

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Ensihoidon koulutusohjelma

Samuel Tölli ja Vesa-Matti Virtanen

ENSIHOITAJIEN KOKEMUKSIA ELVYTYKSESTÄ PIDÄTTÄYTYMISESTÄ JA
SEN TULOKSETTOMANA LOPETTAMISESTA

Opinnäytetyö 2015

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Ensihoidon koulutusohjelma

TÖLLI, SAMUEL

VIRTANEN, VESA-MATTI

sen

Opinnäytetyö

Työn ohjaaja

Toimeksiantaja

Huhtikuu 2015

Avainsanat

Ensihoitajien kokemuksia elvytyksestä pidättäytymisestä ja tuloksettomana lopettamisesta

49 sivua + 13 liitesivua

Lehtori Juhani Seppälä

Kymenlaakson sairaanhoitopiiri- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä Carea

ensihoito, elvytys, kokemus, ensihoitaja

Elvytyksestä pidättäytyminen ja aloitetun elvytyksen tuloksettomana lopettaminen voi toisinaan olla itse elvytystä vaativampaa. Elvytystä, elvytyksestä pidättäytymistä ja aloitetun elvytyksen tuloksettomana lopettamista ohjeistetaan kansallisilla ohjeistuksilla. Tarkoituksena oli tutkia ensihoitotyötä tekevien kokemuksia tilanteista, joissa elvytyksestä pidättäydytään tai aloitettu elvytys lopetetaan tuloksettomana. Tavoitteena oli saada tietoa tilanteiden vaativuudesta sekä psyykkisestä kuormittavuudesta.

Opinnäytetyössä on käytetty kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, mutta myös kvalitatiivisen menetelmän piirteitä on havaittavissa. Aineiston keräämisessä on käytetty kyselylomaketta, joka oli toteutettu sähköisesti Webropolilla. Kysely koostui strukturoiduista kysymyksistä sekä kahdesta avoimesta kysymyksestä. Aineiston analysoinnissa käytettiin pääasiassa Webropolin ominaisuuksia sekä sisällönanalyysia. Opinnäytetyön tulokset esitellään frekvenssein, prosenttilukuina sekä taulukoiden avulla.

Tutkimuksen perusjoukkona oli Kymenlaakson alueen päätoiminen ensihoitohenkilöstö. Tutkimus toteutettiin kokonaisotantana. Kysely oli avoinna noin kuukauden ajan alkuvuodesta 2015. Kysely lähetettiin 96 henkilölle ja vastauksia tuli 36, jolloin vastausprosentti oli 37,5 %.

Tutkimustuloksina nousi esille, että elvytyksestä pidättäytyminen tai aloitetun elvytyksen lopettaminen tuloksettomana voi tilanteena olla vaativa ja psyykkisestikin kuormittava. Tulosten perusteella edellä mainitut tilanteet eivät ole kuitenkaan aina psyykkisesti kuormittavia tai vaativia ensihoitajille. Elvytyksestä pidättäytymiseen tai sen lopettamiseen tuloksettomana eniten haastavuutta tuo tilanteesta kertominen omaisille, potilaan puuttuvat hoidonlinjaukset sekä epätyypilliset tilanteet. Ohjeistuksista on hyötyä elvytyksestä pidättäytymiseen sekä sen tuloksettomana lopettamiseen, vaikka lisäohjeistusta kaivattaisiinkin.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Emergency Care

TÖLLI, SAMUEL

VIRTANEN, VESA-MATTI

Paramedics' Experiences about Withhold Resuscitation and Termination Resuscitation without Result

Bachelor's Thesis

49 pages + 13 pages of appendices

Supervisor

Juhani Seppälä, Senior lecturer

Commissioned by

Kymenlaakso Social and Health Services, Carea

April 2015

Keywords

emergency care, resuscitation, experience, paramedic

The restraining of resuscitation and ending of resuscitation without results can in some cases be even more challenging than the resuscitation itself. Information about resuscitation, restraining from resuscitation and ending of resuscitation without results is being provided on a national level. Our goal was to study the experiences of paramedics in situations where resuscitation has been restrained or ended due unsatisfactory results. We wanted to collect information about the seriousness and the mental stress in these kinds of situations.

In this thesis, we have used a quantitative research method, but there are also aspects of qualitative methods as well. For collecting the data, we used a question form which was carried out electronically by Webropol. The form included structured questions and two open questions, Analyzing the data was done mainly with the features of Webropol and a content analysis. The results of the thesis will be presented in frequencies, in percentage numbers and by charts.

The test subjects for the research were the main staff of paramedics at the Emergency Care Center of the Kymenlaakso-region. The research was carried out as a total sampling. The question form was open for about a month at the beginning of 2015. The form was sent to 96 test subjects and we got 36 answers, with the total response percentage of 37.5%.

In conclusion, perhaps restraining of resuscitation or ending resuscitation without results can be very challenging and mentally stressing. According to the results, we can also say that these situations are not necessarily challenging for paramedics. In the cases of the restraining of resuscitation or ending resuscitation without results, the most challenge for a paramedic is to inform a patient's relatives, patient's missing care policies and unfamiliar situations. Existing guidelines are helpful in the situations restraining of resuscitation and ending resuscitation without results though more information would be needed.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	8
2	ENSIHOITOPALVELU	9
	2.1 Ensihoitopalvelu Kymenlaaksossa	13
	2.2 Ensihoitotehtävien kuormittavuus ja kuormittavien tehtävien jälkipuinti	13
3	ELOTTOMUUS	15
	3.1 Elvytys	16
	3.1.1 Elvytyksestä pidättäytyminen	17
	3.1.2 DNR-päätös ja hoitotahto	18
	3.1.3 Elvytyksen lopettaminen	20
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA KYSYMYKSET	21
5	TUTKIMUSMENETELMÄT	21
	5.1 Kyselylomake ja aineiston keruu	22
	5.2 Aineiston analyysi	24
6	TUTKIMUSTULOKSET	26
	6.1 Taustamuuttajat	26
	6.2 Strukturoidut kysymykset	28
	6.3 Avoimet kysymykset	35
7	POHDINTA	38
	7.1 Tutkimustulosten tarkastelu	38
	7.2 Opinnäytetyöprosessi	40
	7.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	42
	7.4 Jatkotutkimusaiheet ja hyödynnettävyys	43
	LÄHTEET	45

LIITTEET

- Liite 1. Aikataulusuunnitelma
- Liite 2. Opinnäytetyösopimukset
- Liite 3. Kyselyn saate
- Liite 4. Kyselylomake
- Liite 5. Tutkimuslupa
- Liite 6. Tutkimustaulukko

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on ”*Ensihoitajien kokemuksia elvytyksestä pidättäytymisestä ja sen tuloksettomana lopettamisesta*”. Elvytys on protokollien ohjaamana melko suoraviivainen tapahtuma. Tapauskohtaiset elvytyksestä pidättäytymiseen ja jo aloitetun elvytyksen lopettamiseen liittyvät kysymykset ovatkin usein itse elvytystä vaikeampia. Elvytyksestä pidättäytymisen ja tuloksettomana lopettamisen kannalta ongelmallisimpia potilasryhmiä ovat potilaat, joille ei ole tehty asianmukaista DNR-päätöstä tai äkillisen sydänpysähdyksen kokevat potilaat, joiden ennuste on äärimmäisen huono sydänpysähdyksen alkuperän tai pitkän alkuvuonon vuoksi. (Kuisma & Väyrynen 2013, 258, 295.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) nousi yhtenä tärkeänä asiana esille 3 §:n kohta, jossa sanotaan, että ”*potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon*”. Maallikko saattaa ihmetellä esimerkiksi, minkä vuoksi elvytyksestä joskus pidättäydytään. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta onkin maininnut lausunnossaan (29/05/2002) seuraavasti: ”*Elvytys kuuluu hyvään hoitoon silloin, kun sydänpysähdyksen syy on epäselvä tai kun sydämen pysähtyminen ei johdu vaikean sairauden tai vamman aiheuttamasta ennakoitusta kuolemasta*”. Tämän pohjalta voikin pohtia, kuuluuko elvytyksestä pidättäytyminen hyvään hoitoon, kun sydämen pysähtyminen johtuu esimerkiksi vaikeasta sairaudesta. Elvytystä ei ole eettisesti eikä lääketieteellisesti syytä pitää jokaisen potilaan ehdottomana oikeutena, mutta mikäli elvytyksestä pidättäydytään, pitää sille olla selkeät perusteet (Varpula, Skrifvars & Varpula 2006, 3010).

Aiheesta ei löytynyt aiempia tutkimuksia. Aihe koettiin kuitenkin ajankohtaiseksi asiaksi ensihoidossa ja aiheen tutkimistarvetta korostikin juuri se, että aiheesta ei liene aiempia suomenkielisiä tutkimuksia. Opinnäytetyön aiheen valinta perustui tutkijoiden mielenkiintoon aihetta ja omaa alaansa kohtaan. Idea oli mielenkiintoinen, koska aihe on vähän tutkittu, mutta kuitenkin keskeinen ja tutkimisen arvoinen. Opinnäytetyön aiheen valinta tapahtui yhteistyössä ohjaavan opettajan kanssa. Alun perin aiheen tutkimustarpeen oli havainnut ohjaava opettaja yhteistyössä Carean ensihoidon palvelukoordinaattorin kanssa. Opinnäytetyötä on suunniteltu ja toteutettu yhdessä ohjaavan opettajan sekä työelämän ohjaajan kanssa. Tutkimus toteutettiin Carean eli Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymän alueella.

Tarkoituksena oli tutkia, kuinka ensihoitajat kokevat elvytyksestä pidättäytymisen ja sen tuloksettomana lopettamisen ja taustatekijöiden, kuten sukupuolen, vaikutusta päätöksenteon mahdolliseen hankaluuteen. Lisäksi selvitimme esimerkiksi, kokevatko ensihoitajat lisäkoulutuksen tarvetta tässä ja kokevatko he ohjeistuksen riittäväksi. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää muut päätöksentekoa mahdollisesti vaikeuttavat asiat, kuten paikalla olevat ulkopuolisesti henkilöt.

2 ENSIHOITOPALVELU

Ensihoitopalvelu on terveydenhuollon toimintaa, joka vastaa ensisijaisesti hoitolaitosten ulkopuolella olevien potilaiden kiireellisestä hoidon tarpeen arvioinnista, hoidosta ja tarvittaessa kuljetuksesta. *Ensihoitopalvelu käsitteenä korvaa aiemmin käytössä olleet termit sairaankuljetus ja lääkinällinen pelastustoimi.* (Silfvast & Kinnunen 2012, 13.) Ensihoidolla tarkoitetaan äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellistä hoitoa ja tarvittaessa kuljettamista hoitoyksikköön. Ensihoitoa koskevan lainsäädännön valmistelusta sekä ohjaamisesta ja valvonnasta yleisellä tasolla vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö. (Ensihoito 2014.)

Ensihoitopalveluiden järjestämisvastuu on sairaanhoitopiirien kuntayhtymällä. Ensihoitopalvelun tuottaja voi olla sairaanhoitopiiri itse, pelastustoimi tai muu palvelun tuottaja. Ensihoitopalvelut voi tuottaa myös yhdessä toisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee tehdä ensihoidon palvelutasopäätös, jossa määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet potilaan tavoittamisajasta ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tärkeät seikat. (Terveydenhuoltolaki 2010.) Taulukossa 1 on kuvattu terveydenhuoltolaissa (1326/2010) oleva ensihoitopalvelun sisältö.

Taulukko 1. Ensihoitopalvelun sisältö. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 40. §.)

1. Äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella lukuun ottamatta meripelastuslaissa (1145/2001) tarkoitettuja tehtäviä ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön

2. Ensihoitovalmiuden ylläpitäminen
3. Tarvittaessa potilaan, hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin
4. Osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa
5. Virka-avun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitosviranomaisille ja meripelastusviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta sovelletaan koskemaan ensihoitopalveluita ja erityisvastuualueen ensihoitokeskusta. Asetuksessa käsitellään edellä mainittujen asioiden kannalta olennaisia seikkoja, kuten esimerkiksi ensihoidon palvelutasopäätöstä, ensihoidon tehtäväkiireellisyysluokkia ja kenttäjohtajatoimintaa. (ks. 340/2011.) Asetuksessa luetellut tehtävät, jotka sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on hoidettava ensihoitopalveluita järjestäessään, on esitetty myös Taulukossa 2.

Taulukko 2. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtävät ensihoitopalveluita järjestäessään. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista 340/2011, 2. §.)

1. Vastaa ensihoitovalmiuden ylläpidosta, johtaa ensihoitopalvelun operatiivista toimintaa ja laatii ohjeet kuljetusta edellyttävien potilaiden hoitoon ohjauksesta sekä ohjeet niitä tilanteita varten, joissa potilas ei tarvitse kuljetusta
2. Vastaa ensihoitopalvelun päivittäistoiminnasta, päivittäistoiminnasta poikkeavista erityistilanteista ja niihin varautumisesta
3. Laatii hälytysohjeet ja muut ensihoitopalvelua koskevat ohjeet, jotka erityisvastuualueen ensihoitokeskus sovittaa yhteen Hätäkeskuslaitokselle annettaviksi
4. Sopii meripelastusviranomaisten kanssa toimintamalleista, joiden avulla turvataan potilaiden hoitotason ensihoito meripelastusviranomaisten vastuulla olevissa tehtävissä
5. Sopii ensihoitopalvelun toiminnassa tarvittavien erikoisvarusteiden ja -

kulkuneuvojen käytöstä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa
6. Vastaa alueensa väestön neuvonnasta ja tiedottamisesta ensihoitopalveluun kuuluvissa asioissa
7. Tarvittaessa tarkastaa ensihoitopalvelun tehtävissä käytettävien yksiköiden soveltuvuus tehtävään, mukaan luettuna ensihoitopalveluun kuulumattomat ambulanssit
8. Seuraaja tuottaa ensihoitokeskuksen, aluehallintoviraston ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen käyttöön tunnuslukuja ensihoitopalvelun toiminnasta palvelutasopäätöksen toteutumisen ja toiminnan tuloksellisuuden arvioimiseksi
9. Tuottaa muita ensihoitopalvelun toiminnan kannalta tarkoituksenmukaisia terveydenhuollon palveluja siten, kuin siitä on erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa alueellisessa terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa tai ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksessä sovittu
10. Sopii poliisilaitosten kanssa siitä, miten yhteistoiminta ensihoitoa edellyttävissä vaativissa poliisin johtamissa tilanteissa järjestetään (taktinen ensihoito)

Ensihoidon yksiköiden henkilöstöä on määritelty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalveluista (340/2011). Silfvastin ja Kinnusen (2012, 20) mukaan ensihoitopalvelun hoitotasot on vaikea määritellä sisällön kannalta tarkasti, joten ensihoitopalvelua koskevassa asetuksessa perus- ja hoitotaso määritellään siihen osallistuvan henkilöstön koulutuksen kautta. Ensivasteyksikössä olevasta henkilöstöstä vähintään kahdella tulee olla ensivastetoimintaan soveltuva koulutus. Perustason ensihoitoyksikössä ainakin toisen ensihoitajan tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntautuva koulutus ja toisen on oltava terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon taikka sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö. Hoitotason ensihoitoyksikössä ainakin toisen ensihoitajan on oltava ensihoitaja AMK tai laillistettu sairaanhoitaja, joka on suorittanut vähintään 30 opintopisteen laajuisen hoitotason ensihoitoon suuntaavan lisäkoulutuksen ja toisen on oltava terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon taikka sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö. Edellä mainittujen vaatimusten suhteen on kuitenkin muutamia poikkeuksia kuten ensihoidon ruuhka- ja erityistilanteet. Poikkeuksena voi olla myös esimerkiksi tilanne, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö on

toiminut hoitotason ensihoidossa jo asetuksen voimaan tullessa ja hänellä on riittävä ensihoidon ammattitaito sekä tehtävän edellyttämä kokemus. Tällöin hän voi toimia hoitotason ensihoitajana. Ensihoitopalvelun yksiköllä voidaan tarkoittaa esimerkiksi ensivasteyksikköä, ambulanssia tai lääkäriyksikköä. (Asetus ensihoitopalveluista 2011.)

Hätäkeskustoiminta liittyy oleellisesti ensihoitopalvelun operatiiviseen toimintaan. Hätäkeskus hälyttää ensihoitopalvelun yksiköt ensihoitotehtäville alueellisiin ensihoidon palvelutasomäärittämiin pohjautuvien hälytysohjeiden ja käyttöperiaatteiden mukaisesti. (Seppälä 2012, 29.) Hätäkeskuksen tehtäviin kuuluu hätäpuheluiden vastaanottaminen pelastus-, poliisi-, sosiaali- sekä terveystoimen tehtäviin. Hätäkeskustoitinnasta vastaa sisäministeriö. (Norri-Sederholm, Seppälä, Kurola, Paakkonen & Saranto 2014, 145.) Ensihoitotehtävät jaetaan Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoitopalveluasetuksen (340/2011) mukaan hätäkeskuksessa tehtävän riskinarvion pohjalta neljään eri tehtäväkiireellisyysluokkaan. Tehtäväkiireellisyysluokat on kuvattu taulukossa 3.

Taulukko 3. Tehtäväkiireellisyysluokat. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista 340/2011, 6. §.)

