

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Ensihoidon koulutusohjelma ja hoitotyön koulutusohjelma

Anna Litmanen

Titta Litmanen

VAUHTIA JA VAARALLISIA TILANTEITA - ENSIAPUKOULUTUKSEN JA -
OPPAAN KEHITTÄMINEN IITIN PÄIVÄHOIDOLLE

Opinnäytetyö 2015

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Ensihoidon koulutusohjelma & Hoitotyön koulutusohjelma

LITMANEN, TITTA

LITMANEN, ANNA

Vauhtia ja vaarallisia tilanteita -ensiapukoulutuksen ja –
oppaan kehittäminen Iitin päivähoidolle

Opinnäytetyö

114 sivua + 25 liitesivua

Työn ohjaaja

Lehtori Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen

Toimeksiantaja

Iitin kunta, sivistystoimi,

päiväkodin johtaja Erika Räikkönen

Helmikuu 2015

Avainsanat

ensiapu, lapsi, päivähoito

Tämä opinnäytetyö käsittelee lasten ensiapuun kohdentuneen ensiapukoulutuksen ja -oppaan suunnittelua Iitin päivähoidolle. Työn tavoitteena oli kehittää Iitin päivähoidon henkilökunnan ensiaputaitoja, luoda henkilökunnalle toimintamalleja lasten tapaturma- ja sairaustapausten varalle sekä kehittää turvallisuusnäkömyksiä ennaltaehkäisevästä näkökulmasta. Alle 7-vuotiaiden lasten yleisimpiä tapaturmia ovat muun muassa kaatumiset, putoamiset ja elottoman ympäristön aiheuttamat mekaaniset vammat. Tapaturmaisten kuolemien kolme yleisintä syytä saman ikäisillä on hukkuminen, tukehtuminen ja liikenne. Päivähoidossa tapahtuvat tapaturmat ovat pääasiassa kaatumisia ja putoamisia. Opinnäytetyön suunnittelun takana oli ajatus tapaturmien vaikutuksesta kansanterveydelle ja maallikkoensiapun tärkeys hoitoketjulle.

Koulutusta ja opasta varten tutustuttiin lasten yleisimpiin tapaturmiin ja sairaskohtauksiin tutkitun tiedon pohjalta ja lisäksi toteutettiin päiväkodin henkilökunnalle kysely, jossa kartoitimme heidän kokemuksiaan lasten tapaturmista. Kysely toimi myös osana opinnäytetyön toteutukseen käytettyä asiakasanalyysiä.

Koulutus järjestettiin kolmena iltana neljän tunnin mittaisena tilaisuutena marraskuussa 2014. Koulutukseen osallistui 22 Iitin päivähoidon työntekijää, jotka olivat jakautuneet tasaisesti ryhmiin. Koulutuksessa käytettyjä opetusmenetelmiä olivat aktivoiva luento, case-opetus ja reflektio. Koulutuksen tavoitteet toteutuivat: henkilökunta oli kokenut kehitystä omissa ensiaputaidoissaan koulutuksessa käsitellyissä aiheissa. Tammikuussa 2015 luovutettiin lasten ensiapua käsittelevä opas päivähoidolle. Ensiapuoppaassa kerrataan koulutuksessa käytyjä aiheita ja lisäksi siinä esitellään toimintamalleja lasten ensiapua vaativiin tilanteisiin, joita ei koulutuksessa käsitelty.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Emergency Care & Nursing and Health Care

LITMANEN, TITTA

LITMANEN, ANNA

Vauhtia ja vaarallisia tilanteita – the First Aid Training and the Guidebook for the Municipality of Iitti

Bachelor's Thesis

114 pages + 25 pages of appendices

Supervisor

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Principal Lecturer

Commissioned by

Municipality of Iitti, Educational Administration

February 2015

Keywords

first aid, child, day-care

The purpose of this Bachelor's thesis was to organize first aid training and to create a first aid guidebook for the day-care centre in the Municipality of Iitti. The main targets were to improve the first aid skills of the day-care workers, to create operation models in case of children's accidents and seizures and to expand the safety views of the day-care workers. The most common accidents for children under 7-year-old are the fall and mechanical force of inorganic environment. Drowning, suffocation and traffic are the main causes for accidental deaths to children under seven years. The accidents in the day-care are mostly falls. The significance of a basic first aid for a treatment chain and the effects of accidents on public health in Finland were the thoughts behind this project.

Children's most common types of accidents and seizures affected the contents of the training and the guidebook. A survey for the staff of the day-care about children's accidents also affected the content of the training and the guidebook. The survey was also a part of the customer analysis.

The first aid trainings were carried out at three evenings in November 2014. Each training session took four hours. The staff of the day-care was grouped evenly in three groups. The combined number of participants in the trainings was 22 people. An activating lecture, case-method and reflection-method were the educational methods used in the training. The targets that had been set realized in the training. The staff experienced improvement in the first aid skills in the subjects which were discussed in the training. The day-care was presented with the guidebook, which focused on the first aid of children in the January 2015. The first aid guidebook includes the subjects discussed in the training. It also presents the operation models to the first aid situations concerning children which were not presented in the training.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
2	OPINNÄYTETYÖN ETENEMINEN	9
3	TAPATURMIEN JA SAIRAUSTAPAUSTEN ENNALTAEHKÄISY JA NIIHIN VARAUTUMINEN PÄIVÄHOIDOSSA	13
3.1	Laki päivähoidosta ohjaa päivähoidon toimintaa	13
3.2	Turvallisuuskasvatus ja henkilökunnan turvallisuusosaaminen päivähoidossa	15
3.3	Päivähoitoikäisten lasten tapaturmat Suomessa	16
3.4	Tapaturmiin varautuminen Iitin päiväkodeissa	17
4	VARHAISLAPSUUDEN KEHITYS JA TAPATURMIEN EHKÄISY	18
4.1	Imeväisikäisen kehitys ja tapaturmien ehkäisy	19
4.2	Varhaisleikki-ikäisen kehitys ja tapaturmien ehkäisy	21
4.3	Myöhäisleikki-ikäisen kehitys ja tapaturmien ehkäisy	24
5	LASTEN ANATOMISET JA FYSIOLOGISET ERITYISPIIRTEET	27
6	LASTEN SAIRAUSKOHTAUKSET, TAPATURMAT JA NIIDEN ENSIAPU	29
6.1	Ensiaputilanteiden valinta	29
6.1.1	Astma	31
6.1.2	Allergiat ja anafylaktinen reaktio	32
6.1.3	Kouristelu	33
6.1.3.1	Lapsuusiän epilepsia	35
6.1.3.2	Kuumekouristelu	36
6.1.4	Diabetes	36
6.1.5	Aivotärähdys	38
6.1.6	Hengitysteiden vierasesine	39
6.1.7	Haavat	41
6.1.8	Murtumat	43
6.1.9	Hukkuminen	45

6.1.10 Myrkytykset	47
6.1.11 Sähköisku	48
6.1.12 Venähdykset ja nilkan nyrjähdys	49
6.1.13 Palovammat	50
6.1.14 Tajuttomuus	52
6.1.15 Sydänpysähdys ja elvytys	53
6.1.16 Kyyn purema	54
6.1.17 Hyönteisten pistot	55
6.1.18 Sokki	56
6.1.19 Nenäverenvuoto	58
7 KYSELY IITIN PÄIVÄKOTIEN HENKILÖKUNNALLE	58
7.1 Tavoitteet	58
7.2 Kyselylomakkeen laadinta	59
7.3 Toteutus	60
7.4 Tulokset	60
8 OPPIMIS- JA OPETUSPROSESSI	65
8.1 Oppimisprosessi	66
8.2 Oppimistyylit	67
8.3 Aikuisiällä oppiminen	67
8.4 Motivaation vaikutus oppimiseen	68
8.5 Opetusprosessi	69
8.6 Aktivoiva luento	70
8.7 Case-opetus	71
8.8 Reflektio	72
9 ENSIAPUKOULUTUS	73
9.1 Ensiapukoulutuksen tavoitteet ja sisältö	74
9.2 Opetusmenetelmien valinta	76
9.3 Koulutuksen toteutuminen	77
9.4 Oppimisen ja opetuksen arviointi	81
9.5 Koulutuksen arviointi	84
10 ENSIAPUOPAS IITIN PÄIVÄHOIDOLLE	87
10.1 Oppaan sisällön toteutus	87

10.2 Oppaan ulkoasu	90
11 POHDINTA	92
11.1 Tavoitteet ja aihe valinta	92
11.2 Luotettavuus	94
11.3 Opinnäytetyöprosessin haasteita ja kehittämiskohteita	95
11.4 Opinnäytetyön aikana syntyneitä kehittämisideoita	96
12 LÄHTEET	98
LIITTEET	
Liite 1. Kysely Iitin päivähoidon henkilökunnalle	
Liite 2. Saatekirje kyselylle	
Liite 3. Ensiapukoulutuksen toteutussuunnitelma	
Liite 4. Koulutuksen ajankäyttösuunnitelma	
Liite 5. Opetustilanteen toteuttamiskaavio	
Liite 6. Koulutuksen sisällön hallinnan arviointilomake	
Liite 7. Koulutuspalautelomake	
Liite 8. Esimerkkejä koulutuksessa käytetyistä dioista	
Liite 9. Case-tapausten esimerkkejä	
Liite 10. Esimerkkejä ensiapuoppaan sisällöstä	

1 TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli päivittää Iitin päivähoidon henkilökunnan ensiaputaitoja, luoda henkilökunnalle toimintamalleja lasten tapaturma- ja sairaustapausten varalle sekä kehittää turvallisuusnäkemyksiä ennaltaehkäisevästä näkökulmasta. Idea opinnäytetyöhön syntyi Iitin päivähoidon kiinnostuksesta opinnäytetyönä järjestettävään ensiapukoulutukseen.

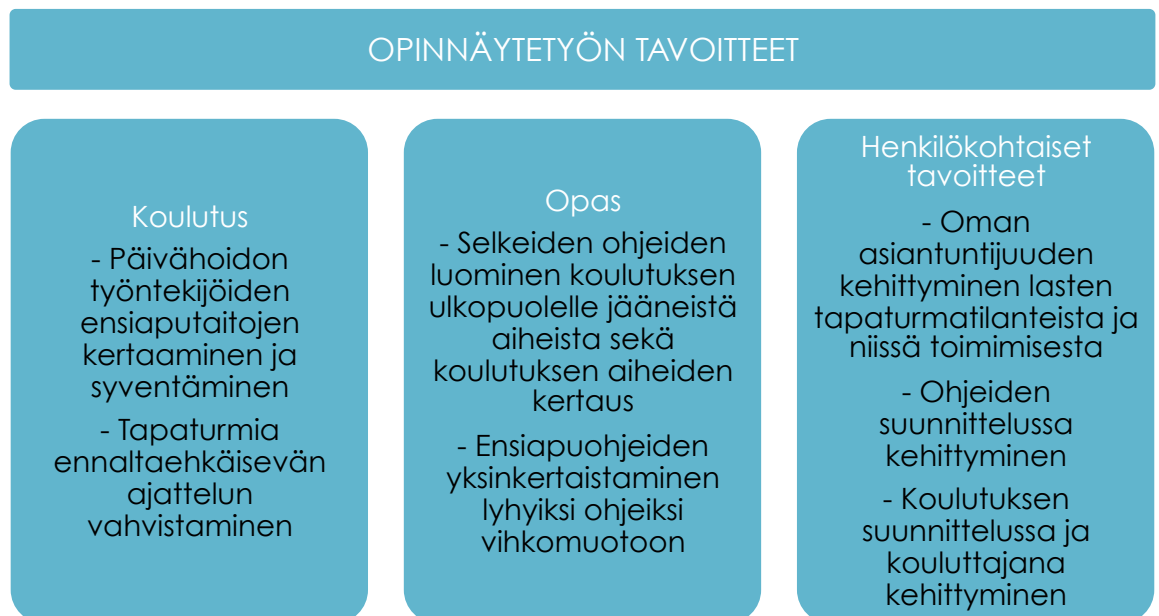
Opinnäytetyöhön osallistuivat Iitin päivähoidon yksiköistä Vaahtera, Metsämyyrä ja Peltohiiri, jotka sijaitsevat Iitin kuntakeskuksessa Kausalassa. Päivähoitoyksiköiden henkilökuntaan kuuluu lastentarhanopettajia, lastenhoitajia, päiväkotityöntekijöitä, ryhmänavustajia sekä laitoshuoltajia. Metsämyyrän päiväkodissa on 69 hoitolasta. Lapset Metsämyyrässä on jaettu neljään ryhmään: Punatulkut on ryhmä 2—3-vuotiaille, Kurjenmiekat on ryhmä 4—5-vuotiaille, Saukot ja Tervalepät ovat esiopetus- ja päivähoitoryhmiä. Peltohiiren päiväkodissa hoitolapsia on 22. Lapset on jaettu kahteen ryhmään: esiopetusryhmä Heinähatut ja 3—5-vuotiaiden ryhmä Vilttitossut. Vaahtera on Iitin ainoa vuoropäiväkoti. Vaahterassa on hoitolapsia 27 ja lasten ikäkauma vaihtelee yhdeksän kuukauden ikäisestä esikouluikäiseen.

Iitin päiväkodin johtajan Erika Räikkösen mukaan ensiapukoulutukselle oli tarvetta, koska henkilökunta koostuu erilaisia sosiaali- ja terveysalan tutkintoja suorittaneista henkilöistä, joten ensiapuun liittyvät taidot ovat myös eritasoisia. Henkilökunnan koulutustaustaa selvitimme osana opinnäytetyötä kyselylomakkeella. Kyselyn vastausten perusteella henkilökuntaan kuuluu lastentarhanopettajan, lastenhoitajan, sosionomin (AMK), lähihoitajan, lastenohjaajan ja parturi-kampaajan koulutuksen saaneita henkilöitä. Räikkösen mukaan Iitin päiväkodeissa sattuu tapaturmatilanteita viikoittain, ja aika ajoin sellaisia, että lapsi joudutaan viemään terveyskeskukseen tarkastettavaksi/hoidettavaksi. Ensiapukoulutuksen järjestämisellä Räikkönen halusi henkilökunnalle varmuutta toimia tapaturmatilanteissa.

Suomessa oli vuonna 2012 noin 173 000 lasta päiväkotihoidossa (TLH 2012). Päivähoitossa sattuneiden tapaturmien vuoksi hoidetaan sairaalan vuodeosastoilla n. 140 lasta vuosittain, kaikista Suomen päivähoitossa sattuneista tapaturmista ei kuitenkaan ole valtakunnallista tietoa (THL 2014d). Tapaturmat ovat Suomessa valtakunnallinen kansanterveys- ja turvallisuusongelma (STM 2013). Vähäinenkin tapaturma voi kuitenkin aiheuttaa vakavan vamman ja vaikuttaa lapsen kokemukseen hoitoympäristön

turvallisuudesta, joten vastuuhenkilöiden ja päättäjien tiedossa tulisi olla tieto kaikista tapaturmista (Nurmi-Lüthje & Lüthje 2009, 1135—1141). Turvallisuussuunnittelua päivähoitossa Suomessa määrittävät lait ja asetukset. Lasten päivähoiton laissa säädetään muun muassa suotuisasta kasvuympäristöstä ja riittävästä ja ammattitaitoisesta henkilöstö määrästä (Laki lasten päivähoitosta, 19.1.1973/36). On arvioitu, että 1-19-vuotiaiden suomalaisten tahattomista kuolemista noin 50% olisi ollut estettävissä vuonna 2009 (European Child Safety Alliance 2012).

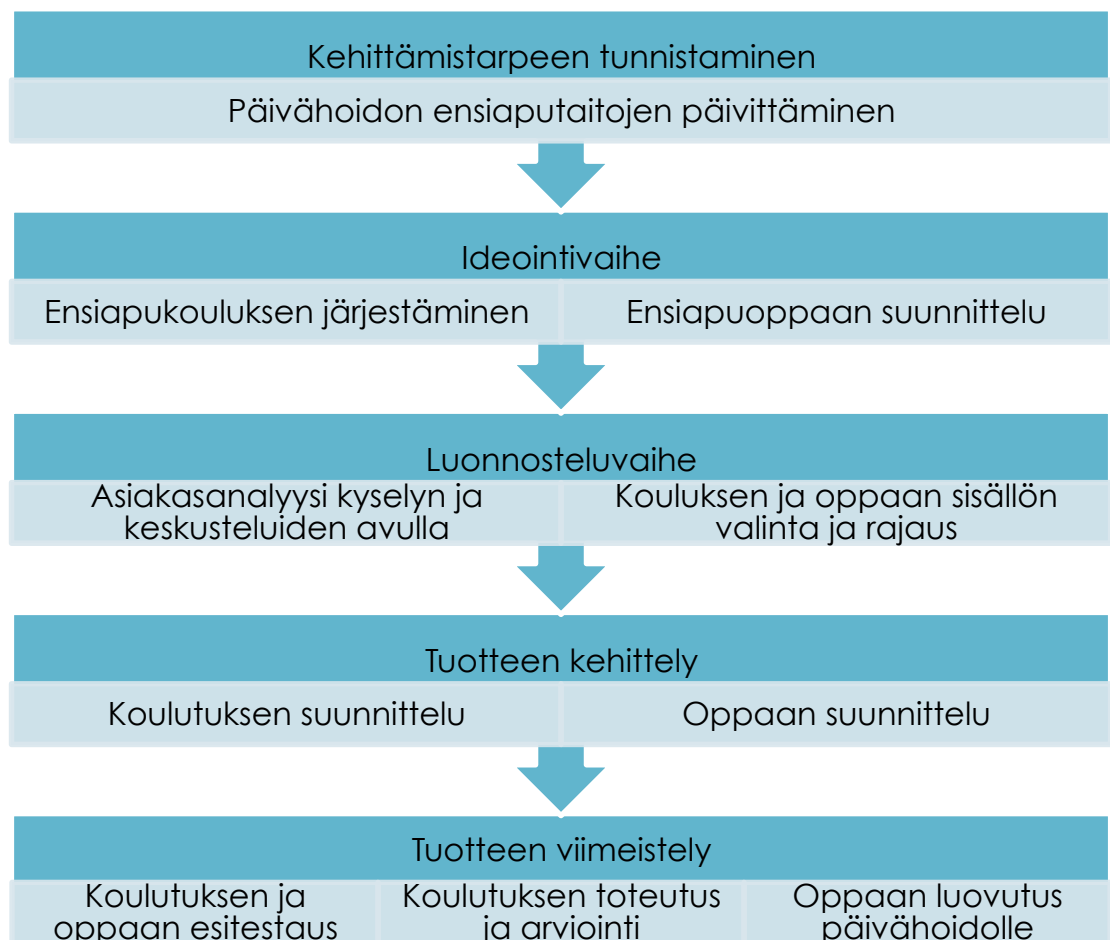
Opinnäytetyön tärkeimpänä tavoitteena oli kehittää Iitin päivähoiton henkilökunnan ensiaputaitoja lasten tapaturma- ja sairastapaustilanteissa toimimisessa sekä kehittää toimintamalleja niissä toimimiselle. Keinoina tavoitteeseen pääsemiseksi käytimme ensiapukoulutusta ja -opasta, jotka olivat kohdennettu lasten ensiapuun. Koulutuksen ja oppaan yksilöidyt tavoitteet rakentuivat päiväkodinjohtajan kanssa käytyjen keskustelujen, henkilökunnalle tekemämme kyselyn sekä teorian tiedon perusteella. Koulutuksen yksilöidyt tavoitteet on esitelty luvussa 9.1 Ensiapukoulutuksen tavoitteet ja sisältö, ja oppaan tavoitteet luvussa 10 Ensiapuopas Iitin päivähoitolle. Alatavoitteena opinnäytetyöllä oli kehittää henkilökunnan turvallisuusnäkökulmia ennaltaehkäisevästä näkökulmasta. Henkilökohtaiset tavoitteet opinnäytetyössä olivat oman asiantuntijuuden kehittyminen lasten tapaturmatilanteista ja niissä toimimisesta, ohjeiden suunnittelussa kehittyminen sekä koulutuksen suunnittelussa ja kouluttajana kehittyminen. Tavoitteet on myös esitetty lyhyesti kuvassa 1.



