



**EETTISET ONGELMAT NEUROKIRURGISEN
POTILAAN HOITOTYÖSSÄ**

Laura Tuomela

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LAURA TUOMELA:

Eettiset ongelmat neurokirurgisen potilaan hoitotyössä

Opinnäytetyö 70 sivua, josta liitteitä 16 sivua
Maaliskuu 2013

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia eettisiä ongelmia hoitajat kohtasivat neurokirurgisen potilaan hoitotyössä ja minkälaiset syyt johtivat tällaisiin tilanteisiin. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, kuinka sairaanhoitaja toimi eettisesti ongelmallisissa tilanteissa ja minkälaiset tekijät vaikuttivat eettiseen ongelmanratkaisuun. Saatua tietoa voidaan soveltaa käytännön hoitotyössä eettisiä ongelmia pohdittaessa.

Opinnäytetyön teoreettisena lähtökohtana oli neurokirurginen potilas, neurokirurgisen potilaan hoitotyö, eettisyys hoitotyössä sekä eettiset ongelmat neurokirurgisen potilaan hoitotyössä. Neurokirurginen potilas voi olla esimerkiksi aivovammapotilas, aivoverisuonisairautta sairastava potilas tai aivokasvainpotilas. Itsemääräämisoikeus ja sen rajoittaminen, sairaanhoitajan eettisen toiminnan perusta ja eettinen ongelma koottiin eettisen hoitotyön teoreettiseen lähtökohtaan. Eettiset ongelmat neurokirurgisen potilaan hoitotyössä rakennettiin neurokirurgisen sairauden aiheuttamien oireiden ja ongelmien, sekä eettiseen hoitotyöhön kuuluvien periaatteiden pohjalta.

Opinnäytetyön menetelmä oli kvalitatiivinen ja aineisto kerättiin haastattelemalla neljää sairaanhoitajaa, joilla oli kokemusta neurokirurgisen potilaan hoitotyöstä. Haastattelu toteutettiin tutkimustehtävistä nostettujen teemojen mukaisesti. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.

Tuloksista kävi ilmi, että neurokirurgisesta sairaudesta johtuen potilaan oma päätöksentekokyky ja itsemääräämisoikeus olivat heikentyneet. Potilas ei ymmärtänyt annettuja ohjeita ja tietoa ja hän ei itse pystynyt tarkoituksenmukaisesti ilmaisemaan itseään. Osalla neurokirurgisista potilailla esiintyi sekavuutta ja aggressiivisuutta ja sen vuoksi hänet jouduttiin hänen oman turvallisuutensa vuoksi sitomaan lepovöillä kiinni sänkyynsä. Kun potilas ei itse pystynyt ilmaisemaan itseään, hoitajat sekä omaiset päättivät asioista potilaan puolesta. Kykenemättömyys ilmaista itseään aiheutti potilaassa usein turhautuneisuutta. Häätäntyneisyys ja ahdistuneisuus ja pelko olivat tunteita joita potilas saattoi kokea tilanteessa, jossa hänet jouduttiin sitomaan lepovöin. Vaativa hoitotyö kuormitti myös hoitajia. Hoitotyö vaati ajoittain hoitajalta henkisesti paljon, ja hoitaja saattoi väsyä. Potilaan itsemääräämisoikeutta tuettiin rauhallisella läsnäololla ja pyrkimyksellä saada tietoa potilaan omasta tahdosta apuvälineiden avulla. Työyhteisön tuki haasteellisissa tilanteissa koettiin tärkeäksi. Asioista pystyi keskustelemaan työyhteisössä useimmiten avoimesti, mutta toisaalta työyhteisössä olleet ristiriidat koettiin hoidon laatua laskeviksi tekijöiksi.

Kehittämisehdotuksina olisi yhtenäistää sitomiskäytäntöjä ja lisätä hoitajaresursseja niin että korkealaatuinen eettinen hoitotyö olisi mahdollisempaa.

Asiasanat: hoitotyö, etiikka

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

LAURA TUOMELA:
Ethical Issues in Nursing of Neurosurgical Patients

Bachelor's thesis 70 pages, appendices 16 pages
March 2013

The purpose of this study was to find out what kind of ethical issues nurses met in neurosurgical patients' nursing and what kind of reasons led into that kind of situations. In addition the purpose was to find out how nurses will act in situations which were problematic in perspective of ethics and what kind of things affected ethical problem-solving. Information of this study can be applied in practical nursing when considering ethical issues.

The method of this study was qualitative and material was collected by themed interviews of four nurses which had experience in nursing neurosurgical patients. The material was analyzed by means of content analysis.

Due to the neurosurgical disease, patients' own decision-making and self-determination were attenuated. Patients didn't understand instructions which were given and weren't able to express themselves appropriately. Neurosurgical patients were sometimes incoherent and acted aggressively, and because of that nurses had to tie them up to insure the patients' security.

Patients' self-determination was advanced by calm presence and by aiming to find out about patients' own will by using different aids. The work community had a positive effect in solving and considering ethical issues.

Key words: ethics, ethical issues, nursing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA.....	8
	3.1. Neurokirurginen potilas	8
	3.1.1 Aivovammat.....	9
	3.1.2 Aivoverisuonisairaudet	13
	3.1.3 Aivokasvaimet.....	15
	3.2. Neurokirurgisen potilaan hoitotyö	16
	3.2.1 Vitaalielintoiminnot	17
	3.2.2 Aivopaineen nousu sekä aivo-selkäydinnestekierto- häiriö	18
	3.2.1 Kognitiivisten puutosoireiden tarkkailu.....	19
	3.2.1 Kommunikointi heikentyneiden kognitiivisten toimintojen sekä madaltuneen tajunnantason aikana	20
	3.2.1 Kivunhoito ja liikkuminen	21
	3.2.2 Potilaan ja omaisten psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen	22
	3.3. Eettisyys hoitotyössä.....	23
	3.3.1 Itsemääräämisoikeus	24
	3.3.2 Eettisen toiminnan perusta	26
	3.3.3 Eettinen ongelma.....	26
	3.3.4 Sairaanhoidaja eettisenä toimijana.....	28
	3.4. Eettiset ongelmat neurokirurgisen potilaan hoitotyössä	29
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	32
	4.1. Laadullinen tutkimus	32
	4.2. Aineiston keruu.....	33
	4.3. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	35
5	TULOKSET	36
	5.1. Eettiset ongelmat neurokirurgisen potilaan hoitotyössä	36
	5.1.1 Itsemääräämisoikeuden ja päätöksentekokyvyn heikentyminen sairaudesta johtuvien oireiden vuoksi.....	36
	5.1.2 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen turvallisuuden vuoksi	37
	5.1.3 Hoitoa ei voida toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa	38
	5.1.4 Potilaan psyykkisen hyvinvoinnin kärsiminen	39
	5.1.5 Hoitotyön laadun kärsiminen potilaasta riippumattomista tekijöistä.....	39
	5.2. Ratkaisut eettisesti ongelmallisissa tilanteissa.....	41
	5.2.1 Potilaan itsemääräämisoikeuden tukeminen	41
	5.2.2 Työyhteisön tuki eettisesti laadukkaan hoitotyön toteuttamisessa.....	42

6	POHDINTA.....	44
	6.1. Tulosten tarkastelua	44
	6.2. Luotettavuus.....	47
	6.3. Eettisyys.....	49
	6.4. Kehittämissuhteet ja jatkotutkimushaasteet.....	50
	LÄHTEET.....	51
	LIITTEET	55
	Liite 1. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet.....	55
	Liite 2 Glasgow'n kooma-asteikko	57
	Liite 3 Saatekirje ja suostumuslomake haastateltaville	58
	Liite 4 Haastattelun teemat	60
	Liite 5 Analyysin tulokset hoitajien kokemista eettisistä ongelmista	61
	Liite 6 Analyysin tulokset eettisten ongelmien ratkaisuun liittyvistä tekijöistä.....	64
	Liite 7 Keskeiset tutkimukset	66

1 JOHDANTO

”Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan”. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/ 785.) Lainsäädäntö määrittelee välttämättömimmän kuinka hoitotyössä on oikein toimia, mutta eettisesti korkealaatuinen hoitotyö vaatii hoitajalta paljon enemmän. Hoitotyössä kohdetaan ihminen, joka on siirtynyt omasta tutusta arjestaan vieraaseen ympäristöön ja on riippuvainen sairautensa vuoksi hoitohenkilökunnasta. Sairaana ihmisen kohtaaminen yksilöllisesti ja ihmisarvoa kunnioittavasti vaatii hoitajalta eettistä osaamista.

Käsite hoitotyön etiikka pitää sisällään laajan kokonaisuuden, johon kuuluu pohdintoja siitä, mikä on oikein tai väärin käytännön hoitotyössä. Hoitotyön etiikka pohjautuu arvoihin, joihin käytännön toiminta tähtää. (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001.) Jokaisella ammattikunnalla on omat eettiset ohjeistuksensa, joiden tarkoituksena on taata toiminnan eettisyys. Ohjeet ovat suunnannäyttäjiä, mutta silti elämässä tulee vastaan tilanteita joita on vaikeaa, tai jopa mahdotonta ratkaista. Silloin puhutaan eettisestä ongelmasta. (Leinokilpi ym. 2012, 51.)

Eettisessä ongelmassa kaksi arvoa on keskenään ristiriidassa. Eettinen ongelmatilanne voi olla myös sellainen, jossa joudutaan valitsemaan kahden huonon vaihtoehdon välillä. (Kuokkainen 2012, 67-68.) Neurokirurgisella potilaalla sairaus on aivoissa. Sairaus vaikuttaa ihmisen aivojen toimintaan heikentäen esimerkiksi itsensä ilmaisua tai asettamalla rajoituksia fyysiselle toimintakyvylle. Sairaus heikentää sellaisia toimintoja, joilla ihminen tavallisesti ilmaisee itseään ja tekee elämäänsä liittyviä päätöksiä. Työskennellessään neurokirurgisen potilaan kanssa hoitaja kohtaa ihmisen, jolla on monenlaisia kognitiivisia ja neurologisia oireita ja ongelmia. Tämä asettaa haasteita hoitajan eettiselle osaamiselle.

Valitsin aiheen eettiset ongelmat neurokirurgisen potilaan hoitotyössä, koska etiikka on oleellinen osa sairaanhoitajan ammattia että halusin perehtyä siihen perusteellisesti. Aihe kiinnitti huomioni erilaisuudellaan ja haasteellisuudellaan, ja koko opinnäytetyöprosessin ajan motivaationi ja mielenkiintoni tietää lisää on pysynyt korkealla.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, minkälaisia eettisiä ongelmia hoitajat kohtaavat neurokirurgisen potilaan hoitotyössä ja minkälaiset syyt johtavat tällaisiin tilanteisiin. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, kuinka sairaanhoitaja toimii eettisesti ongelmallisissa tilanteissa ja minkälaiset tekijät vaikuttavat eettiseen ongelmanratkaisuun.

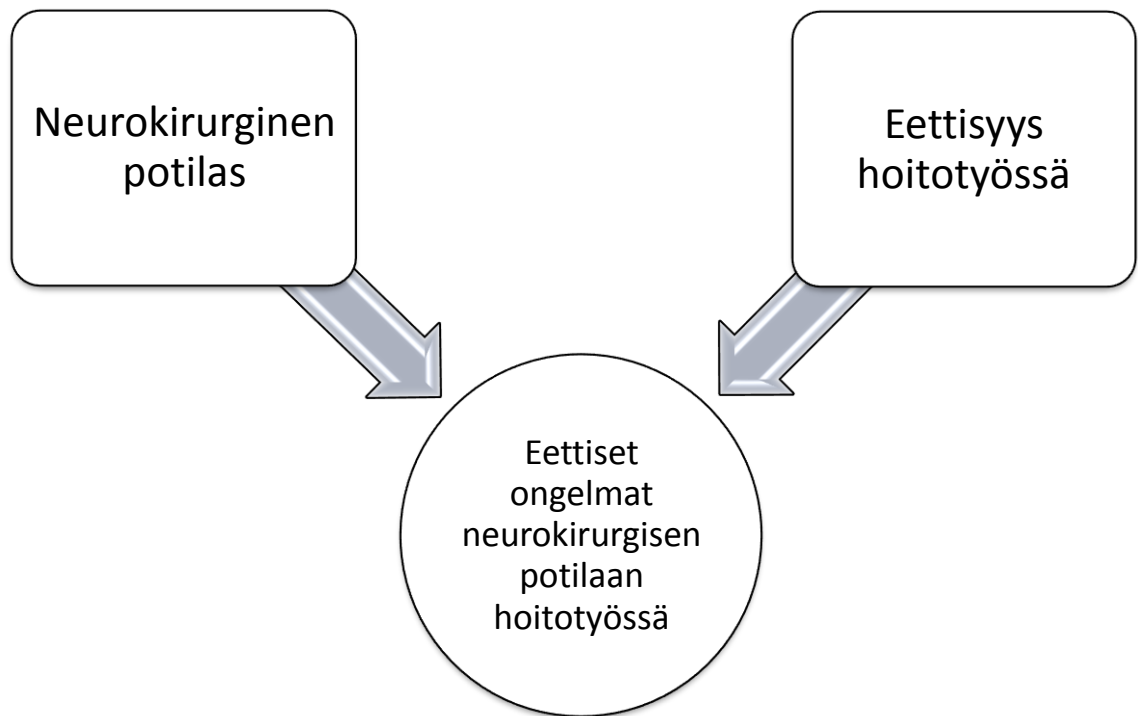
Opinnäytetyön tehtävinä on selvittää:

1. Minkälaisia eettisiä ongelmia hoitajat kohtaavat työskennellessään neurokirurgisen potilaan kanssa?
2. Miten eettisissä ongelmatilanteissa toimitaan ja kuinka niitä ratkaistaan?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa eettisten ongelmien luonteesta koskien neurokirurgisen potilaan hoitoa. Tällöin esiintuomaani tietoa voitaisiin soveltaa käytännön hoitotyössä, jolloin ymmärryksen kautta potilaiden saaman hoidon laatu paranee, ja heidän lakiin perustuva oikeutensa hyvään hoitoon toteutuisi entistä paremmin.

3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

Tämän opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat neurokirurginen potilas, eettisyys hoitotyössä ja eettiset ongelmat neurokirurgisen potilaan hoitotyössä. Olen lisäksi käsitellyt tärkeimpiä neurokirurgisen potilaan hoitotyöhön liittyviä asioita, koska etiikka ja eettiset ongelmat ovat sidoksissa käytännön hoitotyöhön oleellisesti.



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

3.1. Neurokirurginen potilas

Neurokirurgia on tieteenala, joka käsittelee keskushermoston alueella todettavia kirurgisesti hoidettavia sairauksia. Neurokirurgisen toimenpiteen kohteena ovat aivot, selkäydin sekä selkäytimestä lähtevät hermot. (Salmenperä ym. 2002, 219; HYKS Neurokirurgian klinikan sähköinen opetusmateriaali 2008.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään aivojen alueella esiintyviin kirurgisesti hoidettaviin sairauksiin, jotka alentavat potilaan

kognitiivisia kykyjä, ja täten vaikuttavat muun muassa päätöksentekokykyyn ja itsemääräämisoikeuden sekä tiedonsaantioikeuden toteutumiseen.

3.1.1 Aivovammat

Aivovamma syntyy päähän kohdistuvan ulkoisen tapaturman seurauksena (Tenovuo 2009). Liikenneonnettomuudet ovat aivovammojen yleisin aiheuttaja, kaksi kolmasosaa johtuu niistä. Muita aiheuttajia ovat putoamiset, kaatumiset, pahoinpitelyt ja työtapa-
turmat. Aivovammat ovat suurin yksittäinen kuolinsyy alle 45-vuotiailla, 10000-15000 ihmistä saa vuosittain jonkinasteisen aivovamman, ja 6000 heistä joutuu sairaalahoitoon. Noin tuhat ihmistä menehtyy aivovammaan vuosittain ja noin 4000 ihmiselle jää vammasta jokin pysyvä haitta. (Salmenperä ym. 2002, 233.)

Aivovammojen luokittelu voi perustua vammamekanismiin, kudonvaurion luonteeseen ja vaikeusasteeseen. Vammamekanismin ja kudonvaurion luonteen mukaan aivovammoja on seuraavanlaisia: primaarivammat, sekundaarivammat, avoimet vammat, sulkeiset vammat, suorat ja epäsuorat vammat, paikalliset vammat ja diffuusit vammat. (Käypähoitosuositus 2008, aivovammat.)

Vaikeusasteen mukaan luokiteltaessa luokitteluperusteita on monia, mutta mikään niistä ei ole täysin luotettava, koska aivovamman vaikeusaste on epätarkkarajainen jatkumo. Glasgow Coma Scale (GCS) –asteikko (taulukko 1) ja PTA (taulukko 1) eli post-traumaattinen amnesia (vamman jälkeisen muistiaukon pituus) ovat yleisimpiä käytettyjä arviointimenetelmiä aivovamman vaikeusasteen arvioinnissa. Potilaan vamman vaikeusaste tulisi määritellä sekä GCS-asteikon että PTA:n mukaan (Käypähoitosuositus 2008, aivovammat.)

TAULUKKO 1. Vamman vaikeusasteen luokitus GCS-asteikon sekä PTA:n keston mukaan (käypähoitosuositus 2008, aivovammat)

Vamman vaikeusaste	Kriteerit
Hyvin lievä	Kaikki seuraavista
	<p>GCS-pistemäärä 15 puolen tunnin kuluttua vammasta ja koko seurannan ajan</p> <p>Ei tajunnan menetystä, amnesian kesto alle 10 minuuttia</p> <p>Ei aivovammaan liittyviä kliinisiä neurologisia löydöksiä</p> <p>Ei tuoretta kallon tai kallonpohjan murtumaa.</p> <p>Ei vamman aiheuttamaa löydöstä aivojen TT- tai magneettikuvauksessa (lukuun ottamatta kallonulkoista hematoomaa)</p> <p>Ei aivovamman edellyttämiä hoitotoimenpiteitä (mukaan luetuna oireiston vaatima yli 12 tunnin sairaalaseuranta, pois luettuna oireenmukaiset lääkitykset)</p>
Lievä	Kaikki seuraavista
	<p>GCS-pistemäärä 13–15 puolen tunnin kuluttua vammasta ja koko seurannan ajan</p> <p>PTA:n kesto enintään 24 tuntia</p> <p>Enintään 30 minuutin tajuttomuus</p> <p>Ei vamman aiheuttamaa kallonsisäistä löydöstä aivojen TT- tai magneettikuvauksessa</p> <p>Ei aivovamman edellyttämiä neurokirurgisia toimenpiteitä</p>
Keskivaikea	Jokin seuraavista eikä mitään vaikeaan vammaan luokitavia löydöksiä
	<p>GCS-pistemäärä 9–12 puolen tunnin kuluttua vammasta tai jossain vaiheessa sen jälkeen</p> <p>PTA:n kesto yli 24 tuntia mutta alle seitsemän vuorokautta</p> <p>Vamman aiheuttama kallonsisäinen löydös aivojen TT- tai magneettikuvauksessa</p>
Erittäin vaikea	Jompikumpi seuraavista
	<p>Tajuttomuuden kesto yli seitsemän vuorokautta</p> <p>PTA:n kesto yli neljä viikkoa</p>

Vaikeusasteen määrittelyyn vamman alkuvaiheessa vaikuttavat lisäksi kuvantamislöydökset, kliinisen tutkimuksen löydökset sekä mahdolliset tarvittavat toimenpiteet (Käypähoitosuositus 2008, aivovammat).

