



Ensiapuopas taitoluisteluseuralle

Oona Pallassalo & Benjamin Allemand

2021 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Ensiapuopas taitoluisteluseuralle

Oona Pallassalo, Benjamin Allemand
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Helmikuu 2021

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ensiapuopas taitoluisteluseuran työntekijöille. Taitoluistelu on vauhdikas urheilulaji, jossa kaatumisia, törmäyksiä ja muitakin tapaturmia sattuu. Loukkaantumisia sattuesssa välitön ensiapu on tärkeää, jotta vamman pahenemista voidaan välttää ja lisävahinkoa estää. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli edistää taitoluisteluseuran työntekijöiden ensiapuvalmiutta. Työelämän yhteistyökumppani toimi luisteluseura Helsingin Luistelijat ry, joka tilasi oppaan, ja jonka toiveesta valikoitiin oppaaseen kolme vammatyyppeä: aivotärähdyks, nilkan nyrjähdys ja viiltovammat. Tarkoitus oli tuottaa seuralle ensiapuopas, joka on helppolukuinen ja visuaalisesti selkeä. Oppaan materiaalin tulisi kestää kosteutta ja kylmyyttä mitä jäähalleissa esiintyy.

Opinnäytetyö oli luonteeltaan toiminnallinen. Oppaan sisältöä tuotettiin teoreettista viitekehystä ja tietopohjaa hyödyntäen. Tietopohja ja viitekehys luotiin monipuolisia sähköisiä ja kirjallisia artikkeleita ja lähteitä käyttäen. Työn teoreettisessa osuudessa käsiteltiin ensiapua käsitteenä, urheiluvammoja yleisesti sekä oppaaseen valittujen vammatyyppeiden syntymistä-pää, vamman tunnistamista sekä ensiapusuosituksia. Oppaan ensiapuohjeet perustuivat pääosin suomalaisiin lähteisiin ja ohjeistuksiin, joita tarkasteltiin myös kansainvälisen tutkimustiedon valossa. Visuaalisessa toteutuksessa otettiin huomioon hyvän oppaan kriteerejä sekä luisteluseuran omia graafisia ohjeita värityksessä ja fontissa.

Laurea University of Applied Sciences

Abstract

Degree Programme in Nursing

Bachelor's thesis

Oona Pallassalo, Benjamin Allemand

First Aid Guide for a Skating Club

Year

2021

Pages

39

The purpose of this thesis was to create a first aid guide for the employees of a figure skating. Figure skating is a action-packed sport, where falls, collisions, and other accidents happen frequently. When an injury occurs, giving first aid quickly is important because it prevents the injury from getting worse. The aim of the thesis was to improve the employees' preparedness to act in first aid demanding situations. The working life partner was the figure skating club Helsingin luistelijat ry that ordered the guide and chose the three types of injuries to be included in the guide: concussions, ankle sprains, and incision wounds. The guide had to be easy-to-read, visually clear and it had to endure its heavy use on the ice.

The thesis is functional. The guide's content was based on the subject's theoretical framework which was built by using a large variety of printed and digital scientific articles and sources. In the theoretical part of the thesis the concept of first aid, sports injuries in general, and the chosen injuries' mechanisms, symptoms, and first aid treatment were described. The first aid guidelines were principally based on Finnish guidelines. However, the guidelines are also examined in the context of international sources. During the process of the visual realisation of the guide, the general criteria of a good guide and the graphic guidelines of the figure skating club had to be taken into account.

Keywords: first aid, sport injuries, guide

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen viitekehys	7
2.1	Ensiapu	7
2.2	Urheiluvammojen määrittely ja luokitus	8
2.3	Yleisimmät akuuttivammat luistelussa ja niiden ensiapu	8
2.3.1	Aivotärähdys.....	8
2.3.2	Nilkan nyrjähtäminen	11
2.3.3	Viiltohaavat	15
2.4	Hyvän oppaan kriteerit	16
3	Työelämäkumppani	18
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	18
5	Opinnäytetyön prosessi.....	18
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	18
5.2	Oppaan suunnittelu ja toteutus	19
5.3	Oppaan arviointi.....	21
6	Pohdinta	22
6.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	22
6.2	Oppaan tarkastelu	24
7	Kehittämissuhteet ja jatkotutkimusaiheet	26
	Lähteet.....	27
	Kuviot	32
	Liitteet	33

1 Johdanto

Liikuntavammat muodostavat Suomessa suurimman tapaturmaluokan (Parkkari, Kannus & Kujala 2018). Vapaa-ajan luistelua voidaan pitää melko turvallisena liikuntalajina, jossa tapaturmat sattuvat pääasiassa kokemattomille, aloitteleville luistelijoille. Yleisimmän vammatyyppin vapaa-ajan luistelussa muodostavat tutkimusten mukaan yläraajoihin kohdistuvat viiltovammat. Tavoitteellisesti taitoluistelua harrastaville yleisimmät akuuttivammat ovat nilkan nyrjähdys ja aivotärähdykset. Myös polveen kohdistuvat vammat ja luun murtumat näkyvät tilastoista. (King, DiCesaro & Getzin 2018, 2.) Oikein suoritetulla ensiavulla turvataan vakavimmissa tapauksessa loukkaantuneen elintoimintoja. Ensiavulla pyritään myös lieventämään kipua ja estämään lisävahingon syntymistä. Myös omahoito-ohjeet ovat tärkeitä. (Korte & Myllyrinne 2017, 5.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa ensiapuopas luisteluseuralle. Tavoitteena oli edistää luisteluseuran työntekijöiden ensiapuvalmiutta. Opinnäytetyö toteutettiin toimeksiantona Helsingin Luistelijat ry:lle. Seurassa toimii 11 vakituista valmentajaa ja kymmeniä tuntivalmentajia. Toimintavuonna 2019-2020 seuran kokonaisjäsenmäärä oli 1036 henkilöä, joista noin 530 luisteli kilpa- ja harrasteryhmissä ja noin 480 luistelukouluissa. (Helsingin Luistelijat ry. 2020 a.)

Yhteistyökumppani on tunnistanut tarpeen ensiapuoppaalle. Työelämäkumppani rajasi selvästi aiheen ja oppaassa käsiteltävät vammatyypit omien tarpeidensa mukaan. Oppaaseen työelämän edustaja valitsi yhteisymmärryksessä opinnäytetyön tekijöiden kanssa kolme luisteluharrastukselle tyypillistä vammaa: aivotärähdykset, nilkan nyrjähdysten aiheuttamat nivelsiteen vammat ja viiltohaavat. Näiden valintojen pohjalta tuotettiin valmis ensiapuopas Helsingin Luistelijat ry:n valmentajille. Opas oli suunniteltu ensiapulaukussa säilytettäväksi, jotta se on apuna tilanteissa, joissa vammat useimmiten syntyvät. Pyrkimyksenä oli tuottaa selkeä opas, jonka tiedot pohjautuvat laajasti luotettaviin ja ajankohtaisiin lähteisiin.

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Ensiapu

Ensiapu käsitteenä ja omana toimintana, joka erottuu terveydenhuollon ammattilaisen suorittamasta toiminnasta, on varsin nuori. Nykypäivän lääketieteen näkökulmasta ensiaputaitojen tarve on ilmeinen, mutta vasta noin 140 vuotta sitten toiminta alkoi kehittyä sellaiseksi, millaisena se tänä päivänä tunnetaan. Toki haavojen sidonta ja raajojen lastoittaminen ensiaputoimenpiteinä dokumentoitiin jo antiikin kreikan aikoina ja elvytystaitojen merkitys hukkuneiden pelastamiseksi tiedettiin jo 1700-luvuilla. Kuitenkin vasta 1870-luvulla Preussin armeijan kirurgi Johannes Friedrich August von Esmarch käytti ensimmäisen kerran käsitettä ”Erste Hilfe” kouluttaessaan sotilaita haavojen sidontataidoissa ja raajojen lastoitusmenetelmissä. Samoihin aikoihin Englannissa kirurgi majuri Peter Shepherd, joka arvosti Esmarchin toimintaa, kehitti Esmarchin oppien pohjalta vielä kattavamman ensiavun opin kaikkine sisältöineen ja taitovaatimuksineen. Aktiivisena kirkon jäsenenä Shepherd alkoi vuonna 1878 pitää ensiapukoulutuksia siviileille presbyterisessä koulussa Skotlannin Woolwichissa. (Pearn 1994, 718-1719.)

Sittemmin tämä konsepti kouluttaa siviiliväestöä ensiaputaidoissa on viety maailmalle ja esimerkiksi Punaisen Ristin kansalliset järjestöt ovat omaksuneet vahvan roolin ensiaputaitojen kouluttamisessa. Suomen Punainen Risti, joka perustettiin vuonna 1877, on pitänyt ensiapukursseja maallikoille vuodesta 1885 lähtien. (SPR 2020 b.) Suomen Punaisen Ristin nykypäivän ensiapuohjeet perustuvat vahvaan tutkimusnäyttöön ja asiantuntijalausuntoihin. Ohjeistuksen on laatinut SPR:n ensiapuohjeiden suositustyöryhmä. Ohjeet on laadittu Kansainvälisen ja Euroopan elvytysneuvoston ensiapuohjeiden pohjalta. (SPR 2015.)

Ensiapu käsitteenä tarkoittaa maallikon toimintaa ja hätäensiapu taas viittaa maallikon hengen pelastavaan toimintaan, jonka tarkoituksena on turvata uhrin peruselintoiminnot, kunnes ensihoitopalvelu saapuu paikalle (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2018, 18). Useimmiten tilanteet, joissa ensiaputaitoja tarvitaan, eivät vaadi kuitenkaan elintoimintaa turvaavia toimenpiteitä. Usein kyseessä on lievemmästä vammasta tai loukkaantumisesta, ja ensiavun toimintojen tavoite on kivun lieventäminen ja lisävahinkojen syntymisen estäminen (Korte & Myllyrinne 2017, 5). Näin ollen ensiapu on erottava ensihoidosta ja ensihoitopalveluista, jotka ovat ammattilaisen suorittamaa lääkinnällistä pelastustoimintaa. Nämä ovat osa terveydenhuollon toimintaa, ja niistä säädetään laissa, asetuksissa ja viranomaisohjeissa (Kuisma, Holmström ym. 2018, 18-20).

2.2 Urheiluvammojen määrittely ja luokitus

Säännöllisen liikunnan hyöty ihmisen terveydelle ja laajemminkin elämänlaadulle on kiistaton ja tutkimusnäyttö siitä on vahvaa (UKK-Instituutti 2020). Samalla liikunta-aktiivisuuden kääntöpuoli on liikkujan lisääntynyt altistuminen erilaisille urheiluvammoille. Liikuntatapaturmat muodostavatkin suurimman vammoja aiheuttavan tapaturmaluokan (Pakkari, Kannus & Kujala, 2018).

Fyysinen vamma määritellään yllirasituksena tai -kuormituksena, joka aiheuttaa elimistöllemme rajoitteen tai esteen toimia tarkoituksenmukaisesti. Samalla fyysinen vamma käynnistää kehossamme aina myös yllirasitus- tai ylikuormitustilaa korjaavan prosessin. Walker määrittelee urheiluvamman ”vamma, kipuna tai fyysisenä vauriona, joka on aiheutunut urheilun tai liikunnan johdosta” (Walker 2014, 9). Vaikka tämä määritelmä käsittää mitä tahansa urheilun aiheuttamaa vammaa, viitataan urheiluvamma -käsitteellä kuitenkin useimmiten tuki- ja liikuntaelimistöön kohdistuviin vammoihin, kuten venähdyksiin, nyrjähdysiin, luun murtumiin tai ruhjeisiin. Vakavammat vammat, kuten päähän, niskaan tai selkäyttimeen kohdistuvat vammat, eritellään usein näistä tyypillisimmistä vammoista. (Walker 2014, 9.)