A-luokan tehtävä	B-luokan tehtävä	C-luokan tehtävä	D-luokan tehtävä
Korkeariskiseksi arvioitu ensihoitotehtävä, jossa esi- tai tapahtumati- töjen perusteella on syytä epäillä, että avuntarvitsijan pe- ruselintoiminnot ovat välittömästi uhattuna	Todennäköisesti korkeariskinen ensihoitotehtävä, jossa avuntarvitsijan peruselintoimintojen häiriön tasosta ei kuitenkaan ole varmuutta	Avuntarvitsijan peruselintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriölieväksi, mutta tila vaatii ensihoitopalvelun nopeaa arviointia	Avuntarvitsijan tila on vakaa, eikä hänellä ole peruselintoimintojen häiriötä, mutta ensihoitopalvelun tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi

2.1 Ensihoitopalvelu Kymenlaaksossa

Kymenlaakso on jaettu ensihoidon kannalta kahteen toiminta-alueeseen. Eteläinen toiminta-alue kattaa Haminan, Kotkan, Miehikkälän, Pyhtään ja Virolahden. Pohjoinen toiminta-alue kattaa Kouvolan alueen. Kymenlaaksossa ensihoidon palveluntuottajina ovat Kymenlaakson pelastuslaitos ja yksityiset palveluntuottajat. Kymenlaakson pelastuslaitos toimii sekä eteläisellä, että pohjoisella toiminta-alueella. Pohjoisella alueella toimii yksityisenä palveluntuottajana Med Group Oy ja Eteläisellä alueella Falck ensihoito Oy. Kymenlaaksossa on eteläisellä ja pohjoisella alueella omat kenttäjohtajat, jotka ovat Carean henkilöstöä, mutta he työskentelevät kenttäjohtajan roolin lisäksi Kymenlaakson pelastuslaitoksen ensihoitoyksiköissä toisena ensihoitajana. Kaikki Kymenlaakson pelastuslaitoksen yksiköt ovat hoitotason yksiköitä, kun taas yksityisillä palveluntuottajilla on hoitotasoisten yksiköiden lisäksi myös perustason yksiköitä. Kymenlaakson ensihoitohenkilöstö koostuu noin 200 ensihoitajasta laskentatavasta riippuen. Ensivastetoiminnasta vastaa Kymenlaakson pelastuslaitoksen lisäksi pohjoisella alueella puolustusvoimat ja eteläisellä alueella merivartiosto, meripelastusseura sekä rajavartiolaitos. (Wall 2014.) Päätöksessä kymenlaakson ensihoidon palvelutasosta vuosille 2013 ja 2014 (2012, 7) mainitaan myös ensihoitolääkäritasoisesta avusta ensihoitotehtäville ja sen mukaan lähin lääkärihelikopteri, Finnhems 10, päivystää Vantaalla, jolloin sen lentoviive Kymenlaaksoon on 30 - 45 minuuttia kohteen sijainnista riippuen. Kymenlaaksossa oli vuonna 2013 ensihoitopalvelulla noin 26 500 tehtävää. Yksiköt saivat yhteensä kuitenkin noin 30 000 tehtävää, eli vuorokautta kohden keskimäärin 82 tehtävää, koska osalle tehtävistä jouduttiin käyttämään kahta yksikköä. A-kiireellisyyden tehtäviä näistä oli 7.1 % ja B-kiireellisyyden 27,4 %. (Loikas 2013, 13.)

2.2 Ensihoitotehtävien kuormittavuus ja kuormittavien tehtävien jälkipuinti

Ensihoitotyön ammattilaiset ovat kiireellisen hoidon asiantuntijoita ja ensihoitajien on pystyttävä arvioimaan sairastuneen tai loukkaantuneen tila, tunnistamaan avuntarve ja tekemään hoitoratkaisuja. Toiminta täytyy olla johdonmukaista siitä huolimatta, että työtilanteet voivat olla nopeita, monimutkaisia ja vaikeita. Ensihoitajan toimintaympäristö voi muuttua työvuoron aikana useita kertoja. Ensihoitotyön piirteet voivat olla syitä, jonka takia työhön on hakeuduttu, mutta joissakin tilanteissa tai olosuhteissa työn piirteet voivat muuttua kuormitustekijöiksi. Psykkistä kuormittavuutta ensihoi-

työssä tuottaa muun muassa odottamattomat ja nopeasti muuttuvat tilanteet, työn virheettömyyden vaatimus ja loukkaantuneiden ja kuolleiden kanssa tekemisissä oleminen. (Teperi 2014, 751 – 752.)

Muutamissa löytämässämme ammattikorkeakoulutasoisessa opinnäytetyössä on tutkittu yleiseltä tasolta ensihoitotyöhön liittyvää psyykkistä kuormittavuutta. Koponen ja Nieminen rajasivat opinnäytetyössään (Ensihoitotyön psyykinen kuormittavuus ja työssä jaksaminen Päijät-Hämeen pelastuslaitoksella. 2011, 30 - 40) tutkimansa psyykkisesti kuormittavat tekijät työaikaan, sosiaalisiin tekijöihin, myötätuntouupumukseen, väkivaltaan, ergonomiaan ja alkoholin osuuteen. Tästä tutkimuksesta ei löytynyt meidän opinnäytetyöhömmme suoraan verrattavissa olevia, nimenomaan elvytykseen liittyviä psyykkisiä kuormitustekijöitä. Laukkasen ja Vauhkosen opinnäytetyössä (Ensihoitajien traumaattiset kokemukset 2012, 29 - 31) oli kuvattu hälytystehtävien kuormittavuutta, ja tutkimustuloksissa nousi esille opinnäytetyöhömmme liittyen, että ensihoitajat kokevat kuormittavina etenkin lapsen ja nuoren loukkaantumisen tai kuoleman sekä huonoennusteiset traumapotilaat ja yllättävät tragediat, joissa useita ihmisiä menehtyy.

Valmiuksia työssäjaksamiseen lisää omien motiivien ja voimavarojen tunteminen sekä itsetunnon lisääminen. Ensihoitotyö voi kuitenkin aiheuttaa sijaistraumatisoitumista toistuvien onnettomuustilanteiden, hätätilapotilaiden hoidon, kuoleman ja erilaisten kärsimysten kohtaamisen, psyykkisesti sairaiden hoidon sekä sosiaalisen kurjuuden kohtaamisen myötä. Vaikeiden tunteiden kieltäminen on tosiasioiden välttelyä ja johtaa ongelmien kasaantumiseen. Traumaattisen ja kriittisen tilanteen myötä tulevien post-traumaattisten reaktioiden ja kokemusten normalisoimiseksi on olemassa purkamiskokous eli defusing. Kokouksella pyritään kokemusten ja mielikuvien välittömään purkuun ja se on tarkoitettu tapahtumien kulun ytimessä mukana olleille, kuten pelastus- ja ensihoitohenkilöstölle. Defusingia syvällisempi debriefing eli psykologinen jälkipuinti on ryhmäkokous, joka järjestetään esimerkiksi onnettomuustilanteen jälkeen auttajien, eloonjääneiden ja omaisten kokemusten ja reaktioiden tarkempaa käsittelyä varten. Debriefingissä kokouksen suorittaminen edellyttää aina asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön läsnäoloa. Debriefing-kokouksen tavoitteita on ensinnäkin traumaattisen tilanteen herättämien ajatusten, aistimusten ja tunteiden purkaminen ja läpikäynti. Toiseksi se auttaa osallistujia tunnistamaan, ymmärtämään ja hyväksymään omia reaktioita, kolmanneksi tiedon välittäminen osallistujille siitä, että voi-

makkaatkin reaktiot ovat normaaleja trauman jälkiseuraamuksia sekä neljänneksi ehkäistä pitkäaikaisia jälkivaikutuksia. (Paakkonen & Paakkonen 2012, 126 - 128.)

3 ELOTTOMUUS

Laki ihmisen elimien ja kudoksien lääketieteellisestä käytöstä (2001/101, 21. §) määrittää kuoleman: ”Ihminen on kuollut, kun hänen kaikki aivotoimintansa ovat pysyvästi loppuneet.”

Ihmisen kuoleman toteaa lääkäri, joka on rekisteröity terveydenhuollon ammattihenkilö tai Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselta luvan saanut lääkäri tai lääketieteen opiskelija. Kuoleman lääkäri voi todeta toissijaisten kuolemanmerkkien löytyessä, elimistön ollessa elinkelvoton tai kun hengitys ja verenkierto ovat pysähtyneet eivätkä käynnisty hoitotoimenpiteistä huolimatta. Aina hoitotoimenpiteitä ei kuitenkaan yritetä lääketieteellisin perustein. Sydämen sykkiessä kuoleman toteaminen edellyttää varmistuksen aivotoimintojen puuttumisesta. (STM 2004.) Juridisesti kuoleman toteaminen kuuluu edellä mainitun lisäksi myös poliisille. Ensihoitaja voi kuolleen kohdatessaan todeta henkilön menehtyneeksi. Ensihoitajan tulee ilmoittaa kuolemasta poliisille välittömästi, mutta tärkeää on myös kirjata ensihoitokertomukseen tapahtumatiidot ja löydökset. (Castren 2013, 312 - 313.)

Kliinisesti kuollut ihminen on vielä elvytettävissä. Kliinisen kuoleamisen vaiheesta ihminen siirtyy biologisesti kuolleeksi, jolloin elvytys ei ole enää mahdollinen. Kuolinmekanismi vaikuttaa vaiheiden nopeuteen ja keston. (Karhunen 2000, 104 - 105.) Länsimaissa eniten kuolemia aiheuttavat sydänsairaudet. Valtaosa sydänperäisistä kuolemista on seurausta sairaalan ulkopuolisesta sydämenpysähdyksestä. (Hollenberg, Svensson & Rosenqvist 2013, 572.)

Sydänpysähdys on tilanne, jossa sydämen mekaaninen pumppaustoiminta on loppunut tai se on riittämätön ylläpitämään verenkiertoa. Elottomuus on tilanne, jossa ihminen ei hengitä eikä reagoi normaalisti. Elottomuus voidaan todeta hengityksen puuttumisesta ja reagoimattomuudesta; sykkeen tunnistelua ei tarvita enää elottomuuden tunnistamiseen ja elvytyspäättöksen tekemiseen. (Kuisma & Väyrynen 2013, 258 - 259.)

Terveysthuollon alalla työskentelevistä ammattihenkilöistä ensihoitajat kohtaavat eniten kuolemia, ja usein kuolema on odottamaton. Ensihoitaja voi kokea kuolemantapauksia yhdessä työvuorossa useita, joten ensihoitajalla tulee olla hyvät valmiudet kohdata kuolemaa. Vuorovaikutustaidoista on hyötyä omaisensa menettäneitä kohdatessa. Omaisille tulee olla rehellinen ja antaa neuvoja. Ensihoitajan tulee osata myös arvioida kuolemantapauksissa paikallaolijoiden tarve tuelle. (Kuisma & Väyrynen 2013, 298 - 299.)

3.1 Elvytys

Elvytys on toimenpide, jonka tarkoitus on saada potilaan sydämen toiminta käynnistettyä ja palautettua potilaan oma verenkierto. Elvytys toteutetaan potilailla, joita uhkaa ennen aikainen kuolema. Elvytyksen tavoitteena ovat potilaan selviytyminen elottomuudesta ja kuntoutuminen mielekkääseen elämään takaisin. (Kuisma & Väyrynen 2013, 258 - 259.) Äkillisesti elottomaksi mennyt ihminen voidaan 5 - 15 minuutin aikana saada elvytettyä ja palautettua vielä jopa kymmeniksi vuosiksi ihmiselämään (Kinnunen & Helveranta 2012, 397).

Elottomista potilaista 40 %:lla voidaan todeta ensimmäisessä rytmianalyysissä kammiovärinä. Kammiovärinä nähtäisiin luultavasti vielä useammalla potilaalla, jos rytmianalyysi ei viivästyisi. Kammiovärinän hoito on nopea defibrillaatio. Defibrillaation viivästyminen huonontaa potilaan ennustetta. Kansainvälisten suositusten mukaan ensimmäinen defibrillaatio täytyisi antaa ensimmäisen 5 minuutin aikana. (Heinonen & Harve 2012, 883.)

Elvytystoimet jaetaan kahteen eri ryhmään eli hoito- ja peruselvytys. Peruselvytys koostuu painelusta, defibrillaatiosta ja ventiloimisesta. Hoitoelvytykseen kuuluu edellä mainittujen lisäksi lääkitys, valvontalaitteet sekä muita terveydenhuollon ammattilaisten käyttämiä hoitovälineitä. (Kinnunen & Helveranta 2012, 380.)

Käypä hoito -suositus (Elvytys 2011) määrittää tämän hetken toimintaohjeet elvytystilanteessa. Ohjeistuksen tarkoitus on taata sydänpysähdyksen saaneelle potilaalle tehokkain mahdollinen elvytyshoito niin maallikoilta kuin ammattilaisilta. Mielekkäin tulos elvytyksellä saadaan kun hoitoketjun kaikki osat toimivat ja viiveet jäävät lyhyiksi. (Elvytys 2011.) Hoitoketju alkaa maallikon tekemästä hätäilmoituksesta ja loppuu elvytyksen jälkeiseen hoitoon (Virkkunen, Hoppu & Kämäräinen, 2011).

Maallikoiden tulisi saada opetusta painelu-puhalluselvytykseen ensiapukoulutuksissa. Maallikoiden toiminnassa riittää kuitenkin pelkkä painantaelvytys, joka voidaan ohjeistaa puhelimesta. Painelu-puhalluselvytys on tehokkaampi tapa kuin pelkkä painantaelvytys. Elvytyksen aloitus ei vaadi maallikolta sykkeen tunnustelua. Hätäilmoitus tulee tehdä heti, jos potilas ei herää ravistelemalla tai puhuttelemalla. Hätäkeskuspäivystäjä tekee puhelimesta ilmoituksen perusteella riskinarvion ja ohjeistaa tarvittaessa pelkän painantaelvytyksen aloittamisen. Joissakin poikkeustilanteissa (lapsipotilas, hukkunut) potilaan elvytys tulee aloittaa puhaltamalla. (Elvytys 2011.) Nykyään 50 % sydänpysähdyksen saaneista potilaista saa maallikkoelvytystä. Maallikkodefibrillaatio on nykyään mahdollista, ja se tarkoittaa maallikon suorittamaa sähköistä rytminsiirtoa neuvovalla defibrillaattorilla. Nämä defibrillaattorit on sijoitettu korkean riskin paikkoihin, eli paikkoihin, joissa tapahtuu vähintään yksi sydänpysähdys kahden vuoden aikana. Maallikkokäyttöön tarkoitettujen defibrillaattorit on suunniteltu siten, että niitä voi käyttää esimerkiksi kohteessa oleva koulutettu tai nimetty henkilökunta. Joskus laite on saatavilla kaikille, jolloin kuka tahansa pystyy suorittamaan defibrillaation. (Kuisma & Väyrynen 2013, 270 - 271.) Kaikki maallikoiden käyttöön tarkoitettujen defibrillaattorit pystyy etsimään internetissä vapaaehtoisuuteen perustuvasta rekisteristä (ks. Defibrillaattorihakemisto).

Potilaan loppuelämään vaikuttava päätöksenteko voi olla haastavaa jokaiselle hätätilannetta hoitavalle ensihoitajille. Saksassa tehdyn tutkimuksen (ks. Taghavi, Simon, Kappus, Meyer, Lassen, Klier, Ruppert, Graf, Hanekop & Wiese 2012, 914) mukaan ensihoitajien oikeudellisesta päätäntävallasta esimerkiksi elvytystilanteessa on epävarmuutta maailmanlaajuisestikin. Muun muassa DNR-päätökset ovat helpottamassa ensihoitajien päätöksentekoa. (Taglavi, Simon ym. 2012, 914 - 916.)

3.1.1 Elvytyksestä pidättäytyminen

Elvytyshoidosta pidättäytyminen voidaan jakaa neljään osa-alueeseen, jotka ovat potilaskohtainen ennalta tehty DNR-päätös, ensihoidossa yleisesti käytössä olevat ohjeet elvytyksestä pidättäytymisestä, tilannekohtaiset lääkärinpäätökset sekä potilaan omat toiveet. Käypä hoito -suositus määrittää tarkemmin tilanteet, jossa elvytystoimia ei aloiteta. (Kuisma & Väyrynen 2013, 295.)

Ensihoito-opas (2013, 184) ohjeistaa pidättäytymään elvytyksestä, jos potilas löydetään elottomana ja havaitaan peruuttamattomat eli toissijaiset kuolemanmerkit, tai po-

tilaan rytmi on monitoroituna asystolia. Käypä hoito -suosituksessa (Elvytys 2011) mainittuja tilanteita, jotka vaikuttavat elvytyspäätöksen tekoon, ovat potilaan oma toive (hoitotahto), tiedottomuus potilaan sydänpysähdyksen alkuajasta, traumaperäinen sydänpysähdyksen jälkeinen asystolia ja potilaan huono kunto jo ennen sydänpysähdystä.

Elvytyksestä pidättäytyminen on hankala päätös, ja se tulee aina harkita tarkoin. Elvytyspäätöksen tekoa helpottavat potilaan asiakirjoissa olevat selkeät merkinnät hoidon rajauksista. Potilas asiakirjat tulisi päivittää, jotta sydänpysähdystilanteessa päätöksen teko olisi selkeämpää. (Elvytys 2011.) Ensihoitajien kannalta hankalin potilasryhmä ovat potilaat, joiden odotetaan kuolevan, mutta DNR-päätöstä ei ole tehty sekä sydänpysähdyksen saaneet, joiden ennuste on huono sydänpysähdyksen alkuperän tai aika-viiveiden takia. Tähän potilasryhmään kuuluvat esimerkiksi erilaisten hoivakotien pitkäaikaissairaat (Väyrynen & Kuisma 2013, 295). Sairaalan ulkopuolisessa elvytystilanteessa on harvemmin tiedossa täysin kattavaa kuvaa potilaan perussairauksista tai toimintakyvystä, ja usein myös hoitotahto tai hoidonrajaus ei tule ilmi. Tavallisesti ensihoidossa elvytyksestä pidättäydytään pitkien viiveiden tai heikkoennusteisten alkurytmien takia. (Virkkunen yms. 2011.)

