

**KOULUTUSPÄIVÄ PERUSELVYTYKSESTÄ TORNION
SYDÄNYHDISTYS RY:LLE**

Lauranto Inka-Liina
Pihlaja Marjukka
Sinkkonen Jonna

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2017

Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Inka-Liina Lauranto Marjukka Pihlaja Jonna Sinkkonen	Vuosi	2017
Ohjaaja	Susanna Kantola		
Toimeksiantaja	Tornion Sydänyhdistys Ry		
Työn nimi	Koulutuspäivä peruselvytyksestä Tornion sydänyhdistys ry:lle		
Sivu- ja liitesivumäärä	41 + 4		

Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää koulutuspäivä aikuisen painelu-puhalluselvytyksestä ja puoliautomaattisen defibrillaattorin käytöstä eli peruselvytyksestä Tornion Sydänyhdistys ry:n jäsenille ja Tornion kyläyhdistysten edustajille. Lisäksi tuotimme lyhyen, selkeän ja helppolukuisen ohjetaulun peruselvytyksestä Tornion kyläyhdistysten käyttöön. Tavoitteena oli parantaa koulutukseen osallistuvien elvytysosaamista ja valmiutta ryhtyä elvytykseen tilanteen sattuessa. Tavoite oli myös lisätä kyläläisten turvallisuutta elvytysosaamisen ja tarvittavan välineistön myötä, sillä pitkien välimatkojen vuoksi varsinaisen ensihoitoyksikön saapuminen paikalle voi viedä aikaa. Työn toimeksiantajana oli Tornion Sydänyhdistys Ry

Työmme keskeisiä käsitteitä ovat sydänpysähdyspotilaan hoito sekä ohjaus- ja opetusosaaminen. Opinnäytetyömme oli toiminnallinen ja se koostui koulutuspäivästä sekä elvytysohjeesta. Aineistona käytimme väitöskirjoja, hoitosuosituksia, hoitotieteellisiä julkaisuja ja kirjallisuutta.

Suunnittelimme koulutuspäivää ja ohjetta yhteistyössä toimeksiantajamme kanssa, ja toteutuksessa hyödynsimme Lapin ammattikorkeakoulun opetusvälineistöä. Lopullisen ohjeen mallikappaleen painoimme koululla, ja palautetta koulutuspäivästä keräsimme kyselylomakkeen avulla. Koulutuksestamme saatu palaute oli positiivista, ja toimeksiantajamme oli tyytyväinen ohjeeseen. Mielestämme koulutuspäivämme onnistui hyvin ja olemme tyytyväisiä ohjeen ulkonäköön ja sisältöön.

Koimme omien elvytys-, ohjaus- ja ryhmätyötaitomme kehittyneen opinnäytetyöprosessin aikana. Jatkokehityksiksi muodostuivat peruselvytyskoulutusten pitäminen eri väestöryhmille säännöllisin väliajoin sekä kartoitus, kuinka 3. sektori tai yksityishenkilöt voisivat toimia yhteistyössä sairaanhoitopiirien kanssa yhteistyössä puoliautomaattisten defibrillaattorien hankkimiseksi.

Avainsanat

maallikot, elvytys, defibrillaatio, ohjaus, hoitotyö

School of Social Services, Health
and Sports
Degree Program in Nursing
Bachelor of Health Care

Authors	Inka-Liina Lauranto Marjukka Pihlaja Jonna Sinkkonen	Year	2017
Supervisor	Susanna Kantola		
Commissioned by	Tornion Sydänyhdistys Ry		
Subject of thesis	Training Day about Resuscitation for Tornion Sydänyhdistys ry		
Number of pages	41 + 4		

The purpose of this thesis was to produce a clear and easy-to-read guide on cardiopulmonary resuscitation for grown-ups as well as on using an automated external defibrillator (AED), i.e., on basic resuscitation for the village societies in the Tornio region. In addition, we organized a training day on basic resuscitation for the members of Tornion Sydänyhdistys ry and representatives of the Tornio village societies. The goal was to improve the resuscitation skills of the participants, as well as their readiness to engage in resuscitation when a situation calls for it. Yet another goal was to enhance the safety of the villagers via improved resuscitations skills and equipment, since due to long distances the arrival of the actual emergency care unit can take a long time. This work was carried out by the request of Tornio Sydänyhdistys Ry.

The principal concepts in our project are the first aid of a cardiac arrest patient and competence in teaching and counselling. Our thesis is functional in nature, and consists of a training day, together with a written guide to resuscitation. As sources of information, we used PhD theses, care guidelines, publications in nursing science, and other literature.

We planned the training day in collaboration with our commissioner and, when carrying out the day, utilized the teaching equipment of the Lapland University of Applied Sciences. The showpiece of the final version of the guide was printed at our school, and feedback on the training day was collected using a questionnaire. The feedback on our training was positive, and our commissioner was pleased with the written guide.

As needs for further development, the need to provide basic training on resuscitation for different demographic groups at regular intervals became apparent, but also charting out how the third sector or even private citizens could work together with the local health care districts to acquire AEDs.

Key words laypersons, resuscitation, electric countershock, counselling, nursing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
3	SYDÄNPYSÄHDYSPOTILAAN HOITO	8
3.1	Sydänpysähdys	8
3.2	Ensiapuosaaminen elvytystilanteessa	9
3.3	Elvytyksen merkitys sydänpysähdyspotilaan hoidolle	9
3.4	Maallikon antaman elvytyksen hyödyt.....	10
3.5	Painelu-puhalluselvytys	11
3.6	Defibrillointi	15
3.7	Elvytetyn hoito	17
4	SAIRAANHOITAJAN OHJAUS- JA OPETUSOSAAMINEN	19
4.1	Ohjaus- ja opetusosaaminen hoitotyössä	19
4.2	Oppiminen ja opettaminen	21
4.2.1	Oppiminen ja oppimismenetelmät	21
4.2.2	Ohjausmenetelmät ja ohjaustyyli.....	22
5	OPINNÄYTETYÖN ETENEMINEN.....	25
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	25
5.2	Koulutuspäivän ja ohjeen suunnittelu	26
5.3	Koulutuspäivän ja ohjeen toteutus	29
5.4	Palaute.....	30
6	POHDINTA	33
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	33
6.2	Opinnäytetyön tavoitteiden saavuttaminen ja jatkokehitysaiheet	34
6.3	Ammatillisen osaamisen kehittyminen	35
	LÄHTEET	38
	LIITTEET	42

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on pitää koulutuspäivä aikuisen painelu-puhalluselvytyksestä ja puoliautomaattisen defibrillaattorin (AED) käytöstä eli peruselvytyksestä Tornion Sydänyhdistys Ry:n jäsenille ja Tornion kyläyhdistysten edustajille. Lisäksi tuotamme lyhyen ja selkeän ohjeistuksen peruselvytyksestä Tornion kyläyhdistysten käyttöön. Näin ollen tavoitteenamme on parantaa Tornion alueen kyläläisten turvallisuutta innostamalla kyläyhdistyksiä hankkimaan defibrillaattoreita sekä lisäämällä maallikon elvytysvalmiutta kattavan ja selkeän koulutuksen ja ohjeen myötä. Maallikolla tarkoitamme henkilöä, jolla ei ole terveydenhuollon ammattihenkilön koulutusta. Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö ja sen toimeksiantaja on Tornion Sydänyhdistys ry.

Aihetta pidämme ajankohtaisena, sillä elvytys ja varhainen defibrillaatio ovat ratkaisevassa asemassa sydänpysähdyspotilaan hoidossa ja selviytymisessä. Sydänpysähdys tapahtuu usein sairaalan ulkopuolella, ja ensihoidon saapuminen paikalle voi viedä aikaa. Usein tässä ajassa kammiovärinä tai kammiotakykardia tulisi jo defibrilloida, ja näin ollen maallikkoelvytyksen merkitys sydänpysähdyspotilaan kannalta korostuu. On myös todettu, että painelu-puhalluselvytyksen aloittamisen lisäksi maallikon tekemä mahdollisimman varhainen defibrillaatio puoliautomaattisella defibrillaattorilla parantaa sydänpysähdyspotilaan ennustetta huomattavasti. (Nurmi 2016; Virkkunen, Hoppu & Kämäräinen 2011.)

Sydänpysähdyspotilaan hoitoon pääsyyn vaikuttavat myös sote-uudistuksen tuomat muutokset. Lapissa jo ennestään pitkät välimatkat voivat tämän myötä kasvaa. (Ahonen & Rissanen 2015.) Myös vuonna 2019 voimaan tuleva maakunta-uudistus, jossa osa terveydenhuollon palveluista siirtyy kunnilta maakunnille tuo lisää haasteita välimatkojen suhteen. Viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän maakunnan tehtäväksi jää silloin ensihoidon järjestäminen, ja hoitoon pääsy tulee olemaan päivystyspisteiden vähetessä entistä keskitetympää. Esimerkiksi Lapin sairaanhoitopiirin ensihoidon henkilöstöstä, välineistöstä, lääkkeitä ja niiden kustannuksista vastaa Oulun yliopistollinen sairaala. (Sote- ja maakuntauudistus 2016; Sosiaali- ja terveysministeriö.)

Aiheenvalintaa perustelemme myös Lapin ammattikorkeakoulun strategioista turvallisuusosaamiseen ja etäisyyksien hallintaan nojaten (Lapin AMK c; Lapin AMK a). Näyttöön perustuvan tiedon ja ohjauksen antaminen peruselvytyksestä lisää maallikoiden ensiapuosaamista elvytystilanteissa ja sitä kautta elvytettävän ja elvyttäjän turvallisuus elvytystilanteissa voi parantua. Koska Lapissa etäisyys on haaste, maallikon suorittama oikeaoppinen peruselvytys voi parhaimmillaan taata nopean hoidon alkamisen huolimatta siitä, että hoitovastuu siirtyisi etäisyyksistä johtuen ensihoitoyksikölle viiveellä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on pitää koulutuspäivä aikuisen painelu-puhalluselvytyksestä ja puoliautomaattisen defibrillaattorin käytöstä eli peruselvytyksestä Tornion Sydänyhdistys ry:n jäsenille ja Tornion kyläyhdistysten edustajille Tornion Sydänyhdistys ry:n tiloissa. Lisäksi tuotamme lyhyen, selkeän ja helppolukuisen ohjeistuksen peruselvytyksestä Tornion kyläyhdistysten käyttöön. Tarkoitus on, että ohjeistus voidaan sijoittaa defibrillaattoreiden välittömään läheisyyteen, jossa se on tukena ja hyötynä elvyttäjälle. Kyläyhdistykset voivat myös hyödyntää ohjetta esimerkiksi omissa koulutuksissaan ja liittää sen kyläsuunnitelmiinsa.

Opinnäytetyömme tavoitteita ovat koulutukseen osallistuvien elvytystaitojen kehittäminen ja kyläläisten turvallisuuden parantaminen. Tavoitteena on myös maallikon elvytykseen ryhtymisen valmiuden kehittäminen ja yhä useamman kyläyhdistyksen innostaminen hankkimaan defibrillaattoreita. Lisäksi tavoitteena on oman ohjaus- ja opetusosaamisen sekä ryhmätyötaitojen parantaminen ja omien elvytystaitojen kehittäminen sekä tietoperustan lisääminen aiheesta.

3 SYDÄNPYSÄHDYSPOTILAAN HOITO

3.1 Sydänpysähdys

Suomalaisen tutkimuksen mukaan vuosittain 100 000:sta asukkaasta noin 51:llä ilmenee sairaalan ulkopuolella tapahtuva sydämenpysähdys. Noin 34 % sydänpysähdyspotilaista toipuu kotiin, kun ensimmäinen rytmi on defibrilloitava rytmi. (Elvytys: Käypä hoito -suositus 2016.) Noin 80 % sairaalan ulkopuolisten sydänpysähdysten syistä ovat sydänperäisiä, ja yleensä taustalla ovat sydämenvajaa toiminta tai sepelvaltimotauti. Tällöin yhtäkkinen sydämenpysähdys johtuu yleensä sepelvaltimon äkillisestä tukkeutumisesta, eli tromboosista ja siitä johtuvasta iskemiasta, vanhasta infarktiarvesta tai kammiolaajentumasta johtuvasta rytmihäiriöstä. (Virkkunen ym. 2011; Nurmi & Castren 2014.)