Urheiluvammat voidaan syntymämekanismin perusteella jakaa kahteen luokkaan. Akuutit vammat syntyvät äkillisesti iskun tai yksittäisen tapahtuman tai tapaturman tuloksena. Äkillisen tapahtuman seurauksena oireena on yleensä kipua, arkuutta, turvotusta, heikkoutta ja kyvyttömyyttä kuormittaa vaurioittamaa kehon osaa. Krooniset vammat syntyvät kehon rasitumisesta tai kulumisesta pidemmän ajanjakson aikana (Hautala & Ruuhinen 2011, 6). Niitä kutsutaan myös rasitusvammoiksi tai ylikuormitusvammoiksi. Tyypillisiä merkkejä rasitusvammoista ovat erilaiset tulehdukset ja rasitusmurtumat. (Walker 2014, 18.)

Urheiluvammat voidaan myös luokitella vakavuuden ja niiden haitta-asteen perusteella. Tässä luokittelutavassa erotellaan toisistaan lievät, keskivaikeat ja vakavat urheiluvammat. Esimerkiksi pehmytkudoksen venähdysvammojen luokittelu perustuu vammojen vakavuuden erotteeluun. (Walker 2014, 19; Haapasalo, Laine & Mäenpää 2011.)

2.3 Yleisimmät akuuttivammat luistelussa ja niiden ensiapu

2.3.1 Aivotärähdys

Aivotärähdys on aivotoiminnan häiriö, jonka aiheuttaa suoraan päähän kohdistuva isku (Hokkanen ym. 2014, 1055). Aivotärähdyn aiheuttama voima voi myös olla epäsuorana päähän välittyvä ja kohdistua esim. niskaan tai muualle vartaloon (Daneshvar, Nowinski, McKee & Cantu 2011, 3).

Tyypillisin päävammoja aiheuttava vammamekanismi on kaatuminen (Knox, Comstock, McGeehan & Smith 2006, 551). Suljetussa tilassa aivo-selkäydinnesteessä kelluviin aivoihin kohdistuu silloin voimakas kiihtyvyy- ja hidastuvuusenergia. Kiihtyvyyenergia voi olla lineaarinen tai kiertävä. Lineaariset voimat nostavat aivokudoksen sisäisen paineen hetkellisesti aiheuttaen neurologisen toimintahäiriön ja pahimmassa tapauksessa aivokudoksen rakenteellisen vamman. (Meany ja Smith 2011, 20.) Aivokudoksen voimakas ja kiihtyvä kiertoliike voi aiheuttaa vakavia aivokudosvaurioita (Meany 2011, 21).

Aivotärähdyksen diagnostinen luokittelu suhteessa aivovammoihin sekä termin käyttö yleisestikin ovat aiheuttaneet asiantuntijoiden keskuudessa vilkasta keskustelua (Hokkanen ym. 2014, 1055). Liimatainen, Niskakangas ja Öhman (2011, 2371) esittävät omassa artikkelissaan, että potilasohjaustilanteissa voidaan lievästä aivovammasta (engl. mild traumatic brain injury mTBI) käyttää termiä aivotärähdyks. Muissakin potilaille suunnatuissa ohjeissa (Jalanko 2019) käytetään aivotärähdyksestä puhuen lievän aivovamman kriteerejä, kuten enintään puolen tunnin kestävä tapaturmainen tajuttomuus. Käypä hoito -suositus (Aivovammat 2017) ja useat tutkijat (Hänninen 2017, 19) taas luokittelevat aivotärähdyksen lievän aivovamman alakategoriaksi. Suosituksen käsitys perustuu kansainväliseen yhteislausumaan, jossa tunnistetaan kriteereiksi biomekaanisen voiman vaikutus päähän tai muualle vartaloon, väliaikainen, mutta yleensä nopeasti ohimenevä aivotoiminnan häiriö, kuvantamislöydösten (MRI tai TT) puuttuminen ja korkeintaan hetkellinen tajuttomuus tai amnesia (McCrary ym. 2017, 839).

Neurologiset häiriöt voivat näkyä tapaturman jälkeen muisti- ja tasapainohäiriöinä, ajan ja paikan tajun hämärtymisenä, lyhyenä tajuttomuutena sekä sekavuutena. Nämä oireet esiintyvät kuitenkin vain osassa tapauksista. Muita yleisiä aivotärähdyksen oireita ovat päänsärky, oksentelu ja pahoinvointi, huimaus, näköhäiriöt, puheen puuroutuminen, mielialan vaihtelut, keskittymisvaikeudet sekä uneliaisuus tai univaikkeudet. (Hokkanen ym. 2014, 1055; Liimatainen ym. 2011, 2373.) Oireet ovat moninaisia ja vaihtelevia ja ne kehittyvät monesti myös useampien tuntien viiveellä. Tästä syystä aivotärähdyksen tunnistaminen urheilukentällä tai jäällä ei ole aina helppoa. Hokkanen ym. (2014, 1057) esittävätkin, että aivotärähdyksen ja vamman vakavuuden akuutti arviointi olisi ensisijaisesti aivotärähdyksiin perehtyneen terveydenhuollon ammattilaisen tehtävä. Akuutin arvioinnin perustella on tehtävä päätös harjoituksen tai pelin mahdollisesta jatkumisesta. Varsinkin harjoitustilanteissa terveydenhuollon ammattilainen ei ole yleensä kuitenkaan paikalla, joten läsnä olevilla huolto- ja valmennushenkilöillä tulisi olla riittävät perustiedot aivotärähdyksen diagnostisista kriteereistä ja oireistosta. Pelkkä epäily aivotärähdyksestä on jo riittävä peruste keskeyttää harjoitus, ja silloin urheilija ei saa enää palata samana päivänä takaisin urheilun pariin.

Nykypäivänä on olemassa erilaisia menetelmiä aivotärähdyksen arvioimiseksi. The Sport Concussion Assessment Tool vers.5 (SCAT5 ja CHILD SCAT5) on kansainvälisesti suosittu työkalu, kun aivotärähdyksen mahdollisuutta ja vakavuutta arvioidaan tapaturmapaikalla. (Hänninen

2017, 26; Hokkanen ym. 2014, 1058; McCrory 2017, 838) Näiden arviointivälineiden lomakkeet ovat tarkoitettu ainoastaan terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön, joten mallikoille on kehitetty oma työkalu Concussion Recognition Tool 5 (CRT5). Työkalu auttaa maallikkoauttajaa tunnistamaan ensiksi ne vaaran merkit, jotka viittaavat mahdollisesti vakavampaan aivovammaan. Kriteerien täytyessä tilanne vaatii ehdottomasti terveydenhuollon ammattilaisen arvioinnin tilanteen vakavuudesta. Jos terveydenhuollon ammattilaista ei ole tilanteessa läsnä, tilataan ambulanssi paikalle. Ambulanssia odottaessa noudatetaan ensiavun perusperiaatteita lisäonnettomuuksien estämisestä, ilmäteiden avaamisesta tarvittaessa, sekä hengityksen ja verenkierron turvaamisesta. Ellei vaaran merkkejä todeta, terveydenhuollon ammattilaista ei tarvita, ja maallikkoauttaja siirtyy tekemään systemaattisesti erilaisia havainnoja luistelijasta ja arvioi hänen oireitaan sekä testaa muutamalla kysymyksellä urheilijan muistia. CRT5:n muistiin testaamiseen liittyviä kysymyksiä suositellaan käytettäväksi vain yli 12-vuotiaille. Jo yhdenkin työkalussa mainitun oireen havaitseminen tai luistelijan kyvyttömyys vastata kysymyksiin on riittävä syy epäillä aivotärähdystä. Urheilija poistetaan silloin harjoituksista tai kilpailusta eikä häntä saa päästä samana päivänä takaisin urheilemaan. (CRT5; Malcolm 2008, 2; Putukian 56.) Vaaran merkit sekä aivotärähdyksen epäilyn herättävät havainnot ja oireet on esitetty alla olevassa kuviossa 1.

Kuvio 1: Aivotärähdyksen mahdollisuuden arvioiminen havaintojen ja oireiden perusteella (CRT5)



Aivotärähdyistä epäiltäessä urheilijaa ei saa jättää yksin eikä hän saa lähteä yksin kotiin. Kotona hänen tulisi olla aikuisen seurannassa seuraavan yön (Korte ja Myllyrinne 2017, 93). Urheilija tulisi herättää seuraavan yön aikana kaksi kertaa, jotta hänen vointiaan voidaan seurata. Lapsi lähetetään aikuista herkemmin lääkäriin tarkkailtavaksi, esim. jos päänsärky ja pahoinvointi ovat voimakkaita tai tapaturman jälkeen ilmaantuu sekavuutta ja tajunnan hämartymistä (Jalanko 2019; Korte ja Myllyrinne 2017, 93). Voinnin seuranta on tärkeää, koska oireiden paheneminen voi olla merkki aivokudoksessa kehittyvästä hematoomasta, epiduraali- tai subduraalihakematomasta (Walker ym. 2019, 72).

Urheilun pariin palaamisen edellytykset epäillyn tai todetun aivotärähdyksen jälkeen ovat fyysinen ja kognitiivinen oireettomuus (Hokkanen ym. 2014, 1060). Todetusta aivotärähdyksestä toipuminen kestää yleensä noin 7-10 päivää, joskus oireet voivat pitkittyä ja toipuminen vaatii enemmän aikaa (Hokkanen ym. 2014, 1056; Isokortti ja Luoto 2019, 1435, Jalanko 2019). Urheilun pariin palaaminen aivotärähdyksen jälkeen on oma prosessinsa, ja sen tulee tapahtua vähitellen ja hallitusti (d’Hemecourt 2011, 68). Rasitusta lisätään ja samalla vältetään mahdollisia uusia iskuja päähän toipumisprosessin ollessa kesken. Toistuvien aivotärähdysten seuraukset voivat olla kohtalokkaita (Lindsberg 2014).

2.3.2 Nilkan nyrjähtäminen

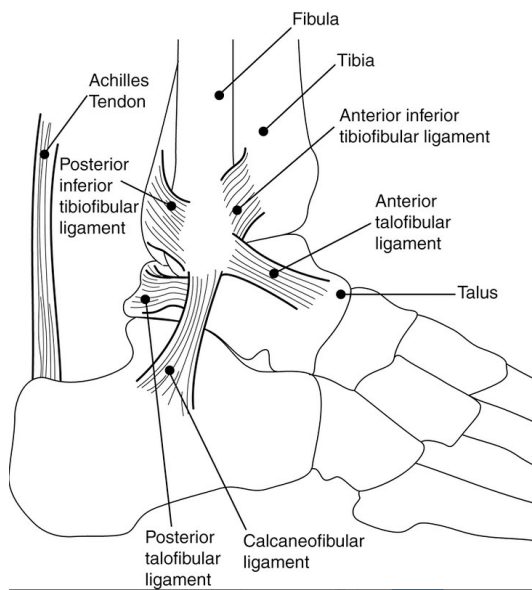
Nilkan nyrjähtämisestä johtuvat nivelsidevammat ovat tavallisimmat tuki- ja liikuntaelinvammat. Tilastojen mukaan Suomessa esiintyy päivittäin noin 500 tapusta, joista melkein kolmasosa johtuu liikuntatapaturmista (Ristiniemi 2018). Nilkan nyrjähdykset taas muodostavat noin viidesosan kaikista urheiluvammoista (Haapasalo, Laine ja Mäenpää 2011). King, DiCesaro ja Getzin (2017) tutkivat taitoluistelijoiden ilmoittamia vammoja ja niiden esiintyvyyttä Yhdysvalloissa. Tutkimustulokset osoittivat, että nilkkavammat ja nilkkojen nyrjähdykset ovat myös taitoluistelijoiden keskuudessa yleisin akuuttivamma (King ym. 2017, 6). Tämä tulos ei ole sinänsä yllättävä. Luistelun erilaiset tekniikat, kuten potkut, liu’ut, piruetit, hypyt ja voimakkaat iskut alastuloissa vaativat nilkkojen vakautta ja erinomaista hallintakykyä. Toisaalta luistimet on rakennettu antamaan juuri nilkalle erityistä sivusuuntaista tukea. Luistimien kuluneisuudella tai nauhojen löystymisellä ja vastaavilla tekijöillä saattaa olla roolia nilkkavammojen syntymisessä mutta niiden merkitys on toistaiseksi epäselvä ja vaatisi lisää tutkimusta. (King ym. 2017, 7.) Toisaalta on myös argumentoitu, että luistimien jäykkä ja tukeva rakenne heikentää luistelijoiden nilkkoja ja lisäävät siten nilkkavammojen riskiä (Porter, Young, Niedfieldt ja Gotschlich 2007, 330).

