



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Henkeä pelastava muistilista - Ensiapukurssi Maanpuolustuskoulutusyhdistykselle

Salo, Katariina

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Henkeä pelastava muistilista - Ensiapukurssi Maanpuolus-
tuskoulutusyhdistykselle

Katariina Salo
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2017

Nimi: Katariina Salo

Opinnäytetyön nimi: Henkeä pelastava muistilista - Ensiapukurssi Maanpuolustuskoulutusyhdistykselle

Vuosi 2017 Sivumäärä 44

Maanpuolustuskoulutusyhdistys eli MPK on valtakunnallinen koulutusorganisaatio, joka kouluttaa kansalaisia selviytymään paremmin arjen vaaratilanteissa, sekä tukee Puolustusvoimien, muiden viranomaisten ja kansalaisten valmiutta normaali- ja poikkeusoloihin. Se toimii kattoorganisaationa vapaaehtoiselle maanpuolustukselle Suomessa. MPK:n toimintaa valvoo puolustusministeriö, ja sen tehtävät määrittellään laissa vapaaehtoisesta maanpuolustuksesta. MPK on jaettu valtakunnallisesti seitsemään maanpuolustuspiiriin, sekä ilma- ja meripuolustuspiiriin, joilla on omat koulutuspaikkansa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa MPK:n toimintaan soveltuva ensiapukurssi. Sen tuli toimia itsenäisenä kurssina, tai koulutusosiona toisen kurssin yhteydessä. Sen ideana oli yhdistellä taisteluensiavun, akuuttihoitotyön ja tavallisten ensiapuoppien menetelmiä, tarjoamatta kuitenkaan sotilaallisia oppeja tai luvanvaraisia toimintoja, eikä se saanut kilpailla Suomen Punaisen Ristin ensiapukurssien kanssa.

Viitekehys kurssille tuli cABCDE-menetelmästä, jota käytetään hoitotyössä potilaan systemaattiseen tutkimiseen ja vitaalien elintoimintojen nopeaan turvaamiseen. Itse ensiaputoiminnot kuuluvat hätäensiapuun, eli voivat olla henkeä pelastavia mutta eivät tarvitse erityisiä apuvälineitä. Lähteenä viitekehykselle toimivat taisteluensiavun, ensihoidon ja akuuttihoitoidon kirjallisuus, Suomen Punaisen Ristin ensiapuoppaat, sekä Käypä hoito-suositukset ja Terveystieteen akuuttihoitoidon tietokannat.

Ensiapukurssi järjestettiin opinnäytetyöprosessia varten Järvenpään Reserviläisten jäseniltä. Järvenpään Reserviläiset kuuluu Reserviläisliittoon, jolle MPK toimii kattojärjestönä. Illasta kerättiin palaute kyselylomakkeella, jonka kahdentyyppisten kysymysten vuoksi käsiteltiin sekä kvalitatiivisin että kvantitatiivisin menetelmin. Lisäksi illasta tuli runsaasti sanallista palautetta, sekä ennen että jälkeen koulutuksen. Koulutukseen osallistui MPK:n kouluttajia ja aktiiveja, jotka kuuluivat joko Järvenpään Reserviläisiin tai Järvenpään Reserviupseerikerhoon.

Palautteen perusteella koulutusilta oli onnistunut. Kehittämistarpeena nähtiin lähinnä käytännön harjoitusten lisääminen. Koska koulutusilta järjestettiin arkena, oli sisältöä hieman karstuttu, eikä esimerkiksi case-tapauksia olisi ehtinyt illan aikana järjestää. Koulutus oli myös turhan lyhyt toimiakseen itsenäisenä kurssina, ja palveleekin tällä erää parhaiten toisen kurssin osiona. Lopputulemana sekä kurssi että kouluttaja kuitenkin katsottiin erittäin sopivaksi ja tervetulleeksi osaksi MPK:n toimintaa.

Asiasanat: cABCDE, Hätäensiapu, Ensiapukurssi, Maanpuolustus

Name: Katariina Salo

Title of the Thesis: A Life-saving checklist: A Primary care course for The National Defence Training Association of Finland

Year	2017	Pages	44
------	------	-------	----

The National Defence Training Association of Finland (MPK) is a national training organization, which trains and educates citizens to survive dangerous situations in everyday life, and supports the Defence Forces', other authorities' and citizens' preparedness for normal and exceptional conditions. It works as a head organization for national defence in Finland. It's monitored by the Ministry of Defence, and its role is defined by the law of voluntary national defence. MPK is divided nationally into seven provincial districts and to naval and air defence districts, which all have their own places for education.

This thesis goal was to plan and put into practice a first aid course for MPK. The course should work on its own or as a part of a bigger course. The main idea was to combine methods from tactical combat casualty care, acute care and basic first aid, without offering military education or be subject to license skills. The course should also not compete with first aid courses provided by the Finnish Red Cross.

The theoretical framework for the course came from the cABCDE-method, used in nursing to study patients systematically and to save vital functions quickly. The first aid methods are from primary care, when they can be life-saving but don't need special tools to be executed. The sources for theoretical framework were; the literature of tactical combat casualty care, emergency care and acute care, the first aid guidebooks by the Finnish Red Cross, Current Care Guidelines of Finland and the database of acute care in Terveystieto.

For the process of the thesis the course was put into practice as a membership night of the Reservists of Järvenpää. They belong to the Finnish Reservists' Association, which co-operates with the MPK. The feedback from the course was collected by questionnaire, which was analysed by both qualitative and quantitative methods, as it included two kinds of questions. The verbal feedback was also given before and after the evening. To the education participated educators and activists from MPK, which belonged either to the Reservists of Järvenpää or to the Järvenpää's Reserve Officer's association.

Based on the feedback the course was a success. The only development need was to add more practical training. Because the course was placed on a weekday evening, the programme was reduced, and there wasn't time for cases. The education was too short to work as an independent course, and works best as a part of another course now. For the end of story, both the course and the educator were suitable and a welcomed part of MPK's activity.

Keywords: cABCDE, Primary Care, First Aid Course, National Defence

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tavoitteet.....	7
3	Kurssin sisällön teoreettinen tietoperusta.....	8
3.1	c = Critical bleeding, kriittinen verenvuoto.....	8
3.2	A = Airways, hengitystie	10
3.3	B = Breathing, hengitys	11
3.4	C = Circulation, verenkierto.....	15
3.5	D = Disability, tajunnantaso.....	16
3.6	E = Expose, paljastaminen ja tutkiminen	17
4	Koulutuksen järjestämisen teoriapohja.....	19
4.1	Sairaanhoidaja kouluttajana.....	19
4.2	Oppiminen	21
4.3	Ryhmäohjaus menetelmänä	22
5	Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus	23
5.1	Teoreettisen viitekehyksen kerääminen	23
5.2	Käytännön toteutus	24
6	Kyselylomake tutkimuksen mittarina.....	27
7	Opinnäytetyön tulokset	28
7.1	Esitiedot	29
7.2	Palautelomakkeen tulokset.....	30
8	Pohdinta	34
8.1	Koulutustilaisuuden tulokset	35
8.2	Jatkokehitys.....	36
	Lähteet	38
	Kuviot.. ..	41
	Taulukot	42
	Liitteet.....	43

1 Johdanto

Maanpuolustuskoulutusyhdistys eli MPK on valtakunnallinen koulutusorganisaatio, joka kouluttaa kansalaisia selviytymään paremmin arjen vaaratilanteissa, sekä tukee Puolustusvoimien, muiden viranomaisten ja kansalaisten valmiutta normaali- ja poikkeusoloihin. Se toimii kattoorganisaationa vapaaehtoiselle maanpuolustukselle Suomessa. MPK:n toimintaa valvoo puolustusministeriö, ja sen tehtävät määritellään laissa vapaaehtoisesta maanpuolustuksesta. MPK on jaettu valtakunnallisesti seitsemään maanpuolustuspiiriin, sekä ilma- ja meripuolustuspiiriin, joilla on omat koulutuspaikkansa. (MPK 2016.)

Keski-Uudenmaan alue kuului vielä opinnäytetyöprosessin alkaessa Uudenmaan koulutus- ja tukiyksikköön (KoTu) (MPK 2016). Hyrylän varuskunnan lakkauttamisen jälkeen alkoi MPK:n toiminta Etelä-Suomessa pikkuhiljaa keskittyä Helsingin suuntaan muille varuskunta-alueille. Etenkin erikoisempaa ensiapu/lääkintäkoulutusta, joka antaisi paremmin valmiuksia toimia MPK:n toiminnalle tyypillisissä metsäolosuhteissa, sai hakea toisista maakunnista.

Olin itse henkilökohtaisesti kiinnostunut yhdistämään valmistuttuani tulevan sairaanhoitajan ammattini ja yli kymmenen vuotta kestäneen maanpuolustusharrastukseni. Tämä vaatisi kuitenkin kouluttautumista ja taitojen kehittämistä ja soveltamista. Ajatus opinnäytetyöyhteistyöstä syntyikin paikassa, johon MPK:n toiminta oli minut sillä erää vienyt: Syrjäinen metsähyisenä huhtikuun yönä, jossa GPS ei toiminut kunnolla ja maasto oli erittäin vaikeakulkuista, sekä osa tukkiteistä vielä lumisohjon tai veden vallassa. Keskustelimme tuolloin muiden MPK:n aktiivien kanssa, että mitä jos tuolla sattuisi jotain? Kuinka kauan avulla kestäisi päästä paikalle? Kuka osaisi toimia, jos olisi tarve?

Opinnäytetyö tuli seuraavana syksynä ajankohtaiseksi opinnoissani, ja otin yhteyttä Uudenmaan KoTun piiri- ja koulutuspäällikköihin. Esitin ajatuksiani Uudenmaan KoTun ensiapukoulutuksen vähäisyydestä ja tarjosin kurssin suunnittelemista opinnäytetyönä. Sähköpostikeskustelut vaelsivat lopulta MPK:ssa valtakunnantasolle asti, ja hyvin pian ilmeni ”ruohonjuuritasollakin” huomattu tarve ensiapukoulutuksen kehittämiseksi. Sain kontaktihenkilöt toiveideni mukaan Uudeltamaalta, jossa itsekin toimin, ja projekti lähti käyntiin.

MPK:ssa tuli suuri rakenneuudistus vuoden 2017 vaihteessa, kun KoTu-yksiköt lakkautettiin ja niiden toiminnot siirrettiin koulutuspaikoille, joiden toiminta tukeutuu Puolustusvoimien tiloihin ja alueisiin. Kurssitarjonnan oletetaan muutosten myötä paranevan ja toiminnan muutoinkin elyvän. Vuoden alkupuoliskolle sijoittuva opinnäytetyö, joka tuo mukanaan yhden innokkaan toiminnan kehittäjän, on jo ehtinyt herättää positiivisia tunteita ja mielenkiintoa.

2 Opinnäytetyön tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli luoda Maanpuolustuskoulutusyhdistykselle sen toimintaan kohdennettu ensiapukurssi, ja sen myötä kehittää sen tarjoamaa ensiapukoulutusta Uudellamaalla. Kurssin oli tarkoitus toimia sekä itsenäisenä koulutuksena, että koulutusosiona jonkin suuremman kurssin, kuten katururvallisuuskurssin, osana. Kurssia oli tarkoitus pystyä myös helposti muokkaamaan kohderyhmän mukaan, joko poistamalla tai lisäämällä siihen osioita ja taitoja.

MPK:n asettamat rajaukset kurssille olivat melko vapaat. Kurssin tuli sisältää tavanomaisia ensiaputoimia, mutta se ei saanut kilpailla Suomen Punaiselta Ristiltä tilattujen EA1 ja EA2 -kurssien kanssa. Toisin sanoen kurssin kustannusten tuli pysyä matalina, eikä kurssille osallistuminen saanut olla kallista. Tarkoituksena oli yksinkertaisesti antaa valmiuksia toimia ensiapua vaativissa tilanteissa, eikä siitä saanut SPR:n myöntämiä EA-osaamisesta kertovia kortteja. Tavoitteena oli tuoda jotain uutta koulutustarjonnan pöydälle, kuitenkin keksimättä pyörää uudelleen.

Paitsi että kurssi oli tarkoitus suunnitella, se tuli myös järjestää. Alun perin tavoitteena oli pystyä järjestämään kurssi suoraan osana MPK:n koulutustarjontaa. MPK:n koulutussuunnitelmien aikataulut eivät sitä kuitenkaan opinnäytetyöprosessin puitteissa mahdollistaneet, joten sovittiin, että kurssi järjestettäisiin pienemmällä mittakaavalla, kuitenkin MPK:n alaisena koulutustilaisuutena. Tavoitteena oli saada tästä ”testikurssista” palautetta, jolla kehittää kurssia niin, että siitä tulisi mahdollisimman eheä kokonaisuus MPK:n koulutustarjonnassa.

Koulutustilaisuuteen osallistujien oppimistavoitteina oli, että he illan jälkeen tietäisivät ABCDE-menetelmän tarkoituksen, eli mitä sen vaiheet tarkoittavat ja koskevat. Tavoitteena oli, että kaikki osallistujat osallistuisivat harjoitteisiin, jolloin käytännön kokemuksen kautta heille jäisi käsitys siitä, miten eri ensiapumenetelmät toteutettaisiin. Ennen kaikkea tarkoituksena oli, että kurssi jättäisi osallistujille mielikuvia ja ajatuksia, joita palautella myöhemminkin mieleen, ja jotka saattaisivat olla jonain päivänä avuksi ensiaputoimia vaativassa tilanteessa, sekä toimia kasvualustana myöhemmälle ensiapukoulutukselle.

Tilaisuuden tavoitteena oli myös saada minulle itselleni kokemusta ja palautetta kouluttajana toimimisesta, jotta voisin valmistuttuani mahdollisesti jatkaa ensiapukoulutuksen kehittämistä MPK:ssa. Olin lupautunut toimimaan kouluttajana tulevaisuudessa, mikäli tämä kurssi jäisi opinnäytetyöprosessin jälkeen elämään.

3 Kurssin sisällön teoreettinen tietoperusta

Peruselintoiminnot, eli vitaalit, pitävät ihmisen hengissä. Niitä ovat avoin hengitystie, hengitys, verenkierto ja tajunta. Vakava häiriö näissä elintoiminnoissa voi johtaa henkilön elottomuuteen ja menehtymiseen. Tällä tavalla kriittisesti sairaan henkilön pikainen tunnistaminen, ja sen mahdollistama välitön peruselintoimintojen tukitoimien aloittaminen, voi olla hänen selviytymisensä kannalta elintärkeää. Tunnistaminen tapahtuu systemaattisesti käyttäen terveydenhuollon ammattilaisten käyttämää cABCDE-mallia. (Niemi-Murola, Jalonen, Junttila, Metsävainio 2013, 17 - 18.)