Kuva 1. Opinnäytetyön tavoitteet

2 OPINNÄYTETYÖN ETENEMINEN

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää Iitin päivähdolle lapsiin kohdentuva ensiapukoulutus ja -opas. Kyseessä oli siis terveysalan osaamisen tuotteistaminen tavaran ja palvelun yhdistelmänä. Terveysalan tuotteiden keskeisiin ominaisuuksiin kuuluu esimerkiksi se, että tuote ostetaan terveyden edistämiseksi (Jämsä & Manninen 2001, 14). Tuotekehitysprosessi koostuu viidestä vaiheesta: 1. kehittämistarpeen tunnistaminen, 2. ideavaihe, 3. luonnosteluvaihe, 4. tuotteen kehittäminen ja 5. tuotteen viimeistely (Jämsä & Manninen 2001, 28). Kirjallisuuden avulla tuotteen tekemiseen tutustuminen osoittaa, minkä vaiheiden kautta tuote syntyy (Jämsä & Manninen 2001, 50). Käsittelemme tässä kappaleessa opinnäytetyön etenemistä käyttäen apuna edellä mainittuja tuotekehitysprosessin vaiheita. Opinnäytetyön tuotoksen suunnittelun eteneminen on esitetty kuvassa 2 Jämsän ja Mannisen (2001) tuotekehityksen vaiheiden mukaisesti.



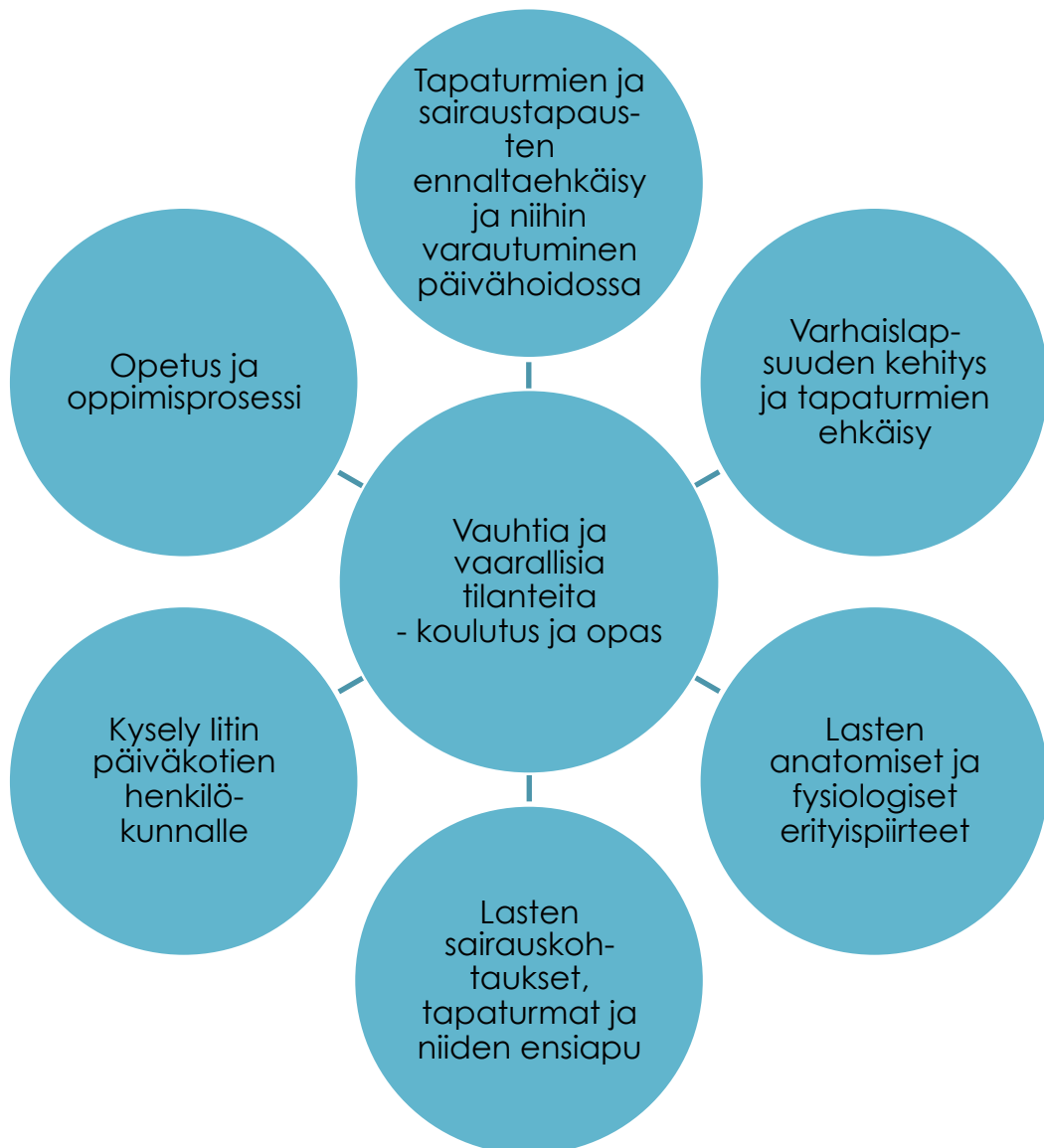
Kuva 2. Opinnäytetyön tuotoksen suunnittelun eteneminen

Tuotekehitysprosessin käynnistää kehittämistarpeen tunnistaminen (Jämsä & Manninen 2001, 28). Ideointivaihe käynnistyy kehittämistarpeen tunnistamisen jälkeen, silloin kun päätöstä ratkaisukeinoista ei ole vielä tehty. Kun tarkoituksena on jo olemassa olevien tuotteiden uudistaminen vastaamaan käyttötarkoitustaan, saattaa ideointivaihe olla lyhyt. (Jämsä & Manninen 2001, 35.) Opinnäytetyössämme kehittämistarpeen tunnistamis- ja ideavaiheet olivat talvella 2013—2014. Nämä vaiheet olivat lyhyitä, koska työelämän yhteistyökumppanin puolesta kehittämistarve ja ratkaisukeinot oli jo lähestulkoon löydetty. Kehittämistarpeena oli päivähoiton henkilökunnan ensiaputaitojen päivittäminen, ja se oli tarkoitus toteuttaa ensiapukoulutuksella. Yhteistyössä työelämän kanssa, opinnäytetyön ideaseminaarin jälkeen, päädyimme rajaamaan tuotteiden sisällön kohdentumaan lasten ensiapuun. Tässä kohtaa päädyimme sisällyttämään opinnäytetyöhömmä myös ensiapuoppaan, jotta koulutuksessa käsiteltävien aiheiden määrä pysyisi kohtuullisena, mutta tieto lasten ensiavusta ei jäisi liian vähäiseksi.

Luonnosteluvaihe käynnistyy, kun on päätetty millainen tuote on tarkoitus suunnitella ja valmistaa. palvelun ja tuotteen luonnostelu perustuu asiakasanalyysiin, jossa selvitetään asiakkaiden tarpeet ja odotukset. Asiakkaita palvelevan tuotteen tehokkuuteen voi vaikuttaa ottamalla huomioon suunnittelussa käyttäjäryhmän tarpeet, kyvyt ja muut ominaisuudet. (Jämsä & Manninen 2001, 43—44.) Työelämän yhteistyökumppani antoi meille vapaat kädet koulutuksen ja oppaan suunnitteluun, joten päädyimme selvittämään asiakkaan, eli Iitin päivähoitossa työskentelevien, tarpeita ja odotuksia tekemällä kyselyn päiväkotien henkilökunnalle. Asiakasanalyysi kyselyineen toteutui keväällä 2014. Ennen kyselyn toteuttamista perehdyimme varhaislapsuuden kehitykseen ja lapsille sattuviin tapaturmiin, jotta saisimme mahdollisimman hyvin hyödynnettyä asiakasanalyysin. Kyselyn tarkoituksena oli siis kerätä tietoa asiakasryhmän oppimisen tehostamiseksi. Asiakasanalyysin tukena toimi työelämän yhteistyökumppanin kanssa käydyt keskustelut.

Tuotteen asiasisällön selvittäminen ja rajaaminen kuuluvat luonnosteluvaiheeseen, mikä saattaa edellyttää tutustumista tutkimustietoon aiheesta. Terveystuotteiden suunnittelussa ratkaisevaa voi olla viimeisimpien hoitokäytäntöjen ja tutkimustulosten tunteminen (Jämsä & Manninen 2001, 47). Organisaatiosta tai toimintayksiköstä, jonka käyttöön tuotetta suunnitellaan, on tarpeen tuntea toimintaa ohjaavat säädökset, ohjeet, suunnitelmat ja toimintaohjelmat. Ne voivat olla esimerkiksi valtakunnallisia tai

vain yksikkökohtaisia. (Jämsä & Manninen 2001, 49.) Kun saimme kyselyn tulokset käsiteltyä, aloimme rajaamaan opinnäytetyössä käsiteltäviä aiheita. Aiheet rajautuivat löytämämme lapsiin kohdistuvan tutkitun tiedon perusteella ja ensiavun käytäntöjen perusteella sekä tutustumalla päivähoiton toimintaan tapaturmien ja sairaustapausten ennaltaehkäisyyn ja varautumisen näkökulmasta. Lisäksi perehdyimme oppimis- ja opetusprosessin teoriaan, koska näistä meillä ei ollut aiempaa tietoa. Teoreettisen tietoperustan valinnassa ja rajauksessa hyödynsimme osittain kyselyssä saamaamme tietoa. Tietoperustan käsittely on ollut mukana koko opinnäytetyön tekemisen ajan ja kaikissa toteutuksen vaiheissa.



Kuva 3. Opinnäytetyön tietoperusta

Tuotekuvauksella löydetään luonnosteluvaiheessa suunniteltavan tuotteen kannalta oleelliset asiat eri näkökohtia analysoimalla, esimerkiksi käsittelemällä ketkä ovat

tuotteen käyttäjät, mitkä ovat tuotteen käytön tavoitteet ja mitä niiden saavuttaminen edellyttää, mitä arvoja ja periaatteita tuotteen toivotaan todentavan ja mitkä periaatteet ohjaavat suunnittelua, mitkä ovat tuotteen välittämät asiasisällöt, mitä asiantuntemusta ja yhteistyötä tuotteen valmistamisessa tarvitaan, mitä materiaalia ja laitteita tarvitaan, millä tavalla tuotteen kehittelyä on tarpeen arvioida tuotekehitysprosessin eri vaiheissa. (Jämsä & Manninen 2001, 51—52) Luonnosteluvaiheessa kävimme vielä läpi asiakasryhmän rakennetta, jotta opinnäytetyön tuotokset kohdentuisivat parhaalla mahdollisella tavalla juuri heillä. Pohdimme myös koulutuksen ja oppaan tavoitteita asiakkaiden näkökulmasta sekä oman opinnäytetyömme tavoitteiden näkökulmasta sekä sitä, mitä niiden saavuttamiseksi vaaditaan. Lisäksi teimme resurssianalyysiä niin koulutuksen kuin oppaan toteutusta varten. Sisällön luotettavuus on tuotteiden sekä opinnäytetyön perustana. Tuotteen luonnosteluvaiheen aikana pidimme myös opinnäytetyön suunnitelmaseminaarin, joka oli syksyllä 2014.

Tuotteen kehittely etenee luonnosvaiheessa tehtyjen valintojen mukaisesti. Useiden tuotteiden valmistamisen ensimmäinen vaihe on niin sanottujen työpiirustusten tekeminen, informaatiota välittävässä tuotteessa työpiirustusta vastaa asiasisällöstä laadittu jäsentely. (Jämsä & Manninen 2001, 54.) Koulutuksen kehittelyvaiheessa hioimme sille asetettuja tavoitteita sekä sisältöä, ja teimme asetettujen tavoitteiden pohjalta tarkan toteutussuunnitelman sen kulusta. Oppaan kehittelyvaiheessa teimme tarkat ratkaisut sen tavoitteista ja oppaan sisältämästä asiasisällöstä sekä oppaan sommittelusta.

Viides vaihe eli tuotteen viimeistely voi sisältää esimerkiksi yksityiskohtien hiontaa. Viimeistely käynnistyy saatujen palautteiden tai koekäytöstä saatujen kokemusten pohjalta. Palautetta ja arviointia voi kerätä koekäyttäjällä tai tuotteen esitestauksella. Tuotteen koekäyttötilanteiden tulisi olla lähellä arjen käyttötilanteita. Ohjeiden laatijan on hyvä viimeistelyvaiheessa varmistaa, että ohjeiden käyttäjällä on riittävästi tietoa tuotteesta ja sen käytöstä. (Jämsä & Manninen 2001, 80—81.) Tuotteiden viimeistelyvaiheessa esitetasimme koulutusta sekä opasta kahdella opinnäytetyön ulkopuolisella henkilöllä. Toinen esitestaajista oli terveysalan ammattilainen, koska halusimme vielä tarkistusta sille, ettei sisältöön ole päätyntä asiavirheitä, sekä palautetta siihen, olisiko sisältöä vielä mahdollista muokata selkeämmäksi. Saamamme palautteen perusteella teimme viimeisiä muutoksia tuotoksiin. Oppaaseen päädyimme tekemään esipuhe-kappaleen, jossa ohjaamme oppaan sisällön käsittelyä. Koulutuksen järjestimme henkilökunnalle marraskuussa 2014 ja samalla toteutimme sen arvioinnin. Op-

paan luovutimme sovitusti tammikuussa 2015. Tuotteiden viimeistelyvaiheen jälkeen saatoimme opinnäytetyön loppuun viimeistelemällä kehittämistyön raportin. Opinnäytetyön kirjallisen osuuden saimme päätökseen talvella 2015, kuten alussa oli suunniteltu.

3 TAPATURMIEN JA SAIRAUSTAPAUSTEN ENNALTAEHKÄISY JA NIIHIN VARAUTUMINEN PÄIVÄHOIDOSSA

3.1 Laki päivähoidosta ohjaa päivähoidon toimintaa

Suomessa laki lasten päivähoidosta säättää päivähoidon hallinnon opetus- ja kulttuuriministeriölle ja aluehallintovirastoille sekä päivähoidon järjestämisen kunnille. Lait ja asetukset säättävät muun muassa päivähoidon toimintaa, henkilöstön määrää ja rakennetta sekä lasten yksilöllisten vaatimusten toteuttamista. Lailla lasten päivähoidosta tarkoitetaan lapsen hoidon järjestämistä päiväkotihoidona, perhepäivähoitona, leikki-toimintana tai muuna päivähoitotoimintana. Päiväkotihoidolla tarkoitetaan päivähoitoa jota järjestetään tätä tarkoitusta varten varatussa tilassa. (Laki lasten päivähoidosta, 19.1.1973/36, 1 §.) Laki lasten päivähoidosta kuvaa päivähoidon tavoitetta sanoilla:

”Päivähoidon tavoitteena on tukea päivähoidossa olevien lasten koteja näiden kasvatustehtävässä ja yhdessä kotien kanssa edistää lapsen persoonallisuuden tasapainoista kehitystä.

Päivähoidon tulee omalta osaltaan tarjota lapselle jatkuvat, turvalliset ja lämpimät ihmissuhteet, lapsen kehitystä monipuolisesti tukevaa toimintaa sekä lapsen lähtökohdat huomioon ottaen suotuisa kasvuympäristö.

Lapsen iän ja yksilöllisten tarpeiden mukaisesti päivähoidon tulee yleinen kulttuuriperinne huomioon ottaen edistää lapsen fyysistä, sosiaalista ja tunne-elämän kehitystä sekä tukea lapsen esteettistä, älyllistä, eettistä ja uskonnollista kasvatusta. Uskonnollisen kasvatuksen tukemisessa on kunnioitettava lapsen vanhempien tai holhoojan vakaumusta.

Edistäessään lapsen kehitystä päivähoidon tulee tukea lapsen kasvua yhteisvastuuseen ja rauhaan sekä elinympäristön vaalimiseen.” (Laki lasten päivähoidosta, luku 1, 2 a §.)

Lasten päivähoitoon oikeutettuja ovat kaikki alle oppivelvollisuus ikäiset lapset. Eri-tyisolosuhteissa, joissa hoitoa ei muuten pystytä järjestämään, myös sitä vanhemmat lapset ovat oikeutettuja päivähoitoon. Päivähoito on pyrittävä järjestämään siten, että päivähoitoa on tarjolla sinä vuorokauden aikana kun hoidontarve on. (Laki lasten päivähoitosta, 19.1.1973/36, luku 1, 2 §)

Huoltajat voivat saada lapselleen kunnan järjestämän päivähoitopaikan sen ajan jälkeen, jolta saadaan sairausvakuutuslaissa tarkoitettua äitiys- tai vanhempainrahaa tai osittaista vanhempainrahaa (Laki lasten päivähoitosta, 19.1.1973/36, luku 2, 11a §). Alle 3-vuotiaiden lasten perheillä on kunnallisen päivähoiton sijaan mahdollisuus saada kotihoidon tukea, jolloin lasta voi hoitaa vanhemmat tai esimerkiksi sukulainen tai yksityinen päivähoiton tuottaja (Kela 2014).

Lasten päivähoiton henkilöstön kelpoisuusvaatimuksissa on sovellettu lakia sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (Laki lasten päivähoitosta, 19.1.1973/36 luku 1, 4 §). Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksia koskevan lain tarkoitus on edistää asiakkaan oikeutta laadukkaaseen sosiaalihoitoon ja hyvään kohteluun, edellyttämällä että sosiaalihuollon ammatillisella henkilöstöllä on työhön tarvittava koulutus ja perehtyneisyys (Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista, 29.4.2005/ 272, 1 §). Asetus lasten päivähoitosta ottaa kantaa päivähoitohenkilöstön määrään ja rakenteeseen:

”Päiväkodissa tulee hoito- ja kasvatustehtävissä olla vähintään yksi henkilö, jolla on sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista annetun asetuksen (804/92) 4 tai 5 §:ssä säädetty ammatillinen kelpoisuus, enintään seitsemää kokopäivähoitossa olevaa kolme vuotta täyttänyttä lasta kohden.

Enintään neljää alle kolmivuotiasta lasta kohden tulee päiväkodissa hoito- ja kasvatustehtävissä samoin olla vähintään yksi henkilö, jolla on edellä säädetty ammatillinen kelpoisuus.

