



PIRKANMAAN
AMMATTIKORKEAKOULU

”OIKEESTI KIPEE”

**Kuvaus sydäninfarktipotilaan ja häntä hoitaneiden ensihoitajien
kokemuksista**

Hanna-Riikka Mattila

Anni Viljanen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2009
Ensihoidon koulutusohjelma
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Ensihoidon koulutusohjelma

MATTILA, HANNA-RIIKKA & VILJANEN, ANNI:

”Oikeesti kipee” – Kuvaus sydäninfarktipotilaan ja häntä hoitaneiden ensihoitajien kokemuksista.

Opinnäytetyö 52 s., liitteet 3 s.
Marraskuu 2009

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata erään potilaan kokemuksia sydäninfarktiin sairastumisesta ja ensihoitajien kokemuksia tämän potilaan ensihoitotilanteesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa ja ymmärrystä potilaan ja ensihoitajien kokemuksista äkilliseen vakavaan sairauskohtaukseen liittyen.

Opinnäytetyön idea lähti erään sydänpysähdyspotilaan selviytymisestä ja mahdollisuudesta haastatella häntä. Haastattelimme myös paikalla olleita ensihoitajia. Tutkimuksemme koski yhtä ainutlaatuista tapausta, josta pyrimme kuvaamaan subjektiivisia kokemuksia ja niiden luomia tunteita asianosaisille ihmisille.

Teoreettisessa lähtökohdassa tarkastelimme sydäninfarktiin sairastuneiden potilaiden kokemuksista tehtyjä aiempia tutkimuksia sekä ensihoitajien kokemuksista kertovia tutkimuksia. Tutkimusmetodi oli kvalitatiivinen. Haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna ja analyysimenetelmä oli narratiivinen.

Ensihoitajat kokivat vaikeaksi epävarmuuden potilaan tilan muutoksista ja hoitolinjan valinnasta. Onnistuneiksi he kokivat yhteistyön sujumisen työparin ja muidenkin kanssa ja hoito-ohjeistuksen noudattamisen. Muita tapauksen aikana tai jälkeen heränneitä ajatuksia olivat pettymys palautteen vähyyteen, jota ensihoitajat työstään saavat sekä turhautuminen kiireettömien, ei kriittisesti sairaiden potilaiden luona käymiseen. Potilaan kokemukset ensihoitajista olivat pelkäämistään positiivisia. Kokemuksia hoidosta ja kuntoutumisesta sairaalassa olivat alkuvaiheen sekavuus, toisten avun varaan joutumisen aiheuttama masennus, voinnin paranemisen tuoma helpotus ja jatkokuntoutumisen pitkästyttävyyttä. Muilta ihmisiltä saatu tuki oli voimaannuttavaa ja toi suuren avun. Tulevaisuuden suhteen mielessä olivat pelko infarktin uusiutumisesta ja epävarmuus siitä, kykeneekö enää töihin.

On tärkeää tietää potilaan kokemuksia ymmärtääkseen sairastumisen vaikutukset potilaan elämään. Ensihoitajien ja potilaan kokemusten käsitteleminen rinnakkain, eli ensihoitotyöhön liittyvien omien ja potilaan tunteiden ja ajatusten tiedostaminen, kehittää ammatillisuutta.

Asiasanat: kokemukset, ensihoitajat, sydäninfarkti.

ABSTRACT

Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu
Pirkanmaa University of Applied Sciences
Degree Programme in Emergency Care

MATTILA, HANNA-RIIKKA & VILJANEN, ANNI:
"Oikeesti kipee" – Description of the experiences of myocardial infarction patient
and his paramedics

Bachelor's thesis 55 pages
November 2009

The purpose of this thesis was to describe experiences of a patient and the paramedics during acute myocardial infarction. The aim of this thesis was to increase knowledge and understanding of the patients' and paramedics' experiences in a sudden severe illness episode.

We had an opportunity to interview a person who had suffered from a myocardial infarction. We also interviewed the paramedics who performed the out-of-hospital emergency care. Our study was a unique case in which we tried to describe the subjective experiences and the meanings they create for the people involved.

In the theoretical starting point we reviewed earlier studies on the experiences of patients having suffered from myocardial infarction, as well as paramedics' experiences. The method of this thesis is qualitative. The data were collected by theme interview and the analysis method was narrative.

Paramedics experienced the uncertainty of changes in the patient's condition and the selection of treatment policy as no easy matter. A successful matter was co-operation with working partner and others. Other thoughts that came up during or after the event were disappointment towards the lack of feedback and frustration in unhurried, non-critical cases. The patient's experiences of the paramedics were purely positive. Experiences about the hospital care and rehabilitation process included initial confusion, depression caused by having to rely on others' assistance, relief of improvement in condition and tiresomeness of the follow-up rehabilitation. The support received from other people was empowering and brought great assistance. Thoughts about the future included fear of recurrence of the infarction and uncertainty about the ability to work.

It's important to know patient's experiences to understand the impact of the patient's illness to life. Becoming conscious of patient's and one's own feelings during medical care develops professionalism.

Key words: experience, paramedics, myocardial infarct.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA	8
2.1 Sydäninfarkti.....	8
2.2 Sydäninfarktipotilaiden kokemuksia.....	8
2.3 Ensihoito ja ensihoitajat.....	13
2.4 Ensihoitajien kokemuksia	14
2.5 Yhteenveto teoreettisesta lähtökohdasta.....	16
3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	17
4 MENETELMÄ.....	18
4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	18
4.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmä	18
4.3 Opinnäytetyön toteuttaminen.....	19
5 TULOKSET	22
5.1 Ensihoitajien kertomus	22
5.2 Potilaan kertomus.....	26
6 TULOSTEN TARKASTELO	33
6.1 Ensihoitajien kokemukset	33
6.1.1 Ensihoitajien vaikeaksi kokemat asiat.....	33
6.1.2 Ensihoitajien onnistuneiksi kokemat asiat.....	34
6.1.3 Muita tapauksen aikana ja jälkeen heränneitä ajatuksia.....	35
6.2 Potilaan kokemukset	37
6.2.1 Kokemukset ensihoitajista	37
6.2.2 Kokemukset hoidosta ja kuntoutumisesta sairaalassa.....	38
6.2.3 Muiden ihmisten tuen kokeminen.....	40
6.2.4 Kokemukset tulevaisuuden suhteen	42

6.3 Yhteenveto tuloksista	43
7 POHDINTA	45
7.1 Luotettavuus.....	45
7.2 Eettisyys	46
7.3 Oma pohdinta ja kehittämissuhteet.....	48
LÄHTEET	50
LIITTEET.....	53

1 JOHDANTO

Se oli ollut ihan samanlainen työpäivä kuin kaikki muutkin. Ulkona oli kirpakka syyssää ja Pekka käveli tapansa mukaan muutaman kilometrin matkan kaupungilta kotiin. Matkalla hän alkoi tuntea itsensä väsyneeksi ja ahdistuneeksi ja tunne tuntui kasvavan koko ajan. Tällaisia tuntemuksia hänellä ei ollut koskaan aiemmin ollut. Kotiin päästyään hän ei jaksanut edes riisua työvaatteita eteiseen vaan rojahti suoraan sänkyyn. Lepäilyään muutaman minuutin Pekasta tuntui kuin panssarivaunu olisi vyörynyt rinnan ylitse. Hän soitti välittömästi hätäkeskukseen. Sen jälkeen pimeni. Seuraavat muistikuvat ovat, kun joukko punahousuisia ”enkeleitä” ympäröi häntä. Pekalle selvitettiin, että hänellä on sydänkohtaus. Sen jälkeen pimeni jälleen. Seuraavat muistikuvat ovat sairaalasta, jossa tilanteen vakavuus iskeytyi Pekan tajuntaan. Hän oli käynyt kuoleman porteilla, mutta selvinnyt siitä. Asiaa oli vaikea käsittää. Hänen sydämensä oli pysähtynyt, mutta oikean hoidon ja ensihoitajien ammattitaidon ansiosta hän sai jatkoaikaa.

Ensihoitajille tilanteen vakavuus selvisi nopeasti ja silminnähden ”oikeesti kiipeen” potilaan tutkiminen ja hoito aloitettiin välittömästi. Työn mielekkyyttä lisäsivät potilaan oikeat, vakavat oireet. Liutushoito johti kammiovärinänsä, jota päästiin kuitenkin heti defibrilloimaan ja se nosti hyvää ennustetta. Muutama kuukausi tapahtuman jälkeen potilas kävi kiittämässä ensihoitajia. Potilaan sairauteen nähden hyvän voinnin toteaminen ja ennen kaikkea potilaalta tullut kiitos olivat tärkeitä.

Suomessa sairastuu vuosittain sydäninfarktiin noin 25 000 henkilöä ja infarktista johtuvia kuolemia on noin 13 000 vuodessa (Mustajoki 2009). Reilu kolmasosa heistä kuolee jo kotona tai matkalla sairaalaan. Ensihoitotehtävistä rintakipu kuuluu kolmen yleisimmän joukkoon. (Kuisma & Holmström 2008, 255.) Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan sairaalan ulkopuolella sairastetusta sydänpysähdyksestä selviytyminen on kasvanut merkittävästi vuodesta 1992 vuoteen 2005 (Hollenberg ym. 2008). Sairaalan ulkopuolella ilmaantuu vuosittain potentiaalisia elvytettäviä äkillisiä sydänpysähdyksiä noin 75 sataatuhatta asukasta kohti (Väyrynen & Kuisma 2008, 192). Hätätilassa olevien potilaiden hyvät hoi-

totulokset perustuvat vahvaan hoitoketjuun, ammatilliseen osaamiseen ja harjoiteltuun yhteistoimintaan (Määttä 2008, 24).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata erään potilaan kokemuksia sydäninfarktiin sairastumisesta ja ensihoitajien kokemuksia tämän potilaan ensihoitotilanteesta. Tuloksena esittelemme haastattelujen pohjalta kootut kertomukset. Teoreettisessa lähtökohdassa tarkastelemme sydäninfarktiin sairastuneiden potilaiden kokemuksista tehtyjä aiempia tutkimuksia ja ensihoitajien kokemuksista kertovia tutkimuksia sekä määrittelemme työmme keskeiset termit.

2 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

2.1 Sydäninfarkti

Sydäninfarktista puhutaan, jos hapenpuute sydänlihaksessa kehittyy niin vaikeaksi, että se aiheuttaa sydänlihakseen kuolion. Yleensä aiheuttajana on sepelvaltimon rasvakertymän äkillinen repeymä ja vuoto, jonka hyytyessä syntyy paikallinen hyytymä eli trombi. Trombi tukkii sepelvaltimon lähes kokonaan tai täysin, jolloin verenvirtaus sydänlihakseen romahtaa ja kehittyy akuutti, voimakas hapenpuute kyseisen suonen alueella. Sydäninfarktin tyypillinen oire on voimakas rintakipu, joka on laaja-alaisesti tuntuvaa, puristavaa ja ahdistavaa. (Holmström 2006, 48, 56.) Mustajoki (2009) kertoo Lääkärilehti Duodecimin artikkelissa Suomessa sairastuvan vuosittain sydäninfarktiin noin 25 000 henkilöä ja infarktista johtuvia kuolemia olevan 13 000 vuodessa.

Rintakipu kuuluu kolmen yleisimmän ensihoitotehtävän joukkoon (Kuisma & Holmström 2008, 255). Sairaalan ulkopuolella ilmaantuu vuosittain potentiaalisia elvytettäviä äkillisiä sydänpysähdyksiä noin 75 sataatuhatta asukasta kohti (Väyrynen & Kuisma 2008, 192). Työiässä kuolleiden toiseksi yleisin kuolemansyy oli miehillä sepelvaltimotauti, mutta alle 65-vuotiaana sepelvaltimotautiin menehtyneiden määrä on puolittunut viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana. (Tilastokeskus 2008.) Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan sairaalan ulkopuolella sairastetusta sydämenpysähdyksestä selviytyminen on kasvanut merkittävästi vuodesta 1992 vuoteen 2005 (Hollenberg ym. 2008).

2.2 Sydäninfarktipotilaiden kokemuksia

Suomen kielen perussanakirjassa (1990, 513) termi ”kokea” on määritelty ”joutua tuntemaan, kestävänsä, saada osakseen, kohdata, kärsiä, nähdä, elää; tuntea elämyksellisesti”. Gubrium (1993) toteaa, että kokemus on subjektiivisesti monimutkainen kokonaisuus, joka ilmenee ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen yhtenäisyytenä sekä varustaa ihmiset sekavin tuntein, ja joka

ilmenee ristiriitaisena käyttäytymisenä sekä mielen muutoksina (Engeström 2003, 308). Sairauden kokemuksella viitataan henkilökohtaisiin ja yksityisiin tunteisiin, pelkoihin, kipuihin ja sairauden aiheuttamiin erilaisiin vaivoihin, jotka vaikuttavat yksilöiden ainutlaatuisissa elämäntilanteissa erilaisina muutoksina (Soivio 2003, 96-97).

Sydäninfarkti on hengenvaarallinen tila, joka muuttaa kokemusta omasta ruumiista ja koettelee usein voimakkaasti infarktista toipuneen elämää kokonaisuudessaan. Sairaalassaoloaikana ruumiin ja mielen erillisyyks voi korostua ja potilaat saattoivat kertoa oman ruumiin ja itsen yhteyden katoamisesta. Eräs mies kuvasi omin sanoin, kuinka hän vasta kahden viikon päästä sairaalasta päästyään palasi tajuihinsa ja ymmärsi mitä oli tapahtunut. (Soivio 2003, 98, 106.) Lampi (2005) käsittelee tutkimuksessaan sydäninfarktia miehen kokemana. Tutkimuksen tulosten mukaan sydäninfarktiin sairastuminen oli raju, voimakas ja henkisesti vaikea sekä sekasortoinen kokemus. Varhaisvaiheessa kuolemanvaaran aiheuttava sairaus synnytti hätää, pelkoa, kuolemantuskaa ja pahanolontunnetta. (Lampi 2005, 204-205.)

Salminen-Tuomaalan (2000) tutkimuksessa sydäninfarktiin sairastuminen on saanut tutkitut potilaat pysähtymään ja pohtimaan omaa elämäntilannetta. He tunsivat kuolemanpelkoa ja totesivat elämän rajallisuuden, ja se pakotti heidät tarkastelemaan omaa elämäänsä kokonaisuutena. Tämä pohdinta puolestaan oli merkittävää elämänhallinnan ja selviytymisen kannalta. (Salminen-Tuomaala 2000, 81.) Soivio (2003) pohtii artikkelissaan lääketieteellisen teknologian ja sairauden kokemuksen suhdetta sydäninfarktin hoidossa. Hän toteaa, että akuutin infarktin kokemiseen liittyy usein olemassaolon epävarmuus, mutta joka on usein sidoksissa korkeateknologisiin laitteisiin, sillä oman olemassaolon jatkuvuus on hetken aikaa riippuvainen sydänvalvontayksikön tekniikasta. (Soivio 2003, 96, 98.)

Lehtoranta (1998) on tutkinut äkillisesti sairastuneiden potilaiden kokemuksia saamastaan ensihoidosta. Tutkimusta varten haastateltiin 11 äkillisesti sairastunutta potilasta, jotka olivat olleet ensihoitajien hoidettavana syksyllä 1997. Haastattelujen tuloksista muodostettiin kuvaus hyvästä ensihoidosta. Hyvään ensihoitoon kuuluu potilaan kokema turvallisuus, potilaan kokemus siitä, että

häneestä pidetään huolta, häneen suhtaudutaan kunnioittavasti, hänen kipunsa yritetään pitää poissa, huomioidaan hänen omaisensa ja että hoitoympäristö (ambulanssi) on miellyttävä. Tutkimukseen haastatellut potilaat olivat enimmäkseen tyytyväisiä ja kiitollisia saamastaan ensihoidosta. Joitakin tyytymättömyyttä aiheuttavia tekijöitä löytyi, mutta ainoastaan tyytymättömyyttä kokeneita potilaita ei löytynyt aineistosta lainkaan. Sen sijaan pelkästään tyytyväisyyttä kokeneita löytyi useampi. Keskeisenä turvallisuuden tunteen tuojana oli ensihoitajan hyvä ammattitaito, johon kuului taitava, varma ja ripeä työskentely sekä ensihoitajan hyvä tietopohja. (Lehtoranta 1998, 12, 17-19, 28.)