CABCDE-malli tulee englanninkielisistä lyhenteistä c = critical bleeding (kriittinen verenvuoto), A = airways (hengitystiet), B = breathing (hengitys), C = circulation (verenkierto), D = disability (tajunnantaso) ja E = expose (paljastaminen) (Niemi-Murola, ym. 2013, 18). Noudattaen tätä muistisääntöä henkilön peruselintoiminnot tulee tutkittua ja arvioitua systemaattisesti ja kattavasti, jolloin saavutetaan mahdollisimman laaja tieto mahdollisesti henkeä uhkaavasta tilasta. Arvioinnissa ja tutkimisessa tulee olla huolellinen, ja siihen saa käyttää 30-60 sekuntia. Mikäli tähän arviointiin käytetty aika johtaa siihen, ettei autettavaa henkilöä pystytä pelastamaan, ei tätä olisi voitu pelastaa siinäkään tapauksessa, että arviointi olisi jätetty tekemättä. Arvioinnissa eteneminen ei kuitenkaan saa viivästyttää tukitoimien aloittamista (Niemi-Murola, ym. 2013, 17-18; Tiilikka 2009, 108 - 109).

”Hätäensiavulla tarkoitetaan ilman apuvälineitä toteutettuja toimia, jotka ovat tarpeen potilaan siirtämiseksi suojaan välittömästi uhkaavalta vaaralta, hengityksen tai verenkierron turvaamiseksi tai elvyttämiseksi, tilan arvioimiseksi ja lisäävän hälyttämiseksi. Hätäensiavussa tehdyt pienet toimet voivat olla henkeä pelastavia.” (Castrén, ym. 2012, 150.) Seuraavaksi esitellyssä kurssin tietoperustassa käytetään hyväksi cABCDE-menetelmää ja yhdistetään siihen hätäensiavun keinot, jotka voivat pelastaa henkiä, ilman erityisiä apuvälineitä. Käytännön toiminnot ovat pitkälti käypähoitosuosituksen mukaisia ja yleisesti erilaisilla ensiapukursseilla käytettyjä.

3.1 c = Critical bleeding, kriittinen verenvuoto

Kriittinen verenvuoto tarkoittaa runsasta verenvuotoa, joka uhkaa henkilön peruselintoimintoja ja henkeä. CABCDE-muistisäännössä se tarkentuu niin suureksi vuodoksi, että loukkaantunut henkilö silmällä se kiinnittää heti huomion, ja veren näkee pulppuavan ulos haavasta. Tällaisia vammoja ovat mm. raajojen irti leikkautumiset ja syvät pistohaavat jotka katkovat suuria verisuonia. Kriittistä verenvuotoa ei lähdetä siis etsimään vaatteiden alta. (Tiilikka 2009, 108 - 109.) Erityisen vaarallisen suuresta verenvuodosta tekee se, mikäli henkilö käyttää verta ohentavaa lääkitystä verihyytymien ehkäisemiseksi tai jos tällä on verisairaus mikä vaikuttaa hidastavasti veren hyytymiseen (Lassila 2015).

Kriittisen verenvuodon tukitoimi on sen nopea tyrehtyttäminen, mikä tapahtuu tuottamalla nopeasti painetta vammakohtaan esimerkiksi käsin, sekä nostamalla mahdollisuuksien mukaan raaja sydämen yläpuolelle. Mikäli haavoittunut on tajuissaan ja orientoitunut, tämä osallistuu itse verenvuodon tyrehtyttämiseen, jolloin auttaja voi keskittyä haavan sitomiseen. (Tiilikka 2009, 110, 121.) Mikäli vuotokohta on raajojen proksimaali- eli tyviosissa, kuten kainalossa tai nivusissa, tai raaja on irti leikkautunut, käytetään kiristyssidettä. Mikäli vuoto on lievempää, siihen voi riittää paineside. (Lund & Valli 2016.)

Raajaverenvuotoa voi hillitä vuotokohdan kohottamisen ja kompressoimisen lisäksi painamalla suoraan verisuonirunkoa. Tärkeimmät näistä ovat kyynärpään alapuolella oleviin vammoihin kyynärtaipeessa olkavarren alapuolella, sekä jaloissa nivusissa, reiden keskiosan kohdalla. Näitä paikkoja ei kuitenkaan tule etsiä sillä kustannuksella, että vammakohdan sitominen tai muiden elintoimintojen tukeminen viivästyvät. (Tiilikka 2009, 122.)

Paineside voidaan tehdä erityisellä ensisiteellä, jossa on haavatyyny valmiina, tai sopivilla kangassuikaleilla tai vaatteenkappaleilla. Ensisiteen haavatyyny, tai sitä vastaava laskostettu kangas, asetetaan nopeasti haavan ja sitä painavan käden väliin, jatkaen haavan painamista. Sidetaitosta tai kangasta kierretään muutama kierros haavatyynyn päälle, pitäen mahdollisimman pieniä taukoja haavan painamisessa. Tämän jälkeen haavatyynyn päälle asetetaan sopiva paino, esimerkiksi sideharsorulla tai puupalikka, jonka jälkeen loput sidostarpeesta kierretään haavatyynyn ja painon ympärille niin, että paino pysyy paikoillaan ja estää verenvuotoa jatkumasta. Mikäli vammakohdassa on merkittävä kudosvaurio, jolloin kehossa on reiän tai viillon sijaan kuoppa, ei paineside välttämättä riitä. Tällöin vammakohtaa tamponoidaan työntämällä siihen sidetarpeita, jotka kiinnitetään tiukasti sidoksella. (Tiilikka 2009, 121 - 123.)

Jos paineside kastuu läpi verestä, se ei ole onnistunut pysäyttämään vuotoa. Tällöin side tulee poistaa ja vuodon tyrehtyttämistä jatkaa käsin painamalla ja asettamalla kiristysside. Kiristysside tulee myös asettaa, mikäli verenvuoto on voimakasta monivammatilanteessa, kyseessä on monipotilastilanne, amputaatiovamma, tai toimitaan pimeässä niin, ettei valoa ole saatavilla. (Tiilikka 2009, 121 - 123.)

Kuten paineside, myös kiristyssiteestä on olemassa erityisesti tarkoitukseen suunniteltu tuote, mutta sen voi myös korvata kestäväällä ja lähes joustamattomalla siteellä, joka on pituudeltaan 1,5 - 2 m ja leveydeltään 5 - 10 cm. Tällaisia ovat esimerkiksi kaksinkertaiseksi ommeltu ideaalaside tai polkupyörän sisärengas. Häätätilanteessa myös esimerkiksi vyö, nippuside, köysi tai vaate ajaa saman asian, mutta nämä lisäävät riskiä saada kiristyssidetä hoitosta aiheutuva pysyväishaitta vammautuneeseen raajaan. (Tiilikka 2009, 109 - 111.)

Kiristyssidettä asetettaessa raaja kohotetaan mahdollisuuksien mukaan ylös, side kierretään kahdesti raajan ympärille 5 cm vuotokohdan yläpuolelle ja siihen tehdään solmu. Solmun päälle kiinnitetään kapula solmimalla, jota pyöritetään niin, että side kiristyy ja vuoto lakkaa. Kapula kiinnitetään asentoonsa sidoksella. Valmiissa kiristysiteessä, esim. Combat Application Tourniquet, C-A-T, on oma kiristysmekanisminsa, sekä valmis kapula, ja tälle lukkomekanismi. Mikäli vamma on kyynärpäähän tai polven alapuolella, hermopuristusta ehkäistään asettamalla sidetaitos tai vastaava kiristysiteen ja ihon väliin. Tällaisesta paikasta voi myös olla vaikea hillitä verenvuotoa, sillä suuret suonet sijaitsevat kahden luun välissä. Tällöin side tulee asettaa raajan yläosaan. Haavoittuneen ihoon kirjoitetaan vedenpitävällä tussilla näkyvälle paikalle K, sekä kiristysiteen asettamisaika jatkohoidon helpottamiseksi. Tieto on hyvä kirjata myös kiristysiteeseen. (Tiilikka 2009, 109 - 111.)

Kiristysiteen tarve arvioidaan kerran muiden elintoimintojen arvioimisen ja turvaamisen jälkeen. Vammakohtaan asetetaan paineside, ja kiristyssidettä löysätään hyvin hitaasti. Mikäli vuoto jatkuu hallitsemattomasti, sitä voi tarvittaessa yrittää siirtää alemmas kohti vamma-kohtaa ennen uudelleenkiristystä, jolloin vältetään tarpeeton verenkierron estyminen ylemmänä raajassa. (Tiilikka 2009, 111.)

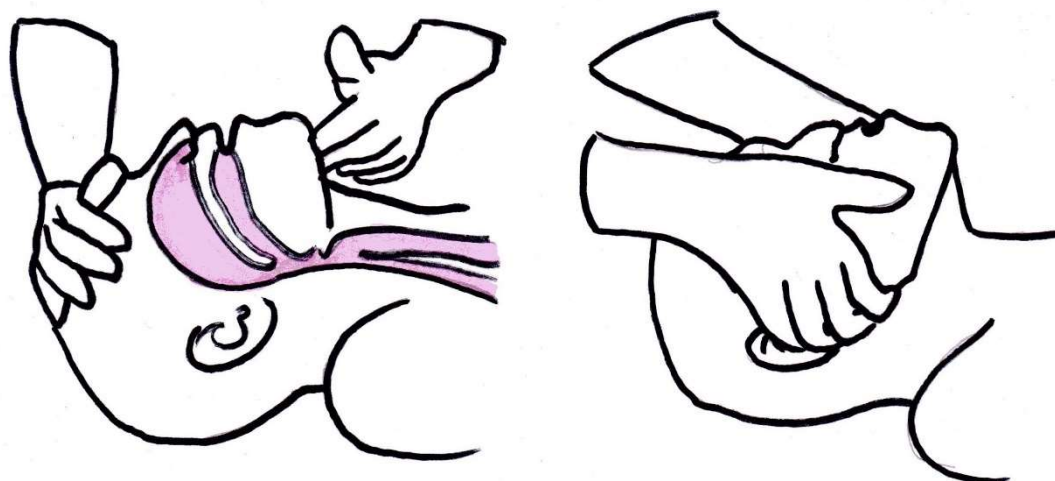
3.2 A = Airways, hengitystie

Avoin hengitystie on välttämätön hengityksessä, jossa ilma kulkee ylähengitysteiden nenäontelon, nielun ja kurkunpään kautta alahengitysteiden henkitorveen, haarautuviin keuhkoputkiin ja aina keuhkoihin, jossa ilman happimolekyylit sitoutuvat verenkiertoon, ja verenkierrosta vapautuu hiilidioksidia uloshengitykseen (Ahoon, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2013, 430-431.) Avoimia hengitysteitä uhkaavat erityisesti tajuttoman henkilön lihasjännitteen häviäminen, jolloin kieli veltostuu ja voi painua nieluun tukkien hengitystiet. Hengitysteiden tukkeena voi olla myös oksennusta tai muu este, kuten ruokaa tai tekohampaat, ja tuke saattaa estää ilman virtaamisen joko kokonaan tai osittain myös tajuisaan olevalla henkilöllä. (Korte & Myllyrinne 2012, 22-23.) Hengitysteitä voi painaa myös ulkoinen tekijä, esimerkiksi kiristynyt kypärän hihna tai kaulus. Tämä seikka on aina huomioitava hengitysteitä arvioidessa, ja henkilön kaulan alue on riisuttava vapaaksi. (Tiilikka 2009, 112.)

Mikäli henkilö on tajuissaan, ensisijainen auttamismenetelmä on asettua tämän taakse ja ohjata henkilö etukumaraan asentoon, pää vartaloa alemmaksi painovoimavaikutuksen hyödyntämiseksi. Henkilöä kehoitetaan yskimään, samalla lyöden voimakkaasti kämmenellä tätä selkään, lapaluiden väliin. Tämä toistetaan tarvittaessa 5 kertaa. Mikäli tämä ei auta, soitetaan hätäkeskukseen. (Castrén, Korte & Myllyrinne 2012.)

Jos selkään lyöminen ei auta ja henkilö on yhä tajuissaan, siirrytään puristusotteeseen eli Heimlichin otteeseen. Sen ideana on aiheuttaa positiivinen paineen nousu rintaontelon sisällä, jolloin ylipaine purkautuessaan henkitorven kautta poistaisi myös tukoksen. Heimlichin otteessa kierretään käsivarret takaapäin autettavan ympärille ristiin. Käsillä autettavan ylävatsaa painaen puristetaan samalla voimakkaasti käsivarsilla ja nykäistään ylös itseä kohti. Tämä toistetaan tarvittaessa 5 kertaa, ja mikäli potilaan tajunta on säilynyt, toistetaan kaavaa 5 kertaa selkään lyöminen, 5 kertaa Heimlichin ote. (Kauppinen 2014; Silfast 2016.)

Jos henkilö on tajuton, tyhjennetään tarvittaessa tämän suontelo sormin eritteistä ja muista mahdollisista tukkeista. Tämän jälkeen ilmatie avataan kohottamalla toisen käden sormilla autettavan leukaa, painaen samalla toisella kädellä otsasta päätä taaksepäin. Toinen vaihtoehto on asettua autettavan pään puolelle ja kohottaa päätä taaksepäin molemmin käsin tämän alaleuan leukakulmista, josta leukaluu tekee mutkan kohti korvaa. (Kuvio 1). Hengitys tarkastetaan viemällä joko paljas kämmenselkä tai poski tajuttoman suun eteen, sekä tarkkailemalla rintakehän liikettä. (Lyyra 2016; Tiilikka 2009, 112.)



Kuvio 1: Hengitysteiden avaaminen

Mikäli tukos on syvemmällä, eikä Heimlichin otetta ole vielä kokeiltu, 4-5 painallusta elvytyksen tavoin (kohdassa 3.3) voi aiheuttaa riittävän paineen rintaontelossa tukoksen irrottamiseksi. Mikäli Heimlichä on yritetty mutta se on epäonnistunut, tai painelu ei riitä, kokeillaan suusta-suuhun happeuttamista elvytyksen tavoin, jolloin ylipaine hengitysteissä voi johdtaa vierasesineen ohi. (Kauppinen 2014; Kuisma 2008; Lyyra 2016.)

3.3 B = Breathing, hengitys

Sisäänhengitys tapahtuu, kun sisäänhengityslihakset supistuvat ja laajentavat rintakehää, jolloin rintaontelon ja vallitsevan ilmanpaineen paine-erojen seurauksena ilmaa virtaa avoimia

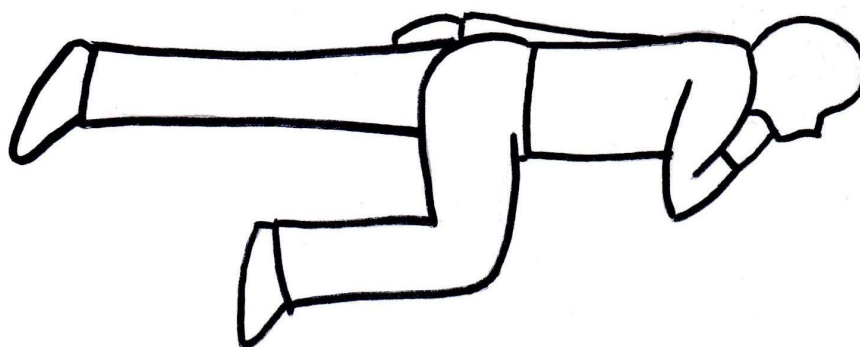
hengitysteitä pitkin keuhkoihin. Tärkeimmät näistä lihaksista ovat rintaontelon pohjalla pallea, sekä kyljissä ulommat kylkivälilihakset. Levossa uloshengitys on passiivista ja tapahtuu kun sisäänhengityslihakset veltostuvat ja rintaontelon kimmoiset rakenteet aiheuttavat rintakehän kokoonvetäytymisen. Rasituksessa elimistö tehostaa uloshengitysvaihtelua aktiivisesti sisempien kylkivälilihaksien ja vatsaontelon seinämän lihaksien supistumisella. (Bjälje, ym. 2012, 362 - 364.)