Jäljelle jäävän 20 % sydänpysähdyksistä aiheuttavat ulkoiset syyt kuten trauma, hukkuminen, hengitystie-este, myrkytys tai muut sisäiset tai neurologiset katastrofit (Virkkunen ym. 2011). Ikääntyneillä merkittäviä tekijöitä voivat olla myös rakenteelliset syyt, kuten erilaiset sydänlääpien sairaudet ja kardiomyopatia. Nuorilla henkilöillä yleisiä sydänpysähdysten aiheuttajia ovat perinnölliset sairaudet ja huumeiden käyttö. Sydänpysähdykseen liittyy lähes aina ennakko-oireita, joita ovat tyypillisimmin noin tuntia ennen sydänpysähdystä ilmenevä rintakipu. Jos taustalla on sydänsairaus, ennakko-oireena voi olla tajunnanmenetyskoh-
taukset. (Elvytys: Käypä hoito -suositus 2016.)

Kun sydän pysähtyy ja verenkierto seisahtuu, oleellisin seikka potilaan kannalta on hapenpuutteesta johtuva aivovaurion kehittyminen. Jo kahdessakymmenessä sekunnissa happi aivokudoksista on kulutettu, ja glukoosi- ja adenosiinirifosfaattivarat kuluvat viidessä minuutissa. Adenosiinirifosfaatti on tärkeässä asemassa solujen toiminnan ja solukalvon välisen elektrolyyttitasapainon ylläpidossa, minkä toiminnan lakkaamista pidetäänkin keskeisenä seikkana hermosolujen vaurioi-
den synnyssä. (Nurmi & Castrén 2014.) Anaerobisen, eli hapettoman metabolian myötä aivokudoksessa kehittyvät haitallisia aineenvaihduntatuotteita, ja hapenpuutteesta eli iskemiasta johtuva vaurioiden kehittyminen jatkuu vielä verenkie-

ron käynnistyttyäkin. Siksi jokainen minuutti potilaan selviytymisen takia on tärkeä, ja jokainen menetetty minuutti ennen elvytyksen aloitusta ja defibrillaatiota heikentää potilaan selviytymisennustetta noin 10 %. (Virkkunen ym. 2011.)

Toipuminen sydänpysähdyksestä edellyttää koordinoitua ja toimivan hoitojärjestelmän ja nopean ammattiavun paikalle saapumisen lisäksi onnistunutta maallikkoapua, eli nopeaa elottomuuden tunnistamista ja tehokkaan peruselvytyksen aloittamista. Maallikoiden elvytyskouluttaminen ja puoliautomaattisten defibrillaattoreiden saatavuuden edistäminen ovatkin osa järjestelmän tehokkaan toiminnan edellytyksistä. (Virkkunen ym. 2011; Elvytys: Käypä hoito -suositus 2016.)

3.2 Ensiapuosaaminen elvytystilanteessa

Ensiapuosaaminen elvytystilanteissa pitää sisällään sydänpysähdyspotilaan tunnistamisen välittömien oireiden perusteella, joita ovat muun muassa tajuttomuus, lyhytkestoinen jäykistely tai haukkova kuorsaava hengitys. Ensiapuosaamista on myös nopea hoidon aloitus, johon sisältyy hätänumeroon soitto, potilaan valmistaminen elvytykseen kääntämällä potilas selälleen kovalle alustalle ja avaamalla hengitystiet sekä painelupuhalluselvytyksen aloittaminen, joka on tehokkain elvytysmenetelmä ennen defibrillaattorin paikalle saamista. Varhainen defibrillaatio on myös osa ensiapuosaamista (Silfvast 2016b; Elvytys: Käypä hoito -suositus 2016; Harve 2009, 27.)

Elvytyksen laatu ja sen nopea aloitus ovat avainasemassa potilaan jatkoselviytymiseen, koska elvytyksessä taistellaan aina aikaa vastaan. Elvytystilanteissa nopeiden päätösten tekeminen ja nopea toiminta ovat ensiarvoisen tärkeitä. (Ikola 2007, 11-12.) Oikeanlainen painelutekniikka takaa laadukkaan ja potilaalle hyödyllisen elvytyksen ja estää mahdollisia komplikaatioita (Harve 2009, 40).

3.3 Elvytyksen merkitys sydänpysähdyspotilaan hoidolle

Yleisin alkurytmi sydänpysähdyspotilaalla on kammiovärinä, ja yksittäinen merkittävä tekijä potilaan selviytymiselle on viive kammiovärinän alkamisesta ensim-

mäiseen defibrillaatioon (Virkkunen ym. 2011). Viiveettömästi aloitetulla ja laadukkaalla elvytyksellä ja defibrillaatiolla voidaan moninkertaistaa kammiovärinäpotilaan selviytyminen. Defibrillointi, joka on tehty 3-5:n minuutin kuluessa sydänpysähdyksestä, mahdollistaa potilaan selviytymisen jopa 50-70 %:n todennäköisyydellä (European Resuscitation Council 2015; Hoppu, Virkkunen, Kämäräinen & Yli-Hankala 2013.)

Tehokkain hoito sydänpysähdyspotilaalle ennen defibrilloinnin mahdollisuutta ja hoitoelvytystä on painelu-puhalluselvytys, ja etenkin sydänpysähdyksen pitkittyessä tehokkaan painelu-puhalluselvytyksen merkitys kasvaa. Aikaisessa vaiheessa aloitettu elvytys parantaa defibrilloinnin onnistumista ja potilaan mahdollisuutta selvitä, sillä painelu-puhalluselvytys ylläpitää kammiovärinää ja kammiotakykardiaa ja estää niiden hiipumista asystoliaan, jos sydänpysähdyksen alkurytmienä on kammiovärinä tai kammiotakykardia. Nämä ovat defibrilloitavia ja yleensä parempiennusteisia alkurytmejä elvytyksessä, mutta ellei potilas saa painelu-puhalluselvytystä ensimmäisten minuuttien aikana, hiipuvat ne 10-15 minuutin kuluessa asystoliaan. (Virkkunen ym. 2011; Kuisma ym. 2015. 259, 270.) Tehokas painelu-puhalluselvytys hidastaa aivovaurion syntyä, ja tutkimusten mukaan paineluelvytyksen aikaansaaman tarpeeksi korkean perfuusiopaineen syntyminen on sidoksissa potilaan verenkierron palautumiseen. (Virkkunen ym. 2011; Nurmi & Castrén 2014.)

Keskeisenä onnistuneen elvytyksen elementtinä on niin kutsuttu chain of survival, joka jakautuu neljään eri osaan: sydänpysähdyksen varhaiseen tunnistamiseen, varhain aloitettuun painelu-puhalluselvytykseen, varhaiseen defibrillaatioon ja elvytyksen jälkeiseen hoitoon. Edellä mainitussa ketjussa korostuu myös hätäkeskuspäivystäjien toiminta sydänpysähdyksen tunnistamisen, elvytysohjeidenannon ja lähimmän defibrillaattorin sijainnin opastamisen suhteen. (Hiltunen 2016, 7; Nurmi 2016.)

3.4 Maallikon antaman elvytyksen hyödyt

Usein sydänpysähdys tapahtuu sairaalan ulkopuolella, jolloin maallikkoelvytyksen, eli maallikon suorittaman peruselvytyksen merkitys on suuri, koska aikaa tehokkaille elvytystoimille on vain muutamia minuutteja. Jos maallikko pystyy

muutaman minuutin kuluessa potilaan mentyä elottomaksi defibrilloimaan neuvovan defibrillaattorin avulla sydänpysähdyksen jälkeen, joka toinen potilaista toipuu neurologisesti ongelmitta uhkaavasta sydänperäisestä äkkikuolemasta. Parhaimmillaan onnistunut maallikkoelvytys lyhentää sydänpysähdyksen ja defibrilloinnin välistä viivettä ja näin edesauttaa sydänpysähdyspotilaan hoitopolun alkuvaiheen hoitoa. (Hiltunen 2016, 7; Nurmi 2016; Kuisma ym. 2015; Sorsa 2007, 180-185.)

Keinoja elvytystulosten parantamiseksi ensihoidon kehittämisen lisäksi ovat maallikon elvytystaitojen kehittäminen ja maallikon suorittama defibrillaatio, sillä viive ensimmäisen defibrilloinnin ja sydämenpysähtymisen välillä saadaan lyhenemään vain siten, että defibrillaatio on mahdollista tehdä maallikoiden toimesta. Defibrillaatio on hoitosuosituksen mukaan osa peruselvytystä. (Castrén 2000; Elvytys: Käypä hoito -suositus 2016.)

Hiltusen (2016, 7) tutkimuksesta käy ilmi, että keskimäärin vajaa puolet elottomista saa maallikkoelvytystä ennen hoitohenkilökunnan paikalle tuloa. Aihe on ajankohtainen, sillä kuten Hiltunen tekstissään toteaa, täytyisi maallikkoelvyttäjien antamaa elvytystä pystyä lisäämään. Sairaalasta toipuu kotiutumiseen asti 34 % potilaista, joiden sydänperäisten sydänpysähdyksien alkurytmi on defibrilloitava.

3.5 Painelu-puhalluselvytys

Jos henkilö ei vastaa eikä herää puhutteluun tai ravisteluun, on epäilyn elottomuudesta herättävä välittömästi. Jos eloton henkilö on aikuinen, tulee ensimmäisenä tehdä hätäilmoitus yleiseen hätänumeroon ja jos mahdollista, tulee joku lähettää hakemaan defibrillaattoria. Kun lisäapua on kutsuttu, tulee avata hengitystiet ja tarkastaa, että hengittääkö henkilö. Jos henkilö on löydettyäessä vaikeassa asennossa kuten istumassa, tulee hänet siirtää tasaiselle alustalle, jossa hengitysteiden avaaminen ja elvytys onnistuvat esteettä. Jos kyseessä on lapsen elvytys, tulee peruselvytys aloittaa välittömästi, ja elvyttää minuutin ajan ennen avun kutsumista. (Metsävainio & Junttila 2016; Elvytys: Käypä hoito -suositus 2016.)

Hengitystiet avataan taivuttaen henkilön päätä taaksepäin. Kuvassa 1. havainnollistetaan hengitysteiden avaamista. Hengityksen tarkastaminen tapahtuu tarkkailemalla, liikkuuko henkilön rintakehä ja tunnustelemalla kämmenellä, tuntuuko suun ja nenän edessä ilmavirtausta. Hengityksen tarkastamiseen ja arviointiin sekä elvytyspäättöksen tekemiseen ei saa käyttää aikaa kymmentä sekuntia enempää. Sykkeen tunnustelu voi olla vaikeaa, ja siihen ei saa käyttää turhaa aikaa edes terveydenhuollon ammattilainen. Jos hengitys ei ole normaalia, tulee paineluelvytys aloittaa välittömästi huomioiden, että haukkovat ja yksittäiset hengenvedot eivät ole normaalia hengittämistä. Jos potilas hengittää, mutta on reagoimaton, hänet käännetään kylkiasentoon seuraten tajunnan tasoa ja hengitystä, kunnes hälytetty apu saapuu paikalle. (Metsävainio & Junttila 2016; Elvytys: Käypä hoito -suositus 2016.)



© Elvytys Käypä hoito -työryhmä

Kuva 1. Hengitysteiden avaaminen. (Käypä hoito -työryhmä 2016.)

Kun henkilö on todettu hengittämättömäksi ja reagoimattomaksi, aloitetaan elvytys korostaen, että elvytyspäättökseen ei tule käyttää aikaa 10:tä sekuntia enempää. Elvytys aloitetaan 30 painalluksella ja 2 puhalluksella, ja sitä jatketaan niin kauan samassa suhteessa, kunnes ammattiapua saapuu paikalle, tai jos potilaassa havaitaan elonmerkkejä. (Metsävainio & Junttila 2016.) Lapsen elvytys aloitetaan viidellä puhalluksella, ja jatketaan painelu-puhalluselvytystä suhteessa 15:2. Maallikko voi kuitenkin elvyttää aikuisten peruselvytyksen ohjeiden mukaisesti. (Elvytys: Käypä hoito -suositus 2016.)

Jos henkilö alkaa liikehtiä ja avaa silmänsä tai alkaa hengittää normaalisti, tulee painelu-puhalluselvytys keskeyttää ja arvioida tilanne uudelleen tarkastamalla hengitys ja tunnustelemalla sykkettä käyttämättä siihen aikaan kuitenkaan enempää kuin 10 sekuntia. Elvytys aloitetaan uudelleen välittömästi, jos henkilö on vielä eloton.