Aivoihin kohdistuvan iskun seurauksena syntynyt aivovaurio on ns. primaari aivovaurio (Tenovuo 2009). Kontaktivammassa (esim. kaatuminen) iskun aiheuttama energia siirtyy kalloon ja aivokudokseen. Energian kohdistuessa pienelle alueelle, voi seurauksena olla kallon luun murtuma. Osa kallon luusta painuu aivokudokseen aiheuttaen mekaanisen vaurion. Liikevammassa energia puolestaan aiheuttaa aivokudosta puristavia ja venyttäviä voimia eli energia siirtyy aivokudokseen epäsuorasti. Liike-energian aiheuttavat vammat syntyvät kiihtyvyyden ja hidastuvuuden seurauksena eli esimerkiksi liikenneonnettomuudessa. (Roberts ym. 2009, 1134.)

Sekundaarivammoja ovat primaarivaurioista johtuvat toissijaiset patofysiologiset vauriot. Kallon ulkoisia sekundaarivaurioita ovat hapenpuute, liian alhainen verenpaine, elektrolyyttihäiriöt, anemia, kuume, veren glukoosihäiriöt, hiilidioksidin retentio ja hyytymishäiriö. Kallon sisäisiä syitä ovat kohonnut kallonsisäinen paine, aivoturvotus, aivojen verentungos, kallonsisäiset verenvuodot, aivovaltimospasmi, epileptiforminen kohtaus, mekaaniset aivoverisuonivauriot, kallonsisäiset infektiot ja likvorkierron häiriöt. (Käypähoitosuositus 2008, aivovammat.) Sekundaarivauriot syntyvät minuuttien ja päivien aikana vammautumisen, ja niitä tulee 90 %:lle niistä potilaista, jotka joutuvat sairaalahoitoon (Öhman ym. 2009). Sekundaarivauriot syntyvät traumakohtaa ympäröivällä penumbra-alueella, ja aivovammapotilaan hoitotyön tavoite on estää tai minimoida tällä alueella syntyvät sekundaarivauriot (Salmenperä ym. 2002, 239).

Kontuusion aiheuttaa voimakas isku päähän ja sen seurauksena on ruhjepesäkkeitä aivoihin (Salmenperä ym. 2002, 236). Aivojen ruhjevamman vaikeusaste vaihtelee lievästä välittömästi letaaliin eli kuolettavaan (Roberts ym, 2009, 1140). Ruhjekohdassa on vaihtelevasti verenvuotoa ja turvotusta. Kontuusio syntyy joko iskukohtaan tai tavallisemmin iskun vastakkaiselle puolelle. Yleisimpiä kuorikerroksen ruhjeen syntypaikkoja ovat otsalohkon kärkiosa tai takapinta tai ohimolohkon kärki- tai takapinta. Ruhjeet ovat usein molemminpuolisia. (Tenovuo 2009.)

Epiduraalihakematooma eli EDH tarkoittaa akuuttia verenkertymää, joka sijaitsee kovan kalvon ja kalloluun välissä. Oireina ovat tajunnantason nopea lasku, verenkertymän puoleisen pupillan laajeneminen ja valoajkykyys ja vastakkaisen puolen raajojen liikevasteen heikkeneminen. (Salmenperä ym. 2002, 236.) Akuutti epiduraalihakematooma voi syntyä lievän kontuusion tai lievän aivovamman seurauksena (Roberts ym, 2009, 1142). Kaikista epiduraalihakematoomista 70 % sijaitsee temporaaliseudussa eli ohimojen seudulla (Nyström 1988, 137.) Epiduraalihakematooma syntyy kallonmurtuman seurauksena, kun valtimo aivojen pinnalla repeää. Melko nopeasti murtuman jälkeen, minuuttien tai tuntien kuluessa, aivojen pinnalle muodostuu kookas hyytymäkertymä. Kertymä painaa aivokudosta ja aiheuttaa aivopaineen nousun, ja usein myös kuoleman, jos sitä ei leikkauksen avulla poisteta. (Tenovuo 2009.)

Akuutti subduraalihakematooma eli SDH on kovan aivokalvon ja aivojen välisessä tilassa oleva verenkertymä, ja usein siihen liittyy aivoruhje (Salmenperä ym. 2002, 237). Aivoruhje, traumaattinen intraserebraalihakematooma ja akuutti subduraalihakematooma esiintyvät usein yhdessä (Roberts ym, 2009, 1142). Subduraalihakematooman oireet ovat tajunnantason aleneminen, verenkertymän puoleisen pupillan laajeneminen sekä valoajkykyys ja vastakkaisen puolen raajojen liikevasteen heikkeneminen. Krooninen subduraalivuoto tarkoittaa, että kertymä on ollut subduraalitulassa vähintään viikon. Kroonisen subduraalivuodon oireet ovat kunnan epämääräinen huononeminen, päänsärky, muistamattomuus, puolioireet, tasapainovaikeudet ja sekavuus. (Salmenperä ym. 2002, 237.)

Intraserebraalivuodon eli ICH esiintyvyys on 20-30 tapausta 100 000 henkilöä kohden vuodessa. ICH tarkoittaa, että verenvuoto on aivokudoksen sisällä. Sen oireet vaihtelevat sijainnin mukaan, ja niitä ovat muun muassa toispuolihalvaus, puhehäiriö, näkökenttäpuutokset tai tajunnantason lasku. Oireet muistuttavat aivoinfarktin oireita, mutta kova päänsärky ja oksentelu usein erottavat ICH:n aivoinfarktista. (Autere ym. 2009.) Syitä sairaudelle ovat alkoholin käyttö sekä antikoagulanttihoito, jonka aikana pieni aivoverisuoni repeää (Salmenperä ym. 2002, 281). Syvän ICH:n taustalla on usein krooninen hypertensio eli pitkään kestänyt korkea verenpaine (Autere ym. 2009). Traumaperäisessä intraserebraalihakematoomassa jokin vamma, useimmiten aivoruhje, aiheuttaa verenkertymän aivokudoksen sisällä. Oireina ovat tajunnantason aleneminen, puolioireet sekä pupillaerot. (Salmenperä ym. 2002, 237.) Intraserebraalihakematoomiin liittyy vaikea aivovamma, mistä syystä ICH-potilaiden kuolleisuus on korkea (Nyström 1988, 147).

Toipuminen aivovammasta on riippuvaista vamman vaikeusasteesta. Toiminnot alkavat palautua kolmen kuukauden kuluttua, mutta oppimiseen ja vammautumisen sopeutumiseen menee vuosi tai jopa pidempään. (Salmenperä ym. 2002, 234.)

3.1.2 Aivoverisuonisairaudet

Neurokirurgisiksi aivoverisuonisairauksiksi luetaan muun muassa SAV eli lukinkalvonalainen vuoto, AVM eli arteriovenöosi malformaatio sekä kavernöottinen haemangioma. (HYKS Neurokirurgian klinikan sähköinen opetusmateriaali 2008). Näiden lisäksi myös aivokasvaimet kuuluvat neurokirurgiaan avulla hoidettaviin sairauksiin.

Subaraknoidaalivuoto eli SAV on aivovaltimon repeämisestä johtuva vuoto, joka vuotaa lukinkalvonalaiseen tilaan (Salmenperä ym. 2002, 262). Subaraknoidaalivuoto voi syntyä myös trauman seurauksena, ja tällöin siitä käytetään nimitystä tSAV eli traumattinen subaraknoidaalivuoto (Tenovuo 2009). Taustalla ei-traumaattisessa subaraknoidaalivuodossa on usein synnynnäinen valtimon seinämän heikkous, mutta myös elintavat kuten tupakointi ja alkoholinkäyttö vaikuttavat seinämän heikkouteen. Suoni puhkeaa useimmiten äkillisen verenpaineennousun seurauksena eli esimerkiksi fyysisen ponnistuksen yhteydessä. Vuodon jälkeen on riskinä verisuonispasmi, joka on valtimon repeämisestä johtuva kompensatiomekanismi. Tällöin valtimon seinämät supistuvat vähentäen verenkiertoa, kallonsisäinen paine nousee ja vuotokohta sulkeutuu. Suomessa esiintyvyys on noin tuhat tapausta vuodessa, joka on maailman korkein esiintyvyys. (Salmenperä ym. 2002, 262-263.)

Aivovaltimoaneurysma on syynä 80 %:ssa subaraknoidaalivuodoista ja AV-malformaatio puolestaan 5 % tapauksista. Muita subaraknoidaalivuototiloja on harvinaisen spinaalinen SAV sekä aivovamman aiheuttama subaraknoidaalivuoto. (Roberts ym, 2009, 1153.)

Subaraknoidaalivuodon oireet ovat äkillinen, voimakas päänsärky ja joskus potilas kuvailee kuulleensa eräänlaisen napsahduksen, jota seuraa vuotamisen tunne. Muita oireita ovat silmien valonarkuus, pahoinvointi ja oksentelu. Ensimmäisen vuorokauden aikana SAV-potilaalle kehittyy niskajäykkyys. Harvinaisempia oireita ovat toispuoleiset hal-

vausoireet, ongelmat puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä tai pelkässä ymmärtämisessä (dysfasia) sekä pupillaero, eli silmät reagoivat erikokoisina valolle. Potilaan katse kääntyy vauriokohdan suuntaan. Jos vuoto laajenee aivokudokseen, oireena voi esiintyä kiihtynyt hengitys ja kasvojen punoitus. Vuodon yhteydessä potilaalle voi kehittyä myös neurogeeninen keuhkoödeema tai EKG-muutoksia. Kolmasosa potilaista menettää tajuntansa vuodon yhteydessä, ja rajussa vuodossa tajunta menetetään välittömästi, ja potilas useimmiten menehtyy. (Salmenperä ym. 2002, 263-264.)

AVM eli arteriovenöosi malformaatio on synnynnäinen verisuoniepämuodostuma, jossa valtimoveri siirtyy laskimopuolelle ilman kapillaariverkostoa. Näitä diagnooseja tehdään yksi sataatuhatta henkilöä kohden vuodessa eli noin viisikymmentä tapausta vuositain. (Neurokirurgian klinikan sähköinen opetusmateriaali 2008; Salmenperä ym. 2002, 279.) AVM voi aiheuttaa aivoverenvuodon, epilepsian tai neurologisen puutosoireen (Roberts ym, 2009, 1157-1158). Neurologisia puutosoireita ovat esimerkiksi puheen viestin tunnistamishäiriö, havaitsemishäiriöt, halvausoireet, raajaheikkousoireet, neglect-ilmiö jossa potilaalla on kyvyttömyys reagoida vaurion vastakkaisella puolella oleviin ärsykkeisiin, oiretiedostamattomuus, näköhäiriö, ongelmat puheen tuotossa ja ymmärtämisessä, kielelliset häiriöt (Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos 2004). Verisuoniepämuodostuma voi vuotaa, ja jos se kasvaa suureksi, se voi kohottaa kallonsisäistä painetta. Ensimmäinen oire arteriovenöosisistä malformaatiosta saattaa olla vuoto joko aivokudokseen tai lukinkalvonlaiseen tilaan. Alkava vuoto johtuu siitä, että laskimopuolella oleva verisuonen seinämä laajenee ja puhkeaa. Puhkeaminen joutuu äkillisestä verenpaineen noususta tai verenvirtauksen oleellisesta lisääntymisestä. Joillakin potilailla päänsärky on ainoa oire. Aivoverenkierto heikkenee suonien puhkeamisen johdosta, ja tämä voi aiheuttaa potilaalle halvausoireita. (Salmenperä ym. 2002, 279.)

Kavernöottinen haemangioma on sairaus, joka määritelmältään on samanlainen AVM:n kanssa, mutta virtaus suonissa on vähäinen. Tämän sairauden esiintyvyys on epäseltävä. (Neurokirurgian klinikan sähköinen opetusmateriaali 2008.) Alle kahdessa prosentissa tapauksista voi sairauden seurauksena olla vuoto (Salmenperä ym. 2002, 281).

3.1.3 Aivokasvaimet

Primäärejä aivokasvaimia todetaan noin 700 kappaletta vuosittain. 50 prosenttia leikatuista kasvaimista on tukisolukasvaimia eli glioomia, 25 % aivokalvokasvaimia eli meningeoomia, 10 % hermotupen kasvaimia eli schwannoomia ja 10% aivolisäkekasvaimia eli hypofyysiadenoomia. Lisäksi esiintyy pieni osa muita kasvaintyypppejä. (Salmenperä ym 2002, 283.) Aivoja ympäröivien kudosten kuten kasvojen, nenänielun ja kallonpohjan kasvaimet voivat myös kasvaa aivokudoksen puolelle (Roberts ym 2009, 1160). Aivokasvaimet eivät useinkaan lähetä etäpesäkkeitä muualle elimistöön, vaan keskushermostokasvain on usein itse etäpesäke muualla kehossa olevasta kasvaimesta (Salmenperä ym. 2002, 283). Syöpäkasvaimista 25% lähettää etäpesäkkeen aivoihin, useimmiten sairauden loppuvaiheessa (Roberts ym 2009, 1160).

Kallon sisäisen kasvaimen oireet vaihtelevat sijainnin, laadun ja kasvunopeuden mukaan. Erilaiset epileptiset kohtaukset ja paikallisoireet ovat ensimmäisiä merkkejä aivokasvaimesta. Oireet voivat kehittyä nopeasti tai näkyä vasta vuosien mittaan. (Roberts ym 2009, 1162.) Kielellisten alueiden tai liike- ja tuntoaivokuoren läheisyydessä olevat kasvaimet voivat aiheuttaa oireita, kun ne painavat aivojen pintaa. Liikeaivokuoren kasvain aiheuttaa oireita, joita ovat käden kömpelyys tai kompastelu. Oireet esiintyvät usein vastakkaisella puolella kehoa kuin missä kasvain sijaitsee. Kielellisen toiminnan häiriöt liittyvät vasemman otsalohkon tai ohimolohkon yläosan kasvaimiin. (Seppälä & Kallio 2009.)

Aivokasvaimiin liittyy alttius epileptisiin kohtauksiin. Alttius säilyy, vaikka aivokasvain olisi poistettu leikkauksessa. (Seppälä & Kallio 2009.) Joskus epileptiakohtaus yleistyy ns. grand mal -kohtaukseksi jossa potilas menee tajuttomaksi, raajat kouristelevat sekä virtsa karkaa. Epileptinen kohtaus saattaa olla myös poissaolokohtaus, jossa potilas on tajuissaan, mutta ei reagoi puhuttelulle eikä muista jälkeenpäin tilannetta. (Salmenperä ym 2002, 289.)

Kasvojen tai raajojen nykiminen toispuoleisesti viittaa kasvaimen olevan vastakkaisen puolen motorisen aivokuoren keskusuurteen etupuolella. Sensorisen alueen eli keskusuurteen alapuolella sijaitseva kasvain aiheuttaa tuntehäiriöitä ja ohimolohkon alueella sijaitseva kasvain voi aiheuttaa tajunnanhämmärryskohtauksen. Näköaistimukset viittaavat okkipitaalilohkon kasvaimen. (Roberts ym 2009, 1163.)

Otsalohkon kasvain aiheuttaa hidastuneisuutta, aloitekyvyttömyyttä, muistamattomuutta, arvostelukyvyyttömyyttä sekä persoonallisuuden muutoksia. Etukuopan pohjan ja sellan alueen kasvaimet aiheuttavat näkökenttäpuutoksia ja hajuaistin menetyksen. Otsalohkon ja pääläenlohkon kasvaimet aiheuttavat vastakkaisen puolen raajojen pareeseja. Takaraivolohkon alueen kasvaimet aiheuttavat näkökenttäpuutoksia. Vasemman ohimolohkon sekä otsalohkon takaosan kasvaimet aiheuttavat dysfasiaa, eli ongelmia puheen tuottamisessa tai ymmärtämisessä, ja pikkuaivokasvaimista aiheutuu tasapainovaikeuksia ja ataksiaa eli raajojen liikehäiriöitä. (Salmenperä ym 2002, 288.)

Kasvain voi painaa myös jotain 12 aivohermosta ja aiheuttaa erilaisia oireita, kuten hajuaistin menetyksen, näön huononemisen, kaksoiskuvia, kasvojen puutumista, kasvohalvauksen, kuulohäiriöitä sekä nielemisvaikeuksia. (Salmenperä ym 2002, 288.)

Aivokudos ei tunne kipua, mutta potilas tuntee päänsärkyä, kun kasvain ärsyttää duuran eli kovan aivokalvon, tai suurten verisuonten kipureseptoreita. Päänsärlyn syynä voi olla myös kallonsisäisen paineen nousu kasvaimen kasvaessa, aivoturvotus tai hydrokefalus. (Roberts ym 2009, 1162.)

3.2. Neurokirurgisen potilaan hoitotyö

Neurokirurgisen potilaan hoitotyö osastolla koostuu vitaalinelintoimintojen tarkkailusta, joita ovat hengitys, verenkierto ja tajunnantaso. Lisäksi oleellista on tarkkailla aivopaineen nousun merkkejä, neurologisten puutosoireiden esiintymistä sekä myös huomioida neurokirurgisesta sairaudesta johtuvien neuropsykologisten häiriöiden vaikutuksia potilaan toimintaan. Potilaan tilan säännöllinen tarkkailu ja tarkka kirjaaminen ovat välttämättömiä, jotta pystytään seuraamaan potilaan toipumisen edistymistä. Säännöllinen tarkkailu on oleellista myös siksi, että neurokirurgisen potilaan tila voi muuttua äkillisesti, ja niissä tilanteissa tulee informoida lääkäriä. (Similä 2013.)

3.2.1 Vitaalielintoiminnot

Potilaan hapensaanti varmistetaan turvaamalla hengitysteiden avonaisuus ja tarkkailemalla, että hengitys kulkee vapaasti. Happisaturaatio pyritään pitämään yli 95%, ja on muistettava, että voimakas hyperventilaatio johtaa veren matalaan hiilidioksidipitoisuuteen aiheuttaen aivoverisuonten supistumista. Hypoventilaatio puolestaan aiheuttaa liiallisen hiilidioksidin nousun, joka laajentaa verisuonia, jolloin verenkierto aivoissa lisääntyy ja aivopaine nousee. (Salmenperä ym. 2002, 243.)

Potilaan verenkiertoa tarkkaillaan säännöllisesti. Systolinen verenpaine on pidettävä tarpeeksi korkealla tasolla eli yli 120mmHg, jotta aivoissa on riittävä verenkierto hapensaannin turvaamiseksi. Aivoverisuonten vuotoihin sairastuneiden potilaiden systolinen verenpaine tulisi pitää alle 150 mmHg uusintavuodon ehkäisemiseksi. Verenpainepiikkejä eli äkillisiä verenpaineen nousuja tulisi välttää huolehtimalla riittävästä kivunhoidosta esimerkiksi ennen toimenpiteitä. Verenpaineen on oltava kuitenkin riittävän korkea aivovaltimoiden supistumisriskin eli vasospasmin ehkäisemiseksi. Subaraknoidaalivuodossa verenpainetasoa pidetään riittävänä runsaalla nesteytyksellä sekä antamalla verisuonten supistumista ehkäisevää nimodipiini-lääkitystä. (Salmenperä ym. 2002, 240, 243, 265, 274).

