

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Ensihoidon koulutusohjelma

Minna Sanamäki

ENSIHOITAJIEN KOKEMUKSIA AMMATILLISEN OSAAMISEN RIITTÄVYY-
DESTÄ ITSETUHOISEN POTILAAN KOHTAAMISESSA

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Ensihoidon koulutusohjelma

SANAMÄKI, MINNA

Ensihoitajien kokemuksia ammatillisen osaamisen riittä-
vyydestä itsetuhoisen potilaan kohtaamisessa

Opinnäytetyö

47 sivua + 6 liitesivua

Työn ohjaaja

Terhi Hede THM / MNSc

Toimeksiantaja

Kymenlaakson pelastuslaitos

Huhtikuu 2014

Avainsanat

ensihoito, itsetuhoisuus, ammattitaito

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hanketyönä Kymenlaakson pelastuslaitoksen ensihoitajien (AMK) kokemuksia ammatillisen osaamisen riittävydestä ja työn haasteista kohdatessa itsetuhoisen potilas sairaankuljetuksessa. Työn tarkoituksena oli selvittää myös, ovatko ensihoitajat kokeneet tarvetta jälkipuintiin itsetuhoisten potilaiden kohtaamisen jälkeen sekä tietävätkö he, miten jälkipuinti on omalla työpaikalla järjestetty. Lisäksi halusin selvittää, kokevatko ensihoitajat saaneensa riittävät valmiudet itsetuhoisten potilaiden hoitamiseen ensihoitaja AMK -koulutuksessa.

Opinnäytetyössä käytettiin kartoittavaa kyselyä tutkimuksen alkuvaiheessa kartoittamaan ja keräämään haastatteluihin valittavat henkilöt. Tutkimustehtävien selvittämiseen käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelujen avulla viiden teeman mukaisesti. Tutkimusaineisto analysointiin sisällönanalyysillä käyttäen deduktiivista lähestymistapaa.

Tutkimuksen mukaan ensihoitajat kokivat ammatillisen osaamisen riittäväksi itsetuhoisia potilaita kohdattaessa. Ensihoidossa ei ole aikaa, eikä välttämättä syytäkään puuttua potilaan psyykkisiin ongelmiin. Suurimmaksi haasteeksi koettiin päihtyneet ja huomionhakuiset potilaat, joiden itsetuhoisuus jatkuu lukuisista terveydenhuollon kontakteista huolimatta. Varsinaista tarvetta jälkipuintiin eivät ensihoitajat ole kokeneet. Asioista keskustellaan työparin kanssa keikkojen jälkeen. Kaikille tutkimukseen osallistuneille oli selvää, miten jälkipuinti on omalla työpaikalla järjestetty. Tutkimuksen mukaan ensihoitaja AMK -koulutuksessa on niukasti teoriaopintoja itsetuhoisen potilaan kohtaamiseen liittyen, mutta psykiatrisen hoitotyön työharjoittelujaksoa pidettiin hyvin tärkeänä. Jatkotutkimusehdotuksena voisi olla esimerkiksi koulutuksen järjestäminen, jossa käsiteltäisiin tässä työssä ilmenneiden itsetuhoisen potilaan kohtaamiseen liittyvien haasteiden aiheita.

ABSTRACT

KYMENLAAKSO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Emergency Care

SANAMÄKI, MINNA

Paramedics' Appraisals of Their Professional Skills in
Context of Working with Suicidal Patients

Bachelor's Thesis

47 pages + 6 pages of appendices

Supervisor

Terhi Hede, THM / MNSc

Commissioned by

Kymenlaakso Rescue Department

April 2014

Keywords

pre-hospital care, suicidality, professional skills

The research describes the assessments by Kymenlaakso Rescue Department paramedics (trained at the university of applied sciences) of their own professional skills for working with suicidal patients as project work. The thesis also investigates need experienced by these paramedics for counselling after encounters with suicidal patients, and their experiences of the counselling provided at their place of work. A further aim was to determine whether the paramedics considered their formal studies to have given them sufficient skills for working with suicidal patients.

An exploratory questionnaire was distributed at the beginning of the study to select and gather information on the persons to be interviewed for the thesis. A qualitative research method was used to investigate the research tasks. Research material was collected based on thematic interviews using five themes, and was deductively analysed through content analysis.

The main finding of the study is that the paramedics generally find their professional skills to be adequate for helping suicidal patients. This assessment is based on the paramedics' own observation that they typically have neither the time, nor necessarily even the need, to deal with the psychic problems of the patient in the course of providing ambulance services. The respondents said they experienced most difficulty in working with attention-seeking patients, whose suicidality continues despite several healthcare contacts. The paramedics felt no real need for counselling; typically, rescue situations are discussed and weighed up afterwards between working pairs. All participants were well informed of the counselling services available at their workplace. Based on the study, the paramedic degree programme includes little theoretic information for encountering suicidal patients, but the training in psychiatric care was considered highly important. Suggested topics for further study include organization of training on problems discovered during this study.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	ENSIHOITO	7
	2.1 Ensihoidon, sairaankuljetuksen ja ensihoitohenkilöstön määrittely	7
	2.2 Ensihoitojärjestelmä Kymenlaakson pelastuslaitoksella	10
3	ITSETUHOISUUDEN KOHTAAMINEN HOITOTYÖSSÄ	10
	3.1 Itsetuhokäyttäytymisen määrittelyä	10
	3.2 Itsemurhien yleisyys ja esiintyvyys	12
	3.3 Itsemurhaa ennakoivat merkit ja riskitekijät	12
	3.4 Itsemurhassa käytettävät menetelmät	13
4	AMMATTITAITO ITSETUHOISEN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ	13
	4.1 Itsetuhoisen potilaan ammatillisen kohtaamisen tietoperusta	13
	4.2 Psykkinen kriisi	15
	4.3 Itsetuhoisen potilaan ammatillinen kohtaaminen	16
	4.4 Ammattitaidon ylläpito ja jälkipuinti	19
	4.4.1 Työnohjaus	19
	4.4.2 Debriefing	20
	4.4.3 Defusing	21
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	22
6	AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	23
7	TUTKIMUSOSA	25
	7.1 Kartoittava kysely	25
	7.2 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	28
	7.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä	29
	7.4 Teemahaastatteluaineiston analyysi ja tulkinta	31
	7.5 Opinnäytetyöprosessin kulku ja aikataulus	32
8	TEEMAHAASTATTELUN TUTKIMUSTULOKSET	34

8.1	Ensihoitajien ammatillisen osaamisen riittävyys kohdatessa itsetuhoisen potilas sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.	34
8.2	Itsetuhoisen potilaan kohtaamiseen liittyvät haasteet.	34
8.3	Jälkipuintitarve itsetuhoisten potilaiden kohtaamisen jälkeen.	36
8.4	Kymenlaakson pelastuslaitoksen järjestämä jälkipuintimahdollisuus.	36
8.5	Ensihoitaja AMK -koulutuksen sisältämän opetuksen riittävyys liittyen itsetuhoisten potilaiden kohtaamiseen.	36
9	POHDINTA	38
9.1	Tutkimustulosten tarkastelu	38
9.2	Työn luotettavuus	42
9.3	Työn eettisyys	45
9.4	Työn hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	46
	LÄHTEET	48
	LIITTEET	
	Liite 1. Tutkimuslupa	
	Liite 2. Kyselylomake	
	Liite 3. Saatekirje	
	Liite 4. Teemat	
	Liite 5. Sopimus opinnäytetyöstä	

1 JOHDANTO

Noin 44 ihmistä 100 000 suomalaisesta yrittää itsemurhaa ja joutuu tämän seurauksena sairaalahoitoon. Joka vuosi Suomessa itsemurhaa yrittää 2000–2400 ihmistä. Heistä joka kolmas yrittää itsemurhaa uudelleen ja joka kymmenes onnistuu yrityksessään. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.) Itsemurha kuolinsyynä on erityisasemassa, koska se kuormittaa psyykkisesti omaisia, työkavereita ja erityisesti myös hoitohenkilökuntaa enemmän kuin kuolintapaukset yleensä. Terveydenhuollon ja terveystieteiden etiikassa on käytössä periaate, jonka mukaan itsemurha tulisi aina pyrkiä ehkäisemään. (Lönnqvist 2005.)

Sairaanhoitajien koulutuksessa ei sinänsä opeteta valmiuksia järkytyksen kokeneen yksilön kohtaamiseen. Hoitajan ja potilaan tai hoitajan ja omaisen välinen vuorovaikutussuhde joudutaan luomaan nopeasti kiireisessä ympäristössä. Omaiset saattavat käyttäytyä syyttelevästi hoitohenkilökuntaa kohtaan varsinkin silloin, kun potilaan hyväksi ei ole enää mitään tehtävissä. Rankoissa potilastapauksissa myös hoitajat itse ovat alttiita traumatisoitumiselle. (Ranta 2013, 32–33.)

Ensihoitohenkilöstö joutuu alttiiksi pelastustilanteissa usein voimakkaille tunnevaikutelmille, koska he eivät välttämättä saa tietoa edessä olevasta tilanteesta riittävästi. Kokemukset saattavat olla vähintään yhtä voimakkaita kuin uhrienkin. Useat auttajat ovat kertoneet, että ainoa tapa suhtautua näihin työtehtäviin on etäännyttää tunteet eli asettua niin sanottuun epätodelliseen olotilaan itseä suojellakseen. Tunnereaktioiden välttäminen voi kuitenkin olla vaikeaa. Tunteet voi olla niin voimakkaita, että auttaja on tilapäisesti toimintakyvytön eikä pysty luomaan yhteyttä potilaaseen tai hänen omaisiin. Pelastushenkilöstöllä saattaa esiintyä jopa samanlaista ahdistusta kuin potilaalla tai omaisilla. (Hammarlund 2001, 178–179.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa työskenteleviä ensihoitajia haastatteleamalla selvittää, miten ensihoitajat kokevat ammatillisen osaamisen riittävyyden kohdatessa itsetuhoisen potilas ja millaisia haasteita näihin kohtaamisiin liittyy. Tavoitteena oli myös selvittää, ovatko ensihoitajat kokeneet tarvetta jälkipuintiin itsetuhoisuustapausten jälkeen ja tietävätkö he, miten jälkipuinti on omalla työpaikalla järjestetty. Lisäksi halusin selvittää, antaako haastateltavien mielestä ensihoitaja AMK -koulutus riittävän pohjan ammattitaidolle itsetuhoisten potilaiden kohtaamiseen. Työelämän yhteistyötahona toimi hankkeen tilaaja Kymenlaakson pe-

lastuslaitos, jonka tarkoituksena on hyödyntää tämän opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

2 ENSIHOITO

2.1 Ensihoidon, sairaankuljetuksen ja ensihoitohenkilöstön määrittely

Määtän (2009, 24) mukaan ensihoitopalvelu on terveydenhuollon päivystystoimintaa, jonka perustehtävä on turvata äkillisesti sairastuneen ja onnettomuuden uhrin korkeatasoinen hoito tapahtumapaikalla, sairaankuljetuksen aikana ja sairaalassa. Sairaalan ulkopuolinen ensihoito on lääkinällistä pelastustoimintaa, jota toimintaympäristönsä, arvojen ja luonteensa sekä yllätyksellisyytensä vuoksi voidaan verrata perinteisiin palo- ja pelastustoimen turvallisuuspalveluihin. Tässä opinnäytetyössä käsitellään ainoastaan sairaalan ulkopuolista ensihoitoa.

Ensihoito määritellään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta (340/2011) asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön tekemäksi tilannearvioksi ja hänen antamukseen välittömäksi hoidoksi, jolla sairastuneen tai vammautuneen potilaan elintoiminnot pyritään käynnistämään, ylläpitämään ja turvaamaan tai terveydentilaa pyritään parantamaan perusvälineillä, lääkkeillä tai muilla hoitotoimenpiteillä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.)

Sairaankuljetuksella tarkoitetaan Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoitopalveluasetuksen (340/2011) mukaan ammattimaista asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilökunnan toimesta tapahtuvaa henkilökuljetusta sairaankuljetusajoneuvolla tai erityisajoneuvolla ja ennen kuljetusta tai kuljetuksen aikana annettavaa ensihoitoa, joka johdetaan sairaudesta, vammautumisesta tai muusta hätätilanteesta. Sairaankuljetus jaetaan lisäksi kahteen toiminnalliseen tasoon. Perustason sairaankuljetuksella tarkoitetaan hoitoa ja kuljetusta, jossa on riittävät valmiudet valvoa potilasta ja huolehtia hänestä siten, ettei hänen tilansa kuljetuksen aikana odottamatta huonene, ja mahdollisuudet aloittaa yksinkertaiset henkeä pelastavat toimenpiteet. Hoitotason sairaankuljetuksella tarkoitetaan valmiutta aloittaa potilaan hoito tehostetun hoidon tasolla ja toteuttaa kuljetus siten, että potilaan elintoiminnot voidaan turvata. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.)

Kinnusen (2002, 8) mukaan ensihoitopalveluiden perusajatus perustuu siihen, että äkillisesti sairastuneiden hoito pyritään aloittamaan niin ajoissa, että potilas mahdollisimman usein voi palata sairastumista edeltäneeseen elämäntilanteeseensa. Toissijainen tarkoitus on ohjata potilaat käyttämään oikein terveydenhuollon päivystyspalveluja.

Sairaankuljetusta ja ensihoitoa ohjaa lainsäädäntö. Sairaankuljetus, ensihoito ja lääkinnällinen pelastustoimi ovat terveydenhuollon palveluita. Ne on määritelty terveydenhuoltolaissa (30.12.2010/1326) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta (340/2011). Ensihoito ja sairaankuljetus ovat kunnallista sairaanhoitoa sekä sairaanhoitopiirin ylläpitämää hoitoa. Terveydenhuoltolain 39. § mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee järjestää sairaankuljetus sekä järjestää ja ylläpitää lääkinnällinen pelastustoimi sekä paikallisiin olosuhteisiin nähden tarvittava sairaankuljetusvalmius. Kunta tai kuntayhtymä voi järjestää palvelut omana toimintanaan tai antaa ne toisen kunnallisen viraston, tavallisimmin pelastuslaitoksen tai yksityisen sairaankuljetusyrityksen järjestettäväksi. Erikoissairaanhoidon tulee järjestää ja huolehtia alueensa koulutus-, kehittämis- ja ohjaustoiminnasta. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) korostaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja tietosuojaa. Lisäksi laki takaa jokaiselle ihmiselle oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Jokaista potilasta tulee kohdella ihmisarvoa, vakaumusta sekä yksityisyyttä kunnioittaen sekä laissa korostuu perusteellinen harkinta, kirjaaminen ja konsultaation merkitys. Laissa määritellään tarkasti myös potilastietojen luovuttaminen eri viranomaisille, kuten poliisille. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 2. luku.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) takaa potilasturvallisuuden ja edistää terveydenhuollon laatua. Laki määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilöiden edellyttämän koulutuksen, muun riittävän ammatillisen pätevyyden ja ammatti-toiminnan edellyttämät muut valmiudet. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 1.–2. §.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (340/2011) ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määrittelevät ne henkilöt, jotka voivat toimia sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Sosiaali- ja terveysministeriön ensihoito-

palveluasetuksen (340/2011) mukaan ensihoitoa ja sairaankuljetusta saa suorittaa asianmukaisen koulutuksen saanut henkilö. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) takaa potilasturvallisuuden sekä terveydenhuollon palvelujen laadun. Lais- sa määritellään laillistetut ammattihenkilöt, luvan saaneet ammattihenkilöt sekä nimi- kesuojatut ammattihenkilöt. Laillistetulla ammattihenkilöllä on oikeus ammatin har- joittamiseen, luvan saaneilla ammattihenkilöillä vastaavasti lupa ammatinharjoittami- seen ja nimikesuojatut ammattihenkilöt ovat oikeutettuja käyttämään asetuksella sää- dettyä terveydenhuollon ammattinimikettä. Nämä ammattihenkilöt ovat oikeutettuja toimimaan asianomaisessa ammatissaan ja käyttämään ammattinimikkeitä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (340/2011), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 1.–2. §.)

Sairaankuljetuksessa ja ensihoidossa työskenteleviä ammattiryhmiä voivat olla lääkintävahtimestari-sairaankuljettajat, palomies-sairaankuljettajat, pelastajat, ensihoitoon suuntautuneet lähihoitajat, sairaanhoitajat, sairaanhoitajat AMK, ensihoitajat AMK sekä lääkärit. (Kinnunen 2002, 12.) Syksyllä 1998 Suomessa aloitettiin ensimmäinen 240 opintoviikon laajuinen, ammattikorkeakoulutasoinen ensihoitajakoulutus, joka kestää 4 vuotta. Ammattikorkeakoulun ensihoitajatutkintoa ei ole vielä kukaan hyväksyt- ty terveydenhuollon ammattitutkinnoksi. Tästä syystä ensihoitajaopiskelijat joutuvat suorittamaan myös sairaanhoitajatutkinnon, jotta he saavat terveydenhuollon tutkin- non. AMK sairaanhoitajatutkinnosta poiketen valmistuvat ensihoitajat suorittavat alu- eellisen tai valtakunnallisen tasotestin eli näyttökokeen. Ne soveltavat kuitenkin vain osaamisen vähimmäistason toteamiseen, joten alue-, kunta- tai yksikkökohtaiset näyt- tökokeet ovat myös tarpeen. AMK ensihoitajat voivat hakeutua myös suorittamaan ensihoidon erikoistumisopintoja ja ammattikorkeakoulun jatkotutkintoa. (Määttä 2009, 36–37.)