Eettisesti elvytyksestä pidättäytyminen on hankalaa. Terveystieteiden neuvottelukunta on vastannut vuonna 2002 kysymykseen elvyttämättä jättämisestä. Vastauksessa todettiin, että ihminen on oikeutettu hyvään hoitoon ja elvytys kuuluu hyvään hoitoon silloin, kun sydänpysähdyksen syy on epäselvä tai kun sydänpysähdys ei johdu vaikeasta vammautumisesta tai sairastumisesta. (Varpula, Skrifvars & Varpula 2006, 3011.) Epäselvissä hätätilanteissa tulee ensihoitajan aloittaa elvytys (Ikola 2007, 243).

3.1.2 DNR-päätös ja hoitotahto

DNR-päätös tulee sanoista Do Not Resuscitate eli elvytyskielto (Porthan 2012, 82). Potilaan omaa tahtoa hoidon suhteen kutsutaan hoitotahdoksi. Hoitotahto tai testamentti tulee olla selkeästi merkittynä potilasasiakirjoihin (Kuisma & Väyrynen 2013, 295). DNAR (Do not attempt resuscitation) -termillä tarkoitetaan myös elvytyskieltoa ja DNAR-päätös tehdään yleensä iäkkäille potilaille, joilla on heikentynyt toimintakyky (ks. Nurmi 2005, 20 - 22). DNR-päätöstä voidaan kutsua myös nimellä AND-päätös, se tarkoittaa ”allow natural death” eli ”salli luonnollinen kuolema”. Pää-

tös perustuu potilaan perussairauksien vaikeuteen ja siihen, minkälaiset voimavarat elimistöllä on jäljellä. Lääkärin tulee päätöstä tehdessään punnita, onko elvytyksestä potilaalle hyötyä vai ennemminkin haittaa. Elvytyskielto ei vaikuta potilaan muuhun hoitoon. Perushoitoa tulee jatkaa samalla tavalla kuin aiemminkin (Valvira 2015.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 8. §) todetaan: ”*Potilaalle on annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito, vaikka potilaan tahdosta ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voi saada selvitystä. Jos potilas on aikaisemmin vakaasta ja pätevästi ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa, potilaalle ei kuitenkaan saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan.*”

Suomessa elvytyskiellon tekee lääkäri. Potilaiden omaiset eivät välttämättä halua aina keskustella näin vaikean päätöksen tekemisestä. Elvytyskiellon päättämistä ei tule jättää omaisille, mutta omaisten kanssa keskustelu voi tukea ymmärtämään tehtävää päätöstä. (Ikola 2007, 244.) Omaisten kanta päätökseen on kirjattava myös asianmukaisesti. Saattohoitopäätös pitää sisällään DNR-päätöksen. Potilas asiakirjoista on käytävä ilmi perustelu päätökselle, päätöksen tekijä, päätöksen kirjaaja ja käyty keskustelu potilaan tai omaisen kanssa. Potilaan ollessa kykenemätön itse ilmaisemaan tahtoaan käydään keskustelu potilaan lähiomaisen kanssa. DNR-päätös tulee olla niin kirjattu, että akuutissa tilanteessa se on nopeasti saatavilla esimerkiksi ensihoitohenkilöstölle. (Valvira 2015.)

Hoitotahto on merkittävä potilasasiakirjoihin ja hoitotahdosta on tehtävä erillinen lomake. Potilaan tahto liittyen hoitoonsa tulee olla potilaan itsensä varmistama. Potilaan ollessa kykenemätön varmentamaan ilmaisemaansa tahtoa voi kaksi hoitohenkilökuntaan kuuluvaa jäsentä varmentaa hoitotahdon, mikäli he ovat kuulleet potilaan ilmaisevan hoitotahtonsa luotettavasti. Hoitotahto voidaan peruuttaa tai potilas muuttaa oman hoitotahtonsa. Hoitotahtoa peruutettaessa tai muuttaessa tulee toimia samalla tavalla kun asiakirjavirheen korjaamisessa. (Valvira 2015.)

3.1.3 Elvytyksen lopettaminen

Käypä hoito -suositus (Elvytys 2011) ohjeistaa elvytyksen lopettamisesta. Elvytystoimien lopettamisesta päätettäessä tulee huomioida potilaan ennuste. Potilaan ennusteeseen vaikuttavat potilaan tila, sydänpysähdyksen luonne tai syy, aikaviiveet, perussairaudet ja toimintakyky ennen sydänpysähdyttä. Tärkein päätökseen ja ennusteeseen vaikuttava tekijä on aika. Ensihoitajat voivat konsultoida lääkäriä puhelimitse ja lopettaa elvytystoimet päivystävän ensihoitolääkärin ohjein. Elvytys voidaan lopettaa myös vallitsevan hoito-ohjeen perusteella. (Elvytys 2011.)

Kun päätös elvytyksen lopettamisesta tuloksettomana on tehty, tulee ensihoitajan ilmoittaa se kaikille elvytystiimiin kuuluville henkilöille. Jos elvytyksen aikana on varmistettu ilmatie, lääkitty tai tehty hoitotoimenpiteitä, kuuluu potilasta monitoroida 10 minuuttia. Elvytyksen lopettamisen aika tulee kirjata ylös ja sama aika on myös potilaan kuolinaika. Hengityspalje tulee irrottaa potilaasta. 10 minuutin seurannan aikana havaitut elonmerkit (syke, hengitys tai liikkeet) käynnistävät uuden seuranta-ajan tai antavat aiheen käynnistää elvytys uudelleen, mikäli se on perusteltua potilaan kannalta. (Väyrynen & Kuisma 2013, 296.) Lasarus-ilmiö tarkoittaa elvytyksen jälkeistä yllättävää elintoimintojen palautumista. Ensihoitajien tietoisuus ilmiöstä ja varautuminen siihen ehkäisevät sekä juridisia ongelmia henkilöstölle että mahdollisia omaisille aiheutuvia haittoja. (Väyrynen & Kuisma 2013, 296.)

Potilaan omaisille on tarvittaessa järjestettävä apua. Apua ensihoitaja voi järjestää esimerkiksi soittamalla omaisen ystävän paikalle tai ottamalla yhteyttä kriisipalveluihin. (Kurola 2013, 186.) Etelä-Kymenlaakson alueella kriisi-, päivystys- ja turvaanottopalvelua järjestää Tukikeskus Villa Jensen. Potilaan on mahdollista hakeutua ympärivuorokautisesti psykologiseen jälkipuintiin eli debriefing- palveluun. Palvelu on tarkoitettu ihmiselle, joka on kohdannut läheisen ihmisen menetyksen, joutunut onnettomuuteen tai läheltä piti -tilanteeseen. (Kotkan kaupunki.) Pohjois-Kymenlaakson alueella vastaavaa palvelua järjestää Pohjois-Kymen sairaala (ks. Kouvolan kaupunki 2015).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ensihoitajien kokemuksia elvytyksestä pidättäytymisestä ja sen tuloksettomana lopettamisesta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyössä on pyritty myös selvittämään elvytyksen lopettamiseen ja pidättäytymisen liittyvää psyykkistä kuormittavuutta. Tavoitteena oli saada tutkimuskysymyksiin vastauksia etenkin numeraalisessa muodossa (esimerkki: ”56 % ensihoitajista kokee, että lisäohjeistukselle ei ole tarvetta elvytyksestä pidättäytymisen suhteen”). Selvittämisen lisäksi tavoitteena oli tuoda tulokset opinnäytetyön myötä esille, jolloin niitä voisi mahdollisesti käyttää hyväksi ensihoitajien työelämässä ja aiheen pohjalta voisi mahdollisesti löytyä jatkotutkimusaiheita. Tuloksista voi olla hyötyä ensihoitajien työelämään muun muassa lisäohjeistusten ja koulutusten suunnittelussa. Opinnäytetyön kohderyhmänä oli koko Kymenlaakson alueen päätoiminen ensihoitohenkilöstö. Opinnäytetyön tarkoituksena ei ollut kerätä kokemuksia elvytykseen liittyvästä fyysisestä kuormituksesta. Opinnäytetyön tutkimusongelmat olivat:

Miten ensihoitajat kokevat elvytyksestä pidättäytymisen ja sen lopettamisen tuloksettomana?

Mikä elvytyksestä pidättäytymisestä ja sen tuloksettomana lopettamisesta tekee vaativaa?

Millä taustatekijöillä on merkitystä päätöksen tekoon elvytyksestä pidättäytymisessä ja sen tuloksettomana lopettamisessa?

Kokevatko ensihoitajat tarvitsevansa lisäkoulutusta elvytyksestä pidättäytymiseen tai sen tuloksettomana lopettamiseen liittyen?

5 TUTKIMUSMENETELMÄT

Opinnäytetyön lähestymistapa oli kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, koska haluttu tieto oli järkevämpi kerätä määrällisten tutkimusmenetelmien mukaisesti (ks. Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 53 - 79). Opinnäytetyöhön valitulla aineistonkeruumenetelmällä (ks. luku 5.1) saatiin aiheesta numeraalisen aineiston lisäksi teksti-

muodossa olevaa ja laadullisesti kuvaavaa aineistoa, joten myös kvalitatiivisen tutkimuksen vivahteet tulevat esille. Kurkelan (2014) mukaan kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän käyttäminen samassa tutkimuksessa on mahdollista. Toisaalta kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen menetelmätarkastelun vastakkainasettelusta ollaan myös nykyisin irtautumassa ja tutkimusta määrittää pikemminkin tutkittava ilmiö ja se, mitä siitä halutaan tietää (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54).

Kurkelan (2014, Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot.) mukaan kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimustapaan kuuluu aina numeraaliseen muotoon tiivistetty aineisto. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa työ kohdennetaan muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Muuttujat voivat olla riippumattomia kuten taustatiedot, joilla tarkoitetaan esimerkiksi ikää, sukupuolta tai koulutusta. Toinen vaihtoehto on riippuva muuttuja kuten vastaan tyytyväisyys hoitoon tai kivun lievittyminen hoidon seurauksena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55.) Kurkelan (2014) mukaan kvalitatiivisella, eli laadullisella tutkimuksella, tarkoitetaan karkeimmillaan aineiston ja analyysin ei-numeraalista tutkimustapaa ja aineisto on tällöin usein tekstimuotoista.

Opinnäytetyön perusyksiköksi määriteltiin päätoimisesti ensihoitotyötä Kymenlaaksoissa tekevät henkilöt. Perusyksiköllä tarkoitetaan joukkoa, joka on tutkimuksen kohteena (Holopainen & Pulkkinen 2008, 15). Opinnäytetyö tehtiin kokonaistutkimuksena, joka tarkoittaa Heikkilän (2004, 33) mukaan, että tutkitaan kaikki perusjoukon jäsenet. Lähestymistapa voidaan luokitella myös poikittaistutkimukseksi, joka tarkoittaa Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 56) mukaan sitä, että aineisto kerätään ainoastaan yhden kerran, jolloin tarkoituksena ei ole tarkastella tutkimusilmiötä suhteessa ajalliseen kehittymiseen.

5.1 Kyselylomake ja aineiston keruu

Aineisto kerättiin kyselylomakkeella (liite 4). Kysely toteutettiin sähköisesti Webropolin kautta. Kyselylomake tehtiin teoreettisen viitekehyksen ja tutkimuskysymysten pohjalta. Pyrkimyksenä oli saada kyselyn avulla vastaukset tutkimuskysymyksiin. Vilkan (2005, 73) mukaan määrällisessä tutkimuksessa tutkimusaineiston keräämisen vaihtoehdot ovat kyselylomake, systemaattinen havainnointi tai valmiiden rekisterien ja tilastojen käyttö. Kyselylomake koettiin parhaiten tähän opinnäytetyöhön sopivaksi, koska systemaattinen havainnointi lienee tästä aiheesta mahdotonta, eikä valmiita

rekistereitä tai tilastoja aiheesta ollut saatavilla. Webropol 2.0 on helppokäyttöinen kyselylomakesovellus, jolla voi tehdä online-kyselyjä. Ohjelmistossa on monipuoliset kysely- ja vastaustenkeru ominaisuudet. Kyselyn voi jakaa muun muassa lähettämällä se suoraan vastaajan sähköpostiin. (Kyselyt.)

Kyselylomakkeen tärkein tavoite on muuntaa tutkijan tiedontarve kysymyksiksi, joihin vastaaja on kykenevä ja halukas vastaamaan. Kyselylomakkeen vastauksista saa yhdenmukaiset, mikäli lomakkeessa on valmiit vastausvaihtoehdot. Tämä nopeuttaa lomakkeiden käsittelyä. Yksi lomakkeen tarkoituksista on minimoida vastaajan ponnistelut. Tästä syystä lomakkeissa on usein ainakin osassa kysymyksistä valmiit vaihtoehdot. Kyselylomakkeella myös voidaan minimoida vastausvirheitä, joita syntyy helposti, kun haastattelija tulkitsee vastaajan epätasällisiä tai epämääräisiä vastauksia. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 42.)

Kyselyyn tulevat kysymykset voidaan muotoilla monivalintakysymyksiksi, avoimiksi kysymyksiksi ja sekamuotoisiksi kysymyksiksi. Monivalintakysymyksissä vastaaja valitsee vastauksensa valmiista vastausvaihtoehdoista, jolloin kysymysmuoto on vakioitu. Avoimessa kysymyksessä pyritään saamaan vastaajalta spontaaneja mielipiteitä. Sekamuotoisessa kysymyksessä osa vastausvaihtoehdoista on annettu, mutta mukana on aina myös vähintään yksi avoin vaihtoehto. (Vilkki. 2005, 85 - 86.) Kyselylomakkeessa vastauksiin käytettyjä asteikkoja ovat nominaaliasteikko, järjestysasteikko ja Likert-asteikko. Nominaaliasteikossa vastaaja valitsee itsellensä sopivan vaihtoehdon useista eri mahdollisuuksista. Järjestysasteikossa vastaaja laittaa vastausvaihtoehdot järjestykseen jonkun kriteerin mukaan. Likert-asteikossa vastaukset annetaan asteikolle, jonka ääripäät ovat adjektiivien vastakohtaparit. (Kyselyyn perustuvan tutkimuksen suorittaminen 2014.) Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeen kysymykset muotoiltiin monivalintakysymyksiksi, avoimiksi kysymyksiksi sekä sekamuotoisiksi kysymyksiksi. Tässä opinnäytetyössä käytetyt asteikot ovat Likert-asteikko ja nominaaliasteikko.

Tutkimuskyselyihin sisältyy kaksi osaa, jotka ovat saatekirje ja varsinainen kysely. Saatteella motivoidaan vastaaja vastaamaan kyselyyn ja kerrotaan tutkimuksen taustasta ja vastaamisesta. Joskus saatekirje voi olla ratkaisevana tekijänä, täyttääkö vastaaja kyselyä vai ei. Saatteen tulisi olla kohtelias ja maksimissaan yhden sivun mittai-

nen. (Heikkilä 2004, 61.) Tämän opinnäytetyön kyselyn yhteydessä oli myös saate (liite 3).

Tutkimuslupa haettiin Carealta ja se on myönnetty 16.12.2014. Kysely toimitettiin ensihoitajille kunkin palveluntuottajan kautta erikseen. Kyselyn lähettämisessä toimitettiin siten, että saatiin selville tarkka lukumäärän kyselyn saaneista. Kyselylomake oli avoinna noin kuukauden. Ensihoitajille lähetettiin muistutusviesti kyselystä saatteineen ja linkkeineen kahta viikkoa ennen kyselyn sulkeutumista. Tutkimustulosten analysoinnin jälkeen kyselyistä saadut vastaukset hävitettiin.

5.2 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössä käytettiin aineistonkeruumenetelmänä kyselylomaketta, jossa on sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Strukturoiduista kysymyksistä saatujen vastausten analysoinnissa apuna käytettiin Webropolin ominaisuuksia. Avointen kysymysten analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä.

Webropol 2.0 -ohjelmistossa on monipuoliset raportointiominaisuudet. Sillä voi ristiintaulukoida ja suodattaa vastauksia. Raportoinnissa on useita eri kuvaajatyyppejä ja raportti kertoo myös prosenttilukuja sekä keskiarvoja. Raportilta voi viedä tulokset jatkokäsittelyyn esimerkiksi Word- tai Excel-sovelluksiin. (Raportointi.)

Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 72) mukaan sisällönanalyysin lähestymistapana on muodostaa kategorioita sekä laskea ja tutkia esiintymistä ja tekstin merkitystä. Kyngäs ja Vanhanen (1999, 4) tuovat artikkelissaan esille sen, että sisällönanalyysi sopii erinomaisesti myös kirjallisena olevan strukturoimattoman materiaalin analyysiin. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan menettelytapaa, jolla dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysiä kutsutaan myös dokumenttien analyysimenetelmäksi. Induktiivinen eteneminen sisällönanalyysissä tarkoittaa sitä, että analyysi tehdään aineistolähtöisesti. Aineistolähtöinen analyysiprosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Pelkistämisessä saadusta aineistosta poimitaan esimerkiksi tutkimuskysymysten perusteella tutkimukseen liittyvät seikat. Aineisto kerätään ensin suorina ilmaisuina kysymykseen ja sen jälkeen pelkistetään mahdollisimman tarkkaan samoille termeille kuin alkuperäinen ilmaisu. Ryhmittelyssä samaa asiaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut yhdistetään samaan alakategoriaan ja kategorialle annetaan nimi. Abstrahoinnissa samankaltaiset ka-

tegoria yhdistetään toisiinsa ja näistä muodostetaan yläkategoriat. Yläkategoriatkin nimetään ja mahdollisuuksien mukaan jatketaan kategorioiden yhdistämistä ylempiin kategorioihin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3, 5 - 7.) Taulukossa 4 on tämän opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa tehty sisällön kannalta mielikuvituksellinen esimerkki sisällönanalyysin käytöstä edellä mainitulla tavalla.