Rasku (1999) on tutkinut rintakipupotilaiden kokemuksia hyvän hoidon toteutumisesta ensihoidon aikana. Tässäkin tutkimuksessa potilaat pitivät suurimmaksi osaksi saamaansa ensihoitoa hyvänä. He kokevat tehtäväkeskeisten suoritteiden toteutuvan useammin kuin ihmiskeskeisten toimintojen ja suurin osa kokee saaneensa ennalta tietoa tulevista toimenpiteistä ja tapahtumista. Tutkimuksessa vastaajat olivat kokeneet olonsa turvalliseksi sairaankuljettajien hoidettavana. (Rasku 1999, 2, 53-54.) Myös Lammen (2005) tutkimuksessa käsiteltiin kokemuksia ensihoitajista. Ensihoitajien toiminnalle oli miesten kertoman mukaan luonteenomaista varmuus, kokonaisvaltaisuus, rauhallisuus ja henkinen läsnäolo. Ensihoitajien suorittama vastuullinen hoitaminen lisäsi uskoa parantumiseen. Hengen pelastamiseen keskittyvät ensihoitajat olivat joustavia, määrätietoisia, selkeitä ja keskenään yksimielisiä. Paneutuessaan hengenpelastukseen ensihoitajat keskustelivat tutkittavien mukaan niukasti, mutta niukka sanallinen kanssakäyminen oli koettu turvallisuutta ja luottamusta lisäävänä, sillä miehet otaksuivat keskustelemisen suuntaavan auttajien huomiota epäolennaisuuksiin ja siten huonontavan pelastumista. (Lampi 2005, 109-111.)

Lammen (2005) tutkimuksessa kuvataan kokemuksia sairaalassaoloajasta. Tutkimuksen miehet olivat henkisesti ja ruumiillisesti uupuneita päästyään sydänvalvontayksikköön. Voipumus oli kuitenkin koettu sangen myönteisenä kokemuksena, mikä johtui luvallisesta lepäämisestä ja nukkumisesta sekä osallistumisvelvoitteiden vähenemisestä. Sydänvalvontayksikössä olemista luonnehti helpottava turvaan pääseminen, mutta toisaalta alentava toisten armoille ja käskyvaltaan joutuminen. Laitteisiin sidoksissa oleminen oli hämmentävä ja risiiritäinen kokemus. Sairaalavaiheelle yleisesti oli ominaista masennuksen ja

ilon vaihtelu, sairauden pahenemisesta huolestuminen sekä liikuttuminen ja mielen pahoittaminen. Miesten kuvauksista näkyi, että masennus ja ilo vuorottelivat odottamattomasti ja ilman syytä. Sisätautien vuodeosastolla sydäninfarktiin sairastuneiden miesten elämää luonnehti pitkäkestoinen ja kyllästyttävä sairastumisesta parantumiseen kohdistuva odottaminen. Juuri sisätautien vuodeosastolla miehet olivat vaivaantuneita huonoudestaan, kelvottomuudestaan ja arvottomuudestaan. Huonommuudentuntoisuus yhdistyi itsensä onnettomaksi, hyödyttömäksi ja vähäpätöiseksi kokemiseen. Miesten elämää luonnehti selkiytymättömyys. Selkiytymättömyys oli vaikeasti kestettävä ja haitallinen kokemus johtaessaan asioiden yhtämittäiseen puimiseen: ”Paraneeko tästä vai eikö parane”. Sairauden vakavuuteen ja parantumiseen kohdentuva epätietoisuus pahensi selkiytymättömyyttä. (Lampi 2005, 138, 141, 206, 212.)

Valtonen (1992) on tutkinut sydäninfarktiin sairastuneiden kokemuksia terveydestä ja sairaalassaolosta. Tutkimuksessa tutkittavat olivat jakautuneet elämänskatsomuksensa perusteella tekijöihin ja ajattelijoihin. Tuloksia tarkastellessa oli näiden ryhmien välillä suuriakin eroja kokemuksissa (esim. ajattelijat pitivät kuolemaa porttina seuraavaan elämään kun taas tekijöille kuolema merkitsi peruuttamatonta loppua elämälle). Sairaalassaolon kokemuksia kuvattaessa molemmissa ryhmissä koettiin omaisten vierailut, henkilökunnan asennoituminen ja ammattitaito, kipujen poistuminen, tiedon saaminen ja vuorovaikutus potilastovereiden kanssa omaa terveyttä tukevinä asioina. (Valtonen 1992, 62, 64.) Lammen (2005) tutkimuksesta löytyy samankaltaisia kokemuksia omaisten vaikutuksen suhteen. Perheiden ensitapaamista sairaalassa leimasi kylläkin hengenvaaraan kietoutunut hämmentyneisyys, pelko ja järkytys, mutta perheiden käynnit lohduttivat ja vahvistivat henkisesti ja puolison ja lasten ajattelemisen vahvasti uskoa toipumiseen ja lievitti koti-ikävää. (Lampi 2005, 148, 216-217.) Valtosen (1992, 62) tutkimuksessa ajattelijat painottivat hoitotyöntekijöiden myönteistä asennoitumista potilaisiin ja työhönsä, kun taas tekijät korostivat ajanmukaisten hoitovälineiden, lääkkeiden ja tutkimusten merkitystä.

Salminen-Tuomaala (2000) on tutkinut huumorin merkitystä sydäninfarktiin sairastuneiden miesten selviytymisen tukena. Tutkimuksessa on haastateltu 14 sydäninfarktiin sairastanutta miestä, ja johtopäätöksenä tutkimuksessa esitettiin, että huumorin avulla he pystyivät selviytymään monista vaikeista tilanteista.

Huumori toimii emotionaalisen hallinnan ja selviytymisen keinona auttaessaan miehiä käsittelemään sydäninfarktiin liittyviä vaikeita tunteita, ja sillä oli mahdollista kätkeä oma heikkous. Kokemuksia analysoitaessa oli tullut esiin voimakas tarve hallita sairauttaan ja elämäntilannettaan. Ilmeni myös, että sydäninfarktiin sairastuneet miehet eivät sairaalassa ollessaan kestäisi sydäninfarktin aiheuttamia pelkoja ja epävarmuutta ilman huumoria, koska vakava asia tulee eteen niin äkillisesti. (Salminen-Tuomaala 2000, 77-78, 82.) Raskun (1999, 63) tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaiden mielestä sairaankuljettajilla toteutui keskimääräistä heikommin huumorintajuun liittyvät ominaisuudet.

Lammen (2005) tutkimuksen mukaan kohtalotoverikokemus muodostui sairaalassaoloaikana pääasiallisesti sisätautien vuodeosaston usean henkilön potilashuoneessa. Kohtalotoverijoukkoon pääseminen oli koettu yhdeksi merkittävimmistä siirtymisistä sairaalassaoloaikana. Vertaistensa joukkoon päästyään miehet henkisesti rauhoittuivat, vakuutuivat parantumisen varmuudesta ja eheytyivät lohduttavasta ja kannustavasta kohtalotoveruudesta. Kohtalotovereilta saatu tieto oli luotettavaa ja se lujitti, valisti ja lievitti sekä auttoi suhtautumaan omaan tilanteeseen. (Lampi 2005, 221-222.) Hyviin kokemuksiin vertaistuesta on päätyntä myös Kangas (2003) artikkelissaan, ja hänen mukaansa vertaistuella on sairaan asiantuntemusta lisäävä merkitys. Sairaana asiantuntevuuden merkitys on sen hyvinvoinnin parantamisen tavoitteessa, herkkyydessä ja yksityiskohtaisuudessa, ja se on yksilökohtaista hoitamisen ja jaksamisen taitoon tähtäävää. (Kangas 2003, 90-91.)

Valkonen (1994) käsittelee tutkimuksessaan sydäninfarktista kuntoutujien tapoja hahmottaa tilannettaan ja itseään infarktin jälkeisessä elämäntilanteessa. Sydäninfarkti ymmärretään tutkielmassa sen kokemisen kautta, ei niinkään fyysisenä muutoksena yksilön organismissa. (Valkonen 1994, 29.) Näin ymmärrämme sydäninfarktin myös opinnäytetyössämme. Valkosen (1994) tutkimuksessa merkittäväksi tilanteeksi osoittautui toisten infarktipotilaiden tapaaminen. Se tarjosi mahdollisuuden käydä läpi omia kokemuksia uudelleen ja saada niille sosiaalinen hyväksyntä. Muiden ryhmäläisten tai asiantuntijoiden kuvaukset kokemuksista, jotka ovat omien kokemusten kaltaisia, helpottivat omaa oloa. Kontaktit muihin tarjosivat myös perspektiiviä omaan sairauteen. (Valkonen, 1994, 63.)

2.3 Ensihoito ja ensihoitajat

”Ensihoitopalvelu on terveydenhuollon päivystystoimintaa, jonka perustehtävä on turvata äkillisesti sairastuneen ja onnettomuuden uhrin korkeatasoinen hoito tapahtumapaikalla, sairaankuljetuksen aikana ja sairaalassa.” (Määttä 2008, 24.)

Asetuksessa sairaankuljetuksesta (1994) määritellään muun muassa ensihoito, sairaankuljetus ja hoitotason sairaankuljetus. Haastattelemamme ensihoitajat työskentelevät hoitotason sairaankuljetuksessa. Asetuksessa sairaankuljetuksesta (1994) tarkoitetaan:

Ensihoidolla asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön tekemää tilanteen arviointia ja välittömästi antamaa hoitoa, jolla sairastuneen tai vammautuneen potilaan elintoiminnot pyritään käynnistämään, ylläpitämään ja turvaamaan tai terveydentilaa pyritään parantamaan perusvälineillä, lääkkeillä taikka muilla hoitotoimenpiteillä.

Sairaan kuljetuksella ammattimaista asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilökunnan toimesta sairaankuljetusajoneuvolla, vesitai ilma-aluksella sekä muulla erityisajoneuvolla tapahtuvaa henkilökuljetusta ja ennen kuljetusta tai kuljetuksen aikana annettavaa ensihoitoa, joka johtuu sairaudesta, vammautumisesta tai muusta hätätilanteesta.

Hoitotason sairaankuljetuksella valmiutta aloittaa potilaan hoito tehostetun hoidon tasolla ja toteuttaa kuljetus siten, että potilaan elintoiminnot voidaan turvata.

Tässä työssä haastatellut hoitajat ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia. Sairaan kuljetuksessa työskentelee ensihoitaja nimikkeellä muun muassa ammattikorkeakoulusta valmistuneita ensihoitajia ja sairaanhoitajia, toisen asteen ammatillisesta koulutuksesta valmistuneita lähihoitajia sekä pelastuskoulutuksen saaneita palomiehiä. Tästä syystä käytämme haastatelluista termiä ensihoitaja.

2.4 Ensihoitajien kokemuksia

Norri-Sederholm (2001) on tutkinut tunteiden vaikutusta ensihoitotilanteessa. Ensihoitajat joutuvat jatkuvasti työssään kohtaamaan tilanteita, joissa ollaan tekemisissä omien ja toisten tunteiden sekä eettisen päätöksenteon kanssa. 127:sta vastaajasta 77 on kokenut ilon ja 51 vihan tunteita toimiessaan ensihoitajana. Omien ja toisten tunteiden vaikutuksesta omaan käyttäytymiseen mielialat jakautuivat tasaisesti samaa tai eri mieltä. Varmuuden tunne on vaikuttanut päätöksentekoon 81:llä vastanneista, mutta epävarmuudentunne vain 42:lla. Riittämättömyyden, pettymyksen ja syyllisyyden tunteet koettiin vaikeimmiksi tai mielipidettä ei osattu kertoa. (Norri-Sederholm 2001, 45-50, 65-66.) Riittämättömyyden ja avuttomuuden tunne on aiheuttanut turvattomuutta tilanteissa, joissa vuorovaikutus asiakkaan kanssa on ollut hankalaa, tai tilanteissa, joissa mitään ei ole ollut enää tehtävissä (Hanttu 1995, 39). Lahtinen (2001, 57) kirjoittaa tutkielmaansa vastanneiden ensihoitajien kokeneen kuolemaan päätyvissä ensihoitotilanteissa surua, ahdistusta, vihaa, epävarmuutta, pelkoa, syyllisyyttä, helpotusta, levottomuutta, avuttomuutta, järkytystä tai tappion tunteita vain harvoin tai ei koskaan.

Omien arvojen selkiytymistä ja eettistä päätöksentekoa tarvitaan hoitotasolla toimivien ensihoitajien ratkaisujen perustaksi, koska he joutuvat työssään tekemään niitä enemmän itsenäisesti (Norri-Sederholm 2001, 67; Sandman & Nordmark 2006, 592). Moraalinen osaaminen eli arvoperiaatteiden tunnistaminen ja niiden ilmeneminen työssä on Norri-Sederholmin tutkimukseen vastanneiden ensihoitajien hallinnassa (Norri-Sederholm 2001, 65). Tähän tulokseen on päästy vastanneiden oman arvion perusteella, joten tulos ei ole objektiivinen ja toisaalta Arola (2001, 40) pohtii tutkielmassaan ensihoitajien vähäistä työtä ohjaavien arvojen huomioimista, joka on ristiriidassa Norri-Sederholmin tuloksen kanssa.

Sandman ja Nordmark (2006) ovat tutkineet eettisiä ristiriitoja ensihoidossa. He ovat luokitelleet ristiriitoja aiheuttaneet syyt kymmeneen eri luokkaan, joita ovat potilaan ja hoitajan välinen suhde, potilaan oikeus päättää omista asioistaan, mikä on potilaan etu, ensihoitajan ammatilliset ihanteet, hoitajan ammatillinen rooli ja persoona, omaiset ja muut sivulliset, muut hoitoalan ammattilaiset, toi-

minnan rakenne ja resurssit, yhteiskunnalliset ihanteet ja muut ammattilaiset. Potilaan etua ajatellessa ongelmat tulevat esimerkiksi tilanteissa, joissa hoitoratkaisuja on useita. Potilaan itsemääräämisoikeus vaikeuttaa esimerkiksi tilanteita, joissa kuljetus olisi tarpeellinen mutta potilas kieltäytyy hoidosta, tai toisin päin. Hoitajan ammatillinen rooli on tärkeä esimerkiksi tilanteessa, jossa oma mielipide potilaan oikeasta hoidosta eroaa työparin kanssa. Jos omaa mielipidettä ei tuo esille, on se potilaan edun kannalta väärin ja ollaan eettisen ongelman edessä. Hoitajan ammatilliset ihanteet aiheuttavat eettisen ristiriidan tilanteissa, joissa potilas esimerkiksi tarvitsee psykiatrisen tai sosiaalipuolen hoitoa, joihin ensihoidolla ei ole mahdollisuutta akuutisti vaikuttaa. Muista teoksista he ovat koonneet ensihoidon erityispiirteitä, kuten hoitaminen potilaan kotona tai julkisella paikalla, rikospaikalla työskenteleminen tai pienemmät resurssit potilaan hoitamiseksi kuin esim. sairaalassa, jossa henkilökuntaa, informaatiota ja laitteita on tarjolla. He kirjoittavat lähteistään, että nämä erityispiirteet ovat potentiaalisia tekijöitä eettisille tilanteille, joissa ensihoitajien täytyy kohdata vaikeaa päätöksentekoa eettisissä ristiriitatilanteissa ja joissa ensihoitajien täytyy tehdä päätöksiä, joita yleensä pätevämmät hoitotyön tai lääketieteen ammattilaiset tekevät. (Sandman & Nordmark, 2006, 592, 596-600.)

Hanttu (1995) on tutkimuksessaan tuonut esille ensihoitajissa turvattomuuden tunteita herättäviä asioita. Ensihoitajat kokivat turvattomuutta ensihoitotilanteissa, joissa tilanteet olivat heille harvinaisia ja yllättäviä, sekä tilanteissa, joissa tieto-taitotaso tuntui riittämättömältä. Turvattomuutta koettiin myös, mikäli työpari ei ollut hyvä tiedoiltaan, taidoiltaan ja paineensietokyvyiltään. Myös kokemus tuen saannista pelastusjärjestelmältä ja sen onnistumisesta ensihoitotilanteissa on luonut turvallisuutta. (Hanttu 1995, 35, 39.)