Tässä opinnäytetyössä kartoittavaan kyselyyn osallistui useita eri terveydenhuollon ammattitutkinnon omaavia henkilöitä, kuten ensihoitaja AMK, sairaanhoitaja AMK, sairaanhoitaja, lähihoitaja, palomies-sairaankuljettaja, pelastaja ja lääkintävahtimesta- ri-sairaankuljettaja. Osalla heistä on useita eri edellä mainituista ammattitutkinnoista. Teemahaastatteluun osallistui ainoastaan ensihoitaja AMK -tutkinnon suorittaneita henkilöitä.

2.2 Ensihoitojärjestelmä Kymenlaakson pelastuslaitoksella

Kymenlaakson pelastuslaitos tuottaa ensihoitopalveluja Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (Carean) kuntien alueella toiminnasta sovittujen sopimusten mukaisesti. Ensihoitopalveluja tuotetaan Kotkan, Haminan ja Kouvolan toimipisteissä. Ensihoitopalvelut muodostuvat ensivaste-, perustason- ja hoitotason ensihoidosta. Kymenlaakson pelastuslaitoksella toimii ensihoidon kenttäjohtajat Kotkan ja Kouvolan toimipisteissä. Heidän tehtäviään ovat esimerkiksi henkilöstöresursseista ja ensihoitoyksiköiden valmiuksista huolehtiminen. (Kymenlaakson pelastuslaitos 2013.) Kymenlaakson pelastuslaitoksen ambulansseissa työskentelee keskimäärin 30 vakituista terveydenhuoltoalan ammattitutkinnon suorittanutta ensihoitajaa sekä heidän lisäksi 5–10 sijaista (Hjelt 20.9.2013.)

3 ITSETUHOISUUDEN KOHTAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

3.1 Itsetuhokäyttäytymisen määrittelyä

Itsemurha tarkoittaa tarkoituksellista itsensä surmaamista, johon liittyy selkeästi suunnitelma ja kuolemanhakuisuus. Itsemurhista erotetaan toisistaan varsinaiset itsemurhat, itsemurhayritykset ja itsemurha-ajatukset tai -uhkailut. Itsemurhayrityksestä, jossa ihmisen tarkoitus ei alun perinkään ole riistää henkeään itseltään, käytetään nimitystä itsemurhadekonstruaatio. Ne luetaan kuitenkin osaksi epäsuoraa itsetuhokäyttäytymistä. (Toivio & Nordling 2013, 216.) Suoraa itsetuhoisuutta ovat itsetuhoajatukset, itsemurhayritykset ja itsemurhat (Lönnqvist 2009). Tässä opinnäytetyössä pääpaino on itsetuhoisen potilaan kohtaamisessa.

Itsetuhokäyttäytyminen voi ilmetä monenlaisessa muodossa. Se voi olla tahallista itsensä satuttamista tai vahingoittamista (esimerkiksi viiltely), jatkuvaa tarpeetonta riskinottoa liikenteessä, päihteiden liikkakäyttöä, vaarallisia harrastuksia, fyysisen hoidon laiminlyöntiä tai oman terveyden kohtuutonta rasittamista. Joskus voi olla hankalaa selvittää, onko jossakin tapahtumassa ollut kyse halusta kuolla vai ei. Yleisesti länsimaissa itsemurhaa ei pidetä syntinä eikä rikoksena vaan inhimillisenä murhenäytelmänä, joka on viime kädessä itsemurhan tehneen oma ratkaisu. Tavallisesti itsemurha on pitemmän ajan kuluessa tapahtuneen yhä pahentuneen toivottomuuden kierteen seurausta. (Toivio & Nordling 2013, 216, 218.)

Itsetuhoisuutta pidetään usein mielenterveydellisen ongelman tai sairauden oireena. Se voidaan kuitenkin ymmärtää myös normaalina puolustusreaktiona erilaisiin stressin ja kuormittumisen muotoihin. Ihmisen voivat joskus vallata ja musertaa äkilliset ja voimakkaat emotionaaliset tunteet ja voimat. Tällaisia tapauksia ovat esimerkiksi äkillinen stressireaktio. (Beskow 2011, 17.)

Viime vuosikymmenen aikana on alettu tutkimaan itsetuhoisuuden prosessia laajemmalti. Itsemurhien estämiseksi tehdään paljon tutkimustyötä ja edelleen on seikkoja, joita tutkijat eivät ole ymmärtäneet. Tällä hetkellä itsetuhoisuus voidaan nähdä monesta eri perspektiivistä. Itsemurhan ajattelu on normaali prosessi, johon moni ihminen ajautuu jossain vaiheessa elämää eikä se silti johda itsetuhoisuuteen. Itsemurhan ajattelu voi olla elämäntilannetta helpottavaa. Jos ajatukset ovat täynnä ahdistusta, masennusta ja toivottomuutta, saattaa itsemurhan ajattelu muuttaa tilanteen parempaan. Tällöin ihminen voi herätä ajattelemaan, että on aika ottaa uusia askelia parempaan, koska mielessä kävivät itsetuhoisuuden ajatukset. Toisaalta itsemurhan ajattelu on aina viesti. Se voi olla tärkeä viesti ihmishengen pelastamiseksi, koska tilanne voi lopulta johtaa itsemurhaan. Itsemurhan ajattelu on kuitenkin aina vaarallista, koska ongelmien syventyessä tilanne voi johtaa itse aiheutettuun kuolemaan. Psykiatrisen hoitotyön kannalta itsetuhoisuus on oire, joka viittaa mielenterveydelliseen ongelmaan. Psykiatrisen hoitotyön tehtävänä onkin tunnistaa ja hoitaa näitä oireita ja sitä kautta ehkäistä itsemurhia. (Beskow ym. 2010, 37–38.)

Järvisen (1994) tekemän tutkimuksen mukaan itsemurha voidaan tehdä myös koston tarkoituksessa ja tällöin se tehdään läheisten ihmisten rankaisemiksi. Kosto perustuu siihen, että läheiset joutuvat syyllisyyden ja katumuksen valtaan. Tällöin itsetuhoisuutta voidaan pitää vallankäytön välineenä. Näihin tekoihin sortuvat usein psykiksellä rakenteeltaan heikot, usein nuoret ihmiset, jotka eivät ehkä tajua teon lopullisuutta. Itsemurha saattaa tapahtua myös vahingossa, vaikkei tarkoitus ollut kuin mahdollisesti hakea huomiota ja apua tilanteeseen. Näissä tapauksissa alkoholilla, huumeilla ja lääkkeillä on merkittävä osuus, koska itsetuhoiset impulssit saattavat tällöin mennä tietoisien kontrollin ohi. (Järvinen 1994, 32.)

Nissilän (1995) tekemän tutkimuksen mukaan itsemurha ei ole vain teko. Se on prosessi, jota on katsottava kunkin henkilön elämänhistoriaa peilaten ja nähtävä se moni-

muotoisena tapahtumana, joka syntyy yleensä ongelmien kasaantuessa ja jonkin laukaisevan tekijän vaikutuksesta. (Nissilä 1995, 28.)

3.2 Itsemurhien yleisyys ja esiintyvyys

Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan itsemurhan tekee joka vuosi yli miljoona ihmistä, mikä on reilusti suurempi määrä kuin sotien ja väkivaltarikosten seurauksena kuolleiden lukumäärä yleensä. Itsemurhiin liittyvät menetykset ja kärsimykset aiheuttavat näin ollen merkittävän kansanterveysongelman. Suhteellisesti eniten itsemurhia tehdään Euroopassa ja Australiassa ja synkimmät tilastot ovat Liettuassa ja Venäjällä. Vähiten itsemurhia esiintyy Väli- ja Keski-Amerikassa. Afrikan maista tilastoja ei ole saatavilla. Suomessa itsemurhia tehdään enemmän kuin Ruotsissa tai muissa Pohjoismaissa. Suomessa korostuu erityisesti nuorten miesten itsemurhakuolleisuus, sillä Suomessa 20–34-vuotiaiden miesten yleisin kuolinsyy on itsemurha. Kansainvälisesti miesten itsemurhariski on suurimmillaan 41–45 ikävuoden välillä sekä yli 75-vuotiailla. Naisilla vastaava riski on 46–50-vuotiailla. Monissa maissa vanhusten itsemurhakuolleisuus on suuri, mutta itsemurhien kokonaismäärän kasvu selittyy kuitenkin suurelta osin nuorten miesten itsemurhien lisääntymisellä. (Toivio & Nordling 2013, 218–219.)

Suomessa itsemurhamäärät ovat olleet kasvussa sotien jälkeen aina vuoteen 1990 asti, jolloin itsemurhamäärissä koettiin huippu (yli 1500 itsemurhaa). Tämän jälkeen itsemurhamäärät ovat olleet hiljalleen laskussa. Vuoteen 2010 mennessä itsemurhat ovat vähentyneet noin 40 %. Myöskin ero itsemurhien suhteellisessa määrässä sukupuolien välillä on tasoittunut. Edelleenkin miesten osuus itsemurhien määrissä on kuitenkin yli kolme kertaa suurempi kuin naisten. Synkimmät tilastot Suomessa löytyy Lapin, Kainuun ja Pohjois-Karjalan alueilta ja parhain tilanne on Pohjanmaalla, Keski-Pohjanmaalla ja Ahvenanmaalla. Miesten itsemurhat ovat yleisempiä idässä ja pohjoisessa ja naisten osuus on suurin Etelä-Suomessa. (Toivio & Nordling 2013, 220.)

3.3 Itsemurhaa ennakoivat merkit ja riskitekijät

Yleisesti itsemurhariskiä suurentavat tekijät perustuvat kansainvälisiin itsemurhatilastoihin. Tilastojen perusteella voidaan saada viitteitä siitä, minkälaisissa ihmisryhmissä itsemurha-alttius ja riski on todennäköisempää kuin muissa ihmisryhmissä. Itsetuhoisuutta esiintyy enemmän miehillä kuin naisilla. Yli 45-vuotiaat ja eronneet sekä lesket

ovat alttiimpia itsetuhoiselle käyttäytymiselle. Lisäksi itsemurhariski on suurempi masentuneilla, pitkäaikaisen alkoholin tai huumeiden käytön seurauksena sekä vakavasti sairailta. Riskiä nostavat myös skitsofrenia sekä aiemmat itsemurhayritykset tai jomman kumman vanhemman itsemurha. (Toivio & Nordling 2013, 223.)

3.4 Itsemurhassa käytettävät menetelmät

Itsemurhien tekotavoissa on eroja sukupuolten välillä. Suomessa miesten yleisimmät itsemurhamenetelmät ovat vuosina 1979–1998 koottujen tilastojen mukaan hirttäytyminen (35 %), ampuma-aseiden käyttö (27 %) sekä myrkyttäytyminen (15 %). Naisien yleisin menetelmä oli myrkyttäytymien (39 %) sekä hirttäytyminen (24 %) ja hukuttautuminen (15 %). Vuonna 2009 Suomessa kuoli 181 henkilöä ampuma-aseella tehtyyn itsemurhaan. Heistä 96 % oli miehiä. Lisäksi ampuma-aseella tehdyt itsemurhat ovat Suomessa paljon yleisempiä kuin muissa pohjoismaissa. Suomessa tapahtuu vuosittain noin 20 itsemurhakolaria. Lisäksi 50–60 heittäytyy junan tai rekka-auton eteen. (Toivio & Nordling 2013, 220.)

4 AMMATTITAITO ITSETUHOISEN POTILAAN HOITOTYÖSSÄ

4.1 Itsetuhoisen potilaan ammatillisen kohtaamisen tietoperusta

Jotta ensihoitaja voi saada tai ottaa vastuuta, hänellä täytyy olla kyky toimia. Toimintakyvyn taustalla tulee olla riittävät tiedot ja taidot ja toiminnan tulee perustua yhteisesti hyväksytyihin arvoihin. Edellä mainittujen taustalla tulee olla muodollinen valta tai laillinen oikeus toteuttaa annettua vastuuta. Koulutuksessa saadun teoretian ja opittujen taitojen mukaisesti ensihoitaja tekee oman vastuualueensa mukaista työtä ja vastaa toiminnastaan ja toiminnan tuloksista potilaille, omaisille, kollegoille, terveydenhuoltojärjestelmälle sekä koko yhteiskunnalle. Ensihoidossa joudutaan kohtaamaan tilanteita, joissa elämän jatkuminen on uhattuna. Tällöin ensihoitajan tehtävänä on turvata elämän jatkuminen, mikä edellyttää laajaa ammatillisuutta, joka sisältää käytössä olevat tiedot, taidot ja vankan eettisen tietoperustan. Ihmisenä kasvaminen ja ammatilliseksi auttajaksi kehittyminen jatkuvat koko elämän ja työuran ajan. (Sillanpää 2009, 19–22.)

Tässä työssä haastatteluun osallistui ensihoitaja AMK -koulutuksen suorittaneita henkilöitä. Ammattikorkeakoulututkinnot ovat laajuudeltaan vähintään kolmen ja enin-

tään neljän vuoden mittaisia, poikkeustapauksissa pitempiäkin. Ammattikorkeakoulututkintoon johtavat opinnot järjestetään koulutusohjelmina. Koulutusohjelmat ovat ammattikorkeakoulun suunnitteleimia ja järjestämiä opintokokonaisuuksia. Opetus- ja kulttuuriministeriö vahvistaa ammattikorkeakoulujen koulutusohjelmat. Ammattikorkeakoulut päättävät itse koulutuksen sisällöstä ja opetussuunnitelmasta. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2014.) Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa ensihoitaja AMK -tutkinnon pääsykokeeseen kuuluu kirjallinen koe, laskukoe sekä karsiva kuntotesti. Näiden lisäksi pääsykokeessa on psykologinen koe, jolla testataan hakijan sopivuutta ensihoitajan ammattiin. Ensihoitajan persoonalliset ominaisuudet ovat perustana hoitosuhteelle, joka perustuu vastuuseen ja keskinäiseen luottamukseen silloinkin, kun hoitajan oma arvomaailma on erilainen kuin potilaan. (Koulutustarjonta 2014.)

Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa vuonna 2011 aloittanut ensihoitaja AMK -ryhmän tutkinto sisältää kolmen opintopisteen teoriakokonaisuuden päihde- ja mielenterveystyötä. Tässä kurssissa opiskellaan mielenterveyslaki sekä mielenterveystyön ja päihdetyön organisaatio pääpiirteissään, tavallisimmat mielenterveysongelmat ja psykiatriset tai päihteisiin liittyvät sairaudet, tavallisimmat päihteet ja niiden aiheuttamat hoidon tarpeet sekä tavallisimmat hoitomuodot mielenterveys- ja päihdetyössä. Teoriaopintojen lisäksi on kuuden opintopisteen työharjoittelujakso päihde- tai mielenterveystyön parissa. Tämän opinnäytetyön aiheen kannalta merkittävä kurssi on myös kahden opintopisteen kurssi eettinen ja arvo-osaaminen. Tässä kurssissa käsitellään hoitotyön filosofiset perusteet, potilaan kohtaaminen, arvot ja etiikka hoitotyön taustalla, hoitaminen ammatillisena ja eettisenä toimintana, potilaan oikeudet ja sairaanhoitajan oikeudet sekä velvollisuudet. Lisäksi kurssilla käsitellään hoitokulttuuri ja hoitoyhteisö sekä hoitotyön eettinen päätöksenteko. Opetussuunnitelmaan kuuluu myös kolmen opintopisteen kokonaisuus ammatillinen vuorovaikutus. Kurssilla käsitellään asiakassuhteen elementit, yhteistyösuhteen tavoitteet ja sisältö, työntekijän ominaisuudet ja taidot sekä auttaminen muutokseen. Kurssit eettinen ja arvo-osaaminen ja ammatillinen vuorovaikutus kuuluvat vuorovaikutusosaamisen opintokokonaisuuteen. Opetussuunnitelmissa on pieniä eroja eri vuosikurssien välillä. Viimeisimpänä aloittaneiden ensihoitaja AMK -ryhmien opetussuunnitelmissa yllä mainitut opintokokonaisuudet ovat liitetty suurempiin kokonaisuuksiin tai kurssin nimi on muuttunut, mutta samat sisällöt löytyvät edelleen. (SoleOPS 2014.)

4.2 Psyykkinen kriisi

Jos tekemisiimme ja kokemuksiimme ei liittyisi tunteita, olisimme täysin apaattisia emmekä luultavasti innostuisi yrittämään mitään. Tällöin emme osaisi suojautua vaaroilta ja uhkaavilta tilanteilta. Kun tapahtuu jotakin erikoista tai jokin teko poikkeaa tavanomaisesta tai odotetusta, huomaamme reagoivamme myönteisin tai kielteisin tuntein. Myös erilaiset tunnetilat, kuten ahdistus ja masennus sisältävät jonkin tehtävän. Voimakas pelko tai ahdistus voi olla reaktio johonkin todelliseen uhkaan. Nämä muodostavat taustan traumaattisten kokemusten yhteydessä ilmeneville tavanomaisille psyykkisille reaktioille ja tunteille. Kriisiteoriat perustuvatkin käsityksiin, että kriisi on lähes automaattinen reaktio eräisiin ympäristön ärsykkeisiin. Kaikki nämä reaktiot ovat fysiologisia eli elimellisiä. Kriisi voi johtaa myös jonkin vanhan trauman uudelleen aktivoitumiseen, jolloin esiin voi nousta torjuttuja tai kätkeytyjä ikäviä muistoja ja miellelyhtymiä. (Hammarlund 2001, 17–19.)

