

Anne Kivelä & Juulia Rintamarttunen

”JAA TÄNNE ON TULLU TÄMMÖSIÄ UUSIA HILAVITKUTTIMIA”

Oulun yliopistollisen sairaalan hoitajien kokemuksia KimVent Oral Care –suunhoitovälineiden käytöstä teho-osastolla

”JAA TÄNNE ON TULLU TÄMMÖSIÄ UUSIA HILAVITKUTTIMIA”

Oulun yliopistollisen sairaalan hoitajien kokemuksia KimVent Oral Care –suunhoitovälineiden käytöstä teho-osastolla

Anne Kivelä
Julia Rintamarttunen
Opinnäytetyö
Syksy 2013
Suun terveydenhuollon
koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

Tekijät: Anne Kivelä & Juulia Rintamarttunen

Opinnäytetyön nimi: Oulun yliopistollisen sairaalan hoitajien kokemuksia KimVent Oral Care – suunhoitovälineiden käytöstä teho-osastolla

Työn ohjaaja: Anne Korteniemi

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2013

Sivumäärä: 35 + 3 liitesivua

Oulun yliopistollisessa sairaalassa oli koekäytössä KimVent Oral Care – suunhoitovälineet. Välineet ovat tarkoitettu tehohoitopotilaan suunhoidosta huolehtimiseen. Niistä ei ole vielä paljoa tutkimustietoa.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää, miten suunhoitovälineitä käytetään, ja mikä hoitajien mielipide niistä on. Tutkimuksen teoreettisessa osassa tarkastelimme tehohoitoa ja siihen liittyvää suunhoitoa. Tutkimus on laadullinen, ja se toteutettiin teemahaastatteluilla. Keräsimme tiedot haastatteleamalla teho-osaston hoitajia yksitellen. Haastateltavat olivat välineiden testikäyttäjää.

Hoitajat käyttivät tuotetta lähinnä vaikeahoitoisten potilaiden suun hoitoon. Hammasharjalla puhdistettiin hampaat ja kieli, vaahtomuovikärjillä poistettiin karsta ja lima limakalvoilta sekä imulla tyhjätettiin suuontelosta eritteitä ja puhdistuksessa käytettyä suuvettä. Yleinen mielipide tuotteesta oli positiivinen. Joitain kehitysehdotuksia nousi esiin. Imuteho voisi olla parempi, kirjalliset käyttöohjeet tulisi olla saatavilla ja osat erillispakattuina.

Koska parannusehdotuksista huolimatta hoitajat kokivat tuotteen parantavan potilaiden suun terveyttä, voidaan tutkimuksen johtopäätöksenä todeta, että Oulun yliopistollinen sairaala hyötyisi tuotteen käyttöön ottamisesta.

Asiasanat: tehohoito, suun terveydenhoito, suunhoitovälineet, laadullinen tutkimus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree Programme in Dental Health Care

Authors: Anne Kivelä & Juulia Rintamarttunen

Title of thesis: Nurses' Experiences of KimVent Oral Care Kit at Oulu University Hospital

Supervisor: Anne Kortenieni

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2013

Number of pages: 35 + 3 appendix pages

Oulu University Hospital has been testing KimVent Oral Care Kit that is used in oral health care of patients in intensive care units. There is not much research information about the product yet.

The aim of the study was to find out how the product was used in the oral care of the patients in an intensive care unit and what the nurses thought of the set.

The study was qualitative and it was executed by interviewing the nurses in the intensive care unit in Oulu University Hospital. The nurses were chosen as test users of the set. They were interviewed individually and the interviews were recorded and afterwards transcribed and analyzed.

The product was mainly used with patients difficult to treat. The toothbrush was used to clean teeth and tongue, swabs to remove bacteria on the mucous membrane and the suction device to remove for example saliva and mouthwash from the oral cavity. The study showed that the general impression of the product was positive. Some improvement suggestions were also brought up. The suction device could be more powerful, there should be written instructions for its use and its parts should be in separate packages.

Despite of some faults in the equipment the nurses thought that the product improved the oral health of the patients. Therefore the conclusion of the study is that Oulu University Hospital would benefit if they started using the product.

Keywords: intensive care, dental health care, dental tools, qualitative method

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO.....	7
2 TEHOHOITO	9
2.1 Tehohoitopotilaan määritelmä	9
2.2 Hengityskoneessa olevan potilaan hoitotyö teho-osastolla.....	10
2.2.1 Intubaatio ja trakeostomia.....	11
2.2.2 Hengityslaittehoitoon liittyvä keuhkokuume	11
3 TEHOHOITOPOTILAAN SUUNHOITO	13
3.1 Suun terveyden yhteys yleisterveyteen	13
3.2 Suunhoidon toteuttaminen.....	14
3.2.1 Suunhoidossa käytettävät aineet ja välineet	15
3.2.2 Kimvent Oral Care -suunhoitovälineet	16
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	18
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	19
5.1 Tutkimusmetodologia	19
5.2 Tiedonantajien valinta.....	19
5.3 Aineiston keruu.....	20
5.4 Aineiston analyysi.....	21

5.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	22
6 TUTKIMUSTULOKSET	24
6.1 KimVent Oral Care –suunhoitovälineiden käyttö tehohoitopotilaan suunhoidossa	24
6.2 Haastateltavien kokemukset KimVent Oral Care –suunhoitovälineistä.....	24
7 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	27
8 POHDINTA	29
8.1 Luotettavuuden ja eettisyyden arviointia.....	29
8.2 Omat oppimiskokemukset	30
8.3 Kehittämisideat ja jatkotutkimusaiheet.....	31
LÄHTEET	33
LIITTEET	36
Suostumus haastatteluun opinnäytetyötä varten	37
Haastattelukysymykset	38

1 JOHDANTO

Suomen teho-osastoilla hoidettiin 1990-luvun puolivälissä noin 25 000 potilasta vuosittain. Keskimääräinen hoitoaika on kolme vuorokautta. Yli 90 prosenttia potilaista siirtyy elossa pois teho-osastoilta. (Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.)

Vaikeasta perussairaudesta kärsivällä tai heikentyneen immuunipuolustuksen omaavalla potilaalla on kasvanut riski hammasperäisten infektioiden syntyyn. Suun infektiot ovat lisäriski etäinfektioiden syntyyn ja voivat pahimmillaan johtaa jopa kuolemaan. (Aarnio, Knutar, Koivisto, Marila, Neulaniemi, Palonen, Pesonen, Rajasuo, Rytönen, Saarela, Suokas & Varrio 2012, 55.) Infektioita aiheuttava materia kulkeutuu suusta muualle elimistöön usean reitin – verisuoniston, hengitysteiden ja nielun - kautta. Suurin osa kulkeutumisesta tapahtuu veriteitse. (Lamberg 2001, 19.)

Suuontelossa on erilaisia infektioita vastustavia puolustusmekanismeja. Terveet limakalvot ovat niistä tärkeimmät. Toinen tärkeä puolustusmekanismi on riittävä syljen erityys. Sylki sisältää spesifejä ja epäspesifejä humoraalisia puolustusmekanismeja, ja myös jo pelkkä syljen huuhteluvaikutus poistaa tehokkaasti suun mikrobeja. Terve parodontium eli hampaan kiinnityskudos on myös tärkeä suun terveydelle; tulehtunut ien muodostaa ison infektioportin muuhun elimistöön. Karies on infektio tauti, joka pahimmillaan tulehduttaa hammasytimen, ja sitä kautta infektiolla on mahdollisuus päästä verenkiertoon. Jos potilaalla on proteesit, tulee niiden olla täysin istuvat, jotteivät ne aiheuta limakalvohankaumia, ja siten heikennä limakalvojen suojavaikutusta. (Meurman 1996, 1633.)

Tehohoitopotilaan suun terveydentila korostuu hoidossa ja se täytyy arvioida päivittäin (Aarnio ym. 2012, 55). Suun alueella olevat infektiot, aivan kuin tulehduspesäkkeet missä tahansa muualla elimistössä, saattavat aiheuttaa etäisvaikutuksia (Meurman 1996, 1633). Suun infektiosairaudet ovat selkeästi yhteydessä sydänsairauksien ja systeemisten sairauksien syntyyn. Suun normaaliflooraan kuuluvat ja plakissa elävät mikrobit sekä kariesbakteerit voivat uhata potilaan terveyttä kulkeutuessaan verenkierron mukana muualle elimistöön. Ne voivat kulkeutua esimerkiksi sydämen sisäkalvoon ja aiheuttaa endokardiitin eli sydämen sisäkalvon tulehduksen. (Aarnio ym. 2012, 55.) Endokardiitti on tavallisin suuperäinen etäinfektio. Yleistyneistä infektioista tavallisin on sepsis eli verenmyrkytys, jonka komplikaatioita ovat

peruselintoimintojen heikkeneminen, septinen shokki ja harvinainen, mutta vakava aikuisen hengitysvaikeusoireyhtymä. (Lindqvist, Richardson, Seppänen & Suuronen 2006, 514.)

Koska suun hyvä terveys korostuu tehohoidossa, oli aihe tärkeä ja ajankohtainen. Opinnäytetyössä tutkitut KimVent Oral Care –suunhoitovälineet olivat Oulun yliopistollisessa sairaalassa vasta testikäytössä, joten tutkimuksessa saadut tulokset ovat hyödyksi sairaalan miettiessä välineiden jatkokäyttöä. Myös suuhygienisteille tutkimus on merkityksellinen, jos välineitä käytetään laitospotilaiden hoidon apuna.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osastolla työskentelevien hoitajien kokemuksia testikäytössä olevista KimVent Oral Care -suunhoitovälineistä. Tavoitteena oli laajentaa tietoa tehohoitopotilaiden suunhoidosta sekä KimVent Oral Care -suunhoitovälineistä, ja selvittää välineiden hyötyjä ja haittoja hoitajien omasta näkökulmasta. Tarkoituksena oli tuoda esiin hoitajien mielipiteitä tuotteesta ja sen käyttökelpoisuudesta. Suomen tehohoitoyhdistyksen eettisten ohjeiden (1997) mukaan tehohoidon tulosten ja menetelmien jatkuva parantuminen riippuu suuresti alalla harjoitetusta tutkimustyöstä.