Vuorovaikutustaidot ovat yksi hoitotyön ammattilaisen tärkeimmistä ominaisuuksista (Pelttari 1997, 143,145, 240; Kempainen 2000, 48). Kempainen (2000) kertoo, että ensihoitajat pitivät vuorovaikutuksen ongelmia yhtenä stressiä lisäävistä tekijöistä, ja he kokivat vuorovaikutustaitojen olevan puutteelliset sekä työyhteisöjen sisällä että työyhteisöjen välillä. He odottivat esimieheltään enemmän tukea, rohkaisua ja palautetta. Palautetta ja tukea he kokivat kuitenkin saavansa läheisiltä, potilailta, työtovereilta ja vastaanottavan yksikön henkilöstöltä. (Kempainen 2000, 48.)

Kemppainen (2000) on tehnyt Pro Gradu-tutkielman Työssäjaksaminen ensihoidossa, josta käy ilmi sairaankuljettajien ajatuksia työstään. Tutkimus tehtiin yksityissektorin sairaankuljettajille, ja sen mukaan he jaksoivat työssään hyvin. Nuoret vastaajat kokivat työnsä useammin mielekkäänä kuin kauan työssä olleet, jotka työskentelivät usein kestävykynsä rajoilla ja olivat halukkaita vaihtamaan ammattia. Suurimpana voimavarana sairaankuljettajat pitivät työn haasteellisuutta ja mielekkyyttä. Työssäjaksamista heikensivät tunteet työn merkityksettömyydestä ja kykenemättömyydestä nauttimaan päivittäisistä toimista. (Kemppainen 2000, 40, 46-47.)

2.5 Yhteenveto teoreettisesta lähtökohdasta

Tämä työ käsittelee sydäninfarktiin liittyviä henkilökohtaisia kokemuksia potilaan ja ensihoitajien näkökulmasta. Laajensimme aikaisempia tutkimuksia etsittäessä käsitettä äkilliseen sairauskohtaukseen, ja ensihoitajien kokemuksia etsittäessä mihin tahansa ensihoitajien kokemuksia kuvaaviin tutkimuksiin. Tutkimuksia äkillisesti sairastuneiden ja sydäninfarktiin sairastuneiden kokemuksista löytyi hyvin tämän työn pohjalle. Kokemuksia oli näissä tutkimuksissa tarkasteltu monesta eri näkökulmasta.

Ensihoitajien kokemuksia pelkästään sydäninfarktiin liityen emme löytäneet, mutta joitakin tutkimuksia liityen ensihoitajien ajatuksiin ja tunteisiin sekä päätöksentekoon löytyi. Työssämme käsitelme ensihoitajien kokemuksia yhtä tapausta koskien, emmekä hae yleistettäviä tuloksia, mutta löytyneitä aiempia tutkimuksia voimme käyttää tutkimuksemme tuloksien vertailukohtena.

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata erään potilaan kokemuksia sydäninfarktiin sairastumisesta ja ensihoitajien kokemuksia tämän potilaan ensihoitotilanteesta.

Opinnäytetyön tehtävät:

- Kuinka ensihoitajat kokivat tilanteen ja mitä tuntemuksia se heissä herätti?
- Kuinka potilas koki tilanteen ja mitä tuntemuksia se hänessä herätti?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa ja ymmärrystä potilaan ja ensihoitajien kokemuksista äkilliseen vakavaan sairauskohtaukseen liittyen.

4 MENETELMÄ

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kiviniemi (2007) kirjoittaa, että laadullisessa tutkimuksessa ei testata jo luotuja teorioita, vaan oikeastaan käsitteellistetään tutkittavaa ilmiötä. Se on prosessi, jonka aineistonkeruuväline on inhimillinen, eli tutkija itse. Prosessin kuluessa tutkittavaan ilmiöön liittyvä arvoitus avautuu vähitellen ja tutkimusmenetelmälliset ratkaisut täsmentyvät. Näkökulmat, tulkinnat, tutkimuskysymykset ja aineiston analyysimenetelmä kehittyvät, eivätkä tutkimuksen etenemisen vaiheet välttämättä ole etukäteen jäseneltävissä. Tutkijalta lähestymistapa edellyttää oman tietoisuutensa kehittymisen tiedostamista sekä valmiuksia tutkimuksellisiin muutoksiin. (Kiviniemi 2007, 70, 74.)

Tutkimuksemme koskee yhtä ainutlaatuista tapausta, josta pyrimme kuvaamaan subjektiivisia kokemuksia ja niiden luomia tunteita asianosaisille ihmisille. Kvalitatiivisen tutkimuksen mielenkiinnon kohteena on todellisuus tutkimukseen osallistuvien ihmisten subjektiivisesta näkökulmasta (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003). Analyysissa tavoitteena on löytää keskeiset ydinkategoriat, jotka kuvaavat tutkittavaa kohdetta. Analyysi, raportti ja tulokset eivät perustu väistämättä esiin nouseviin tuloksiin, vaan tutkijan tulkintaan aineiston luokittelun, jäsentämisen ja teemoittelun kautta. Laadullisella tutkimusmenetelmällä ei siis ole löydettävissä eikä ole tavoitteenakaan yleistettävän totuuden löytäminen tutkittavasta asiasta. (Vilkkä 2005, 98; Kiviniemi 2007, 80.) Yleistettävän totuuden löytäminen ei ole tarkoituksemme. Sen sijaan haemme vastaus-ta henkilöiden subjektiiviseen todellisuuteen tapahtumista ja todellisuutta tapahtumiin liittyvistä kokemuksista.

4.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmä

Analyysimenetelmäksi valitsimme narratiivisen menetelmän, sillä ”narratiivinen haastattelu soveltuu tilanteisiin, joissa tutkija on kiinnostunut tutkimustehtävään liittyvistä subjektiivisista merkityksistä ja tulkinnallisista rakenteista” (Korhonen &

Paasivaara 2008, 29). Se antaa mahdollisuuden tutkia ja ymmärtää ihmisten kokemuksia ja elämää erilaisissa tilanteissa sekä tarkastella inhimillisen vuorovaikutuksen ja moraalisten seikkojen merkityksiä yksilöllisestä näkökulmasta (Overcash 2003). Opinnäytetyöllämme pyrimme saamaan tietoa sydäninfarktipotilaan sekä ensihoitohenkilökunnan ajatuksista ja kokemuksista. Korhosen ja Paasivaaran (2008, 27) mukaan narratiivinen menetelmä lisää ymmärrystä ihmisten hoitamisesta erilaisissa tilanteissa ja voi sen kautta lisätä ammatillista ja moraalista ulottuvuutta hoitamisen todellisuuteen.

Wiltshire (1995) kirjoittaa, että ihmisen kokemus on tarina, ja kun ihminen esimerkiksi puhuu tarinaansa, tulee siitä kertomus (Vuokila-Oikkonen, Janhonen & Nikkonen 2001, 87). ”Tutkijan analyysin tuloksena syntyy narratiivi ihmisen tarinasta ja kertomuksista ja tutkijan kuvaamasta ilmiöstä” (Wiltshire. 1995, Vuokila-Oikkonen ym. 2001, 87 mukaan). Aineiston keräsimme teemahaastatteluilla, jotta haastateltavamme saisivat tilaa ja mahdollisuuden kertomuksilleen. Hirsjärvi & Hurme (2008, 48) toteavat teemahaastattelun tuovan tutkittavien äänen kuuluviin, sillä yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Tavoitteenamme oli saada kertomukset sairauskohtauksen tietyiltä vaiheilta, ja tähän etukäteen sovitut käsiteltävät teemat antoivat mahdollisuuden, kuitenkin tekemättä tapaamisesta kysyjä – vastaaja haastattelua, vaan pikemminkin keskustelun, jossa me toimimme kuuntelijana ja keskusteluteemojen esiintuojina. Haastatteluista kokosimme kaksi narratiivia saman tapauksen kokemuksista, potilaan ja hoitajien näkökulman. Näitä kahta eri kertomusta tarkastelemme tässä opinnäytetyössä tekemättä yleistyksiä, koska paneudumme vain yhteen tapaukseen.

4.3 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyön idea lähti erään sydänpysähdyspotilaan selviytymisestä ja mahdollisuudesta haastatella häntä. Haastattelimme myös paikalla olleita ensihoitajia. Tapauksemme potilas on 54-vuotias mies, joka on 13-vuotiaasta lähtien ollut töissä metsäalan eri ammateissa. Taustasairauksina potilaalla oli diabetes, verenpainetauti, korkea kolesteroli ja kihti. Ensihoitajat ovat molemmat sairaanhoitajia, iältään 30- ja 32-vuotiaita, joilla on työkokemusta tämänhetkisessä työpai-

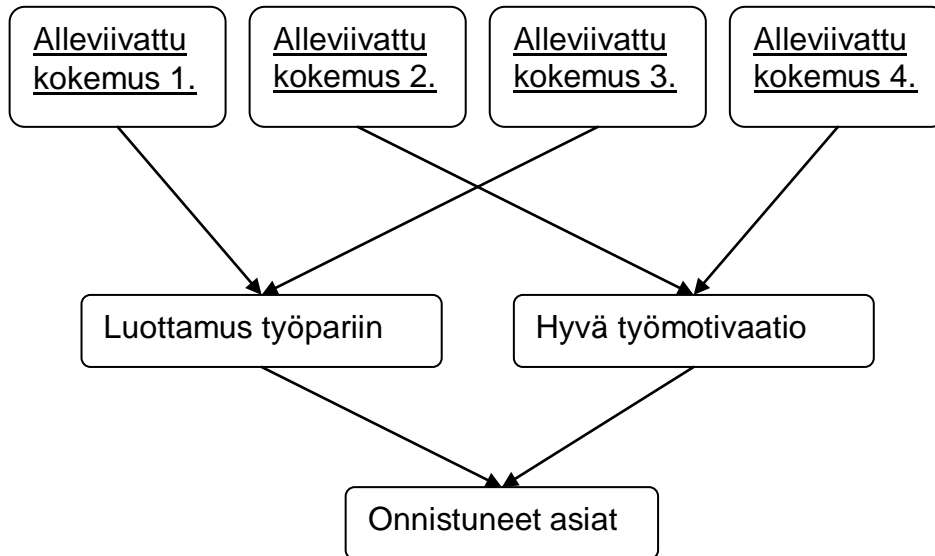
kassa haastatteluhetkellä 9 ja 18 kuukautta. Lisäksi molemmat ovat tehneet sijaisuuksia ambulanssissa jo aiemmin. Taustalla on myös kokemusta hoitotyöstä sairaalan päivystyspoliklinikalla ja eri osastoilla.

Potilaalla itsellään oli sairaalasta saadut potilasasiakirjat, ensihoitajilla sairaankuljetuskaavake, jotka toimivat muistin tukena ja lisäävät luotettavuutta. Pyy-simme myös haastateltaviamme kokoamaan paperille mieleen muistuvia ajatuksia, kokemuksia ja tapahtumia. Potilaalle ehdotettiin haastattelupaikkoja, joista yhdessä haastateltavan kanssa valitsimme paikaksi potilaan kodin. Koti oli rauhallinen paikka toteuttaa haastattelu. Paikalla ei ollut muita ja haastateltava sai itse päättää sopivimman paikan kodistaan haastattelulle. Hän halusi istua sängyllä, josta tarkastellun tapauksen tapahtumat lähtivät liikkeelle. Ensihoitajien kanssa haastattelupaikaksi sovittiin heidän työpaikkansa tilat. Ensihoitajat valitsivat haastattelun taltiointipaikaksi ambulanssin hoitotilan, joka rauhallisuutensa lisäksi tarjosi myös erinomaisen kulussin haastatteluvideolle. Haastattelu-teemat muodostuivat potilaan hoitoketjun ympärille. Annoimme haastateltaville kaavion, jonka pohjalta pyysimme heitä kertomaan tapahtumista ja tapahtumien aikaisista ajatuksista. Kaavio on lopussa liitteenä (liite 1). Haastateltavat puhuivat mieleen tulevia asioita, kun me kuuntelimme. Esitimme myös muutaman kysymyksen tarkentaaksemme tai lisätäksemme jotain. Videoimme haastattelun, koska tarkoituksenamme on oheistuotteena tehdä tapauksesta kertova DVD. DVD on opinnäytetyöstä irrallinen tuotos, joka tulee omaan käyttöömme. Tallensimme haastattelut myös ääninauhurilla varmenttaaksemme tallentumisen.

Lähdimme purkamaan haastatteluja litteroimalla eli kirjoittamalla haastattelut. Jäsensimme haastatteluja koodaamalla eli alleviivaamalla aineistosta opinnäytetyön tehtävien mukaiset kertomukset eli kertomukset kokemuksista. Narratiivin kokosimme koodaamastamme aineistosta. Kirjoitimme tarinat haastatteluiden pohjalta yleiselle kielelle, kuitenkin muuttamatta asiasisältöä. Tämä paransi luettavuutta sekä anonymiteettiä, kun murre ei ole tunnistettavissa. Anonymiteetin vuoksi muutimme myös potilaan nimen.

Tulosten tarkastelua helpottamaan luokittelimme aineistoa. Kuviossa 1 ylhäällä laatikot esittävät koodattua aineistoa. Koodauksen jälkeen eri kohtia kuvaa-

maan kirjoitimme lauseita, joita toisiinsa vertailemalla muodostuivat eri kokemuksia kuvaavat otsikot, jotka kuviossa 1 ovat keskellä. Nämä otsikot jaoinme eri luokkiin. Kuviossa 1 alimpana on otsikoista muodostettu luokka. Liitteenä kaavio otsikoiden luokittelusta (liite 2). Nämä luokat käsitellään erikseen tulosten tarkastelussa.



KUVIO 1. Kaavakuvaesimerkki kokemusten otsikoinnista ja luokittelusta.

5 TULOKSET

5.1 Ensihoitajien kertomus

”Eiks se tullu kiireellisenä rintakipukeikkana, bertta 704 – –”, ”Mutta ei siinä sen kummempaa, yks keikka keikkojen joukossa, että oli ihan niinkun rintakipu-keikalle mennään – –”. Näin ensihoitajat muistelivat ajatuksia tehtävän vastaanoton jälkeen. Hätäkeskukselta saadut esitiedot rajoittuivat potilaan sukupuoleen, ikään ja oireeseen, joka oli puristava rintakipu. Tapahtumapaikalle ajeltiin avoimin mielin, sillä kokemukset samoilla esitiedoilla tulleista potilaista ovat olleet vaihtelevia, ja usein kipu on ollut muuta kuin sydänperäistä kipua.

Ensihoitaja 1: Emme me mitään varsinaista suunnitelmaa tehneet, koska esitiedot eivät olleet ”raflaavat” ja koska melkein vuorottain, viikoittain tulee keikkoja samalla hälytyksellä ja pääsääntöisesti ne eivät ole sydänperäisiä rintakipuja.

Haastateltavat toivat useaan otteeseen ilmi luottamuksensa työpariin. Tieto työparin osaavuudesta ja yhteistyön sujumisesta edesauttoi rauhallista suhtautumista tulevaan, mahdollisesti kiireiseen ja vakavaan tilanteeseen. Työparin työskentelytavat olivat tutut, eikä ollut epäselvyyksiä omien tai toisen roolien suorittamisessa.

Ensihoitaja1: Meillä työnteko on ollut aina sujuvaa. Jokainen tietää mitä tekee ja luottaa työpariin eikä se ole hakemista.

Ensihoitaja 2: Joidenkin kohdalla henkilökemiat kohtaa paremmin, koska työtavat ovat samanlaiset. Silloin työt sujuvat automaattisesti. On myös ihmisiä joiden kanssa työ ei suju vaikka on tehty vuosia yhdessä töitä. Tarvitsee miettiä, että miten hän halusi tämän asian tehdä. Mutta meillä kahdella yhteistyö on ollut koko ajan selkeää ja vuorovaikutus on toiminut.

Kohteessa tilanteen vakavuus selvisi nopeasti ja silminnähden ”oikeesti kipeen” potilaan tutkiminen ja hoito aloitettiin välittömästi. Työn mielekkyyteen lisäävästi vaikuttivat potilaan oikeat, vakavat oireet. Suurin osa ensihoitotehtävistähän on kiireettömiä.

Ensihoitaja 1: Nämä on tavallaan rutiinitapauksia. On mukava hoitaa kun on kerrankin kipeä potilas.