Elvyttäessä potilaan tulee maata selällään kovaa alustaa vasten. Oikea painelukohta on keskellä rintalastaa ja painelun syvyys tulee olla aikuisella 5-6 senttimetriä. Paineltaessa tulee asettaa toisen käden kämmenentyvi painelukohtaan ja toinen käsi sen päälle. Käsivarret tulee pitää suorina ja hartiat kohtisuorassa potilaan rintakehän yllä. Sormet tulee pitää lomittain koukistettuna, irti rintakehästä, jotta paineluvoima kohdistuu rintalastaan, eikä siten murra kylkiluita. (Metsävainio & Junttila 2016.)

Painelutaajuuden tulee olla 100-120 kertaa minuutissa, ja painelun tulee olla tasaista liikettä siten, että painallusvaihe ja rintakehän kohoamisvaihe ovat yhtä pitkiä, jotta aivojen ja sydänlihaksen perfuusio saadaan käyntiin. Rintakehän tulee palautua täysin painallusten välillä, mutta käsiä ei saa kuitenkaan irrottaa kohdasta, josta painellaan. Kuvassa 2. Esitellään oikea paineluasento. (Metsävainio & Junttila 2016; Elvytys: Käypä hoito -suositus 2016.)

Sydämen pysähtyttyä ja verenvirtauksen loputtua elvytyksellä pyritään saamaan aikaan perfuusiopainetta, eli verensiirtymistä laskimopuolelta aorttaa, ja vähentämään oikean kammion ylitäyttymistä. Vasta minuutin jatkunut yhtäjaksoinen paineluelvytys riittää perfuusiopaineen syntymiseen, ja lyhytkin painelun keskeytys romahduttaa sen. Tutkimusten mukaan verenkierron palautuminen on vahvasti sidoksissa korkeaan perfuusiopaineeseen. (Nurmi & Castrén 2014.)



Kuva 2. Oikeanlainen paineluasento (Metsävainio ym. 2016.)

Jos elvyttävä kykenee puhalluselvytykseen, se on aina osa peruselvytystä. Painelu-puhalluselvytyksessä puhalluksia tehdään kaksi aina 30 painalluksen jälkeen. Yhden puhalluksen tulee olla noin sekunnin mittainen rauhallinen puhallus potilaan keuhkoihin, ja rintakehän tulee juuri nousta ja laskea puhalluksen mukaan. Potilaan sieraimet suljetaan, jotta ilma menee oikeaan paikkaan, kuten kuvassa 3 esitetään. Tarvittaessa parannetaan potilaan pään asentoa ja avataan hengitysteitä paremmin seuraavan puhallusjakson aikana, jos puhallukset eivät onnistu. Jos puhallukset eivät onnistu, tulee tarkistaa, onko suu tyhjä ja poistaa esimerkiksi tiellä olevat hammasproteesit. Tärkeää on, että painelu ei keskeydy kuin enintään 5:ksi sekunniksi. Jos ei ole mahdollista tehdä suusta suuhun -puhalluselvytystä, tulee keskittyä pelkästään paineluun. (Metsävainio & Junttila 2016, Elvytys: Käypä hoito -suositus 2016.)



Kuva 3. Puhallustekniikka. (Elvytys: Käypä hoito -suositus 2016.)

Kaikista tärkeintä painelu-puhalluselvytyksessä on se, että painelu jatkuu keskeyttämättä. Painelutauot saisivat olla korkeintaan 5 sekuntia ja painelun saa keskeyttää vain puhallusten, rytmin analysoinnin ja defibrilloinnin sekä potilaan sykkeen tunnustelun ajaksi. Defibrilloinnin kohdallakin paineluelvytystä tulee jatkaa, kun defibrillaattori latautuu ja välittömästi sen jälkeen, kun defibrillaattori on iskenyt. Mikäli paikalla on useampia elvytykseen kykeneviä henkilöitä, on painelijaa vaihdettava kahden minuutin välein, jotta painelija ei väsy ja painelu pysyy laadukkaana. (Metsävainio & Junttila 2016.)

Onnistunut elvytys perustuu tehokkaaseen kokonaisuutena toimivaan järjestelmään, jonka osana maallikkoelvytys on. Maallikkoelvytys voi parhaimmillaan lyhentää sydänpysähdyspotilaan ja defibrilloinnin välistä viivettä ja jopa kaksinkertaistaa ihmisen sydänpysähdysten jälkeiset mahdollisuudet selviytymiseen. (Nurmi 2016.)

3.6 Defibrillointi

Defibrillaattorit ovat vakiintuneet osaksi sydänpysähdyspotilaiden elvytysvälineistöä terveydenhuollossa. Ne ovat käytössä sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla, teho-osastoilla sekä vuodeosastoilla. Lisäksi defibrillaattori on käytössä sairaalan ulkopuolisen ensihoidon eri tasoilla ja maallikoilla. Yleisimmin käytössä oleva defibrillaattori on puoliautomaattinen neuvova defibrillaattori, jonka käyttö on helppoa ja turvallista myös ilman koulutusta. (Sorsa 2007, 183; Elvytys: Käypä hoito -suositus 2016.)

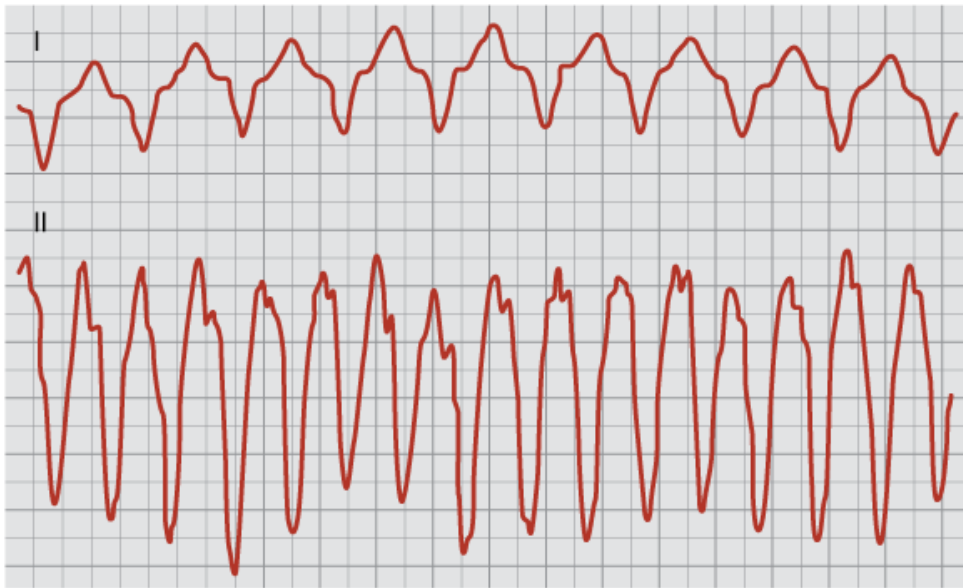
Defibrillaatio tarkoittaa sitä, että potilaan kehoon johdetaan lyhyt, voimakas sähköisku elektrodien avulla. Sähköisku aiheuttaa hetkellisen sydänlihassolujen sähköisen toiminnan pysähtymisen eli pysäyttää sydämen kaoottisen ja epätasaisen rytmin, jonka jälkeen sydämen oma järjestäytynyt ja fysiologinen tahdistuminen voi palautua. Defibrillaatio siis lopettaa kammiovärinän tai sykkeettömän kammiotakykardian ja mahdollistaa jälleen sydämen normaalin pumppaustoiminnan. (Castrén 2017; Metsävainio & Junttila 2016.)

Defibrilloitavia rytmejä ovat kammiovärinä (VF) ja sykkeetön kammiotakykardia (VT). Nämä ovat yleisimmät ja ennusteeltaan parhaat aikuisten sydänperäisissä sydänpysähdyksissä esiintyvät rytmit. Rytmejä, joita ei tule defibrilloida, ovat asystolia (ASY) ja sykkeetön rytmi (PEA). Vaikka sydänpysähdyksen alkurytmi olisikin ei-defibrilloitava rytmi, voi elvytystoimien aikana defibrilloitava rytmi ilmaantua 25 %:lle potilaista. (Elvytys: Käypä hoito -suositus 2016; Puolakka 2013, 203.) Rytmit ovat esitetty kuvissa 4-7.

Elvytystilanteessa, kun vähintään kaksi auttajaa on paikalla, toinen auttajista hakee defibrillaattorin paikalle. Defibrillaattori ja elektrodit asetetaan käyttövalmiiksi ja paikoilleen keskeyttämättömän painelu-puhalluselvytyksen aikana. (Sorsa 2007, 183.) Oikeanpuoleinen elektrodi asetetaan oikean solisluun alle rintalastan viereen ja vasemmanpuoleinen elektrodi asetetaan potilaan vasempaan kylkeen kämmenen leveyden verran kainalon alapuolelle. Puoliautomaattisen defibrillaattorin aikuisten elektrodeilla voidaan defibrilloida lapsia 8-vuotiaista alkaen. Lasten defibrillointiin tarkoitettuja elektrodeja tulisi käyttää alle kouluikäisille. (Sorsa 2007, 181-182.) Kun elektrodit saadaan paikoilleen ja defibrillaattori toimintaan, antaa puoliautomaattinen defibrillaattori ohjeet käyttäjälleen (Ikola 2007, 39-40). Jos elvytystilanteessa on vain yksi auttaja ja defibrillaattorin saaminen paikalle viivyyttää painelu-puhalluselvytyksen aloittamista useita minutteja, tulee elottoman elvytys aloittaa välittömästi ilman defibrillaattoria. Lisäapua pyritään saamaan paikalle mahdollisimman pian. (Silfvast 2016a; Ikola 2007, 34.)



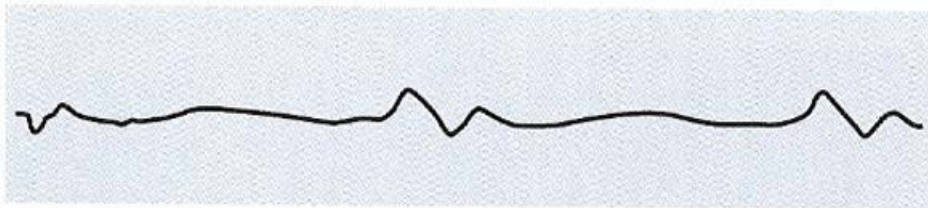
Kuva 4. Kammiovärinä (VF). (Ikola, Peltomaa & Karjalainen 2016c.)



Kuva 5. Kammiotakykardia (VT). (Ikola ym. 2016b.)



Kuva 6. Asystolia (ASY). (Ikola ym. 2016c.)



Kuva 7. Sykkeetön rytmi (PEA). (Ikola 2007, 33.)

3.7 Elvytetyn hoito

Elvytyksen jälkeen potilaan tilanne vakautetaan ja turvataan hyvät toipumismahdollisuudet. Elvytetyn potilaan seuranta ja hoito tapahtuvat osastolla, jossa on

valmius sydänpysähdyksen ja rytmihäiriöiden hoitoon sekä tilanteen vakauttamiseen. (Ikola, Kaarlola, Nakari & Simon 2007, 60.)

Spontaaniverenkierron saavuttamisen jälkeen on tärkeää huolehtia riittävästä hapen saannista. Usein potilaan omat hengenvedot ovat riittämättömiä, joten hengitystä tulee avustaa hengityspalkeella tai -koneella. Potilasta ventiloidaan 10 krt/min, välttämällä hyperventilaatiota. Veren happipitoisuus tavoite on yli 96 % ja sitä seurataan happisaturaatiomittarilla. Hoitohenkilökunta huolehtii myös potilaan riittävästä verenkierrosta seuraamalla sykettä ja verenpainetta. Elvytetyn systolinen verenpaine tulisi olla vähintään 120 mmHg. Tajunnan tasoa seurataan ja kirjataan glasgow'n kooma-asteikon avulla. (Ikola ym. 2007, 60-61.) Elvytetyn potilaan hoidossa on tärkeää muistaa kuumeen ehkäisy, ja tavoitelämpötila elvytetyn hoidossa on 32-36 °C. (Elvytys: Käypä hoito -suositus 2016.)

4 SAIRAAHOITAJAN OHJAUS- JA OPETUSOSAAMINEN

4.1 Ohjaus- ja opetusosaaminen hoitotyössä

Ohjaus- ja opetustaitojen hallitseminen ja kehittäminen ovat merkittävässä osassa hyvää hoitotyötä, koska niitä tarvitaan miltei kaikessa potilaan hoitotyöhön liittyvässä. Myös yhteistyöosaaminen sekä vuorovaikutus- ja ryhmätyötaidot ovat tärkeitä sairaanhoitajan työnkuvaa ajatellen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 26; Hilden 2002, 57-58.) Laki määrittää, että tiedon ja ohjauksen saanti on yksi potilaan oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:5 §).