Tutkimustuloksia voivat hyödyntää kaikki tehohoitopotilaiden kanssa työskentelevät sosiaali- ja terveysalan työntekijät sekä muut välineitä käyttävät henkilöt. Tulokset esitetään Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osaston henkilökunnalle. Tulosten avulla hoitohenkilökunta oppii tuntemaan välineiden toimintoja ja ominaisuuksia. Tutkimus julkaistaan myös ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto Theseuksessa.

2 TEHOHOITO

Tehohoito on äkillisistä, tilapäisistä ja monesti useista elintoimintahäiriöistä kärsivän potilaan hoitoa hengenvaaran välttämiseksi (Ala-Kokko, Perttilä, Pettilä, Ruokonen, Tenhunen, Uusaro & Varpula 2007, 1272). Elämän säilyttämisen merkitys korostuu tehohoidossa; elämä on pyrittävä pelastamaan kaikin keinoin voimavaroja säästämättä, kunhan hoito on potilaan tahdon mukaista. Lisähaittoja ja vahingoittamista tulee välttää. Kivun hoito on yksi tehohoidon kulmakivistä sekä lääketieteellisesti että eettisesti. (Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.)

Tehohoidossa luonteenomaista on potilaan tilan kriittisyys, tilanteiden muuttuminen nopeasti, tehohoitajan suuri rooli hoitosuhteessa sekä potilaiden läheisten kiinteä hoidon kokonaisuuteen kuuluminen (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén, Säämänen & Varjus 2001, 57). Se on hoitamista, jossa vaikeasti sairaita potilaita tarkkaillaan keskeytymättä ja heidän elintoimintojaan valvotaan. Tarvittaessa elintoimintoja pidetään yllä erikoislaitteilla ja lääkkeillä. Tavoitteena on hengenvaaran estämisellä ja torjumisella saada aikaa perussairauden hoitamiseen. Keskeistä on lääkärin välitön valmius ja suuri hoitaja-potilassuhde. (Ala-Kokko ym. 2007, 1272.)

Noin kolmannes tehohoitopotilaista tulee tehohoitoon suuren kirurgisen toimenpiteen jälkeen suunnitellusti. Keskimääräinen hoitoaika on noin kolme vuorokautta, mutta luvut vaihtelevat sen mukaan, minkä tason teho-osasto on kyseessä. Yli 90 % potilaista siirtyy elossa pois teho-osastolta, ja myöhäistulokset ovat hyvät; potilaat, jotka ovat selviytyneet kriittisestä vaiheesta, toipuvat yleensä kokonaan, eikä heille jää tehohoidosta pysyviä haittoja. (Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.)

2.1 Tehohoitopotilaan määritelmä

Teho-osastolla hoidetaan potilaita, joilla on vamman, sairauden tai suuren kirurgisen toimenpiteen vuoksi useita tilapäisiä elintoimintahäiriöitä. Heillä on mahdollisuudet laadultaan hyväksyttävissä olevaan elämään selviytyttyään. Muun muassa hengityselimistön, verenkiertoelimistön, ruuansulatuskanavan ja maksan häiriöt, sokeriaineenvaihdunnan, munuaisten toiminnan, vuoto- ja hyytymisen häiriöt sekä neurologiset häiriöt voivat johtaa tehohoitoon. Tehohoidossa hoidetaan myös vammapotilaita. (Ala-Kokko, Perttilä, Pettilä & Ruokonen 2010, 2,5.)

Suuri osa tehohoitopotilaista on jossain vaiheessa hoitoa hengityskoneessa intuboituna tai trakeostomoituna. (Blomster ym. 2001, 58.) Hengityslaittehoito, lääkkeellinen verenkierron ja sydämen toiminnan tukeminen sekä munuaisten toiminnan korvaushoidot ovat tavallisimpia tukihaittoja elintoimintojen ylläpitämiseksi. Tavoitteena on varmistaa elimistön hapen saanti, jotta pysyvät elintoimintahäiriöt vältettäisiin. Myös vaikeiden infektioiden ehkäisy ja hoitaminen ovat keskeistä tehohoidossa. Merkittävimpiä tehohoitopotilaiden kuolinsyitä ovat monielinvauriot ja septiset sokit. (Ala-Kokko & Laurila 2003, 1285.)

2.2 Hengityskoneessa olevan potilaan hoitotyö teho-osastolla

Hengityskoneessa olevan potilaan hoitotyö vaatii sairaanhoitajalta osaamista sekä hoitotyön että lääketieteen alueelta. Sairaanhoitaja on hengityskoneessa olevan potilaan edustaja ja puolestatoimija sillä aikaa, kun potilaan toiminta on rajoittunutta. Tärkeää on inhimillisen ja turvallisen hoidon toteuttaminen sekä potilaan kohtaaminen ainutkertaisena ihmisenä. On myös pyrittävä hoidon turvalliseen tekniseen toteutukseen. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 390.)

Kommunikaatiossa voidaan joutua käyttämään erilaisia apukeinoja, kuten kuvia, kirjoittamista tai kommunikaattoreita, koska hengityskoneessa olevan potilaan on vaikea ilmaista itseään ja kertoa tarpeistaan tai kivuistaan sanallisesti. Myös kipua lievittävät ja rauhoittavat lääkkeet sekä suun kuivuus ja tekohampaattomuus aiheuttavat puheen epäselvyyttä. On tärkeää seurata potilaan eleitä ja ilmeitä, hapetusarvoja sekä verenpainetta ja pulssia. (Sailo & Vartti 2000, 132–133.)

Hengityskonehoito antaa aikaa hoitoon johtaneen syyn korjaantumiseen. Se ei siis ole yksistään parantavaa hoitoa. Hengityskoneella pyritään turvaamaan hengitystä, jotta paranemistapahtumalle saadaan parhaat mahdolliset olosuhteet. Hengityskonehoitoa tarvitaan kallon sisäisen paineen laskemiseksi käytettävän barbituraattiunien aikana, status epilepticuksen eli pitkittyneen epileptisen kohtauksen hoidossa, yleisanestesian aikana ja sen jälkeen sekä kallovoimapotilaalla hyperventilaation toteuttamiseksi. Hengityksen turvaamista tarvitaan myös äkillisessä hengitysvajauksessa (äkillinen ventilaatiovajausta, äkillinen kaasujenvaihtohäiriö tai äkillinen kroonisen keuhkosairauden paraneminen). Jotta hengityskonehoito on turvallista, hoitoa toteuttavien on tunnettava mahdollisimman hyvin hengityselinten anatomia, fysiologia ja häiriötekijät sekä hengityskoneen toimintaperiaate, hengitysmallit, hälytykset ja säädöt. (Iivanainen ym. 2001, 390–391.)

2.2.1 Intubaatio ja trakeostomia

Intubaatiossa varmistetaan vapaa ilmatie asettamalla intubaatioputki nielusta henkitorveen laryngoskoopin eli tähtäimen avulla (Alahuhta, Lindgren, Olkkola, Rosenberg & Takkunen 2006, 316). Aiheita intubaatiolle ovat tajunnan tason heikentyminen, hengityksen pysähtyminen, ylähengitystieahtaus, hengitystieahtaus aiheuttama vamma tai sairaus sekä kriittisesti lisääntynyt hengitystyö, johon kajoamattomat keinot eivät sovellu tai riitä. (Kaarlola, Larmila, Lundgren-Laine, Pyykkö, Rantalainen & Ritmala-Castrén 2010, 60.)

Trakeostomialla turvataan hengitys tekemällä avanne henkitorven ja kaulan ihoon (Kaarlola ym 2010, 65). Trakeostomia tulee erottaa oraalilaryngektomiasta, jossa kurkunpää poistetaan kokonaan ja henkitorvi yhdistetään kaulalle. Trakeostomoidut potilaat pystyvät monesti hengittämään myös suun kautta ainakin osittain. (Alila, Matilainen, Mustajoki & Rasimus 2010, 708–709.) Trakeostomia on kajoava toimenpide ja se tehdään vain intubaation ollessa mahdoton, sen epäonnistuesssa tai hengityskonehoidon kestäessä pitkään (Alahuhta ym. 2006, 323). Trakeostomian aiheita ovat muun muassa ylempien hengitysteiden obstruktio eli ahtautuminen (vierasesine, infektiot, traumat, palovammat, kasvaimet), äänihuulihalvaus, synnynnäiset kehityshäiriöt, hengitystoiminnan tukeminen, hengityksen halvaantuminen, aivovamma, myrkytykset, tajuttomuus, neurologiset sairaudet tai uniapnea, kun muut hoitotoimenpiteet ovat riittämättömiä (Alila ym. 2010, 708–709).