Aikuisen ihmisen normaali hengitystaajuus on levossa 10-20 kertaa minuutissa, taajuus on tasainen, ja rintakehän liikkeet ovat symmetriset, rauhalliset ja vaivattomat. Elimistö pyrkii kompensoimaan monia ongelmia lisääntyneellä hengitystyöllä, jolloin hengitystaajuus toimii herkimpänä suurena arvioidessa henkilön heikentyneitä tilaa. Ongelmatilanteessa lisääntyneestä hengitystyöstä kertovat kohonnut hengitystaajuus, hengityslihasten selkeä aktivaatio hengitysvaihtelun aikaansaamiseksi ja mahdollisesti rintakehän epäsymmetriset liikkeet. Hapenpuutteesta kielii ihon sinerrys huulista, varpaista ja sormista alkaen, sekä huimaus, sekavuus, pahoinvointi ja tajunnan häiriöt. (Bjälje, ym. 2012, 362 - 364; Niemi-Murola, Jalonen, Junttila, Metsävainio & Pöyhö 2014, 18 - 19.) Hengitys näyttää siis silmin nähden vaivalloiselta, ja henkilöllä on vaikeuksia puhua kokonaisia lauseita hengästyneenä (Castrén, ym. 2012, 150 - 151).

Esimerkiksi hyperventilaatiosta eli tihtyneestä hengitystaajuudesta kärsivä, tajuissaan oleva henkilö pyrkii usein istumaan ja etukumaraan asentoon hengitysvaihtelun helpottamiseksi. Henkilön voi myös ohjata puoli-istuvaan asentoon, esimerkiksi puuta vasten ja asettamalla reppu tämän selän taakse. Hengitystä on tarkkailtava ja henkilöä ja tilannetta rauhoiteltava. (Hartikainen 2014.)

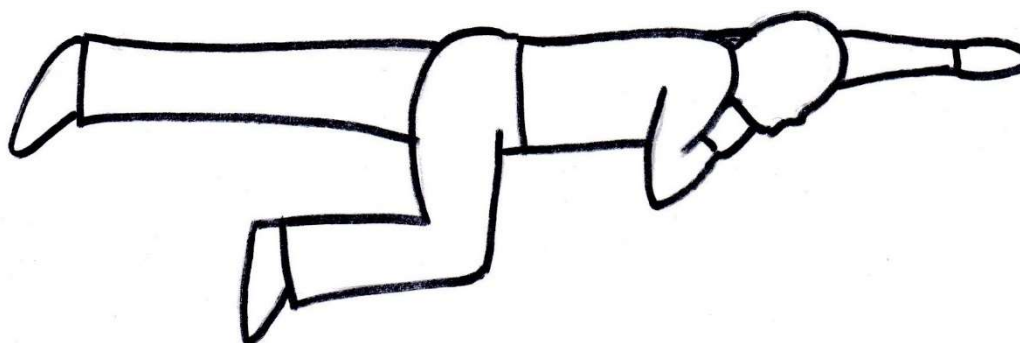
Mikäli henkilö on tajuton, tarkastetaan hengitys tunnustelemalla paljaalla kämmenselällä tai poskella henkilön suun edestä ja tarkkailemalla rintakehän liikkeitä. Mikäli hengitys tuntuu, käännetään henkilö kylkiasentoon. Kylkiasennosta on useita eri variaatioita, mutta pääasia on varmistaa, että asento on tukeva ja pysyvä, hengitys kulkee vapaasti, ja mahdolliset suuhun nousevat eritteet pääsevät valumaan suuontelosta. (Korte & Myllyrinne 2012, 22 - 23.)

Yksinkertaisimmillaan auttaja asettuu tajuttoman mahdollisesti vammautuneelle puolelle, laittaa tämän lähemmän käden suorana vasten kylkeä ja koukistaa itsestään kauempana olevan jalan. Auttaja tarttuu koukistuneen jalan polvitaipeesta ja kauemmasta hartiasta ja nykäisee rauhallisesti koko painollaan tajuttoman kylki-vatsa-asentoon niin, että koukussa oleva jalka tukee asentoa paikoilleen. Nyt päällimmäiseksi jäävä käsi asetetaan posken alle ja varmistetaan että leuka on ylhäällä ja ilmatie avoin. Alimmaiseksi jäänyt käsi huolehditaan pois vartalon puristuksesta. (Kuvio 2). (American Institute for Preventive Medicine 2017.)



kuvio 2: Kylkiasento

Jos tajuttomalla epäillään niskavammaa, esimerkiksi jos tämä on kaatunut ja lyönyt päänsä, täytyy tämän päätä liikuttaa varoen, mahdollisimman vähän ja välttämättä retkahtamista. Kylkiasento voi olla edellä mainitun kaltainen, mutta pää täytyy tukea korkeampaan asentoon, esimerkiksi taitellun takin, tyynyn tai toisen käden avulla. Sen sijaan, että auttajan puoleinen käsi laitettaisiin alas vartaloa vasten, se nostetaankin suorana tajuttoman pään viereen ennen kääntöä. Käännettäessä tajuton kyljelleen, jää pää ojennetun olkavarren päälle, jonka lisäksi toinen käsi asetetaan tämän posken alle leukaa tukemaan. (Feyling, ym. 2015; Tiilikka 2009, 113.)



Kuvio 3: Kaularankaa tukeva kylkiasento

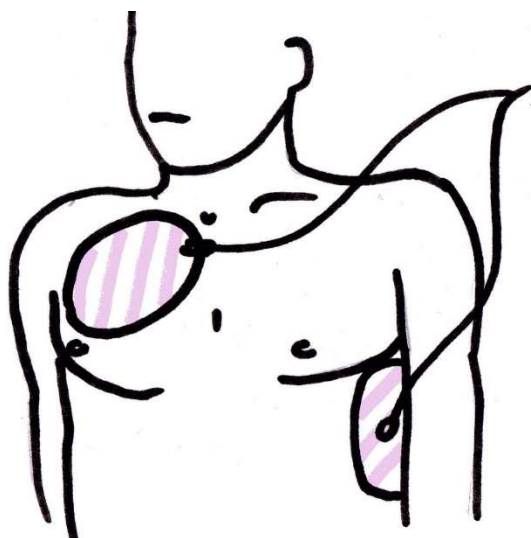
Mikäli henkilö ei reagoi, herää, eikä tämän hengitys tunnu hengitysteiden avaamisesta huolimatta, on tämä eloton ja auttajan täytyy aloittaa puhallus-paineluelvytys aivojen hapensaannin turvaamiseksi. Mikäli tajuttomuus liittyy sydänpysähdykseen, saattaa henkilöllä olla harvoja, epäsäännöllisiä ja haukkovia hengitysliikkeitä, jotka silti vaativat elvytyksen aloittamisen, vain normaalisti hengittävä ei tarvitse elvytystä. (Käypä hoito 2016.) Paineluelvytyksen idea on ylläpitää mekaanisesti aivojen ja sydämen verenkiertoa, joihin voi syntyä pysyviä vaurioita jo 4 - 6 minuutin hapettomuudesta. Ihmisen sisäänhengitysilmassa on tavallisesti 21% happea ja uloshengitysilmassa vähintään 16%, joten puhalluselvytys on kelvollista tajuttoman happeuttamista. (And, Korte & Myllyrinne 2013, 12; Castrén, Korte & Myllyrinne 2012.)

Elvyttäminen on rankkaa niin fyysisesti kuin psyykkisestikin, joten on tärkeää kutsua lisäapua ennen elvytyksen aloittamista. Useampi henkilö voi jakaa painelijan ja puhaltajan rooleja, jolla varmistetaan auttajan voimavarojen riittäminen laadukkaaseen elvytykseen. Mikäli auttaja on yksin, voi tämä keskittyä pelkästään painamiseen, ja jatkaa sitä niin pitkään kuin jak-saa. Ammattilaisilla laatu alkaa usein kärsiä jo 2 minuutin yhtäjaksoisen painannan jälkeen. Maallikkoelvytys parantaa kuitenkin huomattavasti elvytettävän selviytymismahdollisuuksia jatkohoitopaikassa verrattaessa elvyttämättä jättämiseen. (Kuisma 2016; Käypä hoito 2016.)

Henkilö asetetaan selälleen tukevalle joustamattomalle alustalle, kuten lattialle. Auttaja asettaa toisen kämmenen tyvensä tajuttoman rintalastan keskelle, noin nännitason korkeu-delle, ja toisen kämmenen tyvensä tämän kädenselän päälle ja vie koko yläruumiinsa tajutto-man yläpuolelle, kädet suorina. Painaminen tapahtuu kädet suorina keskivartalon lihaksilla, 30 kertaa n. 5-6 cm syvään, painelutajuudella 100-120 kertaa minuutissa. Painelun tulisi olla mäntämäistä, kädet eivät saa irrota henkilön rintakehästä, ja rintakehän täytyy antaa nousta paineluiden välillä. Puhaltaminen tapahtuu avaamalla hengitystiet edellä mainitulla tavalla, sulkemalla sieraimet peukalolla ja etusormella, painamalla huulet tiiviisti autettavan suulle ja puhaltamalla 2 kertaa n. 1 sekunnin pituisia puhalluksia. (And, Korte & Myllyrinne 2013, 12 - 13.)

Jopa puolella sairaalan ulkopuolella elvytystä vaativilla henkilöillä on rekisteröitävissä sydä-men ensimmäiseksi rytmiksi kammiovärinä, mikä on sydämen pumppaustoiminnan pysäyttävä rytmihäiriö. Toisinaan kammiovärinää edeltää kammiotakykardia, joka voi johtaa verenkierron romahtamiseen. Molemmat rytmit ovat ns. defibrilloitavia, eli hoidettavissa oikea-aikai-sella ja oikean suuruisella sähköpurkauksella, joka sydämen läpi kulkiessaan ”nollaa” rytmihäiriön ja antaa mahdollisuuden normaalin rytmin palautumiselle. (Käypä hoito 2016.)

Maallikoille tarkoitettuja defibrillaattoreita löytyy useiden julkisten tilojen aulaoista ja in-foista, myös joiltain huoltoasemilta. Nämä defibrillaattorit ovat neuvovivia, ja joko automaatti-sia tai puoliautomaattisia. Defibrillaattorissa on kaksi liimapintaista elektrodia, jotka kiinnite-tään elvytettävän paljaalle rintakehälle elektrodissa olevien ohjekuvien mukaisesti, toinen oikean solisluun alapuolelle ja toinen vasemmalle kyljelle kainalon alapuolelle, niin, että sy-dän jää näiden elektrodien välillä kulkevaan sähkövirtaan. (Kuvio 4). (Käypä hoito 2016.)



Kuvio 4: Defibrillaattorin elektrodien sijoittelu

Kun defibrillaattorin kytkee päälle, se analysoi elvytettävän rytmin ja päättää, antaako se iskun vai jatketaanko puhallus-paineluelvytystä. Defibrillaattori ohjeistaa ääneen, mitä auttajien tulee tehdä. Mikäli analysoitava rytmi on defibrilloitava, se ilmoittaa ensin latautuvansa, ja sitten antavansa iskun. Mikäli defibrillaattori on puoliautomaattinen, täytyy auttajien painaa laitteessa näkyvää suurta nappia iskun antamiseksi. Paineluelvytyksen tulisi olla mahdollisimman keskeytyksetöntä, ja keskeytyä vain rytmin analysoinnin ja iskun ajaksi. Iskun aikana täytyy varmistaa, ettei kukaan koske potilaaseen, mutta heti iskun antamisen jälkeen painelua on jatkettava. Defibrillaattori jatkaa rytmin analysoimista tietyin väliajoin, ja suosittelee tarvittaessa iskua. Iskettävä rytmihäiriö ei välttämättä korjaannu ensimmäisillä iskukerroilla. Rytmii saattaa myös muuttua, aluksi ei-defibrilloitava rytmi saattaa kääntyä defibrilloitavaksi ja toisin päin. (Käypä hoito 2016.)

3.4 C = Circulation, verenkierto

Ihmisen elimistön verenkierto on yksinkertaisesti selitettynä seuraava: Verisuonisto muodostaa putkiston, jossa liikettä ja vallitsevaa painetta ylläpitää sydän. Verenkierto jaetaan kahteen osaan, pieneen verenkiertoon eli keuhkoverenkiertoon, sekä suureen verenkiertoon eli systeemiseen verenkiertoon. Sydän on putkiston pumppu, joka sykkimällä pumppaa oikealta puoleltaan hapetonta verta keuhkoverenkiertoon, johon sitoutuu keuhkoista happea. Keuhkoissa myös veren elimistöstä tuoma hiilidioksidi poistuu uloshengitysilmaan. Hapekas veri palaa sydämen vasempaan puoleen, joka pumppaa sen valtimoita pitkin elimistöön, jossa happi kulkeutuu kudoksiin ja hiilidioksidi sitoutuu vereen. Jälleen hapeton veri kulkeutuu laskimoita pitkin sydämen vasempaan puoleen, ja aloittaa jälleen kiertonsa keuhkoverenkiertossa. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2013, 428 - 431.)

Verenpaine tarkoittaa verisuoniston valtimoissa vallitsevaa painetta. Systolinen paine, eli yläpaine, tarkoittaa vallitsevaa painetta sillä hetkellä, kun sydän supistuu ja pusertaa verta verisuonistossa eteenpäin. Diastolinen, eli alapaine, taas kertoo sydämen lepovaiheessa vallitsevan paineen. Paine pysyy, kun verisuonisto on suljettu kokonaisuus, ja sisältää riittävästi verta. Trauman sattuessa verisuonisto rikkoutuu, ja veri karkaa kudoksiin ja ulos elimistöstä, mikä aiheuttaa paineen laskun. (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2012, 268 - 269.) 60 mmHg:n systolinen paine riittää elintoimintojen ylläpitoon. Yleisimmät paikat tunnustella sykkettä ovat ranteessa peukalon alapuolella (arteria radialis, rannevaltimosyke) ja kaulalla henkitorven vieressä (arteria caudalis, kaulavaltimosyke). Systolisen paineen ollessa yli 80 mmHg, pulssi on tunnusteltavissa ranteesta, ja kun se on yli 60 mmHg, se tuntuu kaulalla. (Holmström, Kuisma & Porthan 2008, 64 - 65; Oksanen & Tolonen 2015.)

Aikuisella ihmisellä on verta kehossaan n. 70 ml/kg, keskimäärin 5-6 litraa. Tästä 30 prosentin menetys johtaa vuotosokkiin, ja lopulta tajuttomuuteen. Sokin oireet johtuvat osin elimistön yrityksistä kompensoida verenhukkaa: Syketaajuus nousee, verenpaine laskee ja hengitystiheys kasvaa. Iho muuttuu sinertävän kalpeaksi, hikiseksi ja kylmäksi etenkin sormissa ja huulessa, kun elimistö ohjaa verivarannot tärkeimpiin elintoimintoihin. Vammautuneesta tulee aluksi rauhaton ja levoton, kunnes vuodon ylittäessä 40% (n. 1,5 - 2 l) levottomuus muuttuu apatiaksi ja lopulta tajuttomuudeksi. (Rautava-Nurmi, Sjövall, Vaula, Vuorisalo & Westergård 2010, 197 - 200.)