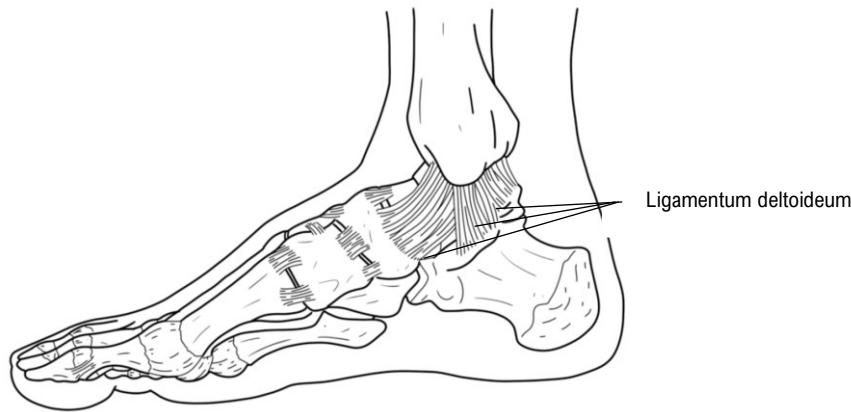
Nilkan toiminta ja liike perustuu kahteen niveleen. Sääri- (tibia), pohje- (fibula) ja telaluu (talus) muodostavat ylemmän nilkkanivelen (articulatio talocruralis), joka mahdollistaa jalan terän koukistuksen ja ojennuksen (dorsfleksio ja plantaarifleksio). Telaluu ja kantaluu

(calcaneus) muodostavat alemman nilkkanivelen (articulatio subtalaris), joka mahdollistaa jalkaterän sivuttaisliikkeet, eli nilkan inversion tai eversion.

Lihakset pitävät huolta nilkkanivelten dynaamisesta vakaudesta. Nivelsiteillä taas on keskeinen rooli nivelen staattisen vakauden ylläpidossa. (Mabee ja Mabee 2009.) Nilkkanivelen mediaalisesta (sisäpuoli) stabiliteetista huolehtivaa nivelsidettä kutsutaan ligamentum deltoideumiksi. Lateraalista stabiliteetista vastaa taas kolmen nivelsiteen kompleksi, joka yhdistää fibulan telaluuhun sekä kantaluuhun. Lateraaliset nivelsiteet ovat nimeltään lig. fibiotalare anteriorius (FTA), lig. calcaneofibulare (myös fibulocalcaneare FC) ja lig. fibiotalare posteriorius (FTP). Nilkan nivelsiteiden anatomia näkyy kuvioissa 1 ja 2.

Kuvio 2: Nilkan lateraaliset nivelsiteet (National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases 2015)





Kuvio 3: Nilkan mediaaliset ligamentit (Wikimedia Commons 2020)

Yleensä nilkan nyrjähdyksessä vammautuvat nilkan ulkosivun nivelsiteet, kun nilkka kääntyy liiallisesti sisäänpäin (inversio) (Orava 2012, 113). On tutkittu, että noin kolmasosassa tapauksista FTA-ligamentti on vaurioitunut ja noin neljäsosassa tapauksista sekä FTA- että FC-ligamentit ovat vaurioituneet (Haapasalo ja Laine ym. 2011). FTP-ligamentin vaurioituminen on harvinaisempaa. Mediaalipuolen deltaliigamentin vaurioituminen on harvinaisempaa ja vaatii suuren energiavamman ja nilkan eversion. Kyseinen nivelside on erittäin vahva. Deltaliigamenttivammaan liittyy usein myös muita löydöksiä, kuten esim. pohjeluunmurtuma. (Orava 2012, 114; Haapasalo ja Laine ym. 2011.)

Nivelsidevammat luokitellaan vamman vakavuuden mukaan kolmeen kategoriaan. Ensimmäisen asteen vammassa ligamentti on venynyt liikaa ja yksittäiset säikeet ovat mahdollisesti katkenneet. Urheilija pystyy edelleen melko hyvin kävelemään ja turvotus on vähäistä. Toisen asteen vammassa kyseessä on nivelsiteen osittainen repeämä. Kipu ja turvotus ovat huomattavia ja liikkeet ovat siksi rajoittuneet. Varattaessa jalka aristaa huomattavasti. Kolmannen asteen vammoissa yksi tai useampi nivelside on täysin katkennut tai irronnut luusta. Kliinissä tutkimuksessa ilmenee kivun, turvotuksen, liikerajoituksen ja aristuksen lisäksi periksi antoa ns. vetolaatikkotestissä. Vetolaatikkotestissä kantapäätä vedetään eteenpäin nilkan ollessa suorassa kulmassa. Periksi anto on vahva merkki FTA-ligamentin repeämästä. (Haapasalo yms. 2011.)

Pehmytkudosvammat kuten nilkan nyrjähdykset ovat kivuliaita ja ne käynnistävät vamma-alueella tulehdusreaktion. Tulehdusreaktion seurauksena verenkierto ja verisuonten läpäisevyys vamma-alueella lisääntyy ja neste kertyy kudokseen, vamma-alue turpoaa ja mahdollisesti katkenneet verisuonet voivat aiheuttaa hematooman. Kaikki nämä reaktiot lisäävät kivun tunnetta, mikä vaikuttaa taas kuntoutuksen tehokkaaseen toteutumiseen. (Van den Bekerom 2012, 436; Heere 1988, 50.) Nivelsidevammojen akuuttivaiheen hoito keskittyykin

ensisijaisesti tulehdusreaktion aikaansaamien oireiden hoitoon. Oireiden hoito on pitkään perustunut kolmen K:n periaatteeseen: kylmä, kompressio ja koho (Haapasalo & Mäenpää 2011; Parkkari ym. 2018). Kansainvälisessä kirjallisuudessa menetelmää kutsutaan RICE-menetelmäksi. Menetelmässä korostetaan myös levon merkitystä (Rest, Ice, Compression ja Elevation) (Van den Bekerom 2012, 436).

Akuuttivaiheessa heti vamman syntymisen jälkeen lepo on olennainen osa ensiapuvaiheen hoitoa. Nilkan rasittamista on vältettävä, jotta vammautuneen kudoksen metabolinen tarve vähenee ja verenkierto vamma-alueella hidastuu. Myöhemmin vamman kuntouttamisprosessissa nilkan hallittu mobilisaatio on olennainen elementti (Parkkari ym. 2018). Kylmähoidolla pyritään laskemaan vammautuneen kudoksen lämpötila, mikä hidastaa kudoksen metabolian, supistaa verensuonet ja estää tai vähentää verenvuotoa (Van den Bekerom 2012, 436). Vammautuneen kudoksen lämpötilan laskeminen noin 15 asteeseen hidastaa lisäksi kipuhermojen johtumisnopeuden ja johtaa lihasten rentoutumiseen, mikä laskee kipukynnystä (Bleakley 2019, 19; Airaksinen ym. 2003, 1032). Kylmäpakkauksena voi käyttää jääpalapussia, pakastimessa säilytettävää kylmägeelipakkausta tai pikakylmäpakkauksia, jonka kylmähoito perustuu kemiallisen reaktioon, kun pussissa olevat osat sekoitetaan keskenään. Kotioloissa pakastevihannespussi käy hyvin. Voimakas ja pitkäaikainen kylmähoito voi aiheuttaa iholle paleltumavamman. Siksi on tärkeää, että kylmäpussia ei laiteta suoraan paljaalle iholle vaan ihoa suojataan paleltumien ehkäisemiseksi (Haapasalo ym. 2011). Jotta kylmähoidon vaikutus ei jää pinnalliseksi, on hoidon oltava kestoaltaan noin 20 minuuttia kerrallaan ja hoito toistetaan ensimmäisinä päivinä useita kertoja päivässä. (Haapasalo ym. 2011; Bleakley 2019,19).

Kylmähoidon verensuonia supistava vaikutus on lyhytkestoinen, joten sen tueksi tarvitaan myös kompressio (Kallio 2008, 18). Kompression tarkoitus on vähentää hematooman syntymistä ja tulehdusreaktion aiheuttamaa nesteen valumista kudokseen (Van den Bekerom 2012, 436). Sopiva paine saadaan elastisella siteellä, joka sidotaan riittävän tiukaksi mutta ilman, että verenkierto jalkaterässä estyy (Kallio 2008, 19.)

Kohoasento on kolmas, mutta kiistanalaisin hoitoelementti (Ristiniemi 2018, Parkkari ym. 2018). Jalan kohoasennossa pitäminen vähentää verenpainetta jalan verisuonissa, ja tämä vähentää omalta osaltaan hematooman syntymistä. Lisäksi kohoasento edistää tulehdusnesteen poisvalumista imusuonia pitkin vähentäen näin turvotusta. (Van Bekerom ym. 2012, 436).

Van den Bekerom ym. (2012) ovat vertailleet tutkimuksia, joissa käsiteltiin ainakin yhtä KKK-hoidon elementeistä ja arvioitiin hoitomenetelmien vaikuttavuutta nilkan nyrjähtämisvammojen kuntoutusprosessiin. Tutkijat eivät kiistä, etteikö hoitomenetelmää koeta monestakin näkökulmasta toimivaksi hoidoksi, mutta tutkimusnäyttöön perustuva tieto hoitomenetelmän toimivuudesta ja osaelementtien parhaasta soveltamisesta on kuitenkin puutteellinen. Kolmesta hoitomenetelmästä kylmähoidon toimivuudesta on vahvin tutkimusnäyttöä. Raajan

asettamisesta kohoasentoon on vähiten tutkimusnäyttöä, ja se näkyy myös suomalaisten asiantuntijoiden lausunnoissa. Suomen Punaisen Ristin vuoden 2017 ensiapuhjeista (Korte & Myllyrinne 2017, 87) kohoelementti on jätetty pehmytkudosvammojen ensiavussa kokonaan pois. Duodecimin julkaisemassa Lääkärin käsikirjan artikkelissa (Parkkari ym. 2018, Ristiniemi 2018) ja Käypä hoito suosituksessa (Itsehoito 2016) kohoasentoa pidetään edelleen yhtenä pehmytkudosvammojen ensiavun ja itsehoidon hoitoelementtinä. Kokonaisuudessa KKK-hoitomenetelmän laaja kliininen käyttö perustuu enemmän hyviin yksilöllisiin kokemuksiin kuin vahvaan tutkimusnäyttöön (Van den Bekerom ym 2012, 441).

2.3.3 Viiltohaavat

Haava on ehjän ihokudoksen ja mahdollisesti sen alaisten kudosten rikkoutumista. Vaurio voi kohdistua ihoon lisäksi myös lihakseen, jänteisiin tai luustoon. (Haavatalo 2019). Haavoja voidaan luokitella kroonisiin haavoihin ja akuutteihin haavoihin. Krooniseksi haavaksi määritellään noin kuukauden avoinna olleet haavat. Akuuttihaava voi tulehtuessa myös muuttua krooniseksi haavaksi. Krooniset haavat kehittyvät useimmiten kuitenkin hitaammin ja syynä on monesti jokin sairaus. Yleisimmät krooniset haavat ovat verisuoniperäiset haavat, painehaavat ja diabetekseen liittyvät haavat. Myös akuutit haavat muuttuvat valitettavan usein krooniseksi haavoiksi. Harvinaisempia kroonisia haavoja ovat vaskuliittihaavat, lymfaattisen turvotukseen liittyvät haavat, ihotautien aiheuttamat haavat tai sädevaurioita. (Oppiportti 2018.)

Akuutit haavat ovat joko kirurgisia tai traumaattisia haavoja, joita tyypillisesti aiheuttaa ihokudokseen kohdistuva ulkoinen voima. Seurauksena syntyy akuutti, traumaattinen (tai kirurginen) haava, kuten hankaumat ja hiertymät, ruhje- tai repeämähaavat, viiltohaavat tai pisto- ja puremahaavat. Myös palo- ja paleltumahaavat lasketaan akuutteihin haavoihin.

