

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
SOSIAALI- JA TERVEYSALA

ENSIAPUOPAS KEMIN VASTAANOTTOKESKUKSEN
TURVAPAIKANHAKIJOILLE

OPINNÄYTETYÖ

Nita Ellman & Elina Niiranen 31SH

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

KEMI 2011

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusyksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

NITA ELLMAN & ELINA NIIRANEN

ENSIAPUOPAS KEMIN VASTAANOTTOKESKUKSEN TURVAPAIKANHAKIJOILLE

Opinnäytetyö, 54 sivua ja 2 liitettä

Ohjaajat: Lämsä Aija & Sliden Marianne

2.5.2011

Asiasanat: monikulttuurinen hoitotyö, kotitapaturma, ensiapu

Suomessa vuosittain sattuvista yli miljoonasta tapaturmasta reilut 70 % sattuu kotona tai vapaa-ajalla. Ajan tasalla olevat ensiaputaidot on sen vuoksi tärkeä hallita. Maahanmuuttajilla tapaturmia aiheutuu yleisimmin puutteellisten paloturvallisuustietojen takia. Suomessa maahanmuuttajien määrä on vielä pieni, mutta se kasvaa koko ajan, joten maahanmuuttajien ensiaputaitoihin tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä ensiapuopas Kemin vastaanottokeskuksen turvapaikanhakijoille. Projektin tavoitteena oli, että oppaan avulla turvapaikanhakijat saavat valmiuksia toimia erilaisissa ensiaputilanteissa. Ensiapuopas on ensimmäinen Kemin vastaanottokeskuksen asiakkaita varten toteutettu opas. Projekti tehtiin yhteistyössä Kemin vastaanottokeskuksen henkilökunnan kanssa.

Projektin sisältö rajattiin vastaanottokeskuksen turvapaikanhakijoiden tarpeita vastaavaksi. Siinä käsitellään ensiapuohjeita tavallisimpiin kotitapaturmiin, joita ovat hätäensiapu, ihon vaurioiden ensiapu, lihas- nivel- ja jännevammojen ja myrkytysten ensiapu. Tuotoksena syntyneen ensiapuoppaan ensiapuohjeet ovat selkeitä ja helposti ymmärrettäviä. Sanallisten ohjeiden tukena ovat valokuvat, jotka on otettu yhteistyössä vastaanottokeskuksen asiakkaiden kanssa.

ABSTRACT**KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**

Unit of Health Care and Social Services

Degree Programme in Nursing

NITA ELLMAN & ELINA NIIRANEN**FIRST AID GUIDE FOR THE ASYLUM SEEKERS OF KEMI RECEPTION CENTRE**

Bachelor's Thesis, 54 pages and 2 appendices

Advisors: Lämsä Aija & Sliden Marianne

2.5.2011

Keywords: multicultural nursing, home accident, first aid

In Finland, the annual occurrence of more than one million accidents, over 70 % occurs at home or during leisure time. Therefore updated first aid skills are important to manage. Immigrants get most commonly hurt by accidents that happen because of the lack of information of fire safety. In Finland, the number of immigrants is still small, but it is growing all the time, so the needs of the immigrants should be paid more attention to.

The purpose of the bachelor's thesis was to do a first aid guide for the asylum seekers of Kemi Reception Centre. The object of the project was that with the help of the guide the asylum seekers get completions to act in different kinds of first aid situations. The first aid guide is the first guide that is executed for the customers of the Kemi Reception Centre. The project was done in co-operation with the staff of Kemi Reception Centre.

The content of the project was limited for the needs of the asylum seekers of Kemi Reception Centre. It deals with first aid instructions of the most common accidents occurred at home, such as wounds, sprains, foreign objects in the airways and poisonings. The instructions in the guide are clear and easy to understand. Verbal instructions are supported by photographs taken in the Reception Centre in collaboration with the customers.

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	5
2 MONIKULTTUURINEN HOITOTYÖ	7
3 HÄTÄENSIAPU.....	11
3.1 Tajuttoman ensiapu.....	11
3.2. Elvytys	13
3.4. Verenvuotojen tyrehtyttäminen	21
4 IHON VAURIOT	25
4.1 Paleltumavammat ja niiden ensiapu	25
4.2 Palovammat ja niiden ensiapu.....	27
5 LIHAS- , NIVEL- JA JÄNNEVAMMAT JA NIIDEN ENSIAPU	32
6 MYRKYTYKSET JA NIIDEN ENSIAPU	34
7 PROJEKTIKUVAUS	38
7.1 Projektin lähtökohdat ja taustatekijät	38
7.2 Projektin tarkoitus ja tavoitteet	38
7.3 Projektin rajaus ja organisointi.....	39
7.4 Projektin etenemisen kuvaus.....	40
8 POHDINTA	43
LÄHTEET	46
LIITTEET.....	54

1 JOHDANTO

Suomessa sattuu vuosittain yli miljoona tapaturmaa, joista yli 70 % sattuu kotona ja vapaa-aikana. Päivittäin yli 2000 suomalaista vammautuu tapaturman seurauksena. Kaatumiset ovat yleisimpiä kotona sattuvista tapaturmista. Lapsilla yleisimmät tapaturmat ovat kaatumiset, putoamiset, jonkin esineen aiheuttama tapaturma ja myrkytykset. Ensiapu on sairastuneelle tai loukkaantuneelle maallikon tapahtumapaikalla antamaa apua. Se tarkoittaa kaikkia toimenpiteitä, jotka ovat välttämättömiä onnettomuustilanteissa ennen ammattiavun saapumista. Ensimmäisten minuuttien aikana oikeaoppisesti annetulla ensiavulla on yleensä tärkeä merkitys onnettomuuksien seurauksille. (Sahi & Castrén & Helistö & Kämäräinen 2010, 14, 141; Keggenhoff 2004, 18.)

Vastaanottokeskus tarjoaa asuinpaikan Suomesta turvapaikkaa hakeville. Vastaanottokeskukset ovat valtion, kuntien tai järjestöjen ylläpitämiä. Vastaanottokeskus tarjoaa ilmaisen asumisen, jonka on tarkoitus kestää siihen asti kunnes pakolaisen turvapaikkahakemus on käsitelty. Turvapaikanhakija on henkilö, joka hakee suojaa ja oleskeluoikeutta vieraasta maasta. Turvapaikanhakija on pakolainen, kun hänelle myönnetään turvapaikka ja turvapaikkaprosessin aikana harkitaan, onko oleskelulupa mahdollista saada jollain muulla perusteella. Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä ensiapuopas Kemin vastaanottokeskuksen turvapaikanhakijoille. Opas sisältää tavallisimpien kotona sattuvien tapaturmien ensiapuohjeita. Projektin tavoitteena on, että oppaan avulla turvapaikanhakijat saavat valmiuksia toimia erilaisissa ensiaputilanteissa. (Maahanmuuttovirasto 2010; Vihelä 2007, 158; Rätty 2002, 18-19.)

Globalisaatio eli kansainvälistyminen leviää ja monikulttuurisuus lisääntyy Suomessa. On tärkeää, että opinnäytetyö liittyy tulevaan ammattiimme ja siitä on hyötyä ammatillisen kasvun kehittämisessä. Olemme kiinnostuneita kansainvälisyydestä, monikulttuurisesta hoitotyöstä sekä ensihoidosta, joten opinnäytetyönä ensiapuoppaan tekeminen turvapaikanhakijoille tuntui mielenkiintoiselta aiheelta. Samalla opinnäytetyön tekeminen edistää ammatillista kasvua ja antaa valmiuksia toimia ensiaputilanteissa sekä erilaisissa projekteissa.

Ensiapuoppaassa käsittelemme vastaanottokeskuksessa yleisimmin esiintyviä tilanteita

joissa ensiapua tarvitaan. Näitä tilanteita ovat hätäensiapu, ihon vaurioiden, lihas-, nivel- ja jännevammojen sekä myrkytysten ensiapu. Edellä mainitut tapaturmat voivat johtaa elvytystilanteeseen, joten elvytysohjeet ovat keskeinen osa oppaan sisältöä. Ensiapuopas toteutetaan kirjallisessa muodossa, sekä päivityksen helpottamiseksi myös sähköisenä. Oppaan toteutamme hankkeistettuna työnä yhteistyössä Suomen Punaisen Ristin Kemin vastaanottokeskuksen kanssa. Projektin ohjaajana toimii terveydenhoitaja Maarit Juottonen. Ohjaavat opettajat ovat Marianne Sliden ja Aija Lämsä Kemi-Tornion ammattikorkeakoulusta.

2 MONIKULTTUURINEN HOITOTYÖ

Monikulttuurisuus tarkoittaa erilaisten ihmisryhmien elämistä samassa ajassa ja tilassa. Sanalla liitetään yhteen useita kulttuureja ja se viittaa yhteiskuntaan, jossa vallitsee myönteinen ja suvaitsevainen kulttuurien kirjo. Monikulttuurinen yhteiskunta tavoittelee kulttuurien ja ihmisten välistä yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa. Nyky-yhteiskunta pyrkii monikulttuurisuuteen. Suomessa yleisesti hyväksytyyn näkemyksen mukaan maahanmuuttajat pyritään integroimaan eli kotouttamaan yhteiskuntaan. Tämä tarkoittaa maahanmuuttajien pyrkimystä oman kulttuurinsa ja kielensä säilyttämiseen, samalla kun he omaksuvat Suomen kulttuurin ja kielen. Käsite monikulttuurinen, eli transkulttuurinen hoitotyö viittaa eri kulttuurien parissa tehtävään hoitotyöhön tai hoitoyhteisöön, jonka asiakkaat ja työntekijät ovat peräisin eri etnisistä ryhmistä. Monikulttuurisissa hoitoyhteisöissä ja -suhteissa on huomioitava erilaiset kulttuuriset ja uskonnolliset taustatekijät. Kanssakäymistä leimaa myös yhdenvertaisuus ja erilaisuuden kunnioitus. Päämääränä on asiakkaan etnisen taustan huomioiminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Monikulttuuriset asiakkaat ovat haaste terveydenhuoltohenkilökunnalle, jolla ei ole systemaattista koulutusta eikä käytössä olevia maahanmuuttajien kohtaamisissa tarvittavia osaamisvaatimuksia. (Abdel-Ghani 2010, 22-23; Abdelhamid & Juntunen & Koskinen 2010, 18-19; Harilahti-Juola 2010, 9; Sainola-Rodriquez 2009, 19; Talvinen & Nylund 2008, 111-125.)

Vastaanottokeskus tarjoaa asuinpaikan Suomesta turvapaikkaa hakeville. Vastaanottokeskukset ovat valtion, kuntien tai järjestöjen ylläpitämiä. Vastaanottokeskus tarjoaa ilmaisen asumisen, jonka on tarkoitus kestää siihen asti kunnes pakolaisen turvapaikkahakemus on käsitelty. Moniammatillinen työryhmä - johtaja, sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, ohjaajat, toimistos sihteeri - työskentelee vastaanottokeskuksessa. Työntekijät huolehtivat turvapaikanhakijoiden perustarpeista hakemusprosessin ajan. Tarpeisiin kuuluvia palveluita ovat majoitus, toimeentulotuki sekä sosiaali- ja terveystalvet. Turvapaikanhakija saa myös hakemuksen käsittelyyn liittyvää oikeusapua ja tulkkauspalveluja tarvittaessa. Vastaanottokeskukset järjestävät opinto- ja työtoimintaa, jotka ovat pakollisia toimeentulotuen saamiseksi. Tavoitteena on turvapaikanhakijoiden toimintakyvyn tukeminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen hakuprosessin aikana. Turvapaikanhakijan on

mahdollista työskennellä keskuksen ulkopuolella kolmen kuukauden jälkeen turvapaikkahakemuksen jättämisestä. Ehtona on voimassa oleva rajanylitykseen oikeuttava matkustusasiakirja. (Maahanmuuttovirasto 2011b; Kemin vastaanottokeskus 2010a; Vihelä 2007, 158.)

Maahanmuuttovirasto saa tukea turvapaikanhakijoiden vastaanottamisesta Suomen Punaiselta Ristiltä, joka tarvittaessa perustaa uusia vastaanottokeskuksia. Vastaanottokeskuksen tehtäviin kuuluu majoituksen järjestäminen ja taloudellinen tukeminen. Taloudelliseen tukemiseen kuuluu toimeentulotuki tai työn järjestäminen, tulkkipalvelut, oikeusapupalvelut, sosiaali- ja terveyspalvelut ja työ- ja opintotoiminta. Vastaanottotoiminnan toiminta-ajatuksena on auttaa turvapaikanhakijaa oman elämän hallinnassa ja aktiivisuudessa ja ennaltaehkäistä syrjäytymistä. Tavoitteena on kehittää turvapaikanhakijalle kotoutumisen välineitä, joilla sopeutumista suomalaiseen yhteiskuntaan parannetaan. Kotouttamisella tarkoitetaan sitä, että maahanmuuttajat osallistuvat yhteiskunnan elämään tasavertaisina jäseninä noudattaen samoja velvollisuuksia kuin muu väestö. Maahanmuuttajilla on samat oikeudet kuin valtaväestöllä ja heillä on mahdollisuus ylläpitää omaa kulttuuriaan ja uskontoaan Suomen kulttuuria kuitenkin kunnioittaen. Vastaavasti kotouttamisessa lähdetään siitä, että myös valtaväestö kunnioittaa maahanmuuttajien kulttuuria. Valtio rahoittaa vastaanottokeskusten toimintaa vuosittain. Vastaanottotoimintaa säätelevät laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta (493/1999), ulkomaalaislaki (301/2004), laki säilöönottettujen kohtelusta 116/2002) ja lastensuojelulaki (417/2007). (Finlex 2010; Kemin vastaanottokeskus 2010a; Pyykkönen 2010a, 2010b; Keinänen & Mäkeläinen 2009, 183-204; Liebkind & Mannila & Jasinskaja-Lahti & Jaakkola & Kyntäjä & Reuter, 2004, 30; Rätty 2004, 125-126.)

Suomen Punaisen Ristin Kemin vastaanottokeskus on perustettu 17.11.2008 ja se kuuluu Rovaniemen vastaanottokeskuksen alaisuuteen, Lapin piiriin. Kemissä asiakaspaikkoja on 150. 11.10.2010 tilastojen mukaan Kemin vastaanottokeskuksessa oli asiakkaita 20 eri maasta yhteensä 142, joista miehiä 100 ja naisia 42. Alaikäisiä lapsia heistä oli 36. Suurin ikäryhmä on 20 - 29-vuotiaat nuoret aikuiset. Saman tilaston mukaan suurimmat kansallisuusryhmät ovat kurdit, afgaanit, Venäjän federaation alueelta tulleet ja somalit. Vuoden 2010 alusta lokakuun loppuun mennessä Suomesta haki turvapaikkaa 3240 ulkomaalaista. Muihin pohjoismaihin verrattuna Suomessa monikulttuurisuus on pientä, mutta se kasvaa kuitenkin nopeasti. Esimerkiksi vuonna

1990 somaleja oli Suomessa 1437, kun vuonna 2010 heitä oli jo 6593. Pirisen väitöskirjan (2008) mukaan turvapaikanhakijat kokevat Suomen maaksi, josta ei enää muuteta eteenpäin. Tämän tutkimuksen aikana selvisi, että turvapaikanhakijat olivat yleensä hakeneet turvapaikkaa aiemmin jo useammasta maasta. Sen vuoksi turvapaikanhaku Suomesta koetaan usein merkittävänä tulevaisuuden käännekohtana: turvapaikanhakijat kokevat kielteisen päätöksen kuoleman tuomiona. (Tilastokeskus 2011; Kemin vastaanottokeskus 2010a, 2010b; Tiilikainen 2010, 62-66; Martikainen & Sakaranaho & Juntunen 2008, 7-8; Pirinen 2008, 22; Marjeta 2001, 4.)

Maahanmuuttaja on yleiskäsite henkilölle, joka muuttaa maasta toiseen millä tahansa perusteella. Maahanmuuttaja on voinut tulla Suomeen muun muassa pakolaisena tai paluumuuttajana. Hän on henkilö, joka on saanut vähintään vuoden oleskeluluvan Suomessa, ja jonka tiedot ovat väestörekisterissä. Yleiskielessä maahanmuuttajalla viitataan muualta muuttaneisiin ulkomailla syntyneisiin ihmisiin tai henkilöihin, jotka taustansa vuoksi poikkeavat suomalaisista. Näissä tapauksissa ei ole merkitystä, kuinka kauan he ovat asuneet maassamme tai onko heillä Suomen kansalaisuutta. Pakolainen on Suomeen tullut henkilö, joka on pakotettu muuttamaan kotimaastaan poliittisista tai muista syistä. Pakolaisiksi määritellään niin sanotut kiintiöpakolaiset ja Suomeen tulleet turvapaikanhakijat. Kiintiöpakolainen on henkilö, joka on saanut YK:n pakolaisjärjestön UNHCR:n eli Yhdistyneiden kansakuntien pakolaisasiain päävaltuutetun myöntämän pakolaisaseman. Tällainen henkilö on saanut maahantuloluvan ja kiintiöpakolaispaikan uudelleen sijoitusta varten. (Maahanmuuttovirasto 2011a; Abdelhamid ym. 2009, 19; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 8; Rätty 2002, 11-13.)

Turvapaikanhakija on henkilö, joka hakee suojaa ja oleskeluoikeutta vieraasta maasta. Turvapaikanhakija on pakolainen, kun hänelle myönnetään turvapaikka ja turvapaikkaprosessin aikana harkitaan, onko oleskelulupa mahdollista saada jollain muulla perusteella. Suomessa turvapaikkahakemukset käsittelee ulkomaalaisvirasto ja tekee niistä päätökset. Hakemusten käsittely kestää muutamista viikoista neljään, viiteen vuoteen. Keskimääräinen käsittelyaika on noin kaksi vuotta. (Maahanmuuttovirasto 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 8; Rätty 2002, 18-19.)