Sokin etenemistä ehkäistään auttamalla autettava hänelle mukavaan asentoon, usein makuulle. Henkilöä ja tilannetta rauhoitellaan mahdollisuuksien mukaan. Autettava tulee pitää lämpimänä esimerkiksi avaruuslakanalla tai muilla lämpimillä peitteillä, sekä eristämällä tämä kylmästä maaperästä. Autettavan jalat kohotetaan repun tai tuolin päälle sydämentason yläpuolelle. Tällöin alaraajoissa olevan veren laskimopaluu tehostuu, ja happea kuljettavan veren määrä elintärkeissä elimissä lisääntyy. Verenvuodon vuoksi autettava voi valittaa janoa, mutta tämän suuhun ei saa laittaa mitään mahdollisen tajunnanmenetyksen vuoksi. (Korte & Myllyrinne 2012, 31; Tiilikka 2009, 126.)

3.5 D = Disability, tajunnantaso

Tajunnantason määrittäminen on ensiarviossa tärkeää, sillä tajuton henkilö menettää suojarahaksensa, eikä tällöin esimerkiksi kykene pitämään hengitysteitään avoimina (Holmström, Kuisma & Porthan 2008). Alentunut tajunnantaso johtuu yleensä aivovammasta, vakavasta vuotosokista, hapenpuutteesta tai päihteiden käytöstä. Tajunta voi siis myös muuttua alkuvuorion jälkeen, joten sen seuraaminen kuuluu auttajan tehtäviin varhaisen puuttumisen mahdollistamiseksi. Seuraamista helpottaa, kun kiinnittää huomiota tiettyihin seikkoihin, ja vertaa jonkin ajan päästä samojen seikkojen kehittymistä. (Castrén, ym. 2012, 151 - 152.)

Alustava arvio autettavan henkilön tajunnantasosta tulee tehtyä heti kun tämä kohdataan. Kun tämä on hereillä, kykenevä järkevään ja orientoituneeseen puheeseen ja vastaa puhuteluun, on tajunnantaso hyvä. Tämän kertomuksiin tapahtuneesta ja siitä, miten hän on haavoittunut, pystyy luottamaan, mikäli tajunnantason alentumisesta huolimatta reagoi puhuteluun asiallisesti. (Castrén, ym. 2012, 151 - 152; Tiilikka 2009, 118.)

Kun henkilö on tajuton, tätä pyritään aluksi herättelemään varovasti esimerkiksi hartioista ravistelemalla. Jos henkilöllä epäillään kaularankavammaa, tai tämä ei reagoi ravisteluun, pyritään aiheuttamaan kipua. Sopivaa kipua voi tuottaa esimerkiksi painamalla kynällä tms. kynsinauhaa, tai painamalla voimakkaasti peukalolla silmäkulmaa nenänvarren vierestä. Mikäli henkilö reagoi kipuun, on tajuttomuus luultavasti unensyvyistä, ja riski siitä, että kieli tukkisi hengitystiet, on vähäinen. Kipuun reagoivaa tajutonta kohdellaan kuitenkin samalla tavalla kuin syvässä tajuttomuudessa olevaakin, eli elintoimintoja tulee tarkkailla ja tajuton on käännettävä kylkiasentoon. (Tiilikka 2009, 118.)

Tajunnantason asteet muodostavat englanniksi muistisäännön AVPU: A = Alert (tajuissaan, virkeä), V = Verbal (reagoi puheeseen), P = Pain (reagoi kipuun), U = Unresponsive (tajuton) (Tiilikka 2009, 18). Kun tajunnantasossa on muutoksia, tulee aina olla yhteydessä hätäkeskukseen. Myös tajunnantason muutoksista on syytä informoida apuun hälytettyä yksikköä. Etenkin kun henkilöllä on syvä tajuttomuus, on ylläpidettävä valmiutta elvytyksen aloittamiseen. (Käypä hoito 2016.)

3.6 E = Expose, paljastaminen ja tutkiminen

Kun vitaalit elintoiminnot on saatu arvioitua ja turvattua, etenkin vammautuneen henkilön kohdalla, voidaan kiinnittää huomiota vartalon muihin mahdollisiin vammoihin. Henkilön ollessa tajuissaan, tämä luultavasti itse osaa kertoa kivuista ja tapahtuneesta sen verran, että huomio osataan kiinnittää välittömästi oikeisiin ruumiinosiin. Sokki voi kuitenkin ehkäistä kiputunteuksia, jolloin vartalon tutkiminen on aiheellista. (Tiilikka 2009; 118 - 119.)

Tutkiminen tapahtuu järjestyksessä rintakehä - vatsa - lantio - pää - selkäranka - raajat, huomio kiinnitetään erityisesti virheasentoihin, aristaviin paikkoihin sekä vaatteiden läpi tiikuviin verikohtiin. Tämä edellyttää vartalon riisumista vaatteista, mutta tämän on tapahduttava vain sen verran kuin on tarvetta, pitäen mielessä jäähtymisen riskin etenkin ulkona. Henkilö on peiteltävä lämpimästi esimerkiksi avaruuslakanalla heti kun tutkimus on tehty. (Castrén, ym. 2012, 153, 158; Tiilikka 2009; 118 - 119.)

Rintakehä tutkitaan asettamalla sormet tutkittavan kylkiluiden suuntaisesti, ja painamalla käsillä kasaan. Mikäli vammautuneella on kylkiluumurtumia, tuntuu se rintakehän epästabilitetina. Rintakehä tulee tutkia, vaikka henkilö kykenisi istumaan tai seisomaan. (Castrén, ym.

2012, 158.) Mikäli rintakehä tuntuu hetkuvalta tai paineltaessa tai hengitettäessä kipua, on mahdollista, että vammautuneelle kehittyy tai on jo kehittymässä henkeä uhkaava ilmarinta. Henkilö tulee rauhoittaa paikoilleen ja tämän hengitystä on tarkkailtava. (Sihvo 2015.)

Yksittäiset kylkiluunmurtumat eivät sinällään vaadi ensiapua, mutta mikäli useampi vierekkäinen kylkiluu murtuu voi kehittyä hetkurinta. Tällöin rintakehä myötäilee keuhkojen liikettä ja haittaa hengitystyötä. Ensiapu on asettaa henkilö kylkiasentoon vamma puoli alaspäin niin, että rintakehän alle laitetaan pehmikettä tukemaan rintakehää. Hetkurinta on vakava vamma ja vaatii kirurgista hoitoa. (Tiilikka 2009, 117.)

Vatsan alueen vammoihin viittaavat näkyvien ruhjeiden lisäksi kovat, kipuherkät alueet ja laajat mustelmat. Veren kerääntymisen vatsaonteloon huomaa myös vatsan pinkeydestä ja kasvavasta vyötärönypäryksestä. Näitä verenvuotoja ei voi tyrehdyttää ulkoisesti painamalla, vaan ne vaativat kirurgista hoitoa. Mikäli vatsan alueen vammaan liittyy sisäelinten luiskahtaminen ulos, tulee ne peitellä puhtaalla vedellä kastellulla siteellä ja mahdollisuuksien mukaan esimerkiksi muovikelmulla. Niitä ei saa yrittää tunkea takaisin vatsaonteloon, ellei kyseessä ole erittäin pitkäkestoinen ja hankala evakuointi. (Castrén, ym. 2012, 158; Tiilikka 2009, 120.)

Lantion luut sisältävät paljon verisuonia, joten epästabiili lantio viittaa suureen verenvuotoon. Hetkuva lantio voi myös aiheuttaa lisävahinkoa lantionseudun suurille verisuonille, suolistolle, virtsarakolle ja virtsanjohtimille, minkä lisäksi tulee huomioida niiden vaurioiden mahdollisuus sen iskun yhteydessä, joka on saanut lantionkin murtumaan. Lantio tutkitaan painamalla kämmenillä selinmakuulla olevan henkilön suoliluunharjoja alustaa kohti. Mikäli lantio antaa myöten, tulee se tukea huolellisesti eikä siihen tule enää koskea. (Castrén, ym. 2009, 158.)

Pää ja niska tutkitaan varovasti tunnustellen, etsien mahdollisia murtumia, haavoja, veripurkauksia ja verenvuotoa korvasta tai nenästä. Nenästä tai korvasta vuotava kirkas neste on likvoria, ja merkki selkädinvauriosta. Mahdollisen aivovamman tärkein ensiapu on huolehtia hengityksestä ja verenkierrosta, sillä hengitysvajeen aiheuttama hypoksia pahentaa aivovauriota. Kasvojen ja pään alueella on paljon verisuonia, joten mahdolliset haavat on hyvä sitoa. (Aro, Böstman, Kröger, Lassus & Salo 2010, 366 - 367; Castrén, ym. 2012, 158). Mikäli henkilöllä on silmävamma, peitetään molemmat silmät sidetaidoilla, jotta vammautunut silmä pysyisi mahdollisimman paikoillaan (Tiilikka 2009, 119).

Niska- tai selkärankavammaa tulee aina epäillä, mikäli henkilö on tajuton ja vamma on ollut suurienerginen, ja etenkin jos solisluiden yläpuolelta löytyy vamman merkkejä (Castrén, ym.

2012, 158). Tällöin on tärkeää ehkäistä lisävahinkojen syntyminen, eli pää on pidettävä mahdollisimman paikoillaan ja siirtämistä täytyy välttää ennen asiallista tukikauluria. Mikäli siirtäminen on välttämätöntä, täytyy yhden henkilön huolehtia niskan ja pään tukemisesta siirron aikana. (Tiilikka 2009, 119 - 120.)

Jos vammautuneella henkilöllä epäillään raajan luunmurtumaa, on se lastoitettava ennen tämän siirtämistä. Katkenneet luunpäät ja luun sirpaleet voivat aiheuttaa liikkueessaan lisävahinkoa kudoksissa, sekä tarpeetonta kipua, joka pahentaa sokkitilaa. Raaja lastoitetaan murtumakohdan ylä- ja alapuolen nivelten yli, sen tulee olla tukeva ja pehmustettu vamman kohdalta. Tähän tarkoitukseen voi käyttää valmista, tarkoitukseen tehtyä lastaa tai esimerkiksi keppejä. Lastoitettun jalan voi myös tukea sitomalla se kiinni terveeseen jalkaan, ja lastoitettu raaja vartaloon. (Tiilikka 2009, 120.)

4 Koulutuksen järjestämisen teoriapohja

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö toteutui sairaanhoitajavetoisena ensiapukurssina. Se tarkoitti kouluttamisen teorian omaksumista, erilaisten oppimiskäsitysten sisäistämistä, sekä ryhmäohjaamisen hallintaa.

4.1 Sairaanhoitaja kouluttajana

Sekä kouluttaja että sairaanhoitaja toimivat tehtävissään edustamansa aihepiirin asiantuntijoina, sekä jonkin organisaation edustajina. Kouluttaja on koulutettaville samaistumiskohde ja malli, kun taas sairaanhoitajan työssä vallitsee subjektiivis potilaan ja hoitajan välillä, jolloin he ovat tasavertaisia ja yksilöitä omissa yhteisöissään. Molempien työssä korostuu henkilökohtaisen maailmankuvan, elämäntutkimuksen ja ihmiskäsityksen välitön heijastuminen toteutettavaan ohjaukseen. Ohjaus ja koulutustapahtuma vaativat metodeita ja tekniikoita, mutta todellinen tulos syntyy ohjaajan tai kouluttajan henkilökohtaisista ominaisuuksista. (Henttonen, Ojala, Rautava-Nurmi, Vuorinen & Westergård 2013, 28 - 29; MPK 2011, 12-13.)

Sekä kouluttajan että sairaanhoitajan tärkein työväline on heidän oma persoonansa. Kouluttajaan kohdistuu paljon tiettyjä odotuksia, mutta koska kouluttaja on loppukädessä ainoa ihminen, edellyttää näiden odotusten täyttäminen paitsi omien persoonallisten vahvuuksien, etenkin persoonallisten heikkouksien tuntemista ja tulkitsemista. Samoin potilaan kohtaaminen vaatii sairaanhoitajalta hyvää itsetuntemusta, sekä erityisesti omien negatiivisten tunteiden avointa käsittelyä. Tällöin vuorovaikutus ohjaajan ja ohjattavan välillä on lähtökohdallisesti mahdollisimman avoin ja rehellinen. (Henttonen, ym. 2013, 28 - 29; MPK 2011, 12-14; Mustakallio 2012.)

Kun tarkoituksena on ohjata ja kouluttaa erilaisia ihmisiä, se vaatii perusedellytyksenä hyvää ihmistuntemusta, empaattisuutta eli kykyä samaistua koulutettavan asemaan ja rooliin, sekä valmiuksia kohdata ja ymmärtää mielenilmauksia ja tunnereaktioita. Pysähtyminen, kuunteleminen ja keskusteleminen ovat eettisiä välineitä ohjattavan hyvään kohtaamiseen. Se vaatii ohjaajalta myös havaintoherkkyyttä, sekä kykyä ottaa vastuuta ja tehdä itsenäisiä ratkaisuja. Hyvän vuorovaikutuksen mahdollistamiseksi on myös sekä kouluttajan että sairaanhoitajan olemuksesta oltava luettavissa avoimuus, avarakatseisuus ja erilaisuuden hyväksyminen. Nämä seikat helpottavat heidän itsensäkin työtä, ja tekevät palveluksen luomalla kuvan helposti lähestyttävästä asiantuntijasta. (Henttonen, ym. 2013, 28 - 29; MPK 2011, 13-14.)

Koska ohjaussuhteessa ohjaajan olemus heijastuu ohjattavien kokemukseen ja oppimisprosessiin, luodakseen oppimista kannustavan ilmapiirin sekä vahvistaakseen ohjattavien sitoutumista koulutukseen tai hoitoon, on ohjaajan oma positiivinen asenne avainasemassa. Hyvä itsetunto, stressinsietokyky ja itseluottamus auttavat pitämään positiivisen suhtautumisen uusiin kokemuksiin ja haasteisiin, eivätkä mahdolliset negatiiviset kokemukset pääse vaikuttamaan uusiin tilanteisiin liikaa. Kun nämä ajatukset heijastaa ohjattaviin, ehkäistään oppimista estäviä pelkotiloja ja motivoitumisvaikeuksia. Yhteyden merkitys korostuu, ja ohjaajalta vaaditaan herkkyyttä lukea ohjattavan reaktioita ja tunteita ohjaukseen. (Henttonen, ym. 2013, 28 - 29; MPK 2011, 13-14.)

Kouluttajan ja sairaanhoitajan on oltava ajan tasalla omasta ammattialastaan, hallittava aiheensa analyyttisen asiantuntevasti ja tuotava se esille luotettavasti. Ohjaustilanteessa esiintymisen tulisi olla luontevaa, puheen selkeää ja ohjaamisen innostavaa. Ohjaustapahtumaa tulee viedä esille loogisesti ja ohjattavia kohtaan tulee olla kärsivällinen mutta määrätietoinen. Näillä ominaisuuksilla on ohjaajan luotava fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti turvallinen oppimistilanne, joka maksimoi ohjattavan halun oppia ja osallistua. (MPK 2011, 13-14.)