Viiltohaavan aiheuttavat leikkaavat, terävät esineet, kuten veitsi, lasi tai luistimen terät. Viiltohaavan vakavuuteen ja paranemiseen vaikuttavat haavan pituus, haavan syvyys, sen puhtaus sekä haavan sijainti. Jatkohoitoa vaativissa tapauksissa ajalla haavan syntymisestä hoidon aloittamiseen on suuri merkitys. Mitä syvempi haava on, sitä suurempi on riski, että ihokudoksen lisäksi myös lihakset, isommat verisuonet, hermot tai jänteet vaurioituvat. (Castrén, Korte & Myllyrinne 2017.)

Suomessa ei ole tehty tutkimusta, joka käsittelee luisteluun liittyviä akuuttivammoja ja niiden esiintyvyyttä. Yhdysvalloissa on tehty tutkimuksia, joissa käsitellään taitoluisteluun liittyviä vammoja, mutta viiltoammoja ei ole niissäkään tilastoitu. Tarve sisällyttää viiltovammat Helsingin Luistelijat ry:lle laadittavaan ensiapuoppaaseen perustuu seuran edustajien toiveeseen, kokemukseen ja tunnistettuun tarpeeseen eikä niinkään tilastolliseen tutkimustietoon. Varsinkin muodostelmaluistelussa ja jäätanssissa luistellaan lähekkäin, pidetään toisistaan

kiinni vauhdikkaasti luistellessa ja harjoitellaan myös nostoja tai jopa heittoja. Tapaturman sattuessa näissä harjoituksissa riski viiltovammoille on ilmeinen. Lapsi voi aiheuttaa itselleen viiltovamman myös käsitellessään luistimia huolimattomasti.

Kun luistelija saa harjoituksessa tai kilpailussa tapaturman seurauksena viiltohaavan, ensiavun tärkeimmät toimenpiteet ovat verenvuodon tyrehtyttäminen, haavan puhdistaminen, haavan sulkeminen ja peittäminen. Haavaa tyrehtytään painamalla haavaa voimakkaasti haavan koosta riippuen käsillä, nenäliinalla tai sideharsorullalla tai muulla sopivalla kankaalla. Haavan puhdistamiseen riittää viileä hanavesi. (SPR 2020 a.) Pienehköjä haavoja voi sulkea haavateipillä, pikasiteellä tai haavansulkuteipillä (perhoslaastari), jonka jälkeen haava peitetään ja suojataan koon mukaan haavateipillä tai haavasidoksella. Isommalle ja runsaasti vuotavalle, vaikeasti tyrehtyttävälle haavalle voidaan laittaa paineside esim. sideharsorullaa käytämällä. Maallikkoauttajan ei tulisi käyttää kiristyssidettä, koska tämä vaatii koulutusta ja kuuluu vain ammattilaisten työkaluihin. (Castrén, Korte & Myllyrinne 2017.)

Tärkeää on tunnistaa jatkohoitoa ja lääkärin arviointia vaativat tilanteet ja haavat. Jos haava on pituudeltaan pieni (< 2 cm) eikä ulotu ihonalaista rasvakudosta syvemmälle, sitä voidaan hoitaa yllä mainituilla konsteilla. Jos haava on kookas, sen reunat ovat repaleisia tai se on liikainen ja ulottuu lihakseen, jänteisiin tai luuhun, se täytyy näyttää ammattilaiselle. Myös runsas verenvuoto, joka ei tyrehy 20 minuutissa, tai vamman sijainti kasvoilla, käsillä tai nivelten alueella ovat lääkärin arviointia vaativia tilanteita. (Saarelma 2020.) Lääkärin arviointi ei saisi viivästyä kuutta tuntia pidempään, koska ommeltavan haavan pitäisi sulkea kuuden tunnin sisällä, jotta tulehtumisen riski pysyy matalana. Myös jäykkäkouristusrokotuksen voimassaoloa on hyvä tarkistaa haavojen sattuessa. (Castrén, Korte & Myllyrinne 2017.)

2.4 Hyvän oppaan kriteerit

Yleiset kirjalliseen kieleen liittyvät ohjeistukset ovat tärkeitä hyvän oppaan kriteereitä. Hyvä opas puhuttelee kohderyhmää tai sen käyttäjää, joten siitä on tultava ilmi, kenelle opas on kohdennettu. Hyvä ohje on siten kirjoitettu juuri kohdeyleisölle, mikä vaikuttaa sanojen ja termien valintaan. (Hyvärinen 2005.) Termistö on kerrottu selkeällä kielellä ja se kirjoitetaan juuri kohderyhmälle ymmärrettävässä muodossa (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34-36).

Imperatiivin käyttö puhuttelee suoraan lukijaa, mutta se voidaan kokea epäkohteliaana. Passiivin käytöllä taas vältetään epäkohteliaasta vaikutelmaa, mutta passiivin käyttö voi aiheuttaa epäselvyyksiä, koska siinä ei kerrota selvästi, kenen odotetaan tekevän. (Hyvärinen 2005.)

Ohjeistuksen tulisi perustua tutkittuun tietoon. Esitetyn tiedon täytyy olla sisällöltään riittävän laaja ja kattava, mikä edistää ohjeiden ymmärrettävyyttä ja perillemenoaa. (Torkkola ym.

2002, 38-39.) Pelkkä määräysten ja käskyjen luetteloiminen ei välttämättä riitä ohjeeksi, koska ohjeen kohdehenkilö ei ymmärrä eikä sisäistä, miksi hänen tulisi toimia ohjeessa vaaditulla tavalla. Hyvärinen (2005) korostaakin ohjeiden perusteluiden merkitystä informaation perillemenon suhteen. Ensiapuohjetta suunniteltaessa täytyy pitää mielessä, miten ja missä tilanteissa ohjetta käytetään (Hyvärinen 2005). Jos ohjetta käytetään hätätilanteessa tapaturman sattuessa luistelukentällä, napakka ja käskävä kirjoitustyyli voi olla paras vaihtoehto. Jos tarkoitus on jakaa ohje kaikille toimitsijoilla esimerkiksi sähköpostilla, jotta jokainen voi siihen tutustua omassa rauhassa, sisältö voi olla laajempi ja hyvät perustelut ohjeille tukevat sisällön omaksumista ja oppimista. Kummassakin tapauksessa on kuitenkin muistettava pitää opas sopivan yksinkertaisena ja helposti luettavana. Otsikoihin ja väliotsikoihin on kiinnitettävä huomiota, sillä niiden avulla oppaasta löytyy nopeasti etsittävä tieto. (Torkkola ym. 2002, 39.)

Oppaan luettavuutta ja houkuttelevuutta edistävät ohjeen ulkoasu, tekstin asettelu ja kuvien käyttö. Tekstin fontti, väljyys ja taitto houkuttelevat käyttäjää lukemaan ohjetta (Torkkola ym. 2002, 53). Kuvat ja kuviot auttavat parhaimmalla tapauksella lisäämään ohjeen ja tekstin luettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. Niiden avulla voidaan täydentää tekstiä ja pitää lukijan mielenkiinto yllä. On kuitenkin tärkeää muistaa myös tekijänoikeus ja lupa kuvan käyttöön. (Torkkola ym. 2002, 40-42.)

Fontti on yksi luettavuuteen vaikuttava tekijä. Siihen liittyy visuaalinen selvyys, eli kirjainten erottuvuus toisistaan. Hyvin geometrisissa fonttityypeissä eri kirjainten muodot ovat samanlaisia, joten ne on vaikeita erottaa toisistaan. Tyhjä tilaa kirjainten välissä ja kirjainten sisällä vaikuttavat luettavuuteen varsinkin pienten tekstien kohdalla. Tästä näkökulmasta groteskityyppiset fontit ovat vahvoilla, koska niistä puuttuvat ylimääräiset koristeet ja koukerot. Pienaakkosia on helpompi ja nopeampi lukea kuin suuraakkosia, koska ne erottuvat toisistaan selkeämmin. Yksi fonttien perusjaottelu tehdään antiikvatekstien (esim. Times New Roman) ja groteskitekstien (esim. Arial, Verdana tai Trebuchet) välillä. Usein on ajateltu, että antiikvafontit sopisivat paremmin paperimedioihin ja groteskit sähköisiin medioihin. Tutkimusnäyttö asiasta ei kuitenkaan juuri ole. Liian moni tekijä vaikuttaa loppujen lopuksi fontin luettavuuteen. Myös lukijan henkilökohtaisilla tottumuksilla on suuri merkitys. (Itkonen 2019, 73-78.)

Olennaista on myös se, mistä tai missä ohjetta luetaan. Internetissä julkaistavassa ohjeessa ruutu ja sen koko täytyy ottaa huomioon tekstiä ja koko asetelua suunniteltaessa. Jos ohje on tarkoitettu tulostettavaksi, kannattaa suunnittelussa mennä paperin ehdoilla. Ohjeen materiaalilla on merkitys ohjeen kestävyden kannalta. Ohjeen laminointi suojaa ohjeen kosteudelta, kun taas taskuoppaan materiaalin täytyy kestää fyysistä kulutusta.

3 Työelämäkumppani

Helsingin Luistelijat ry on Suomen suurin ja vanhin suomenkielinen taitoluisteluseura. Tänä päivänä seurassa pystyy harrastamaan jäätanssia, muodostelmaluistelua ja yksinluistelua. Seura tarjoaa valmennusta harrastelijoille ja maailmanhuipulla kilpaileville luistelijaille sekä kaiken ikäisille luistelijaille. Toimintakaudella 2019-2020 seurassa oli 913 harrastajaa. (Helsingin taitoluisteluseura ry 2020 b.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ensiapuopas taitoluisteluseuran työntekijöille. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää taitoluisteluseuran työntekijöiden ensiapuvalmiutta.

5 Opinnäytetyön prosessi

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla alasta riippuen esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus, kuten perehdyttämisopas, ympäristöohjelma tai turvallisuusohjeistus. Ammattikorkeakoulun toiminnallisessa opinnäytetyössä tärkeää on, että siinä yhdistyy käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava (Vilkkä & Airaksinen 2003, 10). Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei esitellä tutkimuskysymyksiä eikä tutkimusongelmaa (Vilkkä & Airaksinen 2003, 30). Toiminnallisessa opinnäytetyössä riittää myös teoreettiseksi näkökulmaksi jokin alan käsite ja sen määrittely. Ei ole välttämätöntä eikä edes ajallisesti mahdollista toteuttaa opinnäytetyötä koko teorian näkökulmasta, teoria kannattaa rajata joidenkin keskeisten käsitteiden käyttöön (Vilkkä & Airaksinen 2003, 43). Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei aina ole välttämätöntä myöskään analysoida kerättyä aineistoa yhtä tarkasti ja järjestelmällisesti kuin tutkimuksellisissa opinnäytetyöissä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 58). Oppaaseen liitetyt kuvat lisäävät tekstiin helppolukuisuutta ja parantavat tuotoksen visuaalista ilmettä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51).

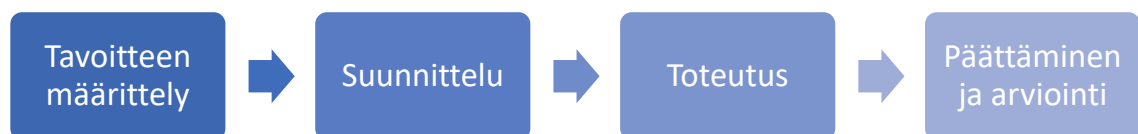
Käytännöllistä lähestymistapaa voidaan kutsua myös vastavuoroiseksi lähestymistavaksi. Tässä lähestymistavassa tutkija ja kohdeyleisön jäsenet määrittelevät yhdessä ongelmat ja niiden

syyt ja suunnittelevat tarvittavat toiminnot ongelmien ratkaisemiseksi. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998,118)

Toiminnallinen opinnäytetyö tarkoittaa, että opiskelijat tuottavat opinnäytetyönään jonkinlaisen fyysisen tuotoksen tai kehittävät jotakin toiminnallista osa-aluetta. Tavoitteena on oman alan ammatillisen taidon, tiedon ja sivistyksen kehittyminen. Opiskelijat käyttävät toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuksellista asennetta ja tarvittaessa erilaisia tutkimusmetodeja. Toimintatutkimus ei ole sama asia kuin toiminnallinen opinnäytetyö. (Vilka 2006, 76.) Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön laajuus ei liioin anna ajallista mahdollisuuksia tehdä toimintatutkimusta. Toimintatutkimus on ajallisesti vaativaa tutkimusta, koska se edellyttää pitkäaikaista aktiivista havainnointia, aktivointia tutkimuskohteessa, haastatteluiden ja muun materiaalin keräämistä tutkimusaineistoksi sekä muutoksen ja vaikuttavuuteen pyrkivää tieteellistä kirjoittamista. (Vilka 2006, 77.)