Tajunnantason arviointia toteutetaan Glasgow Coma Scale-asteikon (liite 2) avulla. Neurologisen tilan tarkkailuun (kuvio 1) kuuluu tajunnantason määrittelyn lisäksi pupillojen koko, symmetria ja reagointi valolle, raajojen liikkeet (puristusvoima, liikeradat, symmetria) raajojen spastisuus eli lihasjäykkyys, tuntopuutokset, raajojen jäykistely sekä kouristukset. (Salmenperä ym. 2002, 44-45.) Muita tarkkailtavia asioita ovat päänsärky, halvausoireet, huimaus, pahoinvointi, tahattomat liikkeet ja liikehäiriöt (Junkkarinen 2011). Tajunnantason tarkka kirjaus sekä arvioinnin säännöllinen toistaminen on tärkeää, jotta pystytään reagoimaan potilaan tilassa tapahtuviin muutoksiin nopeasti. Puolierot pupillojen koossa tai reagoimattomuus valolle voivat olla uusintavuodon merkki SAV -potilaalla Mikäli raajojen toiminnassa ilmenee heikkenemistä tai puolieroja tai pupillojen reagointi on muuttunut, tulee havainnoista ilmoittaa heti lääkärille. (Salmenperä ym. 2002, 240, 265.)

3.2.2 Aivopaineen nousu sekä aivo-selkäydinnestekierto häiriö

Aivoturvotus ja verenkiertohäiriöt altistavat aivopaineen nousulle, joten aivopaineen tarkkailu neurokirurgisen potilaan hoidossa on aiheellista. Kohonnut aivopaine heikentää verenkiertoa aivoissa, ja se aiheuttaa potilaalle oireita, joista yleisimmät ovat äkillinen tai vähitellen koventuva päänsärky, pahoinvointi, oksentelu, näköhäiriöt, pupillien koon muuttuminen, raajahalvaukset, niskajäykkyys, epileptiset kohtaukset ja lämmön nousu. (Kotila & Ylikukkonen 2009.) Laaja ja valojäykkä pupilli voi kertoa aivopaineen noususta (Salmenperä ym. 2002, 290). Jatkuva korkea paine kallon sisällä aiheuttaa muistin, mieleenpainamiskyvyn ja keskittymiskyvyn heikkenemistä. Toiminta hidastuu, ja olemus muuttuu uneliaaksi ja väsyneeksi, näkö heikkenee ja kaksoiskuviakin voi esiintyä. (Roberts ym 2009, 1162.) Hoitamaton korkea aivopaine voi aiheuttaa lisäksi tajunnantason laskun, ja pitkittyessään tila on potilaalle hengenvaarallinen (Salmenperä ym 2002, 287, 289).

Kohonnutta kallonsisäistä painetta hoidetaan pään kohoasennolla, sedaatiolla ja kivun hoidolla, suolabolusten annolla, aivokammioavanteella, lievällä hyperventilaatiolla ja viilennyksellä (Kotila & Ylikukkonen 2009). Mikäli kallonsisäinen paine on hallitsematon, voidaan tehdä dekompressiivinen kraniektomia eli pala kallon luuta poistetaan, jotta aivoilla on enemmän tilaa turvota (Käypähoitosuositus 2008, aivovammat).

Neurokirurgisella potilaalla voi olla häiriö aivo-selkäydinnesteen kierrossa. Tällöin hänelle saatetaan joutua laittamaan ventrikulostomia eli aivokammioavanne. Avanteessa viedään aivokammioon porareiän kautta katetri, joka liitetään keräyspussiin, joka on kehon ulkopuolella. Ventrikulostomia on aina väliaikainen hoito. (Salmenperä ym. 2002, 340.) Ventrikulostooma on auki, kun potilas on vuodelevossa, ja se suljetaan esimerkiksi wc- käynnin ajaksi (Kotila & Ylikukkonen 2009). Jos ventrikulostoomaa ei suljeta potilaan noustessa ylös, pussiin pääsee erittymään liikaa likvoria ja seurauksena on liikavirtaustilanne. (Karppinen 2012). Liian nopea likvorin ulosdreneerautuminen voi aiheuttaa potilaan kuoleman (Salmenperä ym. 2002, 346).

KUVIO 2. Potilaan neurologisen tilan tarkkailu (mukaiillen Salmenperä ym. 2002, 44-45).

Neurologisen tilan tarkkailu			
<ul style="list-style-type: none"> -Reagoiko potilas puheelle -Reagoiko potilas kosketukselle -Noudattaako kehoituksia -Onko orientoitunut aikaan ja paikkaan -Glasgow Coma Scale 	<ul style="list-style-type: none"> -Pupillojen koko -Pupillojen symmetria -Pupillojen valoreaktio 	<ul style="list-style-type: none"> -Raajojen liikkeiden voimakkuus -Raajojen puolierot liikkeissä tai puristusvoimissa -Spastisuus eli lihasjäykkyys -Tuntuu puutokset -Kouristukset 	<ul style="list-style-type: none"> -Ympäri vuorokautista tarkkailua -Potilas herätetään tarpeen mukaan myös öisin -Tajunnantaso kirjataan kuvailevasti potilaan hoitosuunnitelmaan -Glasgow pisteet lasketaan sovituin väliajoin -Tajunnantasossa tapahtuvat muutokset raportoidaan lääkärille

3.2.1 Kognitiivisten puutosoireiden tarkkailu

Kognitiivinen tarkoittaa tiedonkäsittelyä (Kuikka ym. 2002, 23). Kognitiivisen toimintakyvyn sekä havaintokyvyn häiriöihin kuuluu vaikeus hahmottaa omaa kehoa ja ympäristöä, neglect-ilmiö jossa potilaalla on kyvyttömyys reagoida vaurion vastakkaisella puolella oleviin ärsykkeisiin sekä oiretiedostamattomuus, orientaation sekä tarkkaavaisuuden häiriöt, muistiin ja ongelmanratkaisuun liittyvät häiriöt, ajatteluun ja uuden oppimisen häiriöt, esineiden tunnistamisen vaikeus, juuttuminen sekä monimutkaisten toimintojen suorittamisen vaikeus. (Junkkarinen 2011.)

Oireiden laatuun vaikuttaa vamman sijainti. Vasen aivopuolisko on dominantti oikeakätisillä sekä suurella osalla vasenkätisistä. Kun vaurio on dominantin aivopuoliskon alueella, potilaalla on ongelmia muun muassa puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä sekä kielellisissä muistitoiminnoissa. Nondominantin aivopuoliskon alueella oleva vaurio aiheuttaa vaikeuksia esimerkiksi kyvyssä ottaa huomioon toinen puoli vartalosta tai havaintokentästä, vaikeuksia tiedostaa omia oireitaan, ja lisäksi nondominantin aivopuoliskon alueella oleva häiriö voi aiheuttaa sairaudentunnottomuutta. (Hietanen 2009.)

Neuropsykologi testaa potilaan kognitiiviset toiminnot. Neuropsykologisten häiriöiden löytäminen on tärkeää, jotta pystytään hoitamaan potilasta niin että hänen perustarpeensa tulisi tyydytetyksi. Neuropsykologiset oireet voivat myös korjaantua, mutta se voi viedä 1-2 vuotta. (Salmenperä ym. 2002, 300.)

Tenovuon ym. (2007) mukaan joskus voi olla vaikeaa erottaa aivovammasta ja psyykkisestä häiriöstä (esim. masennus) johtuvia kognitiivisia toimintakyvyn muutoksia. Sen päättelyminen, johtuuko ongelmat masennuksesta vai aivovammasta, vaatii arvioijalta kokemusta (Tenovuo ym. 2007).

3.2.1 Kommunikointi heikentyneiden kognitiivisten toimintojen sekä madaltuneen tajunnantason aikana

Kommunikaatio on inhimillisen toiminnan yksi perusedellytyksistä. Kommunikaatio tarkoittaa asioita, joilla ihminen on yhteydessä toiseen ihmiseen. Vuorovaikutus on hyvän kommunikaation ydin. Vuorovaikutus on ihmisten välistä kaksisuuntaista vaikuttamista ja vaikka ihminen pystyisi puhumaan, mutta ei toimi vuorovaikutteisesti, kommunikaatio ei suju. Aivoihin kohdistunut traumaattinen vaurio tai muu vamma aiheuttaa usein erilaisia ongelmia ja muutoksia ihmisen kommunikaatioon. (Lindstam & Ylinen (toim.) 2012, 109.)

Yhden asian käsitteleminen kerrallaan, asian esittäminen selkeästi ja lyhyesti sekä rauhallinen puhenopeus ovat keinoja toimia potilaan kanssa, jolla on vaikeuksia kommunikaation toteuttamisessa. Kysymyksillä varmistetaan että potilas on ymmärtänyt asian. Potilaille on annettava aikaa kertoa asiansa ja vältettävä häiritseviä keskeytyksiä. (Harmsen 2012, 112.)

Kun potilaan tajunnantaso on madaltunut tai hän on sekava eikä pysty ottamaan tietoa vastaan, kommunikaatio on yksipuolista. Potilaille kerrotaan mitä tapahtuu seuraavaksi ja miksi. Potilas ei jälkeinpäin välttämättä muista mitään hoidostaan, mutta saattaa juuri sillä hetkellä ymmärtää mitä ollaan tekemässä. (Salmenperä ym. 2002, 246.)

3.2.1 Kivunhoito ja liikkuminen

Leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa pyritään ennaltaehkäisyyn. Potilaalla on usein säännöllinen kipulääkitys, ja häntä ohjeistetaan kertomaan kiputuntemuksistaan hoitajalle. Kivuttomuus antavat mahdollisuuden riittävään lepoon, nukkumiseen sekä liikkumiseen. (Salmenperä ym. 305-306.)

Tajunnaltaan alentuneen potilaan kivun merkkejä tulee havainnoida tiheästi koska potilas ei pysty itse kipuaan ilmaisemaan. Kipu voi ilmetä lisääntyneenä levottomuutena, hikisyytenä sekä verenpaineen ja sykkeen kohoamisena. (Salmenperä ym. 2002, 306.)

Kuntoutumisvaiheessa potilaan hoidon tavoitteena on tukea potilaan itsenäistä selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Liikkumiseen tuettaessa on huomioitava riittävä kipulääkitys, jottei se estäisi potilaan liikkeelle lähtöä. (Salmenperä ym. 2002, 277.) Kuntoututtavan ohjauksen tavoitteena on luoda edellytyksen kuntoutumiselle myös silloin kun potilas ei itse tiedosta tarvetta siihen (Forsbom ym. 2001, 77).

Potilasta ohjataan liikkumisessa huomioiden yksilölliset rajoitteet liikkumiselle (Forsbom ym. 2001, 72). Ensimmäinen potilaan ylösnousu tapahtuu hoitajien läsnä ollessa. Erilaiset neurologiset oireet kuten raajojen heikkoudet, hahmotus- ja näköhäiriöt, puhe- ja ymmärtämisvaikeudet ja sekavuus saattavat haitata liikkeelle lähtöä. Hoitaja tarkkailee potilaan neurologista tilaa jatkuvasti toimiessaan potilaan kanssa ja avustaessaan häntä päivittäisissä toiminnoissa. (Salmenperä ym. 2002, 254-255.)

Jos itsenäiselle liikkumiselle ei ole esteitä, potilasta kannustetaan liikkumaan mahdollisimman paljon, koska liikkeelle lähtö lisää potilaan tunnetta leikkauksesta selviämisestä. Liikkuminen parantaa lisäksi kehon verenkiertoa ja ehkäisee laskimoveritulppia. Potilaan tarve lepoon on myös huomioitava hoitotyössä. Riittävä nukkuminen ja lepo ovat tärkeitä asioita kuntoutumisen kannalta. (Salmenperä ym. 2002, 304.)

Potilas ei välttämättä tiedosta oireitaan kuten hahmotushäiriöitä tai raajojen halvaustiloja ja saattaa pyrkiä nousemaan vuoteesta ja lähtemään yksin liikkeelle. Tällöin turvallisuuden takaamiseksi potilas joudutaan sitomaan lepovöillä. Potilaan mielialaa tarkkailaan seuraamalla potilasta ja annetaan tarvittaessa rauhoittavaa lääkitystä. (Salmenperä ym. 2002, 255-256.)

3.2.2 Potilaan ja omaisten psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen

Kun aivoissa oleva sairaus vaikuttaa potilaan toimintakykyyn, seuraa usein henkilökohmainen kriisi. Kriisitilanteessa aktivoituu psyykkisiä puolustusmekanismeja. Sairauden aiheuttamien tunteiden käsittely on luonnollisinta silloin, kun potilas itse kertoo mielialastaan tai jaksamisestaan. Sairaanhoidaja voi rohkaista potilasta kertomaan tunteistaan kysymällä pienin kysymyksin voinnista ja näin osoittamalla kiinnostus potilaan hyvinvointiin. (Kuikka ym. 2002, 207.)

Potilas tarvitsee aina riittävästi tietoa sairaudestaan ja omasta tilanteestaan. Osa neurokirurgisista potilaista on sairastunut äkillisesti, joten hoitajan rauhallinen, asiallinen ja myönteinen käyttäytyminen tukee potilaan sopeutumista. Potilaan kykyä ja tarpeita sekä halua käsitellä omia asioitaan on tarkasti seurattava. (Salmenperä ym. 2002, 277-278.)

Omaiset reagoivat eri tavoin läheisensä sairastumiseen. Jotkut saattavat olla pelokkaita ja ahdistuneita eivätkä halua osallistua potilaan hoitoon. Toiset haluavat osallistua aktiivisesti hoitoon sekä tukea potilasta erilaisissa toiminnoissa. Kontaktin luominen omaiseen saattaa onnistua potilaan kautta. Omaisen halua olla ottamatta kontaktia hoitohenkilökuntaan on kunnioitettava. Hänelle läheisensä sairastumisen käsittely voi olla vielä liian vaikeaa. (Salmenperä ym. 2002, 309.)

Potilaiden omaisten kanssa keskustellaan potilaan hoidosta ja tilanteesta mahdollisuuksien mukaan. Kun potilas on äkillisesti sairastunut, omaiset ovat huolissaan ja tarvitsevat tietoa ja tukea. Omaisten huoli saattaa ilmentyä syytöksinä hoitohenkilökuntaa kohtaan. Tiedottamisessa omaisille pyritään siihen, että omaisista yksi olisi yhteyshenkilö, joka on yhteydessä hoitohenkilökuntaan ja tiedottaa muita. Tarpeen mukaan yhteyshenkilönä toimivalle omaiselle järjestetään tapaaminen hoitavan lääkärin kanssa. (Salmenperä ym. 2002, 246-247.)

Suunnitellussa neurokirurgisessa toimenpiteessä sekä potilaan että potilaan omaisten tiedottaminen on tärkeää. Tiedon ja ajatusten sekä kokemusten molemminpuolinen vaihtaminen on osa potilaan hoitoprosessia, eli pyritään aktiiviseen kommunikaatioon potilaan, omaisten sekä hoitoon osallistuvien henkilöiden kesken. Omaisten tärkeys potilaan tilanteen kartoittamisessa on oleellinen tilanteessa, jossa potilas ei itse tunnista

itsessään tapahtuvia muutoksia. (Salmenperä ym. 2002, 295-296.) Elämänlaatuun läheisesti vaikuttava tekijä on potilaan kokemus siitä, että potilas pystyy itse vaikuttamaan omaan tilanteeseensa. Riittävä ohjeistus antaa potilaalle mahdollisuuden osallistua omaan kuntoutumiseensa. (Wikstöm 2012, 35.)

Sairauteen liittyvän tiedon lisäksi omaisille kerrotaan, kuinka omaiset voivat potilasta auttaa. Kun omainen pystyy osallistumaan konkreettisesti potilaan liikkumisessa ja muissa toiminnoissa avustamiseen, se auttaa häntä käsittelemään tilannetta ja tuntemaan olevansa osa toipumisen prosessia. (Salmenperä ym. 2002, 278.)

Läheisten ja potilaan psyykkinen tukeminen kriisitilanteessa, jonka äkillinen vammautuminen, tai muu toimintakyvyn muutos on aiheuttanut, on kuntoutuksen yksi tärkeimmistä tehtävistä. (Tenovuo 2012, 53).

3.3. Eettisyys hoitotyössä

Hoitotyössä kohdataan elämän peruskysymykset. Etiikka on hoitotyössä läsnä konkreettisesti, koska työssä tulee eteen ihmisen terveys ja sairaus, elämä ja kuolema, hyvä elämä sekä ihmisen rajallisuus ja haavoittuvuus. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001.)

Etiikassa ja moraalissa on kyse tavoista ja tottumuksista, jotka ohjaavat toimintaa sosiaalisissa yhteisöissä ja ihmisten välillä (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009,36). Rynänen & Myllykangas (2000,9) kuvaavat etiikan tarkoittavan oppia jonkin inhimillisesti tärkeän arvon kannalta. Arvot ovat abstrakteja käsitteitä siitä, mihin on oikein pyrkiä, mikä on hyvää ja oikein tehdä ja toisaalta käsitteitä myös siitä mitä tulisi välttää. Arvot voidaan luokitella esteettisiin, tieteellisiin ja eettisiin arvoihin. Eettiset arvot koskevat asioita, jotka vastaavat kysymyksiin: mikä on moraalisesti hyvää tai pahaa? Mikä on oikein? Mikä on väärin? Eettiset arvot pohtivat siis millainen maailman tulisi olla. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 38.)

Hoitotyö on moraalista toimintaa, ja hoitotyössä toteutetaan sitä, mikä on oikein ja hyvää toiselle ihmiselle. Lähtökohtana hoitotyölle ovat eettiset arvot. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 10.) Ihmisarvo muodostaa hoitamisen perustan ja tarkoituksen (Lind-

qvist 2000). Ihmisarvo on kaikilla ihmisillä siksi, koska he ovat ihmisiä. Tämä tarkoittaa, että yksilöllä on itseisarvo, eli hän on arvokas sen vuoksi että on olemassa eikä sen vuoksi että hänen avullaan pyrittäisiin pääsemään johonkin tärkeämpään päämäärään. Siksi ihmisarvo on kaikille sama riippumatta siitä, onko ihminen hyödyllinen vai hyödytön, moraalinen tai moraaliton, taitava tai taitamaton. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 119-120.) ETENE- julkaisussa (2004) kuvataan, että ihmisarvon kunnioittaminen tarkoittaa toisen ihmisyyden kunnioittamista. Kunnioittaminen pitää sisällään inhimillisen kohtelun, luottamuksellisuuden, hyvän vuorovaikutuksen, rehellisyyden, yksilön vaikutusmahdollisuuden sekä itsemääräämisoikeuden edistämisen (ETENE-julkaisu 2004). Ihmisoikeudet, oikeudenmukaisuus, yhdenvertaisuus ja demokratia perustuvat käsitykseen ihmisarvosta (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 46-47, 119-120).

3.3.1 Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus on yhteiskunnallinen peruskäsite, ja oikeus tarkoittaa, että yksilöllä on oikeus sisäiseen ja ulkoiseen vapauteen, oikeus kompetenssiin eli pätevyyteen ja oikeus valtaan. Terveystieteissä potilaan itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan potilaan oikeuksia hoitoaan koskevissa kysymyksissä. (Sundman 2000, 28-29.) Potilaan itsemääräämisoikeus on kirjattu lainsäädäntöön. Potilaalle on annettava tietoa terveydentilasta, hoidon merkityksestä, erilaisista hoitovaihtoehdoista ja muista seikoista, jotka koskevat hänen hoitoaan. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, ja mikäli tämä ei ole mahdollista, lähiomaista tai laillista edustajaa tulee kuulla sen selvittämiseksi, mikä vaihtoehto olisi lähinnä potilaan tahtoa. Jos tällaista selvitystä ei saada tehtyä, potilasta pitää hoitaa sellaisella tavalla, joka vastaa hänen henkilökohtaista etuaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/ 785.)