Taulukko 4. Esimerkki sisällönanalyysistä (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5 - 7)

Pelkistäminen	Esim. tutkimuskysymyksen perusteella: ”Mikä tekee elvytyksestä pidättäytymisestä vaativaa?”	Alkuperäisilmaisu: ”...joskus päätöksenteko oli hankala, koska työparini oli kokematon...” Pelkistys: -kokematon työpari
Ryhmittely	Pelkistetyt ilmaisut jaetaan alakategorioihin ja kategorioita nimetään.	Samankaltaiset pelkistykset: -kokematon työpari -oma kokemattomuus Näistä tehdään alakategoria: -pätöksentekijöiden kokemattomuus
Abstrahointi	Alakategoriat jaotellaan omiin yläkategorioihin niin hyvin kuin se on sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista.	Alakategoriat: -pätöksentekijöiden kokemattomuus -ristiriitaiset ajatukset päätöksentekoon osallistuvien henkilöiden välillä Nämä yhdistetään yläkategoriaan: -työntekijöihin liittyvät ongelmat

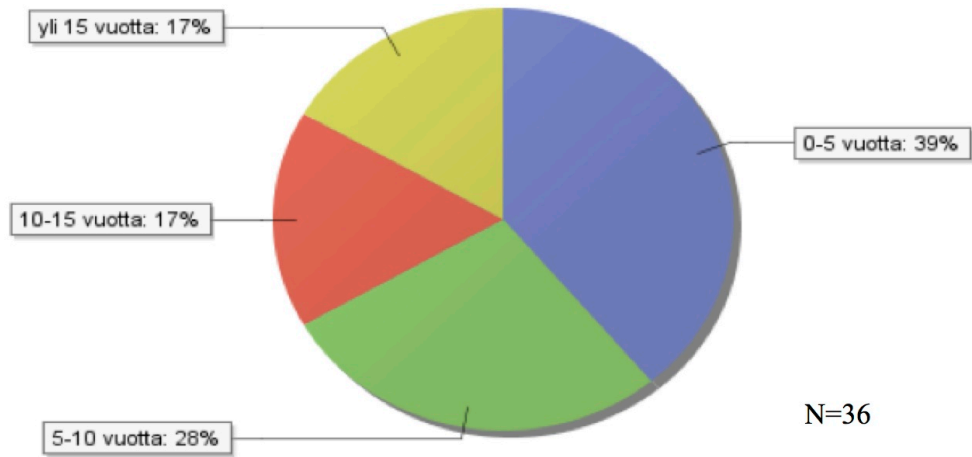
6 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselyyn saatiin vastauksia yhteensä 36 kappaletta. Kysely oli lähetetty yhteensä 96:lle päätoimisesti ensihoitotyötä tekeväälle henkilölle, joten vastausprosentti koko kyselyyn on 37,5 %. Kaikki kyselyyn vastanneet olivat vastanneet kolmea viimeistä kysymystä lukuun ottamatta kaikkiin kysymyksiin. Kyselystä saadut vastaukset esitellään frekvenssein, prosenttilukuina sekä taulukoiden avulla.

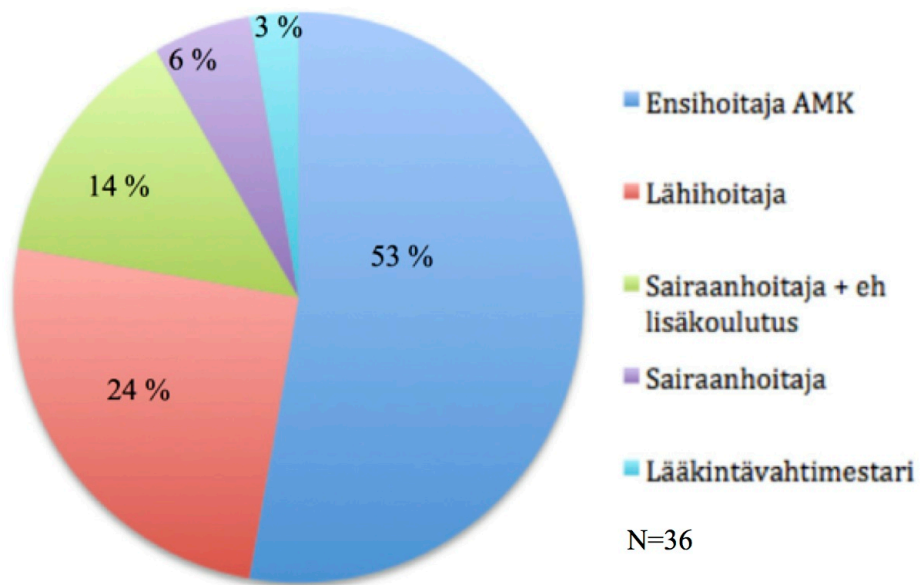
6.1 Taustamuuttujat

Kyselyn kolme ensimmäistä kysymystä kartoittivat taustamuuttujia eli työkokemusta, koulutusta ja sukupuolta. Ensimmäisessä kysymyksessä kartoitetaan vastaajien työkokemusta. 0 – 5 vuoden työkokemus on 14 (39 %) vastaajalla. 5 – 10 vuoden työkokemus on 10 (28 %) vastaajalla. 10 – 15 vuoden työkokemus on 6 (17 %) vastaajalla ja yli 15 vuoden työkokemus 6 (17 %) vastaajalla. Toinen kysymys kartoitti työntekijöiden koulutusta. Kysymyksessä oli mahdollista vastata useampaan kohtaa, Aineiston analysoinnissa on kuitenkin huomioitu ainoastaan korkein koulutus. Ensihoitaja (AMK) koulutukseltaan olevia vastaajia oli 19 (53 %). Ensihoidon täydennyskoulutuksen käyneitä sairaanhoitajia oli 5 (14 %). Sairaanhoitajia koulutukseltaan olevia vastaajia oli 2 (6 %). Lähihoitajia oli 9 (25 %). Yksi lähihoitaja oli vastannut myös ”Jokin muu, mikä” -kohtaan ensihoitaja (AMK) -opiskelija, mutta tämä vastaaja analysoitiin kuitenkin lähihoitajana. Lääkintävahtimestari-sairaankuljettajia koulutukseltaan olevia vastaajia oli 1 (3 %). Pelastajia ei ollut kukaan kyselyyn vastanneista. Kolmantena oleva kysymys kartoitti vastaajien sukupuolta. Kyselyyn vastanneista 17 (47 %) oli naisia ja 19 (53 %) miehiä.

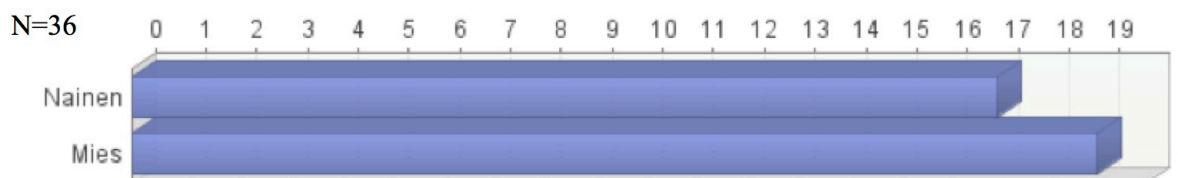
Taustamuuttujista ilmeni merkittävimpänä työkokemuksesta se, että yli puolella vastaajista oli alle 10 vuoden työkokemus ja näistäkin suurimmalla osalla vain alle 5 vuotta. Koulutuksen kannalta suurimpina vastaajaryhminä olivat ensihoitajat tai ensihoidon lisäkoulutuksen saaneet sairaanhoitajat sekä lähihoitajat. Noin puolet vastaajista olivat naisia ja puolet miehiä, joten sukupuolijakauma ei ollut merkittävä. Työkokemusta, koulutusta ja sukupuolijakaumaa kartoittavien kysymysten vastaukset ovat näkyvissä kuvissa 1, 2 ja 3.



Kuva 1. Ensihoitajien työkokemus



Kuva 2. Ensihoitajien koulutus

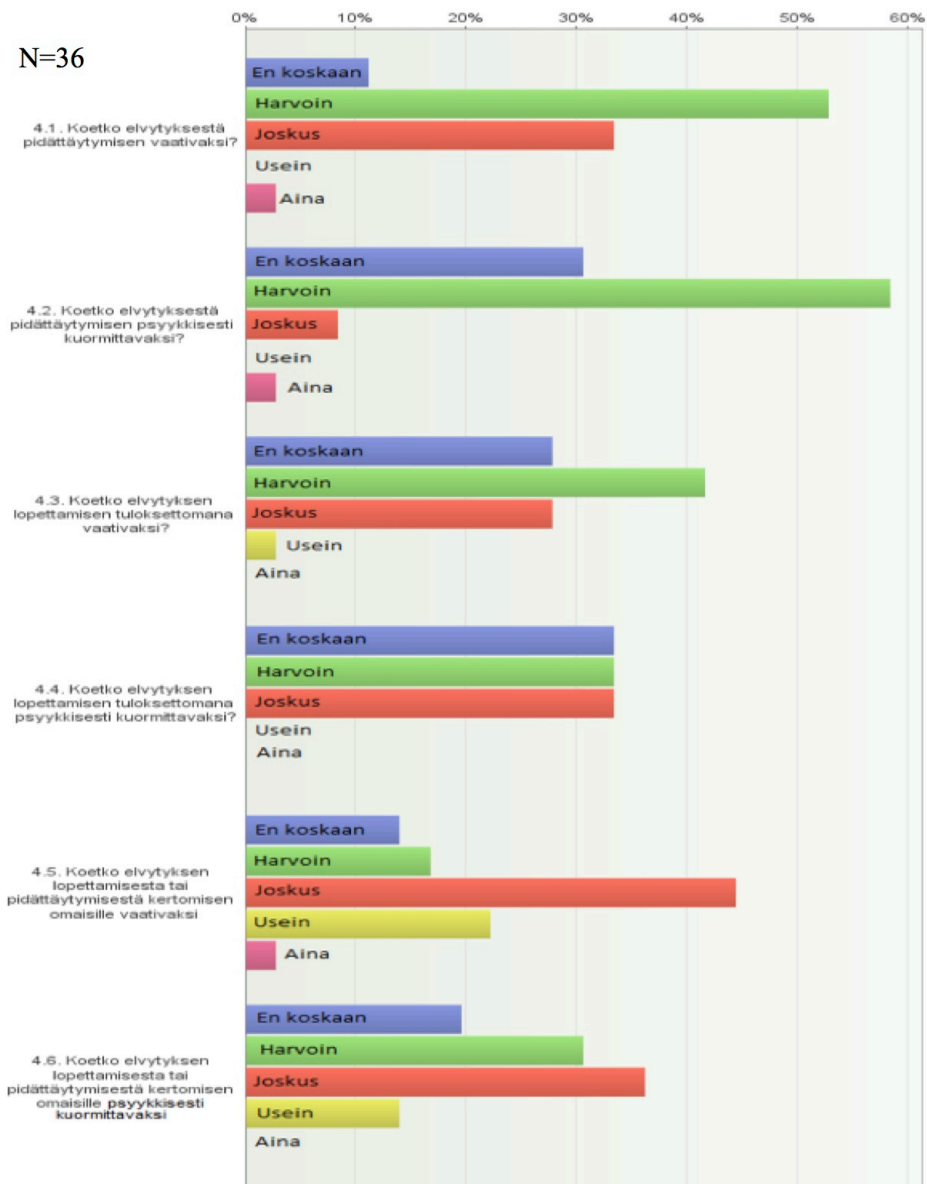


Kuva 3. Sukupuolijakauma

6.2 Strukturoidut kysymykset

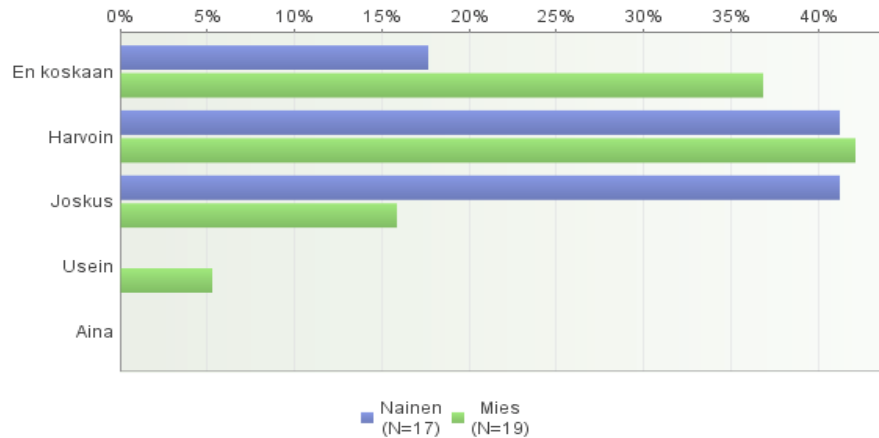
Neljäs kysymys oli moniosainen. Kysymysten avulla pyrittiin selvittämään elvytyksestä pidättäytymiseen ja tuloksettomana lopettamiseen liittyvää vaativuutta sekä psyykkistä kuormittavuutta. Vastausvaihtoehdot olivat Likert-asteikolla (en koskaan, harvoin, joskus, usein sekä aina). Ensimmäinen osa oli: ”Koetko elvytyksestä pidättäytymisen vaativaksi?”. Tähän kysymykseen 4 (11 %) vastaajaa vastasi ”en koskaan”, 19 (53 %) vastasi ”harvoin”, 12 (33 %) vastasi ”joskus”, 0 vastasi ”usein ja 1 (3 %) vastasi ”aina”. Toinen osa oli: ”Koetko elvytyksestä pidättäytymisen psyykkisesti kuormittavaksi?”. Tähän kysymykseen 11 (31 %) vastaajaa vastasi ”en koskaan”, 21 (58 %) vastasi ”harvoin”, 3 (8 %) vastasi ”joskus”, 0 vastasi ”usein ja 1 (3 %) vastasi ”aina”. Kolmas osa oli: ”Koetko elvytyksen lopettamisen tuloksettomana vaativaksi?”. Tähän kysymykseen 10 (28 %) vastaajaa vastasi ”en koskaan”, 15 (42 %) vastasi ”harvoin”, 3 (28 %) vastasi ”joskus”, 1 (3 %) vastasi ”usein ja 0 vastasi ”aina”. Neljäs osa oli: ”Koetko elvytyksen lopettamisen tuloksettomana psyykkisesti kuormittavana?”. Tähän kysymykseen 12 (33 %) vastaajaa vastasi ”en koskaan”, 11 (33 %) vastasi ”harvoin”, 12 (33 %) vastasi ”joskus”, 0 vastasi ”usein ja 0 vastasi ”aina”. Viides osa oli: ”Koetko elvytyksen lopettamisesta tai pidättäytymisestä kertomisen omaisille vaativaksi?”. Tähän kysymykseen 5 (14 %) vastaajaa vastasi ”en koskaan”, 6 (17 %) vastasi ”harvoin”, 16 (44 %) vastasi ”joskus”, 8 (22 %) vastasi ”usein ja 1 (3 %) vastasi ”aina”. Kuudes osa oli: ”Koetko elvytyksen lopettamisesta tai pidättäytymisestä kertomisen omaisille psyykkisesti kuormittavaksi?”. Tähän kysymykseen 7 (19 %) vastaajaa vastasi ”en koskaan”, 11 (31 %) vastasi ”harvoin”, 13 (36 %) vastasi ”joskus”, 5 (14 %) vastasi ”usein ja 0 vastasi ”aina”.

Neljännän kysymyksen kaikissa väittämissä merkittävimpänä asiana nousi esille se, että lähes kaikkien vastaajien mielestä elvytyksestä pidättäytymistä tai sen lopettamista tuloksettomana ei koeta aina tai edes useinkaan vaativana eikä psyykkisesti kuormittavana. Merkittävää oli myös, että yli 60 % vastaajista ei koe koskaan tai kokee vain harvoin elvytyksestä pidättäytymisen ja sen lopettamisen psyykkisesti kuormittavaksi tai vaativaksi. Elvytyksestä pidättäytymisestä tai sen lopettamisesta kertominen omaisille oli kuitenkin jo hieman yli viidenneksen mielestä usein vaativaa, ja 14 % vastaajista koki sen usein psyykkisesti kuormittavaksi. Neljännän kysymyksen kaikki osat vastauksineen ovat näkyvissä kuvassa 4.