2.2.2 Hengityslaittehoitoon liittyvä keuhkokuume

Yleisin tehohoidossa syntyvä infektio on VAP (Ventilator Associated Pneumonia) eli keuhkokuume, joka liittyy hengityslaittehoitoon. Se ilmaantuu aikaisintaan kahden vuorokauden kuluttua intubaatiosta osalle potilaista. Maha-suolikanavan bakteerien joutuminen hengitysteihin tai nielun eritteiden mikroaspiraatio on merkittävin infektiomekanismi. Intubaatiossa nenänielua kolonisoivat bakteerit kulkeutuvat alempiin hengitysteihin. Intubaatio tai trakeostomia estävät värekarvojen toiminnan ja sedaatioon eli verenkierron sisäiseen lääkerentoutukseen yhdistettynä yskänrefleksin, jolloin keuhkojen normaali puhdistuminen estyy. Toimenpiteet saattavat aiheuttaa myös limakalvovaurioita, jolloin bakteereilla on suora reitti ylemmästä hengitystiestä alempaan. Lisäksi kontaminoitunut välineistö tarjoaa bakteereille tien alempiin hengitysteihin. Yleisimmät VAP:n aiheuttajamikrobit ovat usein resistenttejä tavanomaisille mikrobilääkkeille. Sellaisia mikrobeja ovat muun muassa *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobakterilajit* sekä *Klebsiella pneumoniae*. (Kaarlola ym. 2010, 428–429)

Yksi tärkeä osa hengityslaittehoitoon liittyvän keuhkokuumeen ehkäisyä on suun hoito. Potilaan suun puhdistusta suositellaan tehtäväksi joka neljäs tunti. Suunhoitoa tehostetaan laajakirjoisella antimikrobisella aineella, klooriheksidiinillä, kaksi kertaa vuorokaudessa kahden viikon ajan. (Karlola ym. 2010, 429–430.) Paikallisesti käytettynä klooriheksidiini vähentää tilapäisesti suun mikrobien kokonaismäärää. Sitä voidaan käyttää esimerkiksi 0,2-prosenttisena liuksena tai 0,8-1,0-prosenttisena geelinä. Klooriheksidiiniä voidaan käyttää tehostetun omahoidon ja ammattihenkilön toteuttaman hoidon täydentäjänä yleissairailla potilailla, joilla suuhygieniasta huolehtimisen kyky tai syljeneritys on heikentynyt. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä 2009, hakupäivä 13.11.2013.) Suun puhdistuksen jälkeen eritteet tulee poistaa ilmakauluksen yläpuolelta. Intubaatioputken paikkaa tulee vaihdella säännöllisesti suun limakalvojen ja suunpielten rikkoutumisen ehkäisyksi. (Karlola ym. 2010, 429–430.)

Muita VAP:n ehkäisykeinoja ovat intuboinnin ja uudelleen intuboinnin välttäminen, mikäli mahdollista. Hengityslaittehoitoaika tulisi myös pitää mahdollisimman lyhyenä. Käytössä tulisi suosia mieluummin oraalista kuin nasaalista intubaatiota ja enteraalisessa ravitsemuksessa suu-mahaletkua ennen nenä-mahaletkua. Henkilökunnan hyvä käsihygienia on erittäin tärkeää. Eritteiden imeminen tulisi tehdä vain tarvittaessa ja siihen tulisi käyttää oikeanlaista tekniikkaa. Aspiraation estämiseksi kohoasennon pitäisi olla yli 30–40 astetta. Säännöllinen asennonvaihto tekee eritteiden liikkumisesta ylähengitysteihin helpompaa, jolloin ne ovat myös helpommin poistettavissa. (Karlola ym. 2010, 429–430)

3 TEHOHOITOPOTILAAN SUUNHOITO

Vaikeasta perussairaudesta kärsivällä tai heikentyneen immuunipuolustuksen omaavalla potilaalla on kasvanut riski hammasperäisten infektioiden syntyyn. Suun infektiot ovat lisäriski etäinfektioiden syntyyn ja voivat pahimmillaan johtaa jopa kuolemaan. (Aarnio ym. 2012, 55.) Infektioita aiheuttava materia kulkeutuu suusta muualle elimistöön usean reitin kautta: verisuoniston, hengitysteiden ja nielun. Suurin osa kulkeutumisesta tapahtuu veriteitse. (Lamberg 2001, 19.)

Suuontelossa on erilaisia infektioita vastustavia puolustusmekanismeja. Terveet limakalvot ovat niistä tärkeimmät. Toinen tärkeä puolustusmekanismi on riittävä syljen erityys. Sylki sisältää spesifejä ja epäspesifejä humoraalisia puolustusmekanismeja, ja myös jo pelkkä syljen huuhteluvaikutus poistaa tehokkaasti suun mikrobeja. Terve parodontium eli hampaan kiinnityskudos on myös tärkeä suun terveydelle; yleistynyt ientulehdus muodostaa ison infektioportin muuhun elimistöön. Karies on infektiotauti, joka pahimmillaan tulehduttaa hammasytimen, ja sitä kautta infektiolla on mahdollisuus päästä verenkiertoon. Jos potilaalla on proteesit, tulee niiden olla täysin istuvat, jotteivät ne aiheuta limakalvohankaumia, ja siten heikennä limakalvojen suojavaikutusta. (Meurman 1996, 1633.)

3.1 Suun terveyden yhteys yleisterveyteen

Suun alueella olevat infektiot, aivan kuin tulehduspesäkkeet missä tahansa muualla elimistössä, saattavat aiheuttaa etäisvaikutuksia (Meurman 1996, 1633). Suun infektiosairaudet ovat selkeästi yhteydessä sydänsairauksien ja systeemisten sairauksien syntyyn. Suun normaaliflooraan kuuluvat ja plakissa elävät mikrobit sekä kariesbakteerit voivat uhata potilaan terveyttä kulkeutuessaan verenkierron mukana muualle elimistöön. Ne voivat kulkeutua esimerkiksi sydämen sisäkalvoon ja aiheuttaa endokardiitin eli sydämen sisäkalvon tulehduksen. (Aarnio ym. 2012, 55.)

Hammasperäiset infektiot voivat aiheuttaa yleistyneitä infektioita ja verenkierron välityksellä etäinfektioita. Endokardiitti on tavallisin suuperäinen etäinfektio. Yleistyneistä infektioista tavallisin on sepsis eli verenmyrkytys, jonka komplikaatioita ovat peruselintoimintojen heikkeneminen,

septinen shokki ja harvinainen, mutta vakava aikuisen hengitysvaikeusoireyhtymä. (Lindqvist ym. 2006, 514.)

3.2 Suunhoidon toteuttaminen

Suun terveydentilan arviointi on yksi osa tehohoitopotilaan suunhoitoa. Sen avulla voidaan ylläpitää potilaan yleis- ja suun terveyttä sekä ehkäistä suun infektioita ja etäinfektioita. Arviointiin kuuluvat suun terveydentilan muutosten sekä suun infektioiden oireiden ja merkkien tunnistaminen. (Aarnio ym. 2012, 55.) Esimerkiksi ientulehduksen oireita ovat punoitus, turvotus ja verenvuoto (Könönen, E. 2012. Hakupäivä: 13.11.2013). Havaitut asiat kirjataan hoitokertomukseen. Arviointi on pakollinen, jotta potilaalle voidaan toteuttaa yksilöllinen ja tehostettu suun hoito. (Aarnio ym. 2012, 55.)

Tehohoitopotilaalla oleva jatkuva happi- ja lääkehoito aiheuttaa usein suun kuivuutta. Kuivuutta hoidetaan puhdistamalla ja kosteuttamalla suun limakalvot neljä kertaa päivässä. (Aarnio ym. 2012, 55–56.) Kserostomia eli kuivan suun ongelma ja antibioottihoito voivat johtaa potilaan suun hiivasieni-infektioon. Infektio voi aiheuttaa etäinfektion ruokatorveen, henkitorven kautta keuhkoihin tai verenkierron mukana muualle elimistöön. Kun infektio etenee, voi limakalvolla esiintyä leukoplakia- ja erytroplakiamuutoksia, jotka ovat syövän esiasteita. (Aarnio ym. 2012, 55–56.)

Päivittäisessä suun hoidossa on tärkeää hampaiden harjaus sekä suun limakalvojen puhdistus ja kosteutus. Ne edistävät potilaan suun limakalvojen terveyttä. Haasteita puhdistukseen tuovat intubaatioputki ja rajoittunut suun avausliike vähentämällä näkyvyyttä. Myös intubaatioputki on tärkeää harjata, sillä monet patogeenit bakteerit käyttävät sitä kasvualustana. Koska jatkuvaa lisähappea tarvitsevan potilaan happeutumisen heikkenee suunhoidon aikana, on hoito tehtävä nopeasti. (Aarnio ym. 2012, 56.) Tajuttomilla ja hengityskoneessa olevilla potilailla syljen erityksen vähyyden vuoksi suuhun syntyy helposti sammasta, karstaa ja limakalvohaavaumia, minkä vuoksi potilaan suunhoidosta on huolehdittava säännöllisesti. Suunhoitoa tulee tehostaa sammaksen tai karstan ilmaantuessa. Päiväaikaan potilaan suun limakalvoja voidaan kostuttaa vedellä tai keinosyljellä ja huulia rasvataan. Proteeseja tajuttoman potilaan suuhun ei saa laittaa. (Iivanainen ym. 2001, 142.) Hereillä olevalle potilaalle mahdolliset hammasproteesit on kuitenkin hyvä laittaa, sillä ne helpottavat puhumista (Sailo ym. 2000, 132).