Auttajan ja autettavan välisellä vuoropuhelulla on merkittävä vaikutus siihen, että molemmat voivat tuntea itsensä huomatuksi ja kuulluksi. Myös kunnioitus ja osalliseksi tunteminen ovat asioita, jotka tulisi molempien tuntea. Tämä tiedonvaihto, autettavan ja auttajan välinen vuoropuhelu kuuluu hyvän avun perusteisiin. Stressaantunut, herkkyytensä menettänyt tai varomaton ammattiauttaja voi nopeasti pilata sekä suhteen että kommunikaation. Ensivaikutelman voi antaa vain kerran. (Hammarlund 2001, 19–20.)

Kun tapahtuu jotakin ikävää, kriisiin joutunut haluaa asialle yleensä selityksen. Helpommin hyväksytään pahantahtoisuus, juonittelu tai salaliitto kuin sattuma. Usein yritetään kaivaa esiin joku, jolle voi siirtää vastuun tapahtuneesta ja ajatellaan, että ehkä joku olisi voinut estää ikävän tapahtuman. Erilaiset kriisit aiheuttavat sen, että turvaututaan selittäviin tarinoihin sekä maagiseen ajatteluun. Ensimmäinen reaktio pelkoon on puolustautuminen, jolloin järkevä ja rationaalinen ajattelu hylätään. Tärkeää on rohkaista kriisiin joutunutta aktivoimaan omat voimavaransa. Se ei kuitenkaan onnistu pelkillä kehotuksilla. Auttajan pitää harkita, miten keskustella kriisiin joutuneen kanssa ja miten häntä voi puhutella. Kysymysten tulisi olla mahdollisimman avoimia, etteivät ne lisää levottomuutta ja epävarmuuden tunnetta. Tärkeitä kriisiin joutuneen auttamismenetelmiä ovat tiedon antaminen, huolenpidon osoittaminen, ajan antaminen kuuntelemiselle ja rauhoittelulle, jotta saadaan tilanne tuntumaan ymmärrettävältä ja

todelliselta. Tärkeää olisi saada kriisiin joutunut saamaan yhteys omaisiin ja ystäviin. (Hammarlund 2001, 58–59.)

4.3 Itsetuhoisen potilaan ammatillinen kohtaaminen

Kaiken hoitamisen ydin on ihmisarvo, josta muodostuu hoitamisen perusta ja tarkoitus. Omalla toiminnallamme osoitamme omat arvostuksemme ja arvovalintamme. Työn peruslähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen ja vaaliminen. Jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään ja arvokkaaseen kohteluun. Hoitajan on tärkeää tiedostaa, miten helposti ihminen leimautuu muun muassa moraalisten, sosiaalisten, mielenterveydellisten tai elämäntapaansa liittyvien ongelmien vuoksi. Leimautuminen näkyy usein auttajan asenteissa ja kohtelussa avuntarvitsijaa kohtaan. Esimerkiksi juuri itsemurhayritykset testaavat hoitajan ammatillisuutta. Hoitajalla ei kuitenkaan ole oikeutta päättää, mikä on oikein ja mikä väärin. Lisäksi ihminen tulisi nähdä kokonaisuutena, johon kuuluu fyysinen sekä psyykinen puoli. Ihmistä ei siis tulisi hoitaa pelkän fyysisen oireen mukaan, sillä ihminen tuntee, reagoi ja kokee asioita yksilöllisesti. (Sillanpää 2009, 17–21.)

Onnistuneen hoitosuhteen edellytys on vuorovaikutuksen onnistuminen. Se edellyttää luottamuksellista vuorovaikutus- ja hoitosuhdetta asiakkaaseen. Lisäksi vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttaa useat viestimisen eri tekijät. Vuorovaikutustaitojen kehittymiseen vaikuttaa biologisen perimän lisäksi myös ympäristö. Jo kohdussa oleva sikiö aistii äidin kehon ulkopuolisia asioita. Nuorisolla taas on omat slangisanansa, joiden merkitystä ei välttämättä jokainen ymmärrä. Hoitajalle on eduksi luottamuksellista suhdetta potilaaseen luodessa, jos hän ymmärtää nuorten kulttuuria ja heidän tapansa viestiä. Vanhuudessa aistien heikkeneminen ja ruumiintoimintojen muuttuminen luovat vaikeuksia vuorovaikutukseen. Vanhusten kanssa vuorovaikutus vaatii erityisesti aikaa ja kärsivällisyyttä hoitajalta. (Anttila ym. 2002, 62–64.)

Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttaa myös monet muut tekijät. Hoitajan hyvä itseluottamus vaikuttaa positiivisesti viestimisen onnistumiseen. Tällöin keskusteleminen on luontevaa ja sanat tulkitaan myönteisiksi. Mielialanvaihtelut vaikuttavat vuorovaikutukseen, koska mieliala näkyy eleistä ja ilmeistä sekä kuuluu puheestamme. Jokaisen ihmisen kielenkäyttöön vaikuttavat muun muassa koulutus ja ammatti. Esimerkiksi lääkäri käyttää ammattisanastoa, jota potilas ei välttämättä ymmärrä. Myös hoitajan on hyvä omassa työssään olla tarkkana, jotta potilas ymmärtää kaikki

puhuttu asiat. Ympäristön melulla on myös suuri vaikutus vuorovaikutuksen onnistumiseen. Melu voi haitata keskustelua ja keskittyminen sekä ajattelemisen häiriintyy hälinässä. (Anttila ym. 2002, 64.)

Hyvä vuorovaikutus on koko hoitosuhteen perusta, koska kaikki hoitaminen on vuorovaikutusta. Tärkeintä olisi saada potilaalle luotua luottamuksen tunne hoitajaa kohtaan, jotta hän pystyy avautumaan tilanteestaan. Jos mahdollista ulkoisen tilan tulisi olla rauhallinen, valoisa ja ulkopuoliset ihmiset tulisi pyytää poistumaan, jos heitä ei tarvita hoitoon liittyen. Hoitajan on hyvä asettua samalle tasolle potilaan kanssa. Sopiva keskusteluvälimatka on jokaisen oma päätös, mutta sopiva matka olisi noin puoli metriä. Toisaalta hoitajalta hyvä vuorovaikutus vaatii rohkeutta panna itsensä peliin. Tärkeitä asioita ovat rauhallinen käytös ja silmiin katsominen. Empatiasta puhutaan, kun hoitaja on potilaasta aidosti kiinnostunut ja kykenee eläytymään hänen tunteisiinsa ja elämäntilanteeseensa. Toisaalta ei voi aina varmistua siitä, että potilas on halukas puhumaan. Hoputtaminen ja väkisin haastatteleminen eivät ole suotavaa. Potilasta onkin hyvä tarkkailla kokonaisvaltaisesti, koska äänensävyt, ilmeet ja eleet saattavat olla ristiriidassa puhutun asian kanssa. Jos potilas on hoitajan kanssa täysin eri mieltä, ei kannata käydä asiasta väittelemään. Tämä voi turhauttaa hoitajaa, mutta rehellisyys tässäkin asiassa lisää luottamusta hoitajan ja potilaan välillä. (Anttila ym. 2002, 66–68.)

Potilaan tai omaisen tukeminen ja vuorovaikutussuhteen luominen on vaikeaa silloin, kun autettavan ymmärryskyky on jostain syystä heikentynyt. Näitä syitä voivat olla esimerkiksi päihteiden ja huumeainesten käyttö, mielenterveysongelmat, muistisairaudet, voimakas lääkitys sekä kriisin kokeneen yksilölliset reagoitimuodot. Erilaisia reagoitimuotoja ovat muun muassa hiljeneminen, lamaantuminen, hysteerisyys, välinpitämättömyys, jäsentymättömyys ja aggressiivisuus. Vuorovaikutussuhteen luomisen edellytyksenä on molemminpuolinen ymmärrys. Hyvää vuorovaikutussuhdetta edesauttaa riittävä ajankäyttö. Autettavalle on tärkeää luoda tunne siitä, että häntä kuunnellaan. Tärkeää on levollinen läsnäolo. Akuutissa tilanteessa psyykinen auttaminen on kuuntelemista, turvallisuuden tunteen luomista, perustarpeista huolehtimista, läsnäoloa ja lisästressiltä suojaamista. (Ranta 2013, 33.) Potilaiden kuuluu saada luottaa avun saamiseen jokaisessa tilanteessa. Hoitosuhde on tasavertainen ja tavoitteena on potilaan terveyden edistäminen tai ylläpitäminen. Oikeanlainen ammatillinen hoitosuhde lisää potilaan turvallisuuden tunnetta. Yllättävä sairastuminen herättää poti-

laissa ja heidän läheisissään monenlaisia tunteita. Ensihoitajan on tärkeää oppia tunnistamaan potilaassa heräävät tunteet, jotta tunteenilmaukset tulevat vastaanotetuiksi. (Sillanpää 2009, 17–19.)

Ensihoidossa on tärkeää käyttäytyä rauhallisesti hoitotoimenpiteitä tehdessä. Potilaalle on tärkeää antaa tietoa hänen tilasta, tehtävistä hoitotoimista ja tulevista tapahtumista, jotta hän voi ymmärtää oman tilanteensa ja osallistua omaa hoitoaan koskeviin ratkaisuihin. Potilaan kuuluu saada olla aktiivinen osapuoli kaikissa häntä koskevissa ratkaisuisissa. (Sillanpää 2009, 20.) Erityisen tärkeää uskon ja luottamuksen tunteen syntyminen on itsemurhayrityksissä, koska valtaosa itsemurhaa yrittäneistä ei varsinaisesti halua kuolla vaan päästä eroon vaikeasta elämäntilanteesta. Keskustelussa on tärkeää olla realistinen ja kiinnostunut potilaan elämäntilanteesta. Itsemurha-sanan käyttäminen on suotavaa ja on hyvä kysyä tunteista ja ajatuksista, joita potilaalla oli itsemurhaa yrittäessään. On tärkeää koittaa ylläpitää toivoa keskustelussa. Voi koittaa keskustella elämän puolesta puhuvista näkökulmista kuten perhe, työ ja harrastukset. Näiden kautta voi viestittää potilaalle, että hengissä säilyminen on uusi mahdollisuus. Jatkohoitoon rohkaiseminen on myös tärkeä osa hoitoa, vaikka se sairaankuljetuksessa onkin suhteellisen lyhyt aika. Joskus itsemurhatapauksissa hoitaja voi kokea oman auttamiskyvyn rajallisuuden takia riittämättömydentunnetta. Silloin on hyvä selvittää oman vastuun rajat ja yleensä tilannetta helpottaa se, kun tiedostaa tehneensä voitavansa ja kaikkia itsemurhia ei kukaan voi koskaan estää. (Kuosmanen 2009, 484.)

Viestintä jaetaan sanalliseen eli verbaaliseen ja sanattomaan eli nonverbaaliseen osaan. Ihmiselle luonnollinen ja ominainen viestintämuoto on sanallinen viestintä, mutta sanaton viestintä täydentää sitä, ja sen ymmärtäminen on tärkeä osa hoitotyötä myös ensihoidossa. Sanallinen viestintä vetoaa enemmän järkeen kuin sanaton viestintä, joka kohdistuu enemmän tunteisiin. (Anttila ym. 2002, 62–63.) Järkytyksen kokeneen henkilön kanssa vuorovaikutus on oltava selkeää ja ymmärrettävää. Hoitajan on hyvä tässä tilanteessa selkiyttää puhettaan, hidastaa puherytmiään ja sisällyttää vain pieni määrä tietoa yhteen viestiin. (Ranta 2013, 33.) Sanattomaan viestintään kuuluvat ilmeet, eleet ja koskettaminen, äänensävyt, tauotus, painotukset sekä nauru ja itku. Sanatonta viestintää on myös tilankäyttö ja se, kuinka pitkä on etäisyys keskustelukumppanista. Hoitajan täytyy huomioida etäisyys ja jokaisen henkilökohtainen reviiri vuorovaikutustilanteessa. Katsekontakti luo hoitajan ja autettavan välille luottamusta ja näin ollen edesauttaa suhteen luomista ja tuen antamista. (Ranta 2013, 33.)

4.4 Ammattitaidon ylläpito ja jälkipuinti

4.4.1 Työnohjaus

Toivion ja Nordlingin (2013, 156) mukaan työnohjaus on koulutetun työnohjaajan kanssa käytävää keskustelua, jossa käydään läpi ohjausta saavan työntekijän omaa työtä. Työnohjaajaksi koulutaudutaan kolme vuotta kestävästä erityistason jatkokoulutuksen kautta eikä se ole sidoksissa jo saatuun ammatilliseen perustutkintoon. Työnohjausta voidaan toteuttaa kahden kesken, pareittain, esimiehen, tiimin, johtoryhmän tai koko työyhteisön kanssa. Se on työn tutkimista, arviointia ja kehittämistä. Se antaa mahdollisuuden oman toiminnan pohdintaan eri työtilanteissa ja täten mahdollistaa uuden oppimista.

Työnohjauksen tavoitteena on työntekijän jaksaminen ja onnistuminen sekä kehittää ongelmanratkaisutaitoja ja tukea työntekijän henkistä kasvua työssä. Työnohjaus on tietynlaista henkistä työsuojelua, jossa pyritään keskinäisen vastavuoroisuuden, turvallisuuden ja luottamuksen kehittämiseen ja edistämiseen. Ohjaustilanteissa keskustellaan työhön liittyvistä mieltä painavista asioista. Tavoitteena on etsiä uusia näkökulmia ja erilaisia toimintatapoja. Työnohjaus ei ole psykoterapiaa, koulutusta, perehdyttämistä eikä neuvomista. Pääpaino on työntekijän jaksamisen edistämässä. (Toivio & Nordling 2013, 156.)

Ammattiauttajien on ensin kyettävä puhumaan itsemurhista keskenään, jotta pystyisimme puhumaan niiden kanssa, jotka eivät tahdo elää. Jos hoitaja tuntee itsensä tällä alueella yhtä yksinäiseksi ja eksyneeksi kuin ne, jotka tarvitsevat keskustelua itsetuhoisuudesta, emme koskaan pysty rikkomaan välttelyn noidankehää. (Cronström-Beskow 1983, 15–16.)

Työnohjauksen tarve on lisääntynyt 1970-luvulta lähtien varsinkin terveydenhuollossa ja psykiatrisessa työssä. Mielenterveystyössä avohoitomuodot ja sitä kautta yksilölliset, pitkäkestoiset hoitokontaktit ja psykoterapiat lisääntyivät. Tätä kautta alkoi muodostua pitkiä vuorovaikutussuhteita, joissa useat työntekijät tunsivat olevansa liian yksin työssään. Työnantajat alkoivat ymmärtää työnohjauksen merkityksen työntekijöiden henkisen työsuojelun kannalta, ja näin työnohjaus alkoi yleistyä ja tulla yleisesti hyväksytyksi. (Toivio & Nordling 2013, 157.)

Työnohjauksen prosessinomaisen luonteen tiedetään onnistuvan paremmin, jos työnohjaaja on työyhteisön tai organisaation ulkopuolelta. Työnohjaajan ei myöskään tarvitse olla saman ammattikunnan edustaja kuin ohjattavat, mutta hoitotyössä on eduksi, jos työnohjaaja toimii tai on toiminut hoitoalalla. Yleisenä käytäntönä on kokoontua kerran tai kaksi kuukaudessa ja koko prosessin kesto on yleensä yhdestä kolmeen vuotta. (Toivio & Nordling 2013, 157–158.)

4.4.2 Debriefing

Debriefing on englanninkielinen vastine sanalle "jälkipuinti" ja sen juuret johtavat alunperin sotapsykiatrian piiriin. Briefing oli aikoinaan ennen tehtävää annettava tilanneselostus, jossa käsiteltiin sovitut faktat, ajankohdat ja tehtävät. Tehtävän jälkeen laadittiin tapahtumista yhteenveto, josta käytettiin nimeä debriefing. Nykyisinkin psykologista ja emotionaalista jälkipuintia käytetään apuna käsiteltäessä vakavan tapahtuman aiheuttamia voimakkaita tunteita ja ehkä kielteisiä ja mullistavia kokemuksia sekä purettaessa kokemusten aiheuttamaa psyykkistä stressiä. (Hammarlund 2001, 109.)

Erityisesti pelastushenkilökunnan debriefingtoiminnan uranuurtajana on ollut amerikkalainen J. E. Mitchell, joka kehitti omien palomieskokemustensa perusteella työssä koettujen reaktioiden lieventämiseksi jälkipuintimenetelmän. Tämän jälkeen Norjassa alettiin käyttää ensimmäisenä pelastussuunnitelmaa, johon liitettiin henkisen tuen tarve onnettomuuksien sattuessa öljykentillä. Huomattiin, että tukea tarvitsevat uhrin lisäksi myös omaiset, työkaverit, tuttavat ja silminnäkijät. 1980-luvulla tämä ajattelumalli levisi myös Ruotsiin ja 1990-luvulla Suomeen. Suomessa tärkeässä asemassa ovat olleet Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Suomen Punainen Risti ja Suomen Mielen terveysseura. Heidän koulutusten perusteella on perustettu moniammatillisia kriisiryhmiä, jotka tarjoavat henkistä tukea onnettomuuksiin ja kriiseihin joutuneille. Käytännössä kyseinen taho traumaattisesta tapahtumasta kuultuaan organisoi tuen aloittamisen ja kutsuu osallistujat debriefing -istuntoon. Näitä tahoja ovat olleet terveyskeskukset ja sairaalat, pelastuslaitos, poliisi ja sairaankuljetus. (Paakkonen 2002, 246.)