Kouluttaja toimii koulutettaviensa palvelijana, ja tämän velvollisuutena on käyttää koulutettavien antama aika mahdollisimman hedelmällisesti hyödyksi. Sairaanhoitaja toimii yhteistyössä potilaan kanssa luodakseen hoitosuhteen, josta potilaan on hyvä päästä eteenpäin omilla ehdoillaan. Ollakseen hyvä kouluttaja tai sairaanhoitaja, tulee kuitenkin pitää mielessään aina se, mitä työ antaa itselle. Hyvän kouluttajan etiikkaan kuuluu itsensä ja oman luonteensa kehittäminen tietoisesti, mikä sopii sairaanhoitajallekin. Kouluttajana tai sairaanhoitajana toimiminen auttaa henkilöä löytämään itsestään uusia puolia ja kasvamaan henkisesti - niin ammatissaan kuin yksilönäkin. (Henttunen, ym. 2013, 28 - 29; MPK 2011, 13-14; Mustakallio 2012.)

4.2 Oppiminen

Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin MPK:n oppimiskäsitystä siitä, että ihminen oppii havainnoimalla ympäristöään ja lisää uudet havainnot jo olemassa oleviin tietorakenteisiinsa. Oppiminen tapahtuu, kun ihminen itse muokkaa ja käsittelee ajatusmallejaan. Kun tästä oppimisesta ja ajatusmallien käsittelystä tulee kontrolloitua ja itseohjautuvaa, sisäistetyn tiedon määrä lisääntyy. Oppimiseen liittyy tilannesidonnaisuus ja sosiaalinen välittyminen. (MPK 2011, 11-12.)

Ihmisen tiedostetaan vastaanottavan ja käsittelevän uutta tietoa kolmella eri tavalla. Auditiivinen oppija oppii kuuntelemalla, keskustelemalla ja itsekseen puhumalla. Visuaalinen oppija lukemisen, näkemisen ja mielikuvien kautta. Kinesteettinen oppija puolestaan oppii kokeamalla ja tuntemalla asioita konkreettisesti, sekä hyödyntäen intuitiota. (MPK 2011, 15.)

Kokemuksellisen oppimisteorian mukaan ihmisten tunnistetaan jakautuvan käyttäytymisensä perusteella neljään eri oppimistyyliin. Osallistujat keräävät kokemuksia ja lähtevät yleensä helposti mukaan ohjattuun toimintaan. Toteuttajat pyrkivät toteuttamaan ideoita ja teorioita, ja toimivat luontevasti ja mielellään ryhmän vetäjinä. Tarkkailijat saattavat olla syrjäanvetäytyvämpiä ja hiljaisempia, sillä he keskittyvät pohtimaan ja työstämään mielessään keräämiänsä kokemuksia. Päättelijät nauttivat loogisia päättelykeinoja vaativista pulmatilanteista, ja ovat yleensä hyviä ongelmanratkaisijoita. (MPK 2011, 18.)

Oppimistilanteissa tulevat esille myös henkilöiden erilaiset persoonallisuustyypit, sekä niiden vaikutus oppimistilanteeseen ja itse oppimiseen. Myers Briggs-persoonallisuustyyppittelyn mukaan ihmiset jakautuvat introvertteihin, ekstrovertteihin ja ambivertteihin, joskin näitä persoonallisuustyyppien tulee tarkastella jatkumona eikä ääripäinä, ja valtaosa ihmisistä sijoittuu johonkin näiden ääripäiden välille. Ekstrovertit ovat herkkiä havainnoimaan ja huomioimaan ympäristöään ja erilaisia ärsykeitä. Sisäinen kokemusmaailma on voimakas, ja he ovat usein määrätietoisia, vastaanottavat ja prosessoivat mielessään erinomaisesti tietoa, osaavat kohdentaa toimintansa hyvin ja tiedostavat siihen liittyvät riskit. Johtuen herkkyydestä ärsykeille he saattavat kaihtaa sosiaalisia tilanteita, mikä näkyy ulospäin etäisyytenä ja pidättyväisyytenä. (Aspegren 2015.)

Ekstrovertti on vastakohta introvertille. Ekstrovertit vaativat ulkoisia stimulantteja, sosiaalista kanssakäymistä ja vaihtuvia tilanteita, mistä heidän energiansa on riippuvaista. Heille on tyypillistä jatkuva ulkoinen vuorovaikutus, johon liittyy myös runsas ilmehdintä ja elehdintä. He ovat hyviä verkostoitumaan ja innostamaan, mutta voivat sortua liialliseen dominointiin. (Aspegren 2015.)

Ambivertit sijoittuvat ekstroverttien ja introverttien välimaastoon. He ovat joustavia ja mukautuvat erilaisiin tilanteisiin. He aktivoituvat sosiaalisista kontakteista, mutta etenkin heikosten vuorovaikutustilanteiden jälkeen vaativat paljon palautumisaikaa ajatusten selvittämiseen ja sulatteluun. Ryhmätilanteissa heidän käyttäytymisensä painottuu joustavasti puhumisen ja kuuntelemisen välillä, joskin liiallinen tyylin vaihtelu voidaan kokea epäluotettavana ja teennäisenä. (Aspegren 2015.)

4.3 Ryhmäohjaus menetelmänä

Johnson & Johnson (1982) ovat määritelleet ryhmän seuraavasti: Ryhmällä on yhteiset kiinnostuksen kohteet ja sitä ajavat yhteiset tavoitteet. Ryhmänjäsenet tuntevat kuuluvansa ryhmään, siihen kuulumisen koetaan palkitsevana ja se toimii vuorovaikutteisesti. Ryhmän toimintaa ja vuorovaikutusta ohjaavat yhteiset säännöt. (Eerola, Korhonen, Lairio & Nummenmaa 2005, 104.)

Ryhmäohjaus on toimintaa, jossa vaihtelevan kokoinen ryhmä on erilaisten interventioiden kohteena. Nämä interventiot voivat olla erilaisia harjoituksia, tehtäviä tai neuvontaa. Ryhmäohjauksen tulisi olla tavoitteellista ja ohjattua toimintaa. Se on yksi MPK:n koulutustoiminnan perusmuotoja, ja vallannut alaa myös terveydenhuollossa. (Eerola, ym. 2005, 104; MPK 2011.)

Ryhmätyöskentely mahdollistaa sen jäsenten aktiivisen toiminnan ja vuorovaikutuksen. Sen etuja ovat useamman ihmisen kokemusten ja oppimistapojen kytkeminen, sekä vastuun, johtamis- ja yhteistoimintakyvyn, sekä yhteenkuuluvuuden tunteen kehittyminen. Ryhmäohjaajan, kouluttajan, vastuulla on suunnitella ja toteuttaa ryhmän interventiot siten, että kaikkien ryhmän jäsenten mielipiteet, kokemuksen ja asiantuntemukset tulee hyödynnettyä mahdollisimman kattavasti. (MPK 2011, 18-19.)

Jotta ryhmäohjaaja ymmärtäisi ohjattavaa ryhmää ja kykenee sitä ohjaamaan, on tämän tunnistettava sen dynamiikkaan ja toimintaan vaikuttavat tekijät, joita on Borgen (1989) strukturoidussa ryhmäohjauksen mallissa viisi. Ryhmän tavoitteiden ja toimintojen tulisi olla yhtenevät, jotta toiminta ohjautuu samaan suuntaan ja antaa ryhmälle sen tarkoituksen. Jäsenten tarpeet ja roolit määrittävät opiskeluun ja ryhmänjäsenyyteen liittyvät tavoitteet, sekä luokittelevat jäsenet tehtäväsuuntautuneisiin, ryhmää ylläpitäviin sekä ryhmätoimintaa häiritseviin rooleihin. (Eerola, ym. 2005, 108-110.)

Ryhmäprosessit ovat kommunikaatio, työskentelysopimukset, päätöksenteko, ongelmien käsittely ja ristiriitatilanteiden ratkaiseminen. Ryhmän johtajuus ja ohjaajan taidot mukautuvat ryhmäkehityksen myötä. Lähes aina ryhmä noudattaa vaiheita suunnittelu - aloitus - siirtymä - työskentely - lopetus - ryhmän jälkeen, ja ryhmäohjaajan on hallittava tehtävänsä koko ryhmän olemassaolon ajan. Ryhmän suunnitelma tarkoittaa ryhmän olemassaolon tarkoitusta.

Mikä on kohderyhmä? Mitä on tarkoitus saada aikaan? Missä ja milloin ryhmä kokoontuu? Miten ryhmä pääsee tavoitteisiinsa? (Eerola, ym. 2005, 110-114.)

Ryhmäohjaustilanteen tulisi olla suunniteltu siten, että se palvelisi ryhmän jäsenten erilaisia oppimistyyliä. Erilaisia interventioita pohtiessa tulee myös muistaa se, että kouluttajan itsensä tulee hallita valittu opetusmenetelmä. Luokkaopetus on menetelmänä esittävä, luento-mainen tilanne, jossa korostuu teorian tiedon välittäminen, ja jossa kouluttaja aktivoi ryhmää kysymyksin. Ryhmätyöskentely on vuorovaikutuksellista pari- tai pienryhmätyöskentelyä, jonka tuotoksia usein puretaan koko ryhmän kesken ja siitä annetaan palaute. Ohjatussa itseopiskelussa kouluttaja määrittelee ja muotoilee ohjeistuksen, jonka hallitsemisen ohjattava voi osoittaa esimerkiksi kirjallisella työllä. (MPK 2011, 20.)

Eläytymismenetelmät ja kokemusmenetelmät voivat olla esimerkiksi näytelmiä, roolijakoisia harjoituksia tai pelejä, johon liittyy eläytymis- tai roolitehtävän jakaminen yksilöille. Caseharjoitukset toimivat erityisesti teoriapohjaisen koulutuksen tukena ja kertaavana interventiona, ja voi olla sekä yksilöllinen että ryhmän harjoitus. Demonstraatioissa kouluttaja itse tekee mallisuorituksen, jonka jälkeen ryhmän jäsenet harjoittelevat toimintoa, joko yksin tai ryhmänä. (MPK 2011, 20.)

Ohjausta suunnitellessa tulee pohtia, minkälaisia opetusmateriaaleja menetelmät vaativat ja millä tavoin teoriaopetus on paras järjestää. Resurssit ja tukitarpeet tulee kartoittaa, ja niiden saatavuus tulee varmistaa hyvissä ajoin vaadittavilta tahoilta. (MPK 2011, 20-21.)

5 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus

Kurssi toteutettiin opinnäytetyöprosessin puitteissa ”testikurssina” Järvenpään Reserviläisille. Järvenpään Reserviläisten jäsenet kuuluvat samalla valtakunnalliseen Reserviläisliittoon, joka taas on Maanpuolustuskoulutusyhdistyksen yksi jäsenjärjestö. Järvenpään Reserviläisten aktiivit ovat myös aktiiveja MPK:n toiminnassa, toimien siinä mm. koulutus- ja tukitehtävissä.

5.1 Teoreettisen viitekehyksen kerääminen

Kurssin teoreettinen viitekehys, eli hätäensiapu (kohta 3), koottiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Aihepiirin rajaus määrittyi koskemaan cABCDE-menetelmää, joka on monissa lähteissä määritelty kokonaisuus, ja vain niitä menetelmien osia, jotka maallikko kykenee suorittamaan ilman ammattilaisvarustusta tai ammattitaitoja, kuten esimerkiksi suonensisäinen nesteytys vaatisi.

Jotta saatoin lähteä etsimään aiheeseen soveltuvia lähteitä, tein käsiteanalyysin cABCDE-metodista. Tällöin sain aikaiseksi käsitekartan, jolloin saatoin lähteä toteuttamaan järjestelmällistä kirjallisuushakua, sekä painetuista että sähköisistä lähteistä. Järjestelmällisessä eli systemaattisessa kirjallisuushaussa ideana on löytää mahdollisimman paljon tutkimusaiheeseen liittyviä julkaisuja, tehokkaasti ja järjestelmällisesti. Hakuprosessin olisi myös tarkoitus olla sellainen, että kuka tahansa pystyy toistamaan haun ja löytämään samat tulokset. (Jamk.fi 2017.)

Painettuina lähteinä käytin akuuttihoitotyön ammattilaisille suunnattua kirjallisuutta, Suomen Punaisen Ristin ensiapuoppaita, sekä taisteluensivusta kertovaa opasta. Sähköiset lähteet hain pääasiassa terveystieteilijöiden julkaisusta, jossa sijaitsevat Duodecimin lääketieteelliset ja hoitotieteelliset julkaisut ja artikkelit. Käytin hyväkseni myös Käypä hoito-suosituksia. Hakutermeinä minulla oli esimerkiksi ”hengitysteiden avaaminen”, ”kylkiasento” ja ”elvytys”. Pääasiassa tein hakuja akuuttihoitotyön tietokannoista, mutta myös laajemmalti. Tein hakuja myös englannin kielellä, muun muassa ”TCCC” (tactical combat casualty care), sillä aiheesta löytyy tietoa paremmin englannin kuin suomen kielellä.

Sekä englanninkielisistä että suomenkielisistä hakutuloksista käytin niitä, jotka olivat jonkin tunnetun ja luotetun julkaisijan tai yhteisön sivustoja. Mikäli painetuissa tai sähköisissä lähteissä oli ristiriitoja keskenään, valitsin sen tiedon, joka oli virallisimmasta ja uusimmasta lähteestä.

Koulutuksen järjestämisen teoriapohjan muodostin vastaavalla tavalla. Käytin erityisesti MPK:n omia julkaisuja, kuten kouluttajan käsikirja ja kurssinjohtajan käsikirja, sillä olen itse suorittanut kyseisten oppaiden avulla MPK:n kouluttajakurssin. Sairaanhoidajan roolista ohjaajana löysin tietoa alan kirjallisuudesta. Sähköisiin lähteisiin käytin mm. hakutermejä ”oppija”, ”oppimistavat” ja ”ryhmäohjaus” löytääkseni toivomaani sisältöä aiheeseen liittyen. Näissäkin hakuissa käytin tunnettujen ja luotettujen julkaisijoiden tai yhteisöjen sivustoja. Tähän aihepiiriin uskalsin ottaa hieman vanhempiakin lähteitä, sillä tiedän niissä esitettyjen teorioiden tai määritelmien elävän edelleen valideina.

5.2 Käytännön toteutus

Kurssin pitäminen sovittiin marraskuussa 2016 yhdistyksen puheenjohtajan kanssa. Asiasta sovittiin myös MPK:n yhteyshenkilöiden kanssa. Paikkana oli Järvenpään Reserviläisten kerhotila, ja ajankohta tiistai-ilta, jolloin heillä olisi normaalistikin jäsenilta. Aikaa koulutukselle oli varattu 3 tuntia, sisältäen alkusanat ja palautteenkeruun. Kurssin mainostaminen tapahtui tammikuussa 2017, mainos näkyi Järvenpään Reserviläisten sekä Järvenpään Reserviupseerikerhon jäsenkirjeissä, sekä Järvenpään Reserviläisten Facebook-sivulla. Itse kurssi järjestettiin tammikuun lopussa.