Suunhoito tulisi valmistella niin, että se sujuisi joustavasti ja potilas rasittuisi mahdollisimman vähän. Vuode lasketaan lievään Trendelenburgin asentoon, jossa potilaan pää on hieman alaspäin, eikä suunhoidossa käytetty vesi pääse hengitysteihin. Potilaan pää käännetään sivulle tai hänet käännetään kokoaan kyljelleen. Tajuttomalla potilaalla on puremarefleksit tallessa, joten tätä on varottava. Suuta voidaan pitää auki spaattelin tai lastaimen avulla. Näkyvyyden parantamiseksi voidaan käyttää kynälamppua. Suunhoidossa käytettävä vesi on imettävä pois. Potilaan suun limakalvot ja kieli puhdistetaan sideharsotaitoksella, joka voidaan kostuttaa. Limakalvolla olevia peitteitä ja karstaa voidaan poistaa ruiskuttamalla niihin fysiologista keittosuolaliuosta. (Iivanainen ym. 2001, 142.)

Suunhoito suoritetaan joka neljäs tunti esimerkiksi KimVent Oral Care -suunhoitovälineillä. Tehostettu suunhoito toteutetaan aamuin illoin 0,2-prosenttisella klooriheksidiinillä. Suunpuhdistuksen jälkeen nielussa oleva erite imetään subglottisella imulla tai imukatetrilla. Kaikki tehdyt toimenpiteet sekä käytetyt välineet ja aineet kirjataan ylös. (Lehtonen 2011, 45.)

3.2.1 Suunhoidossa käytettävät aineet ja välineet

Tehohoitopotilaan suun hoidossa käytetään joko vesipesua, klooriheksidiiniliuosta, fysiologista keittosuolaliuosta tai entsyymitahnaa. Aineet valitaan sen mukaan, minkälainen potilas on kyseessä. Hammastahnaa käytetään pelkästään sylkemään pystyville potilaille, sillä tahna sisältää aspiraation aiheuttamaa keuhkovauriota lisääviä ärsyttäviä aineita. Limakalvoa kuivattavia aineita, kuten alkoholia ja glyserolia sisältäviä tuotteita ei tule mielellään käyttää. Klooriheksidiinihuuhtelua voidaan käyttää kaksi kertaa vuorokaudessa 1-2 viikon ajan, jotta suun patogeenit vähentyvät. Täytyy kuitenkin muistaa, että klooriheksidiini voi aiheuttaa allergisia reaktioita. Suu ja huulet kostutetaan vesipohjaisilla tuotteilla, varsinkin jos niissä on haavaumia. (Kaarola ym. 2010, 441–442.)

Klooriheksidiinivalmisteet ovat olleet jo pitkään käytössä tehohoitopotilaan suun hoidossa. Ne tuhoavat gram-negatiivisia ja -positiivisia bakteereja. Suuveden rinnalla on suositeltavaa käyttää geeliä intuboidun ja trakeostomoidun potilaan hampaiden harjauksessa. Hoitajien kokemukset ovat osoittaneet, että geeli sopii harjaukseen suuvertä paremmin, sillä se ei valu potilaan nieluun, vaan pysyy hampaiden pinnalla. (Aarnio ym. 2012, 56.)

Tehohoitopotilaan suun hoidossa suositellaan käytettäväksi monikerroshammasharjaa, erikoispehmeää ja lasten pehmeää hammasharjaa, parentasuojaa ja valollista suupeiliä.

Monikerroshammasharja puhdistaa samanaikaisesti hampaiden sisä-, ulko- ja purupinnat ja siten nopeuttaa hoitajien työskentelyä ja tehokkuutta. Intubaatioputken alla olevia hampaita on myös helpompi harjata, kun kolme pintaa saadaan harjattua yhtä aikaa. Koska tehohoitopotilailla on herkät ja vertavuotavat suun limakalvot, soveltuu erikoispehmeä hammasharja hyvin harjaukseen. Koska lasten harja on kooltaan pieni, mahtuu sillä harjaamaan hyvin intubaatioputken ulkopinnat. Purentasuoja ehkäisee purentatapaturmia, minkä lisäksi se ja valollinen suupeiili tuovat lisänäkyvyyttä potilaan suuhun. (Aarnio ym. 2012, 56.)

3.2.2 Kimvent Oral Care -suunhoitovälineet

KimVent Oral Care –suunhoitovälineitä on kolme eri sarjaa. Suppeaan suunhoidon sarja sisältää hammasharjan, kahvan imusäädöllä, Y-sovitteen, kaksi vaahtomuovikärkeä imulla, kolme vaahtomuovikärkeä ilman imua sekä kolme tyhjää liuoskuppia. Normaaliin suuhoidon sarjaan kuuluu näiden lisäksi muovisuojan avulla itsepuhdistuva Yankauer-imukärki. Käytön jälkeen muovisuoja vedetään varren päälle, jolloin eritteet kulkeutuvat imukärkeen. Vaativan suunhoidon sarjaan kuuluu kaksi hammasharjaa, kahva imusäädöllä, Yankauer-imukärki, Y-sovite, neljä vaahtomuovikärkeä imulla, kuusi vaahtomuovikärkeä ilman imua sekä kuusi tyhjää liuoskuppia. Vaahtomuovikärkeä saa myös yksittäispakattuina. Kaikki osat ovat kertakäyttöisiä ja potilaskohtaisia, eikä niitä saa uudelleenkäyttää, puhdistaa tai steriloida uudelleen. Suun puhdistusliuoskia tai kostutusaineita ei pakkaukseen kuulu. (Meda Finland. 2010. Hakupäivä: 21.02.2013.)

KimVent Oral Care –suunhoitovälineiden sarja on hoitajien hoitajille suunnittelema. Itsepuhdistuva Yankauer-imukärki puhdistaa varren eritteistä ja jäänteistä imun jälkeen jättäen sen kuivaksi ja puhtaaksi käyttöjen välissä. Ergonominen kahva imusäädöllä on kaikkiin osiin sopiva ja on mukava käyttää. Sillä voi myös helposti kontrolloida imua. Silikonisen hammasharjan pehmeiden ja joustavien harjasten avulla voidaan plakki, eritteet ja jäänteet poistaa potilaan suusta hellävaraisesti. Koska vaahtomuovipäiset imut ovat pitkävartisia, ne auttavat pääsemään potilaan suuhun helpommin vuoteen viereltä. Imukärkien käyttö stimuloi, puhdistaa ja raikastaa suun limakalvoja. (Kimberly-Clark Worldwide, Inc. 2010. Hakupäivä: 21.02.2013.)

Kimberly-Clark-yhtiö teetti KimVent Product Evaluation –tutkimuksen, joka selvitti välineiden hyödyllisyyttä verrattuna muihin suunhoitovälineisiin. Siihen osallistui 27 laitosta, vastanneita oli 354 ja sen tuotti Vintage Insights -yhtiö. Välineet oli suunniteltu vastaamaan hoitajien tarpeita toteuttaa parempaa suun hoitoa potilaille. Tarkoituksena oli tehdä väittämiä paketista ja verrata

sitä muihin, aiemmin käytössä olleisiin suun hoitovälineisiin. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla, jossa väittämiä oli 11 ja vastausvaihtoehdot ”vahvasti eri mieltä”, ”eri mieltä”, ”ei osaa sanoa”, ”samaa mieltä” sekä ”vahvasti samaa mieltä”. (Vintage Insights, Inc. 2008, 1, 4-5, 11-21.)

Tutkimuksen mukaan yhdeksän kymmenestä suunhoitovälineitä käyttäneestä koki ne helpommaksi käyttää kuin nykyiset käyttämänsä tuotteet. Liki 90 prosenttia oli myös sitä mieltä, että välineitä käyttämällä heidän yksikköjensä suunhoidon käytäntöä oli helpompi seurata ja toteuttaa. He kokivat myös, että suunhoitovälineet paransivat suunhoidon säännöllisyyttä laitoksissa. Useiden vastanneiden mukaan tuotteen käyttö teki suunhoidosta vähemmän sotkuista ja aikaa vievää. Valtaosa myös uskoi, että tuote kannusti suun hoidon säännöllisyyteen. Itsepuhdistuva Yankauer-kärki koettiin hyödylliseksi. Se oli parempi käyttää potilaan suussa ja vaati vähemmän huoltoa hoitojen välissä. Yhdeksän kymmenestä tutkimukseen vastanneesta suosittelisi KimVent Oral Care –suunhoitovälineiden käyttöä. (Vintage Insights, Inc. 2008, 1, 4-5, 11-21.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvailla Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osastolla työskentelevien hoitajien kokemuksia vastikään markkinoille tulleista KimVent Oral Care -suunhoitovälineistä. Tavoitteenamme oli laajentaa tietoa tehohoitopotilaiden suunhoidosta sekä KimVent Oral Care -suunhoitovälineistä, ja selvittää välineiden hyötyjä ja haittoja hoitajien omasta näkökulmasta. Tarkoituksenamme oli tuoda esiin hoitajien mielipiteitä tuotteesta ja sen käyttökelpoisuudesta.

Tutkimustuloksia voivat hyödyntää kaikki tehohoitopotilaiden kanssa työskentelevät terveysalan työntekijät sekä muut välineitä käyttävät henkilöt. Tarkoituksenamme on, että hoitohenkilökunta oppisi tuntemaan pakkauksen toimintoja ja ominaisuuksia paremmin toisten kokemusten kautta.

