

ENSIAPUOPAS KENIALAISELLE LAPSIPERHEELLE

Toiminnallinen opinnäytetyö



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinnan korkeakoulukeskus, sairaanhoitajakoulutus

kevät, 2020

Salla Arvio
Maarit Salminen

Sairaanhoitaja, AMK
Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Tekijät	Salla Arvio & Maarit Salminen	Vuosi 2020
Työn nimi	Ensiapuopas kenialaiselle lapsiperheelle	
Työn ohjaaja	Eeva-Liisa Pastinen	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää kenialaisten ensiaputaitoja tuottamalla lasten ensiapuun suunnattu ensiapuopas kenialaisille vanhemmille. Opinnäytetyön tavoitteena oli tukea vanhempia hoitamaan lasten pienet vammat kotona, ja edistää niiden paranemista sekä vanhempien kykyä arvioida hoidon tarvetta, koska sairaalaan pääsy alueella on haasteellista. Tekijöiden mielenkiinto ja kokemus vapaaehtoistyöstä ja työharjoittelusta Keniassa toimi opinnäytetyön innoittajana. Ensiapuopas tehtiin Home Street Home (HSH) -järjestön käyttöön jaettavaksi Makongenin kylään.

Opinnäytetyö toteutui toiminnallisena opinnäytetyönä. Ensiapuoppaan sisältö räätälöitiin Keniassa yleisimmin esiintyneiden lasten tapaturmien, infektioiden ja sairauksien mukaisesti, soveltaen näitä kohderyhmän yleiseen taloustilanteeseen ja elinolosuhteisiin. Tietopohja kerättiin kansainvälisiä ja suomalaisia tietokantoja hyödyntäen, kuten Terveystietokanta, CINAHL, Joanna Briggs Institute ja PubMed. Kuvat ensiapuoppaaseen haettiin pääosin Wikimedia Commons -tietokannasta varmistaen niiden käyttöoikeuden.

Lopullisesta tuotoksesta tuli selkeä, helppolukuinen ja ymmärrettävää englantia sisältävä 24 sivuinen ensiapuopas. Tilaaja oli lopputulokseen tyytyväinen ja piti sitä hyvänä, toimivana ja käyttökelpoisena ensiapuoppaana. Hyödyllisiksi jatkotutkimusaiheiksi havaittiin koulutuksen järjestäminen tai oppaan laatiminen tapaturmien, infektioiden ja sairauksien ennaltaehkäisyyn. Lisäksi samankaltaisen ensiapuoppaan voisi laatia myös lasten käyttöön, mikä edistäisi lasten ensiaputaitoja ja kehittäisi sosiaalisesti kestävä yhteiskuntaa.

Avainsanat Afrikka, Kenia, ensiapu, lapset

Sivut 88 sivua, joista liitteitä 24 sivua

Degree Programme in Nursing
Hämeenlinna University Center

Authors	Salla Arvio & Maarit Salminen	Year 2020
Subject	First Aid for Families in Kenya	
Supervisors	Eeva-Liisa Pastinen	

ABSTRACT

The aim of this practice based Bachelor's thesis was to create a first aid manual for households in Kenya. The First Aid Manual was commissioned by a Finnish non-profit organization called Home Street Home, which operates in Kenya, in the county of Kwale. Their office is located in the village of Makongeni, which has approximately 2500 inhabitants. Both writers of this thesis have spent time in Kenya and have grown fond of the country and wish to do international aid work or development co-operation.

The purpose with this thesis was to help local families in the village of Makongeni to take care of their children with basic health problems amongst children and assess the need for medical attention. The purpose was also to give tools for the commissioner Home Street Home to increase the health care knowledge in the county of Kwale and bring studied and updated knowledge how to treat children's infections and diseases at home. The living conditions in Makongeni are challenging. Only a few houses have electricity, water needs to be carried from wells and the nearest hospital is 14 kilometers away. Families live in poverty, so means to get medical attention are slim.

The study was done with international databases, such as Joanna Briggs Institute, CINAHL and Finnish Terveystietä. Pictures were gathered from Wikimedia Commons database. The outcome of this thesis was 24-page First Aid Manual. The commissioner was happy with the outcome and felt that it was good, practical and useful first aid manual. For future, it was discovered that it would be useful to create a first aid manual for children's use. That would increase the first aid skills of children and develop socially sustainable society.

Keywords Africa, Kenya, first aid, children

Pages 88 pages including appendices 24 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	ENSIAPUOPAS OPINNÄYTETYÖNÄ.....	3
2.1	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	3
2.2	Opinnäytetyön aiheen rajausta ja tiedonhakuprosessi	4
2.3	Toiminnallinen opinnäytetyö	6
2.4	Hyvän ensiapuoppaan piirteet	7
3	MAKONGENI TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ	9
3.1	Kenia pääpiirteittäin	10
3.1.1	Elintason epätasainen jakautuminen Keniassa	10
3.1.2	Kenialaisten terveydentila ja tarve muutokseen	11
3.1.3	Terveydenhuoltojärjestelmä ja kehittymätön ensihoito	12
3.1.4	Hygienian heikko taso	14
3.2	Home Street Home -järjestö Makongenissa	15
3.3	Ensiapuoppaan tarpeellisuus ja kohderyhmä	16
4	ENSIAPUOPPAAN TEORIATAUSTA	18
4.1	Malarian ja kuumeen hoito sekä terveydenhuoltoon hakeutumisen syyt	18
4.2	Ripulin määritelmä ja hoito	20
4.3	Palovammojen luokittelu, hoito ja terveydenhuoltoon hakeutumisen syyt	21
4.4	Haavojen hoito-ohjeet ja terveydenhuoltoon hakeutumisen syyt	23
4.5	Luihin ja lihaksiin kohdistuneiden tapaturmien ensiapu ja hoito	25
4.6	Nenäverenvuodon tyrehdyttämisohteet	27
4.7	Myrkytysten ja puremien tunnistaminen ja ensiapu	28
4.8	Aivotärähdyksen tunnistaminen ja jälkiseuranta	30
4.9	Tajuttoman ja elottoman lapsen tunnistaminen ja ensiapu	31
4.10	Hengitysteiden tukkeutumisen tunnistaminen ja ensiapu	32
4.11	Rokkotautien ja ihottumien tunnistaminen ja hoito	33
4.12	Allergisen reaktion varhainen tunnistaminen	34
4.13	Silmä-, korva-, ja virtsatietulehdusten oireet ja hoito	35
4.14	Yleisiä ohjeita ensiavunannosta, lasten ensiavun erityispiirteet ja henkinen ensiapu	37
5	ENSIAPUOPAS	38
5.1	Suunnittelu ja sisällön räätälöinti	38
5.2	Toteutuksen kuvaus	39
5.3	Ensiapuoppaan käyttöönotto	42
5.4	Ensiapuoppaan arviointi	43
6	POHDINTA	45
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	45
6.2	Johtopäätökset ja arviointi	47
6.3	Jatkosuunnitelma ja jatkotutkimusaiheet	48
	LÄHTEET	50

Liitteet

Liite 1 FIRST AID FOR FAMILIES

1 JOHDANTO

Lasten pieniä tapaturmia ja infektioita esiintyy Makongenissa, Keniassa verrattain paljon, ja ne vaikuttavat merkittävästi paikallisiin perheisiin. Ne lisäävät lasten poissaoloja koulusta, ja vaikuttavat näin ollen lasten oppimiseen ja tulevaisuudenkuvaan. Lisäksi Kenian sairaalan ulkopuolinen ensihoito on kehittymätöntä ja avun saaminen voi olla hankalaa, etenkin syrjäseuduilla, joissa tiet ovat huonokuntoisia, eikä matkapuhelinverkkoon aina ole yhteyttä. Sairaalaan lähteminen on makongenilaisille haasteellista taloudellisten vaikeuksien takia. Hoidon hyötyäkään ei välttämättä tiedetä, eikä näin ollen hoitoon hakeuduta kovin herkästi. Onkin tärkeää opettaa ensiaputaitoja asukkaille, jotta he pystyisivät itse auttamaan ensiaputilanteissa, ennen kuin ambulanssi saadaan paikalle, tai loukkaantunut saadaan sairaalaan. Kaiken lisäksi tapaturmien määrä, etenkin liikenteessä, vain kasvaa Keniassa, joten toimiva ensihoitojärjestelmä ja maallikon ensiaputaidot ovat tärkeässä asemassa. (Martin & Wachira, 2011, ss. 163–164)

Opinnäytetyössämme aiheena on lapsiperheiden ensiapuopas, jonka avulla edistetään syrjäseudulla asuvien köyhien kenialaisten pääsyä ensiaputietoon etenkin lapsia koskevissa tapauksissa. Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa Keniaan, Makongenin kylään ensiapuopas. Ensiapuoppaan tavoite on tuoda lapsiperheiden maallikkoensivun ja kotihoitokeinojen tiedot kaikkien saataville, kirjallisessa muodossa kuvituksineen. Kyseessä on toiminnallinen opinnäytetyö, johon sisältyy teorian tietoon perustuva alusta ja sen pohjalta rakennettu opas, kohdistettuna kyseisen kylän olosuhteisiin.

Ensiapuopas on suunnattu erityisesti haasteellisissa oloissa eläville perheille. Pääpainona on lapsen hyvinvoinnin ylläpito ja tukea vanhempien mahdollisuuksia arvioida lapsen vointia ja hoitaa pienet tapaturmat sekä perussairaudet kotona mahdollisimman hyvin ja arvioida se hetki, jolloin sairaalahoidolle on aika. Lähin sairaala sijaitsee noin 14 kilometrin päässä kylästä ja sairaalakäynti on köyhyysrajan alapuolella elävälle perheelle jopa mahdotonta.

Opinnäytetyön aihe pohjautuu havaintoihin ensiaputaitojen puuttumisesta kylässä. Toinen opinnäytetyön tekijöistä oli Makongenin kylässä, Keniassa, vapaaehtoisena kahden kuukauden ajan. Yhdessä hyväntekeväisyysjärjestö Home Street Home:n kanssa arvioitu ensiaputaitojen vähyyden esiin tarpeen muutokselle. Myös toisella opinnäytetyöntekijällä on erityinen kiinnostus aihetta kohtaan. Hän suoritti sairaanhoitajanopinnoissa harjoitteluvaihdon Kisumussa, Keniassa. Kumpikin tekijöistä kokee merkityksellisenä saada jatkaa yhteistyötä Keniaan Suomesta käsin.

Opinnäytetyön tilaaja on suomalainen, voittoa tavoittelematon hyväntekeväisyysjärjestö Home Street Home, HSH. Järjestö toimii Keniassa Kwalen kunnan alueella. Keväällä 2018 toteutettu Kenian punaisen ristin (KRCS) kanssa toteutettu EA1-ensiapukurssi koulutti kylän peruskoulun opettajat, sekä paikallisia nuoria virallisella koulutuksella. Tarve oli suuri, koska perussairauksien hoitokeinot pohjautuivat vanhentuneeseen tietoon eikä ensiaputaitoja aiemmin kylässä ollut koulutettu lainkaan.

Sisällöllisesti opinnäytetyö rakentuu aiheen esittelystä, opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta, tiedonhaun kuvauksesta, toimintaympäristön esittelystä ja teoriataustasta. Näiden jälkeen esitellään tarkemmin opinnäytetyön tuotosta eli ensiapupuopasta ja arvioidaan sen onnistumista. Lopuksi pohditaan koko opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta sekä arvioidaan sen vaikutuksia ja jatkosuunnitelmia.

2 ENSIAPUOPAS OPINNÄYTETYÖNÄ

Opinnäytetyössämme tavoitteena on edistää lasten hyvinvointia ja terveyttä Keniassa. Tämä on myös yksi Kenian terveystalouden tavoitteista. Heidän tavoitteensa on tarjota ymmärrettäviä ja ihmislähtöisiä terveyspalveluita sekä saada terveyspalvelut myös maaseudulla ja vaikeasti tavoiteltavilla alueilla asuville. (Ministry of Public Health and Sanitation & Ministry of Medical Services Kenya, n.d., s. 1) Tätä tavoitetta edistämme tekemällä ensiapuoppaan voittoa tavoittelemattomalle hyväntekeväisyysjärjestölle, joka tavoittaa maaseudulla asuvia, köyhiä kenialaisia. Kyseinen järjestö toimii siis opinnäytetyömme tuotoksen, ensiapuoppaan tilaajana. Ensiapuopas on heille merkityksellinen ja tukee järjestön toimintaa.

Opinnäytetyö perustuu kansainvälisyyteen ja kiinnostukseen avustustyöhön niin Afrikassa, kuin muuallakin maailmassa. Aihe nähtiin hyödyllisenä tilaajan kannalta, mutta opinnäytetyön tekijöiden ammatillinen kasvu sairaanhoitajaksi ja innostus kehitysyhteistyöhön vahvistui työn edetessä. Tavoitteena on saavuttaa lapsiperheet ja lisätä vanhempien keinoja hätätilanteissa. Tietopohja, jota käsitellään luvussa 4, perustuu lasten ensiapuun ja käyttäjäryhmänä ensiapuoppaalla ovat aikuiset, kuten vanhemmat tai läheiset. Tutkimusongelmana tässä opinnäytetyössä on Makongenin kylän heikot ensiaputaidot ja tiedonhankinnan vaikeus. Tätä ongelmaa lähdettiin ratkaisemaan tuottamalla HSH:lle ensiapuopas, jonka avulla kehitetään lapsille annettavia ensiaputaitoja sekä hoidon tarpeen arviointia. Tutkimuskysymyksiä ovat Millainen on hyvä ensiapuopas, miten soveltaa ensiapua köyhiin ja haastaviin olosuhteisiin, mitä tulee huomioida lasten ensiavunannossa ja mitkä ovat lasten yleisimmän ensiavuntarpeet Makongenissa?

2.1 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoitus on ollut tuottaa ensiapuopas apuvälineeksi Home Street Home -järjestölle. Ensiapuoppaan levitys tapahtuu järjestön turvakotikeskuksen ja vapaaehtoisten kautta Makongenin kylässä. Ensiapuopas on suunnattu lapsiperheille ja sen tavoite on tuoda alueelle päivitettyä, luotettavaa tietoa ensiaputoimista. Tarkoituksena on ollut tuottaa helppolukuista, englanninkielistä tekstiä ja havainnollistaa kuvamateriaalin avulla, kuinka antaa ensiapua sekä arvioida sairaalahoidon tarvetta.

Ensiapuoppaan tavoite on helpottaa arkea vaativissa olosuhteissa, joissa jo kotona vammojen ja sairauksien vakavuuden arvioiminen on tarpeellista. Tavoitteena on tukea vanhempia hoitamaan pienet vammat kotona ja edistää kykyä arvioida hoidon tarvetta. Sairaalaan pääsy on alueella hankalaa, joten vammat jäävät usein hoitamatta. Hoitamattomat haavat, vammat ja sairaudet aiheuttavat lapsille poissaoloja koulusta tai pahimmassa tapauksessa lisäävät tarttuvien tautien leviämistä. Näitä pyrittiin en-

siapuoppaan avulla ennaltaehkäisemään. Opinnäytetyön aikana syntyneen oppaan tavoitteena on edistää vammojen paranemista sekä ehkäistä vammojen pahenemista ja tulehduksia.

Opinnäytetyön raportin tavoite on tehdä helposti luettavaa ja johdonmukaista tekstiä, joka kuvaa opinnäytetyöprosessia sekä oppimistamme. Tavoite on myös kehittyä ammatillisesti sairaanhoitajana ja kehitystyöntekijänä. Ensiapuoppaan tekeminen englanniksi vahvistaa aiheeseen liittyvien käsitteiden omaksumista ja hallitsemista. Opinnäytetyö edistää siis omaa ammatillista kehittymistämme, sekä toivottavasti työllistymistämme tulevaisuudessa.

Kestävän kehityksen huomioiminen on niin meille kuin Hämeen ammatti-korkeakoulullekin tärkeää, joten halusimme tehdä opinnäytetyön, joka edistää yhteiskunnan kehitystä vastuullisesti ja kestävästi. Pyrimme opinnäytetyössämme huomioimaan sen vaikutukset ympäristöön ja talouteen, mutta ennen kaikkea sosiaaliin näkökulmiin. Sosiaalisesti kestävä kehitys tarkoittaa eriarvoisuuden vähentämistä ja hyvinvoinnin siirtymistä sukupolvelta toiselle. Yhdistyneiden kansakuntien (YK) hyväksymät kestävän kehityksen tavoitteet ja toimintaohjelma Agenda 2030 tavoittelee eriarvoisuuden vähentämistä maiden sisällä sekä maiden välillä. (THL, 2019) Haluamme omalta osaltamme edistää tätä tavoitetta luomamme ensiapuoppaan avulla ja edistää sosiaalisesti kestävästä yhteiskuntaa.

2.2 Opinnäytetyön aiheen rajausta ja tiedonhakuprosessi

Hyvä teoriapohja toimii apuvälineenä opinnäytetyössä (Airaksinen & Vilka, 2003, s. 43). Tietopohjassa pyrittiin hyödyntämään Kenian suosimia virallisia ohjeistuksia ja hoitosuosituksia mieluummin kuin Suomen ohjeita, koska Kenian ohjeistuksien kanssa ei haluttu olla ristiriidassa. Esimerkiksi elvytysohjeistuksen painelu-puhallusrytmi voi vaihdella maittain, joten pyrimme valitsemaan Kenian ohjeistukset, koska ensiapuopas tulee Keniaan käyttöön. Luvussa 4 käsitellään ensiapuoppaan tietopohjaa tarkemmin, mutta seuraavaksi kuvataan koko opinnäytetyön tiedonhakua ja aiheen rajaamista.

Ensiapuoppaan sisältämiä aiheita on jouduttu rajaamaan opinnäytetyön rajallisen laajuuden takia, mutta myös siksi, että tuotantokustannukset pysyisivät pieninä. Ensiapuoppaaseen olisi voinut ottaa mukaan monia muita ensiapuohjeita ja ennaltaehkäisyohjeitakin, mutta päätimme ottaa mukaan vain mielestämme tärkeimmät ensiapuohjeet, ja nimenomaan lapsia koskevat yleisimmät tapaturmat ja sairaudet. Myös lääkehoito rajautui sisällön ulkopuolelle, sillä Makongenisissa on köyhyyden ja saatavuuden vuoksi vaikeaa hankkia lääkkeitä, sekä käsikauppalääketuntemus on heikompa kuin hyvinvointivaltioissa. Sairaanhoitajan tutkinnolla ei voi määrätä lääkkeitä, vaan lääkäri on vastuussa lääkemääräyksistä.

Lähteiden luotettavuutta lisää tietolähteen auktoriteetti, lähdemerkinnät, tiedon ikä, uskottavuus ja neutraali esitystapa. (Airaksinen & Vilkkä, 2003, ss. 72–73) Tiedonhaun tavoitteena oli käyttää mahdollisimman tuoreita tietolähteitä, mutta jos saatavilla ei ollut esimerkiksi alle 10 vuotta vanhaa tietoa, päädyttiin tuoreen tiedon puuttuessa turvautumaan vanhempiin lähteisiin. Vanhempien lähteiden käyttäminen arvioitiin tarkasti niiden paikkansapitävyyden perusteella.

On tärkeää tutustua tutkimuseettisiin ohjeistuksiin sekä noudattaa eettisesti kestäviä menetelmiä tiedonhankinnassa, eli niiden on oltava tiedeyhteisön hyväksymiä. Tutkijan on oltava rehellinen, huolellinen, tarkka ja vilpittömä. Epärehellistä ja vilpillistä toimintaa tulee välttää. Sitä on vilppi sekä piittaamattomuus. Vilpillinen toiminta on tahallista tiedon plagiointia tai vääristämistä, ja piittaamattomuus voi johtua harkitsemattomuudesta tai puutteellisista tiedoista ja taidoista. Piittaamaton tutkija voi tulkita lähteitä väärin ja ymmärtää sisällön väärin. Onkin tärkeä tunnistaa omat taidot ennen tutkimustyöhön lähtemistä. Lisäksi on huomioitava tutkimustulosten omistajuus. Ne eivät automaattisesti ole tekijän omistamia. (Vilkkä, 2015) Opinnäytetyömme tuotoksen omistaja on tilaaja Home Street Home, joten emme voi itse sitä käyttää ilman tilaajan lupaa.

Erilaisia ensiapuoppaita on olemassa paljon, mutta lapsille suunnattuja ja haastaviin olosuhteisiin sovellettuja vähemmän. Suomessa ensiapuopasta ei enää välttämättä tarvittaisi, koska suurimmalla osalla on älypuhelimet ja pääsy internettiin, josta saa nopeasti tietoa ensiavusta. Kenian Punaisella Ristilläkin on sovellus, josta saa esimerkiksi ensiapupalveluja (Kenya Red Cross, 2018), mutta Makongenissa, johon ensiapuoppaan teemme, ei köyhyyden takia kaikilla ole kännykkää, älypuhelimia saatika internettiä. Punainen Risti on tehnyt ensiapuoppaita niin kansainvälisesti kuin paikallisestikin. Myös Keniasta on kirjastoista saatavilla ensiapuopas, jossa on huomioitu myös vauvat ja lapset (Kenya Red Cross, 2012). Lisäksi Kenian akuuttilääketieteen verkkosivuilla on ensiapuohjeita ja -videoita, sekä erinäisiä oppaita, mutta nämä on suunnattu lähinnä ammattilaisten tueksi (Emergency Medicine Kenya Foundation, n.d.). Verkkosivut ovat mielestämme myös hieman sekavat. Sivulla on opas kodin ensiapuun, mutta sekin on vuodelta 2002, eli päivittämiseen olisi aihetta näin 18 vuoden jälkeen.

Tiedonlähteitä valittiin Hämeen ammattikorkeakoulun -verkkosivuilla esitellyistä hyvinvointialakohtaisista tietokannoista. Näistä valittiin kansainvälistä tutkimustietoa sisältävät tietokannat JBI (Joanna Briggs Institute), CINAHL ja PubMed. Tutkimustietoon perustuvia lähteitä haettiin myös Google Scholarista, ja Duodecimin ylläpitämästä Terveysportista haimme sellaista tietoa, mitä pystyimme myös suomen kielellä hyödyntämään. Yleistä tietoa haettiin Google-hakukoneen kautta ja etenkin Keniaa käsittelevää yleistä tietoa saatiin tunnetuilta ja luotettavilta toimijoilta, kuten Punainen Risti, WHO (World Health Organization) sekä World Bank.

Hakusanoina käytettiin Africa ja first aid -sanaliittoa, koska useammalla ja tarkemmilla hakusanoilla ei saatu hyödynnettäviä osumia. Africa-sana katkaistiin asteriskilla, jotta saatiin osuihin mukaan sen eri sanamuodot. Hakutulokset rajattiin julkaisuajankohdan mukaan, alkaen vuodesta 2010. Parhaimmat hakutulokset saatiin Terveysportti-, CINAHL- ja PubMed-tietokannoista. CINAHL-tietokannasta saatiin 282 hakutulosta, joista pystyttiin hyödyntämään neljää. PubMed-tietokannasta tuli 85 hakutulosta, joista hyödynnettäviä oli kuusi. Näistä yhden tutkimuksen kautta löysimme ensiapuoppaan, joka oli suunnattu nimenomaan Afrikan maanosaan sopiviin olosuhteisiin ja nimenomaan haastaviin, köyhiin oloihin, jossa ei aina ole mahdollista saada ensiavussa käytettäviä materiaaleja. Opas perustuu tuoreimpaan näyttöön ja tutkittuun tietoon, ja on Belgian Punaisen Ristin julkaisema, joten sitä voidaan pitää luotettavana tiedonlähteenä. (Van de Velde, Buck, Vandekerckhove & Volmink, 2011, ss. 1–4)

2.3 Toiminnallinen opinnäytetyö

Yleisesti opinnäytetyöprosessin idea on osoittaa kyky yhdistää ammatillinen teoreettinen tieto käytäntöön, pohtia käytännön ratkaisuja kriittisesti näiden teorioiden avulla sekä kehittää ammattikulttuuria. (Airaksinen & Vilka, 2003, s. 42) Toiminnallinen opinnäytetyö on kehittämistyö, jonka tuloksena on tuotos. Tuotos voi olla esimerkiksi opas, esite tai perehdytyskansio. Toiminnallisessa opinnäytetyössä olennaista on toiminnan kehittäminen vuorovaikutuksessa muiden toimijoiden kanssa vaiheittain, kohti tuotosta. Kehittämistoiminnan tunnuspiirteitä ovat käytettävyyden, hyödyn, uutuusarvo, toimijavetoisuus, suunnittelu, näkyvä toiminta, konkreettinen tuotos, aika- ja paikkasidonnaisuus sekä ainutkertaisuus. (Salonen, 2013, ss. 5–6, 13) Opinnäytetyömme on toiminnallinen, sillä teemme kehittämis- sekä tutkimustyötä, jonka tuloksena on ensiapuopas.

Kehittämishanke voi edetä lineaarisesti tai spiraalisesti. Lineaarisessa mallissa edetään kaavamaisesti ja vaiheet kulkevat peräkkäin niin sanotusti teknisesti ja vakioidusti. Spiraalimalli huomioi enemmän inhimillisiä tekijöitä työskentelyn osana ja siinä palataan välillä takaisin päin, arvioidaan ja edetään mahdollisesti uuteen suuntaan. Etenemme tässä opinnäytetyössämme lineaarisen mallin mukaan, mutta huomioimme työskentelyssä spiraalimallille ominaiset inhimilliset, kulttuuriset ja sosiaaliset piirteet. Käytännössä hyödynnämme spiraalimallista myös vuorovaikutusta, arviointia ja reflektointia toiminnan eri vaiheissa, koska pyydämme arviointia ohjaajalta, opiskelijakollegoilta sekä tilaajalta. (Ks. Salonen, 2013, ss. 14–15)

Kehittämishanke etenee vaiheittain. Aloitusvaiheessa on idea toiminnasta, joka selkiytyy suunnitteluvaiheessa. Seuraavaksi on käytännön toteuttamisvaihe, joka yleensä vie eniten aikaa ja vaivaa. Sen jälkeen ovat tarkistus- ja viimeistelyvaiheet. Tarkistusvaiheessa tuotos arvioidaan, jonka jälkeen tuotos ja kirjallinen raportti viimeistellään ja hiotaan haluttuun muotoon. Tähän vaiheeseen on hyvä varata aikaa, koska se on yllättävän vaativa

vaihe, ja on osattava päättää, milloin työlle laittaa pisteen. Kun työ on valmis, se esitetään ja levitetään käyttöön. (Salonen, 2013, ss. 16–19)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä erillisinä tuotoksina on kirjallinen raportti kehitystyöprosessista sekä itse tuotos. Raportti voi sisältää liitteenä itse tuotoksen, mutta raportin tehtävänä on kuvata kehitystyön kokonaisuus, ammatillisuus, innovatiivisuus sekä tekijän oma ammatillinen kehittyminen. (Salonen, 2013, s. 25) Toiminnallisessa opinnäytetyössä opinnäytetyöraportti ja tuotos ovat myös tekstillisiltä ominaisuuksiltaan erilaisia. Tuotos puhuttelee sen käyttäjäryhmää, kun taas opinnäytetyöraportti kuvaa prosessia ja oppimista. (Airaksinen & Vilkkä, 2003, s. 65)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä kohderyhmän määrittäminen on tärkeää, koska sen tuotos tulee aina jonkun käytettäväksi. Kohderyhmää miettiessä on tärkeä hahmottaa ongelma, jota ollaan ratkaisemassa ja ketä se koskee. Tuotoksen sisällön määrittelee pitkälti kohderyhmä. Näin tuotoksesta saadaan sisällöllisesti sopivampi. (Airaksinen & Vilkkä, 2003, ss. 38–40) Ensiapuoppaamme kohderyhmään perehdytään tarkemmin luvussa 3.3.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tavoitellut päämäärät tulee näkyä tuotoksen kokonaisilmeestä. Nämä luodaan visuaalisin ja viestinnällisin keinoin, joissa huomioidaan kohderyhmä, ja mitä sille halutaan viestiä. Lisäksi on huomioitava tilaaja, jolle tuote tehdään. Kustannukset nousevat esiin, kun mietitään, millainen oppaan materiaali on, onko se mustavalkoinen vai monivärinen ja kuinka laaja siitä tulee. On selvitettävä tilaajan resurssit, koska opinnäytetyön maksaa joko opiskelijat tai tilaaja. Tilaaajalta tiedustellaan myös oppaan mahdolliset typografiset vaatimukset, ja haluaako tilaaja siihen oman järjestönsä värimaailmaa ja logoja. (Airaksinen & Vilkkä, 2003, ss. 51–53) Selvitimme asiat suunnitteluvaiheessa tilaajamme kanssa, ja kerromme niistä enemmän luvussa 5.1.