Kuva 4. Elvytyksen kuormittavuus

4.3. Koetko elvytyksen lopettamisen tuloksettomana vaativaksi?



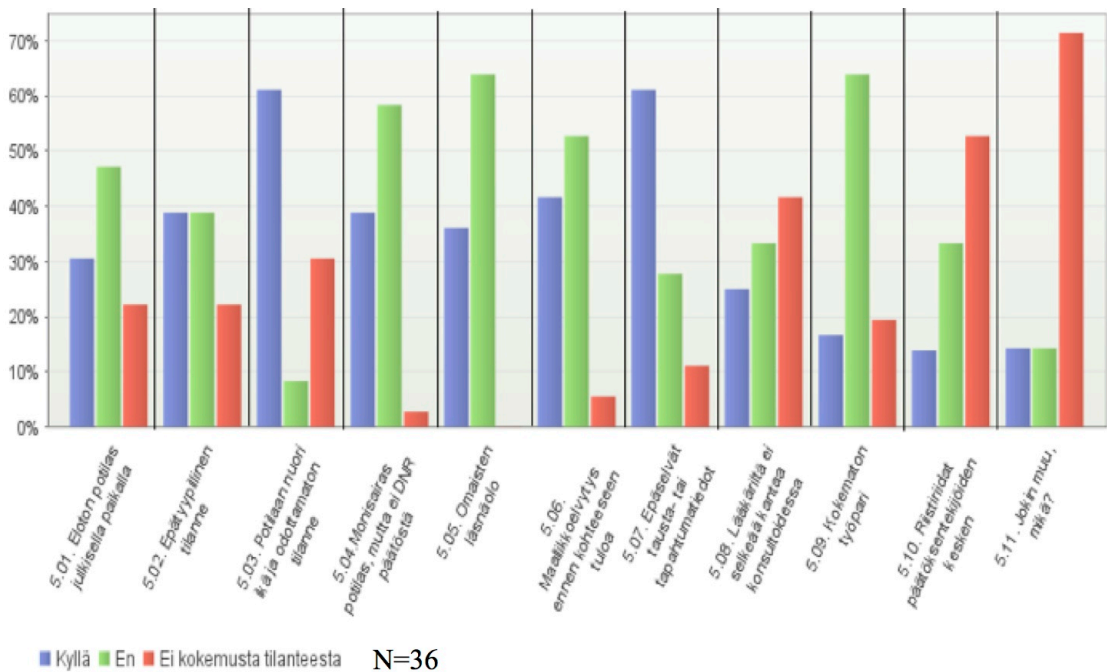
Kuva 5. Sukupuolen vaikutus elvytyksen lopettamisen vaativuuteen

Kuvassa 5 on esillä sukupuolen vaikutusta elvytyksen tuloksettomana lopettamisen vaativuuteen. Kovin selkeää eroa ei sukupuolten välillä ole. Hieman yli 40 % naisista kokee elvytyksen lopettamisen tuloksettomana joskus vaativaksi. Miesten kohdalla vastaava osuus on vain hieman yli 15 %. Miesten osuus (noin 37 %) on suurempi ”en koskaan” vastanneista kuin naisten osuus (noin 18 %).

Viides kysymys oli, että ”Oletko kokenut joidenkin seuraavista asioista vaikeuttaneen päätöksentekoa elvytyksestä pidättäytymisessä tai tuloksettomana lopettamisessa?”. Kysymys oli moniosainen. Vastausvaihtoehtoina kuhunkin osaan olivat ”kyllä”, ”en” tai ”ei kokemusta tilanteesta”. Ensimmäisenä oli ”eloton potilas julkisella paikalla”. Tähän kohtaan 11 (31 %) vastaaja vastasi ”kyllä”, 17 (47 %) vastasi ”en” ja 8 (22 %) vastasi ”ei kokemusta tilanteesta”. Toisena oli ”epätyypillinen tilanne”. Tähän kohtaan 14 (39 %) vastaaja vastasi ”kyllä”, 14 (39 %) vastasi ”en” ja 8 (22 %) vastasi ”ei kokemusta tilanteesta”. Kolmantena oli ”potilaan nuori ikä ja odottamaton tilanne”. Tähän kohtaan 22 (61 %) vastaaja vastasi ”kyllä”, 3 (8 %) vastasi ”en” ja 11 (31 %) vastasi ”ei kokemusta tilanteesta”. Neljantenä oli ”monisairas potilas, mutta ei DNR päätöstä”. Tähän kohtaan 14 (39 %) vastaaja vastasi ”kyllä”, 21 (58 %) vastasi ”en” ja 1 (3 %) vastasi ”ei kokemusta tilanteesta”. Viidentenä oli ”omaisten läsnäolo”. Tähän kohtaan 13 (36 %) vastaaja vastasi ”kyllä”, 23 (64 %) vastasi ”en” ja 0 vastasi ”ei kokemusta tilanteesta”. Kuudentena oli ”maallikkoelvytys ennen kohteeseen tuloa”. Tähän kohtaan 15 (42 %) vastaaja vastasi ”kyllä”, 19 (53 %) vastasi ”en” ja 2 (6 %) vastasi ”ei kokemusta tilanteesta”. Seitsemäntenä oli ”epäselvät tausta- tai tapahtumatiedot”. Tähän kohtaan 22 (61 %) vastaaja vastasi ”kyllä”, 10 (28 %) vastasi ”en” ja 4 (11 %) vastasi

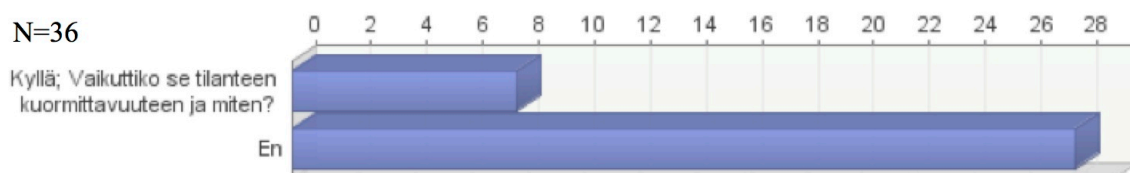
”ei kokemusta tilanteesta. Kahdeksantena oli ”lääkäriltä ei selkeää kantaa konsultoidessa”. Tähän kohtaan 9 (25 %) vastaaja vastasi ”kyllä”, 12 (33 %) vastasi ”en” ja 15 (42 %) vastasi ”ei kokemusta tilanteesta. Yhdeksäntenä oli ”kokematon työpari”. Tähän kohtaan 6 (17 %) vastaaja vastasi ”kyllä”, 23 (64 %) vastasi ”en” ja 7 (19 %) vastasi ”ei kokemusta tilanteesta. Kymmenentenä oli ”ristiriidat päätöksentekijöiden kesken”. Tähän kohtaan 5 (14 %) vastaaja vastasi ”kyllä”, 12 (33 %) vastasi ”en” ja 19 (53 %) vastasi ”ei kokemusta tilanteesta. Yhdenentoista kohtana oli ”jokin muu, mikä”. Tähän kohtaan oli tullut yksi ”kyllä” vastaus. Vastaaja oli täydentänyt vastaukseen avoimeen kenttään, että eri kansallisuus tai uskontokunnat, joiden reagointi voi olla hyvin erilainen tai jopa uhkaava.

Viidennen kysymyksen perusteella kaikkein eniten päätöksentekoa vaikeuttaneita asioita olivat ”potilaan nuori ikä ja odottamaton tilanne” sekä ”epäselvät tausta- tai tapahtumatiedot”. Merkittäviä päätöksentekoa vaikeuttaneita asioita olivat myös ”maalikkoelvytys ennen kohteeseen tuloa” sekä ”monisairas potilas, mutta ei DNR päätöstä”. Vähiten päätöksentekoa vaikeuttaneita asioita olivat ”kokematon työpari” ja ”ristiriidat päätöksentekijöiden kesken”, mutta jälkimmäisestä ei kuitenkaan yli puolella vastaajista ole ollut edes kokemusta. Viidennen kysymyksen kaikkien osien vastaukset ovat näkyvillä kuviossa 6.



Kuva 6. Päätöksentekoa vaikeuttavia asioita

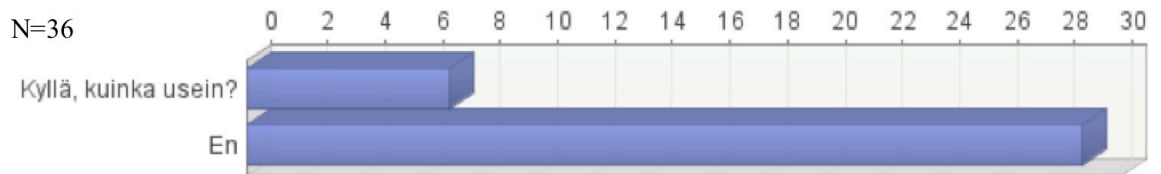
Kuudes kysymys oli, ”Oletko kohdannut Lasarus-ilmiötä?”. Vastausvaihtoehtoina olivat ”kyllä” ja ”en”. Kuudenteen kysymykseen 8 (22 %) vastaajaa vastasi ”kyllä” ja 28 (78 %) vastasi ”en”. Kyllä-vaihtoehdon jälkeen oli tarkentava kysymys (vaikuttiko se tilanteen kuormittavuuteen ja miten), johon tuli kuusi vastausta. Kolme vastaajaa vastasi, että Lasarus-ilmiö ei vaikuttanut tilanteen kuormittavuuteen. Yksi vastaaja vastasi, että Lasarus-ilmiö vaikeutti huomattavasti päätöksentekoa ja mietitytti paljon tilanteen jälkeen. Yksi vastaaja kertoi nähneensä unta tapahtuneesta myöhemmin, vaikka yleensä työasiat eivät vapaalla muistuneet mieleen. Yksi ilmoitti myös tilanteen jääneen mieleen pyörimään. Lasarus-ilmiön kohdanneiden määrä tulee ilmi myös kuvassa 7.



Kuva 7. Lasarusilmiön kohdanneet

Seitsemäs kysymys oli ”oletko kokenut tarvitsevasi ohjattua psykologista jälkipuintia (debriefing) elvytyksestä pidättäytymisen tai tuloksettomana lopettamisen takia”. Kysymyksessä oli vastausvaihtoehtoina ”kyllä” ja ”en”. Kaikki vastaajat olivat vastanneet kieltävästi.

Kahdeksas kysymys oli ”oletko kokenut tarvitsevasi purkukeskustelua (defusing) välittömästi elvytyksestä pidättäytymisen tai tuloksettomana lopettamisen jälkeen?”. Vastausvaihtoehtoina olivat ”kyllä” ja ”en”. Kahdeksanteen kysymykseen 7 (19 %) vastaajaa vastasi ”kyllä” ja 29 (81 %) vastasi ”en”. Kyllä-vaihtoehdon jälkeen oli tarkentava kysymys (kuinka usein), johon tuli kuusi vastausta. Kolme vastaajaa vastasi tarvinneensa defusingia kerran. Kaksi vastaajaa kertoi tarvinneensa muutaman kerran defusingia. Yksi vastaaja kertoo tarvinneensa pari kertaa defusingia. Kahdeksannen kysymyksen vastaukset ovat näkyvillä kuvassa 8.



Kuva 8. Defusingia elvytyksestä pidättäytymisen tai sen lopettamisen takia tarvinneet

Yhdeksäs kysymys oli ”Koetko, että nykyisistä ohjeistuksista on ollut apua elvytyksestä pidättäytymisessä ja tuloksettomana lopettamisessa?”. Vastausvaihtoehtoina olivat ”kyllä” ja ”en”. Yhdeksänten kysymykseen 34 (94 %) vastaajaa vastasi ”kyllä” ja 2 (6 %) vastasi ”en”. En-vaihtoehdon jälkeen oli tarkentava kysymys (miksi), johon tuli kaksi vastausta. Toinen vastasi, että ohjeistus on epäselvä. Toinen vastaaja sanoi, että ei ollut tarvetta ohjeistukselle. Yhdeksännen kysymyksen vastaukset ovat näkyvillä kuvassa 9.

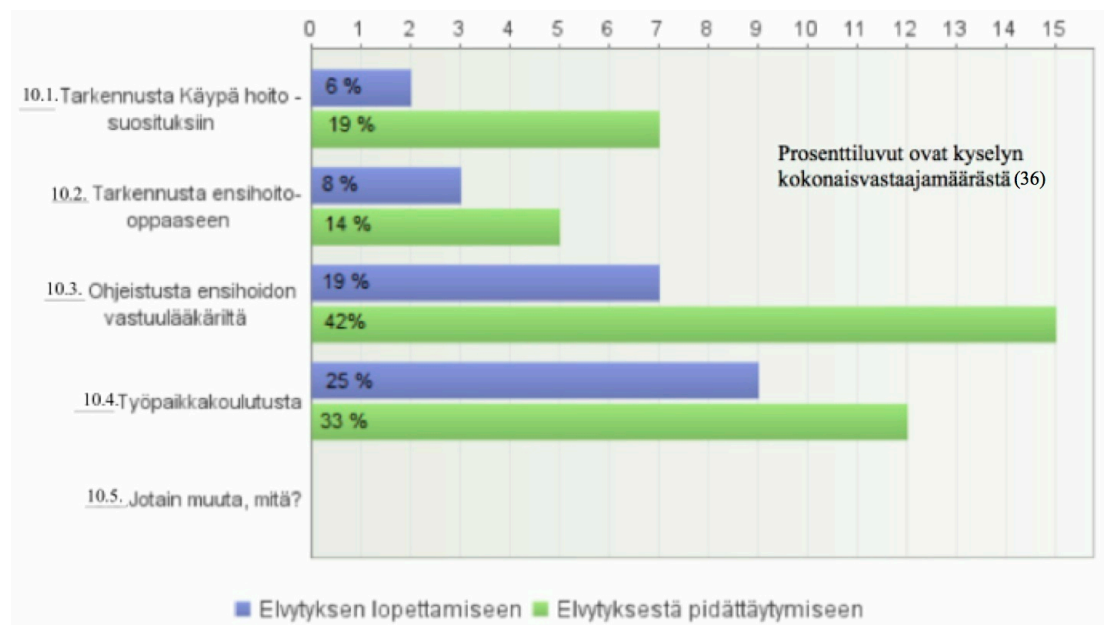


Kuva 9. Elvytyksestä pidättäytymiseen ja sen lopettamiseen liittyvistä ohjeistuksista hyötyneet

Kymmenes kysymys oli ”koetko tarvitsevasi joitakin seuraavista elvytyksestä pidättäytymiseen tai tuloksettomana lopettamiseen liittyen”. Vastausvaihtoehtoina olivat ”tarkennusta Käypä hoito -suositukseen”, ”tarkennusta ensihoito-oppaaseen”, ”ohjeistusta ensihoidon vastuulääkäriltä”, ”työpaikkakoulutusta” sekä ”jotain muuta”. Kysymys oli toteutettu siten, että vastaaja pystyi valitsemaan tarvitsiko hän jotain elvytyksen lopettamiseen liittyen, elvytyksestä pidättäytymiseen liittyen tai molempiin liittyen. Kysymykseen oli tullut vastauksia yhteensä 24 vastaajalta, mutta tämän kysymyksen tulokset on kuitenkin analysoitu olettaen, että loput 12 vastaajaa eivät tarvinneet tarkennusta, ohjeistusta koulutusta tai mitään muuta elvytyksestä pidättäytymiseen tai tuloksettomana lopettamiseen liittyen. Ensimmäisessä kohdassa 2 (6 %) vastaajaa koki tarvitsevasa tarkennusta Käypä hoito -suositukseen elvytyksen lopettamisesta ja 7 (19

%) elvytyksestä pidättäytymisestä. Toisessa kohdassa 3 (8 %) vastaajaa koki tarvitse-
vansa tarkennusta ensihoito-oppaaseen elvytyksen lopettamisesta ja 5 (14 %) elvytyk-
sestä pidättäytymisestä. Kolmannessa kohdassa 19 (7 %) vastaajaa koki tarvitsevana
ohjeistusta ensihoidon vastuulääkäriltä elvytyksen lopettamisesta ja 15 (42 %) elvy-
tyksestä pidättäytymisestä. Neljännessä kohdassa 9 (25 %) vastaajaa koki tarvitsevan-
sa tarkennusta työpaikkakoulutusta elvytyksen lopettamisesta ja 12 (33 %) elvytykses-
tä pidättäytymisestä.

Kymmenennen kysymyksen vastausten perusteella eniten kaivattiin ohjeistusta tai
koulutusta elvytyksestä pidättäytymiseen. Jopa 42 % vastaajista koki tarvitsevana oh-
jeistusta ensihoidon vastuulääkäriltä elvytyksestä pidättäytymiseen. Kolmasosa vas-
taajista koki tarvitsevana työpaikkakoulutusta elvytyksestä pidättäytymiseen ja nel-
jäsosa vastaajista koki tarvitsevana työpaikkakoulutusta elvytyksen lopettamiseen.
Vähiten koettiin tarvitsevan tarkennusta Käypä hoito -suositukseen elvytyksen lopet-
tamisesta. Kysymyksen vastaukset ovat näkyvillä myös kuvassa 10.



Kuva 10. Elvytyksestä pidättäytymiseen tai tuloksettomana lopettamiseen liittyvä lisä-
ohjeistustarve

6.3 Avoimet kysymykset

Yhdestoista ja kahdestoista kysymys olivat avoimia kysymyksiä. Molemmissa kysymyksissä vastaajia oli 24. Tulokset esitellään taulukoilla ja sanallisella selityksellä. Molempiin kysymyksiin vastaajat olivat paljon kirjoittaneet asioita, jotka helpottavat elvytyksestä pidättäytymistä ja tuloksettomana lopettamista. Esiin nousseita helpottavia asioita käsitellään tarkemmin tutkimustulosten pohdinnassa, koska ne eivät varsinaisesti vastaa tutkimusongelmiin. Tutkimustuloksissa on esitetty asioita, jotka hankaloittavat elvytyksestä pidättäytymistä tai elvytyksen tuloksettomana lopettamista.