Mainosteksti oli seuraava:

”Hengen pelastava muistilista

Kurssilla käydään läpi cABCDE-menetelmä, jota käytetään laajasti muun muassa ensihoidossa ja taisteluensivussa. Etenkin kohdattaessa tajuton vamma potilas voi avun antaminen ja toimeen ryhtyminen olla pelottavaa ja kaoottista, ja keskittyminen olennaiseen vaikeaa. Ammattilaisten käyttämä muistilista auttaa tutkimaan potilaan systemaattisesti, jolloin tärkeimmät elintoiminnot tulee turvattua nopeasti ja järjestyksessä, toisinaan hyvinkin yksinkertaisin ensiaputoimin.

Kurssi toteutetaan osana opinnäytetyötä, johon liittyen kerätään lopuksi anonymi palaute. Kurssin vetäjä on keväällä sairaanhoitajaksi akuuttihoitotyöhön valmistuva Katariina Salo, jolla on kokemusta MPK:n ja Tuusulan sotilaskodin toiminnasta runsaan kymmenen vuoden ajalta.”

Järvenpään Reserviläiset pyysivät ennakoilmoittautumista sähköpostitse puheenjohtajalle. Järvenpään Reserviupseerikerho ei pyytänyt ennakoilmoittautumista, mutta sanallisesti kerhon jäsenkunnassa oli kiinnostusta.

MPK lainasi kurssille huopia, sekä antoi kertakäyttöisiä ensisidepakkauksia, jotka olivat jääneet ja vanhentuneet Puolustusvoimilta. Lisäksi koulutuspäällikkö lainasi henkilökohtaisesta varastostaan CAT-kiristysiteitä, joilla kiristysiteen tarkoitus olisi helppo demonstroida. Tila oli Järvenpään Reserviläisten kokoontumistila, jossa sain käyttööni fläppitaulun ja taulutussit.

Kouluttajana toimin minä itse. Taustalla minulla on melkein valmis sairaanhoitajakoulutus akuuttipuolelle ja yhteensä 11 viikkoa harjoittelua suurista päivystyksistä, sekä lapsuudesta useiden vuosien kokemus SPR:n ensiapuilloista. Vuonna 2015 suoritin MPK:n kolmen päivän kestoisen kenttälääkintäkurssin, ja 2011 yhteensä kolmen päivän kestoisen MPK:n kouluttajakurssin. Lisäksi toimin vuonna 2015 puolen vuoden ajan paikallisen tähtitieteellisen yhdistyksen järjestämän lastenkerhon päävetäjänä.

Kurssin aluksi osallistujille kerrattiin vielä koulutustilaisuuden järjestämisen syyt: opinnäytetyöprojekti ja sen testaaminen, mutta myös uuden tiedon välittäminen osallistujille. Kerrottiin kokonaiskuva, mitä aiheita käsiteltäisiin ja mitä ilta tulisi pitämään sisällään, sekä alustava aikataulu. Osallistujia motivoitiin kertomalla, missä kaikkialla ja miten opittavaa menetelmää pystyy jatkossa hyödyntämään. Aloituksessa hyödynnettiin ”suoraan asiaan”-mallia, sillä aikaa oli suhteellisen vähän ja aihe selkeä. Kurssin vetäjänä esittelin itseni lyhyesti, jonka jälkeen ryhmässä käytiin lyhyt esittelykierron, jossa tärkeimpinä on osallistujien nimi,

sekä mahdollinen aikaisempi ensiaputausta. (Kupias & Koski 2012, 64 - 65.) Aloitukseen varattiin aikaa noin 20 minuuttia, ja sen yhteydessä tarjottiin kahvia ja teetä.

Aihepiiri esiteltiin. Ilta eteni järjestyksessä c-A-B-C-D-E (kohta 3.), ja alkoi siis massiivisen verenvuodon käsittelyllä. Ryhmää motivoitiin vuorovaikutteisuuden välittömän ja rennon ilmapiiirin aikaansaamiseksi. Aiheet aloitettiin käymällä ensin teoria läpi luennoimalla, jonka jälkeen osallistujia kannustettiin kertomaan omia ideoitaan sen hoitamiseksi. Tämän jälkeen demonstroitiin toiminta, osallistujat jakautuivat pareihin tai pienryhmiin ja nämä pääsivät kokeilemaan, toteuttamaan ja soveltamaan oppimaansa.

C, critical bleeding, massiivinen verenvuoto (kohta 3.1). Toiminnot olivat C-A-T -kiristysiteen käyttö ja painesiteen tekeminen. Käytiin läpi kohoasennon ja kompression merkitys, erilaisten sidosten sopiminen erilaisiin vammoihin, varoajat, sekä verenvuodon hillitseminen verisuonirunkoa painamalla. Demonstroin kiristysiteen laitton, jonka jälkeen asetin itselleni painesiteen. Muistutettiin vielä, että harjoittellessa ei tule käyttää liian kireitä sidoksia, jotka voisivat aiheuttaa todellista vahinkoa. Osallistujat jakautuivat itsenäisesti pareihin tai pienryhmiin, jonka jälkeen he pääsivät opiskelemaan sidoksien tekoa ja käyttöä itsenäisesti. Aikaa kului noin 20 minuuttia.

A, airways, eli hengitystie (kohta 3.2). Toiminnot olivat hengitystien avaaminen selkään taputtamalla, Heimlichin otteella, sekä tajuttoman henkilön hengitysteiden avaamisella leukaa kohottamalla. Teorian yhteydessä korostettiin kaularankavamman mahdollisuuden arvioimisesta, ja lisävahingon tuottamisesta hengitysteiden avaamisen yhteydessä. Demonstroin vapaaehtoisen kurssilaisen kanssa selkään taputtamisen ja Heimlichin otteen. Otteita harjoitettiin pareittain ja pienissä ryhmissä, minkä lisäksi kaikki pääsivät kokeilemaan istuvan henkilön hengitysteiden avaamista leukaperistä nostamalla. Aikaa kului noin 20 minuuttia.

B, breathing, hengitys (kohta 3.3). Toimintoina hengitystä helpottavat ja turvaavat asennot. Käytiin läpi hengityksen kulku ja rintakehän liikkeet normaalin ja epänormaalin hengityksen yhteydessä. Demonstroin hengitystä helpottavat asennot, ensin puoli-istuvan asennon ja sitten vapaaehtoisen kurssilaisen avulla kaksi erilaista kylkiasentoa. Kylkiasentoon asettamisessa korostettiin jälleen rangan tukemisen tärkeyttä. Ryhmä jakautui jälleen pareihin ja pienryhmiin ja testasivat asentojen tekemistä. Koska aikaa oli vain 3 tuntia, jätettiin aikataulullisista syistä elvytys käymättä läpi tässä koulutuksessa. Aikaa kului noin 30 minuuttia.

C, circulation, verenkierto (kohta 3.4). Käsiteltiin keskustellen sokin tuntomerkit, sekä ensiapu. Piirsin fläppitaululle suuren ja pienen verenkierron, ja selvitin mitä verenpaine tarkoittaa. Tämän jälkeen kurssilaiset saivat etsiä itseltään ja toisiltaan sekä radialis- että caudalis-

pulssit. Jotkut kurssilaiset havaitsivat pulssin etsinnän yllättävän vaikeaksi, mutta kaikki löysivät sen lopulta onnistuneesti. He pääsivät myös jonkin verran arvioimaan löytämiensä pulssien taajuutta ja voimakkuutta. Aikaa kului noin 15 minuuttia.

D, disability, tajunnantaso (kohta 3.5). Tajunnantaso käsiteltiin keskustellen ja luennoimalla läpi. Kurssilaiset saivat aluksi kertoa havaintojaan minun tajunnantasostani, minkä jälkeen pohdittiin yhdessä, millainen tajunnantaso on normaali ja millainen vaarallinen. Käytiin läpi AVPU-muistisääntö (alert, verbal, pain, unconscious) tajunnantason arvioimiseksi. Aikaa kului noin 15 minuuttia.

E, expose, paljastaminen (kohta 3.6). Käytiin läpi henkilön tutkiminen RIVALAPSER-muistisäännön (rinta - vatsa - lantio - pää ja niska - selkä - raajat) avulla. Demonstraatiossa apuna oli vapaaehtoinen kurssilainen. Ryhmä osallistui hyvin demonstraatioon ja päätteli tutkimuksen tärkeysjärjestyksen. Koettiin, että ilta oli jo sen verran pitkällä, ja että ryhmä oli osallistunut sen verran hyvin demonstraatioon, ettei heidän tarvinnut enää mennä lattialle ja harjoitella toisillaan. Aikaa kului noin 20 minuuttia.

Kurssin päätteeksi käytiin läpi yhteenveto illasta, ja vuorovaikutteisesti keskusteltiin siitä mikä oli jäänyt mieleen ja minkälaisia kokemuksia illasta jäi käteen. Koulutukseen osallistuvat antoivat runsaasti suoraa suullista palautetta illasta, sekä tulivat kahden kesken sanomaan tai kommentoimaan koulutusta. Moni otti kännykkäkameralla kuvan illan aikana syntyneestä fläppitaulusta, jossa sijaitsivat illan muistiinpanot. Kaikki osallistujat täyttivät lopuksi kyselylomakkeen koulutuksesta.

6 Kyselylomake tutkimuksen mittarina

Opinnäytetyön mittarina, sekä samalla kurssin onnistumisen arvioimisen keinona, käytin hyödyksi kyselylomaketta (liite 1), jonka kurssille osallistujat täyttivät kurssi-illan päätteeksi. Kyselylomakkeen suunnittelu alkaa lomakkeen pituuden ja ulkoasun päättämällä. Halusin kyselylomakkeesta helposti lähestyttävän, eli selkeän ulkoasultaan ja lyhyen pituudeltaan, mikä houkuttaisi vastaamaan kyselyyn ajatuksella ja täyttämään sen alusta loppuun asti. Asettelun tulisi olla helppo lukea, mutta kuitenkin tiivis ja siisti. (Kupias & Koski 2012, 165 - 167.)

Kysymyasattelun tuli olla looginen, ja kysymysten tuli ottaa huomioon vastaajien ominaisuudet. Kyselyyn vastaamisen tuli olla anonyymiä ja kysymysten sellaisia, etteivät ne herättäneet huolta väärinkäyttömahdollisuuksista. Lisäksi täytyi kiinnittää huomiota vastaamisen helppouteen ja ymmärrettävyyteen. (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2010.)

Kyselylomakkeen pituudeksi tuli yksi A4-sivu, ja se sisälsi 5 esitietovaihtoehtoa, 7 väittämää koulutuksesta, 3 väittämää kouluttajan ominaisuuksista, sekä kaksi avointa kysymystä parannusehdotuksista ja vapaasta kommentoinnista. Tutkimus oli siis pääosin määrällinen tutkimus, mutta kaksi viimeistä kohtaa olivat laadullista tutkimusta, jolloin tutkimusta oli myös monimenetelmällinen eli triangulaarinen. (Tilastokeskus 2017.)

Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen perusmuoto on strukturoitujen kysymysten esittäminen satunnaiselle joukolle. Siinä ollaan kiinnostettu erilaisista luokittelusta, syy-seuraussuhteista ja vertailuista. Vastauksista tulee tehdä numeraalinen havaintomatriisi, josta koko aineistoa pystyy tarkastelemaan, ja jonka perusteella analyysi tehdään. Siinä on kriittisiä pisteitä, jonka jälkeen ei pystytä palaamaan tutkimuksen aikaisempiin vaiheisiin. Objektiiivisuus saavutetaan siten, että tutkija ei ryhdy kysymyksen ulkopuoliseen vuorovaikutukseen. Oleellista on aineiston totuudenmukaisuus. (Jyväskylän yliopisto 2015; Tilastokeskus 2017.)

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on usein haastattelu, joka sisältää avoimia kysymyksiä tai teeman. Siinä kohteena on yleensä tarkasti rajatut yksilöt. Laadullisen tutkimuksen tehtävä on maailman käsitteellinen ymmärtäminen ja kohteen ominaisuuksien kokonaisvaltainen ymmärtäminen. Siinä ei ole kriittisiä pisteitä, eikä aineiston totuudenmukaisuudella ole samanlaista arvoa kuin määrällisessä tutkimuksessa. Objektiiivisuuden saavuttamiseksi tutkijan tulee ymmärtää kohdetta ja pyrkiä vuorovaikutukseen tämän kanssa sotkematta mukaan lainkaan omia näkemyksiään, asenteitaan tai arvostuksiaan. (Jyväskylän yliopisto 2015; Tilastokeskus 2017.)

Koska tutkimus tehtiin vain kurssille osallistujille, oli kohderyhmä periaatteessa tarkasti rajattu. Toisaalta kurssille saattoi osallistua kuka tahansa Järvenpään Reserviläinen, Järvenpään Reserviupseerikerholainen tai muutoin MPK:n toiminnassa aktiivisesti mukana oleva henkilö, ja osallistujamäärän suhteen ei kursilla ollut ylärajaa, joten joukko oli periaatteessa melko satunnainen. Koin myös, että suljetut, strukturoidut kysymykset olisivat helpommin lähestyttäviä, kuin sivullinen avoimia kysymyksiä. Halusin tuloksista selkeitä ja keskenään vertailukelpoisia, ja tämä mahdollistui määrällisen tutkimuksen menetelmin.

Laadullisen tutkimuksen menetelmät palvelivat lomakkeen lopussa. Vapaat kysymykset liittyen parannusehdotuksiin ja muuhun kommentointiin tekivät kyselystä eheän kokonaisuuden, kun mahdollisesti kyselyn strukturoiduista, suljetuista kysymyksistä pois jääneen asian saattoi ilmaista vapain sanamuodoin.

7 Opinnäytetyön tulokset

Palautetta koulutuksesta tuli sanallisesti sekä ennen koulutusta, että koulutuksen jälkeen. Koulutuksen jälkeen palautetta tuli myös kirjallisena. Ennen koulutusta saatu palaute koski

koulutuksen aihepiiriä, koulutuksen jälkeen palaute koski lähinnä esiintymistä ja koulutustilaisuutta ylipäänsä. Suullista palautetta antoi noin puolet osallistujista (osallistujia yhteensä 14 henkilöä).

Ennen koulutusta saatu sanallinen palaute oli paitsi kiitosta mielenkiintoisesta aihepiiristä, myös siitä, että Reserviläiset saivat järjestettyä ohjelmaa illaksi. Aihe koettiin mielekkääksi ja se oli houkuttellut uusia kasvoja sekä kauan poissa olleita Reserviläisiä toimintaan mukaan. Etukäteen koettiin, että edellisistä ensiapukoulutuksista on ollut hyvin kauan aikaa, ja järjestetty ilta oli tervetullut kertaus, sekä tilaisuus oppia uutta. Osallistujilta tuli myös tuntemuksia siitä, että vastaavanlaiset iltamat olisivat tervetullut lisää heidän toimintaansa.

Koulutuksen jälkeen palautetta tuli erityisesti esiintymisestäni. Esiintymiseni koettiin luonnollisena ja selkeänä, ja sekä äänenkäytöstä että tilan hallinnasta tuli kiitosta. Iltaa pidettiin kokonaisuutenaan onnistuneena. Ajatus siitä, että toimisin MPK:n toiminnassa jatkossa saman aihepiirin ympärillä, tuntui saadun palautteen perusteella hyvältä.