Tutkimustehtäviksi muodostui teoreettisen tarkastelun perusteella seuraavat tehtävät:

1. Miten KimVent Oral Care –suunhoitovälineitä käytetään tehohoitopotilaan suunhoidossa?
2. Mitä mieltä Oulun yliopistollisen sairaalan hoitajat ovat KimVent Oral Care –suunhoitovälineistä tehohoitopotilaan suunhoidossa?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmetodologia

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Pyrkimyksenä ei ole todentaa jo olemassa olevia väittämiä, vaan ennemminkin löytää ja paljastaa tosiasioita. Aineisto kootaan todellisissa ja luonnollisissa tilanteissa ja sen keruussa luotetaan omiin havaintoihin ja tutkittavien kanssa käytyihin keskusteluihin enemmän kuin mittausvälineisiin. Aineistoa tarkastellaan moninaisesti ja yksityiskohtaisesti, eikä teorioita tai hypoteeseja aseteta. Aineiston keruussa käytettäviä metodeja ovat esimerkiksi teemahaastattelu, osallistuva havainnointi ja ryhmähaastattelut. Kohdejoukon valinta on tarkoituksenmukainen, ei satunnaisotoksella tehty. Kvalitatiivinen tutkimussuunnitelma ei ole joustamaton, vaan se muotoutuu tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 151-155)

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi siis kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimustavan, jonka toteutamme teemahaastattelulla. Tarkoituksenamme on kuvailla hoitohenkilökunnan kokemuksia tehohoitoпотilaiden suunhoidosta, jossa hyödynnetään KimVent Oral Care –suunhoitovälineitä.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa objektiivisuuden täysi saavuttaminen on mahdotonta. Tutkijan arvot muovaavat sitä, miten hän pyrkii ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Tulokseksi voidaan saada vain johonkin aikaan ja paikkaan rajoittuneita ehdollisia selityksiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 161) Tutkimustulokseen vaikuttaa myös se, millaisia merkityksiä tutkimukselle annetaan ja millaisia välineitä siinä käytetään. Tutkimustulokset eivät siis ole käyttäjistä tai käytetystä havaintomenetelmästä irrallisia. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 20.)

5.2 Tiedonantajien valinta

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto on yleensä otokseltaan pienempi kuin kyselyn, ja siinä keskitytään useimmiten määrän sijasta laatuun. Tutkimus tavoittelee esimerkiksi teoreettista yleistettävyyttä (vrt. tilastollinen yleistettävyys). Tärkeintä ovat tapahtumat, kokemukset ja yksittäiset tapaukset, ei tutkittavien yksilöiden lukumäärä. Osallistujiksi valitaan siis henkilöitä, joilla on paljon tietoa tutkittavasta aiheesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110.)

Aineiston kokoon vaikuttaa myös tutkittavan ilmiön luonne. Kun aihe on selkeä, ja vastaajien on helppo jakaa siitä tietoa, tiedonantajia tarvitaan vähemmän. Otoksen kokoon vaikuttaa aineistojen laatu; hyvin tietoa jakavilta, tutkittavasta aiheesta paljon tietäviltä haastateltavilta saadaan yleensä hyvin tietoa. Tärkeää on myös, että tiedonantajilla on aikaa vastata kysymyksiin huolellisesti, silloin informaatio on syvällisempää ja laajempaa. (Kankkunen ym. 2013 111.)

Opinnäytetyössämme on tarkoituksenmukainen otanta, joka tarkoittaa sitä, että olemme saaneet osallistujiksi tietoisesti sellaiset henkilöt, joilla on käsiteltävästä aiheesta paljon kokemusta (Kankkunen ym. 2013, 112). Tiedonantajat olivat Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osaston hoitajia, jotka olivat olleet KimVent Oral Care –välineiden testikäyttäjiä.

Teho-osastolta oli valittu suunhoitovälineiden koekäyttäjiksi yhteensä kuusi hoitajaa, joiden nimet ja sähköpostiosoitteet saimme teho-osaston apulaisosastonhoitajalta. Olimme yhteydessä jokaiseen sähköpostin välityksellä. Kerroimme opinnäytetyöstämme lyhyesti ja tiedustelimme halukkuutta haastatteluun. Saimme haastateltavaksi neljä hoitajaa. Tutkimuslupaa olimme hakeneet kahdeksalle, varautuaksemme haastattelujen peruuntumisiin tai muihin ongelmiin.

5.3 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla haastattelulla eli teemahaastattelulla. Teemahaastattelussa keskeiset asiat on sovittu, mutta keruuseen liittyy myös vapauksia. Teemahaastattelua varten laaditaan teemat, jotka muodostetaan aiheeseen sopivaksi. (Kankkunen ym. 2013, 123-126.) Olimme laatineet valmiit aihepiirit keskustelulle, mutta kysymysten muotoiluun tuli tilanteessa täsmennyksiä ja muutoksia. Tämä haastattelutyyppi korostaa ihmisten asioille antamia tulkintoja ja merkityksiä. Haastattelussa pyritään kuitenkin etsimään vastauksia tutkimustehtävän mukaan. (Kankkunen ym. 2013, 123-126.)

Kysymyksien tulkinta on haastateltavalle mahdollista ja menetelmänä haastattelu on joustava ja mahdollistaa täsmennykset. Näin ollen aineistosta tulee kattava. Haastatteluun kuuluu haastattelurungon tekeminen, itse haastattelemisen, tulosten rekisteröinti ja vastausten raportointi. (Hirsjärvi & Hurme 1994, 15).

Koska laadullisessa tutkimuksessa perimmäinen tavoite on inhimillisen ymmärryksen lisääminen, kielellisessä vuorovaikutuksessa kerätty tieto on tärkeää. Ihminen otetaan huomioon intoivana, tuntevana, tavoitteellisena, kieltä käyttävänä ja ajattelevana, joten tavanomaiset kyselylomakkeet eivät riitä, vaan aineistonkeruumenetelmäksi sopii hyvin haastattelu. Haastateltavien tarkkailu on

tärkeää. Haastattelulla kerättyjä tietoja on mahdollista täydentää jälkikäteen, mikä menetelmän etu. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994, 86-88.)

Sovimme jokaisen haastateltavan kanssa haastattelupaikan ja -ajan. Haastattelimme heidät yksitellen ja äänitimme haastattelut. Olimme pyytäneet hoitajia varaamaan haastatteluihin noin puoli tuntia aikaa. Osa osallistui haastatteluun työajallaan ja osa sen ulkopuolella. Kolme haastattelua teimme pienessä neuvotteluhuoneessa teho-osastolla, mikä minimoi erilaiset häiriötekijät. Yksi haastatteluista tehtiin yhdessä sairaalan kahviloista, joka oli hieman rauhaton paikka muine asiakkaineen ja taustameluineen. Se ei kuitenkaan häirinnyt haastattelua.

Haastattelujen aikana toinen meistä seurasi nauhurin toimintaa, jolloin toinen pystyi keskittymään kysymysten esittämiseen rauhassa. Haastattelujen tekeminen kahdestaan mahdollisti sen, että jos toisella jäi jokin kysymys kysymättä tai muu asia huomioimatta, pystyi toinen paikkaamaan sen.

5.4 Aineiston analyysi

Kaikissa laadullisissa tutkimuksissa voidaan käyttää menetelmänä sisällönanalyysiä. Se on perusanalyysimenetelmä, jolla pyritään saamaan tutkittavasta aiheesta kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Sisällönanalyysi voi olla joko yksittäinen metodi tai erilaisten analyysikokonaisuuksien väljä teoreettinen kehys. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 93, 105.) Käyttämämme analyysimenetelmä on aineistolähtöinen laadullinen analyysi, joka voidaan laskea kuuluvaksi sisällönanalyysin menetelmiin.

Aineistolähtöinen laadullinen analyysi on kolmivaiheinen prosessi: 1. redusointi, 2. klusterointi ja 3. abstrahointi. Redusoinnissa eli pelkistämässä auki kirjoitettu haastatteluaineisto pelkistetään siten, että tutkimukselle epäolennaiset asiat karsitaan aineistosta pois. Pelkistämistä ohjaavat tutkimustehtävät. Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä samaa asiaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään ja nimetään niiden sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Ryhmittelyssä aineisto tiivistyy, kun yksittäiset tekijät sisältyvät yleisiin käsitteisiin. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä erotetaan tutkimuksen kannalta keskeinen tieto. Luokituksia yhdistellään niin paljon kuin se sisällön näkökulmasta on mahdollista ja aineistoa sekä johtopäätöksiä vertaillaan koko ajan. (Tuomi ym. 2012, 108–113.)

Aloitimme aineiston analyysin kuuntelemalla haastattelut muutaman kerran ajatuksen kanssa läpi. Sen jälkeen litteroimme haastattelut eli kirjoitimme ne tekstimuotoon. Litteroinnin jälkeen

luimme tekstit läpi, ja merkitsimme yliviivauksella tutkimustehtäviin liittymättömät asiat. Siten meidän oli helpompi käydä läpi tutkimuksen kannalta tärkeitä aiheita. Lähdimme värein nostamaan tutkimustehtävien mukaisia asioita esille. Siten saimme muodostettua eri teemoja, joiden mukaan analyysi oli helppo kirjoittaa. Teemoja olivat setin käyttöajat ja -tavat, imukärjen, hammasharjan ja vaahtomuovikärjen käyttö, kehitysehdotukset sekä yleinen mielipide tuotteesta.

5.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Teimme tutkimuksen kahdestaan, mikä lisää sen luotettavuutta verrattuna yksin tehtyyn tutkimukseen. Haastatteluita tehdessä toinen pystyi seuraamaan nauhurin toimintaa samalla, kun toinen sai keskittyä rauhassa haastattelun tekoon. Esitimme tutkimustamme useassa vaiheessa monille kuulijoille ja ohjaajille, jolloin he pystyivät arvioimaan työtä ja ehdottamaan muutoksia luotettavuuden ja eettisyyden parantamiseksi.

Luotettavuutta lisää myös se, että haastateltavat hoitajat työskentelivät nimenomaan teho-osastolla eivätkä esim. sisätautien osastolla. Siten heillä oli tarvittava tieto tehohoitoпотilaiden hoitamisesta eikä pelkästään KimVent Oral Care -välineiden käytöstä.

