskustella potilaan kanssa kokonaisvaltaisemmin. Heillä on aktiivinen rooli potilaan hoitosuunnitelman teossa. (Robertson ym. 1997.) Sairanhoitajille, jotka työskentelevät astmaa sairastavien potilaiden kanssa, pitäisikin mahdollistaa täydennyskoulutuksen saaminen, jotta he pystyisivät antamaan mahdollisimman hyvää hoitoa potilaille. (Tattersell 1993, Robertson ym. 1997.)

Kanervisto ym. (2003) tuovat tutkimuksessaan esiin koko perheen huomioon tärkeyden kroonista obstruktiivista keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä. Koko perhe tarvitsee tukea, jotta he löytävät sopivat selviytymiskeinot ja resurssit. Tuen antajalta vaaditaan ymmärrystä ja tietoa perhehoitotyöstä, joten sairaanhoitajan perhehoitotyön asiantuntemus on välttämätöntä.

Pystyäkseen ottamaan asiantuntijan roolin hoitaessaan bronkiektasioista kärsiviä potilaita sairaanhoitajat tarvitsevat siihen lisäkoulutusta. Asiantunteva sairaanhoitaja pystyy itsenäisesti vastaamaan potilaan tarpeisiin poliklinikkatyössä. (French ym. 2006.) Keen (2000) tuo esiin, että kaikissa hengityselinsairauksia hoitavissa yksiköissä pitäisi olla hengityshoitoon erikoistunut sairaanhoitaja. Tällainen sairaanhoitaja toimii yhdyshenkilönä sairaalan ja yhteisön välillä. Hän on olennaisessa roolissa järjestäessään koulutusta, sosiaalista tukea, psykologista hoitoa, ravitsemusneuvontaa, kuntoutusta ja asianmukaista tukea perheille.

Erityisalan hoitotyöhön kuuluu myös tehohoitotyö. Siinä näkyy lääketieteen ja teknologian nopea kehittyminen. Potilaita, joita aiemmin hoidettiin tehostetun valvonnan yksikössä, hoidetaan nykyisin tavallisella osastolla. Nykyisin valvontayksikön potilaat ovat yhä vaikeammin sairaita ja



tarvitsevat uuden teknologian mahdollistamaa hoitoa. (Fairman & Kagan 1999, Blomster ym. 2001.) Kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä tekninen pätevyys onkin välttämätön pohja klinisen hoitotyön oppimiselle (Little 2000). Vasta saavutettuaan teknisen pätevyyden sairaanhoitaja pystyy keskittymään muihin hoitotyön osa-alueisiin (Beeby 2000). Tekninen osaamattomuus saattaa olla esteenä tehokkaalle ja tarkoituksenmukaiselle käytännön työlle. Tekninen osaaminen on olennainen perusta myös myöhemmälle asiantuntijuuden kehittymiselle. (Little 2000.) Potilaiden kokemuksista tehohoidosta hallitsevin on hengityskoneessa oleminen. Siinä tilanteessa potilaat yhdistävät turvallisuudentunteen ammattitaitoiseen henkilökuntaan. (Blomster ym. 2001.)

Sairaanhoitajien äänetön ammattitaito ja intuitiivisuus ovat myös ominaisia piirteitä kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä. Kokemus tehohoitotyöstä lisää äänetöntä ammattitaitoa ja kykyä intuitiivisuuteen. (Luotola ym. 2003.) Hoitosuunnitelman tekeminen ja käyttö kuuluu osana kriittisesti sairaan potilaan hoitotyöhön, jotta on mahdollista saavuttaa potilaan hoidossa optimaaliset tulokset. (Kleinpell 1997, Jones 2002.)

Kliinisten taitojen lisäksi sairaanhoitajan henkilökohtaiset kyvyt vaikuttavat hänen taitoonsa toteuttaa kriittisesti sairaan potilaan hoitotyötä. Työssä vaaditaan kykyä itsenäisyyteen ja taitoa tehdä nopeita päätöksiä. (Albarran & Whittle 1997, Kleinpell 1997, Dunn ym. 2000, Luotola ym., Bourgault 2004). Työhön sitoutuminen ja vastuullisuus kuuluvat myös sairaanhoitajien ammattitaitovaatimukseen. Työ vaatii hyviä kommunikointitaitoja sekä kykyä johtajuuteen. (Albarran & Whittle 1997, Dunn ym. 2000, Bourgault 2004). Työssä korostuu yhteistyö lääkärin kanssa. Kykyä yhteistyöhön vaaditaan myös toimittaessa muiden ammattiryhmien kanssa, jotta saavutetaan potilaalle hyvä hoito. (Kleinpell 1997, Dunn ym. 2000.) Tilanteiden nopeat muutokset ja niistä seuraavat vaatimukset nopealle päätöksenteolle edellyttävät toimivaa yhteistyötä sekä hyvää ja avointa kommunikaatiota. Erityisesti sairaanhoitajien ja lääkäreiden hyvän yhteistyön on todettu edistävän potilaan hoitoa. Työryhmän selkeä, yhteinen tavoite mahdollistaa yhteistyön onnistumisen. (Blomster ym. 2001.)

Kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä korostuu eettisyys. Luotolan ym. (2003) tutkimuksessa tehosairaanhoitajien ammatillinen pätevyys oli vahvinta eettisyyden alueella ja se koettiin myös tärkeimmäksi kvalifikaatiovaatimukseksi. Potilaan kärsimyksen lievittäminen ja inhimillisyys hoidossa koettiin tärkeiksi. Sairaanhoitajien arvot ja asenteet olivat myös merkittäviä kvalifikaatioita. Sairaanhoitajat kohtaavat työssään eettisesti ristiriitaisia tilanteita koskien muun muassa potilaan hoitolinjauksia (Bucknall & Thomas 1997). Lyytikäinen ym. (2005) selvittivät

tehohoidon rajaamisen käytäntöä näkökulmanaan lääkäreiden ja sairaanhoitajien välinen yhteistyö. Tulokset osoittivat, että sairaanhoitajat osallistuivat harvoin tehohoidon rajaamista koskevaan päätöksentekoon. Monet sairaanhoitajista olivat kuitenkin sitä mieltä, että potilaita hoidetaan liian aktiivisesti. Hoidon rajaamista koskevat päätökset aiheuttivat ristiriitaisia tunteita sairaanhoitajilla, mutta he kunnioittivat lääkärien päätöksiä.

Tehohoitoon joutuminen on kriisi sekä potilaalle että hänen läheisilleen. Siksi hoidon kokonaisuuteen kuuluvat kiinteästi myös potilas ja hänen omaisensa. On muistettava, että hyvään tehohoitotyöhön tarvitaan inhimillisyyttä. Siinä korostuu tehohoitajan hyvä ammattitaito. Tieto ja taito hoitaa kriittisesti sairasta potilasta sekä kohdata avun tarpeessa oleva ihminen ja hänen läheisensä on tärkeä osa tehohoitajan ammattitaitoa. (Blomster ym. 2001, Potinkara 2004). Luottamus hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisten välillä rakentuu keskinäisestä kunnioituksesta ja lupauksen pitämisestä. Totuuden kertominen, erityisesti potilaan elämän loppuvaiheessa, on yksi luottamuksen rakentumisen edellytyksistä. Potilaan ja perheen muuttuvista tarpeista pitäisi käydä jatkuvaa dialogia potilaan, hänen läheistensä ja hoitohenkilökunnan välillä. (Rushton 2007.)

Kriittisesti sairaat potilaat erityistarpeineen tarvitsevat kokeneen sairaanhoitajan asiantuntemusta. Hoitotyön kompleksisuus edellyttää pätevien ammattilaisten kehittymistä. Hoitotyön perustana on pätevyys ja se on enempi kuin tekniset taidot. Pätevyys vaatii tietoa ja taitoja. (Albarran & Whittle 1997, Little 2000, Luotola ym. 2003, Rushton ym. 2007.) Oleellista on ymmärtää hoitotyön toimintojen teoreettinen tausta. Sairaanhoitajan on tiedettävä miten toiminnot tehdään ja mikä on toiminnan peruste (Abner 2000.) Kriittisesti sairaan potilaan hoitotyöhön liittyvä erityistieto ja sen soveltaminen on keskeistä (Dunn ym. 2000, Luotola ym. 2003). Tieto hengitys- ja verenkiertoelimistön toiminnasta on yksi tärkeimmistä erityistiedon alueista (Abner 2000). Sen perustana on ihmisen anatomian ja fysiologian tunteminen. Tieto kriittisistä sairauksista kuuluu myös sairaanhoitajien osaamisalueisiin. (Huggins 2004.)

Sairaanhoitajien koulutuksessa tulisi korostaa kuinka tärkeää on potilaan fysiologisen tilan tulkitseminen, arviointi ja dokumentointi. Näiden perusteella sairaanhoitaja kykenee arvioimaan kuinka suuri riski potilaalla on äkilliseen sairauden pahenemiseen ja kykenee toimimaan ennaltaehkäisevästi. (Considine 2005.) Myös tehtyjen toimenpiteiden dokumentointi on oleellista (Roman 2006). Koulutuksen tulisi antaa valmiudet havainnoida potilasta ja toimia havaintojen perusteella oikealla tavalla. Sairaanhoitajalla pitää olla kykyä myös arvioida milloin hän tarvitsee muun hoitotiimin apua. (Considine 2005.) Työyhteisön henkilökuntamäärän ja muiden resurssien

tarve tulisikin arvioida sen perusteella kuinka suuri riski potilaille on saada äkillisiä, vaikeita sairauden pahenemisvaiheita. (Considine 2005.)

Tehosairaanhoitajat oppivat tietoja ja taitoja jatkuvasti elinikäisen oppimisen prosessissa. Mahdollisuus oppimiseen riippuu siitä, kuinka hyvin oppimismahdollisuudet tunnustetaan työpaikalla. Oppiminen voi tapahtua itsenäisesti opiskellen, kysellen ja reflektoiden, jolloin oppiminen on yksilöstä itsestä lähtevää. Ulkoinen mahdollisuus oppimiseen määritellään opetustuokioiksi, muodolliseksi kurssiksi ja oppimiseksi kollegoiltaan samoin kuin mentorilta tai roolimallilta. Oppijan ja kollegoiden välinen suhde on erittäin tärkeä oppimista edistävä tekijä. Potilaisiin yhteydessä oleva oppimisen mahdollisuus tarkoittaa työssäoppimista, oppimista aikaisemmista työkokemuksista ja opitun kertausta. Tehohoitotyön osaamisessa korostuu jatkuvan koulutautumisen tarve ja työpaikkakoulutus. (Huggins 2004.) Oman ammatillisuuden kehittäminen on tärkeää tehohoitotyössä. (Albarran 1997, Dunn ym. 2000.)

Tehosairaanhoitajalta vaaditaan kykyä refleктоivaan toimintaan. Siihen kuuluu taito tunnistaa omat kyvyt ja ammatillisen pätevyyden taso. (Dunn ym. 2000.) Reflektion käyttäminen myös jokapäiväisessä hoitotyössä voi olla hyödyllistä käsiteltäessä emotionaalisia ja stressaavia tilanteita. Refleктоiva käytäntö parantaa ammatillista kehittymistä ja voi auttaa hoitajia löytämään uusia ideoita ja toimintatapoja heidän hoitaessaan potilaita. (Barnett 2005.)

Sairaanhoitajien tulee toteuttaa ja edistää tutkimukseen perustuvaa hoitotyön käytäntöä. (Dunn ym. 2000.) Chaboyer ym. (2000) kartoittivat kriittisesti sairaan potilaan hoitotyöstä tuotettua empiiristä, tieteellisesti tutkittua tietoa Australiassa. Tuloksissa ilmeni hoitotieteellisen tiedon lisääntyminen ja tutkimusten kohdistuminen enempi potilaskeskeiseen kuin hoitajakeskeiseen tietoon. Tämän voidaan olettaa edistävän sekä hoidon paranemista että hoitotieteellisen tieteenalan kehittymistä.

## **2.2. Hoitotyö keuhkosairauksien valvontayksikössä**

Tehostetun valvonnan osastoilla on usein hengitystiesairauksista kärsiviä potilaita. Tällaisia sairauksia voivat olla muun muassa keuhkokuume, kroonisen obstruktiivisen keuhkosairauden paheneminen ja astma. (Considine 2005.) Hengenahdistus on kriittisesti sairailta potilailta yleinen oire (Spector ym. 2007). Haasteellista on selvittää hengenahdistuksen taustalla oleva syy, sillä esimerkiksi sydänsairailta potilailta keuhkosairaus ei välttämättä näy selvästi (Lee & Wingate 2004). Näillä potilailta on suuri riski siihen, että sairaus pahenee äkillisesti ja saattaa johtaa jopa

kuolemaan. (Considine 2005.) Hengenahdistus sinällään on monitahoinen oire. Sillä on yhteneväisiä ominaisuuksia kivun, pahoinvoinnin ja väsymyksen kanssa (Lomborg ym. 2005).

Potilaan hengitysvaikeuksien tunnistamisessa on sairaanhoitaja keskeisessä asemassa. Sairaanhoitaja on vastuussa potilaan tarkkailusta ja hänen fyysisen tilansa arvioinnista. Hengitysvaikeuksien oireita ovat muutokset hengitystaajuudessa, hengenahdistus, hapenpuute ja asidoosi. (Considine 2005.) On tärkeää tuntea ja ymmärtää ihmisen patofysiologiaa ja erityisesti juuri niitä merkkejä, jotka liittyvät hengitysvaikeuksiin (Keen 2000, Considine 2005). Hengenahdistuksen laadun ja voimakkuuden arviointi tehdään potilaan näkökulmasta aina kun se vaan on mahdollista. Oireen vaikeusasteen arviointi on oleellista. Sairaanhoitajien on hyvä kysyä potilaalta kuinka vaikeana potilas kokee ahdistuksen. Varsinkin kroonisen hengenahdistuksen yhteydessä sairaanhoitaja voi nähdä potilaan oireen hyvin vaikeana, mutta potilas kokee sen lievempänä, koska hän on tottunut hengenahdistukseen. Yksi keino hengenahdistuksen vaikeuden arvioinnissa on käyttää Borg-asteikkoa, jonka avulla potilaat voivat näyttää subjektiivisen tuntemuksensa omasta oireestaan. (Kendrick ym. 2000, Spector ym. 2007.) Sairaanhoitaja on vastuussa myös aloitteen tekemisestä hoidon suhteen kuten lisähapen antamisesta potilaalle. Havaitessaan oireet riittävän ajoissa ja aloittaessaan oireenmukaisen hoidon sairaanhoitaja voi estää potilaan tilan pahenemisen. (Considine 2005.)

Työssä painottuu potilaan biofyysisten tarpeiden kohtaaminen ja tyydyttäminen. Vasta niiden jälkeen on mahdollista keskittyä potilaan emotionaalisiin ja psykososiaalisiin tarpeisiin. (Beeby 2000.) Potilaan tilan kriittisyys ja tilanteiden nopea muuttuminen on ominaista tehohoitotyölle. Näiden potilaiden fyysinen tila on epävakaa. He tarvitsevat jatkuvaa hoitoa, jota toteuttavat yhteistyössä lääkärit ja sairaanhoitajat. Potilaat tarvitsevat yksityiskohtaista, pysyvää valvontaa sekä jatkuvaa lääkehoidon tarkistamista. Potilailla on riski saada jokin fysiologinen häiriö ja siksi jatkuva monitorointi on välttämätöntä. (Garcia-Barbero & Such 1996, Blomster ym. 2001.) Potilaan tilanteen jatkuva arviointi, mittaustulosten ja muun potilaasta saadun informaation tulkinta sekä ajoissa tapahtuva hoito ovat oleellisen tärkeitä hoidon onnistumisen edellytyksiä. Sairaanhoitajalta vaaditaan kykyä reagoida välittömästi potilaan voinnissa nopeasti tapahtuviin muutoksiin. Toiminnan tehokkuus edellyttää kykyä priorisoida hoidolliset interventiot. (Albarran & Whittle 1997, Dunn ym. 2000, Jones 2002, Bench ym. 2003.)

Kroonista obstruktiivista keuhkosairautta sairastavan potilaan sairauden pahenemisvaiheessa hoitotyössä on keskeistä ymmärtää mitä potilaan kannalta tarkoittaa akuutin pahenemisvaiheen

aikainen mekaaninen ventilaatio, ventilaatiotuesta vieroittaminen, noninvasiivinen ventilaatiotuki ja potilaan paraneminen akuutista pahenemisvaiheesta (Keen 2000). Lisäksi näillä potilailla depression mahdollisuutta pitäisi seurata aina sairaalakäyntien yhteydessä (Kanervisto ym. 2003).

Keuhkosairautta sairastava potilas kärsii usein hengitysvaikeuksista. Heidän nopeat voinnin muutokset voivat johtaa niin vaikeaan tilanteeseen, ettei potilas pysty ilmaisemaan itseään. Tällaisessa tilanteessa on olennaisen tärkeää, että sairaanhoitaja tuntee potilaan hyvin ja pystyy antamaan potilaalle turvallista hoitoa. Yksilövastuinen hoitotyö sopii hyvin hoitotyön malliksi potilaille, joilla on krooninen keuhkosairaus. (Jonsdottir 1999.)

### **2.3. Potilaan kohtaaminen**

Hengenahdistuksesta kärsivä potilas saattaa kärsiä sairauteen liittyvistä peloista ja henkisestäkin ahdistuksesta (Stenman & Toljamo 2002). Esimerkiksi astmadiagnoosin paljastuminen voi aiheuttaa potilaalle pelon lisäksi myös muita erilaisia negatiivisia tunteita kuten masennusta, uhkaa ja surua (Siponen 1999). Astmaa sairastavilla potilailla on usein tarve puhua omista peloistaan hoitohenkilökunnan kanssa. Hoitotyössä on oleellista huomioida myös potilaiden emotionaalisen tuen tarve ja hoitohenkilökunnalta vaaditaan kykyä tämän tuen antamiseen. (Stenman & Toljamo 2002.) Olisi tärkeää luoda sellainen ympäristö, jossa potilaan on helppo purkaa ahdistustaan (O'Connell 2000). Hoitajien tulisi kiinnittää myös huomiota potilaiden kokemuksiin ja huomioida heidän käsityksensä ja toiveensa (Lomborg&Kirkevold 2005). Korkeatasoisen hoidon ydin on tietää potilaan kokemuksista ja ymmärtää niitä (Jonsdottir 1999).

Kroonista keuhkosairautta sairastavien potilaiden ennustetta on usein vaikea arvioida, koska potilaiden vointi vaihtelee paljon. Potilaat tarvitsevat sairaalahoitoa todennäköisimmin sairauden akuutissa vaiheessa ja on vaikea antaa ennustetta sairauden etenemisestä. Potilaan kuolema voikin tulla yllätyksenä omaisille. Siten yhteinen keskustelu potilaan ja omaisten kanssa loppuvaiheen hoidon päätöksistä saattaa jäädä toteutumatta. Tämä herkkä keskustelunaihe pitäisikin ottaa esiin potilaan sairauden ollessa vakaassa vaiheessa. (Edmonds ym. 2001.)

Pitkälle edennyt krooninen obstruktiivinen keuhkosairaus rajoittaa potilaan päivittäisiä aktiviteetteja paljon. Fyysinen rasitus lisää potilaiden hengenahdistusta. Terveystuhoon henkilöstön pitäisi huomioida tämä hoitotyössä aktiviteetteja tehtäessä ja yrittää ymmärtää potilaiden vaikeuksia. Tärkeää on löytää keinoja, joilla helpotetaan potilaan hengenahdistusta näissä tilanteissa. (Jeng ym.

2003.) Potilaat tarvitsevat apua esimerkiksi henkilökohtaisen hygienian hoidossa. Sairaalahoidossa olevalla potilaalla tällaisen avun tarvitseminen voi tuntua epämukavalta. Erityisesti tämä korostuu kylpytilanteissa johtuen tapahtuman erityisestä intiimiydestä. Lisäksi pesutapahtuman fyysinen rasittavuus aiheuttaa yleensä potilaalle hengenahdistusta. Joutuessaan hoitohenkilökunnan auteltavaksi potilaat kokevat olonsa haavoittuvaiseksi ja omaa riippumattomuutta rajoittavaksi. Hoitohenkilökunnalta vaatii taitoa toimia niin, että potilaan epämukava tunne häviäisi. (Lomborg ym. 2005.) Kylpytapahtumassa hoitavan henkilön onnistunut ajoitus ja huolehtivan ilmapiirin luominen ovat keinoja, joilla autetaan potilasta minimoimaan hengenahdistusta ja maksimoimaan toiminnallista kapasiteettia. Lisäksi lempeä ja harkittu ohjeiden ja informaation antaminen on potilaalle tärkeää tällaisessa tilanteessa. (Lomborg & Kirkevold 2005.)

Kroonista obstruktiivista keuhkosairautta sairastavien potilaiden on todettu kokevan vaikeaksi saada toiset vakuuttuneiksi heidän hengenahdistuksensa vakavuudesta. Potilaat uskovat, että hoitajat ajattelevat heidän olevan haluttomia pitämään huolta itsestään hengenahdistuskohtauksen aikana ja potilaat ajattelevat, että hoitajat ovat haluttomia auttamaan heitä. Potilaat ovat hyvin herkkiä reaktioille ja asenteille, joita he kohtaavat ympäristössään. Avun tarpeessa olevien potilaiden on usein vaikeaa kokea olevansa hoidon arvoinen ja ihmisenä arvokas ja siksi he eivät haluaisi vaivata hoitajia avun pyynnöillään. Siksi hoitavien henkilöiden tulisikin reflektoida kriittisesti, kuinka he pystyvät tukemaan potilaita heidän yrityksissään vähentää hengenahdistuksen pahenemisen riski. On syytä myös pohtia, kuinka auttaa potilaita kokemaan tärkeäksi myös heidän persoonalliset hygieniatarpeensa ilman että he kokevat joutuvansa ”ansaitsemaan” avun ja hoidon. (Lomborg ym. 2005.)

## **2.4. Potilasohjaus**

Kroonista keuhkosairautta sairastavien potilaiden hoitotyössä keskeistä on potilasohjaus. Varsinkin astman ja kroonisen obstruktiivisen keuhkosairauden onnistunut hoito edellyttää potilaaltakin taitoa hoitaa itseään. (Richardson 1991, Byrne ym. 1993, Tattersell 1993, Porter-Jones ym. 1999, Coakley 2001, Stenman 2002.) Kroonista sairautta ei voida parantaa, mutta potilaan elämän laadun parantaminen on mahdollista (Gibbons 2001, Barnett 2006).

Potilasohjauksen perustana pitäisi olla potilaan yksilöllisyyden huomiointi. Oleellista on arvioida potilaiden yksilölliset tarpeet suhteessa heidän tilanteeseensa ja selvittää mikä on ongelmallista

heidän näkökulmastaan. Ohjaukseen sisältyvän informaation tulisi olla käytännönläheistä ja ohjattavalle potilaalle yksilöllisesti suunniteltua. (Richardson 1991, Tattersell 1993, Coakley 2001.)

Kroonisissa sairauksissa potilaan hoitomyönteisyyden saavuttaminen voi olla vaikeaa. Tämä voi johtua siitä, että lääkitys ei paranna sairautta ja yksilön elintavoissa vaaditaan pysyvää muutosta. Olisikin tärkeää kuitenkin antaa potilaalle valinnanmahdollisuus hoidon suhteen. Se tuo tunteen itsenäisyydestä ja vapaudesta päättää omista asioista. Hoitajan pitäisi selvästi osoittaa potilaalle minkälaista käytöstä häneltä toivotaan ja varmistaa, että potilas tekee päätöksen niin, että häntä on informoitu valinnan mahdollisuudesta. (Tattersell 1993.)

Tuloksetas potilasohjaus edellyttää myös perheen mukaan ottamista ohjaustapahtumaan. Sairauden hoitaminen voi edellyttää potilaalta uusien taitojen oppimista. Jos perhe pystyy olemaan tukena tässä prosessissa, potilas saattaa pystyä välttämään laitoshoidon. (Kanervisto ym. 2003.) Tupakointi on suurin kroonisen obstruktiivisen keuhkosairauden aiheuttaja ja potilaat tarvitsevat tukea tupakoinnin lopettamisessa. Samoin astman onnistunut hoito edellyttää tupakoinnista luopumisen. Elintavan muutos vaatii koko perheen sitoutumisen ja potilas tarvitsee tukea läheisiltään pystyäkseen muuttamaan elintapojaan. (Byrne ym. 1993, O'Connell 2000, Kanervisto ym. 2003.) Potilasohjauksen sisällössä korostuvat oikein toteutettu lääkehoito ja elintapojen muuttaminen niin, että potilaan elämä on laadukasta sairaudesta huolimatta (Byrne ym. 1993, Tattersell 1993, Coakley 2001, Stenman 2002). Potilaan tiedon taso vaikuttaa hänen kykyynsä hoitaa sairauttaan (Tattersell 1993). Tutkimukset osoittavat, että esimerkiksi astmaa sairastavat potilaat tarvitsevat tietoa lääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista, astmaa pahentavista tekijöistä, astman pahenemisen oireista ja hoidosta. Tärkeää on ohjata potilaille kuinka toimitaan astmakohtauksen sattuessa. (Tattersell 1993, Stenman&Toljamo 2002.)

## **2.5. Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista**

Tämän tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä on kuvailtu keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyön ominaispiirteitä sairaanhoitajan osaamisen näkökulmasta. Sen perusteella osaamisalueina voidaan tarkastella erityisalan hoitotyötä, potilaan kohtaamista, potilasohjausta ja sairaanhoitajan erityisalan tietoa.

Hengenahdistus on keuhkosairautta sairastavilla potilailla yleinen oire. Hoitotyön toimenpiteet tähtäävät usein juuri potilaan hengenahdistuksen helpottamiseen. Oleellista on potilaan tilan jatkuva

tarkkailu, kyky arvioida ja tulkita niitä potilaan fyysisiä merkkejä, jotka ovat nähtävissä tai joista potilas itse kertoo sekä ajoissa tapahtuva hoidon aloitus. Hengenahdistus voi aiheuttaa potilaissa pelkoa ja henkistä ahdistuneisuutta. Potilaat ovat usein avun tarpeessa fyysisen rajoittuneisuutensa vuoksi ja kokevat olevansa muista riippuvaisia joutuessaan hoitohenkilöstön auteltavaksi. Hoitotyössä korostuukin potilaiden emotionaalisen tuen tarve. Sairaanhoidajalta vaaditaan kykyä tuen antamiseen ja potilaan yksilöllisten tarpeiden huomiointiin.

Osa keuhkosairauksista on kroonisia sairauksia ja siksi potilasohjaus on tärkeä osa hoitotyötä. Sairaus vaikuttaa koko perheeseen ja siksi ohjausprosessissa perhe on yhtä tärkeä kuin potilaskin. Onnistunut potilasohjaus edellyttää potilaan ja perheen yksilöllisten ohjaustarpeiden huomioimista ja ohjauksen toteuttamista niiden pohjalta. Sairaanhoidajan ohjaustaitoja parantaa hänen keuhkosairauksiin liittyvä erityisalan tieto. Lisäksi varsinkin poliklinikkatyössä sairaanhoidajan itsenäinen toiminta edellyttää keuhkosairauksiin liittyvän erityistiedon hallitsemista.

Keuhkosairautta sairastavan potilaan tila voi muuttua nopeasti kriittiseksi. Hengenahdistus ja hengitysvaikeudet ovat yleisiä oireita kriittisesti sairaalla potilaalla. Hoitotyössä korostuvat korkeatasoiset kliiniset taidot. Sairaanhoidajan henkilökohtaiset kyvyt kuten kyky itsenäiseen työskentelyyn, päätöksentekotaito ja hyvät kommunikointitaidot auttavat häntä toteuttamaan korkeatasoista hoitotyötä. Eettiset kysymykset nousevat usein esiin ja saattavat aiheuttaa sairaanhoidajilla hyvin ristiriitaisia ajatuksia. Sairaanhoidajilta vaaditaankin taitoa niiden kohtaamiseen ja kykyä tehdä työtään eettisesti ristiriitaisessa ilmapiirissä. Potilaan kriittinen tila on kriisi koko perheelle. Siksi koko perheen huomiointi ja tukeminen hoitotyössä ovat tärkeitä. Kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä vaaditaan sairaanhoidajalta asiantuntemusta, johon kuuluvat korkeatasoiset tiedot ja taidot.

### **3. TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Keuhkosairautta sairastavan potilaan valvontayksikön hoitotyön vaatimaa erityisosaamista ei ole tutkittu Suomessa eikä aihe ulkomaillaakaan ole ollut useinkaan tutkimuksen kohteena. Siksi onkin tärkeää tuottaa tietoa, joka auttaa osaltaan selkiyttämään sairaanhoidajan työn toimenkuvaa valvontayksikössä. Tietoa voidaan käyttää myös koulutuksen suunnittelun ja työyksikkökohtaisten perehdytysohjelmien laatimisen perustana.



Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata niitä erityisosaamisalueita, joita sairaanhoitaja tarvitsee hoitaessaan valvontayksikössä olevaa keuhkosairautta sairastavaa potilasta. Tutkimuksen tarkoituksena on myös kuvata niitä alueita, joilla sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaista erityisosaamista valvontayksikön sairaanhoitaja tarvitsee keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä?
2. Millä alueilla sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta?

## **4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

### **4.1. Tutkimuksen metodiset lähtökohdat**

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelma määräävät aina valittavan tutkimusmenetelmän (Leino-Kilpi 1998, Hirsjärvi & Hurme 2004). Ihmisen tutkimisessa on huomioitava toiminnan perusteet ja toimijan oma näkökulma. Ihmistieteiden tutkimuksen todellisuuden merkityksellisyys edellyttää ymmärtämistä. (Raatikainen 2005.) Laadullinen tutkimus tuo esille tutkittavien näkemykset ja heidän havainnot tilanteista (Hirsjärvi & Hurme 2004). Sen avulla voidaan kuvata, selittää ja ymmärtää ilmiötä ja niiden välisiä suhteita tutkittavien näkökulmasta (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998).