Itsemääräämisoikeuden kompetenssi tarkoittaa että potilaalla on päätöksentekoon tarvittavat tietyt kyvyt ja taidot sekä lisäksi potilas tarvitsee riittävästi luotettavaa tietoa (Suonsivu, Mäkipää & Suominen 2009). Ihmisellä tulee olla kyky ymmärtää ja prosessoida tietoa, ja hänen toiminnassaan tulee olla jokin järkevä päämäärä. Ihminen on kompetentti tekemään päätöksiä jos hän pystyy ottamaan vastaan informaatiota ja tekemään päätöksen omien arvojensa mukaisesti, hänen toimintansa on tavoitteellista, ja jos hän pystyy vapaasti kommunikoidaan sairaanhoitajan kanssa. Henkilö ei ole kykenevä päättämään asioistaan kun hän ei pysty ilmaisemaan mieltymyksiään tai valintojaan,

kun hän ei pysty ymmärtämään tilannettaan ja sen seurauksia, ei pysty ymmärtämään oleellista tietoa tai kun hän ei pysty tekemään järkiperäistä päätöstä. (Beauchamp & Childress 1994, 133, 135-137)

Potilaan kykenemättömyys kommunikoida sekä orientaatiovaikeudet aiheuttavat loukkauksia sekä potilaan psyykkiselle, fyysiselle että sosiaaliselle integriteetille eli eheydelle tai koskemattomuudelle (Teeri 2007, 34). Fyysiset tekijät, lääkeaineyliannostus sekä neurologiset vammat voivat vaikuttaa potilaan pätevyteen päättäen omista asioistaan. Psyykkiset tekijät, kuten ahdistuneisuus ja tiedonpuute vaikuttavat myös heikentävästi itsemääräämisen kompetenssiin. (Edwards 2009 64-65.)

Se, onko henkilö kykenevä päättämään omista asioistaan, ei ole kuitenkaan yksinkertainen ratkaisu. Pätevyys vaihtelee tilanteiden mukaan, eivätkä kaikki kompetentit ihmiset ole tasavertaisesti kompetentteja, eivätkä pätemättömät vastaavasti samalla tavalla pätemättömiä. (Beauchamp & Childress 1994, 135-136.) Henkilön kompetenssi tulee määrittellä tapaus- ja tilannekohtaisesti (Edwards 2009, 64). Itsemääräämisoikeus eli autonomia voidaan jakaa päätöksenteon autonomiaan ja päätösten toimeenpanon autonomiaan. Kun päätöksen toimeenpano käytännössä on potilaan osalta heikentynyt tai hän on kokonaan kykenemätön toteuttamaan päätöksiä käytännössä, on riski että hoitotyössä laiminlyödään myös päätöksenteon autonomia. (Leino-Kilpi ym. 1999, 57.) Potilas on edelleen autonominen (autonomous= ”itsehallinnollinen”), itseään ja asioitaan määräävä henkilö, vaikka hän ei ole kompetentti eli pätevä ilmaisemaan tahtoaan sairauden aiheuttamien oireiden vuoksi (Edwards 2009, 65).

Itsemääräämisoikeuden toteutumisen kannalta ongelmallisia tilanteita tulee esiin jokapäiväisessä käytännön hoitotyössä (Leino-Kilpi ym. 1999, 56). Sisäiset rajoitteet itsemääräämisoikeuden toteutumisessa liittyvät potilaan kykyihin, tietoisuuden tilaan tai sairauden aiheuttamiin rajoitteisiin. Ulkoisia rajoitteita ovat esimerkiksi resursseihin liittyvät asiat. Ulkoiset rajoitteet eivät voi olla esteenä itsemääräämisoikeuden toteutumiselle, mikäli se on kohtuullisesti toteutettavissa. Itsemääräämistä tukevaa työskentelyä on neuvotteleva työote, tietojen antaminen ymmärrettävällä tavalla sekä potilaan vastuun tukeminen omista päätöksistä. (Suonsivu, Mäkipää & Suominen, 2009.

3.3.2 Eettisen toiminnan perusta

Lainsäädäntö säätelee sen, kuinka hoitotyössä on velvollista toimia. Lait auttavat lisäksi eettisten ongelmien tunnistamisessa Lainsäädäntö säätelee kuitenkin vain välttämättömmän kuinka käytännössä tulisi toimia. (Leino-Kilpi ym. 2012, 51.) Hoitotyön etiikassa, eettisissä ohjeissa ja periaatteissa pyritään löytämään kaikkein optimaalisin tapa toimia potilaan hyväksi. (Rosqvist 2004). Ammatillisten eettisten ohjeiden tarkoituksena on taata eettisesti korkealaatuinen hoito (Leino-Kilpi ym. 2012, 51).

Hoitotyön eettiset ohjeet ovat ohjeita ja kannanottoja toivottavasta ammattitoiminnasta. Ne ovat hoitotyöntekijöiden eettisen tietopohjan perustana. Eettisiä ohjeita voidaan käyttää tietoisesti tai tiedostamattomasti. Tietoista eettisten ohjeiden käyttö on, kun selkiytetään omaa eettistä pohjaa, toimitaan moniammatillisessa yhteistyössä tai kun ohjeita käytetään tukena päätöksenteossa. Ohjeiden tiedostamaton käyttö tarkoittaa sitä, että sairaanhoitaja toimii koulutuksessa omaksumansa arvoperustan mukaisesti. (Leino-Kilpi ym. 2012, 51, 58.)

Suomen sairaanhoitajaliiton eettiset ohjeet perustuvat (liite 1) Kansainvälisen sairaanhoitajaliiton ohjeisiin. Potilasta koskeva eettinen ohjeistus vaatii hoitajalta muun muassa, että hän suojaa ihmiselämää ja edistää potilaan hyvää oloa, kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja kunnioittaa itsemääräämisoikeutta ja mahdollistaa potilaan osallistumisen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon sekä että hän toimii oikeudenmukaisesti ja hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin. (Leino-Kilpi ym. 2012, 52-53.) Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa tulee lisäksi esille sairaanhoidajan ammattietiikan kannalta tärkeitä arvoja, kuten terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen, kärsimyksen lievittäminen, voimavarojen lisääminen ja tukeminen sekä potilaan arvojen, vakaumuksen ja tapojen huomioiminen. (liite 1.)

3.3.3 Eettinen ongelma

Eettisille ongelmille on luonteenomaista se, ettei niiden ratkaisussa voida soveltaa ainoastaan yhtä asiaa, vaan eettisissä ongelmissa arvot saattavat olla ristiriidassa keskenään (Kalkas & Sarvimäki 1996, 82). Leino-Kilpi & Välimäki (2010, 61) mukaan eettinen ongelma voi syntyä myös, jos jokin arvo konkretisoituu käytännön toiminnassa. Eetti-

sen ongelmaan on olemassa monta, keskenään kilpailevaa ratkaisua, jotka ovat sillä tavoin epätäydellisiä, etteivät ne poista ongelmaa (Kalkas & Sarvimäki 1996, 82). Eettinen ongelma syntyy myös, kun eettisten periaatteiden noudattamiselle ilmaantuu jokin este. Eettiseen ongelmaan sisältyy usein käsite ”dilemma”, joka tarkoittaa, että olisi vaivallista kahden yhtä vaikean tai huonon vaihtoehdon välillä. (Kuokkanen 2012, 67-68.)

Eetiikkaan liittyvät ongelmat ovat hoitotyössä käytännönläheisiä. Hoitajalla on tietoa, kuinka tulisi toimia, mutta esimerkiksi ympäristöstä johtuvista syistä hän ei pysty toimimaan näkemyksensä mukaisesti. Hoitaja voi joutua tilanteeseen, jossa hän kamppailee potilaan itsemääräämisoikeuden ja hoitotyön periaatteen tehdä hyvää ja välttää pahaa välillä. Tilanteeseen ei välttämättä ole ratkaisua, ja siksi tällaiset tilanteet ovatkin hyvin ongelmallisia. (Kuokkanen 2012, 68.)

Eettisten ongelmien ratkaisuun ei voida aina soveltaa sovittua kaavaa vaan jokainen tilanne ratkaistaan yksilö- ja tilannekohtaisesti. Usein joudutaankin punnitsemaan minkä arvon mukaan toimitaan, mikäli aina ei voi saavuttaa parasta tilannetta joka suunnalta. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 82-84.)

Prosessinomaista eettisten ongelmien ratkaisua tukee Lankinen-Lipsasen tutkimus (2004, 39) jossa kuvattiin sairaanhoitajaopiskelijoiden eettisen päätöksenteon etenemistä. Opiskelijoille annettiin potilastapaus, joissa heidän tuli pohtia, kuinka he toimisivat ja miten perustelevat toimintansa. Ensin opiskelijat määrittelivät eettisen ongelman. Tämän jälkeen he määrittelivät vaihtoehdot ja arvioivat eri vaihtoehtojen luonnetta. Tämän jälkeen sairaanhoitajaopiskelijat valitsivat sopivan päätöksen ja kuvasivat kuinka he soveltaisivat päätöstä käytännössä. Viimeiseksi arvioitiin omaa toimintaa. (Lankinen-Lipsanen 2004, 39.)

Eettinen ongelma saattaa jäädä ratkaisematta tai sen ratkaiseminen voi jäädä kesken. Eettisen ongelman ratkaisemiselle tulisi luoda systemaattiset prosessit, kuten esimerkiksi eettiset työryhmät. Käytännön hoitotyössä on monitasoisia eettisiä ongelmia, jotka liittyvät potilaaseen tai asiakkaaseen tai hoitotyöntekijään. (Brunou 2009, 110.)

3.3.4 Sairaanhoidaja eettisenä toimijana

Toimiessaan käytännön hoitotyössä arvot ja normit, jotka sairaanhoidaja omaksuu, kuvastavat hänen maailmankatsomustaan ja näkemystä siitä, mikä on elämän tarkoitus, mitä hän pitää hyvänä ja tavoiteltavana ja minkälaisena hän näkee hyvän ihmisen tai yhteiskunnan. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 16.) Eettiset ”nauhat” ovat peräisin lapsuudesta, omista havainnoista, käskyistä ja kielloista tai vastaavasti vastakohtina ilmenneistä torjunnoista (Ryynänen & Myllykangas 2000, 19-20). Arvot kehittyvät elämän aikana ja ne muovautuvat vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Ottamalla huomioon toisten ihmisen reaktion omaa toimintaansa kohtaan, sairaanhoidajalla on mahdollisuus kehittyä eettisesti. (Kuokkanen 2012, 67.)

Eettisesti sensitiivinen sairaanhoidaja huomaa herkästi eettisesti ongelmalliset tilanteet. Hoitaja on siis eettisesti valveutunut. Tämä on kyky, johon tarvitaan paljon tietoa ja taitoa mutta siihen vaikuttavat myös persoonaan liittyvät ominaisuudet. Sensitiivinen hoitaja on avoin ympäristöstään tuleville ärsykeille eikä hän ole välinpitämätön, vaan vastaa aina ympäristön vaatimalla tavalla. Eettisesti valveutunut hoitajalla on vahva hoitajan kompetenssi eli pätevyys sekä taitoa ja tietoa ja lisäksi hän omistautuu työlleen. (Kuokkainen 2012, 66-67.) Tästä voidaan siis päätellä, että eettisesti valveutunut hoitaja omaa jo jonkin verran kokemusta sairaanhoidajan työstä. Lankinen-Lipsanen (2004, 47) toteaaakin pro gradu -tutkimuksessaan, että valmistumassa olevat opiskelijat hallitsivat heikoiten eettiseen päätöksentekoon liittyvistä asioista eettisen vakaumuksen tiedostamisen lisäksi juuri eettiseen herkkyyteen liittyviä asioita.

Hoitajan sensitiivisyys on hyvän hoidon perusedellytys, sillä silloin hoidettava ihminen ymmärretään kokonaisena, tuntevana ja tahtovana yksilönä. Tällainen hoitaja huomioi potilaan tarpeet myös eettisestä näkökulmasta. Sensitiivisyys ei ole abstrakti, saavuttamaton hyve, vaan se liittyy käytännön työssä potilaan kohtaamiseen. Sensitiivisen hoitajan ominaisuuksiksi kuvataan vastuu, valppaus, reaktiivisuus, empaattisuus, ystävällisyys, hienotunteisuus, hyvántahtoisuus ja hyvä itsetuntemus. (Kuokkainen 2012, 66-67.)

Eettiset periaatteet ohjaavat toimintaa ja asettavat hoitajalle vaatimuksia. Pohtiessaan käytännön tilanteessa, kuinka tulisi toimia ja mitkä arvot ja periaatteet ovat olennaisia, hoitaja käyttää omaa arviointikykyään. Hyvään arviointikykyyn sisältyy se, että hoitaja osaa ottaa kaikki tilanteen kannalta oleelliset asiat huomioon. Lisäksi siihen sisältyy

myös kriittinen arviointi sekä järkipärisyys. Hyvään arviointiin kuuluu myös vastuun ottaminen omasta ajattelusta ja päätöksistä. Jotta ihminen pystyy välttämään huonon arvioinnin, hänen tulee tarkastella sitä, kuinka hän on hyväksynyt arvonsa, jotta hän pystyy kriittisesti tarkastelemaan aikakaudelleen ominaisia ennakkoluuloja. Huonot päätökset voivat perustua joko huonoon arvostelukykyyn tai tietämättömyyteen. Tavoitteena kuitenkin on päätyä eri tilanteissa siihen, mikä on oikein oikean henkilön kohdalla, oikeaan aikaan ja päivämäärään ja sopivalla tavalla. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009,39-41.)

Nummisen (2010, 69) mukaan hoitajien moraalinen päätöksenteko eettisten ongelmien yhteydessä perustui enemmän henkilökohtaiseen kokemukseen sekä ympäristöllisiin tekijöihin kuin ammattikunnan eettisiin ohjeisiin. Mutta hoitajat kuitenkin kokevat eettiset ohjeet hyviksi oppaiksi, koska ne tarjoavat ammatillisia normeja. Eettisten ohjeiden käyttäminen on joko tiedostettua tai tiedostamatonta. Ohjeiden käyttämisestä haittaavia tekijöitä ovat mm. tiedonpuute sekä itsetunnon puute. (Numminen 2010, 69.)

Sairaanhoitajakoulutuksessa eettisten ohjeiden opettamisella pyritään ohjaamaan tulevia ammattilaisia oman ammattikunnan arvoperustaan (Leino-Kilpi ym. 2012, 59). Lankinen-Lipsanen (2004, 56) totesi pro-gradu tutkimuksessaan, että valmistumassa olevilla sairaanhoitajaopiskelijoilla on valmiuksia soveltaa eettisiä ohjeita käytännön hoitotyössä, vaikka opiskelijat itse arvioivat etiikan opetuksen olevan liian abstraktia. Eettiset lähtökohdat saattavat olla opiskelijalla jo ennen opiskelujen alkamista (Lankinen-Lipsanen 2004, 56), mutta myös koulutuksessa opetetuilla asioilla voidaan vaikuttaa eettiseen tietoisuuteen (Lankinen-Lipsanen 2004, 56; Numminen 2010, 69; Brunou 2009, 111). Opetusta ja ohjausta tehostamalla edistetään opiskelijan eettisen osaamisen tavoitetta sekä tiedollisesti että taidollisesti. Erityisesti itseohjautuvalla tiedonhankkimisella voidaan edistää eettisten ongelmien havaitsemisen ja ratkaisemisen oppimista. (Brunou 2009, 111.)

3.4. Eettiset ongelmat neurokirurgisen potilaan hoitotyössä

Neurokirurgisella potilaalla sairaus on aivoissa. Sairaus vaikuttaa potilaan kognitiivisiin toimintoihin. (Soinila ym. (toim) 2006, 662.) Kognitiivinen tarkoittaa tiedonkäsittelyä. Ihmisen aivot käsittelevät elimistöstä ja ympäristöstä tulevia viestejä. Kognitiivisia pe-

rustaitoja ovat esimerkiksi kielelliset taidot, havaitseminen, tarkkaavaisuus, muistaminen, toiminnanohjaus ja liiketaidot. Myös tunne-elämä kuuluu kognitiivisiin toimintoihin. (Kuikka ym. 2002, 23.)

Neuropsykologiset oireet voivat olla joko pysyviä tai ohimeneviä (Hietanen 2009). Kognitiivisten kykyjen heikentymisen vuoksi potilas ei välttämättä tunnista sairauttaan eikä hoitotoimenpiteiden merkitystä. Potilaan itsemääräämisoikeus ja kyky tehdä itenäisiä päätöksiä ovat uhattuna. (Soinila ym. (toim) 2006, 662.)

Aivovammapotilaalla esiintyy häiriöitä kognitiivisissa toiminnoissa, tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmia sekä muutoksia kommunikaation sujuvuudessa. Fyysisiä oireita ovat halvaukset, ataksia, dysartria, dysfagia, ja harvinaisempia oireita ovat afasia ja hemianopia eli samanpuoleisen näkökentän puoliskon puuttuminen kummankin silmän näkökentästä. (Turkka 2004, 1425.) Aivovammapotilas voi olla myös sekava. Potilas saattaa olla aggressiivinen sekä riuhtoa hoitotoimenpiteiden aikana. Potilas ei ymmärrä olevansa sairas joten hän saattaa olla hyvin hämmentynyt siitä, mitä ympärillä tapahtuu. Hän saattaa kiivetä pois sängystä ja satuttaa itsensä, koska toimintakyky ei vielä riitä täydelliseen mobilisaatioon. Sekava ja sairaudentunnoton potilas voi myös karata osastolta. Tällöin potilaan oman turvallisuuden vuoksi hänet joudutaan sitomaan sänkyyn lepovöillä. (Salmenperä ym 2002, 250.) Kun pyritään takamaan potilaan turvallisuus, joudutaan rajoittamaan itsemääräämisoikeutta. Tilanteet, joissa joudutaan pakkokeinoin estämään potilasta vahingoittamasta itseään tai muita, ovat eettisesti pohdintaa herättäviä. Tällaisissa tilanteissa loukataan melko vakavastikin potilaan itsemääräämisoikeutta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 132-133.)

Subaraknoidaalivuotopotilaan sekavuus lisääntyy erityisesti yöaikaan. Tällöin hän voi olla levoton, muistamaton tai aggressiivinen. (Salmenperä ym. 2002, 273.) Aivokasvainpotilaalla puolestaan saattaa esiintyä persoonallisuuden muutoksia, hidastuneisuutta, muistamattomuutta, aloitekyvyttömyyttä sekä sijainnista riippuen myös muita kognitiivisia ongelmia, kuten puheentuoton ja ymmärtämisen vaikeuksia (Salmenperä ym. 2002, 288). Sairaanhoidajalla on eettinen ja laillinen velvoite kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Potilaan ollessa sekava, hoitaja joutuu eettisen dilemman eteen, jossa hän joutuu valitsemaan kahden huonon vaihtoehdon, itsemääräämisoikeuden rajoittamisen tai turvallisuuden vaarantumisen välillä.

Pohjasvaaran (2002, 595) mukaan yksi neurokirurgisella potilaalla esiintyvä kognitiivinen häiriö on neglect-ilmio. Neglect, eli huomiotta jättäminen tarkoittaa, että potilas ei huomaa tai havainnoi ärsykettä, vaikka minkäänlaista aistipuutosta ei havaita ja se usein esiintyy toispuoleisesti, useimmiten vasemmalla. Tähän oireeseen liittyy myös se, että potilas kieltää aivovaurion aiheuttamat puutokset. (Hietanen 2009.) Kun potilas ei tiedosta sairauden aiheuttamaa fyysistä ongelmaa, on hänen turvallisuutensa vaarantumisen riski suuri. Potilas ei välttämättä pysty ottamaan hoitajalta tietoa ja ohjeita vastaan kognitiivisten puutostensa vuoksi.