Yhdestoista kysymys oli ”Millaiseksi koet elvytyksestä pidättäytymisen ja päätöksen teon siitä? Mikä siitä tekee vaativaa tai psyykkisesti kuormittavaa?”. Suurimmaksi ongelmaksi nousi puuttuva hoidonrajaus. Sisällönanalyysillä suodatettiin olennaiset asiat alkuperäisistä vastauksista. Vastaukset ryhmiteltiin alakategorioihin, jotka ovat ”potilaan peruskunto”, ”eettisesti vaikea tilanne” sekä ”ympäristöstä johtuvat tekijät”. Yläkategoriana on ”elvytyksestä pidättäytymisen kuormittavuus tai vaativuus lisäänty”. Puuttuvan hoidonrajauksen ja potilaan nuoren iän lisäksi ongelmaksi nousivat: monisairaat ja/tai iäkkäät potilaat, epäselvät ohjeet elvytyksestä pidättäytymiseen, omaisten läsnäolo/reaktiot, epäselvät esi-/tapahtumatiedot, eettiset kysymykset elvytyksestä pidättäytymisessä, odottamattomat tilanteet. Yhdennestätoista kysymyksestä suodatetut olennaisimmat asiat ovat nähtävissä kuvassa 11. Alla on lainattuna muutamia alkuperäisvastauksia:

”Monisairaat vanhukset ilman DNR-päätöstä”

”DNR-päätös pitäisi tehdä herkemmin monisairaille potilaille, varsinkin vuodepotilaille”

”Nuori potilas vaativampi tilanne”



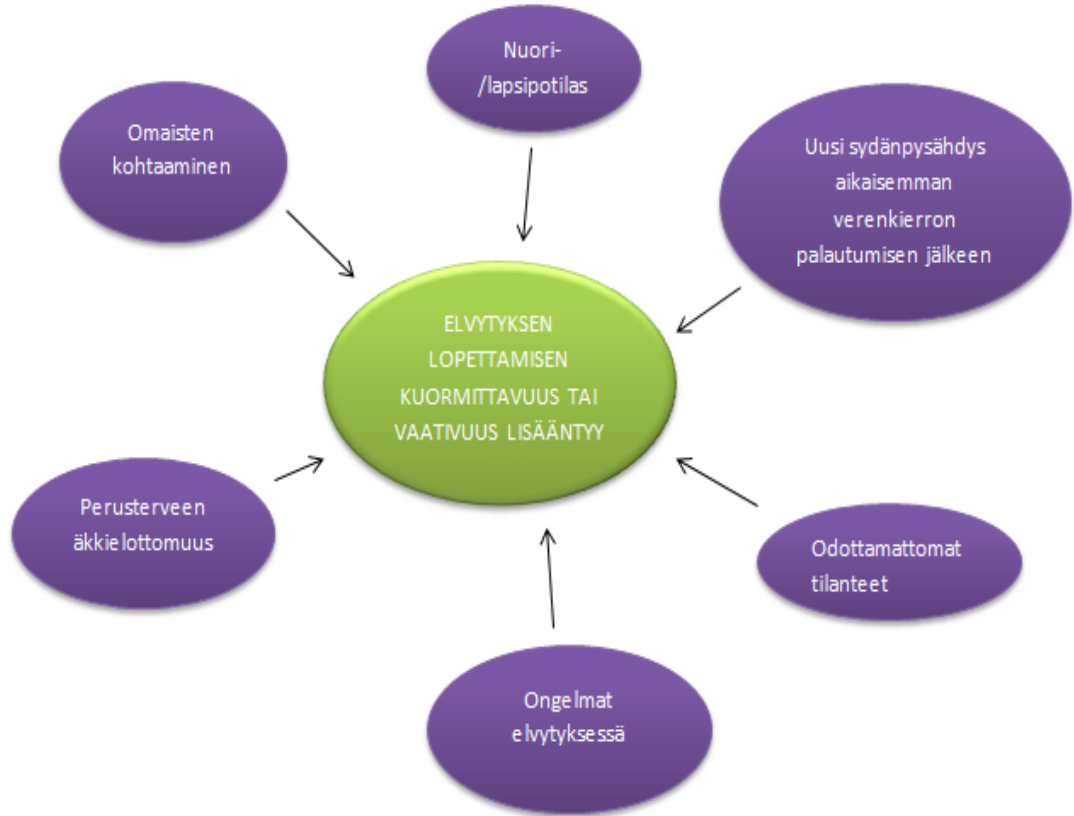
Kuva 11. Elvytyksestä pidättäytymisen kuormittavuus ja vaativuus

Kahdestoista kysymys oli ”Millaiseksi koet elvytyksen lopettamisen tuloksettomana ja päätöksenteon siitä? Mikä siitä tekee vaativaa tai psyykkisesti kuormittavaa?”. Etenkin tähän kohtaan vastaajat olivat paljon kertoneet asioita, jotka helpottavat elvytyksen tuloksettomana lopettamista. Koska olennaisia asioita tuli esille niin vähän, oli sisällönanalyysissä mahdotonta tehdä kovin laajaa kategoriointia. Tästä syystä päädyttiin luokittelemaan vastaukset yhden yläkategorian alle. Yläkategoria on ”elvytyksen lopettamisen kuormittavuus tai vaativuus lisääntyy”. Vastaukset olivat hyvin yhteneväisiä keskenään hankaloittavissa asioissa. Suurimmaksi ongelmaksi oli selkeästi koettu lapsipotilaat tai nuoret potilaat. Toiseksi suurimmaksi ongelmaksi koitui omaisten kohtaaminen. Kahdennestatoista kysymyksestä suodatetut olennaisimmat asiat ovat nähtävissä kuvassa 12. Alla on lainattuna muutamia alkuperäisvastauksia:

”Omaiset tietenkin se vaativin osuus”

”Vaikeinta on kohdata omaiset. Joskus mietityttää miten toimisi jos tilanne sattuisi omalle omaiselle”

”Omat lapset lisäävät tunnetta lapsipotilaiden kohdalla”



Kuva 12. Elvytyksen lopettamisen kuormittavuus ja vaativuus

Yhteenvedona avoimista kysymyksistä voidaan päätellä, että vaikeuttava tai kuormittava tekijä on useimmiten nuori- tai lapsipotilas, oli sitten kyseessä elvytyksestä pidättäytyminen tai sen tuloksettomana lopettaminen. Useimmat vastaajat olivat molempiin kysymyksiin maininneet lapsen tai nuoren potilaan kohdalla, että kuormittavuus johtuu tilanteen harvinaisuudesta. Lapsipotilaiden kohdalla tilanteen vaativuutta on lisännyt myös se, että tällöin elvytys on usein ajallisesti normaalia pidempi.

7 POHDINTA

Suomessa toteutetussa Finnresusci-tutkimuksessa selvitettiin elvytystilanteita alueilla, jotka kattavat puolet koko maan väestöstä. Tutkimuksen mukaan ensihoitajat harkitsivat toteamansa sydänpysähdyksen elvytystä tutkimusalueella 1042 kertaa tutkimusjakson aikana. Osuus potilaista, joilla elvytyksestä pidättäydyttiin, oli 35,6 %. Elvytystoimet aloitettiin 64,4 %:lla potilaista, ja näistä vain 43,8 %:lle palautui spontaani verenkierto elvytystoimien jälkeen. (Raijas 2013, 46.) Lukuja vertailemalla voimme siis olettaa, että elvytys on lopetettu tuloksettomana 36,2 %:ssa sydänpysähdystapauksessa. Näin ollen suurin osa sydänpysähdyksistä johtaa joko elvytyksestä pidättäytymiseen tai aloitetun elvytyksen tuloksettomana lopettamiseen. Tämä tieto antaa tutkijoiden mielestä konkreettisesti vahvistusta sille, kuinka tärkeästä aiheesta opinnäytetyössä on kyse. Pohdinta-osiossa käsitellään vielä tutkimustuloksia, opinnäytetyöprosessia, tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä sekä hyödynnettävyyttä ja jatkotutkimusaiheita.

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Ensihoitajat olivat kokeneet eniten vaativaksi ja psyykkisesti kuormittavaksi elvytyksen lopettamisesta tai elvytyksestä pidättäytymisestä kertomisen omaisille. Suurin osa ensihoitajista ei koe koskaan tai kokee vain harvoin elvytyksestä pidättäytymisen ja tuloksettomana lopettamisen psyykkisesti kuormittavaksi tai vaativaksi. Ensihoitajan päätöksentekoa eniten vaikeuttaviksi seikoiksi oli koettu potilaan nuori-ikä, odottamaton tilanne sekä epäselvä tausta- tai tapahtumatiedot. Noin kolmannes vastanneista ensihoitajista ei kokenut elvytyksen tuloksettomana lopettamista tai elvytyksestä pidättäytymistä ikinä psyykkisesti kuormittavaksi. Lasarus-ilmiön oli kohdannut 22 % vastaajista. Osalla Lasarus-ilmiön kohdanneista tilanne oli vaikuttanut kuormittavuuteen. Kyselyyn vastanneista muutama oli tarvinnut defusingia elvytyksestä pidättäytymisen tai aloitetun elvytyksen tuloksettomana lopettamisen takia. Defbriefingiä ei yksikään vastaajista ollut tarvinnut näistä syistä. Elvytystä määräävistä ohjeistuksista koetaan olevan hyötyä. Kuitenkin moni ensihoitaja haluaisi lisäohjeistuta tai lisäkoulutusta elvytyksestä pidättäytymiseen tai sen tuloksettomana lopettamiseen.

Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksissa esille nousi elvytyksestä pidättäytymisessä ja sen tuloksettomana lopettamisessa vaativimpina ja psyykkisesti kuormittavimpina asioina lapset ja nuoret potilaat. Tutkimustuloksia verrattiin toiseen AMK-

opinnäytetyöhön (kts. Laukkanen & Vauhkonen 2012), jonka tutkimustuloksissa kuormittavimpina hälytystehtävinä koettiin lapsen ja nuoren loukkaantuminen tai kuolema. Näiltä osin tulokset olivat siis yhteneväisiä. Laajempi vertailu tutkimustulosten välillä ei ollut mahdollista tutkimusten tarkoitusten eroavaisuuden vuoksi.

Tutkimustulosten analysoinnissa ristiintaulukoitiin taustamuuttujia. Taustamuuttujien ristiintaulukoinnin ajatuksena oli, että esiin voisi nousta mahdolliset taustamuuttujien merkitykset päätöksenteon vaativuuteen tai kuormittavuuteen. Analysoinnissa ei huomattu taustamuuttujien vastaajaryhmien välillä selkeitä eroja. Pienet vastaajaryhmät hankaloittivat taustamuuttujien luotettavaa vertailua.

Avoimia vastauksia analysoidessa esiin nousi paljon seikkoja, jotka ensihoitajat olivat kokeneet päätöksentekoa helpottavina. Nämä asiat eivät varsinaisesti vastanneet tutkimusongelmiin, mutta asioita tuli esille niin paljon, niin päätimme ottaa ne esille vielä pohdinnassa. Helpottaviksi seikoiksi oli mainittu muun muassa selvät tapahtumatiidot, realiteettien ymmärtäminen, ensihoitajan määrätietoinen toiminta, kollegiaalinen tuki, lääkärin konsultaatio, selkeät ohjeet ja potilaan edun ymmärtäminen. Vastauksissaan ensihoitajat olivat paljon pohtineet iäkkäiden ja monisairaiden potilaiden hoidonrajauksiin ja kuolemaan liittyviä asioita. Alla on muutama esimerkkilainaus tämänlaisista vastauksista:

”Jos eloton on selkeästi löydetty ja nähty vaikkapa tunti sitten elossa, niin ei se ole vaativaa tai kuormittavaa olla elvyttämättä”

”En koe sitä kovin kuormittavaksi, koska elvytyksen tuloksettomana lopetuksessa on takana hoito-ohje, lääkärin konsultaatio ja tutkittu tieto viiveiden vaikutuksesta jatkoselviytymiseen”

”Meillä on selkeät ohjeet ja niitä noudattamalla ei ole hankalaa tehdä päätöksiä”

”Vanhoilla ihmisillä oikeus kuolla, ei kaikkien tarvitse elää 100-vuotiaiksi”

Johtopäätöksenä tuloksista pääteltiin, että elvytyksestä pidättäytyminen tai aloitetun elvytyksen lopettaminen tuloksettomana voi tilanteena olla vaativa ja psyykkisestikin kuormittava. Kuitenkin elvytyksestä pidättäytyminen tai sen tuloksettomana lopettaminen on useimmilla ensihoitajilla vain harvoin tai joskus psyykkisesti kuormittavaa

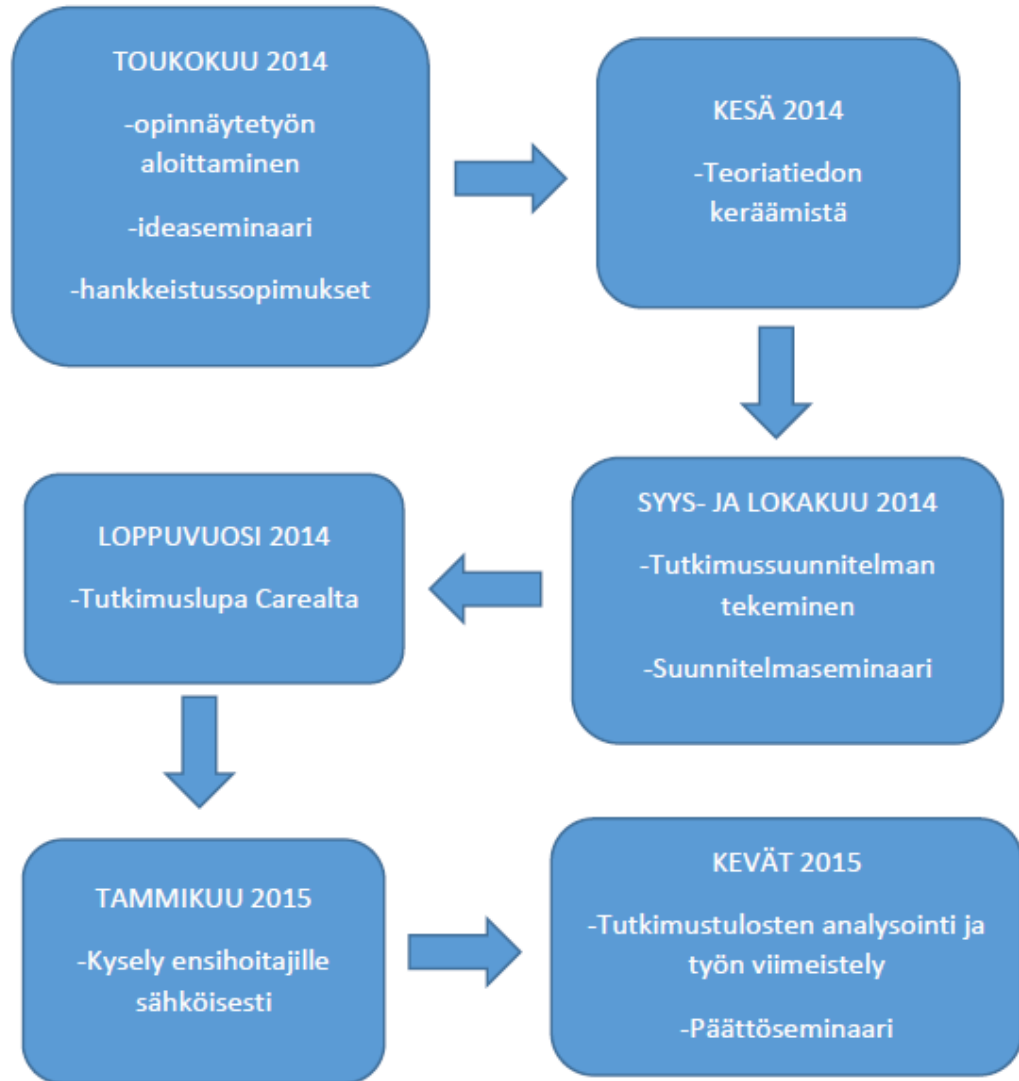
tai vaativaa ensihoitajille. Elvytyksestä pidättäytymiseen tai sen lopettamiseen tuloksettomana eniten haastavuutta tuo tilanteesta kertominen omaisille sekä potilaan puuttuvat hoidonlinjaukset. Myös epätyypilliset tilanteet lisäävät tilanteen kuormittavuutta tai vaativuutta merkittävästi. Ohjeistuksista on selkeästi hyötyä elvytyksestä pidättäytymiseen tai sen tuloksettomana lopettamiseen, mutta tarkentavaa lisäohjeistusta kuitenkin jonkin verran haluttaisiin.

7.2 Opinnäytetyöprosessi

Työn tekeminen on ollut mielekästä, koska se on vahvistanut opinnäytetyön tekijöiden ammatillista osaamista aiheeseen liittyviin lähteisiin tutustuttaessa. Myös valmiudet tutkimusmenetelmien käyttöön sekä kirjalliseen raportointiin on kehittynyt. Opinnäytetyötä aloittaessa tehtiin aikataulusuunnitelma (liite 1) ja opinnäytetyöprosessissa on edetty sen mukaisesti. Keväällä 2014 aloitettiin opinnäytetyön ideavaihe, jossa edettiin ideavaiheen tavoitteiden mukaisesti. Lokakuuhun mennessä oli saatu kerättyä teoriatieto, jonka pohjalta tehtiin tutkimussuunnitelma ja kyselylomake. Suunnitelmaseminaari pidettiin lokakuussa ja suunnitelmaseminaarin jälkeen haettiin tutkimuslupa Carealta. Kyselylomake lähetettiin alkuvuodesta 2015 suunnitelman mukaisesti sähköisesti ensihoitajille ja kysely oli avoimena kuukauden verran. Kyselyn umpeuduttua aloitettiin aineiston analyysi sekä opinnäytetyön viimeistely päättöseminaaria varten. Opinnäytetyöprosessin eteneminen on kuvattuna myös kuviossa 13.