7.1 Esitiedot

Kyselylomakkeen esitieto-kohta käsitti viisi vaihtoehtoa, joista osallistujien tuli rastittaa itselleen sopivat vaihtoehdot. Halusin painottaa esitiedoissa anonyymiyttä. Tiesin kokemuksesta, että valtaosa vapaaehtoisen maanpuolustuksen kentällä liikkuvista ihmisistä on miehiä, joten kysymyksissä ei tiedusteltu sukupuolta. Ikää en samasta syystä kysynyt, sillä se olisi erottanut erityisesti nuoret tai iäkkäät vastaajat pienestä ryhmästä.

Esitietojen viisi kohtaa olivat:

- E1: Minulla on aiempaa kokemusta MPK:n koulutuksesta
- E2: Minulla on aiempaa kokemusta MPK:n EA-koulutuksesta
- E3: Minulla on aiempaa kokemusta muista EA-koulutuksista (esim. työpaikan EA-koulutus)
- E4: Olen suorittanut SPR:n EA1, 2 tai vastaavan
- E5: Minulla on tutkinto terveydenhuollon alalta

Kävin huolellisesti läpi jokaisen lomakkeen (n=14) ja sijoitin tulokset havaintomatriisiin. Matriisissa vastaajat on merkitty vasemmalle pystyriville tunnistein V1-V14, ja esitietovaihtoehdot ovat ylhäällä vaakatasossa tunnistein E1-E5.

Sarake1	E1	E2	E3	E4	E5
V1	X	X	X	X	
V2	X	X		X	
V3	X		X		
V4	X				
V5	X	X	X	X	
V6	X		X	X	
V7	X		X	X	
V8				X	
V9	X		X	X	
V10	X		X	X	
V11	X	X		X	
V12	X		X	X	
V13		X			
V14	X		X		X
yht		12	5	9	10
				1	

Taulukko 1: Esitiedot.

Taulukon mukaan suurin osa vastaajista (12) omasi aiempaa kokemusta MPK:n koulutuksesta. Valtaosa (10) oli suorittanut Suomen Punaisen Ristin järjestämän EA1, 2 tai vastaavan koulutuksen, ja 9 oli saanut ensiapukoulutusta muualta. Vain 5:llä oli kokemusta MPK:n tarjoamasta ensiapukoulutuksesta. Yhdellä (1) osallistujalla oli tutkinto terveydenhuollon alalta. Tulosten perusteella jokainen kurssille osallistuja kykeni arvioimaan joko tämän ensiapukurssin soveltuvuutta osaksi MPK:n toimintaa, tai onnistumista ensiapukoulutuksena.

7.2 Palautelomakkeen tulokset

Palautelomakkeeseen (liite 1) vastasi 100% koulutukseen osallistuvista. Yhteensä palautevastauksia tuli 14. Kaikki palautteen antajat olivat vastanneet kaikkiin väittämiin. Palautelomakkeessa olleisiin vapaisiin kenttiin oli vastannut yhteensä 6 osallistujaa, 1 parannusehdotuksiin ja 5 vapaaseen kommentointiin.

Koulutuksen onnistumisesta oli 10 väittämää, joihin vastattiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto. Vaihtoehdot olivat 0 ja 1-5, jossa 0 tarkoitti, ettei vastaaja tiennyt tai halunnut vastata kysymykseen, 1 ettei väite pitänyt lainkaan paikkansa ja 5 että väite piti täysin paikkansa.

Väittämät olivat:

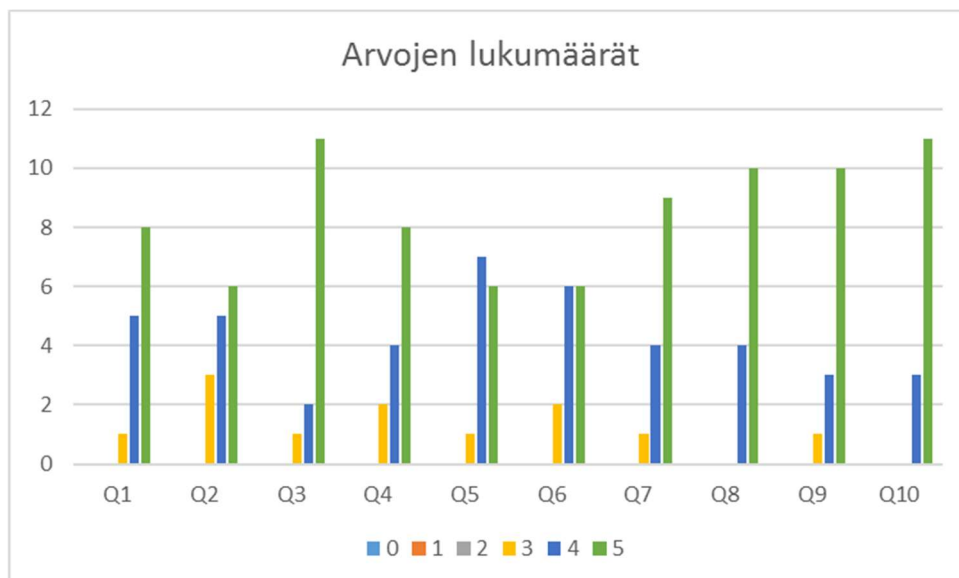
- Q1: Jo olemassa olevat EA-taitoni harjaantuivat.
- Q2: Opin uusia taitoja koulutuksessa.
- Q3: Koin koulutuksessa käsitellyt asiat hyödyllisiksi.

- Q4: Koulutuksen sisältö oli johdonmukainen.
- Q5: Teoria ja käytäntö yhdistyivät koulutuksessa.
- Q6: Käytännön harjoitteita oli riittävästi.
- Q7: Koulutus soveltuu mielestäni MPK:n toimintaan.
- Q8: Kouluttaja suhtautui asiallisesti koulutettaviin.
- Q9: Kouluttaja oli paneutunut aiheeseen riittävästi.
- Q10: Kouluttajan asenne soveltuu MPK:n toimintaan.

Kävin jokaisen vastauspaperin tarkasti läpi, ja sijoitin tulokset havaintomatriisiin yksi kerrallaan. Taulukon ylärivillä näkyvät vastausvaihtoehdot 0 ja 1-5, vasemmalla pystysarakkeessa väittämät Q1-Q10, ja näiden perässä vaakariveillä kunkin väittämän vastausten lukumäärä. Esimerkiksi väittämälle 1 (Q1) 0 vastaajaa oli antanut arvion 0, 1 tai 2, 1 vastaaja oli antanut arvion 3, 5 vastaajaa arvion 4 ja 8 vastaajaa arvion 5. Lopuksi näkyy summa 14, eli yhteensä vastauksia oli väittämään Q1 14 kpl eli 100% vastaajista oli vastannut väittämään.

Sarake1	0	1	2	3	4	5	Summa
Q1	0	0	0	0	1	5	8
Q2	0	0	0	0	3	5	6
Q3	0	0	0	0	1	2	11
Q4	0	0	0	0	2	4	8
Q5	0	0	0	0	1	7	6
Q6	0	0	0	0	2	6	6
Q7	0	0	0	0	1	4	9
Q8	0	0	0	0	0	4	10
Q9	0	0	0	0	1	3	10
Q10	0	0	0	0	0	3	11

Taulukko 2: Väittämien arviovaihtoehtojen lukumäärät (kpl)



Kuvio 5: Väittämien arviot vaihtoehtojen lukumäärät (kpl)

Jos koko kurssia koskevien väittämien arviointeja asteikolla 1-5 ajateltaisiin kouluarvosanoina, ne vaihtelivat vastaajien keskuudessa yhden desimaalin tarkkuudella arvosanasta 3,5 arvosanaan 5, arvosanojen keskiarvon ollessa 4,5. Taulukossa 3 vastaajat on merkitty vasemmalle V1-V14, järjestys on kuitenkin sekoitettu taulukkaan 1 nähden nimettömyyden varmistamiseksi. Väittämät Q1-Q10 ovat samat kuin taulukossa 2.

Sarake1	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Keskiarvo
V1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
V2	4	4	5	5	4	4	4	5	5	5	4,5
V3	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4,8
V4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4,9
V5	4	3	3	3	4	3	3	4	4	4	3,5
V6	4	4	5	4	4	4	4	5	4	5	4,3
V7	5	3	5	4	4	5	5	5	5	5	4,6
V8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
V9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
V10	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4,8
V11	3	4	4	3	3	3	4	4	3	4	3,5
V12	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	4,7
V13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
V14	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4,7
Keskiarvo	4,5	4,2	4,7	4,4	4,4	4,3	4,6	4,7	4,6	4,8	

Taulukko 3: Vastaajien arviot ja keskiarvot

Kun vastausvaihtoehdoissa 1 tarkoitti, ettei väittämä (joka lähtökohtaisesti oli positiivinen) pidä lainkaan paikkansa ja 5 että väittämä piti täysin paikkansa, se, ettei vastausvaihtoehtoja 1 tai 2 esiintynyt tuloksissa tarkoittaa, että kaikki saatu palaute oli joko neutraalia tai positiivista.

Väittämät Q1 - Q7 käsittelivät koulutuksen sisältöä ja koulutukseen osallistuvien koulutuskokemusta. Eniten hajontaa tuottivat väittämät Q2, Q5 ja Q6. Nämä koskivat uusien taitojen oppimista, teorian ja käytännön yhdistymistä, sekä käytännön harjoitteiden riittävyyttä. Yksimielisimmät vastaukset sai Q3, eli kokemusta koulutuksen asioiden hyödyllisyydestä. Jos vastausvaihtoehdot muuttaa kouluarvosanoiksi, saivat eniten hajontaa tuottavat väittämät myös alimmat keskiarvot, 4,2 - 4,4, kun taas yksimielisimmät vastaukset kerännyt Q3 sai korkeimman arvosanan, 4,7.

Tuloksista voi ajatella, että jos henkilö on jo saanut runsaasti ensiapukoulutusta aiemmin, ei kurssi välttämättä tarjonnut hänelle uusia oppeja. Käytännön harjoitteita olisi saanut olla tulosten perusteella jonkin verran enemmän. Tällöin luultavasti myös olisi jäänyt vähemmän teoriaa ilman käytännön harjoitteita.

Väittämät Q8 - Q10 käsittelivät taitojani kouluttajana. Väittämät Q8 ja Q10 saivat pelkästään positiivista palautetta, ja väittämä Q9 13 positiivista ja 1 neutraalin tuloksen. Q8 ja Q10 arvosanat olivat 4,7 ja 4,8, Q9 4,6. Oma asenteeni ja suhtautumiseni koulutettaviin koettiin hyvänä ja MPK:n toimintaan soveltuvina, aiheeseen olisin voinut mahdollisesti paneutua lisää.

Avoimia kysymyksiä oli kaksi. Toisessa sai antaa kehitysehdotuksia, ja toisessa sai esimerkiksi antaa ilmi asioita, joita ei kyselyssä muutoin tullut esille.

Parannusehdotuksia (1kpl):

- Käytännön tehtäviä lisää.

Vapaa kommentointi (5 kpl):

- Luonteva esiintyminen, hyvä äänenkäyttö, hyvä ammattitaito.
- Hyvä kouluttaja!
- Tämä oli etuoikeutettujen tilaisuus! Kiitos selkeästä ja hyvästä opetuksesta.
- Erittäin hyvä osaava kouluttaja.
- Hyvä oli!

Avoimista kysymyksistä saa sen päätelmän, että koulutuksesta pidettiin, mutta käytännön tehtäviä olisi voinut olla enemmän. Sain kouluttajana hyvää palautetta sekä esiintymisestääni, että kurssin sisällöstä.

8 Pohdinta

Itse opinnäytetyöprosessi onnistui kokonaisuudessaan hyvin. Prosessi venyi aikataulullisesti liian pitkäksi, mikä johtui osin pitkistä työ- ja harjoittelujaksoista, sekä koulun loppua kohden enemmän aikaa ja energiaa vievistä opinnoista, joiden aikana työtä oli miltei mahdoton viedä eteenpäin. Osansa oli myös motivaation puutteella, sillä vaikka aihe olikin minulle lähellä sydäntä ja halu saattaa prosessia eteenpäin suuri, eivät harvat vapaapäivät houkuttelleet kirjojen tai tietokoneen ääreen niin usein kuin olisi voinut toivoa.

Päänvaivaa tuotti osaltaan myös kurssin sisällön rajaaminen. Alusta asti oli selkeä visio ammentaa kurssin teoreettiseen viitekehykseen elementtejä taisteluensivusta, ensihoidossa käytetystä potilaan tilan systemaattisen arvioinnin työkalusta, sekä perinteisistä ensiapukoulutuksista. Mitä enemmän teoriaa kuitenkin kirjoitti, sen epämääräisemmältä tuntui se skenaario, mihin kuvittelin ensiapukurssin kohdentuvan. Jouduin jatkuvasti pohtimaan, miksi valitsin tämän, tai miksi en valinnut tuota ensiapumenetelmää.

Lopulta rajanveto tuli siihen ajatukseen, että viitekehykseen pääsevät ensiapumenetelmät tulisi pystyä toteuttamaan ilman kunnollisia ensiapuvälineitä, eli olisivat hätäensivun metodeja. Niiden tarkoitus ei kuitenkaan olisi korvata hätäkeskukseen soittamista ja ammattiavun paikalle hankkimista vaan päinvastoin, mahdollisesti turvata apua tarvitsevan peruselintoinnot, mikäli apua ei välittömästi olisi saatavilla. Tällaisia paikkoja on sattunut itselleni usein MPK:n toiminnassa, kun toiminta on tapahtunut alueilla, jonne autolla ei pääse, jossa GPS-laitteet eivät toimi ja puhelin ei löydä kenttää. Lopputuloksena on melko eheä ja johdonmukainen paketti, joka noudattaa cABCDE-metodia, mutta ei sisällä kajoavia toimenpiteitä, jotka vaatisivat erityislupia tai erityisiä apuvälineitä.

Koko opinnäytetyöprosessi tuntui välillä valtavan rankalta suorittaa yksin. Etenkin pitkää tekstiä kirjoittaessa olisi toivonut jonkun jatkuvasti keskustelukumppaniksi ja avuksi päätöksenteossa. Loppuvaiheessa huomasin jo sokeutuvani omalle tekstilleni. Onneksi lähipiiristäni löytyi ihmisiä, jotka tarvittaessa tsemppasivat, vaihtoivat ajatuksia tai vain kuuntelivat, jotta saatoin itse ääneen asiat sanottuani keksiä ratkaisut ongelmiin. Erityiskiitos kuuluu isälleni, jolla on kokemusta kouluttajana toimimisesta, ja joka on ollut pitkään mukana MPK:n toiminnassa. Vaikka ongelmien itsenäinen ratkaiseminen olikin mieltä ylentävää, en voisi suositella kenellekään vastaavan työn tekemistä yksin.

Tämä opinnäytetyö pyrittiin tekemään Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014). Yksi eettisyyttä heikentävä tekijä oli kurssin teoreettisen tietoperustan kirjoittamisessa teksteihin viittaaminen. Asiat oli esitetty lähteissä jo hyvin napakasti, enkä halunnut jaaritella ja kierrellä sellaisia asioita selittäessäni, jotka käsittelevät henkeä pelastavaa ensiapua. Pyrin läpi työn olemaan tarkka lähteiden merkitsemisestä, sekä asioiden kertomisesta omin sanoin. Itse olen tulokseen tyytyväinen ja voin ajatella omatuntoni olevan sen suhteen puhdas.