Ensihoitaja 2: Usein rintakipuset ovat kaikkea muuta kuin rintakipusia tai sydänperäisesti rintakipusia ja itselle tulee hyvä olo siitä, että on onnistunut hoitamaan keikan onnistuneesti.

Ensihoitajilla rintakipupotilaan hoito-ohjeistus oli selvästi mielessä, ja he kokivat sitä noudattaneensa. Sydänfilmin lähetys faksilla ei onnistunut laitevian vuoksi, mutta kardiologin puhelimesta antaman hoito-ohjeen mukaisesti päädyttiin kuitenkin aloittamaan liuotushoito. Mielessä olivat siihen liittyvät komplikaatiot, joten rytmihäiriöihin oli niin varustuksellisesti kuin henkisestikin varauduttu. Kamiovärinän alkaessa hoitajat tiesivät sen hyvän ennusteen merkiksi, ja koska heti päästiin defibrilloimaan, nosti sekin hyvää ennustetta.

Ensihoitaja 1: Filmin perusteella se oli ihan selkeä etu-sivuseinä infarkti, selkeät muutokset. Filmi ei loppupeleissä mennyt sinne lääkärille ja jouduin kuvailemaan sitä filmiä ja tultiin vähän siihen tulokseen, että mies ei ehkä hengissä selviä pallolaajennukseen, että on pakko liuottaa jo kohteessa.

Ensihoitaja 2: Kyllähän siinä paljon on asioita mitä joutuu miettimään. Muutenkin kentällä liuottaminen on jollakin tavalla vähän erilaista kuin sairaalassa, että kardiologiin on kymmenien kilometrien matka ja puhelimen avulla koittaa sitten asioita hoitaa, niin kyllä se on haastavaa kentällä noita tehdä.

Ensihoitaja 1: Potilaalle tulleet rytmihäiriöt olivat tavallaan hyvän ennusteen merkki, mutta aloin miettimään kun ne pitkittyivät että mitäköhän tapahtuu...

Ensihoitaja 2: Värinäkierre oli odotettavissa ja sen alkaessa tiesi että potilas menee elottomaksi. Kammiovärinä päästiin heti defibrilloimaan ja siksi etukäteen ajatellen potilaalla oli hyvä ennuste.

Uusi tilanne tietenkin toi omanlaisensa haasteen ja epävarmuuden potilaan tilan kehittymisestä. Kammiovärinän pitkittyessä epävarmuus tilanteen oikeasta hoitolinjasta kasvoi. Potilas kuitenkin palasi tajuihinsa iskujen välissä, ja koska rytmihäiriönä oli aina kammiovärinä, ei puhallus-paineluevitystä tarvinnut aloittaa, vaan värinä päästiin aina defibrilloimaan.

Ensihoitaja 2: Resuskitointi valmius meillä oli hyvä, porukkaa oli paljon paikalla ja kaikki tarvittavat välineet olivat valmiina, mutta kuitenkin aina on sellainen epävarmuus kuinka pitkään odottaa ennen kuin alkaa tehdä jotain, esimerkiksi nyt meillä oli värinäkierte, yritetäänkö missään vaiheessa intuboida vai odotetaanko pieni hetki, aloitetaanko maskiventilaatio vai mitä tehdään. Tällaisia ajatuksia oli varmasti molempien pään sisällä, että missä vaiheessa aloitetaan niin sanotusti elvyttämään elvyttämään. Mutta koska potilas tuli tajuihinsa aina iskujen välillä niin eihän silloin ole mitään järkeä aloittaa elvytystä. Tarvittavat välineet olivat esillä ja jos potilas olisi mennyt elottomaksi eikä pulsoivaa rytmiä defibrilloinin jälkeen olisi tullut, niin olisimme tietenkin alkaneet elvyttämään.

Värinäkierteen loputtua kuuden defibrillaation jälkeen potilasta lähdettiin kuljettamaan sairaalaan. Paikalle oli lisäävaksi hälytetty pelastusyksikkö, ja potilaan siirto paareille sujui useamman käsiparin ansiosta paremmin. Matkan aikana ei uusia rytmihäiriöitä tullut, mutta ajatus uuden värinäkierteen alkamisesta oli hoitajalla koko ajan mielessä. Kuljetuksen aikana potilaan tytär soitti isänsä puhelimeen, johon toinen ensihoitajista vastasi. Asioiden oikea ulosanti tuntui hoitajista vaikealta.

Haastattelija: Millaista oli kertoa omaiselle tapahtuneesta?

Ensihoitaja 1: Se oli aika vaikeaa. Pitäisi osata sanoa nätisti asiat ja niin että hän kuitenkin ymmärtää mistä on kysymys, että on vakava tilanne ja siis kuolemaan johtava tilanne ilman hoitoa.

Ensihoitaja 2: Niin ja kertoa niin että omainen ei pelästy ihan suunniltaan.

Sairaalaan tehtiin ennakoilmoitus, ja vastaanotto ensiavussa oli odotusten mukainen. Hoitoryhmä oli valmiina heti toimimaan. Pintaan nousivat ajatukset tietämättömyydestä potilaan voinnin jatkon suhteen. Harvoin sairaankuljetuksessa saa palautetta potilaiden jatkosta.

Ensihoitaja 1: Oikeestaan se keikka meni nappiin ainakin minun mielestä ja yhteistyö palokunnan kanssa sujui. Yhteistyö onnistui myös potilaan siirtyessä sairaalaan. Teimme ennakoilmoituksen annettujen ohjeiden mukaan ja ensiavussa annoin raportin. Sen jälkeen hyvät jatkot ja morjenstamiset potilaalle ja sitten meidän osuus oli siinä. Potilaskontaktit saattaa loppua siihen eikä sen jälkeen tiedä potilaasta mitään, elääkö hän enää seuraavana päivänä vai mitä hänelle kuuluu.

Ensihoitaja 2: Aika usein käy niin, että meille ei tule sitä tietoa, että mitä jatkossa kävi ja olisi aika kiva tietää miten jatko on mennyt.

Muutama kuukausi tapahtuman jälkeen potilas kävi kiittämässä ensihoitajia. Potilaan sairauteen nähden hyvän voinnin toteaminen ja ennen kaikkea potilaalta tullut kiitos olivat tärkeitä.

Ensihoitaja 2: Olin silloin paikalla kun hän kävi muutama kuukausi tapahtuman jälkeen kiittämässä ja se oli melko haastava tilanne. Aika harvoin tulee kukaan kädestä pitäen kiittämään. Että arvostan elettä, todella hieno ele että pystyi tekemään näin. Hän itsekin sanoi että oli jollakin tavalla hankalaa tulla ja asiat rupesivat pyörimään hänelläkin päässä että mitä silloin tapahtui. On kiva saada

tietää että miten on loppujen lopuksi mennyt, että tämä ihminen jaksaa hyvin, pääsee metsätöihin nykyisellään ja niin edelleen. Se on kyllä todella hieno kuulla.

Ensihoitaja 1: ”sitku näki sen potilaan tilan paranemisen siinä, niin kylhän se niinku tuntu ihan helvetin hianolta”

5.2 Potilaan kertomus

”Mua puristi niin paljon rintaa ja oli ihan niinku olis joku iso tankki ajanu rintakehän ylitte.” Tuosta hetkestä, aivan tavallisen työpäivän päätteeksi, lähtee tarkastelemamme tapauksen kulku. ”Pelästyin, että nytkö se on menoo.”, oli päällimmäisiä ajatuksia kun Pekalle tuli ennen kokematon oire, rintakipu, täysin puun takaa, ja hän tajusi tilanteen vakavuuden. Hän oli itse soittanut hätäkeskukseen, ja sen tehtyään tajunta alkoi hämärtyä, ja muistikuvat ovat siitä eteenpäin vähissä. Ensihoitajien läsnäolosta ja työskentelystä Pekalla ei ole paljon muistikuvia, mutta niissä vähissäkin tulee vahvasti esille kiitollisuus heitä ja heidän ammattitaitoista työskentelyään kohtaan.

Tiesin sillä hetkellä, et nyt on lähtö.

Seuraavat muistikuvani ovat kun nuo pelastavat enkelit saapuivat ja nostivat minut sänkyyn missä aloittivat toiminnot. Sen jälkeen menetin tajuntani, taikka en ainakaan muista mitä tapahtui.

Näihin ensihoitajiinhan luotin täydellisesti heti ensimmäisestä vaiheesta, kun huomasin, että kun he saivat minut kunnolla petille, minä rupesin hengittämään, siitä sitten että pystyin puhumaan.

He (ensihoitajat) osasivat rauhoittaa minua ja he lähtivät toimittamaan minua eteenpäin.

Muistikuvat alkuajoilta ovat vähissä rytmihäiriökierteen takia, joka jatkui vielä sairaalassakin. Defibrillaation jälkeen, värinöiden välissä Pekka oli välillä palannut tajuihinsa.

Tampereelle menomatkasta en muista paljoakaan. Muutaman kerran kun ilmeisestikin sain sähköä, niin muistan kovia kipuja olkapäitteni kohdalla.

Sairaalasta Pekka muistaa jo enemmän, mutta akuutin vaiheen tapahtumat etenivät niin nopeasti ja eri toimenpiteitä oli useita, joten luonnollisestikin hän on ollut ymmällään.

Sitten minut ilmeisesti vietiin varjoainekuvaan, josta minut tuotiin äkkiä pois ja sisäänni asennettiin jonkunlainen pumppu nivuseni kohdalla. Tämän muistan, tämän tapahtuman hyvin.

Sairaalassa meno oli sillä tavalla sekavaa, että kun hoitajat rupesivat kyselemään niin paljon, ja enhän minä siinä kunnossa pystynyt kertomaan mitä kaikkea on tapahtunut kun kaikki oli ympärisekasin.

Kaikki mitä sain tietää lääkäreiltä ja muilta, kaikkihan vierivät kuin iso lumipallo, enhän ehtinyt kuulemaan enkä tajuamaan juuri mitään. Ajattelin vain, että kun pysyttäisi hengissä.

Akuutista vaiheesta sairaalassa Pekalla on myös muistoja ja kokemuksia tapahtumista, joissa hänen on oletettu olleen täysin tajuttomassa tilassa tai jotka eivät käytännössä ole voineet tapahtua.

Sitten minut vietiin välittömästi takaisin siihen leikkaussaliin ja siellä sain mitä ilmeisimmin sähköä, koska hyppäsin siitä petiltä omasta mielestäni korkealle.

Lääkäri selvitti minulle, että sinut tullaan leikkaamaan välittömästi, johon, vaikeasti puhuvana kun hengitysputki oli sisälläni, kysyin että miten käy jos ei leikata.

Pekalle tehtiin sairaalassa ohitusleikkaus, suuri operaatio josta toipumisaika on pitkä. Leikkauksen jälkeiset päivät sydänosastolla olivat rankkoja niin henkisesti kuin fyysisestikin, alkuun edettiin viisi minuuttia kerrallaan ja voinnin hieman vakaannuttua päivä kerrallaan. Kokemus oli todella rankka ja väsyttävä, koko fysiikka tuntui pettäneen.

Aikaisemmat potilaat joutuivat nousemaan heti seuraavana aamu-
na ylös, mutta minulta ei verenvuoto ollut lakannut nivusesta, niin
sain olla yhden vuorokauden, onneksi, pitempään maaten. Koska
se ylösnouseminen, se oli yhtä tuskaa. Ennen kuin oppi käänty-
mään kyljelleen, nostamaan jalan, toisen jalan ja olla hengittämättä
jotta pääsee kunnolla ylös. Samoin hengitystekniikka, sen opette-
leminen – voi härttaleirii.

Ja ilman sitä fysioterapeuttien apua siitä ei olisi tullut mitään.

Toisten hoidettavaksi joutuminen oli kova paikka aiemmin hyväkuntoiselle ja omatoimiselle miehelle.

Kuvittelin, että niin hyvässä fyysisessä kunnossa oleva ihminen
kuin minä, joka on jaksanut aina tehdä raskasta työtä, eihän sellai-
nen voi sairastua, sehän on sula mahdottomuus. Sehän on vanho-
jen ihmisten tauti joku sydäntauti. Sydänsuruja on, muttei tauteja.

Kun ihan ihmisen normaalit tarpeet, vessassa käynti, koettaa laittaa
housuja jalkaan, ei tule mitään. Kaikkiin tarvitsee apua, eihän tämä
elämä voi jatkua tällöisenä. Se tuntui todella masentavalta.

Kun itsellä on koko ajan se ihme karaffi mistä kiinni pidetään, mistä
tippuu kaiken maailman mömmöjä sisään, niin se tuntuu että ei jes-
sus, tässä ollaan niin kuin joku isovaarin isä. Että ei tämä hyvältä
näytä.

Pikku hiljaa voinnissa tapahtuvan edistyksen mukana heräsi kuitenkin aina uutta toivoa.

Kun rupesi ensimmäistä kertaa saamaan jotain nestemäistä ruokaa sisäänsä ja sitten kun oma tyttö sattui tuomaan vielä mustaviinimarjoja niin nehän maistuivat niin kauhean hyvälle, ja se lohdutti että jes kyllä vatsasta menee sisään ja toisesta tulee ulos. Niin se helpotti.

Kun sai ne suolaliuokset, veripussit, penisilliinit pois, jäi enää vatsaan ne töröttävät putken pätkät ja sitten kaiken maailman sähköanturit ja silloin tuntui taas että jees, kyllä tästä nyt jotakin.

Voinnin kohennuttua tarpeeksi kuntoutuminen jatkui aluesairaalassa. Tuon ajan Pekka muistaa yksitoikkoisena mutta tarpeellisena välivaiheena, jossa täytyi opetella uudestaan kykyjä joita on aiemmin pitänyt automaatioimintoina, ja kohottaa kuntoa sille tasolle että pärjää itsenäisesti.

Siellä hoito oli kyllä ehdottoman hyvää mutta pitkäväteistä kun se oli siihen pulloon puhaltamista, kävelyä, pulloon puhaltamista, kävelyä.

Siinä tuntui kauhistuttavalta. Oliko niitä neljäkymmentäkahdeksan rappusta ja kahdentoista rappusen jälkeen piti pysähtyä. Siinä ajattelin että voiko ihminen mennä näin huonoon kuntoon. Ja se iski masennuksen.

Aluesairaalassa Pekka havaitsi hoitoalalla yleisesti vallitsevan ongelman, jonka koki luovan tietynlaista turvattomuuden tunnetta, epäluottamusta siihen että apu on heti saatavilla hädän hetkellä.

Siellä osastolla oli hoitajilla liian kova kiire.

Kun me kumminkin kaikki oltiin piuhoissa kiinni eikä sieltä kukaan pelkästään juomista pyytääkseen soitellut.

Pekka nostaa toistuvasti esiin tukiverkostojen tärkeyden. Sairauden akuutissa vaiheessa nimenomaan läheisten tuen merkitys on suuri ja auttaa jaksamaan uudessa tilanteessa. Kuntoutumisvaiheessa myös vertaistuen hän on kokenut positiivisena asiana, ja on itsekin valmis tarjoamaan tukea vastaavaa läpikäyneille.

Tunsin itseni väsyneeksi ja masentuneeksi mutta kumminkin omalla tavallani onnelliseksi. Koska aina kun heräsin niin aina vierelläni oli joku läheisimmistäni eli kolmesta lapsestani.

Ilman sitä kontaktia, mitä nämä läheiseni eli omat lapseni antoivat niin olisin ollut todella masentunut. Mutta he antoivat minulle uskoa mennä eteenpäin.

Ja vertaistukiavusta niin tämän kurssin jälkeen ollaan oltu yhteydessä kahteen ihmiseen ja soiteltu että mitä heille kuuluu ja miten on mennyt. Ja siitä on varmasti suuri apu.

Toivottavasti en enää ikinä saa kohtausta, mutta jos tiedän että joku on saanut, niin kyllä varmasti menen auttamaan sitä ihmistä ja pyydän että hän hakeutuisi sellaiseen paikkaan mistä sitä apua saisi.

Onko se sitten juuri tämä vertaistukiryhmä, hyvät sosiaaliset suhteet omiin sukulaisiin, taikka sitten ihan suoraan ammattiapu, mutta sitä tullaan tarvitsemaan, koska kaikki ei välttämättä ole niin vahvoja että pääsee sen asian ylitse vaan lannistuu ja antaa periksi.