5.2 Oppaan suunnittelu ja toteutus

Opinnäytetyöprosessi oli kehittämisprosessi, jonka etenemistä voidaan kuvata Toikon & Rannan (2009, 64) lineaarisen mallin avulla. Työvaiheet etenevät siinä vaiheistettuna tavoitteen määrittelystä suunnittelun kautta toteutukseen ja työn päättämisen. Päättämisen olennainen elementti on kehittämistyön arviointi (ks. kuvio 3).



Kuvio 4: Kehittämistoiminnan lineaarinen malli (Toikko & Ranta 2009)

Tämän opinnäytetyön prosessissa noudatettiin Toikon ja Rannan (2009) mallia. Helmikuussa 2020 osallistuttiin Laurea AMK:n Otaniemen kampuksen hankekokoukseen, jossa esiteltiin aihe ja työelämäkumppani sekä määriteltiin ohjaajien kanssa opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite. Jo ennen hankekokousta sovittiin työelämän yhteistyötahon kanssa alustavasti aiheesta. Hankekokouksen jälkeen jatkettiin keskusteluja luistelu-seuran kanssa ja oppaan tarkemmaksi sisällöksi valikoitiin mahdollisista urheiluvammoista aivontärähdykset, nilkan nyrjähdysten sekä viiltovammat.

Suunnitteluvaihe kesti maaliskuusta lokakuuhun 2020. Sen aikana laadittiin työsuunnitelma, jossa selvitettiin teoreettista viitekehystä ja aiheen tietopohjaa. Siinä hyödynnettiin laadukkaita suomen- ja englanninkielisiä artikkeleita ja muita lähteitä. Tietoperustan ytimessä

olivat ensiapuohjeeseen valittujen vammojen syntymistavat ja valittujen vammojen hoito- ja ensiapuohjeet. Teoreettisen tietopohjan selvittelyyn kuului myös pohdinta hyvän oppaan kriteereistä. Suunniteltiin ohje, joka oli helppolukuinen, kielellisesti ja visuaalisesti selkeä sekä myös käyttöä kestävä. Haluttiin laatia tiivis ohje, jossa jokaisen vamman ensiapuohjeistus mahtui yhdelle sivulle. Ohjeeseen haluttiin tuoda myös lisää informatiivisuutta lisäämällä siihen ensiapuohjeiden lisäksi myös joitakin tietoiskuja jokaisesta vammatyypistä. Tässä vaiheessa suunniteltiin myös alustavasti kuvien käyttöä. Niiden tarkemmat käyttökohdat ja sisältö tarkentuivat vasta toteutusvaiheessa. Kuvat suunniteltiin otettavaksi joko järjestelmäkameralla tai matkapuhelimen kameralla. Kuvat otettiin loppujen lopuksi järjestelmäkameralla, jotta kuvan laatu olisi mahdollisimman hyvä. Kuvissa esitetyt ensiaputarvikkeet saatiin omasta, henkilökohtaisesti ensiapulaukusta. Työsuunnitelma esiteltiin hankekokouksessa lokakuussa 2020. Palautteen pohjalta tehtiin korjauksia suunnitelmaan. Samalla myös suunnitellun ohjeen yksityiskohdat tarkentuivat.

Oppaan laatiminen ja toteutus käynnistyi joulukuussa 2020. Ennen toteutuksen aloitusta oltiin yhteydessä työelämän yhteistyöhenkilöön ja kerrottiin suunnitelluista oppaan päälinoista. Luisteluseura esitti siinä vaiheessa vielä toiveen, että ohjeessa noudatetaan Helsingin Luistelijat ry:n visuaalista ilmettä ja graafista ohjeistusta fontin ja värimaailman osalta. Seura käytti asiakirjoissaan ja printtituotteissaan fonttia Quicksand (leipäteksti) ja Playfair Displayta (otsikot). Päävärit olivat sininen (Pantone 293, #003DA5), musta (Black, #000000) ja valkoinen (White #FFFFFF). Toissijaisena värinä käytettiin myös punaista (Pantone Red 032, #E1494C). Toiveet otettiin huomioon oppaan laadinnassa. Ohje toteutettiin ensiksi MS Word asiakirjana, joka muutettiin lopuksi MS PowerPoint-tiedostoksi. Molemmat versiot toteutettiin A4-kokoisena. Ensimmäinen versio oppaasta valmistui tammikuussa 2021. Siitä pyydettiin seuran yhteishenkilöiltä kommentteja. Kommenttien perusteella muokattiin ohjelunnonsta. Varsinkin ohjeistus aivotärähdyksen ensiavusta osoittautui vielä hieman sekavaksi. Grafiikka ei ollut riittävän selkeä ja se vaati tarkempaa sanallista selitystä. Ohjeen selkeyttämiseksi jouduttiin lisäämään hieman tekstin määrää. Tästä syystä päätettiin sitten sijoittaa vammojen tietoiskut omille sivulleen erikseen varsinaisesta ensiapuohjeesta. Samaa periaate noudatettiin kaikkien vammatyypien kohdalla, jotta rakenne pysyi samanlaisena ja loogisena läpi ohjeen. Ohjeesta tuli tämän vuoksi hieman väljemmäksi, mikä mahdollisti myös fontin kokoa 12 käyttöä, joka on tulostettunakin helposti luettavaa.

Valmis opas esiteltiin Helsingin Luistelijat ry:n luistelukoulun valmentajille etäyhteyksien kautta Teams-sovellusta hyödyntäen. Esittelytilaisuuteen osallistui kahdeksan valmentajaa. Esittelyn päätteeksi jaettiin kaikille sähköinen palautelomake, jonka sisältö ja tulokset käsitellään luvussa 6. Valmis opas jaettiin seuralle sähköisesti sekä PowerPoint- että Word-tiedostona. Seura huolehtii omien käyttökappaleidensa laminoimisesta.

5.3 Oppaan arviointi

Tämän opinnäytetyön tekijöiden oma arviointi keskittyi eettisiin kysymyksiin ja opinnäytetyöprosessin luotettavuuteen. Eettisiä kysymyksiä ja luotettavuutta käsitellään luvussa 6.2. Jotta arvio ei jäänyt pelkästään subjektiiviseksi pohdinnaksi, kerättiin myös kohderyhmältä palautetta (Vilka & ja Airaksinen 2003, 157). Palautetta pyydettiin ensiapuoppaan käytettävyydestä ja toimivuudesta. Palautteen avulla haluttiin selvittää, saavutettiin oppaan käyttäjien mielestä opinnäytetyölle asetetut tavoitteet. Lisäksi haluttiin saada käsitystä siitä, täytikö opas hyvän oppaan kriteerejä. Kyselyssä kartoitettiin käyttäjien näkemykset siitä, edistikö opas heidän ensiapuvalmiuttansa, ja oliko opas heidän mielestään hyödyllinen ensiapua vaativissa tilanteissa. Tämän lisäksi pyydettiin heitä arvioimaan oppaan visuaalisen toteutuksen selkeyttä, annettujen ohjeiden ymmärrettävyyttä ja toteutettavuutta sekä käytettyjen kuvien toimivuutta (liite 1).

Kyselyä suunniteltiin alussa Word-asiakirjana, joka oli tarkoitus tulostaa ja jakaa luisteluseuran jäsenille esittelytilaisuudessa. Korona-tilanteen vuoksi esittelytilaisuus pidettiin etäyhteyksien kautta, mikä esti paperilomakkeen käyttämisen. Paperilomakkeen sijaan käytettiin sähköistä verkkolomaketta (Forms), joka mahdollisti vastaamisen anonyymisti etäyhteyksien kautta. Kyselyssä käytettiin Likert-asteikkoa. Likert-asteikossa vastausvaihtoehtoja on neljä tai viisi: täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä (Leinonen, Otonkorpi-Lehtoranta Heiskanen 2017, 69; Heikkilä 2014). Tämän työn arvioinnissa käytettiin 4-portaista asteikkoa, jossa neutraalia vastausvaihtoehtoa ei anneta. Likert-asteikon avulla vastaaja voi esittää myönteistä tai kielteistä suhtautumistaan esitettyyn väitteeseen. Vastaajille annettiin myös mahdollisuus perustella omia näkemyksiään vapaalla, sanallisella vastauksella. Parhaassa tapauksessa vapaat sanalliset vastaukset voivat auttaa ymmärtämään paremmin onnistumisen tai epäonnistumisen syitä ja pohjustavat jatkotoimintaehdotuksia tai kehittämisehdotuksia.

Ensiapuohjeen esittelytilaisuuden päätteeksi jaettiin kaikille tilaisuuteen osallistuneille sähköinen linkki arviointilomakkeeseen ja korostettiin läsnä oleville, että vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset annetaan täysin nimettömänä. Osallistujia oli kahdeksan, joista kuusi palauttivat täytetyn lomakkeen. Palautteen antajien mielestä saavutettiin onnistuneesti opinnäytetyölle asetetut tavoitteet, ja että ohje edistää heidän ensiapuvalmiuttaan. Kaikki vastaajat olivat asiasta täysin samaa mieltä. Tärkeä ensiapuohjeen kriteeri oli sen tilannespesifinen toimivuus. Tähän liittyen haluttiin tietää, oliko opas hyödyllinen ensiapua vaativissa tilanteissa. Tästäkin kaikki vastaajat olivat täysin sitä mieltä, että opas oli hyödyllinen juuri näissä tilanteissa. Myös ohjeiden ymmärrettävyyttä ja toteutettavuutta sekä käytettyjen kuvien toimivuutta arvioitiin maksimipisteillä. Kysymykseen ”oppaan visuaalinen toteutus on selkeä” yksi vastaaja oli osittain samaa mieltä ja kaikki muut olivat täysin samaa mieltä.

Vapaamuotoisessa palautteessa kiitettiin esitystä ja ohjeen helppoutta (” [...] eikä ollut liian vaikeita ohjeita”).

Kokonaisuudessaan palaute oli erittäin positiivinen ja sen perusteella voitiin todeta, että opinnäytetyölle asetetut tavoitteet on saavutettu. Palautteet perusteella onnistuttiin oppaassa myös toteuttamaan hyvän oppaan kriteerejä. Visuaalisen selkeyden arvioinnissa oli pientä hajontaa vastaajien kesken, mikä vastasi myös oppaan tekijöiden omaa kokemusta. Visuaalinen selkeys oli oppaan toteutuksen haastavin tehtävä. Varsinkin aivotärähdyksen ensiapuohjeen toteutus oli haastava. Käytettävissä ollut tilan määrä suhteessa tiedon määrää asetti haasteita oppaan tekijöille.

6 Pohdinta

6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeessa Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa todetaan, että ”tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa” ja ”tutkimukseen sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä”. (TENK 2012, 6). Tutkimustoiminnan eettisyys on siis kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Toiminnallisessa opinnäytetyössä varsinkin sisäisen etiikan kysymykset ovat erityisen tärkeitä, koska niihin kytkeytyvät kysymykset luotettavuudesta ja totuudellisuudesta. Sisäiset eettiset kysymykset käsittelevät mm. tiedonhankintaan ja tuloksista raportointiin liittyviä kysymyksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 212.)