Sairaanhoitajan kompetensseihin kuuluu asiakas- ja ryhmälähtöisen ohjauksen ja opettamisen suunnittelu, toteutus ja arviointi (Sairaanhoitajakoulutuksen osaamisalueet 2013). Hyvä ammattitaito sairaanhoitajalla merkitsee siten myös hyviä ohjaustaitoja (Eloranta & Virkki 2011, 16). Työssämme ohjaus- ja opetustaidot ovat tärkeässä asemassa koulutuspäivän onnistumisen kannalta, koska hyvin onnistunut ohjaus ja opetus takaavat koulutettavien oppimisen ja tietotaidon kehittymisen. Myös ryhmätyötaidot ja ryhmälähtöinen ohjaaminen korostuvat koulutuspäivässämme.

Ohjauksen merkitys hoitotyössä korostuu, koska hoitoaikojen lyhentyessä yhä suurenevissa määrin vastuu omasta hoidosta siirtyy asiakkaalle itselleen (Nurmi, Korhonen & Mahlamäki-Kultanen 2016, 24). Jotta ohjaus olisi asiakaslähtöistä ja vastaisi ohjattavan ohjaustarpeisiin, on huomioitava asiakkaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät. Fyysisiä taustatekijöitä ovat muun muassa sukupuoli, ikä, terveyden tila ja sairauden tyyppi. Kokemukset, mieltymykset, odotukset, motivaatio, oppimistyyli ja -valmiudet puolestaan lukeutuvat psyykkisiin taustatekijöihin. Sosiaalista taustaa ovat muun muassa etninen tausta, kulttuuri-tausta, sosiaalisuus ja uskonnollisuus. Jos taustatekijöitä ei huomioida, samassa tilanteessa olevia asiakkaita ohjataan samoilla ohjausmenetelmillä eikä ohjauksen yksilöllisyys toteudu. (Eloranta & Virkki 2011, 12; Kyngäs ym. 2007, 29, 31.)

Kun taustatekijät ja -tiedot on kartoitettu, määritellään yhteistyössä asiakkaan kanssa tämän elämäntilanne huomioiden ohjauksen tavoitteet, joiden merkitys korostuu arvioitaessa esimerkiksi omahoidon onnistumista. Kyngäksen ym.

(2007, 75-76) mukaan tavoitteet voivat olla muun muassa subjektiivisia tai objektiivisia. Subjektiivinen tavoite voisi esimerkiksi olla parhaansa yrittäminen. Toisaalta Kyngäksen ym. (2007, 75) teoksessa todetaan myös, että tavoitteiden tulisi olla realistisia, konkreettisia ja mitattavia, mikä on ristiriidassa subjektiivisuuden kanssa. Eloranta & Virkki (2011, 26) sen sijaan painottavat, että tavoitteen laadusta – subjektiivisuudesta, objektiivisuudesta, lääketieteellisyydestä tai henkilökohtaisuudesta – riippumatta tavoitteen on oltava asiakkaalle merkityksellinen. Huomioimalla asiakkaan oma näkemys tavoitteiden suhteen pystytään edistämään tämän tyytyväisyyttä ja sitoutumista. (Kyngäs ym. 2007, 75.)

Ohjauksen tarve ja tyyppi ovat erilaisia perusterveellä nuorella kuin muistisairaalla ikäihmisellä. Nuori perusterve henkilö pystyy ottamaan vastaan yksityiskohtaisempaa tietoa, kun taas muistisairas ikäihminen voi tarvita ohjausta, joka on lyhytkestoista, hoidon ydinasioihin kohdistettua ja useasti toistuvaa. Usein myös nuoren voi ohjata luotettavan ja näyttöön perustuvan tiedon lähteille, kun taas iäkkäällä esimerkiksi näkörajoitteisella ihmisellä ei ole välttämättä mahdollisuutta saada luotettavaa tietoa muualla kuin ohjaustilanteissa. (Kyngäs ym. 2007, 29.)

Asiakas- ja ryhmälähtöisessä ohjauksessa korostuu oppimiskumppanuus ja jaettu asiantuntijuus, jolloin asiakas on oman elämänsä ja hoitaja ohjattavan aiheen asiantuntija (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2014, 69). Ohjaussuhde perustuu tasa-arvoiseen vuoropuheluun. Päämääränä on asiakkaan valmiuksien ja kykyjen edistäminen siihen, että tämä voisi parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Asiakkaan motivaation ja sitoutumisen kannalta on tärkeää, että ohjauksen myötä tämä ymmärtäisi hoidon merkityksen ja kokisi voivansa vaikuttaa siihen. (Kyngäs ym. 2007, 25; Eloranta & Virkki 2011, 19-20.)

Ohjauksen sisällön tulisi koostua asiakkaan itsensä esille nostamista aiheista ja hänen terveydelleen, hyvinvoinnilleen ja sairaudelleen merkityksellisistä asioista. Ohjaustarpeen perusteella hoitaja arvioi ja käyttää harkitusti luotettavaa ajantasaista näyttöön perustuvaa tietoa, jonka tukemana potilas voi tehdä päätöksiä oman hoitonsa suhteen. (Kyngäs ym. 2007, 25-26; Eloranta & Virkki 2011, 11, 14-15.) Riittävän ja ymmärrettävällä tavalla ilmaistun tiedon saanti on myös itsemääräämisoikeuden toteutumisen edellytys (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 13).

Ohjaamisessa on huomioitava henkilökohtaisen tiedon vastaanottokyvystä, tunnetiloista ja motivaatiosta muodostuvan tiedonkäsittelyn rajallisuus. Kysymyksiä ja keskustelemalla onkin hyvä varmistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen sanoman. Yleensä potilasohjaukselta odotetaan tiedonsaantia sairauksista, tutkimuksista, erilaisista hoitomuodoista, hoitotoimenpiteistä, toipumismahdollisuuksista ja sairauden kanssa elämisestä (Lipponen 2014, 19). Myös sairauden tai hoidon myötä tulevat elintapoihin liittyvät rajoitteet on hyvä käydä läpi. (Eloranta & Virkki 2011, 16, 22.)

4.2 Oppiminen ja opettaminen

4.2.1 Oppiminen ja oppimismenetelmät

Oppiminen sisältyy ihmisen elämään koko elinkaaren ajan. Oppimisprosessi on hyvin yksilöllinen niin tapahtumana kuin kokemuksena riippumatta ympäristön vaikutusmekanismeista. (Peltonen 2004, 45.) Oppiminen on myös itse oppijan sisäinen prosessi, ja opettajan tehtävä prosessissa on edistää oppimista omalla toiminnallaan. Oppiminen on mm. asioiden ymmärtämistä ja sisäistämistä sekä tiedon ja taidon lisääntymistä. Oppiminen on myös opittujen asioiden mieleen painamista ja onnistunutta mieleen palauttamista sekä sitä, että opittua tietoa ja taitoa pystyy toteuttamaan käytännössä. Oppiminen on vanhojen ajattelutapojen muuttumista sekä uuden tiedon, taidon ja osaamisen omaksumista. (Salakari 2007, 7; Salakari 2010, 80.)

Ihmisen oppimiseen vaikuttaa selkeästi myös se, minkälainen oppija on kyseessä. Yleisesti käytössä ovat termit visuaalinen oppija, joka oppii näköaistin avulla, taktiilinen oppija, joka oppii tuntoaistin ja tunne-elämyksen avulla, auditiivinen oppija, joka oppii kuuloaistin avulla, sekä kinesteettinen oppija, joka oppii tekemällä ja kokemalla. (Kokkinen, Rantanen-Väntsi, Tuomola & Breitenstein 2008, 20-23.) Opettajan tulee tiedostaa oppijoiden erilaiset ominaisuudet ja oppimistavat, ja ottaa ne huomioon opetustilanteessa. (Kupias & Koski 2012, 37-38.)

Meidän opinnäytetyömme kannalta tärkein oppimistapa on kokemusperäinen oppiminen, sillä koulutuksemme tapahtuu simuloimalla elvytystilannetta nukun ja harjoitusdefibrillaattorin avulla. Salakarin (2010) mukaan simulaatioympäristössä

tapahtuvaan oppimiseen voi hyvin soveltaa kokemuksellisen oppimisen teoriaa. Teorian mukaan oppiminen tapahtuu kokemusten perusteella, ja kaikessa tekemisessä tulee olla malli tai mielikuva tavoitteeseen pääsystä. Malli tulee aluksi ulkopuolelta, esimerkiksi opettajalta, mutta jatkossa tekeminen perustuu yksilön omaan kokemukseen, joka on kehittynyt esimerkiksi simulaatiossa. (Salakari 2010, 80-83.)

Kaikki koulutukseemme osallistuvat ovat aikuisia, ja he ovat erilaisia oppijoita kuin lapset tai nuoret. Kun lapsen oppiminen on kokemusperäistä aikuisen mallin mukaan, aikuisen oppiminen on paljon kriittisempää, ja oppimisille tulee olla päämäärä. Aikuinen pystyy ja pyrkii soveltamaan opittua tietoaan eli yhdistää oppimisen käytäntöön sekä kykenee tiedonhakuun ja toteuttaa sitä. Hänellä on myös yleensä vapaus valita opiskelun kohde, kun taas lapsi opiskelee useimmiten asioita, joita aikuinen on päättänyt. Näin ollein aikuisten oppimisessa erityisen tärkeää on motivaatio oppia, joten oppimisen tavoite ja merkitys korostuvat. (Kokkinen ym. 2008, 14.)

4.2.2 Ohjausmenetelmät ja ohjaustyylit

Kuten kappaleessa ”4.2.1 Oppiminen ja oppimismenetelmät” käy ilmi, oppimismenetelmät ovat yksilökohtaisia, ja siksi tarvitaankin tietämystä siitä, miten asiakas omaksuu asioita ja mitkä ohjausmenetelmät ovat tehokkaimpia kullekin yksilölle. Kynkään ym. (2007, 73) mukaan nähdystä aineistosta muistetaan 75 % ja kuullusta 10 %. Ohjaajan ja asiakkaan yhdessä läpi käydystä aineistosta sekä kuulo- että näköaistia hyödyntämällä mieleen voi painua jopa 90 % aineiston sisällöstä. Ohjausmenetelmiä ovat muun muassa suullinen ohjaus, kirjallinen ohjaus, yksilö- ja ryhmäohjaus, demonstraatio-ohjaus ja audiovisuaalinen ohjaus. Jotta ohjaus olisi vaikuttavaa, olisi hyvä hyödyntää useita eri ohjausmenetelmiä. (Kyngäs ym. 2007, 73; Lipponen 2014, 19.)

Tehokkaaksi ohjausmenetelmäksi on koettu suullinen yksilö- tai ryhmäohjaus eri ohjausmateriaalein tuettuna. Yksilöohjausta pidetään vaikuttavana menetelmänä, koska tällöin ohjauksen lähtökohtana ovat asiakkaan henkilökohtaiset ja yksilölliset tarpeet. Yksilöohjauksessa pystytään tehokkaasti tukemaan asiak-

kaan aktiivisuutta ja motivaatiota. Se mahdollistaa myös jatkuvan palautteenannon ja vapaamuotoisemman ilmapiirin. Ryhmäohjaus puolestaan on aikaa ja resursseja säästävää moniin tilanteisiin ja monille eri asiakasryhmille sopivaa toimintaa. Silloin asiakkaalle tarjoutuu mahdollisuus vertaistukeen ja potilaan tunne sairauden hallinnasta voi vahvistua. Ryhmämuotoinen ohjaus sopii hyvin esimerkiksi pitkäaikaissairauksiin, tilapäiseen tarpeeseen, kuten perhevalmennukseen ja elintapamuutokseen. (Kyngäs ym. 2007, 73-74; Lipponen 2014, 19.)

Kirjallista materiaalia käytetään tavallisesti täydentämään ohjaustilanteen viestintää. Kirjallinen ohje ei yleensä ole riittävää sellaisenaan, vaan sen käyttö vaatii myös suullista ohjausta. Materiaalia käytettäessä tarkoituksena on antaa informaatiota sairauksista, niiden riskitekijöistä, hoidosta, tutkimuksista ja niihin valmistautumisesta, lääkityksestä, jälkihoidosta ja sairaudesta toipumisesta. Asiakkaan saadessa ohjeistus myös kirjallisena mahdollistuu aiheeseen palaaminen myös suullisen ohjaustilanteen jälkeen ja ohjeiden soveltaminen arkielämään. Esimerkiksi kotiutustilanteissa, kun ohjauksen toteutus aika voi olla vähentynyt, kirjallisten ohjeiden merkitys korostuu. (Eloranta & Virkki 2011, 66-67; Kyngäs ym. 2007, 124.)

