

Tiia Tuikka

**GASTROKIRURGISEN POTILAAN KUNTOUTUS TEHO-
OSASTOLLA KESKI-POHJANMAAN KESKUSSAIRAALASSA**

Opinnäytetyö

CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

AHOSS15K

Toukokuu 2019

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Toukokuu 2019	Tekijä/tekijät Tiia Tuikka
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi Gastrikirurgisen potilaan kuntoutus teho-osastolla Keski-Pohjanmaan keskussairaalaassa		
Työnohjaaja Anne Prest	Sivumäärä 31+7	
Työelämäohjaaja Elina Hänninen		
<p>Opinnäytetyön toimintaympäristönä toimi Soiten eli Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysterveyspalvelukuntayhtymän teho-osasto. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata henkilökunnan kokemuksia gastrikirurgisen potilaan kuntoutuksesta tehohoidossa Keski-Pohjanmaan keskussairaalan teho-osastolla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda esille kehittämisideoita kuntoutukseen liittyen sekä millaisia osaamistarpeita henkilökunta kokee tarvitsevänsä kyseisen potilasryhmän kuntoutuksessa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Aineistonkeruu toteutettiin teemahaastatteluna, jossa käytettiin valmiiksi suunniteltua teemahaastattelurunkoa. Keväällä 2019 haastattelutilaisuudet toteutettiin kahtena ryhmähaastatteluna, joihin työelämän ohjaajaa oli valinnut kolme henkilöä ennalta määriteltyjen kriteerien mukaisesti. Haastatteluissa oli mukana henkilökuntaa sekä yksi fysioterapeutti. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksien mukaan osastolla henkilökunta on hyvin motivoitunutta toteuttamaan kuntouttavaa hoitotyötä. Hoitajien mukaan potilaiden motivaatio kuntoutukseen lähtee hoitajan asenteesta kuntouttavaan hoitotyöhön, mikä toteutuu haastattelujen mukaan hyvin teho-osastolla. Hoitajat kokivat fysioterapeuttien käynnin olevan liian lyhyitä osastolla ja he kaipaivat osastolle parempia sekä uudempia kuntoutus- ja apuvälineitä, joita voisi käyttää kuntoutuksen tukemiseen. Johtopäätöksenä osastolle tulee lisätä fysioterapeutin käyntejä tai saada fysioterapeutti vakituiseksi osastolle.</p> <p>Jatkotutkimusaiheeksi ehdotuksena on tutkia potilaiden näkökulmasta kuntoutuksen toteutumista teho-osastolla.</p>		

Avainsanat Gastrikirurginen potilas, kuntouttava työote, kuntoutus, tehohoito.
--

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date June 2019	Author Tiia Tuikka
Degree programme Nursing		
Name of thesis Gastroenterology the patient's rehabilitation on intensive care unit in central hospital of Central Ostrobothnia.		
Supervisor Anne Prest	Pages 31+7	
Instructor Elina Hänninen		
<p>The thesis was carried out using qualitative research method. The intensive care unit Soite, in other words the social and the health service federation of municipalities of Central Ostrobothnia served as the environment of the thesis. The purpose of the thesis was to describe experiences of the staff of gastrosurgical patients' rehabilitation in the intensive care. The objective of the thesis was to bring out development ideas in connection with rehabilitation and the staff experiences of what kind of know-how is needed in the rehabilitation of the patient group in question.</p> <p>The thesis was carried out using qualitative research method. The material collecting was carried out as a theme interview in which a planned theme interview was used. In the spring of 2019, the interviews were carried out as a two as group interviews to which three persons had been chosen by the working life instructor according to the criteria that had been defined in advance. In the interviews a staff and one physiotherapist participated. The material was analysed on an inductive content analysis.</p> <p>According to the results of the thesis the staff of the department is well become motivated to carry out rehabilitating nursing. According to the nurses, the patients' motivation towards rehabilitation originates from the nurse's attitude towards rehabilitating nursing which comes well true, according to the interviews, in the intensive care unit. The nurses experienced that the physiotherapists' visit in the department was too short and the nurses wanted the better rehabilitation instruments to the department which could be used for supporting the rehabilitation. The physiotherapist's visits to the department have to added as a conclusion or a physiotherapist has to be hired as a regular worker to the department.</p> <p>The suggestion for the further study subject is to study the implementation of the rehabilitation from the patients' point of view in the intensive care unit.</p>		

<p>Key words Gastroenterology patient, rehabilitation, intensive care, rehabilitating work method.</p>

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 GASTROKIRURGISEN POTILAAN KUNTOUTUS TEHOHOIDOSSA	3
2.1 Gastrokirurgia	3
2.2 Tehohoito	4
2.3 Kuntoutus	5
2.4 Kuntouttava työote	7
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE SEKÄ TUTKIMUSKYSYMYKSET	9
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	10
4.1 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus	10
4.2 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	11
4.3 Aineiston keruu ja analyysi	11
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	14
5.1 Kuntoutuksen toteuttaminen gastrokirurgiselle potilaalle teho-osastolla	14
5.2 Kehittämistarpeita gastrokirurgisen potilaan kuntoutuksessa teho-osastolla	15
6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA	18
7 POHDINTA	21
7.1 Opinnäytetyön prosessi	21
7.2 Tulosten pohdinta	23
7.3 Jatkotutkimusaiheet	26
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	27
LÄHTEET	28
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Teho-osasto on erikoissairaanhoidon osasto, jossa hoidetaan tehostetusti vaikeasti sairaita tai loukkaantuneita potilaita alituisessa valvonnassa sekä elintoimintojen tilaa seurataan, joiden toimintaa tarpeen vaatiessa ylläpidetään erikoishoidoilla tai laitteilla. Potilaista noin kaksi kolmasosaa saapuu suunnittelemattomasti teho-osastolle yleisesti päivystyspoliklinikan, leikkaussalin tai vuodeosaston kautta tapaturman, komplikaation tai äkillisen sairastumisen myötä. Teho-osaston henkilökunnan tavoitteena on tehdä potilaiden tarpeiden mukaisesti yksilöllistä, kokonaisvaltaista, turvallista sekä inhimillistä hoitotyötä. (Soite 2018.)

Teho- ja valvontahoitotyössä sairaanhoitajan perusosaamiseksi luokitellaan taito hoitaa, tukea ja ohjata potilaita sekä heidän läheisiään. Teho- ja valvontahoitotyöhön perehtymiseen vaadittava tiedon suuruus kasvaa nopeasti hoitomenetelmien päivittyessä monipuolisemmaksi sekä julkaistujen tutkimusten tiedon määrän lisääntyessä. (Ritmala-Castrén, Lönn, Lundgrén-Laine, Meriläinen & Peltomaa 2017, 5.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata henkilökunnan kokemuksia gastrokirurgisen potilaan kuntoutuksesta tehohoidossa Keski-Pohjanmaan keskussairaalan teho-osastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille kehittämisideoita kuntoutukseen liittyen sekä millaisia osaamistarpeita henkilökunta kokee tarvitsevänsä kyseisen potilasryhmän kuntoutuksessa.

Ensimmäiset keskustelut aiheenvalinnasta käytiin tammikuussa 2018 ja aiheeseen palattiin uudemman kerran syyskuussa 2018. Alkuperäinen aihe liittyi laajasti tehohoitopotilaan kuntoutukseen kaikilta hoitoaloilta. Aihetta lähdettiin rajaamaan, koska se olisi ollut todennäköisesti liian laaja käsiteltäväksi. Työelämän yhteishenkilön kanssa sähköpostin kautta käytyjen keskustelujen myötä aihe rajoittui ensin kirurgisen potilaan kuntoutukseen ja lopulta gastrokirurgisen potilaan kuntoutukseen teho-osastolla, koska osastonhoitajan mukaan kirurgisista potilaista heillä osastolla on tilastollisesti eniten gastrokirurgisia potilaita.

Opinnäytetyö toteutetaan laadullisen tutkimusmenetelmän mukaan ja tutkimuksen toteuttamispaikkana toimii Keski-Pohjanmaan keskussairaalan teho-osasto. Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla teho-osaston henkilökuntaa, joilla on tietämystä sekä kokemusta gastrokirurgisen potilaan kuntoutuksesta tehohoidossa. Haastattelu toteutetaan kaksi kertaa ryhmähaastatteluna.

Opinnäytetyössä keskeisinä käsitteinä käsitellään gastrokirurginen potilas, tehohoito, kuntoutus sekä kuntouttava työote. Gastrokirurgiset potilaat pääsääntöisesti tulevat päivystyksellisesti äkillisen vatsa-alueella ilmenneen ongelman takia, jonka ainoana hoitona olisi nopea leikkaushoito. Tyypillisesti tällaisia tapauksia on umpilisäkkeen tai sappirakon tulehdus. (HUS 2018.) Joskus vatsa-alueen vammat ovat potilaalle sen verran vakavia, että ne aiheuttavat elintoiminnoissa häiriöitä. Silloin potilas otetaan teho-osastolle seurantaan, jossa potilasta kohden on enemmän työntekijöitä sekä potilaan elintoimintoja seurataan taukoamatta. (Soite 2018.) Kun potilaan vointi on vakaa teho-osastolla, voidaan potilasta lähteä kuntouttamaan mahdollisuuksien mukaan (Nydahl, Ruhl, Bartoszek, Dubss, Filipovic, Flohr, Katwasser, Mende, Rothaug, Schuchhardt, Schwabbauer & Needham 2014, 1182). Kuntoutus on yksi osa kokonaisvaltaista hoitoa, jota henkilökunta tukee kuntouttavalla työotteella kannustaen ja motivoiden potilasta löytämään voimavaransa (Kähkönen 2010, 13).

2 GASTROKIRURGISEN POTILAAN KUNTOUTUS TEHOHOIDOSSA

Tässä luvussa kerron lyhyesti opinnäytetyön aiheeseen liittyvää teoretietoa gastrokirurgiasta, tehohoidosta, kuntoutuksesta sekä kuntouttavasta hoitotyöstä. Gastrokirurgiassa käsittelen muutaman leikkaustavan, joita esiintyy gastrokirurgiassa yleisimmin. Tehohoito –kappaleessa kerron teho-osaston toiminnasta ja sieltä siirtymisestä vuodeosastolle jatkohoitoon. Kuntoutus -kappaleessa käyn läpi kuntoutuksen tärkeyttä sekä potilaan huomiointia hoitotyössä.

2.1 Gastrokirurgia

Gastrokirurgiassa eli vatsaelinkirurgiassa hoidetaan sekä tutkitaan ruuansulatuskanavan kirurgisia sairauksia, sisältäen suoliston sairaudet ruokatorvesta peräsuoleen saakka, maksan, sappiteiden ja haiman kirurgiset taudit sekä ruuansulatuskanavaan liittyvät syövät (maha, haima ja paksusuoli). Lisäksi vatsaelinkirurgiassa hoidetaan tiettyjen ruuansulatuskanavan ulkopuolisten elinten sairauksia kuten pernan sekä esimerkiksi vatsapeitteiden tyriä. (HUS 2018.)