Tässä tutkimuksessa haluttiin kuvata sairaanhoitajien erityisosaamisalueita keuhkosairautta sairastavan potilaan valvontayksikön hoitotyössä sairaanhoitajien omasta näkökulmasta. Lisäksi aihetta on tutkittu vain vähän, joten laadullinen tutkimus sopii hyvin tälle alueelle (Nieminen 1998).

Aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla. Käytettäessä haastattelua aineistonkeruumenetelmänä ihminen voidaan nähdä tutkimustilanteessa subjektina. Hän on merkityksiä luova ja aktiivinen osapuoli. (Hirsjärvi & Hurme 2004.) Sisällönanalyysin avulla sairaanhoitajien osaamisalueet voidaan esittää tiivistetyssä muodossa ja käsitteellistää tutkittava ilmiö (Kyngäs & Vanhanen 1999).

## 4.2. Tutkimukseen osallistujat

Laadullisessa tutkimuksessa haastateltavien määrä muodostuu sen mukaan kuinka hyvin haastatteluissa tulee esiin tutkimuksessa tarvittava tieto (Hirsjärvi & Hurme 2004). Tutkimuksen aineisto kerätään sieltä missä tutkittava ilmiö esiintyy. Tärkeää on, että tutkimukseen osallistujat tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. (Nieminen 1998, Tuomi & Sarajärvi 2002.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla niitä erityisosaamisalueita, joita sairaanhoitajat tarvitsevat hoitaessaan keuhkosairautta sairastavaa potilasta valvontayksikössä. Tutkimukseen osallistumisen kriteerinä oli sairaanhoitajan koulutus ja kokemusta jatkuvaa valvontaa vaativan keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyöstä. Lisäksi tutkimukseen haluttiin ottaa mukaan sekä kokeneita että kokemattomampia sairaanhoitajia. Tällä haluttiin saada mahdollisimman laaja näkökulma osaamisen eri alueisiin. Pitkän työkokemuksen omaavilla sairaanhoitajilla on kokemuksen mukanaan tuomaa osaamista. Kokemattomammilla sairaanhoitajilla on tuoretta näkemystä siitä, mitä asioita heidän on pitänyt opetella pystyäkseen toimimaan valvontayksikössä.

Mahdollisimman rikkaan tutkimusaineiston saamiseksi mukaan otettiin myös tavallisella vuodeosastolla työskenteleviä sairaanhoitajia, jotka hoitavat samanlaisia potilaita, mutta erilaisissa olosuhteissa. Kaikki sairaanhoitajat kuitenkin työskentelivät jatkuvaa valvontaa vaativien keuhkosairautta sairastavien potilaiden kanssa, valvontayksikössä koko ajan ja vuodeosastolla ajoittain.

Tutkimuslupaa tähän tutkimukseen haettiin kahdesta yliopistosairaalaan (Liite 1). Toisessa sairaalassa luvan myönsi hallintoylihoitaja ja toisessa klinikan ylihoitaja. Luvan saatuaan tutkija otti puhelimitse yhteyttä kyseisten työyksiköiden osastonhoitajiin ja kertoi tulevasta tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Tutkija lähetti osastonhoitajille sähköpostitse tutkimussuunnitelman ja he välittivät tietoa eteenpäin tutkimukseen osallistuville sairaanhoitajille, jotta sairaanhoitajilla olisi mahdollisuus etukäteen perehtyä tutkimuksen tarkoitukseen ja haastattelun teema-alueisiin. Osastonhoitajat lupautuivat ystävällisesti tutkijan pyynnöstä valitsemaan tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat. He kysyivät myös alustavasti sairaanhoitajien suostumuksen haastatteluun. Lisäksi osastonhoitajat huomioivat työvuorojärjestelyissä sairaanhoitajien tulevat haastattelut. Yhteydenpito osastonhoitajien ja tutkijan välillä tapahtui puhelimitse ja sähköpostitse, koska toinen sairaaloista oli pitkän välimatkan päässä ja toisen sairaalan työyksiköiden henkilökunta oli tutkijalle tuttu jo entuudestaan. Tutkimuksen kohderyhmäksi muodostui 14 sairaanhoitajaa (N=14).

Kaikki haastateltavat olivat naisia. Nuorin haastateltavista oli 26-vuotias ja vanhin 54-vuotias keskiarvon ollessa 40 vuotta. Sairaanhoidajan koulutuksen lisäksi neljällä haastatelluista oli toisen asteen terveydenhuollon koulutus: apuhoitaja (n=2), perushoitaja (n=1) tai lähihoitaja (n=1). Kahdella tutkimukseen osallistuneista oli sairaanhoidajan koulutuksen lisäksi myös terveydenhoitajan koulutus. Muita erikoistumisaloja olivat sisätauti-kirurginen sairaanhoito (n=6), lasten sairaanhoito (n=2) ja kirurginen sairaanhoito (n=1). Kolme haastatelluista ei maininnut erikoistumisalaansa. Yhdellä haastatelluista oli terveystieteiden maisterin tutkinto.

Haastateltavien työkokemus sairaanhoidajana vaihteli kolmesta vuodesta 25 vuoteen. Keskimääräinen työkokemus sairaanhoidajana oli 12 vuotta. Keuhkosairautta sairastavien potilaiden hoitotyötä tutkimukseen osallistujat olivat tehneet keskimäärin kahdeksan vuotta. Aika vaihteli puolesta vuodesta 17 vuoteen (Taulukko 1).

Taulukko 1. Sairaanhoidajien työkokemuksen pituus

Työkokemus vuosina	Min	Max	Keskiarvo
Sairaanhoidajana	3	25	12
Keuhkosairautta sairastavien potilaiden hoitotyössä	0,5	17	8

### 4.3. Aineiston hankinta

Yleisimpiä laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto (Tuomi & Sarajärvi 2004). Tässä tutkimuksessa ryhmähaastattelun käyttöä aineistonkeruumenetelmänä puolustaa se, että tutkittava aihe on vähän kartoitettu, siitä ei ole tehty aikaisempia tutkimuksia (Hirsjärvi & Hurme 2004). Haastattelu muodostui kahdeksasta pääteemasta, joita tarkennettiin kyseiseen teemaan liittyvillä pienemmillä kysymyksillä (Liite 2). Haastatteluteemojen muodostaminen perustui aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. Teemojen valintaan vaikutti myös tutkimuksen tekijän pitkäaikainen työkokemus keuhkosairautta sairastavien potilaiden hoitotyöstä. Haastattelurungon suunnittelussa on huomioitu myös tutkimuksen kohderyhmä.

Ryhmähaastattelu sopii hyvin tilanteeseen, jossa halutaan selvittää henkilöiden yhteinen kanta johonkin ajankohtaiseen kysymykseen. (Hirsjärvi & Hurme 2004.) Haastattelua voidaan ajatella eräänlaisena keskusteluna, jonka avulla tutkija pyrkii vuorovaikutuksessa haastateltavien kanssa saamaan esiin tutkimuksen kannalta oleelliset asiat (Eskola & Vastamäki 2001). Ryhmähaastattelu

on prosessi, jossa muodostuu nimenomaan ryhmän näkökulma tutkittavaan aiheeseen (Nyamathi & Shuler 1990, Reed & Payton 1997, Robinson 1999). Tässä tutkimuksessa esiin haluttiin saada juuri sairaanhoitajien yhteinen näkemys tutkittavasta aiheesta. Siksi ryhmähaastattelun valinta aineistonkeruumenetelmäksi oli perusteltua.

Ryhmähaastattelussa tärkeää on kiinnittää huomiota ryhmän kokoon, jotta jokaisella ryhmän jäsenellä on mahdollisuus tuoda näkemyksensä esiin ja siten mahdollistaa vastavuoroinen keskustelu (Twinn 1998, Mäenpää ym. 2002). Ryhmän ideaalilikokona voidaan pitää neljästä kuuteen haastateltavaa (Koskinen & Jokinen 2001) ja enimmillään määräksi suositellaan kahdeksaa henkilöä (Kitzinger 1995, Robinson 1999). Ryhmien määrä määräytyy sen mukaan miten ryhmähaastatteluissa saadaan uutta informaatiota. Yleensä hyvä määrä on neljä ryhmää, mutta usein aineiston saturaatio saavutetaan jo kolmannen ryhmähaastattelun jälkeen. (Nyamathi & Shuler 1990.) Aineistonkeruun onnistumisen kannalta ryhmän vetäjällä on oleellisen tärkeä rooli (Nyamathi & Shuler 1990, Sim 1998, Twinn 1998, Robinson 1999, Koskinen & Jokinen 2001, Mäenpää ym. 2002).

Tässä tutkimuksessa ryhmähaastatteluita tehtiin neljä. Haastatteluista kaksi tehtiin touko-kesäkuun vaihteessa 2006 ja kaksi lokakuussa 2006. Sairaalasta, jossa sairaanhoitajat työskentelivät vuodeosastolla, tutkimukseen osallistui kaksi neljän henkilön ryhmää. Valvontayksikön sairaanhoitajista tutkimuksessa oli mukana kaksi kolmen henkilön ryhmää. Kaikki haastattelut tapahtuivat tutkimukseen osallistuneiden työpisteissä. Tutkija teki haastattelut itse. Ennen haastattelun alkua tutkija kertoi lyhyesti tutkimuksen taustasta ja tarkoituksesta. Samalla sairaanhoitajat antoivat kirjallisen suostumuksensa haastattelun tekemiseen. Tutkija painotti haastattelun luotettavuutta ja korosti sitä, että ei ole olemassa oikeita vastauksia tai mielipiteitä vaan tutkijan kiinnostuksen kohteena ovat juuri haastateltavien mielipiteet ja heidän näkemyksensä tutkittavasta aiheesta. Mahdollisimman hyvän aineiston saamiseksi on tärkeää opastaa osallistujat haastattelua varten ennen varsinaisen haastattelun alkamista (Twinn 1998). Rentoutuneen ilmapiirin luomiseksi alussa keskusteltiin yleisistä asioista ja kuulumisista. Haastateltavat ja tutkija istuivat ympyrässä, jotta ilmapiiri muodostuisi keskustelevalaksi (Kitzinger 1995). Lupa haastatteluiden nauhoittamiseen kysyttiin ja haastattelut nauhoitettiin kasetilliseen pöytänauhuriin.

Ensimmäinen haastatteluista oli esihaastattelu, jolloin testattiin haastattelurunkoa ja aihepiirien järjestystä (Hirsjärvi & Hurme 2004). Muutoksia haastattelurunkoon ei katsottu aiheelliseksi tehdä, joten ensimmäinenkin haastattelu on mukana tutkimusaineistossa. Haastatteluiden kesto vaihteli 75

minuutista 105 minuuttiin, kaikkiaan haastatteluista aineistoa kertyi 6 tuntia. Haastatteluiden ilmapiiri oli rento ja siitä oli osoituksena myös useat humoristiset lausahdukset ja naurahdukset haastatteluiden aikana. Haastateltavat pysyivät kuitenkin hyvin aiheessa ja haastattelut etenivät keskustellen. Jokaisen haastattelun jälkeen tutkija teki muistiinpanoja haastattelun kulusta ja omista ajatuksista, mitä haastattelu oli herättänyt. Tämä auttoi tutkimuksen analyysivaiheessa palauttamaan elävästi mieleen haastatteluiden kulun ja ilmapiirin.

#### **4.4. Aineiston analysointi**

Hoitotieteellisen laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmänä voidaan pitää sisällön analyysia. Sen avulla voidaan analysoida suullista ja kirjoitettua kommunikaatiota. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Sisällön analyysin avulla tutkittava ilmiö pyritään esittämään tiivistetyssä muodossa. Se mahdollistaa ilmiön käsitteellistämisen. Analyysin eteneminen voidaan toteuttaa kahdella tavalla; joko lähtien aineistosta (induktiivisesti) tai jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä (deduktiivisesti) (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Ennen analyysiin ryhtymistä tutkijan on päätettävä kohdistuuko analyysi aineiston ilmisisältöihin vai piilosisältöihin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön valinta. Sitä ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikkönä voi olla sana, sanayhdistelmä, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksikköä ei määritelty tarkasti, koska tavoitteena oli löytää mahdollisimman laajasti tutkimustehtävän kannalta olennaiset ilmaisut. Analyysiyksikkö vaihteli yhdestä sanasta isompaan ajatuskokonaisuuteen.

Tutkimusaineiston analyysi aloitettiin haastattelunauhojen purkamisella. Tutkija itse purki nauhoitukset sanasta sanaan. Kirjoitettua tekstiä kertyi yhteensä 97 sivua, riviväli 1, fonttikoko 12 ja kirjasintyyli Times New Roman. Nauhojen purkamisen jälkeen tutkija kuunteli uudelleen nauhat läpi lukien samalla kirjoitettua tekstiä. Tällä haluttiin varmistaa, että teksti vastasi täysin haastateltavien puhetta. Sen jälkeen tekstiä luettiin läpi useita kertoja tutkimusaineiston kokonaiskuvan hahmottamiseksi.

Sisällön analyysissa tutkimusaineistoa kuvataan pelkistäen, ryhmitellen ja abstrahoiden. Tässä tutkimuksessa aineiston pelkistäminen aloitettiin esittämällä vähitellen aineistolle tutkimustehtävien

mukaisia kysymyksiä ja alleviivaamalla aineistosta niitä ilmaisuja, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Tässä vaiheessa tutkija myös koodasi aineiston numeroimalla rivit, jotta analyysin edetessä alkuperäiseen aineistoon palaaminen olisi helppoa. Sen jälkeen tutkija kirjasi sivun marginaaliin alleviivatuista ilmaisuista pelkistetyt muodot. Pelkistämässä pyrittiin säilyttämään mahdollisimman tarkasti ilmaisujen alkuperäiset termit. Seuraavaksi kaikki pelkistetyt ilmaisut ja niihin liittyvät alkuperäisilmaisut siirrettiin samaan Word-tiedostoon. Vielä tässä vaiheessa tutkija kävi läpi kaikki pelkistetyt ilmaisut ja vertasi niitä tekstissä oleviin alkuperäisilmaisiin varmistaakseen, että alkuperäisilmaisujen merkitys oli säilynyt mahdollisimman tarkasti. Pelkistettyjä ilmaisuja kertyi yhteensä 961. Tämän jälkeen tutkija jakoi pelkistetyt ilmaisut kahteen eri Word-tiedostoon tutkimuskysymysten mukaisesti, koska tutkimuskysymyksiä oli kaksi. Nämä tiedostot analysoitiin erikseen. Siten ensimmäiseen tutkimuskysymykseen liittyviä pelkistettyjä ilmaisuja oli 780 ja toiseen tutkimuskysymykseen liittyviä 181.

Tästä analyysia jatkettiin ensimmäiseen tutkimuskysymykseen liittyvien pelkistysten ryhmittelyllä. Aineistosta etsittiin tutkittavan ilmiön suhteen samankaltaisuutta ja eroavaisuuksia kuvaavia ilmaisuja. Ryhmittelyssä samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan, jolle annetaan sen sisältöä hyvin kuvaava nimi (Kyngäs & Vanhanen 1999, Tuomi-Sarajärvi 2004). Tässä vaiheessa tutkija keräsi samaa tarkoittavat ilmaisut aina omaan Word-tiedostoon. Tässäkin vaiheessa kyseiseen tiedostoon siirrettiin myös pelkistykseen liittyvät alkuperäisilmaisut. Tämä helpotti ryhmiteltyjen ilmaisujen kokonaiskuvan muodostamista ja ryhmiteltyjen ilmaisujen nimeämistä. Nimeämisen yhteydessä palattiin kuitenkin lukemattomia kertoja varsinaiseen alkuperäistekstiin, jotta ilmaisujen alkuperäinen merkitys säilyisi mahdollisimman hyvin. Antaessaan nimeä ryhmitellyille ilmaisuille tutkija tarkasteli pelkistettyjä ilmaisuja suhteessa tutkimuskysymykseen. Ryhmiteltyjen ilmaisujen nimeämisessä tutkija käytti omaa tulkintaa päättäessään, mihin kategoriaan mikäkin asia kuului (Kyngäs-Vanhanen 1999). Taulukossa 2 esitetään esimerkkejä aineiston pelkistämisestä ja taulukossa 3 on esimerkkejä aineiston ryhmittelystä.

Taulukko 2. Esimerkkejä aineiston pelkistämisestä.

<b>Alkuperäisilmaisut</b>	<b>Pelkistetyt ilmaisut</b>
<p><i>Hengitystaajuudestakin näkee jo aika paljon että...nopeestikin kuulee siinä samalla kun haastattelee, jutustelee</i></p> <p><i>Onko huulet kauheen siniset</i></p> <p><i>Just kuinka työlästä se hengittäminen näyttää sille potilaalle olevan</i></p>	<p>hengitystaajuuden tarkkailu</p> <p>huulten värin tarkkailu</p> <p>hengityksen vaikeuden huomiointi</p>
<p><i>Astruppeja pystytään seuraamaan</i></p> <p><i>Kyllä niitä paljon yritetään täällä myös rytmejä kääntää</i></p> <p><i>Tosin kaikillehan ei voi happea nostaa silleen että...on semmosia sairauksia että... nimenomaan COPD</i></p>	<p>pystyy seuraamaan verikoearvoja</p> <p>sydämen rytmien tunnistaminen</p> <p>tietää, milloin hapen määrää voi lisätä</p>
<p><i>Että sitä saa niinku tosiaan tarkkailla tuplaten</i></p> <p><i>Jatkuvasti ollaan siinä, että potilaat on meidän silmien alla</i></p> <p><i>Että siellä hoietaan sen tyyppisiä potilaita, jotka tarvii jatkuvaa valavontaa</i></p>	<p>potilaan tehostettu tarkkailu</p> <p>tarkkaillaan jatkuvasti potilaita</p> <p>potilaat tarvitsevat jatkuvaa valvontaa</p>

Taulukko 3. Esimerkkejä aineiston ryhmittelystä

<b>Pelkistetyt ilmaisut</b>	<b>Ryhmitellyt ilmaisut</b>
hengitystaajuuden tarkkailu huulten värin tarkkailu hengityksen vaikeuden huomiointi	<b>Hengitykseen liittyvien fyysisten oireiden havainnointi</b>
pystyy seuraamaan verikoearvoja sydämen rytmien tunnistaminen tietää, milloin hapen määrää voi lisätä	<b>Mittaustulosten tulkitseminen</b>
potilaan tehostettu tarkkailu tarkkaillaan jatkuvasti potilaita potilaat tarvitsevat jatkuvaa valvontaa	<b>Kyky potilaan jatkuvaan tarkkailuun</b>

Analyysi jatkui yhdistämällä samansisältöiset ryhmitellyt ilmaisut samaan alakategoriaan (Kyngäs-Vanhanen 1999). Tässä vaiheessa muodostettiin taas uusi Word-tiedosto, johon sisällytettiin ryhmitellyt ilmaisut ja niistä muodostuvat alakategoriat. Alakategorioille annettiin niiden sisältöä kuvaava nimi. Alakategorioita muodostui yhteensä 15. Taulukossa 4 esitetään esimerkki alakategorian muodostamisesta.

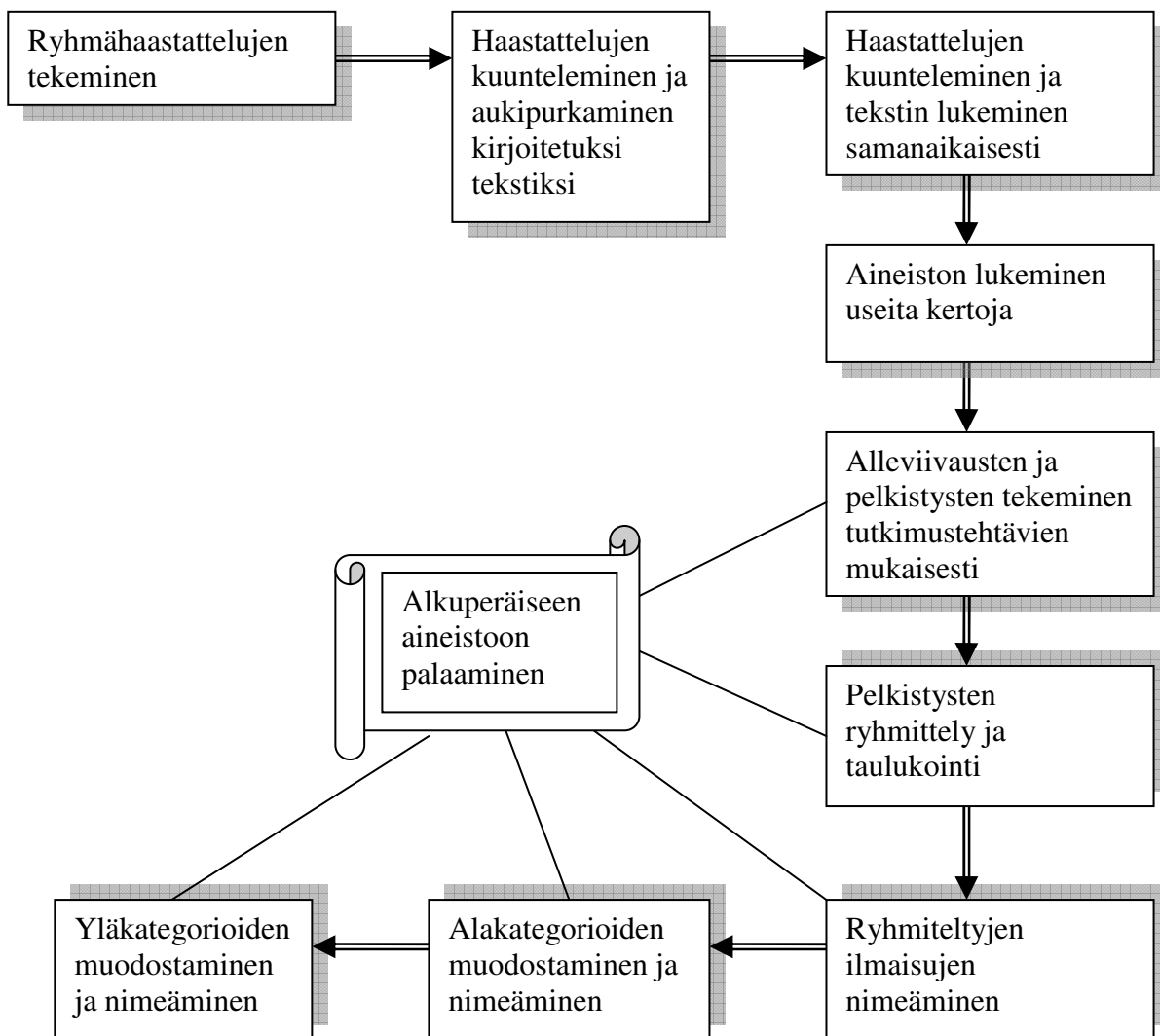
Taulukko 4. Esimerkki alakategorian muodostamisesta.

<b>Ryhmitellyt ilmaisut</b>	<b>Alakategoria</b>
Hengitykseen liittyvien fyysisten oireiden havainnointi Mittaustulosten tulkitseminen Kyky potilaan jatkuvaan tarkkailuun	<b>Taito tarkkailla ja tulkita</b>

Seuraavaksi alakategoriat yhdistettiin neljäksi yläkategoriaksi. Sen jälkeen tutkija analysoi toiseen tutkimustehtävään liittyvän aineiston täsmälleen samoilla periaatteilla ja menetelmällä kuin ensimmäiseen tutkimustehtäväänkin liittyvän aineiston. Tämän analyysin tuloksena muodostui



kuusi alakategoriaa ja kaksi yläkategoriaa. Näitä kategorioita ei yhdistetty ensimmäisen analyysin tuloksena syntyneisiin kategorioihin vaan pidettiin omana ryhmänä. Se oli perusteltua, koska tutkimuskysymysten avulla aineistosta pyrittiin kuvaamaan kahta erilaista ilmiötä. Koko analyysin ajan tutkija palasi toistuvasti alkuperäiseen aineistoon tarkastellen muodostuneita ala- ja yläkategorioita suhteessa alkuperäiseen aineistoon ja tutkimustehtäviin. Tämän tarkoituksena oli varmistaa kategorioiden vastaavuus aineiston ja tutkimustehtävien kanssa sekä sulkea pois kategorioiden samankaltaisuudet. Kuviossa 1 on nähtävissä aineiston analyysiprosessin eteneminen.



Kuvio 1. Aineiston analyysiprosessin eteneminen

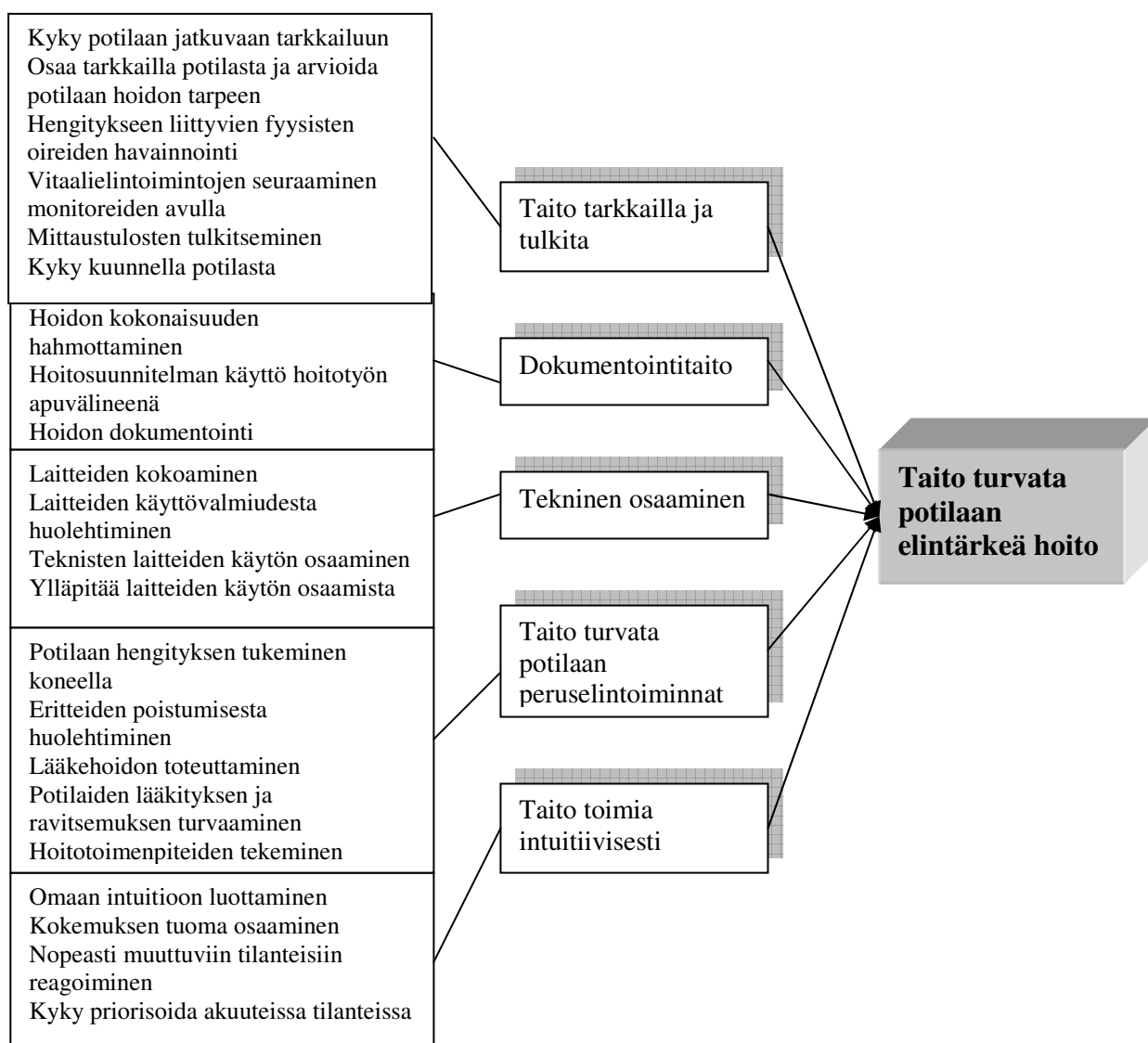
## **5. TUTKIMUKSEN TULOKSET**

### **5.1. Valvontayksikön sairaanhoitajan erityisosaaminen**

Tutkimusaineiston analyysin pohjalta valvontayksikön sairaanhoitajan erityisosaaminen muodostuu neljästä yläkategoriasta: 1) Taito turvata potilaan elintärkeä hoito, 2) Taito käyttää henkilökohtaisia kykyjä, 3) Taito huomioida potilas osana perhettä ja 4) Laaja-alainen osaaminen ja sen kehittäminen.

#### **5.1.1. Taito turvata potilaan elintärkeä hoito**

Yläkategoria ”taito turvata potilaan elintärkeä hoito” muodostui viidestä alakategoriasta, joita olivat ”taito tarkkailla ja tulkita”, ”dokumentointitaito”, ”tekninen osaaminen”, ”taito turvata potilaan peruselintoiminnot” ja ”taito toimia intuitiivisesti” (Kuvio 2).



Kuvio 2. Taito turvata potilaan elintärkeä hoito.

### Taito tarkkailla ja tulkita

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat toivat oleellisena esiin valvontayksikön hoitotyöhön kuuluvan potilaan jatkuvan tarkkailun. Potilaiden tilanteiden äkilliset muutokset edellyttävät jatkuvaa informaation saantia potilaan voinnista.

*”ne on kriittisemmästi sairaampia niin kyllä niitä pitää niinku tarkemmin valvoa ja olla niinku enempi tarkempina et ku ne on huonokuntoisempia että se on sitte se raja sitte aina, romahtaa kunto tai...”*

Kyky tarkkailla potilasta edellyttää tietoa siitä, mitä pitää tarkkailla ja miksi. Potilas viestittää pelkällä olemuksellaan. Pelkällä näkemisellä ja havainnoinnilla sairaanhoitaja saa paljon arvokasta informaatiota potilaan sen hetkisestä tilanteesta. Näiden tietojen pohjalta sairaanhoitajaa kykenee osittain arvioimaan potilaan hoidon tarvetta.