Debriefing eli psykologinen jälkipuinti voidaan järjestää auttajien, eloonjääneen potilaan ja omaisten reaktioiden ja tunteiden seikkaperäistä käsittelyä varten. Tarkoitus on ehkäistä traumaattisen tilanteen aiheuttamia jälkireaktioita, kuten stressireaktioita. Menetelmä vahvistaa myös ryhmäsuhteita esimerkiksi työyhteisössä ja antaa mahdol-

lisuuden käsitellä outoja tuntemuksia ja reaktioita ja antaa niille nimi. Paras ajankohta debriefingin järjestämiseen on 24–72 tuntia traumaattisen tapahtuman jälkeen. Välittömästi tapahtuneen jälkeen elämysten välitön käsittely ei ole järkevää sokin ja epätozellisten tunteiden vuoksi. Sopiva ryhmäkoko on 10–15 henkilöä ja ainoastaan he, joita traumaattinen tilanne on koskettanut, osallistuvat istuntoon. (Paakkonen 2002, 246.)

Ensihoidossa olisi erityisen tärkeää jokaisen työntekijän sekä työnantajan ymmärtää se, että henkisen pahoinvoinnin kokeminen ja myöntäminen ei ole ammattitaidottomuutta vaan osoitus työntekijän kyvystä myötäelämiseen ja halusta käsitellä vaikeita asioita. Koulutuksella, valmennuksella ja harjoituksilla voidaan lisätä ammattitaitoa ja itsetuntemusta ja näillä tekijöillä kokemuksen lisäksi on merkitystä henkisen kriisin ennaltaehkäisyssä. Työntekijöitä on myös hyvä tiedottaa kriisireaktioista, jotta he oppisivat tunnistamaan oman elimistönsä kuntoa ja reaktioita. (Paakkonen 2002, 247.)

4.4.3 Defusing

Defusing on lyhyempi versio varsinaisesta psykologisesta jälkipuinnista eli debriefingistä. Defusing on pienryhmäprosessi, joka käynnistetään myös traumaattisen tapahtuman jälkeen. Tyypillisiä ryhmiä ovat pelastus-, sairaankuljetus-, ja ensihoitohenkilöstö, poliisit ja päivystyspoliklinikkahenkilöstö. Defusingissa ei käsitellä niin syvästi tunteita kuin debriefingissä, mutta tavoitteena on kuitenkin välitön mielikuvien ja kokemusten purkaminen. Defusing järjestetään yleensä välittömästi traumaattisen tilanteen jälkeen, mieluiten 3 tunnin sisällä tapahtuneesta. Yleensä istunto kestää 20 minuutista 45 minuuttiin. Jos istunto venyy yli tunnin mittaiseksi, voidaan olettaa, että on tarvetta varsinaisen debriefingistunnon järjestämiseen. (Paakkonen 2002, 244.)

Defusingin pääasiallinen tavoite on nopea posttraumaattisten reaktioiden lievittäminen ja kokemuksen realisointi, jotta työruutiineihin palaaminen onnistuisi mahdollisimman helposti ja nopeasti. Yhdessä työskenteleville ammattiryhmille järjestetty defusingistunto vahvistaa yhteenkuuluvuutta ja samalla voidaan havaita kokemusten samankaltaisuus. Joissain pelastustoimen yksiköissä on koulutettu omaa henkilökuntaa tunnistamaan defusingtarve ja toteuttamaan istunto heti kyseisen tehtävän päättymisen jälkeen. Kyseinen malli on osoittautunut toimivaksi. (Paakkonen 2002, 244.)

Kymenlaakson pelastuslaitoksella on oma toimintamalli defusingistuntoja varten. Tarkoituksena on ensihoidossa tapahtuneiden henkisesti traumaattisten tilanteiden välitön

purku. Tavoitteena on työkyvyn nopea palautuminen ja kumulatiivisen henkisen kuormituksen vähentäminen pitkällä aikavälillä. Defusingistunnot pyritään järjestämään Kymenlaakson pelastuslaitoksella saman työvuoron aikana tai vuoron jälkeen mahdollisimman nopeasti. Defusingohjaajat ovat Kymenlaakson pelastuslaitoksen omaa henkilökuntaa, jotka ovat saaneet koulutuksen defusingistunnon pitämiseen. Tarvittaessa istuntoihin osallistuu myös työterveyshuollon koulutettu edustaja. Jos defusingistuntojen jälkeen on tarvetta debriefingille, määrittää työterveyshuolto jatkoavun tarpeen. Jatkoapuna voidaan tarvita työterveyshoitajaa, lääkäriä tai työpsykologia. (Hjelt 20.9.2013.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli ensihoitajia haastatteleamalla selvittää, miten ensihoitajat kokevat ammatillisen osaamisen riittävyyden kohdatessa itsetuhoisen potilas sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa sekä millaisia haasteita näihin kohtaamisiin liittyy. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, ovatko ensihoitajat kokeneet tarvetta jälkipuintiin itsetuhoisuustapausten jälkeen ja tietävätkö he, miten jälkipuinti on omalla työpaikalla järjestetty. Tavoitteena oli myös selvittää, antaako ensihoitaja AMK -koulutus ensihoitajien mielestä riittävän pohjan ammattitaidolle.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa seuraaviin tutkimustehtäviin:

1. Millaisena ensihoitajat kokevat oman ammatillisen osaamisen riittävyyden kohdatessa itsetuhoisen potilas sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa?
2. Millaisia haasteita näihin tilanteisiin on liittynyt?
3. Onko ensihoitajat kokeneet tarvetta jälkipuintiin itsetuhoisuustapausten jälkeen?
4. Tietävätkö ensihoitajat, miten jälkipuinti on Kymenlaakson pelastuslaitoksella järjestetty?
5. Kokevatko ensihoitajat saaneensa ensihoitaja AMK -koulutuksen myötä riittävästi koulutusta itsetuhoisten potilaiden hoitamiseen?

6 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Tekijä(t)	Työn nimi	Tutkimusongelma	Tutkimustulos
<p>Susanna Lehikoinen</p> <p>Katri Silvonon</p> <p>Oulun seudun ammattikorkeakoulu 2013</p>	<p>Mielenterveyspotilaan kohtaaminen ensihoidossa</p> <p>Simulaatioskoulutus</p>	<p>Työn tarkoitus oli suunnitella kaksi simulaatioskoulutusta ensihoitaja AMK -opiskelijoille. Simulaatioissa harjoitellaan psykoottisen sekä itsetuhoisen potilaan kohtaamista ja hoitamista sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Aihepiirejä olivat erityisesti eettiset näkökulmat, oman ja työparin turvallisuus sekä lainsäädäntö.</p>	<p>Ensisijaisen hyödyn saivat ensihoitaja AMK-opiskelijat, jotka saivat koulutuksen myötä perustiedot ja -taidot hoitotilanteen toteuttamiseen. Välillisesti hyötyivät tuotteen tilaaja ja koulutusta käyttävät opettajat. Tuotteen hyödynsaajat loppujen lopuksi ovat MT-potilaat, jotka tulevaisuudessa hyötyvät ensihoitajien saamista opeista.</p>
<p>Rae Elina</p> <p>Körkkö Tea</p> <p>Hämeen ammattikorkeakoulu 2011</p>	<p>Hoitajan kokemukset itsetuhoisen potilaan kohtaamisesta ja hoidosta.</p>	<p>Tarkoituksena kuvata mielenterveystyöntekijöiden kokemuksia itsetuhoisen potilaan kohtaamisesta ja hoitamisesta. Tarkoitus oli antaa tietoa ja helpotusta hoitajille, jotka työssään kohtaavat itsetuhoisia potilaita.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan työ itsetuhoisen potilaan kanssa on psyykkisesti raskasta ja tunteita herättävää. Työtä helpottavina tekijöinä hoitajat pitivät muun muassa työnohjausta ja muun työyhteisön tukea.</p>
<p>Suominen Leevi</p> <p>Tampereen ammattikorkeakoulu 2012</p>	<p>Itsemurhalla uhkaavan potilaan kohtaaminen sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.</p>	<p>Tarkoitus on kuvata itsemurhalla uhkaavan potilaan kohtaamiseen liittyviä asioita sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Tavoitteena oli luoda tietolähde, josta olisi konkreettista hyötyä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa työskenteleville henkilöille.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat niin positiivisia kuin negatiivisiakin tunteita kohdatessa itsemurhalla uhkaava potilas. Kokeneet hoitajat eivät pitäneet itsemurhatapauksia jännittävinä ja he kertoivat pitkän työuran mukanaan tuomasta kyynisyydestä liittyen itsemurhiin.</p>

Tekijä(t)	Työn nimi	Tutkimusongelma	Tutkimustulos
<p>Tiina Mietinen</p> <p>Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö, 2012.</p> <p>Pro gradu</p>	<p>Nuorten itsetuhoisuus ja avun saanti itsetuhoisuuteen.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata itsetuhoisten nuorten näkökulmasta itsetuhoisuuden ilmenemistä ja syitä sekä odotuksia avun saannille. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa itsetuhoisten nuorten kokemuksista, joka auttaa kyseisen ryhmän tunnistamista ja auttamista terveydenhuollon eri sektoreilla.</p>	<p>Tulosten perusteella voidaan todeta, että nuorilla itsetuhoisuus ilmenee monella tavalla ja nuorilla on itsetuhoiselle käyttäytymiselle yksilölliset syynsä. Nuoret odottavat saavansa apua ammatti- tai muilta ihmisiltä ja odotettu apu on monimuotoista. Samat auttamismenetelmät eivät sovi kaikille nuorille, mutta avaintekijät auttamisessa ovat avoin ja luottamuksellinen suhde nuoren ja auttajan välillä, nuoren kuulluksi tuleminen sekä tosiasiallisen tiedon antaminen nuorelle.</p>
<p>Tuula Uusitalo</p> <p>Lapin yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta, 2006.</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Miten päästä yli mahdollisimman?</p> <p>Narratiivinen tutkimus itsemurhamentyksistä.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitetään, millaisia jälkiä itsemurhaja jättää läheisten elämään, millaisia muotoja itsemurhamenetyksen aiheuttama suru saa aikaan ja millaiset kokemukset tukevat läheisensä itsemurhan kokeneiden sopeutumista ja toipumista.</p>	<p>Tutkimusaineiston pohjalta eritellään niitä tekijöitä, jotka edistävät ja vaikeuttavat itsemurhamenetykseen sopeutumista. Tutkimuksen johdopäätöksinä ehdotetaan menettelyjä, joilla tehostetaan itsemurhan vuoksi surevien täsmäapua sekä itsemurhien ehkäisyä.</p>
<p>Heini Leiponen</p> <p>Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden</p>	<p>Kiinni elämissä.</p> <p>Narratiivinen tutkimus itsemurhaa yrittäneiden selviytymis-</p>	<p>Tutkimustehtävänä on selvittää, miten selviytyminen jäsenyyttä itsemurhaa yrittäneiden elämäntarinoissa. Tutkielman tarkoituksena on antaa itsemurhaa yrittäneille mahdollisuus kertoa omaa tarinaansa, kumota myyttisiä uskomuksia ja tuottaa</p>	<p>Tutkimus osoittaa, ettei itsetuhoisuudesta selviytymiseen ole vain yhtä vaan useita eri teitä. Sen vuoksi on tärkeää viitoittaa useita selviytymiseen johtavia reittejä, jotta mahdollisimman moni löytäisi niistä omansa.</p>

den yksik- kö, 2011.	tarinoista.	uutta tietoa keinoista selviy- tyä itsetuhoisuudesta.	Yhteiskuntaan tulisi pyr- kiä luomaan avoimen kiinnostunut, välittävä ja itsetuhoisuuteen vastuul- lisemmin suhtautuva ilmapiiri, jotta mahdolti- simman moni itsemur- hayritys voitaisiin eh- käistä tulevaisuudessa.
Pro gradu			

7 TUTKIMUSOSA

7.1 Kartoittava kysely

Työn alkuvaiheessa käytin kartoittavaa kyselyä ainoastaan teemahaastatteluun valittavien henkilöiden valitsemiseksi. Kartoittavan kyselyn vastauksia en käyttänyt millään muotoa tutkimustehtävien selvittämiseen. Kysely on yksi keskeisimpiä menetelmiä kerätä aineistoa. Kyselyssä aineistoa kerätään standardoidusti ja kohdehenkilöt muodostavat tutkimuksen otoksen tietystä perusjoukosta. Standardoidusti tiedon kerääminen tarkoittaa sitä, että tutkittava asia on kysyttävä kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 2004, 182.)

Kyselyn etu on, että sillä saadaan kerättyä laaja tutkimusaineisto. Menetelmä on tehokas, koska se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Mikäli kyselylomake on huolellisesti suunniteltu, saadaan aineisto helposti purettua ja analysoitua tietokoneohjelmien avulla. Toisaalta kyselyn tulosta voidaan pitää jossain määrin pinnallisena, koska ei voida vakuuttua vastaajien suhtautumisesta kyselyyn. Ei voida tietää, ovatko he vastanneet huolellisesti ja rehellisesti. Hyvän lomakkeen laatiminen myös vaatii tutkijalta tietoa ja taitoa. (Hirsjärvi ym. 2004, 184.)

Aineistoa kyselyssä kerätään yleensä joko posti- ja verkkokyselyn tai kontrolloidun kyselyn avulla. Lomake voidaan siis lähettää tutkittaville, jolloin he täyttävät sen itse ja postittavat sen takaisin tutkijalle. Lomakkeen mukana lähetetään tutkittaville palautuskuori, jonka postimaksu on maksettu. Tämä menetelmä on nopea ja aineistoa saadaan yleensä vaivattomasti. Ongelmaksi saattaa kuitenkin kehkeytyä kato, koska vastausprosentti saattaa jäädä matalaksi, jopa 30–40 prosentin tasolle. Kontrolloidussa

kyselyssä tutkija jakaa lomakkeet henkilökohtaisesti esimerkiksi menemälle työpaikoille, messuille, kouluihin, erilaisiin tilaisuuksiin ja harrastusryhmiin, joissa kohdehenkilöt ovat henkilökohtaisesti paikalla. Tilaisuudessa tutkija kertoo tutkimuksesta ja vastaa mahdollisiin kysymyksiin. Vastaajat palauttavat kyselyt joko postitse tai johonkin sovittuun paikkaan. Tutkija voi myös lähettää kyselyt postitse, mutta noutaa ne itse määräaikaan mennessä. (Hirsjärvi ym. 2004, 185–186.)

Kyselylomakkeen kysymyksiä on yleensä kolmea eri tyyppiä. Avoimissa kysymyksissä esitetään vain kysymys ja jätetään tila vastausta varten. Monivalintakysymyksissä on valmiit numeroidut vastausvaihtoehdot, joihin vastaaja merkitsee rastin tai rengastaa vastausvaihtoehdon. Asteikkoihin perustuvassa kysymystyyppissä esitetään väittämiä, joihin vastaaja valitsee sen, kuinka samaa tai eri mieltä hän on kuin esitetty väittäjä. (Hirsjärvi 2004, 187–189.)

Tässä opinnäytetyössä kartoittavalla kyselyllä halusin ainoastaan kartoittaa varsinaiseen tutkimustehtäviä selvittävään osioon eli haastatteluun osallistuvat henkilöt. Kyselylomakkeella en hakenut vastausta mihinkään työn tutkimustehtävään, joten kyselylomakkeita ei tässä työssä ole analysoitu tieteellisen tutkimuksen analysointimethodein. Kyselyyn osallistuivat kaikki Kymenlaakson pelastuslaitoksen terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka työskentelevät sairaankuljetuksessa. Kyselyyn vastanneista henkilöistä pystyin valitsemaan haastatteluun osallistuvat ensihoitajat, koska kyselylomakkeessa kysyttiin halukkuutta osallistua varsinaiseen tutkimukseen.

Opinnäytetyön suunnitelmaseminaarin pidettyäni syksyllä 2013 hain työlle tutkimuslupaa työn tilanneelta työelämän yhteistyötaholta Kymenlaakson pelastuslaitokselta. Tutkimusluvan (liite 1) myönsi ensihoitopäällikkö Tarja Hjelt 25.11.2013.

Kyselylomakkeen (liite 2) suunnittelun aloitin tutustumalla erilaisiin kyselylomakemalleihin ja esimerkkeihin sekä kyselyn teoriataustaan. Koska tässä työssä kyselyn osuus oli ainoastaan kartoittaa haastateltavat henkilöt, halusin kyselylomakkeesta mahdollisimman yksinkertaisen ja helposti käsiteltävän. Päädyin käyttämään monivalintakysymyksiä, joissa oli valmiit vastausvaihtoehdot. Kyselyssä kysyin vastaajan työkokemusta vuosina, koska toivoin saavani haastatteluun eri mittaisen ajan sairaankuljetuksessa työskennelleitä henkilöitä. Tämän lisäksi kysyin koulutustaustaa, koska haastatteluun valittavat henkilöt olin etukäteen miettinyt rajaavani ensihoitaja AMK -tutkinnon suorittaneisiin henkilöihin, jos mahdollista. Jos haastatteluun suostuneilla

henkilöillä olisi ollut jokin muu terveydenhuollon ammattitutkinto, olisin laajentanut koulutustaustan ensihoitaja AMK -tutkinnon ulkopuolelle. Mielestäni oli kuitenkin järkevää pysyä yhden terveydenhuollon ammattitutkinnon sisällä, jos mahdollista. Koska haastattelussa oli alunperin tarkoitus käsitellä itsemurhan tehneen henkilön omaisen kohtaamista, kysyin kyselylomakkeessa myös sitä, onko vastaaja kohdannut työssään kyseisiä tilanteita. Lopuksi kysyin, onko vastaaja halukas osallistumaan varsinaiseen haastattelututkimukseen. Jos vastaaja vastasi myöntävästi, pyysin häntä jättämään yhteystiedot niille varattuun kohtaan kyselylomakkeen alareunaan. Ennen varsinaista kyselyä pyysin muutamaa Kymenlaakson ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijaa vastaamaan kyselyyn ja kertomaan mielipiteen kyselylomakkeen toivuudesta. Palautteen perusteella lomake oli selkeä ja helppo käyttää ja pienen hienosäädön jälkeen valmis käytettäväksi varsinaisessa tutkimuksessa.