Ymmärtämättömyys ja se, että potilaan toimia joudutaan turvallisuuden vuoksi rajoittamaan, saattavat aiheuttaa potilaassa ahdistusta ja hämmästyä kuten aivovammapotilaan sairauden aiheuttamia kognitiivisia kykyjä käsittelevässä kappaleessa tuotiin esille. Potilaalla on tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus, mutta sairaudesta johtuvista tekijöistä johtuen ne ovat heikentyneitä. Potilalle voidaan antaa riittävästi tietoa mutta hänellä on ongelmia puheen ymmärtämisessä jolloin tiedonsaantioikeus ei täydellisesti toteudu. Tämä vaikuttaa myös itsemääräämisoikeuteen, koska itsemääräämisoikeuden ja päätöksenteon toteutumiseen tarvitaan riittävästi ymmärrettävää tietoa. Potilas on kuitenkin autonominen, vaikka hän ei pysty tahtoaan käyttämään. Sairaanhoidaja on eettisen haasteen edessä, kun hän hoitaa potilasta lainsäädännön ja eettisten ohjeiden mukaisesti pyrkien autonomian kunnioittamiseen, ja samaan aikaan potilaan sairauden aiheuttamat oireet saattavat tehdä eettisesti oikeanlaisen hoitotyön lähes mahdottomaksi.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä opinnäytetyössä käytetään laadullista tutkimusmenetelmää, koska halutaan saada selville hoitajien kokemuksia eettisistä ongelmista neurokirurgisen potilaan hoitotyössä. Halutaan saada tietoa eettisistä ongelmista ilmiönä ja minkälaisia eettisiä ongelmia potilaan hoitotyössä nähdään.

4.1. Laadullinen tutkimus

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohta on todellisen elämän kuvaaminen. Laadullisesti toteutetussa tutkimuksessa pyritään saamaan tietoa tietyistä ilmiöistä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Sen sijaan että kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritäisiin todentamaan jo olemassa olevia väittämiä, siinä pyritään löytämään tai paljastamaan tosiasioita. (Hirsjärvi ym. 2008,157.) Laadullista tutkimusta voidaan kutsua ymmärtämiseksi Siinä eläydytään tutkimuskohteisiin liittyvään henkiseen ilmapiiriin, ajatuksiin, tunteisiin ja motiiveihin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 19). Laadullisella tiedolla tarkoitetaan sanallisessa tai kuvallisessa muodossa olevia aineistoja, kuten päiväkirjoja, kirjeitä, puheita, raportteja, kirjoja, artikkeleita, filmejä ja kuvanauhoja (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23).

Havaintojen teoriapitoisuudella tarkoitetaan sitä, että tutkijan havainnot ohjaavat omat käsitykset ja teoriat tutkittavasta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 19). Vaikka tutkija pyrkisikin objektiivisuuteen työskennellessään, todellisuudessa arvot ja olemassa oleva tieto ohjaavat työskentelyä (Hirsjärvi ym. 2008, 157). Tästä voidaan esittää luotettavuuskritiikkiä, koska tutkimuksesta saatu tieto ei ole täysin objektiivista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 19).

Empiirisessä eli kokemukseräisessä laadullisessa tutkimuksessa korostuvat aineiston keräämis- ja analyysimetodit. Niiden esittely tutkimuksessa antaa lukijalle mahdollisuuden arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja ne lisäävät tutkimuksen uskottavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 21.)

Laadullinen tutkimus voidaan tehdä monella tavalla ja termejä sekä suuntauksia ja lajeja on lukuisia erilaisia. Kaikilla kvalitatiivisilla tutkimuksilla on se sama piirre, että ne korostavat tarvetta ottaa huomioon sosiaalisten ilmiöiden merkityksestä luonnetta kun kuvataan, tutkitaan tai selitetään kulttuuria, kommunikaatiota tai sosiaalista toimintaa. Laadullisessa tutkimuksessa suositaan ihmistä tiedon lähteenä. Siinä tulee myös käyttää sellaisia metodeja, joilla ihmisen ääni saadaan parhaiten kuuluville. Kohdejoukkoa ei valita satunnaisesti vaan tarkasti valiten. Laadullisen tutkimuksen edetessä suunnitelmat saattavat muuttua eli se toteutetaan joustavasti. Lisäksi laadullisessa tutkimuksessa aineiston tapaukset käsitellään ainutlaatuisina, ja tämä vaikuttaa myös aineiston tulkinnaan. (Hirsjärvi ym. 2008, 159-160.)

4.2. Aineiston keruu

Aineisto kerätään laadullisessa tutkimuksessa useimmiten kyselyllä, haastattelulla, havainnoinnilla sekä hakemalla tietoa erilaisista dokumenteista. Näitä voidaan käyttää yksinään, rinnakkain tai yhdistelemällä eri tavoin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71-73; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Laadullisella tutkimuksella saadaan tietoa haastateltavan itsensä antamista merkityksistä ja hänen kokemuksistaan jostain ilmiöstä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Haastatteluun ja kyselyin kerättyä aineistoa on kritisoitu, mutta ongelmia voidaan lieventää muun muassa haastattelijan koulutuksella. Haastattelun etu on kuitenkin sen joustavuus. Tilanteessa on mahdollista toistaa kysymys tai oikaista väärinymmärrykset heti, selventää ilmauksia sekä keskustella tiedon antajan eli haastateltavan kanssa. Tutkija voi lisäksi esittää kysymykset parhaaksi katsomassaan järjestyksessä. Koska haastattelun tavoitteena on saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta asiasta, aiheet tai teemat on hyvä toimittaa jo ennen haastattelua haastateltaville. Aiheen kertominen haastateltaville on myös eettinen kysymys. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72-73.)

Tiedonantajan eli haastateltavan kertoman asian lisäksi tutkija pystyy haastattelutilanteessa merkitsemään muistiin, kuinka haastattelija asian kertoo. Haastattelu on hyvä aineistonkeruumenetelmä myös siksi, että lupa haastatteluun voidaan kysyä henkilökohtaisesti ja tällöin haastateltavat harvoin kieltäytyvät haastattelusta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.)

Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa edetään etukäteen valittujen teemojen varassa. Siinä korostetaan ihmisen tulkintaa asiasta, heidän antamiaan merkityksiä asioille sekä sitä, kuinka merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Haastattelussa, jossa edetään tiettyjen teemojen mukaan, ei voi kysyä mitä tahansa, vaan pyritään löytämään vastauksia tutkimusongelman tai tehtävän mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-77.) Teemahaastattelu asettuu lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun väliin. Kysymykset eivät ole tarkkaan määriteltyjä ja muotoiltuja vaan teemoihin soviteltuja väljempiä kysymyksiä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Etukäteen valitut teemat perustuvat ilmiöstä jo tiedettyihin asioihin. Teemahaastattelussa oletetaan että haastateltavat ymmärtävät esimerkiksi termin ammattitaito juuri samalla tavalla, ja kykenevät myös pilkkomaan sen samalla tavalla. Jos ei näin ole, ei voida olettaa vastausten olevan teemaan liittyviä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-77.)

Teemahaastattelu on keskustelunomainen eikä teemoja tarvitse käsitellä samassa järjestyksessä jokaisen haastateltavan kohdalla. Kaikkia teemoja ei myöskään tarvitse käsitellä kaikkien haastateltavien kanssa. Haastattelijalla on tiivistetyt tiedot teemoista mukanaan haastattelutilanteessa, ja hän pyrkii mahdollisimman vapaaseen keskusteluun niin, ettei haastattelu mene tarkkojen kysymysten paperista lukien esittämiseen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Aineisto kerätään haastattelemalla neljää sairaanhoitajaa, joilla olisi mahdollisimman paljon kokemusta neurokirurgisen potilaan hoitotyöstä. Haastattelu toteutetaan tiettyjen teemojen mukaisesti (liite 4), jotka palvelevat tutkimuskysymyksiä. Työelämän yhteishenkilö valitsee haastateltavat ja arvioi, kuinka kokenut hoitaja on. Haastateltaville toimitetaan ennen haastattelua saatekirje (liite 3) ja suostumuslomake (liite 3), jossa kerrotaan tutkimuksen aihe ja tuodaan esille tutkimuksen vapaaehtoisuus. Teemahaastattelu tuntui sopivimmalta kokemattomalle haastattelijalle, joka voi tarvittaessa tukeutua lisäkysymyksiin. Lisäksi lisäkysymykset ja ennalta määrätyt teemat ohjaavat haastattelijaa saamaan tietoa halutusta asiasta. Ongelmana on, että valmiiksi määrätyt teemat voivat ohjata liikaa ja saattavat häiritä haastateltavan omakohtaisten kokemusten esiintuontia niin kuin se hänelle on luonteenomaisinta. Tästä syystä teemat ja lisäkysymykset pyritään asettelemaan mahdollisimman väljiksi.

4.3. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on tapa, jolla voidaan analysoida tietoa systemaattisesti ja objektiivisesti. Tutkittavasta ilmiöstä pyritään saamaan kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.) Tutkija esittää järjestetyn aineiston tuloksina, ilman johtopäätöksiä, ja tästä syystä sisällönanalyysiä on kritisoitu aineiston analyysimenetelmänä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Latvala & Vanhanen-Nuutisen (2001, 23) mukaan sisällönanalyysissä on kyse aineistossa ilmenevistä merkityksistä, tarkoituksista ja aikomuksista sekä seurauksista ja yhteyksistä.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto ensin redusoidaan eli pelkistetään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Tämä tarkoittaa sitä, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26). Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Ryhmittely tarkoittaa pelkistettyjen ilmauksien eroja ja yhtäläisyyksiä. Samaa asiaa kuvaavat yhdistetään luokaksi ja annetaan luokalle sisältöä kuvaava nimi. Tässä tutkija käyttää omaa tulkintaansa. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 28.) Viimeinen vaihe on luoda teoreettisia käsitteitä eli abstrahointi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109).

Tutkija kuuntelee haastattelut ja kirjoittaa ne auki, perehtyy sisältöön, etsii pelkistettyjä ilmaisuja, alleviivaa ja listaa ne, etsii niistä samankaltaisuuksia tai erilaisuuksia. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaisut yhdistetään ja muodostetaan alaluokkia. Alaluokat yhdistetään ja muodostetaan yläluokat ja yläluokat yhdistetään ja muodostetaan kokoava käsite. Aineiston tieto voidaan tiivistää tai pilkkoa osiin, jolloin tutkimustehtävät ohjaavat työskentelyä. Ennen analyysin aloittamista tulee määrittää analyysiyksikkö joka voi olla yksittäinen sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus joka sisältää erilaisia lauseita. Sen määrittämistä ohjaavat tutkimustehtävät ja aineiston laatu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-110.)

Opinnäytetyön aineisto käsitellään aineistolähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä, koska sillä saadaan aineistosta nostettua tärkeät teemat ja tutkimustulokset esille. Aineistosta kerättiin pelkistettyjä ilmaisuja, jotka ryhmiteltiin, luotiin ala- ja yläkäsitteet sekä kokoavat käsitteet (liite 5). Kokoavista käsitteistä saatiin otsikot eettisille ongelmille.

5 TULOKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää minkälaisia eettisiä ongelmia hoitajat kohtaavat työssään neurokirurgisen potilaan hoidossa. Aineisto koostui neljän sairaanhoitajan haastatteluista, ja heillä kaikilla oli kokemusta neurokirurgisen potilaan hoidosta. Haastateltavien työkokemus vaihteli neljästä vuodesta yli kahteenkymmeneen vuoteen.

Haastattelu toteutettiin ennalta määrättyjen teemojen mukaisesti. Teemat sisälsivät apukysymyksiä, mutta jokainen haastattelu eteni yksilöllisesti.

Kohdassa 5.1. sain vastauksia ensimmäiseen tutkimuskysymykseeni ” Minkälaisia eettisiä ongelmia hoitajat kohtaavat työskennellessään neurokirurgisen potilaan kanssa?” ja kohdassa 5.2. vastaan toiseen tutkimuskysymykseeni ” Miten eettisissä ongelmatilanteissa toimitaan ja kuinka niitä ratkaistaan?”.

5.1. Eettiset ongelmat neurokirurgisen potilaan hoitotyössä

Liitteessä 5 on kuvattu aineiston analyysin eteneminen, sekä kokoavat käsitteet, joiden mukaan tulosten esittäminen etenee.

5.1.1 Itsemääräämisoikeuden ja päätöksentekokyvyn heikentyminen sairaudesta johtuvien oireiden vuoksi

Haastateltavat toivat esille erilaisia neurokirurgisella potilaalla esiintyviä vaikeuksia puheen ymmärtämisessä. Vaikeuksia ymmärtämisessä he havaitsivat, kun potilas ei noudattanut heidän antamia ohjeita, tai kun potilas ei osannut käyttää jotain esinettä. Kaksi haastateltavaa toi esille, kuinka he havainnoivat arkipäiväisissä asioissa avustajansa, kuinka paljon potilas ymmärtää puhetta ja ohjeita.

”...pyydät potilasta tekemään jotain ja sitten se ei saakaan sitä hommaa tehtyä ja tuntuu joutuvan johonkin muuta... tai ei tiedä mitä jollain esineellä tehdään...”

”...nähdään sit miten niinku toimii eri käytännön tilanteissa....ymmärtääkö oikeesti miten hampaat pestään...”

Ongelmia oli myös puheen tuotossa. Potilas ei pystynyt puheentuoton vaikeuksien vuoksi ymmärrettävästi ilmaisemaan itseään ja tahtoaan. Vaikeudet puheen tuotossa esiintyivät jokaisen haastateltavan kertomuksissa.

”...tilanne saattaa olla silti aika yllättävä kun potilas herääkin leikkauksesta eikä pystyäkään puhumaan...”

”...jos potilaalla on joku tällöinen ilmaisuvaikeus eli afasia.... ei pysty mitakaan asioita sit ilmaseen ja on vaikea tietää mitä potilas, mitä mieltä potilas sitte on.. ”

Kommunikaation lisäksi potilailla havaittiin ongelmia orientaatioissa ja heidän tajuntansa oli alentunut. Alentunut tajunnantaso nähtiin myös ongelmallisena, koska potilaan mielipidettä ei silloin pystytä selvittämään. Kaksi haastateltavaa toi esille suoraan ilmaisemalla, että neurokirurgisella potilaalla ei aina ole kykyä päättää omista asioistaan. Päätöksentekokyvyn arviointi koettiin haasteelliseksi.

”... neurokirurgialla on potilaita joitten kyky päättää omista asioistaan ei ole ihan niinku normaalilla tasolla että.. sehän on aina vaikee asia tavallaan ja sit sitä arvioida sitte tässä...”

”...potilaan oma käsitys siitä niinku orientaatiosta poikkeee ihan täysin siitä hoitajan näkemyksestä...”

5.1.2 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen turvallisuuden vuoksi

Kaikki haastateltavat toivat esille tilanteita, joiden vuoksi potilaan itsemääräämisoikeutta jouduttiin rajoittamaan turvallisuuden takaamiseksi sitomalla potilas lepovöihin. Potilaan sitomiseen johtavia tilanteita olivat sairautentunnottomuus, alentunut tajunnantaso, ymmärtämättömyys, aggressiivisuus ja hoidon vastustaminen. Potilas ei tiedostanut oireitaan, jonka vuoksi hän pyrki nousemaan sängystä ja lähtemään liikkeelle, eikä hän ymmärtänyt että hänen sairaudestaan johtuvista tekijöistä hänen liikkumiskykynsä oli rajoittunut. Potilas jouduttiin sitomaan myös tilanteissa, joissa hän oli sekava ja itselleen vaarallinen. Kaksi haastateltavaa toi esille tilanteen, jossa potilaan rauhoittamiseksi jouduttiin kutsumaan vartija paikalle. Kaikki haastateltavat perustelivat potilaan sitomisen potilaan turvallisuuden takaamisella.

”...käyttäyty hirveen aggressiivisesti...huusi meille hoitajille, kiroili ja rupes huitoo ja potikimaan ku mentiin lähelle että ei niinku pahimmassa tapauksessa pystytty mitään tekemään...sitten hän rupes könyämään ylös sängystä...liikkuminen oli niin huonoo että hän olis todennäköisesti niinku kaatunu, tippunu sängystä ja satuttanu itensä...”

Kaksi haastateltavaa toi esille, että potilas joudutaan sitomaan, koska hänellä on aivo-kammioavanne, eikä potilas ymmärtänyt ettei siihen saa koskea.

”..oli ventrikulostomia päässä ja hän ei ymmärtäny.... siihen ei saa koskea.. hänen kä-tensä oli pakko laittaa kiinni että se ei ylettyis sinne päähän...”

Kaikki haastateltavat mainitsivat potilaan aggressiivisuuden olevan tahdonvastaisen hoidon taustalla. Potilasta jouduttiin myös lääkitsemään vastoin hänen tahtoaan.

”...sitten jos joutuu lääkittee vastoin potilaan tahtoo... jos on levoton ja aggressiivinen potilas ja just esimerkiks pyrkii koko ajan pois sängystä. Niin sitten tää sitominenhan on taas ihan oma juttunsa mutta että saadaan niinkun se potilas rauhotettua siihen tilan-teeseen..” H4

5.1.3 Hoitoa ei voida toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa

Haastateltavat toivat esille tilanteita, joissa potilaan heikentyneen ilmaisukyvyn vuoksi ei saatu potilaalta itseltään tiedusteltua, mikä hänen oma tahtonsa. Potilaan tahdon mukaisen hoidon selvittäminen koettiin haasteelliseksi, eikä aina ollut selvää, kenen mieli-piteen mukaan potilasta tulisi hoitaa.

”...kymmenen huolestunutta omaista joilla kaikilla on vähän oma näkemyksensä...ja sit sillä ihmisellä on kanssa, potilaalla, vähän erilainen näkemys asiasta. Tasapainotella siinä välissä niin se on vähän hankalaa..”

Potilaan omaisilta saatiin arvokasta tietoa potilaasta, mutta toisaalta aina ei tiedetty, ovatko omaiset täysin potilaan asialla.

*”...et kuka ajattelee sen potilaan parasta, ku aina ei voida olla varmoja siitäkään että onko omaiset aina niinku ihan oikeesti sen potilaan asialla, jos potilas ei pysty ite ker-
too sitä omaa mielipidettä...”*

Joskus oli tilanteita, joissa potilasta hoidettiin täysin hoitajalähtöisesti, jotta päivittäiset asiat saataisiin hoidettua.

*”...potilas on vaikka simmonen tajunnaltaan tosi matala...että me mennään suihkuun silloin kun hoitaja päättää että nyt tarvii mennä sinne suihkuun ja tehdään niinku muut-
ki tämmöset toimenpiteet että...”*

5.1.4 Potilaan psyykkisen hyvinvoinnin kärsiminen

Haastateltavat toivat esille potilaan tunnetiloja hoidon aikana. Potilaat kokivat ahdistus-
ta ja tuskaa kun eivät pystyneet ilmaisemaan itseään. Potilas saattoi ymmärtää kaiken
ympärillään tapahtuvat asiat mutta ei pystynyt ilmaisemaan itseään merkityksellisesti.
Potilas koki negatiivisia tunteita sitomisen aikana. Pelko, ahdistus sekä turhautuminen
nousivat haastateltavien kertomista esille potilaan kokemista negatiivisista tunteista.

*”...potilas turhautuu hirveesti, jos se ei pysty ymmärrettävästi niinku ilmaisemaan it-
teensä. Jos kuitenkin sillä tavalla pää toimii että niinku ymmärtää että tässä on joku vi-
ka... on hirveesti jotain mitä se haluaa sanoa, mutta se ei pysty, niin se on ihan kauhee
tilanne...”*

*”...potilas ei ymmärrä miks mitäkin tehdään ja voi hätääntyä sitten siitä ja kokee, että
tehdään nyt jotain pahaa hänelle...”*

5.1.5 Hoitotyön laadun kärsiminen potilaasta riippumattomista tekijöistä

Neurokirurgisen potilaan hoitotyö oli henkisesti vaativaa, ja hoitajan inhimillinen
kuormittuminen saattoi altistaa potilaan heikommalle hoidolle. Hoitajan väsymys lisäsi
potilaiden aiheuttamien tunteiden kuormaa.