Akuutisti alkavat oireet, kuten nopeasti alkava voimakas vatsakipu, äkillinen oksentaminen tai ripulointi ilman syytä, ovat tilanteita, joissa pitää hakeutua hoitoon välittömästi. Kivun alkamistapa ja luonne kertoo viitteitä siitä, kuinka vakava tilanne potilaalla on kyseessä. Nopeasti alkava voimakas kipu viittaa elimen puhkeamiseen tai repeämään, kun taas voimistuva kipu tukokseen ruuansulatuselimissä. (Mustajoki 2018.) Potilaan tila voi nopeasti edetä heikommaksi sekä keskeiset elintoiminnot voivat vaarantua. Tilanteessa on tärkeä arvioida, tarvitseeko potilas jatkotutkimuksia vai tuleeeko potilas välittömästi leikata. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari, Uski-Tallqvist 2016, 522-523.)

Vatsan alueelle akuutisti aiheutuneet vammat jaetaan vammamekanismin mukaisesti tylppiin ja teräviin. Tylpät vatsa vammat eivät ulkoisesti näy, mutta aiheuttavat sisäisiä vammoja vatsa-alueella. Tyypillisesti tylpät vatsa vammat aiheutuvat liikenneonnettomuuksista tai putoamisista. Terävät

vatsavammat puolestaan jättävät näkyvän jäljen ihoon ja niiden aiheuttajana tyypillisesti on terävä esine kuten puukon isku tai aseinen luoti. Terävä esine voi ihorikon lisäksi mahdollisesti aiheuttaa sisäisiä vammoja, kuten sisäisiä verenvuotoja tai repeämiä. (Leppäniemi & Salminen 2019, 60-61.)

Gastrokirurgiassa leikkaus voidaan toteuttaa joko tähystys- tai avoleikkauksena. Vatsaonteloon tehdyssä tähystysleikkauksessa eli laparoskopiasa leikkaukselle viedään pistohaavojen kautta tähystin sekä tarvittavat leikkausvälineet, joilla pystytään ottamaan muun muassa koepaloja. Tähystysleikkauksessa tähystimellä voidaan paikantaa mahdolliset vuotokohdat, jotka voidaan leikkausvälineillä sulkea tekemättä avoleikkauksen liittyviä leikkaushaavoja. Näkyvyyden lisäämiseksi vatsaonteloon viedään putki, josta voidaan pumpata vatsaonteloon hiilidioksidia, jotta ontelo saadaan laajentumaan toimenpidettä varten. Tähystysleikkaus voidaan muuttaa avoimeksi kesken leikkauksen. (EPSHP 2014, 1; Leppäniemi & Salminen 2019,63; Mustajoki & Kaukua 2008.)

Laparotomia on vatsaontelon sisäinen leikkaus, jossa leikkausviillon paikka riippuu leikattavasta kohdasta, mutta perusviiltona pidetään keskivatsalla sijaitsevaa keskiviiltoa, mikä on ylä- tai alavatsapainotteinen. Potilaan vamman vakavuudesta riippuen joskus vatsaontelo joudutaan jättämään auki, jolloin sisäelimet peitetään tilapäisesti vatsansulkumenetelmällä, kuten verkkoavusteisella alipainesidoksella. Tällaisessa tilanteessa potilas viedään teho-osastolle tehovalvontaan odottamaan seuraavaa leikkausta, jossa vatsapeite pyritään sulkemaan kerralla tai asteittain. (Leppäniemi & Salminen 2019, 33-51.)

Tässä opinnäytetyössä gastrokirurginen potilas on yksi pääkäsitteistä. Tehopotilas olisi käsitteenä liian laaja kyseiselle opinnäytetyölle, minkä vuoksi aihe oli hyvä rajata tiettyyn potilasryhmään, jotta opinnäytetyön toteutuksesta tulisi selkeä.

2.2 Tehohoito

Tehohoito on vaikeasti sairaiden potilaiden hoitoa, joilla voi olla tilapäisiä elintoimintahäiriöitä akuutin sairauden, vamman tai vaativan kirurgisen toimenpiteen seurauksena. Tehohoitoa annetaan teho-

osastoilla, minne on keskitetty elintärkeiden toimintojen valvonnan ja ylläpidon omaava henkilöstö, moniammatillinen osaaminen sekä nykyaikainen teknologia. (Suomen tehohoitoyhdistys 2017, 3; Karlsson, Ala-Kokko, Pettilä, Tallgren & Valtonen 2017, 7.) Teho-osaston henkilökunta koostuu tehohoitoon perehtyvistä henkilöstöstä, johon kuuluu teho-osaston ylilääkäri, päivystävä anestesia­lääkäri sekä hoitohenkilökuntaa. Henkilökuntaa on potilasta kohti laskelmallisesti enemmän kuin vuodeosastolla, millä varmistetaan hoidon jatkuva tehokkuus ympäri vuorokauden. (Soite 2018.)

Tehohoitoon tai tehohoidossa olevat potilaat ovat sairauden tai vamman takia hengenvaarassa, mutta hoitoennusteen mukaan heidät pystytään pitämään hengissä. Tehohoitopaikkojen sekä voimavarojen rajallisuuden takia potilaan tarve saada tehohoitoa on arvioitava jatkuvasti. (Lääkäriliitto 2018.) Systemaattinen kirjaaminen potilaan arvioidusta voinnista auttavat hoitohenkilökuntaa havaitsemaan muutokset potilaan tilasta. Arvioidessa potilaan vointia on tärkeä huomioida yksittäisten arvojen tai tulosten lisäksi muutoksia potilaan voinnissa. Jokaisen tehopotilaan vointia arvioidaan systemaattisesti huolimatta hänen tehohoitodiagnoosistaan, koska potilaan vointi voi odottamattomien komplikaatioiden myötä vaihdella äkillisesti. (Ritmala-Castrén ym. 2017, 8.) Potilas voidaan siirtää teho-osastolta vuodeosastolle, kun potilaan elintoiminnot ovat vakaat sekä kivut ovat hallinnassa. Vuodeosastolle annetaan raporttia tehdystä toimenpiteestä, perussairauksista sekä potilaan nykyisestä voinnista. (Ahonen ym. 2016, 230.)

2.3 Kuntoutus

Kuntoutuksesta nousevat oletukset ovat muuttuneet lääketieteellisestä toimenpiteestä toimintamalliin, jossa korostetaan asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Kuntoutus on monimuotoinen sekä monialainen toimintakokonaisuus, jossa korostuu kuntoutujan ja kuntoutuksen ammattilaisten kesken toteutettu vuorovaikutteinen terapia, itsenäinen tai avustettu harjoittelu. Kuntoutumiseen ja kuntoutustoimenpiteen valintaan vaikuttavat kuntoutujan elämäntilanne, sen hetkinen toimintakyky, kuntoutujan diagnoosi, toimintaympäristö sekä hänen asettamat realistiset tavoitteet prosessille. (Autti-Rämö, Salminen, Rajavaara, & Ylinen 2016, 15.) Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee kuntoutuksen edistävän sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen henkilön toimintakykyä ja hyvinvointia, itsenäistä selviytymistä, osallistumismahdollisuutta sekä työllistymistä (STM 2018).

Hoidon etenemisen sekä kuntoutumisen kannalta on tärkeää saada potilas tuntemaan tarvitsevansa sen hetkistä hoitoa. Kuntoutuksessa potilasta aktivoidaan tekemään mahdollisuuksien mukaan itse hoitonsa hyväksi sen verran, mihin potilaan voimavarat riittävät. (Vilhunen 2016, 62-63.) Kuntoutuksessa fyysisen toimintakyvyn arvioinnin, kuntouttavien liikkeiden ohjaamisen, ulospäin näkyvän edistymisen arvioinnin lisäksi pitäisi potilaalla olla mahdollisuus ilmaista tunteistaan sekä kuntoutuksen merkityksestä hoitohenkilökunnalle. Tutkimuksen mukaan kuunteleva ja yhteistä tavoitetta tuottava kommunikaatio edistävät potilasta aktiiviseen toimintaan. (Reunanen 2018, 56) Hoitoympäristön tuella on merkitystä sille, miten potilas suhtautuu uuteen elämänmuutokseen ja selviytyä siitä tulevaisuudessa. Jotta potilas henkisesti jaksaa jatkaa kuntoutumista mahdollisista motorisista rajoitteista huolimatta, on kuntoutustiimin hyvä tiedostaa potilaan tavat käsitellä sen hetkistä tilaansa sekä antaa potilaalle mahdollisuus löytää itselle sopivia selviytymiskeinoja kuntoutuksen edetessä. (Autti-Rämö ym. 2016, 57-58.)

Teho-osastolla potilaan kuntoutuksen tavoitteena on aloittaa mahdollisimman varhain mobilisointi huomioiden hänen vammansa tai sairautensa tila. Liikkumattomuus on ihmiselle luonnon tila ja elintoiminnot, kuten verenkierto, hengitys sekä ruuansulatus, ovat riippuvaisia liikkeestä. Kuntoutustoimenpiteiden tarvetta arvioidaan jo akuuttihoiton aikana sekä tarvittavia toimenpiteitä toimintakyvyn palauttamiseksi voidaan aloittaa, vaikka potilas ei pysty ilmaisemaan omia tavoitteitaan tai tarpeitaan. Potilaan osallistumista päivittäisiin toimintoihin pidetään osana kuntoutusta ja niihin on sairastunut tai vammautunut potilasta rohkaistava, eikä häntä saa kohdella passiivisen hoidon kohteena. Hoitajien työote vaikuttaa siihen, miten potilaan toimintakykyä ja kuntoutusta edistetään sairaalassa ollessa (Kähkönen 2010, 13). Varhaisessa vaiheessa aloitettu mobilisointi saattaa lyhentää potilaan tehohoitoaika. (Baker & Mansfield 2008, 166; Autti-Rämö ym. 2016, 63; Ritmala-Castrèn ym. 2017, 524.)

Kuntoutus aloitetaan jo varhaisessa vaiheessa, mahdollisesti ensimmäisenä päivänä sairastumisen jälkeen, jos potilaan tila kuntoutuksen aloittamisvaiheessa on vakaa. Tehohoidossa käytetyt kuntoutuohjelmat ovat tutkimusasetelmin testattuja sekä yleisellä tasolla progressiivisia, potilaan voinnin mukaan eteneviä. Kuntoutuksen aikana potilaan elintoimintoja seurataan mahdollisen

romahtamisen vuoksi. Kuntoutuksen aloitukseen vaikuttavat potilaan neurologinen, verenkierrallinen sekä keuhkojen toiminnan tila. Kuntoutus aloitetaan asentohoidolla, josta siirrytään asteittain vaativampiin, aktiivisiin harjoituksiin. Potilaan varhain aloitetusta kuntouttamisesta on tutkittua näyttöä, että potilaat ovat kyenneet istumaan tuetusti sekä kävelemään lyhyitä matkoja tehohoidossa. (Nydaahl ym. 2014, 1178-1186; Adler & Malone 2012, 5-12.)

Kuntoutus on yksi opinnäytetyön pääkäsitteistä. Kuntoutuksella on suuri merkitys potilaan toipumisprosessissa, koska ilman kuntoutuksen antamaa fyysistä sekä psyykkistä tukea potilas ei kykene omatoimisesti toipumaan operaatiosta toivotulla tavalla. Kuntoutus aloitetaan mahdollisimman pian operaation jälkeen, jotta potilaan sen hetkisiä voimavaroja voidaan hyödyntää kuntoutuksessa mahdollisimman paljon. Mitä enemmän potilas pääsee operaation jälkeen passivoitumaan, sitä vähemmän potilas löytää omia voimavarojaan.