Sairaanhoitajan pitää osata tarkkailla potilaan hengitykseen liittyviä fyysisiä oireita. Potilaan voinnista kertovat mm. ihon väri ja kosteus ja potilaan tapa hengittää antaa tietoa hengityksen vaikeusasteesta. Potilas saattaa olla tuskainen ja levoton. Potilaan yleistilan seuraaminen on tärkeä tiedon lähde.

*”mikä se on niinkö se yleistila sillä potilaalla, vaikka saattaa että se näyttää hyvältä mittaukset, potilas on ihan syanoottinen siellä...”*

*”siihen tulee tietty ammatillisuus että ruppee näkemään että ihon väristä, just hengityksestä ja näistä...sitä ruppee niinku tarkkailemaan sitte niinku tiuhempaan sitä vointia ja...”*

Jokaisen potilaan vitaalielintoimintojen seuraaminen monitoreiden avulla kuuluu sairaanhoitajan tehtäviin. Pelkkien numeeristen mittaustulosten seuranta ei riitä, vaan tarkkailun kohteena pitää olla potilas kokonaisvaltaisesti. Taitava tarkkailu edellyttää sairaanhoitajalta myös kykyä tulkita mittaustuloksia.

*”poikkeavuuksia paljon siihen niihin mittaustuloksiin että alakaa niinku olleen semmosia lukemia että tuo ei voi olla oikein siis sillon pittää mennä, siis sillonhan sitä niinku mennään konkreettisesti potilaan luo...”*

Hoitotyössä tavoitteena on potilaan hyvä hoito, jolloin toiminnan keskipisteenä on potilas. Valvontayksikön hoitotyössä korostuvat tekniset laitteet ja niiden avulla saatava informaatio. Vaarana saattaakin olla, että potilas jää tekniikan varjoon. Tärkeää on potilaan kuunteleminen ja hänen toiveidensa huomioiminen aina kun se on mahdollista. Ajan antaminen potilaalle mahdollistaa antoisan keskustelun hänen kanssaan.

## **Dokumentointitaito**

Potilaan hoitoon osallistuva terveydenhuoltohenkilöstö on moniammatillista. Hoito sinällään muodostaa laajan kokonaisuuden, josta sairaanhoitajan tekemä työ on yksi osa. On tärkeää hahmottaa ja ymmärtää potilaan hoidon kokonaisuus. Valvontayksikössä hoidettavilla potilailla on usein monia sairauksia, jolloin kokonaisuuden hahmottamisen tärkeys korostuu. Sairaanhoitaja on lähellä potilasta, jolloin hänen on helpompi hahmottaa ne useat tekijät, jotka kokonaisuuteen vaikuttavat.

Kokonaisuuden hahmottamisessa auttaa potilaan ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma. Tiedon kirjaaminen on tärkeää myös hoidon jatkuvuuden kannalta. Hoitosuunnitelman käyttö hoitotyön apuvälineenä on oleellista valvontayksikön hoitotyössä. Etenkin vaikeasti sairaiden potilaiden kohdalla hoitosuunnitelman käyttö korostuu, sillä potilailla on useita samanaikaisia hoitoon liittyviä ongelmia ja hoidossa on huomioitava monia erilaisia tekijöitä.

*”Ja sitte paljon helpompi on sitä kokonaisuutta tehdä semmosesta vaikeemmasta potilaasta, jolla on paljon enemmän kommervenkejä, esimerkiksi paljon enemmän ongelmia sitten kun tulee kotiutus ajankohtaiseksi niin hyvin paljon enemmänhän sitä tehdään.”*

Kirjallisesta hoitosuunnitelmasta näkyy potilaan hoidon tavoitteet, toteutunut hoito ja hoidon arviointi. Siten hoidon dokumentointi tekee näkyväksi potilaalle annetun hoidon kokonaisuuden. Kirjaamisen avulla voidaan varmistaa, että potilas on saanut hänelle kuuluvan hoidon. Myös ristiriitatilanteissa kirjattua tekstiä voidaan käyttää todisteena tapahtuneesta.

*”...sitte jos on tullu joku semmonen konfliktitilanne tai mitä sitte on tapahtunut, jotaki niin sitte tosiaan se oma kirjaaminenhan sen sitte ratkasee sitte että sitä on hirveen vaikee millään muulla todistaa, että kyllä mä sen näin tein.”*

## **Tekninen osaaminen**

Tutkimusaineiston analyysissa nousi vahvasti esiin sairaanhoitajien teknisen osaamisen tärkeys. Valvontayksikössä teknisten laitteiden osuus hoitotyössä on merkittävä. Sairaanhoitajat toivatkin esiin, että teknisten laitteiden määrä lisääntyy koko ajan. Keuhkosairautta sairastavien potilaiden valvontayksikön hoitotyössä korostuvat hengitystä tukevat laitteet. Keskusteltaessa valvontayksikön

ja teho-osaston välisistä eroavaisuuksista haastateltavat painottivat hengityskoneen ja hengitystä tukevan laitteen välistä eroa. Varsinaiset hengityskoneet ovat käytössä teho-osastoilla.

*”No suurin ero just se että meillä ei oo respiraattoreita, hengityskoneita. Et meillä on ne hengitystä tukevat laitteet BiPAP, CPAP käytössä.”*

Yleisiä ovat myös erilaiset infuusiolaitteet, imulaitteet, dreenit ja katetrit. Seurantamonitorit ovat kiinteä osa hoitovälineistöä.

Nopeasti vaihtuvat tilanteet edellyttävät jatkuvaa toimintavalmiutta. Siksi laitteiden kokoaminen ja niiden toimintavalmiudesta huolehtiminen on tärkeää osata. Sairaanhoitajat kuvailivat teknisen osaamisen vaativan erityisesti käden taitoja. Laitteiden toimimattomuus vaikeuttaa työntekoa ja vie sairaanhoitajilta ylimääräisiä resursseja. Äkillisissä tilanteissa on pystyttävä luottamaan siihen, että hoidossa tarvittava välineistö on toimivaa.

*”Jos tulee semmonen akuutti tilanne että tarvitaan äkkiä tukea hengitykseen niin hoitaja ottaa koneen, rakentaa sen sinne...”*

Hoitotyö valvontayksikössä edellyttää teknisten laitteiden käytön hallintaa. Uuden sairaanhoitajan aloittaessa työtään valvontayksikössä on tärkeää perehdyttää hänet teknisten laitteiden käytön osaamiseen.

*”...et hän vois keskittyä ihan pelkästään siihen valvontayksikön koneiden oppimiseen ja niihin tilanteisiin ja sitte että mitä se on se valvontayksikön potilaan hoitaminen...”*

Edellytyksenä tekniselle osaamiselle on jatkuva omien taitojen ylläpitäminen. Tämä mahdollistuu, kun laitteiden käyttäminen on säännöllistä. Sairaanhoitajat ilmaisivatkin toiveensa siitä, että laitteiden käytöstä muodostuisi jokapäiväinen rutiini. Rutiinin puuttuessa taidot helposti unohtuvat. Teknisten laitteiden toiminnan perusteiden ymmärtäminen on myös edellytyksenä taitavalle käytölle.

*”Kauheen harvoinhan sitä käytetään että kyllä monta kertaa tulee mieleen yölläkin nyt kun yhtäkkiä pitäs niin mites se olikaan vaikka se on hyvin yksinkertainen, mutta kun se ei oo semmosta jokapäiväistä rutiinia.”*

*”Mulle oli ainaki sillon se että hetkinen miten ne menneekään ne paineet siellä. Se oli niinku se että ennenku hiffas sitte sen että ossaa selittää potilaalle ja ommaisillekin että mitä tässä niinku että onko tämä hengityskone.”*

## Taito turvata potilaan peruselintoiminnat

Kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä korostuu vitaalielintoimintojen turvaaminen. Potilaan hengityksen tukeminen koneella on oleellinen osa potilaan hoitoa. Lähes kaikki valvontayksikköön tulevat potilaat tarvitsevat tukea hengitykseensä.

*”Elikkä jos ne vielä tarttee vaikka CPAP:ia tai BiPAP:ia eihän hengityskoneeseen ei tuu ennää tuohon...Niin, joku tuki niillä vielä pitää olla ne tullee tohon.”*

*”COPD:n pahenemisvaihe ja hiilidioksidiretentio ja sitten yleensä nää lihavuuden aiheuttamat hypoventilaatiot ovat paljon lisääntyneet ja ne on niitä jotka monesti vaatii melkein 24 tuntia kaksoispaineventilaattorihoitoa ensi alkuun ennen kuin sitte taas päästään jonkun näköiseen hoitotasapainoon.”*

Potilaan hengitystoiminnan turvaamiseen liittyy oleellisesti hengitysteiden eritteiden poistaminen. Potilaan limanerityksen seuraaminen ja imemisen tarpeen huomiointi kuuluvat hoitotyön rutiineihin.

Lääkehoito on oleellinen osa potilaan hoitoa. Lääkkeitä annetaan sekä enteraalisesti että parenteraalisesti. Suonensisäistä lääkitystä varten potilailla on usein keskuslaskimokatetri tai perifeerinen lääkkeenantokanyyli, joskus voi olla molemmat. Keuhkosairautta sairastavilla potilailla lääkitykseen sisältyvät myös hengiteltävät lääkkeet.

*”Spiralälääke keuhkopotilaalla menee paljon hengitettäviä muutaman tunnin välein melkein säännöllisesti annetaan, pitää muistaa huolehtia että se on...”*

Potilaat ovat usein niin huonokuntoisia, että ravitsemuksen turvaaminen edellyttää joko suonensisäistä infuusiota tai nenämahaletkun kautta tapahtuvaa ravinnon antoa. Ravinnon antaminen voi tapahtua myös vatsanpeitteiden läpi asennetun PEG-letkun avulla.

Sairaanhoitajat kuvailivat monenlaisia kädentaitoja vaativia hoitotoimenpiteitä, jotka liittyvät oleellisesti potilaan peruselintoimintojen turvaamiseen. Erityisesti korostuivat hapen antaminen ja potilaan hengitystä helpottavan asennon huomioiminen. Hapen antamisessa on kuitenkin oltava erityisen huolellinen keuhkosairautta sairastavan potilaan hoidossa. COPD:tä sairastava potilas voi liian runsaan hapetuksen seurauksena mennä vain huonompaan kuntoon, kun veren hiilidioksidipitoisuus saattaa nousta liian korkeaksi. Sairaanhoitajien pitääkin olla tietoisia siitä

milloin lääkärin konsultointi on tarpeellista. Happihoidon toteuttaminen on yksi tärkeä osaamisen alue.

*”Tietenki katotaan että jos saturaatiot lähtee laskemaan niin me pystytään sitä happiprosenttia nostelemaan siellä sitte että mutta sitte taas että ei ala hiilidioksidia keräämään niin se...täytyy yleensä pitäs niinku lääkärin kautta nämäki asiat tulla.”*

*”Tosin kaikillehan ei voi happea nostaa silleen että...on semmosia sairauksia että...”*

Potilaalle laitetaan trakeostomia, jos hengityksen mekaaninen tukeminen on pitkäaikaista. Sairaanhoidajat toivatkin esiin trakeostomoidun potilaan hoitotyön osaamisen tärkeyden. Siihen liittyy kiinteästi liman imeminen, jossa korostuu aseptisen toiminnan hallinta. Sydänfilmin ottamiseen ja erilaisten katetriiden sekä drenien käyttöön liittyvät kädentaidot kuuluvat sairaanhoidajien osaamisalueisiin. Erityisesti päivystysaikana sairaanhoidajat ottavat potilaista myös verinäytteitä. Huomioitava on myös potilaan perushoito, johon kuuluvat esimerkiksi syöttäminen ja ihon hoidosta huolehtiminen.

### **Taito toimia intuitiivisesti**

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoidajat kertoivat toimivansa usein intuition perusteella. He kuvailivat tilanteita, joissa heille tulee tunne siitä, että potilaalla ei ole kaikki hyvin. Tämä siitäkin huolimatta, että selviä ulkoisia merkkejä potilaan huonovointisuudesta ei vielä ole nähtävissä. Potilaskin saattaa sanoa asioiden olevan kunnossa sairaanhoidajan sitä häneltä kysyessä. Intuitiivinen toiminta vaatii sairaanhoidajalta myös herkkyyttä olla avoin omille tuntemuksille.

*”Mutta sitte niinku taas semmosiaki tilanteita että vaikka koneet näyttää niinku hyvää ja potilas väittää toisin, mutta hoitajan silmissä se ei niinkö näyttäkään hyvältä eikä nää nyt niinku voi olla oikeen, että tuota kun kokee, että se potilas tekee todellakin töitä esimerkiks niinku hengityksen suhteen ja potilas sanoo, että ei tässä nyt niinku mitään hätää oo. Että kuitenkin on koko ajan semmonen tunne itellä, että kyllä, kyllä tässä niinku jotakin on muutakin kun ihan tämä.”*

*”Me ollaan niinkun herkällä korvalla, herkällä siis niinku huomaamaan asioita et noihan on hirveen semmosia missä tavallaan se hoitajan pitää olla kauhean semmonen taitava ettei niinkun...”*

Tutkimusaineistossa nousi esiin kokemuksen mukanaan tuoma osaaminen. Mitä useammissa samanlaisissa tapahtumissa sairaanhoidajat olivat olleet mukana sitä paremmin he osasivat toimia vastaavanlaisissa tilanteissa myöhemmin. He kertoivat, että kokemus opettaa näkemään asioita



laajemmin. Työ edellyttää taitoa tehdä johtopäätöksiä. Aikaisempi kokemusperäinen tieto helpottaa johtopäätösten tekemistä.

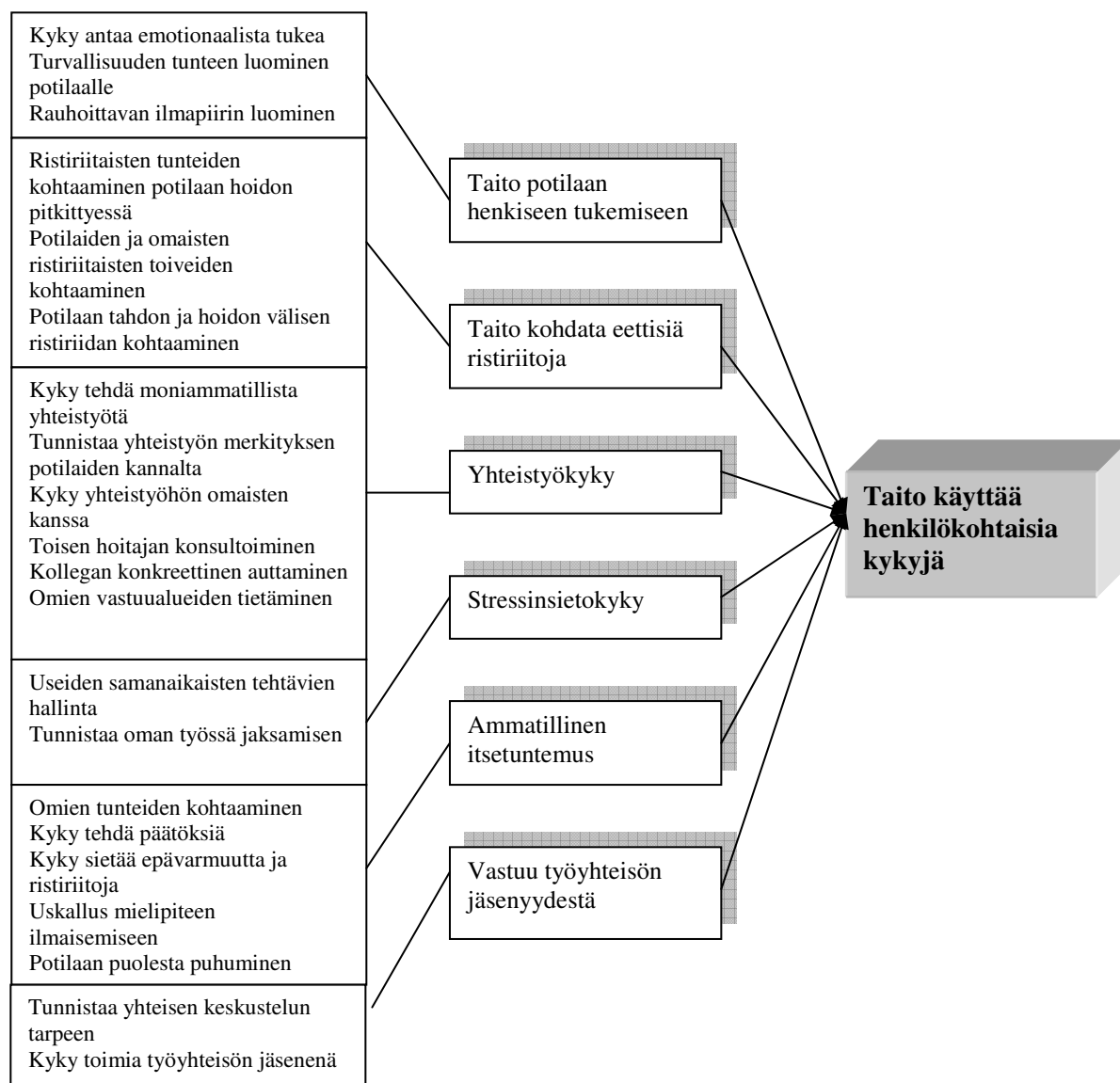
*”...osaa viedä hyvin pitkälle sitä hoitoa jo ja se vaatii kyllä vuosien kokemusta siitä, että pystyt tekemään ratkaisuja.”*

*”Kokemus tuo semmosen että ei steppaa siellä huoneessa koko ajan niin ku pois vaan osaa olla niin hyvä tai semmonen rauhallinen siinä tilanteessa.”*

Luonteenomaista valvontayksikön hoitotyölle ovat nopeasti muuttuvat tilanteet. Potilaan vointi saattaa nopeasti huonontua kriittiseksi. Siksi jatkuvan tarkkailun merkitys korostuu. Potilaasta saamansa informaation avulla sairaanhoitajan on kyettävä tekemään nopeita johtopäätöksiä mahdollisesta potilaan hoidon tarpeesta. Pitää myös osata arvioida nopeasti, mitkä toimenpiteet on tehtävä ensimmäisenä. Kyky priorisoida akuutissa tilanteessa on oleellista sairaanhoitajan osaamiselle.

### **5.1.2. Taito käyttää henkilökohtaisia kykyjä**

Yläkategoria ”taito käyttää henkilökohtaisia kykyjä” muodostui kuudesta alakategoriasta: ”taito potilaan henkiseen tukemiseen”, ”taito kohdata eettisiä ristiriitoja”, ”yhteistyökyky”, ”stressinsietokyky”, ”ammattillinen itsetuntemus” ja ”vastuu työyhteisön jäsenyydestä” (Kuvio 3).



Kuvio 3. Taito käyttää henkilökohtaisia kykyjä

### Taito potilaan henkiseen tukemiseen

Tutkimusaineiston analyysin pohjalta nousi esiin potilaan emotionaalisen tuen tarve. Potilas voi olla hyvin ahdistunut omasta tilanteestaan. Pelko sairauden äkillisestä pahenemisesta on läsnä koko ajan. Vaikea tilanne saattaa olla myös hengitystä tukevan laitteen asettaminen potilaalle. Alkuvaiheessa potilaat voivat kokea laitteen käytön epämiellyttävänä. Sekava potilas saattaa

vastustaa voimakkaasti hoitotoimenpiteitä. Sairaanhoitajalta vaaditaan taitoa saada potilas yhteistyökykyiseksi ja myös ymmärtämään hoidon tarkoitus.

*”Millä tavallaan sen sais sen potilaan niin kun ko-operoimaan ja ymmärtämään että se on sen parhaaksi vaikka se tuntuu niin...jotenkin varmaan se on semmosta niin kun että voi voi millä mä nyt auttasin.”*

On tärkeää muistaa kertoa potilaalle hoitotoimenpiteiden tarkoitus. Asiallinen tieto auttaa potilasta ymmärtämään hoidon tarkoituksen.

Sairaanhoitajat kohtasivat työssään usein tilanteita, joissa potilaan siirtyessä toiseen hoitoyksikköön ympäristön muutos aiheutti potilaalle pelkoa ja paniikinomaisia tuntemuksia. Erityisesti niissä tilanteissa korostui potilaan tarve sairaanhoitajan läsnäoloon, läheisyyteen ja kosketukseen.

*”Kyllä niinku on sitte sen ahdistelevan luona enemmän ja mä käytän paljon kosketusta just sillai että niin ku potilaan lähellä, niin se jo tuo sitä helpotusta siihen tilanteeseen.”*

*”Ne soittaa sitä kelloa ihan sen takia että ne ei nää ketään ihmistä.”*

Potilaan turvallisuuden tunnetta lisää tieto siitä, että sairaanhoitajalta saa avun ajallaan. Soittokellon jättäminen potilaan ulottuville on tärkeää, jotta avun pyytäminen onnistuu. Lupauksen pitäminen viestittää potilaalle tietoa sairaanhoitajan luotettavuudesta. Kiireestä huolimatta rauhallisen ja kiireettömän ilmapiirin luominen saa potilaan tuntemaan olonsa turvalliseksi ja luottavaiseksi.

*”Oma rauhallisuus on ainakin ihan ehdoton edellytys, ettet sä mee mukaan että ´voi voi että nyten ahdistaa´...”*

*”Se kiire ei kyllä siellä saa näkyä siellä huonokuntoisen luona.”*

### **Taito kohdata eettisiä ristiriitoja**

Tutkimusaineiston analyysin pohjalta nousi voimakkaasti esiin eettisten kysymysten aiheuttamat ristiriitaiset ajatukset sairaanhoitajilla. Näissä tilanteissa sairaanhoitajan henkilökohtainen arvomaailma saattaa olla erilainen kuin hoitokulttuurissa esiintyvät arvot. Sairaanhoitajalta vaaditaankin taitoa kyetä toteuttamaan hoitokulttuurin mukaista hoitotyötä, vaikka toiminta saattaakin olla ristiriidassa hänen omien arvojensa kanssa.

He kohtasivat tilanteita, joissa potilaan hoidon jatkaminen näytti aiheuttavan kärsimystä potilaalle. Aktiivinen hoitaminen potilaan elämän loppuvaiheessa tuntui sairaanhoitajista vaikealta kohdata. Eräs sairaanhoitajista kuvaili tunteitaan seuraavasti:

*”Oikeen huonokuntonen COPD-potilas esimerkiksi siirretään tuolta henkiahieverissä jostain tuolta muulta osastolta tänne johonki BiPAP-laitteeseen ja on niinku viimesillään kuitenkin ja tiedetään, että se ei niinku muuta ku pitkittää vaan sitä potilaan olemista ja koko ajan kärsii potilas. Niin semmoset on minusta ainaki hirveen vaikeita tilanteita, että näkee, että potilas kärsii siinä laitteessa ja saattaa olla sekava jo että haluais pois että kokee se potilas vaikeeksi ku on tiukka maski pistetään päälle ja köytetään pahimmassa tapauksessa kiinni sänkyyn, että se maski pysyy ja aattelee että viimeset vaiheet on menossa niin semmosta kuolemaa ei kenellekään toivo.”*

Hankalia tilanteita saattoi tulla myös silloin, kun potilaan ja omaisten toiveet hoidosta olivat ristiriitaisia. Joidenkin potilaiden kohdalla saattoi olla niin, että potilas itse olisi halunnut jo luopua aktiivisesta hoidosta, mutta omaiset toivoivat hoidon vielä jatkuvan. Sairaanhoitajat kertoivat, että on helppo ymmärtää omaisten hätä läheisensä puolesta ja toiveet elämän ylläpitämisestä. Toisaalta sairaanhoitajat näkivät kuitenkin potilaan kärsivän ja potilas toivoi saavansa olla rauhassa ilman aktiivisia hoitotoimenpiteitä.

Erityisesti sekavien potilaiden kohdalla tuli esiin potilaan vastustus hoitotoimenpiteitä kohtaan. Mutta vastaavanlainen tilanne saattoi tulla eteen myös muidenkin potilaiden kohdalla. Sairaanhoitajille oli vaikeaa kohdata tilanteita, joissa he joutuivat osittain pakottamaan potilaan suostumaan hoitoonsa.

*”Se on sekava ja nyt se ei ymmärrä tilaansa, me vaan pidetään ja pakotetaan.”*

*”Se on monesti hirveintä kun joutuu sitomaan kädet kiinni, maski naamalle, jos aattelee monesti, että jos se oksentaa tai mitä tahansa tapahtuu.”*

*”Et ainoo mitä voidaan tarjota on 24 tuntia vuorokaudessa kaksoispaineventilaattori, siinä vähän ruokaa välissä suuhun ja näin. Ihminen ei halua sitä vaihtoehtoa ottaa mutta hänelle ei oo muuta tarjota.”*

## **Yhteistyökyky**

Tutkimusaineiston analyysin tuloksissa on selvästi nähtävissä sairaanhoitajien työn moniammatillinen luonne. Sairaanhoitaja on koko ajan työssään tekemisissä sekä potilaiden, toisten

työntekijöiden että omaisten kanssa. Yhteistyökyky on välttämätöntä sujuvan työskentelyn onnistumiseksi ja potilaan hyvän hoidon takaamiseksi.

*”Kyllä se että jokainen tietenkin vois omalla kohallaan niin hoitajat kuin lääkäritkin miettiä että mikä se on sitte tavallaan että potilaan eduksihan me tässä niinku toimitaan sitte että minkä takia sen yhteistyön ois tärkeää toimia eikä sitte silleesti miettiä vaan sitä ommaa kantaansa siinä.”*

Potilaiden hoidon haastavuus edellyttää monien asiantuntijoiden yhteistyötä. Sairaanhoidtaja on koko ajan lähellä potilasta, jolloin hän on avainasemassa huomaamaan potilaan mahdollisen muun asiantuntija-avun tarpeen. Fysioterapeutit ovat hyvin kiinteässä yhteistyössä sairaanhoitajien kanssa potilaan hoidossa. Sosiaalityöntekijä ja ravitsemusterapeutti ovat usein mukana potilaan hoitotiimissä. Erikoislääkäreiden konsultaatiot ovat yleisiä. Yhteistyö röntgenosaston ja laboratorion kanssa kuuluu yleensä päivittäisiin rutiineihin. Muita asiantuntijaryhmiä voivat olla puheterapeutti, toimintaterapeutti ja sairaalapastori. Myös yhteydenpito muihin hoitoyksiköihin on osa yhteistyötä varsinkin potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen.

Omaiset ovat kiinteä osa potilaan elinpiiriä ja siksi heidän huomioimisensa hoitotyössä on oleellisen tärkeää. He tuntevat potilaan parhaiten ja ovat joskus avainasemassa antaessaan potilasta koskevia hoitopäätöksiä varten tarvittavia oleellisia tietoja, jos potilas ei siihen itse kykene. Aina omaisten kohtaaminen ei ole helppoa, kun kyse on vakavasti ja kriittisesti sairaista potilaista.

*”Mutta eettisessä päätöksenteossa niin tavallaan niinku hoitajan rooli monta kertaa niinku äsken puhuttiin että mikä siinä on vaikeinta niin se omaisten kohtaaminen ja se sen semmonen...jos potilas voi kamalan huonosti, on kamalan kriittisesti sairas ehkä tajuton, ei pysty ite sanomaan, omaiset on hädissään, haluaa autettavan.”*

Lähin yhteistyökumppani on tietenkin oma kollega. Sairaanhoidtajat kokivatkin kollegan avun ja tuen hyvin tärkeänä. Työkaverilta kysytään neuvoja ja haetaan tukea vaikeissa tilanteissa.

*”...että hei tuu kattoon miltä tää nyt näyttää, mitä tässä vois tehdä. Tukea, apua, neuvoja, lisätietoo, kokemustietoo mitä nyt hakeekin siltä toiselta.”*

*”Ei oo vielä kauaa ollu niin sitte voi että tuut kysymään, oikiasti jos tulee jotaki ei niinku, et se on joskus hyvä että pääsee sitte sillä tavalla oppimaan.”*

Toista sairaanhoitajaa konsultoidaan myös laajemmin kuin vain omassa työyksikössä. Erityisesti erikoisosaamista vaativissa hoitotoimenpiteissä ohjeita ja neuvoja saatetaan kysyä toisen erikoisalan yksiköstä.

*”Teholle yleensä soitetaan, jos on jotaki semmosia lääkkeitä mitä meillä harvemmin mennee tai joku semmonen erikoisempi lääke, antibiootti tai joku vastaava niin sitte kysytään, että miten te ootte laimennellu, että jos on itellä epävarmuutta siitä että niin ei oo aikasemmin tullu eteen, kysyy sitte sieltä.”*

*”Gastropuolen hoitajia just tulee konsultoitua niitten PEG-asioitten suhteen. Se riippuu sitten, että mitä sille potilaalle on tehty. Jos sille on tehty leikkauksia niin kyllä mä aika herkästi soitan kirurgiselle osastolle ja kysyn jos mä en tiedä jotain siitä asiasta että mitä minun pitäis tehdä.”*

Haastatteluissa nousikin esiin ajatus systemaattisemmasta kollegan konsultoinnista. Konsultointia helpottaisi, jos eri yksiköissä olisi tietty henkilö, jolta voisi tarvittaessa kysyä neuvoja. Nyt konsultoinnit ovat sattumanvaraisia sen suhteen kuka kussakin yksikössä antaa konsultointiapua.

Kollegan konkreettista apua tarvitaan myös ihan fyysisessäkin työssä. Vaikeahoitoisten potilaiden perushoito ei onnistu yhden sairaanhoitajan tekemänä. Erityisesti sekavien potilaiden hoidossa tilanteet voivat olla turvattomuutta aiheuttavia sekä potilaalle että sairaanhoitajalle. Kollegan apu on välttämätöntä.