Ihmisen konteksti ja kulttuuritausta vaikuttavat vuorovaikutuksen laatuun. Kulttuuri muokkaa ihmisen arvomaailman, käytöstavat ja moraalikäsitteiden. Sanat ja niiden merkitykset eivät ole ainoa keskeinen asia vuorovaikutuksessa, vaan myös ihmisen tapa

ilmaista itseään. Sanaton viestintä, ilmeet ja eleet, ovat tärkeitä viestinnän osia. Tärkeitä viestinnän apuvälineitä ovat myös kuvat, joiden sanotaan olevan enemmän kuin tuhat sanaa. Sanattoman viestinnän tulkinta poikkeaa eri kulttuureissa meidän kulttuurimme tavoista. Esimerkiksi silmiin katsomista ei pidetä kohteliaana kaikissa kulttuureissa. (Saraneva 2010, 192-245; Schubert & Kruus 2010, 297-304; Haavikko & Bremer 2009, 52-59; Roos 2009, 128-156; Moss 2008, 156-159; Paasivaara & Suhonen & Nikkilä 2008, 93-100; Frisk & Tulkki 2005, 105-106; Silvennoinen 2004, 21-28.)

3 HÄTÄENSIAPU

Hätäensiapu tarkoittaa hengityksen ja verenkierron turvaamista sekä suurten verenvuotojen tyrehtyttämistä. Hätäensiapu on toimintaa, joka pelastaa autettavan hengen. Toiminnan tarkoituksena ja tavoitteena on turvata autettavan peruselintoiminnot ammattiavun saapumiseen saakka. Hätäensiapua on esimerkiksi elottomalta näyttävän ihmisen elvytys ilman apuvälineitä. Ensiapu on sairastuneelle tai loukkaantuneelle maallikon tapahtumapaikalla antamaa apua. Se tarkoittaa kaikkia toimenpiteitä, jotka ovat välttämättömiä onnettomuustilanteissa ennen ammattiavun saapumista. Ensimmäisten minuuttien aikana oikeaoppisesti annetulla ensiavulla on yleensä tärkeä merkitys onnettomuuksien seurauksille. Ensiapuun kuuluu asentohoidon ja lisävahinkojen estämisen lisäksi myös psyykkisen tuen antaminen. Ensiapua annettaessa ensimmäiseksi turvataan autettavan hengitys ja verenkierto, ja annetaan hätäensiapua eli henkeä pelastavaa ensiapua ennen ammattilaisten saapumista. Jos hapensaanti vaikeutuu, elimistön solut vaurioituvat nopeasti. Hätäensiavun jälkeen tutkitaan mitä oireita ja vammoja autettava on saanut. Ensiapu ja ensihoito eivät ole sama asia. Ensihoidolla tarkoitetaan ammattihenkilön antamaa välitöntä hoitoa, jolla sairastuneen elintoimintoja pyritään ylläpitämään, turvaamaan tai käynnistämään. Ensihoidossa terveydentilaa voidaan parantaa hätäensiavun ja välineiden lisäksi myös lääkkeillä tai muilla hoitotoimenpiteillä. (Sahi ym. 2010, 14, 24-25; Määttä 2008, 23-39; Jevon & Bowden & Halliwell & McMahon 2007, 2-3; Keggenhoff 2004, 16-18.)

3.1 Tajuttoman ensiapu

Tajuton ihminen hengittää, mutta ei vastaa puhutteluun eikä reagoi kosketukseen. Tajuttomuus on yksi yleisimmistä hätäkeskuksen saamista hälytyksistä. Tajuttomuudelle on useita eri taustasyitä, joista osa selvitetään jo sairaalan ulkopuolella, mutta suurin osa edellyttää sairaalatutkimuksia. Yleensä tajuttomuuden aiheuttaa aivojen kuorikerroksen häiriötila tai paikallinen häiriö valvekeskuksen alueella. Tajuttomuuden taustasyöt voidaan jakaa paikallisiin syihin esimerkiksi päähän osunut isku ja yleisiin syihin esimerkiksi pitkään jatkunut hypotermia. Paikallinen tajuttomuus voi olla esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöstä johtuva ja yleinen tajuttomuus voi johtua esimerkiksi epilepsiasta. Tajuttomuuden syitä voidaan myös jaotella aivoperäisiin tai systeemisiin syihin esimerkiksi sokki tai lääkeyliannostukset. Nuoren potilaan yleisin tajuttomuuden

syy on useimmiten myrkytys ja potilaan iän myötä aivoverenkiertohäiriön osuus tajuttomuuden syynä nousee. (Sahi ym. 2010, 53; Alaspää 2008, 289-303; Ikola 2007a, 9-18.)

Kohdatessa elottomalta näyttävän ihmisen yritetään häneen saada kontakti ravistelemalla ja puhuttelemalla häntä. Jos ihminen ei reagoi, soitetaan välittömästi hätänumeroon 112. Sen jälkeen avataan hengitystiet taivuttamalla autettavan päätä taaksepäin ja nostamalla leuka ylös. Tarkistetaan hengittääkö autettava kuuntelemalla rintakehän päältä ja tunnustelemalla tuntuuko autettavan hengitys auttajan poskella. Jos autettavan hengitys on normaalia, käännetään hänet kylkiasentoon aspiraatoriskin, esimerkiksi oksennuksen henkeen vetämisen, vuoksi. Autettavan hengitystä seurataan ja tilaa tarkkaillaan ambulanssin tuloon saakka. Hätänumeroon soitetaan uudelleen jos autettavan tila heikkenee. Tajuttomalle ei saa koskaan antaa mitään suuhun tukehtumisen välttämiseksi. (Sahi ym. 2010, 63; Lehtonen 2009, 15-16; Ikola 2007b, 19-30; Jevon ym. 2007, 36-37.)

Kylkiasentoon käännettäessä selällään olevan autettavan toinen käsi nostetaan yläviistoon pään vierelle ja toinen käsi rinnan päälle (kuva 1) (Sahi ym. 2010, 55; Huovinen 2007, 19).



Kuva 1. Kylkiasentoon kääntäminen. (Sahi ym. 2010, 55.)

Autettavan takimmainen jalka nostetaan koukkuun ja otetaan kiinni autettavan hartiasta sekä koukussa olevasta polvesta ja hänet käännetään kyljelleen (kuva 2) (Sahi ym. 2010, 55; Huovinen 2007, 19).



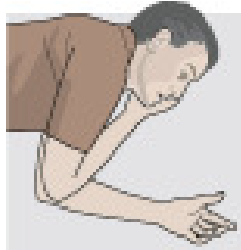
Kuva 2. Kylkiasentoon kääntäminen. (Sahi ym. 2010, 55.)

Päällimmäinen käsi asetetaan posken alle kämmenselkä ylöspäin ja päällimmäinen jalka jätetään koukkuun suorassa kulmassa (kuva 3) (Sahi ym. 2010, 55; Huovinen 2007, 19).



Kuva 3. Kylkiasentoon kääntäminen. (Sahi ym. 2010, 55.)

Varmistetaan vielä pään asento hengityksen turvaamiseksi (kuva 4) (Sahi ym. 2010, 55; Huovinen 2007, 19).



Kuva 4. Hengityksen turvaaminen. (Sahi ym. 2010, 55.)

3.2. Elvytys

Pienikin viive elvytyksen aloittamisessa voi olla ratkaisevaa autettavan toipumisennusteen kannalta. Autettavan menettäessä tajuntansa on välittömästi selvitettävä tarvitseeko hän painelu-puhalluselvytystä. Ensin on selvitettävä puhuttelemalla ja ravistelemalla onko autettava heräteltävissä. Jos autettava ei herää, on

soitettava hätänumeroon 112. Lisäapua on hyvä pyytää jos sitä on saatavilla. Hätäkeskuksen ohjeita on noudatettava ja toimittava niiden mukaan. Jos autettava ei liiku tai hänen huulensa, kieli tai sormenkynnet ovat sinertävät, välitön painelu-puhalluselytys on aloitettava. (Garza & Becan-McBride 2010, 152-153; Sahi ym. 2010, 61-63; Jevon ym. 2007 2-5.)

Painelu-puhalluselytys aloitetaan välittömästi kun autettava ei ole heräteltävissä eikä hengitä normaalisti. Keuhkoihin ei pääse virtaamaan ilmaa jos hengitystiet ovat kiinni. Jos hengitystiet ovat täysin tukossa, veren happipitoisuus laskee hyvin nopeasti. Rintakehän ja sydämen sisäinen paine saadaan vaihtelevaan, kun rintalastaa painetaan. Siten saadaan myös verenkiertoa tehostettua. Rintalastan keskikohta on oikea painelupaikka, sillä sydän sijaitsee suoraan rintalastan alla. Painelutekniikka on oikea, kun aikuisen rintakehä painuu noin kolmasosan rintakehän syvyydestä eli noin neljästä viiteen senttimetriä. (Sahi ym. 2010, 63-64; Ikola 2007b, 19-30.; Jevon ym. 2007, 4-6.)

Painelu-puhalluselytyksessä autettava asetetaan selälleen kovalle alustalle ja auttaja asettuu polvilleen hänen viereensä. Kätet asetetaan autettavan rintalastan keskelle päällekkäin. Oikean painelupaikan etsiminen täytyy tapahtua nopeasti. Käsivarret ja hartiat pidetään suorassa autettavan rintakehän yllä. Sormet pidetään irti rintakehästä, jotta voima kohdistuisi pelkästään rintalastaan. Rintalastaa painellaan 30 kertaa siten, että painelu- ja kohoamisvaiheet ovat yhtä pitkiä (kuva 5). (Sahi ym. 2010, 64; Ikola 2007b, 19-30; Jevon ym. 2007, 38-40.)



Kuva 5. Paineluelvytys tapahtuu käsivarret suorina. (Pelastustoimi 2006.)

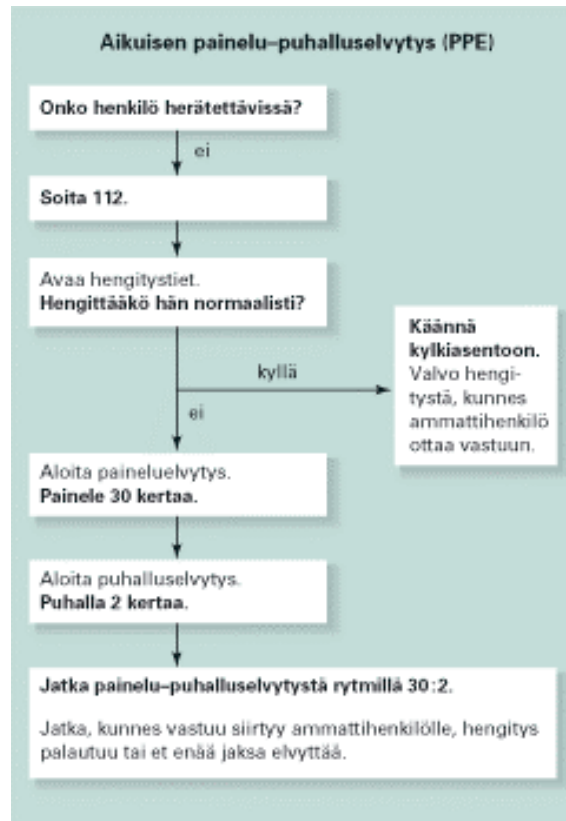
Puhalluselytys aloitetaan 30 painalluksen jälkeen, jolloin hengitystiet avataan uudelleen. Leuan kärki kohotetaan ylöspäin toisella kädellä ja samalla päätä taivutetaan

taaksepäin. Autettavan sieraimet suljetaan sormilla sieraimia yhteen painaen. Ilmaa puhalletaan kaksi kertaa autettavan keuhkoihin samalla seuraten rintakehän kohoamista. Puhallukset ovat rauhallisia, noin sekunnin mittaisia, eivätkä ne saa olla liian voimakkaita tai nopeita. Puhallusten välissä suu nostetaan autettavan suulta, jotta voidaan seurata rintakehän liikkeestä ilman poistumista (kuva 6). (Sahi ym. 2010, 64-65; Ikola 2007b, 19-30.)



Kuva 6. Rintakehän kohoamista tarkkaillaan puhallettaessa ilmaa keuhkoihin. (Pelastustoimi 2006.)

Koska rintakehä on joustava, uloshengitys tapahtuu automaattisesti. Riittävä ilmamäärä kohottaa autettavan rintakehää. Painelu-puhalluselvytystä (kuva 7) jatketaan rytmillä 30 painelua ja kaksi puhallusta ammattiavun tuloon saakka, hengitys palautuu tai auttaja ei enää jaksaa elvyttää. Painelurytmiä on hyvä laskea ääneen, jotta elvytys sujuisi oikeassa rytmissä taajuudella 100-120 painallusta minuutissa. (Sahi ym. 2010, 65; Ikola 2007b, 19-30.)

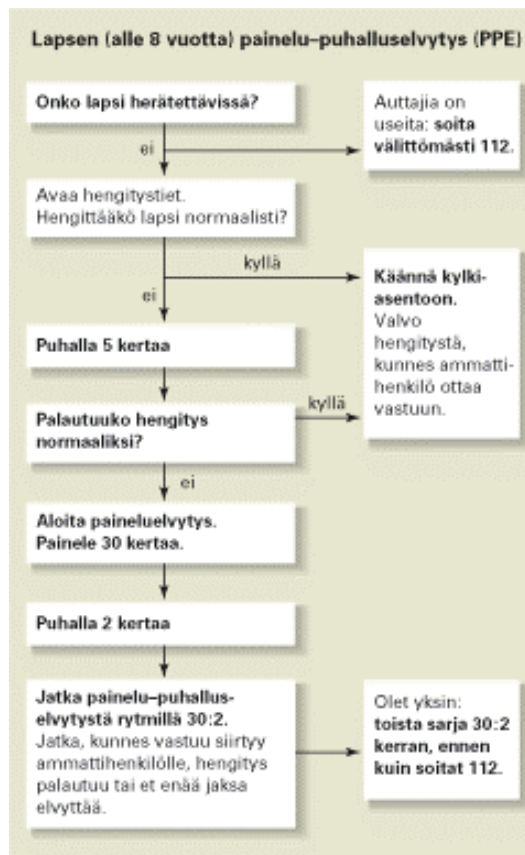


Kuva 7. Aikuisen painelu-puhalluselvytys –ohje. (Sahi ym. 2010, 66.)

Alle murrosikäisen elottomuuden syyt johtuvat useimmiten akuutista hapenpuutteesta. Lapsilla tapahtuu sydämenpysähdyksiä paljon harvemmin kuin aikuisilla. Lapsilla tavallisimpia sydänpysähdyksen syitä ovat kätkytkuolema, veden alle joutuminen ja vammat. Lasta elvytettäessä on huomioitava lapsen ruumiin rakenne ja elimistön fysiologia, jotka ovat erilaiset kuin aikuisella. Painelu-puhallustekniikka (kuva 8) on kuitenkin peruseriaatteeltaan sama lapsilla ja aikuisilla. (Sahi ym. 2010, 66; Mohun & John 2002, 86.)

Lapsen menettäessä tajuntansa hänet yritetään saada hereille puhuttelemalla ja napakasti ravistelemalla. Jos lapsi ei reagoi kosketukseen tai puhutteluun, soitetaan välittömästi hätänumeroon 112. Jos paikalla on useampia auttajia, voidaan hätänumeroon soittaa välittömästi, kun muut auttajat aloittavat ensiavun antamisen. Lapsi asetetaan selälleen kovalle alustalle ja avataan hengitystiet kohottamalla leuan kärki ylös ja taivuttamalla pää varovasti taaksepäin. Tämän jälkeen tarkistetaan lapsen hengitys korkeintaan kymmenessä sekunnissa. Jos lapsi hengittää, hänet käännetään kylkiasentoon aspiraation ehkäisemiseksi eikä silloin painelu-puhalluselvytystä tarvita. Jos lapsen tila heikkenee, soitetaan hätänumeroon 112. Elvytys aloitetaan jos lapsi ei herää eikä

hengitysteiden avaamisen jälkeen hengitä normaalisti. Lapsen sieraimet suljetaan sormilla sieraimia yhteen painaen ja puhalletaan keuhkoihin ilmaa viidesti. Puhallukset ovat rauhallisia noin sekunnin mittaisia, eivätkä ne saa olla liian voimakkaita tai nopeita. Paineluelvytys aloitetaan jos hengitys ei normalisoidu viiden puhalluksen jälkeen. Rintalastan alaosa painellaan yhdellä kämmenen tyvellä 30 kertaa. Paineluiden jälkeen puhalletaan keuhkoihin ilmaa kaksi kertaa. Jos lapsi ei yhden elvytyskerran jälkeen herää, tulee soittaa uudelleen hätänumeroon 112. Painelu-puhallus-elvytystä jatketaan rytmillä 30:2 ammattiavun tuloon saakka, hengitys palautuu tai auttaja ei jaksa enää elvyttää. Jos elvyttäjiä on paikalla vain yksi, elvyttää hän lasta noin minuutin ajan ennen kuin soittaa hätänumeroon 112. (Sahi ym. 2010, 66-68; Väyrynen & Kuisma 2008, 66-68, 188-228, ; Puustinen 2007, 84-85, 91-95.)



Kuva 8. Alle murrosikäisen painelu-puhallus-elvytys -ohje. (Sahi ym. 2010, 68.)