Tuotoksen tavoite on erottua muista vastaavista tuotteista yksilöllisenä ja persoonallisena. Tuotteen tavoite on olla käytännöllinen, kohderyhmälle ja kohdeympäristöön toimiva, asiasisällöltään sopiva, houkutteleva, informatiivinen, selkeä ja johdonmukainen. Oppaan kohdalla lähdekritiikki on erittäin tärkeää, ja onkin kerrottava, miten käytetyt tiedot on varmistettu oikeiksi ja luotettaviksi. (Airaksinen & Vilkkä, 2003, s. 53)

2.4 Hyvän ensiapuoppaan piirteet

Hyvän ensiapuoppaan piirteitä ovat ymmärrettävyys ja kohdennettu sisältö. Tyypillinen lukija on henkilö, jolla ei ole kokemusta terveydenhuollosta, eikä siksi välttämättä ymmärrä ammattisanastoa. Ohjeistukset on muotoiltava niin, että maallikko pystyy niitä lukemaan, ymmärtämään ja toteuttamaan. Helppolukuisuutta lisää virkkeiden pituuden huomioiminen

ja lyhenteiden sekä vierasperäisten sanojen välttäminen. Mikäli jotakin sanaa ei pysty korvaamaan yleiskielen sanalla, tulee termi selittää. (Hyvärinen, 2005, ss. 1769–1773)

Vaikka kyseessä on vakavasti otettava ohjeistus, tulee silti opasta ajatella niin sanotusti tarinana ja muistaa rakentaa tarinalle juoni. Tarinalla ja juonnella tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että tekijä on valinnut oppaaseen osioiden esittämisenjärjestyksen. Järjestys voi olla aakkosjärjestys, aihealue tai tärkeysjärjestys. Helppokäyttöisyys ja ymmärrettävyys vaikuttavat oppaan käyttöasteeseen. On tärkeää miettiä, missä tilanteissa opasta tarvitaan, kuka sitä käyttää ja mikä on lukijalle tärkeintä. Oppaan rakenne on valittava huolellisesti, jotta tekstiä on helppo seurata. (Hyvärinen, 2005 ss. 1769–1773)

Hyvä ohjeistus sisältää oireet ja niiden mahdolliset hoito-ohjeet, kokemukset ja tuntemukset, sekä toiminnalliset muutokset. Tekstiä on hyvä täydentää asianmukaisissa kohdissa havainnollistavalla kuvamateriaalilla tai taulukoilla. Oppaan on oltava myös ulkoisesti kutsuva. Kirjasinkoko ja fontti on valittava huolellisesti. Lukemisen tulee olla miellyttävää, jolloin se tukee oppaan käyttökelpoisuutta. Kirjoitustyylin tulee olla lukijalle samaistuttava ja mielenkiintoinen. Ohjeistukset tulee perustella asianmukaisesti. Hyvänä lisänä on liittää oppaaseen keinot saada lisätietoa ja ehdottomasti lisäävun hankinnan keinot. (Leino-Kilpi & Salanterä, 2009, ss. 6–7)

3 MAKONGENI TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ

Makongenin kylä sijaitsee mangrovemetsän laidalla Intian valtameren rannalla, Keniassa. Kylän varattomat maaseudun asukkaat eivät herkästi ha-keudu kaupunkiin terveystalveluiden pariin, eikä ensihoitokaan täysin pysty vastaamaan heidän tarpeisiinsa. Asukkaiden omia ensiaputaitoja kehittämällä voitaisiin kompensoida tätä ongelmaa. Taloudellisesti kehittyvä Kenia on kuitenkin alkanut kehittää terveystalvelujaan ja ensihoitojärjestelmänsä. Myös lasten hyvinvointia edistetään muun muassa lainsäädännöllä, mikä on tärkeää, koska yli 40 % Kenian väestöstä on lapsia. Silti edelleen yli 40 heimon maassa tehdään lailla kiellettyjä perinteitä, jotka rikko-
vat lasten oikeuksia. Näitä tapahtuu etenkin köyhillä maaseutualueilla, mutta Makongenis-
sa tilanne on tältä osin suhteellisen hyvä. Makongenin ja Kenian terveyden edistämistä auttavat paikalliset ja kansainväliset to-
imijat. (Ks. Martin & Wachira, 2011, s. 163; UNICEF, 2018, ss. 89–100; CIA, 2017; Statista, 2018; WHO, 2014, ss. 28–30) Näistä yksi, erityisesti Makon-
genin tilannetta merkittävästi auttava on Home Street Home.

Seuraavaksi esittelemme tarkemmin edellä mainittuja asioita ja toimin-
taympäristöä, johon ensiapuoppaan teemme. Kerromme Keniasta yleisesti
sekä hieman tarkemminkin tilaajastamme sekä Makongenin kylästä, jossa
tilaajamme toimii ja jonka asukkaiden käyttöön ensiapuopas tulee. Maail-
massa liikkuu paljon tietoa ihmisten välillä eikä se aina ole luotettavaa tai
tieteeseen perustuvaa. Pseudotiedettä eli niin sanottua näennäistiedettä
ajatellaan liikkuvan yleisemmin alemmin koulutettujen parissa (Pihlström,
2018). Keniassa haasteensa tuo myös tutkitun tiedon pariin pääsemisen
hankaluus.

Toivomme, että ensiapuopastamme pidetään luotettavana ja sitä hyödyn-
nettäisiin paikallisten keskuudessa. Ensiapuoppaassa olisikin tärkeää ker-
toa, mistä ja keneltä tieto on kerätty, ja mihin se perustuu. Uskomme luo-
tettavuutta lisäävän HSH-järjestön maininta ensiapuoppaan tilaajana,
koska he ovat vakavasti otettava toimija alueella. Suunnitelmamme on an-
taa ensiapuopas kommentoitavaksi sen tekovaiheessa sekä tarkistuttaa se
valmiina. Olisi hienoa päästä paikanpäälle esittelemään ensiapuopas sekä
kertomaan ja neuvomaan sen käytössä, jotta voisimme varmistaa, että
kohderyhmämme on ymmärtänyt ensiapuoppaassa olevat asiat. Työn ti-
laaja, HSH, voisi varmasti tämän tehdä ilman meitäkin, jos näkevät sen tar-
peelliseksi.

Pyrimme ensiapuopasta tehdessämme huomioimaan kestävän kehityksen
periaatteet sekä paikalliset ensiapuun vaikuttavat asiat ja olosuhteet, ku-
ten hygienian taso ja köyhyys. Esimerkiksi Aloe Veraa ja banaanipuita kas-
vaa eteläisessä Keniassa, joten on järkevää mainita niiden hyödynnettä-
vyys, koska on kestävän kehityksen mukaista ja taloudellista hyödyntää
paikallisia luonnosta saatavia raaka-aineita.

3.1 Kenia pääpiirteittäin

Kenia sijaitsee Afrikan itäisellä rannikolla. Sen pääkaupunki on Nairobi. Kenian rajanaapureita ovat Somalia, Etiopia, Etelä-Sudan, Uganda ja Tansania. Kenia sijaitsee päiväntasaajalla, Intian valtameren rannalla ja vaihtelee ilmastoltaan trooppisesta kuivaan, sijainnin mukaan. (WHO, 2020; UNICEF, 2018, ss. 3–5) Rantaviivaa Kenialla on 526 kilometriä ja tärkeimmät luonnonvarat ovat kalkkikivi, sinkki, kipsi ja piimaa. Viljelyaluetta maasta on noin 48 % ja metsää noin 6 %. Vuonna 2016 Kenian väkiluku oli noin 48,5 miljoonaa. Asutuskeskittymä on pääosin Länsi-Keniassa, suurempien kaupunkien läheisyydessä. (WHO, 2020; CIA, 2017) Kenia on jaettu 47 hallinnolliseen ja poliittiseen maakuntaan (UNICEF, 2018, ss. 3–5) ja paikalliset konfliktit ovat yleisiä (Suomen Punainen Risti, n.d).

Keniassa on yli 40 heimoa, joista jokaisella on oma kieli tai ainakin murre. Heimoja ovat esimerkiksi Kikuyu, Kisii, Luo ja Maasai. Maan viralliset kielet ovat swahili ja englanti. Suurin osa kenialaisista on kristittyjä. Islam on toiseksi suurin uskonto, mutta perinteisten luonnonuskontojen kannattajia on myös. Vuonna 2015 eliniän odote oli noin 63 vuotta ja saman vuoden tilastoissa Kenia oli 12. maailman HIV/AIDS tilastoissa. Diagnosoituja tapauksia oli tuolloin noin 1,6 miljoonaa. (CIA, 2017)

Viimeisen vuosikymmenen aikana lasten turvallisuutta ja huolenpitoa on ryhdytty turvamaan lakisäädösten avulla. Vanhat tavat ovat kuitenkin tiukassa ja esimerkiksi tyttöjen ympärileikkauksia ja lapsiavioliittoja tapahtuu yhä, vaikka ne ovat lailla kiellettyjä. Edellä mainittuja ongelmia tulee esiin pääosin köyhemmällä maaseutualueella. Arviolta 3,6 miljoonaa kenialaista lasta on orpoja tai muulla tavalla luokiteltu ilman suojaa tai vanhempien apua eläväksi. Luokitteluun lasketaan köyhyys, kulttuurilliset tekijät, kuten yhteisössä hyväksytyt ympärileikkaukset, hajonneet perheet tai luonnonkatastrofeista kärsineet tai katastrofialueella elävät. (UNICEF, 2018, ss. 89–100)

3.1.1 Elintason epätasainen jakautuminen Keniassa

Taloudellisesti Kenia on alemman keskitulon maa, joka tarkoittaa köyhyyden olevan vakava ongelma. Lähes 40 % väestöstä elää alle dollarilla päivässä. (Ulkoministeriö, n.d.) Kenian talous on kuitenkin Afrikan suurimpia ja kasvanut viime vuosina, silti köyhyys koskettaa lähes puolta väestöstä. Maatalous on yksi tärkeimmistä tulonlähteistä, mutta sadeveden saataavuus tai rankkasateet tuottavat vaikeuksia viljelmien tuottavuuteen. (Suomen Punainen Risti, n.d.) Kenian pääasiallisia tulonlähteitä ovat palvelut, maatalous ja teollisuus. Kaupungistuminen on lähtenyt nousuun, tulevaisuudennäkymät talouden suhteen ovat hyvät, mikä kertoo rauhallista, mutta tasaisesta nousujohteesta. (Statista, 2018)

Köyhyys, syntyvyys tai kuolleisuus eivät jakaudu maahan tasaisesti. Syntyvyys on saatu laskuun vuosien 2007 ja 2017 välillä. Samalla kuolleisuus on lähtenyt laskuun. Ikäjakauma on jakautunut alle 65-vuotiaiden kohdalla melko tasaisesti viimeisten kymmenen vuoden aikana. Statistan mukaan vuonna 2018 oli 0–14 -vuotiaita noin 40 % väestöstä, 15–64 -vuotiaita on noin 58 %, jolloin yli 64-vuotiaita on vain 2 % väestöstä. (Statista, 2018) Kuitenkin vain 67 % syntyneistä lapsista rekisteröidään ennen viidettä ikävuotta (UNICEF, 2019a).

Statistan mukaan työttömyysprosentti vuonna 2018 oli noin yhdeksän (Statista, 2018). Syrjäseutujen asukkaat saavat tulonsa usein maanviljelystä, mutta vallitseva tapa erityisesti kaupunkien läheisyydessä on viljellä maata palkkatyöläisenä. Kauempana maaseuduilla viljely on omavaraista ja riippuvaista luonnonoloista. Näillä alueilla myös tulot ja koulutustaso ovat matalia. Kaupungeissa palkkatyöt ovat yleisempiä, samanaikaisesti tulot ja koulutustaso ovat korkeammalla. (World Bank, 2013, ss. 32–54)

3.1.2 Kenialaisten terveydentila ja tarve muutokseen

Tapaturmat ovat maailmanlaajuinen terveysongelma. Ne käsittävät 9 % kaikista kuolemista maailmassa. Keniassa noin 3000 henkeä menetetään vuosittain liikenteessä, ja näistä suurin osa on kävelijöitä. Väkivalta ja palovammat ovat iso terveysongelma. Kenia on julkaissut kansallisen suunnitelman ehkäisemään ja kontrolloimaan väkivaltaa ja tapaturmia. Suunnitelman periaatteena on asian lähestyminen monesta eri näkökulmasta, elämän kunnioitus, oikeus terveydenhuoltoon, näyttöön perustuva päätöksenteko ja yhteisöjen osallistuminen. (Ministry of Health, 2017, ss. V–VI, 11)

15–29 -vuotiaiden nuorten keskuudessa tapaturmat ovat suurin kuolinsyy. Alle 1-vuotiaiden lasten suurin kuolinsyy puolestaan on tarkoitukseton tukehtuminen tai kuristuminen. Hukkuminen taas on 0–4-vuotiaiden suurin kuolinsyy. Sosioekonominen asema vaikuttaa näihin niin, että matalampi sosioekonominen asema altistaa tapaturmille ja väkivallalle. Lisäksi se altistaa tapolle, ja muille väkivallan teoille sekä itsemurhalle. Liikenteeseen liittyviin tapaturmiin alttiimpia ovat ne, joilla on keskitason sosioekonominen asema. Eroavaisuus johtuu eritasoisista työ- ja elinoloista, vähäisistä ehkäisevistä keinoista sekä rajallisesta pääsystä laadukkaaseen akuuttihoitoon ja kuntoutuspalveluihin. (Ministry of Health, 2017, s. 5)

Palovammoista suuriosa tapahtuu kotona tai työpaikalla. Eräs Kenian tavoitteista on tukea tehokasta ensihoitoa kouluttamalla yhteisön jäseniä tapaturmien varalta (Ministry of Health, 2017, ss. 14, 32), johon myös me ensiapuoppaamme kanssa pyrimme. Keniassa tapaturmat eivät kuitenkaan ole kaikkien ikäluokkien kesken suurin kuolinsyy, vaan vuonna 2017 Kenian suurimmat kuolinsyyt olivat ripulitaudit, HIV/AIDS/tuberkuloosi, vastasyntyneiden sairaudet ja 5–14-vuotiaiden osalta lisäksi alahengitys-

tietulehdukset (IHME, 2017). Vuonna 2010 suurimmat vahingonaiheuttajat liittyivät HIV/AIDSiin, vastasyntyneiden tauteihin, malariaan sekä alahengitystietulehduksiin (WHO, 2014, s. 4).

3.1.3 Terveydenhuoltojärjestelmä ja kehittymätön ensihoito

Keniassa terveydenhuoltoa on kuudella eri tasolla. Ensimmäisellä tasolla ovat kunnalliset terveyspalvelut, jotka huolehtivat yksilöiden, talouksien ja yhteisöjen kunnallisesta terveystyöstä, tarjoavat sovittuja terveyspalveluja sekä tunnistavat merkit ja oireet tilanteista, jotka vaativat lähetteen eteenpäin. Toisella tasolla ovat apteekit ja klinikat, jotka tarjoavat konsultointiapua ja hoitavat pieniä oireita. Ne tarjoavat myös kuntoutumispalveluja sekä ehkäiseviä ja edistäviä terveyspalveluja. Kolmannella tasolla on terveyskeskukset, jotka tarjoavat vastaanottotoimintaa, rajoitettua ensiapua ja potilaan tarkkailuhoitoa. Terveyskeskukset hoitavat myös normaaleja synnytyksiä, lähetkeitä, suuterveydenhuoltoa sekä laboratoriotoimintaa. Niissä tarjotaan myös kunnallisten terveyspalvelujen tukena myös ehkäiseviä ja edistäviä terveyspalveluja. (Republic of Kenya, 2017, s. 477)

Neljännellä tasolla ovat primääriset sairaalat, jotka muun muassa tukevat ja valvovat matalamman tason terveyspalveluja ja hoitavat lähetepotilaita. Primääriset sairaalat tarjoavat vastaanottotoimintaa, odottavan äidin hoitoa, suuterveydenhoitoa, leikkaushoitoa ja terveysneuvontaa. Niiden palveluihin kuuluu erikoistunutta laboratoriotoimintaa sekä kuvantamispalveluja. Seuraavalla tasolla ovat sekundääriset sairaalat, jotka tarjoavat erikoistuneita terveyspalveluja, koulutusta ja harjoittelumahdollisuuksia sekä tutkimustoimintaa. (Republic of Kenya, 2017, s. 478) Ylimmällä tasolla on tertiääriset sairaalat, jotka tarjoavat korkeatasoista erikoissairaanhoitoa sekä toimivat tutkimuskeskuksena tarjoten koulutus- ja tutkimuspalveluja (Republic of Kenya, 2017, s. 479).

Keniassa on myös jonkin verran potilaan kuljetustoimintaa ja ensihoitotoimintaa, mutta sen toteuttaminen vaihtelee ympäri maata. Häätapauksien potilaskuljetusta löytyy lähes kaikista primääritason sairaaloista ja yli puolesta terveyskeskuksista. Yksityisistä ja ei-valtiollisista terveyslaitoksista 86 prosentilla oli potilaan kuljetusmahdollisuudet. Pääosin Keniassa potilaat menevät sairaalaan yksityiskulkuvälinein omatoimisesti. Vain muutama prosentti haetaan ambulanssilla. Tämä kuvaa Kenian kehittymätöntä ensihoitoa, koska kehittyneen ensihoitojärjestelmän maat turvautuvat vahvasti ambulanssikuljetuksiin. Keniassa on yksi ainoa julkinen ambulanssiyitys, joilla on 10 ambulanssia koko maassa. Heidän toimintansa on potilaalle ilmaista. Tämän lisäksi on olemassa myös yksityisiä ensihoitoyrityksiä, mutta nämä toimivat pääosin pääkaupungissa Nairobissa ja ovat mahdollisia ainoastaan potilaille, joilla on siihen varaa. (Martin & Wachira, 2011, s. 163)

Potilaan kuljetus on hankalaa etenkin Kenian syrjäseuduilla, koska tiet ovat huonokuntoisia, eivätkä kaikki Kenian seudut ole yhteydessä matkapuhelinverkkoon, jotta apua voisi soittaa. Ensihoidon tarjonta onkin Keniassa hyvin erilaista verrattuna kehittyneen ensihoidon tarjoaviin maihin. (Martin & Wachira, 2011, s. 163)

Kenian Emergency Centre eli hätäkeskus on paikka, jossa tarjotaan kiireellistä hoitoa. Tällaiset keskuksen mahdollistavat palvelut laajalle maaseudun väestölle. Nämä hätäkeskukset ovat kuitenkin yleensä huonosti varustettuja ja ruuhkaisia. Niissä potilaita hoitaa terveystyöntekijä tai lääkäri, jolla ei ole akuuttilääketieteen erikoistumisosaamista. Esimerkiksi Yhdysvalloissa päivystykseen tulleen potilaan hoitaa akutologi, joka tarvittaessa konsultoi muiden erikoisalojen lääkäreitä. Kenian ensiavuisissa työskentelee terveysalan ammattilaisia, joilla ei ole erikoistumiskoulutusta akuuttilääketieteestä, koska Keniassa ei tarjota koulutusta akuuttilääketieteestä vielä missään yliopistossa tai ammattikorkeakoulussa. Asiaa ollaan kuitenkin kehittämässä. Vuonna 2011 oli eräs yksityinen akateeminen sairaala kehittämässä akuuttilääketiedettä omaksi erikoisalaksi, vaikka Keniassa ei vielä tuolloin tunnustettu akuuttilääketiedettä omana erikoisalana. (Martin & Wachira, 2011, ss. 163–164)

Vasta vuonna 2017 Kenian lääketieteen lautakunta tunnusti akuuttilääketieteen omana erikoisalanaan. Nyt tavoitteena on, että vuonna 2021 alkaisi ensimmäinen akuuttilääketieteen erikoistumiskoulutus. Tavoitteena on myös kehittää akuuttihoitoa maassa ja kouluttaa henkilökuntaa ja parantaa järjestelmää, niin että kaikilla olisi mahdollisuus laadukkaaseen akuuttihoitoon. Tällä hetkellä Keniassa on vain yksi akuuttilääketieteeseen erikoistunut lääkäri. Hän on vahvasti mukana kehittämässä ensihoitojärjestelmää eteenpäin. (International Federation for Emergency Medicine, 2020) Keniassa tapaturmien määrä liikenteessä kasvaa, joten olisi tärkeää saada ensihoitojärjestelmä toimivaksi koko maassa (Martin & Wachira, 2011, s. 164).

Kenian terveysasetuksen (act) on tarkoitus saavuttaa yhtenäinen terveysjärjestelmä pyrkimällä linkittämään valtion ja maakuntien välinen terveysjärjestelmä. Sen tarkoitus on myös saada asetus terveyspalveluille ja niiden tuottajille, terveystuotteille ja terveysteknologialle. Asetuksen tarkoitus on taata tasa-arvoinen ja oikeudenmukainen terveydenhuolto kaikille ihmisille Keniassa. Lisäksi sen tarkoitus on suojella, kunnioittaa, edistää ja täydentää lasten ja haavoittuvaisessa asemassa olevien ryhmien oikeutta perusravinnon saantiin sekä terveyspalveluihin. Asetuksessa kirjataan, että valtion ja maakuntien hallitusten on varmistettava ilmainen ja pakollinen rokotus alle 5-vuotiaille sekä äitiyshoito. (Republic of Kenya, 2017, ss. 420–425) Valtiollisten ja maakuntien hallitusten on varmistettava tasapuolinen terveyspalveluiden jakautuminen valtion alueelle. Myös yksityisiä toimijoita voi käyttää vahvistamaan terveyspalveluja. Asetuksessa vaaditaan myös toimia terveyden edistämiseen valtion terveysjärjestelmässä. (Republic of Kenya, 2017, s. 438)

Keniassa toimii useita ulkomaisia toimijoita, jotka auttavat maan terveyden edistämisessä, kuten USAID ja CDC (WHO, 2014, ss. 28–30). USAID tukee Kenian terveyssektoria vaikuttavilla ja näyttöön perustuvilla väliintuloilla, ja auttaa näin vahvistamaan Kenian terveysjärjestelmää (USAID, n.d.). Kokemuksemme ja kuulemamme mukaan, Kenian terveydenhuolto on epätasalaatuista, ja joissain paikoissa hoito voi olla hyvinkin huonolaatuista. Potilaiden kohtelu Keniassa on Suomeen verrattuna välillä huonolaatuista ja jopa asiatonta. Yksityisyyden suoja ei aina pystytä huomioimaan ja potilaalle ei kerrota kaikkia häntä koskevia asioita. Potilaan oikeudet eivät kaikissa paikoissa toteudu. Hyödyntämällä tutkimuksia ja hoitosuosituksia sekä ylläpitämällä näyttöön perustuvaa toimintaa, saataisiin vanhentuneet käytännöt poistettua sekä epätasa-arvoinen kohtelu ja laadun vaihtelu vähennettyä (Holopainen, Jylhä, Korhonen & Korhonen, 2018, s. 47).

3.1.4 Hygienian heikko taso

WHO:n mukaan vuonna 2017 maailmanlaajuisesti ihmisistä 45 % käytti turvallista viemäröintijärjestelmää. Noin 2 miljardia ihmistä eli ilman turvallista viemäröintijärjestelmää, kuten käymälää. Näistä noin 650 miljoonaa ihmistä eli ilman minkäänlaista WC- tai käymälätilaa, joten he käyttivät metsäalueita, vesistöjä tai katujen viemärijärjestelmää käymälänä. Huono viemäröintijärjestelmä ja hygienia lisäävät tarttuvien tautien leviämistä, kuten punatauti, kolera, ripuli ja hepatiitti A. Näiden ongelmien ajatellaan olevan pahimpia huonotuloisten kehitysmaiden yksi suurimmista ongelmista. Maailman väestöstä noin 10 % syö jäteveden saastuttamaa ruokaa. (WHO, 2019a)

Keniassa peruspuhdasta juomavettä on saatavilla noin 59 prosentille väestöstä. Koko maan väestöstä 10 % elää ilman puhdasta ja juoksevaa vettä. (UNICEF, 2019a) Vain murto-osa ihmisistä pesee kätensä saippualla ja puhtaalla vedellä. Kouluikäisillä lapsilla noin 38 prosentilla on mahdollisuus pestä käsiä koulussa. (UNICEF, n.d.) Keniassa on yleisesti hyvin tiedossa käsienpesun tekniikka ja tärkeys, mutta pääsy puhtaan veden ja saippuan ääreen on haaste. Käsienpesun yhdistäminen tautien leviämiseen ei myöskään ole sisäistetty toivotulla tavalla. Tautien syyksi ajatellaan usein jotakin uskonnollista syytä. Vaatteet ja astiat pestään pesuaineella, mutta vettä uudelleen käytetään eikä käsienpesu ole prioriteettilistan kärjessä. Vapaaehtoisjärjestöt ja -ryhmät auttavat rakentamaan aktiivisesti saniteettitiloja ja ohjaavat hygienian tärkeydessä. (UNICEF, 2018) Makongenin kylässä juoksevaa vettä ei ole yhdessäkään taloudessa. WC-tilat ovat pääosin kuoppakäymälöitä, joissa on betonilattia. Kylän koululle on Home Street Home -järjestön toimesta rakennettu WC-tilat ja kaivo puhtaanapitoa ja nesteytyksestä huolehtimista varten.

3.2 Home Street Home -järjestö Makongenisissa

Home Street Home ry (HSH) on voittoa tavoittelematon järjestö, joka toimii Makongenisissa Keniassa sekä Suomessa. HSH on perustettu lokakuussa 2014 ja sen toiminta keskittyy tukemaan lasten hyvinvointia, koulutusta ja tyttöjen oikeuksia Keniassa. Järjestön päätavoitteena on perustaa turvakotikeskus Keniaan. Tällä hetkellä järjestö toimii Kwalen alueella Mombasan lähettävillä eteläisessä Keniassa. Järjestön toiminnassa on aktiivisesti mukana seitsemän henkilöä ja perustajana on suomalainen Viola Wallenius. (Home Street Home ry, 2018a) Heti alusta asti toimintaa oli mukana perustamassa myös Salim Abdalla, joka hallinnoi ja pyörittää projekteja Kenian päässä (Home Street Home ry, 2018b).

Keniassa järjestön toiminta tuli viralliseksi lokakuussa 2015, eli vuotta myöhemmin kuin Suomessa. Tammikuussa 2016 alkoi ensimmäinen projekti Keniassa, ja vuoteen 2019 mennessä projekteja on kertynyt 21. (Home Street Home ry, 2018c) Lasten saamaan ruoka-apuun, tyttöjen oikeuksien ja raiskauksen tai muun väkivallan uhrien tukemiseen keskittyviä projekteja ovat muun muassa Feeding program, HSH Haki Kit -ohjelma ja HSH Home Base Care -ohjelma. HSH tekee yhteistyötä paikallisen poliisin ja ministeriön lasten palvelujen kanssa, mikä helpottaa heidän toimintaansa lasten pelastamisessa ja tukemisessa. (Home Street Home ry, 2018d)

Viola Wallenius päätyi perustamaan oman järjestön, jotta pystyi tekemään jotain suurempaa ilman korkeakoulututkintoakin. Hän oli itse 18-vuotias, kun kävi ensimmäisen kerran Keniassa vapaaehtoistoimissa ja tuon kokemuksen jälkeen elämä Suomessa tuntui hajanaiselta, ja hän halusi jatkaa työkenttelyä Keniassa. Nyt Viola on koulutettu sairaanhoitaja sekä valokuvaaja. Järjestön pyörittäminen on Violalle enemmän elämäntapa kuin työ. Palkkiona hänellä on mahdollisuus nähdä yksittäisenkin lapsen kehitys. (Home Street Home ry, 2018c)

HSH tarjoaa projektien lisäksi vapaaehtoistoimintaa ja harjoittelumahdollisuuksia koulutustaustasta huolimatta (Home Street Home ry, 2018a). Yhdistystä voi tukea lahjoittamalla tai ryhtymällä kummiksi (Home Street Home ry, 2018d). HSH pyörii lahjoitusvarojen voimin. Heillä on myös muutamia tuotteita myynnissä nettisivuillaan. Valtiolta järjestö ei saa minkäänlaista rahallista tukea. (Wallenius, 2020)

Itse Makongeni-kylästä ei löydy virallista, luotettavaa tietoa. Kylästä kerrottaessa, tieto tulee kokemuksesta vapaaehtoistyössä ja itse kerätystä tiedosta. Tieto perustuu kaksi kuukautta kestäneeseen, paikallisessa perheessä asumiseen ja paikallisten kanssa vietettyyn aikaan ja kommunikointiin. Kylän asukkaat kertovat mielellään alueestaan, kulttuuristaan ja maastaan. Vastavuoroisesti mielenkiinto vapaaehtoisten kotimaata kohtaan oli suurta. Vapaaehtoistyössä rakennettiin HSH -järjestölle Rescue Centeriä, keitettiin paikallisella peruskoululla puuroa arkaamuisin noin 200 oppi-

laalle ja pidettiin niin sanottuja tyttöjen tunteja. Työ sisälsi esimerkiksi kaivon rakentamista ja sementin sekoittamista. Kun tieto hoitajuudesta ja tarvikkeista levisi kylässä, sai tehtäväksi myös hoitaa haavoja ja arvioida lasten vointia.