Testasimme haastattelurunkoamme esihaastatteluilla muutamaan kertaan, jotta pystyimme huomaamaan jo etukäteen mahdolliset puutteet ja kysymysten huonot asetellut. Esihaastattelujen avulla saimme myös varmuutta haastattelemiseen, jolloin oikeat haastattelutilanteet sujuivat luontevammin. Testasimme myös nauhurin toimintaa. Oikeat haastattelut äänitimme, joten saamamme vastaukset eivät olleet pelkästään meidän muistiinpanojemme tai muistimme varassa.

Koska laadullisen tutkimuksen tiedonhankintakeinot ovat vapaamuotoisia ja arkielämän vuorovaikutusta muistuttavia, tutkimuseettiset kysymykset ovat erityisen tärkeitä. Tiedonkeruumenetelmien avoimuus myös vaikeuttaa mahdollisten eettisten ongelmien pohtimista etukäteen. Usein tutkimuseetiikan ongelmat liittyvät itse tutkimustoimintaan, aineistonkeruu- ja analysointimenetelmiin, tutkimukseen osallistuvien informointiin, anonymiteettiin sekä tutkimustulosten esittämistapaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125-128.)

Haimme tutkimusluvut ja teimme sopimukset Oulun yliopistollisen keskussairaalan kanssa. Kerroimme haastateltaville tutkimuksesta etukäteen kirjallisesti, ja pyysimme heiltä luvan haastattelutietojen käyttöön (LIITE 1).

Haastateltava voi perua osallistumisensa tutkimukseen koska tahansa. Vapaaehtoisuus on siis ehdotonta. (Kuula 2011, 87.) Haastattelujen vapaaehtoisuus ja keskeyttämisen mahdollisuus tuotiin tiedonantajille esille jo suostumusta pyydettyäessä (LIITE 1). Haastateltavat pysyivät anonyymeina eli opinnäytetyöstä ei käy ilmi haastateltavien henkilöllisyys. Kunnioitimme tutkittavien yksityisyyttä, emmekä rikkoneet salassapitovelvollisuutta ja vaitiololupausta (Vilkkä 2006, 113). Haastattelujen analysointia varten merkitsimme haastattelut koodeilla H1, H2, H3 ja H4. Koodien avulla pystyimme erottamaan haastattelut säilyttäen ne anonyymeina. Säilytimme haastatteluaineiston turvallisessa paikassa omassa suljetussa tiedostossamme opinnäytetyön prosessin ajan. Otimme eri vaiheiden töistä ja materiaaleista kopioita erillisille muistitikuille ja tietokoneen omiin tiedostoihin, jotta aineisto ei missään vaiheessa päässyt katoamaan teknisten syiden takia. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen haastatteluaineistot tuhottiin.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Haastattelimme neljää kuudesta KimVent Oral Care –suunhoitovälineiden koekäyttäjistä. Haastateltavat ovat Oulun yliopistollisen sairaalan teho-osaston hoitajia. Haastattelut toteutimme Oulun yliopistollisella sairaalalla. Tuote oli testikäytössä teho-osastolla noin kahden kuukauden ajan. Testikäyttäjiksi valitut olivat saaneet koulutuksen välineiden käytöstä tuotteen edustajalta. Yleinen kokemus tuotteesta oli positiivinen, mutta kehitysehdotuksiakin löytyi. Saimme vastaukset tutkimustehtäviin. Tässä kappaleessa esittelemme tutkimustuloksia.

6.1 KimVent Oral Care –suunhoitovälineiden käyttö tehohoitopotilaan suunhoidossa

Setin käyttömäärä vaihteli haastateltavien kesken. Kaksi haastateltavista oli ehtinyt testata tuotetta vain muutaman kerran, yksi noin kahden viikon ajan ja yksi noin kaksi kuukautta. Testauskertojen määrään vaikutti myös potilaiden kunto, sillä settiä käytettiin lähinnä huonokuntoisimpien potilaiden hoitamisessa.

Ensimmäisen tutkimustehtävän tarkoituksena oli selvittää, miten KimVent Oral Care -suunhoitovälineitä käytetään tehohoitopotilaan suunhoidossa. Haastatteluissa selvisi, että hoitajat käyttivät tuotetta lähinnä huonokuntoisten, erityisesti hengityslaittehoidossa olevien, potilaiden suun hoidossa. Hampaattomilla potilailla hammasharjan sijasta käytettiin vain vaahtomuovikärkiä suun limakalvojen puhdistukseen. Muuten potilaan suun puhdistuksessa käytettiin kaikkia setin osia. Hammasharjalla puhdistettiin hampaat ja kieli, vaahtomuovikärjillä puhdistettiin limakalvot karstasta sekä limasta ja imukärjellä imettiin eritteitä sekä puhdistuksessa käytettävää suuvettä suuontelosta.

6.2 Haastateltavien kokemukset KimVent Oral Care –suunhoitovälineistä

Toisella tutkimustehtävällä pyrimme selvittämään, mitä mieltä Oulun yliopistollisen sairaalan hoitajat ovat KimVent Oral Care -suunhoitovälineistä tehohoitopotilaan suunhoidossa. Haastattelut osoittivat, että hoitajien yleinen mielipide tuotteesta on positiivinen. Koekäyttäjät kokivat tuotteen edistävän potilaiden suun terveyttä. Osalla testausaika jäi lyhyeksi, mutta siinäkin ajassa tuotteesta muodostunut kokonaiskuva oli pääpiirteittäin hyvä. Myös kehitysehdotuksia tuotteen parantamiseksi tuli haastatteluissa esiin. Pienillä muutoksilla, kuten imutehoa

parantamalla, osien erillispakkauksilla ja selkeillä kirjallisilla käyttöohjeilla, tuotetta voitaisiin kehittää.

Jokainen haastateltava oli testannut setin kaikkia osia. Yhden käyttäjän mielestä setin imuteho ei ollut riittävä. Kaikki olivat yhtä mieltä siitä, että imukärki oli hyvin muotoiltu ja hellävarainen, eikä vaurioittanut potilaan limakalvoja niin herkästi kuin tavallinen imukatetri. Kaksi haastateltavista nosti esiin ongelman imukärjen taipumattomuudesta; keinoilmalien kaikkia osia ei ollut mahdollista imeä kärjellä. Yksi taas koki taipumattomuuden positiivisena asiana, kun imukärki ei päässyt taittumaan poskeen tai ikeneen.

Hammasharja koettiin hyväksi pienen koon, hellävaraisuuden ja imun vuoksi. Imu harjassa mahdollisti yksin työskentelyn, kun toisen hoitajan ei tarvinnut olla imemässä. Lisäksi sen koettiin vähentävän potilaiden yskimisrefleksiä, kun harjauksen yhteydessä käytetty suuvesi ei kerääntynyt nieluun. Yhden haastateltavan mielestä imu olisi voinut olla koko harjaosassa, eikä ainoastaan sen päässä. Usein potilaalla on suun avaamisvaikeuksia tai intubaatioputki. Harjan pieni koko helpotti vaikeapääsyistenkin alueiden puhdistusta. Pehmeät harjakset olivat hellävaraisia limakalvoille ja kielelle.

Vaahtomuovikärjet, joita oli sekä imulla että ilman, koettiin hyväksi ja miellyttäväksi käyttää sekä potilaan että hoitajan näkökulmasta.

”Niistä svapeista tykkäsin siinä mielessä, että niillä lähti aika hyvin katteet suusta pois.” H2

”Potilaat on tykänny siitä vaahtomuovikärjestä, se on miellyttävän tuntuinen.” H1

Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että vaahtomuovikärjet puhdistivat karstan ja muut peitteet paremmin kuin tavallisesti käytetty vanupuikko. Myös vaahtomuovikärkien varsi oli kestävämpi vanupuikon paperiseen varteeseen verrattuna. Etenkin hampaattomilla potilailla vaahtomuovikärkien käyttö korostui. Ne koettiin yhtä aikaa hellävaraisiksi ja tehokkaiksi. Myös kipeää suuta saattoi puhdistaa vaahtomuovikärjillä.

Kaikki koekäyttäjät olivat saaneet koulutuksen tuotteen käytöstä. Kaksi haastateltavista olisi kaivannut kirjallisia käyttöohjeita, mutta yksi kertoi ohjeiden löytyvän teho-osaston ilmoitustaululta. Yhdelle oli riittänyt koulutuksessa saadut ohjeet. Joidenkin mielestä välineiden kokoaminen tuntui vaikealta ja irta-osia oli liikaa. Koulutukseen olisi kaivattu käytännön harjoittelua, jotta tulisi varmuutta omasta osaamisesta. Myös vuoronvaihto saattoi aiheuttaa sen, ettei setin kaikkia osia käytetty, jos potilaan hoitoa jatkoi hoitaja, jolla ei ollut koulutusta välineiden

käyttämiseen. Joidenkin haastateltavien mielestä setin osia meni paljon hukkaan epäkäytännöllisen pakkauksen vuoksi, kun taas yhden mielestä pakkaus oli hyvä. Jotkut kokisivat hyväksi sen, että setin osia voisi tilata erikseen.

Yleinen mielipide oli, että setin voisi ottaa teho-osastolle jatkuvaan käyttöön. Varsinkin pitkällä aikavälillä se olisi kannattavaa, kun setti ohjaisi päivittäistä suunhoitoa ja siten mahdollisesti vähentäisi keuhkokuumeita tai muita suun välityksellä syntyviä ongelmia. Tämä kuitenkin vaatisi sen, että kaikilla olisi riittävä osaaminen sen käytöstä, jotta setistä olisi eniten hyötyä.