Opinnäytetyöprosessi sujui pääosin mutkattomasti. Tutkimuksessa ei tullut eteen ylitsepääsemättömiä ongelmakohtia, vaikka välillä työstäminen vaatikin paljon miettimistä. Tutkimuskysymysten analysointivaiheessa huomattiin kyselylomakkeessa muutama analysointia vaikeuttava kohta. Ensinnäkin työkokemusta kartoittavassa kysymyksessä oli mahdollisuus vastata useampaan kohtaan, vaikka merkittävintä oli saada selville vastaajan korkein koulutus. Analysoinnissa huomioitiin kuitenkin vain vastaajien korkein koulutus. Neljännessä kysymyksessä käytetyssä Likert-asteikossa olisi voinut olla paremmat vastausvaihtoehdot, koska ”harvoin”- ja ”joskus”-vaihtoehdot eivät juurikaan eroa toisistaan. Lisäksi analysoinnissa tuli ilmi kymmenennessä, lisäkoulutusta kartoittavassa, kysymyksessä oleva analysointia hankaloittava asia. Kysymyksessä olisi pitänyt olla lisäksi vielä vastausvaihtoehto ”ei mitään näistä”, jolloin tutkimustuloksissa olisi voitu olla täysin varmoja siitä, että tähän kysymykseen vastaamat-

ta jättäneet eivät ole kuitenkaan jättäneet kysymystä vaihtoehtoiseen huomioimatta. Analysointivaiheessa tämä kysymys analysoitiin olettaen, että tähän kysymykseen vastaamatta jättäneet eivät kokeneet tarvitsevansa mitään vastausvaihtoehtoista. Edellä mainitut ongelmakohdat eivät tulleet ilmi kyselyn testausvaiheessa, vaan vasta tuloksia analysoidessa.



Kuva 13. Opinnäytetyöprosessin eteneminen

7.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa tuloksien toistuvuutta, eli mittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius tarkoittaa pätevyyttä, eli tutkimuksen kykyä mitata juuri tutkittavaa asiaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231.) Kaikissa tutkimuksissa arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuden arviolla voidaan vaikuttaa virheiden syntyyn. (Hirsjärvi yms. 2009, 231.). Kyselytutkimuksessa mittaus ei ole suoraviivaista. Mittauksen luotettavuuteen on useita vaikuttavia tekijöitä (Vehkalahti 2008, 40). Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulee arvioida riippumatta siitä puhutaanko tietynlaisesta tutkimuksesta (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Teoreettisen viitekehyksen muodostimme tieteellisistä ja ajantasaisista lähteistä. Kyselyn luotettavuutta parannettiin kyselyn testauksella, joka toteutettiin yksittäisillä ensihoitoalan ammattilaisilla. Kyselyä muokattiin opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa kyselyn testauksen myötä. Kyselyn luotettavuuden parantamiseksi kysely tehtiin teoriapohjan ja tutkimuskysymysten pohjalta. Opinnäytetyön tieteellisten lähteiden etsimiseen haettiin apua opinnäytetyöpajasta. Tutkimuksen reliabeliutta laskee matalaksi jäänyt vastausprosentti (37,5 %). Pätevyyttä vahvistaa se, että tuloksia verrattiin toiseen AMK-opinnäytetyöhön ja tulokset olivat niiltä osin yhteneväisiä kuin vertailu oli mahdollista. Vastaavaa, mutta korkeampitasoista tutkimusta ei löytynyt.

Suomessa on sitouduttu Helsingin v. 1964 mukaiseen tutkimuseettiseen ohjeistukseen. Ohjeistus on uudestaan suomennettu v. 2001 ja sen hyväksyi Suomen Lääkäriliitto. Ohjeistus on alun perin tarkoitettu ohjaamaan lääketieteellisten tutkimusten etiikkaa, mutta se on sovellettavissa myös hoitotieteellisiin tutkimuksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173.)

Tutkimuseettinen Neuvottelukunta (2012) ohjeistaa, että tutkimuksessa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä luomaan ja vahvistamaan tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Hyvään tieteelliseen tutkimuskäytäntöön kuuluu: rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Tutkimuksessa tulee käyttää yleisesti tieteellisen tutkimuksen kriteerejä vastaavia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkijan tulee ottaa huomioon muiden tutkijoiden saavutukset ja ansiot sekä kunnioittaa ja viitata heidän töihinsä asianmukaisella tavalla. Tutkimus tulee suunnitella ja saavutetut tulokset tulee dokumentoida tieteelliselle tiedolle tarkoitettulla tavalla. Tutkimuslupa ja eettinen ar-

vio tutkimuksesta tulee tehdä. Tutkimusryhmän vastuut ja oikeudet täytyy tehdä selviksi ennen kuin tutkimukseen ryhdytään. Tutkimuksesta aiheutuvat kustannukset tulee sopia ja ilmoittaa asianosaisille. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.)

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita kaikissa vaiheissa. Kyselyn ohessa lähetettiin saatekirjeen, jossa kerrottiin vastaajille muun muassa tutkimuksen tarkoituksesta ja aiheesta. Lähteinä käytettiin tieteellisesti hyväksyttyä ja ajantasaista tietoa. Opinnäytetyön lähteinä käytettiin muun muassa oppikirjoja, tieteellisiä artikkeleita sekä virallisia ohjeistuksia. Käytimme tutkimustaulukossa (liite 6) olevia AMK-opinnäytetöitä vain tutkimustulosten vertailuun. Tutkimuslupa anottiin Carealta ennen kyselyiden lähettämistä ensihoitajille. Opinnäytetyön lähteinä käytettiin muun muassa oppikirjoja, tieteellisiä artikkeleita sekä virallisia ohjeistuksia.

7.4 Jatkotutkimusaiheet ja hyödynnettävyys

Jatkotutkimus aiheena voisi olla sama aihe laajemmalla otannalla, koska se voisi tuoda selkeämpiä ja luotettavampia tuloksia. Laajemmalla otannalla tehty tutkimus samasta aiheesta voisi tuoda paremmin uutta näkökulmaa ja siten siitä voisi olla hyötyä esimerkiksi opetuksessa ja työnohjauksessa. Mikäli työ tehtäisiin korkeammalla tasolla, työllä voisi olla enemmän painoarvoa ja samalla hyöty voisi olla suurempi esimerkiksi ensihoitajakoulutuksen kehittämiseen työn kuormittavuuden osalta. Toisena jatkotutkimusaiheena voisi olla selvitys defbriefingin sekä defusingin tarpeellisuudesta yleisesti ensihoitotyössä, koska tulostemme perusteella elvytyksestä pidättäytymisessä ja sen tuloksettomana lopettamisessa näitä ei koeta kovinkaan usein käytettäväksi. Defbriefingin ja defusingin tarpeen tutkiminen voisi kehittää niiden käyttöä työelämässä olevien ensihoitajien kohdalla ja samalla defbriefing- ja defusing-tilanteita voitaisiin kehittää työntekijälähtöisemmiksi. Myös elvytyksestä pidättäytymisen ja sen tuloksettomana lopettamisen koulutustarvetta voisi tutkia laajemmin ja sitä myöten kehittämistyönä voisi järjestää mahdollisesti tarvittavaa lisäkoulutusta. Elvytyksestä pidättäytymisen ja sen tuloksettomana lopettamisen koulutustarvetta kartoittamalla laajemmin voitaisiin saada käsitystä siitä millaista koulutusta ensihoitajat kaipaavat. Sitä kautta voitaisiin saada tarkempaa selvitystä myöskin elvytystä ohjaavien asioiden puutteista tai kehittämiskohteista.

Opinnäytetyötä voisi hyödyntää esimerkiksi paikallisen ensihoidon lisäkoulutuksen järjestämisessä elvytyksestä pidättäytymisestä ja sen tuloksettomana lopettamisesta, koska tutkimustuloksista nousi esille esimerkiksi se, että kolmasosa vastaajista koki tarvitsevansa työpaikkakoulutusta elvytyksestä pidättäytymiseen. Työ voisi toimia lisäkoulutuksen kehittämisen perustana, jotta lisäkoulutuksesta saataisiin mahdollisimman hyvin tarpeita vastaavaa. Työn tulokset antavat hyvää tietoa ensihoitotyön psyykkisestä kuormittavuudesta ja mielestämme saadun tiedon käyttäminen on ainutlaatuisuutensa vuoksi mahdollista myös opetuksessa. Työ antaa myös kaikille aiheesta kiinnostuneille arvokasta tietoa. Aiheesta mahdollisesti joskus järjestettävän lisäkoulutuksen vaikutusta voisi seurata tekemällä uuden työn ja peilaamalla vastauksia meidän vastauksiimme. Lisäksi lisäkoulutuksen vaikuttavuuden arvion jälkeen on taas mahdollista kehittää koulutusta entisestään. Koko opinnäytetyöstämme saatavilla oleva tutkimusaineisto on hyödynnettävissä vastaisuudessa muiden tutkimusten tai vastaavien käyttöön.

LÄHTEET

Castren, M. 2013. Kuollut. Teoksessa: Silfvast, T., Castren, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. 2013. Ensihoito-opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s.312 - 313.

Defibrillaattorihakemisto. Saatavissa: <http://defi.fi/> [viitattu 15.9.2014].

Elvytys 2011. Käypä hoito -suositus. (päivitetty 21.2.2011). Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi17010>

Ensihoito. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Päivitetty 30.7.2014. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/ensihoito [viitattu 11.9.2014].

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heinonen, K.. & Harve, H. 2012. Maallikon suorittama nopea defibrillaatio – sydänpysähdyspotilas ei tarvinnut tehohoitoa. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.xhalaxng.kyamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2012/SLL112012-883.pdf> [viitattu 7.4.2015].

Hollenberg, J., Svensson, L., & Rosenqvist, M. 2013. Out-of-hospital cardiac arrest: 10 years of progress in research and treatment. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=3bc77d49-aec0-45a2-ba8e-ac4fffae2627%40sessionmgr112&hid=118> [viitattu 1.4.2015].

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. 5. painos. Helsinki; Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 30.11.2014].

- Ikola, K. 2007. Elvytykseen liittyviä eettisiä näkökulmia. Teoksessa: Ikola, K. 2007. Elvytys ja elvytetyn hoito. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karhunen, P. J. 2000. Kuoleman jälkeiset muutokset. Teoksessa: Penttilä, A., Hirvonen, J., Saukko, P. & Karhunen, P. J. 2000. Oikeuslääketiede. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Koponen, S. & Nieminen, P. 2011. Ensihoitotyön psyykkinen kuormittavuus ja työssä jaksaminen Päijät-Hämeen pelastuslaitoksella. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.
- Kotkan kaupunki. Etelä-Kymenlaakson sosiaali- ja kriisipäivystys tukikeskus Villa Jensen. saatavissa: http://www.kotka.fi/asukkaalle/perhe-_ja_sosiaalipalvelut/turvakoti [viitattu 30.3.2015].
- Kouvola kaupunki. 2015. Sosiaali- ja kriisipäivystys. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/index/lapsiperheelle/sosiaali-jakriisipäivystys.html> [viitattu 30.3.2015].
- Kuisma, M. & Värynen, T. 2013. Sydänpysähdys ja elvytys. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro oy
- Kuoleman toteaminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Helsinki, 2004. 48 s. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:5. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1069583 [viitattu 30.11.2014].
- Kurkela, R. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Tilastollinen tiedonkeruuverkko-oppimateriaali. Saatavissa: <http://tilastokeskus.fi/virsta/tkeruu/01/07/> [viitattu 8.5.2014].

Kurola, J. 2013. Aikuisen ja murrosikäisen elvytys. Teoksessa: Silfvast, T., Castren, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. 2013. Ensihoito-opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11 1/1999, s. 3 - 12.

Kyselyt. Webropolin internetsivut. Saatavissa:

<http://www.webropol.fi/ratkaisut/kyselyt/> [viitattu 3.10.2014].

Kyselyyn perustuvan tutkimuksen suorittaminen. Virtuaali ammattikorkeakoulun internetsivut. Saatavissa:

<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464131489/1194289345955/1194290010211.html> [viitattu 9.5..2014].

Laki elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä 2.2.2001/101.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laukkanen, J. & Vauhkonen, E. 2012. Ensihoitajien traumaattiset kokemukset. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Loikas, P. 2014. Vuosiraportti Carean ensihoitopalvelun toiminnasta. Saatavissa:

http://www.carea.fi/folders/Files/Esityslistat/vuosi%202014/Liite_nro%201_23_5_2014.pdf [viitattu 25.9.2014].

Nurmi, J. 2005 Improving the response to cardiac arrest. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Saatavissa: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/nurmi2/improvin.pdf> [viitattu 16.2.2015].

Norri-Sederholm, T., Seppälä, J., Kurola, J., Paakkonen, H. & Saranto, K. 2014. Information Categories Used to Create Situational Awareness in Emergency Medical Dispatch: A Scenario-based Study. Springer International Publishing Switzerland 2014, 144-158. Saatavissa:

http://www.researchgate.net/publication/264540764_Information_Categories_Used_to_Create_Situational_Awareness_in_Emergency_Medical_Dispatch_A_Scenario-Based_Study [viitattu 6.3.2015].

Paakkonen, H. & Paakkonen, T. 2012. Stressi ensihoitotyössä. Teoksessa Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H. & Väisänen, O. 2012 Ensihoidon perusteet. 4. painos. Helsinki: Pelastusopisto, Suomen punainen risti, s. 120 - 126.

Raijas, H. 2013. Elvytys Suomessa. Systole 2/2013, s. 46 - 49.

Raportointi. Webropolin internetsivut. Saatavissa:

<http://www.webropol.fi/ratkaisut/raportointi/> [viitattu 3.10.2014].

Seppälä, J. 2012. Hätäkeskustoiminta. Teoksessa Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H. & Väisänen, O. 2012 Ensihoidon perusteet. 4. painos. Helsinki: Pelastusopisto, Suomen punainen risti, s. 25 - 37.

Silfvast, T. & Kinnunen, A. 2012. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H. & Väisänen, O. 2012 Ensihoidon perusteet. 4. painos. Helsinki: Pelastusopisto, Suomen punainen risti, s. 14 - 24.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista 2011/340.

Taghavi, M., Simon, A., Kappus, S., Meyer, N., Lassen, C. L., Klier, T., Ruppert, D. B., Graf, B. M., Hanekop, G. G. & Wiese, C. HR. 2012. Paramedics experiences and expectations concerning advance directives: A prospective, questionnaire-based, bi-centre study. Palliative Medicine 26 7/2012, s. 908 - 916.

Teperi, A-M. 2013. Työssä jaksaminen. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro oy

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Valvira. 2015. Hoitotahto. Saatavissa:

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoitotahto [viitattu 30.3.2015].

Valvira. 2015. Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös). Saatavissa: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoit_o/paatos_elvyttamatta_jattamisesta [viitattu 1.4.2015].

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen toimikunta. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen toimikunnan lausunto 29/05/2002. Saatavissa: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17220&name=DLFE-556.pdf [viitattu 23.9.2014].

Varpula, M., Skrifvars, M. & Varpula, T. 2006. Milloin en yritä elvyttää. Duodecim 2006;122:3010-6 Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96143.pdf> [viitattu 23.9.2014].

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virkkunen, I., Hoppu, S. & Kämäräinen, A. 2011. Sydämenpysähdys sairaalan ulkopuolella. Teoksessa: Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim.

Wall, J. 2014. Ensihoidon palvelukoordinaattori. Kotka. Haastattelu 25.9.2014.

Opinnäytetyön aikataulusuunnitelma

Samuel Tölli ja Vesa-Matti Virtanen EH13S

28.4.2014

Opinnäytetyön aihe: *Ensihoitajien kokemuksia elvytyksestä pidättäytymisestä ja tuloksettomana lopettamisesta*

Toimeksiantaja ja ohjaaja: Carea, Janne Wall

Ohjaava opettaja: Juhani Seppälä

Huhti- Toukokuu 2014

- Hankkeistus sopimukset
- Ideaseminaari ja sitä edeltävät valmistelut
 - Mahdollisesti alustava hahmotelma kyselylomakkeesta
 - Ideaseminaariohjeen mukaan eteneminen
- Muissa ideaseminaareissa käynti mahdollisuuksien mukaan
- Opponointi ideaseminaarissa (opponoivat on)
- Opettajan ohjauksessa käynti
- Tarvittavat yhteydenpidot toimeksiantajaan
- Opinnäytetyöpassin käyttöönotto

Kesäloman aikana

- Teoreettisen aineiston keräämistä (lähdemateriaalit, muut tutkimukset ym.)
- Teoreettisen viitekehityksen tekeminen
- Teorian pohjalta mahdollisesti myös kyselylomakkeen laadintaa

Syys- lokakuussa

- Suunnitelmaseminaareissa käynti
- Oman suunnitelmaseminaarin pitäminen (moodlessa ohjeet)
- Tutkimusluvut!
- Kyselylomakkeen viimeistely
- Opettajan ohjauksessa käynti tarpeen mukaan
- Yhteydenpito toimeksiantajaan tarpeen mukaan

Marras- joulukuu

- Tarvittaessa yleistä pintahiontaa, mutta toinen tekijä on tänä aikana Norjassa vaihdossa ja toisella on myös työharjoittelu, joten työ on periaatteessa tauolla tänä aikana (Norjan vaihto 20.10.2014 - 16.1.2015)

Tammi- Helmikuu

- Kyselylomakkeet kentälle
- Aineiston keruu
- Suunnitelma ja päättöseminaareissa käynti opinnäytetyöpassia varten
- Tarvittavat opettajan ohjauksessa käynnit
- Tarvittava yhteydenpito toimeksiantajaan

Kevät 2015 (toukokuun loppuun mennessä)

- Aineiston käsittely
- Tutkimustulosten analysointi ja kirjaus
- Opinnäytetyön kirjallisen osion hionta päättöseminaaria varten
- Päättöseminanin pitäminen

OPISKELIJA

Opiskelijanumero 1301043	Viralliset etunimet Samuel Jooseppi
Sukunimi Tölli	
Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Sähköposti	Puhelin
Toimipiste ja koulutusohjelma Kotka, Sosiaali- ja terveysala, Ensihoidon koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus Ensihoidon koulutusohjelma, EH13S	

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö Careca	Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö Arija Narinen
Lähiosoite Kotkentie 4	Postinumero ja -toimipaikka 48210 Kotka
Sähköposti	Puhelin

OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

<input type="checkbox"/> Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) Juhani Seppälä
Sähköposti
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) Janne Wall
Sähköposti

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) Ensihoitajien kokemuksia elvytyksestä pidättäytymisestä ja tuloksettomana lopettamisesta.	
Kehittämisen- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) Tavoitteena kerätä ensihoitajien kokemuksia elvytyksen aloittamatta jättämisestä ja tuloksettomana lopettamisesta. Kartoitetaan mahdollista koulutustarvetta aiheesta Carean alueella.	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) Kyselytutkimus kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä käyttäen.	
Opinnäytetyön aloitus Toukokuu 2014	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle Kyllä
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *) <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,
<http://www.tilastokeskus.fi/tii/tkke/kas.html>

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja soveluksiin. Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäviksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIAANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	<i>Kotka</i>	<i>14,5</i>	<i>20</i>	<i>14</i>	<i>Ayakkainen</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS	<i>Kotka</i>	<i>8,5</i>	<i>20</i>	<i>14</i>	<i>S...T...</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS	<i>Kotka</i>	<i>8,5</i>	<i>20</i>	<i>14</i>	<i>Juho...?</i>

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintä varten.