Kylä sijaitsee Kwalen kunnan alueella, noin kahden kilometrin päässä Intian valtameren rannalta. Sen sijaintia ei välttämättä kartoista löydä. Lähimmät kaupungit ovat Ukunda ja Mwsambweni. Kylässä on arviolta 2500 asukasta, tulonlähteenä tärkein on kalastus. Asukkaat elävät köyhissä oloissa ja kylässä on vain muutama auto. Useimmissa taloissa on maalattia. Vesi haetaan kaivosta, eikä monissakaan taloissa ole sähköjä. Makongenissa on peruskoulu, jonka esikoulussa pelkästään on noin 200 oppilasta. Yhteensä luokkia on koulussa 11. Kylässä ei ole virallisia terveydenhuollon palveluita, ja lähin sairaala on 14 kilometrin päässä. Tosin hoitomaksuihin harvalla perheellä on varaa. Vapaaehtoistyöjärjestöt ovat suuri apu kyläläisille. Kylän koulussa opetus tapahtuu englanniksi, paitsi swahilin kielen tunneilla. Makongenissa on muutama kiosk, joista saa perustarvikkeita, kuten hedelmiä ja ugalijauhoa (maissijauhoa). Kylässä ongelmana on köyhyys ja työttömyys sekä kausittainen kuivuus. Sähkökatkokset voivat kestää viikkoja.

3.3 Ensiapuoppaan tarpeellisuus ja kohderyhmä

Opinnäytetyön tuotos, ensiapuopas, on kohdennettu lapsiperheille, nuorille aikuisille ja kaikille lasten kanssa tekemisissä oleville. Ensiapuopasta jaetaan Keniassa, Makongenin kylässä Home Street Home -järjestön toimesta kaikille sitä erityisesti tarvitseville. Kohderyhmänä huomioidaan myös paikallisen peruskoulun opettajat ja henkilökunta. Kohderyhmämme ei pääse helposti käsiksi luotettavaan tietoon koulutustaustasta ja köyhyydestä johtuen.

Kohderyhmänä ovat siis paikalliset kenialaiset, joilla ei ole varaa tai keinoja päästä sairaalaan. Ensiapuoppaamme avulla he voivat auttaa lapsia itse mahdollisimman paljon. Kehitysmaissa välimatkat sairaalaan voivat olla pitkiä, ja kulkeminen voi olla kallista ja hankalaa. Mahdollisten sairaalakulujen lisäksi matkaan kuluu rahaa, aikaa ja vaivaa, koska maaseudulla tiet voivat olla huonossa kunnossa. Hoitoon ei hakeuduta näiden asioiden vuoksi kovin herkästi. Hoidon hyödyistäkään ei tiedetä tarpeeksi, mikä edelleen heikentää hoitoon hakeutumista. (O'Donnell, 2007) Makongenista lähimpään sairaalaan on matkaa noin 14 kilometriä (Google Maps, 2020). Pienempiä klinikoita on läheisessä kylässä, mutta hoito on siellä usein huonolaatuista (Wallenius, 2020).

Kokemuksemme mukaan koulutustausta on Makongenin alueella suurimmalta osalta perusopetustasoista. Yleisesti Kenian tasolla katsottuna Kenialaisista 75 % on saanut virallista koulutusta, ja toisen tai ylemmän asteen koulutuksen on saanut 23 % (WHO, 2017a, s. 3). Kenialaisten lukutaito on kuitenkin hyvissä lukemissa. Vuoden 2018 tilastojen mukaan 15–24 -

vuotiaista 87 % ja yli 15-vuotiaista 81 % osasi lukea. (UIS, 2018) Korkeasti kouluttamattomat eivät välttämättä osaa etsiä tietoa, eivätkä etenkään arvioida, onko tieto luotettavaa. Internettiin pääsy ei ole kaikilla mahdollista, koska monella ei ole älypuhelinta, jolla pääsisi internettiin, ja niin sanottuja nettikahviloita on Makongenisssa yksi. Senkin toiminta riippuu sähköistä, koska sähköt voivat olla alueella poikki viikkoja. Suomen YK-liiton (2017) tilaston mukaan vuonna 2017 Kenialaisista 17,8 % käytti internettiä.

Makongenin kylässä ei ole virallista kirjastoa. HSH:lla tiedämme olevan pieni kirjasto, jossa on lahjotettuja kirjoja. Näkemyksemme mukaan paikallisilla aikuisilla ei ole aikaa lukea kotitöiden vuoksi. Vuorokausirytmiiin liittyy lähinnä tarpeelliset selviytymiseen liittyvät asiat, kuten mistä saada ruokaa huomiseksi, joten heillä ei ole samanlailla aikaa tiedonhakuun, kuten meillä hyvinvointivaltiossa. Näiden kaikkien asioiden vuoksi kenialaiset eivät helposti pääse käsiksi luotettavaan tietoon, joten tekemämme ensiapuoppaan avulla pyrimme helpottamaan osittain tätä asiaa.

4 ENSIAPUOPPAAN TEORIATAUSTA

Ensiapu on apua ja hoitoa, jota annetaan kriittisesti sairaalle tai loukkaantuneelle henkilölle ensimmäisenä. Sen tavoitteena on pelastaa henkilö, estää tilanteen paheneminen ja edistää paranemista. Sitä voi antaa kuka vain ja olisikin suositeltavaa, että kaikki osaisivat ensiavun perustaidot. (American Heart Association, n.d.) Seuraavaksi tuomme esiin opinnäytetyötä varten keräämämme tietopohjan, joka on tehty luvussa 2.2 kuvatun tiedonhaun pohjalta.

Tietopohja on kerätty pääosin englanninkielisistä, kansainvälisistä tutkimuslähteistä. Teoria on kirjoitettu ensiapuoppaan kohderyhmä mielessä pitäen: Makongenin kylän aikuiset ja lasten vanhemmat, jotka antavat lapsille ensiapua ja hoitavat sairauksia kotona. Usein hoito aloitetaan kotona, joten sairaalahoidon tarpeen arvioiminen kotiooloissa tukee niin vanhempien toimintaa kuin lasten paranemismahdollisuuksia köyhyysrajan alapuolella elävissä perheyhteisöissä. Kerätty tieto linkittyy opinnäytetyön tavoitteeseen, sillä tieto muokataan ohjeistukseksi ensiapuoppaaseen edistämään lasten hyvinvointia.

4.1 Malarian ja kuumeen hoito sekä terveydenhuoltoon hakeutumisen syyt

Afrikan maissa tarttuvista taudeista AIDSiin ja tuberkuloosin lisäksi eniten kuolemia aiheuttaa malaria. WHO:n arvion mukaan vuosittain maailmanlaajuisesti malaria aiheuttaa 350–500 miljoonaa tartuntaa, kuolemaan johtaa tapauksista noin miljoona. Vaarallisin malaria on alle 5-vuotiaille lapsille. Malaria-alueilla alle 5-vuotiaan kuume onkin yleensä malarian aiheuttamaa. Ennustetta voidaan parantaa aikaisella diagnoosilla ja nopealla hoitoon pääsyllä. Kotiooloissa pystytään hoitamaan vain malarian aiheuttamaa kuumetta. Siihen käytetään usein yrteistä tai valkosipulista valmistettuja juomia ja rohtoja, tai muita kansanperinteiden mukaisia hoitokeinoja. Virallisen tahon hoitoon hakeutujia on luokiteltu aikaisiin ja myöhäisiin avun hakijoihin. Hoitoon pääsyyn vaikuttaa vahvasti perheen varallisuus, välimatkat sekä hoidon ja lääkkeiden saatavuus esimerkiksi maaseudulla. (Chinkhumba & Chibwana, 2010, ss. 521, 527–529)

Malaria tarttuu hyttysen piston välityksellä ihmiseen, ihmisten välillä tartunta voi tapahtua hyttysen piston kautta tai esimerkiksi veritapaturman tai raskauden myötä äidiltä lapselle. Malarian aiheuttaa plasmodium-parasiitti, jonka viisi erilaista lajia voivat tartuttaa ihmisen. Nämä viisi ovat *falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale*, *P. vivax* ja *P. knowlesi*, joka on apinan malarialoinen. Muut muodot parasiitista voivat tarttua vain eläimeen. Lääkitys määritetään parasiitin lajin perusteella. Tartunta tapahtuu naaraspuolisen hyttysen pistosta, jotka ovat aktiivisimmillaan auringonlaskun ja auringonnousun välisenä aikana. Piston jälkeen tartunta itää noin seitsemän vuorokautta ennen puhkeamista. *Falciparum* on tartunnoista vakavin, ja se aiheuttaa korkeaa kuumetta, vilunväireitä, päänsärkyä, lihaskipua, yleistä

heikkoutta ja oksentelua. Muita oireita ovat kuumeilun lisäksi vatsakipu ja ripuli. Kuumeilu voi olla jaksottaista tai jatkuvaa. Pahimmillaan malaria voi aiheuttaa munuaisten toiminnan häiriöitä, keuhkoveritulpan, verenkierron häiriöitä ja siitä aiheutuvaa huimausta ja tajunnantason häiriöitä. Riskiryhmillä diagnosoimaton ja hoitamaton malaria voi johtaa kuolemaan. Malaria voidaan diagnosoida vain laboratoriotutkimuksella, sillä oirekuva vaihtelee suuresti yksilöllisesti. (WHO, 2015)

Malariaa hoidetaan lääkkeellisesti, sairaalaolosuhteissa tai kotona riippuen parasiittilajista sekä sairastuneen yleisvoinnista. Riskiryhmiin kuuluvat lapset, aliravitut aikuisen ja lapset, vanhukset sekä raskaana olevat. Lääkehoito määräytyy parasiitin perusteella, sekä sairastuneen painon, iän ja terveydentilan perusteella, joten lääkehoito on selvitettävä terveydenhuollossa eikä omatoimisesti. Kotioloissa voidaan hoitaa vain oireita, eikä itse malariaa. Kuumetta hoidetaan lääkärin ohjeiden perusteella esimerkiksi parasetamolilla. Tärkeää on huolehtia asianmukaisesta ravinnon saannista, sekä nesteytyksestä kuumeilun aikana. (Ministry of Public Health and Sanitation & Ministry of Medical Services Kenya, 2010, ss. 8–9)

Kuume on osa ihmisen puolustusjärjestelmää ja merkki tulehduksesta kehossa. Kuume tulee mitata lapsella korvasta tai kainalosta, mutta kainalosta mitattuna tulos on luotettavampi. Kuumeeksi lasketaan kainalosta mitattuna yli 37,5 asteen kehonlämpö. Kuume lisää elimistön nestetarvetta. Riittävän nesteytyksen ja ravinnonsaannin turvaamisen lisäksi lasta tulee viilentää esimerkiksi kostealla ja viileällä liinalla ja varoa lämmittämästä lasta lisää peitteillä tai vaatteilla. (Jalanko, 2019a) Terveellä lapsella päivittäinen nesteentarve määräytyy painon mukaan. Alle 10 kg painavien lasten nesteentarve on 100 ml painokiloa kohden, 10–20 kg painavilla lapsilla tarve on 1000 ml ja 50 ml/kg yli 10 kg osalta. Yli 20 kg painavilla lapsilla tarve on 1500 ml ja lisäksi 20 ml/kg yli 20 kg osalta. (Peltoniemi & Kaisti, 2010, s. 302) Nesteytyksestä ja kotona tehtävästä nestehoidosta löytyy opinnäytetyössä lisätietoa kohdasta 4.2.

Mikäli kuume nousee nopeasti tai korkealle, voi seurauksena olla kuume-kouristus. Kuume-kouristus kestää tyypillisesti 1–2 minuuttia. Kouristuksessa jalat ja kädet liikehtivät symmetrisesti tai koko keho veltostuu. Lapsen tajunnantaso on madaltunut, jolloin tämä ei reagoi puhuttelulle eikä esimerkiksi kivulle. Kouristus kestää korkeintaan 15 minuuttia, mutta sillä ole kasvulle ja kehitykselle uhkaavia vaikutuksia. (Jalanko, 2019b) Kouristus on syy viedä lapsi lääkärin arvioitavaksi. Yleensä kouristus ehtii loppua ennen hoitoon pääsyä, mutta muut mahdolliset syyt kouristukselle tulee poissulkea, erityisesti jos kyseessä on ensimmäinen kerta. Muita syitä kouristukselle ovat muun muassa epilepsia, matala verensokeri, kallovamman, infektio keskushermostossa tai hapenpuute kudoksissa. (Raitanen & Kinnunen, 2017a)

Lapsen kouristaessa, on ensisijaista turvata hengitys. Hengityksen turvaaminen tapahtuu kääntämällä lapsi kylkiasentoon ja nostaa leukaa ilman sisäänpääsyn varmistamiseksi tai vatsalleen, jolloin pää käännetään sivulle. Hengityksen turvaamisen lisäksi tulee varmistaa, ettei lapsi satuta itseään, poistamalla esimerkiksi terävät esineet tai tavarat joihin lapsi voi kolauttaa itsensä kouristuksen aikana. Hätänumeroon on soitettava välittömästi. Kouristuksen jälkeen lapsen vointia tulee arvioida tarkasti. Ihon värin muutokset, tajunnantaso, hengityksen laatu ja mahdollinen kipu ovat arvioitavia seikkoja. Jos mahdollista, kouristuksen keston ja laatuun olisi hyvä kiinnittää huomiota ja laittaa muistiin. Terveystieteiden ammattilainen antaa jatkohoito-ohjeet ja arvioi lääkehoidon tarpeen jatkossa. (Raitanen & Kinnunen, 2017b)

4.2 Ripulin määritelmä ja hoito

Ripuli on maailman toiseksi yleisin, alle 5-vuotiaiden aliravittujen lasten kuolinsyy. Se aiheuttaa kehossa kuivumista ja elintärkeiden elektrolyyttien vajausta. Se voi tarttua epäpuhtaasta juomavedestä tai ravinnosta tai riittämättömän hygienian vuoksi ihmisestä toiseen. Ripulilla tarkoitetaan kolmea tai useampaa vetistä ulostuskertaa päivässä. Ripuli jaotellaan kolmeen eri luokkaan: vesiripuli, veriripuli ja krooninen ripuli. Vesiripuli kestää muutamasta tunnista muutamaa päivää, samoin kuin veriripuli, jossa ulosteen seassa on verta. Krooniseksi ripuliksi lasketaan kaksi viikkoa tai pidempään kestänyt ripulointi. (WHO, 2017b)

Ripulitartuntoja voidaan ehkäistä järjestämällä viemärijärjestelmä, turvaamalla puhdas juomavesi ja ravinto, hyvällä henkilökohtaisella hygienialla, vähintään 6 kuukautta jatkuvalla rintaruokinnalla lapsen ensimmäisten elinkuukausien aikana ja rotavirusrokotuksella. (WHO, 2017b). UNICEFin (2019a) arvion mukaan jopa 40 % ripulitartunnoista voidaan estää käsien saippuapesulla.

UNICEF ja WHO ovat vuodesta 2004 suositelleet ripulin hoitoon kaiken ikäisille nestevajeen korvausta suun kautta nesteyttämällä. Nesteytyksen lisäksi tulee jatkaa lapsen mahdollisimman normaalia ruokintaa ja mahdollisuuksien mukaan tarjota sinkkilisää. Nesteytyksessä tulee huolehtia juomaveden puhtaudesta ja nesteeseen tulee lisätä ORS-jauhetta (Oral rehydration salts) tai suolaa ja sokeria elektrolyyttitasapainon turvaamiseksi. Sinkkilisällä pyritään lyhentämään ripulin kestoa. (UNICEF, 2019b)

Ripulin oireita ovat vähintään kolme kertaa päivän aikana tapahtunut vetinen uloste ja vatsakipu. Oireiden alkaessa on aiheellista pohtia mahdollista aiheuttajaa, onko lapsi syönyt tai juonut jotakin uutta tai mahdollisesti kontaminoitunutta. Mikäli ravitsemus ja nesteytys ei ole poikennut normaalista, voi kyseessä olla bakteerin aiheuttama ripuli. Jos oirekuvaan liittyy voimakas, jatkuva vatsakipu, yli 38 asteen kuume ja oksentelu, tulee lääkäriin olla yhteydessä. Mikäli lapsen tajunnantaso laskee, voimakas ja jatkuva vatsakipu on kestänyt yli neljä tuntia, ulosteen seassa on verta, tai

virtsaaminen loppuu, tulee olla yhteydessä lääkäriin tai soittaa ambulanssi. (Armstrong ym., 2003, ss. 130–131)

Mikäli saatavilla ei ole valmista ORS-jauhetta, voi elektrolyyttijuoman valmistaa itse. Toimivaksi nesteyttäjäksi on havaittu myös kirkas kookosvesi. Pelkän vedenkin juominen nesteyttää, mutta suolojen ja sokerin lisääminen veteen edesauttaa nesteiden imeytymistä kehoon suolistosta, eikä pelkästään tule ulosteen mukana kehon läpi. Juoma tulee tehdä tarkasti, ohjeiden mukaan puhtaaseen veteen. Pelkkää suolaa ei saa laittaa nesteytysjuomaan, sillä se aiheuttaa kuivumista. Perusohje nesteytysjuomaan on yksi litra puhdasta ja keitettyä vettä sekä suolaa ja sokeria molempia yksi teelusikallinen. Neste tulee nauttia painon perusteella, 3 % lapsen painosta tunnissa. (Coates, 2010)

4.3 Palovammojen luokittelu, hoito ja terveydenhuoltoon hakeutumisen syyt

Palovammoista suuri osa tapahtuu kotona, ja maailmanlaajuisesti yli 90 % palovammoista tapahtuu matalan tulotason maissa. (Ministry of Health, 2017, s. 14) Palovamma on lämmön tai syövyttävän aineen aiheuttama kudosaivurio. Sen syvyys riippuu lämmön voimakkuudesta ja kestosta. Mitä kuumempi ja pitkäkestoisempi kontakti on, sitä syvemmälle vaurio yltää kudokseen. Palovamma voi syntyä myös säteilystä tai sähkövirrasta. Säteilyn aiheuttamana palovammareaktio on hitaampi ja sähkövirran aiheuttamana ihon pinta voi näyttää normaalilta, mutta palovamma voi ulottua syvälle kudoksiin. (Saarelma, 2019a)

Palovammat jaotellaan kolmeen eri asteeseen. 1. asteen palovammassa ei synny rakkuloita, mutta iho punoittaa, on kipeä ja voi kirvellä tai turvota. Siinä tunto säilyy ennallaan ja vamma paranee nopeasti jättämättä jälkeä. 2. asteen palovammassa syntyy rakkuloita, koska ihon pintakerros vaurioituu niin pahasti, että sen täytyy uusiutua. Rakkula syntyy ihonalaisen kerroksen erittämän kudostesteen takia. Kuuma vesi voi aiheuttaa 2. asteen palovamman. 3. asteen palovammassa vauriokohdan iho on tuhoutunut kokonaan ja vaurio ulottuu ihonalaissiin kudoksiin. (Saarelma 2019a; Jalanko 2019c) Iho voi muuttua vaaleaksi, harmaaksi tai mustaksi, ja usein vauriokohdasta häviää tunto. Ruoanlaitossa onkin varmistettava, että liekit tai kuuma neste ei pääse vahingoittamaan lasta. (Jalanko 2019c) Lisäksi tulentekovälineet tulee säilyttää lasten ulottumattomissa (Dos and don'ts of first aid for burns. What to do and when, 2016, s. 12).

Palovamman sattuessa on pysyttävä rauhassa. Jos vaatteet ovat tulesa, tärkeintä on pysähtyä, mennä maahan ja pyöriä. Juokseminen voimistaa liekkiä, ja pystyasennossa tuli voi päästä hengitysteihin. Huutamista seisallaan tulisi ehdottomasti välttää, koska tällöin liekit pääsevät herkemmin hengitysteihin. Pysähtymällä, menemällä maahan sekä peittämällä kasvot, estetään liekkien pääsy hengitysteihin. Pyöriminen auttaa sammuttamaan liekit. Jos auttaa toista, tulee varoa, ettei liekit tartu auttajaan. Nämä tulee opettaa myös lapsille, ja niitä on hyvä harjoitella ja kerrata.

Kaikkien, jotka ovat hengittäneet palossa syntyneitä myrkyllisiä kaasuja ja savua, tulee hakeutua hoitoon, koska ne ovat voineet vahingoittaa hengityselimiä, vaikka mitään näkyvää vauriota ei olisikaan. (Dos and don'ts of first aid for burns. What to do and when, 2016, ss. 10–12)

Palovamman ensiapuna tulee lopettaa palovamman aiheuttama altistuskontakti. Palovamman saaneen hengityksestä on huolehdittava ja estetävä esimerkiksi liekkien aiheuttamat hengitysteiden vauriot. Tämän jälkeen palovammakohtaa tulee viilentää haalealla puhtaalla vedellä. (Saarelma, 2019a) Jos haaleaa puhdasta vettä ei ole saatavilla, voi käyttää muita viilennyskeinoja, kunhan ne eivät eristä palovammaa (IFRC, 2016). Aiheuttajan ollessa syövyttävä aine, huuhdellaan palovamma perusteellisesti vedellä. Muutoin viilennyksen voi toteuttaa upottamalla palanut alue veteen 10–20 minuutiksi. Jos palovamma-alue on laaja, esimerkiksi yläraajan kokonainen alue, tulee huolehtia, että muu loukkaantuneen keho pysyy lämpimänä. (Saarelma, 2019a) 20 minuuttia on tutkittu olevan riittävä aika viilennykseen, koska tätä kauempi viilennys altistaa loukkaantuneen hypotermialle (Dos and don'ts of first aid for burns. What to do and when, 2016, s. 12). Veden paras lämpötila olisi alle 25 celsiusastetta. Kylmä vesi on todetusti tehokasta, mutta hypotermian välttämiseksi on viisain käyttää haaleaa vettä, etenkin lasten kohdalla, ja jos palovamma-alue on laaja. Palovamman viilennys tulisi tehdä mahdollisimman pian, mutta vielä kolmenkin tunnin päästä siitä on hyötyä. (Cuttle & Kimble, 2010, ss. 10–12)

Kotona pienet palovammat voi hoitaa ilman sidostarpeita, mutta kipua voi lievittää kostealla liinalla. Jos 1. asteen palovamma on aikuisella yli 10 prosentin kattava alue, tulee hakeutua ammattilaisen arvioon ja hoitoon. Lasten kohdalla hoitoon tulee hakeutua jo silloin, kun palovamma on suurempi, kuin lapsen kämmenen kokoinen alue, tai epäillään syvempää palovammaa. Kuljetuksen ajaksi palovamma tulee peittää puhtaalla liinalla. Laajemmissa palovammoissa ei tule käyttää kosteaa liinaa. Palovamman aiheuttamia rakkuloita ei saa puhkaista kotona, eikä palaneelle iholle tule laittaa voiteita. (Saarelma, 2019a; Jalanko 2019c). Lieviin, pinnallisiin palovammoihin voi laittaa hunajaa tai Aloe Veraa nopeuttamaan paranemista, mutta vain, jos vamma on sellainen, ettei se tarvitse ammattilaisen arviointia (IFRC, 2016, s. 80; Cuttle & Kimble, 2010, ss. 10–12). Palovammojen arvioinnissa on tärkeä tietää vamman aste sekä laajuus. Laajuutta kuvataan yleensä prosentteina, mutta helpommin voi ajatella, että loukkaantuneen kämmenen kokoinen alue on 1 % kehon pinta-alasta, jolloin vamman voi hoitaa vielä kotona. (Saarelma, 2019a)

Seuraavia asioita ilmetessä, on hakeuduttava terveydenhuoltoyksikköön. Jos palovamma-aluetta ei tunne, siinä on kiinni vaatteita tai vamma on kämmenissä, jalkapohjissa, kasvoissa, taifeissa tai genitaalialueella. Lisäksi, jos päivän jälkeen palovammassa esiintyy katetta, se haisee pahalle tai esiintyy kuumetta, tulee hakeutua terveydenhuoltoyksikköön. Jos jäykkäkouristusrokotetta ei ole, tai sen ottamisesta on yli 10 vuotta, on hyvä hakea rokote. (Mayers, 2014, ss. 12–13)

Mikäli henkilö on saanut sähköstä johtuvan palovamman ja on edelleen yhteydessä sähkövirtaan, tulee sähkövirta sammuttaa ennen kuin menee auttamaan. Jos sähkövirran sammuttaminen ei ole mahdollista, voi käyttää esimerkiksi puukeppiä erottamaan henkilö sähkövirrasta. Kemiallisen aineen aiheuttaessa palovamman, tulee palovamma-aluetta huuhdella runsaalla vedellä. Sähkön tai kemiallisen aineen aiheuttamat palovammat viilennetään samalla tavalla, kuin muutkin palovammat. Tämän jälkeen tulee soittaa hätänumeroon tai viedä loukkaantunut sairaalaan, riippuen siitä, kumpi on nopeampi vaihtoehto. Matkan ajaksi loukkaantunut tulee kääriä puhtaaseen lakanaan. (Dos and don'ts of first aid for burns. What to do and when, 2016, s. 10)

4.4 Haavojen hoito-ohjeet ja terveydenhuoltoon hakeutumisen syyt

Tilaajamme mukaan Makongenisissa käytetään haavanhoitoon erilaisia kasvivihteita, joista voi olla jopa haittaa haavan parantumisen kannalta (Wallenius, 2020). Tämän takia oli erityisen tärkeää ottaa ensiapuoppaaseen mukaan tutkitusti tehokkaat ja hyvät haavanhoito-ohjeet. Ihon tai pehmytkudoksen vaurioituessa, tulee vauriokohtaan haava. Haava voi tulla esimerkiksi juostessa, jolloin kudokset repevät. Se voi vuotaa ja olla kipeä. Kaikki haavat, pienimmätkin, on tärkeä hoitaa, jotta ne eivät tulehdu. Ennen ja jälkeen haavan hoitamista, tulee kädet pestä saippualla tai tuhalla, ja suojata kertakäyttökäsineillä tai puhtaalla muovipussilla. (Belgian Red Cross, 2017, ss. 61–63) Keniassa muovipussit on kielletty lailla, eikä kertakäyttökäsineisiin ole monella varaa, joten haavanhoito tehdään monesti paljain käsin. Tällöin hyvä käsien pesu on erityisen tärkeää.