2.4 Kuntouttava työote

Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan lähestymistapaa, jossa potilaan sen hetkistä toimintakykyä tuetaan ja fyysinen aktivointi sisällytetään hoitotyöhön eli potilasta kannustetaan tekemään asioita mihin potilaan voimavarat riittävät. Kuntouttava työote ei vaadi erillisiä kuntouttavia interventioita, vaan kuntoutus sisällytetään osaksi potilaan hoitoa ja sitä toteutetaan koko hoitoprosessin ajan. Kuntouttavaa työotetta toteutetaan kaikissa hoitotoiminnoissa mahdollisuuksien mukaan, myös akuutissa sairaalahoidossa. Tällä ajattelutavalla pyritään ehkäisemään sairaalahoitoon yleisesti liittyvää toimintakyvyn laskua. (Resnick, Boltz, Galik & Pretzer-Abhoff 2012, 93-95.)

Kuntouttava työotteella motivoidaan ja kannustetaan potilasta tekemään itsenäisesti arkisia asioita ja ohjeilla avustetaan potilasta etenemään vaikeissa tilanteissa. Potilas on sitä motivoituneempi yrittämään, mitä enemmän hänellä on uskomusta ja luotettavuutta omiin kykyihinsä. Henkilökunta lisää potilaan motivaatiota kannustamisella ja kehotuksilla omatoimisuuteen. Motivaatiota lisää myös potilaan tai henkilökunnan asettamat tavoitteet kuntoutukselle, joita pyritään tavoittelemaan. Myös toimintakyvyn edistymisen arvioiminen korostaa potilaan uskomusta omiin kykyihinsä. (Kähkönen 2010, 13.)

Kinestetiikalla tarkoitetaan voimavaralähtöistä toimintamallia, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimintaympäristöissä pyritään työn tekemisen tapoja sellaisiksi, että ne mahdollistavat asiakkaan, ammattihenkilöstön, omaishoitajien ja läheisten voimavarojen mahdollisimman hyvän hyödyntämisen päivittäisissä hoito- ja avustamistilanteissa. Kinestetiikka ei ole pelkästään siirtomenetelmiä tai -tekniikoita, vaan se antaa kokonaisvaltaisen tavan tunnistaa toimivaa vuorovaikutusta sekä ihmisen luonnollista liikkumista ja aistitoimintojen merkitystä yksilöllisessä tukemisessa. (Hantikainen 2018, 15-16.) Helpoin ja nopein tapa kommunikoida potilaan kanssa tapahtuu liikkeen ja koskettamisen välityksellä. Tehohoidon tukemiseksi on kehitetty oma kinestetiikan toimintamalli, joka on selkeyttänyt tehohoitopotilaan kokonaisvaltaista liikkumisen ja toimintojen tukemista sekä vähentänyt henkilökunnan kuormitusta. (Hantikainen 2018, 97-100.)

Jotta potilasta voidaan tuetusti avustaa siirtämisissä, on henkilökunnan tärkeää tiedostaa omalle vartalolle vähemmän kuormittavat liikerajat sekä -asennot. Jotta henkilökunta voi olla potilaan tukena, on henkilökunnan tiedostettava ergonominen työskentelytapa, koska hyvin herkästi henkilökunta vaurioittaa itseään potilasta avustaessa. Ergonomiaa hyödynnetään helpottamaan työntekijän toimintaa muokkaamalla työtä, työympäristöä sekä työjärjestelmiä vastaamaan henkilön toimintakykyä ja rajoituksia. (Takala & Lehtelä 2015, 37.)

Kuntoutuksen ja kuntouttavan hoitotyön lisäksi kirjallisuudesta löytyy muitakin käsitteitä, jotka kuvaavat potilaan kuntouttamista, kuten esimerkiksi kuntouttava työote. Tässä opinnäytetyössä käytän käsitettä kuntouttava työote, koska se on kattava ja se kuvastaa parhaiten opinnäytetyön aihetta.

Kuntouttava työote on yksi pääkäsitteistä opinnäytetyössä, koska henkilökunnan asenne vaikuttaa potilaan motivaatioon sekä siihen, millaisia tavoitteita potilas itselleen asettaa tulevaisuuteen toimintakykynsä edistämiseksi. Jos kuntouttava työote ei toteudu toivotulla tavalla henkilökunnan keskuudessa, potilaat ovat epätoivoisia omiin suorituksiin ja tuntevat epäonnistuvansa, jos odotetut toiminnot tehdään potilaan puolesta. Potilaat passivoituvat helposti ja teettävät suoritukset henkilökunnalla, jos heille annetaan siihen mahdollisuus, minkä vuoksi potilaiden toimintakyky laskee hyvin usein sairaalassa ollessa. Hoitajien on työssään syytä perehtyä ergonomisiin siirtämistekniikoihin, koska tällöin vältetään henkilökunnalle aiheutuvia työtapaturmia sekä potilaille luodaan luottavainen tunne turvallisista sekä tukevista avustamistekniikoista.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE SEKÄ TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata henkilökunnan kokemuksia gastrokirurgisen potilaan kuntoutuksesta tehohoidossa Keski-Pohjanmaan keskussairaalan teho-osastolla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda esille kehittämisideoita kuntoutukseen liittyen sekä millaisia osaamistarpeita henkilöstö kokee tarvitsevänsä kyseisen potilasryhmän kuntoutuksessa.

Opinnäytetyöllä haetaan vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin

1. Miten kuntoutus toteutetaan teho-osastolla gastrokirurgisille potilaille henkilökunnan kuvailemana?
2. Miten gastrokirurgisten potilaiden kuntoutusta tulee kehittää teho-osastolla henkilökunnan kuvailemana?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa kuvaan opinnäytetyön toimintaympäristöä sekä kohderyhmän ja sen valintaan vaikuttavista kriteereistä. Luvun lopussa kerron aineiston keruu- ja analysointimenetelmän.

4.1 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus

Soiten, Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvolyhtymän teho-osastolla hoidetaan vaikeasti sairaita potilaita, jotka tarvitsevat tarkkailua keskeyttämättä sekä heidän elintoimintojansa valvotaan ja pidetään yllä erikoishoidon- ja laittein. Teho-osastolla on neljä potilaspaikkaa, tarvittaessa viisi, ja eristyshuone. (Soite 2018.) Opinnäytetyön toimintaympäristönä toimi Soiten teho-osasto.

Kvalitatiivisissa tutkimuksissa ei pyritä tuloksia yleistämään, vaan otos on harkinnanvarainen, jotta tutkittavaa ilmiötä edustavat henkilöt tietävät mahdollisimman paljon tutkitusta aiheesta (Kankkunen & Vehviläinen Julkunen 2013, 65-67).

Aineistonkeruumenetelmäksi valitsin teemahaastattelun, joka toteutettiin kaksi kertaa kahdelle eri ryhmälle. Kohderyhmäksi valikoitui ryhmä teho-osaston hoitajia ja fysioterapeutti, jotka ovat mukana toteuttamassa kuntoutusta teho-osaston potilaille. Haastatteluun valittujen kohdehenkilöiden kriteerinä oli, että heillä on tietämystä ja kokemusta tutkimuksen aiheeseen liittyen sekä he ovat työskennelleet teho-osastolla vähintään vuoden ajan. Työelämän yhteyshenkilö valitsi kriteerien mukaisesti haastatteluun kohdehenkilöt, joille työelämän yhteyshenkilö jakoi tiedotteen ennen haastattelua. Henkilöt osallistuivat vapaaehtoisesti haastatteluun.

4.2 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on saanut vaikutteita antropologiasta sekä sosiologiasta, mistä syystä kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä käsitellä uusia tutkimusalueita, joista ei vielä tiedetä mitään, halutaan saada uusia näkökulmia tutkittuun tutkimusalueeseen tai epäillä teorian tai käsityksen merkitystä. Kvalitatiivinen tutkimus liitetään usein uskomuksiin, asenteisiin sekä käyttäytymisen muutoksiin. (Kankkunen & Vehviläinen Julkunen 2013, 65-67.)

Laadullinen tutkimus soveltui menetelmäksi opinnäytetyöhön, koska olen kiinnostunut moniammatillisen työryhmän ainutlaatuisista kokemuksista toteuttaa kuntoutusta gastrokirurgisille tehohoitopotilaille. Lisäksi tutkittavasta aiheesta oli vain vähän tutkimustietoa. Opinnäytetyön tarkoituksena ei ollut saavuttaa yleistettävyyttä vaan halusin juuri tuoda Soiten teho-osaston henkilökunnan kokemuksia syvällisesti ja kattavasti esiin.

4.3 Aineiston keruu ja analyysi

Tiedonkeruumenetelmänä haastattelu on ainutlaatuinen, koska siinä ollaan suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Tutkimustarkoituksena haastattelu on ymmärrettävä systemaattisesti tiedonkeruun muotona, ja sen tavoitteena on saada mahdollisimman luotettavaa sekä asianmukaista tietoa. Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu etenee keskeisten valmiiksi valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87). Teemahaastattelulla tutkija pyrkii ymmärtämään sekä käsittämään tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä, jossa on mukana ihminen ja hänen toimintansa, jota tutkija pyrkii avaamaan teemojen avulla. Kysymys ja siihen saatu vastaus tuottavat ymmärrystä, mistä syystä voidaan esittää uusia, tarkentavia kysymyksiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 204–208; Kananen 2014, 72.)

Vuoden 2018 alussa ensimmäisen kerran pohdin opinnäytetyöni aiheenvalintaa. Työtaustani vuoksi aiheeni liittyi kuntoutukseen sekä kiinnostukseni tehopotilaan hoitoon yhdistivät aiheen. Opinnäytetyön aihe rajattiin yhteistyössä työelämän yhteyshenkilön kanssa gastrokirurgisen tehohoitoпотilaan kuntoutukseen, koska teho-osastolla oli tietoisuutta kyseisen potilasryhmän kuntoutuksesta hyvin. Opinnäytetyön suunnitelman sain valmiiksi tammikuussa 2019, jolloin myös hain tutkimuslupaa. Tutkimuslupa myönnettiin helmikuussa (LIITE 3), jonka jälkeen työelämän yhteyshenkilön kanssa lähdettiin suunnittelemaan haastattelupäivät. Samaan aikaan allekirjoitettiin opinnäytetyösopimus (LIITE 4).

Tiedonkeruumenetelmäksi valitsin haastattelun, koska haastattelulla voidaan syventää jo tiedossa olevaa tietoa sekä tuoda esille uusia näkökulmia kuntoutuksen toteutumiseen tehohoidossa. Ennen haastatteluja valitut kohdehenkilöt saivat saatekirjeen sekä haastattelurungon (LIITE 2) tulevasta haastattelusta osastonhoitajalta, jotta haastateltavien henkilöllisyys ei tule tutkijalle selville. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluna, koska se antaa mahdollisuuden korostaa haastateltavien kokemuksia sekä mahdollisuuden esittää tarkentavia kysymyksiä. Ennalta valittujen teemojen kautta päästiin tutkimuksen aiheessa syvemmälle kohti tavoiteltua tietoa. Haastattelut toteutettiin kahdessa ryhmässä, joissa molemmissa käytettiin samaa teemahaastattelurunkoa.

