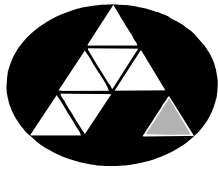


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Kati Turunen
Jonna Tuukkala

MONIVAMMAPOTILAAN ENSIHOITOPROSESSI JA KOKEMUK-
SIA SAAMASTAAN HOIDOSTA

Opinnäytetyö
Lokakuu 2012



POHJOIS-KARJALAN
AMMATIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. (013) 260 6600

Tekijät

Kati Turunen, Jonna Tuukkala

Nimeke

Monivammapotilaan ensihoitoprosessi ja kokemuksia saamastaan hoidosta

Tiivistelmä

Monivammautuneeksi luokitellaan potilas, jolla on vähintään kaksi vammaa, jotka jo yksinään olisivat henkeä uhkaavia. Suomessa vuoden aikana hoidetaan noin 1000 -1300 vaikeasti vammautunutta potilasta. Tarkkaa määrää on kuitenkin mahdotonta arvioida, sillä yksikään Suomen sairaala ei rekisteröi monivammapotilaiden määrää. Suomessa monivammapotilaiden hoitoa on organisoitu sairaankuljetuksessa hyvin. Hoitoa on systemaattisesti kehitetty laatimalla keskenään yhtenevät standardit koulutuksesta ja hoidon laadusta. Sairaالاتasolla tällaiset standardit puuttuvat kokonaan.

Monivammapotilaita hoidetaan ABCDE-järjestyksen mukaisesti. Hoidon aikana toteutetaan jatkuvaa uudelleen arviointia. Nestehoito ja kivunlievitys ovat myös tärkeä osa monivammapotilaiden ensihoitoa. Onnettomuus vaikuttaa ihmiseen kokonaisvaltaisesti, ja siksi vammautuminen on myös psyykinen kriisi. Sairaanhoidaja on tärkeässä roolissa tukiesseen potilasta ja hänen perhettään kriisin keskellä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää monivammapotilaan ensihoitoprosessia ja kokemuksia saamastaan hoidosta. Opinnäytetyö on kvalitatiivinen tutkimus. Monivammapotilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta selvitettiin teemahaastattelun avulla. Haastatteluai-neisto kerättiin viideltä eri-ikäiseltä monivammapotilas-kriteerillä hoidetulta henkilöltä.

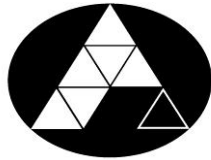
Tutkimuksen tulokset osoittivat, että monivammapotilaat eivät muistaneet onnettomuudesta tai ensihoitotilanteesta juuri mitään. Tärkeäksi tulokseksi osoittautui, että haastateltavat olivat olleet pääasiallisesti tyytyväisiä hoitohenkilökunnalta saamaansa hoitoon ja kohteluun. Laajemmalle tutkimukselle hoidon laadusta ja toimintamalleista eri sairaaloissa voisi olla tarvetta, koska yhtenäisiä hoitolinjoja sairaaloiden välillä ei ole määritelty.

Kieli
suomi

Sivuja 47
Liitteet 6
Liitesivumäärä 6

Asiasanat

monivammapotilas, ensihoito, teemahaastattelu



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
October 2012
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358-13-260 6600

Authors

Kati Turunen, Jonna Tuukkala

Title

Emergency Care Process of Multi-Trauma Patients and Their Experiences of Care Received

Abstract

A patient who has at least two life threatening injuries is classified as a multi-trauma patient. Approximately 1000 - 1300 severely injured patients are treated in Finland annually. It is difficult to estimate the exact number, because none of the Finnish hospitals registers the number of multi-trauma patients. In Finland, the treatment of multi-trauma patients is organized well in ambulance and emergency care services. The treatment has been systematically developed by creating common standards concerning the qualifications and the quality of treatment. At hospital level, such standards, however, do not exist.

Multi-trauma patients are treated in the order of the ABCDE survey. Continuous assessment is implemented during the treatment. Fluid therapy and pain relief are important factors in the care of multi-trauma patients. A disabling accident has a holistic impact on the patient and leads to a psychological crisis. Nurses have an important role in supporting the patient and his family in the crisis situation.

The purpose of this thesis was to study the emergency care process of multi-trauma patients and their experiences of the care received. This thesis is a qualitative research. Experiences of multi-trauma patients were studied by using a thematic interview method. The material for this study was collected from five multi-trauma patients of different ages.

The study results indicated that multi-trauma patients do not remember anything about the accident or the emergency care situation. An important result was that the interviewees had mainly been satisfied with the care provided by the nursing staff. Since there are no coherent definitions of policy between hospitals, a more extensive study on approach and quality of care might be needed.

Language
Finnish

Pages 47
Appendices 6
Pages of Appendices 6

Keywords

multi-trauma patient, emergency care, thematic interview

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Opinnäytetyön käsitteistöä	6
3	Yleisimmät vammamekanismit	6
4	Elimistön reaktiot traumaan	7
5	Onnettomuustilanteeseen saapuminen.....	8
6	Monivammapotilaan tutkiminen ABCDE-järjestyksen mukaisesti ensihoitoprosessin aikana.....	10
6.1	Airway eli hengitysteiden avoimuuden varmistaminen.....	10
6.2	Breathing eli hengityksen riittävyys.....	11
6.3	Circulation eli verenkierron riittävyyden arviointi.....	12
6.4	Disability eli neurologisen statuksen määrittäminen	13
6.5	Exposure eli tarkempi vammastatus	14
7	Monivammapotilaan ensihoito sairaalassa	17
8	Monivammapotilaan kivunhoito.....	19
9	Hoitotyönperiaatteet monivammapotilaan hoitotyössä.....	20
10	Onnettomuuden vaikutus monivammapotilaan psyykkiseen hyvinvointiin ...	22
11	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät.....	23
12	Tutkimuksen toteutus.....	24
12.1	Tutkimusmenetelmät	24
12.2	Aineiston keruu	25
12.3	Aineiston analysointi	27
13	Tutkimuksen tulokset	28
13.1	Muistikuvat.....	28
13.2	Kivun tuntemukset ja kivun hoito	29
13.3	Hoitohenkilökunnan antama henkinen tuki ja kokemukset	30
	hoitohenkilökunnasta	30
13.4	Tietämys omasta tilasta	32
13.5	Turvallisuuden tunne	34
13.6	Tukitoiminnot ja selviytyminen	35
14	Pohdinta.....	39
14.1	Johtopäätökset	39
14.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	41
14.3	Pohdinta omasta prosessista.....	43
14.1	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusmahdollisuudet	44
	Lähteet.....	46

Liitteet

Liite 1	Glasgow'n kooma-asteikko
Liite 2	Tutkimuslupahakemus
Liite 3	Saatekirje
Liite 4	Suostumus tutkimushaastatteluun
Liite 5	Teemahaastattelun runko
Liite 6	Tukikysymyksiä teemahaastatteluun

1 Johdanto

Monivammapotilaan määrittely ei ole yksiselitteistä, minkä takia eri sairaaloiden monivammapotilasaineistojen ja potilasmäärien vertaaminen on Suomessa mahdotonta (Koponen & Sillanpää 2005, 228). Handolin, Leppäniemen, Lako-vaaran, Vihtosen ja Lindahlin (2004) tutkimuksessa käy ilmi, kuinka traumapotilaat Suomessa jakautuvat sairaaloittain ja kuinka yleistä traumapotilaan hoito on yksittäisessä sairaalassa. Suomen kaikista sairaaloista melkein puolet ilmoitti vastaanottavansa traumapotilaita. Yksikään sairaala ei automaattisesti rekisteröinyt vammapotilaiden lukumäärää tai vammojen vaikeusasteita. Määrät olivat yksittäisen henkilön arvioihin perustuvia. Kyseisessä tutkimuksessa kävi ilmi, että koko maassa vuoden aikana hoidetaan arviolta noin 1 000-1 300 vaikeasti vammautunutta potilasta. (Handol ym. 2004.) Vuosittain monivammautuneiden potilaiden tarkkaa määrää Suomessa ei tiedetä (Koponen & Sillanpää 2005, 228). Handolin ym. (2004) tutkimuksesta kävi ilmi, että yhdessäkään sairaalassa ei ehditty toteuttaa lääkärin perehdytystä traumapotilaan hoitokäytäntöihin. Suomessa monivammapotilaan hoito on hyvin organisoitu sairaankuljetuksessa. Hoitoa on systemaattisesti kehitetty laatimalla keskenään yhtenevät standardit koulutuksesta ja hoidon laadusta. Sairaalatasolla tällaiset standardit puuttuvat kokonaan. Jalovaaran, Karkolan, Krögerin ja Turusen (2003) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin ovatko monivammapotilaiden vammat oikein diagnosoitu ja onko valittu oikea hoitomuoto. Diagnoosi on ollut täysin oikea vain joka viidennellä ja jopa puolella arvioitu kuolinsyy eroaa oikeasta kuolinsyystä.

Toimeksiantaja tässä opinnäytetyössä on Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön aiheena on monivammapotilaan ensihoitoprosessi ja monivammapotilaan kokemuksia saamastaan hoidosta. Haastattelun avulla kerättiin tietoa viideltä monivammapotilas-statusella hoidetulta henkilöltä. Haastattelu toteutettiin avoimena teemahaastatteluna. Haastattelussa keskityttiin heidän muistikuviansa saamastaan hoidosta. Haastattelujen pohjalta pyrittiin saamaan tietoa, kuinka potilaiden mielestä monivammapotilaiden ensihoitotyötä tulisi kehittää ja mihin sairaanhoitajan tulisi kiinnittää enemmän huomiota hoidettaessa monivammapotilasta.

2 Opinnäytetyön käsitteistöä

Monivammautuneeksi luokitellaan potilas, jolla on vähintään kaksi vammaa, jotka jo yksinään olisivat henkeä uhkaavia. Potilaan peruselintoimintojen häiriöitä, kuten vuotosokkia, hengitysvajausta tai tajunnan tason laskua, pidetään kriittisinä vammoina. (Kröger, Aro, Böstman, Lassus & Salo 2010, 141-150; Kuisma, Holström & Porthan 2009, 334.) Koposen ja Sillanpään teoksessa termillä monivamma tarkoitetaan tilannetta, kun potilaalla on kahden tai useamman kehonosan vamma, jotka yksin tai yhdessä ovat hengenvaarallisia (Koponen & Sillanpää 2005, 227). Fyysisellä traumalla tarkoitetaan ulkoisen voiman aiheuttamaa kudonvaurioita, joka voi olla mitä vain haavan ja kohtalokkaan monivammautumisen väliltä (Duodecim 2002, 680).

Tässä opinnäytetyössä ensihoitoprosessilla tarkoitetaan potilaan ensihoitoa tapahtumapaikalta vastaanottavaan yksikköön asti. Ensihoitoprosessi jatkuu myös vastaanottavassa yksikössä, esimerkiksi sairaalan ensiavussa. Ensihoito monivammapotilaan kohdalla tarkoittaa äkillisesti loukkaantuneen potilaan kiireellistä hoitoa sekä kuljettamista hoitoyksikköön (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

3 Yleisimmät vammamekanismit

Kudosvaurion laajuuteen vaikuttavat vaurioittavan voiman suuruus, suunta, kosketusalue sekä vammautuneiden kudosten ominaisuudet. Elimistön kudosten vammansietokyky vaihtelee suuresti. Esimerkiksi aivot, keuhkot ja sisäelimet kestävät huonosti ulkopäin kohdistuvaa energiaa. Luut, jänteet ja lihakset pystyvät ottamaan vastaan suurempaa ulkoista energiaa ilman vaurioita. Hyvä fyysinen kunto ja potilaan nuori ikä parantavat kudosten traumansietokykyä. (Kuisma ym. 2009, 325.)

Vammamekanismin merkitys korostuu diagnoosien ja mahdollisten vammojen selvittelyssä. Mitä suuremmasta vammaenergiasta on kyse, sitä todennäköisempää on, että potilaalla on merkittäviä kudsvaurioita. Vammamekanismin perusteella voidaan päätellä potilaan todennäköiset vammat ja liitännäisvammat. (Koponen & Sillanpää 2005, 230.)

Mekaanisen voiman vaikutuksesta syntyvät tapaturman aiheuttamat kudsvammat. Vammat jaetaan mekaanisen voiman mukaan suuri- ja pienienergiisiin vammoihin. Vammatyypit voidaan jakaa tylppiin ja lävistäviin vammoihin. Tylpässä vammassa iholla saattaa olla vain ruhjeita, mutta itse vammat sijaitsevat syvemmällä tehden kudsvaurioita. Lävistäviin vamatyyppeihin kuuluvat teräaseiden ja aseiden aiheuttamat vammat. (Koponen & Sillanpää 2005, 229.)

Tapaturmat ovat merkittävin kuolinsyy 20-40-vuotiailla. Monivammapotilaiden kuolemat esiintyvät yleisesti kolmena aaltona: välittömästi tapahtumapaikalla, muutamien tuntien sisällä ja useiden viikkojen kuluttua tehohoidon pitkittyessä. Ensihoito tapahtumapaikalla pyrkii ehkäisemään muutamien tuntien sisällä tapahtuvia kuolemia. Yleisimmät kuolinsyyt niin sanotuissa ”toisen aallon” kuolemissa ovat kontrolloimaton verenvuoto ja vaikea aivovamma. Riittämätön hapautuminen tai ilmatien menetys voivat myös aiheuttaa välittömän kuoleman. Näihin vammoihin pystytään antamaan hoitoa oikeaoppisilla ensihoidon perustekniikoilla. (Kuisma ym. 2009, 324.)

4 Elimistön reaktiot traumaan

Traumasta aiheutuu elimistöön fysiologisia ja aineenvaihdunnallisia reaktioita. Elimistön reaktion tarkoitus on turvata eloonjääminen ja paraneminen, vaikka ulkopuolista apua ei olisikaan tarjolla. Hoitotoimenpiteiden avulla tuetaan elimistön omia reaktioita. Reaktiot voivat muodostua myös haitallisiksi ja johtaa jopa potilaan kuolemaan. (Kröger ym. 2010, 51- 53.)