Alle yksivuotiaan elvytys tapahtuu aikuisen elvytystekniikkaa noudattaen, mutta vauvan pieni koko huomioiden. Jos auttajia on useampi kuin yksi, soitetaan välittömästi hätänumeroon 112. Jos paikalla on vain yksi auttaja, elvyttää hän minuutin ajan, jonka jälkeen soittaa hätänumeroon. Vauvan hengitysteitä avatessa on oltava erittäin

huolellinen. Leuka kohotetaan yhdellä sormella varoen taivuttamasta päätä liikaa taaksepäin jolloin kieli voi tukkia hengitystiet. Puhaltaessa auttaja peittää vauvan suun ja nenän kokonaan omalla suullaan ja puhaltaa sen verran, että rintakehä kohoaa hieman. Oikea painelupaikka on rintalastan alaosa kahdesta kolmeen sormea käyttäen. Viiden puhalluksen jälkeen jatketaan elvytystä rytmillä 30 painelua, kaksi puhallusta. Painelutaajuus on noin 100 - 120 painallusta minuutissa. (Sahi ym. 2010, 69; Väyrynen ym. 2008, 188-228; Puustinen 2007, 86.)

3.3. Vierasesine hengitysteissä

Vierasesine hengitysteissä aiheuttaa tukehtumisvaaran, jolloin on toimittava nopeasti. Kurkunpään korkeudelle, nieluun, voi jäädä kiinni esimerkiksi ruoanpala, karkki tai nappi, joka saattaa tukkia hengitystiet. Etenkin pienet lapset työntävät herkästi kaiken löytämänsä suuhun, josta esine kulkeutuu hengitysteihin. Nieluun kiinnijäänyttä pientä esinettä ei yleensä näe suuhun katsottaessa, eikä sen poistaminen sormin ole mahdollista. Tällöin hengitystiet tukkiva vierasesine aiheuttaa akuutin hengityspysähdyksen ja tukehtumisvaaran. Hengitysteissä saattaa olla vierasesine, jos hengitys on epänormaalia, vinkuvaa, pinnallista tai haukkovaa tai autettavan on vaikea yskiä, eikä hän kykene puhumaan kunnolla. Hapenpuutteesta johtuen autettavan huulet ja kasvot alkavat sinertää ja hän saattaa menettää tajuntansa. Vaikka nielussa oleva vierasesine ei aiheuttaisikaan tukehtumisen tunnetta, on silti syytä käydä lääkärin tarkastuksessa välttääkseen esimerkiksi limakalvojen vauriot, jotka saattavat aiheuttaa runsasta verenvuotoa. (Sahi ym. 2010, 40-41; Keggenhoff 2004, 42, 60.)

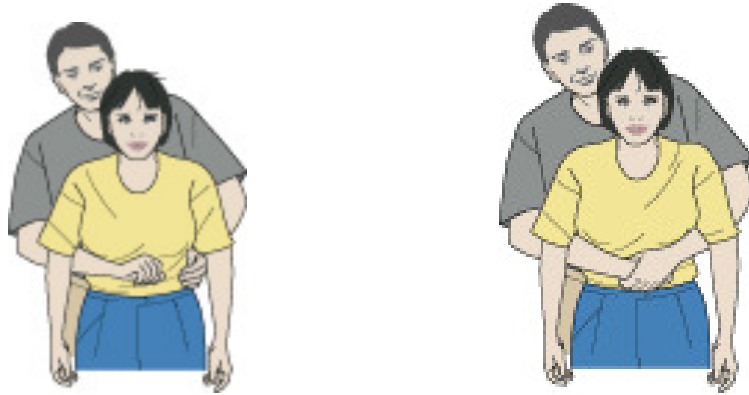
Jos hengitysteissä on vierasesine, autettavan ylävartaloa taivutetaan eteenpäin ja lyödään napakasti lapaluiden väliin viisi kertaa, jotta aiheutuisi yskärefleksi ja vierasesine irtoaisi. Tavoitteena on saada painovoiman avulla vierasesine irtoamaan hengitysteistä (kuva 9). (Sahi ym. 2010, 41; Martikainen 2009, 24-25; Keggenhoff 2004, 60-61.)



Kuva 9. Iskut lapaluiden väliin. (Sahi ym. 2010, 41.)

Jos tämä ei auta, kokeillaan Heimlichin otetta. Heimlichin otetta käytettäessä auttaja seisoo autettavan takana ja kietoo käsivarret hänen ympärilleen. Hän asettaa nyrkissä

olevan kätensä hieman autettavan navasta ylöspäin, kuitenkin rintalastan alapuolelle. Auttaja laittaa toisen kätensä nyrkin päälle, ja painaa nyrkissä olevaa kättä autettavan vatsaa päin (kuvat 10 ja 11). Liikkeen tulee olla nopea ja ylöspäin suuntautuva. Sitä toistetaan niin kauan, että autettava alkaa yskiä ja vierasesine lentää ulos. Jos autettavan hengitys pysähtyy, on aloitettava painelu-puhalluselytytys. (Sahi ym. 2010, 41; Martikainen 2009, 24-25; Keggenhoff 2004, 60-61.)



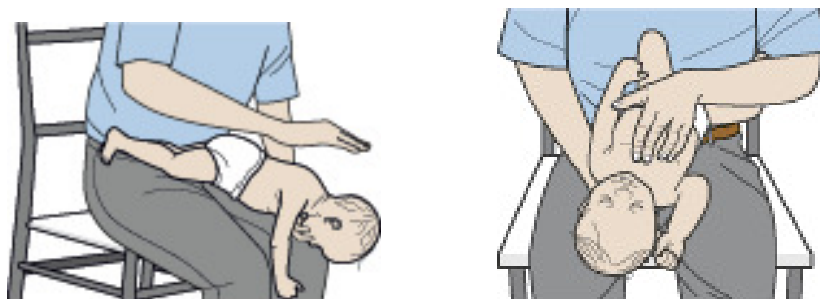
Kuva 10 ja 11. Heimlichin ote. (Sahi ym. 2010, 41.)

Kun kyseessä on 1 - 8-vuotias lapsi, otetaan lapsi syliin vatsalleen, pää vartaloa alempana. Kämmenellä lyödään viidesti lapaluiden väliin, sovittaen lyöntivoima lapsen kokoon (kuva 12). Jos vierasesine ei irtoa, tehdään ilmoitus hätänumeroon 112. Tämän jälkeen käytetään Heimlichin otetta. Painelu-puhalluselytytys aloitetaan jos lapsi menettää tajuntansa. (Sahi ym. 2010, 41-42; Martikainen 2009, 24-25; Keggenhoff 2004, 55-56.)



Kuva 12. Iskut lapaluiden väliin. (Sahi ym. 2010, 42.)

Jos kyseessä on alle yksivuotias lapsi, toimitaan alkuun samoin kuin hieman vanhemmankin lapsen kohdalla: lapsi otetaan syliin vatsalleen, pää vartaloa alempana. Kämmenellä lyödään viidesti lapaluiden väliin, lyöntivoima sovitetaan lapsen kokoon (kuva 13). Sen jälkeen lapsi käännetään selälleen päätä ja niskaa tukien, kahdella sormella rintalastan alaosa viidesti painaen (kuva 14). Vuorotellaan viittä lyöntiä lapaluiden väliin ja viittä painallusta rintalastaan. Painelu-puhalluselvytys aloitetaan jos lapsi menee tajuttomaksi. (Sahi ym. 2010, 41-42; Martikainen 2009, 24-25; Keggenhoff 2004, 55-56.)



Kuva 13 ja 14. Vierasesineen poistaminen vauvalta. (Sahi ym. 2010, 42.)

3.4. Verenvuotojen tyrehdyttäminen

Haavalla tarkoitetaan ihon tai limakalvon vauriota, johon saattaa liittyä myös kudosten tai sisäelinten vammoja. Haava voi aiheutua myös sairaudesta tai nekroottisen eli kuolleen kudoksen irtoamisesta. Muodoltaan haavat voivat olla hyvinkin erilaisia riippuen niiden aiheuttajasta ja syvyydestä sekä tehdyistä kirurgisista toimenpiteistä. Haavat jaetaan kroonisiin ja akuutteihin haavoihin niiden aiheuttajan, paranemisprosessin ja keston tai iän perusteella. (Sahi ym. 2010, 71; Hietanen & Iivanainen & Seppänen & Juutilainen 2003, 17.)

Akuutti haava eli vulnus syntyy trauman seurauksena vahingossa tai tarkoituksellisesti leikkauksessa. Yleisimpiä kotona aiheutuvia akuutteja haavoja ovat ekskoraatio eli pinnallinen ihorikko tai naarmu, abraasio eli esimerkiksi asfaltti-ihottuma, eläimen tai hyönteisen aiheuttama puremahaava, laseraatio eli esimerkiksi lasin rikkoutuminen käsiin. Krooninen haava eli ulkus syntyy sisäisen sairauden seurauksena tai ulkoisen trauman aiheuttamana. Kroonisella haavalla tarkoitetaan haavaa, jonka paranemisaikaa ei voida arvioida tai joka ei 2-3 kuukaudessa ole parantunut. Akuutti haava voi

muuntautua infektion tai vääränlaisen hoidon seurauksena krooniseksi. (Sahi ym. 2010, 71; Hietanen ym. 2003, 17-22.)

Pintahaava tai naarmu muodostuu kaatumisen tai raapaisun seurauksena. Iho saattaa vahingoittua suurelta alueelta ja haavasta vuotaa verta ja kudostenestettä verisuonten rikkoutuessa. Viiltohaavan (kuva 15) aiheuttaja on terävä, leikkaava esine, esimerkiksi lasinsiru. Syvä viiltohaava voi vaurioittaa lihaksia, verisuonia, hermoja ja jäniteitä. Kun terävä esine läpäisee ihon, syntyy pistohaava. Haavasta ei välttämättä näkyvästi vuoda juurikaan verta tai kudostenestettä koska iho sulkeutuu, mutta kudoksen sisälle saattaa kuitenkin tulla merkittäviä kudos- tai elinvaurioita tai sisäistä verenvuotoa. Ruhjehaava aiheutuu tylpistä esineistä, jolloin iho rikkoutuu ja vamma-alueesta tulee epätasainen. (Sahi ym. 2010, 71-72, 78-79; Jevon ym. 2007, 185-187.)



Kuva 15. Viiltohaava. (Jevon ym. 2007, 186.)

Pienet nirhaumat, hiertymät ja viiltohaavat ovat tavallisia traumaattisia kotona hoidettavia haavoja. Pinnalliset haavat ovat tavallisesti hyvin kipeitä ja erittävät paljon kudostenestettä. Haavan tyypistä riippumatta ensin on tyrehdytettävä verenvuoto esimerkiksi sormella painamalla. Haava huuhdellaan vedellä ja siitä poistetaan mahdollinen hiekka, lika ja tikut. Haava suojataan sidetaitoksella. Suuremmissa haavoissa olevia vierasesineitä ei kuitenkaan pidä poistaa. Verestävä ja runsaasti kudostenestettä erittävä haava peitetään kostealla sidoksella. Vuotokohta nostetaan koholle sydämen yläpuolelle, jotta paine verisuonistossa laskee ja verenvuoto vähenee. Tarvittaessa haavan päälle laitetaan paineside verenvuodon tyrehdyttämiseksi. Viiltohaava voidaan suojata haavateipillä tai laastarilla. (Sahi ym. 2010, 71-77;

Hietanen ym. 2003, 124; Keggenhoff 2004, 89.)

Sairaalahoitoa vaativat haavat, jotka ovat syviä ja vuotavat runsaasti tai ovat tulehtuneita. Tulehtuneen haavan merkkejä ovat punoitus, turvotus ja kuumotus. Puremahaavat ja likaiset haavat ovat myös syy hakeutua lääkäriin. Kotona haavan suojaksi voi laittaa laastarin, jonka tulee peittää koko haavan. Haavan päälle laitettavaan laastarin haavatyynyyn ei saa koskea, jotta laastari pysyy puhtaana ja haavaan ei kulkeudu bakteereja. Kaikkiin haavatyyppeihin voi suojaksi laittaa ensisiteen. Se on hyvä side haavalle, sillä se on puhdas ja haavataitos on kiinnitetty valmiiksi joustositeeseen. Ensisiteen haavataitos asetetaan haavalle ja kiinnitetään napakasti esimerkiksi laastarilla tai teipillä. Sidosta on vaihdettava haavan erityksen mukaan, jopa päivittäin. (Sahi ym. 2010, 73-76; Hietanen ym. 2003, 123-124; Keggenhoff 2004, 81, 86.)

Kudokseen voi vuotaa paljon verta vaikka näkyvä verenvuoto olisikin vähäistä. Vartaloon osunut pisto on erittäin vaarallinen. Vatsassa syväle ulottuva pistohaava voi vaurioittaa vatsan alueen sisäelimiä. Sokin vaara on näissä tilanteissa suuri, koska sisäinen verenvuoto on runsasta. Rintakehän pistovamma voi aiheuttaa keuhkovaurion, koska rintaonteloon voi päästä ilmaa haavan tai vioittuneen keuhkon kautta. Sokki on verenkierron häiriötila, joka voi johtua useista eri syistä. Sokkitilassa solut kärsivät vakavasta hapenpuutteesta. Sokki voidaan jakaa useilla eri tavoilla sokin patogeenien mukaan. Jaottelu on kuitenkin osin keinotekoinen, sillä eri sokkityypeissä on paljon samankaltaisuuksia. Taustasyitä sokille voi olla useita: verenvuoto, liiallinen neste menetyksen esimerkiksi ripulin tai oksentelun takia, sydäninfarktista johtuva pumpputoiminnan heikkeneminen tai esimerkiksi laaja-alainen äkillinen tulehdusreaktio. Sokin oireiden kehittyessä ensimmäiseksi hengitystaajuus kasvaa ja pulssitaajuus nousee. Kärsiessään alkavasta sokista, ihminen on myös levoton ja pelokas. Seuraavassa vaiheessa verenpaine laskee, tulee pahoinvointia, hengitys muuttuu työläämmäksi ja iho kylmäksi ja nihkeäksi. Viimeisessä vaiheessa hengitys on vaikeutunut, pulssi on heikkoa ja lankamaista, verenpaine romahtaa ja tajunnantaso laskee. (Sahi ym. 2010, 46-48; Urtamo & Aaltonen 2008, 360-373; Jevon ym. 2007, 140-142; Mohun ym. 2002, 120-121.)

Sokkitilaa hoidettaessa pyritään ensisijaisesti hoitamaan sokin syytä: esimerkiksi verenvuotoja tyrehtyttämällä. On myös soitettava hätänumeroon 112 ja toimittava

annettujen ohjeiden mukaan. Autettava asetetaan makuulle, jotta alhainenkin verenpaine riittäisi turvaamaan verenkierron aivoihin. Alaraajat tuetaan koholle, jolloin veri virtaa alaraajojen sijasta tärkeimpien sisäelinten käyttöön. Tajuton sokkipotilas käännetään kylkiasentoon: kylkiasennossakin jalkoja voi hieman kohottaa. Autettavan hengitystä tarkkaillaan ja huolehditaan hengitysteiden auki pysymisestä. Sokkitilassa kivun tunne pahentaa sokkia, joten hellä käsittely helpottaa sokin oireita. Autettava pidetään lämpimänä ja eristetään kylmästä alustasta. Sokkitilassa olevalle ei saa antaa suun kautta mitään, sillä vakavasti sairaan ihmisen suolisto on yleensä lamaantunut ja tämä voi johtaa sokkia pahentavaan oksenteluun. Jos autettavan tila muuttuu, soitetaan uudestaan hätänumeroon 112. (Sahi ym. 2010, 46-48; Urtamo ym. 2008, 360-373; Jevon ym. 2007, 140-142; Mohun ym. 2002, 120-121.)

4 IHON VAURIOT

Iho muodostuu orvaskedestä eli epidermiksestä, verinahasta eli dermiksestä ja useista eri kudoksista ja se on ihmisen suurimpia elimiä. Iho rakentuu epiteeli- ja sidoskudoksesta ja sisältää hermoja, rauhasia ja verisuonia. Aikuisen ihmisen ihopinta-ala on noin 1,7 m², ja se painaa noin 4 kg, joka on noin 5 % ihmisen koko painosta. Ihmisen ihopinta-ala on tärkeä määrittää lääkkeiden annostelun vuoksi ja se voidaan laskea henkilön pituuden, painon ja iän perusteella. Iholla on useita tehtäviä. Se osallistuu immuunipuolustukseen, valmistaa kasvutekijöitä ja hormoneja, suojaa elimistöä, aistii kipuärsyksiä sekä tunnustelee ympäristön lämpötilaa ja sopeutuu siihen. Iho osallistuu kommunikointiin sen värimuutosten kautta, toimii verisäiliönä ja valmistaa ulkoisia eritteitä, hikeä ja talia. (Iivanainen & Jauhiainen & Syväoja 2010, 736-737; Leppäluoto & Kettunen & Rintamäki & Vakkuri & Vierimaa & Lätti 2007, 65; Hietanen ym. 2003, 14.)

4.1 Paleltumavammat ja niiden ensiapu

Paleltumavammat (kuva 16) ovat kudoksiin syntyviä paikallisia vaurioita, jotka syntyvät verenkierron heikentyessä. Paleltumat syntyvät usein kehon ääreisosiin, kuten sormiin, varpaisiin, nenään, poskiin tai korviin. Paleltumavammat kohdistuvat tyypillisesti henkilöille, jotka sairastavat perifeeristä verenkiertoa heikentävää sairautta, tai jotka ovat psyykkisesti sairaita, alkoholisteja tai hyvin iäkkäitä. Lievät paleltumavammat paranevat yleensä ilman ongelmia. Alle kymmenen asteen pakkasessa syntyvät vammat ovat harvoin vakavia, mutta sitä alhaisimmissa lämpötiloissa vakavamman paleltuman mahdollisuus kasvaa suuresti. Paleltuma voi syntyä myös yllä nolla-asteisessa lämpötilassa, jos altistus kestää pitkään ja muina tekijöinä ovat tuuli ja kosteus. (Sahi ym. 2010, 106; Hietanen ym. 2003, 132.)