Vakavan sairastumisen seurauksena elämä muuttui täysin. Fyysinen kuntoutuminen jatkuu yhä edelleen, ja sairauden tuomat rajoitteet ovat mukana jokapäiväisessä arjessa. Asian henkinen prosessointi jatkuu myös. Toisaalta sairastuminen toi tullessaan joitain positiivisiakin elämäntapamuutoksia.

Nyt jälkeinpäin kun ajattelee, niin kyllä henkinen tasapaino joutui koville ja on yhä edelleen kovilla, koska pelottaa lähteä yhtään pidemmälle reissulle jos ei ole nitroja, henkivakuutusta, mukana. Ilman puhelinta ei uskalla oikein mihinkään lähteä.

Yksi seikka minkä koin koko tämän sairauden aikana on se, että poltin ennen tupakkia pari askia päivässä, niin se tupakinpolto jäi kokonaan sille reissulle. Sen jälkeen nyt noin puoli vuotta olleena, niin on varmaan mennyt kymmenen tupakkia ja haluja ei ole tupakinpoltoon ollenkaan.

Sairastuminen langetti suuren varjon tulevaisuuden ylle Pekan ajatuksissa. Alkuvaiheessa tilanteen vakavuus liitti ajatuksiin kuoleman mahdollisuuden, ja kriittisen tilanteen jälkeen pitkäaikainen kuntoutuminen on herättänyt huolen lopullisesta toimintakyvyn tasosta. Ahdistusta aiheuttaa myös ajatus siitä, että oma asema yhteiskunnassa olisi muuttunut kertaheitolla sairaskohtauksen myötä.

Yöt olivat sillä tavalla hankalia koska siinä ajatteli, että onko tämä loppuelämä tällaista vai ei. Ja pelkäsi sitä, että kun nyt nukahdan niin kuinka sitä sitten herää.

Se, että pystynkö enää tekemään mitään, niin se paine rupesi tuntumaan että ei tämä voi olla totta, että olenko minä noin huonossa kunnossa.

Semmoista asiaa tulee miettineeksi kyllä varsinkin kun elämä rupeaa käymään siihen ikäluokkaan jo, että tässä iässä on vaikeaa saada uusia työpaikkoja ja aika vaikeaa sanoa, että kuka ottaa töihin diabeetikon jolla on ollut sydänkohtaus ja kaikki muut. Sinne on aika vaikeaa mihinkään työelämään enää sijoittua.

Ja se on yksi mikä painaa mieltä, että miten minä pärjään jos pääsen johonkin, kestänkö sen henkisen rasituksen, koska se henkinen rasitus käy helposti sydämen päälle.

Ja silti nyt puolen vuoden jälkeenkin aprikoin yhä vielä, että onko minusta mihinkään, pystynkö minä töihin, pystynkö viettämään sitä normaalia elämää.

Vaikka sairauskohtauksesta onkin aiheutunut paljon masennusta ja elämänmuutoksia, niin Pekan puheesta kuvastuu silti kiitollisuus siitä, että hän selvisi todella vakavasta tilasta, jopa elottomuudesta, hengissä. Hän on tyytyväinen sairaalassa saamaansa hoitoon, mutta tiedostaa, että ensihoitajien toiminta oli ratkaiseva linkki hänen hoitoketjussaan.

Tätä liuotushoitoa sekä näiden ensihoitajien hyvää osaamista voin kiittää hengestäni.

Ja olen kyllä tosi kiitollinen siitä, että he toimivat niin nopeasti ja siten että he osasivat tehdä sen mitä tekivät.

Olen ikuisesti kiitollinen näille henkilöille, keiden nimetkin muistan ja tiedän. Tarkoitan ennen kaikkea, ilman sitä ensihoitajien osaamista minua ei olisi tarvinnut viedä sairaalaan, sano sairaalan lääkärit.

6 TULOSTEN TARKASTELU

6.1 Ensihoitajien kokemukset

6.1.1 Ensihoitajien vaikeaksi kokemat asiat

Tapauksessa ensihoitajien vaikeaksi kokemat asiat olivat tilanteen selventäminen omaiselle, epävarmuus potilaan tilan muutoksista, hoitolinjan valinta sekä sairaalan ulkopuolisen hoidon tuomat haasteet, kuten etäisyys lääkäriin ja ahdas tila. Esimerkiksi potilaan käsi oli aina defibrilloitaessa osunut vieressä olevan pöydän alle sähköiskun voimasta, sillä tila oli niin ahdas.

Rasku (2001) kirjoittaa, että omaiset haluavat tietoa siitä, mitä potilaalle on tapahtunut, mitä seuraavaksi tehdään ja mihin häntä on suunniteltu siirrettäväksi. He toivovat täsmällistä ja rehellistä tietoa. Ensihoitajien on saatava luottamusta sille, että he tekevät kaiken voitavansa potilaan hoitamiseksi mahdollisimman hyvin ja oikein. Liian diagnostista informaatiota tulee varoa. Lupaus potilaan voinnin selvittämisestä ja lähdöstä jatkotutkimuksiin kotonaselviämättömyyden takia on riittävä. Palautteissa omaiset ovat olleet tyytyväisiä, jos heille on syntynyt kuva ensihoitajien ammattilaisuudesta, sillä se on luonut turvallisuuden tunteen. Ensihoitajan puhetyyli on lisännyt tilanneturvallisuutta ja vähentänyt pelkoa. Myös tiedon saanti ja toivon ylläpitäminen on lisännyt turvallisuuden tunnetta. (Rasku 2001, 30-31.)

Ensihoitaja 2 kuvasi hoitolinjan valintaan liittyviä epävarmuuden tunteita (s.23-24). Tapauksessa sydäninfarktipotilaan hoitoprotokollaa noudatettiin, eikä siitä ollut epäselvyyttä, mutta ensihoitajan kuvaaman kaltaisia päätöksiä ensihoitajat joutuvat työssään tekemään, eikä aina ole aikaa konsultoida lääkärin mielipidettä. Sairaankuljettajan työ on erittäin itsenäistä ja autonomista, ja nykyään ensihoitajat tekevät elvytystilanteissa päätöksiä, jotka sairaalassa tekee lääkäri (Arola 2001, 39; Lahtinen 2001, 59). Hoitotasolla toimivat ensihoitajat joutuvat työssään tekemään enemmän itsenäisiä ratkaisuja, joiden perustaksi tarvitaan omien arvojen selkiytymistä ja eettistä päätöksentekoa (Norri-Sederholm 2001, 65,67; Sandman & Nordmark, 2006, 592). Saunders (2004, 98-99) jakaa lääke-

tieteessä koetut epävarmuuden tunteet neljään luokkaan: kommunikaatiosta johtuva epävarmuus, tiedon puutteesta johtuva epävarmuus, epävarmuus hoidon sopivuudesta potilaalle sekä moraalinen epävarmuus. Louhiala (2008) kommentoi lääkäreillä ilmeneviä epävarmuuden tunteita artikkelissaan. Hän kirjoittaa, että lääketiede on syvimmältä olemukseltaan moraalista toimintaa, ja siksi vaikeimmat epävarmuuden kokemukset ilmenevät päätöksissä, joissa mikään määrä tietoa ei riitä ratkaisun tekemiseen. Hänen mukaansa kyky sietää epävarmuutta vaikuttaa epäilemättä lääkärin uravalintaan. (Louhiala 2008.) Eräs Sadmanin ja Nordmarkin (2006) luokittelemista eettisen ristiriidan tilanteista koski epäselvyyttä siitä, mikä on potilaan etu. Esimerkiksi he esittivät tilannetta, jossa pitää päättää aloittaako elvytys vai ei. (Sandman & Nordmark 2006, 596.) Lahtinen (2001, 57) kuitenkin kirjoittaa, että tutkimukseen vastanneet ensihoitajat eivät pitäneet päätöksentekoa ensihoitotilanteessa vaikeana.

6.1.2 Ensihoitajien onnistuneiksi kokemat asiat

Tapauksessa onnistuneita asioita olivat yhteistyön sujuminen sekä työparin kanssa että muidenkin, kuten palokunnan ja ensiavun henkilökunnan, kanssa. Hanttu (1995) käsitteli työparin luotettavuuden ja osaamisen merkitystä ensihoitajille. Esille tuotiin turvattomuuden tunne jouduttaessa työskentelemään kokemattoman työparin kanssa muun muassa siksi, että ei ole voinut keskustella hoitoratkaisuista ja saada toiselta ammattitaitoista mielipidettä. Kokenut työpari sen sijaan loi turvallisuuden tunnetta. Turvalliseksi työpariksi kuvattiin henkilö, jolla on terve itsetunto, hyvä fyysinen kunto, hän on avoin, valpas, pystyy kommunikoimaan ja on varovainen. (Hanttu 1995, 33-34.) Lainaamme erästä alkuperäisilmausta Hantun (1995, 34) tutkimuksesta: ”– – turvallisuutta luo työpari – – riippuu paljon kaverista kenen kanssa on. Jos se osaa hyvin, tietää mitä tehdään, niin silloin on helppo olla, koska silloin on kaksi. Toinen voi aina täydentää toista.” Tutkielmassa tuli esille myös pelastuslaitoksen tuen myönteinen vaikutus turvallisuuden tunteeseen (Hanttu 1995, 35). Lahtisen (2001, 57) tutkimukseen vastanneet ensihoitajat kokivat avun saannin työtoverilta toteutuneen hyvin käytännön ensihoitotilanteissa.

Muita onnistuneita asioita olivat hoito-ohjeistuksen noudattaminen. Lisäksi keikan onnistumista on voinut edesauttaa ensihoitajien hyvä työmotivaatio. Työmotivaatioon on todennäköisesti vaikuttanut potilaan oireet. Useaan otteeseen ensihoitajat toivat ilmi potilaan oikeat, vakavat kivut ja sen että he pystyivät silmillään todistamaan, että potilas oli oikeasti kipeä ja että kivut hyvin todennäköisesti johtuivat sydänperäisistä ongelmista. Tämä sopii Kemppaisen (2000, 46) tutkielman tuloksiin, joiden mukaan tärkeimpänä voimavarana ensihoitajat pitivät työn haasteellisuutta ja mielekkyyttä.

Ensihoitaja 2: Mies oli niin kipeä alkuvaiheessa, että tuskin olisi ollut puolta tuntia kauemmin hengissä ilman hoitoa. Oli kyllä todella kipeä mies ja harvoin näkee niin kipeää rintakipusta, että voi heti ovelta sanoa että on sydäntapahtuma menossa. Ennusmerkit olivat niin selkeät että pystyi kliinisellä silmällä sanomaan että on oikeasti sairas, vaikka niinhän kaikki on jotka ambulanssin soittaa, mutta tämä mies oli kriittisesti kipeä.

6.1.3 Muita tapauksen aikana ja jälkeen heränneitä ajatuksia

Muita tapauksen aikana tai jälkeen heränneitä ajatuksia olivat pettymys palautteen vähyyteen, jota ensihoitajat työstään saavat. Palaute, jota he ovat saaneet, on ollut pääasiassa negatiivisia kirjoituksia lehtien yleisön osastolla. Turhauttavaksi he kokivat sen siksi, että ihmiset yleensä kommentoivat asioita, joista eivät oikeasti tiedä. Kemppainen (2000) kertoo, että tutkituista ensihoitajista viides saa paljon palautetta, puolet saa jonkin verran ja kolmannes vähän. Eniten he saavat palautetta asiakkailta. Tärkeinä palautteen antajina pidettiin myös työtovereita, omaisia ja vastaanottavaa yksikköä. Esimieheltä saatu tuki oli vähäistä. Esimieheltä odotetaan palautetta työssä onnistumisesta. (Kemppainen 2000, 37,48-49.) Haastateltavamme puhuivat myös vastaanottavan yksikön palautteesta, jota harvoin ensihoidossa saa, mutta mitä olisi tärkeää saada. Hantun (1995, 39) tutkielman mukaan potilaiden jälkihoito, niin kotona kuin sairaalassa, sekä selviytyminen ja tervehtyminen askarruttivat ensihoitajia. Lääkärin antama palaute tehdyistä ensihoitotoimenpiteistä ja niiden tarkoituksen

mukaisuudesta on tärkeää työntekijän ammatissa kehittymisen kannalta (Lahtinen 2001, 62).

Esiin nousi myös turhautuminen kiireettömiin, ei kriittisesti sairaiden potilaiden luona käymiseen.

Ensihoitaja 1: ”– – niitä oikeesti kipeitä potilaita on tosi vähän, eikä tietty kellekkään toivo et on tosi kipee, mut kyllä siinä sellanen muotivaate on lisä täs työssä oikeesti.”

Salmi (1997) kuvaa tutkimuksessaan sairaankuljettajaa turhauttavia hälytystehtäviä ja erottelee potilasjoukosta alkoholisoituneet, joiden toistuvat avunpyynnöt sairaankuljettajille ovat hänen mukaansa yleisesti tiedossa. Hän kertoo, että kyseiset tapaukset saattavat herättää työntekijöissä kiukkua, ärtymystä, välinpitämättömyyttä ja muutoin vähäisempää empatian kokemista kuin tilanteet, joissa alkoholilla ei ole osuutta. (Salmi 1997, 72-73.) On mahdollista, että vastaavat tapaukset ovat myös haastattelemiemme ensihoitajien turhautumisen taustalla. Työmotivaatiota varmasti lisäsi kriittisesti sairastunut, äkillistä ensihoitoa vaativa potilas, jonka hoidon turvaaminen on ensihoidon ja sairaankuljetuksen perustehtävä (Määttä 2008, 24).

Myös Salmen (1997) tutkimuksessa tulee esiin sairaankuljettajien käsitys perustehtävästään kiireellisten sairaustapausten hoitajana. ”Täähän se on, että nää työllistää meitä nää jurriset, kun sitten joku vois oikeestikin tarvita apua. Mehän ollaan noita kiireellisiä varten.” (Salmi 1997, 77.) Kyseisessä tapauksessa oli kyse alkoholia nauttineesta miehestä joka pyysi apua henkiseen pahaan oloon. Sandman ja Nordmark (2006) kirjoittavat ensihoitajan ammatillisesta ihanteesta, jolloin ensihoito on niitä potilaita varten, joilla on ensihoidollisia tarpeita ja jokainen saa samanveroista hoitoa riippumatta sosiaalisesta asemasta tai iästä. Kuitenkin kohdataan eettinen ongelma tilanteissa, joissa ensihoidolla ei ole ensihoidollisia auttamismahdollisuuksia, kuten potilaan sosiaaliset vaikeudet. Tilanne, jossa kohdataan potilas, jolla ei ole ensihoidollista akuuttia tarvetta, mutta toisaalla saattaa odottaa kriittisesti sairas potilas, on myös eettisesti hankala tilanne. Hoitoratkaisuja, kuten elvytyspäättöstä, tehdessä ikä saattaa vaikuttaa

päätöksentekoon, tai potilaan huumeiden käyttö saattaa vaikuttaa hoitajien asenteisiin. (Sandman & Nordmark 2006, 597.)

Ensihoitajien mieltä nostattava asia oli kokemus oman työn tärkeydestä, kun näki potilaan hyvän kunnon muutama kuukausi sairaskohtauksen jälkeen.

Ensihoitaja 2: Klisee on että me teemme tätä työtä sen takia että voidaan auttaa ihmisiä, mutta itseni kohdalla se ei välttämättä ole pelkkä klisee. Nämä hetket (potilaan henkilökohtainen kiitos) on kuitenkin se mikä palkitsee ja tuntee tekevänsä arvokasta työtä.

6.2 Potilaan kokemukset

6.2.1 Kokemukset ensihoitajista

Tapauksessamme Pekan kokemukset ensihoitajista ovat pelkästään positiivisia. Pekka kuvaa ensihoitajia ”pelastavina enkeleinä”, jotka osasivat rauhoittaa häntä hädän hetkellä. Luottamus ensihoitajiin syntyi heti, ja ensihoitajien hyvän ammattitaidon Pekka kokee olevan ratkaiseva asia selviytymisensä kannalta. Kokemustensa pohjalta Pekka tuntee syvää kiitollisuutta ensihoitajia kohtaan, mikä myös tuli haastattelussa useaan otteeseen esille.