Sokkivaihe tulee välittömästi trauman jälkeen. Sokki on tila, jossa kudosten verenkierto on riittämätöntä. Sokki on alidiagnosoitu tila, ja sen tunnistaminen on haastavaa. Sokin ensimerkkejä ovat takykardia ja vasokonstriktio. Sokkivaiheessa hapenkulutus ja energiankäyttö alenevat, ja aineenvaihdunta hidastuu. Traumasta aiheutuva verenhukka saattaa olla massiivinen. Vuodon seurauksena nestettä siirtyy kudoksista verenkiertoon, mikä kompensoi verivolyymin menetystä ja pyrkii pitämään verenpainetta elimistölle riittävällä tasolla. Neste- ja verenhukassa elimistö ohjaa jäljellä olevan veren tärkeille elimille, esimerkiksi aivoille ja sydämeen, joiden hapenpuutteen kestävyys on huono. Nestehoidolla on suuri merkitys traumapotilaan hoidossa. Nesteensiirroilla pyritään vastustamaan hypovolemiaa eli elimistön vähentynyttä kokonaisnestemäärää. Verenpainetta, pulssia, diureesia, tajunnantasoja, ihon lämpötilaa ja laskimotäyteyttä seurataan. Sokkivaihe on traumojen yhteydessä hoidettava nopeasti, mutta vaikeimmissa vammoissa ja hypovolemian jatkuessa sokkivaihe kestää pidempään. Tärkein tutkimus sokin osoittimena on verikaasuanalyysi. (Koponen & Sillanpää 2005, 247; Kröger ym. 2010, 51-53, 165.)

Sokkivaihetta seuraa flow-vaihe, jonka aikana verenkierto ja aineenvaihdunta kiihtyvät. Flow-vaiheessa keskeistä on kudოსvaurioiden korjaaminen ja infektioiden torjuminen. Energian ja hapen kulutus lisääntyy ja ruumiinlämpötila kohoaa. Hyperglykemia, joka aiheutuu glykogeenin hajoamisesta, pyrkii turvaamaan elinten energiataloutta. Hyperglykemia myös imee nestettä kudoksista verenkiertoon. Nämä tapahtumat johtuvat hormonaalisista muutoksista. Kun haavat ja kudოსvauriot ovat parantuneet ja infektiot on pystytty torjumaan, aineenvaihdunta palaa vähitellen ennalleen. Tällöin on tärkeää korvata lihaksiston menettämät valkuaisaineet. Vasta tämän jälkeen alkaa lopullinen paraneminen, joka kestää jopa yli vuoden. (Kröger ym. 2010, 51- 53.)

5 Onnettomuustilanteeseen saapuminen

Monivammapotilaan kohtaaminen on yksi ensihoidon haastavimmista tilanteista. Moniammatillisen tiimityön sujuvuudella on suuri merkitys hoidon onnistumi-

sen kannalta. Jotta hoidon aloitus toimisi nopeasti ja hoito onnistuisi mahdollisimman hyvin, tiimin johtosuhteiden ja työnjaon tulee olla kaikille tiimin jäsenille selviä. (Kuisma ym. 2009, 345-325.)

Vaikeasti vammautuneen potilaan tutkiminen on haastavaa. Olennaista diagnostiikan kannalta on kaikkien vammojen toteaminen ja jatkuva valmius nopeisiin hoitotoimenpiteisiin potilaan tilan huonontuessa äkisti. Lyhyessä ajassa on pyrittävän mahdollisimman täydelliseen diagnoosiin ja varauduttava elvytykseen. Monivammapotilaan hoidossa huomio tulee kohdistaa moniin eri seikkoihin samanaikaisesti. Elimistön kokonaisvauriota pyritään rajoittamaan ensihoito- toimilla. Primäärivaurioon ei pystytä enää vaikuttamaan, mutta sekundäärivaurioita pystytään vähentämään. (Kröger ym. 2010, 66, 127.)

Vammautuneen potilaan hoitoprosessi alkaa jo ensihoitoyksikön matkatessa onnettomuuspaikalle. Häätokeskus antaa riskiarvion sekä hälytyskoodin ensihoitoyksikölle, josta selviävät karkeat esitiedot tapahtuneesta, vammatyypistä sekä riskin suuruudesta. Ensimmäisenä tapahtumapaikalla on selvitettävä vammamekanismit, ilmasto- ja maaolosuhteet, käytettävissä olevien resurssien riittävyys sekä hoitohenkilökunnan ja potilaan turvallisuus. Onnettomuuspaikalla luodaan yleissilmäys tilanteesta. Henkilövahinkojen määrä ja laatu selvitetään sekä estetään lisäonnettomuudet. (Kuisma ym. 2009, 329, 340.) Tilanteessa, jossa on monta potilasta samaan aikaan, eloton potilas katsotaan menehtyneeksi, jos ei ole riittävästi resursseja kaikkien potilaiden samanaikaiseen hoitoon (Kröger ym. 2010, 120). Alkuselvityksen tarkoitus on kartoittaa kaikkien potilaiden yleiskunto ja vammat, jotta hoito osataan kohdentaa kiireellisyysjärjestyksessä (Kuisma ym. 2009, 340).

Varsinainen hoito aloitetaan alkuselvityksen osoittamassa kiireellisyysjärjestyksessä. Hoito alkaa ensiarviolla, joka noudattaa ABCDE-järjestystä. ABCDE-järjestys on yleinen toimintamalli akuuttihoitotyössä potilasta tutkittaessa. Monivammapotilaan tutkiminen ja hoito etenevät systemaattisesti kriittisimmästä elintoiminnosta vähemmän tärkeisiin ABCDE-järjestyksen mukaisesti: hengitysteiden avoimuuden varmistaminen, hengityksen ja verenkierron riittävyyden arviointi, neurologisen statuksen määrittäminen sekä tarkempi vammastatus. Hoito

tapahtuu kaikilla potilailla tässä järjestyksessä, eikä seuraavaan vaiheeseen siirrytä ennen kuin edellinen elintoiminto on turvattu. Monta vaihetta voi tapahtua päällekkäin, jos auttajia on monta. (Kröger ym. 2010, 127-128). Seuraavaksi alkaa täsmennetyin arvion tekeminen ja elintoimintojen monitorointi. Potilaalta seurataan verenpainetta, sydämen rytmia, happisaturaatiota eli veren happikylläisyyttä sekä hiilidioksiditasoa uloshengityksestä. Potilas riisutaan ja huolehditaan jäähtymisen estämisestä. Voinnin muuttuessa äkisti aloitetaan arvio uudelleen alusta saakka ABCDE-järjestyksen mukaisesti. Kun potilaan vointi on saatu vakaaksi, jatketaan kliinisiä tutkimuksia. (Kröger ym. 2010, 120, 127 – 129, 155.)

6 Monivammapotilaan tutkiminen ABCDE-järjestyksen mukaisesti ensihoitoprosessin aikana

6.1 Airway eli hengitysteiden avoimuuden varmistaminen

Ihmiselle hengitys on keino saada happea elimistöön ja poistaa hiilidioksidia. Hengityksen riittävyttä arvioitaessa tulee huomioida sekä hapen saanti että hiilidioksidin riittävä poistuminen. Avoin hengitystie varmistetaan tunnustelemalla ilmavirtausta ja tarkkailemalla hengityслиikkeitä. Ilmatiet avataan nostamalla tajuttoman potilaan päätä leukaperistä ja otsasta taaksepäin painamalla. (Kröger ym. 2010, 121-122)

Hengitystaajuutta arvioidaan laskemalla rintakehän kohoamista minuutin aikana. Aikuisella se ei yleensä kohoa yli 25 kertaa minuutissa pelkästään kivun tai pelon takia. Nieluputken avulla saadaan kieli pysymään poissa nielusta estämästä ilman virtausta. Jos potilaan tajunnantaso on Glasgow'n koomasteikolla (liite1) arvioituna alle 8, intubointi on tarpeen hengityksen varmistamiseksi. Larynxmaski ja -tuubi toimivat vaihtoehtoisina hengitystien varmistamisvälineinä. (Kröger ym. 2010, 121-122; Wilson, Grande & Hoyt 2007, 139.)

6.2 Breathing eli hengityksen riittävyys

Happisaturaatio mitataan pulssioksimetrillä lähtötason selvittämiseksi kaikilta potilailta. Happisaturaatioarvo kertoo hapetuksesta. Pulssioksimetri ei huomioi hiilidioksidin poistumista elimistöstä. (Kröger ym. 2010, 120-121.) Lisähappea annetaan happimaskin kautta kaikille monivammapotilaille. Happisaturaation tavoitearvo on suurempi kuin 95 prosenttia ja alin hyväksyttävä arvo on 90 prosenttia. Intubaatiolla, eli hengityspotken asettamisella henkitorveen, varmistetaan monivammapotilaan ilmäteiden avoimuus. Intubaatio on usein myös ainut keino, jolla monivammapotilaan sisäänhengityksen happipitoisuutta voidaan parantaa. (Kuisma ym. 2009, 340.)

Vammautunut potilas on vaarassa vetää mahansisältöä tai esimerkiksi verta henkeensä tajunnantason alenemisen seurauksena (Kuisma ym. 2009, 340). Jos potilas on tajuton ja sietää nieluputken laiton kakomatta, hengitystie tulisi turvata intuboimalla. Tällä varmistetaan riittävä happeutuminen ja vähennetään aspiraatoriskiä. Intubaatio on erittäin vaativa toimenpide. Se edellyttää intuboitajalta kokemusta, koska se herättää potilaassa monta haitallista vastetta. Pitkät intubaatioyritykset aiheuttavat hengitystaukoja, joiden aikana happeutuminen ja ventilaatio on tehotonta. Intuboidun potilaan hengitysäänet kuunnellaan jokaisen siirron jälkeen ja tarkistetaan putken oikea syvyys. (Kröger ym. 2010, 121-122, 125.)

Hengitystyötä arvioidaan tarkkailemalla apuhengityslihasten käyttöä. Hengitysäänet kuunnellaan stetoskoopin avulla ja niiden tulisi olla symmetrisiä. Potilaan ihon ja limakalvojen väri kertoo hapetuksesta. Syanoottinen ihonväri on yleensä merkki verenkierron esteestä. (Kröger ym. 2010, 121-122.)

Hengitysliikkeiden symmetrisyys on tärkeä huomioida, sillä toisen puolen laahaava hengitys tai toispuoleinen hengitys voivat viitata esimerkiksi kylkiluiden murtumaan, varsta-, veri- ja /tai ilmarintaan (Kuisma ym. 2009, 334-336; Kröger ym. 2010, 130-131). Tajuisaan olevaa potilasta pyydetään yskimään, jonka avulla selvitetään kiputuntemuksia rinnalla, vatsassa, lantiossa ja selässä. Hengitys voi heikentyä hengitystoiminnan lamaantumisen johdosta, jonka voi aihe-

uttaa aivo- tai selkäydinvamma. Hengitysteiden tukos voi olla myös syynä tilan heikentymiselle. Tukoksen syynä voi olla esimerkiksi oksennus, lima tai vierasesine. Rintakehän mahdolliset murtumat ja epävakaas tulee huomioida, jos hengitys heikkenee. (Kröger ym. 2010, 128, 130-131.)

Rintakehän stabiliteetti tutkitaan ja kylki- ja solisluut sekä rintalasta tunnustellaan. Laaja verenvuoto ja/tai ilmarinta voivat aiheuttaa vaikean hapetushäiriön, hengitysmekaniikan romahtamisen tai verenvuotosokin. Rintakehävamman saaneen potilaan ensihoito on pääasiassa peruselintoimintojen tukemista. Rintakehävammoissa myös mahdollisuuksien mukaan toteutetulla asentohoidolla sekä kivun hoidolla on tärkeä merkitys. Kivun lievitys vähentää elimistön hapenkulutusta ja parantaa keuhkomekaniikkaa. (Kuisma ym. 2009, 334-336.)

6.3 Circulation eli verenkierron riittävyyden arviointi

Verenkiertoa arvioidaan syketaajuuden ja verenpaineen tarkkailulla. Ulkoinen verenvuoto tyrehdytetään vuotokohtaa painamalla, jonka jälkeen vuotokohdan päälle laitetaan sidos. Kiristyssidettä ei tule käyttää kuoliovaaran takia. Paineside on sopiva esimerkiksi laaja-alaiseen vuotoon reidessä. Jäähtymisen hoitoon ja ehkäisyyn on kiinnitettävä huomiota. Kehon lämpötila ei ole kovinkaan luotettava mittari, sillä Suomen olosuhteissa potilas jäähtyy nopeasti. Monivammautuneet potilaat ovat usein hypotermisiä eli heidän ydinlämpönsä on alle 35 astetta. Keinoja jäähtymisen hoitoon ja ehkäisyyn ovat muun muassa hyvä peittäminen, avaruuslakanan, lämpöpatjan ja lämmitettyjen nesteiden käyttö sekä ympäristön lämpötilan nostaminen mahdollisuuksien mukaan. (Kröger ym. 2010, 124, 128, 170-171.)

Mahdollisen verenhukan riski ja määrä voidaan arvioida vammamekanismin perusteella. Verenvuotosokki voi syntyä murtumien yhteydessä, jolloin verta vuotaa kudoksiin. Kriittisen verenpaineen laskun voi aiheuttaa lantioon, rinta- tai vatsaonteloon vuotava sisäinen verenvuoto. Verenvuotosokin uhkaan viittaavat ihon kalpeus, hikisyys, verenpaineen lasku sekä levottomuus, jotka edellyttävät välittömiä elvytystoimia. (Kröger ym. 2010, 124, 128.)

Nestehoidon tavoitteet riippuvat vammasta ja potilaan hemodynamiikasta. Monivammapotilaan vammatyypin ja löydökset tulee aina ottaa huomioon nestehoitoa aloitettaessa. Systolisen verenpaineen tulisi säilyä 80-90 mmHg, jotta ehkäistään syvä hypotensio. Tällöin rannepulssi tuntuu vielä juuri ja juuri. Vastetta nestehoittoon tulee tarkkailla. Potilaalle kannattaa heti kanyloida useita suonyhteyksiä, vaikka kaikkiin ei vielä kytkettäisi infuusiota. Yleinen käytäntö Suomessa on se, että nesteytys aloitetaan balansoidulla keittosuolalla tai Ringer-liuoksella. Vuotosokin hoitoon ei saa käyttää sokeripitoisia nesteitä. Paine-pusseja käytetään tarvittaessa nopean nesteytyksen varmistamiseksi. Jäähtymisen estämiseksi nesteet annetaan lämmitettyinä. Sokin ja massiivisen vuodon edetessä perifeeriset, eli kehon ääreisosien kuten kämmenselän, verisuonet lakkaavat näkymästä. (Duodecim 2002, 508; Koponen & Sillanpää 2005, 248; Kuisma ym. 2009, 341; Kröger ym. 2010, 124, 128.)