Haavan hoito aloitetaan huuhtelemalla haava puhtaalla vedellä, jos se ei vuoda paljoa. Puhtaalla liinalla voi varovasti poistaa mahdollisen lian haavasta. Jos haava vuotaa runsaasti, täytyy vuoto tyrehdyttää, eikä silloin haavan huuhteleva ole aiheellista. Vuotavaa haavaa painetaan, ja hakeudutaan sairaalaan, jos vuoto ei tyrehdy 20 minuutin painamisen aikana. Haavan reunat tulisi saada yhteen laastarilla. Jos haavassa on vierasesine, ei sitä saa poistaa, koska se voi lisätä verenvuotoa. On heti hakeuduttava sairaalaan. Vierasesine tulisi saada tuettua ja pysymään mahdollisimman liikkumatta, mutta on varottava, ettei sitä paina syvemmälle. Haava-alue tulee pitää puhtaana ja kuivana 3–7 vuorokautta sen koon mukaan. Haava suojataan puhtaalla liinalla, sidoksella tai laastarilla, jottei siihen pääse likaa. Kärpäsiä ei saa päästää kosketuksiin haavan kanssa. Jos haavataitos vaihdetaan, tulee vanhan taitos liottaa irti vedellä, eikä repäistä irti. (Belgian Red Cross, 2017, ss. 62–65; Saarelma, 2019b)

Runsaasti vuotavan haavan kohdalla on tärkeä tarkkailla vuotavan henkilön hengitystä ja tajuntaa. Makuuasento on tässä tapauksessa suositeltava asento. Rajusta iskusta esimerkiksi vatsaan, voi aiheutua sisäistä verenvuotoa, jolloin se ei näy ulospäin. Verta voi vuotaa kudoksiin, jolloin voi esiin-

tyä turvotusta tai punoitusta. (Castrén, Korte & Myllyrinne, 2017a). Runsaasti vuotavan haavan voi myös sitoa painesidoksella vuotokohdasta, mutta ei liian kireälle, jotta raajassa veri pääsee kiertämään. Painesidos on liian tiukka, jos raaja sen alapuolelta alkaa turvota, muuttaa väriä tai loukkaantunut valittaa tuntopuutosta alueella. Tällöin tulee sidosta löysentää, mutta ei poistaa kokonaan. Runsaasti vuotavalta tulee poistaa kastuneet vaatteet ja hänet tulee peitellä peitolla, jotta hän pysyy lämpimänä ja ehkäistään sokkiin menemistä. Sokin merkkejä ovat huimaus, sekavuus, kalpeus, hikoilu, kylmän värinä, pahoinvointi, tihentynyt hengitys ja lopulta tajuttomuus. Sokissa olevan tulee antaa maata tai olla mukavassa asennossa ja häntä tulee puhutella rauhallisesti. Suuhun ei saa laittaa mitään, mutta huulia voi kostuttaa, jos hän pyytää juotavaa. (Belgian Red Cross, 2017, ss. 43–46)

Hoitoon on hakeuduttava edellä mainittujen lisäksi seuraavissa tapauksissa:

- jos haava on suurempi kuin puolet loukkaantuneen kädestä, on avoin tai epäsäännöllisen muotoinen
- haavassa on tuntopuutosta tai loukkaantunut ei pysty liikuttamaan ruumiinosaa, jossa haava on
- haava on kasvoissa, lähellä silmiä tai sukupuolielimiä
- haavassa on likaa, jota ei saada puhdistettua
- haavassa on ulostetta tai virtsaa
- haava on tullut puremasta tai raapaisusta (esimerkiksi koiran, kissan, apinan tai ihmisen)
- loukkaantuneella on diabetes tai immuunipuutostauti
- jäykkäkouristusrokotteen saannista on yli 10 vuotta, tai sitä ei ole ollenkaan
- jos haava on syvä eli ulottuu ihonalaista rasvakudosta syvemmälle tai epäillään herkkien elinten, kuten silmän ja kurkunpään vaurioitumisesta
- haava on syvä ja vatsan tai keuhkojen alueella
- jos jokin ruumiinosa, esimerkiksi sormi on kokonaan leikkautunut irti, tulee se toimittaa loukkaantuneen mukana sairaalaan muovipussissa. Pussin voi laittaa kylmään veteen, mutta sormi ei saa olla suoraan kosketuksissa jäihin. (Belgian Red Cross, 2017, ss. 66, 79; Saarelma, 2019b; Castrén, Korte & Myllyrinne, 2017a)

Hoitoon tulee hakeutua kuuden tunnin sisällä, mutta kuitenkin mahdollisimman pian (Belgian Red Cross, 2017, s. 66). Viivästynyt haavan sulkeminen lisää tulehdusriskiä. Haavan paranemista on seurattava, ja hoitoon on hakeuduttava, jos haavassa ilmenee tulehduksen merkkejä. Näitä ovat haavan ympäristön turvotus, punoitus, märkiminen sekä kipu. Vihreä, vähäinen märkäerite ilman punoitusta ja kuumotusta vaatii vain haavan huuhtelun vedellä päivittäin. (Saarelma, 2019b)

Haavan puhdistukseen tulee käyttää puhdasta, juomakelpoista ja kädenlämpöistä vettä, ei järvi- tai merivettä. Vesi puhdistaa haavasta likaa ja bakteereja. Likaista haavaa voi huuhdella 3–5 minuuttia, mutta puhtaalle haavalle riittää lyhyempi huuhtelu. Steriloituja eli keitettyjä pinsettejä voi käyttää tarvittaessa tikkujen, kivien ja lasinsirujen poistoon. Keittosuolaliuos sopii huuhteluun, jos puhdasta juotavaksi kelpaavaa vettä ei ole saatavilla. (Terveyskylä, 2019a) Sen voi valmistaa itse keittämällä 15 minuuttia litran vettä kannen alla ja lisäämällä siihen yhden ruokalusikallisen suolaa. Vesi tulee jäähdyttää kehonlämpöiseksi ennen käyttöä. (TAYS, 2019) Säilytykseen sopii puhdas, keitetty, korkillinen ja kirkas lasipullo. Itse valmistettu keittosuolaliuos tulisi käyttää 24 tunnin sisällä ja ennen käyttöä on tarkistettava, ettei liuos ole pilaantunut, mennyt sameaksi tai näytä likaiselta, koska tuolloin sitä ei tule käyttää. Keittosuolaliuos on hyvä haavan puhdistukseen, koska se ei kirvele ja on konsentraatioltaan samanlaista kuin veri. (AboutKidsHealth, 2011)

Jos perinteisiä sidostarpeita ei ole mahdollista käyttää, banaanin lehdet ovat hyvä ja halpa vaihtoehto haavan sidontaan. Makongenisissa kasvaa banaanipuita, joten banaaninlehtiä on helppo hyödyntää haavanhoidossa. Banaanin lehdet on steriloitava keittämällä ne kiehuuvedessä ennen käyttöä. Myös keitetyn perunan kuoret toimivat vaihtoehtoisena haavansidostarpeena. (Ks. Guenova, Hoetzenecker, Moehrle, 2013)

4.5 Luihin ja lihaksiin kohdistuneiden tapaturmien ensiapu ja hoito

Lapsen luu voi murtua vain ulkoisen väkivallan vaikutuksesta. Lapsen luut ovat pehmeitä ja vamma voi syntyä huomaamatta, eikä siinä välttämättä näy ulkoisesti vammaa. Lapsen luunmurtuman voi huomata siitä, että lapsi ei käytä raajaa, jolloin onkin syytä hakeutua ammattilaisen arvioitavaksi. Lapselta voi tiedustella vammaa kysymällä mihin sattuu, ja pystyykö hän käyttämään raajaa. (Castrén, Korte & Myllyrinne, 2017b)

Luunmurtuma ilmenee osittaisena tai kokonaisena murtumana luussa. Sijoiltaan meno ilmenee kahden luun liitoskohdan tai raajan poikkeavana asentona. Murtunut tai sijoiltaan mennyt kohta on todella kipeä, sitä on vaikea liikuttaa, se on turvonnut tai epänormaalin värinen. Murtuma ja sijoiltaan meno voi rikkoa ihon, jolloin voi näkyä verta tai luutakin. Jos vuoto on runsasta, tulee vuotokohtaa painaa, tai laittaa siihen painesidos, kuten luvussa 4.4 ohjeistettiin. (Belgian Red Cross, 2017, ss. 81–82)

Murtunutta tai sijoiltaan mennyttä raajaa ei tulisi liikuttaa. Varvasmurtuma, joka ei ole ukkovarpaassa, on ainoa murtuma, jota ei välttämättä tarvitse käydä näyttämässä terveydenhuollossa. Varvas turpoo, ja siinä voi olla mustelma. Hoitona on varpaan teippaaminen naapurivarpaaseen kiinni yhdestä neljään viikoksi, jolloin vähennetään sen liikkuvuutta. (Saarelma, 2019c) Mikäli jalan luu on murtunut, ei sillä saa seisoa. Sijoiltaan mennyttä raajaa ei saa itse alkaa korjaamaan. Jalka tulisi sitoa liikkumatto-

maksi. Sen voi sitoa toiseen jalkaan niin, että toinen jalka tukee jalkaa liikumasta. Loukkaamaton jalka siirretään loukkaantuneen viereen, ja sidotaan kankaalla yhteen napakasti, mutta ei liian kireäksi. Väliin voi laittaa pyyhkeen rullalle. Jos kummatkin jalat ovat murtuneet, voi jalkojen tukena käyttää esimerkiksi keppiä. Tukikeppi tulee pehmustaa, jotta jalalla on tilaa turvota, eikä keppi aiheuta painauma tai hankauma. Tukikepin tulee olla riittävän pitkä ja tukeva. Säären murtumassa tuen tulee yltää lonkkaan saakka, ja nilkan murtumassa varpaista polveen saakka. Käden kohdalla voi käyttää paitaa tukemaan käsi vartaloon kiinni kääntämällä paidan alareuna käden päälle ja kiinnittämällä reuna paitaan kiinni, tai käyttämällä muuta kangasta. Loukkaantunut tulee pitää lämpimänä. Aina, kun epäilee, että luu on murtunut tai mennyt sijoiltaan, tulee hakeutua sairaalaan. (Belgian Red Cross, 2017, ss. 81–83; Castrén, Korte & Myllyrinne, 2017b)

Lihaskipu tai nivelvaurio voi vaurioitua esimerkiksi venähtämällä kaatuessa. Venähdys aiheuttaa kipua, turvotusta ja värimuutosta sen ympäristössä, ja sitä on vaikea liikuttaa. Venähdyskohtaa tulisi viilentää jäällä, jos niitä on saatavilla. Jäätä ei saa kuitenkaan laittaa suoraan iholle, vaan väliin tulee laittaa kangasta tai pyyhettä. Jäiden puuttuessa, voi käyttää viileää vettä, mutta tällöin se tulee tehdä 20 minuutin erissä. Venähdyskohtaa ei saa hieroa, lämmittää tai rasittaa. Hoitoon tulee hakeutua heti, jos esiintyy runsasta mustelmaa tai turvotusta, tunnottomuutta, kovaa kipua tai raajaa ei pysty liikkuttamaan ollenkaan. Jos myöhemmin esiintyy kävelyvaikeutta, kipu tai turvotus pahenee, kuumetta, venähdyskohtaa kuumottaa ja on turvonnut, tai vointi ei muuten vain parane, tulee hakeutua hoitoon. (Belgian Red Cross, 2017, ss. 84–85) Esimerkiksi nyrjähtänyt nilkka tulee viilentää, ja siihen voi laittaa tukevan joustositeen, mutta jos sellaista ei ole tarjolla, venähtänyttä kohtaa voi puristaa käsin (Castrén, Korte & Myllyrinne, 2017b).

Lihaskipu voi myös revähtää, jolloin lihaksesta katkeaa lihassäikeitä. Vaurio voi olla pieni, mutta pahimmillaan se voi katkaista koko lihaksen. Lihaskivähdys voi syntyä suoraan lihakseen kohdistuvassa iskussa tai tilanteessa, jossa lihas on kuormittunut tai jännittynyt esimerkiksi kovan puristuksen yhteydessä. Lihaskivähdys ilmenee lihakseen syntyvänä veripahkana tai myöhemmin mustelmana. Lihasta aristaa, siinä voi olla kuoppa ja voima on heikentynyt. Lihaskivähdyksistä voi olla vaikea erottaa lihaskouristuksesta. Kouristuksessa lihas on supistunut ja kova, ja kipu hellittää yleensä rasituksen jälkeen, toisin kuin kivähdyksessä. Lihaskivähdyksen ensiapuna toimii raajan kohoasento, kylmähoito sekä puristus. Jäitä kankaaseen käärittynä, tai viileää vettä, voi pitää vamman kohdalla korkeintaan 20 minuuttia kerrallaan. Lievät vammat paranevat hyvin, mutta rasitusta tulisi välttää parin päivän ajan, jonka jälkeen kuntouttaminen voidaan aloittaa, kun kipu sen sallii. Lihaskouristukseen auttaa liikkeen lopettaminen, kevyt ja varovainen hieronta ja venyttäminen. Sairaalaan tulee hakeutua, jos kipu on voimakas, lihaksessa tuntuu selvä kuoppa, tai voima on heikentynyt. (Saarelma, 2019d)

Jos on syytä epäillä päähän, kaulaan tai selkärankaan kohdistunutta vauriota tai tapaturmaa, on oltava erityisen varovainen, eikä loukkaantunutta tulisi liikuttaa ilman ammattiapua. Loukkaantunutta tulee rauhoitella ja käskeä olemaan liikkumatta. Päättä voi tukea käsin tai kangaskääröillä, jos loukkaantunut sen sallii, mutta väkisin sitä ei tule tehdä. Jos loukkaantunut on tajuton, varmistetaan, että hengitys onnistuu. Loukkaantunut tulee pitää lämpimänä ja odottaa hänen vierellään, että apu saapuu. (Belgian Red Cross, 2017, ss. 87–89) Selkärangan vamma voi vaurioittaa selkäydintä, jolloin oireina on raajojen pistely, puutuminen ja liikkumattomuus. Sairaalaan tulee viedä myös henkilö, jolla on murtunut kylkiluu tai lantio. (Castrén, Korte & Myllyrinne, 2017b)

4.6 Nenäverenvuodon tyrehtyttämisohteet

Nenäverenvuotoja voi ilmetä minkä ikäisellä tahansa, mutta yleisimpiä ne ovat lapsilla ja vanhuksilla. Nenäverenvuodot jaetaan kahteen luokkaan: nenän etuosasta vuotavat ja takaosasta vuotavat. Lapsilla ne ovat usein vaarattomia ja johtuvat pääosin nenän limakalvon haavaumista, joiden vuoksi nenän sisäpinnalla olevat herkäät pintaverisuonet rikkoontuvat. Haavauma voi johtua kynnellä raapaisusta, limakalvon kuivuudesta tai nenään kohdistuneesta traumasta. Tällöin kyseessä on nenän etuosan vuoto, joka on huomattavasti yleisempi, kuin takaosan vuoto. Veren määrä voi vaikuttaa suurelta, mutta todellisuudessa määrä on vähäinen. Veri valuu nieluun ja aiheuttaa kakomista ja veristä sylkeä. (Jalanko, 2019d)

Nenäverenvuodosta kärsivä lapsi tulee laittaa istumaan ja rauhoitella puhumalla. Istuma-asennon tulee olla etukumara, jotta veri ei valu nieluun. Lapsen tulee vuodosta huolimatta kannatella päätä, jotta pää on sydämen tasoa ylempänä. Ensiapua antavan tulee suojata itsensä mahdollisuuksien mukaan ja huolehtia omasta turvallisuudesta ja puhtaudesta ennen lapsen koskemista. Lapsen vaatteita voi löysentää ja kiristävät korut tulee poistaa. Hengitys tapahtuu niin, että sisäänhengitys tehdään suun kautta, ulos hengitetään nenän kautta. Sieraimia tulee puristaa yhteen nenän keskiosasta peukaloa ja etusormea käyttäen noin 5–20 minuuttia, kunnes vuoto on lakannut. Mikäli vuoto ei lakkaa puolen tunnin kuluessa, tulee olla yhteydessä terveydenhuoltoon. (JBI, 2017)

Vuodon lakattua, kasvot pyyhitään verestä ja lapsen vointia seurataan aktiivisesti. Hengityksen on oltava rauhallista ja sujuvaa. Lasta kielletään koskemasta nenään tai kaivamasta sitä, ja lapselle annetaan juotavaa. Mikäli vuoto alkaa uudelleen, lasta pyydetään niistämään nenä voimakkaasti, jolloin verihyytymät poistuvat nenästä ja aloitetaan hoito samoin kuin aiemmin, nipistämällä sieraimet yhteen ja huolehtimalla lapsen kohoasennosta. Jos lapsen vointi huononee, vaikka vuoto olisi lakannut, tulee olla yhteydessä terveydenhuoltoon. (JBI, 2017)

4.7 Myrkytyksien ja puremien tunnistaminen ja ensiapu

Lapsien myrkytykset ovat melko yleisiä, sillä jo lapsen kehitykseen tulee aikakausi, jolloin moni asia viedään suoraan suuhun. Myrkytyksissä erityisen tärkeää onkin niiden ennaltaehkäisy, jolla tarkoitetaan myrkyllisten ja haitallisten aineiden sijoittamista kotona ja lähiympäristössä paikkoihin, joista lapsi ei niitä saa. (Hoppu, 2018) Myrkyllisiä aineita ei tule säilöä ruualle tai juomalle, kuten limsalle tarkoitetuissa astioissa. Lapsille ei tule koskaan sanoa, että lääke on karkkia. Myrkyksi määritellään aine, joka voi aiheuttaa pitkäaikaista, tai lyhytkestoista vauriota ihmisen elimistölle. Myrkyjä pääsee elimistöön nielemällä, pistoksena kautta, ihon läpi imeytymällä ja hengittämällä. Kodin ympäristöstä on hyvä etsiä, poistaa tai suojata myrkylliset kasvit. (Belgian Red Cross, 2017, ss. 47–50)

Myrkytysoireita ovat oksentelu, sydämen tykytys, pupillien suuri tai pieni koko, suun limakalvojen palovammat, hengitysvaikeudet tai hengityskatos, tajuttomuus, ihon värimuutokset tai hikoilu sekä kouristukset ja lihaskrampit. Kaikki oireet eivät ilmene yhdellä ihmisellä, vaan myrkytystä ja ihmisestä riippuen voi olla yksi tai useampi oire. (Belgian Red Cross, 2017, ss. 47–50) Kun epäillään myrkytystä, tulee välittömästi poistaa myrkytysoireita mahdollisesti aiheuttavat aineet suusta tai nielusta, jos myrkytys on nieltä. Suu huuhdellaan vedellä välittömästi. Lapsi tulee avustaa vasemmalle kyljelle kylkimakuulle, tämä estää myrkytymistä. Mikäli kyseessä on syövyttävä aine, kuten petroli tai happo, lasta ei saa oksettaa. Jos kyseessä on lääkeaine, tulee lapsi viedä viipymättä sairaalaan. Hengitettynä myrkyllistä ainetta saanut lapsi viedään raikkaaseen ilmaan ja varmistetaan hengitystyö. Jos oireet eivät helpota, kehittyy pitkäaikainen yskää tai hengitysvaikeuksia, tulee lapsi viedä sairaalaan. (Raitanen & Kinnunen, 2017b)

Myrkyllisiä aineita voi päästä elimistöön esimerkiksi vaatteiden kautta. Iho- ja muita myrkytysoireita saava lapsi riisutaan vaatteista ja ihoa huuhdellaan puhtaalla vedellä vähintään 15 minuutin ajan. Iho oireet saattavat pahentua palovammoiksi tai kipu voi lisääntyä, jolloin on syytä hakeutua sairaalaan. (Raitanen & Kinnunen, 2017b) Myrkytystä epäiltäessä, tulee lapsen elintoiminnot turvata sekä selvittää mikä myrkytys oli kyseessä ja kuinka sitä on päässyt elimistöön. Lapselle ei saa antaa mitään syötävää tai juotavaa. Mikäli kyseessä on lääkeaine tai voimakkaita oireita alkaa ilmaantua, tai on epävarmaa mitä on tapahtunut ja lapsen yleisvointi laskee, on aina suositeltavaa hakeutua sairaalaan. (Belgian Red Cross, 2017, ss. 47–50)

Myrkytysoireita voi tulla myös käärmeen tai hämähäkin puremasta. Kauttaaltaan Afrikassa asutusalueet leviävät suuremmalle alueelle. Siitä huolimatta myrkyllisiä käärmeitä esiintyy paljon. Usein niiden olemassaolo on huomaamaton, jolloin ihmiset elävät käärmeiden kanssa huoletta. Myrkyllisetkin käärmeet hyökkäävät vain uhattuna. (WHO, 2010) Pelko käär-

meitä kohtaan on kuitenkin perusteltua, sillä vuosittain maailmanlaajuisesti käärmeenpuremiin kuolee 81 000–138 000 ihmistä. Vuosittain tilastoidaan käärmeenpuremia 5,4 miljoonaa, mutta tilastoa ei voida pitää täysin luotettavana, sillä kaikkia puremia ei tuoda viranomaisten tietoon. Tämän vuoksi vasta-aineiden tarpeen arviointi, valmistus, jakelu ja saatavuus ovat globaali haaste. (WHO, 2019b)

Vaikka vain osa käärmeistä ja hämähäkeistä on myrkyllisiä, tulee puremia pyrkiä ennaltaehkäisemään ja suojaamaan itsensä riskialueilla. Ennaltaehkäisyä on katsoa mihin astuu, valaista tilat ennen huoneeseen astumista, jalkojen suojaaminen jalkineilla ja välttämällä kulkemista käärmeiden oleskelupaikoilla tai alueilla, joissa on tehty havaintoja käärmeistä. (Timonen, 2014) Muita ennaltaehkäisykeinoja on pitää karja, kuten kanat talon ulkopuolella, nukkua lattiatasoa korkeammalla sängyllä, siivota roskat ympäristöstä ja poistaa käärmeille suosiolliset piilopaikat. Puiden oksat, jotka osuvat taloon kannattaa katkaista. Viljelmiä tehdessä tai hoitaessa tulee varoa laittamasta käsiä koloihin tai kivien reunan alle ja pitää ympäröivä nurmikko tai heinikko lyhyenä. (WHO, 2014)

Käärmeenpureman ensimmäinen oire on voimakas kipu puremiskohdassa. Puremisalue turpoaa 10–20 minuutin sisällä ja mustelmaa alkaa muodostua. Käärmeen hampaiden lävistämästä kohdasta vuotaa verta ja tuntomuutokset raajassa ovat mahdollisia. Muita oireita voivat olla shokki ja korkea verenpaine, tajunnantason muutokset sekä neurologiset oireet, kuten raajojen tunnottomuus, pahoinvointi, halvausoireet, vatsakivut, väsymys ja hikoilu. Oireiden vakavuus riippuu käärmeen lajista, joka on purrut. (WHO, 2014)

Ensiaputoimissa tärkeintä on poistaa pureman saanut henkilö käärmeen lähettäviltä uusien puremien ehkäisemiseksi. Mikäli käärme on vielä kiinni henkilössä, tulee se saada irti, mutta ei koskaan omin käsin riskeeraamalla omaa turvallisuutta. (WHO, 2010, ss. 63–64) Tutkimista ja hoitoa haittaavat vaatteet ja korut tulee poistaa tai leikata raajasta, jota on purtu. Raaja tulee immobilisoida, eli saada liikkumattomaksi. Tähän voi apuna käyttää esimerkiksi lastaa. Puremakohdassa kipu voi olla voimakasta, mutta kipulääkkeitä ei kuitenkaan tule antaa, sillä ne voivat ohentaa verta ja nopeuttaa myrkyn leviämistä elimistössä. Toinen pian ilmenevä oire on pahoinvointi. Tähän tärkein kotihoitomuoto on varmistaa, ettei mahdollinen oksennus tuki hengitysteitä. Kylkiasento ja hengitysteiden turvaaminen ja hengitystyön seuranta ovat avainasemassa. Puristussiteitä tai haavan avaamista ei suositella. Apua tulee kutsua heti, ja pureman saanut henkilö tulee kuljettaa viipymättä sairaalaan paaripotilaana ambulanssissa tai makuuasennossa muulla kyydillä. (Porrit, 2019)

4.8 Aivotärähdyksen tunnistaminen ja jälkiseuranta

Aivotärähdyksellä tarkoitetaan hyvin lievää aivovammaa. Aivotärähdys on yleisin aivovamma, joka syntyy ulkoisen voiman aiheuttamana. (Koivisto & Luoto, 2018) Tässä ulkoisella vammalla tarkoitetaan iskua päähän, kasvoihin, kaulaan tai koko kehoon kohdistuvaa voimakasta paineistettua iskua, joka vaikuttaa päähän. Aivotärähdys on lyhytkestoinen neurologinen vamma, johon saattaa liittyä myös lyhytkestoinen tajunnanmenetys. Lyhytkestoisella tajunnanmenetyksellä tarkoitetaan tiedotonta tilaa, joka kestää alle minuutista puoleen tuntiin. Aivotärähdykset ovat yleisiä urheilussa ja joukkuelajeissa, liikenneonnettomuuksissa, kaatumisissa ja väkivaltatilanteissa. Aivotärähdykseen ei liity pysyviä aivovaurioita, mutta mikäli oireet kestävät yli kaksi viikkoa, tulee olla yhteydessä terveydenhuoltoon. (DynaMed, 2018)

Päähän, niskaan tai selkään kohdistuvista traumaista voi seurata osittainen tai täydellinen halvaantuminen. Siksi riskien arviointi ja neurologisten oireiden seuranta on erittäin tärkeää. Traumat, kuten iskut tai pudotukset ovat yleisiä lapsilla, joten riskit ja voinnin arviointi kotioiloissa on hyvä osata. Päähän ja aivoihin kohdistuneen iskun jälkeen varoitusmerkkejä vakavasta vammasta ovat

- tajunnan menetys tai voimakas väsymys
- muistinmenetys
- voimakas kipu päässä
- oksentelu tai vatsanväänneet
- käytöksen voimakas ja äkillinen muuttuminen, esimerkiksi raivokohaus tai äkillinen ärsyyntyminen ilman syytä
- pään haavaumat tai kuohmut
- tuntuu puutokset tai pistely raajoissa
- niskan tai selän kipu, tai täysi kivuttomuus näkyvästä vammasta huolimatta. (Belgian Red Cross, 2017, s. 87)

Lasten kohdalla aivotärähdykset ovat aina lääkärin tarkastuksen arvoisia, koska päähän kohdistuva trauma voi aiheuttaa vakavankin vamman. Lasten päätä suositellaan kuvattavaksi aina päähän kohdistuvan trauman jälkeen. Jo kotona voidaan arvioida lapsen tilaa orientaation ja tajunnantason tarkkailulla. Ulkoisia trauman merkkejä, kuten mustelmia, haavoja ja käsin tunnusteltavissa olevia merkkejä tulee seurata. Muita aivotärähdyksen merkkejä on pahoinvointi, oksentelu sekä voimakas päänsärky. Aivotärähdystä epäiltäessä, tulee liikkuminen ja muu aktiivisuus laskea minimiin, mutta ei kuitenkaan jättää kokonaan pois. Vointia tulee arvioida tarkasti vähintään yhden, mutta mieluiten kahden vuorokauden ajan. Tarkkailulla tässä tarkoitetaan yleisvoinnin seurantaa ja neurologisten oireiden arviointia, kuten tajunnantason, orientaatiota ja heräteltävyyttä. Voinnin seurantaa tulee tehdä myös lääkärin tai terveydenhuollon ammattilaisen tapoamisen jälkeen. (DynaMed, 2018)

4.9 Tajuttoman ja elottoman lapsen tunnistaminen ja ensiapu

Tapaturmat tai sairaudet voivat johtaa lapsen tajuttomuuteen tai elottomuuteen, joten on hyvä osata tunnistaa tilanteet, jolloin lapsi on tajuton tai eloton. Jos lapsi ei reagoi puhutteluun, huuteluun tai varovaiseen ravisteluun avaamalla silmiä tai vastaamalla, on hän tajuton ja tulee huutaa apua. Tajuttomana ihmisen lihakset rentoutuvat ja kieli voi tukkia ilmatiet. Tajuttomuus voi johtua pään vammasta, sydämenpysähdyksestä tai myrkytyksestä. Jos lapsi hengittää ja ei epäillä selkärangan vammaa, tulee hänet asettaa kylkiasentoon. Mikäli epäillään selkärangan vammaa, annetaan lapsen olla siinä asennossa missä hän on, mutta avataan ilmatiet kääntämällä päätä taaksepäin ja nostamalla leuasta varovasti. Tajunta ja hengitys tulee tarkistaa minuutin välein. Lapsi tulee kääntää kylkiasentoon vain, jos hän alkaa oksentaa, tai hänet joudutaan jättämään yksin avun haun ajaksi. Selän taakse voi asettaa tyynyn tai rullatun peiton tukemaan tasapainoa. Jos lapsi ei hengitä, eli rintakehä ei nouse tai laske ja suusta tai nenästä ei tunnu ilmavirtaa, tulee aloittaa elvytys. Elvytyksen ajaksi lapsi tulee asettaa tukevalle alustalle. (Belgian Red Cross, 2017, ss. 23–27; IFRC, 2016, ss. 127–129)