Demonstraatio-ohjaus on näyttämällä opettamista, ja se voidaan jakaa havainnolliseen esittämiseen ja harjoitteluun (Lipponen 2014, 20). Esimerkiksi motorisia taitoja vaativaan elvytykseen demonstraatio-ohjaus on hyvä keino, jotta nämä taidot kehittyisivät. Audiovisuaalinen ohjaus tapahtuu esimerkiksi videoiden, äänitysten, tietokonesovellusten ja puhelimen välityksellä. Esimerkiksi elvytystaitoja olisi hyvä harjoitella vuosittain, ja jos ei tarjoudu tilaisuutta osallistua demonstroituihin koulutuspäivään, voidaan opetusvideota katsomalla kerrata elvytystilanteessa toimimista. Edellä mainittujen teknisten laitteiden käytön hyötyjä on riippumattomuus ajasta ja paikasta. Ne ovat myös keinoja huomioida erityisryhmien ohjaustarpeet. Esimerkiksi huononäköinen ihminen hyötyy merkittävästi enemmän äänitysmuotoisesta ohjeesta kuin kirjallisesta. (Kyngäs ym. 2007, 116-117, 129.)

Ohjauksen syy, ohjattavan asenne ja toiminta ja toivottava tavoite määrittelevät, millaista suullista ohjaustyyliä ohjaustilanteessa käytetään. Tällaisia tyyliä ovat

hyväksyvä, konfrontoiva, ohjeita antava ja katalysoiva tyyli, joita käytetään ohjaustilanteen kehittymisen mukaan joustavasti ja vuorotellen. Kun ohjausotteena on hyväksyntä, rohkaistaan asiakasta puhumaan omista tunteistaan ja näkemyksistään, jolloin ohjaajan tehtävänä on kuunnella, antaa tilaa ja auttaa tunteiden tunnistamisessa ja käsittelyssä. Hyväksyvää ohjaustapaa on hyvä käyttää esimerkiksi silloin, kun asiakas kokee tarpeelliseksi purkaa ahdistavaksi kokeemaansa tilannetta. (Eloranta & Virkki 2011, 66-67; Kyngäs ym. 2007, 43.)

Katalysoivaa tyyliä käytettäessä pyritään avoimin kysymyksin haastatteleamalla auttamaan asiakasta selkiyttämään ajatuksiaan ja näkemyksiään sekä löytämään uusia ratkaisuja ongelmiinsa (Eloranta & Virkki 2011, 67; Kyngäs ym. 2007, 43). Päämääränä on tiedon saaminen monipuolisesti asiakkaan tilanteesta ja ongelmista. Ohjeita antavaa tyyliä käytetään, kun asiakkaan ongelma vaatii nopean ratkaisun saamista. Tällöin hänelle annetaan selkeät ohjeet ongelman selvittämiseksi. Kun hoitajan ja asiakkaan välillä vallitsee hyvä luottamussuhde, ohjausilmapiiri on turvallinen ja käsiteltävä ongelma selkeä, voidaan tarpeen tullen käyttää konfrontoivaa tyyliä, jossa tarkoituksena on ristiriitaisuuksien osoittaminen asiakkaan puheessa tai toiminnassa. Konfrontointia käytettäessä asiakas saattaa reagoida defensiivisesti, minkä vuoksi tämä ohjausote ei sovi ohjaussuhteen alkuvaiheeseen, kun luottamussuhde on vielä hakemassa muotoaan. (Eloranta & Virkki 2011, 67.)

5 OPINNÄYTETYÖN ETENEMINEN

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ajatuksena on tehdä tuotos käytännön työn kehittämiseksi. Toiminnallisen opinnäytetyön yläkäsitteenä voidaankin pitää termiä kehittämistoiminta. (Salonen 2013, 5-7.) Opinnäytetyön päämääränä on toimia eräänlaisena siltana opiskelun ja työelämänä välinä, ja tavoitteena on helpottaa työelämään siirtymistä (Lapin AMK b).

Toiminnallisesta työstä on kehitetty erilaisia työprosessia kuvaavia malleja. Spiraalimallin mukaan tunnusomaista toiminnalliselle työlle on syklisyys, ja yhteen sykliin voidaan karkeasti luokitella neljä eri vaihetta: suunnittelu-, toteutus-, havainnointi- ja reflektointivaihe (Salonen 2013, 16-17; Kananen 2014, 12-13.) Viimeisessä vaiheessa yleensä todetaan asiat, jotka työn aikana onnistuivat ja jatkokehittämisehdotukset. Parantamisen tarpeista voidaan muodostaa uusi sykli parannetulla suunnitelmalla. Toiminnallisessa työssä kehittynyt uusi toimintamalli on tilapäinen eikä syklisyydellä ole päätepistettä. (Heikkinen 2010, 35.) Salonen (2013, 20) puolestaan on eri mallien perusteella kehittänyt opinnäytetöihin soveltuvan konstruktivistisen mallin, jossa edetään aloitus-, suunnittelu-, esi-, työstö-, tarkistus- ja viimeistelyvaiheen kautta valmiiseen tuotokseen.

Luonteenomaista toiminnalliselle työlle on projektimaisuus, johon liittyy rajallinen aika ja uusien toimintatapojen kokeileminen ja suunnitteleminen (Heikkinen 2010, 17). Lapin AMK:n (b) linjaus opinnäytetyön tavoitteesta onkin opiskelijan projektityötaitojen edistäminen. Työtä ohjaa yhteinen näkemys yhteisestä toiminnasta (Heikkinen 2010, 17). Tässä työssä toiminta on peruselvytykseen liittyvä koulutuspäivä, joka kohdistetaan kyläyhdistysten edustajille.

Toiminnallisen opinnäytetyön tulokset ovat aina konkreettisia (Vilka & Airaksinen 2004, 51). Meidän työssämme tuloksia ovat koulutuspäivä ja ohje. Toiminnallisuus perustuu toisiin yksilöihin kohdistuvaan sosiaaliseen ja vuorovaikutukselliseen toimintaan (Heikkinen 2010, 16-17), joka koostuu muun muassa keskustelusta, arvioinnista, toiminnan uudelleen suuntaamisesta, vertaistuesta sekä

palautteen antamisesta ja vastaanottamisesta (Salonen 2013, 6). Toiminnan tarkoituksena on luoda uskoa kohdeyksilöiden omiin kykyihin (Heikkinen 2010, 19-20), joita tässä tapauksessa elvytystaidot ovat.

Toiminnallisessa työssä on toiminnan laajuuden mukaan luokiteltu viisi analyysitasoa: yksilö-, ryhmä-, ryhmien välisten suhteiden ja alueellisen verkoston taso (Heikkinen 2010, 14, 17-18). Tämä työ on lähimpänä ryhmien välisten suhteiden tasoa, koska työ on kahden eri ryhmän yhteishanke. Lapin ammattikorkeakoulun opiskelijaryhmän sekä Tornion sydänyhdistyksen yhteishankkeella pyritään kehittämään ohjeen ja koulutuksen muodossa oleva toimintamalli maallikkoelvytystilanteiden tueksi.

Toiminnalliseen työhön liittyviä oleellisia osa-alueita ovat tyypistettynä toiminnan kehittäminen eli muutos, yhteistoiminta, tutkimus ja toteuttajan mukana olo (Heikkinen 2010, 17-18). Siinä, missä tutkimuksellisessa työssä pyritään tuottamaan tutkimusraportin muodossa uutta tietoa (Salonen 2013, 6), toiminnallisessa työssä tavoitellaan käytännön hyötyjä (Heikkinen 2010, 28). Raporttiosuudessa osallisuus työstämiskohteen toimintaan näkyy aktiivimuodon ja ensimmäisen persoonan käyttämisenä (Heikkinen 2010, 20). Koska tässä työssä tekijöitä on kolme, käytämme monikon 1. persoonaa pohdinnassa.

5.2 Koulutuspäivän ja ohjeen suunnittelu

Koulutuspäivää aloimme suunnitella yhdessä Tornion Sydänyhdistys ry:n edustajan Hilikka Rantamölön kanssa keväällä 2017. Kesän aikana keräsimme itselle teorialtetta ja suunnittelimme koulutusta ja ohjetta. Suunnittelimme ohjeen taulumuotoon ja siitä oli tarkoitus tehdä A4-kokoinen. Suunniteltu ohje oli selkeä ja helppolukuinen, jotta se olisi helppo sijoittaa defibrillaattorin läheisyyteen ja sitä pystyisi hyödyntämään todellisessa tilanteessa. Ohjetta olisi hyvä pystyä käyttää hyväksi myös erimerkiksi koulutustilaisuuksissa ja kyläyhdistysten tulisi saada liitettyä se tarvittaessa vaivatta kyläsuunnitelmiinsa.

Suunnittelimme tekevämme ohjeen mahdollisimman ytimekkääksi ja pääkohditain eteneväksi, jotta sen sisältämä informaatio ilmenisi lukijalle mahdollisemman nopeasti. Kyngäksen ym. (2007, 127) ohjeen mukaan suunnittelimme tekstin ja-

ottelun ja asettelun, sekä kirjasintyyppin ja -koon mahdollisimman selkeäksi. Tarkoitus oli selkeyttää ohjeessa käsiteltävää asiaa – peruselvytystä – konkreettisesti helposti ymmärrettäviä kuvia hyödyntämällä. Hyvärinen (2005) mukaan hyvään ohjeistukseen liittyy loogisesti etenevä juonirakenne, ja mielestämme elvytysohjeessa järjestyksen olisiärkevintä määräytyä tärkeyden perusteella. Esiintymisjärjestys elvytysohjeessa etenee siis tärkeysjärjestyksen mukaan.

Hyvässä ja napakassa ohjeistuksessa sanojen ja termien tulisi olla yksiselitteisiä, tuttuja ja konkreettisia. Lauseiden olisi hyvä olla helposti hahmottuvia ja melko lyhyitä. Koska lukija tyypillisesti on maallikko, on tärkeää, että ohje on yleiskielinen ja sekä sisällöltään että ulkoasultaan ymmärrettävä. Vaikeaselkoisesti kirjoitetuissa ohjeissa piilee aina väärinymmärryksen riski. Ohjeen ei pidä sisältää esimerkiksi ”ammattislangia”. Hyvän ohjeen tunnusmerkki on lyhyys ja ytimekkyys, koska liian yksityiskohtainen ohje voi sekoittaa lukijaa ja hidastaa elvytystoimeen ryhtymistä. (Hyvärinen 2005; Kyngäs ym. 2007, 125, 127.)

Hyvässä ohjeessa ilmenee, kenelle ohje kohdistetaan. (Kyngäs ym. 2007, 126.) Siksi epäselvyyksien välttämiseksi ohjeessa käytetään passiivin sijaan suoraa kehoitusta verbin aktiivimuodossa, jolloin elvytyksen toteuttajalle varmistuu, että ohje on kohdistettu lukijalle itselleen. Peruselvytysohjeessa ei esimerkiksi pitäisi lukea: ”Jos henkilö ei herää, soitetaan puhelimella numeroon 112” vaan ”Jos henkilö ei herää, soita puhelimella numeroon 112”. (Hyvärinen 2005.)

Koulutuksen ja sen toteutuksen tulee olla hyvin suunniteltuja ja etukäteen valmisteltuja, jotta koulutustilanne olisi sujuva ja onnistunut. On hyvä määrittää koulutusmenetelmä ja kohderyhmä, jolle koulutus pidetään, sekä tavoitteet, joihin koulutuksessa pyritään. Suunnitteluvaiheessa myös koulutuksen mielenkiintoisuuteen ja osallistujien motivointiin tulee kiinnittää huomiota. (Kupias & Koski 2012, 11, 39-41, 102-103; Kokkinen ym. 2008, 14.)