Nestehoidolla voi olla myös haittavaikutuksia. Nesteytys laimentaa hyytymistekijöitä ja voi huuhtoa jo syntyneitä hyytymiä auki. Sillä on myös verenpainetta nostava vaikutus, jonka seurauksena vuodon määrä lisääntyy. Turhaa nesteytystä tulee siis ensihoidossa välttää. (Kuisma ym. 2009, 341.) Virtsamäärän jatkuva mittaaminen on olennaista nestetasapainoa arvioitaessa. Virtsanerityksen väheneminen viittaa hypovolemiaan, varsinkin jos virtsaneritys lisääntyy nestevolyymien lisäyksellä. (Kröger ym. 2010, 128, 158.) Monivammapotilaan veriryhmä tulee selvittää, sillä runsaasti vuotavan potilaan hoidossa joudutaan usein turvautumaan verituotteiden antoon. Ensimmäisenä tarvittava valmiste on punasolut. Häätätapauksessa hoito voidaan aloittaa ORh-punasoluilla. Verituotteiden turhaa antoa tulee välttää. (Koponen & Sillanpää 2005, 249; Kröger ym. 2010, 156.)

6.4 Disability eli neurologisen statuksen määrittäminen

Neurologisen statuksen määrittäminen tapahtuu tässä vaiheessa, ellei hengitystien hoidon yhteydessä asiasta ole jo huolehdittu. Puhe ja kipuvasteet selvitetään ja pupillien koko sekä symmetria tarkistetaan kaikilta tajuttomilta potilailta. (Kröger ym. 2010, 124.)

Tajuttomuus on tavallinen löydös, jonka syynä on usein aivovamma. Tajuttomuus voi myös johtua aivojen verensaannin vähentymisestä sokin seurauksena. (Kröger ym. 2010, 128.) Tajunnan tasoa määriteltäessä hyvä apuväline on Glasgow'n kooma-asteikko eli GCS (liite1) (Wilson ym. 2007, 60-61). Asteikko on jaettu kolmeen luokkaan, joilla tutkitaan puhe- ja liikevastetta sekä silmien avaamista. Täysin reagoimaton saa 3 pistettä, täysin normaaleilla vasteilla saa 15 pistettä. Kaikki kolme luokkaa ovat keskenään reagoivia. Jos yhdestä luokasta toiminnot romahtavat, se vaikuttaa muihinkin luokkiin. (Wilson ym. 2007, 60-61.)

Tajunnan tasoon vaikuttavat myös huumaus- tai lääkeainemyrkytykset sekä alkoholin suuri pitoisuus veressä (Kröger ym. 2010, 128). Zautcken, Furtadon, Morrisin, Uyenishin ja Stein-Spencerin (2005) tutkimuksessa on selvitetty alkoholin osuutta 12 – 18 -vuotiaiden nuorten onnettomuuksiin Illinoisin osavaltiossa. Alkoholin osuutta 19-24-vuotiaiden nuorten aikuisten onnettomuuksiin tutkittiin vertailun vuoksi. Aineistoa kerättiin kaksi vuotta perusterveydenhuollon traumarekisteristä. Vain osalta nuorista traumapotilaista mitattiin veren alkoholipitoisuus, mutta nuorilta aikuisilta veren alkoholipitoisuus kuitenkin mitattiin joka kerralla. Nuorilta veren alkoholipitoisuutta ei mitattu yhtä usein kuin nuorilta aikuisilta. Tutkimus osoitti, että alkoholin osuutta onnettomuuksissa ei pystytä täysin varmasti sanomaan. Alkoholipitoisuuden mittausta tulisi ottaa rutiinitarkastuksiin traumapotilaiden tutkimuksissa kaikenikäisillä.

6.5 Exposure eli tarkempi vammastatus

Potilaan kallon ja kasvojen alueet tutkitaan etsien mahdollisia murtumalinjoja. Tärkeää on tunnistella poskipää, alaleuka, kaulan sormusrusto sekä henkitorvi. Tutkiessa on kiinnitettävä huomiota potilaan ulkoiseen anatomiaan, mahdollisiin haavoihin tai muihin ruhjeisiin. Kasvojen alueen murskavammat aiheuttavat turvotusta ja verenvuotoa, jotka voivat johtaa hengitysteiden ahtautumiseen. Vammat kaulan alueella, kuten henkitorven tai suurten verisuonten vaurioituminen, voivat aiheuttaa ilmasteiden ahtautumista ja runsasta verenvuotoa. Kallon pohjan murtumaan voivat viitata veren tai selkäydinnesteen valuminen korvasta,

nenästä tai suusta. Myös molemminpuoliset silmäanalusmustelmat voivat viitata kallonpohjan murtumaan. Potilaalla voi olla aivovamma myös ilman ulkoisia vammaan merkkejä. Neurologiset puutosoireet ja tajunnantason lasku voivat viestiä aivovammasta. Kaikkia tällaisia potilaita tulee ensihoidossa kohdella kuten aivovammapotilaita. (Kuisma ym. 2009, 337.)

Potilaan vatsan alue tutkitaan palpoimalla mahdollisten sisäelinvaurioiden ja vatsaontelon sisäisen verenvuodon varalta. Jos potilas on tajuton, ei vatsan palpaatio paljasta sellaista, jolla olisi merkitystä sairaalan ulkopuolella annettavan hoidon kannalta. (Kröger ym. 2010, 124-125, 130-131.) Jos potilas on tajuisaan, häneltä voidaan kysyä mahdollisia aristuskohtia vatsan alueella, ja näin ollen paikantaa mahdolliset vauriot elimissä. Mikäli iholla näkyy ruhjeita, ne voivat viitata alla sijaitsevan elimen vammaan. Verenvuotoa tulisi epäillä, jos oikein toteutettu sokkihoito ei tuota tulosta. Sisäisen verenvuodon riski on otettava aina huomioon tilanteissa, joissa ulkoisten vuotojen määrä ei ole suuri, mutta potilas on silti sokkinen. Ensihoito sisäelinvaurioissa on verenkierron tukeminen. (Kuisma ym. 2009, 336-337; Kröger ym. 2010, 124-125.)

Potilaan mahdolliset lantiomurtumat tutkitaan painamalla potilaan lantiota suoliuniharjoista kohtisuoraan. Lantion tarkastaminen on kiistanalaista, sillä lantion tukevuutta arvioitaessa painallukset voivat aiheuttaa verenvuotoa. (Kröger ym. 2010, 124-125.) Hälyttävien löydös on lantioarenkaan periksi antaminen, jolloin lantioarenkaan sekä etu- että takaosan rakenteet ovat rikkoutuneet. Lantion vammaan liittyy usein henkeä uhkaava sisäinen verenvuoto sekä lukuisia liitännäisvammoja, kuten hermovaurioita, virtsatievammoja ja suolistoperforaatioita. (Kuisma ym. 2009, 337.) Lantionmurtumien yhteydessä todetaan usein hematuriaa, eli verivirtsaisuutta, jota aiheuttaa usein munuaisen repeäminen. Virtsanjohtimen vammat ovat harvinaisempia. (Kröger ym. 2010, 132.) Tärkeimpiä asioita lantiomurtumien ensihoidossa ovat nestehoito sekä lantion hyvä tukeminen. (Kuisma ym. 2009, 337.)

Monivammapotilaan mahdollisia raajavammoja tutkittaessa tulee kiinnittää huomiota ulkoisiin vuotoihin, raajojen virheasentoihin, ihorikkoihin sekä raajojen toimintaan. Raajoja tunnustellaan murtumien löytämiseksi, mikäli potilaan kivut

sen sallivat. Vammautuneesta raajasta tutkitaan myös pulssi ja lämpö heti alkutilanteessa. Mikäli pulssia ei löydetä, potilas on saatava kirurgiseen hoitoon mahdollisimman nopeasti. Raajojen virheasennot pyritään reponoimaan mahdollisimman luonnolliseen asentoon silloin, kun se on kohtuullista voimaa käyttäen mahdollista. Virheasennot aiheuttavat potilaalle kovaa kipua sekä voivat altistaa verisuoni- ja hermovaurioille. Virheasentoja korjattaessa tulee ensihoitohenkilöstön taata hyvä kivun hoito suonensisäisesti. (Kuisma ym. 2009, 339.)

Selkärankavammoja tutkittaessa etsitään aristuksia ja murtumalinjoja selkärangan alueelta. Tutkimisessa tulee kiinnittää huomiota erityisesti virheasentoihin tai kuoppiin rangassa. Rankavammapotilaan ensihoidossa tärkeintä on rangen tukeminen esimerkiksi tyhjiöpatjan tai rankalaudan avulla lisävammautumisen estämiseksi. Potilaan siirroissa on vältettävä kierto liikkeitä tai taipumista. (Kuisma ym. 2009, 337-338; Koponen & Sillanpää 2005, 240.) Tajuissaan olevalta potilaalta kysellään kipuja, mahdollisia puutumisia ja pistelyitä. Häntä pyydetään liikututtamaan raajojaan, mikäli mahdolliset muut vammat sen sallivat. Myös ihon tuntoherkkyys tulee testata. (Kuisma ym. 2009, 337-338.)

Potilaan alentunut tajunnantaso voi viitata kaularankavammaan, joten sen mahdollisuus tulee aina huomioida hoidossa. Kaularankavamman yhteydessä rankaa on tuettava koko ajan. Tukeminen tapahtuu joko käsin tai kaulurin avulla. Kaularangan lopullinen diagnoosi tehdään radiologisten tutkimusten perusteella, ja kaularanka tulee olla tuettuna siihen saakka. (Koponen & Sillanpää 2005, 239; Kuisma ym. 2009, 337-339.) Rankavamman vakavin komplikaatio on halvaantumisen, joka johtuu selkäytimen vaurioitumisesta. Halvausoireet voivat ilmaantua välittömästi onnettomuuden yhteydessä, mutta myös esimerkiksi varomattoman käsittelyn tuloksena. (Kuisma ym. 2009, 338.)

7 Monivammapotilaan ensihoito sairaalassa

Monivammapotilaan hoitopaikka valitaan potilaan vammojen vakavuuden ja hoitolaitosten etäisyyksien perusteella. Vaikeasti loukkaantunut potilas kannattaa kuljettaa suoraan lopulliseen hoitopaikkaan, sillä siirrot viivästyttävät hoitojen alkamista. (Kröger ym. 2010, 125, 149-150.)

Ensihoitoyksikkö tekee ennakkoilmoituksen vastaanottavaan sairaalaan. Sairaanhoitaja vastaanottaa ennakkoilmoituksen, johon sisältyy potilaiden lukumäärä, saapumisaika tapahtumapaikalle, ilmoittaja, tapahtumapaikka, vammamekanismi, potilaan nimi ja sosiaaliturvatunnus, mies/nainen/lapsi, jos nimi tai sosiaaliturvatunnus ei ole tiedossa, tila tavatessa, tehdyt toimenpiteet sekä ventilaation ja hemodynamiikan tila tällä hetkellä. Potilaan tila kuvataan ABCDE-järjestyksen mukaisesti ennakkoilmoituksen vastaanottavalle sairaanhoitajalle. Arvioitu saapumisaika jatkohoitoyksikköön kerrotaan ilmoituksen päätteeksi. (Koponen & Sillanpää 2005, 231-232; Kröger ym. 2010, 125.) Ennakkoilmoituksen vastaanottanut sairaanhoitaja sairaalassa päättää, tekeekö hän ilmoitetusta potilaasta traumahälytyksen. Ennakkoilmoituksen tiedot auttavat hoitohenkilökuntaa valmistautumaan juuri tämän potilaan vastaanottamiseen. Traumahälytyksen laukaisukriteereihin vaikuttavat olennaisesti myös sairaalan resurssit ja toimintavalmius. Jos sairaalassa on ympärivuorokautinen valmius hoitaa vaikeasti vammautuneita potilaita, hälytyskriteerejä voidaan pitää korkeammalla. Jos valmistautuminen vie enemmän aikaa, hälytys on laukaistava herkemmin. Valmistautumisen aikana osastolle kutsutaan moniammatillinen ennalta sovittu tiimi eli traumatiimi. (Koponen & Sillanpää 2005, 230-236.) Sairaalalla on oltava suunnitelma henkilökunnan lisäavun saamiseksi monivammapotilastilanteissa (Kröger ym. 2010, 137).

Monivammapotilaiden hoitoon tarvitaan hyvin varusteltu huone, jossa on mahdollisuus toteuttaa yleisanestesia ja ryhtyä mahdollisiin henkeä pelastaviin kirurgisiin toimenpiteisiin (Kröger ym. 2010, 150). Ensihoidossa monivammapotilaan kohdalla keskitytään välittömästi henkeä uhkaavien vammojen hoitamiseen ja vammojen aiheuttamien sekundaaristen vaurioiden estoon. Tätä kutsutaan

traumaresuskitaatioksi. Traumaresuskitaatio on tiimityöskentelyä, joka vaatii moniammatillisen traumatiimin. Tiimin kaikkien jäsenten vastuu ja toimenkuva on ennalta sovittu. Toiminnan tulee noudattaa standardoitua vaiheittaista mallia. Toiminta tulee olla kirjattuna sairaalan traumatoimintaohjeeseen. Traumatiimi tutkii ja hoitaa potilasta samanaikaisesti ABCDE-mallin mukaisesti. Traumatiimissä on ennalta sovittu johtaja sekä koordinoiva ja kirjaava sairaanhoitaja. Yleensä traumajohtajana toimii kirurgi ja traumahoitajana kokenut sairaanhoitaja. Traumatiimiin kuuluvat anestesia lääkäri ja -hoitaja huolehtivat potilaan hengityksestä ja nesteresuskitaatiosta. Kirurgi huolehtii diagnostiikasta ja toimenpiteistä, joissa sairaanhoitaja avustaa. Tiimiin kuuluvat olennaisena osana radiologi sekä kaksi röntgen- ja laboratoriohoitajaa. Jokaisella on oman tehtävänsä mukaan värikoodilla merkityt liivit, jotka helpottavat muiden tiimin jäsenten tunnistamista. Värikoodien avulla saadaan nopeasti selville, kenen tehtävä on hoitaa mitään. (Kröger ym. 2010, 149-150; Koponen & Sillanpää 2005, 233-237; Lautala 2011.)