Päiväkodissa tulee hoito- ja kasvatustehtävissä olla vähintään yksi henkilö, jolla on 1 momentissa mainittu ammatillinen kelpoisuus enintään 13 osapäivähoitossa olevaa kolme vuotta täyttänyttä lasta kohden.” (Asetus lasten päivähoitosta, 16.3.1973/239, 6 §)

Kunnat ovat velvoitettuja järjestämään tai valvomaan päivähoitoa siinä laajuudessa ja niissä toimintamuodoissa, kun tarve edellyttää (Laki lasten päivähoidosta, 19.1.1973/36, 11 §). Kuntien päivähoidon toteuttamista valvovat aluehallintovirastot. Opetus- ja kulttuuriministeriölle kuuluu päivähoidon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta, joita aluehallintovirastot hoitavat omalla toimialueellaan. Päivähoidon laadun yhdenmukaistamiseksi sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto ohjaa aluehallintovirastojen toimintaa. (Laki lasten päivähoidosta, 19.1.1973/36, 8 §.)

3.2 Turvallisuuskasvatus ja henkilökunnan turvallisuusosaaminen päivähoidossa

Päivähoitoikäisillä kokemuksellisuus on tärkeä osa oppimista, josta suuri osa tapahtuu aikuisten antamien mallien ja esimerkkien kautta. Harjoittelu, opettavien asioiden perustelu ja kertaaminen edesauttavat turvallisuutta tukevien tietojen mieleen painamista ja taitojen kehittymistä. Lapsen ikävaihe tulee kuitenkin ottaa huomioon turvallisuuskasvatuksessa, koska esimerkiksi kaikkein nuorimmat eivät vielä pysty muistamaan oppimaansa tai soveltamaan sitä muissa yhteyksissä. Turvallisuussisällöt tulee tuoda lapsille myönteisessä valossa, ei kieltäen tai pelotellen lapsille luontaista toimintaa. Perustelu, miksi jotain tehdään tietyllä tavalla, on tärkeää. Päivähoitolaisten turvallisuuskasvatukseen voi sisällyttää esimerkiksi vaaranpaikkojen havainnointia, toiminnan turvallisuuden arvioimista ja sen edistämisen mahdollisuutta, turvallista liikuttamista liikenteessä, toisten auttamista ja iän mukaisia ensiaputaitoja, avun kutsumista ja hätänumeroon soittamista hätätilanteissa. Turvallisuuden ja tapaturmien ehkäisyn tulemiseksi luontevaksi osaksi päivähoidon toimintaa ja kasvatusta, on se liitettävä varhaiskasvatussuunnitelmiin. (THL 2014a.)

Päivähoitoyksikössä tulee olla riittävästi ensiaputaitoisia työntekijöitä sekä nimettynä ensiavusta vastaava henkilö. Toimintayksiköissä tulee käydä myös läpi aika ajoin toimintaa tapaturma- ja onnettomuustilanteissa. Tapaturma- ja onnettomuustilanteiden harjoituksien keskeisiä sisältöjä ovat ensiavun antaminen eri-ikäisille tyypillisiin vammoihin ja sairauskohtauksiin, lasten rauhoittaminen tapaturmatilanteessa ja sen jälkeen, poistuminen rakennuksesta ja siirtyminen kokoontumispaikalle, alkusammutusvälineiden käyttö, tehtävänjako: avun hälyttäminen, muiden lasten valvominen, vanhempien tiedottaminen tapaturmasta ja onnettomuudesta, onnettomuuspaikan eristäminen ja tapaturmailmoituksen tekeminen. Harjoituksiin tulisi liittyä myös osio, jossa mietitään miten kyseinen tapaturma olisi voitu estää. Toteutettaviin harjoituksiin

voi soveltuvin osin ottaa myös lapset mukaan, tietysti vanhempia asiasta informoiden. Myös paikallisten poliisi- ja pelastusviranomaisten asiantuntemusta kannattaa mahdollisuuksien mukaan hyödyntää harjoitusten järjestämisessä. (THL 2014b.)

3.3 Päivähoitoikäisten lasten tapaturmat Suomessa

Suomessa lasten ja nuorten turvallisuutta uhkaavia keskeisimpiä tekijöitä ovat tapaturmat ja väkivalta. Vuosittain ne aiheuttavat suurimman osan lasten ja nuorten kuolemista. Monipuolinen ja laaja-alainen tapaturmien torjuntatyö tuottaa merkittäviä tuloksia, jos tapaturmia ehkäisevät toimet kohdistetaan koko väestöön. Vaikka lasten ja nuorten tapaturma- ja väkivaltakuolemat ovat viime vuosikymmeninä vähentyneet Suomessa, ei silti pidä tulevaisuudessakaan unohtaa systemaattista tapaturmien tutkimus- ja torjuntatyötä; koska jokainen lapsen tapaturmainen kuolema on katastrofi. (Kannus & Parkkari 2013, 1004—1005.)

Lancet-lehden artikkelissa (Blair ym. 2013, 1225), jossa käsitellään lasten terveyttä Euroopassa, on tapaturmien ja myrkytysten osuus ollut 25 prosentilla toiseksi suurin kuolleisuuteen vaikuttava tekijä 1—14-vuotiailla lapsilla Euroopan unionin alueella vuonna 2010. Muita eriteltyjä vaikuttavia tekijöitä listauksessa on infektio-, hengityselin-, ruuansulatuselimistön- ja sydänsairaudet, sekä kasvaimet. ”Muut syyt” oli tilastossa kuolleisuuteen vaikuttavista tekijöistä vaikuttavin 36 prosentilla. Suomessa 0-14-vuotiaiden lasten kuolleisuus on ollut laskusuuntainen artikkelissa kuvattujen vuosien 1990-2010 välisen ajan. Artikkelissa kuolleisuuteen vaikuttavien tekijöiden ja vaihteluiden tilastojen lähteenä on käytetty WHO:n tilastoja.

Suomessa oli vuonna 2012 n. 173 000 lasta päiväkotihoidossa. Päivähoidossa hoidettavien lasten määrissä on suurta vaihtelua ikäryhmittäin. Esimerkiksi vuonna 2012 päivähoidossa oli 463 alle 1-vuotiasta eli 0,8 % ikäryhmästään, kun 2-vuotiailla vastaava luku oli jo 52 %, ja 5-vuotiailla 79 % (THL 2012). Iän karttuessa elinympäristöt laajenevat. (THL 2014c.) Tapaturmien sattumispaikat moninaistuvat elinympäristön laajetessa (THL 2014d). Hoitoilmoitusrekisterin mukaan alle kouluikäisten sairaalan vuodeosastolla hoidetuista tapaturmien aiheuttamista vammoista 54 % sattui kotiympäristössä, 3-vuotiaita nuoremmilla sama osuus on jopa yli 70 %. Päiväkodissa sattuvien tapaturmien osuus on suurimmillaan 5—6 vuoden iässä, noin 11 % kaikista sairaalassa hoidetuista. (THL 2014c)

Yleisin sairaalahoitoa vaatineen tapaturmaisen vamman aiheuttaja on alle 7-vuotiailla kaatuminen tai putoaminen, ja toiseksi yleisin hoitoa vaativan vamman aiheuttaja on elottoman ympäristön mekaanisista voimista aiheutuneet vammat, esimerkiksi törmäämisestä johtuvat. Tapaturmaisen kuoleman aiheuttajista kolme yleisintä syytä alle 7-vuotiailla ovat hukkuminen, tukehtuminen (pois luettuna veteen vajoaminen) ja liikenne. (THL 2014c)

3.4 Tapaturmiin varautuminen Iitin päiväkodeissa

Iitin päivähoidossa tapaturmiin varautumista selvitimme päiväkodin johtajan kanssa. Keskustellessamme kävimme myös läpi, kuinka päivähoidossa toimitaan tapaturman sattuessa. Tilanteissa toiminen on pitkälti riippuvaista tapaturman laadusta. Tilanteissa, joissa välitöntä sairaalahoitoa ei vaadita, tehdään ensiavun antamisen jälkeen päätös jatkotoimista yhdessä vanhempien kanssa. Kirjallisia toimintaohjeita ei tapaturmatilanteiden varalle päiväkodeissa ole. Tällä hetkellä sitä ei ole katsottu ajankohtaiseksi, koska henkilökunnan vaihtuvuus on ollut vähäistä, henkilökunta kokenutta, sekä tapaturman jälkeinen toiminta on myös perhesidonnaista. Myöskään tapaturmien ennaltaehkäisemiseksi ei päivähoitoyksiköissä ole kirjallista materiaalia, johtuen myöskin henkilökunnan kokemuksesta ja vähäisestä vaihtuvuudesta. Jokaisessa päivähoitoyksikössä on kuitenkin ensiapuvastaava, joka esimerkiksi tekee säännöllisesti päivitykset ensiapuvälineistöön.

Tarkoituksemme oli koulutusta suunniteltaessa lähteä liikkeelle siitä, millaisia tapaturmia Iitin päiväkodeissa tapahtuu. Iitin päiväkodeissa tapaturmia ei kuitenkaan tilastoida, joten kirjallista näyttöä sattuneista tapaturmista emme saaneet. Suullisen tiedon mukaan sairaalahoitoa vaativia tapaturmia sattuu kuitenkin harvoin. Päiväkodinjohtajan kanssa keskustellessamme halusimme kuulla myöskin hänen näkemystään tapaturmien tilastoinnista. Räikkönen kertoi tilastoinnin tarpeellisuudesta käytävän päiväkodeissa aika-ajoin keskustelua, mutta ainakaan vielä sen käyttöönottoon ei ole Iitissä päädytty. Räikkösen puheesta huomasimme, että päiväkodeissa oli pohdittu tilastoinnin tarpeellisuutta ja sen hyötyjä, mutta esimerkiksi hankaluutta tilastoinnin johdonmukaisuuteen voisivat tuoda tilanteet, joissa laastareilla annetaan lapsille henkistä ensiapua. Hyötyjä toisaalta taas voisi olla se, että nähtäisiin, kohdistuuko tapaturmat joihinkin tiettyihin lapsiryhmiin; ovatko ne esimerkiksi sidonnaisia sukupuoleen tai ikään?

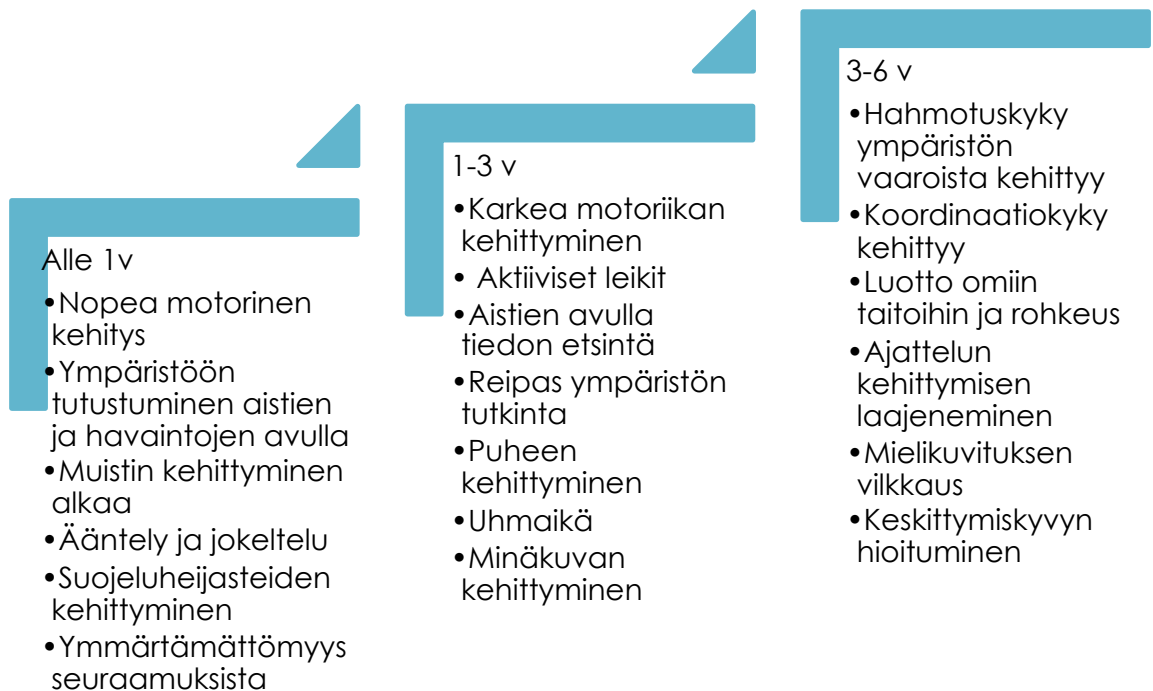
4 VARHAISLAPSUUDEN KEHITYS JA TAPATURMIEN EHKÄISY

Tapaturmien ehkäisyssä tulee huomioida lapsen kasvun ja kehityksen eri vaiheet (THL 2014e). Lapsuus jaotellaan eri ikäkausiksi kehityksen ja kasvun rytmin mukaan (Kaisvuo, Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, & Uotila 2013, 11). Karkeasti jaoteltuna lapsuus voidaan jakaa on varhaislapsuuteen, keskilapsuuteen ja nuoruuteen (Ahonen, Nurmi, Lyytinen, Lyytinen, Pulkkinen, & Ruoppila 2010, 15).

Kaisvuo ym. (2013, 10) kuvaavat lapsen kehitystä osa-alueittain niin, että kehitys koostuu fyysisestä kasvusta ja motorisesta kehityksestä, kognitiivisesta kehityksestä ja psykososiaalisesta kehityksestä. Kehityksen eri osa-alueet vaikuttavat ja ovat sidoksissa toisiinsa. Fyysiseen kasvuun kuuluvat esimerkiksi pituuden ja painon kasvu. Motorinen kehitys kuvaa liikkeiden kehitystä. Motorinen kehitys jaotellaan karkeamotoriikkaan, jolla tarkoitetaan suurten lihasryhmien hallintaa ja liikkumiseen tarvittavia lihastoimintoja, ja hienomotoriikkaan, jolla tarkoitetaan pienten lihasten hallintaa. Lihasten säätelyn kehitys on keufokaudaalista ja proksimodistaalista, eli kehitys etenee päästä varpasiin ja vartalon keskiviivasta ääriosiin. (Kaisvuo ym. 2013, 10—11.) Kognitiivisella kehityksellä tarkoitetaan tiedon käsittelyyn liittyvää kehitystä. Kognitiivinen kehitys kuvaa siten ajattelun, muistin, kielen, oppimisen ja havaintojen kehittymistä. Psykososiaalinen kehitys taas käsittää kokonaispersoonallisuuden, sosiaalisuuden ja tunne-elämän kehityksen. Yksilön oma aktiivisuus ja tavoitteellisuus sekä perimä ja ympäristö ovat yhteydessä kognitiiviseen ja psykososiaaliseen kehittymiseen. (Kaisvuo ym. 2013, 11.)

Tässä luvussa kerromme varhaislapsuuden kehityksestä Kaisvuon ym. (2013) jaoteltuun pohjautuen, sekä eri kehitysvaiheiden tapaturmien ehkäisystä. Yhteenvetoa varhaislapsuuden kehityksen eri vaiheista on esitelty kuvassa 4. Rajaus varhaislapsuuteen on tehty siksi, että Iitin päivähoitossa olevat lapset sijoittuvat tähän ryhmään. Varhaislapsuuteen sijoittuvat ikäkaudet vastasyntynyt 0—28 vrk, imeväisikäinen 0—1 v, varhaisleikki-ikäinen 1—3 v, myöhäisleikki-ikäinen 3—6 v (Kaisvuo ym. 2013, 11). Näistä jätimme ulkopuolelle vastasyntyneen kehityksen, koska sen ikäisiä ei ole hoitossa Iitin päivähoitossa. Varhaislapsuus alkaa siis lapsen syntymästä ja kestää noin kuuden vuoden ikään asti (Ahonen ym. 2010, 18—19). Varhaislapsuuden kehitykseen perehtymisen ja tapaturmanäkökulman yhdistämisen katsoimme tärkeäksi asiaksi koulutusta ja opasta suunnitellessamme, koska asiakasryhmä koostui päivähoiton

työntekijöistä ja käsittelemämme aiheisältö kosketti päivähoitoikäisten eli varhaislapsuuden piiriin kuuluvien lasten ensiapua.



Kuva 4. Yhteenvedoa varhaislapsuuden kehityksen eri vaiheista luvun 4 teorian tiedon perusteella

4.1 Imeväisikäisen kehitys ja tapaturmien ehkäisy

Lapsen ensimmäistä vuotta kutsutaan imeväisiäksi. Imeväiskauden aikana fyysinen kasvu on nopeaa. Hengitystaajuus vaihtelee aktiivisuuden mukaan välillä 20-50, samoin syke, joka hereillä ollessa on 120-160 minuutissa. Psykomotoriikka kehittyä eli liikkeiden tahdonalainen säätely. (Kaisvuo ym. 2013, 24- 25.) 0—4 kk iässä kehittyvät kokonaismotoriikkaa edustavat pään kääntäminen ja kierähtäminen vatsalta selälleen ja takaisin, sekä tarttumiseen liittyvät toiminnot. 5-8 kuukauden ikäinen lapsi opettelee istumista, paikasta toiseen liikkumista ryömimällä ja konttaamalla sekä esineiden käsittelyä. 9—12 kk iässä lapset nousevat pystyyn ja alkavat liikkua tukea ottamalla ja ilman, tarttumisote myös tarkentuu, jolloin lapsi poimii sormenpäällään taivutetun peukalon ja etusormen avulla pieniä esineitä. (Ahonen ym. 2010, 26—27.)

Noin puolen vuoden iästä lähtien lapselle kehittyä suojeluheijasteita. Ne ovat kehittyneempiä refleksejä, joita syntyessä ei vielä ole. Niiden avulla lapsi suojautuu kaatu-

mista vastaan. Puolen vuoden iässä kehittyä suojeluheijaste eteen eli lapsi ottaa käsillään vastaan, kun hänet asetetaan vatsalle makuulle. Sivulle suuntautuva suojeluheijaste kehittyä noin 9 kk:n iässä, eli lapsi osaa ottaa vastaan käsillä sivuille, jotta ei kaatuisi istuma-asennosta kyljelleen. Suojeluheijaste taakse kehittyä noin vuoden iässä, jolloin lapsi osaa ottaa käsillään vastaan, kun on kaatumassa istualtaan taaksepäin. (Kaisvuo ym. 2013, 26—27.)

Aistien avulla lapsi opettelee imeväisiässä tutustumaan ympäristöönsä, liikkuen kaikki aistit avoimina. Tätä kutsutaan sensomotoriseksi älykkyydeksi, jolloin lapsi yhdistää aistihavainnot ja motoriset liikesuoritukset toisiinsa. Tuntoaistia lapsi muun muassa kehittää kokeilemalla kaikkia esineitä suullaan. (Kaisvuo ym. 2013, 25—26.) Lapsi omaksuu taitoja kiinteässä vuorovaikutussuhteessa ympäristöönsä siten, että kehitysaavutukset eri alueilla tukevat toisiaan. Kehityksen kannalta merkityksellistä ei ole vain ympäristön tutkiminen ja liikkuminen, vaan myös lähiympäristön välinen vuorovaikutus lapsen kanssa. Lapsen kehityksen kannalta on siis suotuisaa, jos lapsen sallitaan vapaasti tutkia ympäristöään ja jos ympäristö tukee fyysisiltä ominaisuuksiltaan lapsen kehittyviä toimintatarpeita. (Ahonen ym. 2010, 27.)