Kuva 16. Paleltumavamma sormissa. (Hietanen ym. 2003, 133.)

Paleltumat voidaan jakaa yksinkertaisesti pinnallisiin ja syviin paleltumiin tai neliasteisella luokittelulla. Pinnallinen vamma ei saa aikaan kuoliota ja se paranee kahdessa viikossa konservatiivisella eli oireenmukaisella hoidolla. Pinnallisiin paleltumiin voi muodostua rakkuloita, joiden neste on kirkasta. Syvissä paleltumavammoissa rakkuloiden neste on veristä, joka tarkoittaa, että kyse on vakavasta kudostuhosta. Ensimmäisen asteen vamma sijaitsee epidermiksessä. Iho muuttuu valkoiseksi tai kellertäväksi ja se on tunnoton. Ensimmäisen asteen paleltumavamma paranee reilussa viikossa. Toisen asteen vamma on muutoin samanlainen ensimmäisen asteen vamman kanssa, mutta se ulottuu syvemmälle, dermikseen. Tällaisen vamman paraneminen kestää kolmesta neljään viikkoa. Kolmannen asteen paleltumavamma ulottuu jopa dermiksen läpi. Iho rikkoontuu hitaasti ja kudokset voivat mennä kuolioon. Paraneminen on hidasta. Neljännen asteen vamma ulottuu jopa lihakseen ja luuhun asti. Paleltuma on jo niin vakava, että se aiheuttaa kuolion kudoksiin, mikä johtaa vammautuneen raajan amputaatioon. (Honeycutt 2007, 427-428; Hietanen ym. 2003, 132.)

Pinnallisen paleltumavamman oireita ovat ihon pistely ja kipu sekä valkoiset laikut iholla. Paleltunut iho tuntuu kovalta ja muuttuu vähitellen tunnottomaksi, jolloin kipu lakkaa. Paleltumavamma voi syntyä myös ilman selviä oireita. Syvän paleltumavamman iho on kova ja tunnoton. Vesirakkuloita voi muodostua vamman sulamisvaiheessa. Jos paleltuma on vakava, voi alue mennä kuolioon. Syvässä paleltumassa ihon lisäksi vaurioituu myös ihonalainen kudos. Paleltunut alue ei kestä kuormittamista eikä siten esimerkiksi paleltuneella jalalla voi kävellä. Vaikeita lisävaurioita saattaa syntyä jos paleltunut kohta jäätyy uudelleen. (Sahi ym. 2010, 107-108; Keggenhoff 2004, 117.)

Pinnallisen paleltumavamman ensiapuna paleltunutta ihoa lämmitetään esimerkiksi lämpimällä kädellä kevyesti painamalla. Ihoa lämmitetään kunnes ihon väri muuttuu normaaliksi, tunto palaa ja kovettuma katoaa. Lämmitettyä ihoa suojataan kuivilla vaatteilla. Paleltunutta ihoa ei saa hieroa, koska se voi pahentaa vammaa. Syvän paleltuman iho suojataan kylmältä ja upotetaan 40 - 42-asteiseen veteen noin puoleksi tunniksi. Paleltuman leviäminen estetään nopealla sulattamisella, joka yleensä tehdään sairaalassa. Sen jälkeen vamma-alue suojataan puhtaalla siteellä. Autettava pidetään lämpimänä hypotermian eli alilämpöisyyden välttämiseksi. Syvä paleltuma tarvitsee aina sairaalahoitoa. (Sahi ym. 2010, 107-108; Keggenhoff 2004, 117.)

Paleltumavammoja ehkäistään sormien ja varpaiden aktiivisella liikuttelulla verenkierron ylläpitämiseksi. Viimassa on syytä hakeutua tuulensuojaan ja pysytellä liikkeessä. Nopeimmin paleltuvat posket, korvat, nenä ja leuka, joita kannattaa välillä lämmittää käsin. Ihon oma rasva on paras suoja pakkasta vastaan. Pakkasvoiteet saattavat lisätä paleltumisen riskiä. Kylmässä ilmassa suorituskyky heikkenee nopeasti, joten omia kykyjä ja voimia ei tule yliarvioida. Nestehukan välttämiseksi täytyy juoda runsaasti lämmintä, sokeripitoista juomaa. (Sahi ym. 2010, 106-108.)

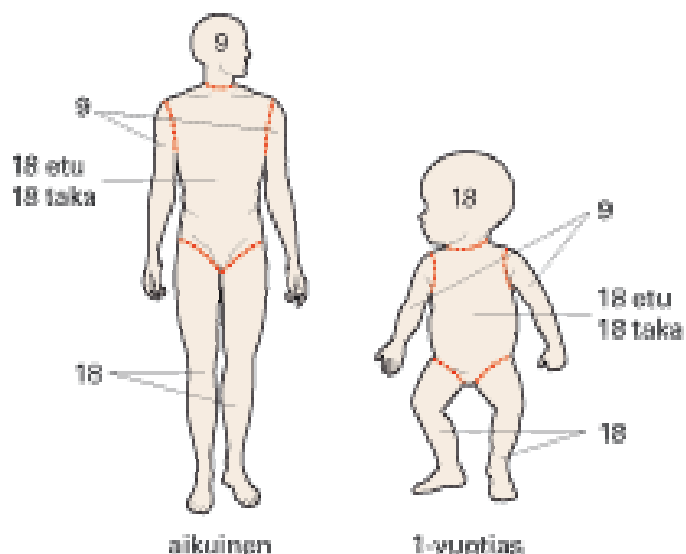
4.2 Palovammat ja niiden ensiapu

Palovamma on ihon tai ihonalaisten kudosten vaurio, joka syntyy lämmön, kemiallisten aineiden tai sähköön aiheuttamana. Lämmön kuumuus ja sen ihokontaktin kesto määrittelee kudoksen vaurioitumisen syvyyden. Suomessa sairaalahoitoa vaativia palovammapotilaita on vuosittain yli tuhat. Heti tapaturmapaikalla suoritettava yksinkertainen ensiapu parantaa potilaan mahdollisuuksia selviytyä. (Iivanainen ym. 2010, 748-749; Vuola 2008, 352-359; Huovinen & Paananen & Huovinen 2006, 262; Hietanen ym. 2003, 125.)

Palovamman laadun voi päätellä hyvin jo tapaturmamekanismin perusteella. Yleisin palovamman aiheuttaja on kuuma vesi. Suomessa tyypillinen palovamma on kuuman veden aiheuttama palovamma, joka usein on saatu saunoessa. Lasten saamat palovammat ovat yleensä keittiössä sattuvia kuuman nesteen aiheuttamia vammoja. Muita vammamekanismeja ovat liekkivammat, kontaktivammat ja sähköpalovammat. Kevään ja kesän aikana tavallisia palovammoja ovat liekkivammat. Ne syntyvät yleensä

sytytysnestettä käsitellessä. Esimerkiksi polttoainetankin räjähtäessä palavaa nestettä voi levitä laajalle alueelle. Suljetuissa tiloissa tällaiset tilanteet voivat aiheuttaa hengitystievamman. Vakavimmat vammat syntyvät yleensä asuntopaloissa. Kontaktivamma aiheutuu kuuman esineen koskettamisesta. Esimerkiksi pienten lasten tutkimisen halu voi johtaa kuuman keittolevyn tai silitysraudan koskettamiseen, josta aiheutuu kontaktipalovamma. Konservatiivinen, eli oireenmukainen, hoito on yleensä riittävä hoitomuoto. (Sahi ym. 2010, 99; Kurola & Lund 2009, 39-48; Vuola 2008, 352-359.)

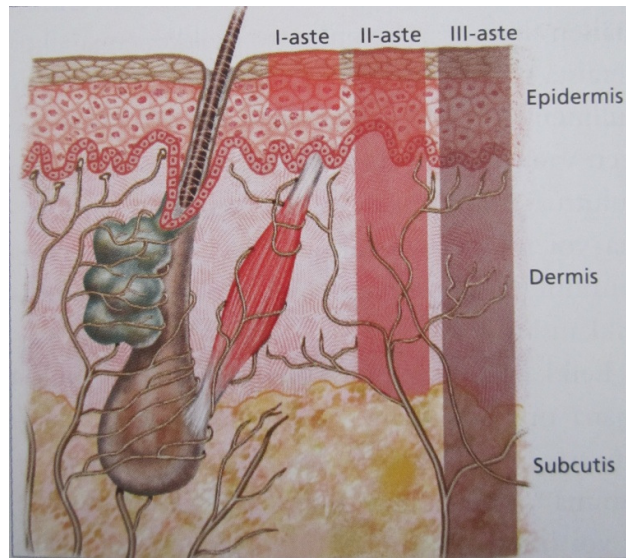
Jos palovamman pinta-ala on enemmän kuin viisi prosenttia koko kehon pinta-alasta, on sen tarkka laajuus määriteltävä niin kutsuttua yhdeksän prosentin sääntöä käyttäen. Alla oleva kuva (kuva 17) ohjeistaa palovamman pinta-alan määrittelyn yhdeksän prosentin sääntöä noudattaen. Vammojen sijainti on merkittävä sitä varten laadittuun kaavioon tai piirrettävä erilliselle lomakkeelle vamman sijainti. Palovamman laajuutta määriteltäessä ihmisen kämmenen laajuinen palovamma on yksi prosentti, yläraajan on yhdeksän prosenttia ja alaraajan kaksi kertaa yhdeksän prosenttia kehon pinta-alasta. Torson molemmat puolet käsittävät 18 prosenttia kehon pinta-alasta. Aikuisen pääpinta-ala on yhdeksän prosenttia ja pienen lapsen pään pinta-ala 18 prosenttia. (Sahi ym. 2010, 95-96; Honeycutt 2007, 337-338; Terveyskirjasto 2007.)



Kuva 17. Palovamman pinta-alan määrittelyn yhdeksän prosentin sääntöä noudattaen. (Terveyskirjasto 2011.)

Palovammat luokitellaan kolmeen eri asteeseen vaurion eri syvyyden ja tyypin mukaan

(kuva 18). I asteen palovamma rajoittuu ihon pintakerrokseen eli epidermikseen. Palovammakohta on lievästi turvonnut, punainen ja kosketusarka. II asteen palovammat ovat joko pinnallisia tai syviä. Pinnallinen II asteen palovamma yltää ihon eli dermiksen ylimpiin kerroksiin, jolloin iho punoittaa ja siinä on ohutseinäisiä rakkuloita ja siitä mahdollisesti erittyy kudostenestettä. Syvässä II asteen palovammassa vaurio ulottuu syvälle dermikseen, jopa tyvisolukerrokseen saakka. Vamma on rakkulainen, punoittaa voimakkaasti ja siinä on kuollutta kudosta. III asteen palovammassa ihon kaikki kerrokset ovat palaneet. Haavat ovat kuivia ja nahkamaisia, tunnotomia ja väriltään vaaleanharmaita, vihertäviä tai jopa mustia. (Sahi ym. 2010, 96-97; Iivanainen & Syväoja 2008, 517; Keggenhoff 2004, 118.)



Kuva 18. Palovamma-asteen luokitus. (Hietanen ym. 2003, 125.)

Suurin osa palovammoista sattuu kotona, joten ensiapuohjeet on hyvä hallita. Pinnallisen palovamman syntyessä palovammaa tulee välittömästi jäähdyttää juoksevassa, viileässä vedessä 10 - 20 minuuttia. Näin ehkäistään palovamman leviäminen ihon syvempiin kerroksiin ja vähennetään kipua. Jos iholla on rakkuloita tai iho erittää, voi siihen panna apteekista saatavan palovamman hoitoon käytettävän voidesiteen. Voideside peitetään sidetaitoksella ja kiinnitetään kevyesti haavateipillä tai joustinsiteellä. Side ei saa kastua ja sitä pidetään muutaman päivän ajan. Rakkuloita ei saa puhkaista, jotta kudoksiin ei kulkeudu bakteereja. Palovamma vaatii sairaalahoitoa, jos se on kämmettä suurempi toisen asteen palovamma, kasvojen ja käsien alueella sijaitseva syvä palovamma, kolmannen asteen palovamma, sähköpalovamma, hengitystiepalovamma, lieväkin vanhusten palovamma tai lasten palovamma joka on yli

lapsen kämmenen kokoinen tai jonka syvyyttä ei tiedetä. (Sahi ym. 2010, 97-100; Keggenhoff 2004, 118-121.)

Palovamma vaatii jatkohoitoa myös, jos vaurio on suuri tai jos autettavalla on hengitystai verenkierto-ongelmia. Tällöin on soitettava hätänumeroon 112. Tajuton, hengittävä potilas on käännettävä kylkiasentoon hengityksen turvaamiseksi. Vaikeasti hengittävä tai kasvopalovamman saanut autettava autetaan puoli-istuvaan asentoon. Jos iholle on päässyt syövyttävää ainetta, on iho huuhdeltava ja pestävä huolellisesti. Iholle kiinni palanutta ainetta ei saa yrittää irrottaa, eikä myöskään palaneita vaatteita saa riisua elleivät ne ole hengityksen esteenä. Autettava on pidettävä lämpimänä hypotermian, eli alilämpöisyyden, välttämiseksi. Autettavan tilaa tulee seurata ammattiauttajien saapumiseen asti; tilan huonontuessa on soitettava uudelleen hätänumeroon. (Sahi ym. 2010, 97-100; Keggenhoff 2004, 118-120.)

Palovammoja voi ehkäistä varautumalla tulipalon varalle. On hyvä miettiä ennalta miten toimia ja pelastautua tulipalon syttyessä, esimerkiksi selvittämällä asuintalon hätäpoistumistiet ja alkusammutuskaluston sijainnin. Sammutusvälineiden käyttöä on suotavaa harjoitella etukäteen ja jokaisen asunnon pakolliseen varustukseen kuuluu toimintakuntoinen palovaroitin. Paloturvallisuuteen kuuluu myös kodin sähkölaitteiden oikeaoppinen käyttö.

Tulipaloissa kuolee vuosittain noin sata ihmistä, joista kymmeniä voitaisiin pelastaa nopeilla ensihoitotoimenpiteillä. Nopeaa toimintaa vaativat myös sähköpalovammojen aiheuttamat sydän- ja hengitystieoireet. Sähköpalovammat syntyvät suoran sähkövirran kosketuksesta kudokseen, jolloin ulospäin näkyy vain sähkövirran sisään- ja ulosmenoaukot karrelle palaneena läiskänä. Muutokset voivat kuitenkin olla syvällä hermostossa ja lihaksissa. Pienjännitevammoissa voi syntyä liekkivamma, joka tarkoittaa sähkön johtumista ihoa ja vaatteita pitkin, ja se saattaa aiheuttaa liekkivammaa muistuttavan vaurion. Sähkön aiheuttamat palovammat ovat aina syvällä olevia vammoja, joiden laajuus ja koko selviävät vasta useiden päivien tai jopa viikkojen kuluessa. (Sahi ym. 2010, 99; Vuola 2008, 352-359.)

Sähkötapaturmissa kuolee Suomessa vuosittain alle viisi ihmistä. Vaikkakin sähköisku kuolemat ovat harvinaisia, ovat vialliset sähkölaitteet ja varomattomuus kuitenkin aiheuttaneet useita vaaratilanteita kohtalokkain seurauksin. Maallikoille

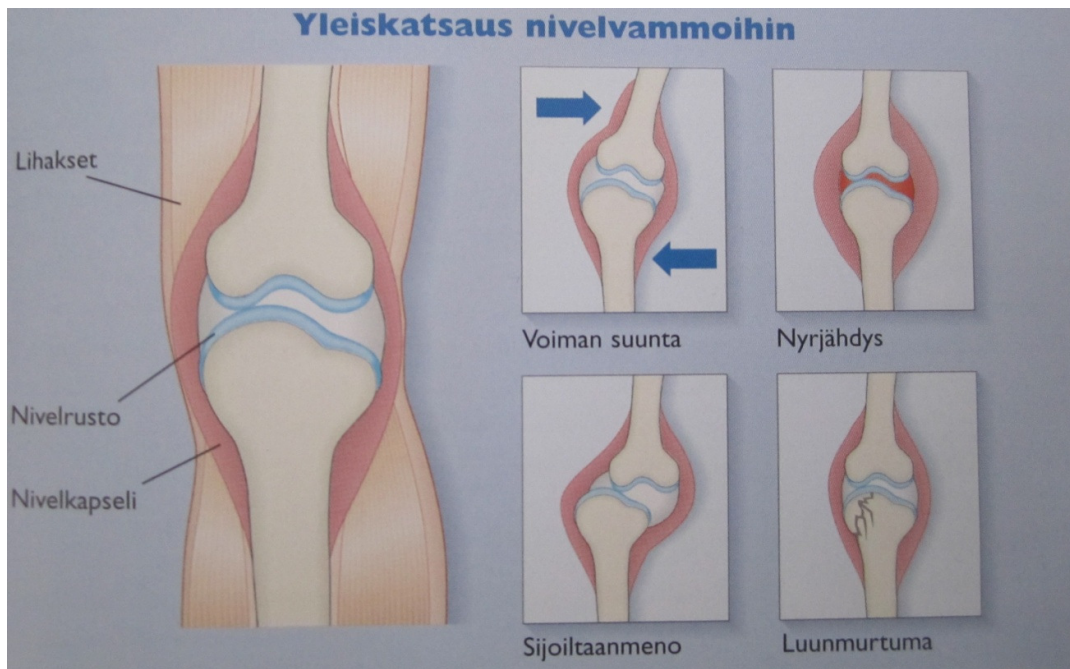
tapahtuneet sähkötapaturmat voidaan jakaa muutamaaan päätyyppiin, joista yleisimpiä ovat maallikoiden suorittamat omat asennusvirittelyt, sekä varomattomuus ja riskikäyttäytyminen sähkölaitteiden läheisyydessä. Sähkötapaturmissa kudokset vahingoittuvat joko suoraan tai epäsuoraan. Sähkö tuhoaa hermoja ja vaurioittaa verisuonia, ensisijainen sähkö aiheuttama vamma on kuitenkin palovamma. Vammojen syntyyn vaikuttavat useat eri tekijät, kuten sähkövirran laatu, voimakkuus, jännite, kontaktin kesto-aika, kosketuspinta-ala sekä sähkövirran kulkureitti kehossa. Esimerkiksi tasavirtaisku aiheuttaa yleensä voimakkaan yksittäisen lihaskouristuksen, jolloin uhri yleensä lentää pois kohteen luota, näin kontaktin kestoajan pysyessä kohtalaisen lyhyenä. Kuitenkin lyhytkin virtaisku voi jo aiheuttaa sydämen pysähdyksen. Sähköiskusta voi myös aiheutua rytmihäiriöitä, laskimotukoksia, hengityskeskusten lamaantumisen, lihaskuolioita, erilaisia hermostovammoja tai eriasteisia ihovammoja. Sähkövammoja voi aiheutua myös salamaniskun seurauksena, yleensä niin sanottuna sivuiskuna saatuna sähkölatauksena. (Sahi ym. 2010, 37-38; Peräjoki & Suominen 2008, 443-453.)