Potilaan tila ei yleensä heti salli kuvantamista röntgenhuoneessa, vaan ensihoitohuoneeseen tuodaan liikkuva röntgenkalusto. Perinteiset kuvantamistutkimukset monivammapotilaan hoidossa ovat röntgenkuvaus, kaikukuvaus eli ultraäänitietokonetomografia, magneettikuvaus ja traumaultraääni eli FAST. FAST:lla etsitään vuotanutta verta ruumiinonteloista. (Kröger ym. 2010, 137, 149-150, 156.)

Jos potilaalla todetaan hätäleikkauksen tarve, hänet tulee siirtää leikkausosastolle. Jos monivammapotilaalla ei ole välitöntä leikkaustarvetta, hänen jatkohoitopaikkansa on teho-osasto tai vuodeosasto. Myös potilaiden, jotka eivät ole vammautuneet vaikeasti, mutta ovat olleet korkeaenergisessä onnettomuudessa, tulee jäädä yön yli seurantaan päivystysosastolle. (Koponen & Sillanpää 2005, 242-245.)

Vaikeasti vammautuneen potilaan hoito vaatii resursseja ja erityisosaamista. Laadukkaan ja asianmukaisen hoidon edellytys on, että vastaanottavalla sairaalalla on riittävä kokemus vaikeasti vammautuneen potilaan hoidosta. Potilaan alkuvaiheen tutkiminen ja hoito on systemaattinen prosessi, joka toteutetaan

tiimityönä. Potilaalle pyritään takaamaan mahdollisimman laadukas hoito, joka edellyttää järjestelmällistä koulutusta ja harjoittelua, laadunvalvontaa sekä riittävä potilasmateriaalia kokemuksen tuojana. Suomessa on alettu kiinnittää huomiota vasta viime vuosina vammaopotilaiden ensihoitoon sairaalassa. Vanhoissa toimintamalleissa on paljon hyväksi koettuja asioita, joita ei pidä muuttaa vain muutoksen vuoksi. Kuitenkin kokonaisvaltaista uudelleenarviointia on tehtävä säännöllisesti, jotta vammaopotilaiden hoito Suomessa vastaisi kansainvälistä tasoa. (Koponen & Sillanpää 2005, 227-228.)

8 Monivammapotilaan kivunhoito

Vammautuneen potilaan hoidossa kivunhoito on yksi tärkeimpiä asioita. Kipu on epäinhimillistä potilaalle, mutta aiheuttaa myös useita haitallisia ilmiöitä elimistössä. Stressihormonien vapautuminen kivun seurauksena nostaa syketaajuutta ja stimuloi hengitystä. (Kuisma ym. 2009, 341-342.) Akuutti kipu varoittaa kudosvaurion ja lisävahinkojen synnystä. Elimistö pystyy kompensoimaan elintärkeitä toimintoja kriittisissä tilanteissa. Jotkut potilaat saattavat olla vain vähän kivuliaita suuren trauman jälkeen aiheutuneen stressitilan takia. Tämä ei saa kuitenkaan johtaa kivunhoidon laiminlyöntiin. (Kröger ym. 2010, 173.)

Akuutissa vaiheessa kipulääkkeet pyritään antamaan laskimonsisäisesti pieninä toistettuina kerta-annoksina lääkkeen imeytymisen varmistamiseksi. Potilaan verenkierto vaikuttaa lihakseen tai ihon sisään annetun injektion tehoon. Mitä huonompi on verenkierto, sitä arvaamattomampaa on imeytyminen. Lääkkeiden antaminen suun kautta tai nenä-mahaletkuun ei ole suositeltavaa suurissa traumaissa, koska vamman ja kivun vuoksi mahanlaukun tyhjentyminen on pysähtynyt ja oksennusriski on kohonnut. (Kröger ym. 2010, 173-174.)

Akuutin kivun hoidossa lääkitys määritetään sen tuottaman vasteen mukaan. Tarkoitus on varmistaa riittävä kivunlievitys ilman sivuvaikutuksia. Diagnoosin määritysvaiheessa voidaan käyttää lyhytvaikutteisia kipulääkkeitä, jotta vamman tilaa pystytään seuraamaan. Jos potilas on rauhaton, hän voi olla kivulias

ja siksi on syytä käyttää mieluummin kipulääkkeitä kuin rauhoittavia lääkkeitä. Kun tilanne on saatu vakaaksi, voidaan siirtyä käyttämään pidempivaikuttavia kipulääkkeitä ja puudutuksia. (Kröger ym. 2010, 173-174.) Tärkeimpiä kivunhoidollisia menetelmiä ovat asentohoito, lastoittaminen sekä kipulääkitys (Kuisma ym. 2009, 341-342).

Traumakipua hoidetaan pääasiallisesti tulehduskipulääkkeillä, parasetamolilla ja opioideilla laskimonsisäisesti. Kun tulehduskipulääkkeeseen tai parasetamoliin yhdistää opioidin, kivunlievitys lisääntyy ja opioidien tarve pienenee. Tämä perustuu niiden eri vaikutusmekanismeihin. Kuitenkaan eri tulehduskipulääkkeiden tai opioidien yhdistämisestä ei ole etua. Vaikka kaikki opioidit lamaavat hengitystä, on hyvä muistaa, että kipu stimuloi voimakkaasti hengitystä. (Kröger ym. 2010, 173-176.)

Monivammapotilaan kipua voidaan lievittää myös (S)-ketamiinillä, joka on anestesia-aine. Sillä on voimakas analgeettinen teho ja se on lievästi verenkiertoa stimuloiva. Analgeettisina annoksina se ei aiheuta hengityslamaa. (S)-ketamiinin avulla saadaan potilaalle anestesia, jossa hän pysyy tajuissaan. Puudutuksilla saadaan aikaiseksi tehokas kivunlievitys. Kun puudutetta ruiskutetaan paikallisesti, saadaan aikaan tehokas puudutusalue. Puudutuksia käytetään potilaille, jotka ovat tajuissaan, joiden vammatilanne on selvillä ja hemodynaamiikka hallinnassa. (Kröger ym. 2010, 176.)

Monet vammat voivat aiheuttaa pitkäkestoisia kiputiloja, jotka osaltaan vaikeuttavat kuntoutumista. Kiputilojen mahdollinen kroonistuminen on syytä estää jo alkuvaiheessa. Kroonistuneita kipuja ovat muun muassa hermovauriot ja amputaatiosta johtuva aavesärky. (Kröger ym. 2010, 176-177.)

9 Hoitotyönperiaatteet monivammapotilaan hoitotyössä

Sairaanhoitajaliiton internet-sivuilla on julkaistu sairaanhoitajien eettiset ohjeet, joiden tarkoitus on tukea sairaanhoitajan eettistä päätöksentekoa päivittäisessä

työssä kaikissa yksiköissä. Sairaanhoitajan tehtävä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäisy ja kärsimysten lievittäminen. Sairaanhoitajan tulee auttaa kaikkia ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Hän on vastuussa toiminnastaan hoitamilleen potilaille. Sairaanhoitajan tulee suojella ihmiselämää ja edistää hyvää oloa yksilöllisesti sekä kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta antaen mahdollisuuden osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoitaja toimii oikeudenmukaisesti ja vastaa henkilökohtaisesti tekemästään hoitotyöstä. Työskentely yhdessä potilaiden omaisten ja muiden läheisten kanssa kuuluu sairaanhoitajan toimenkuvaan. (Sairaanhoidajaliitto 2012.)

Potilaalle ja hänen läheisilleen onnettomuus ja sairastuminen on aina kriisi, ja tilanteeseen ei voi valmistautua ennakkoon. Onnettomuuteen joutuminen on valtava muutos, joka muuttaa potilaan ja perheen elämää. Edessä voi olla pitkä sairaalahoito, leikkauksia ja kuntoutusta. Lopullisten vammojen vakavuus ja niiden vaikutus jokapäiväiseen elämään askarruttavat potilasta ja omaisia. (Koponen & Sillanpää 2005, 23.)

Jokainen potilas kokemuksineen tulee kohdata yksilönä. Yksilöllisyys, joka on yksi hoitotyön periaatteista, tulee huomioida myös akuuttihoitotyössä. Potilas ja hänen läheisensä ovat usein sokissa tapahtumasta. Potilaan käytös voi muuttua hänelle epätarkoituksenmukaiseksi. Hän saattaa toimia ja reagoida tavalla, joka ei ole odotettavissa. Muuttunut tilanne luo epätodellisuuden tunnetta, unenomaisuutta ja epäuskoa, eikä tapahtunutta voida uskoa todeksi. Yllätyksellisessä tapahtumassa potilaan aistit herkistyvät. Potilas rekisteröi ympäristön tapahtumia, ihmisiä ja ääniä tarkasti, jotta saisi paremman käsityksen tilanteesta. Sairaanhoitaja voi vahvistaa potilaan turvallisuuden tunnetta omalla ammatillisella käytöksellään. Se herättää potilaassa luottamusta hoitohenkilökuntaa kohtaan ja antaa voimia selvitä tulevasta. Potilaan käsityksiin koko hoidon ajan vaikuttaa hoitotyöntekijöiden työssään onnistuminen. Hoitohenkilökunnan kommunikointi ja suhtautuminen omaisiin sekä muihin potilaisiin luovat mielikuvia hoidosta ja sen laadusta. Potilailla ja omaisilla on tutkimustuloksia odottaessaan aikaa tarkkailla henkilökuntaa. (Koponen & Sillanpää 2005, 23-24.)

Useat hoitotyön periaatteet, kuten turvallisuus, hoidon jatkuvuus ja itsemäärämisoikeus näkyvät laajalti myös monivammapotilaan hoitotyössä. Potilaat odottavat saavansa tilansa edellyttämää hyvää hoitoa, lohdutusta, turvallisuutta, tukea sekä mahdollisuutta vaikuttaa omaan elämäänsä. Jotta potilas pystyy tekemään omaa elämäänsä ja hoitoaan koskevia päätöksiä, hänen tulee saada tietoa omaa hoitoaan koskevista asioista. Luottamus liittyy olennaisesti turvallisuuden tunteen kokemiseen. Sairaanhoidaja voi saavuttaa potilaan ja omaisten luottamuksen selkeän ja tarkoituksenmukaisen toiminnan avulla. Hoitohenkilökunnan tulee tietää, miten toimitaan ja mikä on tärkeää potilaan tilanteen korjaamiseksi. Potilaalle on välityttävä tunne, että hänen eteensä tehdään kaikki mahdollinen ja jopa vähän enemmänkin. Turvallisuuden tunteen luomiseen liittyy olennaisesti kivun ja pelon lievittäminen. (Koponen & Sillanpää 2005, 24.)

10 Onnettomuuden vaikutus monivammapotilaan psyykkiseen hyvinvointiin

Vammautuminen tai onnettomuuden kokeminen äkillisesti vaikuttavat myös mielen hyvinvointiin. Tällaiset tilanteet tulevat täysin yllättäen, eikä niihin omalla päätöksenteolla kykene enää mitenkään vaikuttamaan. Äkillinen kriisi elämässä, kuten esimerkiksi onnettomuuteen joutuminen, käynnistää psyykkisen sopeutumisprosessin. Tapahtuneeseen sopeutuminen käynnistyy heti. Elämä on täynnä suuria muutoksia, eivätkä asiat mene niin kuin ennen. Onnettomuus pysäyttää elämän, ja usein ihmiset alkavat puhua ajasta ennen onnettomuutta ja onnettomuuden jälkeen. Kriisiprosessiin ja siitä selviytymiseen vaikuttavat myös tapahtuman äkillisyys ja järkyttävyys. Sopeutuminen voi olla raju ja pitkä prosessi, sillä mielikuvat ja aistimukset tapahtuneesta täyttävät mielen. Vaikeaksi kriisistä selviytymisen tekee se, että onnettomuudet ovat ennalta-arvaamattomia, jolloin tilanteisiin ei ole pystynyt valmistautumaan. Tapahtuma tuottaa vauriota psyykelle, koska ihmisen turvallisuudentunne häviää, elämä ennakoimattomuus korostuu sekä tulevaisuuteen suuntautuminen tulee mahdollottomaksi. (Saari, Kantanen, Kämäräinen, Parviainen, Valoaho & Yli-Pirilä 2009, 11.) Psyykkisellä traumalla tarkoitetaan tapahtumaa, johon liittyy kuole-

ma, vakava uhka elämälle tai fyysisen koskemattomuuden vaarantuminen. Tällaisia tapahtumia voivat olla esimerkiksi liikenneonnettomuus, lähiomaisen äkillinen sairastuminen, vammautuminen tai kuolema. (Pulkkinen & Vesanen 2010.)

Suurin osa ihmisistä kohtaa elämänsä aikana jonkin elämää järkyttävän tapahtuman (Haravuori, Suomalainen, & Marttunen 2010, 15). Kriisiin kuuluu neljä vaihetta: sokki-, reaktio, läpityöskentely- ja uudelleensuuntautumisvaihe (Pulkkinen & Vesanen 2010). Noin kaksi kolmasosaa ihmisistä selviytyy kriisitilanteiden yli omien voimavarojen sekä läheisten tuen avulla ilman, että se aiheuttaa pitkäaikaisia seurauksia mielenterveydelle (Haravuori ym. 2010, 15).

Psyykkisen trauman kokeminen voi johtaa erilaisiin psyykkisiin häiriöihin esimerkiksi masennukseen, päihdeongelmiin, sopeutumis- sekä ahdistuneisuushäiriöihin. Psykiatrian tautiluokitukseen kuuluvat akuutti stressihäiriö sekä traumaperäinen stressihäiriö, jotka johtuvat poikkeuksellisen järkyttävän tapahtuman tai psyykkisen trauman kokemisesta. (Haravuori ym. 2010, 15.)