Havaintojärjestelmän rakentuminen on ensimmäisen vuoden kognitiivista kehitystä, ja tutustuminen maailmaan tapahtuukin havaintojen avulla. Lapsi opettelee tulkitsemaan omien reaktioiden ja ympäristön tapahtumien yhteyttä, ja sen myötä hän alkaa hahmottamaan syy-seuraussuhteita. Puolen vuoden iässä lapsi alkaa ennakoida ja muistaa tapahtumia, ymmärrys esineiden pysyvyydestä alkaa kehittyä noin kahdeksan kuukauden iässä. Lapsella ollessa halua ja intoa opetella uutta, häntä kannustetaan siihen. Kokemus perusturvasta edesauttaa uuden oppimista, samoin ympäristön kiinnostavuus, sen tuleekin saada lapsi tutkimaan ja liikkumaan. (Kaisvuo ym. 2013, 27—34.)

Kielellinen kehitys alkaa myöskin jo imeväisiässä. Kielellä on tärkeä merkitys viestinnässä ja sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Aluksi lapsi äänтелеe ja osoittaa siten tunteitaan, muutaman kuukauden iässä lapsi alkaa hakea kontaktia äänтелеlemällä. 5—6 kuukauden iässä lapsi on jo aktiivinen vuorovaikutuksen hakija. 7—9 kuukauden iässä jokeltelusta tulee monipuolista äänten ja tavujen jäljittelyä. Vuoden ikään mennessä lapsi oppii ei-sanan merkityksen, pystyy käyttämään ääntään kommunikointiin ja ymmärtää jo paljon aikuisen puheesta. (Kaisvuo ym. 2013, 27—34.)

Tekemiensä asioiden seuraamuksia lapsi ei vielä yksivuotiaana ymmärrä ja hän tarvitsee myös aikuisen tukea sosiaalisten taitojen opettelussa. Aikuisen tulee myös lohduttaa ja auttaa lasta tarvittaessa turvallisen kiintymyssuhteen muodostumiseksi. Turvallisuuden tunteen säilyminen korostuu myöskin leikeissä, mikä taas on ensisijaisen tärkeä vuorovaikutustilanteiden harjoittelun kannalta, leikin onnistumisen edellytyksenä onkin että lapsi kokee puitteet turvallisiksi leikkiessä. Lasten käytökseen vaikuttaa paljon temperamentti, se on synnynnäinen tapa reagoida, mutta sitä muokkaa ympäristö ja kasvatus. (Kaisvuo ym. 2013, 27—34.)

Vaaratilanteita voi kehittyä esimerkiksi sen vuoksi, että lapsi opettelee koko ajan uusia taitoja eivätkä vanhemmat osaa olla aina valppaina uusien taitojen kehittyessä (THL 2014f). Imeväisikäisen kanssa vaaroja voi välttää muun muassa huolehtimalla, ettei lapsi pääse putoamaan portaista, saa sähköiskua, polta itseään tai vedä päällensä painavia esineitä ja pitämällä myrkylliset aineet lapsen ulottumattomissa. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2013a, 6.) Alle yksivuotias lapsi tarvitsee jatkuvaa vanhemman tai muun hoitajan valvontaa. Tapaturmavaarojen vähentäminen lisää lapsen turvallisuutta (THL 2014f).

4.2 Varhaisleikki-ikäisen kehitys ja tapaturmien ehkäisy

Varhaisleikki-ikäisen lapsen kehon painopiste muuttuu ja tasapaino paranee. Syke taajuus on noin 110—120 lyöntiä minuutissa. Terveen kasvun perustana on päivittäinen liikunta. Silmien ja käsien yhteistyön parantuessa motoriikkakyvyt kehittyvät. Esimerkiksi suurten lihasten hallinta kehittyy, kehonpainopiste muuttuu ja vakiintuu, ja niiden myötä tasapaino paranee. (Kaisvuo ym. 2013, 39—40.)

Kävelemään lapsi oppii 1,5 vuoden ikää mennessä. Lapsi osaa myös istua yksin tuolilla ja heittää palloa kaatumatta. Karkea motoriikan kehittyessä lapsi juoksee alkuun kömpelösti ja kaatuilee paljon. Toisella ikävuodella ominaista on kuitenkin vilkas liikkuvuus. Varhaisleikki-ikässä lapsi oppii kävelemään portaita; aluksi tuettuna ja noin kaksivuotiaana tasa-askelin. Kaksivuotias osaa myös potkaista palloa, pomppia ja hypätä rapulta alas. (Kaisvuo ym. 2013, 39—40.) Perusliikuntataitojen hallinta kehittyy kolmannen ikävuoden aikana, ja säännöllisesti on hyvä harjoitella tässä vaiheessa tasapainoa ja reaktiokykyä. Lapsi nauttii kolmannen ikävuoden aikana liikkeestä, toiminnasta ja toistosta, ja lapsi pystyy säätelemään vartalooaan ja liikkeitään tarkoituksen mukaisesti, koska vartalon liikkeiden eriytyminen tapahtuu vähitellen. (Kaisvuo ym.

2013, 39—40.) Varhaisleikki-iässä kehittyä myös hienomotoriikka eli käden lihasten tarkkuutta vaativien taitojen hallinta kehittyä, sivujen kääntäminen kirjasta onnistuu ja yksivuotiaana muutaman palikan tornin rakentaminen ja kaksivuotiaana useamman palikan tornin. (Kaisvuo ym. 2013, 39—40.)

Lapsen kognitiivinen kehitys perustuu ensimmäisinä vuosina lähinnä havainnoimiseen ja liikkumiseen. Aistitoiminnot ovat lapsella vahvat, ja tiedon etsintään hän hyödyntää suuta, silmiä ja käsiä. Lapsi ei kuitenkaan tutki kaikkea enää suullaan, mutta saattaa purra helposti tutkimusmielessä asioita. Kun näkökyky paranee, suun merkitys havaintojen tekemisessä vähenee. Lapselle tuleekin tarjota monipuolisia näkö-, kuulo-, maku-, hajuu-, tasapaino-, tunto- ja liikeaistimuksia. Edelleen lapsi tarvitsee turvallisen ympäristön ja lasta kannustetaan uuden oppimiseen. Kävelemään opittua lapsi tutkii reippaasti ympäristöä ja matkii muiden toimintaa. Lapsi omaksuu ympäristöä edelleen välittömien tekojen sekä aistiensa ja kehonsa kautta. Pyrkimys jäljittelyyn alkaa kehittyä kahden vuoden ikää lähestyessä. Aluksi ilmenee viivästynyttä jäljittelyä, jolloin lapsi jäljittelee aikuisten puuhia leikeissään ja 2—3 vuotiaana lapsi oppii taitoja seuraamalla ja jäljittelemällä muiden tekemisiä. (Kaisvuo ym. 2013, 39—41.)

Herkkyyskausi puheen ja kielen omaksumisessa on yhden vuoden iästä kolmen ja neljän vuoden ikään asti. Herkkyyskauden aikana kehittyä symbolifunktio ajattelun ja kielen kehityksessä, lapsi alkaa siis ymmärtää että tietty kielellinen ilmaisu vastaa jotakin esinettä, asiaa tai sisältöä. Kieli alkaa näin toimia itsensä ja sisäisten kokemuksien ilmaisemisen välineenä. Yksivuotias suuntaa puhetta itselleen ja käyttää yksittäisiä sanoja. Tässä iässä lapsi yleensä ymmärtää huomattavasti enemmän puhetta kuin osaa itse tuottaa. Pettymyksiin lapsi reagoi useimmiten edelleen itkemällä tai tavaroita heittelemällä, eikä puhekyky yhden vuoden iässä riitä vielä asioiden ratkaisemiseen keskustelemalla. Vasta toisen ikävuoden aikana kielestä kehittyä lapselle vuorovaikutuksen väline, puheen oppiminen onkin tämän ikävuoden tärkein kehityksen vaihe. Kielen opettelu yhteydessä ei tule unohtaa lapsen liikunta- ja aistikokemuksia, koska kaikki monimutkaisimmat oppimisprosessit rakentuvat niiden varaan, puhetaitoa voi harjoittaa esimerkiksi liikunnallisissa leikeissä ja muissa arkisissa toiminnoissa. (Kaisvuo ym. 2013, 41—42.)

Varhaisleikki-ikäiselle alkaa kehittyä käsitys omasta itsestään, minäkuva, ja lapsi alkaa ymmärtää paremmin kykyjään ja taitojaan. Sosiaalisia taitoja lapsi alkaa omaksua

muiden käyttäytymisen aktiivisella havainnoinnilla ja jäljittelyllä, eli mallioppimisella lapsi oppii ympäristönsä toimintamalleja. Tärkeää on oppia ilmaisemaan omia tarpeita ja tulemaan toimeen muiden lasten kanssa. Toisen ja kolmannen ikävuoden väliin kohdistuu persoonallisuuden kehitysvaihe, jota kutsutaan uhmaiäksi, se on terve itsenäistymisvaihe lapsella. Tällöin lapsi kokee kykenevänsä tekemään ja tahtomaan valintoja, ja ominaista on ei-sanan käyttö ja fyysinen ja verbaalinen aggressiivisuus. Rajat ja säännöt auttavat harjaantumaan käyttäytymistaidoissa, tärkeää on selittää lapselle, miksi jokin asia tehdään, näin lapsi oppii hallitsemaan omaa toimintaansa. Kolmevuotiaana lapsi oppii ottamaan muiden tunteita huomioon. Vaikka lapsi varhaisleikki-iässä itsenäistyy, hän tulee vasta hetkittäin toimeen itsenäisesti arjen tilanteissa. Positiivinen palaute toiminnasta auttaa lapsen hyvän itsetunnon kehittymisessä. (Kaisvuo ym. 2013, 42—44.)

Leikit ovat tässä iässä aktiivisia ja motorisia, mm. kiipeily, hyppimiset, kuperkeikat ja liukuminen kiinnostavat, lapsi alkaa myöskin käyttää mielikuvitusta apuna leikeissä. Hauskoja leikkejä ovat esimerkiksi koloihin ja kapeisiin paikkoihin meno, työntöleikit ja hiekkalaatikolla olo, liikkuminen telineradoilla ja erilaisilla välineillä. Lapsi on kiinnostunut tasojen vaihteluista, kuten portaista, ja erilaisten pintojen, ja tavaroiden tutkiminen ja koskettelu ovat tärkeitä toimintoja. Leluista kiinnostaa usein rakentelupalikat, vetolelut, pallot ja kirjat. Lapsen leikkiin ja aktiivisuuteen voidaan vaikuttaa muun muassa ympäristön uudelleen järjestelemisellä. (Kaisvuo ym. 2013, 46—47.)

Turvallisuuskasvatus alkaa varhaisleikki-iässä. Lasta tulee neuvoa ja opastaa. (THL 2014f.) Kolmannella ikävuodella lapsi oppii aikuisen ohjaamana varomaan vaaraa ja siihen johtavia tilanteita (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2013b, 11). Usein kiellot unohtuvat, joten vaaroista saa muistuttaa moneen kertaan. Lasta kielletessä tulee hänen saada tietää miksi häntä kielletään ja mikä vaara häntä uhkaa. Kieltojen tulee olla johdonmukaisia ja perusteltuja. (THL 2014f.) Lapsi on altis tapaturmille ja saattaa esimerkiksi lähteä pihasta tutkimusretkelle tai vetää muovipussin päähän (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2013b, 11). Lapsen ollessa tässä iässä erittäin liikkuvainen, tarvitsee hän myös jatkuvaa valvontaa ja suojelua tapaturmien välttämiseksi (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2013c, 11).

4.3 Myöhäisleikki-ikäisen kehitys ja tapaturmien ehkäisy

Myöhäisleikki-ikässä lapsi kasvaa pituutta ja pyöreä vatsa häviää. Syke on 4—6-vuotiaalla noin 100 kertaa minuutissa. Tällä ikäkaudella lapsen kasvuvauhti vaikuttaa yksilöllisesti motoriikan kehittymiseen, mutta myös ympäristön vuorovaikutuksella ja virikkeillä on edelleen yhteys motoriseen kehitykseen. Joka tapauksessa sekä karkeat että hienomotoriikka kehittyvät voimakkaasti. Myös hahmotuskyky ympäristön vaaratekijöistä alkaa kehittyä, kun motoriset perustaidot automatisoituvat ennen kouluikää. Tämä tarkoittaa sitä, että lapsen ei tarvitse enää miettiä liikkumistaan, vaan voi keskittyä ympäristön tarkkailuun. Tapaturmia vähentävätkin lasten hyvät motoriset perustaidot. (Kaisvuo ym. 2013, 47—48.)

Kolmivuotiaalla alkaa olla jo kehittynyt koordinaatiokyky, joten lapsi pystyy tällöin tekemään useita asioita samanaikaisesti. Kolmivuotias pystyy juoksemaan taitavasti kovaa vauhtia, vaikka staattinen tasapaino vaatii vielä paljon keskittymistä. Lapsi luottaa omiin taitoihinsa ja kokeilee rohkeasti esimerkiksi erilaisia leikkikentän telineitä. Portaiden nouseminen sujuu vuoroaskelin, hetki yhdellä jalalla seisoen onnistuu ja hyppääminen molemmilla jaloilla. Myös kymmenen palikan tornin rakentaminen onnistuu jo. Nelivuotias osaa jo hyppiä yhdellä jalalla ja laskeutua portaat vuoroaskelin. Nelivuotiaat kiipeilevät, painivat, harjoittelevat hiihtämistä, luistelua, uimista, apupyörillä pyöräilyä ja hyppynarulla hyppimistä. Viisivuotiaalla jotkut liikkeet alkavat olla jo automaattisia. Vuorojaloin hyppiminen onnistuu, samoin narulla hyppiminen ja pallottelu. Polkupyöräily ilman apupyöriä, hiihto, luistelu ja uiminen alkavat sujua. Tässä kohtaa lapsella alkaa olla kaikki motorisen kehityksen perusvalmiudet olemassa. Kuu-sivuotiaana lapsi hallitsee liikkeensä jo hyvin. Tällöin lapsi saattaa taitojensa perusteella vaikuttaa motorisesti levottomalta ja toisaalta nopean fyysisen kasvunsa vuoksi kömpelöltä. Kouluikään mennessä lapsen valmiudet monimutkaisiin liikkeisiin paranevat. (Kaisvuo ym. 2013, 47—48.)

Hienomotoriikka kehittyy myöhäisleikki-ikässä siten, että kolmivuotiaana lapsella alkaa kehittyä ranteen kiertoliikkeen ja käden ja sormien liikkeiden yhdistäminen, lapsi harjoittelee tällöin kynäotetta ja osaa piirtää jo ympyrän ja ihmisen ilman vartaloa. Nelivuotias osaa piirtää neliön mallista ja ihmisen vartaloineen, viisivuotias taas osaa piirtää jo kolmion ja tähden ja jäljentää numeroita sekä kirjoittaa kirjaimia ja ihmispiirroksessa alkaa olla jo yksityiskohtia, tällöin kynäote on jo kehittynyt eikä kynää

vaihdeta kädestä toiseen. Kolmivuotias pystyy rakentamaan kymmenen palikan tornin ja osaa avata ja laittaa napit kiinni, nelivuotiaana onnistuu jo 10—25 palan palapeli ja saksien käyttäminen. Viisivuotias osaa koota rakennussarjoja ja tykkää käsillä tekemisestä, kuten helmien pujottelusta tai leipomisesta. (Kaisvuo ym. 2013, 47—48.)

Myöhäisleikki-iässä lapsen ajattelu kehittyy tietorakenteiden ja käsitemaailman laajenemisten myötä, esimerkiksi työmuisti paranee, ja toimintoja ohjaavat opitut käsitteet, jotka ovat tallentuneet tietomuistiin. Lapsen ajattelu on tässä vaiheessa itsekeskeistä, ja lapsi kykenee katsomaan asioita vain omasta näkökulmastaan. Muistin kehittymisen ansiosta lapsen kanssa voidaan keskustella asioista. Liikkumisen kautta lapsi edelleen oppii uutta ja ilmaisee tunteitaan. (Kaisvuo ym. 2013, 49.)

Kolmivuotias haluaa tehdä asioita itse, kokee monia sosiaalisia tunteita ja hiljalleen huomaa taitojensa rajallisuuden, myös sukupuoliroolit alkavat hahmottua. Lapsi harjoittelee myös oman tahdon ilmaisua ja säätelyä, ja on herkkä ja pahoittaa mielensä helposti. 3—4-vuotias on minäkeskeinen, ja muita on vaikea ottaa huomioon. Nelivuotias on tiedonhaluinen ja kiinnostunut ympäristöstä. Mielikuvitus kasvaa, mutta lapsi ei osaa vielä tehdä eroa sadun ja todellisuuden välille. 4-vuotiaana lapsi alkaa laskea jonkin verran ja esineiden luokittelu värin ja koon mukaan alkaa sujua. Lapsi alkaa tässä kohtaa vertailla itseään muihin ja arvioi omia taitojaan. Lapsi tietää, miten pitää käyttäytyä, muttei jaksaa aina toimia odotusten mukaan. Viisivuotiaana lapsi taas haluaa toimia sääntöjen mukaan. Mielikuvitus kuitenkin voimistuu vielä, mikä hämärtää edelleen tarun ja toden eroa, toisaalta mielikuvituksen voimistuminen auttaa luovan ajattelun ja ratkaisujen keksimiseen. Viisivuotias on sosiaalinen, ja ryhmäkokemukset auttavatkin huomioimaan muita, esimerkiksi toisten tunteita. 5—6-vuotiasta ymmärtää oikean ja väärän eron sekä pohtii asioiden oikeudenmukaisuutta ja asioiden syitä ja seurauksia. Kuusivuotias alkaa jäsentää käsityksiään vuorovaikutussuhteista ja omatunto syntyy. Lapsi alkaa hahmottaa itsensä ainutlaatuisena yksilönä ja testaa annettu rajoja. (Kaisvuo ym. 2013, 50, 52, 53.)

Kielellinen kehitys myöhäisleikki-iässä jatkuu edelleen osavaiheittain. Kolmivuotias vähentää egosentristä eli itselle suunnattua puhetta, puhuu 3—5 sanaisia lauseita, käyttää ajan määreitä, kyselee paljon ja poimii kertomuksista ideoita omiin leikkeihinsä. Neljävuotiaana kyseleminen lisääntyy ja lapsi alkaa elää kyselykauden vaihetta kielenkehityksessä, sanamäärät lauseissa lisääntyy, lapsi käyttää superlatiivisia vertail-

lessaan asioita ja kertoo tarinoita ja keksii omia sanoja. Viisivuotias hallitsee jo äidinkieliensä taivutusmuodot. Mielikuvitus vilkastuttaa puhetta ja lapsi liioittelee sanoilla. Abstrakteja mielikuvia lapsi ei vielä hallitse, mutta käsitteet selkenevät, esimerkiksi ymmärrys siitä, mitä tarkoittaa edessä - takana ja nopeasti - hitaasti. Kuusivuotias puhuu jo lähes oikeakielisesti eikä kerro mahdottomuuksia. Abstraktit käsitteet ovat edelleen vaikeita, mutta tärkeimmät suhdekäsitteet lapsi osaa. (Kaisvuo ym. 2013, 50—51.)