Lehtorannan (1998) tutkimuksessa haastateltujen potilaiden kokemukset saamastaan ensihoidosta ovat enimmäkseen tyytyväisyyden ja kiitollisuuden sävyttämiä. Joitakin tyytymättömyyttä aiheuttavia tekijöitä löytyi, mutta ainoastaan tyytymättömyyttä kokeneita potilaita ei löytynyt aineistosta lainkaan. Sen sijaan pelkästään tyytyväisyyttä kokeneita löytyi useampi. Luottamus ensihoitajia kohtaan syntyi siitä, kun ensihoitohenkilöstö näytti osaavan tehdä hoitotoimenpiteet ja heidän työnsä oli varman tuntuista. (Lehtoranta 1998, 17,18.) Lammen (2005) tutkimuksesta käy ilmi, että avun saaminen ja hoidonantajien laadullisesti hyvä pelastustaito lievittivät pahanolon tunnetta ja lisäsivät uskoa hengenvaaran väistymiseen jo sairaalan ulkopuolella. Myös tässä tutkimuksessa lähes kaikki tutkittavat olivat tyytyväisiä saamaansa ensihoitoon, ja ensihoitajaa pidettiin

pääasiallisesti urheana ja sankarillisena pelastajana. Tutkittavista (n=19) vain yksi oli tyytymätön saamaansa hoitoon. Tyytymättömyyttä aiheutti ensihoitajien kömpelöltä vaikuttanut toiminta, ambulanssin ahtaus ja päätös kuljettaa potilas heti lähisairaalaa isompaan sairaalaan, jonne oli pidempi matka ja kuoppaiselta tuntunut tie. (Lampi 2005, 109, 111-112.) Myös Pekka vietiin suoraan isompaan sairaalaan pidemmän matkan päähän, mutta hän koki vain hyvänä asiana, että kuljetus tapahtui heti lopulliseen hoitopaikkaan ilman välipysähdyksiä.

Lehtorannan (1998) tutkimustuloksien perusteella hyvään ensihoitoon kuuluu yhtenä osana potilaan kokemus siitä, että hänestä pidetään huolta. Lehtoranta (1998) kertoo tutkimuksessa, että rauhoittaminen koettiin myös huolenpitona. (Lehtoranta 1998, 28, 20.) Tapauksessamme Pekka nosti esille, että ensihoitajat osasivat rauhoittaa häntä, mikä helpotti hänen oloaan huomattavasti sydäninfarktin aiheuttamassa hädässä.

6.2.2 Kokemukset hoidosta ja kuntoutumisesta sairaalassa

Alkuvaiheet sairaalassa Pekka koki hyvin sekavana toimenpiteiden suuren määrän ja nopean etenemisvauhdin takia. Lammen (2005) tutkimuksen tulosten mukaan sydäninfarktiin sairastuminen oli raju, voimakas ja henkisesti vaikea sekä sekasortoinen kokemus. Varhaisvaiheessa kuolemanvaaran aiheuttava sairaus synnytti hätää, pelkoa, kuolemantuskaa ja pahanolontunnetta. (Lampi 2005, 204-205.)

Osa Pekan muistoista herättää mielenkiintoa, sillä hän kuvaa tapahtuneiksi sellaisia asioita, joita ei ole voinut tapahtua tai joissa hänen ei oleteta olleen tietoinen tapahtumista. Esimerkiksi intuboituna ollessaan Pekka muistaa puhuneensa lääkärille, mutta käytännössä tämä ei ole voinut olla mahdollista. Samoin hän kokee hypänneensä sängyssä korkealle defibrilloinnin aikana, jolloin hänen kuuluisi olla syvästi tajuton. Tutkimustietoa vastaavista kokemuksista emme löytäneet, mutta useilla sivustoilla internetissä käsitellään niin sanottuja rajakokemuksia, jollaisiin nämäkin kokemukset voitaisiin lukea. Tyypillisimpiä rajakokemuksia vaikuttivat kuitenkin olevan sellaiset, joissa ihminen irtautuu omasta ruumiistaan ja pystyy tarkkailemaan mitä hänen tajuttomalle ruumiilleen teh-

dään sekä sellaiset, joissa ihminen kulkee pimeää tunnelia pitkin sen päässä hämmöttävää valoa kohti ja tapaa siellä kuolleita sukulaisiaan tai valo-olentoja.

Leikkauksen jälkeisen vointinsa Pekka koki hyvin tuskaisena, koska toimintakyky oli täysin romahtanut. Toisten avun varaan joutumisen hän koki hyvin masentavana. Lammen (2005) tutkimuksessa kuvataan kokemuksia sairaalassaoloajasta. Tutkimuksen miehet olivat henkisesti ja ruumiillisesti uupuneita päästyään sydänvalvontayksikköön. Voipumus oli kuitenkin koettu sangen myönteisenä kokemuksena, mikä johtui luvallisesta lepäämisestä ja nukkumisesta sekä osallistumisvelvoitteiden vähenemisestä. Sydänvalvontayksikössä olemista luonnehti yhtäältä helpottava turvaan pääseminen, mutta toisaalta alentava toisten armoille ja käskyvaltaan joutuminen. Laitteisiin sidoksissa oleminen oli hämmentävä ja ristiriitainen kokemus. Sairaalavaiheelle yleisesti oli ominaista masennuksen ja ilon vaihtelu, sairauden pahenemisesta huolestuminen sekä liikuttuminen ja mielen pahoittaminen. Miesten kuvauksista näkyi, että masennus ja ilo vuorottelivat odottamattomasti ja ilman syytä. (Lampi 2005, 206-206, 212.) Pekka kertoo tarinassaan myös eri tunnetilojen suuresta vaihtelusta, mutta hän tuo kaikille tunteille jonkin selityksen, eikä niinkään kerro spontaaneista tunnetilojen vaihtelusta.

Voinnin paraneminen taas helpotti Pekan oloa ja loi toivoa tulevaisuuteen. Valtonen (1992) tutkimuksessa voimien palaaminen päivä päivältä koettiin molemmissa ryhmissä mieltä ilahduttavana ja keskeisenä terveyden tunnetta lisäävänä tunteena. Tunne konkretisoitui jokapäiväisten toimintojen suorittamisessa ja tähän kokemukseen liittyi myös tulevaisuuden suunnittelu ja tunne siitä, että elämä jatkuu vielä. (Valtonen 1992, 31, 49.)

Jatkokuntoutumisen aluesairaalassa Pekka koki hyvin pitkästyttävänä. Myös Lammen (2005) tutkimuksessa sisätautien vuodeosastolla sydäninfarktiin sairastuneiden miesten elämää luonnehti pitkäkestoinen ja kyllästyttävä parantumiseen kohdistuva odottaminen. Juuri sisätautien vuodeosastolla miehet olivat vaivaantuneita huonoudestaan, kelvottomuudestaan ja arvottomuudestaan. Huonommuudentuntoisuus yhdistyi itsensä onnettomaksi, hyödyttömäksi ja vähäpätöiseksi kokemiseen. (Lampi 2005, 138.) Samankaltaisista kokemuksista kertoo Pekkakin. Aiemmin hyväkuntoinen ja täysin toimintakykyinen mies koki

tulleensa kakkosluokan kansalaiseksi sairastumisensa takia. Pohdiskelua aiheutti paljon se, että onko hän enää tarpeeksi ”hyvä” tekemään töitä kuntouduttuaan. Tätä Pekka kuvaa muun muassa seuraavasti: ”– – kuka ottaa töihin diabeetikon ja kellä on ollu syränkohtaus ja kaikki muut – –”. Valkosen (1994) tutkimuksessa infarktin ja kuntoutumisen suhdetta työelämään tarkastellessa infarktitarinat jakautuivat kahteen ryhmään. Toisessa paine normaaliuteen tuli esiin sekä pyrkimyksenä palata takaisin työelämään pikaisesti ja jatkaa työssä kuten ennen sairastumista ja toisessa työstä poisjäämistä oikeutettiin sairastumisen seurauksena. (Valkonen 1994, 80.) Valtosen (1992, 38) tutkimuksessa sairauden jälkeinen työttömyyden uhka koettiin tekijöiden joukossa elämän perustuksia järkyttäväksi tekijäksi, jopa niin, että elämä menettäisi silloin tärkeän osan merkityksestään. Lampi (2005) kertoo tutkimuksessaan, että miesten elämää sisätautien vuodeosastolla luonnehti selkiytymättömyys. Selkiytymättömyys oli vaikeasti kestävä ja haitallinen kokemus johtaessaan asioiden yhtämittaiseen puimiseen. Sairauden vakavuuteen ja parantumiseen kohdentuva epä tietoisuus pahensi selkiytymättömyyttä. (Lampi 2005, 141.) Myös Pekalla kului sairaalassa aikaa tilanteensa ja tulevaisuutensa puintiin: ”– – onko tää täl lasta tää loppuelämä vai ei oo, ja pelkäs sitä että kun mä nyt nukahdan niin kuinkas sitä sitten herää.”

6.2.3 Muiden ihmisten tuen kokeminen

Tapauksessa hyvin keskeiseksi voimaa tuovaksi asiaksi nousi läheisten antama tuki. Pekka kertoo, että ilman lapsiltaan saamaa tukea hän olisi ollut todella masentunut. Omaisten tapaaminen oli koettu positiivisena asiana kaikissa aiheita koskevissa aiemmissä tutkimuksissa. Valtonen (1992) kirjoittaa, että omaisten vierailut koettiin ilahduttavina ja mielialaa ylentävinä tilanteina. Omaisten vierailuja odotettiin, se oli kohokohta päivässä, samoin kuin ystävien ja työtovereiden huomionosoitukset. Nimenomaan lasten vierailut toivat hyvänolon tunnetta. Omaisten kohtaamista kuvattiin myös turvallisuutta luovana tapahtumana. (Valtonen 1992, 30, 48.) Myös Lammen (2005) tutkimuksessa omaisten kohtaamiset koettiin vahvistavina hetkinä. Puolison ja lasten paikallaolo oli tärkeä tapahtuma, koska se merkitsi henkisen kodin saapumista sairaalaan. Pelkkä puolison

ja lasten ajattelemisenkin vahvisti uskoa toipumiseen ja lievitti koti-ikävää. (Lampi 2005, 148.)

Myös vertaistukiryhmän Pekka koki tärkeänä. Lammen (2005, 158) ja Valtosen (1992, 32) tutkimusten mukaan kohtalotoveruussuhteet syntyvät pääsääntöisesti jatkohoito-osastoilla. Tapauksessamme Pekka kuvaa tärkeimpien kohtalotoveruussuhteiden syntyneen vasta sairaalahoidon jälkeisellä kuntoutuskurssilla. Valkonen (1994) kirjoittaa, että omalle tarinalle tarvitaan sosiaalinen hyväksyntä ja verrattavuus, jotta henkilö säilyttäisi normaaliuden ja arvokkuuden. Keskustellut muiden infarktin kokeneiden kanssa tarjoavat kentän oman tarinan löytämiselle ja suhteuttamiselle sosiaaliseen ympäristöön. Tutkimuksessa muiden ryhmäläisten tai asiantuntijoiden kuvaukset kokemuksista, jotka ovat omien kokemusten kaltaisia, helpottivat omaa oloa. (Valkonen 1994, 63, 85.)

Lammen (2005, 169) ja Valtosen (1992, 33) tutkimuksissa haastateltavat kokivat kohtalotovereiden muodostaman ihmissuhdeverkoston ja siitä saadun tuen ensiarvoisen tärkeäksi omaa terveyttä ajatellen jatkohoito-osastolla. Lampi (2005) kirjoittaa, että oman tilanteen suhteuttaminen muiden vastaavassa tilanteessa olevien miesten kanssa oli lujittava tapahtuma. Kokemusten käsitteleminen kaltaisten kesken auttoi oman sisäisen maailman hahmottamisessa. Henkisen eheytyksen kokemus syntyi omakohtaisesta ja yhteneväisestä kohtalosta. Tukea saatiin kohtalotovereilta, koska he ymmärsivät syvällisimmin tapahtuneen henkilökohtaisuuden ja merkittävyyden. Myös tietolähteinä toisia sydäninfarktiin sairastuneita miehiä pidettiin kaikkein luotettavimpina. Tovereiden tähdellisyys tietolähteinä korostui informaation totuudellisuuden ja omakohtaisuuden vuoksi. (Lampi 2005, 160-161, 166.) Myös Kankaan (2003) artikkelissa tutkitut ovat kertoneet kanssakärsijöiden merkityksestä oman asiantuntijuuden kehittämisessä. Eräs tutkituista kuvaa asiaa seuraavasti: ”– – Se oli ehdottoman tärkeä asia. Saada jakaa omaa neuvottomuuttaan ja pyöritellä tapahtunutta ja jännittää yhdessä tulevaa, verrata kokemuksia, olla yhdessä”. (Kangas 2003, 90.)

6.2.4 Kokemukset tulevaisuuden suhteen

Tapauksessa Pekka kertoo sairauden laittaneen hänet miettimään tulevaisuutta heti akuutin vaiheen jälkeen. Tilanteen epävarmuus sai hänet pohtimaan paljon sitä, että kuntoutuuko hän ennalleen vai jääkö muiden hoidettavaksi. Nukahtamisen hän oli kokenut vaikeana, koska mietti mahtaako aamulla herätä enää ollenkaan.

Valkonen (1994) kirjoittaa, että elämänlaatu järkkyy jos elämänhallinnan tunne katkeaa. Tilanteessa, jossa tulevaisuus on epävarma infarktin jälkeen ja kuntoutumisen edellytykset selkeytymättä, ihminen kokee tarinansa keskeneräisenä. Keskeneräinen tarina aiheuttaa epämiellyttävän tilanteen, jossa tilanteita ja tapahtumia on mahdotonta arvioida suhteessa tarinan epävarmaan päätepisteeseen. Eräs Valkosen (1994) haastateltavista kuvaa tilannetta seuraavasti: ” – – tää epävarmuus viel tässä vaiheessa, kun ei tiedä, et kumpaan suuntaan se kallistuu, meneeks se työttömyyslinjalle, koulutuslinjalle, meneeks se ollenkaan – – ei oo tietoo, yhtään kun ei osaa arvellakkaan”. (Valkonen 1994, 96.)

Valtonen (1992) tutkimuksessa tekijät kertoivat pelostaan sairauden uudistumisesta. Vallalla oli käsitys, että sydäninfarkti voi uusiutua määrältään rajoitettuja kertoja ja sitten seuraa kuolema. Tähän käsitykseen ei liittynyt käsitystä sairauden yksilöllisestä luonteesta, vaan uusiutumiskerrat nähtiin mekaanisesti seuraavan toisiaan ja käsitystä pidettiin totena myös omalla kohdalla. (Valtonen 1992, 49-50.) Myös Pekka kuvaa tarinassaan pelkoa infarktin uusiutumisesta ja selventää, että koko ajan täytyy olla varautunut rintakipukohtaukseen ja että se on henkisesti hyvin kuluttavaa. Salminen-Tuomaalan (2000) tutkimuksessa sydäninfarktiin sairastuneet miehet kokivat epävarmuuden omasta selviytymisestä ahdistusta aiheuttavana tekijänä. Tulevaisuus ja kipujen uusiutumisen pelko ahdistivat. Tutkimuksesta käy ilmi, että tutkittavat kokivat huumorin keinona vähentää pelkoa ja ahdistusta. Epävarmasta tulevaisuudesta oli helpompi puhua hieman keventäen, huumorilla. (Salminen-Tuomaala 2000, 74.)

Kuten jo aiemmin käsiteltiin, suuren huolen tulevaisuutta koskien muodosti epävarmuus siitä, kykeneekö Pekka enää töihin. Työhönpaluu askarrutti miesten mieliä myös Salminen-Tuomaalan (2000) tutkimuksessa, johon haastateltujen

sydäninfarktiin sairastuneiden miesten elämässä työllä oli ollut aikaisemmin keskeinen asema. Sydäninfarktista toipumisvaiheessa stressiä aiheuttivat sekä pitkä sairausloma joutenoloineen että epävarmuus siitä, kykeneekö enää samaan työhön. Raskasta ruumiillista työtä tai vuorotyötä tehneet miehet pohtivat uskaltaivatko enää palata samaan työhön. Ajatus eläkkeelle jäännistä aiheutti masennusta, mutta senkin asian käsittelyssä otettiin huumori avuksi. (Salminen-Tuomaala 2000, 75-76.)