11 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

Opinnäytetyö käsittelee monivammapotilaan ensihoitoprosessia. Opinnäytetyössä haastattelun avulla on tarkoitus saada selville monivammapotilaiden kokemuksia ensihoidosta. Tutkimusongelmia tässä opinnäytetyössä ovat:

1. Kuinka monivammapotilaat ovat kokeneet ensihoidon onnettomuuden tapahtumapaikalla ja vastaanottavassa yksikössä, esimerkiksi ensiavussa? (muistikuvat tapahtuneesta)
2. Millaisia fyysisiä tuntemuksia monivammapotilailla on saamastaan ensihoidosta? (kipu, kivun hoito)
3. Millaisia psyykkisiä tuntemuksia monivammapotilailla on saamastaan ensihoidosta? (kokemukset hoitohenkilökunnasta ja heiltä saatu henkinen tuki, tietämys omasta tilanteesta, turvallisuuden tunne)

12 Tutkimuksen toteutus

12.1 Tutkimusmenetelmät

Tämä opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisella tutkimuksella tarkoitetaan suurta joukkoa erilaisia tulkinnallisia, luonnollisissa olosuhteissa toteutettavia tutkimuskäytäntöjä. Kvalitatiivista tutkimusta on vaikea määrittellä selvästi, koska sillä ei ole täysin omia teorioita, paradigmoja eikä metodeja. Kvalitatiivinen tutkimusote sopii tutkimukseen silloin, kun ollaan esimerkiksi kiinnostuneita tapahtumien yksityiskohtaisista rakenteista, halutaan tutkia luonnollisia tilanteita, joita ei voida järjestää kokeeksi tai halutaan saada tietoa tiettyyn tapaukseen liittyvistä syuseuraussuhteista, joita ei voida tutkia kokeen avulla. Kvalitatiivisen tutkimuksen strategioita eli tapoja lähestyä tutkimuskohdetta ovat tapaustutkimus, etnografia, fenomenografia, Grounded Theory eli aineistopohjainen teoria ja toimintatutkimus. Keskeisiä kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytettäviä metodeja eli tiedonhankinnan menetelmiä ovat havainnoiminen, tekstianalyysi, haastattelu ja litterointi. Jokaisessa edellä mainitussa strategiassa voidaan käyttää yhtä tai useampaa metodologia samanaikaisesti (Metsämuuronen 2006,9,88,90,111). Tämän opinnäytetyön strategia on ollut tapaustutkimus ja metodina käytettiin haastattelua.

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Haastattelu oli sopivin tiedon keruun muoto, koska haastattelu joustavana menetelmänä soveltuu monenlaisiin tarkoituksiin, ja sen avulla voidaan saada monenlaista tietoa. (Metsämuuronen 2006, 113.) Haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsitys, selvittää sanamuotoja ja kysymyksiä ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75-77). Haastattelun tulee olla ennalta suunniteltua, johdettua, motivoitunutta, luottamuksellista sekä sen tulee perustua haastattelijan ja haastateltavan väliseen vuorovaikutukseen (Metsämuuronen 2006, 113). Keskustelu on luonnollinen tapa kerätä tietoa ihmisen kokemuksista, mielipiteistä ja näkemyksistä. Haastattelu on metodi, jonka ihmiset kokevat yleensä miellyttäväksi, sillä ihmiset tietävät suurin piirtein, mitä on odotettavissa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 11.) Haastattelussa tärkeintä on saada

mahdollisimman laajasti tietoa halutusta aiheesta. Haastattelun onnistumisen kannalta suositeltavaa on, että haastateltavalle annetaan haastattelun aihe tai kysymyksiä ennakkoon tutustuttavaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75-77.)

Teemahaastattelu valikoitui parhaaksi tiedonkeruumenetelmäksi tähän tutkimukseen. Otanta on melko pieni, sillä haastateltavien määrä oli viisi kappaletta. Teemahaastattelussa on ominaista, että haastateltavat ovat kokeneet tietyn tilanteen, josta halutaan kerätä tietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47.) Teemahaastattelun avulla saadaan parhaiten tietoa monivammapotilaan kokemuksista hänen omien sanojensa mukaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 87). On tärkeää, että haastatteliija on alustavasti tutustunut tutkittavan ilmiön tärkeisiin osiin, rakenteisiin ja kokonaisuuteen. Alustavan tutkimuksen pohjalta tutkija on päätenyt tiettyihin oletuksiin. Tutkija kehittää teemahaastattelurungon, jonka avulla haastattelu suunnataan tutkittavien henkilöiden kokemuksiin tilanteista. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit ja teema-alueet ovat kaikille samat, mikä tekee siitä puolistrukturoidun haastattelumuodon (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47-48). Teemahaastattelussa ei kysellä mitä tahansa, vaan haastattelun avulla pyritään löytämään vastauksia tutkimustehtävän tai tutkimusongelman mukaisesti. Etukäteen valitut teemat perustustuvat viitekehukseen eli tutkittavasta asiasta jo tiedettyyn tietoon. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77-78.)

12.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineiston keruu aloitettiin lokakuussa 2011. Aiheeseen tutustuttiin huolellisesti keräämällä laajasti tietoa alan kirjallisuudesta. Opinnäytetyön suunnitelma palautettiin keväällä 2012. Keväällä 2012 oltiin yhteydessä yksikköön, josta saatiin haastateltavat henkilöt opinnäytetyötä varten. Tutkimuslupahakemus (liite2) allekirjoitettiin yksikön palvelupäällikön kanssa, joka myös valitsi haastateltavat. Hän valitsi haastateltavat sen perusteella, ketkä täyttivät monivammapotilaskriteerit ja pystyisivät vointinsa puolesta olemaan haastateltavana. Viiden henkilön potilaskertomuksiin tutustuttiin ennen haastattelujen tekoa, jotta saatiin käsitys heidän vammoistaan ja vammamekanismeista sekä hoitopoluista. Potilaskertomukset olivat Yleislääketieteen lehdiltä hoitotiivistelmiä ja

lähetetekstejä kuntoutuslaitoksiin. Haastateltavien potilaskertomuksista saatujen taustatietojen laajuus vaihteli suuresti, eikä kenelläkään ollut kansiossaan potilastietoja heti onnettomuuden jälkeen. Osa haastateltavista oli ollut onnettomuudessa useita kymmeniä vuosia sitten ja osa muutaman vuoden sisällä.

Haastateltaville vietiin saatekirje (liite3), jossa kerrottiin opinnäytetyöstä ja haastattelun tekotavasta. Samassa saatekirjeessä heille annettiin lomake, jossa pyydettiin suostumusta tutkimushaastatteluun (liite4) ja kerrottiin, että heidän on mahdollista kieltäytyä haastattelusta missä vaiheessa tahansa. Kaikilta saatiin hyväksyvä vastaus.

Eri tiedonhankinta- ja haastattelumenetelmiin tutustuttiin etukäteen. Haastateltavien yleisvoimien ja aiheen luonteen takia päädyttiin suorittamaan nauhoitetut yksilöhaastattelut. Haastattelumuodoksi valittiin teemahaastattelu, jonka jälkeen teemahaastattelun rungon (liite5) suunnitteleminen aloitettiin.

Haastattelun teemoja oli alussa kahdeksan: alkuvaiheen muistikuvat, kivun tunteukset, kivun hoito, hoitohenkilökunnan antama henkinen tuki, potilaan tietämys omasta tilanteesta, turvallisuuden tunne ja kokemukset hoitohenkilökunnasta. Lopuksi haastateltaville annettiin mahdollisuus kertoa vapaasti asioista, jotka he kokivat tärkeiksi. Tukikysymyksiä (liite6) pohdittiin valmiiksi jokaisen teeman alle, jotta osattaisiin ohjata haastattelun aikana syntyvää keskustelua. Koululta lainattiin äänentallennin, jonka toimintoihin tutustuttiin huolellisesti ennen haastatteluiden tekoa. Haastattelut sovittiin toteutettavaksi vuorotellen litteroinnin helpottamiseksi.

Haastattelut toteutettiin keväällä 2012 kahtena eri päivänä. Aikaa varattiin jokaiselle haastattelulle tunnista kahteen tuntiin ja niiden keskimääräinen kesto oli noin tunti. Haastattelut toteutettiin yhdessä, mutta vain toinen toimi haastattelijana. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin heti haastatteluiden jälkeen.

12.3 Aineiston analysointi

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa standardoituja analyysitekniikoita on vain vähän. Haastatteluaineiston analyysin vaiheisiin kuuluvat yksinkertaisuudessaan haastatteluaineiston lukeminen, luokittelu, yhteyksien löytäminen sekä viimeisenä raportointi. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 136,144)

Aineiston kerääminen ja analysointi tapahtuvat kvalitatiivisessa tutkimuksessa ainakin joiltain osin samaan aikaan, eikä niiden välillä ole välttämättä selvää eroa. Aineisto tulee saattaa ennen analysointia sellaiseen vaiheeseen, että sitä on mahdollista analysoida. Yleisimmin haastattelut litteroidaan eli kirjoitetaan puhtaaksi. (Metsämuuronen 2008, 48.)

Teemahaastattelujen analysoinnissa on käytetty kvalitatiivisen tutkimuksen perusmenetelmää sisällönanalyysia. Sisällönanalyysissä aineisto hajotetaan osiin, jonka jälkeen se kootaan uudestaan uudella tavoin loogiseksi kokonaisuudeksi. Tavoitteena on saada hajanaisesta aineistosta mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota, josta voidaan tehdä tulkintoja ja päätelmiä. Sisällönanalyysin tarkoituksena on saada kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa kadottamatta kuitenkaan aineiston informaatiota. Sisällönanalyysi aineistossa muodostuu teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. Aineiston analyysia ohjaa valmis, aiempaan tietoon ja teoriaan perustuva kehys. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93, 99,110,116.) Aineiston analysoinnissa voi tuottaa vaikeutta tutkijan voimakkaat ennakko-oletukset tutkimustuloksesta. Kuitenkin vain itse tutkimuksen tekijä voi analysoida tekemäänsä tutkimusta. (Metsämuuronen 2008, 47.)

Litterointi osoittautui ajoittain haastavaksi epäselvän puheen ja hiljaisen puheen takia. Jokainen haastattelu litteroitiin omaksi Word-tiedostokseen. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 43 sivua fonttikoolla 12. Tiedostot tulostettiin ja jaettiin teemojen mukaisesti osioihin värikynien avulla. Tutkimusongelmien vastauksien sekä jokaisessa haastattelussa toistuvien asioiden etsiminen aloitettiin. Värikynällä alleviivattiin tulostetuista haastatteluista kohdat, jotka sopivat sisällöltään kuhunkin teemaan. Lopuksi väreillä merkityt tiedot yhdistettiin omiksi osioikseen. Esimerkki: teeman *muistikuvat* tunnusväri oli punainen, ja jokaisesta

haastattelusta muistikuviiin liittyvät asiat alleviivattiin punaisella. Tämän jälkeen kaikista haastatteluista punaisella merkityt kohdat kerättiin yhdeksi tiedostoksi, jonka otsikkona oli *muistikuvat*. Näin saatiin kaikista haastatteluista oleelliset tiedot jaoteltua teemojen mukaisiin osa-alueisiin, joiden mukaan oli helppo kirjoittaa tutkimuksen tulokset opinnäytetyöhön teemojen mukaisesti. Aineistoa jaoteltaessa sekä analysoitaessa huomattiin teemahaastattelurunko toimivaksi, sillä jäsentely teemoittain onnistui helposti. Aiheen rajaaminen toteutettiin suunnitellusti haastattelujen teon jälkeen, joka osoittautui hyväksi valinnaksi. Aiheen rajaaminen oli huomattavasti helpompaa, kun sitä ohjasivat tutkimuksesta saadut tulokset. Samalla myös opinnäytetyön otsikko alkoi muotoutua nykyiseen muotoonsa.

Opinnäytetyössä käytettiin suoria lainauksia haastateltavien kertomasta. Teemahaastattelun eduksi Hirsjärven ja Hurmen (2010) mukaan luetaan juuri se, että tutkija vapautuu haastattelun näkökulmasta ja tutkittavien eli tässä opinnäytetyössä haastateltavien ääni tulee kuuluviin. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 48.)

13 Tutkimuksen tulokset

13.1 Muistikuvat

Tässä luvussa käsitellään saatuja tuloksia potilaan muistikuvista onnettomuustilanteesta ja ensihoitohuoneesta. Jokainen haastateltava osasi kertoa, mitä hänelle oli tapahtunut ja milloin. Kolme haastatelluista henkilöistä ei muistanut tapahtuneesta mitään. Yksi haastatelluista muisteli kuulleensa ryminää ja kävelleensä onnettomuuspaikalla, mutta tämä tieto oli ristiriidassa sairaskertomuksista saamiemme tietojen pohjalta. Kyseisen haastateltavan mukaan hänet oli löydetty autosta turvavöihin kiinnitettynä. Toinen haastateltavista kertoi muistavansa tapahtumapaikalta sen, kun oli herännyt ilman tuntoa jaloissa. Muuta hän ei tapahtuneesta osannut kuvailla. Tämä haastateltava oli ainoa, joka muisti ambulanssin saapumisen onnettomuuspaikalle, muut haastateltavat eivät tästä muistaneet mitään. Haastateltava kertoi, että naapuri oli soittanut ambulanssin,

jonka tulo oli kestänyt noin 20 minuuttia. Ambulanssin henkilökunnan hän koki asiansa osaaviksi ja rauhallisiksi. Hän kertoi myös tunteneensa olonsa turvallisiksi sekä hänelle oli selvitetty minne mennään ja mitä ollaan tekemässä.

”No en oikeestaan muuta et jonkulaista ryminää kuulu mut muuta en muista.”

”Ei mul oo mitään havaintoa koko tilanteesta.”

”En. En hämäästikään muista en mitään.”

Sama haastateltava, joka muisti ambulanssin tulon, muisti myös jotain ensiapuun menosta. Muilla ei ollut muistikuvia ensihoituhuoneesta. Mahdollisia muistikuvia esimerkiksi kasvoista, äänistä tai seinien väristä kyseltiin, mutta kukaan muu ei muistanut mitään.

”Mmmm.. no siinä vaiheessa tuota.. Ensiavussa niin. No siinä oli semmosta hässäkkää, ne vei suoraan melkein kuvaukseen ja sitten siitä suoraan tuonne Kuopioon.”

”Ei oo mitään mielikuvvii.”

”En pätkääkään. Ei, tajuttomana ei muista mitään ei.”

”Muistatko ees kenenkään hoitajan kasvoja tai lääkärin kasvoja tai jotain seinän väriä tai onko minkäänlaista muistikuvaa jääny?”

- Ei en siitä Töölöhommasta (sairaala)”

13.2 Kivun tuntemukset ja kivun hoito

Kivun tuntemuksia kyseltiin, ja analysointivaiheessa tähän yhdistettiin kolmas haastatteluteema eli kivun hoito. Kukaan ei muistanut tunteneensa kipua. Muistikuvat kivusta alkavat jossain vaiheessa sairaalahoitoa tai kuntoutuksen aikana. Jokainen kertoo saaneensa tarpeeksi kipulääkettä. Muutama epäili myös

saaneensa liiaksikin kipulääkkeitä. Haastateltavat toivat myös ilmi, että heidän nykyisiin kipuihinsa heillä on riittävä kipulääkitys. Heille oli sairaalassa tuotu esille, että kipuun saa tarvittaessa lääkettä.