Kolmivuotiaana mielikuvitus alkaa tulla leikkeihin. Keskittymiskyky ei vielä ole kehittynyt, joten leikit ovat lyhyt kestoisia ja vaihtelevia. Lapsi on kiinnostunut leikkimään muiden lasten kanssa, mutta leikit ovat vielä rinnakkaisleikkejä, koska tässä iässä lapsi harjoittelee vielä tavaroiden jakamista ja lainaamista. Leikkien tuomat onnistumisen kokemukset yhteistyöstä tuovat pikkuhiljaa sujuvuutta yhteisleikkeihin. 4—5-vuotiaana yhteisleikit alkavat sujua, leikit ovat järjestäytyneitä ja niihin alkaa tulla rooleja ja yksinkertaisia sääntöjä. Mielikuvitukset käyttö lisääntyy leikeissä, esimerkiksi itse rakennetut majat ovat osa leikkejä samoin aikuisten toimien jäljittely. Viisivuotiaana ryhmäleikit pienissä ryhmissä ovat mieluisia ja rinnakkaisleikit ovat väistyneet. Kuusivuotiaalla leikin avulla oppiminen on tärkeä osa varhaiskasvatukseen kuuluvaa esiopetusta. Rooli,- mielikuvitus- ja sääntöleikit yhdessä ystävien ja muiden lasten kanssa kuuluvat tähän ikään, sosiaalisella kypsymisellä ja omantunnon kehittymisellä on vaikutusta näiden kiinnostavuuteen. Ryhmien sisällä saattaa esiintyä kilpailutilanteita, kun lapset taistelevat oman identiteettinsä sekä eri roolien välillä. Tässä kohtaa leikeissä alkaa näkyä pitkäjänteisyyttä, ja ne saattavatkin jatkua useita päiviä. Leikit lasten kesken opettavat taitoja, joita aikuisten kanssa lapset eivät opi ja aktiivisen toimimisen salliminen kehittää positiivisen minäkuvan kehittymistä. Yhteiskunnallisten normien ja sääntöjen oppimiseksi aikuisen tulee kuitenkin asettaa sanallisesti rajoja. (Kaisvuo ym. 2013, 56—57.)

Aikuisen tulee ohjata myöhäisleikki-ikäistä lasta vaarojen välttämiseen turvallisuuskasvatuksella (THL 2014f). Esimerkiksi vaarasäännöt suojelevat lasta tapaturmilta ja tuovat turvallisuuden tunnetta (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2013d, 14). Ylisuojelu tai tarpeeton rajoittaminen eivät kuulu turvallisuuskasvatukseen. Sääntöjen ja rajojen tarkoitus on suojella lasta vaaroilta, ja lapselle tulee perustella miksi tietyt asiat ovat kiellettyjä. Turvallisuusriskeistä keskustelun mahdollisuus tarjoutuu 4—6-vuotiaan kohdalla, koska lapsi nauttii uusien taitojen opettelusta. (THL 2014f.) Lap-

selle sattuu helposti tutussa ympäristössä tapaturmia, kun leikin ja mielikuvituksen pyörteissä ympärillä piilevät vaarat jäävät huomaamatta (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2013e, 11). Leikkiessä ymmärrys vaaroista saattaa kadota, eikä lapsi osaa vielä käyttää omaa harkintakykyään täysipainoisesti. Kouluiän lähestyessä lapsen itsenäisyys lisääntyy, ja lapsi voi ottaa enenevässä määrin myös vastuuta turvallisuudesta. Aikuisen valvonta muuttuu kouluiän lähestyessä enemmän tietoisuudeksi siitä, missä lapsi ja on mitä hän on tekemässä, ja heidän tulee harkita missä määrin lapsen voi turvallisesti jättää hetkittäin yksin. Lapsen kanssa on hyvä sopia miten toimia vahingotilanteessa. (THL 2014f.)

5 LASTEN ANATOMISET JA FYSIOLOGISET ERITYISPIIRTEET

Lapsi ei ole pienoiskokoinen aikuinen. Lasten anatomiset ja fysiologiset eroavaisuudet ovat ikään ja kokoon sidonnaisia, mutta myös lasten alttiuteen tietyille taudeille, sekä joidenkin vammojen ikäriippuvaiseen esiintymiseen. (Jalkanen 2009, 464—465.)
Imeväisikäisen lapsen anatomiset ja fysiologiset eroavaisuudet väistyvät vähitellen muutaman ensimmäisen elinvuoden aikana, mutta vasta murrosikäistä voidaan hoitaa kuten aikuisia. Lasten jatkuvan kasvun ja kehittymisen vuoksi heidät on hoitamisen kannalta järkevää jakaa kolmeen ryhmään: imeväisikäiset, lapset ja murrosikäiset. (Klockars 2012, 342.)

Lapsen anatomiassa erot pitää huomioida esimerkiksi hengitysteiden auki pitämisessä. Lapsen (alle 3-vuotiaan) ollessa selällään suuri takaraivo aiheuttaa pään eteen taivutuksen, mikä estää ilmavirtauksen hengitysteissä. Vastaavasti liiallinen pään taakse-taivutus litistää henkitorvea, joka ulottuu lapsilla ylemmäs kuin aikuisilla. (Jalkanen 2009, 464—466.) Lapsilla kieli on suhteessa isompi kuin aikuisilla, minkä takia se helpommin myös tukkii ylähengitystiet (Klockars 2012, 343). Vastasyntyneet ja pienet imeväiset ovat pakollisia nenähengittäjiä, eli he eivät osaa vaihtaa hengitystään suun kautta hengittämiseen kuolemankaan uhalli. Tämä on pidettävä mielessä, kun nenän ilmatiet ovat tukkeessa esimerkiksi eritteestä tai turvotuksesta. (Jalkanen 2009, 464—466.) Lapsilla limakalvojen rakenteet ovat löyhempiä, ja siksi herkempiä turvotukselle ja verenvuodolle. Hengitystiet ovat läpimitaltaan pienempiä, ja siksi jo vähäinen turvotus niissä aiheuttaa verrannollisesti suuren virtausvastuksen, mikä lisää hengitystyötä. (Klockars 2012, 343.)

Lapsilla hapenkulutus on suurempaa kokoonsa nähden, ja imeväisikäisillä koko keuhkotilavuus on koko ajan käytössä eli hengityksen kertatilavuutta ei ole mahdollista lisätä. Tämän takia hapen saanti on hengitystaajuudesta riippuvainen. Lapsen hengityksen kertatilavuus on 8 ml jokaista painokiloa kohden ja normaali hengitystaajuus vastasyntyneellä 30—60 kertaa minuutissa, 1-vuotiaalla 30—50 kertaa minuutissa, 3—5-vuotiaalla 20—35 kertaa minuutissa, ja murrosikäisellä jo aikuisen normaalia hengitystaajuutta vastaava 14—20 kertaa minuutissa. Lapsen hengitysilhakset ovat kuitenkin kehittymättömät, minkä takia kasvavaa hengitystyötä seuraa helposti hengitysupimus. (Klockars 2012, 343—344.) Hengitysvaikeudesta kärsivä lapsi käyttää hengityksen ylläpitämiseen apuhengitysilhaksia, mikä näkyy kylkivälien, rintalastan alaosan ja kaulakuopan sisään vetäytymisenä. Vaikea hengitysvajaus johtaa lapsella pinnalliseen hengitykseen ja hengitystaajuuden vaihteluihin, ja lapsesta tulee ärtynyt, sekava ja levoton. (Nurmi 2012a, 348.)

Imeväisikäisen lapsen sydänlihas on kehittymätön, minkä takia sydän ei pysty kasvatamaan iskuutilavuuttaan. Tämän vuoksi sydämen minuuttivirtaus on täysin syketaajuudesta riippuvainen. Vastasyntyneellä ja 1-vuotiaalla normaali syketaajuus on 100—160 kertaa minuutissa, 3—5 vuotiaalla 70—135 kertaa minuutissa ja tasaantuu siitä edelleen kasvun ja kehityksen myötä aikuisen tasolle murrosiän aikana. (Klockars 2012, 343—344) Vakavassa hapenpuutteessa seuraa nopeasti syketaajuuden lasku, ja lopulta verenkierron romahtaminen (Nurmi 2012a, 348). Elimistön kompensointi on tarkoitetaan korjausmekanismeja, jotka ylläpitävät elimistön tasapainotilaa häiriötilanteissa (Kompensaatio: Teveyskirjasto). Imeväisiän ohittaneella lapsella nämä elimistön kompensointimekanismit ovat varsin tehokkaat. Näiden avulla lapsi pystyy kompensoimaan muun muassa verenkiertovajauksesta johtuvaa hapenpuutetta supistamalla ääreisverenkiertoa sekä lisäämällä hengitystaajuutta ja -työtä. Tehokkaasta kompensointiosta johtuen lapsipotilaan kliinisen tilan määrittäminen voi olla haastavaa sillä verenkiertovajaus voi vaikuttaa hengitysvajaukselta, ja päinvastoin. (Klockars 2012, 343—344.)

Lapsen pää suhteessa vartaloon on suurempi kuin aikuisella. Vastasyntyneellä pään osuus pituudesta on neljännes, aikuisella miehellä vain kahdeksasosa pituudesta. (Kantero, Levo & Österlund 1997, 179.) Koska 0—3-vuotiaan lapsen kallo on suhteessa vartaloon suurempi ja painavampi kuin aikuisella, painopiste sijaitsee korkeammalla. Lapsen kallon luut ovat ohuempia kuin aikuisen, ja niiden antama suoja on

heikompi. Selkäydinvammat ovat lapsilla harvinaisia, koska kudokset ovat liikkuvaisia ja taipuisia, mutta niitä esiintyy tyypillisesti alle 2-vuotiailla lapsilla, joiden suhteessa painava pää aiheuttaa voimakkaan taivutuksen esimerkiksi äkkijarrutustilanteissa. (Jalkanen 2009, 464—466.) Lasten luut ovat joustavampia kuin aikuisten luut ja kasvavan luun ulkopinta on vahva. Tämä aiheuttaa lasten luille tyypillisiä ”pajunoksa”-murtumia, joissa luu on taittunut muttei katkennut. (Suomen luustoliitto ry 2012.) Lasten luuston aineenvaihdunta ja murtumien paraneminen on nopeampaa kuin aikuisilla, ja ajan myötä murtumista jääneet virheasennot voivat korjautua luun kasvun myötä. Tämän vuoksi lasten murtumat hoituvat usein polikliinisesti ja konservatiivisesti, eikä leikkaushoitoa tarvita kuin vaikeissa vammoissa. (Kallio, Mäkitie & Mäyränpää 2013, 1993.) Alle 2-vuotiaat lapset eivät itse liikkuen kykene tuottamaan itselleen korkeaenergisiä vammoja kuten kallon, raajojen ja kylkiluiden murtumia. (Jalkanen 2009, 464—466.)

Lapsella rintakehä on anatomiselta sijainniltaan korkeammalla, vatsanpeitteet ovat ohuemmat ja vatsaontelossa on vähemmän rasvaa ja sidekudosta. Tämän takia suhteessa suuret sisäelimet saavat aikuista heikomman suojan, ja syntyneet vammat ovat vaikeampia. Sisäelinvammat voivat olla vakavia ilman että ulkoisia merkkejä on nähtävissä. (Klockars 2012, 359—360.)

6 LASTEN SAIRAUSKOHTAUKSET, TAPATURMAT JA NIIDEN ENSIAPU

Ensiapu on elämäntaito, jota jokainen tarvitsee jossain vaiheessa elämäänsä (Korte & Myllyrinne 2012, 127). Ensiavulla tarkoitetaan loukkaantuneelle tai sairastuneelle, yleensä maallikon toimesta, annettavaa apua tapahtumapaikalla (Castren ym. 2012i). Ennakolta hankitut tiedot ja ensiaputaitojen jatkuva ylläpitäminen antavat auttajalle valmiuksia toimia ensiaputilanteessa (Castren, Helistö, Kämäräinen & Sahi 2008, 153). Pienissä tapaturmissa ja sairastumisissa maallikon antama apu on usein riittävä, ja ainoa mitä autettava tarvitsee. Vakavissa onnettomuuksissa ja sairauskohtauksissa maallikon nopealla avun hälyttämisellä ja oikeilla ensiaputoimilla on ratkaiseva merkitys ensihoito-järjestelmän käynnistämisessä. (Castren ym. 2012i.)

6.1 Ensiaputilanteiden valinta

Ensiapukoulutuksen- ja oppaan tarkoituksen mukaisesti keskityimme sisällössä lasten tapaturmissa ja sairauskohtauksissa tarvittaviin ensiaputoimiin. Ensiapua vaativien ti-

lanteiden valinnassa käytimme apuna THL:n tilastoa lasten ja nuorten vuodeosastohoidon syistä, THL:n alle 25-vuotiaiden kuolemansyy tilastoa, Nurmi-Lühtjen ja Lüthjen Tapaturmat päivähoidossa Kouvolan seudulla -julkaisua (2009), Kelan tilastollista vuosikirjaa 2013 lasten vammaistuen saajista sairauden mukaan, Perheentuvan ja Rajantien Lasten terveys -artikkelia (2005), Kumpulän ja Paavolan Lasten ja nuorten tapaturmat –artikkelia Kansanterveyslehdessä (2007) sekä Jalangon Tapaturmat ja myrkytykset -artikkelia 100 kysymystä lasten lääkärille teoksesta (2009). Ensiapuun kohdentuneesta kirjallisuudesta tutustuimme muun muassa Kortén ja Myllyrinteen Ensiapu-teokseen (2012), Castrenin, Helistön, Kämäräisen ja Sahin Ensiapuopasteokseen (2008), Suomen Punaisen Ristin internetsivuihin ja Castrenin, Kortén ja Myllyrinteen Duodecimin Terveyskirjasto-internetsivustolla saatavilla olevaan Ensiapuoppaaseen (2012). Lisäksi henkilökunnalle teettämässämme kyselyssä kiinnitimme huomiota heidän kokemuksiinsa päivähoidossa sattuneista tapaturmista: mistä he olivat kiinnostuneita kuulemaan, sekä mitä he kokivat turvallisuuden riskitekijöiksi päivähoidossa.

Tavallisimpia tapaturmaisista kuolemansyistä alle 7-vuotiailla ovat hukkuminen, tukehtuminen (pl. hukkuminen) ja liikenteen aiheuttamat kuolemat (pl. vesiliikenne) (THL 2014c). Niiden perusteella valitsimme ensiapuaiheisiin hukkumisen ja vierasesine hengitysteissä. Tukehtumisvaara tuli esille myös kyselyssä. Tukehtumistapaturmista valitsimme vierasesine hengitysteissä tilanteen, koska se on olennainen riski lapsen kehityksen vaiheet huomioon ottaen

Samalla ikäryhmällä yleisimpiä vuodeosastohoitoon johtaneita syitä ovat kaatuminen ja putoaminen, elottoman ympäristön mekaaniset voimat, myrkytys sekä kuumuus ja kuumien aineiden kosketus. Sairaalahoitoon johtaneista tapaturmista yleisimpiä ovat kaatumisesta tai putoamisesta johtuneet vammat, toiseksi yleisimpiä ovat elottoman ympäristön mekaanisista voimista aiheutuneet vammat, esimerkiksi törmäämiset. (THL 2014c.) Kaatumisen, putoamisen ja törmäykseen liittyvät mm. tuki- ja liikuntaelinvammat, kuten murtumat, nivelvammat, lihas- ja jännevammat, kasvovammat ja päänvammat (Castren ym 2012e). Kaatuminen tai putoaminen aiheuttaa usein lapsille myös pinnallisia vammoja kuten naarmuja (Nurmi-Lühtje & Lüthje 2009, 1139). Kaatumiseen ja putoamiseen liittyvien vammojen laajan kirjon vuoksi päädyimme rajamaan käsiteltäviin tilanteisiin aiheet, jotka nousivat esille kyselyssä: venähdykset ja nyrjähdykset, murtumat, aivotärähdyksen sekä haavat. Lisäksi lasten yleisimpiin tapa-

turmiin kuuluvat myös sähköiskut ja terävien esineiden aiheuttamat pistohaavat (Kumpula & Paavola 2007, 18). Sisällytimme tämän takia myös palovammat ja sähkötapaturmat ensiapuohjeisiin.

Perheentuvan ja Rajantien Lasten terveysterveystieteen -artikkelin (2005) mukaan Kelalta hoitotukea saaneiden yleisimmät sairaudet ovat mielenterveyden häiriöt, astma, synnynnäiset rakenneviat, diabetes mellitus, aivoperäinen halvaus, allergiat, nivelreuma, korvan ja kartiolisäkkeen sairaudet ja epilepsia. Kelan tilastollisen vuosikirjan 2013 mukaan samat sairaudet ovat edelleen yleisimpien joukossa. Näistä sairauksista päätimme opinnäytetyöhömme sisällyttää sairaudet, jotka voivat aiheuttaa ensiapua vaativan tilanteen eli astman, koska se voi aiheuttaa hengitysvaikeuden, diabeteksen valitsimme hypoglykemiariskin vuoksi, epilepsian kouristeluriskin vuoksi ja allergiat niihin liittyvän anafylaktisen reaktion takia. Lisäksi henkilökunnalle pitämämme kyselyn vastauksissa lasten sairaudet ja allergiat mainittiin päivähoiton turvallisuuteen liittyvinä riskitekijöinä.

Kyselyssä esille nousivat myös hyönteisten pistot, nenäverenvuoto, hammasvammat ja roska silmässä. Näistä valitsimme vielä oppaaseen aiheen hyönteisten pistot niiden mahdollisen vakavuuden vuoksi, sekä nenäverenvuodon, koska se nousi esille toivotuina aiheina ja siihen oli kolmanneksi eniten kyselyn mukaan annettu päivähoitossa ensiapua. Kyselyssä esiin nousseista aiheista ”roska silmässä”-tilanteen ja hammasvammat jätimme sisällön ulkopuolelle, koska Iitin päivähoiton henkilökunnan kanssa käydyissä keskusteluissa saamamme tiedon mukaan henkilökunta on ohjattu herkästi hakeutumaan hoitoon niihin liittyen, jos pienet auttamistoimet eivät auta. Kyyn pureman ensiapu tuli vastaan hyönteisten pistoja käsittelevissä aineistoissa, joten valitsimme vielä sen osaksi sisältöä 100 kysymystä lastenlääkärille julkaisun Jalangon Tapaturmat ja myrkytykset- artikkelista sen vakavuuden vuoksi. Elvytys, tajuttoman ja sokkisen auttaminen ovat osa hätäensiapua (Suomen Punainen Risti, Hätäensiapu). Ne valitsimme aiheiksi niiden vakavuuden vuoksi

6.1.1 Astma

Astma on yleisin lasten pitkäaikaissairaus. Sitä sairastaa 5—7 % lapsista ja lisäksi yhtä isolla osalla esiintyy astmaoireita. Yleisimmin astmaoireet alkavat jo pikkulapsena. (Allergia- ja astmaliitto 2011.) Astma on keuhkoputkien limakalvojen tulehdussairaus, joka pitkään kestäessään ja usein toistuessaan aiheuttaa keuhkoputkien ahtautumista ja

keuhkojen toiminnan häiriöitä (Haatela 2013). Lapsella astma diagnosoidaan yleensä, kun hän on sairastanut useamman lääkärin hoitoa vaatineen ahtauttavan keuhkoputken tulehduksen eli obstruktiivisen bronkiitin (Nurmi 2012a, 346—347). Kolmeen ikävuoteen mennessä 20—30 % lapsista on sairastanut vinkuvaa uloshengitystä aiheuttavan keuhkoputken tulehduksen. Astmaksi voidaan kutsua myös yli kolmevuotiaan hengenahdistusta, joka laukeaa keuhkoputkia laajentavalla lääkkeellä (Hermanson 2012).