Kyselylomakkeiden mukana oli saatekirje (liite 3), jossa käsitelin lyhyesti mikä on tutkimuksen tarkoitus ja lisäksi kerroin omat yhteystietoni mahdollisia kysymyksiä varten. Saatekirjeessä kerroin kuka olen, missä opiskelen, kuka työtä ohjaa koulun puolelta sekä tutkimusluvan allekirjoittamispäivämäärän. Kirjeessä kerroin myös lyhyesti työn aiheen, tarkoituksen, rakenteen ja työn suunnitellun valmistumisaikataulun. Kirjeessä oli myös ohjeet kyselylomakkeen palauttamiselle sekä viimeinen palautuspäivä mainittuna.

Kyselylomakkeet, saatekirjeet ja palautuslaatikot toimitin Kymenlaakson pelastuslaitoksen toimipisteisiin Kotkaan, Haminaan, Kouvolaan ja Kuusankoskelle 3.12.2013. Lomakkeet vein toimipisteiden sairaankuljetustoimistoihin, koska kyselyyn oli tarkoitus vastata vain henkilöt, joilla on terveydenhuollon ammattitutkinto. Vastausaikaa kartoittavaan kyselyyn olin varannut 12.1.2014 asti huomioiden mahdolliset tälle väliajalle osuvat ensihoitajien vuosilomat tai muut vastaavat vapaat. Vastausajan loputtua hain saamani vastaukset 13.1.2014 jokaisesta Kymenlaakson pelastuslaitoksen toimipisteestä. Vastauksia sain yhteensä 14 kappaletta. Näistä vastanneista kuusi henkilöä oli halukkaita osallistumaan varsinaiseen tutkimuksen haastatteluosuuteen. Heistä neljällä oli ensihoitaja AMK -tutkinto, joten näytti siltä, että saan kerättyä henkilöt haastatteluosuutta varten. Lisäksi rajaus ensihoitaja AMK -tutkinnon suorittaneisiin henkilöihin näytti toteutuvan.

Kyselylomakkeita tarkastellessani huomasin, että haastatteluun suostuneista ensihoitajista vain yhdellä oli kokemusta itsemurhan tehneen potilaan omaisten kohtaamisesta. Tästä syystä tutkimustehtävät muutin itsetuhoisen potilaan kohtaamiseen liittyviin haasteisiin itsemurhan tehneen potilaan omaisten kohtaamisen sijaan. Tästä ei koitunut ongelmia työn suhteen, koska rajausta olin miettinyt pitkään ja ajoittain rajauksen sisään kuului myös itsetuhoisten potilaiden kohtaaminen. Teoriaosuus tukee tätäkin osuutta yhtä lailla.

7.2 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen varsinaisen osuuden ja tutkimustehtävien selvittämisen tein käyttäen kvalitatiivista tutkimusmenetelmää valittujen teemojen mukaisesti. Kyse on tällöin laadullisesta eli kvalitatiivisesta tutkimuksesta, jossa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Laadullinen tutkimusmenetelmä sopii käytettäväksi aiheen arkaluontoisuuden takia. Lisäksi tarkoitukseni oli saada aineistoksi ensihoitajien todellisia mielipiteitä ja kuvauksia potilaiden itsetuhoisuudesta. Tutkijan arvolähtökohdat vaikuttavat tutkimukseen, koska arvot muovaavat sitä, mitä ja miten pyrimme ymmärtämään tutkimiamme ilmiöitä. Objektiivisuutta ei pysty täysin saavuttamaan, koska tutkija ja se, mitä tiedetään, kietoutuvat saumattomasti toisiinsa. Tulokseksi voidaan saada vain ehdollisia selityksiä johonkin aikaan ja paikkaan rajoittuen. Pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita pikemmin kuin todentaa jo olemassa olevia totuusväitteitä. (Hirsjärvi ym. 2004, 152.) Laadullisessa tutkimuksessa tilastollisesti yleistettävää tietoa ei ole mahdollista saada määrällisen tutkimuksen tapaan, koska ollaan tekemisissä kertomuksien, tarinoiden ja merkitysten kanssa. Jotta tutkimuksen tieteellisyys saavutettaisiin, on kiinnitettävä erityisesti huomiota siihen, että työ tehdään huolellisesti, eettisiä periaatteita ja menetelmällistä tarkkuutta noudattaen. (Kylmä & Juvakka 2007, 16.)

Kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto kerätään luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Tiedon keruun välineenä suositaan ihmistä, koska tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittavien kanssa kuin mittausvälineellä hankittavaan tietoon. Apuna tiedonhankintaan voi käyttää lomakkeita tai testejä. Tutkijan tarkoituksena on myös paljastaa odottamattomia seikkoja. Laadullisessa tutkimuksessa suositaan aineiston hankinnassa esimerkiksi teema-haastattelua, osallistuvaa havainnointia, ryhmähaastatteluja sekä erilaisten dokument-

tien analyysijä. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotismenetelmää käyttäen. Tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Tutkimus toteutuu yleensä joustavasti ja suunnitelmia voidaan muuttaa olosuhteiden mukaan. Saatua aineistoa käsitellään ainutlaatuisena ja tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 155.)

Laadullista tutkimusta voidaan lähestyä useasta eri näkökulmasta. Induktiivinen päättely on aineistolähtöistä ja siinä edetään yksittäistapauksesta yleiseen. Tällöin havaintoja tehdään yksittäisistä tapahtumista, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. Deduktiivinen lähestymistapa etenee sen sijaan yleisestä kuvauksesta yksittäistapauksiin. Päättely on tällöin teorialähtöistä. Kolmas lähestymistapa on abduktiivisuus, jossa tutkimuksen tekijällä on valmiina teoreettisia johtoideoita, joita hän pyrkii todentamaan ja rikastamaan saamansa aineiston avulla. Päättelyssä yhdistyy teoria sekä aineisto. (Kylmä & Juvakka 2007, 23.) Tässä opinnäytetyössä olen käyttänyt laadullista menetelmää deduktiivisen päättelyn kautta. Tutkimustehtävien teemat olen käsitellyt teoriaosuudessa ja haastatteluista saatua aineistoa olen peilannut aiemmin hankittuun teoriaan.

7.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Tiedonkeruutapa, jossa henkilöiltä kysytään heidän omia mielipiteitään tutkimuksen kohteesta ja vastaus saadaan puhutussa muodossa, nimitetään haastatteluksi. Haastattelu on sosiaalinen vuorovaikutustilanne, jossa kaksi henkilöä tapaa toisensa. Haastattelussa nähdään väläys tai saadaan epätäydellinen kuva jostakin. Erityisesti haastattelijaa, mutta jossakin määrin myös haastateltava saa kuvan, joskin epätäydellisen, vastapuolen elämysmaailmasta ja hänen ajatuksistaan. Haastattelulla on välillinen arvo tutkimusprosessissa, ja se on osa laajempaa tieteellisen päättelyn ketjua. Lisäksi haastattelu on ennen kaikkea käsitteisiin, merkitykseen ja kieleen perustuvaa toimintaa. Haastattelussa henkilöt eivät aloita haastattelua niin sanottuina tyhjinä tauluina, vaan tuovat haastatteluun mukaan aiemmat kokemuksensa, joihin suhteutettuna haastattelu tulkitaan. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 41.)

Puolistrukturoitu haastattelumenetelmä on nimeltään teemahaastattelu. Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto (Hirsjärvi ym. 2004, 197). Haastattelun tallentaminen muodossa tai toisessa on välttämätöntä. Yleisesti käytetään kasettinauhuria tai kannettavaa tietokonetta, jossa on mikrofoni ja tallennusohjelma. Tee-

mahaastattelulle on ominaista, että haastateltavat ovat kokeneet tietyn tilanteen. Lisäksi tutkija on ennen haastattelua selvittänyt tutkittavan ilmiön oletettuja tärkeitä osia, rakenteita, prosesseja ja kokonaisuutta. Näiden avulla tutkija on päätenyt tiettyihin olettamuksiin tilanteen määräävien piirteiden seurauksista siinä mukana olleille. Tämän analyysin perusteella tutkija määrittää haastattelurungon. Viimeiseksi haastattelu suunnataan haastateltavien subjektiivisiin kokemuksiin tilanteista, jotka tutkija on aiemmassa vaiheessa analysoinut. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47, 75.)

Teemahaastattelu kohdennetaan nimensä mukaisesti tiettyihin teemoihin, joista haastattelussa keskustellaan. Kaikkia tutkittavien kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voidaan tutkia tällä menetelmällä. Teemahaastattelussa korostuu haastateltavien elämysmaailma ja heidän määritelmänsä tilanteista. Teemahaastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen mukaan, mikä vapauttaa pääosin haastattelun tutkijan näkökulmasta ja tuo tutkittavien äänen kuuluviin. Haastattelussa huomioidaan se, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamat merkitykset ovat keskeisiä ja ne syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47–48.)

Haastateltavien määrä riippuu aina tutkimuksen tarkoituksesta. Periaatteena on, että haastatellaan niin montaa kuin tarvitsee riittävän tiedon saamiseksi. Tärkeää on kuitenkin miettiä tarkkaan, mikä on sopiva haastateltavien määrä. Haastattelu etenee tyypillisesti jotakin perusjoukkoa edustavan otoksen valinnalla. Tältä joukolta kerätään tiedot. Kohdejoukolle pyritään esittämään samat kysymykset samalla tyylillä, jotta tiedot saadaan standardoituun muotoon. Näin saadaan selville esimerkiksi eroja ja yhtäläisyyksiä ryhmien ja yksilöiden välillä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 58.) Haastattelu voi kestää viidestä minuutista useisiin päiviin. Metsämuurosen mukaan aina kun haastattelu on mielekäs tapa hankkia tietoa, sitä kannattaa käyttää, vaikka se onkin melko työläs tutkimusmenetelmä. (Metsämuuronen 2001, 39.)

Tässä opinnäytetyössä valitsin kyselylomakkeiden perusteella teemahaastatteluihin kolme henkilöä. Mielestäni se oli sopiva määrä haastateltavia tutkimustehtävien selvittämiseksi. Työn alkuvaiheesta alkaen oli suunniteltu haastateltavien ensihoitajien määräksi kolmesta neljään henkilöä. Haastatteluun valituista kahdella oli työkokemusta jo yli kymmenen vuoden ajalta ja yhdellä vasta reilu vuosi. Kaikilla haastateltavilla oli ensihoitaja AMK -tutkinto. Työn rajauksen kannalta halusin, että kaikilla haastateltavilla on sama terveydenhuollon ammattitutkinto. Haastateltavia lähestyin sähköpos-

titse ja kerroin kyselytutkimuksen myötä tulleesta tutkimustehtävän muutoksesta. Halusin varmistaa, että haastateltavat tietävät miten tutkimuksen sisältö oli muuttunut. Kaikki kolme haastateltavaa olivat edelleen halukkaita osallistumaan. Sovin jokaisen kanssa haastattelulle sopivan ajan heidän työajalleen, koska siihen olin saanut luvan ensihoitopäällikkö Tarja Hjeltiltä tutkimuksen sopimusta tehdessä. Näin ollen tutkimus ei vienyt haastateltavien vapaa-aikaa. Haastattelut toteutin 27. ja 28. tammikuuta sekä 6. helmikuuta 2014.

Haastattelutapaamiset alkoivat molemminpuolisella esittäytymisellä. Kukaan haastateltavista ei ollut minulle ennestään tuttu. Haastattelupaikaksi valitsimme mahdollisimman rauhallisen tilan, jotta haastattelu ei keskeytyisi ja saisimme rauhassa keskustella. Kaikki haastattelut sujuivat keskeytyksettä. Kerroin aluksi vielä opinnäytetyöni tarkoituksesta ja haastattelun toteutuksesta. Kävimme läpi miten käsittelen saamani aineiston sekä haastateltavien nimettömänä pysymisen. Kysyin myös luvan haastattelujen nauhoittamiseen aineiston keräämisen helpottamiseksi sekä luvan suorien lainausten laittamiseen valmiiseen työhön. Kaikki suostuivat tallentamiseen sekä suorien lainausten käyttöön. Haastattelut tallensin tablettitietokoneen äänitysohjelmalla. Haastattelut etenivät teemojen (liite 4) mukaisesti antaen mahdollisuuden myös vapaalle keskustelulle, jota tuli mukavasti jokaisessa haastattelussa. Haastattelut olivat pituudeltaan 15 ja 30 minuutin välillä. Haastattelun lopuksi kiitin haastatteluun ja tutkimukseen osallistumisesta ja kerroin toimittavani valmiin opinnäytetyön Kymenlaakson pelastuslaitokselle luettavaksi. Haastatteluun osallistuneille lähetän valmiin työn myös sähköpostitse.

Haastattelujen jälkeen kirjoitin haastattelutallenteet auki tekstinkäsittelyohjelmalle, jossa niiden analysointi on helpompaa. Haastattelutallenteet poistin heti puhtaaksi kirjoittamisen jälkeen tietokoneesta anonymiteetin varmistamiseksi.

7.4 Teemahaastatteluaineiston analyysi ja tulkinta

Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen analysointimenetelmänä käytetään usein sisällönanalyysiä. Sillä voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota sekä tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysin historia löytyy 1800-luvun uskonnollisten tekstien ja hymnien analyyseistä. 1950-luvulla se on otettu käyttöön tieteellisenä menetelmänä ja Suomessa keskeisenä

oppikirjana voidaan pitää Veikko Pietilän teosta Sisällön erittely vuodelta 1973. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21–22.)

Sisällönanalyysissä kerätty aineisto tiivistetään niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai, että ilmiöiden väliset suhteet saadaan esille. Olennaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Tutkimusaineiston sanat ja fraasit luokitellaan samaan luokkaan merkityksen perusteella eli nähdään samaa merkittävänä asiana. Aineistosta etsitään merkityksiä, tarkoituksia, aikomuksia, seurauksia ja yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23.)

Tässä opinnäytetyössä käytin deduktiivista eli teorialähtöistä sisällönanalyysiä. Siinä luokittelu perustuu teoriaan, teoreettiseen viitekehukseen tai käsitejärjestelmään. Taustalla on kirjallisuudesta löydetty teoria, joka kytketään todellisuuteen (Metsämurtonen 2001, 25). Analyysiä ohjaavat malli, teemat tai käsitekartta. Lähtökohtana voi olla myös tutkijan ennakkokäsitys tutkittavasta ilmiöstä. Teorialähtöinen sisällönanalyysi alkaa analyysirungon muodostamisella. Tämän jälkeen aineistoa pelkistetään ja luokitellaan etsimällä aineistosta analyysirungon mukaisia ilmauksia. Tässä työssä analyysiä ohjaa ennalta suunnitellut tutkimustehtäviin liittyvät teemat. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24–36.)

7.5 Opinnäytetyöprosessin kulku ja aikataulukus

Opinnäytetyön aihe on alunperin lähtöisin omasta kiinnostuksestani tehdä tutkimus itsemurhatapauksista sairaankuljetuksessa. Työ sai alkunsa keväällä 2012, kun työelämän yhteistyötahoilta selvitettiin yhdessä Kymenlaakson ammattikorkeakoulun opinnäytetyövastaavan kanssa kiinnostusta tämän tyyppisen työn tekemiseen. Työn hankkeistamisesta keskusteltiin alustavasti Kymenlaakson pelastuslaitoksen lisäksi Ehkäise tapaturmat -hankkeen aluekoordinaattori Anne Heikkilän kanssa. Ehkäise tapaturmat -hanke kuitenkin lopetettiin ennen kuin työ ehti kunnolla alkaa, joten työelämän yhteistyötahoksi jäi ainoastaan Kymenlaakson pelastuslaitos. Työ on hankkeistettu Kymenlaakson pelastuslaitoksen kanssa ja heidän tarkoituksenaan on hyödyntää työn tuloksia toiminnassaan. Työn eteneminen on esitetty myös taulukkomuodossa (taulukko) seuraavalla sivulla. Opinnäytetyön aiheen vahvistus sekä ohjaajan nimeäminen päätettiin opettajankokouksessa 31.5.2012. Sopimuksen opinnäytetyöstä (liite 5) kirjoitin ensihoitopäällikkö Tarja Hjeltin kanssa 24.5.2012.