Toiminnallinen opinnäytetyö ei sisällä varsinaista tutkimusosaa siinä mielessä, että tuotetaan tieteellisin tutkimusmenetelmin uutta tietoa. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön liittyvät kuitenkin tieteellisen tutkimuksen tyypilliset elementit, kuten aiheen valinta ja rajaus, tiedonhankinta, teoreettisen viitekehyksen ja tietoperustan selvittäminen sekä lopputuotoksen ja koko työskentelyprosessin raportointi ja arviointi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 85). Kaikkiin näihin osa-alueisiin sovelletaan tieteeseen ja hoitotyöhön asetetut eettiset vaatimukset. Aiheen valinnan täytyy olla oikeutettu, ja tutkimuksen tuloksen merkitys esim. yhteiskunnan kannalta on osa eettisen pohdinnan sisältöä (Kylmä & Juvakka 2007, 144). Toiminnallisen opinnäytetyön aiheen valinnan eettinen oikeutus eroaa tieteellisestä tutkimuksesta. Koska tarkoitus ei ole tuottaa uutta tutkimustietoa, vaan tuottaa työelämäkumppanille esim. opas tai ohjeistus (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9), aiheen valintaa ei perustella yhteiskunnallisella merkityksellä vaan työn tuotoksen tarpeella ja hyödyllä työelämäkumppanille (Vilkkä &

Airaksinen 2004, 17-17). Tämän lopputyön tuotoksen valinta ja sen sisällön määrittely perustui työelämäkumppanin omaan arvioon ja tarpeeseen. Yksi tutkimustoiminnan eettisen pohdinnan keskeinen kohde on tutkijan toiminta suhteessa tutkimukseen osallistuviin, ja tässä yhteydessä tärkeitä tutkimuseettisiä periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus ja rehellisyys, luottamus sekä kunnioitus. (Kylmä & Juvakka 2004, 147.) Käytännössä nämä periaatteet näkyivät esimerkiksi siten, että opinnäytetyön ja sen tuotoksen arvioinnissa noudatettiin vapaaehtoisuuden ja yksityisyyden periaatetta. Tämä tarkoitti tämän opinnäytetyön yhteydessä sitä, että korostettiin yhteistyökumppanin edustajille, että palautteen antaminen ensiapuohjeista on vapaaehtoinen ja sen voi tehdä nimettömänä. Korona-tilanteen vuoksi arviointikysely jaettiin sähköisenä Google Forms -kyselylomakkeena, jotta tulokset voitiin käsitellä luottamuksellisesti ja vastaajien nimettömyys taata.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnilla osoitetaan, kuinka totuudenmukaista tietoa on kyetty tutkimustoiminnalla tuottamaan (Kylmä & Juvakka 2004, 127). Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin voi käyttää monia erilaisia mittareita ja kriteereitä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-232). Toiminnallinen opinnäytetyön prosessi ja tarkoitus eroavat huomattavasti tieteellisestä tutkimusprosessista. Kirjallisuudessa ei kuitenkaan käsitellä luotettavuuden arviointikriteerejä toiminnallisen opinnäytetyön kontekstissa, joten tässä opinnäytetyössä arvioitiin luotettavuutta soveltuvien osin laadullisen tutkimuksen arviointikriteereillä. Kylmä ja Juvakka (2004, 128-129) tunnistavat neljä yleistä luotettavuuden kriteeriä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys.

Uskottavuuden kriteerin soveltaminen toiminnalliseen opinnäytetyöhön on hieman hankalaa, koska sillä tarkoitetaan mm. sitä, miten tutkimukseen osallistuvat ihmiset arvioivat tutkimustulosten paikkaansa pitävyyttä. Toinen tapa lisätä tutkimuksen uskottavuutta on tarkastella tutkittavaa ilmiötä eri näkökulmista. Tätä kutsutaan triangulaatioksi (Kylmä & Juvakka 2004, 128). Tutkimuksen uskottavuus täytyy ansaita, siihen tarvitaan riittävä perehtyminen aiheeseen ja tutkittaviin, raportoinnin täytyy olla perusteellinen ja eri näkökulmia on otettava huomioon (Tracy 2010, 843). Opinnäytetyössä omaksuttiin triangulaation ajatus käyttämällä sekä englanninkielisiä että suomenkielisiä lähteitä. Opinnäytetyön uskottavuutta yleisesti pyrittiin lisäämään käyttämällä luotettavia lähteitä monipuolisesti. Tiedonhakuun käytettiin vain luotettavia terveydenhuollon tietokantoja ja tiedon lähteitä. Lähteiden hakuja suoritettiin Medic-, CINHAL- sekä Finna.fi-tietokannoista ja lisäksi käytettiin terveystieteen materiaaleja sekä Googlen Scholarin tiedonhakuja. Maksullisia tutkimusartikkeleita ei tässä työssä haluttu käyttää. Myös sähköinen saatavuus on ollut yksi rajaava tekijä lähteiden valinnassa. Valitut artikkelit julkaistiin pääsääntöisesti 2000-luvulla. Lähteitä valikoitiin riittävän laajalta ajanjaksolta, jotta aiheeseen ja käsitteisiin liittyviä ristiriitoja ja niistä käytyjä keskusteluja voitiin tunnistaa. Lähdeluettelon ja lähdeviitteiden merkitsemisessä oltiin täsmällisiä ja tarkkoja ja noudatettiin Laurean ohjeiden mukaista Harvardin järjestelmää (Laurea 2020).

Vahvistettavuus vaati koko työprosessilta avoimuutta ja huolellista raportointi, jotta raportin lukija pystyy seuraamaan, miten tekijät ovat päätyneet lopputuotokseen. Tässä työssä pyrittiin takaamaan vahvistettavuutta raportoimalla koko ensiapuohjeen laatimisprosessin avoimesti, yksityiskohtaisesti ja totuudenmukaisesti. Kaikki valinnat sekä ohjeen sisällön että metodologian ja tyylin suhteen täytyi perustella hyvin ja niiden täytyi pohjautua tutkittuun tietoon ja näyttöön.

Refleksiivisyys vaati tutkijoilta tietoisuutta omista lähtökohdista tutkimuksen tekijänä ja niiden vaikuttavuutta tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2004, 129). Esimerkiksi lähteiden käyttöön vaikuttivat tutkijoiden kielitaito ja käytettävissä olleet rahalliset resurssit. Toinen oppaan tekijöistä toimii itse valmentajana työelämäkumppanin organisaatiossa, joten hän kuului myös itse oppaan kohderyhmään ja mahdollisesti arvioijiin. Päätettiin, että tämä henkilö ei palauta arviointilomaketta. On kuitenkin pidettävä mielessä, että hänen henkilökohtainen yhteytensä luisteluun ja sen henkilökuntaan on mahdollisesti voinut vaikuttaa palautteen sävyyn ja laatuun. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyys muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2004, 129). Tähän kriteeriin liittyen pohdittiin, voidaanko käyttää opasta eri urheilulajeissa tai onko opas käytettävissä autettavan iästä riippumatta.

6.2 Oppaan tarkastelu

Ensiapuoppaaseen valikoitiin kolme vammatyyppeä: aivotärähdykset, nilkan nyrjähdys ja viiltovammat. Opas rakennettiin teoreettista viitekehystä ja tietopohjaa hyödyntäen. Hyvän oppaan kriteerit ohjasivat vahvasti oppaan suunnittelua ja toteutusta. Tärkeimpiä kriteereitä ovat hyvin ymmärrettävä teksti ja selkeä kieliasu (Hyvärinen 2005, Kyngäs ym. 2007, 127). Oppaassa käytettyjen termien täytyy olla selkeitä, ja niiden käytössä otetaan huomioon kohdeyleisö. Termien täytyy olla juuri kohdeyleisölle ymmärrettävässä muodossa (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34-36), joten vaikeita termejä kuten kontuusiosurainta tai nivelen ligamenttiä ei ohjeessa käytetty. Oppaassa pyrittiin puhuttelemaan suoraan kohdeyleisöä. Tämä ilmenee heti ohjeen kansilehdestä, jossa kerrotaan selkeästi, kenelle ohje on tarkoitettu. Graafisena elementtinä kansilehdessä käytetään myös Helsingin Luistelijat ry:n logoa. Ohjeessa käytettiin imperatiivia, joka puhuttelee suoraan lukijaan. Oppaaseen lisättiin graafisia elementtejä kuten kuvioita ja kuvia tukemaan ja avaamaan kirjallista sisältöä (Torkkola ym. 2002, 41).

Opasta haluttiin rakentaa siten, että jokaisen vammatyypin käsittely mahtui yhdelle sivulle. Tämä ei käytännössä ollut kaikkien vammatyypin kohdalla mahdollinen, koska tekstin määrä kasvoi liian suureksi ja ohjeesta tuli visuaalisesti sekava. Kielellisen ja visuaalisen selkeyden vuoksi jouduttiin luopumaan tästä ajatuksesta. Yleistä tietoa jokaisesta vammasta

sijoitettiin omalle sivulle, jotta varsinainen ensiapuohjeistus voitiin käsitellä visuaalisesti selkeänä yhdellä sivulla. Tätä periaatetta noudatettiin läpi ohjeen, koska johdonmukainen rakenne lisää luettavuutta ja selkeyttä (Torkkola ym. 2002, 53). Jokainen sivu otsikoitiin selkeästi.

Selkeää tutkimusnäyttöä siitä, mikä on luettavuudeltaan paras fontti, ei ole. Groteskityypiset fontit (ilman koukeroita) pidetään kuitenkin luettavuudeltaan hyvinä, koska koukeroiden puuttuminen tuo jonkin verran väljyyttä kirjainten väliin (Itkonen 2019, 75). Oppaaseen valittiin siten alustavasti fontiksi Arial. Yhteistyökumppanimme esitti kuitenkin toiveen, että noudatetaan seuran graafista ohjeistusta, jonka mukaan seuran asiakirjojen leipätekstissä käytetään Fonttia Quicksand, joka on Arialin tapaan groteskityyppinen fontti. Quicksand on hieman väljempi, mikä paransi ohjeen luettavuutta. Samalla teksti vei enemmän tilaa. Otsikoissa käytettiin seuran ohjeistuksen mukaisesti fonttia Playfair Family. Grafiikoissa ja tekstissä käytettiin seuran pääväriä sinistä ja valkoista sekä huomiota herättävissä kohdissa seuran lisäväriä punaista.

Aivotärähdyksen ensiapuohjeistus koostuu kolmesta elementistä: Aivotärähdyksen mahdollisuuden tunnistaminen, hoito- tai toimintaohjeet kentällä ja toimintaohjeet kotimatalle ja kotiin. Tapaturman sattuessa valmentajan täytyy tunnistaa tilanteen vakavuus. Aivotärähdystä ei usein huomaa ulkoapäin, joten valmentaja tarvitsee selkeän työkalun tilanteen hahmottamiseksi. Concussion Recognition Tool 5 (CRT5) on hyvä väline, joka auttaa maallikkoauttaja erottamaan tilanteet, jotka vaativat ammattilaisen apua sellaisista tilanteista, joissa maallikkoauttajan apu riittää. Oppaassa seurattiin tilanteen tunnistamiseksi pitkälti CRT 5:n kriteerejä. CRT 5:ssä on erillinen osa, jossa kehoitetaan kysymään urheilijalta kysymyksiä liittyen pelitilanteeseen. Kyseinen osio on tarkoitettu ainoastaan yli 12-vuotiaille. CRT:n tarkistusksymykset ovat vaikeasti sovellettavissa luistelun kontekstiin. Lisäksi luistelua harrastavat paljon alle 12-vuotiaat lapset. Siksi päätettiin jättää kyselyosio ohjeesta pois. CRT 5:n ensisijainen tarkoitus on auttaa maallikkoa tunnistamaan mahdolliset aivotärähdykset. Varsinaiset toiminta- ja ensiapuohjeet jäävät CRT 5:ssa vähemmällä huomiolla. Itse oppaaseen valitut menettelytavat aivotärähdystä epäiltäessä noudattivat suomalaisia ohjeistuksia (Jalanko 2019; Korte ja Myllyrinne 2017).