Astmaa sairastavan lapsen liikuntaa ei pidä rajoittaa, sillä hyvä yleiskunto parantaa astman tasapainossa pysymistä. Liikunnan aiheuttaessa astmaoireita on syytä tehostaa lääkitystä. (Hermanson 2012.)

Tyypillinen astmakohtaus on tunnistettavissa kovana yskänpuuskan, hengitysvaikeutena ja uloshengityksen vinkunana. Yskänpuuska voi ilmaantua fyysinen rasituksen jälkeen, kylmällä ilmalla, infektion seurauksena tai siitepölyn provosoimana. Joillain lapsilla ainoana oireena voi olla pitkittynyt yskä, joka usein on pahimmillaan aamuyöllä. (Jalanko 2012a.) Astmakohtauksesta kärsivän annetaan valita hyvä lepoasento, joka säästää hänen voimiaan hengitystyöhön. Raittiin ilman tarjoamiseksi huoneen tuuletuksesta huolehditaan. Jos autettavalla on käytössä astmalääkkeitä, häntä autetaan ottamaan ne ohjeen mukaisesti. Jos hengitysvaikeus ei laukea nopeasti tai pahenee, tulee soittaa yleiseen hätänumeroon 112. (Castren, Korte & Myllyrinne 2012a.)

6.1.2 Allergiat ja anafylaktinen reaktio

Allergiat jaetaan kahteen päätyyppiin, nopeisiin ja hitaisiin allergioihin. Nopeissa allergioissa oireet alkavat 1—10 minuutin aikana siitä, kun allergeeni on päässyt elimistöön. Hitaisissa allergioissa ensioireiden kehittyminen vie tunteja tai päiviä. Allergiaoireet aiheutuvat, kun elimistö muodostaa vasta-aineita, jotka reagoivat allergeenin kanssa. Allergiaoireita ovat mm. nokkosihottuma, allerginen nuha ja silmätulehdus, allerginen astma, ruoka-aineista johtuvat vatsavaivat ja anafylaktinen reaktio. Hitaat allergiat ovat usein kosketusallergiaa, jota aiheuttavat muun muassa hajusteet ja kemikaalit. Allerginen kosketusihottuma ilmenee iholla kohdassa johon allergeeni on koskettanut. Se voi olla punoitusta, kutinaa, hilseilyä ja turvotusta.

Pienillä lapsilla ilmenevät ruoka-aineallergiat parantuvat usein kouluikään mennessä. Siitepöly- ja eläinallergiat kestävät tavallisesti läpi elämän. (Hannuksela 2012.)

Anafylaksia tarkoittaa vakavaa allergista yleisreaktiota, joissa oireiden kehittymisnopeus vaihtelee minuuteista tunteihin. Usein anafylaktisen reaktion aiheuttajia ovat ruoka-aineet ja lääkkeet, mutta reaktion voi aiheuttaa esimerkiksi hyönteisen pisto tai eläimen purema. (Aaltonen & Urtamo 2009, 369-370.) Anafylaksian oireet alkavat usein käsien ja huulien pistelyllä ja punoituksella ja etenevät kutinaan, ihottumaoireisiin ja turvotuksiin, jotka on havaittavissa huulilla ja silmäluomissa. Hengitysteissä ilmenevät oireet alkavat palantunteella kurkussa. Anafylaksian edetessä hengitys alkaa vinkumaan ja kurkku turpoaa. Lisäksi oireina voi olla tykyttelyn tuntua, rintakipua, tajunnan alenemista sekä myös pahoinvointia ja oksentelua. (Allergia- ja astmaliitto 2014.) Autettavan yleiskunto kertoo alustavasti yliherkkyyksireaktion vaikeusasteesta; tiheästi hengittävä, viileäkätinen ja kalpea potilas on saamassa anafylaktisen reaktion (Holmström 2012, 260).

Anafylaktinen reaktio on hengenvaarallinen tila (Holmström 2012, 260). Jos tilanne vaikuttaa uhkaavalta, tulee auttajan soittaa 112 nopean ammattiavun paikalle saamiseksi. Anafylaksian ensiapuna käytetään adrenaliinia. Jos saatavilla on käyttövalmis adrenaliiniruisku, sen sisältämä adrenaliini tulee viipymättä pistää reiden tai olkavarran lihakseen pakkauksen ohjeen mukaan. Ruiskun aiheuttomasta käytöstä ei ole muuta haittaa kuin nopeutunut pulssi parinkymmenen minuutin ajaksi. Annos voidaan tarvittaessa antaa uudelleen parinkymmenen minuutin kuluttua. Hoitoa voi täydentää antihistamiinilla, kortisonitableteilla tai avaavalla astmalääkkeellä. (Hannuksela-Svahn 2014.) Autettavan hapensaantia voi turvata hoitamalla nielun ja kielen turvotusta asettamalla potilas asentoon, jossa pää ja ylävartalo ovat keskivartaloa korkeammalla (puoli-istuva-asento) (Holmström 2012, 260). Anafylaktinen reaktio uusiutuu jopa 20 %:lla vuorokauden kuluessa, minkä vuoksi jatkoseuranta on tarpeen yksikössä, jossa on valmiudet lääkehoidon ja elvytyksen toteuttamiseen. Lievemmän allergisen reaktion hoidossa autettava voi ottaa omaa antihistamiinia, astmalääkettä tai kortisonia. (Holmström 2012, 261.)

6.1.3 Kouristelu

Kouristelu aiheutuu aivojen epänormaalista sähköisestä purkaustoiminnasta (Lehtonen 2012a, 233). Lapsilla kouristelu on yleinen oire. Syitä kouristeluun voivat olla esimerkiksi epilepsia tai kuumekouristelu, sekä päänvammat, alentunut verensokeri, elektro-

lyyttihäiriöt, myrkytykset tai hapenpuute tajunnaltaan alentuneella tai hengitysvaikeuden yhteydessä. (Nurmi 2012b, 350.)

Maallikolle kouristelukohtauksen näkeminen on dramaattinen kokemus. Yksittäisen yleistyneen eli grand mal, kouristuskohtausjakson kulku voi alkaa esioireilla eli aurala, jolloin osa epileptikoista aistii tulevan kohtauksen ja käy makuulle. Vain hyvin harvalla epileptikoista kuitenkaan tulee esioireita. Mahdollisen auran jälkeen tulee jäykistymisvaihe, joka kestää yleensä noin 20—30 sekuntia, jolloin potilas menettää tajuntansa ja kaatuu maahan. Usein olkavarret painuvat vartaloon kiinni, kyynärvarret koukistuvat, vartalo taipuu kaarelle, alaraajat suoristuvat ja jalkaterät kääntyvät sisäänpäin. Kohtauksen saanut voi myös huutaa hetken tahattomasti jäykistysvaiheen tullessa. Autettavalle voi aiheutua hengityslama, hän voi purra kieleensä sekä uloste tai virtsa voi karata. Koukisteluvaihe tulee jäykistymisvaiheen jälkeen. Koukisteluvaiheessa lihakset koukistelevat voimakkaasti, kuolaa valuu suusta ja kasvot sinertävät. Kouristelukohtaus päättyy jälkiunivaiheeseen. Koukisteluvaiheen jälkeen autettava voi olla vielä jonkin aikaa tajuton eikä reagoi ympäristöön. Osa kouristeliijoista toipuu nopeasti hetken uneliaisuuden jälkeen, osa on sekavia ja uneliaita ja jotkut vaipuvat varsinaiseen jälkiuneen ja nukkuvat muutaman tunninkin. Kohtauksen jälkeen autettava voi valittaa päänsärkyä ja lihaskipua. Yksittäinen kohtaus ei sinällään ole vaarallinen ja kaatuminen aiheuttaa usein vain pintaruhjeita, mutta esimerkiksi uimassa saatuun kohtaukseen autettava menehtyy ellei kukaan käynnistä pelastustoimia. (Lehtonen 2012a, 233.)

Pitkittyneessä kouristuskohtauksessa, status epilepticuksessa, jäykistyskoukistelujaksot seuraavat toisiaan ilman potilaan tulemista tajuihinsa välillä. Kohtauksta voidaan käytännössä pitää pitkittyneenä kolmannen peräkkäisen jakson alkaessa tai potilaan kouristeltua yli 10 minuuttia yhtämittaisesti. Pitkittyneessä kohtauksessa jaksot eivät usein ole enää erotettavissa, vaan kouristelevalla esiintyy lähinnä koukistelua. Autettavan voimien ehtyessä koukistelu vaimenee, jolloin havaittavissa on enää lievää nykinää, katseen tai pään kääntymistä sivulle tai silmänvärve eli nystagmus. Pitkittynyt kohtaus on pyrittävä lopettamaan mahdollisimman nopeasti lääkkeiden avulla, joko suoneen tai peräruiskeena annettavalla lääkkeellä, riippumatta kouristelun syystä. Pitkittyneeseen kohtaukseen liittyy elimistön hapenpuutteen vaara ja verenkiertolama on myös mahdollinen. Pitkittynyt kouristelu voi johtaa myös munuaisvaurioon mahdollisten lihassoluvaurioiden aiheuttamana. Muita vammoja ovat esimerkik-

si haavat ja luunmurtumat. Pitkittyneen kohtauksen jatkuessa yli tunnin kasvaa myös aivosolujen vaurioitumisen riski. (Lehtonen 2012a, 233—234.)

Kouristuskohtauksen ensiapuna tulee huolehtia, ettei kouristeleva kolhi päättään tai muuten vahingoita itseään. Kouristusliikkeitä ei saa yrittää estää. Suuhun ei saa laittaa mitään, koska se vaikeuttaa hengittämistä. Autettava tulee kääntää kylkiasentoon heti kun kouristukset vähenevät. Hätäilmoitus tulee tehdä, jos kohtaus kestää yli 5 minuuttia tai uusiutuu. Jos kouristelevan ei tiedetä sairastavan epilepsiaa, tulee autettava toimittaa sairaalaan, koska kouristelu on aina vakava oire. Jos autettava ei kouristuskohtauksen jälkeen hengitä eikä hänellä ole verenkierron merkkejä, tulee aloittaa painelupuhallus elvytys. (Castren ym. 2012a.)

6.1.3.1 Lapsuusiän epilepsia

Lapsuudessa alkavat epilepsiat ovat etiologialtaan, oireiltaan ja ennusteeltaan monimuotoinen neurologinen sairausryhmä (Epilepsiat ja kuumekouristukset (lapset): Käypä hoito 2013). Usein luullaan, että kouristelu ja epilepsia ovat sama asia, kuitenkin noin puolella pitkittyneen kouristelukohtauksen saaneista ei ole epilepsiaa (Lehtonen 2012a, 233). Epilepsian esiintyvyys alle 16-vuotiailla suomalaisilla on noin 3/1000. Epilepsiassa potilaalla on pitkäkestoinen taipumus saada epileptisiä kohtauksia. Epileptinen kohtaus määritellään ohimeneväksi aivotoiminnan häiriöksi, joka johtuu esimerkiksi poikkeavasta tai liiallisesta hermosolujen sähköisestä toiminnasta. Kohtausten kliinisiä oireita ovat muun muassa tajunnan häiriintyminen sekä tahdosta riippumattomat motoriset oireet kuten jäykistyminen ja nykiminen. (Epilepsiat ja kuumekouristukset (lapset) 2013.)

Epilepsiaa sairastavan tajuttomuus-kouristuskohtauksen ensiapuna tulee auttajan huolehtia siitä, ettei kouristeleva vahingoita itseään, esimerkiksi asettamalla pehmusteen päähän alle. Suuhun ei saa laittaa mitään, koska se vaikeuttaa hengittämistä. Kun kouristukset vähenevät tulee autettava asettaa kylkiasentoon hengitysteiden avoimena pysymisen varmistamiseksi ja eritteiden valumiseksi suusta ulos. Hengitys tulee varmistaa tunnustelemalla ilmavirta. Jos kohtaus kestää yli 5 minuuttia tai kohtaus uusii ennen kuin henkilö on ehtinyt toipua edellisestä kohtauksesta tulee soittaa 112, hätänumeroon tulee soittaa myös, jos henkilö on loukkaantunut kohtauksen aikana. Epilepsiaa sairastavalla voi olla oma ensiapulääke, jonka hoitava lääkäri on määrännyt. Ensiapulääkkeenä voidaan käyttää diatsepaami-ruisketta peräsuoleen annosteltuna tai midatso-

laami-liuosta posken limakalvolle annosteltuna. Lääkäri yhdessä hoitajan kanssa ohjaa lääkkeen käytön sitä annosteleville henkilöille. Tarvittaessa neuvoa voi kysyä yleisestä hätänumerosta 112. (Epilepsialiitto 2011.)

6.1.3.2 Kuumekouristelu

Kuumekouristelua esiintyy 2—5 %_lla alle kouluikäisistä lapsista (Jalanko 2012b). Kuume-kouristuksessa kuume on aina yli 38,5 astetta. Lapsen kuumetta ei usein ole keritty todeta ennen kouristelua, koska se tapahtuu usein kuumeen nousuvaiheen aikana. (Kuisma 2009, 316) Kouristuksessa lapsen raajat jäykistelevät symmetrisesti, katse saattaa hakeutua yläviistoon eikä lapseen saa kontaktia. Kouristus kestää tavallisesti muutaman minuutin ajan, minkä jälkeen lapsi palaa tajuihinsa, mutta on väsynyt. Kuumekouristelu ei ole merkki alkavasta epilepsiasta, eikä siitä ole haittaa lapsen myöhemmälle kehitykselle. Kuumekouristelu voi uusia. Tällöin kuumetta voidaan alentaa kuumelääkkeillä normaaliin tapaan, mutta tehokkainkaan kuumelääkitys ei estä kuumekouristelua. (Jalanko 2012b.)

Kuumekouristuksen hoidossa on samat yleisperiaatteet kuin epileptisen kohtauksen hoidossa; varmistetaan vapaat hengitystiet ja asetetaan lapsi kylkiasentoon turvalliseen paikkaan, ja jos kouristus ei mene itsestään ohi viidessä minuutissa, annetaan lapselle lääkärin määräämää kouristuksen lopettavaa lääkettä. Ja jos kohtaus ei mene ohi viidessä minuutissa lääkkeen annosta tulee lapsi toimittaa päivystykseen. (Rantala, Strengell, Tarkka & Uhari 2008, 2432–2434.) Aina ensimmäisen kuumekouristelun jälkeen on syytä ottaa yhteys päivystävään hoitoyksikköön jatko-ohjeiden saamiseksi, sekä muiden kouristelua aiheuttavien syiden pois sulkemiseksi. Päivystykseen on syytä ottaa yhteyttä myös, jos kuumekouristuksen jälkeen lapsi on sekava, kivulias, oksenteleva tai muuten poikkeava. (Jalanko 2012b.)

6.1.4 Diabetes

Suomalaisten alle 15-vuotiaiden lasten ja nuorten sairastuvuus diabetekseen on maailman suurinta ja edelleen yleistymään päin (Laine, Miettinen, & Pulkkinen 2011, 663). Lasten diabetes on vielä pääosin tyypin 1 diabetesta, mutta yleistyvän lihavuuden ja vähäisen liikunnan takia myös heillä on alkanut esiintyä tyypin 2 diabetesta, silloin kun heillä on siihen perinnöllinen alttius (Diabetesliitto). Lapsella diabeteksen

hoidon tavoitteena on turvata normaali kasvu ja kehitys, sekä päivittäinen hyvinvointi, ja estää elinmuutokset (THL).

Diabetes on energia-aineenvaihdunnan häiriö, joka johtuu insuliinihormonin puutteesta tai sen heikentyneestä toiminnasta. Insuliinin tehtävä on siirtää ravinnosta saatu sokeri verestä kudoksiin. Nykykäsityksen mukaan diabetes on ryhmä erilaisia ja eriasteisia energia-aineenvaihdunnan sairauksia, joille on yhteistä kohonnut veren sokeripitoisuus. Diabetes voidaan jakaa neljään ryhmään: tyyppin 1 eli nuoruustyyppin diabetes, tyyppin 2 eli aikuistyyppin diabetes, raskausdiabetes ja muista syistä johtuva eli niin sanottu sekundaaridiabetes. (Holm ym. 2010, 538—539.) Tyyppin 1 diabetes syntyy, kun autoimmuunitulehduksen seurauksena, kun haiman insuliinia tuottavat solut vähitellen tuhoutuvat. Vaikka 1 tyyppin diabetekseen johtavat autoimmuunitulehdukset alkavat usein jo vuosia ennen varsinaista sairauden puhkeamista, selkeät oireet kehittyvät nopeasti muutaman päivän tai viikon kuluessa sairauden puhjetessa. Insuliinin puutos elimistössä johtaa happomyrkytykseen, jonka oireita ovat pahoinvointi, oksentelu, vatsakivut ja hengityksen hapanimelä haju. Tila on hengenvaarallinen ja johtaa jatkuessaan tajuttomuuteen ja uneliaisuuteen. (Holm ym. 2010, 541.)

Tyyppin 1 diabeteksen hoidossa tärkeintä on korjata puuttuva insuliinin erityis oikein (Holm ym. 2010, 542). Diabeteksen hoidon kulmakiviä ovat verensokerin säännöllinen seuranta, insuliinihoidon optimointi, säännöllinen liikunta ja terveellisen ruokavalion ja säännöllisen ateriarytmin noudattaminen. Lapsilla ongelmia hoidossa ovat hypoglykemia pelko, vaihtelevat verensokeriarvot ja tunne omasta erilaisuudesta. (Laine ym. 2011, 633.)

Hypoglykemia eli verensokerin liiallinen lasku on akuutein ja vaarallisin sokeritasapainon häiriö, ja sitä tulee aina epäillä, kun diabeetikosta tulee äkkiä huonovointinen. Hypoglykemia syntyy, kun diabeetikko on joko ottanut liikaa insuliinia tai syönyt liian vähän. Oireet kehittyvät minuuteissa. Verensokerin laskiessa elimistö pyrkii nostamaan sitä vapauttamalla insuliinin vastavaikuttajia, kuten adrenaliinia. Adrenaliinin vaikutus aiheuttaa kylmänhikisyyttä, syketaajuuden nopeutumista ja kiihtyneen mielen tilan. Verensokerin puuttuminen aiheuttaa energianpuutteen hermo- ja aivosoluissa, jolloin autettavasta tulee sekava tai tajuton ja hän saattaa kouristaa. (Holmström 2009, 392.) Noin tunnin kestänyt hypoglykemia voi aiheuttaa pysyviä vaurioita aivosoluissa, ja tunteja kestäessään se aiheuttaa autettavan menehtymisen (Lehtonen 2012b, 230.)

Kun autettavalla havaitaan hypoglykemiaa oireita ja hän on vielä tajuissaan, annetaan hänelle sokeripitoista syötävää tai juotavaa kuten lasillinen maitoa, mehua, virvoitusjuomaa (ei kevytjuomia) tai suklaapatukka. Jos oireet eivät helpota 10 minuutissa, annetaan uudelleen syötävää tai juotavaa. Jos autettava menee tajuttomaksi, soitetaan yleiseen hätänumeroon 112 ja hänet autetaan kylkiasentoon. Tajuttomalle ei koskaan saa laittaa suuhun mitään tukehtumisriskin takia. Autettavan hengitystä seurataan ammattiavun tulon saakka. Tarvittaessa (jos ambulanssiin tulon kuluu yli 20 minuuttia) voidaan käyttää verensokeriarvon nostamiseen tarkoitettua glukagoniruisketta. (Castren ym. 2012a.)