Opinnäytetyön saturaatio tarkoittaa kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulosten toistettavuutta, eli tietoa kerätään niin kauan, kunnes vastaukset alkavat toistua eikä tutkittavasta ilmiöstä saada mitään uutta irti. Koska tutkimuksessa käytetään pientä osallistujaryhmää, niin tutkimus on tapauskohtainen eikä tutkimusta voida yleistää. Tutkijan on osattava arvioida, milloin aineistoa on kerätty riittävästi, koska aineiston koko vaikuttaa merkittävästi aineiston laatuun sekä tutkimuksen luonteeseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110.)

Tutkimuksessa saturaatio täyttyi, koska haastatteluita oli kaksi, jotka toteutettiin kahdelle eri ryhmälle. Haastatteluita voidaan verrata toisiinsa, koska haastatteluissa käytettiin samaa haastattelurunkoa (LIITE 2/2). Molemmissa haastatteluissa nousi yhteneväisiä aiheita, mutta myös uusia näkökulmia nousi, mitä ei toisessa haastattelussa nostettu esille.

Aineistolähtöinen induktiivinen analyysi etenee yksittäisestä yleiseen eli aineistosta luodaan teoreettiset käsitteet. Alkuun haastattelut tulee kirjoittaa tekstimuotoon eli litteroida, jotta niistä voidaan määritellä analyysiyksikkö, joka voi muodostua yksittäisestä lauseesta tai useista lauseita. (Kananen 2014, 99.) Induktiivinen aineiston analyysi jaetaan karkeasti kolmivaiheiseksi prosessiksi: aineiston pelkistämiseksi, aineiston ryhmittely sekä teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistämisessä tarkoituksena kerätä tutkimuskysymykseen vastaavat, merkitykselliset ilmaisut. Ilmaisut tiivistetään, jotta niistä saadaan esitettyä vain kysymykselle olennainen tieto. Aineiston ryhmittelyssä tarkastellaan tiivistettyjä alkuperäisilmaisuja ja käsitteitä. Käsitteitä ja ilmaisuja, jotka tarkoittavat samaa, voidaan luokitella luokkiin, jotka nimetään käsitteitä ja ilmaisuja parhaiten kuvaavalla yläkäsitteellä. Aineiston sisältö tiivistyy koko ajan analyysin edetessä. Ryhmittelyn tarkoituksena on tuottaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä. Käsitteellistäminen eli abstrahointi on kolmas vaihe, jossa poimitaan olennainen tieto, jonka avulla luodaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämistä jatketaan niin kauan, kun sitä mahdollista jatkaa aineiston kannalta. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on käsitteiden yhdistelyä, minkä avulla tutkimustehtävään saadaan vastaus. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127.)

Analysoin opinnäytetyön aineiston induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineisto kerättiin haastatteluna. Haastatteluiden jälkeen kuuntelin haastattelunauhoitteet, jotka kirjoitin tietokoneella tekstimuotoon. Aukikirjoitettua tekstiä syntyi yksitoista sivua. Haastatteluista poimin tutkimukselle oleelliset tiedot korostamalla niitä erilaisilla väreillä. Tämän jälkeen tiivistin alkuperäisilmaisuista lyhyitä pelkistettyjä ilmaisuja. Sen jälkeen jaoin pelkistetyt ilmaisut kahteen ryhmään, koska tutkimuksessa käytin kahta pääkysymystä, joiden alla oli tarkentavia kysymyksiä. Pelkistetyt ilmaisut jaettiin pääkysymyksiin mukaan, kumpaan kysymykseen niillä viitattiin. Samassa ryhmässä oleville ilmauksille mietin alaluokan, joka yhdistäisi ilmauksia selkeämmin. Molemmista alaluokasta muodostin päaluokan, joka viittaa ryhmää koskevaan tutkimuskysymykseen.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tässä luvussa käyn läpi saatuja tutkimustuloksia. Esitän tulokset tutkimuskysymyksittäin.

5.1 Kuntoutuksen toteuttaminen gastrokirurgiselle potilaalle teho-osastolla

Opinnäytetyön tulokset analysoin induktiivisella sisällönanalyysillä. Analyysissä syntyi viisi alkuperäisilmaisua, jotka pelkistettynä tiivistyivät neljään ryhmään. Alaluokka muodostui kahdesta ryhmästä ja lopuksi pääluokkaan saatiin vastaus kysytylle kysymykselle (LIITE 5).

Opinnäytetyöni tuloksissa käy ilmi, että haastateltavien asenne kuntouttavaan hoito-otteeseen vaikuttaa potilaiden halukkuuteen kuntoutua. Tehohoidossa potilaiden ympärillä on paljon hoitoon liittyvää koneistoa ja laitteita, jotka lamaannuttavat potilasta vuoteesta. Siksi potilaan saapuessa osastolle hoitajat kannustavat potilasta liikkumaan omatoimisesti vuoteessa, esimerkiksi raajoja liikuttamalla sekä asentoa vaihtamalla.

Sitten kun potilas on ollut leikkauksessa ja joutuu yhtäkkiä tänne teholle, on mukavasti piuhoja, minkä takia potilas ei uskalla liikkua. Meidän pitää huomioida se, että sanotaan hänelle, että saa liikkua siinä sängyssä mitä pystyy kivulta ja näin.

Hoitajilla on käytännön kokemusta sekä tietoa siitä, miten nopeasti lihasvoimat häviävät potilailta ja makuhaavat voivat syntyä, jos potilas ei itse liiku vuoteessa. Siksi esimerkiksi sedatoitu eli nukuksissa oleva potilas saa liikettä passiivisesti, koska hoitajat liikuttelevat potilasta ja saattavat laittaa jalat polkulaitteeseen, jotta potilas voisi pyöräillä vuoteessa ollessa.

Jos potilas tulee osastolle sedatoituna eli he ovat ihan nukuksissa, silloin me tehdään se liikehoito. Heitäkin kuntoutetaan.

Teho-osastolla gastrokirurgisen potilaan kuntoutus lähtee liikkeelle osaston lääkärin määräyksestä ja luvasta aloittaa kuntoutus. Potilaalle tehty operaatio ja mahdolliset komplikaatiot vaikuttavat potilaan kuntoutukseen. Potilaan tulotilanne arvioidaan ja mahdollisia leikkaushaavoja tuetaan erilaisilla tukivöillä, jotka voidaan asettaa potilaan vyötärölle. Lääkäri määrittää, millä tasolla kuntoutusta lähdetään toteuttamaan ja kuntoutuksen toteutumista seurataan.

Meidän osastolääkärimme tekee kuntoutusprotokollan mukaisen tasomäärityksen, milloin potilasta saadaan nostaa istumaan ja milloin liikehoitoa. Siinä pitää huomioida se lähtötilanne, missä kunnossa potilas ylipäätänsä on, sen pohjalta sitten edetään.

Kuntoutuksen toteuttamiselle ei ole esteitä, mutta potilaalle tehty leikkaus rajoittaa kuntoutuksen mahdollisuuksia.

Ei oikeastaan ole semmoista estettä, mikä estää kuntoutuksen. Voi rajoittaa, mutta mikään ei oikeastaan estä kokonaan. Aina voi jonkunlaista liikehoitoa, joko passiivista tai aktiivista, riippuen siitä tilanteesta.

Kuntoutus on yksi osa potilaan hoitotyötä, joten kuntoutuksen voi sisällyttää hoitotoimien yhteyteen antamalla potilaan tehdä päivittäisiä toimia itse, jolloin potilas joutuu käyttämään raajojaan sekä lihaksiaan. Kuntoutuksessa edetään potilaan voimavarojen mukaan. Hoitajat voivat yhdessä potilaan kanssa suunnitella kuntoutusta tekemällä pitkiin päivää potilaan voimavarojen mukaisesti.

Kyllä potilas voi sillä tavalla osallistua itsekin, että kysytään vähän millaiset voimat, jaksako nyt, onko nyt hyvä hetki ja jaksako pyöräillä tai jaksatko nousta sängyn laidalle istumaan, että sillä lailla otetaan siihen.

Potilaan siirtyessä teho-osastolta vuodeosastolle raportointi tapahtuu henkilökunnan kautta hoitajalta hoitajalle, sekä fysioterapeutit osastojen välillä antavat keskenään raportin potilaasta. Näin mahdollistetaan potilaan kuntoutumisen jatkuminen vuodeosastolla.

Raporttia antaessa kerromme, mitä potilas meillä on tehnyt, millä lailla meillä on kuntoutettu. Tavallaan annamme avaimet, mistä he tietävät jatkaa sitä.

5.2 Kehittämistarpeita gastrokirurgisen potilaan kuntoutuksessa teho-osastolla

Opinnäytetyön tulokset analysoin induktiivisella sisällönanalyysillä. Analyysissä syntyi kahdeksan alkuperäisilmaisua, jotka pelkistettynä tiivistyivät kuuteen ryhmään. Alaluokka muodostui kolmesta ryhmästä, ja lopuksi pääluokkaan saatiin vastaus kysytylle kysymykselle (LIITE 6).

Teho-osastolla kuntoutuksen tukena on yksinkertaiset laitteet/apuvälineet, joilla on selkeä käyttötap ja joita kaikki hoitajat osaavat hyödyntää hoitotyössä.

Voiko nyt sanoa, että ne eivät ole kauhean monimutkaisia laitteita ole, että ne saadaan toimimaan siinä sitten.

Minä luulen, että ne pyörät ja semmoiset, että niissä on aika selkeä käyttötapa. Suurin osa ymmärtää, kun muutaman kerran nähnyt käytännössä.

Tutkimuksessa ilmeni kuntoutuslaitteiden ja apuvälineiden toimivuudessa puutteita. Esimerkiksi gastrokirurgiselle potilaille tarkoitetut tukivyöt ovat ajan saatossa menettäneet tehonsa.

M-siteet. Niitä saisi olla enemmän ja semmoisia parempia, jotka tukisivat oikein hyvin sitä mahaa.

Sitähän toivoisi, että kuntoutusvälineistö olisi uusinta uutta ja toimivaa. Osa välineistö on saatu muilta osastoilta, jotka ovat siitä luopunut.

Myös laitteiden puuttuminen nousi tutkimuksessa esille. Jossain tilanteissa haastateltavat joutuvat lainata kuntoutus- tai apuvälineitä muilta osastoilta, ja aina haluttuja laitteita ei ole vapaana. Tästä syystä hoitajien tehokasta työaikaa menee välineiden etsimiseen.

Sitten asioiden tuominen mukaan käytäntöön vie kuitenkin aikaa, sama vaikka ollaan motivoituneita, niin ei ehkä hoksaa siinä työssä, että ai niin tällainenkin apuväline olisi käytettävissä.

No sitten on lainattu jostain, mutta että ei ole sitä omaa.

Potilaiden hoitoisuuden vuoksi, jos on enemmän apua sekä seurantaa tarvitsevia potilaita, on heidän ympärillään runsaasti välineitä ja laitteita, mikä myös rajoittaa kuntoutuslaitteiden käyttöä. Esimerkiksi hoitajat joutuvat suunnittelemaan potilaan siirtoa tilan rajallisuuden vuoksi: miten siirto tapahtuu, jos siinä käytetään apuvälineitä. Tilan rajallisuus on jokapäiväistä, joten hoitajille on tullut siitä luonnollinen asia.