Nilkan nyrjähdysten hoidosta löytyi paljon tietoa. Kolmen K:n hoitoperiaate on hyvin tunnettu. Periaatteen hyväksyttävyyys perustuu kuitenkin enemmän hyviin yksilöllisiin kokemuksiin kuin vahvaan tutkimusnäyttöön. Menetelmä vastaa hyvin loukkaantumisesta käynnistyneeseen tulehdusreaktioon, mutta vahvaa näyttöä siitä, missä määrin menetelmä edistää paranemista ja paluuta normaaliin, fyysisiin aktiviteetteihin, ei ole. Kohoasennon hyödyllisyydestä näyttöä ei juurikaan ole. (Van den Bekerom 2012, 442.) Siitä huolimatta monissa artikkeleissa ja ohjeistuksissa pidetään edelleen kiinni myös kohoasennosta (Parkkari ym. 2018, Ristiniemi 2018). Suomen Punainen Risti on jättänyt kohoelementin pois omasta nyrjähdysten

ensiapuohjeestaan (Korte & Myllyrinne 2017, 87). Oppaassa pidettiin kuitenkin kiinni ko-hoasennosta hoitoelementtinä, koska se on heikosta tutkimusnäytöstä huolimatta turvallinen, vastaa omalta osaltaan akuutin tulehdusreaktion oireisiin ja moni asiantuntija kannattaa edelleen elementin käyttöä.

Osio viiltovammoista oli kaikista osioista helpointa toteuttaa. Siinä seurattiin suoraan Suomen Punaisen Ristin (SPR 2020), Duodecimin Lääkärikirjan (Saarelma 2020) ja Duodecimin ensiapuoppaan (Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2017) ohjeistuksia. Niissä ei keskinäisiä ristiriitoja ollut. Kiristysiteen asettamista ei otettu mukaan ohjeeseen, koska se kuuluu ammattilaisten hoitovalikoimaan (Castrén, Korte & Myllyrinne 2017).

7 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Työelämäkumppani on ollut mukana koko opinnäytetyöprosessin ajan ja osallistui ensiapuoppaassa käsiteltävien urheiluvammojen valintaan. Aiheen selkeä rajaaminen oli tärkeää opinnäytetyön tekijöille, koska tämä mahdollisti vahvan keskittymisen selkeästi rajattuun aiheeseen. On selvää, että taitoluistelussa sattuu myös muun tyyppisiä loukkaantumisia, joita ei oppaassa käsitelty. Opasta voisi jatkossa vielä kehittää ja laajentaa sisällöllisesti. Tutkimusten mukaan luumurtumat ovat taitoluistelussa myös melko yleisiä (King ym. 2017, 5), joten niiden sisällyttäminen oppaaseen voisi olla tulevaisuudessa myös tarpeellista. Vammojen hoitoprosessi jatkuu ensiavun jälkeenkin ja usein kuntouttaminen on olennainen osa toipumisprosessia. Esimerkiksi nilkan kuntouttaminen ja sen ympäröivien lihasten ja liikkuvuuden palauttaminen ovat tärkeitä tekijöitä, jolla varmistetaan luistelijan turvallinen paluu harjoittelun pariin. Samoin oikein suoritettavat harjoitukset ennaltaehkäisevät nilkan nyrjähdystä tulevaisuudessa. Moniammatillisena yhteistyönä ohjetta voisi laajentaa siten, että siihen sisältyvät myös fysioterapeuttiset kuntoutusohjeet. Opasta voisi myös kehittää laajemmaksi käsikirjaksi, jossa käsitellään muitakin tilanteita, jotka vaativat henkilökunnalta tietämystä, osaamista ja oikeanlaista reagointia, kuten esim. lasten diabetes ja urheileminen.

Opas esiteltiin seuran henkilökunnalle suullisesti. Oppaan sisällön omaksumista voisi jatkossa edistää järjestämällä seuran henkilökunnalle koulutustilaisuuden tai simulaatiotuokion, jossa valmentajat pääsisivät myös itse harjoittelemaan oppaassa esitettyjä ensiaputoimenpiteitä. Tämä vaatisi kuitenkin pandemiatilanteen rauhoittumista ja siihen liittyvien rajoitusten purkamisen.

Lähteet

Painetut

- Bleakley, C. 2009. Current concepts in the use of PRICE for soft tissue injury management. *Physiotherapy Ireland*, 30/2, 19-20.
- British Journal of Sport Medicine. 2017. CHILD SCAT5. Sport Concussion Assessment Tool for Children Ages 5 to 12 Years – 5th Edition.
- British Journal of Sport Medicine. 2017. SCAT5. Sport Concussion Assessment Tool – 5th Edition.
- British Journal of Sport Medicine. 2017. CRT5. Concussion Recognition Tool 5.
- Daneshvar, D. H., Nowinski, C. J., McKee, A. C., & Cantu, R. C. 2011. The epidemiology of sport-related concussion. *Clinics in sports medicine*, 30/1, 1-17.
- Haapasalo, H., Laine, H. ja Mäenpää, H. 2011. Nilkan ligamenttivamman diagnostiikka ja funktionaalinen hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 127/20, 2155–2164.
- Hautala, T. & Ruuhinen, H. 2011. *Urheiluvammat: Ehkäise, tunnista ja hoida*. Jyväskylä: Docendo.
- Heere, LP. 1988. Piroxicam in Acute Musculoskeletal Disorders and Sports Injuries. *American Journal of Medicine*. 84/5A, 50–55.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi
- Hokkanen, L., Hänninen, T., Luoto, T., Parkkari, J., Tuominen, M., Vartiainen, M. & Öhman, J. 2014. Aivotärähdykset urheilussa. *Suomen lääkirilehti* 69/14, 1055–1061.
- Hyvärinen R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim Terveysportti*. 121/16, 1763–1773
- Hänninen, T. 2017. *The Sport Concussion Assessment Tool in the Management of Concussion in Professional Ice Hockey*. Academic Dissertation. Tampere: University of Tampere.
- Isokuortti, H., Luoto, T. 2019. Miten tunnistan ja hoidan lievän aivovamman. *Suomen lääkirilehti* 2019/74, 22, 1432–1435. Viitattu 27.2.2020
- Itkonen, M. 2019. *Typografian käsikirja*. 5. painos. Hypoteekki: Helsinki.
- Kallio, T. 2008. *Kuntoilijan itsehoito-opas*. 1. painos. WSOYpro/Docendo: Jyväskylä
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

King, D., DiCesaro, S. & Getzin, A. 2017. Self-reported injuries of competitive US figure skaters. *Cogent Medicine*, 4/1, 1-9.

Knox, C., Comstock, R., McGeehan, J., & Smith, G. 2006. Differences in the risk associated with head injury for paediatric ice skaters, roller skaters, and in-line skaters. *Paediatrics*, 118/2, 549–554.

Korte, H. & Myllyrinne, K. 2017. *Ensiapu*. 1. painos. Helsinki: Suomen Punainen Risti

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T. 2018. *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro.

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

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

Leinonen, M., Otonkorpi-Lehtoranta, K. & Heiskanen, T. 2017. Kyselyhaastattelu. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvoori, J. (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tampere: Vastapaino, 67–87.

Liimatainen, S., Niskakangas, T., & Öhman, J. 2011. Lievät aivovammat päivystyslääketieteessä. *Duodecim* 127, 2369–2374.

Lindsberg, 2014. P. Aivot taklauksen kohteena. *Duodecim* 130/2, 121–132.

Menon DK, Schwab K, Wright DW ym. 2010. Position statement: definition of traumatic brain injury. *Archives of Physical Medical Rehabilitation* 91, 1637-1640.

McCrory, P., Meuwisse, W., Dvorak, J. ym. 2017. Consensus statement on concussion in sport—the 5th international conference on concussion in sport held in Berlin, October 2016. *British Journal of Sports Medicine* 51, 838–847.

Meaney, D. & Smith, D. 2011. Biomechanics of concussion. *Clinics in sports medicine*, 30/1, 19–31.

Norton, C. 2016. How to use PRICE treatment for soft tissue injuries. *Nursing Standard*, 30/52, 48–52.

Orava, S. 2012. *Käytännön urheiluvammat*. Klaukkala: Recallmed.

Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva

Parkkari, J., Kannus, P. & Fogelholm, M. 2004. Liikuntavammat - Suurin tapaturmaluokka Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 41, 3889–3895.

Pearn, J. 1994. The Earliest Days of First Aid. *BMJ*, 309/6970, 1718-1720.

Porter, E., Young, C., Niedfeldt, M., & Gottschlich, L., 2007, Sport-Specific injuries and medical problems of figure skaters, *Wisconsin Medical Journal* 106/6, 330-334.

Parisod, L., 2010. Linjaustutkimus muodostelmaluistelijoiden alaraajavammoista. Lääketieteen lisensiaatin tutkinnon syventävät opinnot, kirjallinen työ, Tampere: Tampereen Yliopisto, Lääketieteen laitos.

Porter, E., Young, C., Niedfeldt, M. ja Gottschlich, L. 2007. Sport-Specific Injuries and Medical Problems of Figure Skaters. *Wisconsin Medical Journal*. 106/6, 330–334.

Putukian, M. 2011. The acute symptoms of sport-related concussion: diagnosis and on-field management. *Clinics in sports medicine*, 30/1, 49–61.

Saarelma, O. 2020. Haava. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim.

Saarelma, O. 2019. Tietoa potilaalle: Aivotärähdys ja pään vammat (aikuiset). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Yliopistopaino.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi

Tracy, S. 2010. Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16, 837–851.

Van den Bekerom, M., Struijs, P., Blankevoort, Welling, L., van Dijk, C., Kerkhoffs G. 2012. What Is the Evidence for Rest, Ice, Compression, and Elevation Therapy in the Treatment of Ankle Sprains in Adults? *Journal of Athletic Training* 47/4, 435–443.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Tammi: Vaajakoski

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi: Jyväskylä.

Walker, B. 2014. Urheiluvammat: Ennaltaehkäisy, hoito, kuntoutus ja kinesioteippaus. 1. p. Lahti: VK-Kustannus.

Sähköiset

Airaksinen, O., Kyrklund, N., Latvala, K., Kouri, J., Grönblad, M. ja Kolari, P. 2003. Kylmägeelin edullinen vaikutus kipuun ja toimintakykyyn pehmytkudosvammoissa. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim ry. Viitattu 30.9.2020.

<https://www-terveysportti-fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo93602.pdf>

Aivovammat. Käypä hoito -suositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen neuroanestesian jaoksen, Suomen Fysiatriryhdistyksen, Suomen Neurokirurgisen Yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Neuropsykologinen Yhdistys ry:n ja Suomen Vakuutuslääkärien Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Viitattu 27.2.2020

<https://www.kaypahoito.fi/hoi18020>

Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2017. Haavat ja verenvuodot. Ensiapuopas. Duodecim Terveyskirjasto.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00007

Haavatalo 2019. Mikä on haava? Viitattu 23.20.2020

<https://www.terveyskyla.fi/haavatalo/tietoa/yleist%C3%A4-haavoista/mik%C3%A4-on-haava>

Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Viitattu 11.1.2021.

<http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Helsingin Luistelijat ry. 2020 a. Toimintakertomus 2019–2020. Viitattu 18.10.2020

<https://hl.fi/sites/default/files/2020-10/HL%20toimintakertomus%202019-2020.pdf>

Helsingin Luistelijat ry. 2020 b. Suomen suurin taitoluisteluseura. Viitattu 3.5.2020

<https://hl.fi/seura>

Itsehoito. Käypä hoito -suositus. 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Apteekkariliiton asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. Viitattu 2.11.2020

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50106#K1>

Jalanko, H. 2019. Tieto potilaalle: Aivotärähdys lapsella. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 27.2.2020.

<https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Laurea 2020. Lähdeviitteet ja lähteiden merkintätavat Laureassa. Ohje. Viitattu 27.1.2021.