*”Mulla itelläki on just semmosia kokemuksia että et tota noin niin oli yks semmonen sekava potilas siellä ja sit mä olin jotaki toista tekemässä toisen potilaan kans, sille vaihtamassa kanyyliin kalvoa ku se ei vetäny kynnolla. Sitte mä niinku kuulin kauheaa rytinää, että nyt se tulee laitojen ylitte ja mulla oli pakko heittää irti ja kanyylit lähtee irti, että siis kaikki niinku mennee ihan jos tosiaan jotaki tulee niin ei ei siinä sitte.”*

Selkeä kuva omista tehtävä- ja vastuualueista helpottaa yhteistyön sujuvuutta. Yhteistyö lääkärin kanssa on tiivistä ja tärkeää onkin tunnistaa sairaanhoitajan ja lääkärin välisten vastuualueiden rajat.

*”Happee me saahaan vaihella niinku ite jos näyttää että...toki aina ilmotetaan lääkärille että ollaan vaikka jouduttu nostaan paljo happee mutta tuota säätöjä ei saa mennä omin lupin tekemään.”*

## Stressinsietokyky

Työ valvontayksikössä ja kriittisesti sairaiden potilaiden kanssa on vaativaa ja hektistä. Töiden päällekkäisyys vaatii sairaanhoitajalta kykyä hallita useita tehtäviä yhtaikaa. Varsinkin aamuvuoroissa lääkärinkierrolle osallistuminen ja potilaiden hoitotoimenpiteiden tekeminen saattoi keskittyä samaan ajankohtaan. Myös nopeat tilanteiden muuttumiset vaativat sairaanhoitajalta kykyä sietää monien tehtävien samanaikaisuutta.

*”Aamupesut ja lääkärinkierrot ku on yhtaikaa niin se on aika tiukka ´tilanne´ yhdistelmänä, että pitäis olla lääkärinkierrolla mukana, mutta pitäis olla myös pesemässä potilaita.”*

*”Sattu kaikkia ja huonokuntosia potilaita ja ku kaikki jos yks rupiaa voimaan huonosti ja kohta toinenki niin siinä ei yksinkertaisesti riitä yks hoitaja.”*

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat toivat esiin hoitotyön vaativuuden ja raskauden. Vaikeahoitoiset potilaat tarvitsevat monenlaista apua. Tärkeää on tunnistaa oman jaksamisensa rajat ja tarve mahdolliseen työympäristön vaihdokseen välillä.

*”Varsinkin tällaiset et ku ne on vaativia potilaita, ne vie niinku paljon et ihmiset jaksaa.”*

*”Ei sitä jaksa, on aivan liian rankkaa, sieltä pittää päästä pois välillä.”*

## Ammatillinen itsetuntemus

Sairanhoitajat kohtaavat työssään tilanteita ja tapahtumia, joissa saattaa nousta voimakkaana esiin erilaisia ristiriitaisia tunteita. Ammatillisuutta vaaditaan, jotta pystyy kohtaamaan omat voimakkaat tunteensa ja tiedostamaan niiden johtuvan työstä. Sairanhoitaja voi kokea olonsa esimerkiksi avuttomaksi, ahdistuneeksi tai riittämättömäksi.

*”Sitte semmonen että tekee kaikki mitä ikinään keksii ja mistään ei oo mitään iloo.”*

*”Sillonko Visionia käytetään niin sillon sillä potilaalla on ylleensä hätä ja sillä on hengen tai niinku hengittäminen vaikeaa ja se on sillonki niinku se tilanneki on jo vähän jolle...monelle hoitajalle semmonen ahistava.”*

*”Et semmonen riittämättömyys tavallaan voi tulla sitte.”*

Sairaanhoitajat kuvailivat tapahtumia työssään, jolloin tarvitaan kykyä itsenäiseen päätöksentekoon. Kriittiset ja nopeasti muuttuvat tilanteet vaativat sairaanhoitajalta kykyä tehdä päätökset nopeasti.

*”Mutta yleensä ne tulee näiden kriittisesti sairaiden kohdalla nimenomaan, että täytyy äkkiä tehdä päätöksiä.”*

Sairaanhoitajat kertoivat joutuvansa joskus tilanteisiin, joissa on epävarmaa kuinka potilasta pitäisi hoitaa. Toisaalta on päätetty, että potilaan aktiivinen hoitolinja ei enää jatku, mutta toisaalta, tilanteen muuttuessa äkillisesti kriittiseksi, tehdäänkin sovitun hoitolinjan vastaisia toimenpiteitä. Eteen tulee myös päinvastaisia tilanteita. Työskentelyilmapiiri voi olla ristiriitainen ja epävarma. Siitä huolimatta sairaanhoitajien on kyettävä tekemään työtään.

Usein sairaanhoitaja on tilanteessa, jossa hän toimii ikään kuin potilaan ”asianajajana”. Työskennellessään lähellä potilasta sairaanhoitaja voi huomata jonkun potilasta koskevan asian, joka olisi tärkeää viestittää eteenpäin eikä potilas itse sitä osaa tai voi tehdä. Aina tällaiset asiat eivät kuitenkaan ole helppoja tuoda julki. Sairaanhoitajalta vaaditaan uskallusta oman mielipiteen ilmaisemiseen.

*”Joskushan se lähtee hoitajasta tämä idea et sit ku sanoo lääkärille, että pitäiskö tässä nyt mieltä, että mitä me tehdään jos tämä tilanne huononee, että hoitaja tuo sen asian, niin ku nostaa kissan pöydälle.”*

Eteen tulee tilanteita, joissa potilas ei sairautensa ja huonon vointinsa vuoksi ole kykenevä ilmaisemaan itseään. Silloin korostuu sairaanhoitajan taito puhua potilaan puolesta. Siihen liittyy myös omaisten informoiminen potilaan tilanteesta. Erityisesti potilaan voinnin muuttuessa on tärkeää välittää tietoa omaisille.

*”Koska hän on eri lailla, hän ei pysty pitämään puoliaan. Ja siinä tietysti hoitajan rooli korostuu ihan hirveesti myöskin, koska hänhän ei voi niinku valvoo mitenkään niinkun yleensä.”*

*”Puhelinliikenne korostuu sitte koska tämmönen potilas ei nyt ite pysty kertoon siitä voinnistaan. Harvemmin pystyy ainakin et silloin se korostuu just nimenomaan se että ollaan puhelimitse yhteydessä sitte ja myös soittelevat usein sitten.”*



## Vastuu työyhteisön jäsenyydestä

Haastatteluissa sairaanhoitajat ilmaisivat selkeästi tarpeensa yhteiseen keskusteluun työyhteisössä. On tarvetta vaihtaa ajatuksia ja näkemyksiä esimerkiksi työn tekemisen tavoista ja erilaisista kokemuksista. Haastateltavat kuvailivat ”yhdessä pähkäilemisen” olevan hedelmällistä erityisesti niiden potilaiden kohdalla, joiden hoito on laaja-alaista. Toisten mielipiteiden kuuleminen avartaa myös omaa näkökulmaa. On helpottavaa tietää, että yksin ei tarvitse kaikesta selvittää. Myös eettiset asiat ovat usein yhteisen keskustelun kohteena. Kollegiaalisuuden merkitys työyhteisön voimavarana nousi haastatteluissa esiin.

*”Auttaa niinku tavallaan sitä hoitamista eli tavallaan se kuormittavuus on paljon pienempi ku on semmonen taustaideologia. Ainakin että voidaan niinkun, on tämmönen kollegiaalisuus, et voidaan niinkun niitä ongelmatilanteita tai ettei mun tartte osata ratkaisua kaikkiin mikä tulee eteen. Että on tietynlainen se yhteisön tuki että mikä se nyt sitten, vaikka se nyt olis sitten näin että se on yksilövastuista hoitotyötä, mut että et niinku nyt kaikessa muussakin mun mielestäni niin auttaa jaksaan näissä meidän yhteisöissä just tämmösissäkin se, että vaikka me kuinka hoidetaan omahoitajina jotakin niin meillä ois kauheen vahva semmonen yhteisöllisyys siinä työyhteisössä eli tavallaan meillä ois niinku ei ois mitään kynnystä kollegan kans keskustella.”*

Työyhteisön hyvä ilmapiiri koetaan jaksamisen kannalta hyvin tärkeänä. Vastuu siitä on kaikilla työntekijöillä. Sairaanhoitajat arvostavat mahdollisuutta konkreettisten neuvojen ja ohjeiden kysymiseen kollegalta. ”Yhteen hiileen puhaltaminen”, kollegan auttaminen ja toisen ammattitaidon kunnioittaminen ovat tunnusmerkkejä, joilla kuvailtiin toimivan työyhteisön ominaisuuksia.

*”Niin se on kaikilla vastuu siitä ilmapiiristä.”*

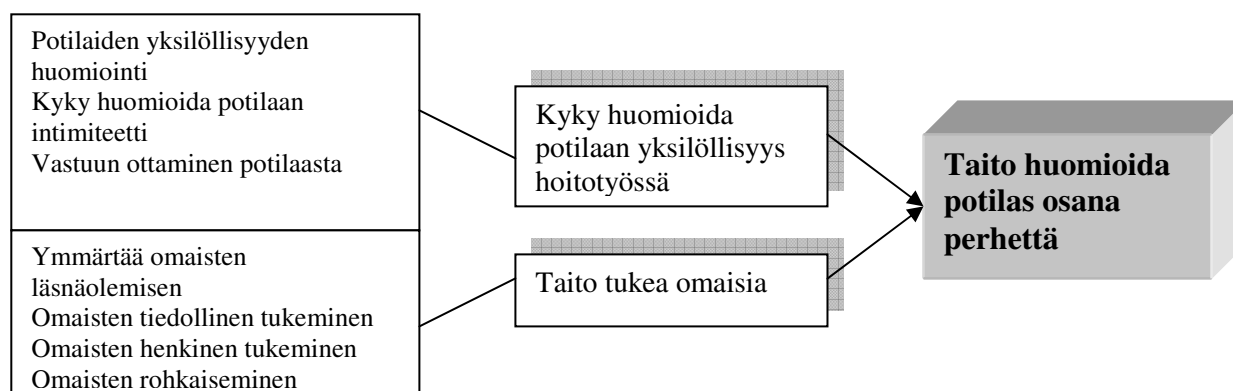
*”Yhteishenki tavallaan, yhteen hiileen puhaltaminen.”*

*”Mutta semmonen työyhteisö mikä niinku tavallaan tukis toinen toistansa, yhteishenki.”*

*”Ja sit kunnioittaa sitä toisen ammattitaitoa, että jos se sanoo jotain niin luottaa siihen.”*

### 5.1.3. Taito huomioida potilas osana perhettä

Tutkimusaineiston analyysin pohjalta yläkategoria ”taito huomioida potilas osana perhettä” muodostui kahdesta alakategoriasta. Ne ovat ”kyky huomioida potilaan yksilöllisyys hoitotyössä” ja ”taito tukea omaisia” (Kuvio 4).



Kuvio 4. Taito huomioida potilas osana perhettä.

### Kyky huomioida potilaan yksilöllisyys hoitotyössä

Sairaanhoitajat kohtaavat työssään hyvin erilaisia potilaita. Potilaalla voi olla pitkäaikainen sairaus taustalla tai sairaalaan on jouduttu tulemaan ilman aikaisempaa kokemusta sairaalahoidosta. Potilaat voivat olla nuoria, joille kokemus sairaalahoidosta voi olla ensimmäinen. On potilaita, joiden sairaus vaatii usein sairaalahoidoa. Hoitosuhteen alkuvaiheessa sairaanhoitaja ei välttämättä tiedä potilaan taustasta vielä mitään. Osittain taustastakin riippuen potilaiden käyttäytyminen voi olla hyvin vaihtelevaa.

*”Ne on usein nuoria ja äkillisiä tilanteita. Ne on aika huonossa kunnossa.”*

*”Niin eihän me tiedetä mitä sillä ihmisellä, kun se tulee sairaalaan niin mikä sillä on jäänyt taakse.”*

*”Varsinkin tällaiset et ku ne on vaativia potilaita, ne vie niinku paljon et ihmiset jaksaa.”*

*”Jos se on tosi paha se tilanne ja on vaikka kaksoispaineventilaattori naamalla...se potilas yrittää ottaa maskia pois ja on hyvin levoton.”*

Tällaisissa tilanteissa korostuu sairaanhoitajan taito kohdata potilas omana yksilönään. Tieto potilaan taustasta auttaa kuitenkin sairaanhoitajaa ymmärtämään potilasta.

Yksilöllisyyden huomiointi tulee esiin myös jokapäiväisissä hoitotyön tilanteissa. Haastatteluissa ilmeni sairaanhoitajien huoli potilaan intymiteettisuojaan säilymisestä. Hoitoyksikön rakenteestakin johtuen on usein tilanteita, joissa potilaat kuulevat toisia potilaita koskevia keskusteluja. Käytännössä on usein lähes mahdotontakin välttyä näiltä tilanteilta.

*”Hän sitte sano että ihan muuten hyvä mutta tuota hän kuuli kaikkien kolmen muun potilaan hoitokertomuksen mutta niin hänestä alettiin puhumaan niin te aloitte supisemaan, että miksi...että hän ois halunnut kuulla omansa eikä niitä muita. Minä vaan tuomasin, että kyllä me yritetään mennä tästä pois.”*

*”Siellähän kaikki kuulee kaikki, eihän siinä oo ku verhot välissä.”*

Sairaanhoitajien vastuulla on usein potilasta koskevan informaation eteenpäin vieminen. Varsinkin päivystysaikana sairaanhoitajalta vaaditaan taitoa havainnoida lääkärin konsultaatiota vaativat tilanteet.

*”Vaatii hoitajalta myös taitoa tavallaan esitelläkin monta kertaa päivystäjälle se asia.”*

Jokaisessa työvuorossa potilailla on tietty sairaanhoitaja, joka myös on kyseisen potilaan vastuuhoidtaja koko työvuoron ajan. Jokainen sairaanhoitaja on vuoronsa aikana vastuussa tietyistä potilaista. Vastuuhoidtajan nimi dokumentoidaan potilaan asiapapereihin. Tässäkin tulee esiin hoitotyön yksilövastuisuus.

*”Se on vastuuhoidtaja silloin, se jonka nimi on siellä, niin se näkyy sieltä.”*

## **Taito tukea omaisia**

Tutkimuksen tuloksissa nousi voimakkaasti esiin omaisten huomioimisen tärkeys ja heidän läsnäolonsa merkityksen ymmärtäminen. Jotkut omaiset haluavat olla aktiivisesti mukana potilaan hoitotyössä. Toisille taas pelkkä potilaan lähellä oleminen riittää. Kriittisesti sairaan potilaan kohdalla omaisilla on usein hätä läheisensä puolesta. Silloin korostuu myös tiedon saamisen tärkeys.

*”Mutta sitte taas joku syömisen avustaminen esimerkiksi, se on ihan ok ja ne tekee mielellään.”*

*”Ne ei varmaan oo konkreettisesti mukana siinä mut ne on varmaan hirveesti mukana siinä niinkun sen tiedon saannin ja läsnäolon, mä luulen. Koska heillä on hätä myöskin koska se on tosi huonossa kunnossa heidän omaisensa niin varmaan semmonen tiedon saanti, semmonen läsnä, mahdollistaa sen että ne pystyy, pääsee näkeen.”*

Potilaan voimien huonontuessa omaisten henkinen tukeminen korostuu. Tiedon antaminen omaisille ja heidän rauhoittelu on välttämätöntä kriisitilanteissa. Tilanteet voivat tulla omaisille täytenä yllätyksenä.

*”Jos se omainen on siinä mukana kun on se kriittisesti sairas ihminen niin kyllähän siinä tulee sitte sen omaisen rauhoittelu ja kaikki semmoset aika tärkeeseen rooliin kuitenkin.”*

*”Niin, ahdistaa, ahdistaa ja nyt vaan ahdistaa jotenkin enemmän. Ja monta kertaahan se tuleekin yllätyksenä sitte jos sattuuikin tämmönen exitus sitten. Niin se voi tullakin että mitä, että sehän nyt ihan puhukin kun se lähti vielä ja...”*

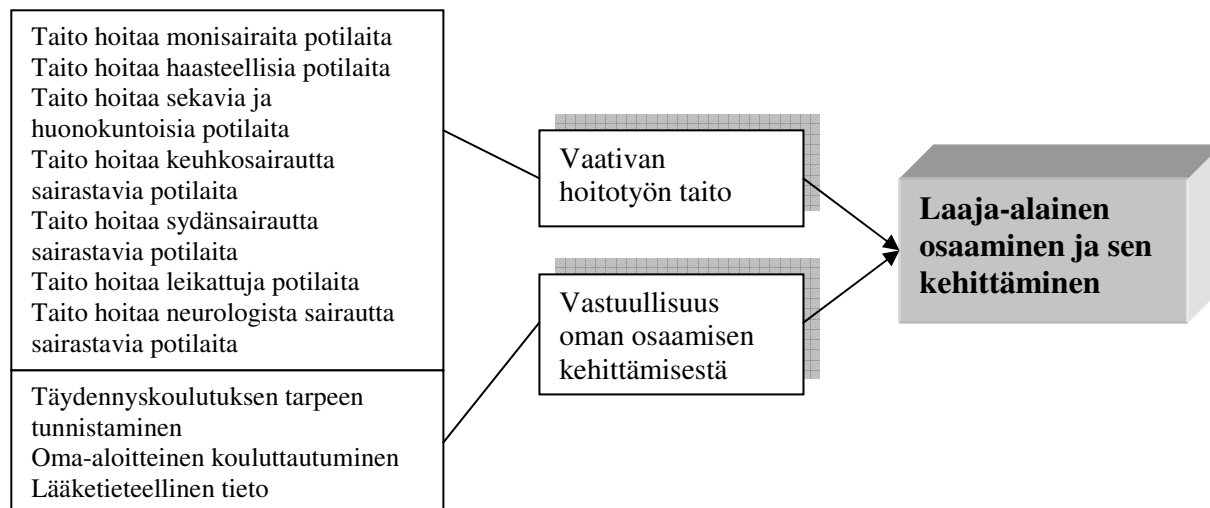
Omaisiet voivat kokea pelottavana kriittisesti sairaan potilaan hoitoympäristön. Potilaat ovat kytkettyinä erilaisiin seuranta- ja hoitolaitteisiin. Omaisiet saattavat kokea olevansa häiriöksi eivätkä uskalla ottaa yhteyttä hoitohenkilökuntaan. Omaisiet eivät halua häiritä kiireistä hoitohenkilökuntaa. Sairaanhoidajalta vaaditaan kykyä rohkaista omaisia tällaisissa tilanteissa.

*”Mut monet kyllä pelkää yhä edelleenkin sitä rekvisiittaa. Lähinnä sit se että on maski naamalla.”*

*”Se voi olla, että siinä on vähän se että aika usein ne sanoo puhelimesta että anteeks häiritsinkö ja keskeytinkö ja ne näkee sen kiireen, niillä on ehkä kumminkin kynnys soittaa että keskeyttääkö jotain.”*

#### **5.1.4. Laaja-alainen osaaminen ja sen kehittäminen**

Yläkategoria ”laaja-alainen osaaminen ja sen kehittäminen” muodostuu alakategorioista ”vaativan hoitotyön taito” ja ”vastuullisuus oman osaamisen kehittämisestä” (Kuvio 5).



Kuvio 5. Laaja-alainen osaaminen ja sen kehittäminen

### Vaativan hoitotyön taito

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat työskentelevät kriittisesti sairaiden potilaiden kanssa, joilla syy sairaalahoitoon on joku keuhkoihin liittyvä sairaus. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että sairaanhoitajat kohtaisivat työssään pelkästään keuhkosairautta sairastavia potilaita. Tutkimusaineiston analyysin pohjalta nousi esiin hyvin runsas erilaisten sairauksien kirjo, jonka sairaanhoitajat työssään kohtaavat. Potilaat ovat usein monisairaita ja hoitotyö on haasteellista.

*”Aika paljon, aika haastavia potilaita, että meille tulee paljon tuolta anestesioteholta tulle potilaita ja ne on monisairaita ja meillä se niinku haasteellisuus on niinku, nousee niinku oikeastaan koko ajan.”*

*”Koska loppujen lopuksi hyvin harvoinhan ne on niinku ihan puhtaasti, onhan nyt joskus, mutta hyvin puhtaasti tämmösiä ventilaatiovajauspotilaita tai tällasia. Niillä on yleensä paljon kaikkea muuta, jotka just vaikuttaa sit siihen hoitoon.”*

Oleellinen ero valvontayksikön ja teho-osaston hoitotyön välillä on se, että teho-osastolla potilaat ovat usein sedatoituina, mutta valvontayksikön potilailla ei jatkuvan sedatoivan lääkityksen käyttö ole yhtä järjestelmällistä. Tämä tuo mukanaan omat haasteensa valvontayksikön hoitotyöhön. Teho-osastolta valvontayksikköön siirtyvillä potilailla saattaa olla sedaation jälkeistä sekavuutta.

*”Ja se on just se että teholta ku potilaat tulee ne on ollu siellä sedatoituna ja sitte ku ne tulee tänne näin niin eihän meillä niinku oo tämmösiä ei me mittää ”propopoleja” pistetä suoneen niin sitte ku ne alkaa siinä virkoamaan niin sehän voi olla sitte monesti just tämä vaihe että sitte on se jonku aikaa siitä sekavia ja ei niinku sitte.”*

Potilaan sekavuuden syynä saattaa olla myös hiilidioksidiretentio. Tämä on tärkeää huomioida erityisesti keuhkosairautta sairastavien potilaiden hoitotyössä.

*”Ja sitte ku on konneessa potilaat voi mennä äkkiä sekasi ku on hiilidioksidit vaikka nousee tai jotaki muuta niin tuota se on ihan mahoton yksinään olla esimerkiksi vaikka yövuorossa.”*

Varsinainen hoitoon tulon syy potilailla on jokin keuhkosairaus. Se voi olla esimerkiksi keuhkohtaumatauti eli COPD, astma, infektio, keuhkoembolia, keuhkofibroosi, keuhkokuume tai hengityksen vajaatoiminta. Keuhkosairauden lisäksi potilailla voi olla jokin sydänsairaus. Tutkittavien haastatteluissa nousi usein esiin sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoitotyö. Hoitotyössä tuleekin eteen tilanteita, joissa aina ei pystytä heti sanomaan onko potilaan hengenhädistyksen taustalla keuhkoista vai sydäimestä johtuva sairaus. Siksi sairaanhoitajat kohtaavatkin työssään varsin usein myös sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita.

Potilailla saattaa olla leikkauksen jälkeinen infektio, joka vaatii hoitoa valvontayksikössä. Samanlainen tilanne saattaa olla infektion saaneella neurologisella potilaalla.

*”Ensimmäinen päivä leikkauksesta saattaa tulla keuhkokuumeessa tai jossakin siirretään. Ja samoin niinku neurologisista sairauksista tavallinen sisätautisairaus menee ohi et se on niinku tärkeempi hoitaa sitte jos on neurologinen potilas, jos se saa keuhkokuumeen niin se herkästi siirretään.”*

Yhtenä potilasryhmänä ovat myös pelkästään neurologiset potilaat, joiden sairaus aiheuttaa hengityksen vajaatoimintaa. Varsinkin sairauden alkuvaiheessa hoito vaatii valvontayksikön puitteet.

### **Vastuullisuus oman osaamisen kehittamisestä**

Sairaanhoitajat kokivat, että työ tuo mukanaan jatkuvan tiedon tarpeen. Eteen tulee tilanteita, jotka voivat olla uusia kokeneemmallekin sairaanhoitajalle. On tarve selvittää asioiden perusteita. Uuden tiedon oppimisella koettiin olevan motivoiva vaikutus.

*”Et mitä enemmän mulla on niinku tietoa ja mä ymmärrän asioita niin mä motivoidun siihen ja oon sitte”...*

*”Ja sit tavallaan sitte se myöskin auttais siihen semmoseen kun väkisinkin näissä sitte vähän niinku tulee tämmöseks näin, niin, tavallaan ihan niinku motivoitumiseen semmoseen innostukseen kun olis näkemystä laajemmin siihen asiaan.*

Haastatteluissa nousi selvästi esiin myös tietojen päivittämisen tarve. Uutta tietoa tulee koko ajan niin lääketieteessä kuin hoitotieteessäkin. Myös aikaisemmin opittujen tietojen kertaaminen saattaa tulla ajankohtaiseksi.

*”Kyllä se on sitte se päivittämisen tarve sitte. Varsinki sitte jos tulee pitempiä taukoja tiettyjen potilasryhmien hoidossa niin että kyllähän siinä sitte pääsee unohtumaan.”*

Sairaanhoitajat tunnistivat oma-aloitteisuuden merkityksen tiedon etsimisessä. Erilaiset tilanteet voivat herättää mielenkiinnon lisätiedon hankintaan.

*”Ei haittaa vaikka välillä päivittäis niinku asioita ja mitä tulee aina. Pitäs tietenki iteki hoksata että mistä tulee jotaki epäselevyyttä niin tarttus ja jaksas ottaa selevää.”*

*”Jos tulee semmonen keuhkosairaus mikä on itelle vähän oudompi, harvinaisempi tapaus niin sittehän niitä pystyy netin kautta esimerkiksi tarkistamaan tai sitte kysyy lääkäriltä sitä tautia.”*

Sairaanhoitajat kuvailivat tarvitsevansa työssään muun muassa lääketieteellistä tietoa. Keuhkosairauksien tunteminen kuuluu perustietoihin. Oleellisena osana siihen liittyy keuhkojen fysiologia ja anatomia.

*”Kyllä, että missä vaiheessa sitä sairautta ollaan menossa, mitä on odotettavissa, että se vaatii sitä lääketieteellistäkin tietämystä.”*

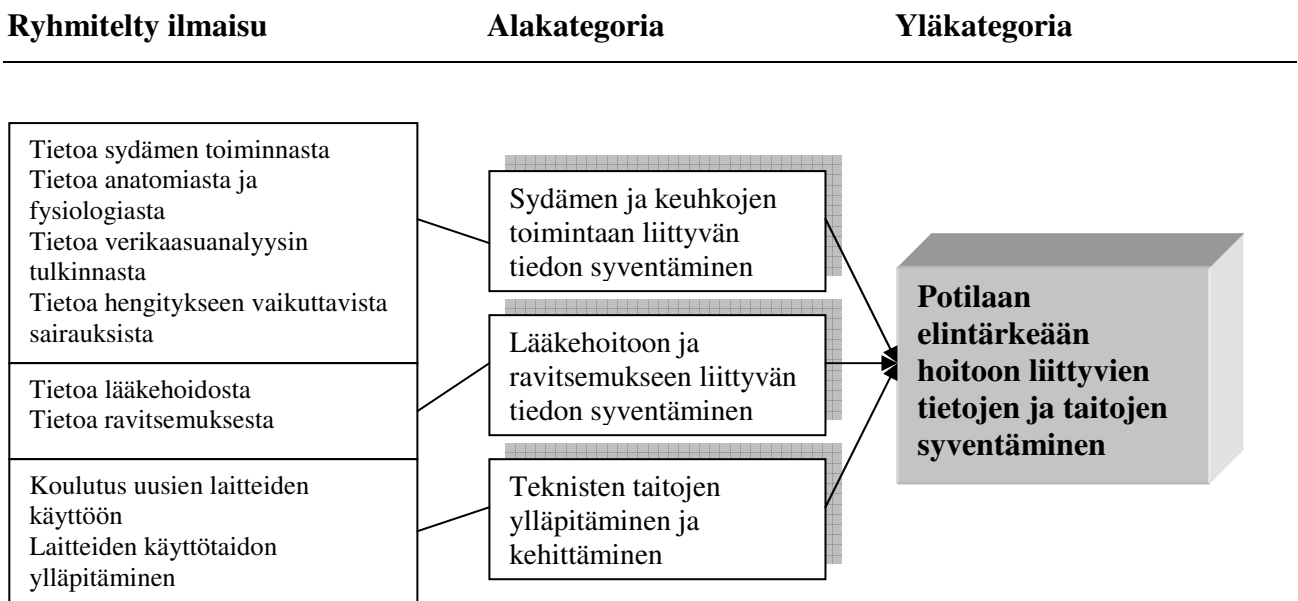
*”Kyllä ne perusasiat just nimenomaan keuhkosairauksista ja keuhkojen toiminnasta, anatomia ja fysiologia pitää olla suurin piirtein hallussa.”*

## **5.2 Sairaanhoitajien kokemus lisäkoulutuksen tarpeestaan**

Tutkimusaineiston analyysin perusteella ne alueet, joilla sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta, muodostuivat kahdesta yläkategoriasta: 1) Potilaan elintärkeään hoitoon liittyvien tietojen ja taitojen syventäminen sekä 2) Säännölliset yhteiset koulutukset uuden tiedon tuomiseksi käytäntöön.

### 5.2.1. Potilaan elintärkeään hoitoon liittyvien tietojen ja taitojen syventäminen

Yläkategoria ”potilaan elintärkeään hoitoon liittyvien tietojen ja taitojen syventäminen” muodostui kolmesta alakategoriasta ”sydämen ja keuhkojen toimintaan liittyvän tiedon syventäminen”, ”lääkehoitoon ja ravitsemukseen liittyvän tiedon syventäminen” sekä ”teknisten taitojen ylläpitäminen ja kehittäminen” (Kuvio 6).



Kuvio 6. Potilaan elintärkeään hoitoon liittyvien tietojen ja taitojen syventäminen

#### Sydämen ja keuhkojen toimintaan liittyvän tiedon syventäminen

Tutkimusaineiston analyysin pohjalta nousi selkeästi esiin tarve lisätä sydämen toimintaan liittyvää tietoa. Sydänelvytykseen liittyvät tiedot ja taidot koettiin yhdeksi tärkeimmistä osaamisen alueista. Siihen liittyvää koulutusta järjestetäänkin säännöllisesti. Siitä huolimatta sairaanhoitajat kokivat, että heidän taitonsa sydänfilmin tulkitsemiseen eivät ole riittävät. Erityisesti erilaisten rytmihäiriöiden tunnistaminen on vaikeaa ja vaatii sairaanhoitajilta laajempaa tietoa.