6.1.5 Aivotärhdys

Suomessa aivovammoja esiintyy arviolta n. 15 000--20 000 vuosittain. Näistä suurin osa on lieviä, mutta noin 4000 saa pysyvän aivovamman, 1000 kuolee. (Alaspää 2009, 294.) Aivovammoista suurin osa (65 %) syntyy kaatumis- ja putoamistapaturmissa (Saarelma 2014a). Aivotärhdyksiä nimitetään lievää aivovammaa, jossa iskun seurauksena aivot heilahtavat likvorpatjalla. Heilahdus aiheuttaa ohimenevän aivojen valvekeskuksen häiriintymisen, jonka seurauksena voi olla jopa 30 minuutin tajuttomuus. (Alaspää 2009, 294.) Vuosittain viisi tuhannesta lapsesta lyö päänsä niin, että sitä seuraa ainakin hetkellinen tajuttomuus. Erityisesti pienillä lapsilla kallon luut ovat vielä pehmeät ja antavat sen verran periksi, että useimmiten merkittävää kallonmurtumaa ei synny. Myöskään aivokudoksen vaurioita ei tapahdu. Tärkeää on kuitenkin suojella pieniä lapsia putoamisilta. (Jalanko 2012c.)

Aivotärhdysten oireita ovat päänsärky, pahoinvointi, huimaus ja oksentelu. Oireet väistyvät yleensä muutaman vuorokauden kuluessa. (Lassus & Väisänen 2012, 278.) Aivotärhdykseen voi liittyä lyhyt tapahtumaa välittömästi edeltävä ja seuraava muistinmenetys, jonka seurauksena lapsi ei usein muista tapaturmaa. (Jalanko 2012c.) Päivystykseen saapuneista lapsista suurin osa on hereillä, vaikka kyseessä onkin kliinisesti merkittävä aivovamma. Lapsella ilmenevä sekavuus lisää aivovamman riskiä huomattavasti. Mustelmat silmien ja korvien ympärillä sekä turvotus kasvoilla saattavat viitata kallonluiden murtumiin, ja ovat aiheena pään tietokonetomografiatutkimukselle (pään-TT). (Hoppu 2012, 2568)

Aivotärhdysten jälkeen lapsi saa leikkiä normaalisti. Lapsen tilaa tulee kuitenkin seurata. Päänsärkyyn voi käyttää tulehduskipulääkkeitä. Tapaturman sattuessa illalla

lapsi tulee herättää muutamaan kertaan yön aikana tajunnan tarkistamiseksi. Hoitoon on syytä hakeutua, mikäli lapsi oksentelee toistuvasti, valittaa voimakasta päänsärkyä tai pahoinvointia, tai hän on sekava tai tajunta on hämartynt. (Jalanko 2012c.)

6.1.6 Hengitysteiden vierasesine

Suurin osa lasten vierasesinetapaturmista tapahtuu leikkien yhteydessä alle 3-vuotiaille lapsille (Jalanko 2012d). Lapsen on usein nähty edeltävästi nappaavan käteensä tai panevansa suuhunsa vierasesineen (Alaspää 2009, 250). Vierasesineen aiheuttamia tukehtumistapaturmia voi ehkäistä mm. valvomalla lapsia niiden leikkiessä ja syödessä (Tukehtumisvammojen ehkäisy). Tilanne on useimmiten lauennut joko itsestään tai ensiaputoimien ansiosta jo ennen 112:n välittämän ammattiavun paikalle saapumista. Usein vierasesine on kuitenkin sen verran iso kokoinen, ettei se mitenkään edes mahtuisi hengitysteihin. (Alaspää 2009, 250.) Jos tukehtumisen tunne ja yskiminen ovat alkaneet äkillisesti leikkimisen tai ruokailun yhteydessä, on mahdollisuus, että vierasesine on päätynt hengitysteihin. Mikäli vierasesinettä ei näy suussa, sitä ei saa yrittää poistaa sormella kaivamalla ilman näkyvyyttä. (Elvytys 2011.)

Tilanteen, jossa hengitysteissä on vierasesine, hoitoon vaikuttaa, onko hengitystie osittain vai kokonaan tukossa. Kun hengitystie on osittain tukossa, ihminen pystyy puhumaan, yskimään ja hengittämään. Tällöin lasta kehoitetaan jatkamaan yskimistä. Mikäli hengitystie on kokonaan tukossa lapsi ei pysty puhumaan, hengittämään tai yskimään. Lapsi väsähtää ja alkaa muuttua syanoottiseksi (eli iholtaan sinertäväksi). (Kuisma & Väyrynen 2009b, 227—228.)

Kun autettava on alle 1-vuotias lapsi, otetaan lapsi vatsa-asentoon reisien päälle niin, että lapsen pää on vartaloa alempana (Elvytys 2011). Vaihtoehtoisesti lapsi voidaan asettaa vatsa-asentoon auttajan toisen käden varaan (Kuisma & Väyrynen 2009, 228). Vatsa-asennossa olevaa lasta läimäytetään viisi kertaa lapojen väliin. Jos vierasesine ei viiden lapojen väliin annetun läimäytyksen jälkeen irtoa, tulee auttajan soittaa yleiseen hätänumeroon 112. Jos paikalla on muitakin, tulee heitä pyytää soittamaan hätänumeroon. Seuraavaksi lapsi käännetään selälleen ja painellaan viisi kertaa rintalastan alaosaan, kuten paineluelvytyksessä. (Castren, ym. 2012a) Käytettäessä rintalastan alaosan painelua hengitysteissä olevan vierasesineen poistamiseksi painelutaajuuden tulee olla nopeampi ja painalluksen voimakkaampi kuin elvytettäessä (Elvytys 2011). Jos vierasesine ei poistu, jatketaan vuorotellen viisi lapojen läimäytystä ja viisi rinta-

lastan alaosan painallusta. Jos vierasesine ei poistu ja lapsi menee tajuttomaksi, aloitetaan painelu-puhalluselvytys. (Castren ym. 2012a.)

Vanhemmat kuin 1-vuotiaat lapset otetaan vauvan tavoin syliin vatsa-asentoon ja lapsojen väliin annetaan viisi läimäytystä. Jos vierasesine ei ole irronnut tämän jälkeen, soitetaan hätänumeroon. Tämän jälkeen voidaan käyttää Heimlichin otetta. (Castren ym. 2012a.) Lapsilla käytetään rintakehälle kohdistettua Heimlichin otetta, jossa auttaja asettuu lapsen taakse, laittaa kädet lapsen rintalastan alueelle ja puristaa äkillisesti. Ylävatsaan kohdistuvaa Heimlichin otetta voidaan käyttää vasta aikuisen kokoiselle murrosikäiselle. (Jalanko 2012d.) Ote voidaan tarvittaessa toistaa viisi kertaa peräkkäin. Jos vierasesine ei poistu, jatketaan vuorotellen viisi lapsojen läimäytystä ja viisi Heimlichin otetta. Jos lapsi menee tajuttomaksi, aloitetaan painelu-puhalluselvytys. (Castren ym. 2012a.)

Varmuutta siihen, mikä on paras tekniikka hengitysteiden vierasesineen poistoon, ei ole. Kaikilla menetelmillä tarkoituksena on nostaa rintakehän sisäistä painetta. (Elvytys 2011) Paineluelvytyksellä on todettu saavan aikaan korkeamman huippuilmatienpaineen kuin Heimlichin otteella (Kuisma & Väyrynen 2009b, 228).

Vierasesine voi joutua myös nenään, sillä lapsen kehitykseen kuuluu usein vaihe, jossa lapsi haluaa laittaa nenäänsä jotakin. Tavallisia tällaisia esineitä ovat kivet, kuulat, herneet ja paperinpalat. Nenään joutunut vierasesine tulee kuitenkin poistaa mahdollisimman pian, koska se ärsyttää nenän limakalvoa, mikä hankaloittaa sen poistamista. Myös eloperäiset vierasesineet (esim. herne) voivat turvota nenän kosteassa ympäristössä. Pienten magneettien ja paristojen nenään tunkeminen on erityisen haitallista, sillä ne voivat syövyttää nenän rakenteita jo parissa tunnissa. Pidemmän aikaa nenässä ollut vierasesine aiheuttaa toispuoleista nenän tukkoisuutta, märkäistä nuhaa ja jopa poskiontelotulehduksia. (Blomgren 2012b.)

Vierasesineen ollessa nenässä lasta taivutetaan eteenpäin ja yritetään saada niistämään (Castren ym. 2012k). Vierasesineen myös voi yrittää poistaa sormilla. Maallikon ei tule itse yrittää poistaa vierasesinettä pinseteillä tai muilla pihdeillä. Niillä voi aiheuttaa lisävaurioita limakalvoille, mikä pahentaa turvotusta ja aiheuttaa kipua lapselle. Vierasesine voi myös ajautua syvemmälle. Jos esinettä ei saa sormilla poistettua tulee hakeutua lääkäriin, jossa esine poistetaan erilaisilla pihdeillä, imulla tai esineen taakse ujutettavalla koukulla. (Blomgren 2012b.)

6.1.7 Haavat

Yleisimpiä päivähoidossa tapahtuvien tapaturmien aiheuttamia vammoja ovat päähän kohdistuneet vammat (yli 50 % vammoista), sisältäen pään kuhmut, ihorikot, pinnalliset haavat ja ruhjeet. Yleisimpiin vammoihin kuuluu myös muihin kehonosiin kohdistuneet pinnalliset vammat (25 % kaikista vammoista), jotka ovat myöskin ihorikkoja, pinnallisia haavoja ja ruhjeita. (Nurmi-Lüthje & Lüthje, 1139.) Haavat voidaan syntyvän perusteella jakaa naarmuihin ja pinta-, viilto-, pisto-, ruhje, purema- sekä ampumahaavoihin (Castren ym. 2012c). Ampumahaavoja ei tässä opinnäytetyössä kuitenkaan käsitellä epätodennäköisyytensä vuoksi.

Naarmuja ja pintahaavoja syntyy esimerkiksi kaatuessa. Tällöin ihon pinta rikkoutuu ja haavasta voi vuotaa verta ja kudostettä. (Castren ym. 2012c) Pintahaava puhdistetaan vedellä, ja samalla poistetaan mahdollinen haavaan joutunut lika. Puhdistettu haava peitetään rasva- tai silikonisidoksella ja päälle asetetaan puhdas haavataitos, joka voidaan kiinnittää teipillä (Venhola 2013).

Viiltohaavoja syntyy terävän esineen viiltämänä (Castren ym. 2012c). Syvälle ulottuva viiltohaava aiheuttaa jänne-, hermo- lihas- ja verisuonivaurioita. Viiltohaavassa on tyypillisesti siistit reunat, mikä takia ne soveltuvat erityisen hyvin teippaus- ja liimaushoitoon. (Jalanko 2012e.) Teippaus- ja liimaushoito sopii lähes aina puhtaisiin ja siistireunaisiin haavoihin, joiden synnystä on kulunut alle 6—12 tuntia. Teippaushoitoa voidaan käyttää myös ammottaviin ja repaleisiin haavoihin. Haavaa teipattaessa haavan reunat asetetaan yhteen kevyesti painamalla ja haavan päälle asetetaan haavateippi poikittain. Haavateipin tulee olla mahdollisimman pitkä, eikä se sovi karvaisille ihoalueille. Teippien päälle asetetaan haavataitos, ja haava pidetään kuivana ja puhtaana parin päivän ajan. (Venhola 2013.)

Pistohaavoja syntyy terävän esineen pistäessä ihon läpi. Pistohaavassa ihovauriot voivat olla vähäisiä, mutta vartalon ja kaulan alueella sisäiset vammat voivat olla hengenvaarallisia. Myös raajoihin kohdistuneissa pistohaavoissa voi syntyä jänne-, hermo- ja verisuonivaurioita. (Saarelma 2014b.)

Ruhjehaava syntyy murskaavan ja ruhjovan voiman tuloksena, ja syntyneen haavan reunat ovat risaiset. Verenvuotoa on nähtävissä ulospäin, mutta ruhjehaavan alueella on voi olla myös runsaasti sisäistä verenvuotoa. (Castren ym. 2012c.)

Puremahaavat syntyvät yleisyysjärjestyksessään koiran, kissan ja ihmisen puremista. Näistä ihmisen puremat ovat herkimpiä infektoitumaan. (Seppänen 2013.) Puremahaavoihin liittyy aina infektio- ja jäykkäkouristusriski (Castren ym. 2012c). Jäykkäkouristusta tavataan tänä päivänä Suomessa harvoin, yksi tai ei yhtään tapausta vuodessa. Tämän selittää jäykkäkouristusrokotuksen kuuluminen kansalliseen rokotusohjelmaan, jonka mukaan kaikki lapset saavat kolmannen jäykkäkouristusrokotuksen 12 kuukauden iässä ja jäykkäkouristustehosteen 4-vuotiaana. (Lumio 2013.) Jäykkäkouristusrokotteen katsotaan olevan voimassa, kun jäykkäkouristusrokotteita on saatu kolme, ja viimeisin joko 5 vuoden sisään (likaiset purema- tai pistohaavat) tai 10 vuoden sisään (puhtaat haavat). Käytännössä kaikilla kansallisen rokotusohjelman mukaan rokotetuilla päiväkotikäisillä (yli 1-vuotiailla) lapsilla on voimassa oleva jäykkäkouristusrokotus, mutta tapaturmatilanteessa hoitava lääkäri arvioi jäykkäkouristusrokotuksen tarpeen. (THL 2013.) Infektion aiheuttavat bakteerit ovat yleensä peräisin purijan suun normaalifloorasta, uhrin iholta tai ympäristöstä. Tehokkaimman suojan infektioilta antaa mahdollisimman pikainen puhdistus ja paikallishoito. Haava-alueen turvotukseen hoitona käytetään kohoasentoa. Joissain tapauksissa antibiootihoidon aloittaminen profylaktisesti on aiheellista, mutta sen teho on heikompi kuin haavan hyvän puhdistuksen ja paikallishoidon. (Seppänen 2013.)

Haavanhoidossa tarkoituksena on kivun vähentäminen, tulehduksen ehkäiseminen, haavan paranemisen nopeuttaminen ja arven muodostumisen minimoiminen (Venhola 2013). Etenkin kasvojen alueella pienetkin vauriot voivat aiheuttaa muutoksia ulkonäköön, minkä takia kasvojen alueen haavoja ommellaan ja liimataan herkemmin kuin muualla sijaitsevissa haavoissa. Kasvojen alueelle kohdistuneen vamman vuoksi, pientä mustelmaa lukuun ottamatta, onkin aiheellista hakeutua hoitoyksikköön. (Saarelma 2014c.) Hoitoon hakeutuminen haavan vuoksi on aiheellista myös kun haava vuotaa runsaasti eli verenvuoto ei tyrehdy runsaan 20 minuutin painamisella, haava on kookas, kyseessä on syvä pistohaava tai puremahaava, haavassa epäillä olevan vierasesine tai likaa, jota ei itse saada poistettua tai kun haava on tulehtunut. Useimmat alle 2 senttimetriä pitkät haavat, jotka eivät ulotu rasvakudosta syvemmälle, voidaan kuitenkin hoitaa kotikonstein. (Saarelma 2014b.)

Pienten haavojen kotihoidossa ennen haavanhoitoa kädet tulee pestä bakteerien joutumisen ehkäisemiseksi haavaan. Tämän jälkeen haava-alue pestään vedellä ja saippualla. (Korte & Myllyrinne 2012, 46.) Jos ihossa on vierasesine, esim. tikku, josta osa

on ulkopuolella voidaan se poistaa vetämällä, tällöin on haava hyvä puhdistaa antiseptisellä liuoksella (Saarelma 2014i). Pienenkin haavan reunat pyritään saamaan yhteen haavateipillä tai laastarilla paranemisen nopeuttamiseksi. Tarvittaessa haavan voi suojata esimerkiksi sidetaidoksella. Haavan paranemista edistää sen pitäminen kuivana. Pienen haavan kohdalla hoitoon tulee hakeutua, jos haava tulehtuu. (Korte & Myllyrinne 2012, 46.)

Runsaasti vuotavissa haavoissa ensiapuna raajaa kohotetaan haava-alueen verenpaineen laskemiseksi ja vuodon vähentämiseksi. Vuotokohtaa painetaan kämmenellä tai sormilla, autettavaa voi myös itse ohjeistaa painamaan haavaa. Haavan päälle voi asettaa ensiaputilanteessa jonkin vaatteen. Haavan vuotaessa runsaasti, sen päälle voidaan asettaa paineside, jonka tarkoituksena on kohdistaa vuotoalueeseen tasainen paine, joka tyrehdyttää verenvuodon. Paineside tehdään asettamalla haavan päälle suojasidos, jonka päälle asetetaan 1—2 siderullaa tai jokin muu pieni esine painoksi. Tämän jälkeen ne kiinnitetään tukevasti joustositeellä. Paineside ei kuitenkaan saa kiristää. (Castren ym. 2012c.) Tarvittaessa autettava huolehditaan jatkohoitoon tai soitetaan yleiseen hätänumeroon 112 (Korte & Myllyrinne 2012, 46).

Kiristyssiteen käyttö on aiheellista yleensä vain raajan leikkaantuessa irti tai laajan murskavamman syntyessä, kun runsasta verenvuotoa ei saada muulla keinoin tyrehtymään. Kiristyssidekään ei tyrehdytä vuotoa luun sisältä, ja haavan painaminen ja pitäminen kohoasennossa on edelleen tarpeellista. (Castren ym. 2012c.)

6.1.8 Murtumat

Kolmannes lapsista saa murtuman ennen kasvun päättymistä. Valtaosa murtumista syntyy pienienergisistä tapaturmista; putoaminen matalalta korkeudelta tai kaatuminen kävely- tai juoksuvauhdista ovat tavallisimpia vammamekanismeja. Pieniä vammoja syntyy myös väännöistä, iskuista ja väliin jäämisistä. Suurenergisten tapaturmien, kuten yli kolmen metrin korkeudelta putoamiseen, liittyvät murtumat ovat lapsilla harvinaisia (alle 5 %). (Kallio ym. 2013, 1993—1994.) Jos vammaenergia on pieni, syntyy yleensä poikittainen murtuma, jos taas vammaenergia on suuri, niin murtuma on pirstaleinen (Lassus & Väisänen 2012, 280). Lapsilla murtumat ovat suhteellisen harvinaisia ja murtuman mahdollisuutta epäiltäessä on vamman syntymekanismi oleellinen tieto; kaatuminen ja liukastuminen lattialla eivät yleensä aiheuta murtumaa lapselle,

kun taas putoaminen parin metrin korkeudelta tai jos raajan päälle putoaa painava esine on murtuman syntyminen mahdollinen (Jalanko 2009).

Lasten murtumista 75—85 %:ssa esiintyy yläraajoissa. Kyynärvarsimurtumien osuus kaikista murtumista lapsilla on kolmannes, myös käsi- ja jalkaterämurtumat ovat tavallisia, samoin solisluun. Kallon, vartalon ja reisiluun murtumat ovat harvinaisia. Lasten murtumien paraneminen on kasvuiässä nopeampaa kuin aikuisilla. (Kallio ym. 2013, 1993—1994.) Lasten luut ovat aikuisten luita joustavampia, joten tyypillisiä ovat myös pajunoksamurtumat, joissa luu on taipunut, muttei katkennut (Suomen luustoliitto ry 2013). Lasten luiden pehmeiden vuoksi niissä voi olla vammoja vaikka raaja näyttäisi ulkoisesti ehjältä (Castren ym. 2012e).