Tila on rajallista, se on kyllä totta. Se on niin luonnollinen asia, että siihen ei sillä lailla kiinnitä huomiota.

Tilan puute, että se vaatii ehkä paremmin tilaa, koska meillä se on aika rajoitettua. Tilan rajallisuuden vuoksi varmaan jää jotain tekemättä.

Kuntoutusta rajoittavaksi tekijäksi nousi esille myös hoitajan määrän vähäisyys, erityisesti jos osasto on täynnä potilaita. Teho-osastolla tilanteet kuitenkin vaihtelevat suuresti, koska pääsääntöisesti potilaat tulevat teho-osastolle päivystyksestä, joten tilanteita ei ole pystytty ennalta suunnittelemaan.

Tilanteethan vaihtelevat niin paljon, että jos on neljä potilasta ja kaikkia pitäisi kuntouttaa, niin sitten meitä on armottomasti liian vähän. Mutta jos sattuu, että on vain yksi potilas, niin kyllä me sitten pärjätään ja kuntoutetaan ihan helposti.

Vaikka osastolla hoitajat ovat hyvin motivoituneita potilaiden kuntouttamiseen, niin silti osastolle kaivattaisiin lisää fysioterapiaa. Tällä hetkellä fysioterapeutti käy yhden tunnin osastolla joka arkipäivä, mikä on hoitajista ihan liian vähän. Hoitajat pyrkivät suunnittelemaan potilaan kuntoutuksen juuri siihen hetkeen, jolloin fysioterapeuttien pitäisi tulla. Fysioterapeuttien ohjausta ja avustusta tarvitaan erityisesti silloin, jos potilaalla on rajoitteita liikkumisen suhteen tai potilas on ensimmäistä kertaa nousemassa ylös.

Fysioterapeutti on tunti per vuorokausi varattuna, että se on niin kuin vähän, jos ajattelee, että meillä on neljä potilasta osastolla.

Koko osastolla menisi yksi fysioterapeutti ihan hyvin. Mutta kun ei ole resursseja siihen.

6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA

Tässä luvussa kerron opinnäytetyöni luotettavuudesta ja etiikasta teoriatietoa. Tuon myös esille, miten olen huomionnut esittämäni teoreettiset näkökulmat luotettavuudesta ja eettisyydestä tässä opinnäytetyöprosessissa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole kehitetty yksiselitteistä ohjetta, mistä syystä tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163). Tutkijoiden tueksi luotettavuuden systemaattiseen arviointiin on esitetty tueksi erilaisia suosituksia sekä tapoja kysymysten luotettavuuden tarkasteluun. Luotettavuus, vahvistettavuus, riippuvuus ja siirrettävyys ovat arvoja, joita yleisesti käytetään kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Luotettavuutta lisää tutkimuksessa selkeät kuvaukset tutkimuksen eri vaiheista, tuloksista sekä analysointiprosessista. (Kananen 2014, 151.) Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013) mukaan siirrettävyydellä tarkoitetaan mahdollisuutta hyödyntää toisen tutkijan tutkimusta omaan tutkimukseensa tai verrata saatuja tuloksia toiseen ympäristöön.

Opinnäytetyössä pyrin lisäämään luotettavuutta kuvailemalla selkeästi sekä ymmärrettävästi työn eri vaiheista, jotta lukija ymmärtäisi, miten opinnäytetyö on edennyt. Opinnäytetyön aineisto on suppea ja koskee vain hoitajien antamaa tietoa teemahaastattelumenetelmällä potilaille toteutuvasta kuntouttavasta työotteesta vain yhdellä tietyllä osastolla, joten tuloksia ei voi yleistää. Saadut tulokset voidaan nimenomaan hyödyntää Soiten teho-osaston henkilökunnan käyttöön.

Riippuvuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimusta toistettaessa päädytään samaan lopputulokseen kuin ensimmäisessä tutkimuksessa. Vahvistettavuus tarkoittaa, että aineiston teemoittelun ja koodaamisen tulkinnasta huolimatta muut tutkijat päätyisivät samaan johtopäätökseen kyseisen tutkijan kanssa. Kahden tutkijan sama lopputulos nostaa tutkimuksen luotettavuutta, jolloin puhutaan tulkinnan ristiriidattomuudesta. (Kananen 2014, 151-153.) Opinnäytetyössäni toin rehellisesti tulokset esille käyttäen aineistosta kerättyjä alkuperäisilmaisuja. Aineistoa kerätessä pyrin käytökselläni olla vaikuttamatta haastateltavien vastauksiin. En antanut omien ajatuksieni vaikuttaa aineiston keräykseen ja käsittelyyn millään tavalla.

Haastattelut toteutettiin sovitusti iltapäivällä. Ajankohta todettiin hyväksi, koska osastolla ei ollut muuta toimintaa sekä se oli hoitajille kaikista rauhallisin aika päivästä. Opinnäytetyössä osastonhoitaja valitsi

kriteereiden mukaisesti teemahaastatteluun osallistuvat henkilöt, joilla on vähintään vuoden työkokemus teho-osastolla sekä heillä on tietämystä ja kokemusta tutkimuksen aiheeseen liittyen. Koin, että osastonhoitajan valitsema kohderyhmä lisäsi luotettavuutta, koska haastateltavilla oli työkokemusta riittävästi sekä he pystyivät kertomaan kehittämismahdollisuuksia, mikä oli toinen tutkimuskysymykseni.

Tutkija tekee eettisen ratkaisun tutkimusaihetta valitessaan, koska tutkijan on mietittävä harkiten, mikä on aiheen merkitys yhteiskunnallisesti ja miten tutkimus tulee vaikuttamaan siihen osallistuviin. Tutkimusetiikan periaate on hyödyntää saatuja tuloksia tulevaisuudessa kehittämällä uusia tapoja sekä ideoita minimoida tarpeettomien haittojen ja epämukavuuksien syntyminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.)

Jotta tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä tulokset uskottavia, on tutkimuksessa syytä hyödyntää hyvän tieteellisen käytännön edellyttämiä tapoja. Tiedeyhteisön tunnistamia tapoja ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkaavaisuus tutkimustyössä, saatujen tulosten tallentaminen ja esittäminen sekä tutkimusten ja niiden tulosten arviointi. Tutkijat hyödyntävät muiden tutkijoiden tutkimustuloksia asianmukaisesti ja kunnioittavasti sekä antavat heidän ansioilleen kuuluvan ja merkityksen tutkimuksessaan. Tutkijalta edellytetään esittää toisen tutkijan tutkimustietoa asianmukaisesti viitaten toisen tutkijan teokseen, eikä tuoda esille sitä omana tutkimuksenaan. Tällöin tutkija sortuu plagiointiin eli julkistaa toisen tutkimuksen omana teoksenaan. (TENK 2012.)

Opinnäytetyössä olen viitannut rehellisesti lähdemateriaalin, kun olen kirjoittanut teorian tietoa lähteiden pohjalta. Teoriatiedon jälkeen olen kirjoittanut omaa tekstiäni edellä mainittuun teorian tietoon pohjautuen. Opinnäytetyössäni olen erotellut teoriatiedon ja itse kirjoittamani tekstin toisistaan.

Tutkimusaineistoa tulee säilyttää huolellisesti ja suunnitellusti. Lain mukaan henkilötietojen käsittely on sallittua tutkittavan suostumuksella. Tunnistetietoja kerätään ja säilytetään vain, jos ne ovat tarpeellisia tutkimukselle ja aineistoa voi käyttää, jos se on tutkimuksellisesti tarkoituksenmukaista. Tutkimukseen liittyvää aineistoa sekä tunnisteellista aineistoa tulee säilyttää paikassa, jossa sitä tutkimuksen ulkopuolella olevat eivät pääse käsittelemään. Aineistoa tulee säilyttää suunnitellusti lukollisessa paikassa. Tunnistetietoja ei saa säilyttää tai kerätä tarpeettomasti, vaan ne tulee hävittää, kun niitä ei tutkimuksellisesti enää tarvita. (TENK 2012.) Säilytin opinnäytetyöhöni liittyvää aineistoa tietokoneella salasanan takana, jotta kukaan ulkopuolinen ei ole päässyt aineistoon käsiksi koko prosessin aikana.

Tutkimusaineistoa myöhemmin käsiteltäessä on huomioitava valmiissa tutkimusraportissa haastateltavien anonymiteetti ja huolehdittava siitä, että heitä ei tunnisteta myöhemminkään, jos joku muu henkilö käyttää tutkimustietoa (Mäkinen 2006, 120). Ennen tutkimuksen aloittamista on haastateltavien kanssa käytävä läpi aineistonkeruutapa eli miten tutkimus suoritetaan. Samalla käydään läpi, onko aineistonkeruu kertaluonteinen, toteutetaanko haastattelu lomakkeella, keskustelulla ja nauhoittamalla tai videoidaanko haastattelu. Samalla haastateltavien kanssa selvitetään, että heidän osallistumisensa tutkimukseen on vapaaehtoista. Päätös osallistua tutkimukseen voi tehdä vasta, kun haastateltava on saanut tiedotteen tutkimuksen kulusta sekä toteutuksesta. (Kuula 2006, 106–107.) Tutkimuksen valmistuessa kaikki tutkimukseen liittyvä paperillinen aineisto silputaan tunnistamattomaksi sekä sähköinen aineisto poistetaan tietokoneelta suunnitellusti. Tutkimusetikkaan sisältyy, että haastateltavat pysyvät heidän halutessaan anonymineinä valmiissa tutkimuksessa (Mäkinen 2006, 114).

Opinnäytetyön aihe ei ole eettisesti raskas ja työn kohderyhmänä on hoitajat, minkä vuoksi ei ollut syytä kysyä eettisen lautakunnan hyväksyntää opinnäytetyön aiheelle. Opinnäytetyön aineiston keruun toteutin ryhmähaastatteluna kaksi kertaa haastateltavien anonymiteetti huomioiden. Haastattelut äänitin, jotta saatu aineisto tallentuu tutkimusta ajatellen uniikkina. Haastateltavien nimi, ikä, sukupuoli eivät tule esille aineistossa ja haastattelut toteutin niin, ettei haastateltavia voi tunnistaa missään vaiheessa raportointia. Haastateltaville lähetin tiedotteen tutkimuksesta etukäteen, jossa käsitellään haastattelun suoritustapa sekä tieto, että haastattelu on heille vapaaehtoinen (LIITE 2). Opinnäytetyön etiikkaa tuki se, että haastatteluun osallistuminen oli täysin vapaaehtoista koko prosessin ajan. Haastateltaville tuotiin esille ennen haastattelua, että haastateltavilla on mahdollisuus lopettaa haastattelu kesken missä tahansa vaiheessa. Opinnäytetyön valmistuessa kaikki työhön liittyvän aineiston tulen poistamaan tietokoneelta asianmukaisesti sekä paperit tulen silppuamaan, jotta niiden sisältämää aineistoa ei voida käsitellä.