*”Mä en välttämättä erota mitään graaveja muutoksia esimerkiksi sydänkäyrässä, että mä ehkä tunnistan, että tällä on tahdistin tai että tää on sinusrytmi. Mutta jos on kovin kova takykardia esimerkiksi, vaikka se ois sinustaky, niin mä en välttämättä erota sitten jos siinä on jotain, iskeemistä tai jotain, en todellakaan erota. Et mä en tiedä, että missä*



*vaiheessa mä siinä esimerkiksi otan lääkäriin yhteyttä, jos mä kattelen vaan sitä sydänpöytä. Sitä esimerkiksi sitä tietoa haluaisin enemmän.”*

Tutkimukseen osallistuneet kokivat, että anatomiaan ja fysiologiaan liittyvän tiedon hallitseminen auttaa ymmärtämään myös sairauksia paremmin. Suurin osa potilailla olevista sairauksista ovat sairaanhoitajille tuttuja, mutta syvempi sairauksien ymmärtäminen edellyttää anatomian ja fysiologian hallintaa. Näiden tietojen kertaamista kaivattiin. Vaikka sairaanhoitaja olisi ollut hoitotyössä jo pidemmänkin aikaa, silti koettiin, että tietojen kertaaminen on tarpeellista.

*”Niin mä luulen, että mulla ainakin siis henkilökohtaisesti on anatomia ja fysiologia mikä on tällä hetkellä semmonen että must tuntuu et mun tarvis se kaivaa esille uudestaan. Kyllä niistä sairauksista jo aika paljon tietää mutta sitten kun tulee lääkärintierrollakin joskus semmosia et aattelee että oishan tuostakin nyt kiva tietää että mihin tuo perustuu tai jotain muuta.”*

Potilailta seurataan tiiviisti valtimoveren happi- ja hiilidioksidipitoisuuksia, jotka antavat tietoa keuhkojen toiminnasta. Sairaanhoitajat ovat tietoisia kyseisten veriarvojen normaalirajoista ja osaavat toimia, jos arvot poikkeavat normaalista. Varsinainen verikaasuarvojen tulkinta on lääkärin tehtävä, mutta sairaanhoitajat kokivat, että kiinnostus kyseisten arvojen syvempään ymmärtämiseen herää työtä tehdessä.

*”Vaikka sekään astrupin tulkinta ei hoitajalle kuulu mutta tavallaan niin kun myös ehkä omakin semmonen halu tietoon herää. Mitä enemmän tiedät niin aina vaan syvemmälle pitää kaivautua ´tuonne suohon´.”*

Neurologisia potilaita hoidetaan valvontayksikössä heidän sairautensa mukanaan tuomien hengitysvaikeuksien vuoksi. Tämän potilasryhmän hoitaminen edellyttää myös neurologisen hoitotyön ja neurologisten sairauksien tuntemusta. Sairaanhoitajat kokevatkin tarvitsevansa lisää tietoa erilaisista hengitykseen vaikuttavista sairauksista, joita he työssään kohtaavat.

*”No esimerkiksi neurologiset tämmöset esimerkiksi meillä nyt tällä hetkellä on tämmönen portaisissa kaatunut potilas hoidettavana esimerkiksi ehkä just jotku tämmöset subduraalihakematomat ja tämmöset niin tavallaan että millä tavalla se sitten siihen hengitykseen tavallaan voi vaikuttaa ja että enemmän tämmöset neurologiset aivokontuusiot ja tämmöset ne ei ehkä oo niin selvillä.”*

## **Lääkehoitoon ja ravitsemukseen liittyvän tiedon syventäminen**

Tutkimukseen osallistuneet kaipasivat lisää tietoa uusista lääkkeistä. Lääkehoito on tärkeä osa-alue potilaan hoidossa. Uudet tutkimukset tuovat mukanaan uutta tietoa ja hoitotyön käytäntöön uusia lääkkeitä. Niiden vaikutuksista ja kohderyhmistä halutaan saada tietoa.

*”Ainahan tutkimus mennee etteenpäin ja uutta tietoa tulee...ja lääkkeitä...ja lääkkeitä tulee että tuota mikä on niinku olennainen osa hoitaa sitä potilasta.”*

*”Yhen lääkkeen sponsori tulee kertomaan niinku sen tuota lääkkeen vaikutuksista ja siitä siis sen tuota lääkeryhmän potilaista niin siis kaikki tämmöset on hirveen niinku semmosia mielenkiintosa.”*

Useimpien potilaiden ravinnonsaantia joudutaan tukemaan parenteraalisen ravitsemuksen avulla. Erilaisten ravitsemusohjelmien tunteminen koettiin tärkeäksi valvontayksikön hoitotyössä. On tarvetta tietää millä tavalla ravitsemus vaikuttaa potilaan vointiin.

*”Ja kyllähän tuolla on nää kaikki tämmöset nesteohjelmat käytössä.”*

*”Tää on tosi paljon kun on metabolisesta oireyhtymästä kysymys niin sitten vielä ravitsemusjutut että miten niillä pystyt vaikuttamaan tai jopa haittaamaan sitä tai ehkäsemään sitä.”*

## **Teknisten taitojen ylläpitäminen ja kehittäminen**

Erilaisten teknisten laitteiden käytön oppimisen koettiin tapahtuvan vasta työelämässä. Sairaanhoitajien kokemusten mukaan opiskeluaikojen käytännön harjoittelut eivät anna riittävästi valmiutta tekniseen osaamiseen. Tekninen osaamattomuus saattaa olla jopa esteenä halulle työskennellä valvontayksikössä.

*”Mut just nuista kokuamisista ja noista niin huomaa sen, että jos valvontaan tulee joku semmonen kaveriksi joka ei oo ollu siellä niin niin eikä se ossaa sillä tavalla niitä laitteita niin niin kyllä ne ei mielellään niinku tuohon huoneeseen tuu ku ne ei ossaa niitä laitteita.”*

*”Kouluhan ei anna mitään valmiuksia niinku valmistuvillekaan tai tämmösille niin ei anna välttämättä kovin suuria valmiuksia vielä...ei keuhkopuolen laitteisiin...”*

Laitteiden toimintaperiaatteen ymmärtämiseksi on tärkeää perehtyä toiminnan perusteisiin. Kokeneetkin sairaanhoitajat pitävät tärkeänä riittävää perehdytystä uusien laitteiden käyttöön. Perehdytyksen pitää olla hyvissä ajoin tapahtuvaa, jotta välttyttäisiin myös kiusallisilta tilanteilta potilaan läsnä ollessa.

*”Hyvä alkukoulutus sitten, kun joku uus laite tulee, sillä hetkellä ja myös sitten heti käyttöön. Ettei niin, että mahdollisesti puolen vuoden päästä tällöisiä. Siitä koulutuksesta ei oo mitään hyötyä.”*

*”Ja niitten käyttöä ja opastusta tietysti ja että etukäteen nimenomaan, että ei sitten, että potilaan vieressä olet ja sitten kukaan ei osakaan sinua neuvoa.”*

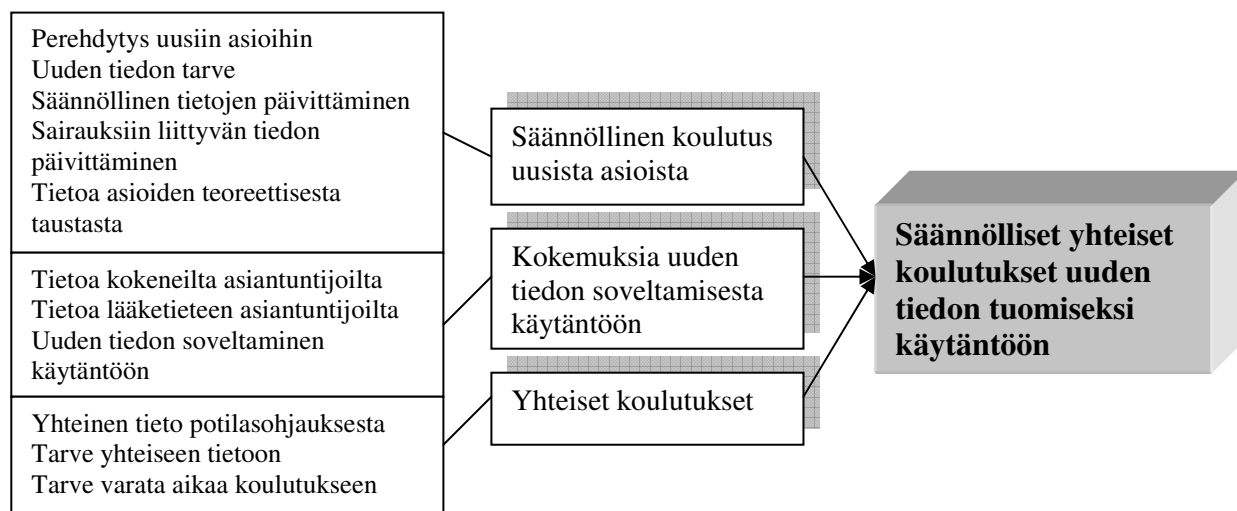
Tekniselle osaamiselle on edellytyksenä jatkuva laitteiden käyttö. Pitkät tauot laitteen käytössä eivät anna tarvittavaa rutiinia. Siksi teknisten laitteiden alkukoulutuksen lisäksi on tärkeää myös kerrata laitteiden käyttötaitoja.

*”Ja sekin on se, että jos et sitä pariin kuukauteen käytä, niin etpä sinä sitte taas osaa sitä ilman ohjetta kattoo. Et se tarvii sen et se ois niinku jatkuvaa se käyttö.”*

*”Kyllä niitä pitäis vähän kerrata että kyllä niitä on saatettu silloin ko on tullu uus laite niin käydä läpi mutta ei millään kaikkia muista mitä ei oo käyttäny sitte että ai jaa tässä oli tällönenki juttu.”*

### **5.2.2. Säännölliset yhteiset koulutukset uuden tiedon tuomiseksi käytäntöön**

Yläkategoria ”säännölliset yhteiset koulutukset uuden tiedon tuomiseksi käytäntöön” muodostui kolmesta alakategoriasta ”säännöllinen koulutus uusista asioista”, ”kokemuksia uuden tiedon soveltamisesta käytäntöön” ja ”yhteiset koulutukset” (Kuvio 7).



Kuvio 7. Säännölliset yhteiset koulutukset uuden tiedon tuomiseksi käytäntöön

### Säännöllinen koulutus uusista asioista

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat painottivat mahdollisuutta saada perehtyä rauhassa uusiin asioihin. Erityisesti tämä korostuu uusien sairaanhoitajien kohdalla, jotka ovat vasta aloittamassa työtään kyseisessä hoitoyksikössä. Ei voida olettaa, että ilman perehdytystä uusi työntekijä pystyisi toimimaan samalla tavalla kuin kauemmin samaa työtä tehneet kollegat. Osaamattomuuden tunne saattaa vaikeuttaa työn tekemistä. Kokeneemman sairaanhoitajan ohjaus koetaan hyvänä tapana siirtää tietoa uudemmalle kollegalle.

*”Elikkä siinä mielessä niille aina uudelle ois hirviän hyvä se että se saisi käydä vaikka kymmenen kertaa jos sen on tarvis vaatia niin opetella se. Eikä kiireessä, koska sitte tulee vähän semmonen paniikki. Niinkö että jos se joutuuki siinä kiireessä niinku kokuammaan ja muuten eikä ossaa niin tulee semmonen kynnyks että minä en haluakaan tuota tehdä, että minä en ossaa.”*

*”Siinä alkuvaiheessa sitä ei voi vielä tehdä noin koska tuota ei tunne kulttuuria eikä tiedä että mikä on oikeesti talon tapa.”*

*”Ja tämmönen tieto varmaan siirtyis aika hyvin sit ihan semmosessakin että ku jos ois joskus mahdollisuus perehdyttää sillä lailla että olis työparina esimerkiksi... jonkun kokeneen hoitajan kanssa.”*

Vahvan tietopohjan koettiin tuovan varmuutta omaan toimintaan. Tieto antaa varmuutta ohjata potilaita. Myös omaisten ohjaaminen ja heidän kysymyksiinsä vastaaminen koettiin mahdolliseksi nimenomaan hyvän tietoperustan avulla. Sairaanhoitajat kuvailivatkin, että on helppo ohjata, kun tietää mistä puhuu.

Uuden tiedon koettiin tuovan hyötyä varsinaiseen käytännön hoitotyöhön. Uudet ideat herättivät ajattelemaan erilaisia toimintatapoja myös omassa työssä. Tutkitun tiedon soveltaminen omaan työhön koettiin hyödylliseksi. Työssä tuli myös eteen tilanteita, jotka herättivät tarpeen hankkia lisää tietoa.

*”Tutkimusten lukeminen on mielenkiintoista, koska sieltä herää heti niitä parannusehdotuksia.”*

*”Se tilanne sitte itessään että olet jossakin tilanteessa niin sitte sä tajuat vitsi mä en tiedä tästä tarpeeksi, sit tulee vähän se tarve hankkia tieto.”*

Uusi tieto ei saavuta käytännön hoitotyöntekijöitä ellei heille anneta mahdollisuutta säännölliseen tietojen päivittämiseen. Erityisesti hoitotyön käytäntöä muuttaviin uusiin asioihin koettiin tarvittavan suunniteltua ja pitkäkestoista koulutusta. Lyhyt luento aiheesta ei anna valmiuksia soveltaa tietoa käytäntöön. Sairaanhoitajat toivat myös esiin henkilökohtaisen vastuun ja oma-aloitteisuuden tiedon hankinnassa.

*”Ois etukäteen kuitenkin varattu aikaa että me käydään tää asia nyt ensin läpi ja mitä tämä tarkoittaa.”*

*”Se täytyy olla jotenkin siis suunniteltu pitkäkestoinen, että se ei saa olla yks päivä vaan että se mielummin kaksi tuntia kolme kuukautta. Siis tällai niinku pitkäaikaista että sä pystyt niinku sisäistää.”*

*”Ja sit koko ajan työuran varrella niin mieliin palautat ja pidät niinku itekin ammattitaitoas yllä.”*

Yleensä potilailla olevat sairaudet olivat sairaanhoitajille tuttuja. Mutta työssään he kohtasivat harvinaisempiakin sairauksia, joiden taustaa he eivät välttämättä tunteneet. Haastatteluissa nousikin esiin tarve tietää enemmän harvinaisemmista sairauksista. Tutuistakin sairauksista tulee uutta tietoa ja eri sairauksiin liittyvien tietojen päivittäminen koettiin myös tärkeäksi.

*”Onhan meillä sitte muitakin näitä keuhkosairauspotilaita että mitä niitä erinäisiä sairauksia on sitte muuta ku COPD ja astma ja näitä... erikois... niin tuota niistä ois hyvä niinku saaha tietoa sitte tätä että tuota...että tavallaan niinku kerrata niitä asioita.”*

*”Yleensä kaikki sairaudet, pysys niinku vähän...semmosta kertausta...kertausta ja nyt tosiaan niinku oli aikasemmin puhe sitä että kaikkia uusia, sillä tavalla uutta juttua tullu sairauksista.”*

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat korostivat asioiden perusteiden ymmärtämistä. Teoreettisen taustan tietäminen auttoi ymmärtämään omaa työtä syvällisemmin. He kokivat oppimisen helpottuvan, kun ymmärtää asioiden taustat.

*”Että niin kyllä niistä niinku täytyy tietää että jos sä jotaki käytät että miten se toimii, miten sä perustelet.”*

*”Ja tietysti se vielä mitä just sä sanoit sitä että tavallaan sitä perustetta vielä niihin et miks, mitä tapahtuu, mitä niinku oikeesti tapahtuu esimerkiksi ihmisen hengittämisessä, jos mä lisään nousuaikaa, mihin se vaikuttaa. Silloin mä niinku opin sen ja opin sen ymmärtämään, kun mä tiedän miks mä sen teen.”*

### **Kokemuksia uuden tiedon soveltamisesta käytäntöön**

Hoitotyön käytäntöön liittyvän uuden tiedon oppimista helpotti opetuksen tapahtuminen työympäristössä. Oppimista helpotti konkreettinen toiminnan näkeminen. Erityisesti kokeneiden asiantuntijoiden esimerkit ja neuvot koettiin arvokkaiksi. Sairaanhoitajat arvostivat kokeneiden kollegoiden ja lääkäreiden antamaa tietoa. Kokemuksella haastateltavat tarkoittivat nimenomaan käytännön työssä saatua kokemusta. Lääketieteellisiin ongelmiin haluttiin tietoa lääkäreiltä ja hoitotyön hyvänä asiantuntijana pidettiin kokenutta kollegaa.

*”Työn kontekstissa tietenkin oppiminen niin, jos se liittyy ihan suoranaisesti tähän työssä siis johonkin laitteeseen mitä nyt potilaille täs käytetään tai tarkkailuun tai johonkin, niin kyllä se on niinku siinä.”*

*”Ja just semmonen niinku asiantuntijoiden käyttäminen että aloitetaan lääketieteellä. Hoitajat tarvii hirveästi lääketieteen asiantuntijoiden luentoja plus hoitajien, muitten kokeneiden hoitajien jotka on tehny sitä...nimenomaan kokeneiden hoitajien, jotka osaa kertoo sen ihan näitten kokemusten kautta...niin ja esimerkkien kautta, koska ne esimerkit avautuu kaikille.”*

Varsinkin tilanteissa, joissa ensimmäisiä kertoja jotakin uutta asiaa tehtiin käytännössä, kokeneen kollegan tuki koettiin tärkeäksi. Omin käsin tekeminen ja konkreettinen ohjaajan antama tuki helpottivat uuden tiedon soveltamista käytäntöön.

*”Siinä on kokenu hoitaja niinku mukana että ei tarvi niinku tuota käyttää sitä laitetta sillai että musta tuntuu vaan että se on se tuki siinä vieressä ku sillai rupiaa käyttämään, mutta se myös pittää olla sillai että sä ite saat koota sen että ei sillai että kattoo vieressä.”*

*”Kokenut hoitaja esimerkiksi ihan oikeen potilaan kanssa sitten näyttämässä kuinka pitkälle nyt pystyy näyttämään ja mistä laitteesta tietysti on kysymyskin.”*

## **Yhteiset koulutukset**

Yhdenmukaisen tiedon merkitys hoitotyössä nousi esiin tutkimusaineiston analyysin pohjalta. Tämä tuli esiin varsinkin potilasohjauksen yhteydessä. Sairaanhoitajat kuvailivat tilanteita, joissa huomattiin potilaalla olevan samasta asiasta erilaista tietoa. Tällainen tilanne saattoi olla esimerkiksi potilaalla, joka oli saanut käyttöönsä uuden apuvälineen. Käytön ohjaaminen tapahtui useamman sairaanhoitajan toimesta. Haastateltavat kokivatkin, että jokaisella saa olla oma persoonallinen tapansa ohjata, mutta ohjauksen sisällön on tärkeää olla yhdenmukaista. Tässä erään sairaanhoitajan kuvaus asiasta:

*”Kun sitäkin tulee, ettei mulle oo tästä mitään kerrottu. Papereissa saattaa lukee että on ohjattu ja näin, mutta että mikä on kenenkin käsitys ohjaamisesta ylipäätään. Tavallaan niinku semmosia knoppeja että vaikka että mitä kaikkia asioita pitäis minkäkin vempaimen kans esimerkiksi ottaa huomioon että se ois niinku semmosta systemaattista. Et kaikki ohjais, ei samalla tavalla tietenkään tarvi ohjata, mutta että ne tulis ne kaikki asiat. Äskönkin oli puhe justiin että jos niinkun eri ihmisiltä kuulee jotain niin se toisesta unohtaa jotakin elikkä tavallaan niinku että siihen ois semmonen systemaattinen joku seema, vaikka jokainen sen omalla tavallaan tekeekin.”*

Haastateltavat kokivatkin, että olisi tärkeää saada yhdenmukainen koulutus uusista asioista, jolloin vältyttäisiin erilaiselta tiedolta. Lisäksi yhteiset koulutukset antavat mahdollisuuden yhteiseen pohdintaan sekä keskusteluun tiedon käytäntöön soveltamisesta. Tällaisen koulutuksen onnistuminen edellyttää ajan varaamista nimenomaan koulutusta varten.

*”Mutta sitte jos ois siihen tavallaan annettu aikaa ja sit mentäis porukalla ja keskusteltais, se ehkä kyllä auttais ja tavallaan että sulla ois selkeä tieto että millä tavalla sä pystyt tätä työssä käyttämään.”*

*”Sitä järjestettäs ees sitä koulutusta niin sitte ja sitte tosiaan että sitä aikaa sitte sais että pääsee koulutukseen, se järjestyis.”*

### 5.3 Yhteenveto tutkimustuloksista

Tämän tutkimuksen tuloksena muodostui neljä yläkategoriaa, jotka kuvailevat sairaanhoitajalta vaadittavaa erityisosaamista keuhkosairautta sairastavan potilaan valvontayksikön hoitotyössä sekä kaksi yläkategoriaa, jotka kuvailevat millä alueilla sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta.

Sairaanhoitajalta vaaditaan taitoa turvata potilaan elintärkeä hoito. Potilaan tilan jatkuva tarkkailu, fyysisten oireiden ja mittaustulosten seuranta ja niiden tulkinta on toiminnan perustana. Hengitykseen liittyvien fyysisten oireiden havainnointi on keskeistä keuhkosairautta sairastavan potilaan valvontayksikön hoitotyössä. Hoidon dokumentointi tekee hoitotyöstä näkyvää ja auttaa hahmottamaan hoidon kokonaisuutta. Hoitosuunnitelmaa käytetään hoitotyön apuvälineenä. Työ vaatii teknisten laitteiden hallintaa osana potilaan hoitoa. Tekninen osaaminen edellyttää jatkuvaa taitojen ylläpitämistä. Hoidon lähitavoitteena on turvata potilaan peruselintoiminnat. Oleellisena siihen kuuluu potilaan hengityksen tukeminen koneella. Potilaiden lääkityksen ja ravitsemuksen turvaaminen sekä hoitotoimenpiteiden tekeminen ovat hoitotyön peruselementtejä. Sairaanhoitajan taito toimia intuitiivisesti on usein välttämätöntä nopeasti muuttuvissa tilanteissa. Intuitiivisuus perustuu tietoon ja aikaisempaan kokemukseen. Hoidon onnistuminen edellyttää myös taitoa priorisoida akuuteissa tilanteissa.

Henkilökohtaisten kykyjen hyödyntäminen auttaa sairaanhoitajaa toteuttamaan hyvää hoitotyötä. Työ vaatii taitoa potilaan henkiseen tukemiseen. Oleellista on turvallisuuden tunteen luominen potilaalle. Sairaanhoitaja joutuu työskentelemään eettisesti ristiriitaisessa ilmapiirissä ja häneltä vaaditaan taitoa kyetä jatkamaan työtään ristiriidoista huolimatta. Hoitotyö on moniammatillista tiimityötä ja edellyttää tekijältään yhteistyökykyä. Yhteistyökumppaneina ovat potilas ja omaiset, toinen kollega tai jonkun muun ammattiryhmän jäsen. Työ on stressaavaa ja sairaanhoitajan on hallittava samanaikaisesti useita työtehtäviä. Tärkeää on myös tunnistaa oma työssä jaksaminen. Ammatilliseen itsetuntemukseen kuuluu taito kohdata omat tunteensa. Se auttaa kestäämään vaikeitakin tilanteita. Eteen tulee epävarmoja ja ristiriitaisia tilanteita, joista huolimatta sairaanhoitajan on kyettävä työskentelemään. Päätöksentekokykyä vaaditaan hoitotyön eri tilanteissa. Sairaanhoitaja on yksi työyhteisön jäsenistä ja siten myös vastuullinen omalta osaltaan huolehtimaan työyhteisön toimivuudesta.

Potilaan yksilöllisyyden huomiointi ja vastuun ottaminen potilaasta kuuluvat oleellisesti hoitotyöhön. Sairaanhoitaja on ikään kuin potilaan puolesta puhuja. Taito huomioida potilaan

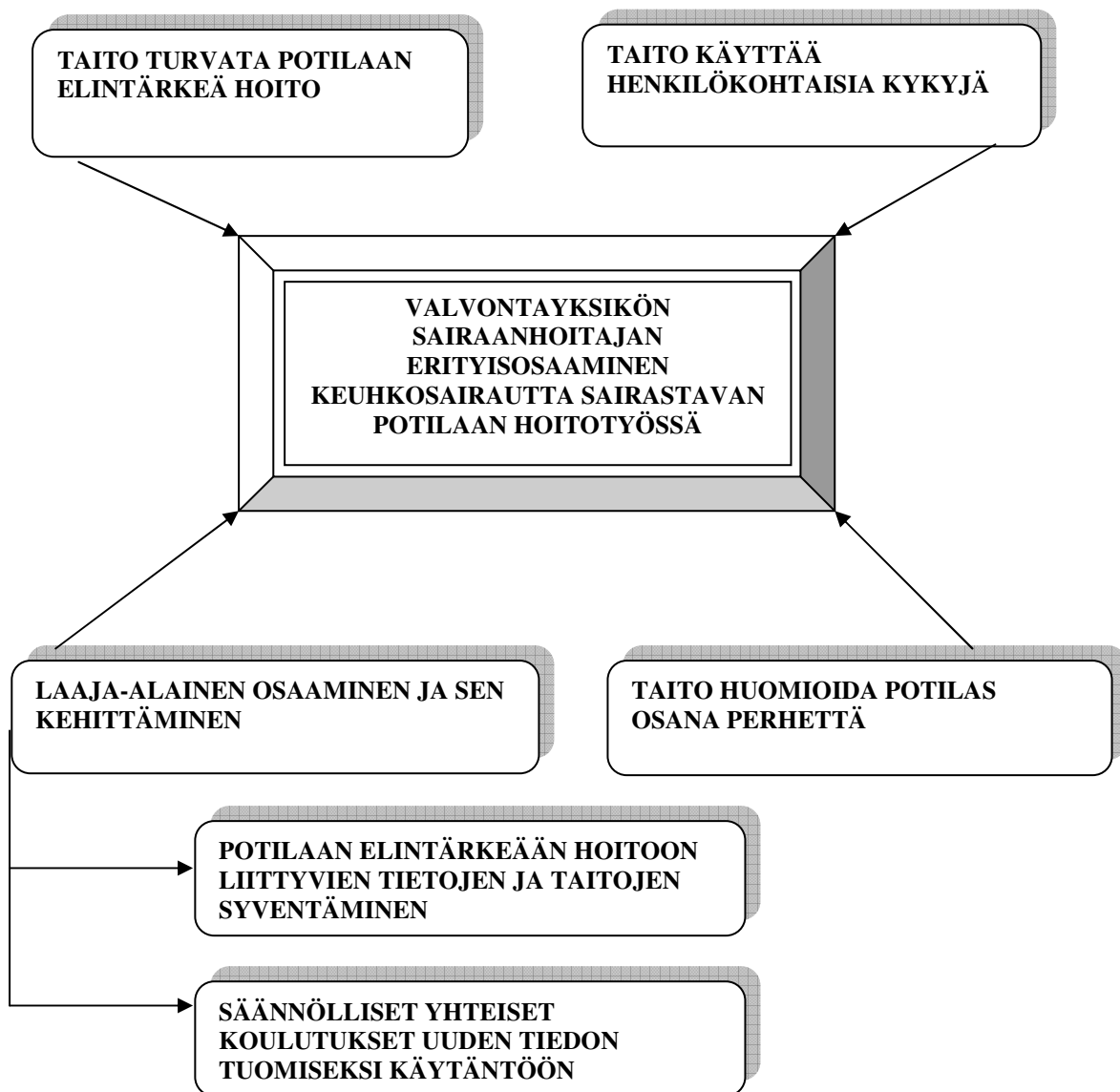


intimiteetti kuuluu osana potilaan yksilöllisyyden huomiointiin. Potilas on osa perhettä ja siten perheen huomioiminen on osa potilaan hoitotyötä. Omaiset tarvitsevat henkistä tukea heidän läheisensä ollessa sairaana ja ehkä kriittisessäkin tilassa. Lisäksi omaiset tarvitsevat tietoa läheisensä voinnista ja sairauteen liittyvistä asioista. Omaiset voivat kokea olonsa araksi oudossa sairaalaympäristössä ja sairaanhoitajalta vaaditaankin kykyä rohkaista omaisia ja ymmärtää omaisten läsnäolon merkitys potilaalle.

Valvontaosaston potilaat ovat usein monisairaita. Hoitotyö on monialaista ja vaatii sairaanhoitajalta laaja-alaista osaamista. Se tuo mukanaan tarpeen osaamisen jatkuvaan ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Lisäkoulutukset ovat tarpeellisia ja sairaanhoitajilta vaaditaan myös oma-aloitteisuutta oman osaamisensa kehittämisessä. Osaaminen edellyttää teoreettisen tietopohjan hallintaa.

Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat toivat esiin ne alueet, joilla he kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Niistä yksi alue on potilaan elintärkeään hoitoon liittyvien tietojen ja taitojen syventäminen. Tärkeäksi aiheeksi nousi sydämen ja keuhkojen toimintaan liittyvän tiedon syventäminen. Sairanhoitajat haluavat lisää tietoa sydämen toiminnan periaatteista ja sydämen rytmeistä. Työssä tuli tilanteita, joissa sairaanhoitajat kokivat riittämättömäksi taitonsa tulkita sydänfilmiä. Työ edellyttää anatomian ja fysiologian tuntemista ja sen kertaamista pidettiin suotavana. Hengitykseen vaikuttavista sairauksista halutaan lisätietoa, jotta ymmärretään paremmin hoitotyön perusteet. Valvontayksikön hoitotyössä korostuu tekninen osaaminen. Sen ylläpitämistä ja kehittämistä pidettiin tärkeänä. Myös lääkehoito koettiin aiheeksi, jota olisi tarvetta päivittää uusien lääkkeiden tullessa markkinoille. Lisätietoa haluttiin myös ravitsemuksen vaikutuksesta potilaan paranemiseen ja hyvinvointiin.