Tämän jälkeen aloitin teoreettisen tiedon sekä aiempien tutkimusten etsimisen. Tietoa etsin kirjallisuudesta, tutkimuksista ja artikkeleista. Elektronisista tietokannoista käytin Theseusta ja Melindaa sekä yliopistojen omia tietokantoja. Saatuani riittävästi teoriatietoa aiheesta sekä suunniteltuani työn kulkua, pidin ideaseminaarin 19.12.2012. Työn teoreettisen osuuden valmistuttua pidin suunnitelmaseminaarin 13.11.2013. Syksyllä 2013 lisäksi suunnittelin ja testasin kartoittavan kyselyn kyselylomakkeet sekä teemahaastattelujen teemat. Kyselylomakkeet vein kaikkiin neljään Kymenlaakson pelastuslaitoksen toimipisteisiin 3.12.2013 ja vastausaikaa annoin 12.1.2014 asti. Saatuani kyselylomakkeet takaisin, valitsin vastausten perusteella sopivat haastateltavat. Tämän jälkeen sovin haastattelut, jotka toteutettiin 27.- ja 28.1.2014 sekä 6.2.2014. Haastattelujen purkamisen ja analysoinnin aloitin heti haastattelujen jälkeen. Tulosten analysointi ja teoriaosan tarkentaminen valmistui maaliskuuhun aikana 2014. Työ valmistui huhtikuussa 2014.

Taulukko. Opinnäytetyöprosessin eteneminen.

Opinnäytetyön aiheen vahvistus ja ohjaajan nimeäminen	31.5.2012
Sopimus opinnäytetyöstä työelämän yhteistyötahon kanssa	24.5.2012
Ideaseminaari	19.12.2012
Suunnitelmaseminaari	13.11.2013
Kartoittava kysely	3.12.2013-12.1.2014
Kartoittavan kyselyn analysointi	13.1.2014
Teemahaastattelut	27.-28.1.2014 ja 6.2.2014
Teemahaastattelujen aukikirjoitus ja analysointi	7.2.-1.3.2014
Päätöseminaari ja työn valmistuminen	24.4.2014

8 TEEMAHAASTATTELUN TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Ensihoitajien ammatillisen osaamisen riittävyys kohdatessa itsetuhoisen potilas sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.

Kaikilla kolmella haastateltavalla oli käsitys, että itsetuhoisen potilaan kohtaaminen ei tuota suuria ongelmia ja siitä selviytyy yhtä lailla kuin muistakin hälytystehtävistä. Ammatillinen osaaminen siis koettiin pääasiassa riittävänä. Kohtaamista helpottavina tekijöinä pidettiin useamman vuoden työkokemusta ja lyhyttä aikaa, jonka ensihoitaja potilaan kanssa viettää:

"Mitään psykologista koulutustahan meil ei oo, että siit puolest nyt ei voi sanoo, et ois mitää syvää ammattitaitoo".

Haastateltavat kokivat, että potilasta hoidetaan ajallisesti suhteellisen lyhyt aika, jolloin voi keskittyä potilaan peruselintoimintoihin eikä potilasta tarvitse kohdata kovin syvällisesti. Haastatteluissa jopa pohdittiin, onko ensihoidossa tarpeen puuttua ollenkaan itsetuhoisuuteen ja onko ensihoidolla roolia auttamiseen. Koettiin, että psykiatrisen hoitokaan ei pysty heitä auttamaan, niin miten sitten yksittäinen ensihoitaja:

"Ensihoidos se on helppo, koska sä voit keskittyä siihen, että sä hoidat sen potilaan elintoiminnot. Sun ei tarvi kohdata sitä niin syvällisesti".

8.2 Itsetuhoisen potilaan kohtaamiseen liittyvät haasteet.

Ehdottomasti suurimpana haasteena koettiin ne potilastapaukset, joissa potilaan luo hälytetään ensihoito itsetuhoisuuden takia lukemattoman monta kertaa lyhyen ajan sisään. Lisäksi koettiin, että näihin tilanteisiin liittyy usein päihtynyt potilas, jolloin päihtymys aiheuttaa hankaluuksia. Nämä potilastapaukset koettiin huomionhakuksina ja tapaukset johtavat usein hoitajan turhautumiseen. Juuri tällaisten hälytystehtävien takia hoitajan asenne on saattanut haastattelujen perusteella muuttua väheksyväksi itsetuhoisuutehtävälle lähtiessä, ennen kuin hälytystehtävän todellinen luonne paikalle päästyä selviää. Itsetuhoisia potilaita ei pidetty varsinaisesti hankalimpana potilasryhmänä, mutta ne vaativat hoitajalta paljon ammatillista jaksamista:

"Riippuu siit tilanteest, et minkälainen avunhuuto se silt potilaalt on tällänen itsetuhoinen käyttäytyminen. Osan kohal se ajaa hoitajan turhautumisee, varsinki ku sit ajetaa sit samaa potilast kolmattakymmenettäkertaa viimesen puolen vuoden aikaan samasta syystä".

"Yritän olla empaattinen, mut sit on näit henkilöit, jotka toistaa näitä viikon välein ni sillo ei ehkä jaksa olla enää hirveen empaattinen".

Erilaisten itsetuhoisten potilaiden ero haastattelujen perusteella näkyi myös siinä, että osa potilaista ei ole hoitomyönteisiä eivätkä halua, että heihin kohdistetaan ensihoitoa. Osa taas tuntuu hakevan nimenomaan sitä, että saavat huomion ja pääsevät ensihoidon hoidettavaksi. Jos ensihoitaja kohtaa keikalla hoitokielteisen itsetuhoisen potilaan, tuo se haastetta huomattavasti lisää:

"Ehkä sielt on erotettavissa ne, että onko se sellanen humalainen jatkuva käytös vai löytyykö sielt sit sellain potilas, joka tosissaa on ajautunut umpikujaan ja yrittää itsemurhaa. Ihan varmasti sit sellainen saa myös erilaisen vastaanoton ja luo sille ensihoitajalle omanlaisen kohtaamispaineen siin".

Lisäksi haastavana koettiin huomionhakuisuuden ja todellisen avunhuudon erottamisen lisäksi esimerkiksi nuoret, jotka eivät tarkoituksella yritä itsemurhaa vaan käytös on enemmänkin huomionhakua. Nämä potilaat saattavat ikään kuin vahingossa aiheuttaa itselleen pahaakin vahinkoa, vaikka tarkoitus oli pääasiassa hakea huomiota. Toisaalta haastavana koettiin myös se, että ensihoidon keinot eivät välttämättä riitä potilaan pelastamiseen, jos viive sairaalaan on pitkä. Esimerkiksi tilannetta pahentaa sellaiset vaaralliset lääkeaineet, jotka saattavat vielä lääkehiilen annon jälkeen aiheuttaa potilaalle hengenvaaran tai jopa kuoleman. Haasteeksi siis koettiin potilaan saaminen nopeasti sairaalaan ja asianmukaiseen hoitoon, koska ensihoidon keinot ovat näissä tapauksissa vähäiset.

Yhtenä haasteena koettiin paikalla olevat muut henkilöt. Potilas saattaa olla esimerkiksi perheenäiti ja paikalla voi olla mies tai jopa lapsia. Tällainen tilanne koettiin haastavana, koska tilanteessa on paljon niin sanottua ylimääräistä itse potilaan hoitamisen lisäksi. Näissä tilanteissa lisäavun tarve on selkeä ja tilannetta vielä haastavammaksi tekee se, että kyseessä voi olla mahdollisesti elvytystilanne ja tilanne on varmasti kuormittava niin hoitajille kuin paikalla oleville läheisillekin.

8.3 Jälkipuintitarve itsetuhoisten potilaiden kohtaamisen jälkeen.

Suoranaista tarvetta jälkipuintiin ei kukaan haastateltavista ole kokenut työuran aikana. Jotkut tilanteet ovat kuitenkin painuneet syvästi mieleen. Nämä tilanteet muistuvat helposti mieleen, kun vastaavista tehtävistä esimerkiksi työparin kanssa keskustellaan. Koettiin, että olisi ollut paikallaan edes jonkin tasoinen asian käsittely kyseisten hälytystehtävien jälkeen. Työparin kanssa keskustelu nousi jokaisessa haastattelussa esiin ja sitä pidettiin tärkeänä asiana ja tietynlaisena verkostona purkaa hälytystehtävän aiheuttamia tunteita:

"Niit tulee ehkä sit siin työparin kans käytävis keskusteluis käytyy läpi. Varsinki ne potilaat, jotka oikeest tavallaa herättää huolen ja huomion".

Haastatteluissa nousi esiin kuitenkin ajatus siitä, jos potilas sattuisi olemaan esimerkiksi lapsi tai keikka muusta syystä erityisen dramaattinen, olisi jälkipuinti ehdottomasti paikallaan. Haastateltavista kukaan ei ollut kokenut tällaista hälytystehtävää työuransa aikana.

8.4 Kymenlaakson pelastuslaitoksen järjestämä jälkipuintimahdollisuus.

Kaikille haastateltaville oli selvää miten toimia, jos kokee tarvetta jälkipuintiin jonkin hälytystehtävän jälkeen. Kaikille oli tiedossa, että organisaatiossa on omasta työyhteisöstä koulutettu ryhmä, joka pitää yllä defusingtoimintaa. Defusing koettiin positiivisena asiana ja siihen hakeutuminen koettiin helppona:

"Se on ihan selkee juttu ja pyritty meiän talos siiihe, että se tuodaan sellaseks matalan kynnyksen asiaks".

8.5 Ensihoitaja AMK -koulutuksen sisältämän opetuksen riittävyys liittyen itsetuhoisten potilaiden kohtaamiseen.

Kaikissa kolmessa haastattelussa todettiin, että terveydenhuollon koulutuksessa oppia ei ole saatu riittävästi. Teoriaopetus koettiin liian pintapuoliseksi eikä itsetuhoisuutta oltu käsitelty haastateltavien mielestä riittävästi, jotta siitä saisi työvälineitä työelämään. Psykiatrisen hoitotyön kursseja on vähän, eikä niissä pystytä rajallisen ajan ta-

kia syvällisesti perehtymään kaikkeen, vaan käydään läpi yleisimmät psykiatrisen hoitotyön aiheet:

"Ne on kuitenkin kasvava kapitteeli ja luo sitä haastetta mun mielestä tähän työhön ja ehkä just se mihin saadaan kuitenkin kaikista vähiten koulutusvalmiuksia".

"Meillä oli ihan pari kurssia psykiatriaa ja ne oli ihan näitä yleisiä mielenterveys sairauksia, kuten skitsofreniaa".

Toisaalta kuitenkin jokaisessa haastattelussa tuli esiin kouluajana suoritettujen psykiatrisen hoitotyön harjoittelun tärkeys. Haastateltavat kokivat tärkeänä, että kyseisen harjoittelun pääsisi tekemään akuutti psykiatrian osastolle, jossa voisi harjoitella psykiatrisen ja mahdollisesti itsetuhoisen potilaan kohtaamista. Muitakin harjoitteluja psykiatrisen hoitotyön jakson lisäksi pidettiin tärkeänä harjoiteltaessa potilaan kohtaamista:

"Et tietysti vähä riippuen siitä, et mis teki ne psykan harjoittelut. Mäkin olin sit jossakin kroonikko hoivakodis. Ni että ei".

"Kyl mun mielestä kaikki lähtee siitä harjoittelusta, mikä mielenterveyspuolella tekee, jos se harjoittelu tekee onnistunees paikas. Itte tein akuutti psykiatrian puolel vastaanotto-osastolla harjoittelun, ni kyl se tuntu, et se anto niinku paljon enemmän ja varsinkin siihen mielenterveyspotilaan kohtaamiseen".

Onnistuneen psykiatrisen hoitotyön harjoittelujakson lisäksi tärkeänä ammattitaitoa kasvattavana tekijänä itsetuhoista potilasta kohdatessa pidettiin työkokemuksen karttumista. Tämä ajatusmalli korostui varsinkin niillä ensihoitajilla, joilla oli yli 10 vuotta työkokemusta. Yleisesti kuitenkin ajateltiin, että itsetuhoisten potilaiden kohtaamisessa harjaantuu työn myötä, eikä niinkään koulusta saadun opin jälkeen vielä. Puheeksi tuli tässä kohtaa myös hoitajan oma persoona, ei niinkään ammattitaito. Kohtaamiseen ja potilaan kokemaan hoitoon vaikuttaa mahdollisesti paljon se, kuinka paljon hoitaja on valmis "antamaan itsestään" hoitaessa kyseistä potilasryhmää:

"Mielenterveyspotilaan kohal varsinkin se, että kuinka paljon sä annat ittestäs".

9 POHDINTA

9.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Ensihoitajien ammatillisen osaamisen riittävyttä itsetuhoisia potilaita kohdattaessa perusteltiin lyhyellä ajalla, jonka ensihoitaja potilaan kanssa viettää. Vastaajat olivat sitä mieltä, että ensihoidossa ei ole tarpeen eikä ensihoidon rooli välttämättä ollenkaan ole puuttua potilaan itsetuhoisuuteen. Vastaajat kokivat, ettei ensihoidossa potilasta tarvitse kohdata kovin syvällisesti. Haastatteluissa tuli esiin näkökulma, jossa pohdittiinkin, voiko ensihoitaja auttaa itsetuhoista potilasta, kun ei siihen aina psykiatrinen hoitokaan pysty. Kuten Kuosmanen (2009, 484) tekstissään mainitsee, joskus itsemurhatapauksissa hoitaja voi kokea oman auttamiskyvyn rajallisuuden takia riittämättömydentunnetta. Lisäksi Kuosmanen on sitä mieltä, että edes jatkohoitoon rohkaiseminen olisi tärkeä osa hoitoa, vaikka se sairaankuljetuksessa onkin lyhyt aika. Haastattelujen perusteella voi pohtia, vaikuttaako itsetuhoisten potilaiden kohtaamisiin liittyvä riittämättömyden tunne ensihoitajien työmotivaatioon. Lisäksi voidaan miettiä, hakeutuuko ensihoitaja AMK -koulutukseen nimenomaan hyvät käden taidot omaavia ihmisiä, joille potilaan psyykkiseen vointiin puuttuminen ei välttämättä tunnu luontevalta. Sillanpää (2009, 21) kirjoittaa ensihoidon eettisyydestä ja arvomaailmasta. Hänen mukaansa potilas tulisi aina nähdä kokonaisuutena, jossa psyykinen ja fyysinen olemassaolo todellistuvat. Ihmistä ei siis voi hoitaa pelkän fyysisen oireen mukaan, sillä ihminen tuntee, kokee ja reagoi asioihin yksilöllisesti. Ensihoidossa mielenterveyspotilaat muodostavat suuren osan potilaista, ja lyhyestä hoitokontaktista huolimatta pitäisi ensihoitajallakin olla valmiudet myös potilaan psyykkisen voimien huomioimiseen.

Kun mietitään potilaan kohtaamista hoitotyössä, takaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) jokaiselle ihmiselle oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Lain mukaan jokaista potilasta tulee kohdella ihmisarvoa kunnioittaen. Sillanpää (2007, 21) lähestyy aihetta tekstissään ensihoidon eettisyyden kannalta. Potilas leimautuu helposti moraalisten, sosiaalisten, mielenterveydellisten tai elämäntapaansa liittyvien ongelmien vuoksi. Leimautuminen näkyy usein auttajan asenteissa ja kohtelussa avuntarvitsijaa kohtaan. Esimerkiksi juuri itsemurhayritykset testaavat hoitajan ammatillisuutta. Hoitajalla ei kuitenkaan ole oikeutta päättää, mikä on oikein ja mikä väärin. Haastattelujen perusteella itsetuhoiset potilaat vaativat hoitajalta paljon amma-

tillista jaksamista. Ensihoitajien ammatillista jaksamista ja henkistä kasvua työssä voisi kehittää ja tukea esimerkiksi työnohjauksen avulla. Toivion ja Nordlingin (2013, 156) mukaan työnohjauksen tavoitteena on etsiä uusia näkökulmia ja erilaisia toimintatapoja. Työnohjauksen pääpaino on erityisesti työntekijän jaksamisen edistämisessä. Toivion ja Nordlingin (2013, 223) mukaan itsemurhariski on suurempi pitkäaikaisen alkoholin ja huumeiden käytön seurauksena. Tästä syystä varmasti suuri osa itsetuhoisista potilaista on päihtyneitä. Haastattelujen perusteella ehdottomasti suurimmaksi haasteeksi koettiin päihtyneet itsetuhoiset potilaat, joiden luona ensihoito käy lukemattomia kertoja lyhyen ajan sisään itsetuhoisuuden vuoksi. Nämä potilastapaukset ovat johtaneet hoitajan turhautumiseen ja asenne potilasta kohtaan saattaa muuttua jopa väheksyväksi. Lisäksi kuten Ranta (2013, 33) artikkelissaan kertoo vuorovaikutussuhteen luominen on vaikeampaa silloin, kun autettavan ymmärryskyky on esimerkiksi päihteen käytön vuoksi heikentynyt. Tätä vaikeuttaa lisäksi nimenomaan ensihoidolle tyypillinen ajallisesti lyhyt potilaskontakti. Salminen (2012) on opinnäytetyössään tutkinut myös itsetuhoisen potilaan kohtaamista sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Tutkimustulokset ovat osittain samansuuntaisia tämän opinnäytetyön kanssa. Hänen tutkimuksensa perusteella pitkä työura on johtanut kyynisyyteen itsetuhoisia potilaita kohdatessa. Tämän opinnäytetyön perusteella lyhyenkin työuran aikana on jo koettu turhautumista itsetuhoisten potilaiden kohtaamisessa. Turhautumisen taustalla ovat potilaat, joiden luona käydään lukuisia kertoja itsetuhoisuuden takia useista hoitokontakteista huolimatta. Tämän perusteella voikin pohtia, mitkä ovat terveydenhuollon todelliset keinot itsetuhoisuuden vähentämiseksi Suomessa? Olisiko mahdollista kehittää aktiivinen ja ytimekäs terveyden-, päihde- ja sosiaalihuollon yhteinen toimintamalli, jolla saataisiin tätä potilasryhmää vähemmäksi. Haastattelujen perusteella erilaiset mielenterveysongelmat ovat koko ajan kasvava potilasryhmä myös sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.