Sähkötapaturman sattuessa on ensimmäiseksi estettävä autettavan lisävammojen saaminen, eli autettavaan kohdistuva sähkövirta on katkaistava. Pienjännitetapaturman ollessa kyseessä, voi auttaja esimerkiksi seistä pyyhkeen päällä, jotta suora lattiakosketus vältetään, ja esimerkiksi puista harjanvartta käyttäen työntää epäkuuntoon menneen sähkölaitteen autettavan kädestä irti, jolloin sähkökontakti katkeaa. Vasta tämän jälkeen ensiaputoimenpiteet voi aloittaa. Ensimmäiseksi selvitetään autettavan tila ja ensiavun tarve. Autettavan hengitys tarkistetaan ja annetaan tarvittaessa painelupuhalluselvytystä rytmillä kaksi puhallusta ja 30 painallusta. Autettavan tilaa seurataan ammattiavun tulon saakka. Hätänumeroon 112 soimitaan uudelleen aina jos autettavan tila muuttuu. Sähköiskun saanut on toimitettava jatkohoitoon, vaikka näkyviä vammoja ei olisikaan. (Sahi ym. 2010, 37-38; Peräjoki ym. 2008, 443-453.)

Auringonsäteily voi aiheuttaa I tai II asteen palovammoja, joten etenkin lapsia on hyvä suojella auringonpolttamilta. Pienten lasten on hyvä pysytellä varjossa. Lapsille käytetään korkeasuojakertoimista aurinkovoidetta ja pää suojataan hatulla auringonpistoksen välttämiseksi. Auringossa oloa pitäisi välttää kello 11 ja kello 15 välillä, koska silloin auringon ultraviolettisäteily on voimakkaimmillaan. Täytyy huomioida että vesistöjen lähellä ja korkeilla alueilla ultraviolettisäteily on erittäin voimakasta. (Sahi ym. 2010, 35-37, 100; Keggenhoff 2004, 121.)

5 LIHAS- , NIVEL- JA JÄNNEVAMMAT JA NIIDEN ENSIAPU

Nivelen nyrjähdysten tai sijoiltaanmenon voi aiheuttaa ulkoinen voima, joka saattaa aiheuttaa myös jänneiden repeämisiä ja luunmurtumia. Turvotus syntyy verisuonten rikkoutumisesta johtuvan verenvuodon vuoksi, jolloin nivelenalueelle muodostuu yleensä mustelma. Silloin nivel ei pääse liikkumaan normaalisti. Nivelvammat jaetaan nyrjähdysiin ja sijoiltaanmenoihin, jotka ovat erittäin kipeitä. Nivelen distorsiossa, eli nivelen nyrjähtäessä, nivel vääntyy ja on vähän aikaa virheasennossa. Tällöin nivelsiteet, joista nivelkapseli koostuu, venyvät huomattavasti yli oman liikelaajuutensa. Nivelen nyrjähtäessä syntyy turvotusta kudosten verisuonten vaurioitumisen seurauksena. Nivelen luksaatiossa, eli sijoiltaanmenossa, nivel ei ole vain vähän aikaa virheasennossa, vaan se vääntyy ja jää virheasentoon. Yleisimmin sijoiltaan meneviä niveliä ovat sormi-, olka-, kyynär-, leuka-, nilkka- ja polvinivelet sekä polvilumpio (kuva 19). (Sahi ym. 2010, 91-92; Kallio 2008, 19, 91-92; Keggenhoff 2004; 100.)



Kuva 19. Yleiskatsaus nivelvammoihin. (Keggenhoff 2004, 101.)

Lääkärin tehtävänä on korjata nivelen virheasento. Sitä ei saa yrittää korjata tai vetää paikoilleen itse. Ensiapuna käytetään yksinkertaista kolmen K:n sääntöä: kylmä, kompressio eli painaminen ja kohoasento (kuva 20). Kipeää kohtaa painetaan

kylmäpakkauksella, tai jollakin vastaavalla kylmällä esineellä, turvotuksen laskemiseksi. Kylmäpakkausta ei saa laittaa suoraan iholle paikallisen paleltumavamman ehkäisemiseksi, vaan se kääritään esimerkiksi kankaaseen. Kylmä supistaa verisuonia ja tyrehdyttää siten verenvuotoa. Kylmähoito uusitaan vuorokauden aikana tunnin tai kahden välein. Kerrallaan kylmähoito saa kestää noin puolen tunnin ajan. Kompressio estää verenvuotoa ja sen seurauksena aiheutuvaa turvotusta. Nivelen ympärille sidotaan tukeva joustoside. Verenvuotoa saadaan vähennettyä kohottamalla raajaa ylöspäin. Sen seurauksena verenpaine suonistossa laskee ja verenvuoto vähenee. Mitä nopeammin kolmen K:n ohjetta käytetään, sitä vähemmän veri pääsee vuotamaan kudoksiin. Vammautunut nivel tuetaan liikkumattomaksi asentoon jossa se on, ja nostetaan koholle. Sijoiltaan menneen olkavarren kipua voidaan lievittää roikuttamalla kättä vapaasti alaspäin. Autettava on toimitettava sairaalahoitoon, jos kipu ei lakkaa, nivel ei toimi normaalisti tai vammautuneella jalalla ei voi kävellä. (Sahi ym. 2010, 91-93; Kallio 2008, 18-19; Laskowski-Jones, 2006, 48-49; Keggenhoff 2004, 99-101.)



Kuva 20. Kolmen K:n sääntö. (Terve urheilija 2011.)

Lihaskramppi tai jänne voi revähtää rasituksessa tai jonkin esineen iskun seurauksena. Revähdyksen kohdan kudokseen pääsee valumaan verta, joka estää nopean paranemisen. Nopea ensiapu estää vammaa laajenemasta ja edesauttaa paranemista. Repeämät syntyvät yleensä urheilussa ja liikunnassa. Lihaskrampin tai jännerepeämien oireita ovat akuutti paikallinen arkuus, kipu liikkeessa, verenpurkauma joka näkyy vammassa yleensä alaspäin syntyvänä mustelmana. Joskus voi näkyä repeytyneen lihaksen tai janteen synnyttämä kuoppa tai kyhmy lihaksessa. Lihaskrampin ja jännerepeämien ensiapuna käytetään kolmen K:n ohjetta, jonka jälkeen autettava toimitetaan jatkohoitoon. (Sahi ym. 2010; 93-94; Keggenhoff 2004, 98-100.)

6 MYRKYTYKSET JA NIIDEN ENSIAPU

Suomessa sattuu vuosittain yli 10 000 myrkytystä, joissa kuolee noin 1000 henkeä. Myrkytys on tapaturmista huomaamattomin ja sen yleisin aiheuttaja on alkoholi. Kotona myrkytyksiä sattuu usein varsinkin lapsille, mutta yleensä ne eivät johda kuolemaan. Suuri osa myrkytyksistä on yleensä vähintään kahden lääkeaineen sekamyrkytys. Myrkytyksen taustalla on usein mielenterveysongelma tai alkoholismi ja tavallisesti myrkytyskuolema on itsemurha tai tapaturman seuraus. Lääkeaineesta johtuvan myrkytyksen uhrin keski-ikä on 38 vuotta. Lääkemyrkytysten esiintyvyydessä voidaan havaita suuriakin alueellisia eroja, jotka johtuvat todennäköisesti sosiaalisista ja taloudellisista ongelmista. (Alaspää 2008, 399-422; Keggenhoff 2004, 129-130.)

Myrkytysten aiheuttajia voivat olla kemikaalit, lääkkeet, kasvinsuojelu- ja tuholaistorjunta-aineet, kasvit, marjat, sienet ja pilaantuneet elintarvikkeet. Myrkytyksen huomaaminen ja oikean ensiavun antaminen on vaikeaa, jos myrkytyksen aiheuttaja ei ole selvillä. Oireiden vakavuus ja niiden esilletulon nopeus riippuu aina aineesta ja sen määrästä, sekä tavasta, jolla myrkky on elimistöön joutunut. Pistoksena tai hengitysteiden kautta elimistöön joutunut myrkky vaikuttaa nopeasti ja suljetussa tilassa myrkyllisten kaasujen hengittäminen voi aiheuttaa nopean kuoleman. Suun kautta elimistöön joutuneen myrkytysvaikutus näkyy yleensä hitaasti, mutta hengenvaarallisia oireita voi ilmentyä jopa ensioireina. (Sahi ym. 2010, 117; Keggenhoff 2004, 130.)

Nieltyjen myrkyjen, esimerkiksi lääkkeiden ja alkoholin, oireita ovat pahoinvointi ja oksentelu, ripuli, päänsärky, vatsakipu, kutina ja turvotus iholla sekä kouristukset ja tajunnanhäiriöt. Pesuaineiden ja liuottimien myrkytysoireet ovat samanlaisia kuin edellä mainitut oireet. Jos epäillään myrkytystä, autettavaa ei saa oksuttaa, koska jotkin myrkylliset aineet voivat vahingoittaa ruoka- ja henkitorvea. Tajuissaan olevalle autettavalle annetaan lääkehiiltä, jonka tarkoituksena on sitoa oraalisesti otettuja myrkyllisiä aineita itseensä vatsalaukussa ja siten estää niiden imeytyminen (kuva 21). Lääkehiiltä annetaan mahdollisimman nopeasti, mieluiten alle puolessa tunnissa tapaturmasta. Lääkehiiltä saa apteekista ilman reseptiä ja sitä on hyvä olla kotona aina, jotta sen nopea antaminen on mahdollista. Hiilirakeita annetaan kolme ruokalusikallista

kymmentä painokiloa kohden. Aikuisen annos on yksi pullollinen hiilirakeita. Hiilirakeet sekoitetaan pieneen vesimäärään, jonka jälkeen annos syötetään kokonaan autettavalle, esimerkiksi jogurttiin sekoitettuna. Vaihtoehtoisesti lääkehiiltä voi antaa myös tabletteina, jolloin annos on neljä tablettia painokiloa kohden. Aikuisen annos silloin on noin 200 tablettia. (Sahi ym. 2010, 119-120; Taalikka 2002, 9-10.)

Jos autettava on juonut syövyttävää ainetta, hänelle ei saa antaa lääkehiiltä, koska se ei estä syövyttävien aineiden imeytymistä ja haittaa lisätutkimusten tekoa. Jos autettava on tajuton tai tokkurainen, hänet käännetään kylkiasentoon. Tarvittaessa aloitetaan elvytys. Myrkytystilanteessa soitetaan Myrkytystietokeskukseen, joka on avoinna vuorokauden ympäri. Puhelinnumero sinne on 09-471977. Hätätilanteessa soitetaan aina hätänumeroon 112. Ennen Myrkytystietokeskukseen soittamista selvitetään, mitä ainetta autettavan epäillään nielleen. Autettavan suu tarkistetaan: näkyykö siellä jälkiä kasvista tai jostain myrkyllisestä aineesta tai lääkejäämistä. Hengityksestä haistellaan onko hengityksessä jokin tunnistettava haju. On myös selvittävä, minkä määrän myrkyllistä ainetta autettava on niellyt. Sen voi selvittää laskemalla jäljellä olevat pillerit tai arvioimalla paljonko esimerkiksi pesuainetta puuttuu. Ennen myrkytystietokeskukseen soittamista arvioidaan myös kuinka pitkä aika myrkyllisen aineen nielemisestä on kulunut. (Sahi ym. 2010, 119; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009; Taalikka 2002, 9-10.)

<p>Carbomix[®] -hiilirakeet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 ruokalusikallista/10 painokiloa • esim. 10-kiloiselle 3 rkl, 20-kiloiselle 6 rkl hiiliraetta <ul style="list-style-type: none"> • aikuisen annos: 50 g = 1 pullollinen <p>tai Carbo medicinalis[®] 250 mg -tabletit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 tablettia/painokilo • esim. 10-kiloiselle 40 tablettia, 20-kiloiselle 80 tablettia <ul style="list-style-type: none"> • aikuisen annos: 50 g = 200 tablettia
--

Kuva 21. Lääkehiilen annostelu (Taalikka 2002, 10.)

Päihdemyrkytystapauksessa oireita ovat sekava puhe ja käytös sekä mahdollisesti harhaisuus, uneliaisuus, ylivilkkaus, aggressiivisuus ja ennalta arvaamattomuus.

Autettavaa tuetaan ja uhkaavaa tilannetta rauhoitetaan. Keskustelu pyritään pitämään asiallisena ja määrätietoisena. Ensiapuna annetaan oireenmukaista hoitoa. Jos mahdollista, selvitetään mitä ainetta ja kuinka paljon, autettava on käyttänyt. Soitetaan hätänumeroon 112 ja toimitaan ohjeiden mukaan. Autettavan tilaa seurataan ammattiavun saapumiseen saakka. Koska päihtynyt voi olla aggressiivinen ja arvaamaton, auttajan täytyy suojata tilanteessa itsensä ja mahdollisesti toimittava toisen auttajan kanssa. (Sahi ym. 2010, 122; Taalikka 2002, 9-12.)

Myrkytysvaaran vähentämiseksi kaikki lääkkeet ja haitalliseksi luokitellut aineet on säilytettävä alkuperäispakkauksissa lukollisessa kaapissa, lasten ulottumattomissa. Pesuaineita tai kemikaaleja ei saa sekoittaa keskenään, koska ne voivat reagoida yhdessä ja muodostaa myrkyllisiä kaasuja. Myrkyllisiä aineita ei saa koskaan säilyttää elintarvikkeille tarkoitetuissa astioissa, ettei kukaan erehdy juomaan niistä. Lääkkeitä ei myöskään saa ottaa pakkauksesta, josta puuttuu etiketti. Lääke ja oikea annos on aina tarkistettava ennen lääkkeen ottamista, eikä lääkkeen annosta saa suurentaa ilman lääkärin lupaa. On hyvä tuntea yleisimmät kasvit niiden oikeilla nimillä. Kansallisen lasten ja nuorten tapaturmien ehkäisyn ohjelman (2009) mukaan nuorten alkoholin käyttöön aikaisin puuttuminen vähentäisi nuorten päihteiden käytöstä johtuvia myrkytyksiä. (Markkula & Öörni 2009, 45; Pohjalainen & Paatela-Kulovesi 2002, 37.)

Liuottimet eli petrolituotteet ovat raakaöljystä tislaamalla saatuja kemikaaleja, esimerkiksi bensiiniä, mineraalitärpättiä, sytytysnestettä ja lamppuöljyä. Petrolituotteen myrkyllisyysaste riippuu muun muassa aineen haihtuvuudesta ja pintajännityksestä. Liuottimet syrjäyttävät elimistön hapen, jolloin on riski sydämen rytmihäiriöihin. Liuotin- ja happomyrkytysten oireita ovat oksentelu ja pahoinvointi sekä vatsakipu, päänsärky, ihottuma tai paikallinen turvotus iholla, kouristukset ja tajunnanhäiriöt. Happo- tai liuotinmyrkytystä epäillessä on otettava selvää mitä ainetta autettava on nauttinut ja kuinka paljon. Autettavaa ei saa oksettaa ja hänet on ehdottomasti toimitettava lääkäriin. Jos tilanne on kriittinen, soitetaan hätänumeroon 112. Tajuton käännetään kylkiasentoon ja tarvittaessa aloitetaan painelu-puhalluselytys. Jos liuottavaa ainetta on joutunut silmään, huuhdellaan silmiä välittömästi runsaalla vedellä, noin 15 minuuttia. Jos silmään ilmenee tulehdusoireita, on käytävä lääkärin tarkastuksessa. Mikäli liuottavaa ainetta on joutunut vaatteille, riisutaan saastuneet vaatteet ja pestään iho huolellisesti. Liuottimia hengitettäessä autettava siirretään raittiiseen ilmaan puoli-istuvaan asentoon. (Sahi ym. 2010, 119-123; Lampinen &

Pohjalainen 2002, 17-24.)