6.3 Yhteenveto tuloksista

Ensihoitajien kokemukset otsikoitiin kolmeen luokkaan, joita ovat tapauksen aikana vaikeaksi koetut asiat, onnistuneiksi koetut asiat sekä ensihoitajien ajatukset keikan aikana ja sen jälkeen. Vaikeaksi koetut asia olivat tilanteen selvittäminen omaiselle, epävarmuus potilaan tilan muutoksista, hoitolinjan valinta sekä sairaalan ulkopuolisen hoidon tuomat haasteet, kuten etäisyys lääkäriin. Onnistuneita asioita olivat hyvä luottamus työpariin, yhteistyön sujuminen sekä työparin kanssa että muidenkin, kuten palokunnan ja ensiavun henkilökunnan, kanssa. He kokivat noudattaneensa hoito-ohjeistusta onnistuneesti sekä ylipäättään hoitaneensa keikan mallikkaasti. Muita ajatuksia olivat pettymys palautteen vähyyteen ja turhautuminen kiireettömiin, ei kriittisesti sairaiden potilaiden luona käymiseen. Ensihoitajien mieltä nostattava asia oli kokemus oman työn tärkeydestä.

Potilaan kokemuksista muodostui neljä luokkaa, joita ovat kokemukset ensihoitajista, kokemukset hoidosta ja kuntoutumisesta sairaalassa, muiden ihmisten tuen kokeminen ja kokemukset tulevaisuuden suhteen. Sairauden akuutista, sairaalan ulkopuolisesta vaiheesta tarkastelumme potilaan kokemuksien osalta keskittyy hänen kokemuksiinsa ensihoitajista ja ensihoidosta, koska muita kokemuksia siltä ajalta haastattelussa ei juurikaan tullut esille. Kokemukset ensihoitajista olivat pelkästään positiivisia. Ensihoitajien hyvä ammattitaito synnytti täyden luottamuksen heitä kohtaan alusta lähtien ja heidän kykynsä rauhoittaa potilasta helpotti oloa huomattavasti. Kokemuksia hoidosta ja kuntoutumisesta sairaalassa olivat alkuvaiheen sekavuus, toimintakyvyn romahtamisen ja toisten avun varaan joutumisen aiheuttama masennus, voinnin paranemisen tuoma

helpotus ja jatkokuntoutumisen pitkästyttävyyys. Sairaalassa kului paljon aikaa tilanteen ja tulevaisuuden puintiin. Kokemukset muilta ihmisiltä saadusta tuesta olivat voimaannuttavia ja toivat suuren avun. Tukea antoivat omaiset ja vertaisryhmän ihmiset. Kokemukset tulevaisuuden suhteen olivat pelko infarktin uusiutumisesta ja epävarmuus siitä, kykeneekö enää töihin. Sairastuminen sai pohtimaan paljon sitä, kuntoutuuko ennalleen vai jääkö muiden hoidettavaksi.

Sekä ensihoitajat että potilas kokivat ensihoitotilanteen onnistuneeksi. Ensihoitajat kokivat onnistuneensa hoito-ohjeiden noudattamisessa. Heillä on selvästi ollut hallussa myös muut ensihoidon päätöksentekoon vaikuttavat asiat, joita hoito-ohjeen lisäksi ovat muun muassa teoretiedon hallitseminen, aiempi kokemus, potilaalta kerättävät tiedot ja intuitio sekä kyky yhdistää nämä osa-alueet toiminnassa (Rekola 2009, 47-48). Päätöksenteon hallinta on varmasti vaikuttanut tilanteen sujuvuuteen. Siihen on myös vaikuttanut vahva luottamus työpariin, joka luo turvallisuuden tunnetta (Hanttu 1995, 34) ja onnistunut yhteistyö muiden toimijoiden kanssa. Ensihoitajien tunteet hoidon hallitsemisesta välittyivät potilaalle. Tämä on varmasti vaikuttanut potilaan turvallisuuden ja luottamuksen tunteeseen ensihoidon aikana. Hoitotyöntekijän on tärkeää tiedostaa omat ajatuksensa ja tunteensa ja osata käsitellä niitä pystyäkseen kontrolloimaan verbaalista ja non-verbaalista käytöstään hoitotilanteessa, jotta käytös olisi ammatillista.

Tutkimuksemme tulokset ovat pitkälti yhteneviä aikaisempien tutkimusten kanssa. Aiempia tutkimuksia ensihoitajien kokemuksista yksittäisissä tapauksissa emme löytäneet, joten tällä työllä pystymme tarkemmin hahmottamaan yhden ensihoitotehtävän aikana ensihoitajien mielessä pyöriviä ajatuksia. Vastaavaa tutkimusta, jossa kartoitetaan tutkimuksen kohteiden kokemuksia samasta tapauksesta, ei tullut vastaan. Tutkimaamme aineistoon nähden työmme on siis ainutlaatuinen. Hoitotyöntekijä pystyy tämän tutkimuksen kautta tarkastelemaan hoitajien kokemuksia ja peilaamaan omia tunteitaan niihin, sekä myös tiedostamaan ja ymmärtämään potilaan kokemuksia. On tärkeää tietää potilaan kokemuksia ymmärtääkseen sairastumisen vaikutukset potilaan elämään. Työ lisää myös potilaan ymmärrystä ensihoitajien kokemuksista ja ajatuksista.

7 POHDINTA

7.1 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti, jossa tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse, eli luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta 1998, 211.)

Ennen haastatteluja käsityksemme oli, että kyseessä on elvytystapaus. Haastattelua edeltävät tiedot saimme potilaalta, jonka kertoman perusteella oletimme potilaan olleen eloton ja ensihoitajien elvyttäneen hänet. Siltä pohjalta lähdimme kuvaamaan elottomuuteen liittyviä kokemuksia elottoman hoitopolun varrelta ensihoitajien ja potilaan näkökulmista. Annoimme haastateltaville potilaalle ja ensihoitajille tutkimussuunnitelman, jossa oli myös haastattelun pohjana käytetty Case Pekka –kaavio (liite 1), josta käsityksemme potilaan elottomuudesta tuli ilmi asianosaisille. Ensihoitajat korjasivat virheellisen käsityksen vasta haastattelutilanteen alussa. Tästä johtuen Case Pekka –kaavio oli haastattelutilanteessa edelleen virheellisesti elottomuuteen liittyviin kokemuksiin pohjautuva. Tämä ei kuitenkaan haitannut tai vaikuttanut haastatteluihin, sillä kaaviossa olevat haastatteluteemat olivat vain suurpiirteisiä, suuntaa antavia ja koottu hoitopolun eri vaiheisiin, joten ne eivät rajanneet haastateltavien merkityksellisiä kokemuksia pois. Lisäksi tapauksessa oli kuitenkin elottomuus mukana ja potilaalle jäi kokemus, että hän on ollut kuolleena. Haastatteluaineiston perusteella päätimme jättää hoitopolkuun liittyvän tarkastelun pois ja keskittyä haastateltavien merkityksellisiksi kokemuksiin asioihin. Merkityksellisiksi koetuissa asioissa hoitopolku ei tullut esille siinä määrin, että sen tarkastelu olisi ollut mielekäästä.

Haastattelut tehtiin puoli vuotta sairastumisen jälkeen. Pyysimme ensihoitajia ja potilasta palauttamaan tapauksen mieleen erityisesti kokemusten ja tunteiden osalta. Puolessa vuodessa potilas on ehtinyt jäsenellä tapahtumaa mielessään, eivätkä sairastumiseen liittyvät tunteet olleet enää välttämättä niin pinnalla kuin kuntoutumisen alkuvaiheissa, joten niiden tarkastelu saattoi olla objektiivisempaa. Toisaalta joitakin asioita ja kokemuksia sairasajalta on saattanut unohtua tai niiden merkitys potilaalle on pienentynyt. Eskolan ja Suorannan

(1998, 53) mukaan eräs tutkimusetiikan ongelma voi olla tutkijan vaikuttaminen tutkimusyhteisöön. Tapauksessamme sekä potilas että ensihoitajat saivat itse kertoa tarinaansa ja kokemuksiaan ilman haastattelijoiden pyrkimystä ohjata tarina tiettyyn tulokseen. Esiin tulivat ne asiat, jotka olivat potilaalle ja ensihoitajille itselleen jääneet merkityksellisiksi kokemuksiksi. Ensihoitajille puoli vuotta tapauksesta on melko pitkä aika, koska tapaus oli heille ”yksi muiden joukossa”. Merkityksellisen ja muistettavan tästä tapauksesta teki kuitenkin potilaan käyminen pelastuslaitoksella kiittämässä ensihoitajia. Luotettavuutta ensihoitajien osuutta tarkastellessa lisää se, että heitä oli kaksi. Tällöin he saivat toisiltaan tukea tapauksen muistamisessa ja tapaus käytiin tarkemmin läpi.

Eräs luotettavuuskysymys on se, että olemmeko tulkinneet haastateltavien kertomat kokemukset oikein, vai onko kokemusten merkitys muuttunut haastateltavien oikeiden kokemusten ja meidän tekemiemme tulkintojen välillä. Uskottavuus luotettavuuden kriteerinä tarkoittaa sitä, että tutkijan on tarkastettava vastaavatko hänen käsitteellistyksensä ja tulkintansa tutkittavien käsityksiä (Eskola & Suoranta 1998, 212). Uskottavuus ja vahvistuvuus ovat kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuusterminologiaa. Vahvistuvuus tarkoittaa sitä, että tehdyt tulkinnat saavat tukea toisista vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista. (Eskola & Suoranta 1998, 212-213.) Näin olemme pyrkineetkin tarkastelemaan saamiamme tuloksia. Luotettavuuteen liittyy myös kysymys haastattelun oikein kuulemisesta. Haastattelijoiden murteet, lisäsanat ja äännähtelyt sanojen välissä loivat oman haasteensa haastattelujen litterointiin. Kuuntelimme kuitenkin epäselvät kohdat aina uudestaan niin kauan, kunnes olimme varmoja oikeasta lopputuloksesta. Luotettavuuden lisäämiseksi käytimme joitakin suoria lainauksia.

7.2 Eettisyys

”Ihmistieteissä tutkimuseettisten normien keskeinen lähtökohta on ihmisen kunnioittamista ilmentävät arvot” (Kuula 2006, 60). Ihmisten itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan antamalla heille mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen (Kuula 2006, 60). Kerroimme haastateltaville, että osallistuminen opinnäytetyöhömme on vapaaehtoista. Vapaaehtoista päätöstä tut-

kimukseen osallistumisesta ei voi tehdä, ellei heillä ole riittävästi tietoa tutkimuksesta (Kuula 2006, 61). Luovutimme haastateltaville hyvissä ajoin ennen haastatteluja tutkimussuunnitelman, joka sisälsi muun muassa tutkimuksen tarkoituksen, tehtävät ja tavoitteet. Tutkittaville kerrottiin myös mitä tallennusvälineitä haastattelussa tullaan käyttämään ja että haastatteluista mahdollisesti tullaan tekemään DVD. Kuulan (2006, 62) mukaan tutkittaville täytyy kertoa perustiedot tutkimuksesta, sen toteuttajista sekä tutkittavilta kerättävien tietojen käyttötarkoitus.

Haastateltavamme eivät ole tunnistettavissa tästä työstä, vaikka kukaan heistä ei anonymiteettiä pyytäneenkään. Tunnistettavuuteen liittyy myös haastateltavien omien kommenttien käyttäminen tuloksissa. Tästä johtuen kommentit on muutettu yleiselle kielelle, eikä haastattelussa esiin tulleita paikkakuntia ja sairaaloita mainita nimeltä. Potilaan käsittely tuloksissa oli helpompaa nimeä käyttäen, mutta nimi on anonymiteetin suojaamiseksi muutettu. Arkaluonteisen, vapaa-muotoisen haastattelun ollessa kyseessä, tutkimuksesta informoinnin yhteydessä haastateltaville luvataan koko aineiston anonymisointi (Kuula 2006, 129). Haastateltaville selvitettiin myös, että opinnäytetyöhön sekä DVD:lle osallistumisen saa perua missä vaiheessa tahansa ja että DVD voidaan tehdä myös niin, että anonymiteetti säilyy.

Haastateltujen ensihoitajien työpaikalta pyydettiin tutkimuslupa ja potilaalta pyydettiin tietojenluovuttamislupa, jonka toimitimme ensihoitajille. Luvat on saatavissa tämän työn tekijöiltä. Kuulan (2006, 119) mukaan allekirjoitettava tutkimuslupa tarvitaan kun tutkittavilta ihmisiltä kerättäviin tietoihin yhdistetään heitä koskevia muita tietoja. Myös Eskola ja Suoranta (1998, 52) liittävät tutkimusetiikkaan tutkimusluvan saamisen sekä viranomaisilta että tutkittavilta. Tapauksessamme lupa potilaalta tarvittiin hoitotapahtumien kirjallisen dokumentin sekä ensihoitajien henkilökohtaisten hoitotietojen tarkastelua varten.

7.3 Oma pohdinta ja kehittämis ehdotukset

Opinnäytetyömme aihe päätettiin syksyllä 2008, kun varmistui, että haastateltavat suostuvat osallistumaan työhömmme. Pyrimme toteuttamaan haastattelut mahdollisimman pian. Työn suunnittelu ja alustavan teorian tiedon kerääminen yhdessä muun koulutyön kanssa vei aikaa sen verran, että haastattelut toteutettiin helmikuussa 2009. Aineiston litterointi ja analysointi on haastatteluun pohjautuvan tutkimuksen yksittäinen paljon aikaa vievä vaihe. Työssämme haastatteluja oli kaksi, joten jaoimme haastattelujen litteroinnin ja analysoinnin, jotka valmistuivat suurimmaksi osaksi kevään aikana. Syyskuussa 2009 oli tehtynä uusi teoreettinen lähtökohta, narratiivit ja tulosten tarkastelu. Loppu syksy oli työn viimeistelyä. Yhdessä tekeminen toi eri näkökulmia aiheeseen ja patisti pysymään aikataulussa. Työ on edennyt tasaisesti vuoden aikana, mutta silti jouduimme ottamaan loppukirin saadaksemme työn palautettua ajallaan. Työtahtia on hidastanut ja motivaatiota kolhinut lukuisat tietotekniset ongelmat.

Opinnäytetyön tekeminen on vaatinut sitoutumista ja päämäärien selkeyttä. Sitoutumistamme työhön lisäsi aihe, jonka molemmat koimme mielenkiintoiseksi. Kokemusten kuvaaminen oli päämäärämme alusta lähtien, ja se helpotti aineiston rajaamista. Potilaan kokemusten kartoittaminen auttaa meitä potilaan kohtaamisessa tulevassa työssämme, ja ensihoitajien kokemukset antoivat kuvan ensihoitotyön realiteeteista, eli mitkä asiat tekevät työstä mielekäästä ja haastavaa sekä millaisia ajatuksia voi liittyä ensihoitotilanteeseen. Kokemusten käsitteleminen rinnakkain, eli ensihoitotyöhön liittyvien omien ja potilaan tunteiden ja ajatusten tiedostaminen, kehittää ammatillisuutta. Rauhallinen ja määrätietoinen toimiminen, huolimatta siitä kuinka epävarma on, luo potilaalle luottavaisen ja turvallisen olon.

Potilaan kokemuksia ensihoidon ajalta olisimme toivoneet enemmän. Tärkeää on kuitenkin tietää potilaan kokemukset myös akuutin vaiheen jälkeen ymmärtääksemme sairastumisen vaikutukset potilaan elämään. Teoreettisen lähtökohdan uudelleen kirjoittamiselta olisi vältytty, jos olisimme alusta lähtien tienneet tapahtumien todellisen kulun. Päämäärämme selkeys, eli tarkoitus kuvata kokemuksia, on kuitenkin tehnyt opinnäytetyöprosessista sujuvan. Lopputulokseen olemme molemmat tyytyväisiä. Saimme tutkimustehtäviin vastaukset.

Haastateltavat muistivat kokemuksiaan ja ajatuksiaan hyvin, ja saimme kattavan kuvauksen kokemuksista. Onnistuimme runsaan teoreettisen lähtökohdan ja selkeiden narratiivien kokoamisessa. Tulosten tarkastelusta tuli kattava ja tutkimustulosten vertailusta monipuolinen.

Potilaan tuloksissa esiin tuli joitain kokemuksia toimenpiteistä, joissa potilaan oletetaan olleen tajuton ja näin ollen tiedoton tapahtumista, esimerkiksi sairaalassa hän koki kammiovärinän aikana defibrillaation seurauksena hypänneensä sängyssä korkealle. Tällaisia kokemuksia ja niiden synnyttämiä muistikuvia voisi tutkia laajemminkin. Voisi myös tutkia, pitäisikö tällaiset kokemukset ottaa huomioon sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.