”Ei mul oo mittää muistikuvia, voipi sanna että hyvä että ei oo.”

”No mullahan oli kyllä hirvee lääkitys mulla oli kyllä särkylääkettä joka lähtöön että ei ees päässy tulemaan mitää kipuja.”

”Se oli kato tippa tipan kautta pantii se lääkitys”

”No, eipä muuta kun totes ja tuota pistivät siihen ilmapatjaan selälleen.” (ei kuulu)

”Antoko he siinä mitään kipulääkettä?”

- *Ei siinä vaiheessa.”*

13.3 Hoitohenkilökunnan antama henkinen tuki ja kokemukset hoitohenkilökunnasta

Haastatelluista vain yksi pystyi muistamaan ensihoitohenkilökunnan saapumisen paikalle ja koki ensihoitohenkilökunnan antaman tuen riittäväksi. Muut haastatelluista eivät pystyneet muistamaan mitään hoitohenkilökunnasta tapahtumapaikalta tai ensiavusta. Muistikuvat hoitohenkilökunnasta olivat tulleet osalle haastatelluista vasta sairaalan vuodeosastolta tai kuntoutuskeskuksista. Kokemukset hoitohenkilökunnasta olivat pääosin positiivisia yhtä huonoa kokemusta lukuun ottamatta. Haastateltava oli saanut sairaalassa hieman vaihtelevaa kohtelua hoitohenkilökunnalta. Häntä oli käännelty sängyssä liian vähän, minkä seurauksena haastateltava oli saanut laajat makuuhaavat.

”Tiiätkö kuinka nopeesti sitte tuli apu paikalle?”

- *Kyllä se kai aika.*

Muistatsä sen ku ambulanssi tuli paikalle?”

- *Mmm, no en.”*

*"Kyllä, sairaalassa siellä oli iha symppistyypppejä se henkilökunta. Me ollaan jou-
lukortteja vieläki lähetetty..."*

"Et sä koet saanees tarpeeks tukea heiltä?"

- Kyllä, kyl sain."

*"No ehkä semmosia lääkäriinvalmiuksia niinku että ne tietää sannoo asioita ihan
oikeella nimellä."*

*"No ne ainakin mulle mitä ne oli ne ihmiset ni ne oli niinku herttasia ne hoitajat
oli niinku oikeesti järkeviä ihmisiä."*

*"Jaksais auttaa minuu. Mie ite teen mitä pystyn tekemään kato. Oonhan mie
saanu sähköpyörätuolin ja liikku sähköpyörätuolia."*

"Kaipaisitko tukea enemmän?"

- En.

Et niinku ees henkistä tukea?"

- En sitäkään."

"Rauhotteliko sitte tässä niinku hoito.. tai ne ambulanssimiehet sinua, että?"

- Kyllähän ne.

Olisko ollu jotain asioita mitä sie olisit kaivannu lisää?"

- Ei siinä oikeestaa ollu mitää mitä olis toivonu lisää."

*"Minkälaisia kokemuksia siulle jäi hoitohenkilökunnasta? Olisitko kaivannu jotain
enemmän tai oliko joku asia huonosti?"*

- No ei ollu puutteita, ihan hyvin hoitivat hommansa.

Millä tavalla hoitohenkilökunta huomioi sinuu siellä sairaalassa?"

*- Öö, no siitä ei voi antaa ku tyydyttävän. Siellä oli vähä hoitovirheen tapa-
nen. Tuli painehaavaumat selekään, niitä hoitaessa meni kahdeksan
kuukautta ennen ku pääs kuntoutukseen."*

”Öö, no se oli semmosta vähä vaihtelevaa. Vaihtelevaa oli, siinä oli vähä, aika erilaista se henkilökunta.”

”No tiedotusta yleensä siitä, esimerkiks siitä makuuhaavasta tai siitä painehaavasta.

Koetko, että muuten on tätä lukuun ottamatta ollu, oot saanu hyvää hoitoa?

- No kyllä siinä oli silleen niinku keskiverto.”

”No, hyvin ne oli ku yks laitosapulainenhan sit ku oli nähä minut nii hälle oli sääli. Hiän oli ottana minut niinku tytökseen.”

”No nehän pitivät niinkun sanosinko, että ku kukkoo kämmenellä.”

13.4 Tietämys omasta tilasta

Haastateltavat kertoivat saaneensa pääosin hyvin tietoa tilastaan ja vammoistaan. He eivät kyenneet muistamaan tilannetta, jolloin heille oli ensi kertaa kerrottu tilanteestaan. Suurimalla osalla haastateltavista tieto tapahtuneesta perustui muiden kertomiin asioihin.

”No kyl kai nuo on kertonu en mä sit iha itekkää kaikkee tajunnu”

”Kyl kai siellä on hoitohenkilökunta siel puhunu tai niitten kans puhuttu että voin kuvitella että mie oon kysyny että minkä hiton takii mie täällä oon ja siellä on tullut se vastaus että sul kävi tämmönen pikku kömmähdys sen takia”

”En mutta kuulin jälkeinpäin kuulin kato”

Haastateltavilta kysyttiin, olivatko he tietoisia heille tehdyistä hoitotoimenpiteistä. Kaksi haastateltavista ei muistanut tai eivät osanneet sanoa, kaksi muisti, että heille oli kerrottu, ja yksi muisti, että ei olisi ollut saanut tietoa meneillään olevasta hoidostaan. Yksi haastateltava toi ilmi, että vaikka sai tietoa omasta

tilastaan ja hoidostaan, hän olisi kaivannut sitä vielä lisää. Hän kertoi koke-neensa, että omaiset tiesivät paremmin hänen tilastaan.

Myös omaisten huomiointia hoidon aikana tiedusteltiin. Kaikissa tapauksissa omaisille oli ilmoitettu onnettomuudesta pian tapahtuneen jälkeen. Yhtä tapaus-ta lukuun ottamatta kaikkien haastateltavien omaiset olivat käyneet sairaalassa. Omaiset olivat pääosin saaneet hyvin tietoa potilaan voinnista ja hoidosta, yksi ei osannut sanoa. Yksi koki, että omaiset olivat paremmin tietoisia hänen tilas-taan kuin hän itse oli ollut.

”Joo oli. Oikeastaan hyö oli paremmin ku mie. Olin niin tokkurassa että..”

”Huomioitiinko omaiset hyvin siellä osastolla hoidon aikana?”

- Mm, kyllä joo.”

Yksi haastateltavista kertoi, että oli saanut puutteellista tietoa omasta tilastaan. Hän kertoi saaneensa tietää painehaavoistaan vasta, kun lääkärit olivat omais-ten kuullen keskustelleet asiasta ja omaisen oli suomentanut kuulemansa poti-laalle.

”No tiedotusta yleensä siitä, esimerkiks siitä makuuhaavasta tai siitä painehaa-vasta niinku tota, mulle ei itelle kerrottu sitä ennen ennen ku sen aikasen emännän tytär nii, se osas latinaa niin lääkärit oli keskenään puhunu makuu-haavasta. Niin se tyttö suomenta sen miulle sen mitä ne oli sanonu.”

Yhdessä haastattelussa tuli ilmi, että haastateltava tahtois saada nyt jälkeen-päin enemmän varmaa tietoa tapahtuneesta. Häntä vaivasi se, ettei tiedä niin tarkasti mitä tapahtui. Haastateltava ei ollut yrittänyt saada lisää tietoa jälkeen-päin. Hän tiedosti, että tiedon saaminen häntä hoitaneilta henkilöiltä suoraan olisi hankalaa näin pitkän ajan jälkeen. Yksi haastateltava toi esille, että vaikka hän ei muista tapahtuneesta juuri mitään, hän ei haluaisikaan saada tapahtu-neesta enempää tietoa.

”Kaipaisitko sinä sitte enemmän tietoa siitä onnettomudesta, mitä kävi? Vai haluatko ennemmin olla tietämättä siitä juuri mitään?”

- Niin. Tietämättä.

Tietämättä on parempi?”

- Niin.”

”Kyllä, oisko, haluaisitsä sit tavata sen lääkärin ihan sillä et haluaisit häntä ilahduttaa vai haluaisitsä saada enemmän tietää siitä mitä sulle kävi sillon?”

- Sekä että ehkä, ois kiva tietää että mitä oikeesti tapahtu, jutut kiertää niin hektisesti..”

13.5 Turvallisuuden tunne

Valtaosa haastateltavista kertoi tunteneensa olonsa turvalliseksi sairaalassa, yksi haastateltava ei muistanut mitään sairaala-ajalta. Heillä oli myös luottamus heitä hoitaneisiin henkilöihin. Yhden haastateltavan luottamus horjui hieman hoitovirheen johdosta. Tuntemuksia, joita haastateltavat toivat esille, olivat sokki, epävarmuus tapahtuneesta, katkeruus, itsemurha, pelko ja rauhallisuus.

”En aika rauhallinen oli varmaa nii kova lääkitys”

”Oliko sulla turvallinen olo?”

- On, olo ei mittään. Tämä on hyvä tämä turvavyö, mie hommasin tämän kato.”

Ei ollu ei ku ei ollu ketää kellekkä oisin vihanen ollu taikka kun peiliin katto niin aatteli et jaha ton näkönenkö tyyppi töpeksi taas”

”.. vaan puheitten lomassa mä muistan et tuli hoitajalta aina jotenkin julki että ei tää nyt niinkun sinun vika oo että on sillä pehmitetty jo maastoo että.”

”Niin se käypi mielessä jatkuvasti itsemurha.”

”Pelottihan minnuu kun sanottiin että ei ennee tuu minusta eläjee. En haluis olla tämmönen vammanen.”

13.6 Tukitoiminnot ja selviytyminen

Varsinaisen haastattelun teemoihin eivät alun perin sisältyneet tukitoiminnot ja selviytyminen. Haastatteluiden litteroinnin ja analysoinnin aikana huomattiin, että näistä asioista saatiin haastateltavilta hyvin tietoa. Siksi myös nämä kaksi toisiaan lähellä olevaa teemaa sisällytettiin mukaan haastattelutulosten analysointiin. Tukitoiminnoilla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan muun muassa vertaistuki-, ryhmä- ja työtoimintaa sekä omaa avustajaa. Vertaistuesta puhui kolme haastatelluista. Kaksi heistä koki vertaistuen alkuvaiheessa erittäin tärkeäksi ja hyväksi. Yksi puolestaan kertoi, että hänelle oli tarjottu vertaistukea, mutta hän ei ollut kokenut sitä tarpeelliseksi.

”No kyllä kai. Kylläpä ne on saatu mitä on mahdollista.”

”Ootsä saanu vertaistukea missää vaiheessa?”

- *No en mä oikeestaan.*

Onks sul ollu tarvetta, oisitsä halunnu vertaistukea?”

- *Mmm, en oikeestaa oo. Onhan siitä Käpylässä ollu puhetta ja juttuja nähny siellä ja niitä vertaistukihenkilöitä ja muita. En oo oikeestaa halunnu.*

Ei oo ollu sun juttu?”

- *Ei.”*
- *”Kyllä tuolla oli Käpylässä sillon alussa nii siellä oli hyvä vertaistukiverkosto ihan, että siellä oli luennot ja kaikki.*

Koitko sen hyväks? Kaipaisitko semmosta vielä nyt tänä päivänä lisää?”

- *Öö, no en enää niinkään tässä vaiheessa vaan yleensä siinä alkuvaiheessa se on tärkeätä. Siellä pystyy niinku puhumaan niistä... Helpompi puhuu semmoselle, joka, jolla itellään on kokemuksia. Jolleka ei tarvii sit-*

ten ihan juurta jaksan rautalangasta vääntää kaikkee. Tajuaa jo, minkälaista se on.”

”-Ei, ei siellä hirveesti tota seuraelämää ollu.” (sairaalassa)

”Kyllä, jotain vertaistukeahan siellä ois kaivannu.”

”Nii. Ootsä nyt sit saanu jälkeempäin vertaistukea tässä matkan varrella?

- *No, oon täällä oon. Täällä on monta, jokaisella oma tarina täällä joka jätkällä.”*

Kaikilla haastatelluista oli oma henkilökohtainen avustaja. Suurimmalla osalla avustaja oli käytössä 30 tuntia kuukaudessa, mutta yhdellä 52 tuntia kuukaudessa. Lähes kaikki kokivat tuntimäärän riittäväksi yhtä lukuun ottamatta. Avustajan kanssa käytiin muun muassa kaupungilla ostoksilla, erilaisissa tapahtumissa sekä ulkoilemassa. Kaksi haastatelluista kävi jonkinlaisessa työ- tai kursitoiminnassa. Yhdelle haastatelluista oli annettu potkut työtoiminnasta, hänen omasta mielestään kaupungin säästötoimien takia.

”Kuukaudessa kolkyt tuntii? Koetko, että se on riittävästi?

- *On sopiva.*

Et kaipais yhtään enempää?

- *En.”*

”Onks sulla henkilökohtanen avustaja?

- *On.*

Kuinkas paljon hän saa viettää sun kanssa aikaa kuukaudessa?

- *30 tuntii.*

Koetsä et se on riittävästi?

- *No ei välttämät aina.”*

Yksikössä järjestettävän viriketoiminnan koki hyväksi kolme haastatelluista. Yksi olisi halunnut enemmän aktiviteettejä, mutta ei kuitenkaan osannut kertoa millaisia toimintoja olisi kaivannut lisää. Terapeutista keskusteluapua onnetto-

muuden jälkeen olisi kaivannut yksi henkilö, mutta ei ollut itse sitä koskaan osannut vaatia. Toinen puolestaan oli saanut keskusteluapua onnettomuuden jälkeen ja vielä nykyisinkin.

"Kaikkea kivaa. Mie käyn viikolla aina pöytiä pyyhkii. Huomenna kysyn saanko tulla pöytiä pyyhkii, kiva käsillä aina jotain tehdä. Mie haluan käyvä alhaalla luutun taittelussa, roskapusseja alakertaan vien kato."

*"Salettiin lähetäänTurkkiin *****:n ja *****:n kanssa, tänä syksynä lähetään Turkkiin jos elän vaa niin pitkään. Mie joka vuos käyn reissussa. Kaks rouvaa otan, ite mie maksan palkkani niille, lennot ynnä muut maksan."*

"Koet sie, että oot sitten saanu tarpeeks semmosia tukevia aputoimintoja, että pärjää? Tai että on aktiviteettiä?"