Lasten ja alle murrosikäisten nuorten elvytykseen johtava tekijä johtuu yleensä hapenpuutteesta, kuten hukkumisesta tai tukehtumisesta. Sydämenpysähdys johtuu harvoin lasten kohdalla sydänsairaudesta. Tämän takia on tärkeää korjata hapenpuutteeseen johtanut tekijä mahdollisimman nopeasti. Elvytystilanteen tullessa vastaan, huudetaan apua ja varmistetaan ilmateiden avoimuus. Hengitystiet avataan laittamalla käsi lapsen otsalle ja nostamalla sormenpäillä leuan alta ylöspäin. Liiallista pään taivuttamista tulee varoa, etenkin vauvoilla. Lapsen elvytys aloitetaan aina puhalluksilla. Hengitysteiden avaamisen jälkeen puhalletaan elvytettävän suuhun viisi kertaa. Ennen puhallusta hengitetään ensin itse normaalisti sisään, ja tämä ilma puhalletaan tasaisesti noin sekunnin ajan lapsen suuhun. Samalla seurataan, nouseeko rintakehä. Puhallusten jälkeen aloitetaan paineluelvytys painellen rintalastan puolivälin alapuolelta 30 kertaa taajuudella 100–120 painallusta minuutissa. Elvytystä jatketaan rytmillä 30 painelua ja 2 puhallusta. Jos paikalla on useampi, joka voi elvyttää, tulee painelijaa vaihtaa 2 minuutin välein, jotta painelu pysyy tehokkaana. (Hartikainen, 2014; Maconochie ym., 2015; Belgian Red Cross, 2017, ss. 30–31; IFRC, 2016, s. 130)

Alle 1-vuotiaan kohdalla puhallus suoritetaan peittämällä omalla suulla sekä vauvan nenä että suu. Painelu toteutetaan käyttäen kahta sormeaa ja painelussyvyys on neljä senttimetriä. Yli 1-vuotiaan, mutta alle murrosikäisen lapsen paineluelvytys toteutetaan yhdellä kämmenen tyvellä painellen, ja yli murrosikäisellä kahdella kädellä painellen. Painelussyvyys alle murrosikäisellä on viisi senttimetriä ja aikuisen kokoisella lapsella kuusi senttimetriä. Elvytystä jatketaan puhaltamalla kaksi kertaa ja painelemalla 30 kertaa. Painelujen välissä rintakehän tulee antaa palautua, eli rintakehään ei tule nojata painellessa. Elvytystä tulee jatkaa tauotta. Jos auttaja

on yksin elvytettävän kanssa, painelu-puhallus -elvytystä tulee jatkaa minuutin ajan, eli noin viisi kierrosta, ennen kuin lähdetään hakemaan lisä-apua. Muutoin apua tulee hakea heti elottomuuden huomattua. Jos avun hälyttäminen ei viivästytä elvytyksen aloittamista, sen voi tehdä heti, esimerkiksi huutamalla apua, jos lähellä on muita. (Hartikainen, 2014; Macconochie ym., 2015; Belgian Red Cross, 2017, ss. 30–31)

Alle 1-vuotiailla sykkeen voi tunnustella olkavarren sisäpuolelta, ja jos se on alle 60 lyöntiä minuutissa, tulee aloittaa elvytys, koska vauvojen syke on korkeampi kuin isompien lapsien (Hartikainen, 2014). Sykkeen tunnusteluun ei tulisi kuluttaa enempää kuin 10 sekuntia. Muissa tapauksissa ei pulssin tunnustelu ole aiheellista. Elvytys aloitetaan, jos lapsi vaikuttaa elottomalta eikä hän reagoi varovaiseen ravisteluun. (Maconochie ym., 2015)

Mikäli kyse on hukkumisesta, hukkunut tulee poistaa vedestä nopeasti, mutta turvallisesti itseään vaarantamatta, ja aloittaa elvytys. Hukkuneen kohdalla ei lasten elvytys eroa normaalista käytännöstä, koska lasten elvytys aloitetaan aina puhalluksilla. Aikuisten kohdalla elvytys aloitetaan yleensä painelulla, koska syy on useimmin sydänperäinen. Hukkuneen aikuisen elvytys aloitetaan kuitenkin puhalluksilla, koska hengitysteihin on mennyt vettä. (Belgian Red Cross, 2017, s. 27)

Elvytys tulee lopettaa, jos lapsi alkaa heräillä, liikkua, avata silmiään tai hengittää normaalisti. Elvytyksen voi lopettaa myös silloin, kun hoitotyöntekijät saapuvat paikalla ja kertovat, että voi lopettaa, tai siinä tapauksessa, kun ei enää jaksaa elvyttää. (Maconochie ym., 2015)

4.10 Hengitysteiden tukkeutumisen tunnistaminen ja ensiapu

Lapset ovat suuremmassa riskissä tukehtua kuin aikuiset, koska lasten hengitystiet ovat kapeammat eikä pureskelu ja nielemisen hahmottaminen ole vielä niin kehittynyttä. Lapset myös helpommin laittavat esineitä suuhunsa, etenkin alle 5-vuotiaat. Vauvoilla suurin tukehtumisriski on heidän nukkuessaan. (Ministry of Health, 2017, s. 27) Tukehtuvan lapsen tunnistaa, kun hän yrittää yskiä jotain pois, ei pysty puhumaan tai äänтелеämään, laittaa kädet kurkulle, huulet alkavat sinertää tai häntä alkaa pyörryttää. Lopulta hän voi menettää tajuntansa. (Tagg, 2015, s. 36) Myös ajoittaiset yskänpuuskat, hengityksen vinkuminen ja heikentyneet hengitysäänet voivat olla merkki, että hengitysteihin on mennyt vierasesine, mutta ei kuitenkaan ole tukkinut hengitysteitä kokonaan. Tällöin on tärkeä hakeutua rauhallisesti, lapsi pystyasennossa sairaalaan, jotta esine voidaan poistaa, koska muutoin se voi aiheuttaa keuhkokuumeen. (Jalanko, 2019e)

Jos alle 1-vuotias lapsi on tukehtumassa, tuetaan dominoivalla kädellä kämmenellä lapsen pää niin, että käsivarsi tukee lapsen vartaloa. Lapsen pää tulee olla lapsen rintakehän alapuolella. Kahdella sormella painetaan viisi kertaa keskeltä lapsen rintakehää, jonka jälkeen tuetaan lapsen leuan

alta niin, että leuka istuu tukevasti etu- ja keskisormen välissä. Lapsi käännetään mahalleen ja isketään varovasti selkään, jotta saataisiin vierasesine pois. Näitä toistetaan vuorotellen, ja samalla tulee hälyttää ammattiapua. Jos suussa näkyy jotain, sen voi poistaa, mutta suuta ei saa kaivella, koska tällöin vierasesine voi mennä pidemmälle hengitysteihin. Mikäli vierasesine ei poistu paineluista huolimatta, ja lapsi menee elottomaksi, on aloitettava painelu-puhallus -elvytys. Muussa tapauksessa iskuja ja painelua tulee jatkaa niin kauan, että paikalle saadaan ammattiapua. (Emergency Medicine Kenya Foundation, 2017)

Isommille lapsille ohje on kannustaa yskimään. Jos yskeminen ei ole tehokasta, mutta lapsi on tajuissaan, tulee selkäpuolelle lapaluiden väliin iskeä viisi kertaa. Tämän jälkeen otetaan takaa kiinni niin, että kädet laitetaan tukehtuvan ympärille, otetaan omasta ranteesta toisella kädellä kiinni tukehtuvan vatsan yläpuolelta, rintakehän alapuolelta ja vedetään napakasti ylös itseä kohti. Tukehtuvaa voi taivuttaa kumaraan. Jokaisen iskun jälkeen tarkistetaan, onko vierasesine poistunut. Näitä toistetaan vuorotellen, ja muutoin ohjeistus on sama kuin edellä kerrottu alle 1-vuotiaan lapsen kohdalla. Lapsen tajuttomuuden lähenemisen tunnistaa siitä, että lapsi alkaa sinertää. Apua tulee hälyttää aina, jos joudutaan iskemään tukehtuvaa rintaan tai selkään, koska se aiheuttaa herkästi sisäisiä vahinkoja (Tagg, 2015, ss. 36–38)

4.11 Rokkotautien ja ihottumien tunnistaminen ja hoito

Monet sairaudet voivat esiintyä ihottumana. Näistä yksi on tuhkarokko, joka on tarttuva, vaarallinen ja yleisesti lasten ongelma. Se tarttuu pisaratartuntana taudin kantajilta. Oireet ilmestyvät yleensä 10–12 päivän kuluttua tartunnasta. Näitä ovat korkea kuume, vuotava nenä, yskä, punoittavat ja vetistävät silmät sekä pienet valkoiset näpyt suussa. Näiden jälkeen kehittyy ihottumaa, joka alkaa kasvoista ja kaulasta leviten alemmas kehoa. Tummalla iholla ihottuma voi olla vaikea nähdä, mutta sen voi erottaa ihon rosoisuudesta ja karheudesta. (Belgian Red Cross, 2017, s. 120)

Ensiapuna tuhkarokkoon toimii samat ohjeet kuin kuumeeseen. Tuhkarokon kanssa on korostettava hyvää käsihygieniää ja muut lapset on pidettävä loitolla akuuttivaiheen ajan sekä viisi päivää oireiden loppuisen jälkeen taudin leviämisen ehkäisemiseksi. Punoittaviin silmiin voi löytyä helpotusta huuhtelemalla silmiä kädenlämpöisellä puhtaalla vedellä. Ihottuman kanssa tulisi mennä terveydenhuoltoyksikköön, jos lapsi ei juo, on erityisen unelias, oksentaa tai ripuloi runsaasti, hengittää nopeasti, kouristelee, ei kestä valoa, on korvakipua tai tulee märkää korvasta, esiintyy silmätulehdusta, suussa näkyy haavoja tai iholla on vuotavia näppyjä. Tuhkarokkoon on olemassa rokote. (Belgian Red Cross, 2017, ss. 121–122) Kuten luvussa 3.1.3 mainittiin, Kenia on asettanut, että valtion ja maakuntien hallitusten on varmistettava ilmainen ja pakollinen rokote alle 5-vuotiaalle (Republic of Kenya, 2017, ss. 420–425). Myös tuhkarokkorokote kuuluu lasten rokotusohjelmaan (Ministry of Health, 2013, s. 37), mutta ohjeistus

ei välttämättä ole tavoittanut kaikkia maaseudulla asuvia lapsia, joita ei ole rekisteröity virallisesti.

Atooppinen ihottuma on yleinen kouluikäisillä lapsilla. Sitä voi esiintyä esimerkiksi taiveissa, pakaroissa ja reisissä tai käsissä. Se voi olla rupimaista ja läiskäistä tai hilseilevää. Ihottuma-alueet voivat tulehtua helposti kutinasta aiheutuvan raapimisen seurauksena. Atooppinen ihottuma voidaan diagnosoida lääkärikäynnillä, mutta terveydenhuoltoyksikköön tulisi mennä erityisesti silloin, kun kutina on rajua ja ruvet vuotavat verta. Kotona voi ihottumaa helpottaa pesemällä, varsinkin jos rupia ja ihon tulehdusta esiintyy. Mietoa hydrokortisonivoidetta voidaan laittaa pahenemisvaiheessa oleviin ihoalueisiin ammattilaisen ohjeiden mukaan. Perusvoiteita voi käyttää muulloin. Myös UV-säteilyn on osoitettu helpottavan oireilua. (Hannuksela-Svahn, 2014a) Auringon UV-säteilystä voikin Keniassa nauttia runsaasti.

Märkärupi on myös lapsilla esiintyvä helposti tarttuva ihoinfektio. Se oireilee suupielen tai sierainaukon rakkulointina. Rakkuloista erittyy kudosnestettä ja myöhemmin ne kuivuvat karstaksi ja ruveksi. Myös kuumetta voi esiintyä, ja märkärupi voi levitä laajalle. Vastasyntyneelle se voi edetä hengenvaaralliseksi. Hoitona pienen alueen märkäruppeen voidaan käyttää antibioottivoidetta, mutta lääkäriin on syytä hakeutua, jos märkärupialue on suurempi kuin 1 shillingin kolikko, jolloin myös suunkautta otettava antibioottikuuri on aiheellinen. Tartunnan leviämistä voidaan vähentää hyvällä hygienialla eli saippuapesuilla. (Hannuksela-Svahn, 2015)

Rokkotaudit ovat usein virusten aiheuttamia, ja paranevat itsestään. Lääkäriin on kuitenkin syytä mennä, jos herää epäily tulirokosta, esiintyy korkeaa kuumetta ja pieniä punaisia pisteitä tai verenpurkaumia iholla, kutina on vaikeaa ja iho tulehtuu. Tulirokko tarttuu pisaratartuntana, ja oireina siinä on korkea kuume, päänsärky, oksentelu, nielutulehdus sekä punoitava ja turvonnut kieli. Ihottuma siinä on etenkin kasvoilla ja vartalolla. Rokkotauteja on useita, mutta koska ne ovat suurimmalta osalta itsestään ohimeneviä, päätimme yhdistää niitä tekemäämme ensiapuoppaaseen tilan säästämiseksi. (Ks. Jalanko, 2017)

4.12 Allergisen reaktion varhainen tunnistaminen

Allergisen reaktion vaikeus voi vaihdella vähäisestä nokkosihottumasta äkkikuolemaan. Vakavimmillaan se voi siis johtaa anafylaktiseen reaktioon, joka voi myös olla ensimmäinen oire allergiasta. Voidaan ajatella, että mitä nopeammin oireet alkavat altistuksen jälkeen, sitä vaikeampi reaktiokin on. Tavallisimpia aiheuttajia ovat lääkkeet, ruoka-aineet ja hyönteisten pistot. Yleisimmin allergisia oireita ilmenee ihossa ja hengityselimissä. Anafylaktinen reaktio on yliherkkyyssreaktio, joka etenee nopeasti ja vaikuttaa moneen elimeen. Se vaatii aina nopeaa reagointia ja ammattiapua. (Dunder & Mäkelä, 2016; Elonen & Kekki, 2018)

Oireet anafylaktisessa reaktiossa voivat ilmetä aluksi ihon kutinana, punoituksena ja kuumotuksena, pulssin kiihtymisenä, täyteläisyyden tunteena kurkussa ja rinnassa, nokkosihottumana sekä pahoinvointina. Seuraavaksi reaktio voi ilmetä huulten, kitakielekkeen tai kielen turvotuksena, hengenahdistuksena, hengityksen vinkumisena, haukkuvana yskänä, verenpaineen laskuna ja nielemiskipuna, jolloin puhe voi olla puuromaista. Lapsella, jolla tiedetään olevan allergia, ja on todennäköisesti altistunut allergeenille, voi edellä mainittujen lisäksi esiintyä myös voimakkaita vatsaoireita, kuten kipua, oksentelua tai ripulia. (Dunder & Mäkelä, 2016; Elonen & Kekki, 2018) Huippunsa reaktio saavuttaa 10–30 minuutissa, joten ammattiapua olisi hankittava heti oireiden ilmetessä. Aina ei nokkosihottumaakaan ehdi tulla, vaan reaktio etenee niin nopeasti, että lapsi menettää tajuntansa. Anafylaksian ensihoito on adrenaliini, joten jos adrenaliiniruisku löytyy lähipiiristä, tulee se pistää viiveettä reisilihakseen. (Hannuksela-Svahn, 2014b)

Jos anafylaktinen reaktio aiheutuu hyönteisen pistosta, tulee hyönteisen piikki poistaa ihosta mahdollisimman nopeasti. Pistokohtaa tulee huuhdella vedellä ja viilentää korkeintaan 20 minuuttia. Pistokohtaa ei saa raapia, koska se voi tulehtua. (Belgian Red Cross, 2017, ss. 72–74) Sairaalassa reaktion saanut hoidetaan ja tutkitaan, sekä selvitetään anafylaksian laukaiseva tekijä. Vaikean reaktion jälkeen voi saada lääkkeitä hätäensiavuksi seuraavaa mahdollista reaktiota varten. Reaktio voi uusiutua toipumisen jälkeenkin 1–72 tunnin kuluttua, joten vakavissa tapauksissa on hyvä jäädä sairaalaan seurantaan. (Elonen & Kekki, 2018)

4.13 Silmä-, korva-, ja virtsatietulehdusten oireet ja hoito

Silmätulehdus eli sidekalvotulehdus on yleinen päiväkotikäisillä lapsilla. Sitä esiintyy usein virusten aiheuttamien nuhakuumeiden yhteydessä. Viruseräinen silmätulehdus tarttuu helposti, joten hyvä käsihygienia on tärkeää tämän ehkäisemiseksi. Myös allergia voi aiheuttaa silmätulehdusta, jolloin esiintyy usein muitakin allergisia oireita, kuten ärsytysyskää, atooppista ihottumaa ja nenä voi vuotaa kirkasta eritettä. (Terveyskylä, 2019b; Seppänen, 2018) Allergian ja viruksen lisäksi silmätulehdusta voi aiheuttaa bakteerit ja sienet. Allergisessa tulehduksessa oireilevat yleensä molemmat silmät, kun taas viruksen ollessa aiheuttajana toinen silmä voi alkaa oireilla muutamaa päivää myöhemmin. (Seppänen, 2018)

Silmätulehduksessa oireina on silmän rähmiminen, ja aamulla silmäluomet voivat olla liimautuneet yhteen. Sidekalvo on silmän valkoista osaa peittävä kelmumainen rakenne, joka tulehduksen aikana voi punoittaa ja kirvellä. Rähmä voi sumentaa näköä ja silmässä voi tuntua rosan tunnetta, mutta näkö tarkkuus ei sinällään muutu. (Terveyskylä, 2019b; Seppänen, 2018)

Flunssaan liittyvä silmätulehdus rauhoittuu yleensä itsestään muutamassa päivässä. Kotihoitona voi suorittaa silmien puhdistamista useita kertoja päivässä. Tähän tulee käyttää ehdottomasti puhdasta, lämpöistä vettä, jonka avulla huuhdellaan rähmä pois. Puhdistussuunnaksi suositellaan silmän ulkonurkasta sisänurkkaan päin. Allergiseen silmätulehdukseen puolestaan käytetään silmätippoja. Hoitoon tulee hakeutua, jos silmän rähiminen ei helpotu muutamassa päivässä, tai jos siihen liittyy kovaa kipua, silmäluomien turvotusta tai näön heikkenemistä. (Seppänen, 2018; Terveyskylä, 2019b)

Korvatulehdusta puolestaan esiintyy pääosin pienillä lapsilla. Se liittyy usein flunssaan tai sen jälkitilaan, jolloin myös oirekuva on laajempi. Oireita ovat korvakipu, kuulon huononeminen ja yölevottomuus. Oirekuvaan liittyy myös vähintään yksi ylähengitystieinfektioon viittaava oire tai muu tulehdistilaan viittaava oire, kuten kuume, nuha tai yskä. Kliinisessä tutkimuksessa korvan tärykalvossa on näkyviä tulehduksen merkkejä sekä nestettä välikorvassa. Kuulon heikkenemistä on usein vaikea arvioida lapsilla. (Kun korva on kipeä (äkillinen välikorvatulehdus lapsilla): Käypä hoito -suosituksen Välikorvatulehdus (lasten äkillinen) potilasversio, 2017)

Korvatulehduksen riskitekijöitä ovat flunssa, korvatulehdukset muilla perheenjäsenillä, rintaruokinnan lyhyt kesto tai puute sekä päivittäinen ja pitkäkestoinen ajanvietto useiden lapsien kanssa. Kipu korvassa alkaa usein yöllä ja lapsi saattaa haroa korvaa käsillä. Kivun alettua, kotona on tärkeää hoitaa kipua asianmukaisesti. (Kun korva on kipeä (äkillinen välikorvatulehdus lapsilla): Käypä hoito -suosituksen Välikorvatulehdus (lasten äkillinen) potilasversio, 2017) Tulehdukipulääkkeet painon mukaan annosteluna ovat hoidon perusta. Kuumeen ja muiden oireiden hoito, kuten riittävä nesteytys ja asentohoito helpottavat lapsen yleisvointia. Lääkärin diagnoosin perusteella voidaan aloittaa antibioottihoito, mutta osa korvatulehduksista paranee myös itsestään. Tällöin kivunhoito on ensisijaisen tärkeää. Pahimmillaan oireet ovat 3–4 päivää ensimmäisten infektiioireiden alkamisesta. (Jalanko, 2019f)

Virtsatieinfektio on tärkeä huomata ajoissa, koska se on bakteerin aiheuttama ja vaatii antibioottihoitoa. Alle 1-vuotiailla sitä esiintyy sekä tytöillä ja pojilla lähes yhtä paljon, mutta myöhemmällä iällä enemmän tytöillä. Oireina siinä voi olla tihentynyt virtsaamistarve, kirvely virtsatessa ja alavatsakivut. Alle 1-vuotiailla esiintyvä korkea kuume ilman hengitystieinfektio-oireita ja käsittelyarkuus viittaavat virtsatieinfektioon. Lapsi tulisi viedä terveydenhuoltoyksikköön heti, kun oireet on huomattu. (Uhari & Jahnuainen, 2016)

Virtsatieinfektion ehkäisyyn ei ole vankkaa tutkittua näyttöä, mutta erityisesti ummetuksen on todettu lisäävän virtsatieinfektion riskiä, joten sitä tulisi pyrkiä ehkäisemään (Uhari, 2018). Ehkäisyyn voi kokeilla myös juomalla riittävästi nesteitä ja tyhjentämällä rakkoo säännöllisesti. Virtsaami-

sen jälkeen tulisi pyyhkiä edestä taaksepäin, jotta peräaukon bakteerit eivät kulkeudu virtsateihin. Hyvää alapään hygieniää tulee ylläpitää. (Oikkonen, 2019) Kastuneet alushousut tulisi vaihtaa nopeasti, koska bakteerit kasvavat kosteissa olosuhteissa helpommin (Freedman, n.d.).

4.14 Yleisiä ohjeita ensiavunannosta, lasten ensiavun erityispiirteet ja henkinen ensiapu

Ensiaputilanteissa on tärkeä pysyä rauhallisena, erityisesti lasten seurassa, koska jos vanhempi hätäilee, lisää se myös lapsen hätää. Myös hyvän hygienian ylläpito on tärkeää, jotta välttyttäisiin turhilta infektioilta. Näin ollen tulee kädet pestä mahdollisuuksien mukaan ennen ja jälkeen avun antamisen. Myös haavojen turhaa koskettelua tulee välttää. Erittäin tärkeää on myös varmistaa, ettei toimillaan pahenna tilannetta, ottamalla huomioon ympäristön turvallisuus ja autettavan sisäisten vammojen riski. Loukkaantunutta tulee suojata kylmettymiseltä ja toisaalta myös ylikuumenemista tulee välttää. Loukkaantunutta ei tulisi koskaan jättää yksin, jos se on mahdollista välttää. Ruokia ja juomia ei vakavissa tilanteissa tule antaa. Lasta ei tule viedä pois huoltajiensa luota, ellei se ole välttämätöntä. Huoltajien tai luotettavien ihmisten läsnäolo tuo turvaa. Lapsen huomiota voi yrittää kiinnittää muualle esimerkiksi tilanteessa, jossa kipu on kovaa. (Belgian Red Cross, 2017, ss. 7–9) Ensiaputilanteessa on hyvä välttää ylimääräisiä katselijoita, jotta lapsi ei tunne oloaan ahdistavaksi tai häpeä tilannetta. Uteliaat tulisi pitää loitolla ja turvata tilanteelle rauhallinen ympäristö. Tietysti, jos tilanne kaipaa lisää auttajia, voi muita hyödyntää, mutta ylimääräiset tulisi ohjata pois. (Ks. Punainen Risti, n.d.)

Henkisen ensiavun antaminen on osa auttamista. Sairaana tai tapaturmassa olleen lapsen on pyrittävä tuntemaan itsensä turvalliseksi. Hänelle tulee puhua rauhallisesti ja selkeästi sekä kertoa mitä ollaan tekemässä, vaikka hän ei reagoisikaan. Lasta voi silittää rauhoittelun tukena. Loukkaantunut tai sairas ihminen voi reagoida tilanteeseen monella eri tavalla, kuten suuttumuksella, panikoimalla tai itkemällä, joten on tärkeää pysyä itse ystävällisenä ja ymmärtää tilanne hänen näkökulmastaan. Tilanteen vakavuutta ei tulisi valehdella, eikä antaa katteettomia lupauksia. Kysymyksiin tulee vastata rehellisesti. Loukkaantuneen tai sairastuneen on hyvä antaa itse osallistua, jos mahdollista. Jälkeenpäin myös auttajan hyvinvointi tulee huomioida, ja vakavan tilanteen jälkeen onkin hyvä puhua tilanteesta jonkun kanssa. (Belgian Red Cross, 2017, ss. 7–11)

Tapaturmien ehkäisemiseen liikenteessä tulee ottaa huomioon, että lapset istuvat takapenkillä, ja turvavyötä on kiinnitettynä. Koskaan ei kannata mennä humalaisen tai väsyneen kyytiin, tai liian täyteen bussiin. Moottoripyörän ja pyörän kyydissä kannattaa käyttää kypärää ja pimeällä pukeutua heijastaviin materiaaleihin, pitää heijastinta tai taskulamppua. Turvallisempaa on kävellä vastaantulevan liikenteen puolella tietä. Lasten ei tule antaa leikkiä tiellä tai ylittää tietä ilman valvontaa. (Belgian Red Cross, 2017, s. 90)

5 ENSIAPUOPAS

Edellä esitellyn teorian pohjalta on koottu opinnäytetyön tuotos eli ensiapuopas. Seuraavaksi kuvataan ensiapuoppaan suunnitteluprosessia ja sen toteutusvaihetta, sekä kuvaillaan lopullista tuotosta, joka löytyy liitteestä 1. Lisäksi arvioidaan valmiin ensiapuoppaan toimivuutta kriittisesti ja verrataan sitä hyvän ensiapuoppaan piirteisiin, joita esittelimme luvussa 2.4. Lopuksi esitellään myös tilaajalta saatu palaute ensiapuoppaasta.

5.1 Suunnittelu ja sisällön räätälöinti

Ensiapuoppaan suunnittelu aloitettiin syksyllä 2019 yhdessä Home Street Home perustajan Viola Walleniuksen kanssa. Tietopohja suunnattiin lapsille annettavaan ensiapuun ja käyttäjäryhmäksi valittiin aikuiset. Toimintaympäristön haastavat olosuhteet, joista kerrottiin luvussa 3, otettiin huomioon. Ensiapuopas suunniteltiin sähköisesti, käyttäen Microsoft Office Word 365 -ohjelmaa. Ohjelmassa hyödynnettiin kirjaittoasetuksia. Ensiapuoppaan kieleksi valikoitui selkokielinen englanti ja kuvia lisättiin havainnollistamaan tekstiä ja lisäämään ymmärrettävyyttä. Kieli ja kirjoitustapa valittiin alueen yleisen koulutustasoon sopivaksi. Englanti on myös alueen toinen virallinen kieli (CIA, 2017).

Ensiapuoppaan sisältö ja aiheet valittiin alueelle tyypillisten lasten terveysongelmien perusteella. Aiheita rajattiin koskemaan lieviä, ainakin alkuun kotona hoidettavia ja seurattavia terveysongelmia. Tämän rajauksen ulkopuolelle jäi esimerkiksi elvytys, joka kuitenkin katsottiin tärkeäksi tunnistaa kotioiloissa, mutta vaatii välitöntä sairaalahoitoa. Ensiapuopas perustuu sairauksien tunnistamiseen, kotihoitoon ja hoidontarpeen arviointiin. Aiheiden järjestys valittiin yleisyyden mukaan. Aiheiden rakenne laadittiin helppolukuisuuden ja ymmärrettävyyden tukemiseksi kolmeen osa-alueeseen: oireet ja tunnistaminen, hoito kotona ja milloin hakeutua sairaalaan.