Päätelmämme oli, että ensihoitajien tunteet hoidon hallitsemisesta välittyvät potilaalle. Tämä on varmasti vaikuttanut potilaan turvallisuuden ja luottamuksen tunteeseen ensihoidon aikana. Voisi olla mielekäästä tutkia lisää potilaan ja ensihoitajien kokemuksia samasta tilanteesta ja verrata niitä.

Ensihoitajat olivat pettyneitä työstä saadun palautteen vähyyteen. Tärkeää olisi saada sairaalasta palautetta ensihoidon onnistumisesta ja sen vaikutuksesta potilaan jatkoa ajatellen.

LÄHTEET

Arola, S. 2001. Sairaankuljettajien hoidollisen päätöksenteon lähestymistavat Pohjois-Karjalassa. Tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotiede: Terveystieteiden opettajankoulutus.

Asetus sairaankuljetuksesta 28.6.1994/565. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 31.12.2008. www.finlex.fi.

Engeström, R. 2003. Sairauden kokemisen moniäänisyys terveydenhuollossa. Teoksessa Honkasalo, M-L., Kangas, I. & Seppälä, U. Sairas, potilas, omainen: Näkökulmia sairauden kokemiseen. Tampere: Tammer-Paino Oy, 308-331.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.

Gubrium, J. 1993. Speaking of life. Horizons of meaning for nursing home residents. New York: Aldine De Gruyter.

Hanttu, A. 1995. Ensihoitajan kokema turvattomuus ensihoitotilanteissa. Tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hollenberg, J., Herlitz, J., Lindqvist, J., Riva, G., Bohm, K., Rosenqvist, M., & Svensson, L. 2008. Improved Survival After Out-of-Hospital Cardiac Arrest Is Associated With an Increase in Proportion of Emergency Crew-Witnessed Cases and Bystander Cardiopulmonary Resuscitation. *Circulation*. American heart association journal. Tulostettu 23.11.2008. <http://circ.ahajournals.org>.

Holmström, P. 2006. Sydämen ja verenkierron sairaudet. Teoksessa Vauhkonen, I. & Holmström, P. Sisätaudit. 1.-2, painos. Helsinki: WSOY, 7-194.

Kangas, I. 2003. Saira-an asiantuntijuus- tieto ja kokemus sairastamisen arjessa. Teoksessa Honkasalo, M-L., Kangas, I. & Seppälä, U. Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen. Tampere: Tammer-Paino Oy, 73-95.

Kemppainen, R. 2000. Työssäjaksaminen ensihoidossa. Tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Kiviniemi, K. 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 2. painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 70-85.

Korhonen, A. & Paasivaara, L. 2008. Narratiivinen menetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* vol. 20 no 1/-08 s.27-35

Kuisma, M. & Holmström, P. 2008. Rintakipu. Teoksessa Holmström, P., Kuisma, M. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Tammi, 255-275

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kylmä, J. , Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveys-tutkimus - mitä, miten ja miksi? Duodecim 119(7):609-15.

Lahtinen, M. 2001. Ensihoitotyöntekijöiden tarvitsema ja saama sosiaalinen tuki kuolemaan päättyvissä ensihoitotilanteissa. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Lampi, H. 2005. Miehen sydäninfarktinkokemus: fenomenologinen tutkimus sairastumisesta ja potilaana olemisesta. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki: Multiprint Oy.

Lehtoranta, M. 1998. Äkillisesti sairastuneen potilaan kokemus saamastaan ensihoidosta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Louhiala, P. 2008. Epävarmuuden sietäminen lääkärintyössä. Duodecim 2008; 124(18):2049-50.

Mustajoki, P. 2009. Tietoa potilaalle: Sydäninfarkti. Artikkel. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 9.4.2009. Luettu 2.10.2009. <http://www.terveysportti.fi>.

Määttä, T. 2008. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Holmström, P., Kuisma, M. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Tammi, 24-39.

Norri-Sederholm, T. 2001. Ammattitaidon inhimilliset kvalifikaatiot ensihoidossa. Pro-Gradu tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Overcash J. 2003. Narrative research: a review of methodology and relevance to clinical practice. Abstract. Luettu 23.11.2008 <http://www.sciencedirect.com>.

Peltari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. STAKES:Tutkimuksia, 80. Gummerus. Jyväskylä.

Rasku, T. 1999. Rintakipupotilaan hyvä ensihoito. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Rasku, T. 2001. Omainen ensihoidossa. Systole 4/2001, 30-32.

Rekola, L. 2009. Päätöksenteko ensihoidossa. Teoksessa Holmström, P., Kuisma, M. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. 1.-2. painos. Jyväskylä: Tammi, 46-51.

Salmi, J. 1997. Sairaankuljetuksen perustehtävä elämän ja kuoleman välissä. STAKES: Raportteja, 207. Gummerus. Saarijärvi.

Salminen-Tuomaala, M. 2000. Huumori selviytymisen tukena: sydäninfarktiin sairastuneiden miesten kokemana. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Sandman, L. & Nordmark, A. 2006. Ethical Conflicts in Prehospital Emergency Care. *Nursing Ethics* Nov2006, Vol. 13 Issue 6, p.592-607.

Saunders, J. 2004. Do we really have to live with this? Uncertainty in medicine. Kirjassa: Evans M, Louhiala P, Puustinen R, toim. *Philosophy for medicine: applications in a clinical context*. Oxford: Radcliffe Medical Press <http://books.google.fi>; teoksen esikatselu. Luettu 26.5.2009.

Soivio, J. 2003. Lääketieteellinen teknologia ja sydänsairauden kokemus. Teoksessa Honkasalo, M-L., Kangas, I. & Seppälä, U. *Sairas, potilas, omainen: Näkökulmia sairauden kokemiseen*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 96-117.

Suomen kielen perussanakirja. Ensimmäinen osa. 1990. 1.-2. painos. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Tilastokeskus. 2008. Kuolemansyyt 2007. Luettu 30.9.2009. www.stat.fi.

Valkonen, J. 1994. *Tarinametafora sydäninfarktista kuntoutumisessa*. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

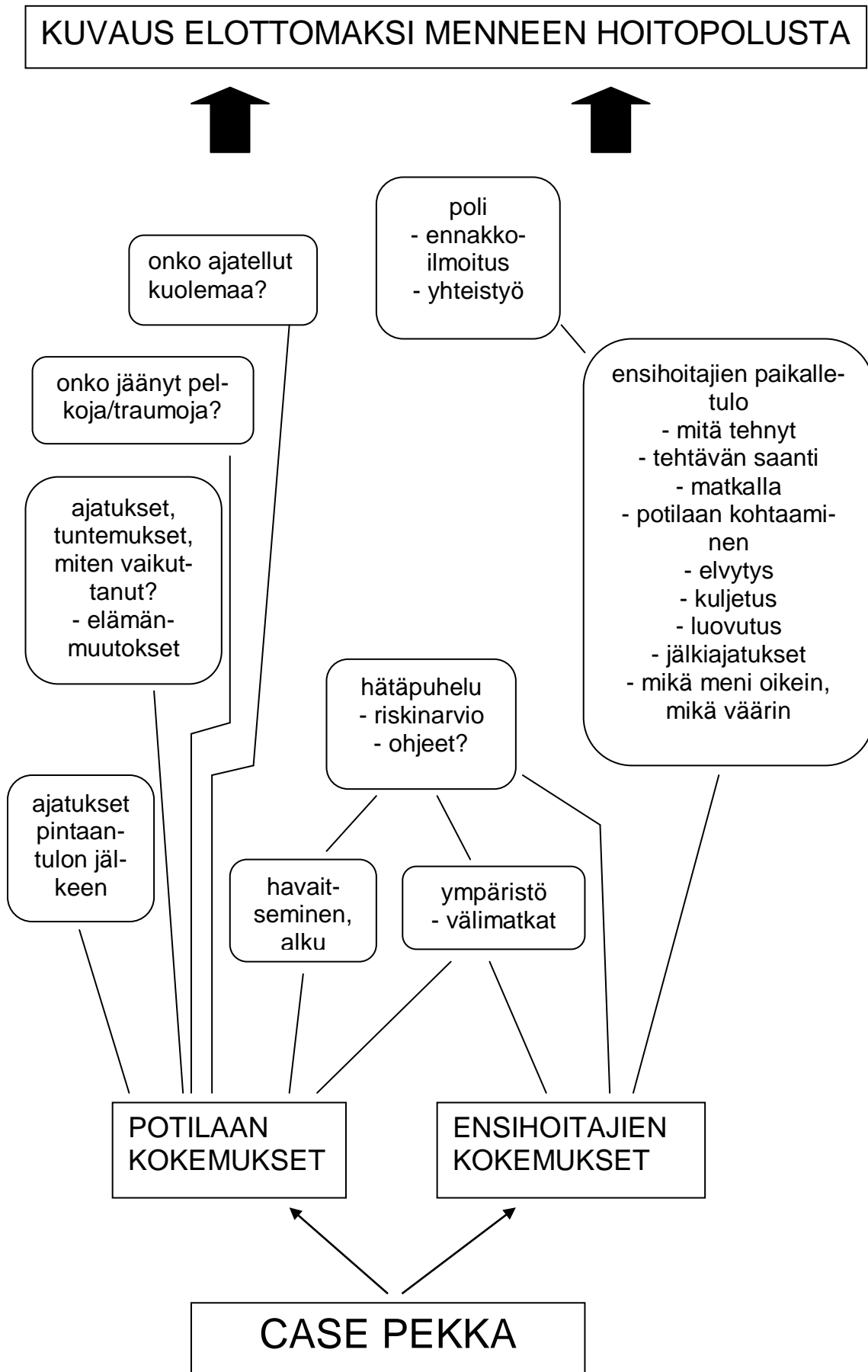
Valtonen, K. 1992. *Sydäninfarktiin sairastuneiden kokemuksia terveydestä ja sairaalassa olost*. Opinnäyte. Tampereen yliopisto.

Vilka, H. 2005. *Tutki ja kehitä*. Helsinki: Tammi.

Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. *Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa: Narratiivinen lähestymistapa*. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY, 81-115.

Väyrynen, T. & Kuisma, M. 2008. *Sydänpysähdys ja elvytys*. Teoksessa Holmström, P., Kuisma, M. & Porthan, K. (toim.) *Ensihoito*. Jyväskylä: Tammi, 188-228.

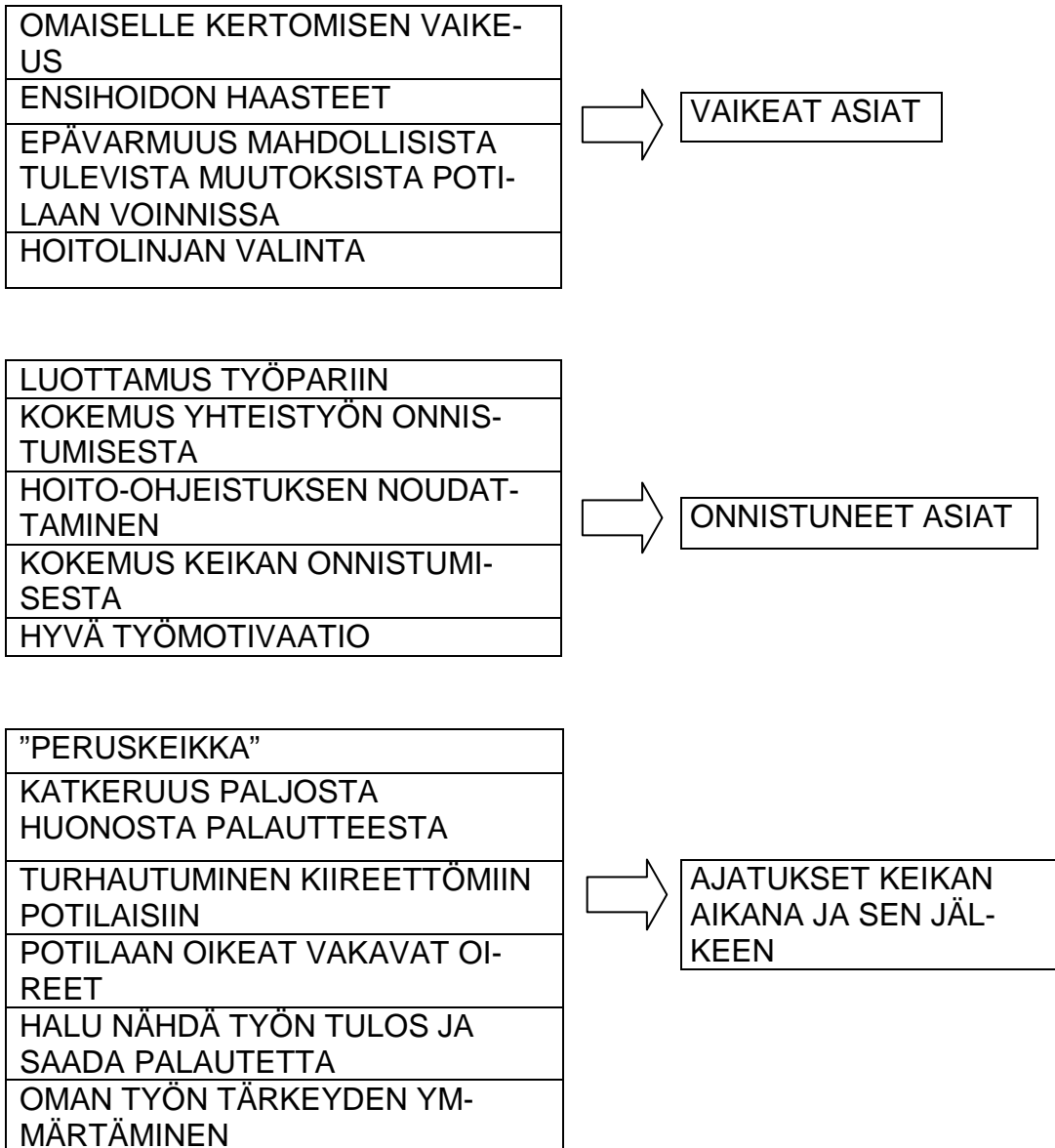
Wiltshire, J. 1995. *Telling a story, writing a narrative: terminology in health care*, *Nursing Inquiry* 2, 75-82.



ENSIHOITAJIEN KOKEMUSTEN LUOKITTELU

Otsikot

Luokat



(jatkuu)

POTILAAN KOKEMUSTEN LUOKITTELU

Otsikot

Luokat

PELASTAVAT "ENKELIT" OSASIVAT RAUHOITTA HYVÄ AMMATTITAITO IKUISESTI KIITOLLINEN TÄYSI LUOTTAMUS ALUSTA LÄHTIEN	⇒	KOKEMUS ENSIHOITAJISTA
MUISTOT JA KOKEMUKSET TOIMENPITEISTÄ ASIOIDEN NOPEA ETENEMINEN, YMMÄRRYS EI PYSY MUKANA LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN TOIMINTAKYKY TOISTEN AVUN VARASSA OLEMISEN AIHEUTTAMA MASENNUKSEN TUNNE VOINNIN PARANEMISEN SYNNYTTÄMÄ HELPOTUS KUNTOUTUMISEN PITKÄVETEISYYS MASENNUS OMAN KUNNON ROMAHTAMISESTA HOITAJAT LIIAN KIIREISIÄ	⇒	KOKEMUKSET HOIDOSTA/ KUNTOUTUMISESTA SAIRALASSA
OMAISTEN ANTAMA TUKI VERTAISTUKIRYHMÄ YHTEYDENOTTO SYDÄNYHDISTYKSESTÄ	⇒	TUKI MUILTA IHMISILTA
PYSTYYKÖ ENÄÄ TEKEMÄÄN MITÄÄN FYYSISTÄ EPÄVARMUUS TOIMINTAKYVYN PALAAMISESTA KUOLEMANPELKO PYSTYYKÖ PALAAMAAN TÖIHIN MITEN PÄRJÄÄ JOS PÄÄSEE TÖIHIN KYKENEKÖ VIETTÄMÄÄN "NORMAALIA" ELÄMÄÄ UUSIIKO SYDÄNINFARKTI	⇒	EPÄVARMUUS TULEVAISUUDEN SUHTEEN