OPISKELIJA

Opiskelijanumero 1301491	Viralliset etunimet Vesa-Matti Kalervo
Sukunimi Virtanen	
Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Sähköposti	Puhelin
Toimipiste ja koulutusohjelma Kotka, Sosiaali- ja terveysala, Ensihoidon koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus Ensihoidon koulutusohjelma, EH13S	

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö Carca	Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö Anja Narinen
Lähiosoite Kotkanhe 4	Postinumero ja -toimipaikka 48210 Kotka
Sähköposti	Puhelin

OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

<input type="checkbox"/> Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) Juhani Seppälä
Sähköposti
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) Janne Wall
Sähköposti

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) Ensihoitajien kokemuksia elvytyksestä pidättäytymisestä ja tuloksettomana lopettamisesta.	
Kehittämis- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) Tavoitteena kerätä ensihoitajien kokemuksia elvytyksen aloittamatta jättämisestä ja tuloksettomana lopettamisesta. Kartoitetaan mahdollista koulutustarvetta aiheesta Carean alueella.	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) Kyselytutkimus kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä käyttäen.	
Opinnäytetyön aloitus Toukokuu 2014	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle Kyllä
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *)	<input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei

*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,
<http://www.tilastokeskus.fi/ti/tk/ke/kas.html>

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin. Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aiheet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIAANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	<u>Kotka</u> <u>14.5</u> <u>2014</u> <u>Aycah Waini</u>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS	<u>Kotka</u> <u>8</u> <u>15</u> <u>2014</u> <u>Vesa-Matti Uu</u>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS	<u>Kotka</u> <u>8</u> <u>15</u> <u>2014</u> <u>Jenna Sipilä</u>

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintä varten.

Hyvä Kymenlaaksossa ensihoitotyötä tekevä henkilö

Olemme ensihoitaja AMK -opiskelijoita Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta ”*ensihoitajien kokemuksia elvytyksestä pidättäytymisestä ja tuloksettomana lopettamisesta*”. Keräämme aineistoa sähköisellä kyselyllä. Opinnäytetyömme toimeksiantajana on Carea ja työelämän ohjaajana toimii Janne Wall. Koululta työmme ohjaavana opettajana toimii Juhani Seppälä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on nimensä mukaisesti selvittää kokemuksia elvytyksestä pidättäytymisestä ja tuloksettomana lopettamisesta ja lisäksi ottaa selvää päätöksentekoa mahdollisesti vaikeuttavista tekijöistä. Aiheeseen liittyy mahdollinen psyykinen kuormittavuus, joten pyrimme myös selvittämään kokemuksia siitä.

Toivomme kyselyyn mahdollisimman paljon vastauksia ja vastaamalla kyselyyn voit olla vaikuttamassa ensihoitotyön kehittämiseen. Kyselyyn vastaaminen on täysin anonyymiä. Kyselyn vastaukset hävitetään opinnäytetyön valmistumisen myötä.

Kysely on internetissä, joten kyselyyn vastaaminen on nopeaa ja helppoa. Voit vastata myös mobiililaitteilla. Mikäli sinulla tulee kysyttävää kyselyyn tai opinnäytetyöhömmme liittyen niin vastaamme mielellämme.

Tästä pääset kyselyyn: *Osoite*

Kiitämme osallistumisestasi!

Samuel Tölli *samuel.tolli@student.kyamk.fi*

Vesa-Matti Virtanen *vesa-matti.virtanen@student.kyamk.fi*

Kyselylomake

1. Työkokemuksesi ensihoidossa

0 – 5 vuotta __ 5 – 10 vuotta __ 10 – 15 vuotta__ yli 15 vuotta__

2. Koulutuksesi:

Ensihoitaja AMK__ Sairaanhoitaja + eh lisäkoulutus__ Sairaanhoitaja __ Lähihoitaja__

Lääkintavahtimestari-sairaankuljettaja__ Pelastaja__ Jokin muu, mikä? _____

3. Sukupuolesi:

Nainen__ Mies__

4. Elvytyksen kuormittavuus	En koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Aina
4.1. Koetko elvytyksestä pidättäytymisen haastavaksi?					
4.2. Koetko elvytyksestä pidättäytymisen psyykkisesti kuormittavaksi?					
4.3. Koetko elvytyksen lopettamisen tuloksettomana haastavaksi?					
4.4. Koetko elvytyksen lopettamisen tuloksettomana psyykkisesti kuormittavaksi?					
4.5. Koetko, että on haastavaa kertoa omaisille elvytyksen lopettamisesta tai pidättäytymisestä?					
4.6. Koetko, että on psyykkisesti kuormittavaa kertoa elvytyksen lopettamisesta tai pidättäytymisestä?					

5. Oletko kokenut joidenkin seuraavista asioista vaikeuttaneen päätösentekoa elvytyksestä pidättäytymisessä tai tuloksettomana lopettamisessa:

	Kyllä	En	Ei kokemusta tilanteesta
5.01. Eloton potilas julkisella paikalla	—	—	—
5.02. Epätyypillinen tilanne	—	—	—
5.03. Potilaan nuori ikä ja odottamaton tilanne	—	—	—
5.04. Monisairas potilas, mutta ei DNR-päätöstä	—	—	—
5.05. Omaisten läsnäolo	—	—	—
5.06. Maallikkoelvytys ennen kohteeseen tuloa	—	—	—
5.07. Epäselvät tausta- tai tapahtumatiedot	—	—	—
5.08. Lääkäriltä ei selkeää kantaa konsultoidessa	—	—	—
5.09. Kokematon työpari	—	—	—
5.10. Riistiriidat päätöksentekijöiden kesken	—	—	—
5.11. Jokin muu, mikä? _____			

6. Oletko kohdannut lasarusilmiötä?

Kyllä__ Vaikuttiko se tilanteen haastavuuteen ja miten?

En __

7. Oletko tarvinut ohjattua psykologista jälkipuintia (debriefing) elvytyksestä pidättäytymisen tai tuloksettomana lopettamisen takia?

Kyllä__kuinka usein?___ En__

8. Oletko tarvinut purkukeskustelua (defusing) välittömästi elvytyksestä pidättäytymisen tai tuloksettomana lopettamisen jälkeen?

Kyllä__kuinka usein?___ En__

9. Koetko, että nykyisistä ohjeistuksista on ollut apua elvytyksestä pidättäytymisessä ja tuloksettomana lopettamisessa?

Kyllä__ En__miksi?_____

10. Koetko tarvitsevasi joitakin seuraavista elvytyksestä pidättäytymiseen tai tuloksettomana lopettamiseen liittyen:

	elvytyksen lopettamiseen	elvytyksestä pidättäytymiseen
9.1 Tarkennusta Käypä hoito -suositukseen	___	___
9.2 Tarkennusta ensihoito-oppaaseen	___	___
9.3 Ohjeistusta ensihoidon vastuulääkäriltä	___	___
9.4 Työpaikkakoulutusta	___	___
9.5 Jotain muuta, mitä?	___	___

11. Millaiseksi koet elvytyksestä pidättäytymisen ja päätöksenteon siitä? Mikä siitä tekee vaativaa tai psyykkisesti kuormittavaa?

12. Millaiseksi koet elvytyksen lopettamisen tuloksettomana ja päätöksenteon siitä? Mikä siitä tekee vaativaa tai psyykkisesti kuormittavaa?

Lupaa opinnäyte- ja tutkimustyöhön ei pääsääntöisesti myönnetä potilaisiin/asiakkaisiin kohdistuviin tutkimuksiin eikä rekisteritutkimuksiin, jotka kohdistuvat salassa pidettäviin potilas/asiakasrekisteritietoihin.

Dnro TUTKIMUS	Päätös § 22 / 20 14
---------------	---------------------

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

1. Opinnäytetyön / tutkimuksen tiedot

Oppilaitos / koulutusohjelma / suuntautumisvaihtoehto Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Ensihoidon koulutusohjelma	Oppilaitoksen osoite Pääskysentie 1, 48220 Kotka
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Ensihoitajien kokemuksia elvytyksestä pidättäytymisestä ja tuloksettomana lopettamisesta.	
Opinnäytetyön / tutkimuksen alkamispvm Toukokuu 2014	Opinnäytetyön / tutkimuksen päättämispvm
Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta (esim. aineiston keruu, kohderyhmä) Kyselylomakkeella Webpropol-ohjelmassa tutkia Kymenlaakson alueella toimivien ensihoitajien kokemuksia elvytyksestä pidättäytymisestä ja lopettamisesta tuloksettomana.	

2. Hakija / hakijat

Opiskelijan / opiskelijoiden nimet	Osoite	Sähköposti	Puhelin
Vesa-Matti Virtanen	Huvipurenttie 1 A 2, 48210	vesa- matti.virtanen@stu dent.kyamk.fi	0443131248
Samuel Tölli		samuel.tolli@stude nt.kyamk.fi	0451145790

3. Opinnäytetyön / tutkimuksen kustannuksista vastaava

<input checked="" type="checkbox"/> x opiskelija / tutkija	<input type="checkbox"/> vastuuyksikkö, josta sovittu (pvm ja nimi) kanssa (hankesopimus liitteenä)
<input type="checkbox"/> joku muu, mikä	

4. Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi

--

CAREA – KYMENLAAKSON SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

**Kuntayhtymän
johto**
Kotkantie 41
48210 Kotka
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 5909
Y-tunnus 0725901-5

**Kymenlaakson
keskussairaala**
Kotkantie 41
48210 Kotka
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 5514
kirjaamo@carea.fi

**Kymenlaakson
psykiatrinen sairaala**
Sairaalanukuja 3 D
45750 Sairaalamäki
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 2708
www.carea.fi

Sosiaalipalvelut
Kehitysvammaisten erityishuolto
Pohjankorventie 19
45740 Kuusankoski
Puh. 020 615 9000
Fax 020 615 9004

<input checked="" type="checkbox"/> Oppinnäytetyön tiivistelmä toimitetaan luvan myöntäjälle sähköisesti/paperiversiona	<input checked="" type="checkbox"/> Oppinnäytetyö / raportti toimitetaan työelämän yhdyshenkilölle sähköisesti/paperiversiona
<input type="checkbox"/> Oppinnäytetyöstä / raportista pidetään osastokokous / koulutus / muu	Jokin muu tapa, mikä
Oppinnäytetyön tekijällä on oppinnäytetyöhönsä tekijänoikeus, mikäli hankkeistamissopimuksessa ei toisin sovita. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä saa oppinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota.	

5. Allekirjoitukset**Oppilaitos**

Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Puhelin / sähköposti

Juhani Seppälä
Juhani Seppälä

Juhani.seppälä@kyama.fi

Vastuuyksikkö

Yhteyshenkilön/työelämäohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Puhelin / sähköposti

Janne Wall
Janne Wall

Janne.Wall@carea.fi

Osastonhoitajan / esimiehen allekirjoitus ja nimenselvennys

Puhelin / sähköposti

Pvm sekä hakijan tai ryhmästä yhden henkilön allekirjoitus ja nimenselvennys

2-12-2014 *U-Matti Virtanen* *VESSI-MATTI VIRTANEN*

6. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös Myönnetty lupa oppinnäyte- / tutkimustyöhön hakemuksen mukaisesti Lupa edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyn Pyydetään tarkennusta / lisäselvityksiä Hakemus hylätty

Perustelut / pyydettävät lisäselvitykset

Aika ja paikka

Kotka 16.12.2014

Allekirjoitus ja nimenselvennys, arvo / tehtävänimike

Seppälä

Yksikkö- ja yhteystiedot

F22/14

Pyydetty lisäselvitykset toimitettu: aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimen selvennys, arvo / tehtävänimike

CAREA – KYMENLAAKSON SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ**Kuntayhtymän johto**

Kotkantie 41
48210 Kotka
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 5909
Y-tunnus 0725901-5

Kymenlaakson keskussairaala

Kotkantie 41
48210 Kotka
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 5514
kirjaamo@carea.fi

Kymenlaakson psykiatrinen sairaala

Sairaalamäki 3 D
45750 Sairaalamäki
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 2708
www.carea.fi

Sosiaalipalvelut

Kehitysvammaisten erityishuolto
Pohjankorventie 19
45740 Kuusankoski
Puh. 020 615 9000
Fax 020 615 9004

Yksikkö ja yhteystiedot

7. Liitteet

- Tutkimussuunnitelma (hyväksyty oppilaitoksessa)
- Hankkeistamissopimus
- Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta
- Muut liitteet, mitkä:

Kopio myönnetystä luvasta:

- opetuksesta vastaavalle osastonhoitajalle ja työelämän yhteyshenkilölle

CAREA – KYMENLAAKSON SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

Kuntayhtymän johto
Kotkantie 41
48210 Kotka
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 5909
Y-tunnus 0725901-5

Kymenlaakson keskussairaala
Kotkantie 41
48210 Kotka
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 5514
kirjaamo@carea.fi

Kymenlaakson psykiatrinen sairaala
Sairaalanukuja 3 D
45750 Sairaalamäki
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 2708
www.carea.fi

Sosiaalipalvelut
Kehitysvammaisten erityishuolto
Pohjankorventie 19
45740 Kuusankoski
Puh. 020 615 9000
Fax 020 615 9004

Tutkimukset nimi, tekijä ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Tutkimustulokset
<p>Ensihoitotyön psyykinen kuormittavuus ja työssä jaksaminen Päijät-Hämeen pelastuslaitoksella.</p> <p>Koponen, S. & Nieminen, P. 2011.</p> <p>Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.</p>	<p>-miten ensihoitotyö kuormittaa psyykkisesti ensihoitajia, millaiset keinot auttavat heitä jaksamaan työssään</p> <p>-kuinka työnantaja voisi parantaa ensihoitajien hyvinvointia</p>	<p>-kyselytutkimus</p> <p>-kvantitatiivinen</p> <p>-myös avoimia kysymyksiä</p>	<p>-ensihoitotyön kuormittavia tekijöitä yleiseltä tasolta (esim. kiireinen työaika, hoitotason testaukset ym.)</p> <p>-ensihoitajien psyykkiset haitalliset kuormitustekijät ovat ennemminkin työyhteisön sisäisiä ja organisaatiosta johtuvia kuin itse ensihoitotyöstä lähtöisin olevia asioita.</p>
<p>Ensihoitajien traumaattiset kokemukset.</p> <p>Laukkanen, J & Vauhkonen, E. 2012.</p> <p>Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.</p>	<p>-ensihoitajien kriisiavun tarpeellisuus henkisesti kuormittavien ensihoitotehtävien jälkeen</p> <p>-ensihoitajien työssä jaksaminen</p>	<p>-kvalitatiivinen</p>	<p>-kuormittavimpina tehtävinä koettiin lapsiin kohdistuvat tehtävät sekä suuronnettomuudet</p> <p>-kriisiapua toivottiin matalalla kynnyksellä ja päivystysluontoisesti</p> <p>-kriisiapua saatu vähän suhteessa työkokemukseen</p> <p>-kriisiapua olisi hyvä olla saatavilla ensihoitajien työssä jaksamisen kannalta</p>
<p>Improving the response to cardiac arrest.</p> <p>Nurmi, J. 2005</p> <p>Väitöskirja. Helsingin yliopisto.</p>	<p>-mahdollisuudet parantaa sydänpysähdysten tuloksia koko organisaatiossa nopealla defibrillaatiolla, varhaisella ennakoivien merkkien tunnistamisella sekä kansallisilla elvytysohjeilla.</p>	<p>-koostu kuudesta tutkimuksesta</p> <p>-havainnointitutkimus</p> <p>-satunnaistettu havainnointi</p> <p>-kontrolloitu tutkimus, tavoitteellinen strukturoitu kliininen tutkimus</p> <p>-retrospektiivinen tutkimus</p> <p>-poikittaistutkimus</p> <p>postikyselynä</p>	<p>-defibrillaatioelektrodien sijoituspaikkaa korostettava koulutuksessa</p> <p>-sydänpysähdystä ennakoivia merkkejä nähtävissä usein ennen sydänpysähdystä, mutta toimet riittämättömiä</p> <p>-useissa sairaaloissa nopean defibrillaation käytäntö, mutta terveyskeskuksissa harvinaisempi</p>