*”... niitä hankalanoloisia ihmisiä... jotka hirveesti niinkun raastaa sitä hoitajan tam-
möstä hyvinvointia että se yks työvuoro alkaa olla aika maksimi kun pystyy pitää oman
käyttöksensä kontrollissa...”*

”... sellanen sekava potilas tai jotenki aggressiivinen potilas niin ärsyttää ja pelottaa hoitajia...ärsykekynnystä tietysti madaltaa se jos ite hoitohenkilökunta on väsynyttä tai jotenki muuten ylikuormittunutta... tulee niitä ylireagoiteja tai ei mielellään jakseta hoitaa niin hyvin kuin sit jos oltais hyvässä terässä...”

Hoitajien resurssipula vaikuttaa hoitotyöhön laatua laskevasti. Kiire vaikeutti potilaan riittävää ohjausta sekä riittävän ajan antamista.

”...et jos on kiire ja ei oo just riittävästi aikaa, aikaa semmoseen niinku pysähtymiseen ja tai hyvään ohjaukseen...”

Haastatteluista nousi esille hoitajien kokemukset siitä, että vuodeosastolle sijoitettujen aivokammioavannepotilaiden tarkkailua ei voitu toteuttaa riittävän tiheästi, mikä aiheutti vakavia riskejä potilaan hyvinvoinnille.

”...ventrikulostomiapotilaat...semmoset potilaat on muissa sairaaloissa pääsääntöisesti valvontaosastoilla... meillähän niitä hoidetaan vuodeosastolla. Ja siinä on tietysti ihan hirveesti riskejä... koskee siihen letkustoon tai vetää sitä irti tai avata hanoja... saattaa olla ihan hengenvaarallista...”

”...hengenvaara on siinä niinku koko ajan läsnä siinä hoitotyössä (ventrikulostomiapotilaiden kohdalla). Mut sehän ei oo mun mielest mikään laadukkaan hoitotyön tunnusmerkki.. ”

Haastateltavat toivat esille, että potilaan sitominen olisi monessa tilanteessa voitu ehkäistä sillä, että potilaan lähellä olisi hoitaja läsnä koko ajan.

”...jouduttiin tämmöseen sitomistilanteeseen potilaan rajoittamiseksi, mikä olis pystytty ehkäiseä sillä että siinä olis ollu joku vieressä.”

Vaatus tehdä hoitotyötä tehokkaammin ja säästöpainet heikensivät hoitotyön laatua.

”...semmoset taloudelliset asiat jos on painetta niinku tehdä jotkut asiat nopeemmin niin kyllä ne aina laskee sitä laatua...”

Omaisten kohtelu saattaa olla potilasta kohtaan epäeettistä

”...omaiset kohtelee sitä potilasta niinku...suoranaisesti käyttää hyväkseen...”

Haastateltavien kertomuksissa oli ristiriitaisia näkemyksiä siitä, minkälaisin perustein potilas laitetaan lepovöihin. Yhden haastateltavan mielestä potilas saatetaan sitoa, jotta oma työ sujuisi paremmin, toisen haastateltavan mukaan potilasta ei sidota jos potilaan turvallisuus ei sitä ehdottomasti vaadi.

”...sellasia ihmisiä jotka sitoo potilaan ihan sen että se oma työ sujuu paremmin niin... toisilla se kynnys oli matalampi siihen sitomiseen kun toisilla...”

”...viimeinen keino mitä käytetään...ei ehdoin tahdoin ruveta sitoo eikä niinku kovin hepposin perustein ruveta niinku ketään laittamaan...”

Ristiriidat työyhteisön sisällä vaikuttivat hoitotyön laatuun.

”...ristiriitoja työyhteisössä ja työryhmien kesken ei välit toimi niin hyvin ku pitäts...nehän näkyy kaikki siinä potilaan hoitotyössä...”

5.2. Ratkaisut eettisesti ongelmallisissa tilanteissa

Liitteessä 6 on tuotu esille aineiston analysoinnin eteneminen sekä kokoavat käsitteet joiden mukaan tulosten esittely etenee tässä kappaleessa.

5.2.1 Potilaan itsemääräämisoikeuden tukeminen

Potilaan itsemääräämisoikeutta tuettiin potilaan oman tahdon ilmaisun tukemisella, tiedonsaantioikeuden toteuttamisella sekä potilaan oman tahdon selvittämisellä. Potilaan oman tahdon ilmaisu mahdollistettiin kärsivällisellä olemuksella sekä ajan antamisella. Apuvälineet mainittiin myös potilaan oman tahdon ilmaisun apuna. Potilaille annettiin ehdotuksia, jotta hän voisi yksinkertaisesti myöntää tai kieltää, haluaako hän jotain tiettyä asiaa.

”... yrittää olla kärsivällinen sen potilaan kans et sielt sais jotain irti. Mitä mieltä hän oikeesti olis...”

”...että jos on kyse siitä ettei pysty puhuu, ei pysty ilmaseen, niin antaa niitä mahdollisuuksia että jollakin tavalla se potilas pystyy myöntää tai kieltää...”

Potilaan tiedonsaantia tuettiin kertomalla hänelle mitä tehdään ja miksi. Potilaalle kerrottiin miksi hän on hoidossa ja mitä tulee tapahtumaan. Potilaalle kerrottiin asioita, vaikka hänen ymmärtämisestään ei olisi varmuutta.

*”...kyllä sen kans joka tapauksessa puhutaan vaikka se ei ihan täysin kartalla olis-
kaan...”*

Potilaan omaa tahtoa selvitettiin tulkitsemalla kehonkieltä, kyselemällä omaisilta tietoa, sekä ottamalla yhteyttä edellisiin hoitopaikkoihin, joissa potilas saatetaan tuntea paremmin.

”Tietysti omaisten kanssahan on puhuttava ja sitten mä saatan joskus soittaa sinne paikkaan mis potilas on esimekiks ollu aikasemmin hoidossa et onko heillä tietoo, mitä on, onks heil ollu puhetta potilaan kanssa näist asioista...”

5.2.2 Työyhteisön tuki eettisesti laadukkaan hoitotyön toteuttamisessa

Haastateltavat toivat esille keinoja, jotka tukevat potilaan kannalta hyvää hoitotyötä. Raskaiden potilaiden hoitoa jaettiin toisten hoitajien kanssa

”...pitempiaikaisten kanssa pystytään ihan hyvin sanoo että nyt niinku lähtee järki että ei pysty tekemään tota.... sanotaan kollegalle että sano sitten jos rupee tuntuu vaikeelta niin kyl mä meen sinne sitte välillä... kuuluu mun mielest hyvän työyhteisön toimintaan.”

Omaa toimintaa tarkasteltiin ja työyhteisön kanssa keskusteltiin vaikeista tilanteista, jolla pyrittiin varmistamaan se, että hoidon laatu pysyisi asiallisena.

”...tää sitominen. Et siitähän on vuosien varrella todella paljon puhuttu ja me arvioitiin niinku toinen toistemekin tekemistä...”

”...pitää niinku työkavereitten kanssa niinku pitää sitä aktiivisena. Ettei siitä tuu sellasta että sää alat niinku.. et sää oot joku simmonen vallankäytön automaatti...”

Eettisten ongelmien ratkaisuun haettiin tukea muilta työyhteisön jäseniltä. Yhteisöllisyys korostui haastateltavien kertomuksissa, yhdessä mietittiin mikä olisi hyvä. Lääkäri osallistui päätöksentekoon omalta osaltaan.

”...meil on semmonen niinku työyhteisössä et me ollaan aina niinku puhuttu paljon justii tämmösistä ristiriitatilanteista ja asioista...et mitä mieltä sä oot ja miten sä tekisit asian ja näin... jaettu niitä työparin kanssa...”

6 POHDINTA

6.1. Tulosten tarkastelua

Tutkimuskysymyksinä olivat: ”Minkälaisia eettisiä ongelmia hoitajat kohtaavat työskennellessään neurokirurgisen potilaan kanssa?” sekä ”Miten eettisissä ongelmatilanteissa toimitaan ja kuinka niitä ratkaistaan?” Tulokset vastasivat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Eettisiä ongelmia tuli kattavasti hoitajien kertomana, mutta he lisäksi kuvasivat, miten eettisesti haasteellisissa tilanteissa toimitaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa eettisten ongelmien luonteesta koskien neurokirurgisen potilaan hoitoa jotta saatua tietoa voitaisiin soveltaa käytännön hoitotyössä eettistä keskustelua ja pohdintaa käytäessä. Tavoitteeseen päästiin ainakin uuden tiedon tuottaminen ilmiöstä, josta ei löytynyt suoraan muita tutkimuksia. Itsemääräämisoikeuden toteutumista muun muassa on tutkittu mielenterveyshoitotyössä, mutta ei suoraan neurokirurgisen potilaan hoitotyössä. Osastolla tapahtuvan valmiin työn esittämisellä pyritään saavuttamaan myös toinen tavoite, joka on se, että tietoa voitaisiin soveltaa käytännön hoitotyössä potilaan hoidon laadun parantamiseksi.

Neurokirurgisella potilaalla on puutteita itsemääräämisoikeuden sekä itsenäisen päätöksenteon toteutumisessa. Tämä käy ilmi tuloksista, mutta puutteet tulivat esille myös kirjallisista lähteistä (ks. mm. Edwards 2009, 64-65). Sairaus voi vaikuttaa potilaan aivojen toimintaan niin, että hänellä on vaikeuksia kommunikoida hoitajan kanssa. Hänen kykynsä ottaa vastaan tietoa ja ilmaista omaa tahtoaan ovat heikentyneet. Tämä aiheuttaa loukkauksen potilaan psyykkiselle, fyysiselle että sosiaaliselle eheydelle (ks. Teeri 2007, 34). Itsemääräämisoikeus ja päätöksentekokyky ovat voimakkaita oikeuksia, ja niiden rajoittuminen on aina eettisen pohdinnan paikka (ks Sundman 2000, 28-29; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista; ETENE-julkaisu 2004). Opinnäytetyön tulokset tukivat kirjallisuudesta saamaani tietoa neurokirurgisen potilaan sairauden aiheuttamista oireista (ks. Turkka 2004, 1425; Seppälä & Kallio 2009; Salmenperä ym 2002, 288)

Potilas jouduttiin sitomaan lepovöihin tilanteissa jos hän oli sekava, aggressiivinen, tai jos hän ei ymmärtänyt että hänen liikkumiskykynsä on rajoittunut ja hän pyrki ylös sängystä ilman avustajaa. Potilas ei ollut kompetentti päättämään omista asioistaan (ks. Beauchamp & Childress 1994, 133, 135-137). Toisaalta on eettisesti oikein, että poti-

laan turvallisuudesta pidetään huolta kun hänen oma toimintansa tai ymmärryksensä taso uhkaavat hänen omaa hyvinvointiaan, mutta toisaalta potilaan sitominen on myös selkeä eettinen ongelma koska se on niin voimakas itsemääräämisoikeuden rajoittamisen muoto.

Tilanne jossa potilas on aggressiivinen ja levoton, voi olla selvä aihe potilaan sitomiselle. Mutta joissain tilanteissa voi olla vaikea päättää, tulisiko potilas sitoa vai ei. Itsensä loukkaamisen riski on läsnä jokaisen tajunnaltaan tai ymmärrykseltään madaltuneen potilaan kohdalla, joten missä vaiheessa hoitaja päättää sitoa potilaan kädet? Turvallisuus on tärkeä asia, ja potilaan toipumisen kannalta on tärkeää ennaltaehkäistä mahdollisia tapaturmia. Kuitenkaan potilasta ei voi sitoa ilman selkeää syytä, vaikka tavoitteena olisikin ennaltaehkäistä tapaturmia.

Yllättävää oli, että potilaan sitominen olisi voitu monessa tilanteessa estää, jos hoitajaresurssit olisivat olleet paremmat, eli jos olisi mahdollisuus antaa hoitaja levottoman potilaan vierelle. Potilaan itsemääräämisoikeus ei toteutunut ulkoisten rajoitteiden vuoksi, mutta ulkoiset rajoitteet eivät saisi olla esteenä itsemääräämisoikeuden toteutumiselle (ks. Suonsivu, Mäkipää & Suominen, 2009). Hoitajat kokivat sitomistilanteet ristiriitaisina, eikä se ollut heillekään miellyttävä kokemus. Sitominen joissain tilanteissa voi kuitenkin olla pakollinen toimenpide, mikäli hoitajia ei yksinkertaisesti ole tarpeeksi, ja potilas saattaa ilman sitomista loukata itsensä tai aiheuttaa itselleen jopa hengenvaaran. Hoitajan läsnäolo levottoman potilaan luona olisi selvästi inhimillisempää kuin sitominen lepoöihin. Hoitajan kiireetön ja rauhallinen läsnäolo olisi potilaan psyykkisen hyvinvoinninkin kannalta erittäin mielekäästä ja saattaisi olla myös hoitajalle miellyttävämpi tapa hoitaa levotonta potilasta.

Tuloksissa kävi ilmi, että potilasta voidaan sitoa myös siksi että oma työ helpottuu. Kun potilaan kyky ilmaista itseään on heikentynyt, potilas voi olla täysin muiden armoilla eikä pysty puolustamaan itseään väärinkohteluita vastaan. Tällöin hoitajan eettinen osaaminen korostuu, ja hänen on tiedostettava potilaan autonomia, vaikka potilas ei itse pysty tahtoaan ilmaisemaan (ks. Leino-Kilpi ym. 1999, 57; Edwards 2009, 65). Todennäköisesti hoitajilla on erilaisia käsityksiä koska potilasta tulisi sitoa ja se saattaa aiheuttaa tilanteita, joissa toinen sitoo helpommin ja toinen vähän myöhemmin. Silti herää ajatus, että olisiko mahdollista yhtenäistää käytäntöjä niin että potilaan hoito ei olisi aina hoitajasta kiinni, vaan hän saisi joka vuorossa eettisesti yhtä laadukasta hoitotyötä

jossa inhimillisyys, ihmisarvo sekä itsemääräämisoikeus toteutuisivat niin hyvin kuin vain olisi mahdollista. Eettisistä ongelmista tulee keskustella, ja on pidettävä yllä keskustelua siitä kuinka eettistä hoitotyötä voitaisiin kehittää eteenpäin.

Omaisten ja hoitajien rooli potilaan hoidon päättäjänä korostuu potilaan heikentyneen kommunikoinnin, alentuneen tajunnantason sekä orientaatiovaikeuksien vuoksi. Omaisilta saadaan arvokasta tietoa potilaasta, mutta toisaalta omaiset voivat toimia omasta näkökulmastaan, eikä potilaan näkökulmasta käsin. Haastatteluissa tuli esille, että hoitaja on joskus melkoisessa ristitulella, mikäli omaisten kesken oli ristiriitaisuutta hoitoon liittyvistä asioista. Miten hoitaja voi päättää, kuinka hän toimii tällaisessa tilanteessa? Tilanteet ovat yksilöllisiä, ja niiden ratkaisuun vaaditaan korkeatasoista eettistä ajattelua ja ongelmanratkaisutaitoja. Tällaisessa tilanteessa on hoitajana haasteellista toimia, kun on monta käsitystä kuinka potilasta tulisi hoitaa. Vaikka sairaanhoitajan toimintaa ohjaa eettiset periaatteet ja ohjeistukset on tilanteita, joiden ratkaiseminen on erityisen haastavaa. Ei ole olemassa yhtä oikeaa ratkaisua. Tämä kuvaa eettisten ongelmien pulmallista luonnetta (ks. Kalkas & Sarvimäki 1996, 82).

Potilaan psyykkinen hyvinvointi kärsi tilanteessa, jossa hän ei voinut ilmaista itseään. Ahdistus ja pelko ovat voimakkaita tunteita, ja jos potilas joudutaan sitomaan, tunteet voimistuvat. Opinnäytetyön teoriaosiossa tuli esille, että mm. ahdistuneisuus vaikuttaa heikentävästi itsemääräämisoikeuden kompetenssiin (ks. Edwards 2009, 64-65). Levottomuus ja sekavuus ovat ymmärrettäviä potilaan tunteita, mikäli hänellä on tunne, ettei ymmärrä mitä tapahtuu ja mitä hänelle tehdään. Hoitajan resurssipulasta johtuva kiire aiheutti sen, ettei ollut aikaa ohjata potilasta tarpeeksi tai pysähtyä hänen äärelleen. Tilanteessa, jossa potilas on levoton, hoitajan rauhallinen olemus ja riittävä keskustelu voisivat lisätä potilaan turvallisuuden tunnetta ja lievittää pahaa oloa. Tämä parantaisi potilaan ihmisarvoista kohtelua.

Vaativa hoitotyö kuormitti hoitajia. Väsyminen kiireen ja raskashoitoisten potilaiden vuoksi ovat inhimillisiä asioita, mutta väsymys voi johtaa siihen, ettei eettisiä ongelmia tunnisteta eikä niihin puututa. Tämä tulee esille myös sairaanhoitajaliiton verkkoartikkelissa eettisten ongelmien tunnistamisesta (ks. Rosqvist 2004). Taloudellisten kysymysten vuoksi monissa työyhteisöissä kärsitään liian vähäisestä hoitajamäärästä. Hoitotyön eettisyyden ja ihmisarvon kunnioittamisen pitäisi olla hoitotyön perusta (ks. Lindqvist 2000; Sarvimäki- Stenbock-Hult 2009, 119-120), mutta se kärsii taloudellisten

rajoitusten vuoksi, kuten opinnäytetyön tuloksista käy ilmi. Vähäinen hoitajamäärä ei ole inhimillistä potilaalle, mutta se ei ole inhimillistä myöskään hoitajalle. Jokainen hoitaja on yksilö, jolla on oma ihmisarvonsa, oma elämänsä ja perheensä. Raskaat työpäivät voivat vaikuttaa melko paljon monien ihmisten elämään, sekä hoitajien että potilaiden. Hoitajien jaksamiseen tulisi kiinnittää parempaa huomiota, jotta he jaksaisivat vaativassa ja arvokkaassa ihmisten parissa tehtävässä työssä.

Eettisten ongelmien ratkaisussa haastateltavat toivat esille työyhteisön tukevan vaikutuksen. Asioista keskusteltiin toisten hoitajien kanssa, ja näin saatiin muiden mielipiteitä mietittyttäviin asioihin. Hoitajan ei tarvinnut kokea, että hän on yksin vastuussa potilaan tahdon mukaisen hoidon selvittämisessä, vaan asioita pohdittiin yhdessä. Se, että työtä tehdään yhdessä, tukee hoitajan jaksamista, ja onkin etiikan näkökulmasta erittäin kiitettävää, että hoitajat huolehtivat sekä omasta hyvinvoinnistaan että potilaan laadukkaasta kohtaamisesta jakamalla raskashoitoisten potilaiden hoitoa keskenään. Kun tunteita herättävistä tilanteista voi ammatillisesti keskustella muiden hoitajien kanssa, hoitajan oma psyykinen kuorma lievittyy ja tätä kautta hän jaksaa myös kohdata potilaita eettisemmin. Toisaalta työyhteisössä esiintyvät ristiriitatilanteet koettiin vaikuttavan hoitotyön laatuun heikentävästi. Työyhteisöissä on täysin luonnollista, että esiintyy ristiriitoja. Ristiriitojen vaikutus potilaan hoitotyöhön tulisi kuitenkin pyrkiä ehkäisemään.