Kulut pyrittiin pitämään mahdollisimman pieninä, sillä tilaajan resurssit ovat vähäiset. Tilaajan toiveen mukaisesti ensiapuoppaassa käytettiin järjestölle tunnusomaista punaista väriä ja paperin laatu valittiin tilaajan toiveiden ja kestäväen kehityksen periaatteiden mukaisesti vahvemmaksi tulostuspaperiksi. Taiton uskottiin pysyvän kasassa käsin taiteltuna, joten erillistä kiinnitysmateriaalia ei suunniteltu käytettäväksi. Ensiapuoppaan pituudeksi arvioitiin aiheiden perusteella 20 sivua. Tulostus suunniteltiin kaksipuolisena, jolloin arvioimme viisi kappaletta A4 paperiarkkeja riittävän per ensiapuopas. Lopullinen painotyö tehdään Keniassa, HSH-järjestön työntekijöille tutussa liikkeessä. Yhdessä opinnäytetyön tekijöiden kanssa sovittiin painotyön tukemisesta rahallisesti ensimmäisten 50 kappaleen verran. Yhden ensiapuoppaan tuottaminen arvioidaan kustantavan noin

50 senttiä. Ensiapuoppaan viimeiselle sivulle lisättiin osoitteet ja puhelinnumerot HSH:n turvakotikeskukseen ja lähimpään sairaalaan, sekä yleinen hätänumero.

5.2 Toteutuksen kuvaus

Ensiapuoppaan tekeminen aloitettiin hakemalla ja kirjoittamalla ensin ensiaputilanteista teorian tietoa, ja sitten mietittiin tarkemmin, mitä kaikkea oli aiheellista laittaa ensiapuoppaaseen. Oireet ja ohjeet haluttiin laittaa mahdollisimman ytimekkäästi, mutta ymmärrettävästi. Karsimme ja lisäsimme teorian tietoa matkan varrella. Sisältö rakennettiin yleisyyden ja tarpeellisuuden mukaisesti ja pyrittiin pitämään ehyenä kokonaisuutena. Sisällysluettelo hyväksytettiin tilaajalla ja muutoksista informoitiin aktiivisesti.

Tilaaja antoi melko vapaat kädet suunnitella ja toteuttaa ensiapuopas. Raamit suunniteltiin kuitenkin yhteistyössä. Värit sekä materiaali varmistettiin Home Street Home -järjestöltä. Suunnitelman mukaisesti ensiapuoppaan tekemiseen käytettiin Microsoft Office Word 365 -ohjelman kirjaintoimintoja hyödyntäen. Sen käyttö oli yksinkertaista ja helppoa myös sellaisille, jotka eivät ole ennen sähköisiä esitteitä tehneet. Ensiapuoppaan kansilehti pidettiin yksinkertaisena, ja siihen lisättiin hätänumero, jotta siihen huomattaisiin soittaa suoraan hätätilanteissa. Ensimmäiselle aukeamalle laitettiin sisällysluettelo sekä esittely ensiapuopasta. Esittelyosioon kirjattiin, miksi ensiapuopas on tehty ja kenen toimesta. Lisäksi siihen kirjattiin yleisiä ohjeita ensiavunantoon liittyen, mitä asioita tulee huomioida erityisesti lasten kohdalla sekä henkisen ensiavun huomioiminen.

Opinnäytetyöprosessin aikana keväällä 2020 alkoi koronaviruspandemia, jonka leviämisen hillitsemiseksi tehtiin maailman laajuisesti toimia ja rajoituksia. Ihmisiä ohjeistettiin käsienpesussa ja desinfioinnissa sekä oikeanlaisessa yskimishygieniasa. Kenian punaisen ristin ja HSH:n sosiaalista mediaa seurattessamme näin tehtiin myös Keniassa. Tämän vuoksi uskomme, että Keniassa on opittu pesemään käsiä saippuan kanssa oikeaoppisesti, joten emme laittaneet siitä tarkempia ohjeistuksia ensiapuoppaaseen. Korostimme kuitenkin käsienpesun tärkeyttä, sekä esimerkiksi haavan huuhtelusta puhuttaessa mainitsimme, että veden tulee olla puhdasta. Makonginissa tämä ei ole itsestään selvyyys tai samanlainen mahdollisuus, kuten Suomessa.

Koska ensiapuoppaaseen ei suunnitellustikaan aiottu laittaa kaikkea, mistä teoriaa kirjoitimme, valitsimme asiat, jotka näimme tärkeiksi ja tarpeellisiksi. Esimerkiksi asioiden perusteluja emme paljoa voineet mahdollistaa mukaan, vaikka se kuuluukin hyvän ensiapuoppaan piirteisiin. Ennaltaehkäisevistä ohjeista laitettiin vain tärkeimpiä ja ne sijoitettiin aiheiden otsikoiden alle, koska siitä niille löytyi luonteva paikka. Annamme opinnäyte-

työmme tilaajalle kopion opinnäytetyöstä, jossa on asioita käsitelty laajemmin, joten hän voi halutessaan käyttää sitä apuna kouluttaessaan tai perustellessaan ensiapuoppaan ohjeita, jos sellaiseen tulee tarvetta.

Kuten suunnitteluvaiheessa epäilimmeekin, ensiapuoppaan tekovaiheessa tuli mieleen lisää aiheita, joita koimme tärkeäksi saada ensiapuoppaaseen. Tilaaja arvioi, että noin 80 % hänen luokseen tulevista potilaista tulee jonkin ihottuman, hyönteisen purema tai ihotulehduksen takia. Tämän vuoksi otimme ihottuman ja ihotaudit mukaan ensiapuoppaaseen. Tilaaja mainitsi myös paikallisten käyttävän erilaisia kasvihauteita ja yrttijuomia hoitona, sekä jopa hammastahnaa hän on kohdannut käytettävän palovammojen hoidossa. Tilaajamme mukaan ei-tutkittujen menetelmien sekä yrttien ja kasvien käyttäminen hoitona on riskialtista ja vaarallista. (Wallenius, 2020) Näihin liittyen mainitsimme ensiapuoppaassa, että banaaninlehtiä ja perunankuoria tulee käyttää vain haavan suojana, eikä niitä tule laittaa haavan sisään. Lisäksi mainitsemme, että mitään voiteita ei tule laittaa palovammaan, paitsi lievään punoitukseen voi laittaa hunajaa tai Aloe Veraa, koska nämä ovat tutkitusti toimivia menetelmiä.

Hyvien ensiapuoppaan piirteiden mukaisesti, jotka esittelimme luvussa 2.4, ensiapuoppaan sisältö kohdennettiin kohderyhmään sopivaksi. Pyrimme ymmärrettävään, selkeään ja helppolukaiseen tekstiin ja kuviin, koska ensiapuoppaan käyttäjä ei tyypillisesti ole terveydenhuollon ammattilainen. Ammattisanastoa sekä vierasperäisiä sanoja pyrittiin siis välttämään. Jos jotain ammattikäsitettä käytettiin, se selitettiin, jotta jokainen sen ymmärtäisi. Asiat esitettiin pääosin luettelomaisesti, jotta lukeminen olisi helpompaa ja nopeampaa. Fontiksi valittiin mahdollisimman selkeä ja koruton fontti, jotta sitä olisi helppo lukea. Tekstin seuraaminen ja luettavuus helpottuu luettelomaisen rakenteen avulla.

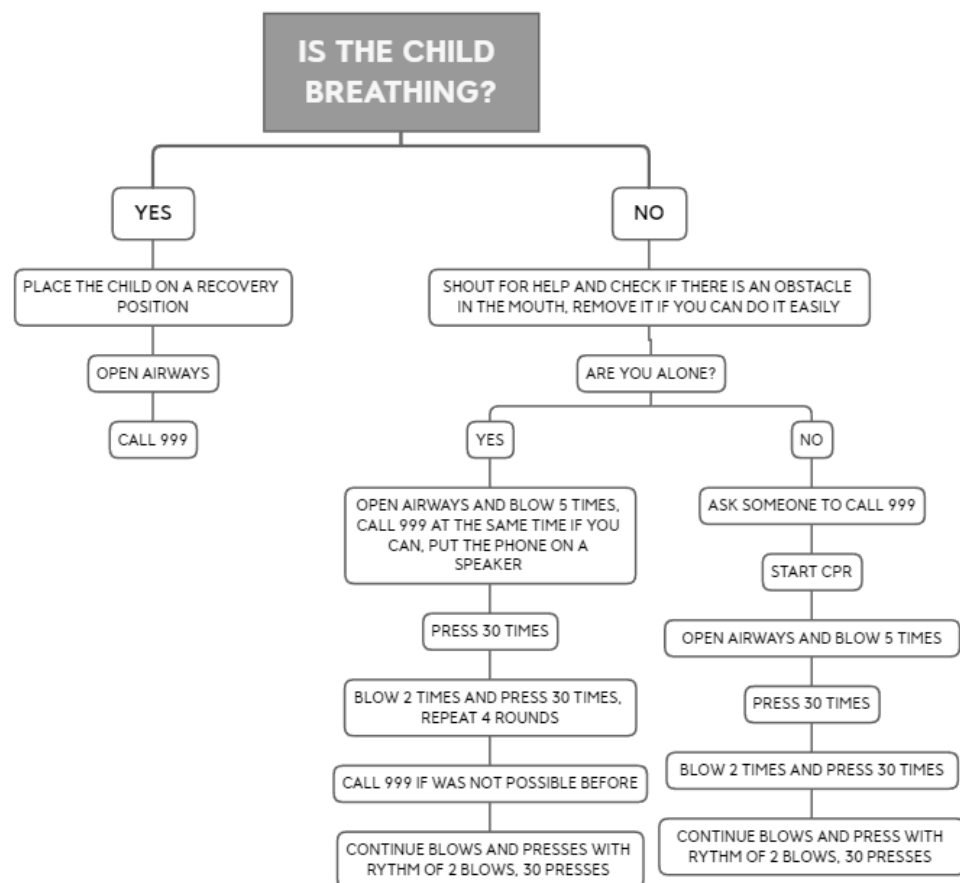
Kuten luvussa 2.4 kerroimme, hyvä opas muodostuu tarinana. Tämän toutitimme niin, että ensiapuoppaan aiheet esitettiin siinä järjestyksessä, että yleisimmät vammat ja taudit tulivat ensimmäisenä, ja harvemmin tapahtuvat, ja vakavimmatkin viimeisenä. Vakavin asia eli elvytys laitettiin viimeiselle aukeamalle, josta se olisi helppo löytää. Toisaalta elvytystilanteessa ei ole aikaa etsiä opasta, ellei sen joku muu hae sillä aikaa, kun toinen jo aloittaa elvytystä. Aiheiden järjestystä järjesteltiin myös sen mukaan, että ensiapuoppaasta saatiin mahdollisimman vähäsivuinen, ja että samaa aihetta käsiteltiin samalla aukeamalla. Jos se ei mahtunut samalle sivulle, se sijoitettiin ainakin samalle aukeamalle.

Ensiapuoppaan rakenne ja asettelu pyrittiin valitsemaan niin, että tärkeimmät asiat tulevat selkeästi esille. Kuvia käytettiin tekstin tukena, koska esimerkiksi kylkiasentoa opettaessa, on helpompi näyttää se kuvan avulla, kuin kertoa sanoin. Myös kaavioita hyödynnettiin selkeyttämään esimerkiksi elvytystä, jolloin osa asioista pystyttiin ottamaan pois muusta tekstistä. Käytimme valmiita kuvia Wikimedia Commons -tietokannasta, sekä

Microsoft Wordin valmiita kuvakkeita, koska näissä oli käyttöoikeudet kaikilla. Kuvia käytettiin havainnollistamaan asioita sekä tukemaan tekstiä, mutta pelkästään kuvan varaan ei tärkeitä asioita jätetty. Puhe- ja ajatuskuplia lisättiin elävöittämään sivuja. Hyvien ohjeistusten periaatteiden mukaisesti esitettiin oireet ja hoito-ohjeet, mutta kokemuksia, tunteita tai toiminnanmuutoksia ei sisällytetty ensiapuoppaan pituuden rajoittamisen takia.

Kaaviot, joita ensiapuoppaassa käytettiin, tehtiin XMind ZEN -ohjelmalla. Seuraavana yksi näistä, jossa on esitetty luvussa 4.9 käsiteltyjä asioita. Siitä käy ilmi lapsen elvytyksen etenemisjärjestys. Tämä kaavio on esimerkki ensiapuoppaassa käytetyistä ohjeistuksista, joita lisättiin selkeyttämisen ja vaiheittaisen etenemisen toteutumiseksi.

Kaavio 1: Elvytyksen eteneminen



Ensiapuoppaan ulkoasusta pyrittiin tekemään mahdollisimman yksinkertainen ja selkeä. Näiden perusteluna on se, että ensiapuopas painottuu selkeisiin asioiden esittämisiin ja ymmärrettävään ja helppoon käyttöön, eikä houkuttelevaan ulkonäköön. Ensiapuopas ei tule myyntitarkoitukseen, joten sen ei tarvitse houkutella ostajia, eikä sitä tarvitse markkinoida.

Ensiapuoppaan viimeiselle sivulle liitettiin tiedot, mistä saada lisäapua, sillä tämä kuuluu hyvän ensiapuoppaan piirteisiin. Viimeiselle sivulle tehtiin myös QRS-koodi, josta pääsee käsiksi lähdeluetteloon. Tämän idean keksi

eräs opiskelijakollega, kun pohdimme, miten saamme pitkän lähdeluette-
lon liitettyä ensiapuoppaaseen. Vaikka QRS-koodi ei kohderyhmäämme
palvele, oli se paras ratkaisu, koska sivumäärä haluttiin pitää mahdollisim-
man pienenä, ja osa lähteistä on suomeksi, jota ei kohderyhmämme to-
dennäköisesti ymmärrä. Muilta osin viimeinen sivu eli takakansi haluttiin
pitää tyhjänä, jotta yhteystiedot erottuvat sivulta helposti.

Hoito-ohjeet, joihin kuului lääkkeitä sekä lääkerasvoja tai muita apteekista
ostettavia tuotteita päätettiin jättää pois, koska niihin ei ensiapuop-
pamme kohderyhmällä todennäköisesti ole varaa. Mukaan otettiin vain
sellaisia ohjeita, jotka ovat toteutettavissa. Saman syyn vuoksi reseptit lai-
tettiin esimerkiksi keittosuolaliuoksen ja ORS-jauheen tekoon, jotta kylän
asukkaat voivat tehdä näitä itse kotona, eikä niitä tarvitse ostaa.

5.3 Ensiapuoppaan käyttöönotto

Ensiapuopas on tehty niin, että sen tulostaminen, taittaminen ja käyttöön-
otto on helppoa. Se toimitettiin tilaajalle sähköisesti PDF-muodossa, joten
sitä ei tarvitse muokata. Myös muokattava versio lähetettiin tilaajalle myö-
hempiä muokkauksia ja päivityksiä varten. Käyttöönottaessa en-
siapuopas tulisi käydä läpi käyttäjien kanssa. Käyttäjät saisivat näin asioille
perustelut, ensiaputoimien harjoittelumahdollisuuden ja varmuutta käyt-
töön. Ensiapuopas on kuitenkin käyttövalmis sellaisenaan, ilman erillistä
kouluttamista. Ensiapuoppaan jakamisesta ja levityksestä huolehtii tilaaja
Makongenissa. Sitä on tarkoitus jakaa HSH:n asiakkaille, kylän lasten van-
hemmille sekä koulun opettajille.

Saimme opinnäytetyömme tilaajalta luvan jakaa ensiapuopasta muualle-
kin. Muokkaamalla alueellisia tietoja, kuten poistamalla HSH:n yhteystie-
dot ja lähimmän sairaalan tiedot, voimme antaa sen hyödynnettäväksi
myös muualle Keniaan. Toinen opinnäytetyöntekijöistä suoritti harjoitte-
luvaihdon Kenian länsiosassa eräässä kylässä, jossa paikallinen nainen on
perustanut järjestön, jossa hän auttaa orpolapsia, leskiä sekä ikääntyneitä.
Ensiapuoppaasta olisi varmasti hyötyä myös tässä järjestössä, koska siellä
on paljon lapsia, ja olosuhteet ovat samantapaiset kuin Makongenissa.

Tilaajan kanssa sovittiin, että myös muut saavat halutessaan ottaa en-
siapuoppaan käyttöön HSH:n luvalla. Ensiapuoppaan tulostusversion saa
HSH:lta, koska opinnäytetyössä oleva liite ei ole tulostukseen sopiva ver-
sio. HSH valikoitui luontevaksi luvan myöntäjäksi, koska heidän tietonsa
ovat ensiapuoppaan takakannessa (ks. liite 1). Luvan pyytäminen haluttiin
sen takia, että voidaan seurata, ovatko muut halukkaita hyödyntämään en-
siapuopasta. Tämä koskee lähinnä niitä, jotka ensiapuoppaan löytävät
Theseuksen kautta, jossa opinnäytetyö on kokonaisuudessaan.

5.4 Ensiapuoppaan arviointi

Yhteistyö tilaajan kanssa toimi välimatkasta huolimatta mutkattomasti. Ensiapuoppaan ulkoasun ja sisällön suhteen oltiin tekijöiden ja tilaajan kanssa samoilla linjoilla alusta alkaen. Suuria muutoksia ei missään vaiheessa ollut tarpeellista tehdä. Kuvien osalta olisi ollut hienoa käyttää omia kuvia, mutta opinnäytetyön tekijöistä ei kumpikaan kokenut olevansa niin hyvä piirtäjä tai kuvien luoja, että omaa kädenjälkeä olisi voitu hyödyntää ensiapuoppaassa. Myös valokuvien ottamista ensiaputoimista mietittiin, mutta ensiapuoppaaseen haluttiin pääosin mustavalkoisia piirroskuvia, jotta kuvat olisivat mahdollisimman selkeät, eikä niihin kuluisi paljoa mustetta tulostamisessa. Kuvia ei laitettu liikaa, mutta ne tukevat riittävästi tekstiä ja niiden avulla asiat jäävät joillekin paremmin mieleen kuin pelkkä teksti.

Sisällöllisesti ensiapuoppaaseen olisi voinut ottaa enemmänkin luonnosta hyödynnettäviä asioita, mutta ilman tutkimusnäyttöä emme voi niitä laittaa mukaan. Lisäksi olisimme voineet jättää pois kuumemittarilukemat ensiapuoppaasta, koska monellakaan kohderyhmämme henkilöillä ei todennäköisesti ole kuumemittaria kotona, jolla voisivat mitata lapsensa lämmön. Toisen opinnäytetyöntekijän ollessa Makongenissa vapaaehtoisuudessa vuonna 2018 toteutui ensiapupakkausprojekti, jossa tehtiin 12 ensiapupakkausta, joissa viidessä oli kuumemittari. Nämä pakkaukset lahjoitettiin koulun ja HSH:n käytettäväksi. Mietimme, laittaisimmeko ohjeita, kuinka arvioida ruumiinlämpöä otsaa tunnustelemalla tai muulla tavoin, mutta koska tämä vaatii kokemusta ja on hankalasti selitettävissä, päätettiin se jättää pois.

Ensiapuopas tehtiin englanniksi opinnäytetyöhön kerätyn teorian pohjalta, joka oli kirjoitettu suomeksi. Englanninkielistä tietoa ensiapuoppaaseen ei siis otettu suoraan englanninkielisistä lähteistä, mutta yksittäisiä sanoja tarkistettiin, jotta osattiin käyttää oikeaa termiä. Tekstiä tuotettiin tekijöiden omilla englannin kielen taidoilla, ja oikea kielioppi tarkistettiin MOT-sanakirjan Proofing-toiminnolla. Koska ensiapuopas tulee käyttöön sellaisille, jotka eivät välttämättä äidinkielenään puhu englantia, ei ensiapuoppaan kieltä lähdetty tarkistuttamaan ammattilaisella. Ensiapuopasta on kuitenkin luetettu eritason englantia puhuvilla. Ensiapuoppaan tekemisen osalta erityisesti vaikeuksia oli asioiden tiivistämisessä ja miten esittää asiat mahdollisimman selkeästi, mutta kuitenkin sillä tavalla, että ei-terveydenhuollon ammattilainenkin sen ymmärtää. Joissain asioissa olisi erittäin tärkeää, että ne käytäisiin konkreettisesti läpi harjoittelemalla. Osa kohderyhmäläisistä onkin saanut ensiapukoulutusta, jota tämä ensiapuopas tukee.

Näytimme ensiapuopastamme eräälle visualisti-opiskelijalle. Hän kommentoi sen olevan hyvä, miellyttävä silmälle ja selkeä. Omasta mielestämme ulkonäkö näyttää hyvältä siihen nähden, että emme ole visuaalisen suunnittelun ammattilaisia. Tilaajalta saamamme palautteen perusteella

ensiapuopas on hieno, hyvä ja toimiva kokonaisuus. Tilaaja kävi ensiapuoppaan läpi toisen perustajajäsenen kanssa, joka on paikallinen kenialainen. Heidän mielestään ensiapuopas sisältää kaiken oleellisen ja tulee varmasti käyttöön. He mainitsivat, että huonommin englantia osaavat paikalliset eivät välttämättä kaikkea ymmärrä, joten tämän takia muokkasimme kieltä vielä hieman helpommalle englannin kielelle.

Vasta ensiapuoppaan käyttöönoton jälkeen selviää, onko tavoitteemme täytynyt, eli parantuuko vanhempien ensiaputaidot, hoidon tarpeen arviointi ja lasten hyvinvointi tämän avulla. Voimme myös tiedustella tilaajalta, millaisen vastaanoton ensiapuopas on saanut.

6 POHDINTA

Edellä kuvattiin toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen, ensiapuoppaan, toteutusta, arvioitiin sen onnistumista ja esiteltiin tilaajalta saatu palaute. Seuraavaksi arvioidaan koko opinnäytetyön eettisyyttä, luotettavuutta ja esitellään siitä esille nousseita johtopäätöksiä. Koko prosessin onnistumista arvioidaan kriittisesti ja pohditaan, mitä olisi voinut tehdä toisin ja mitä olisi hyvä selvittää tai kehittää vielä jatkossa.

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Etiikalla tarkoitetaan arvoja, periaatteita, sekä hyviä tapoja toimia ja elää toisten kaltaisten kanssa yhteisessä maailmassa. Etiikka ei anna tarkkaan määriteltyjä raameja tehdä valintoja tai toimia jollain tietyllä tavalla, vaan se ohjaa kohti hyviä ja oikeita ratkaisuja, jotka ovat yleismaailmallisesti hyviä. Kulttuurilliset ja uskonnolliset, sekä tietyt yksilölliset erot tekevät eettisistä ohjeistuksista tulkinnanvaraisia, mutta ohjaavat keskustelua ja ajattelua kohti suvaitsevaista ja ihmisarvoa kunnioittavaa maailmaa kohti. Suomessa terveydenhuollon eettisyys on turvattu myös lakipykälän. Näitä terveydenhuollon periaatteita ovat jokaisen oikeus hyvään hoitoon, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, ihmisarvon kunnioitus ja yhteistyö ja keskinäinen avunanto. (ETENE, 2001). Näitä periaatteita olemme pyrkineet opinnäytetyöllämme tuomaan esiin ja näin toimimaan tulevan ammattimme eettisten ohjeiden perusteella, luomalla kansainvälisen apuvälineen kehitysyhteistyön tueksi.

Sairaanhoitajan työtä ohjaavat eettiset ohjenuorat, jotka määrittävät sairaanhoitajan työn terveyden ylläpitämiseksi, edistämiseksi, sairauksien lievittämiseksi sekä kärsimyksen lievittämiseksi. Sairaanhoitaja toimii yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen kanssa luottamuksellisesti ja ihmiselämää kunnioittaen. Tämä kunnioitus ja arvostus elämää ja hyvinvointiin pyrkimiseen toimii myös kansainvälisesti. Sairaanhoitaja voi toimia kansainvälisesti olemalla vuorovaikutuksessa ja jakamalla tietoa ja taitoa myös muualle kuin omaan yhteisöön ja kotimaahan. Järjestötoiminta, elinolojen, suvaitsevaisuuden ja samanarvoisuuden kohentaminen maailmanlaajuisesti ovat vahva näyttö eettisestä osaamisesta ja sairaanhoitajuuden sisäistämisestä. (Sairaanhoitajat, 1996)

Opinnäytetyössämme pyrittiin osoittamaan eettisyyttä ja ammattitaitoa kansainvälistä yhteistyötä kunnioittaen. Ensiapuopasta suunnitellamme, pyrittiin ekologisuuteen ja taloudellisuuteen, jolla ensiapuoppaan käyttöikä ja tilaajan mahdollisuus tuottaa sitä jatkossa mahdollistuu. Valitsimme kuvat, joita on luvallista liittää ja jakaa kansainvälisesti rikkomatta tietoturvaa ja käyttäjänoikeuksia. Käytimme luotettavia, uskottavia ja näyttöön perustuvia, kansainvälisiä lähteitä mahdollisimman ymmärrettävästi ja plagioimatta tekstiä. Toki on sanomattakin selvää, että tietyt oh-

jeistukset ja lukemat ovat yksiselitteisiä, eikä niitä pysty toisin ilmaisemaan. Nämä tarkat kirjaukset valitsimme harkitusti. Tekijänoikeus ei anna suojaa idealle, tietosisällölle tai teorialle. Se suojaa vain teoksen omaperäistä ilmaisumuotoa. Näin ollen teoksien tieto ja teoria, ovat vapaasti käytettävissä, ja niitä oli luvallista käyttää tässä ensiapuoppaassa. (Sanasto, n.d.) Lähdetietoon on viitattu asianmukaisesti, jotta tiedon alkuperään pääsee tarvittaessa käsiksi.

Emme ota ensiapuoppaassa kantaa uskonnollisiin, poliittisiin, kulttuurillisiin, emmekä kasvatuksellisiin seikkoihin. Kulttuurien välinen yhteistyö ja kehitysyhteistyö ovat paikoitellen vielä alkavia ja arkojakin aiheita. Pyrimme tuottamaan luotettavan ja perusturvaa tuovan ensiapuoppaan, jota kulttuurista ja uskonnosta riippumatta voivat kaikki käyttää. Ensiapuoppaan ei ole tarkoitus kertoa, kuinka elää, vaan auttaa ihmisiä pitämään huolta toisistaan.

Lähteinä käytimme tutkittua tietoa, Terveysporttia ja muita luotettavien toimijoiden tietokantoja, kuten WHO ja Punainen risti. Nämä toimijat ovat auktoriteetiltaan tunnettuja ja uskottavia. Lisäksi ne ovat sitoutumattomia ja eivätkä tavoittele rahallista hyötyä. Pyrimme käyttämään sellaisia lähteitä, joissa on lähdemerkinnät ja joissa mainitaan ne tutkimukset, joihin sen tieto pohjautuu. Käytetyt lähteet olivat pääosan alle 10 vuotta vanhoja, mutta osan tiedosta otimme vanhemmistakin lähteistä, koska tuoreempaa tietoa emme löytäneet. Tiedon paikkansapitävyys arvioitiin kuitenkin tarkasti.

Koronapandemian aikana oli liikkeellä paljon väärää tietoa, jolloin lähdekriittisyydestä huolehtiminen korostui yleisesti ihmisten keskuudessa. Kenian punaisen ristin sosiaalisen median perusteella heidän työntekijänsä kiersivät fyysisesti erityisesti maaseudulla ja slummialueilla levittämässä tietoa ja faktoja koronavirukseen liittyen, koska moni ei luotettavaa tietoa muulla tavoin saanut. He jakoivat myös ohjelehtisiä aiheesta. Näidenkin perusteella kirjallinen ensiapuopas on Keniassa vielä ihan tarpeellinen.

Työmme luotettavuutta lisää se, että aiheista etsittiin tietoa useasta eri lähteestä. Sama asia tarkistettiin useimmiten vähintään kahdesta lähteestä. Eli tiedon paikkansapitävyys tarkistettiin, eikä luotettu yhteen lähteeseen. Jos jostain asiasta oltiin eri mieltä eri lähteissä, valittiin tuoreimman ja vahvimman näytön tieto, tai kohderyhmällemme hyödynnettävä vaihtoehto. Esimerkiksi palovamman huuhteluun valittiin käytettäväksi haalea vesi, eikä kylmästä vedestä edes mainittu, koska sitä on harvemmin saatavilla puhtaana. Kenian ensiapuhjeistuksia haluttiin suosia, mutta niitä ei juurikaan löytynyt.

6.2 Johtopäätökset ja arviointi

Teoriatietoa kerätessämme ensiapuoppaan tarpeellisuus vahvistui prosessin aikana. Sen huomattiin olevan hyödyllinen ja toimiva ratkaisu edistämään ensiaputaitoja. Makongenissa tarvitaan ensiaputaitoja ja olemassa olevat taidot ovat monin tavoin vielä puutteelliset. Ensiapuoppaamme avulla perheet pystyvät paremmin hoitamaan lasten tapaturmia ja infektioitauteja tutkitun tiedon perusteella. Infektiotautien ja tapaturmien yleisyys, puhtaan veden puute sekä huono hygienian taso vaikuttavat merkittävästi terveyteen. Näihin vaikuttaa myös puutteellinen tieto ja elinolosuhteet. Ensiapuoppaan myötä Makongenin asukkaat saavat toimivat ja tehokkaat ensiapu- ja hoito-ohjeet yleisimpiin lasten ensiapua ja hoitoa vaativiin tilanteisiin. Se auttaa myös arvioimaan hoidon ja terveydenhuollon ammattilaisen luo hakeutumisen tarvetta.