Koulutusmenetelmämme oli simulaatio-opetus harjoitusnuken ja harjoitusdefibrillaattorin avulla. Alussa pidimme teoriatuokion, ja havainnollistamismateriaalina käytimme diaesitystä. Koulutuksessa käytettävän materiaalin tulee olla oppimista tukevaa, selkeää ja kohderyhmälle sopivaa (Kupias & Koski 2012, 74-75). Diaesitys havainnollistaa opittavaa asiaa ja samalla tukee kouluttajan puhetta. Se ei kuitenkaan saa olla koulutuksen pääosassa, vaan tukemassa luentoa lyhyesti,

selkeästi ja ytimekkäästi. Dioihin tulisikin sisällyttää vain pääasiat ja avainsanat tukemaan opetuskokonaisuutta, sillä liian täydet ja tekstiä sisältävät diat eivät houkuttele lukemaan. Lisäksi pitkä, paljon tietoa sisältävä diaesitys siirtyy helposti koulutuksen päärooliin ja näin kouluttajan ja koulutettavien välinen vuorovaikutus kärsii. (Kupias & Koski 2012, 75-77.)

Päädyimme käyttämään koulutuksessamme simulaatio-opetusta, koska siinä oppija oppii tekemällä, kokemuksen kautta, ja simulaatiotilanteessa oppijalla on käytössä niin näköaisti, tuntoaisti kuin kuuloaistikin. Simulaatiotilanteen on tarkoitus jäljitellä oikeaa elvytystilannetta, joten oppija saa simulaatiotilanteesta kokonaisvaltaisen kokemuksen, jota hän voi hyödyntää mahdollisessa oikeassa tilanteessa. Simuloinnin ydin onkin se, että oppimistilanne on mahdollisimman paljon samankaltainen kuin se aidossa tilanteessa olisi, ja oppija saa tilanteesta konkreettisen kokemuksen. Simulaatiossa asioita voidaan toistaa useaan kertaan, oppiminen on turvallista ja kustannukset ovat alemmat verrattuna aitoon ympäristöön. (Salakari 2007, 71, 133-137.)

Teoriaosuudella toimme koulutettaville tietopohjaa asiasta, ja se kertoi oppijoille, mihin pyritään ja miksi. Teoriatiedon avulla oppija muodostaa mentaalisen mallin, mitä kohti hän voi pyrkiä itse simulaatiossa (Salakari 2007, 71-72). Simulaatiota, teoriatuokiota ja sitä tukevaa diaesitystä käyttämällä pyrimme tukemaan mahdollisimman monipuolisesti niin auditiivista, visuaalista, taktiillista kuin kinesteettistä oppijaa.

Tornion Sydänyhdistys ry kokosi itse koulutukseen osallistujat ja ryhmäkoko oli suunnitelman mukaan 20. Näin ollen tarkoitus oli toteuttaa koulutus siten, että alussa pidettiin teoriatuokio luennoimalla diaesityksen tuella. Tämän jälkeen suunnitelmana oli jakautua kahteen ryhmään, joissa tarkoituksena oli simuloida tajuttoman ja elottoman tunnistamista ja kohtaamista, hätäpuhelua, kylkiasentoon kääntämistä, painelu-puhalluselvitystä ja defibrillointia. Käytössämme oli koulutusta varten kaksi simulaationukkea ja harjoitusdefibrillaattoria, sekä qcpr-laite, jonka antaa palautetta painelutekniikasta.

Aikaa koulutukselle oli varattu yhteensä kolme tuntia. Aikataulu oli suunniteltu siten, että diaesitykseen oli varattu aikaa 45 minuuttia, jonka jälkeen oli tarkoitus

pitää 15 minuutin kahvitauko. Sen jälkeen suunnitelmana oli siirtyä harjoitteluosuuden, jonka alkuun demonstroimme nuken avulla tajuttoman ja elottoman kohtaamisen, hätäpuhelun, painelu-puhalluselvytyksen ja defibrillaattorin käytön. Harjoitteluosuuteen varattiin aikaa 110 minuuttia. Lopuksi aikaa jäi 10 minuuttia palautteeseen ja kahvitteluun.

5.3 Koulutuspäivän ja ohjeen toteutus

Kesällä 2017 tuotimme diaesityksen koulutusta varten ja luonnostelimme ohjetta. Lisäksi varasimme koulutukseen tarvittavat välineet ja harjoittelimme itse koulutuksen pitämistä. Koulutuspäiväksi sovittiin 15.9.2017, ja koulutus tapahtui yhdistyksen tiloissa. Myös koulutettavan ryhmän keräsi yhdistys itse.

Koulutus pidettiin 15.9 klo 11 Tornion Sydänyhdistys ry:n tiloissa Saavuimme paikalle 10.30 ja järjestelimme paikat koulutusta varten. Toisen harjoitusnukkeen ja -defibrillaattorin toimme koululta, ja toinen nukke ja harjoituslaite olivat Tornion Sydänyhdistyksen. Testasimme nukkejen ja laitteiden toiminnan ja kävimme Hilikka Rantamölön kanssa suunnitelman läpi ennen varsinaisen koulutuksen aloittamista.

Osallistujia saapui paikalle yhteensä 14. Aluksi kerroimme opinnäytetyöstämme ja koulutuspäivän kulusta. Diaesitys herätti jonkin verran kysymyksiä, ja aikaa kului n. 50 minuuttia. Ennen kahvitaukoa kerroimme suunnitelmastamme harjoitella itse elvytystä ja painelua nukkeen avulla ryhmissä. Tässä vaiheessa ilmeni, että osa osallistujista oli kykenemätön polvistumaan liikuntarajoitteiden vuoksi, ja ylipäänsä käytännön harjoittelua halusi tehdä vain muutama, joten muutimme hieman alkuperäistä suunnitelmaamme.

Kahvitauon jälkeen kävimme läpi tajuttoman ja elottoman kohtaamisen, ja miten tilanteessa tulee toimia. Näytimme, miten henkilöä tulee herätellä ja miten hengitys tarkastetaan. Esitimme tajuttoman kääntämisen kylkiasentoon ja sen jälkeen näytimme vaihe vaiheelta painelu-puhalluselvytyksen tekniikan. Seuraavaksi kävimme läpi defibrillaattorin käytön, sen toiminnan ja elektrodien sijoittelun. Tämän jälkeen näytimme defibrillaattorin käytön ja toiminnan harjoituslaitteen ja -nukkeen avulla, niin kuin kyseessä olisi elvytystilanne.

Kertasimme asiat suullisesti, ja sen jälkeen havainnollistimme koko elvytystilanteen aina elottoman kohtaamisesta ammattiavun saapumiseen asti nuken ja harjoitusdefibrillaattorin avulla. Tilanteessamme oli mukana kaksi elvyttäjää, ja toinen aloitti painelu-puhalluselvytyksen välittömästi, havaittuaan että henkilö oli eloton. Toinen elvyttäjistä suoritti havainnollistetun hätäpuhelun ja nouti defibrillaattorin. Tilanteessamme ensimmäinen analysoitu rytmi oli defibrilloitava ja seuraava oli ei-defibrilloitava.

Havainnollistamisen aikana heräsi paljon kysymyksiä, ja elvytyksen läpi käyminen vaati useamman toiston. Tällöin kerroimme myös perusteluja toiminnalle: mitä tehdään ja miksi. Havainnollistamisen jälkeen toivoimme, että mahdollisimman moni osallistuisi harjoitteluosuuteen. Kuitenkin saimme vain kaksi halukasta osallistujaa. He harjoittelivat ensin painelu- ja puhallustekniikkaa ja kertoivat defibrilloinnin, jonka jälkeen he simuloivat koko tilanteen. Harjoituksen jälkeen pyysimme suullista palautetta ja lisäksi jaoimme kaikille palautelomakkeen. Katsoimme lopuksi opetusvideoita ja kertasimme koulutuksessa opetetut asiat niiden avulla. Videot ovat kaikkien saatavilla Youtubessa, ja ohjeistimme miten kyseisiä videoita löytää itse kotona. Ennen tilaisuuden loppumista joimme vielä kahvit ja aikaa jäi muutamia minutteja vapaaseen keskusteluun.

Ohjeen teimme Powerpoint-ohjelmalla ja kuvat piirsimme käsin. Otimme ensin kuvat simuloidusta peruselvytystilanteesta, joiden mukaan piirroksia tehtiin. Ohjeen lopullinen muoto kehittyi syksyllä 2017 ja painoimme mallikappaleet ohjeesta Lapin ammattikorkeakoululla. Valmiin ohjeen liitimme opinnäytetyöhön LIITTEET-osioon.

5.4 Palaute

Pyysimme koulutuspäivästä suullista palautetta ja lisäksi käytimme palautelomaketta. Lomake sisälsi kaksi kysymystä ja vapaan palautteen. Kaikki 14 koulutukseen osallistujaa vastasivat kyselyyn, eli vastausprosentti oli 100 %. Kyselylomake liitteenä.

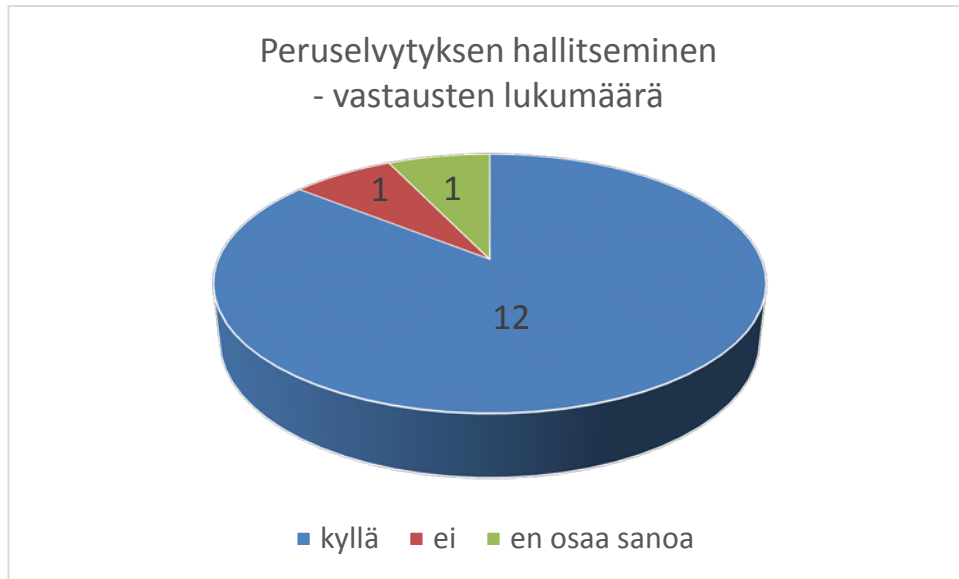
Käytimme palautteen keräämiseen lomaketta, koska ryhmäkoko koulutuspäivässä oli suuri. Ajan rajallisuuden vuoksi palautetta ei olisi esimerkiksi haastatte-

lemalla ehditty kartoittamaan. Koimme kyselylomakkeen käytön melko mutkattomaksi, koska osallistujat pystyivät täyttämään sen paikan päällä koulutuspäivään sisällytettynä. Tämän uskoimme suurentavan vastausprosenttia. Koimme, että kirjallisten palautteiden käsitteleminen ja hyödyntäminen pohdinnassa oli joutavaa.

Lomakkeen tarkoituksena oli kartoittaa tyytyväisyyttä koulutuspäivän sisältöön ja selvittää koulutuspäivän ja elvytysohjeen vaikutuksia osallistujien elvytysosaamiseen. Kuvioita käyttämällä pyrimme elävöittämään palautevastauksia. Vastauksien suhteita kuvataan kuvioissa 1-2.



Kuvio 1. Tyytyväisyyskyselyn tulokset. Sininen palkki kertoo kuhunkin vastausvaihtoehtoon vastanneiden lukumäärän.



Kuvio 2. Osallistuneiden koulutuksen jälkeinen itsearvio omasta peruselvytyksen hallitsemisesta

Avoimessa vastauskohdassa pyydettiin palautetta opiskelijoiden toiminnasta. Kysymyksiin vastattiin muun muassa seuraavin sanoin: ”Erittäin tarpeellinen ja mielenkiintoinen”, ”Erittäin hyvä selkeä”, ”Reippaat tytöt esiintyivät, monta kertaa käytiin läpi että varmasti meni perille, tosi hyvin meni”, ”Reippaasti esitelty, maalit ymmärtää tämän hyvin. Kiitos mielenkiintoisesta koulutuksesta”, ”Erittäin fiksit tytöt. Havainnollinen esitys. Antoivat mahdollisuuden harjoitella”, ”Erittäin hyviä ja perusteellista opetusta. Ilosia tyttöjä. Kiitos” sekä ”Aivan hyvä”. Kolmeen lomakkeeseen oli kirjoitettu vapaaksi palautteeksi ”Hyvä”.