Allergisen reaktion voi aiheuttaa esimerkiksi eri siitepölyt, eläinten hilse, hyönteisten pistot, lääkeaineet, mausteet ja jotkin ruoka-aineet kuten kananmuna ja mansikka. Pienillä lapsilla pienetkin ruoanmurut voivat aiheuttaa vakavan allergisen reaktion. Yleisimpiä allergisia reaktioita ovat kutina iholla ja niin kutsuttu nokkosrokko, jossa iholle nousee pieniä kutiavia paukamia. Myös silmät saattavat oireilla kutisemalla ja myöhemmässä vaiheessa runsaalla silmäluomien punoittamisella ja turpoamisella. Vaikeassa allergisessa reaktiossa hengitystiet voivat turvota, joka voi aiheuttaa jopa hengityspysähdyksen ja hengenvaarallisen sokkitilan. Mitä nopeammin allergiset oireet ilmenevät, sitä vakavampi tilanne on. (Sahi ym. 2010, 128-129; Vaula 2009, 57-58, 158-159, 286-288; Mohun ym. 2002, 238-239.)

Allergisen reaktion tärkein ensiapu on poistaa allergisoiva aine, eli allergeeni. Mahdollisuuksien mukaan allergeeneja on vältettävä. Jos autettava on kuitenkin joutunut kosketuksiin allergeenin kanssa, voidaan altistus minimoida pesemällä iho huolellisesti ja silmiä huuhtelemalla jotta allergeeni poistuisi ihokontaktista. Allergisen ihmisen on hyvä pitää aina mukana esimerkiksi antihistamiinitabletteja ja iho-oireiden varalta kortisonia sisältävää voidetta. Vahvasti allergiselle voi lääkäri määrätä adrenaliinia sisältävän injektiokynän, josta voi jopa vaatteiden läpi laukaista lääkeannoksen suoraan ihon alle. Vaikeissa allergisissa reaktioissa soitetaan välittömästi hätänumeroon 112 ja seurataan autettavan tilaa ammattilaisten saapumiseen saakka. Jos autettavan tila selkeästi muuttuu, soitetaan hätänumeroon uudelleen. (Sahi ym. 2010, 128-129; Vaula 2009, 57-58, 158-159, 286-288; Mohun ym. 2002, 238-239.)

7 PROJEKTIKUVAUS

Projekti on kestoaltaan ainutkertainen, muusta toiminnasta erillään oleva sekä rajallinen toiminto, jonka tarkoitus on saavuttaa tietty päämäärä. Projekti määritellään kertaluontoiseksi toimenpiteeksi tai hankkeeksi, jolla on sovittu organisaatio ja resurssit. Projekti-sana tulee latinan sanasta *projectum*, joka tarkoittaa suoraan käännettynä ”esiin heitetty”. Sana *projectum* rakentuu siis latinan sanoista *pro*, eteen, ja *jacere*, heittää. (Kettunen 2009, 15; Karlsson & Marttala 2002, 11; Virtanen 2000, 30-35.)

7.1 Projektin lähtökohdat ja taustatekijät

Looginen teoreettinen viitekehys pohjautuu ajatukseen projektin päämäärän, tavoitteen, odotettavissa olevan tuloksen, toimenpiteiden ja lähtökohtalettamusten yksilöimisestä, sekä mitattavaan muotoon muokkaamisesta. Viitekehyksellä tarkoitetaan tutkijan valmisteluja ja toimenpiteitä ennen aineiston keruuta. Ongelman asettelun jälkeen on ajankohtaista määritellä keskeiset käsitteet. Käsitteet tulee määritellä täsmällisesti ja yksiselitteisesti. Aineistoa kerätessä on tärkeää, että se on luotettavaa ja soveltuu tarkoitukseensa. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2009, 140-143; Virtanen 2009, 166.)

Kemin vastaanottokeskuksella oli tarvetta itsehoito-oppaalle, jonka tekemisestä heidän kanssaan sovittiin. Rajatessamme itsehoito-oppaan sisältöä vastaanottokeskuksen henkilökunnan kanssa, päädyttiin siihen tulokseen ettei itsehoito-oppaan sisältö vastaa tavoitteita ammatillisen kasvun edistymisessä. Opinnäytetyön on tärkeää olla työelämälähtöinen ja ammatillisesti hyödyllinen myös jatkossa, joten aihe vaihdettiin ensiapuoppaaksi. Ensiapuoppaan tekeminen tukee sairaanhoitajan teoriaopintoja ja valmiuksia toimia ensiaputilanteissa.

7.2 Projektin tarkoitus ja tavoitteet

Projekteilla suunnataan aina etukäteen asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen. Ilman tavoitteita kyseessä ei voi olla projekti. Tavoitteet asetetaan niin, että ne ovat realistisia ja saavutettavissa, ja tavoitteiden tulee olla mahdollisimman selkeästi muotoiltuja.

Projektille määritellään aina yksi päätavoite, joka tarvittaessa jaetaan osatavoitteisiin. Yleensä asetetaan yhteistyössä kaikkia osapuolia hyödyttävä tavoite, jonka avulla projekti onnistuu. Projektin tavoitteiden määrittelyssä täytyy aina ajatella kustannuksia, tuloksellisuutta, aikatauluja sekä koko projektin laajuutta. (Paasivaara ym. 2008, 123-124; Virtanen 2000, 31-34.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä ensiapuopas Kemin vastaanottokeskuksen turvapaikanhakijoille. Opas sisältää tavallisimpien kotona sattuvien tapaturmien ensiapuohjeita. Projektin tavoitteena on, että oppaan avulla turvapaikanhakijat saavat valmiuksia toimia erilaisissa ensiaputilanteissa.

7.3 Projektin rajaus ja organisointi

Aiheenvalinnan jälkeen aihe täytyy rajata. On tarkennettava mitä haluaa kertoa tai tietää hankkimallaan aineistolla. Rajaus tarkoittaa loogista työkokonaisuutta, joka on johdettu projektin tavoitteiden ja annettujen ehtojen perusteella. Rajauksen pitää olla suhteutettuna realistisesti käytettävissä olevaan aikaan ja voimavaroihin. Projektia tehdessä rajausta ei saa muuttaa, mutta se kuitenkin tarkentuu projektin edetessä. Jos rajausta kuitenkin muutetaan, samalla täytyy arvioida miten rajauksen muutos näkyy projektin aikataulussa ja resurssitarpeissa. Projekti rajataan ennen projektisuunnitelman tekoa, sillä rajaukset selventävät koko projektin päämäärää. Kun rajauksen mukainen päämäärä on saavutettu, projekti päättyy. (Hirsjärvi ym. 2009, 75; Silfverberg 2007, 50-53; Ruuska 2006, 25; Karlsson ym. 2002, 63-64.)

Organisaation on hahmotettava toimintansa kokonaisuutena, johon sisältyy projektin suunnittelu- ja ohjaustaidot, ympäristön ja sidosryhmien huomioiminen, erilaiset johtamiskäytännöt sekä lopputulokseen liittyvä osaaminen. Yksi projektiohjauksen keskeisistä piirteistä on yhteistyökyky. Projektin ohjaus on jatkuvaa ja sen eri vaiheet tulee käydä läpi säännöllisin väliajoin prosessin aikana. Projektin onnistumisen kannalta ohjaus on tärkeää: ilman hyvää ohjausta projekti ei valmistu ja etene suunnitellusti. Tavoitteiden saavuttamiseksi projektin ohjaus tarkoittaa koko projektin keston ajan jatkuvaa inhimillisten ja materiaalien resurssien johtamista. Avoin keskustelu on ohjauksen keskeisin työväline. Projektin sisältöä ja tavoitteita voidaan tarkentaa rajaamalla projektin aihealue. Rajaaminen saattaa olla hankalaa, mutta huolellisesti

suoritettuna se myöhemmin helpottaa työn tekemistä. (Kettunen 2009, 111-112; Pelin 2009, 304; Paasivaara ym. 2008, 105-107.)

Toteutimme oppaan hankkeistettuna työnä yhteistyössä Suomen Punaisen Ristin Kemin vastaanottokeskuksen kanssa. Kemin vastaanottokeskuksen toiminta on vasta aluillaan, joten sillä ei vielä ole tarpeeksi terveydenhoitoon liittyvää materiaalia turvapaikanhakijoille annettavaksi. Ensiapuoppaamme on ensimmäinen Kemin vastaanottokeskuksen asiakkaita varten toteutettu opas. Opinnäytetyömme ohjasivat opettajat Marianne Sliden ja Aija Lämsä.

7.4 Projektin etenemisen kuvaus

Keväällä 2010 aihetta miettiessämme otimme yhteyttä Kemin vastaanottokeskuksen johtajaan Pirkko Rytköseen. Hän kehotti meitä kysymään vastaanottokeskuksen terveydenhoitajilta terveydenhuoltoon liittyvistä opinnäytetöistä. Ensimmäinen tapaaminen Kemin vastaanottokeskuksessa oli toukokuussa 2010. Tapaamisessa olivat läsnä vastaanottokeskuksen kaksi terveydenhoitajaa Maarit Juottonen ja Ulla Pörhö sekä pakolaisohjaaja Kari Laukkanen. Tapaamisessa paikalla ollut henkilökunta esitti päällimmäisenä tarpeena nousseen idean itsehoito-oppaasta. Suunnittelimme oppaan sisältöä, mutta myöhemmin, kesän 2010 aikana, aiheen tarkentuessa ja tutustuessamme lähdekirjallisuuteen, päätimme ehdottaa vastaanottokeskuksen terveydenhoitajille aiheen vaihtamista ensiapuoppaaksi, koska itsehoito-oppaan sisältö ja työstäminen eivät vastaa ammatillista kasvua sairaanhoitajaksi. Toukokuussa 2010 tutkimustyön opettaja Marja-Liisa Majamaa hyväksyi opinnäytetyöaiheemme, jonka ohjaajiksi pyysimme Aija Lämsän ja Marianne Slidenin.

Keväällä 2010 aloitimme projektisuunnitelman tekoa ja esitimme alustavan suunnitelman tutkimussuunnitelmaseminaarissa. Elokuussa 2010 sovimme tapaamisen vastaanottokeskuksen terveydenhoitaja Maarit Juottosen kanssa. Tässä vaiheessa yhteistyöryhmä oli supistunut yhteen terveydenhoitajaan Ulla Pörhön jäädessä pois vastaanottokeskuksen terveydenhoitajan toimesta. Tapaamisessa suunnittelimme ensiapuoppaan sisältöä vastaanottokeskuksen turvapaikanhakijoiden tarpeita vastaavaksi. Suunnittelimme oppaan toteutusta A5 – kokoiseksi, selkeäksi ja suomenkieliseksi.

Syksyn 2010 aikana olimme yhteydessä Maarit Juottoseen puhelimitse ja sähköpostitse. Lokakuussa 2010 kävimme tutustumaan Kemin vastaanottokeskuksen toimintaan. Terveydenhoitaja Maarit Juottonen kertoi työnkuvastaan ja vastaanottokeskuksen toiminnasta ja tehtävistä. Samalla kerralla esittelimme keskeneräisen projektisuunnitelman ja tarkensimme aikataulua, jonka mukaan seuraava vaihe projektisuunnitelman hyväksymisen jälkeen oli hankelupa-anomuksen allekirjoittaminen. Syksyllä 2010 pyysimme ensimmäistä ohjausta opinnäytetyön ohjaajilta projektisuunnitelman arviointia varten. Ohjauksella saimme palautetta ja korjausehdotuksia projektisuunnitelman viitekehysten teosta. Täydensimme projektisuunnitelmaa kaksi kertaa, jonka jälkeen ohjaajat hyväksyivät suunnitelman joulukuussa 2010.

Helmi-, maaliskuun 2011 aikana keskityimme työstämään teoriaa ensiavusta. Maaliskuun 2011 lopulla teoriaosuus tapaturmista ja sairauskohtauksista oli valmiina, joten kävimme vastaanottokeskuksessa näyttämässä siihenastista työtä. Vastaanottokeskuksen terveydenhoitajan mielestä kaikki aiheet olivat asianmukaisia eikä niihin tarvinnut tehdä muutoksia hänen osaltaan. Samalla kerralla allekirjoitimme hankelupa-anomuksen. Saimme terveydenhoitajalta kirjallisuutta turvapaikanhakijoista sekä Kemin vastaanottokeskuksesta ja turvapaikanhakijoista. Toinen ohjaavilta opettajilta saatu ohjauksella oli myös maaliskuun 2011 lopussa. Ohjauksella saimme korjausehdotuksia sisällysluettelon muutoksesta, jonka myötä ensiapu- ja monikulttuurisuus-otsikot yhdistettiin. Opettajat kehottivat myös laittamaan opinnäytetyöhön lisää kuvia ensiaputilanteista sekä tutkimuksia tai väitöskirjoja monikulttuurisuudesta.

Huhtikuun 2011 puolella välissä meillä oli tapaaminen äidinkielenopettaja Elina Kaasilan kanssa. Hän auttoi meitä artikkelien merkitsemisessä lähdeluetteloon. Huhtikuussa 2011 saimme myös kolmannen ohjauksen ohjaavilta opettajilta. Jouduimme jälleen järjestämään otsikot sisällysluetteloon ja yhdistimme muutamia otsikoita yhden otsikon alle. Jouduimme myös muokkaamaan haavojen ja elvytyksen ensiapuohjeita, koska SPR oli päivittänyt ohjeita vuoden 2010 lopussa. Saimme eri lähteistä ristiriitaista tietoa elvyttämisestä sekä haavanhoidosta, koska eräässä vuoden 2010 ensiapuoppaassa ei ollut vielä päivitettyä tietoa. Huhtikuussa 2011 kävimme vastaanottokeskuksessa hyväksyttävissä ensiapuoppaan raakaversio. Päätimme

oppaan selkeyttämiseksi laittaa otsikoiden viereen havainnollistavia kuvia sekä pitää oppaan kielen selkeänä ja yksinkertaisena. Samalla kerralla otimme terveydenhoitajan kanssa ensiapuoppaaseen tulevat kuvat, joihin vastaanottokeskuksen turvapaikanhakijat pääsivät malleiksi. Sovimme, että jatkossa lähetämme oppaan sähköpostitse vastaanottokeskuksen terveydenhoitajan arvioitavaksi. Liitimme kuvat ensiapuoppaaseen ja lähetimme oppaan arvioitavaksi ohjaaville opettajille sekä vastaanottokeskuksen terveydenhoitajalle.

Neljännellä ohjaukskerralla huhtikuun 2011 lopussa arvioitiin ensiapuopasta. Saimme hyvää palautetta oppaasta, mutta yksi kuva Heimlichin otteesta ei ollut tekstiin sopiva, joten jouduimme vaihtamaan sen. Oppaasta puuttui myös ohje painesiteen laittamisesta, joten lisäsimme sen. Terveydenhoitaja Maarit Juottonen oli tyytyväinen oppaan sisältöön ja ulkoasuun. Viimeinen ohjaukskerta oli huhtikuun 2011 lopussa. Ohjaavat opettajat kehottivat lisäämään pohdintaan yleistä pohdintaa aiheesta sekä muuttamaan joitakin lauserakenteita ja tiivistelmän asiasanoja. Projektin etenemisen kuvaus oli myös tällöin kesken.

Toukokuussa 2011 opinnäytetyö palautetaan ja se esitetään opinnäytetyöseminaarissa. Opinnäytetyötä tehdessä pysyimme hyvin suunnitellussa aikataulussa viimeisiä viikkoja lukuun ottamatta. Kirjallisesti tehty päivittäinen työsuunnitelma auttoi pysymään aikataulussa. Viimeisinä viikkoina, ennen opinnäytetyön palautusta, korjauksia ja viimeistelyjä tehdessä, tuntui kiireelliseltä ja raskaalta osittain sen vuoksi, kun jouduimme jakamaan työn keskenämme, jotta ehdimme palauttaa sen palautuspäivään mennessä. Viimeiset ohjaukskerrat olivat niin lähellä palautuspäivää, että sen vuoksi lopussa muutosten teko tuntui hieman hankalalta. Teimme opinnäytetyötä koko ajan yhdessä viimeisiä viikkoja lukuun ottamatta. Yhteistyö sujui hyvin ja koemme, että toisiltamme saatu tuki auttoi samaan projektiin valmiiksi määräaikaan mennessä.

8 POHDINTA

Projektia tehdessämme pääsimme perehtymään monikulttuuriseen hoitotyöhön, mikä auttoi meitä syventämään moniammatillisia ja –kulttuurisia yhteistyötaitoja. Oppaaseen tarkoitettuja kuvia ottaessamme huomasimme, että turvapaikanhakijat todella tarvitsevat ensiapuohjeita. Kuvia otettaessa turvapaikanhakijat olivat todella innokkaita ja halukkaita oppimaan tärkeitä taitoja. Ensiapuopas tulee varmasti tarpeeseen, koska terveydenhoitajan vastaanotolla käy paljon asiakkaita, joiden jotkin tarpeet voidaan hoitaa kotona itse. Tästä esimerkkinä on nilkan nyrjähdys, jota sattuu hyvin usein ja joka on helppo hoitaa kotona kolmen K: n ohjeiden mukaan. Ensiapuoppaassa on myös ohjeet niihin tilanteisiin, joita ei voida hoitaa kotona itse ja täytyy hakeutua ammattiauttajan hoitoon.

Monikulttuurisuus on Suomessa vielä pientä, mutta se kasvaa koko ajan, joten maahanmuuttajien tarpeisiin tulee kiinnittää yhä enemmän huomiota. Hoitotyötä tekevien ammattilaisten tulee saada koulutusta monikulttuurisuudesta enemmän, jotta he pystyisivät vastaamaan maahanmuuttajien tarpeisiin paremmin. Hoitotyössä tarvitaan parempaa tietämystä eri kulttuureista, jotta osattaisiin kohdata vieraasta kulttuurista tuleva ihminen ja toimimaan tämän kanssa. Monikulttuurisuuden lisääntymisen myötä myös osa hoitohenkilökuntaa on muita kuin valtaväestöä, joten tietoa eri kulttuureista tarvitaan, jotta työyhteisö pystyy toimimaan asiakkaiden hyväksi.