Työnjako opinnäytetyötä tehdessämme toimi niin, että yhdessä määrittelimme tarkoituksen ja tavoitteen, teimme suunnitelman, ja jaoimme aiheet, joista kirjoitimme teoriaa erikseen. Tämän jälkeen aloimme yhdessä koota ensiapuopasta, kun teoriaosuus oli kirjoitettu. Ensiapuoppaan teon jälkeen opinnäytetyön kirjoitustyö jaettiin siltä osin, mitä tuossa vaiheessa oli vielä tehtävänä. Tämän jälkeen käytiin yhdessä koko opinnäytetyön tekstiä useaan otteeseen läpi, ja sitä muokattiin tarpeen mukaan sekä tarkistettiin viite- ja lähdemerkinnät. Työskentely yhdessä sujui mutkattomasti ja tasapuolisesti. Suurempia haasteita ei tullut eteen.

Kestävän kehityksen periaatteet toteutuivat opinnäytetyössä siltä osin, kun ne olivat toteutettavissa. Sosiaalisesti kestävän kehityksen osalta tuomme tietoa sellaisten ihmisten saataville, jotka eivät siihen helposti itse pääse käsiksi. Tämän tiedon avulla, he pystyvät edistämään lasten terveyttä ja hyvinvointia. Opettamalla näitä ensiapuoppaan taitoja myös lapsille, tuetaan kestävää kehitystä, kun nämä lapset kasvaessaan osaavat ensiaputaitoja, joista on hyötyä kaikille. Näin hyvinvointi siirtyy sukupolvelta toiselle, ja yhteiskunnan tasollakin tapahtuu kehitystä parempaan ja vastuullisempaan suuntaan. Kun ensiaputaitoja tuodaan maaseudulla asuvien köyhien saataville, pystytään vähentämään eriarvoisuutta paikallisella sekä taloudellisella tasolla.

Mietimme, onko ensiapuoppaassamme kohderyhmän mielestä liian herkin perustein ohjeistettu hakeutumaan terveydenhuoltoon. Emme kuitenkaan voi antaa opinnäytetyömme teoriapohjasta poikkeavia ohjeita, joten jokaisen täytyy itse arvioida, toimiiko, kuten ensiapuoppaassa kehoitetaan. Toivomme, että he eivät kuitenkaan ajattele, että länsimaiset ohjeistavat näin, koska heidän on niin paljon helpompi hakeutua hoitoon. Ymmärrämme maaseudulla asuvien köyhien haasteet hoitoon pääsyssä, mutta se ei ensiapuoppaasta saada välittymään.

Ammatillinen kehittyminen opinnäytetyöprosessin aikana tapahtui huomattavasti, koska työskentely oli niin mielekästä ja innostavaa. Perinteisen tutkimuksen tekemisestä emme niinkään oppineet, mutta kehitystyöskentelystä sitäkin enemmän. Kehityimme tiedonhaussa ja tutkitun tiedon hyödyntämisessä ja soveltamisessa. Uskommeikin kehittämistyön olevan suurempi osa työtämme tulevaisuudessa, vaikka siihenkin usein liittyy perinteistä tutkimusta, kuten määrällistä tai laadullista tutkimuksen tekemistä. Arvostamme kuitenkin tämän opinnäytetyöprosessin aikana oppimiamme asioita niin Kenian terveydenhuollosta, ensiapuoppaan teosta kuin ensiaputoimista. Koska olemme opinnoissa syventyneet nimenomaan kriittisesti sairaan hoitoon, on oppimistamme ensiaputaidoista hyötyä tulevaisuudessa. Opinnäytetyö auttoi myös ajattelemaan asioita muiden näkökulmasta, että kaikilla ei ole samanlaisia mahdollisuuksia esimerkiksi hoitoon, hoitovälineisiin tai edes meille itsestään selvään puhtaaseen veteen. Se, että ymmärtää ihmisten elävän erilaisissa olosuhteissa ja kulttuureissa, kehittää kulttuurista kompetenssia.

6.3 Jatkosuunnitelma ja jatkotutkimusaiheet

Olisi mielenkiintoista selvittää toteutuiko tavoitteemme eli edistettiinkö tämän ensiapuoppaan avulla lasten hyvinvointia ja onko siitä ollut hyötyä tilaajalle ja kohderyhmälle. Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää, kuinka laajasti ensiapuopas on otettu käyttöön ja miten se on otettu vastaan. Näitä voisi selvittää esimerkiksi haastattelemalla HSH:n henkilöstöä. QRS-koodin avaamista voi seurata, jolloin saisimme tiedon lisätiedon hakijoiden määrästä, sekä niistä, jotka ovat kiinnostuneet tietämään, mihin ensiapuoppaan tieto perustuu.

Saimme tilaajalta jatkojalostusehdotuksen, että ensiapuoppaaseen voisi tehdä vaiheittaiset kuvalliset sekä selkokieliset ohjeistukset ensihoitotoimenpiteistä. Tämä sen vuoksi, että Makongeniissa on vanhempia, joiden lukutaito on heikkoa, eivätkä he pysty kunnolla ymmärtämään tekemämme ensiapuoppaan tekstiä. Tällaisen kuvallisen ohjeistuksen tekemiseen tarvitsisi kuvittajan tai muun vastaavan yhteistyötä, joten siihen emme me pystyneet.

Samantyyllisen ensiapuoppaan voisi tehdä myös lapsille suunnattuna, jossa asiat esitetään ja kuvitetaan niin, että lapsetkin innostuvat opettelemaan ensiaputaitoja ja osaisivat oppaan avulla niitä antaa tarvittaessa. Toisena kehityshankkeena voisi tehdä oppaan, jossa kerrotaan, kuinka voidaan ennaltaehkäistä lasten tapaturmia ja infektioitauteja. Tämä olisi toisaalta järkevämpi tehdä koulutuksen muodossa, jonka tueksi voisi laatia oppaan.

Toivomme Home Street Home -järjestölle loistavaa tulevaisuutta ja menestystä heidän tavoitteessaan rakentaa Makongeniin klinikka. Uskomme sen edistävän kylän asukkaiden terveyttä ja lasten hyvinvointia yhdessä

Kenian valtion tavoitteiden kanssa. Arvostamme järjestön toimintaa ja haluammekin kiittää heitä opinnäytetyömme tilaajana. Toivomme yhteistyön olleen yhtä antoisa heille, kuin se oli meille.

LÄHTEET

AboutKidsHealth. (2011). Normal saline solution: How to prepare at home. Haettu 16.3.2020 osoitteesta <https://www.aboutkidshealth.ca/article?contentid=3040&language=english>

Airaksinen, T. & Vilkkä, H. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Tammi.

American Heart Association. (n.d.). Part 15: First Aid. Haettu 19.3.2020 osoitteesta <https://ecguidelines.heart.org/circulation/aha-red-cross-first-aid-guidelines/part-15-first-aid/>

Armstrong, V., Davidson, S., Davis, I., Holloway, D., McGowan, J., Wilkins, T., R.Goldmann, D., R.Walker, A, Cunningham, J, Project Editor Bolus, A., Senior Designer Mills, T., Creative Director Brown, A. & Managing Editor Lebetz, A. (2003). *Home Emergency Guide*. London: DK Publishing.

Belgian Red Cross. (2017). Basic first aid for Africa, Belgian Red Cross. Haettu 7.3.2020 osoitteesta <https://www.rodekruis.be/storage/en/bfa-africa-rodekruisvlaanderen.pdf>

Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. (2017a). Haavat ja verenvuodot. Haettu 15.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00007

Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. (2017b). Tuki- ja liikuntaelinten ja pään vammat. Haettu 16.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00008

Chinkhumba, J. & Chibwana, A. (2010). Responses of caregivers to children under the age of five with fever and living in areas where malaria is endemic: a systematic review of qualitative studies. *JB Library of Systematic Reviews*, vol. 8 - Issue 13, ss. 520–588. Haettu 10.3.2020 osoitteesta doi: 10.11124/jbisrir-2010-129

CIA. (2017). Africa – Kenya. Haettu 20.3.2020 osoitteesta <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-fact-book/geos/ke.html>

Coates, G. (2010). Oral rehydration, a lifesaving treatment for dehydration due to any cause. Haettu 1.3.2020 osoitteesta <http://www.wanter-fall.com/Travel-Health/Oral-Rehydration.htm>

Cuttle L, & Kimble RM. (2010). First aid treatment of burn injuries. *Wound Practice & Research*, 18(1), ss. 6–13. Haettu 10.3.2020. CINAHL-tietokanta.

Dos and don'ts of first aid for burns. What to do and when. (2016). *Nursing Update*, 41(4), ss. 10–12. Haettu 10.3.2020. CINAHL-tietokanta.

Dunder, M. & Mäkelä, T. (2016). Anafylaktinen reaktio. *Lastentautien päivyestyskirja*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 17.3.2020. Terveysportti.

DynaMed (2018) EBSCO Information Services. 1995. Record No. T116529, *Concussion and Mild Traumatic Brain Injury*; [updated 2018 Nov 30]. Haettu 17.3.2020. Dynamed-tietokanta.

Elonen, E. & Kekki, J. (2018). Anafylaksian aiheuttajat ja oireet. *Akuuttihoito-opas*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 17.3.2020. Terveysportti.

Emergency Medicine Kenya Foundation. (n.d.). First Aid and Health. Haettu 2.3.2020 osoitteesta <https://www.emergencymedicinenkenya.org/firstaid/page/5/>

Emergency Medicine Kenya Foundation. (2017). Would you know what to do if your baby was choking? Haettu 15.3.2020 osoitteesta <https://www.emergencymedicinenkenya.org/would-you-know-what-to-do-if-your-baby-was-choking/>

ETENE (2001). Terveystenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Haettu 1.4.2020 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225746>

Freedman, N. (n.d.). Eight Ways to Prevent a Urinary Tract Infection. Blogijulkaisu n.d. Haettu 7.4.2020 osoitteesta <https://www.chla.org/blog/rn-remedies/eight-ways-prevent-urinary-tract-infection>

Google Maps. (2020). Reittihaku, Ukunda – Makongeni Primary school. Haettu 26.2.2020 osoitteesta <https://www.google.com/maps/dir/Makongeni+Primary+School,+Ukunda-Ramisi+Road,+Kwale,+Kenia/Ukunda,+Kenia/@-4.3436578,39.4694009,12z/data=!3m1!4b1!4m13!4m12!1m5!1m1!1s0x18404d08ce8d0cf1:0x8a34f15a856a57ba!2m2!1d39.517031!2d-4.39899!1m5!1m1!1s0x184045f950371c63:0xdd0680f05b13c443!2m2!1d39.565308!2d-4.2879181>

Guenova, E., Hoetzenecker, W. & Moehrle, M. (2013). Banana leaves: An alternative wound dressing material? *Expert Rev. Dermatol.* 8(5), ss. 439–440 (2013). Haettu 15.3.2020 osoitteesta DOI: <https://doi.org/10.1586/17469872.2013.835925>

Ham, A. & Butler, S. & Thomas, K. (2015). *Lonely Planet - Kenya*. Singapore: Lonely Planet Publications Pty Ltd.

Hannuksela-Svahn, A. (2014a). Leikki- ja kouluikäisten lasten atooppinen ekseema, taiveihottuma. Haettu 31.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00839

Hannuksela-Svahn, A. (2014b). Anafylaktinen reaktio (äkillinen yliherkkyysreaktio). Haettu 17.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00201

Hannuksela-Svahn, A. (2015). Märkärupi. Haettu 31.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00456

Hartikainen, J. (2014). Lapsen ja nuoren elvytys. Haettu 17.3.2020 osoitteesta https://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00089

Home Street Home ry. (2018a). Rescue Center. Haettu 24.2.2020 osoitteesta <http://www.homestreethome.fi/>

Home Street Home ry. (2018b). Meidän tiimi. Haettu 24.2.2020 osoitteesta <http://www.homestreethome.fi/tiimi/>

Home Street Home ry. (2018c). Violan tarina. Haettu 24.2.2020 osoitteesta <http://www.homestreethome.fi/violan-tarina/>

Home Street Home ry. (2018d). Toteutettu unelma. Haettu 24.2.2020 osoitteesta <http://www.homestreethome.fi/yhdistys/>

Hoppu, K. (2018). Lasten myrkytykset. *Lääkärin käsikirja*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 23.3.2020. Terveysportti.

Hyvärinen, R. (2005) Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. 121(16), ss. 1769-73. Haettu 24.2.2020 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo95167>

IFRC. (2016). International first aid and resuscitation guidelines 2016. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Haettu 29.2.2020 osoitteesta https://www.ifrc.org/Global/Publications/Health/First-Aid-2016-Guidelines_EN.pdf

IHME. (2017). GBD compare. Haettu 24.2.2020 osoitteesta <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

International Federation for Emergency Medicine. (2020). Dr Benjamin Wachira shares his story of life as an Emergency Medicine Physician in Kenya. Haettu 27.2.2020 osoitteesta <https://www.ifem.cc/dr-benjamin-wachira-shares-his-story-of-life-as-an-emergency-medicine-physician-in-kenya/>

Jalanko, H. (2017). Rokkotaudit. Haettu 2.4.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00022&p_hakusana=rokko

Jalanko, H. (2019a). Tietoa potilaalle: Kuume lapsella. *Lääkärikirja Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 31.3.2020. Terveysportti.

Jalanko, H. (2019b). Tietoa potilaalle: Kuumekeuhkokuume. *Lääkärikirja Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 31.3.2020. Terveysportti.

Jalanko, H. (2019c). Palovamma lapsella. Haettu 29.2.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00464

Jalanko, H. (2019d). Tietoa potilaalle - Nenäverenvuoto lapsella. *Lääkärikirja Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 23.3.2020. Terveysportti.

Jalanko, H. (2019e). Vierasesinetapaturmat lapsilla. Haettu 15.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00423

Jalanko, H. (2019f). Tietoa potilaalle – korvatulehdus lapsella. *Lääkärikirja Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 19.3.2020. Terveysportti.

JB. (2017). Recommended Practice. Epistaxis: Management. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2017; JBI2406. Haettu 23.3.2020 osoitteesta http://ovidsp.dc1.ovid.com.ezproxy.hamk.fi/sp-4.04.0a/ovidweb.cgi?&S=DKBAFPLIBCACHIAAKPBKNEHOPAIOAA00&Link+Set=S.sh.21%7c1%7csl_190

Kenya Red Cross. (2012). First Aid Manual Kenya Red Cross. Nairobi: Training Unit, Kenya Red Cross.

Kenya Red Cross. (2018). Kenya Red Cross App. Haettu 2.3.2020 osoitteesta <https://www.redcross.or.ke/home>

Koivisto, T. & Luoto, T. (2018). Lievä aivovamma. *Lääkärikirja Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 10.3.2020. Terveysportti.

Korhonen A., Jylhä V., Korhonen T. & Holopainen A. (2018). *Näyttöön perustuva toiminta - Tarpeesta tuloksiin*, Moodle. Hämeen ammattikorkeakoulu. Haettu 29.2.2020 osoitteesta <https://moodle.hamk.fi>

Kun korva on kipeä (äkillinen välikorvatulehdus lapsilla). Käypä hoito -suositusten Välikorvatulehdus (lasten äkillinen) potilasversio. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 19.3.2020). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. (2009). Hyvä potilasohje edistää potilasturvallisuutta. *Suomen potilas lehti* 02/2009. Haettu 1.3.2020 osoitteesta http://www.potilasliitto.fi/lehti/Potilaslehti_2_09.pdf

Martin, I. & Wachira, B. (2011). The state of emergency care in the Republic of Kenya. *African Journal of Emergency Medicine* (2011) 1, ss. 160–165. Haettu 24.2.2020 osoitteesta <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2011.10.008>

Mayers, T. (2014). First Aid for Rural Communities – Adapted for Western Kenya. Haettu 10.3.2020 osoitteesta <https://villagevolunteers.org/wp-content/uploads/2011/07/Kenyan-First-Aid.pdf>

Ministry of Public Health and Sanitation & Ministry of Medical Services Kenya. (n.d.). Kenya Health Policy 2012–2030. Haettu 19.3.2020 osoitteesta <https://www.healthresearchweb.org/files/KenyaHealthpolicyfinal-version.pdf>

Ministry of Public Health and Sanitation & Ministry of Medical Services Kenya. (2010). National Guidelines for the Diagnosis, Treatment and Prevention of Malaria in Kenya. Haettu 10.3.2020 osoitteesta https://www.thecompassforsbc.org/sites/default/files/project_examples/Kenya_Malaria_Tx_Guideline_2010.pdf

Ministry of Health. (2013). National Policy Guidelines on Immunization 2013. Haettu 31.3.2020 osoitteesta <http://e-cavi.com/wp-content/uploads/2014/11/KENYA-NATIONAL-POLICY-ON-IMMUNIZATION-2013.pdf>

Ministry of Health. (2017). Kenya national violence and injury prevention and control action plan 2018 – 2022. Haettu 24.2.2020 osoitteesta <http://academia-ke.org/library/download/moh-kenya-national-violence-and-injury-prevention-and-control-action-plan-2018-2022-2017/?wpdmdl=7119&refresh=5e8dab60645ae1586342752>

Maconochie, I. K., Bingham, R., Eich, C., López-Herce, J., Rodríguez-Núñez, A., Rajka, T., Van de Voorde, P., Zideman, D. A., Biarent, D., Monsieurs, K. G. & Nolan, J. P. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 6. Paediatric life support. Resuscitation. *Official Journal of the European Resuscitation Council*, vol. 95, ss. 223–248. Haettu 19.3.2020 osoitteesta <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.028>

Oikkonen, M. (2019). Hoida ja ehkäise virtsatietulehdus näin – lääkäri neuvo. Haettu 7.4.2020 osoitteesta <https://www.aava.fi/artikkeli/hoida-ja-ehkaise-virtsatietulehdus-nain-laakari-neuvoo>

O'Donnell, O. (2007). Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(12), ss. 2820-2834. Haettu 24.2.2020 osoitteesta <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001200003>

Peltoniemi, O. & Kaisti, K. (2010). Lapsen nesteytys tehohoidonaikana. *Finnanest* 2010 (4), ss. 302–309. Haettu 31.3.2020 osoitteesta http://www.finnanest.fi/files/peltoniemi_lapsen.pdf

Pihlström, S. (2018). Nykypäivän pseudotiedettä. Haettu 15.3.2020 osoitteesta <https://etiikka.fi/nykypaivan-pseudotiedetta/>

Porritt, K. Evidence Summary. Envenomation: Snake Bite Diagnosis and Initial Treatment. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2019; JBI186. Haettu 9.3.2020 osoitteesta http://ovidsp.dc1.ovid.com.ezproxy.hamk.fi/sp-4.04.0a/ovid-web.cgi?&S=EAMKFPALIHACJJAEPBKCFFHODKCHAA00&Link+Set=S.sh.50%7c8%7csl_190

Punainen Risti. (n.d.). Henkinen ensiapu. Haettu 19.3.2020 osoitteesta <https://www.punainenristi.fi/ensiapuhjeet/henkinen-ensiapu>

Raitanen, S. & Kinnunen, P. (2017a). Lapsen kuumekouristuksen hoito. *Sairaanhoidajan käsikirja*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 31.3.2020. Terveysportti.

Raitanen, S. & Kinnunen, P. (2017b). Lasten myrkytykset. *Sairaanhoidajan käsikirja*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 23.3.2020. Terveysportti.

Republic of Kenya. (2017). Kenya Gazette supplement. Haettu 24.2.2020 osoitteesta <http://kenyalaw.org/kl/fileadmin/pdfdownloads/Acts/HealthActNo.21of2017.pdf>

Saarelma, O. (2019a). Palovamma. Haettu 29.2.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00316

Saarelma, O. (2019b). Haava. Haettu 15.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00215

Saarelma, O. (2019c). Alaraajan murtumat. Haettu 16.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00193

Saarelma, O. (2019d). Lihasrevähdys ja lihaskouristus. Haettu 16.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00295

Sairaanhoitajat (1996). Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Haettu 1.4.2020 osoitteesta <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>

Salonen, K. (2013). Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Haettu 28.2.2020 osoitteesta <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sanasto. (n.d.). Tietoa tekijänoikeuksista. Haettu 26.4.2020 osoitteesta <https://www.sanasto.fi/tietoa-tekijanoikeuksista/>

Seppänen, M. (2018). Silmätulehdus. Haettu 19.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01062

STATISTA. (2018). Kenya. Age structure from 2008 to 2018. Haettu 23.3.2020. Statista-tietokanta.

Suomen punainen risti. (n.d.) Kenia. Haettu 21.2.2020 osoitteesta <https://www.punainenristi.fi/node/2033>

Suomen YK-liitto. (2017). Kenia. Haettu 26.2.2020 osoitteesta <https://www.globalis.fi/Tilastot?country=262#group-by-letter>

Tagg, A. (2015). Inhaled foreign bodies. Haettu 15.3.2020 osoitteesta <http://dontforgetthebubbles.com/blow-up-your-balloon/>

TAYS. (2019). Keittosuolataitosten käyttö ärtyneellä sädehoitoalueella. Tampereen yliopistollinen sairaala. Haettu 16.3.2020 osoitteesta [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Syopataudit/Keittosuolataitosten_kaytto_artyneella_s\(13649\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Syopataudit/Keittosuolataitosten_kaytto_artyneella_s(13649))

Terveyskylä. (2019a). Haavojen puhdistus ja tulehtumisen esto. Haettu 16.3.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/haavatalo/tietoa/akuuttit-haavat/akuuttien-haavojen-hoidosta/haavojen-puhdistus-ja-tulehtumisen-esto>

THL. (2019). Sosiaalisesti kestävä kehitys. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Haettu 19.3.2020 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/tavoitteet/sosiaalisesti-kestava-kehitys>

Terveyskylä. (2019b). Lapsen sidekalvotulehdus. Haettu 19.3.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/silmasairaudet/lapset-ja-nuoret/lapsen-ja-nuorten-silm%C3%A4sairauksia/muita-silm%C3%A4sairauksia/lapsen-sidekalvotulehdus>

Timonen, S. (2014). THL – Matkailija terveysopas. Myrkylliset puremat tai pistot. Haettu 9.3.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/ktl.mat?p_selaus=54742

Uhari, M. & Jahnukainen, T. (2016). Virtsatieinfektio. *Lääkärikirja Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 17.3.2020. Terveysportti.

Uhari, M. (2018). Lapsen virtsatietulehdus. *Lääkärikirja Duodecim*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 7.4.2020. Terveysportti.

UIS. (2018). Kenya. UNESCO Institute of Statistics. Haettu 9.3.2020 osoitteesta <http://uis.unesco.org/en/country/ke>

Ulkoministeriö. (n.d.). Suomen kehitysyhteistyö Keniassa. Haettu 21.2.2020 osoitteesta <https://um.fi/kehitysyhteistyö-kenia>

UNICEF (n.d.). Sanitation and hygiene. Haettu 23.3.2020 osoitteesta <https://www.unicef.org/esa/sanitation-and-hygiene>

UNICEF. (2018). Situation Analysis of Children and Women in Kenya, 2017. Haettu 23.3.2020 osoitteesta <https://www.unicef.org/kenya/media/136/file/SITAN-report-2017-pdf.pdf>

UNICEF. (2019a). Kenya. Key demographic indicators. Haettu 23.3.2020 osoitteesta <https://data.unicef.org/country/ken/>

UNICEF. (2019b). Diarrhoeal disease. Haettu 1.3.2020 osoitteesta <https://data.unicef.org/topic/child-health/diarrhoeal-disease/>

USAID. (n.d.). Health, population and nutrition. Haettu 27.2.2020 osoitteesta <https://www.usaid.gov/kenya/global-health>

Van de Velde, S., De Buck, E., Vandekerckhove, P., & Volmink, J. (2011). Evidence-based African first aid guidelines and training materials. *PLoS medicine*, 8(7), e1001059. Haettu 29.2.2020 osoitteesta <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001059>

Vilkka, H. (2015). Tutkimusetiikka. E-kirjassa *Tutki ja kehitä*. Haettu 28.2.2020. Ellibslibrary-tietokanta.

Wallenius, V. (2020). Whatsapp-keskustelu. 31.3.2020

WHO. (2010). Guidelines for the Prevention and Clinical Management of Snakebite in Africa. World Health Organization. Haettu 9.3.2020 osoitteesta <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204458/9789290231684.pdf;jsessionid=7CA8CE549F86747BCF671300DDB639A9?sequence=1>

WHO. (2014). WHO Country Cooperation Strategy Kenya: medium-term support strategy 2014–2019. World Health Organization. Haettu 27.2.2020 osoitteesta <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246158>

WHO. (2015) Malaria. World Health Organization. Haettu 10.3.2020 osoitteesta https://www.who.int/ith/ITH_chapter_7.pdf

WHO. (2017a). Primary Health Care Systems (Primasys) – Case study from Kenya. World Health Organization. Haettu 15.3.2020 osoitteesta https://www.who.int/alliance-hpsr/projects/alliancehpsr_ken-yaabridgedprimasys.pdf?ua=1

WHO. (2017b). Diarrhoeal disease. World Health Organization. Haettu 1.3.2020 osoitteesta <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

WHO. (2019a). Sanitation. World Health Organization. Haettu 23.3.2020 osoitteesta <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sanitation>

WHO. (2019b). Snakebite envenoming. Haettu 9.3.2020 osoitteesta <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/snakebite-envenoming>

WHO. (2020). Countries - Kenya. World Health Organization. Haettu 21.2.2020 osoitteesta <https://www.who.int/countries/ken/en/>

Wikimedia Commons. (2004). Recovery position.jpg. Haettu 2.4.2020 osoitteesta https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Recovery_position.jpg

Wikimedia Commons. (2008). Coconut (PSF). jpg. Haettu 6.4.2020 osoitteesta [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Coconut_\(PSF\).jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Coconut_(PSF).jpg)

Wikimedia Commons. (2011). Poster "Stop microbes wash your hands".jpg. Haettu 3.4.2020 osoitteesta https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Poster_%22Stop_microbes_wash_your_hands%22.jpg

Wikimedia Commons. (2019a). Jaw-thrust-maneuver.jpg. Haettu 3.4.2020 osoitteesta <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Jaw-thrust-maneuver.jpg>

Wikimedia Commons. (2019b). Chest-compression-hand-placement.jpg. Haettu 3.4.2020 osoitteesta <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Chest-compression-hand-placement.jpg>

Wikimedia Commons. (2020a). Application of Pressure Dressing.svg. Haettu 3.4.2020 osoitteesta https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Application_of_Pressure_Dressing.svg

Wikimedia Commons. (2020b). Abdominal thrusts against choking.jpg. Haettu 3.4.2020 osoitteesta https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Abdominal_thrusts_against_choking.jpg

Wikimedia Commons. (2020c). Splinting-an-arm.png. Haettu 3.4.2020 osoitteesta <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Splinting-an-arm.png>

World Bank. (2013). Kenya economic update. Haettu 23.3.2020 osoitteesta <https://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Africa/Kenya/kenya-economic-update-june-2013.pdf>

FIRST AID FOR FAMILIES

FIRST AID FOR FAMILIES



IN EMERGENCY CALL 999

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION.....	3
1 WOUNDS	4
2 BURNS	6
3 DIARRHOEA.....	8
4 FEVER, MALARIA, SCARLET FEVER.....	9
5 RASHES AND POX DISEASES	10
6 CHOKING	12
7 EYE INFECTION	13
8 ALLERGIC REACTION.....	14
9 EAR INFECTION	15
10 URINARY TRACT INFECTION (UTI).....	15
11 BITES.....	16
12 POISONING	17
13 INJURIES TO MUSCLE, JOINTS, AND LIMPS	18
14 NOSEBLEEDS	19
15 CONCUSSION	20
16 UNCONSCIOUSNESS	21
17 CPR	22

INTRODUCTION

This first aid manual gives you studied information about children's first aid. It is made by two nursing students from Häme University of Applied Sciences Finland in 2020 in association with Home Street Home organization. Our mutual aim is to help families and to improve children's health.