Saimme osallistujilta myös suullista palautetta, joka oli positiivista ja kannustavaa ja koulutuksestamme pidettiin. Elvytysohje oli koulutuspäivänä vielä vailla kuvia, mutta näytimme keskeneräisen version ja pyysimme sille palautetta ja suunnitelimme yhdessä toteutusta.

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyömme kohteena on yksilötasolla koulutuspäivään osallistuvat ja yhteisöllisellä tasolla kyläyhdistykset. Työhömme liittyviä keskeisiä eettisiä kysymyksiä ovat muun muassa autonomian kunnioittaminen ja vastuullisuus. Autonomian eli itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on merkittävä eettinen periaate paitsi hoitotyössä yleisesti niin myös hoitoalaan liittyvissä opinnäytetöissä (Hal-koaho ym. 2014, 22). Tämä konkretisoituu työssämme osallistujien vapaaehtoi-suutena.

Vastuullisuus työssämme ilmenee tiedonhakuna luotettavista ja ajantasaisista tietokannoista. Lähdemateriaalia olemme hakeneet muun muassa korkeakoulun kirjastosta, kirjastojen yhteistietokanta Melindasta, Terveysportista ja Käypä hoito-suosituksista. Melindaa käytimme siten, että monikenttähaun kautta materiaa-liksi rajasimme väitöskirjat. Hyödynsimme myös jonkin verran hoitotieteellisten aikakauslehtien julkaisuja.

Kun lainasimme teoksia korkeakoulun kirjastosta, pyrimme huomioimaan niissä julkaistun tiedon luotettavuuden julkaisuvuoden ja kirjailijoiden perusteella. Huo-lehdimme, että opinnäytetyössämme on viitattu etupäässä alle 10 vuotta vanhoi-hin teoksiin ja että kirjailija on kirjoittamansa alan asiantuntija. Tiedon hakeminen luotettavista tietokannoista ja julkaisuista edesauttoi oikean ja tutkitun tiedon hyö-dyntämistä tietoperustaa ja koulutuspäivän materiaaleja kehiteltäessä. Tietope-rusta opinnäytetyöllemme on pyritty luomaan plagioimatta näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen.

Palautteen oikeellisuus on yksi työmme eettisistä kulmakivistä. Olemme esittä-neet koulutuspäivään osallistujien antamat arviot muuntelematta tuloksia ja kiin-nittäneet huomiota siihen, ettemme esitä toisen kirjoittamaa materiaalia omanamme. Emme myöskään ole esittäneet itse keksittyä tietoa tieteellisenä tie-tona. Luottamuksellisuus ja salassapito on huomioitu työssämme siten, että kou-lutuspäivän jälkeen kerättyihin palautelomakkeisiin emme pyytäneet vastaajien

henkilötietoja, koska ne eivät työn kannalta ole oleellisia. Palautelomakkeet palautettiin taiteltuna ja huolehdittiin satunnaiseen järjestykseen, jottei palautusjärjestyksen perusteella voisi tunnistaa palautteen kirjoittajaa.

Työmme luotettavuuden arvioinnin lähtökohtana on opinnäytetyön prosessin aikana tapahtunut dokumentointi, joka koskee tiedonkeruuta, menetelmiä ja tuloksiakin. Suunnittelu- ja työstämisvaiheessa dokumentointi kuitenkin jäi vähemmälle huomiolle.

6.2 Opinnäytetyön tavoitteiden saavuttaminen ja jatkokehitysaiheet

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa ohje ja koulutuspäivä aikuisen peruselvytyksestä. Tavoitteena oli edistää mallikoiden peruselvytysosaamista ja valmiuksia ryhtyä elvytykseen todellisessa tilanteessa. Toinen tavoite oli kyläläisten turvallisuuden lisääminen elvytysosaamista lisäämällä. Kolmas tavoite oli edistää omia ohjaus- ja opetustaitojamme, joita syvensimme esimerkiksi ohjausta ja opetusta käsittelevää tietoperustaa tehdessämme. Neljäntenä tavoitteena oli omien ryhmätyötaitojen parantaminen ja omien elvytystaitojen kehittäminen.

Palautelomakkeen perusteella voidaan todeta, että pääsimme ensimmäiseen tavoitteeseen: suurin osa osallistujista koki hallitsevansa peruselvytyksen. Toinen tavoite oli välillinen, ja siihen pääseminen vaatisi laajempialaista koulutustoimintaa. Jos tuottamamme ohje tulee todelliseen käyttöön kyläsuunnitelmiin liitettynä, elvytystaitojen opiskeleminen on mahdollista myös ohjeen avulla. Se ei kuitenkaan suoranaisesti paranna kyläläisten turvallisuutta. Opinnäyteprosessin myötä myös omat ohjaus- ja opetustaidot kuitenkin kehittyivät.

Koulutus herätti osallistujien joukossa keskustelua. Tämän yhteydessä ilmeni defibrillaattorien yleiseen käyttöön ottamisen liittyvä ongelma, joka koskee peruselvytyksen toimintajärjestystä. Kun defibrillaattoreita on esimerkiksi Torniossa hankittu useita ja tietoisuus niiden olemassaolosta on lisääntynyt, yksinollessaan elvytystä vaativassa todellisessa tilanteessa maallikko saattaa lähteä hakemaan defibrillaattoria sen sijaan, että välittömästi aloittaisi painelu-puhalluselvytyksen.

Kuten kohdassa ”3.6 Defibrilointi” on esitetty, elvytystilanteessa yksin ollessa tulisi defibrillaattori hakea käyttöön vain silloin, kun se on välittömässä läheisyydessä. Defibrillaattorin sijaitessa useampia minuutteja vaativien etäisyyksien päässä, sen hakuun tulisi hälyttää ulkopuolinen henkilö keskeyttämättä kuitenkaan painelu-puhalluselvitystä. Tähän pohjautuen tulimme siihen johtopäätökseen, että peruselvytystietoutta toimintajärjestyksineen tulisi lisätä koulutuspäiviä tai ohjausta lisäämällä ja kohdistamalla niitä kaikkiin väestöryhmiin. Jatkotutkimusaiheena ehdottaisimmekin toiminnallisen opinnäytetyön tekemistä peruselvytyksestä säännöllisin väliajoin eri kohderyhmille.

Tornion Sydänyhdistys ry on hankkinut oma-aloitteisesti Tornioon maallikkodefibrillaattoreita, jotka sopivat yhteen Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin (L-PSHP) ensihoidon käyttämiin monitoridefibrillaattoreihin yhteensopivilla kaapeliliittimillä. Tämä mahdollistaa sen, että elvytystilanteessa ensihoidon saapuessa paikalle AED:n elektrodit voidaan liittää ensihoidon käyttämään defibrillaattoriin. Tämä on taloudellisesta näkökulmasta katsottuna hyödyllistä, koska elektrodeja ei tarvitse vaihtaa toisiin kesken peruselvytyksen. Kun defibrillaattorit ovat yhteensopivia, voidaan L-PSHP:n alueella ensihoitoyksiköstä antaa uudet elektrodit maallikkodefibrillaattorissa käytettyjen tilalle. (Buska 2017.) Tästä kehittyi jatkokehitysaihe, jossa voitaisiin kartoittaa, kuinka 3. sektori tai yksityishenkilöt voisivat toimia sairaanhoitopiirien kanssa yhteistyössä puoliautomaattisten defibrillaattorien hankkimiseksi.

6.3 Ammatillisen osaamisen kehittyminen

Tämän opinnäytetyön myötä olemme harjaantuneet hankkimaan tietoja keskeisiä terveystieteiden tietokantoja hyödyntämällä. Koska tietoperustassa olemme hyödyntäneet samojen otsikoiden ja kappaleiden alla useita eri näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuvia julkaisuja vertailevalla tyyllillä, olemme mielestämme pystyneet kehittämään kriittisen arvioinnin taitojamme. Tämän prosessin aikana olemme tutustuneet eri hoitotieteissä käytettäviin tutkimusmenetelmiin – niin laadulliseen, määrälliseen kuin toiminnalliseenkin menetelmään. Itse opinnäytetyön myötä toiminnallisuus kehittämisprosessina on tullut tutuksi.

Mielestämme olemme oppineet myös tunnistamaan ja kriittisesti arvioimaan omaa toimintaamme opinnäytetyöhön liittyvän toiminnallisen koulutuspäivän myötä. Olemme sitä mieltä, että pystymme melko hyvin hallitsemaan ohjaus- ja opetusmenetelmien eri muotoja osana toiminnallisen työn menetelmiä. Esimerkiksi koulutustilaisuudessa käytimme ryhmä- ja demonstraatio-ohjausta. Katalyysoiva ohjaus valikoitui keskeiseksi koulutuspäivän ohjaustyyliksi, jolloin pyrimme avoimin kysymyksin aktivoimaan osallistujia keskusteluun.

Suunnitelmavaiheessa kuitenkin vähemmälle huomiolle jäi kohderyhmä taustatekijöineen. Siitä huolimatta pystyimme muuntamaan ohjausmenetelmiä asiakaslähtöisimmiksi ja koulutustilaisuuteen sopivimmiksi. Esimerkiksi, koska monikaan koulutuspäivään osallistuneista ei pystynyt ottamaan osaa motorisia taitoja vaativaan demonstraatio-ohjaukseen korkeahkon keski-ikä ja fyysiseen toimintakykyyn liittyvien rajoitusten vuoksi, käytimme suunnitelmasta poiketen myös audiovisuaalista materiaalia demonstraatio-ohjauksen rinnalla. Audiovisuaalista materiaalia hyödyntämällä siis pystyimme huomioimaan henkilöitä, jotka eivät kyenneet osallistumaan demonstraation harjoitteluosuuteen.

Tämä opinnäytetyö on tehty kolmen hengen voimin, ja siksi ryhmätyöskentely on opinnäytetyöprosessin aikana korostunut. Ryhmätyöskentely on edesauttanut omien ryhmätyötaitojemme, vuorovaikutuksellisen joustavuuden ja vastuunjako-taitojemme kehittämässä. Tiedonhaun ja tietoperustan kirjoittamisen yhteydessä olemme saaneet ymmärryksen ohjauksen ja opetuksen käsitteistä. Toimeksiantajalle opinnäytetyön tuotteena tekemämme defibrillaattorin käyttöohjeen sekä koulutuspäivää varten tehdyn diaesityksen myötä olemme harjaantuneet uuden opetus- ja ohjausmateriaalin kehittämässä. Diaesityksen avulla oli tarkoitus perehdyttää osallistujat aiheeseen. Demonstrointiin liittyvän havainnollisen esityksen ja harjoittelun avulla pyrimme puolestaan opettamaan osallistujille konkreettisia elvytystaitoja.

Myös ohjauksen eettiset näkökulmat olemme pyrkineet huomioimaan opinnäytetyöprosessin aikana. Koulutuspäivässä onnistuimme jakamaan elvytystietoutta ja osallistumaan ihmisten sydänterveyttä koskevaan keskusteluun. Suuressa mittakaavassa elvytystietouden levittämällä on tarkoitus myös lisätä samanarvoista

hoitoa ja yhteisvastuullisuutta. Koitimme huomioida osallistujien yksilölliset oppimistarpeet. Emme halunneet painostaa demonstraation harjoitteluosuudesta kieltäytyviä osallistumaan, koska jokaisella on oikeus autonomiaan, omiin päätöksiin ja kunnioitetuksi tulemiseen. Itsemääräämisoikeuden myötä jokaisella on oikeus kieltäytyä.

Ohjauksen arviointimenetelmiä käytimme toiminnallisen koulutuspäivän yhteydessä palautelomaketta hyödyntämällä. Palautelomakkeessa pyrimme hyödyntämään eri kyselytyyppejä, jotta palautetta saataisiin monista näkökulmista. Kyselytyyppeinä käytimme numeraalista tyytyväisyysmittaria, suljettua kysymystä ja avointa palautetta.