Potilaan tiedonsaantioikeuden toteuttaminen nousi tärkeäksi teemaksi haastateltavien kertomuksista. Potilaalle kerrotaan, mitä tapahtuu ja miksi, vaikka tiedettäisiin, ettei hänen tajunnantasonsa ole normaalilla tasolla. Hoitajat perustelivat potilaalle asioita ja pyrkivät varmistamaan, että potilas ymmärtää kerrotun. Potilaan oman tahdon ilmaisua tuettiin monin keinoin. Tämä kertoo siitä, että itsemääräämisoikeutta ja tiedonsaantioikeutta pidetään tärkeinä asioina, ja niitä pyritään toteuttamaan niin pitkälle kuin se on mahdollista. Tarvittaessa hoitaja hoitaa potilasta niin kuin yleisesti katsotaan oikeaksi eli hoitotyön eettisten periaatteiden ja arvojen mukaisesti. Kunnioittaen potilaan ihmisarvoa ja yksilöllisyyttä ja tiedostaen että jokainen ihminen on autonominen, vaikka ei tahtoaan pystykään tuomaan esiin.

6.2. Luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta pohdittaessa keskeiset käsitteet ovat rehabiliteetti ja validiteetti (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Rehabiliteetilla tarkoitetaan käytetyn menetelmän luotettavuutta, eli kykyyn antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Ylemmän AMK-tutkinnon metodifoorumi, tutkimuksen rehabiliteetti). Validiteetti tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä, onko se perusteellisesti tehty, ovatko tulosten johtopäätökset oikeita ja näkeekö tutkija asioiden välisiä suhteita oikein. Validiteettia voivat heikentää esimerkiksi väärin tehdyt kysymykset. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Analysoinnin luotettavuuteen vaikuttavat tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36).

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa se, että tämä tutkimus on minulle ensimmäinen. Kokemattomuuteni tiedonhankinnassa vaikutti siihen, etten välttämättä löytänyt kaikkia opinnäytetyön kannalta oleellisia lähteitä. Haastatteluita tehdessäni huomasin, että minun olisi kannattanut antaa kysymykset haastateltaville etukäteen, jotta he olisivat voineet pohtia asioita ennen haastattelua, koska kysymykseen eettisistä ongelmista voi olla haasteellista vastata äkillisesti. Tämä olisi voinut monipuolistaa haastatteluissa esiin tulleita eettisiä ongelmia. Opinnäytetyön aiheen kuitenkin ilmoitin jokaiselle haastateltavalle saate-/suostumuslomakkeessa, jonka toimitin haastateltaville ennen haastattelua. Halusin tehdä teemahaastattelun, jotta minulla olisi alustava pohja lähteä haastattelemaan eettisistä ongelmista. Teemat ja ennakkokäsitykseni neurokirurgisen potilaan eettisistä ongelmista saattoivat kuitenkin ohjata liikaa haastattelusta saamaani aineistoa. Oletukseni oli, että eettiset ongelmat neurokirurgisen potilaan hoitotyössä johtuvat sairauden aiheuttamista rajoituksista itsemääräämisoikeuteen, päätöksentekoon sekä tiedonsaantioikeuteen. Laadullisen tutkimuksen tarkoitus on kuitenkin saada uutta tietoa jostain ilmiöstä, ja tutkijan omat käsitykset eivät saisi vaikuttaa aineistoa kerätessä. Sain kuitenkin aineistoa myös muista eettisistä ongelmista ennakkokäsityksestäni huolimatta.

Kaksi haastattelua toteutui ennalta sovitussa rauhallisessa tilassa, jossa ei haastattelun aikana esiintynyt häiriötekijöitä. Yksi haastattelu toteutui tilassa, jossa tapahtui keskeytys kesken haastattelun koska henkilökuntaan kuuluva henkilö kävi haastattelutilassa. Yksi haastattelutilanne oli sellainen, jossa puhelinkeskustelut keskeyttivät haastattelun toistuvasti. Olin arvioinut haastattelun kestävän noin puoli tuntia. Olin jättänyt vastuun haastattelun ajankohdasta suhteessa omaan työpäivään haastateltaville, ja kävi niin, että kaksi haastateltavaa osallistui haastatteluun kesken työpäivän, yksi työpäivän jälkeen ja yksi vapaa-ajalla. Keskeytykset ovat selkeä luotettavuuteen heikentävästi vaikuttava

asia. Haastattelu etiikasta vaatii rauhallisen ja kiireettömän tilanteen, jossa ajatus saa rauhassa kulkea. Vastaaminen haastatteluun kesken työpäivän tai työpäivän jälkeen voi olla joko luotettavuutta parantava tai heikentävä tekijä. Toisaalta suoraan työpaikalta tullessa, ajatukset ovat jo valmiiksi työssä, mutta toisaalta jos työntekijä on väsynyt, saattaa se vaikuttaa haastattelun kulkuun, jos ei enää kunnolla jaksaisi pohtia syvällisempiä asioita.

Haastattelujen toteuttaminen kasvotusten paransi luotettavuutta, sillä pystyin reaaliajassa reagoimaan haastateltavien kertomaan ja saamaan lisäkysymyksellä lisää tietoa haluamastani asiasta. Kokemattomuuteni haastattelijana toki kuitenkin vaikutti haastatteluiden kulkuun, sillä tilanne oli jännittävä, eikä minulla oikein ollut kokemusta, kuinka saisin ei-sattumanvaraista tietoa. En oikein tiennyt, millainen haastattelutilanteen ja kysymysten tulisi olla, jotta haastateltavat mahdollisimman oma-aloitteisesti kertoisivat oman näkemyksensä tutkittavasta asiasta. Luotettavuutta olisi toki voinut parantaa tässä kohtaa perehtymällä paremmin haastatteluista kertovaan kirjallisuuteen, josta olisin voinut saada neuvoja, millainen on paras mahdollinen haastattelutilanne luotettavuuden kannalta.

Tutkimuksen pätevyyyteen eli validiteettiin vaikuttaa aineiston analysoinnin kohdalla oma kokemattomuuteni aineiston analysoinnissa. Metodiopinto-kurssilla sekä kirjallisuudesta saamieni ohjeiden mukaan käsittelin aineiston niin huolellisesti kuin osasin. Pelkistettyjen ilmaisujen luokittelu, ala- ja yläkäsitteiden ja kokoavien käsitteiden muodostaminen oli haasteellinen työ, mutta tein sen ajan kanssa niin että välillä pidin taukoa aineiston käsittelystä, ja pyrin taas ”uusin silmin” tutkailemaan aineistoa. Lähdin aineiston analysointiin sellaisella asenteella, että ensimmäinen ratkaisu ei ole välttämättä se oikea ja annoin aikaa itselleni muokata analyysia. Tämän uskoisin parantavan luotettavuutta.

6.3. Eettisyys

Tutkimusetiikkaan kuuluu hyvä tieteellinen käytäntö ja hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu se, että tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä sekä yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä ja tulosten arvioinnissa. Tutkimuksessa on käytettävä eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, ja

arviointimenetelmiä. Eettisessä tutkimuksessa tulokset julkaistaan avoimesti ja vastuullisesti. Lähteisiin tulee viitata asianmukaisesti. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.)

Pyrin tutkimuksen eettisyyden toteutumiseen opinnäytetyöni jokaisessa vaiheessa. Kosin teoreettisen lähtökohdan useista lähteistä, joihin viittasin asianmukaisesti. Tutkimusluvan sain syyskuussa 2012. Kerroin haastateltaville opinnäytetyön aiheen etukäteen, joka mahdollisti sen, että he pystyivät rauhasa päättämään, haluavatko osallistua haastatteluun. Ilmoitin haastateltaville sekä kirjallisesti että suullisesti, että heidän osallistumisensa on vapaaehtoista, ja että he voivat perua osallistumisensa myös haastattelun jälkeen. Aineistoa käsittelin asianmukaisesti eli niin että alkuperäistä aineistoa luin vain minä. Litteroin haastattelut nauhalta tarkasti. Tulokset raportoin rehellisesti ja avoimesti.

6.4. Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Hoitotyössä tulisi edelleen keskustella eettisesti pohdittavista asioista työyhteisön kesken. Eettisiä ongelmia tulisi tarkastella monipuolisesti ottamalla ongelmaan liittyvät asiat mahdollisimman laajasti huomioon. Eettistä keskustelua tulisi pitää yllä myös siksi, ettei hoitotyössä usein esiin tuleviin eettisiin ongelmiin suhtauduttaisi liian rutiininomaisesti. Vaikka joihinkin eettisiin ongelmiin ei ole ratkaisua, eikä keinoa joiden avulla voitaisiin hoitotyön eettisyyttä lisätä, on tärkeä pohtia näihinkin tilanteisiin liittyvistä tekijöistä.

Jatkotutkimushaasteena olisi selvittää, minkälaiset tekijät vaikuttavat hoitotyöntekijän eettiseen tietoisuuteen ja siihen, kuinka he huomaavat eettisiä ongelmia käytännön hoitotyössä. Jatkotutkimuksella voisi lisäksi selvittää myös minkälaisia tunteita eettisesti ongelmalliset tilanteet herättävät hoitajissa.

LÄHTEET

Autere, J., Niskakangas, T. & Öhman, J. 2009. Kallonsisäiset verenvuodot vaativat nopeaa arviointia ja hoitoa. *Lääkärilehti* 21-22/2009, vsk 64. Luettu ja viitattu 12.12.2012. <http://www.fimnet.fi.elib.tamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000032204>

Beauchamp, T., Childress, J. 1994. *Principles of biomedical ethics*. Fourth edition. New York: Oxford University Press.

Brunou, S. 2009. Sairaanhoidajaopiskelijoiden ohjattujen käytännön harjoittelujen aikana ilmenneet eettiset ongelmat. Väitös. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Edwards, S. 2009. *Nursing ethics*. Second edition. New York: Palgrave Macmillan.

ETENE-julkaisu. Autonomia ja heitteillejätö- eettistä rajankäyntiä. 2004. Luettu ja viitattu 20.1.2013.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-536.pdf

Forsbom, M-B., Kärki, E., Leppänen, L., Sairanen, R. 2001. *Aivovauriopotilaan kuntoutus*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Harmsen, J. 2012. Teoksessa: *Aivovammojen kuntoutus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hirsjärvi, S. Remes, P., Sajavaara, P. 2008. *Tutki ja kirjoita*. 13-14. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hietanen, M. 2009. *Neuropsykologiset häiriöt*. Lääkärin käsikirja. Luettu ja viitattu 13.12.13. www.terveysportti.fi

HYKS Neurokirurgian klinikan sähköinen opetusmateriaali. Päivitetty 2008. Luettu 22.3.2012. Viitattu 22.3.2012. <http://www.neurokirurgia.fi/fi/opetusmateriaali>

Junkkarinen, A. 2011. *Neurologisen potilaan tarkkailu ja tutkimukset*. Terveysportti. Luettu ja viitattu 19.1.2013

Karppinen, A. 2012. *Aivokammiosunttien ongelmat*. Lääketieteellinen aikakausikirja duodecim. Luettu ja viitattu 24.1.13. www.terveysportti.fi

Kalkas, H., Sarvimäki, A. 1996. *Hoitotyön etiikan perusteet*. 5. painos. Juva: WSOY.

Kotila, J., Ylikukkonen, P. 2009. *Kallonsisäinen paine*. Traumapotilaan hoito. Terveysportti. Luettu ja viitattu 20.1.2013.

Kuikka, P., Pulliainen, V., Hänninen, R. 2002. *Kliininen neuropsykologia*. 1.-2. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Kuokkainen, L. 2012. *Sairaanhoidajan eettinen stressi*. Teoksessa: Ranta, I. (toim) *Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt*. Hoitotyön vuosikirja. Porvoo: Bookwell Oy

Käypähoitosuositus, 2008. Aivovammat.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi18020>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Lankinen-Lipsanen. 2004 Sairaanhoidajaopiskelijoiden eettinen päätöksenteko. Kuvauksia essee- ja haastatteluaiaineistojen perusteella. Pro-gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Latvala, E., Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Laadulliset tutkimukset hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Leino-Kilpi, H., Kulju, K., Stolt, M. 2012. Eettiset ohjeet hoitotyössä. Teoksessa: Ranta, I. (toim) Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja. Porvoo: Bookwell Oy

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M. 2010. Etiikka hoitotyössä. 5.-6. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Arndt, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P.A., Bansemir, G., Caberera, E., Papaevangelou, H., McFarland, J. 1999. Patient's autonomy, privacy and informed consent. Biomedical and health research. Amsterdam: IOS Press.

Lindqvist, M. 2000. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2000:1. Luettu ja viitattu 6.9.2012. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-544.pdf

Lindstam, S., Ylinen, A. 2012. Aivovammojen kuntoutus. Helsinki: Duodecim.

Numminen, O. 2010. Nursing ethics education in Finland from the perspective of codes of ethics. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Nyström, S. 1988. Neurokirurgia. Jyväskylä: Gummerrus Oy kirjapaino.

Pohjasvaara, T., Ylikoski, R., Hietanen, M., Kalska, H., Erkinjuntti, T. 2002. Aivoverenkierron häiriöiden jälkeiset kognitiiviset häiriöt. Duodecim. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92847.pdf>

Turkka, J. 2004. Tunnistatko aivovamman jälkitilat?. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Luettu ja viitattu 13.12.13. www.duodecimlehti.fi

Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K., Leppäniemi, A. 2009. Kirurgia. 2.painos. Porvoo: WS Bookwell Oy

Rosqvist, E. 2004. Eettisten ongelmien tunnistaminen hoitotyössä. sairaanhoidajalehti 8/2004. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/8_2004/muut_artikkelit/eettisten_ongelmien_tunnistamine

Ryynänen, O-P., Myllykangas, M. 2000. Terveydenhuollon etiikka. 1. painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Saaranen-Kauppanen, A., Puusniekka, A. 2006. Validiteetti. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto [www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus. Luettu ja viitattu 02.03.2013

Salmenperä, R., Tuli, R. Virta, M (toim.). 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. 1.painos. Helsinki: Edita Prima

Seppälä, M., Kallio, M. 2009. Aivokasvaintilais avoterveydenhuollon vastaanotolla. Lääkärilehti 5/2009 vsk 64. Luettu ja viitattu 12.12.2012.
<http://www.fimnet.fi.elib.tamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000031555#r1>

Similä, A. 2013. Asiantuntija-haastattelu.

Soinila, S., Kaste, M., Somer, H. 2006. Neurologia. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Sundman, E. (toim) 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Suonsivu, K., Mäkipää, P., Suominen, H. 2009. Eettisiä pohdintoja laitoshoidossa. Tampereen kaupungin tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja.
http://www.tampere.fi/material/attachments/e/5lim1swAW/EETTINEN_RAPORTTI_painovalmis.pdf

Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos. 2004. Neurologiset ja psykologiset puutosoireet. Tampereen kaupunki. Verkkojulkaisu. Luettu ja viitattu 19.3.2013.
http://koulut.tampere.fi/materiaalit/avh/3_link2.html

Teeri, S. 2007. Ethical problems in long-term care of older patients in the field of integrity. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Tenovuo, O. 2012. Teoksessa: Aivovammojen kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tenovuo, O. 2009. Avainasiaa aivovammasta. Opas vammautuneille ja jäsenille. Luettu ja viitattu 18.6.2012. Aivovammaliitto.fi.

Tenovuo, O., Vataja, R. Salonen, O., Laaksonen R. 2007. Aivovamman jälkitilan diagnostiikka ja arviointi. Lääkärilehti vsk 62. Luettu ja viitattu 20.1.2013.
<http://www.fimnet.fi.elib.tamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000028995>

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. 2001. Etene-julkaisu.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Turkka, J. 2004. Tunnistatko aivovamman jälkitilat? Duodecim. Luettu ja viitattu 15.2.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94334.pdf>

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. 2012. Hyvän tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. www.tenk.fi. Luettu ja viitattu 02.03.2012.

Wikström, J. 2012. Teoksessa: Aivovammojen kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ylemmän AMK-tutkinnon metodifoorumi. Tutkimuksen rehabiliteetti. Virtuaali ammatikorkeakoulu. Luettu ja viitattu 02.03.2013

Öhman, J., Alaranta, H., Kaipio, M-L., Malmivaara, A., Nybo, T., Ojala, M., Randell, T., Salonen, O., Turkka, J., Vataja, R., Ylinen, A. 2009. Aikuisiän aivovammat. Käypähoitosuosituksen päivitystivistelmä. Luettu ja viitattu 18.6. 2012. <http://www.duodecimlehti.fi>

LIITTEET

Liite 1. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet (www.sairaanhoidajaliitto.fi)

I Sairaanhoidajan tehtävä

Sairaanhoidajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen.

Sairaanhoidaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoidaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua.

II Sairaanhoidaja ja potilas

Sairaanhoidaja on toiminnastaan ensisijaisesti vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoidaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat.

Sairaanhoidaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoidaja pitää salassa potilaan antamat luottamukselliset tiedot ja harkitsee, milloin keskustelee niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa.

Sairaanhoidaja kohtelee toista ihmistä lähimmäisenä. Hän kuuntelee potilasta ja eläytyy tämän tilanteeseen. Sairaanhoidajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen.

Sairaanhoidaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta.

III Sairaanhoidajan työ ja ammattitaito

Tekemästään hoitotyöstä sairaanhoidaja vastaa henkilökohtaisesti. Hän arvioi omansa ja muiden pätevyyden ottaessaan itselleen tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Ammatissa toimivan sairaanhoidajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan.

Samassa hoitoyhteisössä työskentelevät sairaanhoidajat vastaavat yhdessä siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä parannetaan jatkuvasti.

IV Sairaanhoidaja ja työtoverit

Sairaanhoidajat tukevat toinen toistaan potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä.

Sairaanhoidajat kunnioittavat oman ja muiden ammattiryhmien edustajien asiantuntemusta. He pyrkivät hyvään yhteistyöhön muiden potilaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden kanssa.

Sairaanhoitajat valvovat etteivät oman ammattikunnan jäsenet tai muut potilaan hoitoon osallistuvat toimi potilasta kohtaan epäeettisesti.

V Sairaanhoitaja ja yhteiskunta

Sairaanhoitajat osallistuvat ihmisten terveyttä, elämän laatua ja hyvinvointia koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla.

Sairaanhoitaja toimii yhdessä potilaiden omaisten ja muiden läheisten kanssa ja vahvistaa näiden osallistumista potilaan hoitoon. Hän antaa terveyttä koskevaa tietoa väestölle ja lisää ihmisten kykyjä hoitaa itseään. Sairaanhoitaja tekee yhteistyötä vapaaehtois-, vammais- ja potilasjärjestöjen kanssa.

Sairaanhoitajien kansainvälinen työ on ammatillisen tiedon ja taidon vastavuoroista välittämistä sekä osallistumista kansainvälisten järjestöjen toimintaan. Sairaanhoitajat kantavat vastuuta ihmiskunnan terveydellisten ja sosiaalisten elinolojen kehittämistä maailmanlaajuisesti sekä edistävät samanarvoisuutta, suvaitsevaisuutta ja yhteisvastuullisuutta.

VI Sairaanhoitaja ja ammattikunta

Sairaanhoitajakunta huolehtii siitä, että ammattikunnan jäsenet hoitavat arvokkaasti yhteiskunnallisen tehtävänsä. Ammattikunta tukee jäsentensä moraalista ja eettistä kehitystä sekä valvoo, että sairaanhoitajalla säilyy ihmisläheinen auttamistehtävä.