"No mun mielestä se jotenki niinku kokonaisarvosanana ehkä oli parempi." H2

"Jos se näitä meidän keuhkokuumeita vähentäis niin kyllähän me sitten pitkässä kuudessa säästettäis jos me siihen suunhoitoon nimenomaan panostettais." H4

7 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Itsellämme ei ollut käyttökokemusta tai tietoa tuotteen toimivuudesta ennen tutkimuksen toteuttamista, joten tutkimustuloksia oli vaikea ennakoida. Hoitajat nostivat esiin eri asioita tuotteesta ja myös mielipiteet esimerkiksi välineiden eri osista erosivat. Joku ei pitänyt jostain osasta, minkä toinen nimenomaan koki hyväksi. Olisimme ehkä odottaneet mielipiteiden olevan hieman enemmän yhteneviä.

Aiempiä tutkimuksia tuotteesta tai sen käytöstä ei juuri löytynyt. Kimberly-Clarkin teettämä KimVent Product Evaluation –tutkimus oli saanut joitain samansuuntaisia tuloksia kuin meidän tutkimuksemme. Siihen vastanneiden mukaan tuote paransi suunhoidon säännöllisyyttä laitoksissa ja teki suunhoidosta vähemmän sotkuista ja aikaa vievää. Suurin osa suosittelisi välineiden käyttöä. Meidän tutkimuksemme haastatelluista hoitajista kaikki voisivat ottaa tuotteen käyttöön. He myös nostivat esiin joitain epäkohtia välineistä. Kimberly-Clarkin teettämässä tutkimuksessa tällaisista ei mainittu. (Vintage Insights, Inc. 2008, 1, 4-5, 11-21.)

Metropolian ammattikorkeakoulussa tehdyn opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan teho-osaston sairaanhoitajilta puuttuu riittävä taito, tieto ja osaaminen potilaiden suun terveydentilan arvioinnissa sekä suun hoidon toteutuksessa. Tutkimusten johtopäätöksenä on, että hyvä suuhygienia, kattava suunhoidon käytäntö ja henkilökunnan sitoutuminen siihen voi merkittävästi vähentää hengityslaitteen aiheuttamaa keuhkokuumeen määrää teho-osaston potilailla. Edellisessä kappaleessa mainitun tutkimuksen mukaan KimVent Oral Care –suunhoitovälineet säännöllistivät suun hoidon toteutusta, jolloin voitaisiin päätellä, että tuote vaikuttaisi edullisesti teho-osaston potilaiden keuhkokuumeiden määrään. (Peiponen, M. & Rinkinen, M. 2013)

Suuhygienisti-lehden (3/2013) artikkelin ”Suuhygienistien ja sairaanhoitajien yhteistyö voi pelastaa tehohoitopotilaan hengen” kirjoittajien mukaan suunhoidon käytänteitä tulisi yhtenäistää tehohoidossa. Monilla sairaanhoitajilla ei ole tarpeeksi tietämystä tai taitoa suunhoidon toteutukseen, joten yhteistyö suuhygienistien kanssa olisi perusteltua. Artikkelissa visioidaan, että suuhygienistit voisivat kouluttaa teho-osaston hoitajia sekä työskennellä itse sairaaloiden osastoilla. KimVent Oral Care –suunhoitovälineet voisivat olla apuna käytänteiden yhtenäistämässä.

Koska kehittämistarpeista huolimatta suunhoitovälineiden koekäyttäjät kokivat tuotteen hyväksi ja potilaan terveyttä edistäväksi, tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että Oulun yliopistollinen sairaala hyötyisi KimVent Oral Care -suunhoitovälineiden käyttöön ottamisesta. Tällöin kuitenkin kaikilla välineitä käyttävillä henkilöillä tulisi olla riittävä osaaminen siihen. Tämä voitaisiin varmistaa koulutuksilla ja kirjallisilla käyttöohjeilla.

8 POHDINTA

Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvailla KimVent Oral Care –suunhoitovälineiden toimivuutta tehohoitopotilaiden hoidossa hoitajien näkökulmasta. Valitsimme laadullisen tutkimuksen ja menetelmäksi teemahaastattelun, sillä mielestämme oli tärkeää, että hoitajat saisivat kuvailla käyttökokemuksiaan mahdollisimman laajasti ja omin sanoin. Tulimme tutkimuksessa siihen tulokseen, että KimVent Oral Care –suunhoitovälineet parantavat tehohoitopotilaiden suun terveyttä, ja että ne kannattaisi ottaa jatkuvaan käyttöön Oulun yliopistollisen sairaalan tehosastoilla.

Saimme aiheen tutkimukseemme syksyllä 2012 lehtoriltamme, joka kertoi, että KimVent Oral Care –suunhoitovälineet tulisivat Oulun yliopistolliseen sairaalaan testikäyttöön keväällä 2013. Ajattelimme aiheen olevan ajankohtainen, sillä tuote ei ole ollut vielä käytössä Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Aloimme työstää valmistavaa seminaarityötä eli opinnäytetyön tietoperustaa. Sitä tehdessämme huomasimme, että tuotteesta oli olemassa vain todella vähän teorian tietoa, joten koimme tutkimuksen myös siltä osin tarpeelliseksi. Esitimme valmistavan seminaarityön keväällä 2013. Samaan aikaan valmistavan seminaarityön kanssa aloimme tehdä tutkimussuunnitelmaa, jonka työstimme valmiiksi kesän 2013 aikana. Syksyllä 2013 lähetimme tutkimussuunnitelman ja yhteistyösopimukset Oulun yliopistollisen keskussairaalan laativastaavalle, ja kun saimme sopimukset kuntoon, teimme haastattelut. Haastattelujen jälkeen aloitimme aineistoon perehtymisen, ja teimme loppuraportin loka-marraskuussa 2013.

8.1 Luotettavuuden ja eettisyyden arviointia

Haastattelimme neljää tuotteen koekäyttäjää alkuperäisen suunnitelman mukaan. Ajattelimme, että se riittäisi antamaan meille laadulliseen tutkimukseen tarvittavat tutkimustulokset. Koska koekäyttäjää oli yhteensä kuusi, olisi luotettavuutta voinut lisätä haastattelemalla heidät kaikki. Aikataulujen kiireellisyyden vuoksi emme kuitenkaan pystyneet siihen. Jälkikäteen ajatellen olisimme voineet jo tutkimuksen alussa miettiä ottavamme haastatteluihin mukaan myös hoitajia, jotka eivät olleet varsinaisia testikäyttäjää, mutta olivat mahdollisesti käyttäneet välineitä. Koska vain testikäyttäjät saivat käyttökoulutuksen, olisi myös koulutuksen tarpeellisuudesta voinut tulla erilaisia näkökulmia.

Yksi tutkimuksen eettisistä periaatteista on osallistumisen vapaaehtoisuus. Tutkittavan suostuminen tutkittavaksi osoitetaan joko suullisella tai kirjallisella myöntymisellä tai kohteliaaseen haastattelupyyntöön myöntymisellä. (Kuula 2011, 231-232.) Pyysimme haastateltavia tutkimukseen sähköpostilla, johon laitoimme liitteeksi suostumuslomakkeen (LIITE 1).

Kun tutkimushaastattelut on luvattu tehdä luottamuksellisesti niin, että haastateltavan henkilöllisyys ei selviä, täytyy lupausta noudattaa (Gray 2004, 364). Vaikka haastateltavia oli vain neljä, olemme analysoineet haastattelut niin, ettei vastauksista voi päätellä, kenen antamia ne ovat.

Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet on asetettu vuonna 1997. Käytimme ohjeita lähteenämme, sillä niihin ei ole tullut päivityksiä ja muutoksia, joten mielestämme ne ovat ajankohtaiset. Myös muutama muu lähde ei ole ihan tuore, mutta mielestämme niiden asiasisältö on edelleen validi.

8.2 Omat oppimiskokemukset

Tutkija on itse vastuussa siitä, että hän parantaa ammattitietouttaan ja -pätevyyttään tutkimuksen aikana (Morse, Swanson & Kuzel 2001, 116). Tutkimuksen teko opetti meille laadullisen tutkimuksen prosessin toteuttamisen. Opimme hankkimaan lähdemateriaalia tehokkaasti ja kriittisesti. Tekstin sisällön tuottamisen taito parani tutkimuksen edetessä.

Opimme paljon myös tehohoitotyöstä, ja varsinkin tehohoitopotilaan suunhoidosta. Voimme hyödyntää tutkimuksen aikana opittuja tietoja, jos työskentelemme suuhygienistinä esimerkiksi laitoshoidossa olevien potilaiden parissa. Voimme myös tulla käyttämään KimVent Oral Care –suunhoitovälineitä tulevaisuudessa työssämme.

Teemahaastattelun tekeminen ja aineiston analysointi tuli meille tutuksi opinnäytetyöprosessin aikana. Mielestämme onnistuimme hyvin teemahaastatteluun asettamissamme apukysymyksissä; niiden avulla saimme hyvin tarvittavat, tutkimuskysymyksiin vastaavat tiedot.

Teimme opinnäytetyötä yhdessä ja erikseen. Yhteisen työajan löytäminen oli meille helppoa. Aikataulut oli opinnäytetyötä tehdessä tärkeää, ja vaikka välillä suunniteltu aikataulu ei toteutunut, onnistuimme saamaan prosessin valmiiksi ajallaan. Erikseen kirjoittaminen nopeutti työtä, ja lukiessamme toistemme tuotoksia huomasimme tehdyt virheet helpommin. Kehityimme

niin palautteen antamisessa kuin saamisessakin. Pystyimme helposti antamaan toisillemme myös kriittistä palautetta ja tuomaan uusia näkökulmia aiheeseen. Saimme rakentavaa palautetta myös ohjaajiltamme, vertaisarvioijiltamme sekä opinnäytetyöprosessin ulkopuolisilta henkilöiltä, mikä opetti meitä.