Halusimme tehdä opinnäytetyömme projektimuotoisena, sillä koimme projektityöskentelyn sopivan työtyyliksi meille parhaiten, vaikka aikaisempaa kokemusta projektityöstä ei meillä ollutkaan. Lähdimme siltä pohjalta etsimään aihetta, joka löytyikin helposti otettuamme yhteyttä Kemlin vastaanottokeskukseen. Kemlin vastaanottokeskus on ollut toiminnassa vasta muutaman vuoden, joten kirjallista materiaalia eri tarpeisiin heillä on hyvin vähän. Heille tekemämme ensiapuopas auttaa myös meitä perehtymään eri ensiapuohjeisiin, sekä palauttamaan niitä mieliimme. Koimme ensiapuoppaan tekemisen tukevan ammatillista kasvuamme, sekä valmiuksiamme toimia ensiaputilanteissa, joten tartuimme innolla aiheeseen kiinni.

Opinnäytetyön työstämisen aikana opimme projektityön eri vaiheet, mikä varmasti

auttaa meitä myöhemmin erilaisissa projekteissa. Ensiapuoppaaseen tulevat kuvat otimme vastaanottokeskuksen tiloissa, turvapaikanhakijoiden toimiessa malleina. Kuvia ottaessa ohjasimme samalla turvapaikanhakijoita toimimaan ensiapuhjeiden mukaisesti, joten omat ohjaustaitomme saivat harjaannusta projektin aikana. Ohjatessa on tärkeää, että tieto vastaanotetaan oikein ja toimitaan sen mukaisesti: turvapaikanhakijoita ohjatessamme erityisen haastavaa oli yhteisen kielen puuttuminen, sillä turvapaikanhakijat eivät juuri osaa suomea. Oli kuitenkin hienoa huomata miten hyvin yhteistyö voi toimia, vaikka ihmisten kontekstit ja elämäntilanteet olisivatkin täysin erilaisia.

Moniammatillinen yhteistyö tuli tutummaksi projektityön aikana: opinnäytetyöhömmme osallistui sekä sairaan- että terveydenhoitajia, koulumme opettajia ja vastaanottokeskuksen pakolaisohjaajia. Tulevaa ammattiamme ajatellen ryhmätyöskentelytaitojen hallinta on tärkeä osaamisalue. Sairaanhoidajina tulemme kuitenkin työskentelemään sekä useiden eri tahojen ja ammattiryhmien kanssa, että omien kollegojemme kanssa yhteistyössä. Opinnäytetyön tekeminen on edistänyt ammatillista kasvuamme sekä ohjaustaidoissa, ryhmätyöskentelyssä että ensiapuhjeiden hallinnassa. Yllättävää, miten usein ensiapuhjeita tulisi päivittää, jotta ne pysyvät ajan tasalla. Kirjoitimme syksyllä 2010 ensiapuhjeita muun muassa kiristysiteen käytöstä – loppuvuodesta 2010 ohjeistus kiristysiteen käytöstä oli kuitenkin muuttunut, emmekä olleet asiasta tietoisia. Koska ensiapuhjeita päivitetään jatkuvasti, eivät meidänkään tietomme ensiaputilanteissa toimimisesta olleet aina ajan tasalla, vaikka ensiapukurssit olemme käyneet kaksi vuotta sitten. Kirjallisuutta opinnäytetyön aiheesta löysimme todella hyvin ja hyödynsimme monipuolisesti myös kansainvälisiä lähteitä.

Projektia tehdessämme pysyimme hyvin aikataulussa: aluksi suunnittelimme tulevan aikataulun huolellisesti, mikä auttoi meitä aikataulussa pysymisessä. Työstimme projektia, muutamaa viimeistä päivää lukuun ottamatta, koko ajan yhdessä. Tämä helpotti meitä hahmottamaan kirjoitetun tekstin kieltä ja asioiden tärkeyttä: kuten mitä asiaa mihinkin kappaleeseen tulee laittaa. Yhteistyömme sujui hyvin, vaikkakin välillä stressaantuneina olimme aika paljon eri mieltä asioista. Suuremmilta ongelmilta työtä tehdessämme onneksi vältyimme. Terveystenhoitaja Maarit Juottosen sähköposti oli jonkin aikaa pois toiminnasta, joten yhteydenpito Kemin vastaanottokeskukseen ei kunnolla sillä välillä onnistunut. Onneksi oli kuitenkin kyse melko lyhyestä ajasta.

Opinnäytetyötä tallensimme tiuhaan tahtiin useisiin eri kohteisiin, jotta esimerkiksi muistitikun katoaminen ei saattaisi projektiamme takaisin lähtöpisteeseen.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tietää, kuinka paljon turvapaikanhakijoille sattuu tapaturmia puutteellisten tietojen tai kielitaidottomuuden vuoksi. Jatkotutkimushaasteena voisikin tehdä tutkimuksen edellä mainitusta. Kemin vastaanottokeskus tarvitsee myös itsehoito-opasta, jonka voisi tulevaisuudessa tehdä esimerkiksi opinnäytetyöprojektina. Yhtenä varteen otettavana projektina voisi myös ajatella tekemämme ensiapuoppaan kääntämistä englanniksi tai turvapaikanhakijoiden äidinkielille.

LÄHTEET

Abdel-Ghani, Maïche 2010. Muslimi potilaana. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Abdelhamid, Pirkko & Juntunen, Anitta & Koskinen, Liisa 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. WSOY, Helsinki.

Alaspää, Ari 2008. Lääkemyrkytykset. Teoksessa Ensihoido. Kuisma, Markku & Hollström, Peter & Porthan, Kari (toim.) 2008. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 399-422.

Alaspää, Ari 2008. Tajuttomuus. Teoksessa Ensihoido. Kuisma, Markku & Hollström, Peter & Porthan, Kari (toim.) 2008. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 289-303.

Finlex 2010. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
Tulostettu 21.10.2010 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Frisk, Outi & Tulkki, Heikki 2005. Kulttuuriavain. Kustannusosakeyhtiö Otava, Helsinki.

Garza, Diana & Becan-McBride, Kathleen 2010. Phlebotomy Handbook – Blood Specimen Collection from Basic to Advanced. Pearson, Upper Saddle River, New Jersey.

Haavikko, Ansa & Bremer, Lena 2009. Ulkoisesti erilaisia, sisäisesti samanlaisia – opas mielenterveystyöhön yli kulttuurirajojen. SMS tuotanto Oy, Helsinki.

Harilahti-Juola, Virpi 2010. Kotimaalla – Käsikirja maahanmuutosta. Maahenki Oy, Porvoo.

Hietanen, Helvi & Iivanainen, Ansa & Seppänen, Salla & Juutilainen, Vesa 2003. Haava. WSOY, Helsinki.

- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Honeycutt, Linda (päätoim.) 2007. PHTLS – Prehospital Trauma Life Support. Elsevier, Canada.
- Huovinen, Maarit (toim.) 2007. Pieni ensiapuopas. WSOY, Helsinki.
- Huovinen, Pentti (päätoim.) & Paananen, Riitta & Huovinen, Maarit (toim.) 2006. Terve ihminen – Suomalainen lääkärikirja. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009. Ensiapuohjeet myrkytystapaturmissa. Tulostettu 30.3.2011 osoitteesta <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,824,2049,2265,2260,3783>.
- Iivanainen, Ansa & Jauhiainen, Mari & Syväoja, Pirjo 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2008. Hoida ja kirjaa. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Ikola, Kaisu 2007a. Elvytykseen liittyviä määritelmiä, lyhenteitä ja toimintaperiaatteita. Teoksessa Elvytys ja elvytetyn hoito. Ikola, Kaisu (toim.) 2007. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 9-18.
- Ikola, Kaisu 2007b. Elvytyksen aloittaminen ja painelu-puhalluselvytys (PPE). Teoksessa Elvytys ja elvytetyn hoito. Ikola, Kaisu (toim.) 2007. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 19-30.
- Jevon, Philip & Bowden, David F. & Halliwell, David & McMahon Robin M. (toim.) 2007. Emergency Care and First Aid for Nurses – A Practical Guide. Elsevier, China.
- Kallio, Tapio 2008. Kuntoilijan itsehoito-opas. WSOYpro, Helsinki.
- Karlsson, Åke & Marttala, Anders 2002. Projektikirja – Onnistuneen projektin

toteuttaminen. Kauppakaari, Helsinki.

Keggenhoff, Franz 2004. Apua! Ensiapua. Kustannusosakeyhtiö Otava, Helsinki.

Keinänen, Taina & Mäkeläinen, Kati 2009. Aktiivinen kansalaisuus kotoutumisen edellytyksenä. Teoksessa Ovet auki! – Monikulttuuriset nuoret, vapaa-aika ja kansalaistoimintaan osallistuminen. Harinen, Päivi & Honkasalo, Veronika & Souto, Anne-Mari & Suurpää, Leena (toim.) 2009. Nuorisotutkimisverkosto, Nuorisotutkimisseura, julkaisuja 91, Helsinki, 183-204.

Kemin vastaanottokeskus 2010a. Tietoa vastaanottokeskuksesta –PowerPoint-esitys.

Kemin vastaanottokeskus 2010b. Turvapaikanhakijat –taulukko 2.11.2010.

Kettunen, Sami 2009. Onnistu projektissa. WSOYpro, Helsinki.

Kurola, Jouni & Lund, Vesa 2009. Onnettomuus: ei mekaaninen. Teoksessa Ensihoito-opas. Silfvast, Tom & Castrén, Maaret & Kurola, Jouni & Lund, Vesa & Martikainen, Matti (toim.) 2009. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 39-48.

Lampinen, Terhi & Pohjalainen, Tiina 2002. Kemikaalimyrkytykset. Teoksessa Lasten myrkytykset. Hoppu, Kalle & Pohjalainen, Tiina & Taalikka, Pia (toim.) 2002. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 17-24.

Laskowski-Jones, Linda 2006. First aid for sprains – Respond quickly to help the victim prevent complications and start healing. Nursing 36 (8), 48 – 49.

Lehtonen, Jarmo 2009. Tajuttomuus. Teoksessa Ensihoito-opas. Silfvast, Tom & Castrén, Maaret & Kurola, Jouni & Lund, Vesa & Martikainen, Matti (toim.) 2009. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 15-16.

Leppäluoto, Juhani & Kettunen, Raimo & Rintamäki, Hannu & Vakkuri, Olli & Vierimaa, Heidi & Lätti, Sole 2007. Anatomia ja fysiologia – Rakenteesta toimintaan. WSOY, Porvoo.

Liebkind, Karmela & Mannila, Simo & Jasinskaja-Lahti, Inga & Jaakkola, Magdalena & Kyntäjä, Eve & Reuter, Anni 2004. Venäläinen, virolainen, suomalainen – Kolmen maahanmuuttajaryhmän kotoutuminen Suomeen. Gaudeamus Kirja, Helsinki.

Maahanmuuttovirasto 2011a. Sanasto. Luettu 15.4.2011 osoitteesta <http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=2761#5>.

Maahanmuuttovirasto 2011b. Vastaanottojärjestelmä Suomessa. Luettu 16.4.2011 osoitteesta <http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=8,2476,2791,2792>.

Maahanmuuttovirasto 2010. Sanasto. Tulostettu 20.10.2010 osoitteesta <http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=2761#10>.

Marjeta, Maarit 2001. Äidit ja tyttäret kahdessa kulttuurissa – Somalialaisnaiset, perhe ja muutos. Sosiologian tutkimuksia. Joensuun yliopisto. Sosiologian laitos.

Markkula, Jaana & Öörni, Erkki (toim.) 2009. Turvallinen elämä lapsille ja nuorille – Kansallinen lasten ja nuorten tapaturmien ehkäisyn ohjelma. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, Helsinki, 43-47.

Martikainen, Matti 2009. Vierasesineen poisto hengitysteistä. Teoksessa Ensihoito-opas. Silfvast, Tom & Castrén, Maaret & Kurola, Jouni & Lund, Vesa & Martikainen, Matti (toim.) 2009. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 24-25.

Martikainen, Tuomas & Sakaranaho, Tuula & Juntunen, Marko (toim.) 2008. Islam Suomessa – Muslimit arjessa, mediassa ja yhteiskunnassa. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki.

Mohun, Janet & John, Katie 2002. First Aid Manual. St. John Ambulance, St. Andrew's Ambulance Association, British Red Cross, Dorling Kindersley Limited, London.

Moss, Bernard 2008. Communication Skills for Health and Social Care. SAGE Publications, London.

Määttä, Teuvo 2008. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Ensihoito. Kuisma, Markku &

Hollström, Peter & Porthan, Kari (toim.) 2008. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 23.29.

Paasivaara, Leena & Suhonen, Marjo & Nikkilä, Juhani 2008. Innostavat projektit. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, Helsinki.

Pelastustoimi 2006. Turvaopas – Lyhyt ensiapuopas. Luettu 28.3.2011 osoitteesta <http://turvaopas.pelastustoimi.fi/lyhyt-ensiapuopas.html>.

Pelin, Risto 2009. Projektihallinnan käsikirja. Projektijohtaminen Risto Pelin, Helsinki.

Peräjoki, Katja & Suominen, Ali 2008. Sähkötapaturmat. Teoksessa Ensihoito. Kuisma, Markku & Hollström, Peter & Porthan, Kari (toim.) 2008. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 443-453.

Pirinen, Ilkka 2008. Turvapaikanhakijoiden terveydentila – Tutkimus Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. Luettu 21.4.2011 osoitteessa www.tampere.fi/.../pakol._ja_tph-terveystarkastukset_Treen_ulk.palv.pdf.

Pohjalainen, Tiina & Paatela-Kulovesi, Anne 2002. Tietoa myrkytysvaaran vähentämiseksi. Teoksessa Lasten myrkytykset. Hoppu, Kalle & Pohjalainen, Tiina & Taalikka, Pia (toim.) 2002. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 37-46.

Poliklinikka 2010. Elvytys. Luettu 28.3.2011 osoitteesta <http://www.poliklinikka.fi/?page=7808053&id=8940418>.

Puustinen, Maija-Liisa 2007. Lapsen elvytys. Teoksessa Elvytys ja elvytetyn hoito. Ikola, Kaisu (toim.) 2007. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 83-114.

Pyykkönen, Veikko 2010a. Vastaanottotoiminnan toiminta-ajatus -PowerPoint-esitys. Sisäasiainministeriö 29.10.2010.

Pyykkönen, Veikko 2010b. Vastaanottotoimintaa säätelevät lait -PowerPoint-esitys. Sisäasiainministeriö 29.10.2010.

Roos, Jonna 2009. Monikulttuuriset perheet Suomessa. Teoksessa Monikulttuurinen perhe. Oksi-Walter, Päivi & Roos, Jonna & Vierola-Cavallari, Ritva, 2009. Kustannus Oy Arkki, Helsinki, 128-156.

Ruuska, Kai 2008. Pidä projekti hallinnassa – Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Talentum, Helsinki.

Ruuska, Kai 2006. Terveystieteiden projektinhallinta – Mallit, työkalut, ihmiset. Talentum, Helsinki.

Räty, Minttu 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Tammi, Helsinki.

Sahi, Timo & Castrén, Maaret & Helistö, Neta & Kämäräinen, Leena 2010. Ensiapuopas. Duodecim & Punainen Risti, Helsinki.

Sainola-Rodriquez, Kirsti 2009. Transnationaalinen osaaminen – Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos, Kuopio. Kuopio yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 172. Luettu 21.4.2011 osoitteessa www.uku.fi/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1231-1.pdf.

Saraneva, Kristiina 2010. Pakolaisuus ja psyykinen traumatisoituminen. Teoksessa Kulttuurit ja lääketiede. Pakaslahti, Antti & Huttunen, Matti (toim.) 2010. Kustannus Oy Duodecim, Porvoo, 192-245.

Schubert, Carla & Kruus, Johanna 2010. Tulkki yhteistyökumppanina. Teoksessa Kulttuurit ja lääketiede. Pakaslahti, Antti & Huttunen, Matti (toim.) 2010. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 297-304.

Silfverberg, Paul 2007. Ideasta projektiksi – Projektityön käsikirja. Edita, Helsinki.

Silvennoinen, Markku 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Talentum, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa –

ETENE –julkaisuja 11. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE), Helsinki.

Taalikka, Pia 2002. Yleiset toimintaperiaatteet. Teoksessa Lasten myrkytykset. Hoppu, Kalle & Pohjalainen, Tiina & Taalikka, Pia (toim.) 2002. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 9-12.

Talvinen, Päivi & Nylund, Marianne 2008. Kotouttavan yhteisösoseaalityön yhteistoiminnallisuus. Teoksessa Yhteisöt ja soseaalityö – kansalaisen vai asiakkaan asialla? Roivainen, Irene & Nylund, Marianne & Korkiamäki, Riikka & Raitakari, Suvi (toim.) 2008. PS-kustannus, Jyväskylä.

Terve urheilija 2011. Urheiluvammojen ehkäisy ja hoito. Tulostettu 30.3.2011 osoitteesta http://www.terveurheilija.fi/kymppiympyra/terveydenhuolto/urheiluvammojenehkaisyja_hoito.

Tiilikainen, Marja 2010. Etniset vähemmistöt Suomessa. Teoksessa Kulttuurit ja lääketiede. Pakaslahti, Antti & Huttunen, Matti (toim.) Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 62-66.

Tilastokeskus 2011. Kansalaisuus iän ja sukupuolen mukaan maakunnittain 1990 – 2010. Luettu 16.4.2011 osoitteesta <http://pxweb2.stat.fi/Dialog/Saveshow.asp>.

Urtamo, Sami & Aaltonen, Janne 2008. Sokkipotilas. Teoksessa Ensihoito. Kuisma, Markku & Hollström, Peter & Porthan, Kari (toim.) 2008. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 360-373.