Tarve koulutuksen säännöllisyyteen nousi esiin tutkimustuloksissa. Tietoa haluttiin asioiden teoreettisesta taustasta. Tärkeäksi koettiin riittävä perehdytys uusista asioista ennen niiden käytäntöön soveltamista. Työ tuo mukanaan tarpeen tietojen päivittämiseen ja myös uuden tiedon hankkimiseen. Uusi tieto koettiin hyödylliseksi silloin, kun sitä voi soveltaa omaan työhön. Tähän haluttiin opastajaksi vahvan työkokemuksen omaava kollega tai lääkäri. Kokemus käytännön työstä antaa opetukseen uskottavuutta. Koulutusten toivottiin olevan yhteisiä, jotta jokaisella olisi asiasta yhdenmukainen tieto. Koulutuksissa käyminen työpäivän ohessa ei onnistu vaan koulutukseen on varattava oma aika, jolloin osallistuminen siihen on mahdollista. Kuviossa 8 esitetään yhteenveto tutkimuksen tuloksista.



Kuvio 8. Yhteenvedo tutkimuksen tuloksista.

## 6. POHDINTA

### 6.1. Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Tutkija tekee jo eettisen valinnan valitessaan tutkimusaiheen. Tutkimuksessa on tehty tietty rajaus ja arvovalinta. (Vehviläinen-Julkunen 1998, Tuomi & Sarajärvi 2002.) Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli kuvailla niitä osaamisalueita, joita sairaanhoitaja tarvitsee hoitaessaan jatkuvaa valvontaa tarvitsevaa keuhkosairautta sairastavaa potilasta. Tutkija on valinnut aiheen käytännön hoitotyön tarpeen ja oman kiinnostuksen perusteella. Lisäksi tutkija itse on sairaanhoitaja ja

työskennellyt pitkään keuhkosairautta sairastavien potilaiden parissa. Tutkija tiedostaa tarkastelevansa aihetta sairaanhoitajan näkökulmasta ja taustalla vaikuttavat sekä tutkijan oma arvomaailma että työyhteisön arvomaailma.

Tutkimuksen tarkoitusta tulisi tarkastella myös siitä näkökulmasta miten se parantaa tutkittavana olevaa inhimillistä tilannetta (Hirsjärvi & Hurme 2004). Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jonka pohjalta voidaan suunnitella sairaanhoitajien täydennyskoulutus- ja perehdytysohjelmaa. Voidaan ajatella, että tämä tutkimus on tuottanut tietoa, jota voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä.

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa täytyy sopia tutkimusorganisaation johdon kanssa tutkimuslupien saamisesta (Vehviläinen-Julkunen 1998). Tutkimuslupaa tähän tutkimukseen haettiin kahdesta yliopistosairaalasta (Liite 5). Toisessa sairaalassa luvan myönsi hallintoylihoitaja ja toisessa klinikan ylihoitaja. Alustavasti lupaa haettiin kymmenen sairaanhoitajan haastatteluun molemmissa sairaaloissa. Tutkimussuunnitelman eettisenä sisältönä on saada tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden suostumus, taata luottamuksellisuus ja harkita aiheutuuko tutkimuksesta seurauksia kohdehenkilöille (Hirsjärvi & Hurme 2004). Tässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistuvien henkilöiden suostumusta kysyttiin alustavasti osastonhoitajien toimesta ja haastattelun alussa tutkija sai osallistujilta vielä kirjallisen suostumuksen. Voidaan pohtia osallistuivatko tutkittavat täysin omasta halustaan tutkimukseen vai kokivatko he olevansa velvoitettuja osallistumaan työnsä puolesta. Toisaalta tutkimuksen aihe ei ole arkaluontoinen eikä henkilökohtainen, joten voidaan olettaa, että aihe sinällään ei olisi esteenä suostumukselle.

Suostumuksen tulisi perustua asianmukaiseen informaatioon tutkimuksesta (Ford & Reutter 1990, Hirsjärvi & Hurme 2004). Tutkija lähetti osallistujille etukäteisinformaatiota tutkimuksesta sähköpostitse osastonhoitajien välityksellä. Osallistujat saivat tietoa tutkimuksen taustasta ja tarkoituksesta. Haastattelun teema-alueet olivat myös tutkittavien luettavissa ennen haastattelua. Aihealueisiin tutustuminen etukäteen antaa haastateltaville mahdollisuuden valmistautua tulevaan haastatteluun miettimällä alustavasti vastauksia haastattelukysymyksiin. Lisäksi tutkimuksen alussa tutkija kertoi tutkimuksen aiheesta ja tarkoituksesta ja osallistujilla oli siinä mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä. Lupa haastatteluiden nauhoittamiseen kysyttiin ja saatiin. Oleellisen tärkeää on, että tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen (Ford & Reutter 1990). Haastateltaville kerrottiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta keskeyttää tutkimus ilman, että siitä aiheutuu tutkittavalle mitään harmia.

Eettisyyteen kuuluu tutkimukseen osallistuvien henkilöiden antamien tietojen luottamuksellisuus (Vehviläinen-Julkunen 1998, Hirsjärvi & Hurme 2004). Laadullisessa tutkimuksessa aineisto on pieni, jolloin vaarana on, että tutkittavat tunnistetaan helposti (Vehviläinen-Julkunen 1998). Tutkija korosti sekä kirjallisessa että suullisessa informaatioissa tutkimuksen ehdotonta luottamuksellisuutta. Tutkija teki haastattelut ja purki haastattelunauhut itse. Koko tutkimuksen ajan tutkimusmateriaalia käsitteli vain tutkija. Litterointivaiheessa haastateltavien nimet koodattiin eikä kenenkään henkilöllisyyttä voitu tekstistä tunnistaa.

Tässä tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmänä käytettiin ryhmähaastattelua. Haastattelijan vastuulla on, etteivät ryhmäläiset haavoita itseään paljastamalla liikaa itsestään haastattelutilanteessa ja jää tämän vuoksi sekasortoiseen mielentilaan haastattelun jälkeen. Lisäksi haastattelijan vastuulla on suojata yksittäisiä ryhmän jäseniä, etteivät ryhmässä käydyt keskustelut kulkeudu ryhmän ulkopuolelle. (Koskinen & Jokinen 2001.) Tämän tutkimuksen aihe käsittelee yleisesti sairaanhoitajan osaamista eikä aiheeseen liity tunneherkkiä elementtejä. Haastatteluiden aikana ei ollut havaittavissa voimakkaita tunnereaktioita ja keskustelu pysyi hyvin yleisellä tasolla. Haastatteluiden jälkeen tutkija jäi vielä huoneeseen siltä varalta, että joku haastateltavista haluaisi keskustella tutkijan kanssa. Tällaista tarvetta ei kuitenkaan ilmennyt. Haastatteluiden alussa tutkija painotti ryhmäläisille kaikkien vaitiolovelvollisuutta koskien haastattelussa esiin nousseita asioita. Tutkija ei pysty kuitenkaan takaamaan ryhmäläisille tässä suhteessa täyttä luottamuksellisuutta, koska ryhmäläisten vastuulle jää mitä he kertovat ryhmän ulkopuolella.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkittava ei ole tutkimuskohteena vaan kyseessä on tutkijan ja tutkittavan välinen tutkimussuhde. Se on äärimmäisen tärkeä, koska tutkittavilla on oikeus tietää, mitä heille tehdään tai tapahtuu, jos he osallistuvat tutkimukseen. Tutkija kuuluu osana tutkittavien maailmaan ja kyseessä on tutkijan ja tutkittavien välinen vuorovaikutus. (Vehviläinen-Julkunen 1998.) Tässä tutkimuksessa tutkijan ja tutkittavien välistä suhdetta voidaan kuvailla vuorovaikutteiseksi ja keskustelevaksi. Siitä osoituksena oli sujuva keskustelu, jonka aikana tutkijan ei tarvinnut erikseen kehottaa haastateltavia ilmaisemaan mielipiteitään. Osasyynä tähän saattoi olla se, että kahden haastatteluryhmän jäsenet olivat tutkijalle entuudestaan tuttuja. Se helpotti keskustelevan tunnelman luomista, mutta toisaalta vaarana on se, että tutkija menee liian syvälle haastateltavien maailmaan eikä näekään tutkittavaa ilmiötä riittävän objektiivisesta näkökulmasta. Lisäksi tutkija saattaa kysymyksillään johdatella haastateltavia haluamaansa suuntaan. Tämän tutkija pyrkiikin pitämään mielessään koko ajan haastatteluita tehdessään ja

vältteli keskeyttämästä tutkittavien puheenvuoroja. Mahdollisimman rikkaan aineiston saamiseksi tutkija kuitenkin teki tarkentavia kysymyksiä teema-alueisiin liittyen ja antoi haastateltavien vapaasti ilmaista oman näkemyksensä aiheesta.

Tutkijan oma kokemus jatkuvaa valvontaa vaativien keuhkosairautta sairastavien potilaiden hoidosta on voinut vaikuttaa teemahaastattelurungon rakenteeseen ja sillä tavalla tutkija on voinut tahtomattaan johdatella haastateltavia haluamaansa suuntaan. Toisaalta omakohtainen kokemus tutkittavasta aiheesta voi auttaa tutkijaa muodostamaan laajan ja syvällisen näkökulman aiheeseen. Se voi auttaa haastattelijaa muodostamaan kysymykset niin, että ne kattavat laajan alueen tutkittavasta aiheesta. Tästä taustasta huolimatta tutkija on pyrkinyt koko tutkimuksen ajan tiedostamaan oman subjektiivisuutensa suhteessa tutkimusaiheeseen ja pyrkinyt olemaan objektiivinen tutkimuksen kaikissa vaiheissa.

Tutkimusten tulosten raportoinnin yleisenä periaatteena on, että tutkija raportoi tuloksensa avoimesti ja rehellisesti. On kuitenkin muistettava taata tutkittavien tietosuojaa. (Vehviläinen-Julkunen 1998, Tuomi & Sarajärvi 2002.) On myös huomioitava ne seuraukset, joita julkaistulla raportilla on niin tutkimukseen osallistujille kuin myös heitä koskeville ryhmille ja instituutioille (Hirsjärvi & Hurme 2004). Tämän tutkimuksen raportissa on suoria lainauksia haastateltavien puheesta tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Raportointivaiheessa kaikki ilmaisut, joista voitiin ajatella paljastuvan tutkittavan henkilöllisyys, muutettiin yleiskielen mukaisiksi ilmaisuiksi kuitenkin muuttamatta ilmaisun merkitystä. Aineistossa käytetyt koodimerkinnot poistettiin. Tällä haluttiin suojata tutkittavien anonymiteettiä.

Tutkijalla on eettinen vastuu siitä, että tutkimustulos vastaa aineistoa (Kynäs-Vanhanen 1999). Tutkija on pyrkinyt kuvaamaan mahdollisimman avoimesti ja rehellisesti koko tutkimusprosessin kulun, jotta lukija pystyy seuraamaan tutkimuksen etenemistä. Rehellisyys ja avoimuus edellyttävät tutkijalta mahdollisimman suurta objektiivisuutta (Vehviläinen-Julkunen 1998). Siihen tutkija on pyrkinyt tunnistaen kuitenkin oman subjektiivisuutensa tutkimusprosessissa. Tutkimuksessa käytettyyn lähdemateriaaliin on asianmukaisesti viitattu.

## **6.2. Tutkimuksen luotettavuus**

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole luotu selkeitä kriteereitä. Tulkinta on aina tutkijan oma persoonallinen näkemys, jossa ovat mukana hänen omat tunteensa ja

intuitionsa. Luotettavuuden arviointi voidaan kuitenkin kohdistaa tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. (Nieminen 1998.) Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu (Tuomi & Sarajärvi 2004).

Tässä tutkimuksessa haastateltavia ryhmiä oli neljä (N=4), joista kahdessa ryhmässä oli neljä henkilöä ja kahdessa ryhmässä kolme henkilöä. Haastateltavista kuusi sairaanhoitajaa (N=6) työskenteli valvontayksikössä ja kahdeksan sairaanhoitajaa (N=8) tavallisella vuodeosastolla. Vaikka kahden ryhmän haastateltavat työskentelivät tavallisella keuhkosairauksien vuodeosastolla, he kuitenkin ajoittain hoitavat myös jatkuvaa valvontaa vaativia potilaita. Näin ollen heillä on tietämystä sekä tavallisen vuodeosastolla olevan potilaan hoitotyöstä että valvontayksikössä olevan potilaan hoitotyöstä. Tämä antaa hedelmällisen lähtökohdan vertailla hoitotyössä olevia eroavaisuuksia. Alun perin tarkoituksena oli haastatella myös valvontayksikössä kaksi neljän hengen ryhmää, mutta sairaslomien vuoksi molempien ryhmien kooksi muodostui kolme henkilöä. Ryhmän ideaalikokona kuitenkin pidetään neljästä kuuteen haastateltavaa (Koskinen & Jokinen 2001). Siinä mielessä kolmen hengen ryhmää voidaan pitää liian pienenä ryhmähaastattelua varten. Mutta ryhmän kokoon on kuitenkin syytä kiinnittää huomiota siinäkin mielessä, että jokaisella ryhmän jäsenellä on mahdollisuus tuoda näkemyksensä esiin ja siten mahdollistaa vastavuoroinen keskustelu (Twinn 1998, Mäenpää ym. 2002). Pienessä ryhmässä kaikilla jäsenillä on hyvin aikaa ja mahdollisuuksia ilmaista mielipiteensä ja kommentoida toisten ajatuksia. Tässä tutkimuksessa aineisto oli hyvin samansisältöistä riippumatta siitä, oliko se kerätty kolmen vai neljän hengen ryhmähaastattelutilanteessa. Se puoltaisi ajatusta, että tässä tutkimuksessa kolmen hengen ryhmä oli riittävän iso ryhmähaastattelua varten. Lisäksi valvontayksikkö, jossa haastatellut sairaanhoitajat työskentelevät, on tällä hetkellä Suomessa ainoa, jossa hoidetaan nimenomaan keuhkosairautta sairastavia potilaita. Siksi sairaanhoitajilla voidaan olettaa olevan ensiarvoisen tärkeää tietoa tutkimusta ajatellen. Kyseisessä valvontayksikössä hoidetaan myös muita sisätautia sairastavia potilaita, jotka vaativat jatkuvaa valvontaa.

Ryhmähaastattelu sopii tilanteisiin, joissa halutaan tutkia ihmisten kokemuksia ja suhtautumista johonkin asiaan (Robinson 1999). Ryhmähaastattelu on prosessi, jossa muodostuu nimenomaan ryhmän näkökulma tutkittavaan aiheeseen (Nyamathi & Shuler 1990, Reed & Payton 1997, Robinson 1999). Lisäksi saman kulttuuritaustan omaavat ryhmäläiset stimuloivat oman kulttuurinsa erityispiirteitä (Koskinen & Jokinen 2001). Tähän tutkimukseen osallistuneet olivat kaikki sairaanhoitajia ja kaikilla oli kokemusta samanlaisten potilaiden hoidosta. Tämän voidaan ajatella olevan yhteinen tausta, joka auttoi ryhmähaastattelutilanteessa haastateltavia stimuloimaan toinen

toisiansa tuomaan esiin oman työnsä erityispiirteitä. Tämä olikin nähtävissä haastatteluiden aikana, jolloin yhden haastateltavan mielipide synnytti keskustelua aiheesta ja esiin nousi tutkittavan ilmiön kannalta oleellisia näkökulmia. Toisaalta toisen läsnäolo voi estää osallistujia tuomasta esiin aidosti omia näkökulmiaan. Tässä tutkimuksessa aihe kuitenkin oli varsin yleinen eikä siihen liittynyt kovin henkilökohtaisia ja tunnepitoisia piirteitä, joten voidaan olettaa, että haastateltavilla ei sen suhteen ollut arkuutta tuoda esiin ajatuksiaan. Lisäksi tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää heidän omassa työssään suunniteltaessa perehdytys- ja täydennyskoulutusohjelmia, joten tutkimuksen kautta tutkittavilla on mahdollisuus vaikuttaa oman osaamisensa kehittämiseen. Tämän voidaan ajatella lisäävän haastateltavien motivaatiota kertoa aidosti oma näkemyksensä tutkittavasta ilmiöstä ja siten vaikuttavan myönteisesti tutkimuksen luotettavuuteen.

Ryhmähaastattelun onnistumisen kannalta ryhmän vetäjällä on merkittävä rooli (Nyamathi & Shuler 1990, Sim 1998, Twinn 1998, Robinson 1999, Koskinen & Jokinen 2001, Mäenpää ym. 2002). Tämä olikin haasteellista tutkijalle, jolla ei ollut aikaisempaa kokemusta ryhmähaastattelun tekemisestä. Perehtymällä ryhmähaastattelua koskevaan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin ennen haastatteluita tutkija pyrki muodostamaan käsityksen ryhmän vetäjän tehtävistä ja ryhmähaastattelun kulusta. Haastattelun alussa tutkija johdatteli keskustelun tutkittavaan aiheeseen ja keskustelun kuluessa teemahaastattelurunkoa hyödyntäen tutkija johdatteli keskustelua tutkimuksen kannalta tärkeisiin alueisiin. Ryhmädynamiikan toimiessa ja keskustelun ollessa antoisaa tutkija pyrki hyödyntämään tämän tekemällä aiheeseen liittyviä lisäkysymyksiä. Ryhmän vetäjä pyrki myös huomioimaan kaikki ryhmän jäsenet ja antamaan puheenvuoron jokaiselle. Haastatteluiden alkuvaiheessa vaikutti siltä, että vain osa haastateltavista toi esiin mielipiteensä ja osa oli enempi kuuntelijan roolissa. Mutta alkuvaiheen jälkeen ilmapiirin rentoutuessa tuli vaikutelma, että kukaan ei jännittänyt mielipiteensä ilmaisemista. Tämä on kuitenkin seikka, jonka onnistumista tutkija ei täysin pysty arvioimaan. Kuitenkin kaikkien haastatteluiden aineiston samansisältöisyys antaa vaikutelman, että tutkimuksen kannalta oleelliset asiat ovat nousseet esiin.

Haastatteluaineiston luotettavuus on riippuvainen sen laadusta. Jos tallenteiden kuuluvuus on huonoa tai litterointi ei ole johdonmukaista, on aineiston laatu huono. Laatua voi parantaa huolehtimalla, että tekninen välineistö on kunnossa. Haastattelupäiväkirjan pitäminen on myös yksi keino parantaa aineiston laatua. (Hirsjärvi & Hurme 2004.) Tässä tutkimuksessa haastattelut ja litteroinnin teki tutkija itse. Tällä tavalla aineisto tuli hyvin tutuksi ja auttoi myös analysivaiheessa tutkimuksen tekijää paremmin hahmottamaan aineiston kokonaisuudessaan. Haastattelut nauhoitettiin pöytämallisella sanelukoneella. Laitteisto oli uusi ja tutkija varasi

haastattelutilanteeseen mukaan varapattereita ja nauhoja. Nauhojen kuuluvuus olikin purkuvaiheessa hyvä. Ongelmia aiheutti jonkin verran haastateltavien samanaikaiset kommentit, joita väistämättä tulee ryhmähaastattelutilanteessa. Nauhojen useamman kuuntelukerran jälkeen tutkija pystyi kuitenkin mielestään hyvin saamaan puhujien kommentit tallennetuksi kirjoitettuun muotoon.. Haastattelupäiväkirjan pitäminen auttoi tutkijaa palauttamaan elävästi mieleen haastattelutilanteet aineiston analyysivaiheessa. Tutkija kirjasi päiväkirjaan myös omia huomioita ja ajatuksia haastattelun kulusta.

Tässä tutkimuksessa kahden ensimmäisen haastattelun nauhat litteroitiin kolmen kuukauden sisällä haastatteluista ennen seuraavien haastatteluiden tekemistä. Tämän tutkija koki hyvänä, koska näin oli mahdollista vielä seuraavissa haastatteluissa syventää aineistoa tarkennetuilla kysymyksillä. Loput haastatteluista litteroitiin kuukauden sisällä haastatteluista. Varsinainen analyysivaihe kesti maaliskuulle 2007 saakka johtuen tutkijan muusta aikataulusta, joten tämä vaihe muodostui ennakoitua pidemmäksi. Pitkä analyysivaihe on kuitenkin auttanut tutkijaa sisäistämään hyvin tutkimusaineiston ja antanut varmuuden tunteen analyysin tuloksena syntyneiden kategorioiden vastaavuudesta aineiston kanssa. Tauot analyysin välillä ovat pikemminkin auttaneet kuin häirinneet itse analyysia. Etäisyyden ottaminen aineistoon auttoi tutkijaa näkemään aineiston taas uudesta näkökulmasta.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys tehtiin tutkimussuunnitelmaa varten ennen aineiston keräämistä. Mutta suurimpaan osaan viitekehukseen kuuluvaan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin tutkija on perehtynyt vasta analyysin jälkeen. Tämä siksi, että tutkijalla ei olisi muodostunut vahvaa ennakkokäsitystä tutkittavasta aiheesta ennen analyysia vaan analyysi olisi mahdollisimman puhtaasti aineistolähtöinen. Tutkijan on kuitenkin mahdotonta täysin sulkea pois aikaisempia kokemuksiaan ja tietoaan tutkittavasta ilmiöstä (Åstedt-Kurki & Nieminen 1998) ja tämän tutkija pyrki tiedostamaan koko analyysin ajan. Toisaalta tämän tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä ei ole paljon tutkittu Suomessa eikä ulkomailla, joten tutkimuksen tulosta oli etukäteen vaikea arvioida. Kirjallisuushaussa tutkimuksia löytyi keuhkosairautta sairastavan potilaan ja kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä vaadittavasta osaamisesta. Tutkijan tietojen mukaan varsinaista valvontayksikön hoitotyössä vaadittavaa erityisosaamista keuhkosairautta sairastavan potilaan näkökulmasta ei ole tutkittu aikaisemmin.

Tutkimuksen aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti (Kyngäs-Vanhanen 1999). Laadullisen tutkimuksen



aineisto on kirjoitettua tekstiä, josta analyysin avulla muodostetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita. Teksti on irrallaan kontekstistaan ja analyysiin sisältyy aina tutkijan omaa tulkintaa. Siten laadullisen aineiston analyysi on aina subjektiivista. (Burnard 1996.) Tätä ei kuitenkaan pidetä niin suurena ongelmana silloin, kun dokumentista on analysoitu vain ilmisältö. Haasteellisena pidetäänkin sitä miten tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä kategoriat niin, että ne kuvaavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman luotettavasti. (Kyngäs-Vanhanen 1999.) Tämän tutkimuksen raportoinnissa tutkija on pyrkinyt taulukoin ja kuvioin havainnollistamaan tutkimuksen etenemistä, jotta lukijan olisi helppo seurata tutkimuksen kulkua ja arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Esimerkkejä aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä on esitetty liitteessä 5, jotta lukija voi arvioida ryhmiteltyjen ilmaisuun vastaavuutta alkuperäisiin ilmauksiin.

Analyysin tuloksena muodostui neljä yläkategoriaa, jotka kuvailevat sairaanhoitajan erityisosaamista jatkuvaa valvontaa vaativan keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä sekä kaksi yläkategoriaa, jotka kuvailevat minkäläistä lisäkoulutusta sairaanhoitajat kokevat tarvitsevänsä. Alunperinkään näitä kahta aluetta ei ollut tarkoitus yhdistää samaan luokitteluun, koska tutkimuskysymysten asettelulla pyrittiin tavoittamaan kaksi erilaista ilmiötä. Analyysin tuloksena syntyneet kategoriat sisältöineen esitellään tämän raportin Tulokset-osiassa. Raportissa esitetään myös suoria lainauksia haastateltavien puheesta, jotta lukija voi arvioida tutkijan tulkinnan luotettavuutta (Kyngäs & Vanhanen 1999, Hirsjärvi & Hurme 2004).

Tutkija ei kuitenkaan kyennyt tavoittamaan yhdistävää kategoriaa kummallekaan ilmiölle. Tämä voidaan tulkita tutkijan kyvyttömyytenä ryhmitellä aineistoa, mitä kuvaa kategorioiden runsaus (Kyngäs & vanhanen 1999). Toisaalta lukumäärältään kahdesta neljään kategoriaa ei kuitenkaan ole kovin paljon, joka puoltaisi ajatusta, että aineisto on saatu pelkistettyä niin pitkälle kuin se on ollut mahdollista tässä tutkimuksessa. Lisäksi tämän tutkimuksen aineisto oli runsas, joten siihenkin nähden kategorioiden lukumäärä on kohtalaisen pieni. Tutkijan näkemyksen mukaan yläkategoriat ovat toisensa poissulkevia eikä niiden yhdistäminen ollut enää sisällöllisesti mielekäästä.

### **6.3. Tulosten tarkastelua**

Tämän tutkimuksen tuloksena muodostui neljä yläkategoriaa, jotka kuvailevat sairaanhoitajalta vaadittavaa erityisosaamista jatkuvaa valvontaa vaativan keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä, sekä kaksi lisäkoulutustarvetta kuvailevaa yläkategoriaa. Seuraavassa tarkastellaan

keskeisimpiä näistä tuloksista suhteessa aikaisempiin aihetta sivuaviin tutkimuksiin. Liitteissä 3 ja 4 on esitelty osa näistä tutkimuksista.

Potilaan elintärkeän hoidon turvaaminen on sairaanhoitajalta vaadittavan erityisosaamisen yksi pääalueista. Siihen sisältyy kyky tarkkailla potilasta ja tulkita sitä informaatiota, mitä potilaalta saadaan sekä havainnoimalla että eri seurantalaittein mitattuna. Oleellista on sairaanhoitajan taito tulkita saatua informaatiota ja mukauttaa oma toimintansa sen mukaan. Tämä tulos on yhdenmukainen aikaisempienkin tutkimusten valossa. Fairman & Kagan (1999) tuovat esiin sairaanhoitajan kyvyn tarkkailla korostaen uuden teknologian mukanaan tuomia haasteita. Potilaat ovat yhä vaikeammin sairaita ja tarvitsevat uuden teknologian mahdollistamaa hoitoa. Jones (2002) määrittelee tutkimuksessaan sairaanhoitajan arviointi- ja tulkintataidot yhdeksi kriittisesti sairaan potilaan hoitotyön ydinpätevyysalueista, samansuuntaisia tuloksia on saanut myös Considine (2005). Bourgault (2004) esittää, että aloittaessaan työt tehostetun valvonnan osastolla sairaanhoitajalla pitäisi olla kolmannen vuoden jälkeen taitavat analyttiset kyvyt hoitaessaan kriittisesti sairasta potilasta. Voidaan ajatella, että sairaanhoitajan arviointi- ja tulkintataidot korostuvat myös valvontayksikön hoitotyössä siksi, että potilaat ovat useimmiten kriittisesti sairaita. Heidän vointinsa vaihtelee nopeasti ja kyse on usein peruselintoimintojen turvaamisesta. Tämä edellyttää taitoa nähdä, milloin potilas on nopeasti tapahtuvan hoidon tarpeessa.

Tässä tutkimuksessa nousi esiin myös sairaanhoitajalta vaadittava tekninen osaaminen yhtenä osaamisen alueena. Se liittyy läheisesti edellä mainittuun uuden teknologian käyttämiseen potilaan hoitotyössä (Fairman & Kagan 1999). Tässäkin tutkimuksessa tekninen osaaminen liittyi juuri erilaisten laitteiden käyttämiseen. Haastatteluissa tuli esiin laitteiden käytön osaamisen tärkeys, mutta myös laitteiden käyttövalmiudesta huolehtiminen. Little (2000) arvioi tutkimuksessaan teknisen pätevyyden olevan välttämätön pohja kliinisen hoitotyön oppimiselle erityisesti kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä. Se on myös olennainen perusta myöhemmän asiantuntijuuden kehittymiselle. Tekninen osaamattomuus saattaa olla esteenä tehokkaalle käytännön työlle. Vasta hallitessaan teknisen osaamisen sairaanhoitaja pystyy keskittymään hoitotyön muihin osa-alueisiin (Beeby 2000). Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat myös tärkeänä teknisten taitojen jatkuvan ylläpitämisen.

Tämän tutkimuksen tuloksissa teknisten taitojen ylläpitäminen ja kehittäminen nousi esiin alueena, joista sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Tekniikan kehittyessä myös potilaan hoidossa käytettävä laitteisto monipuolistuu ja lisääntyy. Oleellisen tärkeänä pidettiin

mahdollisuutta opetella rauhassa uuden laitteen toiminta ennen kuin sitä joutuu käyttämään käytännössä. Laitteiden käyttötaidon ylläpitämistä sairaanhoitajat myös painottivat. Laitteen toimintaa ei hallitse, jos sitä ei joudu jatkuvasti käyttämään.

Sairanhoitajat toivat esiin taidon toimia omaan intuitioon luottaen. Siihen sisältyi kyky reagoida nopeasti muuttuviin tilanteisiin, jotta voidaan turvata potilaan elintärkeä hoito. Niissä tilanteissa tarvitaan myös kykyä priorisoida toimintojen tärkeysjärjestys. He kokivat, että taustalla vaikuttaa kokemuksen mukanaan tuoma osaaminen. Samansuuntaisia tuloksia ovat tutkimuksissaan tuoneet esiin myös Jones (2002) ja Luotola ym. (2003).