7 POHDINTA

Tässä luvussa pohdin vielä tarkemmin opinnäytetyön prosessia kokonaisuutena sekä käyn läpi opinnäytetyön tuloksia. Lopussa esitän mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

7.1 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata henkilökunnan kokemuksia gastrokirurgisen potilaan kuntoutuksesta tehohoidossa Keski-Pohjanmaan keskussairaalan teho-osastolla. Opinnäytetyöni tavoitteena oli tuoda esille kehittämisideoita kuntoutukseen liittyen sekä millaisia osaamistarpeita henkilökunta kokee tarvitsevansa kyseisen potilasryhmän kuntoutuksessa. Aineistonkeruun toteutin teemahaastatteluna, joka toteutettiin kahdessa eri ryhmässä ryhmähaastatteluna. Molemmissa haastatteluissa sain haastateltavilta kokemuseräistä tietoa kuntoutuksen toteutumisesta tehopotilaille teho-osastolla. Opinnäytetyöni tuloksista nousi ilmi hoitohenkilökunnan kehittämisideoita, joita teho-osasto pystyy halutessaan sekä mahdollisuuksien mukaan ottaa toiminnoissaan ja kehityksessään huomioon, esimerkiksi hankkimalla uusia kuntoutusta tukevia apuvälineitä sekä saada yksi fysioterapeutti työskentelemään osastolle vakituisesti.

Vuoden 2018 alussa ensimmäisen kerran pohdin opinnäytetyöni aiheenvalintaa. Työtaustani vuoksi aiheeni liittyi kuntoutukseen sekä kiinnostukseni tehopotilaan hoitoon yhdistivät aiheen. Vuoden 2018 kesän aikana opinnäytetyö jäi sivummalle ja perehdyin sen tekemiseen uudestaan syyskuussa 2018. Tuolloin opinnäytetyön aihe rajattiin yhteistyössä työelämän yhteyshenkilön kanssa gastrokirurgisen tehohoitopotilaan kuntoutukseen, koska teho-osastolla oli tietoisuutta kyseisen potilasryhmän kuntoutuksesta hyvin. Ohjaavan opettajan kanssa kävimme suunnitelman tekoa läpi ja sain suunnitelman valmiiksi tammikuussa 2019, jolloin hain tutkimuslupaa. Tutkimuslupa myönnettiin helmikuussa (LIITE 3), jonka jälkeen työelämän yhteyshenkilön kanssa lähdettiin sovittelemaan sopivia haastattelupäiviä. Samaan aikaan allekirjoitettiin opinnäytetyösopimus (LIITE 4).

Teemahaastattelut toteutin maaliskuussa 2019. Teemahaastattelun tekeminen oli minulle uusi asia, mutta koen, että selviydyin siitä hyvin. Teemahaastattelurungon tekoon sain ohjaavalta opettajalta ohjausta kysymysten muodostamisessa. Itse haastattelutilanteet sujuivat hyvin, ja haastatteluiden jälkeen sain

hoitajilta hyvää palautetta haastatteluihin liittyvien kysymysten laajuudesta sekä kattavuudesta. Mielestäni sain haastatteluissa luotua rauhallisen ilmapiirin ja jokainen haastateltava sai tuoda omat näkökulmansa haastatteluissa esille. Haastattelut etenivät rauhallisella tahdilla ja päällekkäin puhumista ei juurikaan esiintynyt.

Haastatteluiden jälkeen kuuntelin ääninauhat kyseisistä haastatteluista heti haastatteluiden jälkeen, koska ne olivat vielä tuoreessa muistissa. Tämä helpotti poimimaan asioita, joita nauhoilla korostettiin tai toistettiin useampaan kertaan.

Mielestäni opinnäytetyö tavoitti tarkoituksen sekä tavoitteet, jotka sille asetin. Opinnäytetyötä varten kerätty aineisto koostui kohderyhmän kuvaamana, miten kuntoutus toteutetaan teho-osastolla. Aineisto sisältää kohderyhmän kehittämisideoita, joilla kuntouttamista pystyttäisiin tehostamaan, jos siihen annetaan mahdollisuus.

Kokonaisuutena opinnäytetyö oli raskas tehdä yksin, minkä vuoksi joissain tilanteissa olisin kaivannut työparia. Yksin opinnäytetyötä tehdessä sain edetä omaan tahtiin. Opinnäytetyö prosessina on ollut pitkä ja sen aikana on tullut monia elämämuutoksia, jotka ovat vaikuttaneet motivaatiooni sekä tekemiseen. Olen työstänyt opinnäytetyötä koulun sekä työn ohella. Vaikka prosessi on kokonaisuutena ollut pitkä ja raskas, olen silti pitänyt päämäärästä kiinni eli saada opinnäytetyö valmiiksi. Olen tyytyväinen opinnäytetyön prosessiin sekä tulokseen. Kehittämisen varaa olisi prosessissa ollut siinä mielessä, että olisin voinut olla motivoitunut tekemään opinnäytetyön lyhyemmässä ajassa.

Opinnäytetyön tekeminen oli itselle uutta, koska aikaisemmissa koulutuksissa tutkimuksia ei ole tarvinnut tehdä, minkä vuoksi tarvitsin tukea prosessin aikana. Lähetin opinnäytetyön säännöllisesti ohjaavalle opettajalle luettavaksi, mistä sain tukea tehdä muutoksia opinnäytetyön edetessä. Prosessin aikana opin paljon laadullisen tutkimusmenetelmän toteuttamisesta. Tiedonhaku oli minulle ajoittain haasteellista, koska yleistä tietoa kuntouttamisesta olisi löytynyt, mutta juuri tähän aiheeseen liittyvää tietoa oli vähän. Prosessin aikana käytin kirjastoa paljon ja hyödynsin kirjaston henkilökuntaa tiedon etsinnässä. Opinnäytetyön edetessä opin hyödyntämään monia tiedonhakukanavia.

Yhteistyö työelämän ohjaajan kanssa opetti sekä harjoitti työelämäyhteistyötä, kun tapasimme muutaman kerran kasvotusten ja pidimme yhteyttä sähköpostin kautta. Teemahaastatteluissa opin keräämään keskusteluista tärkeitä ja olennaisia tietoja opinnäytetyötä varten, mikä kasvatti minua tutkijana.

Prosessin aikana tiesin pääpiirteittäin, mitä kuntouttava työote tarkoittaa, mutta opinnäytetyöprosessin aikana sain syventyä aiheeseen teorian ja kokemusperäisen tiedon kautta. Opinnäytetyö herätti miettimään kuntouttavaa työotetta ja sen tärkeyttä potilaan kuntouttamisessa. Työskennellessäni hoitoalalla prosessin ohella kiinnitin huomion toimintaani hoitajana. Huomasin tietyissä tilanteissa antavani potilaalle mahdollisuuden kokeilla voimavarojansa itse sekä kiinnitin potilaiden kuntoutukseen aiempaa enemmän huomiota.

7.2 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että teho-osastolla ei ole käytössä erillistä kuntoutussuunnitelmaa potilaille, vaan osaston lääkäri kirjaa potilaan potilastietojärjestelmään määräykset, joiden mukaan potilasta hoidetaan osastolla. Taustalla olevan leikkauksen ja potilaan lähtötilanteen huomioiden lääkäri asettaa tarvittavat määräykset. Näihin määräyksiin sisältyy kuntoutusosio, jossa lääkäri ohjeistaa hoitajia kuntoutuksen laajuudesta, miten potilasta voidaan lähteä liikuttamaan. Vaikka potilas olisi sedatoitu eli nukuksissa, myös silloin kuntoutusta voidaan lääkärin määräyksen mukaisesti toteuttaa passiivisesti, eli hoitajat tekevät liikehoidon potilaan puolesta. Protokollan mukaisesti lääkäri tekee tasomäärityksen, milloin potilasta saadaan nostaa istumaan ja milloin saadaan toteuttaa liikehoitoa.

Kuntoutus aloitetaan siis heti lääkärin määräyksestä ja kun potilaan vointi sallii sen. Opinnäytetyössä nousee ilmi hoitajien myönteinen asenne kuntouttavan hoito-otteeseen, mikä vaikuttaa suoraan potilaiden motivaatioon liikkumisen suhteen. Äkillinen tilanteen muutos potilaalle on sellainen, että potilaat eivät uskalla lähteä liikkumaan vuoteesta, koska ympärillä on paljon piuhoja sekä ääntä pitäviä laitteita. Siksi hoitajien on syytä olla aktiivisia ohjaamaan potilasta liikuttelemaan raajoja vuoteesta sekä vaihtamaan omatoimisesti asentoa.

Potilas tarvitsee sekä suullista että manuaalista ohjausta. Manuaalista ohjausta potilaat tarvitsevat alkuun raajojen liikuttelussa, koska tehopotilailla yleisesti raajojen hahmotus on heikentynyt hetkellisesti. Myös ensimmäisen kerran vuoteesta noustessa potilas tarvitsee hoitajia ympärilleen ohjaamaan oikeanlaista ylösnousutekniikkaa, koska gastrokirurgisilla potilailla leikkauksen jälkeen ei suositella nousemaan suoraan ylös vatsalla olleiden leikkaushaavojen vuoksi. Tämän vuoksi potilasta ohjeistetaan nousemaan kylkiasennosta ylös istumaan. Suullista ohjeistusta potilas tarvitsee silloin, kun kannustetaan

kuntoutuksen tärkeydestä. Tällä pyritään ylläpitämään potilaan voimavaroja, jotta potilas kuntoutuu leikkauksen jälkeen siihen tilanteeseen, että hän voisi siirtyä vuodeosastolle hoitoon.

Hoitajien kesken raportointi tapahtuu pääsääntöisesti suullisesti hoitajalta hoitajalle. Päivittäisistä tapahtumista ja potilaan voinnista kirjataan potilastietojärjestelmään, mutta hoitajien ensitieto potilaan voinnista tulee suullisena raporttina. Myös potilaan siirtyessä teho-osastolta vuodeosastolle antavat hoitajat raportin suullisesti tärkeimmistä ja huomioitavista asioista. Lisäksi potilaasta on teho-osastojaksolta tehty loppuarviointi koko jakson ajalta ja potilaan tämän hetkisestä voinnista, mikä ohjeistaa vuodeosaston hoitajia arvioimaan potilaan hoitoisuutta sekä voimavaroja kuntoutuksen edistämässä. Teho-osasto ei suunnittele potilaalle jatkosuunnitelmaa vuodeosastolle, vaan loppuarviointi kuvaa potilaan sen hetkistä tilannetta ja siinä käydään läpi, mitä potilaan kanssa on tehty kuntoutuksessa, mikä auttaa vuodeosaston hoitajia jatkamaan potilaan kuntouttamista.