- Ei oo.

Ei oo riittävästi niinkö?"

- Niin.

Mitä sie kaipaisit lissää vielä?"

- En tiiä."

"Kyllä niitä varmaan ois jos vaa lähtis. Ei vaa oo vielä. Mulla on tuo spastisuus on niin kova nii se rajottaa liikkumista."

"Onks sulla tarpeeks harrastustoimintaa ja semmosta sisältöä tässä?"

- Oon mie voin vaikka näyttää sulle jos sä haluat nähä tossa on tuo päiväyri tossa pöydällä. Siellä on aika tiukkoja ohjelmia.

"- Niin se käypi mielessä jatkuvasti, itsemurha.

Miten sua on autettu sen asian kanssa?"

- Kaikkee, pitää aina puhuu jonkun kanssa, joku aina juttelemaan.

Mistä te juttelette?"

- Kaikesta mahdollisesta.

Ootko kokenu että se on helpottanu?"

- Kivasti.

Etitäänkö jotain positiivisia asioita minkä takii kannattaa elää?

- *Positii, neg, positiivisia mieluiten. Hyvä ruoka, täydellinen ruoka talossa kato.*”

Selviytymiskeinoina haastatellut kokivat päivittäiset askareet ja toimet sekä omaan nykytilanteeseen sopeutumisen ja tyytymisen.

”Omalla sisulla kato ja yrittämisellä.”

”Omalla yrittämisellä ja hyvä mieli pitää olla eikä olla vastenmielinen.”

”Ei voitto, pääasia että osallistuu kilpailuun. Sitä minä tarkoitan.”

”No, pitää vain kestää ja männä ja mäkättee.”

”Eihän sitä muuta ku se vaan pitää ajatella päivä kerrallaan että..”

Haastateltaville annettiin myös mahdollisuus kertoa jotain tuntemaansa, kokeemaansa tai jotain muuta. Kolmella haastateltavalla ei tullut mitään lisättävää. Kahdella oli lisättävänä alla lueteltuja asioita.

”Ei tule mieleen mitään ei. Kukin taaplaa tyylillään.”

”Olla kunnossa ja terve kato. Eikä alkoholia käyttää ja huumeita, mitä järkee huumeita, omaan suoneen piikkejä, mitä järkee siinä on?”

”No kyllä se aina aina on tärkeätä et muistetaan et ollaan ihmisten kans tekemisissä.”

”Et jos on huono päivä ni ei välttämät tarvii näyttää sitä.”

”Niin ja eei tää tää tuoli johon on joutunu ni ei niit hyviä päiviä ne voi kyl laskee montako niit on. Mutta oonko mie vähän liian itseks nii jos sanoo että miettii aina sitä että ei pahota vaikka jonkun mieltä en nyt sano.. Se on ehkä liian pal-

jon sanottu mut et kun on ite käyny niin paljon tunteita läpi ni ei mieltä niin vaan pahoteta. Mutta totta kai sen asian voi esittää joko hyvin tai huonosti.”

14 Pohdinta

14.1 Johtopäätökset

Lähdeaineistoa tutkiessa löydettiin useista eri lähteistä mainintoja, että aiheesta on tehty vähän tai ei ollenkaan tutkimuksia. Siksi odotukset tutkimuksen tuloksista olivat melko korkealla. Tietoa haluttiin esimerkiksi kokemuksista, hoidon laadusta tai hoitohenkilökunnasta. Haastattelusta saadut tulokset eivät kuitenkaan lopulta vastanneet ennakko-odotuksia eikä tutkimusongelmiin saatu vastauksia. Tutkimuksen tulokseksi osoittautui se, että monivamma potilaat eivät muista tapahtuneesta juuri mitään. Tietoa heidän saamastaan ensihoidosta ei saatu, joten ei pystytty arvioimaan heidän saamaansa hoitoa tietoperustan pohjalta. Tämän takia kerätty viitekehys ei kohdannut saatujen tulosten kanssa.

Haastattelun tuloksista voidaan päätellä kuitenkin sen verran, että haastateltavat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa kivunlievitykseen kuten myös hoitohenkilökunnan antamaan tukeen ja hoitoon. Negatiivisia kokemuksia tuli ilmi yhden haastateltavan kohdalla, joka kertoi saaneensa vaihtelevaa kohtelua hoitohenkilökunnalta jatkohoitonsa aikana. Hoitotyössä toimitaan aina ihmisten kanssa, jolloin ristiriitoja voi syntyä. Olemme itse hoitotyötä tehdessä huomanneet, että potilaan odotukset hoidosta ja hoitohenkilökunnan toiminta eivät aina kohtaa keskenään. Hoidon laatu on subjektiivinen kokemus eikä sitä pysty arvioimaan kukaan muu kuin potilas itse. Vaikka hoito ja hoitotoimenpiteet onnistuivatkin hyvin, potilaalle voi silti jäädä mielikuva, että hän on saanut huonoa hoitoa. Hyvä kommunikaatio potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä antaa mahdollisuuden hyvään yhteistyöhön, jonka avulla voidaan tavoitella parasta mahdollista hoitotulosta.

Haastatteluista kävi ilmi, että potilaiden tietämys omasta tilasta oli pääasiassa melko hyvä hoidon aikana. Yksi haastateltava kertoi olleensa tietämätön jatkohoidon aikana tulleista painehaavoista. Painehaavoista ei kerrottu hänelle sellaisella käsitteellä, jonka maallikko ymmärtää. Tämä on vastoin hoitotyön periaatteita, sillä jokaisella on oikeus tietää omasta hoidostaan. Hoitohenkilökunnan tulee käyttää potilaiden kanssa työskennellessään sellaisia käsitteitä, jotka ovat ymmärrettävissä.

Haastateltavat olivat vaihtelevasti tyytyväisiä saamansa tiedon määrään omasta tilastaan. On yksilöllistä, kuinka paljon tietoa ihminen omasta tilastaan ja tapahtuneesta haluaa. Osa haluaa mahdollisimman tarkan selvityksen tapahtuneesta, jotta voi käsitellä onnettomuutensa ja aloittaa sopeutumisprosessin uuteen elämäntilanteeseen. Jokaisella on yksilölliset selviytymiskeinonsa kriisin kohdalla. Tämän vuoksi hoitohenkilökunnan tulee muistaa kaikessa tekemässään hoidossa yksilöllisyys.

Haastatteluja tehtäessä kävi ilmi, että haastateltavilla oli sanottavaa enemmänkin tästä hetkestä heidän elämässään kuin itse onnettomuudesta. Siksi aluetta laajennettiin ja selviytymisestä arkipäivässä kyseltiin. Haastatelluista osa halusi kaiken mahdollisen tuki- ja viriketoiminnan, osa ei tahtonut mitään. Myös tällä osa-alueella yksilöllisyys korostuu ja siksi kaikille tulee tarjota näitä palveluita.

Tämän opinnäytetyön tekeminen laajensi omaa tietoutta akuuttihoitotyöstä ja mahdollisti tutustumisen viiden eri ihmisen tarinaan. Haastattelut antoivat ajattelun aiheita sairaanhoitajan työhön, kuinka kohdataan ja tuetaan ihmistä kriisitilanteessa. Hoitotyön periaatteet ja eettiset näkökohdat korostuvat näiden potilaiden kohdalla. Hoitohenkilökunnan asenteella on suuri merkitys, kuinka potilaan selviytymisprosessi alkaa onnettomuuden jälkeen. Esimerkiksi omalla äänenpainollaan voi tarkoittamattaan antaa potilaalle kuvan, että syyllistää häntä omasta onnettomuudesta. Uuteen elämäntilanteeseen sopeutuminen ja asian hyväksyminen on pitkä prosessi, joka alkaa heti onnettomuuden jälkeen. Moni haastatelluista ei ole vielä kukaan sopeutunut tilanteeseen ja hyväksynyt tapahtunutta, vaikka onnettomuudesta olisi kulunut aikaa useita vuosia tai vuosikymmeniä.

14.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole Tuomen ja Sarajärven teoksen (2002) mukaan olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin painotetaan sen sisäistä johdonmukaisuutta eli koherenssia. Luotettavuutta arvioidessa on kiinnitettävä huomiota muun muassa aineistonkeruuseen, tapaan haastateltavien valinnassa, tutkimuksen keston, aineiston analyysiin ja raportointiin sekä eettiseen arviointiin tutkimuksen luotettavuudesta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135-138.)

Teemahaastattelurungon toimintaa olisi hyvä testata ennen varsinaisen haastattelun tekemistä. Teemahaastattelurunkoa ei kuitenkaan voinut ennakkoon varsinaisesti kokeilla, mutta kysymysten ymmärrettävyyttä testattiin ulkopuolisilla. Ennen haastattelun tekoa mietittiin, mittaavatko teemahaastattelun rungon teemat sitä asiaa, josta tietoa halutaan. Tueksi laadittiin haastattelun ohella käytettäviä tukikysymyksiä (liite 5). Tukikysymysten avulla pystyttiin ohjailemaan keskustelua sen mukaan, että saatiin haluttuihin kysymyksiin jokaiselta vastaus. Kysymykset yritettiin asetella niin, etteivät ne loukkaisi haastateltavaa tai olisi liian tungettelevia. Kysymyksiä ei haluttu esittää ainoastaan negatiivisesta näkökulmasta. Haastateltaville oli varmasti vaikea palata muistoissaan onnettomuustilanteeseen ja pohtia ikäviä asioita menneisyydestä. Haastatteluun yritettiin luoda rento ilmapiiri, jottei haastateltaville jäisi epämiellyttävä olo haastattelun jälkeen.

Kysymyksenasettelussa tavallisia virheitä on, että kysymyksiä ei ole laadittu yksiselitteisesti tai ne ovat johdattelevia. Kysymys ei saa sisältää montaa keskenään ristiriitaista asiaa. (Mäkinen 2006, 93.) Keskustelun lomassa huomattiin, että on hankalaa kokemattomana haastattelijana muistaa jokaista kysymystä kysyttäessä edellä mainitut asiat. Helposti keskustellessa vapaasti toisen ihmisen kanssa unohtuu puhumaan vapaasti. Tähän jouduttiin kiinnittämään huomiota haastatteluja tehtäessä.

Opinnäytetyössä on käytetty useita eri lähteitä ja pelkästään primäärlähteitä. Valittuja lähteitä on tarkasteltu kriittisesti. Lähdetieto on tuoretta, ja kansainväli-

siä lähteitä on myös hyödynnetty. Lähteet on hankittu pääasiassa alan kirjallisuudesta, luotettavista hakukoneista ja internetsivuilta.

Haastattelututkimuksen kohdalla luotettavuuden ja pätevyyden arviointi on hankalaa (Hirsjärvi ym. 2008, 227). Haastateltavat pysyvät opinnäytetyössä nimettöminä, eikä heidän henkilöllisyytensä tule ilmi. Haastateltavilla henkilöillä oli myös mahdollisuus kieltäytyä haastatteluun osallistumisesta missä opinnäytetyön vaiheessa tahansa. Haastateltavat monivammapotilas-kriteerillä hoitoon saapuneet henkilöt ovat kaikki eri-ikäisiä ja erilaisten syiden takia joutuneet onnettomuuteen. Heidän vammansa ja kokemuksensa tapahtuneesta eroavat toisistaan, joten yleistyksiä ei pystytä haastattelututkimuksen pohjalta tekemään. Tutkimusaineistoa käsiteltäessä tulee muistaa luottamuksellisuus, joka tarkoittaa sitä, että tutkittaville annettuja lupauksia aineiston käytöstä ja käsittelystä noudatetaan. (Mäkinen 2006, 148.) Haastateltavien nimiä ei annettu kenellekään, eikä heitä voi tunnistaa opinnäytetyötä lukiessa. Heidän sukupuoltaan, ikäänsä, vammojaan tai vammamekanismejaan ei tässä työssä paljastettu anonymiteetin suojaamiseksi. Haastattelun nauhoituksia ei kuullut kukaan muu kuin haastattelijat.

Koska otanta on melko pieni, ei tutkimustuloksista voida tehdä luotettavaa yleistystä. Haastateltavat saatiin Pohjois-Karjalan alueelta, joten tietoa ei voida yleistää myöskään maanlaajuisesti. Aineiston keruun yhteydessä täytyi miettiä aineiston kokoa, jotta tutkimus olisi tieteellistä ja yleistettävissä. Tuomi ja Sarajärvi mainitsevat teoksessaan, että käytännössä haastateltavien määrän ratkaisevat käytettävissä olevat tutkimusresurssit eli aika ja raha. He mainitsevat, että opinnäytetyössä aineistojen koot voidaan jättää omaan arvoonsa. Opinnäytetyön on tarkoitus osoittaa oppineisuutta omalla alalla, joten aineiston kokoa ei tule pitää opinnäytetyön merkittävimpänä kriteerinä. Laadullisissa tutkimuksissa, jotka ovat ammattikorkeakouluissa tehtyjä tai yliopistojen pro graduja, aineistojen koot eivät poikkea suuresti toisistaan. Ne ovat pääsääntöisesti pieniä tai vähäisiä verrattuna määrälliseen tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87.)

Plagioinnilla tarkoitetaan toisen henkilön tuottaman materiaalin tai hänen ajatusensa käyttämistä ilman, että on ilmoitettu kenen tuottamia ne alkuperäisesti

ovat (Mäkelä 2006, 158). Tässä opinnäytetyössä viitatus tekstiin perään on aina merkitty lähdeviitteet sivunumeroineen, jolloin lukija pystyy tarkistamaan mistä lähteestä tieto on saatu. Opinnäytetyössä on myös käytetty internet-lähteitä, joihin ei voi laittaa sivunumeroa lähdeviitteeseen. Lähdeluetteloon on merkitty tarkasti osoite, jolta kyseinen tieto on otettu. Kaikki lähdeviitteet on merkitty opinnäytetyön lähdeluetteloon kokoisuudessaan. Lähteistä otettu tieto on kerrottu tässä opinnäytetyössä omin sanoin muuttamatta alkuperäisen tekstin asiasältöä.