8.1 Koulutustilaisuuden tulokset

Kun itse lähdin lopulta itse ”testikurssia” suunnittelemaan, tapahtui se melko nopealla aikataululla. Koska en voinut odottaa keväeseen tai ensi syksyyn, jotta olisin voinut järjestää kurssin osana MPK:n koulutustarjontaa, tarjosin kurssia Järvenpään Reserviläisille. Alun perin olin pohtinut mahdollisesti useamman tunnin pituista lauantai- tai sunnuntaipäivää, mutta kun minulle ehdotettiin tiistai-iltaa, joka oli Järvenpään Reserviläisten oikea kerhoilta, sopi se enemmän kuin paremmin. Jouduin vain hieman karsimaan koulutuksen sisältöä aikataulusyistä riippuen, mutta se piti kokonaisuuden napakkana ja sopivan pienenä, jotta sitä olisi helppo hallita.

Kurssille oli ilmoittautunut etukäteen 10 henkeä, mutta siihen osallistui lopulta 14 henkeä, joka oli enemmän kuin olin uskaltanut odottaa. Väkeä oli niin Järvenpään Reserviläisistä kuin Järvenpään Reserviupseerikerhostakin. Kaikista suurin positiivinen vaikutus kurssilla niin omasta kuin Järvenpään Reserviläistenkin puolesta oli se, että iltaan ilmestyi henkilöitä, joilla oli ollut taukoa useampi vuosi yhdistyksen toiminnasta. Paikalle saapui myös henkilö, joka ei ollut koskaan aiemmin osallistunut yhdistyksen toimintaan, mutta joka oli kiinnostunut kurssin mainoksesta ja päätti sen perusteella tulla ensikertaa paikalle.

Kurssille osallistujat lähtivät hyvin mukaan koulutukseen, kyselivät aktiivisesti ja vastailivat esitettyihin kysymyksiin. Osasyynsä osallistujien aktiivisuuteen saattoi olla myös siinä, että osa osallistujista oli vanhoja tuttuja, jotka selkeästi toivoivat tilaisuuden onnistumista. Eri-tyisiä, suunniteltuja taukoja ei tarvittu, sillä harjoitteet rikkoivat mukavasti paikoillaan istumista.

Suunnittelemani kyselylomake palveli tarkoituksessaan, sillä jokainen iltaan osallistunut vastasi kyselyihin, ja jokainen paperi oli huolellisesti täytetty. Vastauksia voi pitää luotettavina, sillä lomakkeeseen vastaaminen käytiin ensin yhdessä läpi, minkä lisäksi vastausohjeet lukivat paperissa. Luotettavuutta heikentävä tekijä oli se seikka, että väittämät olivat lähtökohtaisesti positiivisia (esim. käytännön harjoitteita oli riittävästi), joilla saattoi olla alitajuinen vai-

kutus vastaajien subjektiiviseen kokemukseen. Lisäksi tunsin henkilökohtaisesti osan vastaajista, ja saattoi olla, että osa heistä halusi ajatella rakentamastani kurssista pelkästään hyvää. Tulokset käsiteltiin kuitenkin anonymisti.

Palautekyselyn perusteella kurssi onnistui hyvin, ja varsinaista palautetta tuli lähinnä käytännön harjoitteiden vähäisyydestä. Käytännön harjoitteiden riittävyys nousi itsellenikin pohdinnan aiheeksi iltaa suunnitellessani. Siihen täytyy kiinnittää enemmän huomiota jatkossa, ja tarvittaessa lisätä ensiapumenetelmiä, sekä case-harjoituksia, jotka jäivät nyt aikarajoitteiden takia tekemättä. Matalampia arvioita saivat myös väittämät jo olemassa olevien ensiaputaitojen kehittymisestä ja uusien taitojen oppimisesta. Nämä väittämät taas korreloivat hyvin esitietojen kanssa, jossa kaikki osallistujat ilmoittivat omaavansa jo ennestään jonkintasoisia ensiaputaitoja.

Koulutustilaisuuteen osallistuneiden oppimistavoitteita ei palautekysely varsinaisesti mitannut, mutta suusanallisen palautteen mukaan kokonaisuus koettiin mielekkääksi, joten sen turvin voi päätellä ajatusten jääneen ainakin osan kurssilaisen mieliin pyörimään. Lähes kaikki osallistujat myös ottivat kännykkäkameralla kuvan koulutustilaisuuden fläppitaulusta ja muistiinpanoista. Kyselylomakkeen mukaan moni koki oppineensa uusia taitoja illan aikana. Kuinka hyvin, se jää tulevaisuuteen nähtäväksi.

Erityisen paljon itseäni yllätti se, miten henkilökohtaiseksi työ tuli, sekä miten paljon kurssin suunnittelu, yhteistyökumppanin kanssa toimiminen ja lopulta kouluttajana toimiminen antoivat minulle. Koen vastuuntuntoni kasvaneen, ja olen saanut runsaasti positiivisia kokemuksia haasteiden kohtaamisesta ja niiden ylittämisestä. Ylivoimaisesti eniten yllättivät kouluttajataitoni, mitkä saivatkin kiitosta, sekä sanallisesti että kirjallisesti. Erityisesti mieltä lämmitti minulle kouluttajataitoja opettaneen kouluttajan palaute, jolloin saatoin palata vuosien takaiseen koulutukseen ja vain ihmetellä sitä, miten pitkälle olen jo päässyt. Prosessi on kasvattanut itsetuntoani ja tietouttani omista valmiuksistani, heikkouksistani ja vahvuksistani, joka varmasti heijastui illan tilaisuuteen. Jotain jäi sanomatta, eivätkä opetustilanteet sujuneet aivan samalla tavalla kuin olin ennakkoon ajatellut, mutta koin oloni yleisön edessä itsevarmaksi ja ammattitaitoiseksi.

8.2 Jatkokehitys

Palautteen perusteella tavoite MPK:n toimintaan soveltuvasta ensiapukoulutuksesta toteutui. Omasta mielestäni sitä tulee vielä miettiä ja kehittää, jotta siitä tulee mahdollisimman eheä ja toiminnallinen kokonaisuus kun se aikanaan nähdään osana MPK:n koulutustarjontaa. ”Testikurssi” kesti tällä suunnitelmalla myös vain 2,5 h, joka ei riitä itsenäisen kurssin kestoksi, vaikka siihen lisäisikin nyt pois jätetyn elvytyksen. Myös ohjatumpi käytännön harjoittelu voisi

tuoda lisää kestoja koulutukseen. Tällä hetkellä koulutus toimisi ehdottomasti parhaiten toisen kurssin osana.

Koulutus kuitenkin osoitti jo positiivisen vaikutuksensa Järvenpään Reserviläisten kerhoillan osallistujamäärään. Tämä opinnäytetyö tulee palvelemaan yhdistystä vielä lehtiartikkelilla ja yhtenä uutena tapahtumana vuoden tapahtumakertomuksessa. Koulutuksen ennen kokematon sisältö herätti myös ajatuksia toiminnan kehittämistä vastaavanlaisilla iltamilla.

MPK:ssa on tapahtunut valtavia rakennemuutoksia opinnäytetyöprosessin alkuvaiheisiin verrattuna, ja toiminnan odotetaan elpyvän. Koulutustarjonnasta kolmannes tulee jatkossa olemaan varautumis- ja turvallisuuskoulutusta (MPK 2016), eli tämän opinnäytetyön kaltaista toimintaa. MPK alleviivaa nyt myös erityisesti nuorten ja naisten mahdollisuuksia osallistua vapaaehtoiseen maanpuolustukseen, ja tavoitteena on saada heitä aktivoitua mukaan toimintaan. Tämä sopisi minulle nuorena naisena oikein hyvin.

Lähteet

Painetut lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. 1.-3. painos. Sanoma Pro Oy: Helsinki.

And, R., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2013. Hätäensiapu. Otavan Kirjapaino Oy: Keuruu.

Aro, H., Böstman, O., Kröger, H., Lassus, J. & Salo, J. 2010. Traumatologia. 7. täysin uudistettu painos. Kandidaattikustannus Oy: Helsinki.

Bjälje, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastaad, Ø. & Toverud, K. 2012. Ihminen fysiologia ja anatomia. 8.-9. uudistettu painos. Sanoma Pro Oy: Helsinki.

Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. 4. korjattu painos. Otavan kirjapaino Oy: Keuruu.

Holmström, P., Kuisma, M. & Porthan, K. 2008. Ensihoito. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Henttonen, T., Rautava-Nurmi, H., Ojala, M., Vuorinen, A. & Vuorinen, S. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1.-2. painos. Sanoma Pro Oy: Helsinki.

Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Ensiapu. Suomen Punainen Risti: Helsinki.

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

MPK, Maanpuolustuskoulutusyhdistys. 2011. Kouluttajan käsikirja. 2. uudistettu painos. MPK: Helsinki.

Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junntila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä, R. 2013. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki.

Rautava-Nurmi, H., Sjövall, S., Vaula, E., Vuorisalo, S. & Westergård, A. 2010. Neste- ja ravitsemushoito. WSOYpro Oy: Helsinki.

Tiilikka, J. 2009. Taisteluensiapu. Kaupunkitaistelija. Books on Demand GmbH: Norderstedt, Saksa.

Sähköiset lähteet

American Institute for Preventive Medicine. 2017. Emergency & First Aid: The Recovery Position. Viitattu 24.1.2017. http://www.healthy.net/Health/Article/First_Aid_Recovery_Position/8147

Aspegren, M. 2015. Introvertti, ekstrovertti, ambivertti? Viitattu 15.3.2017. <https://johtamispsykologi.wordpress.com/2015/06/14/introvertti-ekstrovertti-ambivertti/>

Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Hengityksen, verenkierron ja tajunnan häiriöt. Ensiapuopas. Viitattu 19.1.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_ar-tikkeli=spr00005

Eerola, S., Korhonen, V., Lairio, M. & Nummenmaa, A. R. 2005. Ohjaus yliopiston oppimisympäristössä. Viitattu 20.3.2017. http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/68176/ryh-massa_ja_yhdessa_2005.pdf?sequence=1

Feyling, A., Hyldmo, P., Magnusson, V., Rognås, L., Sandberg, M., Søreide, E. & Vist, G. 2015. Is the supine position associated with loss of airway in unconscious trauma patients? A systematic review and meta-analysis. Viitattu 19.1.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4486423/>

Hartikainen, J. 2014. Äkillinen hengenahdistus. Sydänsairaudet. Viitattu 25.1.2017. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00093

Jamk.fi. 2017. Kirjallisuuskatsaukset. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Viitattu 21.3.2017. <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/>

Jyväskylän yliopisto. 2015. Määrällinen tutkimus. Viitattu 22.3.2017. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>

Kauppinen, A. 2014. Vierasesine hengitysteissä. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 17.1.2017. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00608&p_haku=hengitysteiden%20avaaminen

Kuisma, M. 2008. Ilmatie-este aikuisella. Kuvatietokanta. Viitattu 17.1.2017. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00404&p_haku=hengitysteiden%20avaaminen

Kuisma, M. 2016. Kannattaako maallikon elvyttää? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 20.1.2017. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo12981&p_haku=maallikko%20elvytys

Käypä hoito. 2016. Elvytys. Viitattu 19.1.2017. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00404&p_haku=hengitysteiden%20avaaminen

Lassila, R. 2015. Akuutin verenvuodon hoitoperiaatteita. Akuuttihoito-opas. Viitattu 15.9.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/avaa?p_artikkeli=aho01816&p_haku=kriittinen%20verenvuoto

Lund, V. & Valli, J. 2016. Vaikeasti vammautuneen potilaan yleiset ensihoitoperiaatteet (ht). Ensihoito-opas. Viitattu 15.9.2016. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=eho00127&p_haku=cabcde

Lyyra, M. 2016. Ensihoito tapahtumapaikalla. Lääkärin käsikirja. Viitattu 17.1.2017. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00404&p_haku=hengitysteiden%20avaaminen

MPK. 2016. Mikä on MPK? Viitattu 25.7.2016. <http://mpk.fi/Default.aspx?tabid=353>

Mustakallio, A. 2012. Avaa tästä - koeteltuja neuvoja aloittavalle kouluttajalle. Hyvejohtajuus.fi. Viitattu 28.1.2017. <http://www.hyvejohtajuus.fi/8997/avaa-tasta-koeteltuja-neuvoja-aloittavalle-kouluttajalle/>

Oksanen, T. & Tolonen, J. 2015. Peruselintoimintojen arvioiminen, ABCD. Akuuttihoito-opas. Viitattu 20.12.2016. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti>

Sihvo, E. 2015. Ilmarinnan diagnostiikka. Akuuttihoito-opas. Viitattu 22.1.2017. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho00350&p_haku=kylkiluumurtuma

Silfast, T. 2016. Vierasesine hengitysteissä. Akuuttihoito-opas. Viitattu 17.1.2017. <http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti>

Tilastokeskus. 2017. Tilastollinen tiedonkeruu. Viitattu 24.1.2017.
<https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/>

Tutkimuseettinen tiedekunta. 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 22.3.2017.
<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Viitattu 22.3.2017.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

Kuviot

Kuvio 1: Hengitysteiden avaaminen	11
kuvio 2: Kylkiasento	13
Kuvio 3: Kaularankaa tukeva kylkiasento	13
Kuvio 4: Defibrillaattorin elektrodien sijoittelu.....	15
Kuvio 5: Väittämien arviovaihtoehtojen lukumäärät (kpl)	32

Taulukot

Taulukko 1: Esitiedot.....	30
Taulukko 2: Väittämien arviovaihtoehtojen lukumäärät (kpl).....	31
Taulukko 3: Vastaajien arviot ja keskiarvot.....	32

Liitteet

Liite 1: Palautekysely	44
------------------------------	----

Liite 1: Palautekysely

Palautekysely opinnäytetyönä tehdystä ensiapukoulutuksesta

Kysely käsitellään nimettömänä ja hävitetään käsittelyn jälkeen. Tuloksia hyödynnetään opinnäytetyön arvioinnissa ja raportoinnissa.

Rastita sopivat vaihtoehdot.

Minulla on aiempaa kokemusta...

MPK:n koulutuksesta: _____ MPK:n EA-koulutuksesta: _____

Muista EA-koulutuksista (esim. työpaikan EA-koulutus): _____

Olen suorittanut SPR:n EA1, 2 tai vastaavan: _____ Minulla on tutkinto terveydenhuollon alalta: _____

Vastaa väittämiin ympyröimällä mielestäsi sopivin vaihtoehto.

0 = En tiedä/en halua sanoa, 1= Ei pidä lainkaan paikkaansa, 5 = Pitää täysin paikkansa

Jo olemassa olevat EA-taitoni harjaantuivat.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Opin uusia taitoja koulutuksessa.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Koin koulutuksessa käsitellyt asiat hyödyllisiksi.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Koulutuksen sisältö oli johdonmukainen.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Teoria ja käytäntö yhdistyivät koulutuksessa.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Käytännön harjoitteita oli riittävästi.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Koulutus soveltuu mielestäni MPK:n toimintaan.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Kouluttaja suhtautui asiallisesti koulutettaviin	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Kouluttaja oli paneutunut aiheeseen riittävästi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Kouluttajan asenne soveltuu MPK:n toimintaan	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Parannusehdotuksia:

Vapaa kommentointi:

Kiitoksia palautteesta ja osallistumisesta koulutukseen!