Keep this manual in a place that you find it easily. Read it carefully and you will know what to do in an emergency.

In emergency situations remember

- to stay calm, emphatic and friendly
- to make the environment safe
- not to move a person who has had spinal injury
- to keep the injured person warm for example with a blanket but don't heat him/her too much
- to keep audience away
- not to give food or drinks if the injury is severe
- maintain good hygiene → wash your hands with water and soap before and after helping someone if possible
- if you have single use gloves, use them when dealing with secretion for example blood
- avoid touching a wound for no reason

With children

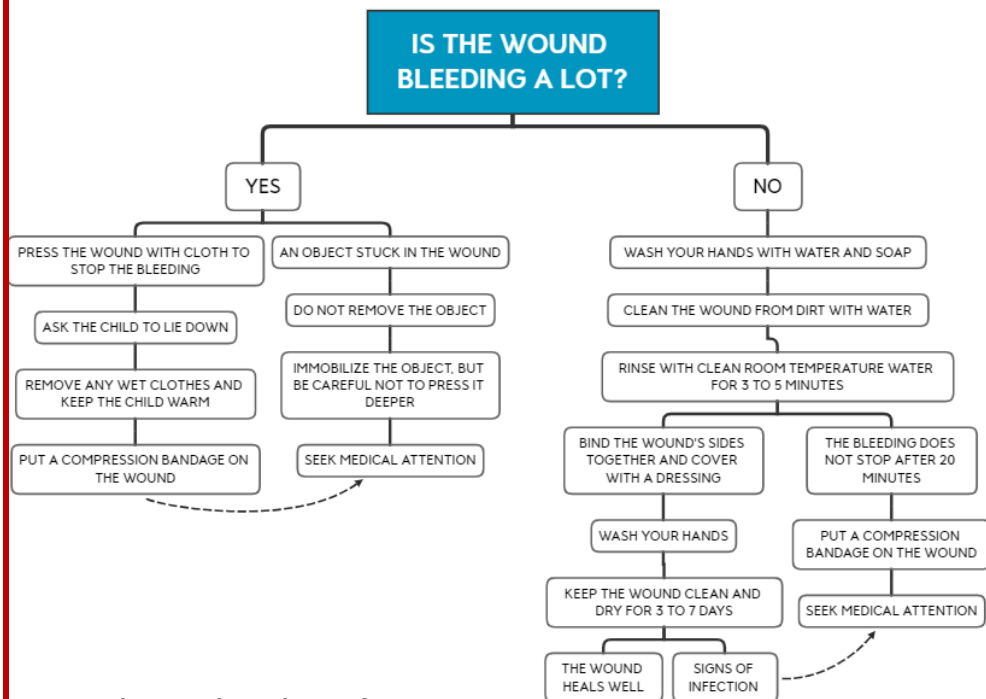
- make the child feel safe → comfort them
- talk calmly and clearly → tell what you are doing
- try to distract child's attention away from the injury
- don't lie → answer the child's questions with the truth
- never leave an injured child alone or take them away from a trusted person for example mother or father

1 WOUNDS

Everybody should have valid tetanus vaccination.

Symptoms

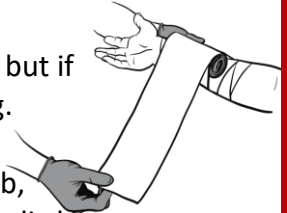
- skin damage, bleeding
- pain or swelling



What to do at home?

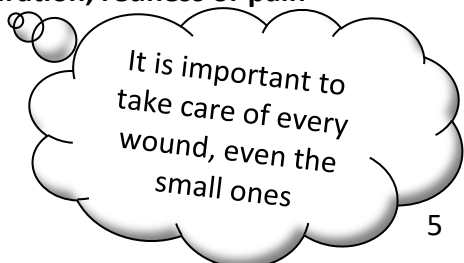
- Always use clean, body temperature water. Water is clean when it is good for drinking. You can also use normal saline and prepare it at home, see recipe from page 11.
- You can use banana leaves or potato peels as a wound dressing to cover the wound. Boil the banana leaves or potatoes for 15 minutes and cool them before use.
- DO NOT put anything inside a wound.
- Avoid fly's touching the wound.

- The compression bandage needs to be tight but if it's too tight it can stop the blood circulating. If the limb under the compression bandage starts to swell, change the color or feel numb, it means the bandage is too tight. Loosen it a little.
- If the wound is bleeding a lot, child can get in a shock. Signs of shock are dizziness, pale skin, sweating, shivers, nausea, rapid breathing. Shock can lead to unconsciousness
→ lay the child down and comfort her/him



Other situations when to seek medical attention

- if the wound
 - is on the stomach or the child has been hit hard on the stomach
 - is bigger than half the size of the child's hand
 - is open or irregular shape
 - is on the face, near eyes or genitals
 - has dirt on it and you cannot remove the dirt
 - has urine or feces on it
 - has come from an animal or human bite or scratch
 - is deep and near sensitive organs like lungs or throat
- the child has diabetes or immunodeficiency
- the child cannot feel the wound or had difficulties moving the limb where the wound is
- if a body part, like finger, is cut off → take it to the hospital with the child. Put it somewhere where it stays clean and put into a cold water.
- if you see any **signs of infection like swelling and hotness around the wound, maturation, redness or pain**

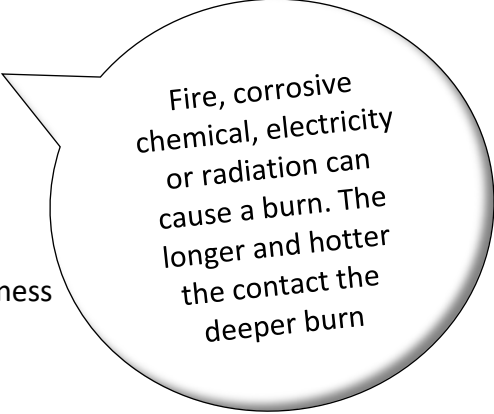


2 BURNS

Keep the children away when you are cooking.
Keep the chemicals and fire tools away from children.

Symptoms

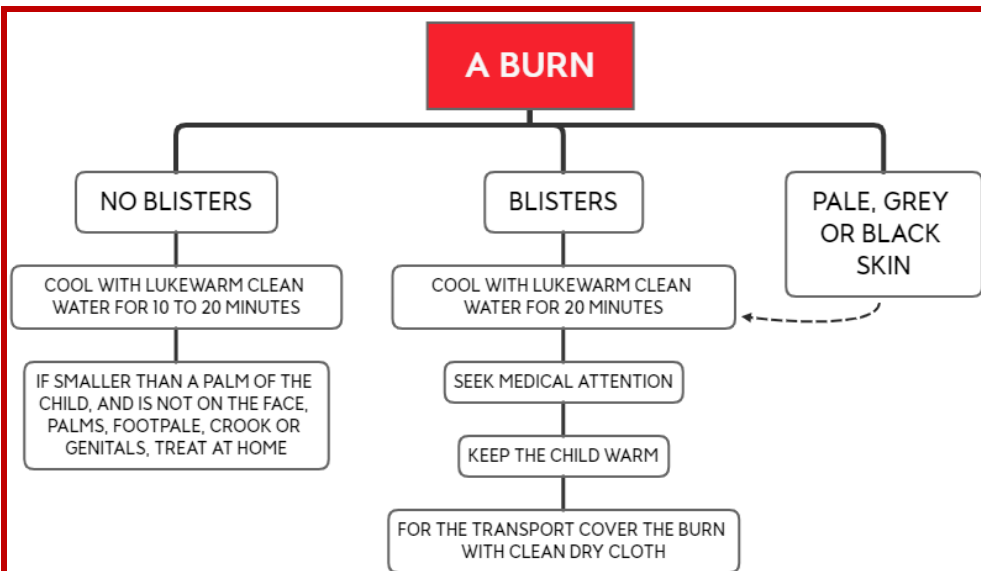
- 1st degree burn:
 - red skin
 - pain
 - burning feeling
 - swelling
 - no blisters or numbness
- 2nd degree burn:
 - blisters
- 3rd degree burn:
 - deeper burn
 - pale, grey or black skin
 - numbness of the skin
- with electrical burns the skin may look normal but there might be damage in the deeper skin tissue



Fire, corrosive chemical, electricity or radiation can cause a burn. The longer and hotter the contact the deeper burn

What to do at home?

- stay calm and cool the burn as soon as possible, see page 7
- get away from the fire
- if the clothes are on fire DO NOT run or shout! → **Stop, go down, cover the mouth and roll on the ground** to put off the fire. Practice this with children.
- if the child is attached to electricity, switch off the power or use a wooden stick to detach the child from the electricity before helping. Be careful!



When do you need a hospital?

- a child has been breathing smoke or fire gas
- the burn area is more than the size of the child's palm
- the burn is deep, 3rd degree
- the child cannot feel the burn area
- there are clothes stick to the burn
- after one day there is yellow discharge on the burn, it smells bad or the child has fever
- caused by electricity

! DO NOT use any lotions or creams especially with 2nd and 3rd degree burns !

With small 1st degree burns, you can reduce the pain with wet cloth, honey or Aloe Vera

3 DIARRHOEA

Can be prevented with good hygiene and pure nutrition.

Symptoms

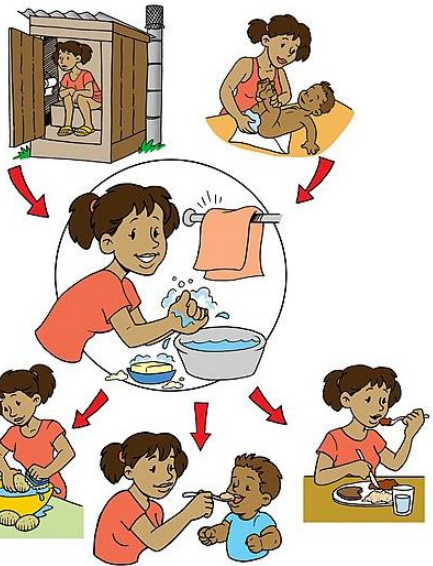
- more than 3 runny stools per day, lasts 1 day to 2 weeks
- stomach pain, nausea or
- fever

What to do at home?

- keep the child hydrated, give fluids to drink
- and/or use oral rehydration salts (ORS), you can make the drink yourself, see page 9
- keep the child's nutrition as normally as possible

When do you need a hospital?

- fever up to 38 degrees, vomiting, blood in stool
- consciousness varies
- the child doesn't pee
- strong stomach pain that lasts more than 4 hours
- diarrhoea lasts longer than two weeks or
- general health decreases



Has the nutrition changed somehow?
Has the child eaten something new or possibly contaminated food?

4 FEVER, MALARIA, SCARLET FEVER

Sleep under a mosquito net.

Symptoms

- fever (in malaria intermittent and high)
→ high fever can cause the child febrile convulsions
- hot skin
- shivers
- headache, muscle ache
- nausea, stomach pain
- general weakness
- diarrhoea or vomiting

*In febrile convulsion
child is unconscious,
arms and legs are
twitching and the
muscles are stiff*

What to do at home?

- keep the child's nutrition as normal as possible
- keep the child hydrated (fever increases the need of fluids)
→ give fluids, coconut water or hydration drink
- let the child rest

When do you need a hospital?

- seek medical attention to find out the cause of the fever and to get medicine
- febrile convulsion is always a reason to go to a hospital
- if symptoms of Scarlet fever like red glowing and burning skin on the face and body, red and swollen tongue
→ medical treatment is necessary

HYDRATION DRINK

1 liter pure and boiled water

1 teaspoon sugar

1 teaspoon salt

→ let cool down



5 RASHES AND POX DISEASES

Keep other children away from a child who has pox disease.
Vaccinate children according to the official schedule.

Symptoms of measles

- high fever
- runny nose
- cough
- red and watery eyes
- small white spots inside the mouth
- rash and roughness on the skin starting from face and neck, spreading down the body

Symptoms of impetigo

- reddish sores on the skin, often around lips and nose
- develops to blisters that ooze and bursts forming a yellowish crust
- sometimes fever

! Highly contagious, can transmit via droplets from the nose, mouth or throat of infected child !

What to do at home?

- wash your hand before and after treating a child
- keep nutrition as normal as possible
- keep hydrated, see page 9 for hydration instructions
- let the child rest
- rinse red eyes with room temperature clean water

When do you need a hospital?

- the child doesn't drink or eat for some time
- the child is very sleepy
- a lot of vomiting or has diarrhoea
- the child has rapid pulse
- the child has febrile convulsions

- has pain in the ear or discharge coming out
- has ulcers inside the mouth
- has eye infection
- has bleeding spots on the skin
- when impetigo area is larger than 1-shilling coin

Atopic dermatitis is common with young children. It can appear in the crooks, buttocks, thighs or hands. The rash can be scabby, blotchy or flaky. It can infect easily if the child scratches it a lot. If the skin itches a lot and is bleeding, you should seek medical attention. Wash the skin with mild soap daily to ease the rash.

NORMAL SALINE RECIPE

1. Boil 1 liter of water for 15 minutes under cover
2. Add 1 tablespoon of salt while boiling
3. Cool down the water with a lid on
4. Use it has cooled down to a room temperature
5. Store in a clean glass jar with a lid
6. Use within 24 hours
7. Check the condition before use, if cloudy or looks dirty don't use it

Normal saline is good for cleaning a wound because it doesn't sting, and it has concentration similar to blood.

6 CHOKING

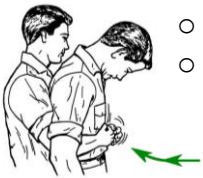
Don't let small objects lay around to avoid small children choking on them.

Symptoms

- coughing
- wheezing of breath
- trying to cough something out
- puts hands on the throat or
- the child cannot speak or make any noise

What to do at home?

- Helping under 1-year-old
 - put the child on your dominative hand, face up, legs towards your body, the head lower that the rest of the body
 - support the child's head with your two fingers
 - with your other hand's two fingers push 5 times to the chest
 - turn the child face down
 - support the head from the jaw with two fingers
 - carefully strike 5 times to the back
- Helping an older child
 - encourage to cough
 - if the cough is not effective strike to the back 5 times
 - grab the child from behind by putting your hands around her/him and grab your other wrist and pull back and up from under the chest as shown in the picture
 - after each pull check if the object has come out
- repeat these until the obstacle comes out and call 999
- only if you see the object in the mouth you can remove it but DO NOT try to pick the object otherwise because the object might go deeper by accident



- if the child's lips get blue and the child loses consciousness, start CPR, see page 22 for instructions

When do you need a hospital?

- when noticing the symptoms of choking like coughing or weening of breath
- when you have had to strike the child on the chest or back to help the breathing

7 EYE INFECTION

Symptoms

- eye discharge (yellow or white)
- red, itchy eye
- blurry vision
- discomfort or pain in the eye
- in allergic eye infection both eyes are usually infected and other allergy symptoms appear like irritation cough, atopic rash, runny nose

What to do at home?

- wash the hands often and tell the children not to touch their eyes because the infection can be transmitted
- wash the infected eye several times a day with clean warm water to get rid of the discharge

When do you need a hospital?

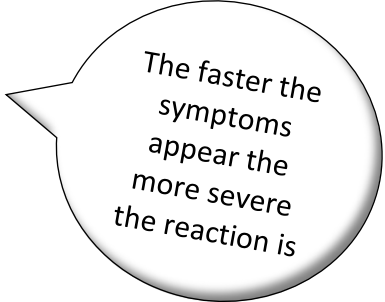
- the eye discharge doesn't stop after a few days
- the eye is painful
- the eye lids are swollen
- the eye vision weakens

8 ALLERGIC REACTION

Avoid insects and foods that are known to cause allergy.

First symptoms

- itchy, hot and reddish skin
- rapid pulse
- full feeling throat and chest
- urticaria/hives or
- nausea



The faster the symptoms appear the more severe the reaction is

Second symptoms

- swelling of lips, tongue and uvula
 - shortness of breath, wheezing of breath
 - barking cough
 - pain with swallowing
 - slurred talk
- can lead to unconsciousness

What to do at home?

- stop the allergy exposure
- call 999 immediately
- if the allergic reaction is caused by an insect, remove the insect's spike immediately and rinse with cold water for max 20 minutes. Don't scratch the spot.

When do you need a hospital?

- when first symptoms appear, seek medical attention without delay. It only takes 10 to 30 minutes for the reaction to reach its critical stage.

9 EAR INFECTION

Symptoms

- ear pain, hearing gets worse
- nighttime restlessness
- other infection like symptoms such as sore throat, fever, cough or runny nose

What to do at home?

- hydrate and ease the pain and fever
- change position while sleeping to ease the pain

When do you need a hospital?

- When the child is in pain and nothing helps. You should seek medical attention to get diagnosed by a doctor and to get medicine for the child.

10 URINARY TRACT INFECTION (UTI)

For prevention avoid constipation, drink enough fluids, change wet underwear and wipe after peeing front to back.

Symptoms

- need to pee often, sting or burn feeling while peeing, blood in the urine
- pain in the lower stomach
- with under 1-year-old high fever without respiratory infection and sore when touching can be signs of UTI

When do you need a hospital?

- immediately when noticing the symptoms

11 BITES



Avoid places where snakes have been seen.
Cut away tree branches that reach to the house.
Build a bed that is somewhat off the floor.

Symptoms

- first symptom
 - intense pain, bruising and swelling where the snake has bitten
 - bleeding may occur from the places where the snake's fangs pierced the skin
 - sensing of a touch may vary around the bitten limb
- shock, consciousness variation, limb numbness, nausea, vomiting, paralysis like symptoms, stomach pain, sweating and fatigue

What to do at home?

- call 999, always seek medical attention
- remove the person from the snake to prevent them from getting bitten again - remember to keep yourself safe!
If the snake is still attached to the child - remove the snake with a stick, never with your hands!
- remove clothing or anything that may disturb the treatment from the limb
- immobilize the bitten limb by using a splint or a stick
- DO NOT give any pain medication
- if the person gets nauseous, make sure that they don't suffocate from the vomit → place the person on their left side on the ground and make sure the airways are open

A bite from any animal should be shown to a doctor.



12 POISONING

Keep drugs and chemicals in a place that children cannot reach.



Symptoms

- vomiting
 - rapid pulse
 - small or big pupils
 - burns inside a mouth
 - difficulty of breathing or apnea
 - unconsciousness
 - changes in skin color
 - sweating, cramps, spasms
- symptoms depend on the poison

Poison can be affecting through skin, swallowed, inhaled or injected

What to do at home?

- remove the item or food causing the symptoms for the child
- rinse the child's mouth with clean water
- place the child on their left side on the ground to ease breathing and to slow the poison from absorbing
- calm the child and keep yourself calm
- DO NOT make the child vomit if they have swallowed something corrosive, like paraffin oil or acid
- if the poison has been inhaled, take the child out to fresh air
- if the poison came from a fabric, remove the clothing and rinse skin at least 15 minutes with clean water

When do you need a hospital?

- a child should always be checked out by a doctor

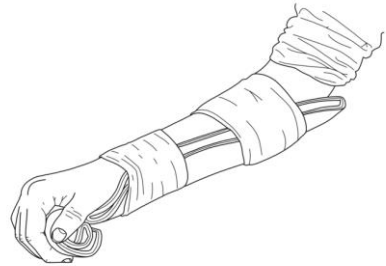


13 INJURIES TO MUSCLE, JOINTS, AND LIMPS

In the traffic avoid drivers who are very tired or drunk.
When dark, use a torch or reflecting clothes or a reflector.
Don't let small children play on the road or walk alone.

Symptoms

- pain
- not using the limb
- not normal position of a limb
- difficult to move the limb
- swelling on the limb
- weakness in a muscle or pain on it



What to do at home?

- DO NOT use the fractured or dislocated limb
- immobilize it with clothes, towel or a padded stick so the limb has space to swell
- if muscle or joint has ruptured, cool it, compress it with hands, and lift it up
- avoid using the limb for a few days

When do you need a hospital?

- when noticing that child doesn't use the limb
- every bone fracture should be shown to a doctor
- ruptured joint should be showed to a doctor if there is bruising, swelling, numbness, a lot of pain or one cannot move the limb at all
- later if appears difficulties with walking, pain or swelling gets worse, fever or the condition doesn't get better
- severe pain on a muscle, pain and weakness

- if the injury has occurred in the head, neck or spine, be very careful not to move the child and call 999 immediately
 - calm the child and ask not to move
 - support the head if possible but DO NOT move it
 - if unconscious, make sure the airway is open
 - keep the child warm

14 NOSEBLEEDS

Symptoms

- bleeding from the nose
- bloody spit, retch

What to do at home?

- place the child on a seating position, somewhat bent forward, head must be in an upright position, if necessary, hold the head carefully, calm the child
- secure yourself from the spatter
- loosen up the clothing to ease breathing
- instruct the child to inhale through the mouth and exhale through the nose
- pinch the nose under the nasal bone, approximately in the middle of the nose with your thumb and index finger. Pinch until the bleeding has stopped, about 5 to 20 minutes
- clean the blood from face and hands and monitor their condition, give something to drink. Instruct not to touch nose in a few hours
- bleeding may start again, repeat the instructions from the beginning

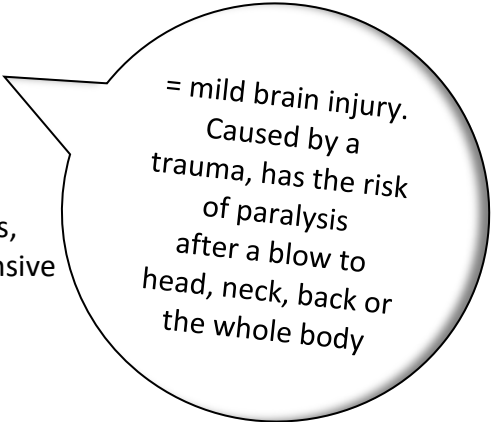
When do you need a hospital?

- if the bleeding doesn't stop in 30 minutes

15 CONCUSSION

Symptoms

- short term unconsciousness, 0,5–30 minutes (not responsive to speak or pain)
- severe fatigue
- amnesia
- headache
- vomiting
- stomach pain
- sudden change in character such as unexplained irritability
- cuts and bruises on the scalp
- numbness or tingling sensation
- severe pain in neck or back or total painlessness after a severe trauma



= mild brain injury.
Caused by a
trauma, has the risk
of paralysis
after a blow to
head, neck, back or
the whole body

What to do at home?

- monitor neurological status → does the child know where she/he is, what day is it, are they feeling nauseous and responsive to pain
- minimize activity and moving around, check if you can wake up the child
- monitor the health at least 1-2 days

When do you need a hospital?

- a child should always be seen by a doctor after a hit to the head or unconsciousness
- symptoms last more than two weeks

16 UNCONSCIOUSNESS

Symptoms

- the child doesn't react when you speak to her/him loudly and shake him/her a little
- muscles are relaxed



What to do at home?

- shout for help
- check the breathing → place your cheek near the mouth of the unconscious child and make sure you feel the airflow
- if the child is breathing, place her/him on a recovery position as shown in the picture and open the airways by pulling the jaw up carefully
- if you suspect an injury in the head, neck or spine, be very careful not to move the child and call 999 immediately
 - support the head if possible but DO NOT move it
 - keep the child warm
 - only if the child starts to vomit or you must go away to get help put the child on a recovery position
- if the child doesn't breathe, the chest doesn't rise, or you cannot feel then airflow through her/his mouth, start CPR, see page 22 for instructions

When do you need a hospital?

- a child should always be seen by a doctor to find out the reason for the unconsciousness

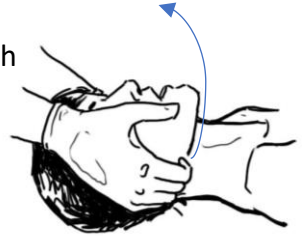
17 CPR

Symptoms

- the child is lifeless, doesn't react or breath

What to do?

- shout for help
- put the child on a firm surface
- open the airway by pulling the child jaw up carefully
- **START CPR** with the following instructions



CPR of an infant **under 1-year old**

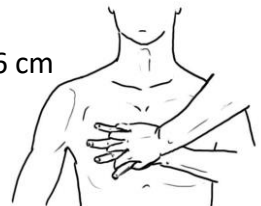
- cover the infant's nose and mouth with your mouth
- blow steadily a little amount of air 5 times for 1 sec
- press 30 times with two fingers below the midway of the infant's chest, pressing depth 4 cm

CPR of a child **over 1-year old** to adolescent child

- cover the child's mouth with your mouth, seal the child's nose with your fingers
- blow steadily a little amount of air 5 times for 1 sec
- press 30 times with one hand below the midway of the infant's chest, pressing depth 5 cm

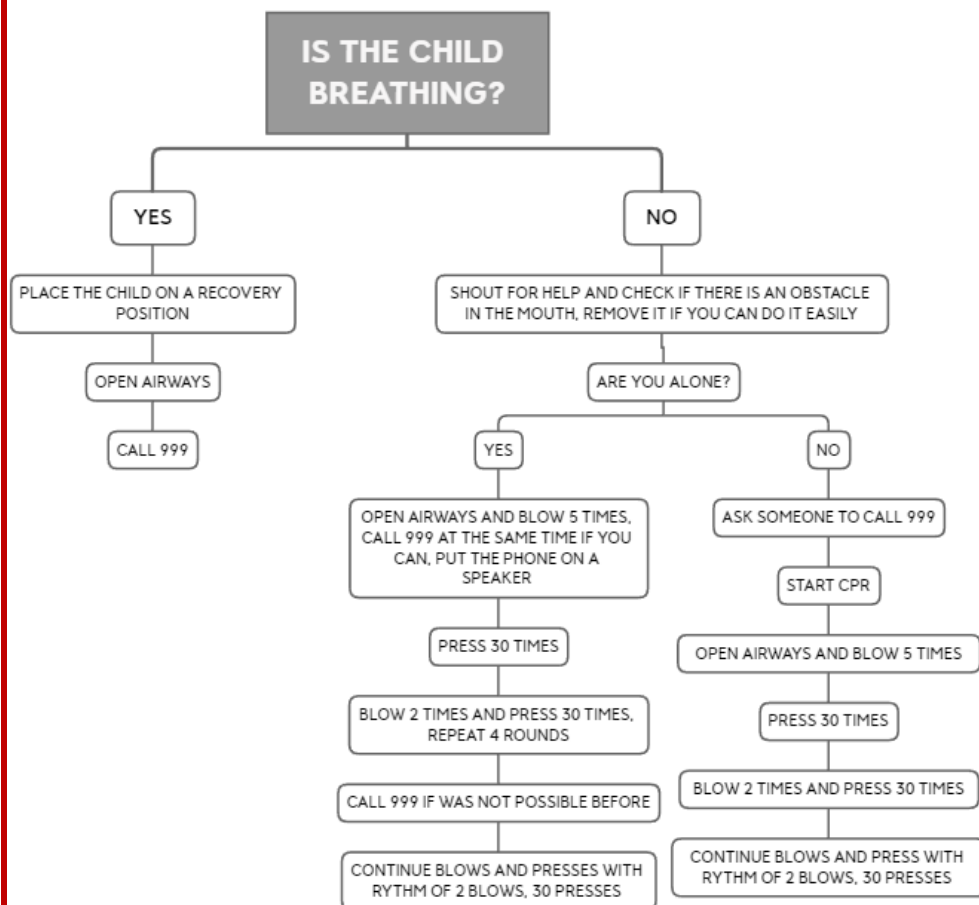
CPR of an **adult size child**

- cover the child's mouth with your mouth, seal the child's nose with your fingers
- blow steadily a little amount of air 5 times for 1 sec
- press 30 times with two hands below the midway of the child's chest, pressing depth 6 cm



The speed of compressions is 100–120 presses/minute, that is around 2 presses/second. When pressing the chest, DO NOT lean on it. Let the chest recover between the compressions.

If there are other people, ask them to call 999 and change the person doing the resuscitation every 2 minutes to keep the resuscitation effective.



Stop the CPR only if the child starts breathing on his/her own, opens his/her eyes, the professionals arrives, or you are too tired to continue.

If you have questions or you need help, please contact the Home Street Home rescue center, the nearest hospital or clinic. In emergency cases call 999.



HSR Rescue Center

Makongeni Village
Kwale County, Kenya

Phone: +254 701 665 718

Email: homestreethome@outlook.com

Msambweni County Referral Hospital

Msambweni Hospital Rd Msambweni Referral County Hospital

Premises Ramisi

Kwale County, Kenya

Phone: +254 758 722 002

EMERGENCY NUMBER 999



Scan for the references