14.3 Pohdinta omasta prosessista

Opinnäytetyön aloitus tuntui hankalalta, sillä kummallakaan ei ollut kokemusta tämän laajuisen työn tekemisestä. Opinnäytetyön kokonaiskuvan hahmottaminen oli aikaa vievää. Monivammapotilas on aiheena erittäin laaja käsite, ja työn rajaaminen tuntui lähes mahdottomalta. Myös opinnäytetyön rakenteellisten vaatimusten hahmottaminen oli vaikeaa, ja ne selvisivät vasta työn edetessä.

Ennen haastatteluja olimme keränneet erittäin kattavasti tietoperustaa monista eri lähteistä. Hyödynsimme pääasiassa alan kirjallisuutta, sillä internet-lähteet olivat melko suppeita. Aiheen rajaaminen selkeästi osoittautui hankalaksi saatavilla olevan tiedon laajuuden takia. Lopullinen aiheenrajaus tarkentui myöhemmin, kun haastatteluista saatiin tulokset ja nähtiin saadun materiaalin laajuutta. Tietoperustasta karsiutui lopulta pois kolme neljäsosaa lopullisen aiheenrajausten tarkennuttua. Koemme saaneemme paljon arvokasta oppia tietoperustaa kerätessämme ja aiheeseen tutustuessamme.

Työn tekemisen keskeytti toisen tekijän vaihto-opiskeluaika ulkomailla talvella 2011. Olimme yhdessä päättäneet, että emme tee opinnäytetyötä vaihtoajan aikana. Tästä johtuen keväälle 2012 ajoittui haastattelujen suunnittelu, teko ja litterointi sekä tulosten analysointi. Haastattelua oli helppo lähteä rakentamaan hyvän aiheeseen perehtymisen takia. Haastatteluiden tekeminen oli antoisaa, mutta myös rankkaa. Kumpikaan meistä ei ollut ennen tehnyt haastatteluja, joten kaikki oli mietittävä hyvin etukäteen. Valmistauduimme haastatteluihin huo-

lella ja olimme tyytyväisiä lopputulokseen. Opimme, että litterointi on aikaa vievää ja haastattelutilanteessa kannattaa ajatella jo tulevaa litterointia. Halusimme elävöittää opinnäytetyötä ja siksi käytimme tekstissä suoria lainauksia haastateluista. Koimme, että näin haastateltavien tarinat tulevat lähemmäksi opinnäytetyön lukijaa. Suorien lainauksien käyttöä kuitenkin kritisoidaan, sillä usein se rikkoo opinnäytetyön tyylin yhteneväisyyttä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 195.)

Koemme myös kasvaneemme ammatillisesti haastatteluiden myötä. Saimme tutustua viiden eri ihmisen elämään. Heidän kokemuksensa ja ajatuksensa herättivät meidät miettimään asioita laajemmin. Jouduimme tekemään paljon ajatustyötä omasta toiminnastamme työelämässä sekä omista asenteistamme ja arvoistamme.

Opinnäytetyötä tehdessä työmäärä jakautui tasaisesti molempien tekijöiden kesken. Pidimme kiinni yhdessä sovitusta aikatauluista ja tavoitteista. Olemme työskennelleet koulutöiden parissa paljon yhdessä, joten tunsimme toistemme työskentelytavat. Tämä helpotti suuresti opinnäytetyöprosessin etenemistä.

Omaa toimintaamme jälkikäteen pohdittuna muuttaisimme jonkin verran. Syksyyn 2012 jäi melko paljon tekemistä. Stressiä aiheutti se, ehdimmekö valmista opetussuunnitelman mukaisesti joulukuussa 2012. Opinnäytetyöprosessin hahmottaminen auttaa tulevaisuudessa, jos hakeudumme uudelleen opiskelemaan.

14.1 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusmahdollisuudet

Opinnäytetyö on hyödynnettävissä kaikissa terveydenhuollon toimipaikoissa, joissa hoidetaan monivamma potilaita. Opinnäytetyötä voivat hyödyntää ne, jotka haluavat perehtyä monivamma potilaan ensihoitoon. Tutkimustuloksista hyötyvät ne, jotka työssään hoitavat monivamma potilaita. Vaikka tulokset eivät olisikaan yleistettävissä, ne herättävät sairaanhoitajan ajattelemaan omaa toimintaansa ja antavat tietoa potilaan tarpeista ja tunteista.

Monivammaopotilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta ei ole aiemmin tutkittu, joten tämä työ voi toimia pohjana ja innoittajana laajemman tutkimuksen tekemiseen. Laajemmalle tutkimukselle myös hoidon laadusta ja toimintamalleista eri sairaaloissa voisi olla tarvetta, koska yhtenäisiä hoitolinjoja sairaaloiden välillä ei ole määritelty.

Lähteet

- Castren, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P., & Westergård, A. 2010. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Duodecim. 2002. Lääketieteen termit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Handolin, L., Lakovaara, M., Leppäniemi, A., Lindahl, J. & Vihtonen, K. 2006. Vaikeasti vammautuneiden traumapotilaiden hoito Suomessa 2004. Suomen Lääkärilehti 61 (6). Terveystieteiden tutkimus. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2006/SLL62006-587.pdf>. 31.8.2011.
- Haravuori, H., Suomalainen, L., & Marttunen, M. 2010. Traumareaktiot nuorilla – tunnistaminen ja tukeminen. Yleislääkäri. <http://www.coronaria.fi/vaihe3/yle/kl/YL1001.pdf>. 18.01.2012.
- Hirsjärvi, S., & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu; teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Tammi.
- Jalovaara, K., Karkola, K., Kröger, H. & Turunen, V. 2003. Löytyykö traumapotilaalle oikea diagnoosi? - sadan tapaturmaisesti kuolleen potilaan ruumiinavauslöydösten ja kliinisten diagnoosien vertailu. Alkuperäistutkimus. Lääkärilehti 58 (40), 3995 – 3999. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000019676>. 31.8.2011.
- Kiljunen, V., & Lindahl, J. 2002. Monivammapotilaan murtumahoito-ajoitus ja järjestys. HYKS. Kirurgian toimiala, ortopedia ja traumatologia. Työ-
lön sairaala. <http://www.soy.fi/files/38.pdf>. SOT 1/2002 VOL 25. 26.4.2012. Suomen ortopediayhdistys Ry.
- Kivioja, A. 1995. Monivammapotilaan ensihoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Käypä hoito 2011 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo50206&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinumero. 26.4.2012.
- Koponen, L., & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J., & Salo, J. 2010. Traumatologia. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy ja toimituskunta.
- Kuisma, M., Holmström, P., & Porthan, K. 2009. Ensihoito. Jyväskylä: Sanoma Pro.
- Lautala, T. 2011. Traumahoito sujuu tiimityönä. Suomen Lääkärilehti 66 (21), 1728-1731. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000035857>. 31.8.2011.
- Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp Ky.
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: International Methelp K.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

- Ruusuvuori, J., & Tiittula, L. 2005. Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere Vastapaino.
- Pulkkinen, S., & Vesanen, P. 2010. Traumaattinen kriisi. Sairaanhoidajan tietokannat. Terveysportti.
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03410&p_haku=traumaattinen%20kriisi. 18.1.2012.
- Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S., & Yli-Pirilä, P. 2009. Hädän hetkellä- psyykkisen ensiavun opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Punainen Risti.
- Sairaanhoitajaliitto. 2012. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitoty_ on/sairaanhoitajan_ty_ o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/. 16.8.2012.
- Sora, T., Larkio, M., Manninen-Kauppinen, E., & Vierula, S. 2000. Akuuttisairaanhoidon opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja SHKS.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Ensihoito.
http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/terveyspalvelut/ensihoido. 4.10.2012.
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Wilson, W., Grande, C., & Hoyt, D. 2007. Trauma Emergency Resuscitation, Perioperative Anestgesia, Surgical Management. New York. Informa Healthcare USA, Inc.
- Zautcke. JL., Furtado. N., Morris. RW., Uyenishi. AA., & Stein-Spencer. L. 2005. Adolescent alcohol use in trauma: the State of Illinois trauma centers' experience. Internet Journal of Emergency & Intensive Care Medicine, 10924051.
8(1)<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=edd78514-a69d-4994a9d6b8fe438f3d4f%40sessionmgr115&vid=1&hid=110&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3D%3D#db=cin20&AN=20051155>
18. 11.9.2012.

Glasgow'n kooma-asteikko

Toiminto	Reagointi	Pisteet
Silmien avaaminen	Spontaanisti	4
	Puheelle	3
	Kivulle	2
	Ei vastetta	1
Puhevaste	Orientoinut	5
	Sekava	4
	Irrallisia sanoja	3
	Ääntelyä	2
	Ei mitään	1
Paras liikevaste	Noudattaa kehotuksia	6
	Paikallistaa kivun	5
	Väistää kipua	4
	Fleksio kivulle	3
	Ekstensio kivulle	2
	Ei vastetta	1
Yhteensä		3-15 pistettä

Tutkimuslupahakemus



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Haen/haemme lupaa suorittaa opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus

Opinnäytetyön aihe: Monivammaopotilaan ensihoito -
prosessi ja kokemuksia saamastaan hoidosta

Tutkimuksen toteutuspaikka/-yksikkö:

Tutkimuksen:

- a) kohde/kohdejoukko: monivammapotilas
- b) aineiston keruumenetelmä: teemahaastattelu
- c) aineiston keruun ajankohta: _____

Opinnäytetyön ohjaaja/t:

Juha Hautamäki Selma K.

Työelämäohjaaja:

Salme Kelti
Salme Kettunen

4/5 2012

Jouko R. Kati T.

LIITTEET: - tutkimussuunnitelma
- toimeksiantosopimus

Saatekirje

SAATEKIRJE

Hei!

Olemme kaksi kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulusta ja valmistumme sairaanhoitajiksi jouluna 2012. Opintoihimme kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyömme aiheena on monivammapotilas sekä monivammapotilaan kokemukset saamastaan ensihoidosta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mitä monivammapotilaat muistavat ensihoitotilanteesta, ja millaisia kokemuksia heillä saamastaan ensihoidosta tapahtumapaikalla ja ensiavussa on.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte halutessanne perua osallistumisenne missä vaiheessa tahansa.

Haastattelu toteutetaan yksilöhaastatteluna. Haastattelu nauhoitetaan ja se kestää puolesta tunnista tuntiin. Haastattelusta saamamme tiedot ovat luottamuksellisia eikä haastatteluaineistoa anneta sivullisten nähtäväksi. Opinnäytetyön valmistuttua nauhoitukset tuhoetaan. Henkilöllisyytenne ei tule esiin tutkimuksen missään vaiheessa. Opinnäytetyössämme ei käytetä haastateltavien nimiä tai mitään muuta tietoa, josta haastateltava olisi tunnistettavissa.

Opinnäytetyömme valmistuu syksyllä 2012. Osallistumisenne haastatteluun toisi meille tärkeää tietoa opinnäytetyötämme ajatellen. Opinnäytetyötämme ja Teidän kokemuksianne on mahdollista hyödyntää ensihoidon kehittämisessä.

Toivomme Teidän osallistuvan haastatteluun!

Ystävällisin terveisin

Kati Turunen
+358xxxxxxx
kati.e.turunen@edu.pkamk.fi

Jonna Tuukkala
+358xxxxxxx
jonna.tuukkala@edu.pkamk.fi

Suostumus tutkimushaastatteluun

SUOSTUMUS TUTKIMUSHAASTATTELUUN

Olen saanut tarvittavat tiedot tutkimuksesta ja osallistun haastatteluun vapaaehtoisesti.
Suostun haastateltavaksi _____ (X).

____ / ____ 2012

Allekirjoitus: _____

KIITOS PÄÄTÖKSESTÄNNE OSALLISTUA HAASTATTELUUN!

Teemahaastattelun runko

Teemahaastattelun runko

Monivamma potilaan ensihoitoprosessi ja kokemuksia saamastaan ensihoidosta

Haastateltavan havaintotunnus _____

Teemahaastattelun teemat ja kysymykset - Tutkija haastattelee. Haastattelu nauhoitetaan.

Kerrotaan haastateltavalle, että heidän kokemuksiaan kysytään tapahtumapaikalta sekä ensiavun ensihoituhuoneesta.

- 1. TAPAHTUMAPAIKKA**
- 2. ENSIAVUN ENSIHOITOHUONE**

SAMAT ALLA OLEVAT HAASTATTELUTEEMAT KYSYTÄÄN KAIKISSA VAIHEISSA:
KERROTAAN HAASTATELTAVALLE KÄSITTELYSSÄ OLEVA VAIHE (1-2)

HAASTATTELUTEEMAT

1. alkuvaiheen muistikuvat
2. kivun tuntemukset
3. kivun hoito
4. hoitohenkilökunnan antama henkinen tuki
5. potilaan tietämys omasta tilanteesta (tietoisuus jne.)
6. turvallisuuden tunne
7. kokemukset hoitohenkilökunnasta (mitä enemmän, mitä vähemmän)
8. vapaa sana, mitä haluaisit vielä kertoa

Tukikysymyksiä

Tukikysymyksiä

1. Mitä kävi?
2. Milloin kävi?

Alkuvaiheen muistikuvat

1. Millaisia muistikuvia tapahtumapaikalta?
2. Kuinka nopeasti apu tuli?
3. Kuka tuli ensin avuksi?
4. Millaista apu oli?

Kivun tuntemukset, kivun hoito

1. Tunsitko kipua?
2. Saitko kivunlievitystä?
3. Huomasiko henkilökunta lääkittää kipua?
4. Jouduitko odottamaan tai pyytämään kivun lievitystä?
5. Millaista kivun lievitystä sait?
6. Oliko kivun lievitys riittävä?

Hoitohenkilökunnan antama henkinen tuki

1. Millä tavalla hoitohenkilökunta huomio sinut/muut läsnäolijat?
2. Huomioitiinko sinua riittävästi?

Potilaan tietämys tilanteesta

1. Kerrottiinko mitä vammoja oli tullut?
2. Miten niitä hoidettiin ja miksi hoitotoimenpiteitä tehtiin?
3. Kerrottiinko hoitotoimenpiteistä?
4. Kerrottiinko minne mennään?
5. Kerrottiinko omaisille tapahtuneesta?
6. Sokki/paniikki?

Turvallisuuden tunne

1. Koitko olosi turvalliseksi? Jos et, mitä kaipasit lisää?
2. Mitä tuntemuksia koit?
3. Oliko omaisilla turvallinen olo?

Kokemukset hoitohenkilökunnasta

1. Mitä enemmän?
2. Mitä huonoa/hyvää?
3. Ammattitaitoisuus?
4. Ystävällisyys, rauhallisuus, huomiointi?