LÄHTEET

- Ahonen, R. & Rissanen, O-P. 2015. Defibrillaattoreita runsaasti Haaparannalla. Viitattu 22.6.2017 <http://www.sydan.fi/terveys-ja-hyvinvointi/defibrillaattoreita-runsaasti-haaparannalla>
- Buska, J. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Ensihoidon kenttäjohtajan puhelinhaastattelu 18.9.2017.
- Castrén M. 2000. Defibrillaatio elvytyksessä. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim Vol. 116. No 10, 1127-1131. Viitattu 27.8.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2866/lehti/2000/10/duo91540>
- Defi.fi: Tietokanta elvytyslaitteista maallikoiden käyttöön 0217. Rekisteröintiprojekti. Viitattu 22.6.2017 <https://defi.fi/rekisteriprojekti/>
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Elvytys. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2016 (viitattu 14.9.2017). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
- Harve, H. 2009. Maallikon suorittama defibrillaatio sydänpysähdyspotilaan hoitoketjussa. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 28.9.2017 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22842/maalliko.pdf?sequence=2>
- Heikkinen, H. L. T. 2010. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3., korjattu painos. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16-38
- Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammi
- Hiltunen, P. 2016. Out-of-hospital Cardiac Arrest in Finland. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 28.9.2017 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2079-9/urn_isbn_978-952-61-2079-9.pdf
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.
- Hoppu, S., Virkkunen, I., Kämäräinen A. & Yli-Hankala A. 2013. Elvytetyn potilaan ennusteen parantaminen. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Vol. 129. No 7, 677-679. Viitattu 27.8.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2866/lehti/2013/7/duo10900>
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Viitattu 1.10.2017 <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf>

Ikola, K., Kaarlola, A., Nakari, N. & Simon P. Elvytetyn potilaan tilanteen vakauttaminen. Teoksessa K. Ikola (toim.) Elvytys ja elvytetyn hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 60-76

Ikola, K., Mäkinen, M. & Karjalainen M. 2016a. Asystolia. Teho- ja valvontahoitotyön opas -kuvat. Viitattu 3.8.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/aho/avaa?p_artikkeli=tkh00107

– 2016b. Kammiotakykardia. Teho- ja valvontahoitotyön opas -kuvat. Viitattu 3.8.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/aho/avaa?p_artikkeli=tkh00109

– 2016c. Kammiovärinä. Teho- ja valvontahoitotyön opas -kuvat. Viitattu 3.8.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/aho/avaa?p_artikkeli=tkh00106

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona: Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kokkinen, A., Rantanen-Väntsi, L., Tuomola, A. & Breitenstein, J. 2008. Aikuisen oppijan kirja. Helsinki: Kirjapaja.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2015. Ensihoito. Helsinki: SanomaPro Oy

Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: Sanomapro Oy.

Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Johansson, K. Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY .

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 28.9.2017 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lapin AMK a. Etäisyyksien hallinta. Viitattu 12.2.2017 <http://www.lapinamk.fi/fi/Esittely/Lapin-AMKin-strategia/Etaisyyksien-hallinta>

– b. Opinnäytetyö. Viitattu 26.9.2017 <http://www.lapinamk.fi/fi/Opiskelijalle/Opinto-opas,-AMK-tutkinto/Opinnaytetyoohje/AMK-tutkinnon-opinnaytetyo>

– c. Turvallisuusosaaminen. Viitattu 12.2.2017 <http://www.lapinamk.fi/fi/Esittely/Lapin-AMKin-strategia/Turvallisuusosaaminen>

Leino-Kilpi, H. & Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa S. Lauri (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY, 7-20.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Hoitotiede. Väitöskirja. Viitattu 28.9.2017 <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Metsävainio K. & Junttila, E. 2016. Elottomuuden toteaminen ja painelu-puhalluselytys (PPE). Teoksessa L. Niemi-Murola, K. Metsävainio, T. Saari, A. Vahtera & M. Vakkala (toim.) Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. Viitattu 30.7.2017 <http://www.oppiportti.fi/op/atd00015/do>

Nurmi J. 2016. Sydänpysähdyspotilaan hoito sairaalan ulkopuolella. *Finnanest* Vol. 49. No 1, 30-33. Viitattu. 22.8.2017 http://www.finnanest.fi/files/nurmi_sydanpysahdyspotilaan_hoito_sairaan_ulkopuolella.pdf

Nurmi, J. & Castrén. M. 2014. Sydänpysähdys hoitolaitoksen ulkopuolella. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, L. Lindgren, K. Olkkola & E. Ruokonen (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. Viitattu 30.7.2017 <http://www.oppiportti.fi/op/ajt00913/do>

Nurmi, R., Korhonen, T. & Mahlamäki-Kultanen S. 2016. Sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelmien ohjaus- ja opetusosaamisen tavoitteet. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 14. No 3, 24-33.

Peltonen, H. 2004. Kasvattajana sosiaali- ja terveystieteiden ammattissa. 4., uudistettu painos. Tampere: Tammerpaino Oy.

Puolakka, J. 2013. Defibrillaattorit. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström, J. Nurmi, K. Porthan & T. Taskinen (toim.) *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 203-208.

Sairaanhoitajakoulutuksen osaamisalueet 2013. Lapinkampus Moodle. Viitattu 28.9.2017 <https://moodle.eoppimispalvelut.fi/mod/folder/view.php?id=494192>

Salakari, H. 2010. Simulaattorikouluttajan käsikirja. Saarijärvi: Eduskills Consulting.

– 2007. Taitojen opetus. Saarijärvi: Eduskills Consulting.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön: Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. E-kirja. Viitattu 1.10.2017 https://moodle.eoppimispalvelut.fi/pluginfile.php/785748/mod_resource/content/1/Salonen_Kari.pdf

Silfvast, T. 2016a. Defibrillointi ja hoitoelvytys. Viitattu 26.9.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/aho/koti>

– 2016b. Sydänpysähdysten tunnistaminen ja painelu-puhalluselvytys. Viitattu 26.9.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho00102&p_haku=peruselvytys

Sorsa, M. 2007. Elvytyslaitteet, -välineet ja -lääkkeet: Laitteiden valinta ja käyttö. Teoksessa K. Ikola (toim.) *Elvytys ja elvytetyn hoito*. 1. painos. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 179–204.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Ensihoito. Viitattu 12.2.2017 <http://stm.fi/ensihoito>

Sote- ja maakuntauudistus 2016. Hallituksen linjaus 5.4.2016. Viitattu 2.2.2017 <http://alueuudistus.fi/maakuntauudistus/hallituksen-linjaukset>

Virkkunen, I., Hoppu, S. & Kämäräinen, A. 2011. Sydämenpysähdys sairaalan ulkopuolella. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* Vol. 127. No 21, 2287-2293. Viitattu 30.7.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2866/lehti/2011/21/duo99876>

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2014. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Peruselvytysohje
- Liite 3. Palautelomake
- Liite 4. Koulutuspäivän runko

Liite 1

LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences







OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rehoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Tornion Sydänyhdistys ry Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Rantamökö Hilkka	
	Työn aihe Ohjeistus defibrillaattorin hankinnasta ja toiminnasta	
Tekijä	Nimi Lauranto Inka-Liina Pihleja Marjukka Sinkkonen Jonna	Opiskelijanumero
	Katuosoite	Postinumero Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoitaja	Ryhmitunnus RA72H15K
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Kantola Susanna	Tehtävänimike Lehtori
	Toimipaikka ja osoite Lapin ammattikorkeakoulu, Jokiväylä 11, 96300 Rovaniemi	
	Puhelin	Sähköpostiosoite
Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjeus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuksen nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, malnitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisällöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Tornio 5.2.2017	<i>Matti Rantamökö</i> TORNION SYDÄNYHDISTYS RY
Tekijä	Rovaniemi 28.4.2017 <i>Marjukka Pihleja, Jonna Sinkkonen</i>	<i>Marjukka Pihleja, Jonna Sinkkonen</i>
Lapin AMK	ROVANIEMI 28.4.2017	<i>Sirje Lempiäinen</i>

Liite 2

ELVYTYSOHJE

<p>1 JOS MAASSA MAKAA HENKIÖ</p> <ul style="list-style-type: none"> • PUHUTTELE ÄÄNEKKÄÄSTI JA RAVISTELE • JOS EI HERÄÄ, SOITA 112. Laita puhelimen kaiutintoiminto. • AVAA HENGITYSTIET PÄÄTÄ TAIVUTTAMALLA JA LEUKAA NOSTAMALLA • TUNNUSTELE POSKELLA, TUNTUUKO HENGITYS JA KATSO, NOUSEEKO RINTAKEHÄ 	<p>2 JOS EI HENGITÄ, HÄLYTÄ TOINEN HAKEMAAN DEFIBRILLAATTORI JA ALOITA PAINELU RINTAKEHÄN KESKELTÄ 30 KERTAA</p> <ul style="list-style-type: none"> • SULJE SIERAIMET ETUSORMELLA JA PEUKALOLLA, TAIVUTA PÄÄTÄ TAAKSE JA PUHALLA 2 KERTAA ILMAA SUUN KAUTTA KEUHKOIHIIN NIIN, ETTÄ RINTAKEHÄ NOUSEE  
<p>3 KUN AUTTAJIA ON KAKSI, TOINEN HAKEE DEFIBRILLAATTORIN JA KÄYNNISTÄÄ SEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • KIINNITÄ ELEKTRODIT POTILAAN RINTAKEHÄLLE KUVAN OSOITTAMAAN PAIKKAAN TOISEN JATKAESSA PAINELU-PUHALLUSTA 	<p>4 RYTMIN ANALYSOINNIN AIKANA HENKILÖÖN EI SAA KOSKEA</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAINA ISKUNAPPIA, JOS DEFIBRILLAATTORI NIIN NEUVOO JA PYSY IRTI ELVYTETTÄVÄSTÄ • Iskun jälkeen jatka rytmillä 30 painailusta 2 puhallusta huomioiden defibrillaattorin antamat ohjeet siihen asti, kunnes hengitys palautuu tai vastuu siirtyy ammattihenkilölle  

Liite 3

PALAUTEKYSELY

1. Kuinka tyytyväinen olet koulutuspäivän sisältöön asteikolla 1-5? Merkitse rastilla.

1 (erittäin tyytymätön)	2 (tyytymätön)	3 (en osaa sanoa)	4 (tyytyväinen)	5 (erittäin tyytyväinen)

2. Koetko hallitsevasi peruselvytyksen ja defibrillaattorin käytön koulutuspäivän ja elvytysohjeen pohjalta?

Kyllä	
Ei	

3. Vapaa palaute opiskelijoiden toiminnasta

Liite 5

KOULUTUSPÄIVÄN 15.9. RUNKO

klo 11-14 Tornion asuntopalvelusäätiö Keskikartanon kerhuhuone

- 1) Power Point (45 min)
 - työnjako: Jonna lukee diat 2-7 (Elvytyksen taustoja – Sydänpysähdyksen oireet), Marjukka lukee diat 8-13 (Paineluevlytys – Defibrillaattorin käyttö) ja Inka-Liina lukee diat 14-19 (Defibrilloidessa – Defibrillaattorin hankinta)

- 2) Tauko (15 min)

- 3) Harjoitteluosuus, parit (100 min)
 - 2. harjoittelupistettä, 2 ryhmää
 - a) ensin näytetään koko ryhmälle tajuttoman kylkiasento, PPE ja defibrillointi (10 min)
 - b) tajuttoman kääntäminen kylkiasentoon pareittain (5min; 2,5 min/henkilö)
 - c) PPE molemmissa ryhmissä (40 min; 4min/hlö)
 - d) defibrillaattorin käytön harjoittelu molemmissa ryhmissä pareittain (45 min; 4,5min/hlö)
 - e) Se ryhmä, joka on harjoitellut PPE:tä puhallettavalla nukella, ottaa defibrillaattorin harjoittelussa nukan, jolle ei pystytä tekemään puhalluevlytystä

- 4) Palautekysely 20 min

Yht. 180 min → 3h

11-11.45	Power Point -esitys
11:45-12:00	Tauko
12-12.10	Demonstroidaan osallistujille tajuttoman kylkiasento (Inka-Liina), PPE (Jonna) ja defibrillaattorin käyttö (Marjukka)
12.10-12.15	Tajuttoman kääntäminen kylkiasentoon pareittain 2,5min/hlö
12:15-12:55	PPE-harjoittelu: 2 ryhmää (ohjaajat: Inka-Liina, Marjukka + Jonna) 4 min/hlö
12:55-13.40	defibrillaattorin käytön harjoittelu pareittain: 2 ryhmää (Jonna, Marjukka + Inka-Liina) 4,5 min/hlö hlö 1 käyttää defibrillaattoria, hlö 2 suorittaa ppe:n hlö 2 käyttää defibrillaattoria, hlö 1 suorittaa ppe:n hlö 3 käyttää defibrillaattoria, hlö 4 suorittaa ppe:n hlö 4 käyttää defibrillaattoria, hlö 3 suorittaa ppe:n jne.
13:40-14:00	Palautekysely