Sairaanhoitajat vastaavat ammattikuntana jäsentensä hyvinvoinnista. Heidän ammattijärjestönsä toimii aktiivisesti oikeudenmukaisten sosiaalisten ja taloudellisten työolojen varmistamiseksi jäsenistölle.

Sairaanhoitajakunta vastaa oman alansa asiantuntijuudesta. Sairaanhoitajat huolehtivat ammatin sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittämistä sekä tieteellisyyden edistämistä. Sairaanhoitajakunnan asiantuntijuuden kasvun tulisi näkyä väestön hyvän olon edistymisenä.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet hyväksyty Sairaanhoitajaliiton liittokokouksessa 28.9.1996

Liite 2 Glasgow'n kooma-asteikko (www.terveysportti.fi)

Pisteet*Silmien avaus*

- 4 = spontaani
- 3 = puheelle
- 2 = kivulle
- 1 = ei lainkaan
- C = turvonneet umpeen

Puhevaste

- 5 = selkeä
- 4 = sekava
- 3 = sanoja
- 2 = ääntelyä
- 1 = ei ääntä
- T = potilas on intuboitu / trakeostomoi-
tu

Liikevaste

- 6 = noudattaa kehotuksia
- 5 = torjuu kivun
- 4 = fleksoi kivulle
- 3 = abnormi fleksio
- 2 = ekstensoi kivulle
- 1 = ei liikettä

Reaktiot

- Pitää silmänsä auki, katselee
- Avaa silmät pyydettyäessä
- Avaa silmät kipuärsytykselle
- Ei avaa silmiä

- Asiallinen ja orientoitunut
- Vastaa sekavasti lauseilla
- Vastaa yksittäisillä sanoilla
- Puheesta ei saa selvää, äänтелеe
- Ei puhevastetta

- Liikuttaa pyydettyäessä raajojaan
- Paikallistaa ja pyrkii torjumaan kipuärsytyksen
- Koukistaa raajojaan kipuärsytykselle
- Koukistaa / jäykistää raajojaan kipuärsytykselle
- Ojentaa raajojaan kipuärsytykselle
- Ei kipuvastetta



TIEDOTE
28.1.2013

Hyvä sairaanhoitaja !

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on selvittää, minkälaisia eettisiä ongelmia hoitajat kokevat työskennellessään neurokirurgisten potilaiden kanssa osastolla.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseen syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla neljää sairaanhoitajaa, jotka työelämän yhteyshenkilö valitsee niin että hoitajalla on jo kokemusta neurokirurgisen potilaan hoidosta. Haastattelut tehdään neurokirurgian poliklinikalla Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Haastattelu on keskustelunomainen, ja siinä edetään tiettyjen teemojen mukaisesti. Haastattelut nauhoitetaan ja nauhoitettu teksti puretaan myöhemmin tekstiksi. Haastattelu kestää noin puoli tuntia.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Opinnäytetyön tekijä

Laura Tuomela
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
laura.junnila@health.tamk.fi, puh. 0505679860

2(2)

**SUOSTUMUS****Eettiset ongelmat neurokirurgisen potilaan hoitotyössä**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää minkälaisia eettisiä ongelmia hoitajat työssään kohtaavat työkennellessään neurokirurgisen potilaan kanssa osastolla. Opinnäytetyöstä voi esittää kysymyksiä tekijälle sekä sähköpostitse että puhelimitse.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 4 Haastattelun teemat

Alustavia kysymyksiä

Kuinka kauan olet työskennellyt neurokirurgisella vuodeosastolla/poliklinikalla?

Mikä työssäsi on antoisaa?

Mikä tuntuu raskaalta?

Teema 1 Eettiset ongelmat neurokirurgisen potilaan hoitotyössä

Minkälaisia eettisiä ongelmia olet kohdannut työskennellessäsi neurokirurgisten potilaiden kanssa osastolla?

Mikä vaikuttaa eettisten ongelmien syntyyn?

Miten potilaan itsemääräämisoikeus on uhattuna?

Miten potilaan tiedonsaantioikeus on uhattuna?

Miten potilaan päätöksentekokyky on uhattuna?

Mitkä muut asiat kuin sairaus vaikuttavat eettisesti ristiriitaisiin tilanteisiin?

Teema 2 Eettisten tilanteiden ratkaisu

Minkälaisia ratkaisuja olet tehnyt eettisesti ristiriitaisissa tilanteissa?

Kuinka olet perustellut ratkaisusi?

Liite 5 Analyysin tulokset hoitajien kokemista eettisistä ongelmista

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Kokoava käsite
Sekava potilas Aggressiivinen potilas Potilas vaaraksi itselleen	Potilas vaaraksi omalle hyvinvoinnilleen	Sitomiseen johtavia tilanteita	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen turvallisuuden vuoksi
Potilaan ymmärtämättömyys Sairaudentunnottoisuus Ei tiedosta oireitaan	Potilas ei tiedosta sairauden tai leikkauksen aiheuttamia rajoituksia liikuntakyvyssä		
Afasia Puhekyvyn äkillinen menetys	Ongelmat puheen tuottamisessa	Vaikeutunut kommunikaatio	Itsemääräämisoikeuden ja päätöksentekokyvyn heikentyminen sairauden aiheuttamien oireiden vuoksi
Ei noudata ohjeita Ei ymmärrä mitä esi-neellä tehdään Ei ymmärrä puhetta	Ongelmat puheen ymmärtämisessä		
Orientaatiovaikeus Matala tajunnantaso			
Omaiset kertovat oman näkemyksensä potilaan hoidosta Omaisten ja potilaan näkemykset hoidosta poikkeavat toisistaan Omaisten kesken erimielisyyttä hoidon	Omaiset potilaan tahdonilmaisijana		Hoitoa ei voida toteuttaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa

toteutuksesta			
Potilasta hoidetaan hoitajälhtöisesti	Hoitajälhtöinen hoitotyö		
Potilaan ahdistus sitomistilanteessa Potilaan ahdistuminen kun hänen lähtönsä osastolta joudutaan estämään Ei ymmärrä ettei vammansa vuoksi voi nousta ylös ja ahdistuu Ahdistuu, kun ei pysty ilmaisemaan itseään	Ahdistus	Potilaan kokemat negatiiviset tunteet	Potilaan psyykkisen hyvinvoinnin kärsiminen
Potilas kokee että hänelle tehdään jotain paha	Pelko		
Kiireestä johtuen ei ole aikaa pysähtymiseen ja riittävään ohjaukseen Potilaan sitominen olisi voitu välttää jos hoitaja olisi voinut olla läsnä	Hoitajien resurssipula laskee hoidon laatua		
Aivokammioavanepotilasta ei pystytä tarkkailemaan hoidon vaatimalla tavalla osasto-olosuhteissa	Potilaan sijoittaminen vuodeosastolle aiheuttaa riskin potilaan turvallisuudelle	Organisaatioon liittyvät tekijät heikentävät hoidon laatua	Hoitotyön laadun kärsiminen potilaasta riippumattomista tekijöistä
Säästöpainet Vaatimus asioiden tehokkaammin hoitamisesta			

Omaisten epäeettinen toiminta potilasta kohtaan		Omaisten toiminta heikentää potilaan hyvää kohtelua
Vaativa hoitotyö syö hoitajan voimavaroja	Vaativa hoitotyö altistaa hoitajan väsymykselle	Hoitajan psyykkisen hyvinvoinnin kuormittuminen heikentää hoidon laatua
Aggressiivinen potilas aiheuttaa hoitajassa negatiivisia tunteita		
Hoitajan väsyminen laskee ärsytyskynnystä		
Ristiriidat työyhteisössä		
Ristiriitaiset sitomiskäytännöt		

Liite 6 Analyysin tulokset eettisten ongelmien ratkaisuun liittyvistä tekijöistä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Kokoava käsite
<p>Kärsivällisyys potilaan kanssa</p> <p>Riittävän ajan anto potilaalle</p> <p>Annetaan potilaalle yksinkertainen mahdollisuus vastata kielteisesti tai myönteisesti</p>	<p>Luodaan mahdollisuus oman ilmaisun toteuttamiselle</p>	<p>Potilaan oman ilmaisun tukeminen</p>	<p>Potilaan itsemääräämisoikeuden tukeminen</p>
<p>Apuvälineet</p>		<p>Potilaan ilmaisun tukeminen apuvälinein</p>	
<p>Potilaalle annetaan tietoa, vaikka hän ei ”olisi ihan kartalla”</p> <p>Potilaalle kerrotaan mitä tehdään, miksi tehdään</p> <p>Potilaalle kerrotaan mitä tapahtuu</p> <p>Varmistetaan että potilas ymmärtää kerrotun asian</p>		<p>Potilaan tiedonsaantioikeuden toteuttaminen</p>	
<p>Kehonkielen tulkitseminen</p> <p>Omaisilta tiedon saaminen</p> <p>Edellisiin hoitopaikkoihin yhteydenotto</p>		<p>Potilaan oman tahdon selvittäminen</p>	

Keskustelemalla työyhteisössä oman toiminnan pysyminen laadukkaana		Oman toiminnan eettisyyden varmistaminen	
<p>Tuetaan kollegaa raskaan potilaan hoidossa</p> <p>Pyydetään kollegaa hoitamaan omaa potilasta välillä</p> <p>Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon, kun toinen väsyy, toinen menee välillä</p>		Raskaiden potilaiden aiheuttamaa kuormaa jaetaan hoitohenkilökunnan kesken	Työyhteisön tuki eettisesti laadukkaan hoitotyön toteuttamisessa
<p>Työyhteisössä puhutaan ristiriitaisista tilanteista</p> <p>Jaetaan asioita työkavereiden kanssa</p>		Mahdollisuus mietittyävien asioiden pohtimiseen yhdessä toisten kanssa	
<p>Yhdessä mietitään mikä on hyvä</p> <p>Yksin ei joudu päättämään potilaan hoidosta</p> <p>Lääkärillä vastuu omalta osaltaan päätöksenteosta</p>		Päätöksenteko ei ole yksittäisen hoitajan vastuulla	
Potilasta hoidetaan kuten toivotaan itseään hoidettavan		Potilaan hoitoa ohjaava näkökulma	

Liite 7 Keskeiset tutkimukset

Tutkimus ja tekijä	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Lankinen-Lipsanen, A. 2004. Sairaanhoidajaopiskelijoiden eettinen päätöksentekokuvauksia essee- ja haastatteluaineistojen perusteella. Pro gradu	Tarkoituksena oli kuvata valmistumassa olevien sairaanhoidajaopiskelijoiden eettistä päätöksentekoa ja siihen liittyviä tekijöitä sekä kuvata niitä eettisiä periaatteita, jotka liittyvät opiskelijoiden eettiseen päätöksentekoon. Lisäksi tarkoituksena oli analysoida ammattikorkeakoulussa saatuja eettisen päätöksenteon valmiuksia ja jäsentää opiskelijoiden arviointia saamaansa etiikan opetuksesta.	Laadullinen. Tutkimukseen osallistui 25 valmistumassa olevaa sairaanhoidajaopiskelijaa ja aineisto kerättiin kahdella esseelomakkeella, joiden pohjalta haasteltiin neljää opiskelijaa. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.	-valmistumassa olevien opiskelijoiden eettinen päätöksenteko oli prosessinomaista, rationaalista ja johdonmukaista -parhaiten päätöksenteossa korostuivat luotettavuuteen ja oikeudenmukaisuuteen liittyvät eettiset periaatteet -Heikoiten opiskelijat hallitsivat eettisen vakaumuksen tiedostamiseen ja eettiseen herkkyyteen liittyvät asiat
Numminen, O. 2010 Nursing ethics education in Finland from the perspective of codes of ethics. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.	Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida hoitotyön etiikan opetusta eettisten ohjeiden näkökulmasta sairaanhoidajien peruskoulutuksessa Suomen ammattikorkeakouluissa. Tavoitteena oli tunnistaa eettisten ohjeiden ja hoitotyön etiikan opetuksen vahvuuksia sekä mahdollisia ongelma-alueita-	Määrällinen tutkimus, johon osallistui 183 opettajaa ja 214 opiskelijaa 24 ammattikorkeakoulusta. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli myös neljä avointa kysymystä	-sairaanhoidajan eettisiä ja niihin liittyviä kasitteita opetettiin paljon -opetuksessa korostui hoitajapotilassuhteeseen liittyvät asiat -eettisten ohjeiden yhteiskunnalliset ulottuvuudet korostuivat vähemmän -opettajat arvioivat etiikan opetuksen määrällisesti suuremmaksi kuin mitä opiskelijat kokivat sen olleen -opettajat ja opiskelijat molemmat arvioivat opiskelijoiden tiedot eettisistä ohjeista sekä taidot soveltaa niitä käytännössä keskitasoisiksi

			<p>-Ne opettajat, jotka arvioivat oman tietonsa riittäväksi, opettivat opettivat eettisiä ohjeita enemmän kuin ne, jotka arvioivat tietonsa vähemmän riittäviksi</p> <p>-eettiset ohjeet ovat tärkeä osa hoitotyön etiikan opetusta, mutta niiden opettamista pitää kehittää</p>
<p>Teeri, S. 2007. Ethical problems in long-term care of older patients in the field of integrity. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.</p>	<p>Tarkoituksena oli tunnistaa ja kuvata potilaiden, omaisten ja hoitajien kokemuksia eettisesti ongelmallisia tilanteita pitkäaikaishoitolaitoksessa. Toisena tavoitteena oli tutkia, miten potilaan itegriteettiä ylläpidetään laitoshoidossa. Tavoitteena oli löytää rakenne pitkäaikaishoidon etiikan tarkastelulle sekä parantaa pitkäaikaishoidon eettistä laatua.</p>	<p>Ensimmäisessä vaiheessa 10 potilasta haastateltiin ja omaisille (n=17) ja hoitajille (n=9) jaettiin esseekysymykset ja analysoitiin sisällön analyysillä. Tulosten perusteella sekä kirjallisuuden perusteella tehtiin strukturoitu kyselylomake ja kerättiin aineisto 213 omaiselta ja 222 hoitajalta neljässä pitkäaikaishoitolaitoksessa Etelä-Suomessa.</p>	<p>-psyzykkisen eheyden loukkauksia oli itsemääräämisen puute, tiedon puute, loukkaava tai halveksiva käytös potilasta kohtaan</p> <p>-fyysisen eheyden loukkauksia oli fyysinen pahoinpitely ja yksilöllisen hoidon puute</p> <p>-sosiaalisen eheyden loukkauksia oli yksinäisyys ja eristäytyneisyys muusta maailmasta</p> <p>-eniten ongelmia oli psyzykkisen itegriteetin osa-alueilla</p> <p>-ongelmiin liittyviä tekijöitä olivat, rahanpuute, potilaan kyvyttömyys ilmaista tahtoaan, hoitajien rutinoituneet tavat, omaisten kyvyttömyys ymmärtää potilasta sekä arkuus ilmaista toiveitaan, omaisten tiedonpuute, hoitajien kyvyttömyys ymmärtää potilasta, hoitajan lyhyt tai pitkä työkokemus sekä mielipide-erot</p>

			toisten hoitajien kanssa tai omaisten tai potilaiden toiveiden kanssa.
Poikkimäki Isabel: Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoitotyössä	Tarkoituksena oli selvittää, miten hyvin oli toimittu hoitotyön arvojen mukaisesti potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana. Tavoitteena on tiedon kautta kehittää hoitotyön laatua niin että potilaan hoito on mahdollisimman ihmisarvoa kunnioittavaa, itsemääräämisoikeutta toteuttavaa ja yksityisyyttä huomioivaa.	Määrällinen tutkimus, jossa kyselylomakkeeseen vastasi 83 potilasta ja 111 hoitajaa. Aineisto käsiteltiin SPSS-ohjelmalla ja analysoitiin ristiintaulukoinnin ja khiin neliötestin avulla. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysillä.	-Potilaiden ja hoitajien mielestä tiedonsaanti toteutui kohtalaisesti. -lähes kaikki potilaat ja koko henkilökunta oli sitä mieltä ettei potilaan ammatti vaikuttanut kohteluun - hoitohenkilökunnasta lähes kaikki vastasivat arvosta neensa potilaita ja pitäneet potilasta tasa-arvoisena hoitosuhteessa -kolme neljäsosaa potilaista ja hoitajista oli sitä mieltä että potilaat olivat saaneet yksityiskohdasta tietoa heille tehtävistä tutkimuksista ja saatu tieto oli hyvin ymmärrettävää -Noin puolet potilaista ilmoitti saaneensa seikkaperäistä tietoa eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista, selkeää tietoa erilaisista mahdollisuuksista osallistua hoitoa koskeviin päätöksiin ja mahdollisuudesta lukea potilaspapereita niin halutessaan -Noin puolet potilaista ja hoitajista oli sitä mieltä että potilas oli saanut perusteellisesti tietoa hänen sai-

			<p>raudestaan niin että hän pystyi tekemään omaa hoitoaan koskevia päätöksiä</p> <p>-Noin kolmasosa potilaista ja hoitohenkilökunnasta oli sitä mieltä että hoitaja oli suunnitellut potilaan hoidon tämän kanssa koko hoitojakson ajan ja potilaat olivat voineet itsenäisesti päättää omaa hoitoaan koskevat asiat</p>
<p>Brunou, S. 2009. Sairaanhoidajaopiskelijoiden ohjattujen käytännön harjoittelujen aikana ilmenneet eettiset ongelmat. Väitöskirja. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos</p>	<p>Ensimmäisessä vaiheessa tarkoituksena oli kartoittaa opintojen eri vaiheissa olevien sairaanhoidajaopiskelijoiden ja heitä ohjaavien hoitajien näkemyksiä eettisistä ongelmista ja niiden ratkaisuksista. Toisessa vaiheessa tarkoituksena oli kuvata ja analysoida sairaanhoidajaksi valmistuvien opiskelijoiden eettisten ongelmien havaitsemista, ratkaisemista, niiden opetusta ja itseohjausta tiedonhankkimisessa sekä niihin yhteydessä olevista tekijöistä</p>	<p>Empiirinen tutkimus, jossa selvitettiin sairaanhoidajaopiskelijoiden (n=18) näkemyksiä teemoitetuilla avoimilla esseekysymyksillä ja ohjaavien hoitajien (n=115) näkemyksiä teemoitetuilla kysymyksillä sekä ryhmähaastatteluilta. Ensimmäinen vaihe analysoitiin sisällönanalyysillä ja toinen vaihe sekä tilastollisesti että sisällönanalyysillä</p>	<p>- sairaanhoidajaopiskelijoiden ohjatussa käytännön harjoittelussa ilmenneet eettiset ongelmat liittyivät potilaaseen tai asiakkaaseen, hoitohenkilökuntaan ja opiskelijaan -ratkaisut liittyivät valmistautumiseen ja toimimiseen ongelman ratkaisemiseksi</p> <p>- sairaanhoidajaopiskelijoiden eettisten ongelmien havaitseminen ja ratkaiseminen oli heidän oman käsityksensä mukaan muuttunut myönteiseksi koulutuksen aikana</p> <p>- ongelmien havaitsemiseen ja ratkaisemiseen yhteydessä olevia tekijöitä olivat opetus ja itseohjaus tiedonhankinnassa</p> <p>- itsemääräämisoi- keuteen ja päätök-</p>

			<p>sentekoon liittyviä eettisiä ongelmia oli eniten opiskelijoiden kuvaamana</p> <p>-hoitajien mukaan potilaan oman tahdon mukaisen hoidon eettisenä ongelmana oli potilaan tahdon tai toivomusten tiedostettu tai tiedostamaton huomiotta jättäminen</p> <p>-potilaan ja omaisten tiedonsaantioikeus ei toteutunut kun potilaan hoitoa koskevaa tietoa jätettiin kertomatta</p>
--	--	--	--