Sairanhoitajan persoonalliset kyvyt nousivat tämän tutkimuksen tuloksissa yhdeksi osaamisen alueeksi. Sairanhoitajan persoonallisuudella ja taidolla käyttää omia henkilökohtaisia ominaisuuksia on suuri merkitys hoitotyössä. On oltava taitoa potilaan henkiseen tukemiseen. Yhteistyökykyä vaaditaan niin potilaiden kanssa työskennellessä kuin myös kollegoiden ja muiden ammattiryhmien välisessä työskentelyssä. Sairanhoitajat toivat myös esiin jokaisen henkilökohtaisen vastuun työyhteisön toimivuudesta. Tilanteet ovat työssä stressaavia ja sairaanhoitajat työskentelevät kovan paineen alaisina. Vaaditaan kykyä sietää tätä stressiä. Persoonalliset ominaisuudet yhtenä osaamisen alueena ovat tulleet esiin aikaisemmissakin tutkimuksissa (Tettersell 1993, Albarran & Whittle 1997, Kleinpell 1997, Dunn ym. 2000, Luotola ym. 2003, Bourgault 2004).

Eettiset ristiriidat hoitotyössä nousivat selvästi esiin tämän tutkimuksen tuloksissa. Nämä liittyivät usein potilaan hoitolinjauksiin. Sairanhoitajat kokivat vaikeina tilanteet, joissa potilaan hoito pitkittyi ja he näkivät potilaan kärsimykset. Samanlaisia tuloksia tuovat tutkimuksessaan esiin myös Bucknall & Thomas (1997). Tässä tutkimuksessa haastateltavat kohtasivat myös tilanteita, joissa potilaat toivoivat aktiivisen hoidon jo loppuvan, mutta omaiset halusivat terveydenhuoltohenkilöstön tekevän kaiken mahdollisen läheisensä hyväksi. Sairanhoitajat kohtasivat työssään myös potilaiden vastustuksen heille annettua hoitoa kohtaan. Kaikissa näissä tilanteissa sairaanhoitajien on kuitenkin pystyttävä toimimaan, vaikka omat ajatukset ja tunteet voivat olla varsin ristiriitaiset. Luotolan ym. (2003) tutkimus osoitti myös ammatillisen pätevyyden tärkeyden eettisyyden alueella. Tuloksissa suositellaankin teho-osastoilla työskenteleville sairaanhoitajille järjestettävän perehdytyksen ja täydennyskoulutuksen aiheeksi eettisten kysymysten käsittelyä. Samanlainen tarve nousee esiin myös tämän tutkimuksen perusteella. Eettisyyttä pohdittiin kaikissa tätä tutkimusta varten tehdyissä haastatteluissa. Esiin nousi

nimenomaan taito kohdata eettisiä ristiriitoja. Yksi keino tämän taidon lisäämiseen olisi eettiseen päätöksentekoon liittyvän teoreettisen taustan tunteminen, jonka avulla sairaanhoitajat pystyisivät refleктоimaan omia ristiriitaisia kokemuksiaan eettisistä kysymyksistä. Myös Lyytikäinen ym. (2005) tuovat tuloksissaan esiin tehohoidon rajaamisen päätöksentekoon liittyvät ristiriitaiset näkemykset. Rushton ym. (2007) korostavat, että hoitotyöntekijöiden tulee ymmärtää eettisen toiminnan hyödyt, haitat ja rajoitukset. Lauri ym. (1998) tuovat tutkimuksessaan esiin, että sairaanhoitajan on tärkeää olla tietoinen niistä eettisistä päätöksistä, joita hän työssään tekee ja kuinka niihin päätöksiin on päädytty. Siten sairaanhoitajien on mahdollista ymmärtää paremmin tekemiään päätöksiä ja tarkastella heidän päätöksentekonsa kehittymistä.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat potilaan yksilöllisyyden ja perheen huomioinnin tärkeyden hoitotyössä. Sairaanhoitajat toivat esiin potilaan kohtaamisen omana yksilönään. He kokivat olevansa ikään kuin potilaan puolesta puhujia. Tämä näkökulma tuli esiin myös Luotolan ym. (2003) tutkimuksessa, jonka mukaan tehosairaanhoitajat kokivat olevansa potilaan kärsimyksen lievittäjiä ja potilaan etujen ajajia. Inhimillisuus koettiin hoitotyössä keskeiseksi. Hoidon inhimillisyyden tärkeyden toi esiin tutkimuksessaan myös Potinkara (2004). Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat omaisten tuen tarpeen, johon hoitotyössä on kiinnitettävä huomiota. Omaiset tarvitsevat sekä tiedollista että henkistä tukemista. He kokevat olonsa usein epävarmaksi ja jopa pelokkaaksi sairaalaympäristössä. Sairaanhoitajien taito rohkaista omaisia tällaisissa tilanteissa on tärkeää. Omaisten huomioinnin merkitys kuuluu laajasti hoitotyön eri alueisiin. Tämä tuli esiin myös tarkasteltaessa keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyötä (Keen 2000, O'Connell 2000, Edmonds ym. 2001, Kanervisto ym. 2003).

Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajan laaja-alainen osaaminen ja sen kehittäminen nousi yhdeksi osaamisen pääalueista. Sairaanhoitajat kokivat, että koko ajan on tarvetta kerrata teoreettista pohjaa omalle työlleen. Myös uuden tutkitun tiedon tuomista käytäntöön kaivattiin. Tutkimukseen osallistuneet kokivat, että oman itsensä kehittäminen jää paljon oman aktiivisuuden varaan ja myös omalle vapaa-ajalle. Haastateltavat toivat esiin myös toisaalta sen, että tiedon saaminen ja omaksuminen edellyttääkin omaa aktiivisuutta. Tarve tiedollisen perustan vahvistamiseen ja erityistiedon hallitsemiseen on noussut esiin useissakin tutkimuksissa. Luotolan ym. (2003) tutkimus osoittaa keskeiseksi erityisalan tiedon ja sen soveltamisen kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä. Samansuuntaiseen tulokseen päätyivät myös Dunn ym. (2000) ja Bourgault (2004). Kriittisesti sairaan potilaan hoitotyö edellyttää hoitotyön toimintojen teoreettisen taustan ymmärtämistä (Abner 2000). Erityistiedon tarve on keskeistä myös keuhkosairautta sairastavan

potilaan hoitotyössä. Richardson (1991), Tettersell (1993) ja Robertson ym. (1997) tuovat tutkimuksissaan esiin sairaanhoitajien tarpeen lisäkoulutukseen, jotta he pystyvät antamaan tehokasta potilasohjausta. Tämän tutkimuksen tuloksissa ei kuitenkaan noussut esiin lisätiedon tarve koskien potilasohjausta. Toisaalta tämä tutkimus keskittyi valvontaosaston hoitotyöhön. Jos aihetta olisi tutkittu vuodeosasto- ja poliklinikkatoiminnan näkökulmasta, olisi tulos voinut olla toinen. Lisäksi Richardsonin (1991), Tettersellin (1993) ja Robertsonin (1997) tutkimukset ovat vähintään kymmenen vuotta vanhoja, joten kehitystä sairaanhoitajilla olevien ohjaustaitojen suhteen voidaan olettaa tapahtuneen. Mutta erikoisosaamisen tärkeyden tuo esiin kuitenkin Keen (2000) koskien keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyötä. Hän tarkastelee tutkimuksessaan COPD:tä sairastavan potilaan hoitotyön keskeisiä elementtejä ja esittää, että kaikissa hengityselinsairauksia hoitavissa yksiköissä pitäisi olla hengityshoitoon erikoistunut sairaanhoitaja. Mielenkiintoista onkin, että osa tähänkin tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista toi esiin positiivisena asiana mahdollisuuden konsultoida hengityshoitoon perehtynyttä sairaanhoitajaa omassa klinikassaan. Tämä tuli esiin kuitenkin vain toisen sairaalan kohdalla, koska tällaista mahdollisuutta ei ilmeisesti molemmissa sairaaloissa ollut. Myös kuntoutusohjaajan konsultointi koettiin positiivisena ja tarpeellisenä asiana. Tästä voidaankin ajatella, että ilmeinen tarve tällaiseen erityisosaamiseen on olemassa.

Tehohoitotyöhön kuuluu hengityskonehoito (Garcia-Barbero & Such 1996, Blomster ym. 2001). Tässä tutkimuksessa haastateltavat toivat esiin, että ero teho-osaston ja valvontayksikön välillä on siinä, että valvontayksikön potilailla on usein käytössä hengitystä tukeva laite, joka ei ole sama asia kuin hengityskone. Hengityskoneessa heillä ei potilaita ole. Toinen eroavaisuus tehohoitotyöhön on, että potilaat eivät useinkaan ole sedatoituna ja kommunikointi potilaiden kanssa tuo erilaisia haasteita kuin teho-osastolla. Tutkimustuloksissa ilmeni, että sairaanhoitajat hoitavat työssään hyvin laaja-alaisesti eri erikoisalojen potilaita. Selkeästi nousivat esiin keuhkosairautta sairastavien potilaiden lisäksi myös sydänsairautta ja neurologista sairautta sairastavat potilaat. Työssään sairaanhoitajat kohtaavat myös potilaita, jotka tulevat hoitoon jonkin kirurgisen toimenpiteen jälkeen. Sairanhoitajat kuvailivat, että useinkaan potilailla ei ole ainoastaan yhtä sairautta vaan he kärsivät useammista sairauksista yhtä aikaa. Tämä tuo monenlaisia haasteita sairaanhoitajille hoitaa näitä potilaita. Voidaankin sanoa, että sairaanhoitajien osaamiseen kuuluu vaativan hoitotyön taito. Tähän aiheeseen liittyviä tutkimuksia ei noussut esiin tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsauksessa. Ainoastaan Fairman & Kagan (1999) sivuavat aihetta toteamalla kriittisesti sairaiden potilaiden olevan yhä kompleksisempia. Toisaalta tutkimukset, joissa tarkastellaan kriittisesti sairaan potilaan hoitotyötä, eivät myöskään tuo esiin niitä sairauksia mitä potilailla on.

Toisen tutkimuskysymyksen avulla tässä tutkimuksessa haluttiin kuvailla niitä alueita, millä sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Tulokset nostivat esiin potilaan elintärkeään hoitoon liittyvien tietojen ja taitojen syventämisen. Yhtenä alueena siinä oli sydämen ja keuhkojen toimintaan liittyvän tiedon syventäminen. Tässä tutkimuksessa tutkittavat kokivat tarvitsevansa lisää tietoa sydämen toiminnasta. Erityisesti sydämen rytmien tunnistamista pidettiin tärkeänä. He kokivat taitonsa riittämättömiksi erilaisten rytmien tunnistamiseen. Hengitykseen liittyvästä tiedosta esiin nousivat verikaasuanalyysin tulkinta ja hengitykseen vaikuttavat sairaudet. Sairaanhoitajat kuvailivat, että oman osaamisen kannalta olisi kyky verikaasuanalyysin laajempaan tulkitsemiseen mielenkiintoista, vaikka lääkäri viime kädessä onkin tulkinnasta vastuussa. Neurologisia sairauksia sairastavien potilaiden myötä on tullut myös tarve tietää enemmän niistä sairauksista, jotka vaikuttavat ihmisen hengitystoimintaan. Myös Abner (2000) tuo esiin hengitys- ja verenkiertoelimistöön liittyvän tiedon tärkeyden kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä. Hengenahdistus on yleinen oire kriittisesti sairailta potilailta (Spector ym. 2007).

Kolmantena lisäkoulutusalueena nousi esiin lääkehoitoon ja ravitsemukseen liittyvän tiedon syventäminen. Potilaiden hoidossa käytettävät lääkkeet lisääntyvät ja muuttuvat koko ajan. Lääkehoito on merkittävä osa potilaan hoitoa. Sairaanhoitajat kokivatkin tarpeelliseksi saada ajankohtaista tietoa käytettävistä lääkkeistä. Potilaan ravitsemukseen liittyvä tieto oli myös alue mistä sairaanhoitajat halusivat lisää tietoa. Tämä tuli esiin varsinkin niiden sairaanhoitajien keskuudessa, jotka työskentelevät tavallisella vuodeosastolla.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat sairaanhoitajilla olevan tarvetta säännöllisiin yhteisiin koulutuksiin. Koulutusten sisältönä halutaan olevan uuden tiedon, joka koskee heidän työtään. Sairaanhoitajat pitivät tärkeänä myös saada opastusta uuden tiedon soveltamisessa käytäntöön. Hyvinä asiantuntijoina tähän tehtävään he pitivät sairaanhoitajia ja lääkäreitä, joilla on vahva käytännön kokemus omasta erikoisalastaan. Koulutusten haluttiin olevan yhdenmukaisia kaikille, jotta jokainen pystyisi hyödyntämään tietoa käytännössä samalla tavalla. Chaboyer ym. (2000) tuovatkin tutkimuksessaan esiin tutkimustiedon hyödyllisyyden sen edistäessä potilaan hoidon paranemista sekä hoitotieteellisen tieteenalan kehittymistä. Albarran & Whittle (1997) näkevät sairaanhoitajan yhtenä roolina hoitotyön käytännön kehittämisen.

#### 6.4. Haasteet hoitotyön kehittämiseksi

Tämän tutkimuksen aiheena oli kuvailla niitä erityisosaamisalueita, joita sairaanhoitaja tarvitsee hoitaessaan keuhkosairautta sairastavaa valvontayksikössä olevaa potilasta. Lisäksi kuvailtiin niitä alueita, joilla sairaanhoitajat kokivat tarvitsevänsä lisäkoulutusta. Tässä ja aikaisemmissa tutkimuksissa nousi esiin sairaanhoitajien tarvitsema erityisalan tieto ja jatkuva oman osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen. Tämä tulisikin huomioida riittävästi käytännön hoitotyössä. Koulutuksen tulisi olla säännöllistä ja työyksikön tarpeista lähtevää. On huomioitava, että sairaanhoitajilla on jo perusosaamista, joten koulutuksessa tulisikin kiinnittää huomiota tiedon laatuun. Kyse on enemmänkin jo olemassa olevien tietojen ja taitojen syventämisestä. Lisäksi jokaisen tulisi saada samansisältöinen koulutus, jotta tieto siirtyisi yhdenmukaisena käytäntöön. Kouluttautumiseen on kuitenkin varattava aikaa, sillä lyhyt aika sisällytettynä normaaliin työpäivään ei anna useinkaan sairaanhoitajille mahdollisuutta osallistua koulutukseen. Yksi tapa ylläpitää säännöllistä kouluttautumista voisi olla esimerkiksi asiantuntijasairanhoitaja, jonka tehtävänä työyksikössä olisi koulutuksen suunnittelu ja järjestäminen. Varsinainen toteutus voisi vaihdella aiheesta ja tilanteesta riippuen. Oleellista on, että koulutuksen järjestäminen olisi keskitettyä ja säännöllistä. Olisi hyödyllistä myös järjestää tietyn erikoisalan alueellisia tai valtakunnallisia, hoitohenkilökunnan yhteisiä seminaareja. Se olisi foorumi yhteiselle keskustelulle ja antaisi mahdollisuuden tiedon jakamiseen ja oman alan asiantuntijuuden vahvistumiseen.

Koulutukseen läheisesti liittyvä uuden työntekijän perehdyttäminen on myös alue, johon on syytä kiinnittää huomiota käytännön hoitotyössä. Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajilla nousi esiin tarve saada riittävästi aikaa ja mahdollisuuksia perehtyä uusiin asioihin, joita hoitotyön käytäntöön tulee. Erityisesti valvontayksikön hoitotyössä osaaminen edellyttää erityisalan tietoja ja taitoja. Nykypäivänä kuitenkin terveydenhuollon resurssipula on varmasti yksi asianmukaista perehdyttämistä estävä tekijä. Onkin syytä miettiä millä keinoilla olemassa olevilla resursseilla olisi mahdollisuus järjestää uuden työntekijän perehdyttäminen. Hyvin suunniteltu ja ajan tasalla oleva kirjallinen perehdytysohjelma olisi ainakin hyvä apuväline perehdyttäjälle ja perehdytettävälle. On selvää, että perehdyttämiseen on myös varattava aikaa.

Aikaisemmissa tutkimuksissa (Luotola ym. 2003) kuten tässäkin nousivat esiin eettiset kysymykset kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä. Aikaisemminkin on tuotu esiin ajatus, että perehdytys- ja täydenniskoulutuksessa olisi hyvä käsitellä myös eettisiä kysymyksiä. Tätä ajatusta tukee myös tämä tutkimus. Sairanhoitajat kohtaavat työssään valvontayksikössä tilanteita, jotka voivat

aiheuttaa hyvinkin ristiriitaisia tuntemuksia. Niiden käsittelyä helpottaisi teorettinen tieto eettisyyteen liittyvistä kysymyksistä. Voidaan myös pohtia, onko nykyisessä sairaanhoitajien peruskoulutuksessa riittävästi eettisyyteen liittyvää opetusta.

## **6.5. Jatkotutkimushaasteet**

Kirjallisuuskatsauksessa tutkija ei löytänyt aikaisempia tutkimuksia, joissa olisi käsitelty vastaavaa sairaanhoitajien lisäkoulutustarvetta kuin tässä tutkimuksessa. Esiin nousi kuitenkin jo aiemmin tässä raportissa mainittu erityisalan tieto ja sen soveltaminen. Tarvetta olisikin tutkia laajemmin minkälaista on se erityisalan tieto, jota kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä tarvitaan. Tämän tutkimuksen valossa mielenkiintoista olisi tietää minkälaista erityisalan tietoa tarvitaan keuhkosairautta sairastavan potilaan valvontayksikön hoitotyössä. Tämän tutkimuksen teorettisessa viitekehyksessä tuli esiin keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä tarvittava erityisalan tieto. Tätä taustaa vasten on oletettavaa erityisalan tiedon välttämättömyys tällaisessa hoitotyössä. Tämä tutkimus toi esiin myös sairaanhoitajien jatkuvan kouluttautumisen tarpeen. Hyödyllistä olisi tutkia miten täydennyskoulutus tulisi järjestää työyhteisössä, jotta sairaanhoitajien säännöllinen kouluttautuminen olisi mahdollista oman työn ohessa.

Keuhkosairautta sairastavien potilaiden hoitotyötä ei ole paljon tutkittu. Tehdyissä tutkimuksissa tutkimuksen kohteena ovat usein olleet astmaa ja kroonista obstruktiivista keuhkosairautta sairastava potilas. Olisikin mielenkiintoista saada tietoa yleisesti keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä vaadittavista osaamisalueista sairaanhoitajan näkökulmasta. Se antaisi sairaanhoitajille tarvittavaa tietoa oman osaamisen kehittämiseen ja sitä kautta vaikuttaisi myös potilaiden hoidon laatuun.

Tämän tutkimuksen tulokset kuvailevat valvontayksikön hoitotyössä tarvittavaa sairaanhoitajan osaamista keuhkosairautta sairastavien potilaiden näkökulmasta. Mielenkiintoista olisi tietää, miten näitä tuloksia voidaan soveltaa myös muiden erikoisalojen valvontayksikön hoitotyön osaamisalueiden määrittelyssä.



## LÄHTEET

- Abner C. 2000. Increasing critical care skills of non-critical care nurses. *Journal for Nurses in Staff Development* 16(3), 124-130.
- Albarran J & Whittle C. 1997. An analysis of professional, specialist and advanced nursing practice in critical care. *Nurse Education Today* 17, 72-79.
- Barnett M. 2005. Caring for a patient with COPD: a reflective account. *Nursing Standard* 19(36), 41-46.
- Barnett M. 2006. Providing anticipatory care for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Art & Science respiratory nursing* 21(9), 41-46.
- Beeby J. 2000. Intensive care nurses' experiences of caring. *Intensive and Critical Care Nursing* 16, 151-163.
- Bench S, Crowe D, Day T, Jones M & Wilebore S. 2003. Developing a competency framework for critical care to match patient need. *Intensive and Critical Care Nursing* 19(3), 136-142.
- Blomster M, Mäkelä M, Ritmala-Castren M, Säämänen J & Varjus S-L. 2001. Tehohoitotyö. Hygieia-sarja, Tammi, Tampere.
- Bourgault A. 2004. The development of multi-level critical care competency statements for self-assessment by ICU nurses. *CACCN*, Supplied by The British Library – "The world's knowledge" 15(4), 15-18.
- Bucknall T & Thomas S. 1997. Nurses' reflections on problems associated with decision-making in critical care settings. *Journal of Advanced Nursing* 25, 229-237.
- Burnard P. 1996. Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today* 16, 278-281.
- Byrne D, Drury J, Mackay R, Robinson S, Faranda C & MacAdam D. 1993. Evaluation of the efficiency of an instructional programme in the self-management of patients with asthma. *Journal of Advanced Nursing* 18, 637-646.
- Chaboyer W, Dunn S & Najman J. 2000. Developing specialty knowledge: the case of Australian critical care nursing. *Intensive and Critical Care Nursing* 16, 13-17.
- Coakley A-L. 2001. Helping patients to master correct inhaler techniques: nursing role. *British Journal of Nursing* 10(7), 424-432.
- Considine J. 2005. The role of nurses in preventing adverse events related to respiratory dysfunction: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 49(6), 624-633.
- Dunn S V, Lawson D, Robertson S, Underwood M, Clark R, Valentine T, Walker N, Wilson-Row C, Crowder K & Herewane D. 2000. The development of competency standards for specialist critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing* 31(2), 339-346.

- Edmonds P, Karlsen S, Khan S & Addington-Hall J. 2001. A comparison of the palliative care needs of patients dying from chronic respiratory diseases and lung cancer. *Palliative medicine* 15, 287-295.
- Eskola J & Vastamäki J. 2001. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola J & Valli R (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 24-42.
- Eskola N & Paloposki S. 2001. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Ammattikorkeakoulusta valmistuneen sairaanhoidajan arvio ammatillisesta osaamisestaan ja sairaanhoidajan ammatilliseen osaamiseen yhteydessä olevat tekijät. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopiston hoitotieteen laitos. Tampere.
- Fairman J & Kagan S. 1999. Creating Critical Care: The Case of the Hospital of the University of Pennsylvania, 1950-1965. *Advances in Nursing Science* 22(1), 63-77.
- Ford J & Reutter L. 1990. Ethical dilemmas associated with small samples. *Journal of Advanced Nursing* 15, 187-191.
- French J, Bilton D & Campbell F. 2006. Nurse specialist care for bronchiectasis. *The Cochrane Library* 1. CD004359.
- Garcia-Barbero M & Such J C. 1996. Teaching critical care in Europe: Analysis of a survey. *Critical Care Medicine* 24(4), 696-704.
- Gibbons D, Hamilton J, Maw G & Telford J. 2001. Developing a nurse-led service for COPD patients. *Professional Nurse* 16(4), 1035-1037.
- Hilden R. 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Vammalan kirjapaino, Vammala.
- Hirsjärvi S & Hurme H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.
- Huggins K. 2004. Lifelong learning – the key to competence in the intensive care unit? *Intensive and Critical Care Nursing* 20(1), 38-44.
- Jeng C, Chang W, Wai P & Chou C-L. 2003. Comparison of oxygen consumption in performing daily activities between patients with chronic obstructive pulmonary disease and a healthy population. *Heart & Lung* 32(2), 121-130.
- Jones M. 2002. Critical care competencies. *Nursing in Critical Care* 7(3), 111-120.
- Jonsdottir H. 1999. Outcomes of implementing primary nursing in the care of people with chronic lung diseases: the nurses` experience. *Journal of Nursing Management* 7(4), 235-242.
- Kanervisto M, Paavilainen E & Åstedt-Kurki P. 2003. Impact of chronic obstructive pulmonary disease on family functioning. *Heart&Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 32(6), 360-367.

- Keen D. 2000. Chronic obstructive pulmonary disease: life threatening exacerbations and the role of the intensive care nurse. Assignment-Ongoing work of health care students, supplied by The British Library-“The world’s knowledge” 6(3), 21-29.
- Kendrick K, Baxi S & Smith R. 2000. Usefulness of the modified 0-10 Borg scale in assessing the degree of dyspnea in patients with COPD and asthma. *Journal of Emergency Nursing* 26(3), 216-222.
- Kitzinger J. 1995. Qualitative Research: Introducing Focus Groups. *British Medical Journal* 311(7000), 299-302.
- Kleinpell R. 1997. Acute-Care Nurse Practitioners: Roles and Practice Profiles. *Advanced Practice in Acute Critical Care* 8(1), 156-162.
- Koskinen L & Jokinen P. 2001. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä – haastattelijoiden kokemuksia. *Hoitotiede* 6, 301-309.
- Kyngäs H. & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1, 3-12.
- Latvala E & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S & Nikkonen M (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WS Bookwell Oy, Juva, 21-43.
- Lauri L, Salanterä S, Callister L, Harrisson S, Käppeli S & MacLeod M. 1998. Decision making of nurses practicing in intensive care in Canada, Finland, Northern Ireland, Switzerland and the United States. *Heart Lung* 27(2), 133-142.
- Lee D & Wingate S. 2004. Managing the Heart Failure Patient With Obstructive Lung Disease. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 19(6), 27-34.
- Leino-Kilpi H. 1998. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 222-231.
- Little C V. 2000. Technological competence as a fundamental structure of learning in critical care nursing: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing* 9, 391-399.
- Lomborg K, Björn A, Dahl R & Kirkevold M. 2005. Body care experienced by people hospitalized with severe respiratory disease. *Journal of Advanced Nursing* 50(3), 262-271.
- Lomborg K & Kirkevold M. 2005. Curtailing: handling the complexity of body care in people hospitalized with severe COPD. *Scandinavian Journal of Caring Science* 19, 148-156.
- Luotola V. 2001. Tehosairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja kvalifikaatiovaatimukset. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampere.
- Luotola V, Koivula M, Munnukka T & Åstedt-Kurki P. 2003. Tehosairaanhoidajien ammatillinen pätevyys ja kvalifikaatiovaatimukset. *Hoitotiede* 5, 233-243.
- Lyytikäinen H, Turunen H & Uusaro A. 2005. Sairaanhoidajien ja lääkäreiden yhteistyö tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa – kysely teho-osastojen sairaanhoidajille. *Hoitotiede* 17(1), 25-34.

- Metsämuuronen J. 2000. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? 2. tarkistettu painos. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Mäenpää T, Paavilainen E & Åstedt-Kurki P. 2002. Ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä tutkittaessa ala-asteen kouluterveydenhuollon perhekeskeisyyttä ja perheiden tiedollista tukea. *Hoitotiede* 14, 100-107.
- Nieminen H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 215-221.
- Niiniluoto I. 1989. Informaatio, tieto ja yhteiskunta. Filosofinen käsiteanalyysi. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Nousiainen I. 1998. Osastonhoitajien ja ylihoitajien käsityksiä sairaanhoitajan työn osaamisalueista. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä.
- Nyamathi A & Shuler P. 1990. Focus group interview: a research technique for informed nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 15, 1281-1288.
- O'Connell L. 2000. Management of patients with chronic obstructive pulmonary disease in ICU and promotion of smoking cessation. *Nursing in Critical Care* 5(3), 130-136.
- Opetusministeriö 2001. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Opetusministeriö 7.9.2001, Helsinki.
- Paloste A. 2004. Valmistumisesta – Työelämään. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveysalalta vuonna 1995 valmistuneiden käsityksiä koulutuksesta, ammatillisesta pätevydestä ja sijoittumisesta työelämään. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopistopaino, Rovaniemi.
- Peltari P. 1997. Sairaanhoitajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Akateeminen väitöskirja. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Potinkara H. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto. Tampereen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print, Tampere.
- Porter-Jones G, Francis S & Benfield G. 1999. Running a nurse-led nebulizer clinic in a district general hospital. *British Journal of Nursing* 8(16), 1079-1084.
- Raatikainen P. 2005. Ihmistieteet – tiedettä vai tulkintaa? Teoksessa Meurman-Solin A & Pyysiäinen I (toim.) *Ihmistieteet tänään*. Oy Yliopistokustannus University Press Finland Ltd, Helsinki, 39-61.
- Raj K. 2003. Osaamisen tuottaminen ammattikorkeakoulun päämääränä. Teoksessa: Kotila H. (toim.) *Ammattikorkeakoulupedagogiikka: ajankohtaisia puheenvuoroja*. Edita, Helsinki, 42-58.
- Reed J & Payton V. 1997. Focus groups: issues of analysis and interpretation. *Journal of Advanced Nursing* 26, 765-771.

- Richardson H. 1991. The perceptions of Canadian young adults with asthma of their health teaching/learning needs. *Journal of Advanced Nursing* 16, 447-454.
- Robertson R, Osman L M & Douglas J G. 1997. Adult asthma review in general practice: nurses' perception of their role. *Family Practice* 14(3), 227-232.
- Robinson N. 1999. The use of focus group methodology – with selected examples from sexual health research. *Journal of Advanced Nursing* 29(4), 905-913.
- Roman M & Mercado D. 2006. Review of Chest Tube Use. *MEDSURG Nursing* 15(1), 41-43.
- Rushton C, Reina M & Reina D. 2007. Building Trustworthy Relationships With Critically Ill Patients and Families. *Advanced Critical Care* 18(1), 19-30.
- Sim J. 1998. Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing* 28(2), 345-352.
- Siponen A. 1999. "Ei minulle voi käydä näin!". Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto. Vammalan kirjapaino, Vammala.
- Smith K V & Godfrey N S. 2002. Being a good nurse and doing the right thing: a qualitative study. *Nursing Ethics* 9 (3), 301-310.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta. 2000. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000:15. Helsinki.
- Spector N, Connolly M & Carlson K. 2007. Dyspnea: Applying Research to Bedside Practice. *AACN Advanced Critical Care* 18(1), 45-58.
- Stenman P & Toljamo M. 2002. Astmapotilaan ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana. *Hoitotiede* 14(1), 19-25.
- Suominen T, Leino-Kilpi H & Mäkelä M. 2000. Katsaus ulkomaiseen tehohoitotyöhön kohdistuneeseen tutkimukseen. Teoksessa Mäkelä M, Suominen T & Leino-Kilpi H (toim.) Tehohoitotyön tutkimus – tehohoitopotilaan ja -hoitajan parhaaksi. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A:27.* Turun yliopisto, Turku, 2-16.
- Taalas M. 1995. Ammattitutkinto ammattitaidon näyttönä. Ammatillisten aikuistutkintojen kehittäminen. *Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen julkaisusarja A. Tutkimuksia* 62. Jyväskylä.
- Tettersell M. 1993. Asthma patients' knowledge in relation to compliance with drug therapy. *Journal of Advanced Nursing* 18, 103-113.
- Tuomi J & Sarajärvi A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Twinn S. 1998. An analysis of the effectiveness of focus groups as a method of qualitative data collection with Chinese populations in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 28(3), 654-661.