Hoitajilla on osastolla valittu omat vastuualueensa, joihin he perehtyvät kouluttautumaan ja tuomaan opittua tietoa muulle henkilökunnalle. Työntekijät kouluttautuvat osallistumalla kursseille sekä luennoille säännöllisesti, jotta työntekijöiden tietoisuus uudistuneesta tiedosta olisi nykyhetken kohdistuvaa. Gastrokirurgisen potilaan hoitoon liittyvillä luennoilla työntekijät ovat käyneet läpi potilaan hoitoon liittyviä asioita, joita on hyvä myös huomioida kuntoutuksessa, kuten haavojen tukeminen ylös noustessa ja ylösnousemista, joka tapahtuu kyljen kautta. Kuntoutukseen liittyvää koulutusta teho-osastolla käytetään kinestetiikkaa, jossa perehdytään ergonomiseen työskentelytapaan vähentämällä työntekijöiden fyysistä rasitusta potilaiden siirtelyssä sekä motivoidaan potilaita käyttämään omaa vartaloaan siirtymisien onnistumiseksi. Osa hoitajista on käynyt kinestetiikka kursseilla, joissa käydään läpi apuvälineiden hyödyntämistä sekä potilaiden oikeaoppista siirtotekniikkaa. Koulutettua tietoa hoitajat sitten ohjaavat toisille hoitajille ja tarvittaessa ohjaavia esitteitä on asetettu osastolle nähtäväksi, minkä avulla toiset hoitajat sisäistävät koulutettua tietoa paremmin. Kuntoutukseen liittyvää koulusta ja tiedon lisäämistä teho-osastolla on voitu myös käsitellä yhteisillä osastotunneilla, joissa henkilökunnan kanssa on asioista keskustelemalla käyty läpi.

Teho-osastolla henkilökunnan asenne kuntouttavaan hoito-otteeseen on suorassa vaikutuksessa potilaiden motivaatioon kuntoutua. Siksi osastolla työntekijät ovat sisäistäneet hyvin kuntoutuksen tärkeyden sekä potilaan mukaan ottamisen, koska kuntoutus etenee kuitenkin potilaan fyysisten ja psyykkisten voimavarojen mukaan. Teho-osastolla hoitajien keskuudessa on ymmärretty, että kuntoutus on yksi osa kokonaisvaltaista hoitoa, jota potilaalle toteutetaan. Henkilökunta yhdessä potilaan kanssa

voivat suunnitella päivän kuntoutuksen etenemisen tiettyihin ajankohtiin päivästä, jotta myös fysioterapeutti voi olla mukana tukemassa kuntoutusta.

Kehittämistä vaativia asioita tuloksissa nousi erityisesti fysioterapian ajallisesti minimaalinen käyttö, kuntoutuslaitteiden arveluttava toimivuus käytännössä sekä rajallinen tila kuntoutusta ajatellen. Tällä hetkellä teho-osastolla fysioterapeutti käy muualta osastolta yhden tunnin joka arkipäivä kuntouttamassa potilaita ja tukemassa hoitajia potilaiden kuntoutuksessa. Tämän henkilökunta koki aivan liian vähäiseksi, jos osastolla on vielä neljä potilasta, jota pitäisi kuntouttaa. Sen vuoksi hoitajat pyrkivät aktiivisesti kuntouttamaan potilaita pitkin päivää ja keskittämällä ohjausta vaativat siirtymiset fysioterapeutin saapumiseen. Fysioterapeutit viettäisivät teho-osastolla enemmän aikaa, jos se olisi mahdollista. Tuloksissa ilmeni, että teho-osastolle olisi ihanne tilanne, jos sinne saataisiin yksi fysioterapeutti, joka olisi vakituisesti teho-osastolla.

Kuntoutusta tukevissa laitteista ja apuvälineissä työntekijät kokivat puutteita, tästä on esimerkkinä tukivyöt, joiden pitäisi tukea suuria leikkaushaavoja ylös noustessa, mutta jotka ovat menettäneet kimmoisuuttaan käytön myötä. Myös suuressa käytössä oleva polkupyörälaitteessa on ilmennyt epätoimivuutta potilaan käyttäessä sitä huolloista huolimatta. Osa kuntoutusvälineistä on saatu muilta osastoilta, jotka ovat luopuneet kyseisistä välineistä. Kyseiset laitteet ovat vanhoja, joten niiden toimivuudesta ei hoitajilla ole täyttä varmuutta. Tämä aiheuttaa hoitohenkilökunnassa tuhrautumista ja jos laitteet eivät toimi toivotulla tavalla, se vaikuttaa myös potilaan motivaatioon käyttää laitteita kuntoutuksen tukemiseen. Siksi hoitohenkilö toivoisi laitteiden olevan uudempia, jotta niiden toimivuuteen voisi luottaa paremmin.

Teho-osastolla ei ole paljon kuntoutuslaitteita tilanpuutteen vuoksi, koska kuntoutuslaitteille ei ole säilytystilaa. Potilaan hoitoon liittyvää laitteistoa on ennestään paljon, mikä estää kuntoutuslaitteiden tuomisen jo valmiiksi ahtaaseen tilaan. Tämän vuoksi esimerkiksi nosturin käyttöä on mahdollisesti vähennetty, vaikka sille olisi ollut tarvetta. Osa kuntoutus- tai apuvälineistä on lähdetty lainaamaan muilta osastoilta, mikä on kuluttanut työntekijöiden hyödyllistä työaikaa. Yhdessä tilanpuute ja kuntoutusvälineiden hakeminen osaltaan rajoittavat kuntoutuksen toteutumista, koska tilanne kuluttaa työntekijöiden työresurssia suunnitella kuntoutuksen toteutuminen joko välineiden kanssa tai toteuttaa se toisella tavalla.

Tilanteesta riippuen henkilökuntaa on tarpeeksi teho-osastolla, jotta potilaita saadaan hyvin kuntoutettua. Teho-osastolla tilanteet kuitenkin muuttuvat nopeasti, joten aina hoitajia ei ole riittävästi

keskittymään potilaiden kuntoutukseen. Kaikkia potilaita osastolla kuntoutetaan, mutta hoitajien määrästä riippuu, miten potilaiden kuntoutukseen voidaan keskittyä. Tuloksissa nousi esille hoitajien määrän vähäisyys potilaiden hoidettavuuteen nähden, mutta teho-osastolle potilaat saapuvat päivystysluonteisesti, joten tilannetta ei ole pystytty ennalta arvioimaan, milloin hoitajia tarvittaisiin enemmän. Tässä tilanteessa yhdestä fysioterapeutista osastolla olisi apua, joka keskittyisi potilaiden kuntoutukseen, jolloin hoitajat voivat paremmin keskittyä muihin hoidollisiin tehtäviin.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheeksi ehdotan tehopotilaiden kokemuksia toteutuneesta kuntoutuksesta teho-osastolla ja sen selvittämistä, miten heitä on kuntoutuksesta huomioitu. Haastateltavat korostivat, että kuntoutus etenee potilaan voinnin sekä motivoinnin mukaan. Tämän vuoksi olisi mielenkiintoista tutkia teho-osastolla toteutuvaa kuntoutusta potilaiden näkökulmasta haastattelemalla heitä.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa esitän johtopäätöksen opinnäytetyöni tuloksiin pohjautuen.

Kuntoutusta lähdetään heti toteuttamaan lääkärin määräyksen mukaan teho-osastolla ja hoitajat ovat osastolla sisäistäneet kuntouttavan hoito-otteen. Kuntoutus etenee potilaan voimavarojen mukaisesti, mihin hoitajien kuntouttava hoito-otteen asenne vaikuttaa suoraan. Potilaan yleisvointi voi heikentyä osastojaksolla, jolloin kuntoutuksen toteutumista tulee muokata potilaalle sopivaksi tilannetta tarkkaillen.

Kehittämisasiheiksi nousi fysioterapian lisääminen sekä kuntoutus- ja apuvälineiden toimivuus käytännössä. Myös hoitajien vähäisyys koettiin kuntoutusta heikentävänä tekijänä. Teho-osastolla tilanteet voivat muuttua kuitenkin nopeasti, minkä vuoksi kiireellisyyttä ei ole voitu ennalta tiedostaa, mutta hoitajien lukumäärän nostamisella sekä fysioterapian lisäämisellä kuntoutuksen tehokkuus lisääntyisi. Uusien kuntoutuslaitteiden tuominen osastolle nostaa hoitajien motivaatiota käyttää toimivia laitteita kuntoutuksen tukena.

Opinnäytetyön tuloksia hoitohenkilökunta voi hyödyntää osastolla tuomalla esille nousseita kehitysideoita osaston yhteisissä kokouksissa. Kehittämismahdollisuudet tekisivät kuntoutuksesta monipuolisempaa sekä potilaan asettamat tavoitteet kuntoutumiselle olisi mahdollisesti paremmin toteuttavissa.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V & Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö. 6., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Adler, J. & Malone, D. 2012. Early Mobilization in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*. 23(1):5-13. Saatavissa: http://www.tkafa.gr/img/enimerosi_files/0420248001476626346100000.pdf. Viitattu 4/2018

Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. 2016. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim Oy.

Baker, C. & Mansfield, L. 2008. Physical rehabilitation following critical illness. *The Intensive Care Society* 9(2),166-196. Saatavissa: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/175114370800900215>. Viitattu 6/2018.

EPSHP. 2014. Potilasohje paksusuolileikkaukseen tulevalle. Potilasohje. Saatavissa: http://www.epsnp.fi/files/4070/Potilasohje_paksusuolileikkaukseen_tulevalle.pdf. Viitattu 2/2019.

Hantikainen, V. 2018. Kinestetikka. Toimintamalli voimavarojen ylläpitämiseen liikkeen avulla. Jyväskylä: PS-kustannus.

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

HUS. 2018. Vatsaelinkirurgia (gastroenterologinen kirurgia). Saatavissa: <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/vatsaelinkirurgia/Sivut/default.aspx>. Viitattu 3/2019.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy.

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

Karlsson, S., Ala-Kokko, T., Pettilä, V., Tallgren, M. & Valtonen, M. 2017. Tehohoito-opas. 5., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö, säilytys. Helsinki: Vastapaino Oy.

Kähkönen, A. 2010. Pitkäaikaishoidossa olevien potilaiden kuntoutumista edistävä hoitotyö jatkokuntoutusosastolla. Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro-gradu-tutkielma.

Leppäniemi, A. & Salminen, P. 2019. Päivystyskirurgian opas. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy.

Lääkäriliitto. 2018. Tehohoito. Saatavissa: <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/hoidon-erityiskysymyksiä/tehoahoito/>. Viitattu 2/2019.

Mustajoki, P. 2018. Äkillinen vatsakipu (akuutti vatsa). Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00067.

Viitattu 4/2019.

Mustajoki, P. & Kaukua, J. 2008. Vatsaontelon tähytys (laparoscopia). Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tah00006. Viitattu 4/2019.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi Oy.

Nydahl, P., Ruhl, A., Bartoszek, G., Dubss, R., Filipovic, S., Flohr, H., Kaltwasser, A., Mende, H., Rothaug, O., Schuchhardt, D., Schwabbauer, N. & Needham, D. 2014. Early Mobilization of Mechanically Ventilated Patients: A 1-Day Point-Prevalence Study in Germany. 5/2014. Vol 42.

Clinical Investigations. Saatavissa:

http://www.tkafa.gr/img/enimerosi_files/0046089001421361939100000.pdf Viitattu 8/2018.

Resnick, B., Boltz, M., Galik, E. & Pretzer-Aboff, I. 2012. Restorative Care Nursing for Older Adults, Springer Publishing Company. Saatavissa: <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.centria.fi/lib/cop-ebooks/detail.action?docID=877102&query=Restorative+Care+Nursing++for+Older+Adults%2C+Springer+Publishing+Company>. Viitattu 9/2018.

Reunanen, M. 2018. Toimijuus kuntoutumisen tavoitteena. Kuntoutus 1/2018. 41.vuosikerta. Kuntoutussäätiö ja Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys Kutke ry.