<https://laureauas.sharepoint.com/sites/Opiskelijaintranet/Jaetut%20asiakirjat/L%C3%A4hdeviitteet%20ja%20l%C3%A4hteiden%20merkitseminen%20Laureassa.pdf>

Mabee, C. & Mabee, J. 2009. Acute Lateral Sprained Ankle Syndrome. The Internet Journal of Family Practise 7/1. Viitattu 30.9.2020.

https://www.researchgate.net/profile/John_Mabee/publication/236029657_Acute_Lateral_Sprained_Ankle_Syndrome/links/00463515df8bf2a30f000000.pdf

National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases 2015. Flickr. Viitattu 4.11.2020

<https://www.flickr.com/photos/135077182@N04/23733949850>

Oppiportti. 2018. Haavojen ABC. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 23.10.2020

<https://www.oppiportti.fi/op/dvk00006>

Parkkari, J., Kannus, P. & Kujala, U. 2018. Liikuntavammat ja niiden ehkäisy. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 28.4.2020

<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt01390/search/urheiluvamma>

Ristiniemi, J. 2018. Nilkan nyrjähdys. Lääkärin käsikirja. Lääkärin tietokannat. Duodecim. Viitattu 12.3.2020

<https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/ykt00439>

Suomen Punainen Risti. 2015. Ensiapuohjeet 2015. Viitattu 8.5.2020.

https://www.punainenristi.fi/sites/frc2011.mearra.com/files/tiedostolataukset/uudet_ensiapuohjeet_2016_0.pdf

Suomen Punainen Risti. 2020 a. Haavat. Viitattu 23.10.2020.

<https://www.punainenristi.fi/ensiapuohjeet/haavat>

Suomen Punainen Risti. 2020 b. Historia. Viitattu 8.5.2020.

<https://www.punainenristi.fi/tutustu-punaiseen-ristiin/historia>

Suomen taitoluisteluliitto.2019. Vuosikertomus. Viitattu 18.10.2020

https://www.stll.fi/wp-content/uploads/sites/4/2020/06/LIITE-1-STLL_vuosikertomus_2019.pdf

TENK.2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 18.5.2020.

www.tenk.fi

UKK-Instituutti. 2020. Liikkumisen suositukset. Viitattu 28.4.2020

<https://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisensuositus>

UKK-instituutti. 2020. Luistelu kehittää tasapainoa ja lihaskuntoa. Viitattu 20.10.2020

https://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikkumaan/luistelu

Wikimedia Commons. Ankle-medial.png. Viitattu 4.11.2020

<https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ankle-medial.png#filelinks>

Kuviot

Kuvio 1: Aivotärähdyksen mahdollisuuden arvioiminen havaintojen ja oireiden perusteella (CRT5)	10
Kuvio 2: Nilkan lateraaliset nivelsiteet (National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases 2015)	12
Kuvio 3: Nilkan mediaaliset ligamentit (Wikimedia Commons 2020)	13
Kuvio 4: Kehittämistoiminnan lineaarinen malli (Toikko & Ranta 2009)	19

Liitteet

Liite 1: Arviointilomake.....	34
Liite 2: Ensiapuopas Helsingin Luistelijat ry:lle	35

Liite 1: Arviointilomake

Arviointilomake

ENSIAPUOPAS TAITOLUISTELUSEURALLE

Lomakkeella arvioidaan Helsingin taitoluisteluseura ry:lle tuotettu ensiapuopasta. Täytä arviointilomake laittamalla yksi raksi jokaisen kysymyksen osalta. Voit lisäksi perustella valintasi myös vapaalla tekstillä.

Kyselyyn vastataan anonymisti ja vastaaminen on vapaaehtoista. Käsittelemme antamasi tiedot luottamuksellisesti.

Kysymys	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Opas edistää ensiapuvalmiuttani				
Opas on hyödyllinen ensiapua vaativissa tilanteissa				
Oppaan visuaalinen toteutus on selkeä				
Oppaassa esitetyt ohjeet ovat ymmärrettäviä ja toteuttavissa				
Oppaassa käytetyt kuvat helpottavat ohjeen ymmärtämistä				

Vapaamuotoinen palaute: _____

Kiitos palautteesta!

Oona & Benjamin

Liite 2: Ensiapuopas Helsingin Luistelijat ry:lle

Ensiapuopas Helsingin Luistelijat ry:lle

Aivotärähdys, nilkan nyrjähdys ja viiltovamma



Helsingin Luistelijat

AIVOTÄRÄHDYS

Aivotärähdys on aivojen **toiminnallinen** häiriö.
Aivotärähdyksen aiheuttaja on päähän kohdistuva
suora tai epäsuora voima.

Oireet:

Oireet vaihtelevat. Tyypillisimmät oireet ovat
pänsärky, pahoinvointi, huimaus,
tasapaino-ongelmat ja valo- tai
meluherkkyys.

Oireet **voivat kehittyä viiveellä** pidemmänkin ajan kuluessa!

Auttajan tulisi **tunnistaa mahdollinen aivotärähdys** - ei diagnosoida sitä!

AIVOTÄRÄHDYKSEN ENSIAPU

1. Tunnista mahdolliset **vaaran merkit**. Vaaran merkit kertovat mahdollisesta aivotärähdystä vakavammasta vammasta, joka vaatii terveydenhuollon ammattilaisen apua. **Jos tunnistat yhdenkin vaaran merkeistä, soita 112** ja noudata ammattilaisten ohjeita.

2. Jos et havainnut vaaran merkkejä, siirry tekemään havaintoja luistelijan käyttäytymisestä, olemuksesta ja oireista. (ks. siniset laatikot)
3. **Epäile aivotärähdystä**, jos teet yhdenkin listalla olevista havainnoista tai toteat yhdenkin oireista!
4. Poista luistelija kentältä! Älä päästä häntä samana päivänä takaisin urheilemaan!

Luistelija ei saa lähteä yksin kotiin!

Seuravana yönä luistelija herätetään noin 3 tunnin välein. Tarkoituksena on tarkistaa, onko urheilijan tajunnan taso edelleen normaali. (Herääkö ja vastaako normaalisti kysymyksiin)

Syitä hakeutua hoitoon kotona: Sekavuus, lisääntyvä päänsärky, lisääntyvä pahoinvointi

Luistelija saa palata urheilun pariin vasta täysin oireettomana!

Vaaran merkit:

Niskan alueen kipu tai arkuus
Voimakas ja lisääntyvä päänsärky
Voimattomuus/pistely/poltetta
ylä- / alaraajoissa
Levottomuus

Kaksoiskuvat
Tajunnan menetys
Sekavuus
Kouristukset
Oksentelu

Ei vaaran merkkejä

Tee havaintoja luistelijasta

Onko nouseminen hidastunut?
Onko havaittavissa tasapaino- ja liikkuehallintaongelmia?
Jääkö makaamaan liikkumattomana jälle?
Onko ongelmia orientaatioissa tai kyvyttömyyttä vastata kysymyksiin asianmukaisesti?
Onko katse tyhjä tai lasittunut?
Näkyvä kasvovamma?

Tarkista luistelijan oireita

Päänsärkyä
Paineentunnetta päässä
Huimausta
Pahoinvointi
Valo- ja/tai meluherkyttä
Väsyyntä / Uneliaisuutta
Kaikki tapahtuu hidastettuna, kulkee "sumussa"
Muistivaikeuksia
Keskittymisvaikeuksia

NILKAN NYRJÄHDYS

Nilkan nyrjähdys on pehmytkudosvamma, joka käynnistää vamma-alueella tulehdusreaktion. Verenkierto ja verisuonten läpäisevyisyys vamma-alueella lisääntyvät ja neste kertyy kudokseen. Vamma-alue turpoaa ja mahdollisesti katkenneet verisuonet voivat aiheuttaa mustelman.

Nilkan nyrjähdysen oireet: kipu, turvotus, mustelma, nivelen liikerajoitus

Nivelsidevamat jaetaan kolmeen luokkaan, jotka perustuvat sidekudoksen vammautumisen laajuuteen:

I. Nilkan nivelside on venynyt liikaa ja sen yksittäisiä säikeitä on mahdollisesti katkennut.
Luistelija pystyy kävelemään melko hyvin ja turvotus on vähäistä.

II. Nivelside on osittain revennyt.
Huomattava kipu ja turvotus. Nilkan liikkeet ovat tämän vuoksi osittain rajoittuneita. Varattaessa jalka aristaa huomattavasti.

III. Yksi tai useampi nivelside on täysin katkennut tai irronnut luusta
Oireet samantyyppiset kuin luokassa II: kipu, turvotus, liikerajoitus ja aristus. Lisäksi ilmenee ns. periksi antoa.

NILKAN NYRJÄHDYKSEN ENSIAPU

1. LEPO:

Vältä nivelen rasittamista, jotta verenkierto vamma-alueella hidastuu.

2. KYLMÄ

Viilennä vamma-aluetta reilusti (15–20 min) jääpussilla tai kylmäpakkauksella, jotta kipu vähenee ja turvotus pysyy kohtuullisena.

Toista tämä useamman kerran seuraavina päivinä.

HUOM! Älä laita jääpussia/kylmäpakkausta suoraan paljaalle iholle!

3. KOMPRESSIO

Aseta elastinen kompressioside niin, että alueelle syntyy tuntuva paine.

Verenkierto jalkaterässä ei saa kuitenkaan estyä.

Kompressio estää mustelman ja turvotuksen syntymistä.

4. KOHOASENTO

Aseta loukkaantunut raaja kohoasentoon.

Tämä voi vähentää mustelman ja turvotuksen syntymistä.

Jos epäilet II- tai III-luokan nivelsidevammaa, näytä nilkka lääkärille!

NILKAN NYRJÄHDYS

Kylmähoidon ja kompression toteutus

1. Sido jalkaterä ja nilkka joustositeellä yhdellä kierroksella niin, koko nilkan alueen iho peittyy.
2. Aseta kylmäpakkauksen tai jääpussin paikalleen ja kiinnitä se joustositeellä tiukasti nilkkaan kiinni. Nilkan ympärille syntyy tuntuva paine. Verenkierto jalkaterässä ei saa estyä! Kylmäpakkauksen ei saa koskea paljasta ihoa paleltumisvaaran vuoksi!



VIILTOVAMMAT

Viiltohaavassa ehjä ihokudos ja mahdollisesti sen alaiset kudokset rikkoutuvat

Ihokudoksen lisäksi vaurio voi kohdistua myös
lihakseen, hermoihin, jänteisiin ja jopa luustoon.

Haavan vakavuuteen ja haavan paranemiseen vaikuttavat
haavan **pituus, syvyys, puhtaus ja sijainti.**

Haavan tulehtuminen voi olla vakava komplikaatio.
Jos haava vaatii ompelemista, se tulee tehdä **kuuden tunnin sisällä haavan syntymisestä.**
Mitä nopeammin haava suljetaan, sitä pienempi on infektion riski.

VIILTOVAMMAT

Ennen kuin käsittelet haavaa, pese kätesi. Käytä suojakäsineitä!

1. HAAVAN PUHDISTUS

Puhdista haava vedellä. (Hanavesi riittää)

2. VERENVUODON TYREHTYMINEN

Tyrehdytä verenvuoto painamalla haavaa tai puristamalla haavan reunat yhteen. Runsaasti vuotava haava tyrehdytetään painesiteellä.
(ks. seuraava sivu)

3. HAAVAN SULKEMINEN

Sulje haava haavansulketeipillä (ns. perhoslaastari).

4. HAAVAN SUOJAAMINEN

Peitä haava tarvittaessa sidetaikoksella ja kiinnitä se kiinnelaastarilla tai joustositeellä. Pienen haavan voi suojata itse kiinnittyvällä haavasidoksella.

5. HAAVAN PARANEMINEN

Anna haavan parantua rauhassa. Pidä sidos aina kuivana ja vaihda se säännöllisesti. Tulehtunut haava tulee näyttää lääkärille.
Tulehduksen merkit ovat punoitus, turvotus, kipu, märkivä erite.

6. LÄÄKÄRILLE NÄYTETTÄVÄT HAAVAT

(viimeistään 6 tunnin kuluessa haavan synnystä)

Repaleinen, syvä tai pitkä (> 2 cm). Lihäs- jänne- tai luukudos näkyvä.
Verenvuotoa ei saada loppumaan. Haava on nivelen tai kasvojen alueella.

VILTOVAMMAT

Painesiteen asettaminen

1. Suojaa haava suojataitoksella.
Vuotokohtaa painetaan kädellä koko ajan.
2. Suojasiteen päälle asetetaan haavan koosta riippuen 1-2 siderullaa. Siderullan sijaan käy myös rullaksi taiteltu kolmioliina/nenäliina tai käsine.
3. Suojataitos ja siderulla kiinnitetään tukevasti joustositeellä, kolmioliinalla tai huivilla.