Tzeng H-M. 2004. Nurses' self-assessment of their nursing competencies, job demands and job performance in Taiwan hospital system. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 487-496.

Varjus S-L. 2000. Katsaus ulkomaiseen tehohoitotyöhön kohdistuneeseen tutkimukseen. Teoksessa Mäkelä M, Suominen T & Leino-Kilpi H (toim.) *Tehohoitotyön tutkimus – tehohoitopotilaan ja –hoitajan parhaaksi*. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A:27. Turun yliopisto, Turku, 17-38.

Vehviläinen-Julkunen K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 26-34.

Vehviläinen-Julkunen K & Paunonen M. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 14-25.

Åstedt-Kurki P & Nieminen H. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 152-163.

## LIITE 1. Tutkimuslupahakemus

Tampereen yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
Irja Nieminen  
TtM-opiskelija

**Tutkimuslupahakemus**  
22.5.2006

Arvoisa ylihoitaja

Opiskelen Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella hoitotyön opettamisen koulutusohjelmassa. Pro gradu -tutkielmani aiheena on sairaanhoitajan osaaminen keuhkosairautta sairastavan potilaan valvontayksikön hoitotyössä. Tarkoituksena on kartoittaa niitä osaamisalueita, joita sairaanhoitaja tarvitsee keuhkosairautta sairastavan potilaan valvontayksikön hoitotyössä.

Pro gradu -tutkielman aineisto kerätään teemahaastatteluilla ja haastattelumuotona on ryhmähaastattelu. Siksi pyydän Teiltä lupaa haastatella enintään kymmentä sairaanhoitajaanne toukokuun 2006 aikana.

Haastatteluaineisto käsitellään nimettömänä, joten kenenkään tutkimukseen osallistuneen henkilöllisyys ei tule paljastumaan lopullisessa tutkimusraportissa. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Pro gradu -tutkielmaani ohjaavat Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselta THT, yliassistentti Marja-Terttu Tarkka ja TtM, lehtori Tiina Mäenpää.

Yhteistyöstänne kiittäen

Irja Nieminen  
Esh, TtM-opiskelija  
p. xxx xxx xxxx  
E-mail irja.nieminen@uta.fi

## LIITE 2. Haastatteluteemat

### Hoitotyön auttamismenetelmät

- minkälaiset hoitotyön auttamismenetelmät korostuvat työssä (esim. vitaalielintoimintojen tarkkailu, käden taidot, kirjallisen hoitosuunnitelman käyttö apuvälineenä jne...)
- mikä on vaikeinta/helpointa, miksi

### Tekniset taidot

- minkälaista teknologiaa (erilaiset laitteet) käyttää työssään
- mikä vaikeinta/helpointa käyttää, miksi
- mikä edistää/estää käytön oppimista

### Teoreettinen tieto

- minkälaista teoreettista tietoa työssä tarvitaan (esim. tietoa eri sairauksista, ihmisen fysiologiasta ja anatomiasta – mistä muusta?)
- mitkä sairaudet korostuvat keuhkosairautta sairastavan potilaan valvontayksikön hoitotyössä

### Eettisyys

- miten tulee esiin työssä, minkälaisissa tilanteissa
- mitkä vaikeimpia tilanteita, miksi
- mikä helpottaa/vaikeuttaa eettistä päätöksentekoa

### Yhteistyö

- ketkä osallisina
- minkälaista yhteistyö on (mitä sisältää)
- missä yhteydessä yhteistyö korostuu
- mikä edistää/estää

### Omaisten huomiointi

- missä tilanteissa erityisesti
- miten osana potilaan hoitoa
- mikä edistää/estää

### Työnjakomalli

- miten työt jaetaan osaston käytännössä (esim. yksilövastuinen hoitotyö)
- miten toimii, edut/haitat
- mikä tuntuisi parhaimmalta, miksi

### Koulutus

- millä alueilla tarvitsee lisäkoulutusta, koulutuksen sisältö
- mitkä asiat vaikeinta oppia (missä tarvitsee runsaasti perehdytystä)
- mikä motivoi koulutukseen/oppimiseen
- miten koulutus käytännössä olisi hyvä järjestää

### Muita tärkeitä asioita?



## LIITE 3. Keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyöhön liittyviä tutkimuksia.

Tutkija/ ja tutkimusvuosi	Tutkimuksen aihe	Osallistujat ja tutkimusmenetelmä	Keskeisimmät tulokset
<b>Richardson</b> 1991	Tutkia kanadalaisten nuorten aikuisten astmaatikkojen käsityksiä, jotka liittyvät astman aiheuttamiin terveysongelmiin heidän päivittäisessä elämässään ja heidän käsityksiinsä terveysopetus ja – oppimistarpeistaan.	40 astmaa sairastavaa nuorta aikuista Kyselyhaastattelu, jossa avoimet kysymykset Sisällönanalyysi Laadullinen	Yhtenäisyyksiä käsityksissä biofyysisistä ja psykososiaalisista terveysongelmista ja oppimistarpeista on olemassa. Tärkeää on arvioida yksilölliset tarpeet ja ongelmat potilaiden näkökulmasta. Sairaanhoitajilla saattaa olla tarvetta laajentaa ja täydentää heidän kliinistä tietoperustaa ja asiantuntijuutta.
<b>Byrne, Drury, Mackay, Robinson, Faranda, MacAdam</b> 1993	Testata potilasopetuksen yhteistyömallin tehokkuutta, jolla tuetaan potilaita sopeutumaan heidän lääkitykseensä ja harjoitteluunsa, jolla parannetaan astman hallintaa. Kaikki potilaat saivat yksilöllisen ohjeistuksen.	23 astmaa sairastavaa potilasta Strukturoitu kyselyhaastattelu, jossa avoimet kysymykset Laadullinen	Tarve neuvontaan sopivista liikuntamuodoista. Intervention avulla potilaat kokivat saaneensa tietoa ja tasapainoisemman perspektiivin astmaa kohtaan sairautena. Potilaita on syytä havahduttaa tukitoimintaan mikä on jo olemassa yhteisössä. On tarvetta tukea potilaita löytämään keinot kuinka saada tupakoimaton ympäristö kotona ja töissä.
<b>Tattersell</b> 1993	Arvioida astmapotilaiden tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä hoitomyönteisyyttä.	100 astmaa sairastavaa potilasta Kyselylomake Määrällinen	Hoidon ei-myönteisyys korkea. Potilaan tiedon taso vaikuttaa potilaan kykyyn hoitaa astmakohtaus. Potilaan tiedolla astmasta ja määrätystä hoidosta näyttää olevan vähän vaikutusta lääkehoitomyöntyvyyteen. Potilasohjauksen hyödyllistä pohjautua käytännölliseen ja yksilölliseen tietoon. On tarpeellista, että pitkäkestoinen astmaatikon ohjaus on huolellisesti vaiheistettu. Yksilöllisyyden huomiointi ohjauksessa.
<b>Robertson, Osman &amp; Douglas</b> 1997	Aikuisten astmapotilaiden tarkastuksia tekevien sairaanhoitajien astmakoulutuksen taso ja onko sillä mitään vaikutusta siihen miten sairaanhoitaja kokee oman osaamisensa.	187 sairaanhoitajaa Kysely ja haastattelu Määrällinen ja laadullinen	Hoitajat, jotka saivat lisäkoulutusta astmasta, pystyivät paremmin tukemaan potilaiden itsehoitotaitoja kuin ne hoitajat, joilla ei ollut lisäkoulutusta. Pystyäkseen antamaan hyvää hoitoa, hoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta.
<b>Jonsdottir</b> 1999	Yksilövuostuisen hoitotyön toteuttaminen kroonista keuhkosairautta sairastavien potilaiden hoitotyössä	21 sairaanhoitajaa Toimintatutkimus Laadullinen	Yksilövuostuisen hoitotyön tuomat hyödyt olivat läheinen hoitosuhde, hoidon jatkuvuus, mahdollisuus huomioida potilaiden yksilölliset tarpeet. Potilaat myös tunsivat olonsa turvalliseksi ja tyytyväiseksi. Yksilövuostuinen hoitotyö paransi hoidon laatua.

<p><b>Keen</b> 2000</p>	<p>Keskeiset elementit, jotka sisältyvät COPD-potilaan hoitotyöhön ja hänen perheeseensä potilaan ollessa ”intensive care unit”:ssa.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus CINAHL- ja MEDLINE-tietokannat</p>	<p>Keskeistä hoitotyössä on huomioida COPD:n patofysiologia, COPD:n vaikutus potilaan ja perheen elämään, akuutin pahenemisvaiheen aikainen mekaaninen ventilaatio, ventilaatiotuesta vieroittaminen, noninvasiivinen ventilaatiotuki sekä potilaan paraneminen akuutista pahenemisvaiheesta.</p>
<p><b>Kendrick, Baxi, Smith</b> 2000</p>	<p>Selvittää Borg-asteikon hyödyllisyyttä arvioitaessa hengenahdistuksen astetta COPD- ja astmapotilailla.</p>	<p>42 astmapotilasta 60 COPD-potilasta Borg-asteikkoa käytettiin PEF-mittausten ja happisaturaation seurannan rinnalla ja tuloksia verrattiin Määrällinen</p>	<p>Borg-asteikko on uskottava arviointiväline subjektiivisen hengenahdistuksen arvioinnissa potilailla, joilla on akuutti bronkospasmi. Kun voidaan käyttää itsearviointia potilaalla, on mahdollista antaa arvokasta tietoa lääke- ja hoitosuunnitelmaa varten.</p>
<p><b>Edmonds, Karlsen, Khan, Addington-Hall</b> 2001</p>	<p>Vertailla oireita, hoitoa ja palveluiden käyttöä keuhkosityöpöpotilaiden (LC) ja kroonista keuhkosairautta sairastavien potilaiden (CLD) välillä heidän elämänsä viimeisten 12 kuukauden aikana.</p>	<p>449 keuhkosityöpöpotilaan hoitoon osallistunutta henkilöä 87 kroonista keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitoon osallistunutta henkilöä Strukturoitu haastattelu Määrällinen</p>	<p>CLD-potilaat kokivat enempi hengenahdistusta ja saivat enempi apua sosiaalipalveluista. CLD-potilailla elämänsä loppuvaiheessa on fyysisiä ja psykososiaalisia tarpeita ainakin yhtä vakavia kuin LC-potilaillakin. Elämänsä viimeisenä viikkona hengenahdistus oli yleisempää CLD-potilaalla kuin LC-potilaalla. CLD-potilaiden ennustetta vaikeampi arvioida, koska vointi vaihtelee paljon. Palliatiivinen hoito CLD-potilailla on epätydyttävää.</p>
<p><b>Stenman, Toljamo</b> 2002</p>	<p>Kuvailla kansallisen astmaohjauksen mukaisen ohjauksen toteutumista ja astmapotilaiden hoitoon sitoutumista tietyillä hoidon osa-alueilla astmaa sairastavien näkökulmasta.</p>	<p>95 astmaa sairastavaa potilasta Kyselylomake, jossa strukturoituja ja avoimia kysymyksiä</p>	<p>Astmapotilaiden yksilölliset ohjaustarpeet huomioitiin hyvin. Kuitenkin vastaajat halusivat saata enemmän tietoa monista hoitoon liittyvistä asioista. Potilailla on tarve puhua astmaan liittyvistä peloista ja tunteista. Emotionaalinen tukeminen on ohjauksen keskeinen haaste. Samoin jatkuvuus astmapotilaiden ohjauksessa ja omahoidon tukemisessa antaa haasteita ohjausprosessin jatkumiseen perusterveydenhuollon puolella.</p>
<p><b>Jeng, Chang, Wai, Chou</b> 2003</p>	<p>Verrata päivittäisten aktiviteettien aikaista hapen kulutusta ja maksimihapenkulutusta COPD-potilailla ja terveillä ihmisillä. Verrata heidän hengenahdistuksen tasoa, kun he tekivät päivittäisiä aktiviteetteja ja harjoittelutestejä sekä selvittää standardi hapenkulutus COPD-potilaille päivittäisiin aktiviteetteihin.</p>	<p>27 COPD-potilasta 18 tervettä ihmistä Tutkimus Koeasetelma, korrelatiivinen Kyselylomake, juoksumattotestit Määrällinen</p>	<p>Hengenahdistus COPD-potilailla päivittäisten aktiviteettien aikana oli selvästi vakavampaa kuin terveillä. Ei merkittävää eroa happiarvossa ryhmien välillä. Maksimihappipitoisuuden lisääminen COPD-potilailla käyttäen sopivaa ja yksilöllistä harjoitteluohjelmaa vähentämään suhteellista aktiviteetti-intensiteettiä voi olla tärkeä hoitotyön interventio kun parannetaan COPD-potilaiden hengenahdistusta.</p>

<p><b>Kanervisto,</b> Paavilainen, Åstedt-Kurki 2003</p>	<p>Selvittää suomalaisten COPD-potilaiden perhedynamiikkaa Barnhillin terveen perheen toimintaa kuvaavan systeemi-teoreettisen mallin avulla.</p>	<p>36 kotihappihoidossa olevien potilaiden perhettä 29 sairaalassa olevien potilaiden perhettä Potilaille kyselyhaastattelu (haastattelijan tukema kyselylomakkeen täyttö), perheenjäsenille kyselylomake Määrällinen</p>	<p>Kotihappihoidossa olevat kokivat enemmän läheisyyttä ja keskinäisyyttä ja tekivät päätökset sairaudestaan ja elämästään itsenäisemmin kuin toinen ryhmä. Samoin he käsittelivät muutoksia joustavammin ja olivat hiukan tasapainoisempia kuin toinen ryhmä. Vakava sairaus ei merkittävästi vaikuttanut perheen rooleihin. Perheen tuki tärkeää. Koko perhe tarvitsee tukea perhehoitotyöhön erikoistuneelta sairaanhoitajalta.</p>
<p><b>Considine</b> 2005</p>	<p>Sairaanhoitajan rooli hengityshäiriöön liittyvien haittojen ehkäisyssä</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus MEDLINE- ja CINAHL-tietokannat</p>	<p>Oleellista on tunnistaa ja tulkita hengityshäiriö. Vastuuta täytyy ottaa myös hengityshäiriötä korjaavien toimien aloittamisessa ja arvioinnissa, erityisesti happihoidossa. Hengityshäiriön aikainen tunnistaminen ja korjaaminen oleellista. Tärkeää oikea arviointi, arviointitulosten tarkka tulkinta sekä oikein ajoitettu sopiva interventio. Tärkeää on tunnistaa hengityshäiriöön liittyvä patofysiologia, interventioiden fysiologiset vaikutukset ja interventioiden seuraukset potilaan elintoiminnoissa.</p>
<p><b>French, Bilton, Campbell</b> 2006</p>	<p>Arvioida sairaanhoitajan antaman ja lääkärin antaman hoidon/ohjauksen vaikutusta bronkiektasiapotilaille erikoisklinikalla.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus COCHRANE LIBRARY-tietokanta</p>	<p>Eroa kustannuksissa, ei muuten. Lisäkoulutuksella ja oikealla tuella sairaanhoitajan on mahdollista toimia itsenäisesti vastatessaan bronkiektasiapotilaiden tarpeisiin poliklinikalla.</p>

## LIITE 4. Kriittisesti sairaan potilaan hoitotyöhön liittyviä tutkimuksia.

Tutkija/t ja tutkimusvuosi	Tutkimuksen aihe	Osallistujat ja tutkimusmenetelmä	Keskeisimmät tulokset
<b>Kleinpell</b> 1997	Arvioida akuuttihoitossa toimivien sairaanhoitajien roolia ja työnkuva	125 sairaanhoitajaa Kysely Määrällinen	Työhön kuuluu hallitsevana potilaan taustan tiedostaminen ja fyysisten tutkimusten tekeminen, hoitojen määrääminen, ja terapeuttisten toimenpiteiden suorittaminen. Työ on itsenäistä, laaja-alaista ja siihen liittyy kiinteästi yhteistyössä tapahtuva hoitaminen ja potilaan hoidon koordinointi. Tärkeää perheen huomiointi, laboratoriokokeiden tilaaminen ja tulkitseminen sekä kirjallisen hoitosuunnitelman tekeminen. Ilmeistä on sairaanhoitajan integroiva rooli.
<b>Fairman, Kagan</b> 1999	Kuvailla kriittisesti sairaan potilaan hoitotyön kehitystä v. 1950-1965 Pennsylvanian yliopistollisessa sairaalassa Philadelphiassa.	Haastattelut, arkistomateriaali, toisen käden lähteet. Sosiaalishistoriallinen tutkimus. Laadullinen.	Potilaita, joita aiemmin hoidettiin CCU:ssa, hoidetaan nykyisin tavallisella osastolla. CCU:n potilaat ovat yhä vaikeammin sairaita ja tarvitsevat uuden teknologian mahdollistamaa hoitoa. Nykyaikana yhä tärkeämpää on hoitajan kyky tarkkailla potilasta sekä sopiva henkilökuntarakenne.
<b>Chaboyer, Dunn, Najman</b> 2000	Todistaa empiirisen tiedon kasvun australialaisessa kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä.	Laaja kirjallisuuskatsaus. 2 australialaisen hoitotieteellisen lehden julkaisut v. 1994-1998. Artikkelit luokiteltiin.	Sairanhoitajat ovat tutkimuksillaan edistäneet potilashoitoa ja täten myös kehittäneet hoitotieteellistä tieteenalaa. Julkaisut ovat lisääntyneet. Suuri osa tutkimuksista kohdistui potilaan hoitoon enteillen enemmän potilaskeskeistä kuin hoitajakeskeistä tutkimusta. Tämä edistää sekä hoidon paranemista että hoitotieteellisen tieteenalan kehittymistä.
<b>Dunn, Lawson, Robertson, Underwood, Clark, Valentine, Walker, Wilson-Row, Crowder, Herewane</b> 2000	Määrittellä pätevyysvaatimukset kriittisesti sairaan potilaan hoitotyöhön erikoistuneille sairaanhoitajille sekä keskustella pätevyysvaatimuseroista vasta-alkaneen ja edistyneen sairaanhoitajan välillä.	800 tuntia kriittisesti sairaan potilaan hoitotyötä tekevien sairaanhoitajien havainnointia. Ei-osallistuva havainnointi, havainnoitujen sairaanhoitajien haastattelut, potilaiden hoitosuunnitelmat, vuokaaviot. Aineiston analysointi jatkuvan vertailun menetelmällä. Laadullinen.	Tuloksena 6 aluetta, joista jokaiseen sisältyi 2-7 pätevyysstandardia. Pääalueet olivat ammatillinen käytäntö, refleктоiva käytäntö, mahdollistaminen, kliininen ongelmanratkaisu, tiimityö ja johtajuus. Olennaista on sovellettu erikoistieto. Tärkeää on myös tunnistaa ammatillisen kehittymisen tärkeys, luovuus ja innovatiivisuus sekä hyvät kommunikointitaidot. Ammattiin kuuluu myös itsenäisyys ja vastuullisuus.

<b>Little</b> 2000	Kuvailla sairaanhoidon jatko-opiskelijoiden oppimisen merkitystä kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä ja paljastaa oppimiskokemukseen liittyvät ontologiset laadut. Arvioida miten opetussuunnitelma kohtaa jatko-opiskelijoiden oppimistarpeet.	10 sairaanhoitajaa 6 yksilöhaastattelua, yksi ryhmähaastattelu Fenomenologinen tutkimus Laadullinen	Tekninen pätevyys on välttämätön pohja klinisen hoitotyön oppimiselle erityisesti kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä. Tekninen pätevyys on olennainen perusta myöhemmän asiantuntijuuden kehittymiselle. Opetussuunnitelman ja oppimistarpeiden välillä ristiriitaa. Kriittisesti sairaan potilaan hoitotyön kompleksisuus edellyttää pätevien ammattilaisten kehittymistä.
<b>Lyttikäinen,</b> Uusaro, Kylmä 2001	Käsiteanalyysi tehohoidon rajaamisesta	6 sairaanhoitajaa teho-osastolta vastasi avoimiin kysymyksiin. Vastauksista poimittiin kirjallisuuden mukaisiin ennakkoehtoihin, ominaispiirteisiin ja seurauksiin selkeästi viittaavat maininnat.	Rajaamispäätöksen jälkeen hoidossa keskitytään potilaan perushoittoon, oireiden lievittämiseen, epämukavuuden ja kärsimyksen vähentämiseen sekä omaisten huomioimiseen ja tukemiseen. Hoito ei lopu vaan perushoito ja potilaan hyvinvointia parantavat hoitotoimenpiteet jatkuvat.
<b>Jones</b> 2002	Määrittää kriittisesti sairaan potilaan hoitotyön ydinpätevyysalueet	48 sairaanhoitajaa Funktionaalinen analyysi ja Delphi-tekniikka Laadullinen ja määrällinen	3 avainroolia määriteltiin: arviointi/tulkinta, hoidollinen interventio ja arviointimenetelmät. Niistä muodostettiin 4 pätevyysaluetta: -yhteensovittaa laaja-alaiset potilasta koskevat arviointi- ja tulkintataidot -suorittaa hoidollisia interventioita ja toimenpiteitä -arvioida ja vastata tehokkaasti nopeasti muuttuviin tilanteisiin -kehittää ja tehdä hoitosuunnitelmaa
<b>Luotola, Koivula, Munnukka, Åstedt-Kurki</b> 2003	Selvittää tehosairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä, millaisia kvalifikaatiovaatimuksia tehohoitotyö sairaanhoitajille asettaa ja miten ammatin kvalifikaatiovaatimukset ja tehosairaanhoitajien ammatillinen pätevyys vastaavat toisiaan.	112 teho-osaston sairaanhoitajaa Strukturoitu kyselylomake Määrällinen	Ammatillinen pätevyys vahvin eettisyyden alueella ja tärkein kvalifikaatiovaatimus eettisyys. Myös arvot ja asenteet sekä äänetön ammattitaito ja intuitiivisuus sekä itsenäisyys ja päätöksenteko, erityisalan tieto ja sen soveltaminen (keskeistä) tärkeitä tehohoitotyön edellyttämiä kvalifikaatiovaatimuksia.

<p><b>Bourgault</b> 2004</p>	<p>Kehittää monitasoiset pätevyysvaatimukset ICU:ssa työskenteleville hoitajille alkaen niistä vaatimuksista mitä pitää vähintään olla.</p>	<p>Alun perin vaatimukset kehiteltiin Bennerin ”noviisista asiantuntijaksi” mallin mukaan, jonka sitten asiantuntijat vahvistivat. Sen jälkeen kyselytutkimus siitä olivatko pätevyysvaatimustasot valideja. Määrällinen</p>	<p>Tasoja muodostettiin 4: 3 kk:n perehtymisen jälkeen arvioinnin ja taitojen kehittyminen, käytännön työn perusasiat, vaatii vielä tukea. <i>Ensimmäisen vuoden</i> jälkeen tiedon lisääminen, prioriteettien kehittäminen, luottamuksen saaminen, päätöksentekotaitojen kehittäminen. <i>Toisen vuoden</i> jälkeen holistinen ymmärrys, päätöksentekotaitojen parantaminen, kyky antaa ohjeita, kyky ottaa vastuurooli. <i>Kolmannen vuoden</i> jälkeen taitavat analyttiset kyvyt, toimii toisten tukena, pystyy johtamaan .</p>
<p><b>Huggins</b> 2004</p>	<p>Selvittää, miksi ja miten sairaanhoitajat oppivat tietoja ja taitoja työskennellessään ICU:ssa.</p>	<p>6 sairaanhoitajaa Puolistrukturoitu kyselylomake Avoin koodaus ja luokittelu Laadullinen</p>	<p>Oleellista on elinikäinen oppiminen. Siinä voidaan määritellä kolme teemaa: oppiminen (tiedot ja taidot), mahdollisuus (kuinka opitaan, mikä vaikuttaa oppimiseen, kuinka oppimismahdollisuudet tunnustetaan työpaikalla) ja tulos (syyt miksi opetellaan, opitaan) . Kaikkiin näihin vaikuttavat kolme tekijää: sisäinen, ulkoinen ja suhteessa potilaaseen.</p>
<p><b>Lyytikäinen,</b> Turunen, Uusaro 2005</p>	<p>Selvittää sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa.</p>	<p>270 teho-osaston sairaanhoitajaa Strukturoitu kyselylomake Määrällinen</p>	<p>Sairanhoitajat osallistuvat harvoin tehohoidon rajaamisen päätöksentekoon. Puolet sairaanhoitajista sitä mieltä, että toivottomasti sairaita potilaita hoidetaan liian aktiivisesti ja potilaiden kärsimystä pidennetään liian aktiivisella hoidolla. Sairanhoitajat esittivät kuitenkin harvoin omia mielipiteitään potilaan hoidon rajaamisesta. Yhteiset keskustelut välttämättömiä, koska potilaat itse kykenemättömiä osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sh:t kunnioittivat lääkäreiden päätöksiä, vaikka olivatkin eri mieltä potilaan hoidon rajaamisesta.</p>

## LIITE 5. Esimerkkejä aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä.

<b>Alkuperäisilmaisut</b>	<b>Pelkistetyt ilmaisut</b>	<b>Ryhmitelty ilmaisu</b>
<i>"Tarpeeks monta nähny semmosta."</i>	nähnyt tarpeeksi monta	<b>Kokemuksen tuoma osaaminen</b>
<i>"Kokemus, se että sillon ku ekan kerran kun tuli tänne niin tuntu, että kaikkia ahdistaa, nyt osaa erottaa sen ketä ahdistaa ja ketä ei."</i>	kokemuksen perusteella osaa erottaa ketä ahdistaa	
<i>"Nähnyt paljon niitä."</i>	nähnyt paljon	
<i>"Kokemuksella opittuja."</i>	kokemuksesta oppiminen	
<i>"Kai se on sekä intuitio että sen jotenkin niin kuin näkee vaikkei oliskaan kokemusta."</i>	intuition mukaan toimiminen	<b>Omaan intuitioon luottaminen</b>
<i>"Mä niinku näen ihmisestä, en välttämättä, mutta että, ei kukaan näe välttämättä, mutta että se semmonen että tässä ei oo nyt kaikki hyvin."</i>	näkee potilaasta, että kaikki ei ole hyvin	
<i>"Hoitaja, joka häntä hoiti sillon niin kans siitä omasta vaikutelmasta, että tää ei voi hyvin."</i>	hoitajan oma vaikutelma, että potilas ei voi hyvin	
<i>"Kuitenkin on koko ajan semmonen tunne itellä että kyllä, kyllä tässä niinku jotakin on muutakin kun ihan tämä."</i>	on sellainen tunne, että tässä on jotakin muutakin	
<i>"Niitä täytyy tosiaan käyä välillä niinkö käyttämässä."</i>	laitteiden jatkuva käyttö	<b>Ylläpitää laitteiden käytön osaamista</b>
<i>"Pitäs päästä aina olemaan vähintään se viikkoki että jollon se ammattitaito pysys sitten se koneitten osalta."</i>	koneitten käytön osaaminen edellyttää säännöllistä käyttöä	
<i>"Se on aina sitten se kysymysmerkki kun sitä niin harvoin käytetään."</i>	käytön osaaminen epävarmaa, jos laitetta käytetään harvoin	
<i>"Mutta ei millään kaikkia muista mitä ei oo käyttäny sitte että ai jaa tässä oli tämmönenki juttu."</i>	laitteiden käyttöä ei muista, jos niitä ei käytä	

<b>Alkuperäisilmaisut</b>	<b>Pelkistetyt ilmaisut</b>	<b>Ryhmitelty ilmaisu</b>
<i>"...että itte vaikka rupee hengittää rauhallisesti, sillä jo saa toisen hengittää rauhallisesti."</i>	potilaan rauhoittaminen	<b>Kyky antaa emotionaalista tukea</b>
<i>"Sen potilaan niin kun rauhoittaminen."</i>	potilaan rauhoittaminen	
<i>"Sanoo että kaikki on ihan hyvin, että nyt menee tosi hienosti ja kannustaa ja kehuu sitä."</i>	potilaan kannustaminen	
<i>"Jos kehutaan niin tavallaan niin ku yrittää vielä että niin ku kauheen motivoituu niin ku itekin siihen."</i>	potilaan motivointi	
<i>"Niillä on ehkä kumminkin kynnyks soittaa että keskeyttääkö jotain."</i>	omaiset arkoja soittamaan	<b>Omaisten rohkaiseminen</b>
<i>"Monet omaiset myöskin pelkää et tavallaan he pelkää et he joutuu niinku tekeen jotain mitä he ei halua."</i>	omaiset pelkäävät hoitoon osallistumista	
<i>"Mut monet kyllä pelkää yhä edelleenkin sitä rekvisiittaa. Lähinnä sit se että on maski naamalla."</i>	omaiset pelkäävät hoitovälineitä	
<i>"Ei ne omaiset uskalla ja osaa kysyä. Ne haluaa sitä, että hoitohenkilökunta ottaa niihin päin yhteyttä."</i>	omaiset eivät uskalla kysyä	
<i>"Hälytysmahdollisuuksia ja muuta semmosta, enemmän tehostettua valvontaa."</i>	valvonta tehostettua	<b>Kyky potilaan jatkuvaan tarkkailuun</b>
<i>"Että sitä saa niinku tosiaan tarkkailla tuplaten."</i>	potilaan tehostettu tarkkailu	
<i>"Se on vaan kriteeri oikeestaan tuossa meidän valvonnassa semmoset jotka tarvii valvontahoitoa."</i>	potilaat tarvitsevat tehostettua valvontaa	
<i>"Jatkuvasti ollaan siinä että potilaat on meidän silmien alla."</i>	tarkkaillaan jatkuvasti potilaita	