Ritmala-Castrén, M., Lönn, M., Lundgrén-Laine, H. Meriläinen, M. & Peltomaa, M. 2017. Teho- ja valvontahoitotyön opas. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy.

Soite. 2018. Tehohoito. Saatavissa: <http://www.soite.fi/sivu/tehoahoito>. Viitattu 11/2018

STM. 2018. Kuntoutus. Saatavissa: <http://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>. Viitattu 11/2018

Suomen Tehoahoitoyhdistys. 2017. Suomen tehoahoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. Saatavissa: https://sthy.fi/wp-content/uploads/2017/07/STHY_eettiset_ohjeet.pdf. Viitattu 4/2018.

Takala, E-P. & Lehtelä, J. 2015. Fysiatria. 5., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy.

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 5/2018.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Vilhunen, M-L. 2016. Hoitajan arkipäivä. Tuusula: Reuna Kustantamo ja kirjakauppa.

KESKI-POHJANMAAN SOSIAALI- JA
TERVEYSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Tutkimuslupapäätös
Johtajaylihoitaja

13.2.2019

9 §

ASIA

Tutkimuslupa, Tiia Tuikka, Gastrokirurgisen tehohoitopotilaan
kuntoutus teho-osastolla Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa

PÄÄTÖS

Hyväksyn anotun tutkimusluvan.

Valmis opinnäytetyö on toimitettava Soiten yhdyshenkilölle ja
sovittava tulosten esittelystä yksikön henkilökunnalle.

PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ


Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä
Johtajaylihoitaja



Hyvä teho-osastolla työskentelevä hoitotyön ammattilainen.

Olen sairaanhoitajaopiskelija Tiia Tuikka Centrian-ammattikorkeakoulusta Kokkolasta. Opinnäytetyö keskittyy kuntoutuksen toteutumiseen gastrokirurgisilla potilailla teho-osastolla.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata henkilökunnan kokemuksia gastrokirurgisen potilaan kuntoutuksesta tehohoidossa Keski-Pohjanmaan keskussairaalan teho-osastolla.

Tavoitteena on tuoda esille kehittämisideoita kuntoutukseen liittyen sekä millaisia osaamistarpeita henkilöstö kokee tarvitsevänsä kyseisen potilasryhmän kuntoutuksessa.

Aineisto kerätään haastattelemalla kohderyhmän henkilöitä ryhmähaastatteluna osaston tiloissa. Haastatteluun on kutsuttu teho-osastonhoitajan toimesta henkilöt, joilla on tietämystä tehopotilaan kuntouttamisesta. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja tapahtuu nimettömästi. Haastateltavalla on mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta missä vaiheessa tutkimusta tahansa, jolloin häneltä kerättyä materiaalia ei tulla käyttämään tutkimuksessa.

Haastatteluun varataan 45 minuuttia aikaa. Haastattelu on teemahaastattelu, joka etenee ennalta suunnitellun rungon mukaisesti. Pääkysymyksiä on kaksi, mutta haastattelussa esitetään teeman liittyen tarkentavia kysymyksiä.

Ryhmähaastattelutilanne tullaan nauhoittamaan, joten nauhoituksen aikana ei keskustella nimillä yksityissuojan vuoksi. Haastatteluaineisto kirjoitetaan puhtaaksi ja haastattelukertomuksesta poimitaan opinnäytetyölle olennaista tietoa. Opinnäytetyötä varten kerätty aineisto kerätään ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten ja aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Haastattelijana minua koskee vaitiolovelvollisuus.

Opinnäytetyö valmistuu keväällä 2019. Valmis opinnäytetyö on luettavissa www.theseus.fi – julkaisuarkistossa.

Haastatteluun liittyviä kysymyksiä voi esittää sivun lopussa esitettyyn sähköpostiosoitteeseen.

Kiitos osallistumisesta.

Ystävällisin terveisin: opiskelija Tiia Tuikka, tiia.tuikka@centria.fi



TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. Miten kuntoutus toteutetaan teho-osastolla gastrokirurgisille potilaille?

- Mitä asioita pitää huomioida kuntoutuksen aloittamisvaiheessa?
- Tehdäänkö potilaille suunniteltu kuntoutussuunnitelma ja kuka sen tekee?
 - Voiko potilas itse osallistua kuntoutukseen ja sen suunnitteluun?
 - Millaista ohjausta potilas tarvitsee kuntoutuksessa?
- Miten kuntoutus toteutuu moniammatillisessa tiimissä?
- Miten kuntoutus suunnitellaan jatkuvan, kun potilas siirtyy tehohoidosta?
- Mitkä asiat estävät kuntoutuksen aloituksen?

2. Miten gastrokirurgisten potilaiden kuntoutusta tulisi kehittää teho-osastolla?

- Millaista koulutusta henkilökunta tarvitsee potilaan kuntouttamiseen?
- Millaista teoretietoa tarvitaan potilaan kuntoutukseen?
- Millaiset resurssit tehohoidossa on kuntoutusta varten?
 - Millaisia kuntoutuslaitteita/apuvälineitä teho-osastolla on käytössä kuntoutuksen tukemiseen?
 - Miten henkilökuntaa koulutetaan apuvälineiden käyttöön kuntoutuksen tukemiseen?
- Mitkä asiat toteutuvat hyvin kuntoutusta ajatellen?
- Mitä asioita gastrokirurgisten potilaiden kuntoutuksessa vaatisivat kehittämistä?

KESKI-POHJANMAAN SOSIAALI- JA
TERVEYSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Tutkimuslupapäätös
Johtajaylihoitaja

13.2.2019

9 §

ASIA

Tutkimuslupa, Tiia Tuikka, Gastrokirurgisen tehohoitopotilaan
kuntoutus teho-osastolla Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa

PÄÄTÖS

Hyväksyn anotun tutkimusluvan.

Valmis opinnäytetyö on toimitettava Solten yhdyshenkilölle ja
sovittava tulosten esittelystä yksikön henkilökunnalle.

PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ


Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä
Johtajaylihoitaja

OPINNÄYTETYÖSOPIMUS
Opinnäytetyön alustava aikataulu (pvm:t kuukauden tarkkuudella)

Aloituspalaveri (ohjaaja, työn tekijä, työelämäohjaaja) [1/2019]
 Toteutussuunnitelman esittäminen [1/2019]
 Väli raportointi [3/2019]
 Ohjaajan tarkastus ja/tai loppupalaveri [4/2019]
 Opinnäytetyön hyväksyttäväksi jättäminen [4/2019]
 Opinnäytetyön seminaariesitys [4/2019]
 Kypsyyskoe [4/2019]

Toimeksiantajan yhteystiedot (yritys, yhteyshenkilön nimi, osoite, puhelin, sähköposti)

Teho- ja dialyysiyksikkö, Soite. Mariankatu 16-20, 67200 Kokkola
 puh: 040 6534090
 sähköposti: etunimi.sukunimi@soite.fi

Tämä sopimus on laadittu kolmena kappaleena. Sopimuskappaleet toimitetaan opinnäytetyön tekijälle, toimeksiantajalle sekä työn ohjaajalle. Centria-ammattikorkeakoulun opiskelija sitoutuu tekemään toimeksiantajan toimeksiannosta edellä mainitusta aiheesta opinnäytetyön 6/2019 mennessä.

Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön työssä tarvittavaa tietoa sekä arvioimaan opinnäytetyön valmistuttua sen hyödynnettävyyttä toiminnassaan.

Toimeksiantaja maksaa materiaali-, postitus-, maka- ym. mahdolliset kulut laskun mukaan. Toimeksiantaja voi maksaa opinnäytetyön tekijälle palkan.

Tämän sopimuksen osapuolet ovat velvolliset pitämään salassa kaiken, mitä he toimeksiannon yhteydessä ovat saaneet tietoonsa asioista, joita voidaan pitää toisen sopijapuolen liiketalousasiaina. Opinnäytetyö käydään läpi ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa ja se on julkinen asiakirja. Toimeksiantajan tulee erikseen pyytää työn salausta.

Ammattikorkeakoulu ei vastaa opinnäytetyön tekijän mahdollisesti aiheuttamasta haitasta tai vahingosta.

Päiväys
 23.1.2019

Työelämäohjaajan allekirjoitus
Eira Hannu
Opiskelijan allekirjoitus
Tie Tuoma


Kuntoutuksen toteuttaminen gastrokirurgiselle potilaalle teho-osastolla

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
“Kirurgi tekee yhteistyötä osaston lääkärin kanssa”	Lääkäri määrittää kuntoutuksen tason protokollan mukaan.	Lääkärin määräyksestä aloitetaan kuntoutus yhteisymmärryksessä potilaan voinnin mukaan.	Varhain aloitettu kuntoutus sekä henkilökunnan asenne kuntouttavaan hoitotyöhön vaikuttavat potilaan motivointiin.
“Kuntoutus aloitetaan potilaan saapuessa osastolle”	Kuntoutus edistyy potilaan voinnin ja voimavarojen mukaan.		
“Potilaat tarvitsevat ohjaavaa kuntoutusta ylös noustessa ja ohjausta uskaltaa liikkua. Jos potilaat ovat nukuksissa, silloin me tehdään se liikehoito.”	Potilaan motivointi kuntoutuksen tärkeydestä. Passiivinen/aktiivinen liikuttaminen	Kuntouttaminen kehittyä potilaan voimavarojen lisääntyessä työntekijöiden toteuttaessa kuntouttavaa työtettä	
“Potilas otetaan mukaan kuntoutukseen kysymällä voimavaroista”			
“Kaikki meillä on motivoituneita kuntouttavaan hoito-otteeseen. Aktiiviset hoitajat”	Hoitajan asenne kuntouttavaan hoito-otteeseen.		

Kehittämistarpeita gastrokirurgisen potilaan kuntoutuksessa teho-osastolla

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääluokka
“Meillä on omia vastuualueita. Joku perehtyy siihen, joka sitten edelleen opettaa muille”.	Tiedon siirto sekä ohjaus hoitajien kesken tapahtuu pääsääntöisesti suullisesti	Uuden tiedon opettaminen muille työntekijöille lisää henkilökunnan motivaatiota työskennellä vähemmän kuormittavasti potilaiden kanssa.	Työntekijöiden asenne sekä osaston resurssit vaikuttavat kuntoutuksen toteutumiseen.
“Kinestetiikka koulutus”			
“Paljon työntekijän asenteesta kiinni, miten potilas kuntoutuu”	Työntekijän asenne kuntouttavaa työotteeseen.		
“Välineiden tuominen käytäntöön vie aikaa.”	Kuntoutusta tukevat välineet olisivat toimivia ja helposti saatavilla	Kuntoutuslaitteiden luotettavuus, henkilökunnan vähäisyys sekä tilan rajallinen käyttö vaikuttavat negatiivisesti kuntoutuksen toteuttamiseen	
“Kuntoutusvälineistö olisi uusinta uutta ja toimivaa”			
“Hoitohenkilökunnan vähäisyys olisi yksi kehitettävä asia”	Henkilökunnan vähäisyys		
“Tila on rajallista”	Tilan rajallinen käyttö		
“Fysioterapeutti on osastolla 1h päivässä, mikä on vähän”	Fysioterapian vähäisen ajan hyödyntäminen	Suunnitelmallinen kuntoutus	