Koska olimme paljon yhteydessä Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökuntaan tutkimukseemme liittyen, opimme moniammatillista yhteistyötä. Etenkin teho-osaston hoitajien työnkuva tuli meille tutummaksi. Yhteydenpito tapahtui pääosin sähköpostin välityksellä, joten opimme sähköistä viestintää. Molemmat taidot ovat varmasti hyödyksi ammatissamme suuhygienistinä.

8.3 Kehittämissideat ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimukseen olisi voinut ottaa mukaan myös jonkun toisen laitoksen. Näin olisimme saaneet enemmän haastateltavia ja laajemmat tutkimustulokset. Suunhoitovälineet tulivat testikäyttöön Oulun yliopistolliseen sairaalaan vasta toukokuussa. Koska meillä alkoi silloin kesäloma ja kesätyöt, jäi haastattelujen teko syksyyn. Jos tutkimuksessa olisi ollut mukana sairaala, jossa välineet olisivat olleet koekäytössä jo aiemmin, olisimme päässeet tekemään haastatteluja jo ennen kesää. Silloin haastatteluja ei olisi tarvinnut tehdä niin kiireisellä aikataululla, ja olisimme mahdollisesti ehtineet haastatella kaikkia koekäyttäjiä. Yksi hyvä jatkotutkimusaihe voisi siis olla välineiden käytön tutkiminen jollakin toisella teho-osastolla, jolloin tutkimustulokset voisivat olla hieman laajemmat, ja niitä voisi verrata meidän saamiimme tuloksiin. Jos välineet päätetään ottaa Oulun yliopistolliseen sairaalaan jatkuvaan käyttöön, voisi niiden käyttöä ja vaikutusta tutkia esimerkiksi vuoden päästä.

Haastattelujen aikana nousi esille toiveita suunhoitoon liittyvästä koulutuksesta teho-osastoille. Jatkotutkimuksena teho-osastoille voisi tehdä suunhoitoon liittyviä videoita, kirjallisia ohjeita tai muita ohjeistamiseen liittyviä tuotteita.

Tutkimusta ja haastatteluja tehdessämme huomasimme, että KimVent Oral Care –suunhoitovälineistä on todella vähän teoria- ja lähdetietoa. Haastatteluissa nousi esille myös tuotteen hyvien käyttöohjeiden puuttuminen. Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisi selvittää tarkasti, miten setin eri osia käytetään. Tutkimuksesta voisi tehdä tuotteen, esimerkiksi kirjalliset käyttöohjeet tai videon välineiden käytöstä.

KimVent Oral Care –suunhoitovälineitä voidaan käyttää kaikille laitoshoidossa oleville potilaille. Välineiden käytön soveltuvuus eri vuodeosastoilla voisi olla mielenkiintoinen tutkimusaihe. Niiden

käyttöä ja vaikutuksia potilaiden suun terveyteen voitaisiin tutkia monen ammattiryhmän näkökulmasta.

LÄHTEET

Aarnio, A., Knutar, A., Koivisto, J., Marila, I., Neulaniemi, S., Palonen, M., Pesonen, T., Rajasuo, A., Rytkönen, J., Saarela, A., Suokas S. & Varrio A. 2012. Sormet suussa teho-osastolla. *Tehohoitolehti* 30 (1), 55-56.

Ahveninen, P., Helinko, O., Kainulainen, H., Pöyhönen, N., Pasanen, S., Stedt, H., Niemi, R. & Lampi, H. 2013. Suuhygienistien ja sairaanhoitajien yhteistyö voi pelastaa tehohoitopotilaan hengen. *Suuhygienisti-lehti* 3/2013, 42-45.

Ala-Kokko, T. & Laurila, J. 2003. Elintoimintojen tukihoidot tehohoidossa. *Suomen lääkärilehti* 3/2003, 1285.

Ala-Kokko, T., Perttilä, J., Pettilä, V. & Ruokonen, E. 2010. *Tehohoito-opas*. Helsinki: Duodecim. 2, 5.

Ala-Kokko, T., Perttilä, J., Pettilä, V., Ruokonen, E., Tenhunen, J., Uusaro, A. & Varpula, T. 2007. Tehohoidon toimintakokonaisuus erikoissairaanhoidossa. *Suomen lääkärilehti* 12/2007, 1271-1272.

Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K., Rosenberg, P. & Takkunen, O. 2006. *Anestesiologia ja tehohoito*. Helsinki: Duodecim. 316, 323.

Alila, A., Matilainen, E., Mustajoki, M. & Rasimus, M. 2010. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Helsinki: Duodecim. 708-709.

Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castrén, M., Säämänen, J. & Varjus, S. 2001. *Tehohoitotyö*. Tampere: Tammi. 57-58.

Gray, D. *Doing Research in the Real World*. Lontoo: SAGE Publications. 364.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1994. *Teemahaastattelu*. 6. painos. Helsinki: Yliopistopaino. 15.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen P. 2001. *Hoitamisen taito*. Helsinki: Tammi. 142, 390-391.

Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgren-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castrén M. 2010. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Duodecim. 60, 428-430, 441-442..

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 110-112 123-126.

Kimberly-Clark Worldwide Inc. 2010. 24-hour Oral Care Solutions –q4 and q2 Kits & Components. Hakupäivä: 21.02.2013.

[http://www.kchealthcare.com/media/931696/h0038_10_01_oral%20care%20with%20chg%20sell%20sheet%20\(revised%206\).pdf](http://www.kchealthcare.com/media/931696/h0038_10_01_oral%20care%20with%20chg%20sell%20sheet%20(revised%206).pdf)

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. 2. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino. 87, 231-232.

Könönen, E. 2012. Ientulehdus (Gingiviitti). Hakupäivä 13.11.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00714

Lamberg, M. 2001. Infektio suussa – yleisterveys vaarassa. Suomen hammaslääkärilehti 1-2/01, 19.

Lehtonen, V. 2011. Hengityslaittehoitoon liittyvän keuhkokuumeen ehkäisy. Tehohoitolehti 29 (1), 45.

Lindqvist, C., Richardson, R., Seppänen, L. & Suuronen, R. 2006. Hammasperäiset sairaalahoitoa vaatineet infektiot. Suomen Hammaslääkärilehti 9/2006, 514.

Meda Finland 2010. KimVent Oral Care –suunhoitopakkaukset. Hakupäivä: 21.02.2013
<http://www.meda.fi/sairaalaravikkeet/oral-care-suunhoitosarja/>

Meurman, J. 1996. Suun infektiot ja yleissairaudet. Suomen Lääkärilehti 15/96, 1633.

Morse, J., Swanson, J. & Kuzel, A. 2001. The Nature of Qualitative Evidence. Lontoo: SAGE Publications. 116.

Peiponen, M. & Rinkinen, M. 2013 Potilaan suun terveydentilan arviointi ja suun hoidon toteutus teho-osastolla: kirjallisuuskatsaus. Metropolia. Suun terveydenhuollon koulutusohjelma. Opinnäyteyö.

Sailo, E. & Vartti, A. 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammi. 132-133.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n
asettama työryhmä 2009. Käypä hoito – suositukset:Karies (Hallinta). Hakupäivä 13.11.2013.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/hoi50086>

Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997. Hakupäivä 13.3.2013.
<http://www.sthy.fi/system/files/sivut/eettiset.pdf>

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja.
Helsinki: Kirjayhtymä Oy. 86-88.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Helsinki:
Tammi. 125-128.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. painos. Helsinki:
Tammi. 93, 105, 108-113.

Vilikka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi. 113.

Vintage Insights, Inc. 2008. KimVent Product Evaluation -Final results. 1, 4-5, 11-21.

LIITTEET

LIITE 1 Suostumus haastatteluun

LIITE 2 Haastattelukysymykset

Suostumus haastatteluun opinnäytetyötä varten

Olemme tekemässä opinnäytetyötä Oulun yliopistollisen sairaalan hoitajien kokemuksista tehohoitoпотilaiden suunhoidossa käytettävistä KimVent Oral Care –suunhoitovälineistä. Tarkoituksena on saada lisätietoa välineistä teho-osastolla tehtävän suunhoidon edistämiseksi. Tutkimus tehdään teemahaastatteluilla, joissa käytämme apuna valmiita kysymyksiä. Haastattelut tehdään yksitellen. Haastateltavalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa. Haastattelut nauhoitetaan, litteroidaan ja analysoidaan, jonka jälkeen haastatteluaineistot tuhotaan. Haastateltavat pysyvät anonyymeinä.

Suostumalla haastatteluun annatte meille oikeuden käyttää vastauksianne tutkimuksessamme.

Ystävällisesti

Anne Kivelä & Juulia Rintamarttunen

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

Haastattelukysymykset

1. Kuinka kauan olet käyttänyt KimVent Oral Care -suunhoitovälineitä?
2. Kuvaile välineiden käyttötapaa tehohoidossa olevien potilaiden suunhoidossa.
3. Miten tuotteen eri osat mielestäsi soveltuvat tehohoitopotilaiden suunhoitoon?
4. Miten tuote on mielestäsi vaikuttanut tehohoitopotilaiden suun terveyteen?
5. Millainen tuote mielestäsi on verrattuna muihin osastollanne olleisiin välineisiin?
6. Miten tuotetta voitaisiin mielestäsi kehittää?