Haasteelliseksi koettiin myös tilanteet, joissa tyypillisesti nuoren potilaan tarkoitus ei ole tehdä itsemurhaa vaan pikemminkin vahingoittaa itseään huomion hakemiseksi. Näissä tilanteissa nuori saattaa vahingoittaa itseään vahingossa hyvin pahasti. Tilanne saattaa muuttua nopeasti ja hetkessä hengenvaaralliseksi. Kuten Järvinen (1994, 32) tutkimuksessaan toteaa, nuoret eivät välttämättä tajua teon lopullisuutta. Itsemurha saattaa tapahtua myös vahingossa, vaikkei tarkoitus ollut kuin hakea huomiota ja apua tilanteeseen. Miettinen (2012) on pro gradu -tutkimuksessaan tutkinut nuorten itsetuhoisuutta. Tutkimuksen perusteella nuoret odottavat saavansa apua ammatti-ihmisiltä

ja siksi saattavat vahingoittaa itseään saadakseen huomion. Jotta nuoret välttyisivät vakavilta vaurioilta, voisi miettiä esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä ennaltaehkäisevää toimintamallia, jonka avulla tilanteisiin päästäisiin puuttumaan ajoissa.

Ranta (2013, 32–33) käsittelee artikkelissaan omaisten kohtaamista itsetuhoisen potilaan yhteydessä. Omaiset saattavat syytellä hoitohenkilökuntaa varsinkin, jos potilaan hyväksi ei ole mitään tehtävissä. Haastatteluissa puheenaiheeksi nousi myös omaisten läsnäolo itsetuhoista potilasta kohdattaessa. Nämä tilanteet koettiin hoitajalle erityisen kuormittavina, koska paikalla voi olla itse potilaan lisäksi esimerkiksi lapsia ja lisäavun saaminen voi viedä aikaa. Tämä aika ei kuitenkaan voi olla pois potilaan ajasta, jos voinnin perusteella tilanne on kiireellinen.

Teemahaastattelun kolmannessa tutkimustehtävässä käsiteltiin jälkipuintitarvetta. Rannan (2013, 32) mukaan rankoissa potilastapauksissa myös hoitajat itse ovat alttiita traumatisoitumiselle. Haastateltavat eivät olleet kokeneet tarvetta varsinaiseen jälkipuintiin, mutta osa oli sitä mieltä, että jälkeempään ajateltuna joidenkin rankkojen hälytystehtävien aiheuttamia tuntemuksia olisi voinut käsitellä edes jollakin tasolla. Tällaiset tehtävät muistuvat helposti mieleen samantyyppisen hälytystehtävän yhteydessä. Toisaalta työparin kanssa käytyjä kahdenkeskisiä keskusteluja pidettiin suuressa arvossa sekä työtä helpottavana tekijänä. Vastaavan tuloksen ovat saaneet Rae ja Kärkkö (2011) opinnäytetyössään, jossa he ovat tutkineet hoitajien kokemuksia itsetuhoisten potilaiden kohtaamisesta. Kuten Paakkonen (2002, 244) tekstissään kertoo, on defusingin tavoitteena välitön mielikuvien ja kokemusten purkaminen. Tavoitteena on lisäksi nopea posttraumaattisten reaktioiden lievittäminen ja kokemuksen realisointi, jotta työrutiineihin palaaminen onnistuisi mahdollisimman helposti ja nopeasti. Jälkipuinnin tarkoitus on lisäksi kehittää ja ylläpitää ammattitaitoa, jonka vaikuttaa varmasti suoraan potilasturvallisuuden kasvuun. Haastattelujen perusteella voisikin miettiä, olisiko hyödyllistä, että joidenkin tietyn aihealueen sisälle kuuluvien hälytystehtävien jälkeen olisi automaattisesti järjestettävä defusingistunto? Tällaisia tehtäviä voisi olla esimerkiksi juuri itsemurhatapaukset tai tilanteet, joissa potilas on ensihoitajalle ennestään tuttu, kuten omainen.

Kymenlaakson pelastuslaitoksella on oma toimintamalli defusingistuntoja varten. Malli on otettu käyttöön muutama vuosi sitten ja defusingohjaajat ovat Kymenlaakson

pelastuslaitoksen omaa henkilökuntaa. Tarvittaessa istuntoihin osallistuu myös työterveyshuollon koulutettu edustaja. Työterveyshuollon tehtävänä on myös jatkoavun tarpeen määrittäminen silloin, jos defusingistunnon jälkeen koetaan tarvetta debriefingille. Paakkosen (2002, 244) mukaan kyseinen malli on osoittautunut toimivaksi pelastustoimen yksiköissä. Myös haastattelujen perusteella toimintamalli on hyvin henkilökunnan tiedossa. Lisäksi se koettiin helposti lähestyttävänä ja positiivisena asiana se, että ohjaajat ovat Kymenlaakson pelastuslaitoksen omaa henkilökuntaa. Haastattelujen perusteella voidaan siis todeta, että Kymenlaakson pelastuslaitoksella henkilökunnan jaksamisesta ja ammattitaidon ylläpitämisestä pidetään hyvää huolta.

Sillanpään (2009, 22) mukaan ihmisenä kasvaminen ja ammatilliseksi auttajaksi kehittyminen jatkuvat koko elämän ja työuran ajan. Myös haastatteluissa nousi esiin näkökulma, jossa itsetuhoisten potilaiden kohtaamisessa harjaantuu työkokemuksen myötä, ei niinkään ensihoitaja AMK -koulutuksesta saadun opin perusteella. Ensihoitaja AMK -koulutuksessa koettiin kuitenkin erityisen tärkeänä psykiatrisen hoitotyön työharjoittelujakso nimenomaan akuutin psykiatrisen hoitotyön parissa. Lisäksi kaikkien työharjoittelujaksojen koettiin yleisesti kehittävän potilaan kohtaamiseen liittyviä haasteita. Haastattelujen perusteella ensihoitaja AMK -koulutuksesta ei pitäisi ainaakaan työharjoittelujaksoja lyhentää, koska ne koetaan tärkeinä. Koska ensihoitajat kohtaavat työssään akuutin psykiatrisen hoitotyön tilanteita, voisi miettiä koulutuksen teoriaopintojen suuntaamista enemmän akuutin psykiatrisen hoitotyön suuntaan. Lisäksi työharjoittelujaksot tulisi pyrkiä tekemään akuutin psykiatrisen hoitotyön toimipisteissä. Opetus- ja kulttuuriministeriön (2014) mukaan ammattikorkeakoulut saavat itse päättää koulutuksen sisällöstä ja opetussuunnitelmasta. Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa ensihoitaja AMK -tutkinnon opetussuunnitelmaan kuuluu vuorovaikutusosaamisen opintokokonaisuus. Tällä kurssilla käsitellään muun muassa työntekijän ominaisuuksia sekä eettistä ja arvo-osaamista. Sillanpään (2009, 17) mukaan jokainen ensihoidossa tehty valinta on eettinen ratkaisu. Toiminnallamme osoitamme omat arvostuksemme ja arvovalintamme. Jokainen ihminen kehittyy omaksi persoonakseen omien lähtökohtiensa, elämänsä ja kokemuksensa sekä valintojensa kautta.

Haastatteluissa nousi esiin myös näkökulma, jonka mukaan kohtaamiseen ja potilaan kokemaan hoitoon vaikuttaa paljon se, kuinka paljon hoitaja on valmis "antamaan itsestään". Vastaajat kokivat, että ammattitaidon lisäksi potilaan saamaan hoitoon vaikuttaa hoitajan oma persoona. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun ensihoitaja AMK

-tutkinnon pääsykokeissa on psykologiset kokeet, joissa testataan hakijan sopivuutta ensihoitajan ammattiin. Ensihoitajan persoonalliset ominaisuudet ovat perustana hoitosuhteelle, joka perustuu vastuuseen ja keskinäiseen luottamukseen silloinkin, kun hoitajan oma arvomaailma on erilainen kuin potilaan. Ensihoitajan ammatissa hoitajan todella täytyy pystyä hieman "antamaan itsestään" ja ensihoitajan työtä tehdään persoonalla unohtamatta tietenkään teoreettisia tietoja ja käytännön hoitotyöntaitoja.

9.2 Työn luotettavuus

Jokaista tutkimusta tehdessä pitäisi pyrkiä siihen, ettei virheitä synny. Vaikka tutkimus olisi virheetön, sen luotettavuus ja pätevyys vaihtelee. Tästä syystä on tärkeää arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Sitä varten on kehitetty useita mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi ym. 2004, 216.) Tyypillisesti tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti mittaavat tutkimuksen luotettavuutta. Joidenkin tutkijoiden mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei voida arvioida samoin kriteerein kuin määrällistä tutkimusta. Heidän mukaansa laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin olisi kehitettävä omat kriteerit. Näitä kriteereitä voisi olla esimerkiksi uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kritisoidaan usein pienistä tutkimuksen osallistujamääristä, subjektiivisuudesta sekä yleistettävyyden puutteesta. Tällöin laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan määrällisen tutkimuksen näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tulisi kuitenkin aina arvioida sen omista lähtökohdista. (Kylmä & Juvakka 2007, 127, 133–134.)

Reliabiliteetti tutkimuksessa tarkoittaa toistettavuutta. Tutkimuksen reliabiliteetti on siis kyky antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Sitä voidaan arvioida esimerkiksi siten, että kaksi eri tutkijaa päätyy samanlaiseen tulokseen tai samaa henkilöä tutkittaessa saadaan eri tutkimuskerroilla sama tulos. Näiden kriteerien toteutuessa voidaan tutkimustulos todeta reliabiliteetiksi. (Hirsjärvi ym. 2004, 216.) Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja kokemukset, eikä objektiivisuutta voida täysin saavuttaa. Tutkimustulokset ovat haastateltavien henkilökohtaisia kokemuksia omasta työelämästä ja ammatillisuudesta. Työllä ei ole tarkoitus mitata kenenkään ammatillista osaamista vaan haastateltavan omaa kokemusta omasta ammatillisesta riittävydestä. Tästä syystä työstä ei voida välttämättä tehdä toista täysin samaa tutkimustulosta saavuttavaa työtä, jos haastateltavat henkilöt eivät ole samat kuin tässä tutkimuksessa. (Hirsjärvi ym. 2004, 152.) Työn reliabiliteettia olisi voinut parantaa li-

säämällä haastateltavien eli otoksen määrää, koska haastatteluaineisto jäi suppeammaksi, mitä alunperin osasin olettaa. Lisäksi tutkimustehtävien aiheita olisi voinut käsitellä haastatteluissa syvällisemmin esimerkiksi muodostamalla lisä- ja tarkentavia kysymyksiä. Haastattelumuodoksi olisi ollut parempi valita syvähaastattelu teema-haastattelun sijaan, jotta vastausaineistosta olisi saanut syvällisempiä analyysejä.

Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on ollut tarkoituskin mitata. Tutkimusmenetelmä ei aina välttämättä vastaa juuri siihen, mitä tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi kyselylomakkeen kysymyksen on voinut vastaaja käsittää aivan väärin. Jos tutkija analysoi saatuja tuloksia edelleen oman ajattelumallin mukaisesti ja vastaukset ovatkin väärinymmärrettyjä, ei vastauksia voida pitää luotettavina. (Hirsjärvi ym. 2004, 216–217.) Tässä opinnäytetyössä käytin tulosten tulkinnassa sisällönanalyysille tyypillistä aineiston pelkistämistä ja luokittelua eikä tutkijan omaa ajatusmallia tutkittavasta aiheesta. Mielestäni työn jokaisessa vaiheessa sain selkeästi vastauksia teemojen mukaisiin tutkimustehtäviin, joita olen esittänyt. Kysely työn alkuvaiheessa oli hyvin pelkistetty ja siksi on hyvin epätodennäköistä, että vastaaja olisi voinut käsittää jonkin kohdan väärin. Haastattelut itsessään toteutettiin täysin teemojen mukaisesti jokaiselle haastateltavalle.

Uskottavuutta arvioitaessa tutkijan olisi varmistuttava siitä, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Uskottavuutta voidaan parantaa esimerkiksi keskustelemalla tutkimukseen osallistuvien kanssa tutkimuksen tuloksista eri vaiheissa. Tällöin tutkimuksen tulokset palautetaan tutkimukseen osallistuville ja heitä pyydetään arvioimaan tulosten paikkansapitävyyttä. Uskottavuutta parantaa myös se, että tutkija on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa ja pitää tutkimuksen etenemisestä tutkimuspäiväkirjaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tässä opinnäytetyössä olen tutkijana tutustunut aiheeseen teorian kautta mahdollisimman hyvin ja ajallisesti riittävän pitkään ennen varsinaista haastatteluosuutta.

Vahvistettavuus toteutuu silloin, kun tutkimusprosessi on kirjattu niin, että toinen tutkija voi seurata tutkimuksen etenemistä pääpiirteissään. Tutkimusraporttia kirjoittaessa tutkija hyödyntää muistiinpanojaan esimerkiksi haastattelutilanteista. Saadun aineiston avulla on tarkoitus kuvata miten tutkija on päätenyt tuloksiinsa ja johtopäätöksiinsä. Koska laadullisessa tutkimuksessa todellisuuksia on monia, toinen tutkija ei

välttämättä päädy samaan tulokseen samankaan aineiston perusteella. Tämä tekee laadullisen tutkimuksen vahvistettavuuden kritiikistä osin ongelmallista. Erilaiset tulkinnot eivät kuitenkaan tarkoita luottamusongelmaa, vaan lisäävät ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä työssä johtopäätökset ja tulokset on perusteltu ja esitetty mahdollisimman hyvin teoriataustaan tukeutuen. Lisäksi tuloksiin on käytetty suoria lainauksia haastatteluosuuksista tulosten esittämisen tueksi.

Refleksiivisyys toteutuu silloin, kun tutkija on selvillä omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkijan tulee arvioida, miten hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiin sekä kuvattava nämä lähtökohdat tutkimusraportissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä työssä tutkijan lähtökohdat ovat olleet selkeästi tutkijalle itselle tiedossa ja realistiset alusta alkaen. Tutkijan lähtökohdat ovat voineet vaikuttaa tutkimusprosessiin siinä määrin, että kokeneempi tutkija olisi saattanut saada tutkimuksesta tieteellisesti laadukkaamman.

Siirrettävyyttä arvioitaessa tutkijan on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä muuhun vastaavaan tilanteeseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä työssä tutkimuksen osallistujista on annettu kaikki mahdollinen tieto, joka voidaan antaa säilyttäen henkilöiden anonymiteetti. Tutkimuksen ympäristö ja muut olosuhteet on myös kuvattu tarkasti työn tutkimusosassa.

Laadullisessa tutkimuksessa ja sisällönanalyysissä luotettavuuden arviointi perustuu aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Kerätty tieto on riippuvaista siitä, miten hyvin tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Saadun aineiston laatu on tärkeässä osassa luotettavuutta arvioitaessa. Aineiston analysoinnissa korostuu tutkijan tiedot tutkimuksen aiheesta, arvostukset ja oivalluskyky. Luotettavuutta arvioitaessa kiinnitetään huomiota tutkimuksen totuusarvoon, sovellettavuuteen, pysyvyyteen ja neutraalisuuteen. Luotettavuutta arvioitaessa huomio keskittyy siihen, kuinka hyvin tutkija on pystynyt pelkistämään aineiston niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Työssä täytyy osoittaa selkeästi luotettava yhteys aineiston ja tulosten välillä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36.) Tässä opinnäytetyössä on pyritty rakentamaan selkeä runko ja kokonaisuus (teemat), joiden mukaisesti teoriaosuus sekä tutkimuskysymykset on asetettu. Teemojen mukaisesti on

esitetty tutkimustulokset sekä teemojen ja teoriaosuuden pohjalta on tarkasteltu tuloksia.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat lisäksi tarkka selostus tutkimuksen toteutuksesta. Tärkeitä seikkoja ovat haastattelussa aineiston keräämisen olosuhteiden ja paikkojen kertominen. On myös hyvä huomioida haastatteluihin käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät, virhetulkinnat haastattelussa sekä tutkijan oma itsearviointi tilanteesta. Tutkimuksesta tulisi selvittää myös perusteet tutkimustulosten luokittelulle ja sille, millä perusteella tutkija esittää tulkintoja, jotka hän on analyysiin kerännyt. Tätä helpottaa esimerkiksi suorien haastatteluotteiden lisääminen analyysiin. (Hirsjärvi ym. 2004, 217–218.) Tutkimus on pyritty selittämään työssä mahdollisimman tarkkaan ja lisäksi luotettavuutta on pyritty lisäämään kyselyn mukana olleen saatekirjeen avulla. Saatekirjeessä kerrottiin tarkasti, mitä on tarkoitus tutkia ja miten tutkimus etenee. Haastattelujen olosuhteet, paikat ja käytetty aika on kerrottu työn teoriaosuudessa teemahaastattelujen toteuttamisen yhteydessä. Ennen jokaista haastattelua on myös haastateltavan kanssa käyty läpi, että hän on varmasti ymmärtänyt, mistä tutkimuksessa on kysymys. Työn tuloksiin on lisätty suoria lainauksia haastatteluista lisäämään tulosten tulkitsemista.