Vaula, Eija 2009. Yliherkkyysoreaktio. Teoksessa Ensihoito-opas. Silfvast, Tom & Castrén, Maaret & Kurola, Jouni & Lund, Vesa & Martikainen, Matti (toim.) 2009. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 57-58, 158-159, 286-288.

Vihelä, Anne 2007. Työssä turvapaikanhakijan kanssa – sanastoa. Kansalais- ja työväenopistojen liitto KTOL, Tampere.

Virtanen, Petri 2009. Projektin strategian toteuttajana. Tietosanoma Oy, Helsinki.

Virtanen, Petri 2000. Projektityö. WSOY, Helsinki.

Vuola, Jyrki 2008. Palovamman ensihoito. Teoksessa Ensihoito. Kuisma, Markku & Hollström, Peter & Porthan, Kari (toim.) 2008. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 352-359.

Väyrynen, Taneli & Kuisma, Markku 2008. Sydänpysähdys ja elvytys. Teoksessa Ensihoito. Kuisma, Markku & Hollström, Peter & Porthan, Kari (toim.) 2008. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 188-228.

LIITTEET

Liite 1

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOPIMUS

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan toimiala ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tekemisestä alla mainituin ehdoin.

Toimeksiantajatiedot:

Toimeksiantajan nimi ja osoite: Suomen Punaisen Ristin Kemin vastaanottokeskus

Yhdyshenkilö/työelämäohjaaja: Maarit Juottonen

Yhdyshenkilön/työelämäohjaajan yhteystiedot:

Oppilaitostiedot:

Oppilaitoksen nimi ja osoite: Kemi-Tornion AMK

Opinnäytetyön tekijä(t) ja yhteystiedot: Nita Ellman 0400361775, Elina Niiranen 0405525117

Opinnäytetyön ohjaava(t) opettaja(t) ja yhteystiedot: Marianne Sliden & Aija Lämsä

Opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot:

Opinnäytetyön nimi/aihe: Ensiapuopas Kemin vastaanottokeskuksen turvapaikanhakijoille

Työn aikataulu: kevät 2010 - kevät 2011

Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa: Tekijät itse

Työn tulosten tekijänoikeuksista ja hyödyntämisestä sovitaan seuraavaa: Toimeksiantaja saa hyödyntää työtä työyksikön sisällä, muut oikeudet pidätetään.

Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa:

Työn ohjaajina toimivat: Maarit Juottonen

Toimeksiantajan opinnäytetyöstä mahdollisesti maksama korvaus:

Korvaussumma:

Korvauksen saaja:

Korvauksen maksun ajankohta:

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty 2 kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka: Kemi

Aika: 31.3.2011

Aija Lämsä Marianne Sliden
AMK:n edustaja

Maarit Juottonen
Toimeksiantajan edustaja

Nita Ellman
Ellman Nita
Opiskelija

Elina Niiranen
Niiranen Elina
Opiskelija

Liite. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma

ENSIAPUOPAS KEMIN VASTAANOTTOKESKUKSEN
TURVAPAIKANHAKIJOILLE

ENSIAPUOPAS

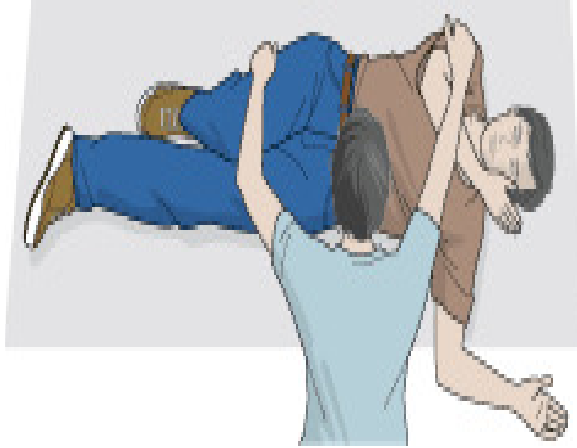


KEMI 2011

Tämä opas on avuksi Sinulle tapaturmien sattuessa.

Opas on toteutettu Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä. Oppaan ovat tehneet sairaanhoitajaopiskelijat Nita Ellman ja Elina Niiranen.

Kuvissa esiintyy Kemin vastaanottokeskuksen turvapaikanhakijoita.



SISÄLTÖ

1 TAJUTTOMUUS.....	58
Kylkiasento.....	59
Elvytys, aikuinen	59
Elvytys, alle murrosikäinen	60
2 VIERASESINE HENGITYSTEISSÄ	62
Heimlichin ote	62
3 HAAVA	63
4 PALELTUMA.....	65
5 PALOVAMMA	66
6 VENÄHDYS	67
7 MYRKYTYS.....	68
LÄHTEET	69

1 TAJUTTOMUUS

Tajuton ihminen hengittää, mutta ei vastaa puhutteluun eikä reagoi kosketukseen.

Kohdatessasi elottomalta näyttävän ihmisen:

1. Yritä saada kontakti autettavaan ravistelemalla ja puhuttelemalla häntä

2. Jos autettava ei reagoi, soita välittömästi hätänumeroon 112



3. **Avaa hengitystiet** taivuttamalla autettavan päätä taaksepäin ja nostamalla leuka ylös
4. **Tarkista, hengittääkö** autettava tarkkailemalla, kuuntelemalla ja **tunnustelemalla**, tuntuuko autettavan hengitys poskellasi
5. Jos autettavan hengitys on normaalia, **käännä** hänet **kylkiasentoon** hapensaannin turvaamiseksi



6. **Seuraa** autettavan **hengitystä** ja tarkkaile hänen tilaansa ambulanssin tuloon saakka
7. **Soita hätänumeroon uudelleen**, jos autettavan tila heikkenee
8. **Tajuttomalle ei saa koskaan antaa mitään suuhun tukehtumisen välttämiseksi!**

Kylkiasento

1. **Nosta** selällään olevan autettavan **toinen käsi** yläviistoon pään vierelle ja toinen käsi rinnan päälle



2. **Nosta** autettavan **takimmainen jalka** koukkuun ja ota kiinni autettavan hartiasta sekä koukussa olevasta polvesta ja käännä hänet kyljelleen



3. **Aseta** autettavan **päällimmäinen käsi** posken alle kämmenselkä ylöspäin ja päällimmäinen jalka koukkuun suorassa kulmassa
4. **Tarkista** vielä **pään asento** hengityksen turvaamiseksi

Jos tajuton ei ole heräteltävissä eikä hengitä normaalisti, aloita painelu-puhalluselvitys!

Elvytys, aikuinen

1. Aseta **autettava selälleen** ja mene polvillesi hänen viereensä. Jos auttajia on kaksi, soittaa toinen hätänumeroon 112
2. **Aseta kätesi** päällekkäin autettavan rintalastan keskelle
3. Pidä käsivarret ja hartiat suorassa
4. **Painele rintalastaa 30 kertaa** siten, että painelu- ja kohoamisvaiheet ovat yhtä pitkiä
5. **Avaa hengitystiet** taivuttamalla tajuttoman päätä taaksepäin ja nostamalla leuka ylös

6. Sulje autettavan sieraimet ja **puhalla rauhallisesti autettavan suuhun 2 kertaa**



7. **Jatka rytmillä 30 painallusta, 2 puhallusta** taajuudella 100 - 120 painallusta minuutissa, ambulanssin tuloon saakka

Elvytys, alle murrosikäinen

1. Jos **lapsi ei reagoi** kosketukseen tai puhutteluun, **soita hätänumeroon 112**, jos paikalla on muita. Noudata hätäkeskuksen ohjeita
 - Jos olet yksin, elvytä ensin 1 minuutti, soita sitten hätänumeroon 112. Noudata hätäkeskuksen ohjeita
2. **Aseta lapsi selälleen** ja mene polvillesi hänen viereensä. **Tarkista hengittääkö** lapsi
3. **Avaa hengitystiet** taivuttamalla lapsen päätä taaksepäin ja nostamalla leuka ylös
4. Sulje lapsen sieraimet ja **puhalla** lapsen suuhun ilmaa **5 kertaa**



5. Aseta kätesi päällekkäin lapsen rintalastan alaosalle
6. Pidä käsivarret ja hartiat suorassa
7. **Painele rintalastaa 30 kertaa** siten, että painelu- ja kohoamisvaiheet ovat yhtä pitkiä



8. Sulje autettavan sieraimet ja **puhalla rauhallisesti autettavan suuhun 2 kertaa**
9. **Jatka rytmillä 30 painallusta, 2 puhallusta** taajuudella 100 - 120 painallusta minuutissa, ambulanssin tuloon saakka
10. Jos lapsi ei herää, **soita uudelleen hätänumeroon 112**

Vauva elvytetään samoin kuin alle murrosikäinen lapsi. Elvyttäessä huomioi kuitenkin vauvan pieni koko: **vauvaa painellaan kahdella sormella**



...ja puhaltaessa suulla peitetään myös vauvan nenä.



2 VIERASESINE HENGITYSTEISSÄ

Vierasesine hengitysteissä aiheuttaa tukehtumisvaaran, jolloin on toimittava nopeasti.

Jos hengitysteissä on vierasesine:

1. Taivuta autettavan ylävartaloa eteenpäin ja lyö napakasti lapaluiden väliin viisi kertaa, jotta aiheutuisi yskärefleksi, ja vierasesine irtoaisi

2. Jos tämä ei auta, kokeile Heimlichin otetta

Heimlichin ote

1. Seiso autettavan takana ja kiedo käsivarret hänen ympärilleen
2. Aseta nyrkissä olevat kätesi autettavan navasta ylöspäin, rintalastan alapuolelle
3. Laita toinen kätesi nyrkin päälle, ja paina nyrkissä olevaa kättä autettavan vatsaa päin (liikkeen tulee olla nopea ja ylöspäin suuntautuva)
4. Toista liikettä niin kauan, että autettava alkaa yskiä ja vierasesine lentää ulos
5. Jos autettavan hengitys pysähtyy, aloita painelu-puhalluselytys

Jos kyseessä on alle murrosikäinen lapsi

1. Ota lapsi syliin ja aseta hänet vatsalleen, pää alaspäin. Lyö lapaluiden väliin viisi kertaa
2. Jos vierasesine ei irtoa, soita hätänumeroon 112
3. Kokeile Heimlichin otetta. Jos lapsi menee elottomaksi, aloita painelu-puhalluselytys: 5 alkupuhallusta, jonka jälkeen rytmillä 30 painelua, 2 puhallusta

3 HAAVA

Yleisimpiä kotona aiheutuvia haavoja ihottuma, eläimen tai hyönteisen käsiin.



ovat pinnallinen ihorikko tai naarmu, asfaltti-aiheuttama puremahaava ja lasin rikkoutuminen

Toimi näin haavatyypistä riippumatta:

1. Tyrehdytä **verenvuoto** esimerkiksi sormella painamalla
2. **Huuhtele** haava vedellä ja poista hiekka, lika ja tikut.
3. **Suojaa** haava puhtaalla sidoksella tai laastarilla
4. **Nosta** vuotokohta koholle sydämen yläpuolelle, jotta paine verisuonistossa laskee ja verenvuoto vähenee
5. Haavan päälle voi laittaa **painesiteen** verenvuodon tyrehdyttämiseksi

Paineside:

1. **Jatka** vuotokohdan **painamista**
2. **Laita** haavalle **suojaside**, ja paina edelleen siteen päältä
3. **Laita** suojasiteen päälle **painoksi** 1–2 siderullaa tai jokin pieni esine, joka toimii painona
4. **Kiinnitä** suojaside ja paino painesiteeksi sitomalla ne tukevasti joustositeellä tai huivilla. **Paineside ei saa kiristää**

5. Pidä vamma kohta edelleen kohoasennossa

Sairaalahoitoa vaativat syvät ja runsaasti vuotavat haavat. Puremahaavat ja likaiset haavat ovat myös syy hakeutua lääkäriin!



4 PALELTUMA

Paleltuma syntyy usein kehon ääreisosiin, kuten sormiin, varpaisiin, poskiin tai korviin. Lievä paleltumavamma paranee yleensä ongelmitta kahdessa viikossa.

Pinnallisen paleltumavamman ensiapuna:

1. **Lämmitä paleltunutta ihoa** esimerkiksi lämpimällä kädellä kevyesti painamalla. Lämmitä ihoa kunnes sen väri muuttuu normaaliksi, tunto palaa ja kovettuma katoaa
2. **Suojaa lämmitetty iho** kuivilla vaatteilla. Paleltunutta ihoa **ei saa hieroa**, koska se voi pahentaa vammaa
3. **Suojaa** syvän paleltuman **iho kylmältä** ja **upota** se **40 - 42-asteiseen veteen** noin puoleksi tunniksi
4. Syvä paleltuma tarvitsee aina sairaalahoitoa

5 PALOVAMMA

Palovamma on ihon tai sähkön aiheuttamana. veden aiheuttama palovamma, joka usein on saatu saunoessa.



ihonalaisten kudosten vaurio, joka syntyy lämmön Suomessa tyypillinen palovamma on kuuman

Suurin osa palovammoista sattuu kotona, joten ensiapuhjeet on hyvä hallita:

1. **Jäähdytä** palovammaa juoksevassa, viileässä vedessä 10 - 20 minuuttia

2. Jos iholla on rakkuloita tai iho erittää, voi siihen panna apteekista saatavan palovamman hoitoon käytettävän **voidesiteen**
 - **Peitä** voideside sidetaitoksella ja kiinnitä se kevyesti haavateipillä tai joustinsiteellä
 - **Pidä side kuivana** ja anna sen olla muutaman päivän ajan
3. Rakkuloita ei saa puhkaista, jotta kudoksiin ei kulkeudu bakteereja
4. **Palovamma vaatii sairaalahoitoa**, jos se on kämmentä suurempi, kasvojen ja käsien alueella sijaitseva syvä palovamma, hengitystiepalovamma, vanhusten tai lasten palovamma
5. Jos autettavalla on hengitys- tai verenkierto-ongelmia on soitettava **hätänumeroon 112**
6. Tajuton, hengittävä potilas on käännettävä kylkiasentoon
7. Vaikeasti hengittävä tai kasvopalovamman saanut potilas autetaan puoli-istuvaan asentoon
8. Potilaan tilaa tulee seurata ammattiauttajien saapumiseen asti; tilan huonontuessa on soitettava uudelleen **hätänumeroon 112**

6 VENÄHDYS

Lihaskramppi tai jänne voi revähtää rasituksessa tai jonkin esineen iskun seurauksena. Venähdyksiä syntyy yleensä urheilussa ja liikunnassa. Yleisimmin sijoiltaan meneviä niveliä ovat sormi-, olka-, kyynär-, leuka-, nilkka- ja polvinivelet sekä polvilumpio.

Ensiapuna käytetään yksinkertaista kolmen K:n sääntöä: kylmä, kompressio eli painaminen ja kohoasento.

1. **Paina** kipeää kohtaa kankaaseen käärityllä kylmäpakkauksella, tai jollakin kylmällä esineellä, turvotuksen laskemiseksi. Kylmä tyrehtyttää verenvuotoa
2. **Sido** vammakohdan ympärille tukeva joustoside
3. **Tue** vammautunut raaja liikkumattomaksi asentoon, jossa se on
4. **Kohota** raaja ylöspäin. Sen seurauksena verenvuoto vähenee
5. **Toimita autettava sairaalahoitoon**, jos kipu ei lakkaa, nivel ei toimi normaalisti tai vammautuneella jalalla ei voi kävellä

7 MYRKYTYS

Myrkytys on tapaturmista kemikaalit, lääkkeet, kasvinsuojelu- ja pilaantuneet elintarvikkeet. Myrkytyksiä sattuu usein varsinkin lapsille.



huomaamattomin. Myrkytysten aiheuttajia ovat tuholaistorjunta-aineet, kasvit, marjat, sienet ja

Selvitä:

- Mikä aine aiheutti myrkytyksen
- Kuinka suuresta määrästä on kysymys
- Milloin myrkytys tapahtui

Myrkytystilanteessa toimi näin:

1. Soita **Myrkytystietokeskukseen p. (09) 471977**
2. **Hätätilanteessa soita hätänumeroon 112**
3. **Autettavaa ei saa oksettaa!**
4. **Anna tajuissaan olevalle autettavalle apteekista saatavaa lääkehiiltä**, joka sitoo vatsalaukussa myrkylliset aineet itseensä
5. **Hiilirakeita** annetaan **kolme ruokalusikallista kymmentä painokiloa kohden**. Aikuisen annos on yksi pullollinen hiilirakeita
 - Hiilirakeet sekoitetaan pieneen vesimäärään, jonka jälkeen annos syötetään kokonaan autettavalle

LÄHTEET

Hoppu, Kalle & Pohjalainen, Tiina & Taalikka, Pia (toim.) 2002. Lasten myrkytykset. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Keggenhoff, Franz 2004. Apua! Ensiapua. Kustannusosakeyhtiö Otava, Helsinki.

Kuisma, Markku & Holström, Peter & Porthan, Kari (toim.) 2008. Ensihoito-opas. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Mohun, Janet & John, Katie 2002. First Aid Manual. St. John Ambulance, St. Andrew's Ambulance Association, British Red Cross, Dorling Kindersley Limited, London.

Sahi, Timo & Castrén, Maaret & Helistö, Neta & Kämäräinen, Leena 2010. Ensiapuopas. Kustannus Oy Duodecim, Punainen Risti, Helsinki.

Suomen Punainen Risti 2010. Ensiapuhjeet.

http://www.redcross.fi/ensiapu/ensiapuhjeet/fi_FI/index/.

Valokuvat © Maarit Juottonen

TÄRKEITÄ PUHELINNUMEROITA

Yleinen hätänumero **112**

Myrkytystietokeskus

(09) 471977

Kemin vastaanottokeskuksen päivystysnumero (24h)

040 4806084