9.3 Työn eettisyys

Laadullisen tutkimuksen tärkeimpiä eettisiä periaatteita ovat tutkimukseen osallistuvien henkilöiden vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus. Tutkijan ei myöskään missään nimessä tule vahingoittaa tutkittavia henkilöitä. Parhaimmillaan tutkittavat henkilöt hyötyvät myös itse tutkimuksesta, koska tutkimus voi edesauttaa heidän tietouttaan tutkittavasta asiasta. Tutkijan on myös hyvä miettiä, mikä hänen roolinsa on suhteessa tutkittaviin henkilöihin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 39.)

Työssä on huomioitu alusta alkaen tutkimukseen osallistuvien henkilöiden oikeudet. Tutkimukselle on pyydetty asianmukainen tutkimuslupa ennen tutkimuksen aloittamista. Työn teoriaosuudessa on käytetty luotettavaa ammattikirjallisuutta ja lähteet on merkitty tarkasti. Kaikille osallistujille on kerrottu tarkasti, mistä tutkimuksessa on kyse niin kyselytutkimus- kuin haastatteluosuudessaakin. Osallistuminen tutkimukseen on perustunut vapaaehtoisuuteen, ja osallistujat tiesivät, mihin heiltä saatua materiaalia käytetään. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden anonymiteetistä on huolehdittu

sekä saatu haastattelu- ja kyselytutkimusaineisto on hävitetty asianmukaisesti. Kerätty aineisto oli ainoastaan tutkijan hallussa ja nähtävillä. Tutkittaville annettiin myös mahdollisuus pyytää lisää tietoa tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa.

9.4 Työn hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Työstä saatiin hyödynnettävää tietoa niin ensihoitaja AMK -koulutusta kuin ensihoitajien työelämääkin ajatellen. Valmis opinnäytetyö luovutetaan Kymenlaakson pelastuslaitoksen yksiköille luettavaksi. Halutessaan he voivat työn pohjalta kehittää omia käytäntöjään saatujen tulosten perusteella. Tutkimuksessa esiin tulleet haasteet itsetuhoista potilasta kohdatessa voisi antaa ainakin vastavalmistuneelle ensihoitajalle apuvälineitä työuran alkuun.

Tutkimuksen työelämän yhteistyötaho Kymenlaakson pelastuslaitos toivoi työn kautta kokemuksia heidän vastikään alkaneesta defusingtoiminnastaan. Tutkimuksessa selvisi, että Kymenlaakson pelastuslaitoksen oma defusingtoiminta koetaan helposti lähestyttävänä ja matalan kynnyksen asiana. Lisäksi selvisi, että kaikille haastateltaville oli täysin selvää, miten defusingiin hakeutua, jos kokee siihen tarvetta. Kaiken kaikkiaan kokemukset Kymenlaakson pelastuslaitoksen defusingtoiminnasta koettiin positiivisena.

Ensihoitaja AMK- tutkinnon kannalta työ antoi käsityksen siitä, miten ensihoitajat kokevat saaneensa koulun myötä valmiudet työelämään itsetuhoisia potilaita kohdatessa. Teoriaosuutta toivottaisiin lisää, koska väestön mielenterveysongelmat ja itsetuhoisuus ovat koko ajan kasvava potilasryhmä. Tutkintoon kuuluvaa psykiatrisen hoito-työn työharjoittelua pidettiin erityisen tärkeänä varsinkin, jos sen saa tehdä akuutin psykiatrin toimipisteissä. Lisäksi kaikki koulutuksen aikana suoritettava työharjoittelu koettiin hyvin tärkeänä potilaan kohtaamisen näkökulmasta.

Jatkotutkimusehdotuksia voisi olla ehdottomasti laajempi tutkimus aiheesta siten, että haastateltavia olisi enemmän, jolloin laajempi tutkimus mahdollistuisi. Tutkimusmenetelmänä voisi käyttää teemahaastattelua, jossa olisi tarkentavia ja lisäkysymyksiä. Menetelmänä voisi käyttää myös syvällisemmän tutkimusaineiston saamiseksi syvähaastattelua. Jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi ne konkreettiset keinot, joilla ensihoitaja voisi itsetuhoisen potilaan oloa helpottaa peruselintoimintojen turvaamisen lisäksi. Tästä työstä saatujen tulosten perusteella voisi esimerkiksi kehittää koulutus-

paketin, jossa käsiteltäisiin niitä haasteita, joita ensihoitajat tutkimuksen mukaan kokivat itsetuhoista potilasta kohdatessa. Lisäksi haastateltavien rajausta voisi laajentaa ensihoitaja AMK -tutkinnon lisäksi muihin terveydenhuollon ammattinimikkeisiin, koska ensihoidossa niitä edelleen on ja luultavasti jatkossakin tulee olemaan. Tutkimuksen voisi tehdä myös määrällisenä tutkimuksena, jolloin vertailua voisi tehdä siitä, miten työkokemus ja koulutus vaikuttavat itsetuhoisen potilaan kohtaamisessa esiintyviin haasteisiin ensihoidossa. Tutkimusta voisi lähestyä myös deduktiivisen lähestymistavan sijaan induktiivisesti eli aineistoperäisesti. Tällöin yleistyksen ja päätelmät tehdään tutkimusaineistosta nousseiden seikkojen perusteella.

LÄHTEET

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2002. Hoitamalla hyvää oloa. Porvoo: WSOY.

Beskow, J. 2011. New trends in Suicide Prevention and the role of the Swedish National Suicide Prevention Programme. Teoksessa: Safe Community Conference 2011. Abstract Book. September 6–9/2011. Falun, Dalarna, Sweden. Falu Kommun: Gävle Offset.

Beskow, J., Osorno, J., Svanström, L. 2010. Community Suicide Prevention. 2nd Revised Edition. Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences. Stockholm: Pagroup.

Cronström-Beskow, S., 1983. Miten puhua itsemurhasta. Weilin+Göös. Ruotsalainen alkuteos: Samtal om självmord. Suomennos Ropponen, U. 1989. Ullan Arkki Oy.

Hammarlund, C. 2001. Suomentanut Toivanen, Riikka. 2004. Kriisikeskustelu. Kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. Helsinki. Tietosanoma oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P., 2004. Tutki ja kirjoita. 10. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hjelt, T. Sairaankuljetuspäällikkö. Sähköpostitiedoksianto 20.9.2013. Kymenlaakson pelastuslaitos.

Järvinen, K. 1994. Kulttuuriset mallit mielenterveystyöntekijöiden itsemurhaselityksissä. Stakes: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kinnunen, A. 2002. Kuljetuksesta hoitoon. Teoksessa: Castrèn, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. 2002. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Pelastusopisto, s. 8–9.

Kuosmanen, L. 2009. Psykiatrinen potilas ensihoidossa. Teoksessa Holmström, P., Kuisma, M., Porthan, K. (toim.) 2009. Ensihoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kylmä, J., Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kymenlaakson ammattikorkeakoulun internetsivut. SoleOPS. 2014. Saatavissa: http://soleops.kyamk.fi/opsnet/disp/fi/ops_KoulOhjOps/tab/tab/sea?ryhma_id=3490876&koulohj_id=2569354&valkiel=fi&stack=push [Viitattu 9.3.2014.]

Kymenlaakson ammattikorkeakoulun internetsivut. Koulutustarjonta. Saatavissa: <http://www.kyamk.fi/Hakijalle/Nuorten%20haku/Sosiaali-%20ja%20terveysala/Ensihoito/> [Viitattu 29.3.2014.]

Kymenlaakson pelastuslaitoksen internetsivut. 2013. Saatavissa: <http://www.kympe.fi/> [Viitattu 3.4.2013].

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Terveyslahti 30.12.2010/1326.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S., Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Lönnqvist, J. 2009. Itsemurhat. Terveyskirjasto. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00158&p_haku=itsemurhat#s5 [viitattu 14.6.2013].

Lönnqvist, J. 2005. Itsemurhat. Terveyskirjasto. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00029&p_haku=jouko%20%C3%B6nnqvist [viitattu 20.9.2013].

Metsämuuronen, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Viro: International Methelp Ky.

Määttä, T. 2009. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Holmström, P., Kuisma, M. & Porthan, K. (toim.) 2009. Ensihoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nissilä, K. 1995. Itsetuhoisen ihmisen käsitys omasta kuolemastaan. Suomalaisen teologisen kirjallisuusseuran julkaisuja. Pieksämäki: Kirjapaino Raamattutalo.

Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2014. Opiskelu ja tutkinnot ammattikorkeakouluissa. Saatavissa:

http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/ammattikorkeakoulutus/opiskelu_ ja_tutkinnot/?lang=fi [viitattu 9.3.2014].

Paakkonen, H. 2002. Stressi ensihoitotyössä. Teoksessa: Castrèn, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J., & Väisänen, O. 2002. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Pelastusopisto, s. 244–247.

Ranta, M. 2013. Traumaattisessa kriisissä kuuntele ja kulje rinnalla. Systole-lehti 4/2013, s. 32–33.

Sillanpää, K. 2009. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Holmström, P., Kuisma, M. & Porthan, K. (toim.) 2009. Ensihoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, s. 17–22.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. 6.4.2011/340.

Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. Tampere: Edita.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Itsetuhoisuus. Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/aikalisa/materiaalit/mielenterveys/itsetuhoisuus [viitattu 20.9.2013].

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Sosiaali- ja terveysala, Kotka

Ensihoidon koulutusohjelma

20.11.2013

ANOMUS TUTKIMUKSEN AINEISTON KERÄÄMISEKSI

KYMENLAAKSON PELASTUSLAITOS: Kotkan, Haminan ja Kouvolan toimipisteet

Tutkimusongelma	Työn tarkoitus on selvittää, miten ensihoitajat kokevat oman ammatillisen osaamisen riittävän kohdatessa itsemurhan tehneen potilaan omaiset sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Lisäksi selvitetään, millaisia haasteita näihin tilanteisiin liittyy. Selvitetään myös, kokeeko ensihoitajat saaneensa riittävästi oppia itsemurhatilanteiden hoitamiseen koulutuksen mukana. Tutkitaan lisäksi kokeeko ensihoitajat tarvetta jälkipuintiin itsemurhatapausten jälkeen ja tietävätkö he, miten se on omalla työpaikalla järjestetty.
Tutkimuksen kohderyhmä	Kymenlaakson pelastuslaitoksen Kotkan, Haminan ja Kouvolan toimipisteiden ensihoitajat.
Tutkimusmenetelmä ja aineiston kokoamistapa	Kvantitatiivinen tutkimus ja kyselytutkimus haastateltavien henkilöiden valitsemiseksi tutkimuksen alussa. Varsinainen tutkimus kvalitatiivinen ja aineisto kerätään teemahaastattelujen avulla.
Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika	Kevät 2014
Tutkimussuunnitelma hyväksytty	Kotka 31.5.2012
Aineiston kokoamisajankohta	Marraskuu 2013 - Maaliskuu 2014
Tutkimuksen ohjaaja	Terhi Hede, puh. [REDACTED]

Sitoudun käyttämään kokoamaani aineistoa tutkimusongelman osoittamissa puitteissa ja siten, että tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy.

Tutkimuksen tekijä

Minna Sanamäki, puh. [REDACTED]

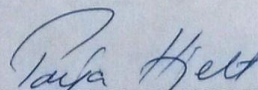
Anomus käsitelty

20/11 2013

Lupa myönnetty

X

Allekirjoitus



Nimenselvennys

KYMENLAAKSON PELASTUSLAITOS

Tarja Helt
ensihoidon päällikkö

[REDACTED]

KYSELYLOMAKE

Ympyröi sopivin vaihtoehto.

1. Työkokemuksesi sairaankuljetuksessa?

- a) 0 - 4 vuotta b) 5 - 9 vuotta c) 10 - 14 vuotta
d) 15 vuotta tai enemmän

2. Terveystieteiden alan koulutuksesi?

- a) Ensihoitaja AMK b) Sairaanhoitaja AMK c) Sairaanhoitaja
d) Lähihoitaja e) Lääkintävahtimestari-sairaanhoitaja
f) Muu koulutus, mikä? _____

3. Oletko kohdannut työssäsi itsemurhan tehneen potilaan omaisia?

- a) Kyllä b) En

4. Oletko halukas osallistumaan tutkimuksen haastatteluvaiheeseen?

- a) Kyllä b) En

5. Jos vastasit edelliseen kysymykseen "kyllä", kirjoittaisitko ystävällisesti yhteystietosi alle. Otan sinuun yhteyttä kyselylomakkeiden käsittelyn jälkeen. Vastaa sähköposti tai puhelinnumerokenttään vaihtoehto, jota kautta haluat sinuun otettavan yhteyttä.

Nimi _____

Sähköpostiosoite tai puhelinnumero _____

Toimipiste _____

KIITOS VASTAUKSESTASI!

HYVÄ VASTAAJA

Olen ensihoitaja AMK -opiskelija Kymenlaakson ammattikorkeakoululta Jylpyn toimipisteeltä. Valmistun joulukuussa 2014 ja teen nyt opintoihini kuuluvaa opinnäytetyötä. Työssäni työelämän yhteistyökumppanina toimii Kymenlaakson pelastuslaitos. Työtäni ohjaa koulumme opettaja Terhi Hede. Tutkimuksen toteutukseen olen saanut tutkimusluvan Kymenlaakson pelastuslaitoksen ensihoitopäällikkö Tarja Hjeltiltä 25.11.2013.

Opinnäytetyöni aihe on ensihoitajien ammattitaidon riittävyys itsemurhatapauksissa sairaankuljetuksessa. Tarkoitukseni on selvittää, miten ensihoitajat kokevat oman ammattitaidon riittävyyden kohdatessa itsemurhan tehneen potilaan omaiset. Lisäksi tarkoitus on selvittää, kokevatko ensihoitajat jälkipuintiin tarvetta kyseisten potilastausten jälkeen. Opinnäytetyöni on tarkoitus valmistua kevään 2014 aikana ja työn tulen toimittamaan Kymenlaakson pelastuslaitokselle.

Työni on kaksivaiheinen ja ensimmäinen osuus on kysely, johon toivon vastausta kaikilta Kymenlaakson pelastuslaitoksen ensihoitajilta, joilla on terveydenhuollon ammattitutkinto. Kyselylomakkeet ovat tämän saatekirjeen mukana ja vastaukset pyydän jättämään palautuslaatikkoon, jonka kyljessä lukee "kyselylomakkeiden palautus". Vastausaikaa on 12.1.2014 asti.

Työni toinen ja varsinainen tutkimusvaihe on haastattelu, johon valitsen haastateltavat henkilöt kyselyn perusteella. Haastattelut toteutetaan alkuvuodesta 2014. Kyselyyn vastanneiden sekä haastateltavien ensihoitajien henkilöllisyydet eivät käy ilmi opinnäytetyössä. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti sekä kyselylomakkeet ja haastattelut hävitetään tulosten käsittelyn jälkeen.

Kyselyyn vastaaminen vie vain muutaman minuutin. Jos sinulla on kysyttävää kyselylomakkeesta tai opinnäytetyöstäni vastaan mielelläni.

Kiitos osallistumisestasi!

Minna Sanamäki, ensihoitaja AMK -opiskelija, puhelinnumero, sähköpostiosoite.

TEEMAT

1. Ensihoitajien ammatillisen osaamisen riittävyys kohdatessa itsetuhoisen potilas sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.
2. Itsetuhoisen potilaan kohtaamiseen liittyvät haasteet sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.
3. Jälkipuintitarve itsetuhoisten potilaiden kohtaamisen jälkeen.
4. Kymenlaakson pelastuslaitoksen järjestämä jälkipuintimahdollisuus.
5. Ensihoitaja AMK -koulutuksen sisältämän opetuksen riittävyys liittyen itsetuhoisten potilaiden kohtaamiseen.

OPISKELIJA

Opiskelijanumero [REDACTED]	Viralliset etunimet Minna Marjatta
Sukunimi Sanamaki	
Lähiosoite [REDACTED]	Postinumero ja -toimipaikka [REDACTED]
Sähköposti [REDACTED]	Puhelin [REDACTED]
Toimipiste ja koulutusohjelma Kyamk, Jylpyn kampus, ensihoidon koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus EH11A	

TOIMEKSIANTAJA

KYMENLAAKSON PELASTUSLAITOS

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö <i>Kymenlaakson pelastuslaitos</i>	Yrityksen yhteisöön kuuluva henkilö <i>Taru Heikkinen</i>
Lähiosoite <i>Takojantie 4, 48220 Kotka</i>	Postinumero ja -toimipaikka <i>48220 Kotka</i>
Sähköposti [REDACTED]	Puhelin [REDACTED]

OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.

Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.

Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) <i>Terhi Hede</i>
Sähköposti [REDACTED]
Yrityksen yhteisön ohjaaja(t) <i>Taru Heikkinen</i>
Sähköposti [REDACTED]

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) Itsemurhatapaukset sairaankuljetuksessa	
Kehittämisen- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) Mn. hoitajan ammatillinen osaaminen itsemurhatapauksissa, debriefing/defusing tarve jne...	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) Karttoittava kysely lympe:n sairaankuljetuksessa työskenteleville ja syvällisempi haastattelu muutamalle, joilla kokemusta itsemurhatapauksista	
Opinnäytetyön aloitus 31.5.2012	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle 24.4.2014
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määntelmän *) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

*) T & K määntelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä.
<http://www.tilastokeskus.fi/tll/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 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 julkisuuslaisissa 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 ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman enillistä 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

KYMENLAAKSON PELASTUSLAITOS

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS Kotka 24, 5 2012	Tarja Hiet sairaankuljetuspäällikkö Tarja Hiet
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS Kouvola 24, 5 2012	Minna Smevat Minna Smevat
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS Kotka 24, 4 2014	[Signature]

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