Murtumatyypistä riippumatta verenvuotoa esiintyy kaikissa murtumissa (Lassus & Väisänen 2012, 283). Suurten luiden murtumissa voi verenvuoto aiheuttaa sokin. Murtuman yhteydessä voivat vaurioitua myös hermot, nivelsiteet, lihakset, verisuonet ja luuydin (Castren ym. 2012e).

Murtumien oireita ovat paikallinen kipu, turvotus vamma-alueella, näkyvä virheasento tai epänormaali liikkuvuus, haava avomurtumassa sekä lapsella raajan käyttämättömyys (Castren ym. 2012e). Jos luiden koputtelu sormenpäällä aristaa on luun vaurio hyvin mahdollinen (Saarelma 2014d). Murtuman oireita voivat myös olla lihasspasmi, tunnottomuus, krepitaatio eli ritinän ja rahinan kuuluminen, mustelmat, hypovoleeminen sokki. Murtumassa kivun syynä voi olla lihasspasmi, suora kudostrauma, hermon puristus sekä murtuneen luun liike, turvotus taas syntyy kudoksen- ja verenvuodosta murtuma-alueelle, virheasento johtuu murtumasta sekä lihasten vetovoimasta johtuvasta luiden siirtymisestä paikaltaan, lihasspasmit syntyvät lihasten supistumisesta murtuma-alueella, tunnottomuus voi olla seuraus hermovauriosta tai hermopinteestä, krepitaatio ilmenee luiden päiden hangatessa toisiaan sekä avomurtumassa kudokseen päässeestä ilmasta, mustelmat syntyvät veren vuotaessa ihonalaiseen kudokseen ja hypovoleeminen sokki on verenhukan seuraus. (Holmia, Murtonen, Myllymäki, & Valtonen 2010, 697.)

Luunmurtumassa päätös ensiaputoimenpiteistä tehdään, kun tapahtumatiedot on saatu selville. Jos epäilee vakavaa murtumaa, kuten reisiluun, kylkiluun, lantion, selkärangan tai kallonluiden murtumaa, tulee soittaa hätänumeroon 112. Autettavan tilaa tulee seurata ammattiavun tulon saakka, ja soittaa uudelleen 112, jos tila selkeästi muut-

tuu. Vamma-alueita ei tule liikuttaa, ellei se ole välttämätöntä. Etenkin selkärankavammaa epäiltäessä tulee noudattaa erityistä liikutteluvarovaisuutta, esimerkiksi kaularankamurtumaa epäiltäessä tulee autettavan päätä ja kaularankaa tukea kaksin käsin liikkumisen estämiseksi. Näkyvä verenvuoto tulee tyrehtyttää. Vamma-alue tulee tukea liikkumattomaksi, jos avun saapumisessa kestää. Murtumaa tukiessa tulee lasta pehmustaa ja sen pitää ulottua molemmin puolin nivelen yli, kiinnityksen kuitenkin hankaamatta tai estämättä verenkiertoa. (Castren ym. 2012e.)

Yläraajojen murtumissa, kuten ranteen tai solisluun murtumissa tulee raaja tukea kolmioliinalla tai huivilla (Castren ym. 2012e). Nenämurtumaa epäiltäessä tulee hoitoon hakeutua heti, jotta lääkäri voi arvioida hoidon kiireellisuuden ja mahdolliset muut vauriot, ensiapuna nenämurtumaan asetetaan kylmää turvotuksen ja mustelmien ehkäisyksi (Blomgren 2012). Nilkan vaurioituessa siihen kehittyy nopeasti voimakas turvotus, joka vaikeuttaa jatkohoitoa ja lisää kipua, tämän vuoksi vammakohdan päälle laitetaan kylmää, tuetaan raaja ja laitetaan se kohoasentoon (Luukkonen 2012, 288).

Murtumaa epäiltäessä on aihetta hakeutua lääkäriin diagnoosin varmistamiseksi ja oikeanlaisen hoidon suunnittelemiseksi (Saarelma 2014j). Lapset tulevat aina murtumaa epäiltäessä käyttämään lääkärissä, koska niin sanottu kasvuraja luun päässä voi vaurioitua murtuman yhteydessä (Korte & Myllyrinne 2012, 52). Kasvuvyöhykkeen vaurioituminen saattaa myöhemmin aiheuttaa raajan kasvun häiriön (Castren ym. 2012e). Esimerkiksi jos tapaturman jälkeen vamma-alueella on selvä kipu ja turvotus on aina syytä viedä lapsi lääkäriin (Jalanko 2009).

6.1.9 Hukkuminen

Hukkuminen on lasten toiseksi yleisin tapaturmaisten kuolemien syy Euroopan unionin alueella. Hukkumisriski on suurin 1–4-vuotiailla lapsilla. Hukkuneista yli 70 % on poikia. Vuosittain Suomessa hukkuu keskimäärin seitsemän alle 15-vuotiasta lasta vuosittain, joista 70 % on alle kouluikäisiä. Hukkumiset tapahtuvat usein tutussa ympäristössä, kuten kylpyammeessa tai kotirannassa. Hukkuminen voi tapahtua jopa 2 cm syvään veteen. Lasten hukkumistapaturmia voi ehkäistä valvomalla pieniä lapsia aktiivisesti aina veden äärellä ollessa. (Lasten hukkumistapaturmien ehkäisy.)

Hukkumisella tarkoitetaan nesteiden joutumista hengitysteihin siten että hengittäminen estyy (Rautiainen 2011, 1401). Hukuksiin joutuessaan lapsi alkaa pidättää hengi-

tystään ja kehittää kurkunpäänkouristuksen, mistä seuraa elimistön hapenpuute, hiili-diksidin kertyminen ja happamoituminen. Kun suojarefleksit pettävät ja lapsi vetää vettä henkeensä. Lopulta elimistön hapenpuute ja happamoituminen johtavat sydänpysähdykseen, ja aivot alkavat kärsiä hapenpuutteesta. Hukuksiin joutuneella keskeisin toipumiseen vaikuttava tekijä on aivojen hapenpuutteen kesto. Merkittävin ennusteeseen vaikuttava tekijä on hukuksissa olo aika. (Suominen & Vähätalo 2012, 38—39.) Kylmään, alle 5-asteiseen veteen hukkuminen aiheuttaa nopeasti kehittyvän hypotermian, mikä voi suojata aivovauriolta (Elvytys 2011). Kaularankavammat hukkumisonnettomuuksien yhteydessä harvinaisia, poislukien pää edellä veteen hypänneet. Kaularangan immobilisointi ei ole tarpeellista, ellei pään tai kaulan alueella ole selkeitä vamman merkkejä, eikä tapaturmaa edeltävien tietojen valossa ole syytä epäillä kaularangan vammaa. (Suominen & Vähätalo 2012, 39.)

Hukkuneen auttamisessa tärkeintä on hapenpuutteen korjaaminen, minkä takia autettavan hengitystiet tulisi mahdollisimman nopeasti saada nostettua vedenpinnan yläpuolelle hengityksen mahdollistamiseksi. Autettavan siirtäminen vedenpinnalle tai vedestä kokonaan pois on ensisijainen tavoite ja elvytyksen aloittaminen ja immobilisointi tarpeen arviointi vasta toissijainen tavoite. (Rautiainen 2011, 1401.) Kun autettava on saatu pintaan, aloitetaan painelu-puhalluselvytys viidellä puhalluksella kuten lapsilla yleensäkin. Jos puhalluselvytys ei onnistu, käännetään potilas kyljelleen ylähengitysteiden puhdistumiseksi ja suun tyhjentämiseksi. Puhallusten jälkeen elvytystä jatketaan normaalisti, kunnes ammattiapu saapuu paikalle tai autettavan oma hengitys selvästi palautuu. (Elvytys 2011.) Veden alta pelastettu tulee toimittaa hoitoon vaikka hän virkoaisikin nopeasti, koska keuhkoihin joutunut vesi voi vielä myöhemmin aiheuttaa hukuksissa olleelle vakavia ongelmia. (Castren ym. 2012d.)

Havaittaessa hukkumistapaturma soitetaan välittömästi 112, jotta ammattiapu saadaan paikalle mahdollisimman nopeasti. Auttajan on huolehdittava myös omasta turvallisuudestaan, ja mahdollisuuksien mukaan käytettävä apuvälineitä kuten pelastusrengasta tai köyttä. Pelastustoimet on turvallisempia toteuttaa parin kanssa kuin yksinään. (Rautiainen 2011, 1401.) Auttamisen ollessa turvallista autetaan hukuksiin joutunut pois vedestä ja soitetaan 112 (Suomen Punainen Risti 2011). Mikäli vedenvaraan joutunutta ei voida turvallisesti auttaa, tulee uppoamispaikka arvioida ja soittaa välittömästi 112 (Korte & Myllyrinne 2012, 16).

6.1.10 Myrkytykset

Lasten kehitykseen kuuluvan vaiheen vuoksi, jossa kaikkea saatavilla olevaa kokeiltaan suulla, ovat myrkytysepäilyt tavallisia, mutta vaaralliset tilanteet harvinaisia. Valtiosa Myrkytystietokeskukselle vuosittain tulevista noin 40 000 kyselystä koskee alle 6-vuotiaita lapsia, joista taas suuri osa on alle yksivuotiaita. (Hoppu 2013.) Suurin osa pikku lasten myrkytystapaturmista on toksikologiselta kannalta merkityksettömiä tai lieviä, mutta vakaviakin myrkytyksiäkin sattuu (Hoppu & Kuusela 2013).

Myrkytysoireiden vakavuus sekä niiden ilmaantumisen nopeus ovat riippuvaisia aineesta, sen määrästä sekä siitä miten aine on joutunut elimistöön. Suun kautta nautitun myrkytys aiheuttamat oireet voivat ilmentua hitaasti, mutta ensioireet voivat olla vakaviakin. Pistoksena tai hengitysteihin saatu myrkytys taas vaikuttaa usein nopeasti. Myrkytyksen oireita ovat esimerkiksi pahoinvointi, oksentelu, vatsakipu, ripuli, päänsärky, huimaus, ihottuma, paikalliset turvotukset, tajunnanhäiriöt, kouristelu, ihon kalpeus, sinerrys ja punakkuus, hengitysvaikeus, hengityspysähdys, sekavuus, humalainen käytös ja uneliaisuus. (Castren ym. 2012f.) Myrkytystietokeskuksen internetisivuilla on luettelo myrkyllisistä ja myrkyttömistä aineista. Pieninä annoksina vaarallisia lapsille ovat esimerkiksi voimakkaasti syövyttävät aineet, eräät aikuisten lääkkeet, petrolituotteet ja korvikealkoholit. Myrkytystilanteiden ennalta ehkäisemiseksi vaaralliset aineet tulisi säilyttää turvassa lapsilta. (Hoppu 2013.)

Lasten myrkytystilanteessa tulisi ensin minimoida akuuttivaara (Hoppu 2013). Voimakkaiden oireiden ilmaantuessa tulee soittaa hätänumeroon. Hengityksen ja veren riittävyys tulee varmistaa ja tarvittaessa ryhtyä elvytystoimenpiteisiin. (Myrkytystietokeskus.) Myrkytyksen aiheuttaja tulee myös selvittää, sekä sen määrä (Hoppu 2013).

Ensiapuohjeita nieltyyn myrkylliseen aineeseen on lisäksi aineen poistaminen suusta ja suun huuhtelu. Oksentaa ei saa, eikä yrittää laimentaa myrkytystä juottamalla. Oksentamiseen ja laimentamiseen liittyy riskejä, esimerkiksi potilas saattaa vetää oksennusta henkeensä tai juottaminen siirtää mahan sisältöä ohutsuoleen, josta myrkyllistä ainetta on vaikea imeyttää lääkehiilen avulla. Niellyn aineen aiheuttama myrkytysvaara ja jatkotoimenpiteet tulee heti selvittää Myrkytystietokeskuksesta. Lääkehiiltä tulee antaa, jos niin kehoitetaan. Lääkehiilen tarkoituksena on sitoa suun kautta otettua myrkyllistä ainetta. Lääkehiilen annostus lapsilla on hiilirakeita 3 ruokalusikallista 10 painokiloa kohden tai tabletteja 1g painokiloa kohden. Lääkehiilen annossa tulee huomioida

oida, ettei sitä tule antaa tokkuraiselle tai tajuttomalle, tukehtumisriskin sekä lääkehiilen hengittämisen riskin vuoksi. Lääkehiiltä ei pidä myöskään antaa henkilölle, joka on ottanut petrolituotetta tai syövyttävää ainetta, koska se voi pahentaa myrkytysoireita esimerkiksi aiheuttamalla oksentelua. Lääkehiili ei myöskään sido näitä aineita. Lääkehiilen antamisesta on syytä pidättäytyä, kun todellista vaaraa ei ole, koska kuten kaikkeen hoitoon, myös lääkehiilen antoon, liittyy riskinsä, ja nämä riskit eivät saa olla suurempia kuin epäillyn myrkytyksen riski. (Kuisma & Eronen 2009.)

Potilaan hengitettyä myrkyllistä ainetta tulee hänet siirtää raittiiseen ilmaan. Samalla tulee varoa, ettei itse hengitä myrkyllistä ainetta. Potilas tulee asettaa lepoon, mieluiten puoli-istuvaan asentoon. Näiden jälkeen tulee selvittää myrkytysvaara ja jatkotoimenpiteet Myrkytystietokeskuksesta. Potilas tulee toimittaa lääkäriin, jos alkuvaiheen lievät oireet eivät mene levossa ohi tai kehittyvät pitkittynyttä yskää, hengitysvaikeuksia tai muita oireita. (Myrkytystietokeskus.)

Myrkyllisen aineen joutuessa silmään tulee silmiä huuhdella välittömästi runsaalla vedellä noin 15 minuutin ajan. Syövyttävän aineen joutuessa silmään tulee huuhtelua toteuttaa vähintään 20—30 minuutin ajan. Huuhtelua ei pidä odottaa toteutettavaksi vasta sairaalassa, koska silmä on todennäköisesti silloin ehtinyt jo vaurioitua. Autettava tulee toimittaa lääkäriin, jos seuraavien tuntien kuluessa aineen joutumisesta silmiin kehittyy tulehdusoireita, kuten kyynelvuotoa, voimakasta kipua, turvotusta tai valonarkuutta. (Myrkytystietokeskus.)

Myrkyllisen aineen päätyessä iholle tulee saastuneet vaatteet heti riisua ja ihoa huuhdella välittömästi vedellä. Kun kyseessä on syövyttävä aine, huuhtelua tulee toteuttaa vähintään 15 minuutin ajan. Potilas tulee toimittaa lääkäriin, jos iholla tuntuu voimakasta kipua, tai iholle kehittyy palovammoja tai iho tulehtuu. (Myrkytystietokeskus.)

6.1.11 Sähköisku

Suurin osa sähkölaitteista aiheutuvista onnettomuuksista johtuu lasten leikeistä, varomattomuudesta, huolimattomuudesta tai viallisista tai virheellisesti korjatuista laitteista (Tukes 2003, 2). Tyypillisesti lapset altistuvat taloussähkölle kotona. Yleisimpiä vammamekanismeja ovat sähköjohtojen pureminen, esineiden työntäminen pistorasioihin tai leikit verkkovirtaan kytkettyjen sähkölaitteiden kanssa. Lasten sähkötapaturmien ehkäisemiseksi kannattaa esimerkiksi lattian tasolla olevat pistorasiat suojata.

(Kodin sähkö turvalliseksi.) Lapsilla sähkö pääsee helpommin syviin kudoksiin kehon pienempien rakenteiden muodostaman pienemmän resistanssin eli vastuksen vuoksi (Puolakka 2012, 328—329).

Sähkön kulkiessa kehon läpi, esimerkiksi kädestä käteen, on odotettavissa aina vakavia vammoja. Vaarallisin sähköiskun aiheuttama seuraus on sydämen pysähdys, muita seurauksia ovat esimerkiksi hengityspysähdys, neurologiset vauriot ja palovammat. Vammojen vakavuuteen ja luonteeseen vaikuttavat sähköenergian suuruus, jännite, kontaktin kesto aika, kudosten resistanssi, sähkövirran laatu ja sähkövirran kulkureitti kehossa. Sähköisku on harvoja tilanteita, joissa lapsi löydetään elottomana kammiovärimässä. (Puolakka 2012, 328—329.)

Sähköisku tilanteessa ensiapuna sähkö katkaistaan joko irrottamalla pistoke tai katkaisemalla päävirta sähkötaulusta. Jos nämä toimet ei ole mahdollisia, tulee sähköiskun saanut pikimmin irrottaa virrasta, samalla tulee varoa ettei auttaja itse saa sähköiskua, esimerkiksi eristämällä auttaja kumikäsineillä ja kumijalkineilla. Sähköiskun johtaessa elottomuuteen tulee hengityksestä ja sydämen toiminnasta huolehtia puhalluspaineluevlytyksellä (Saarelma 2014e.) Jos autettava on tajuton, toteutetaan tajuttoman hoito-ohjetta (Puolakka 2012, 330). Oireettomatkin sähköiskun saaneet lapsipotilaat tulee aina saada lääkärin tutkimukseen (Puolakka 2012, 331).

6.1.12 Venähdykset ja nilkan nyrjähdys

Nilkan nyrjähdyksessä nivelsiteet nilkan ympäriltä venyvät tai repeytyvät osittain. Nilkka on yleensä tällöin kääntynyt ulkosyrjälle. Puolet nyrjähdyksistä tapahtuu urheillessa, ja se onkin yleisin liikuntavamma kaiken ikäisillä, myös esimerkiksi kävellessä tai liukastuessa voi kuitenkin sattua lieviä nyrjähdyksiä. (Liukkonen, Saarikoski & Stolt 2012.) Lapsilla nivelsidevammoissa nivelsiteen repeämää todennäköisempää on avulsiomurtuma tai kasvulevyvamma, kun luu antaa kasvuikäisillä lapsilla usein ensin periksi (Venhola 2013b). Murtuman mahdollisuutta voi arvioida oireiden mukaan: vaurio luussa on hyvin mahdollinen, jos jalalla varaaminen ei kivun vuoksi onnistu tai tuntuu aristusta, kun luita koputellaan sormenpäällä. Jos näitä oireita ei ole, luun vaurion mahdollisuus on varsin pieni. (Saarelma 2014d.)

Nivelsiteiden venähdyksien hoidossa keskeistä on akuutin kivun hoito, turvotuksen vähentäminen ja lyhyen immobilisaation jälkeen aktiivinen mobilisaatio (Venhola

2013b). Nivelen nyrjähtäessä ensiapuna toimii neljän K:n malli: kompressio, kohoasento, kylmähoito, ja koti. Kompressio tarkoittaa sitä, että vammakohtaa puristetaan. Puristuksen voi tehdä esimerkiksi kädellä tai joustavalla siteellä. Riittävästä verenkierrosta tulee huolehtia kompressiohoidon aikana, eli normaalin värin ja tunnon tulee raajassa säilyä. Kohoasennolla tarkoitetaan vammautuneen raajan nostamista sydämen yläpuolelle kohoasentoon. (Parkkari 2012.) Kylmähoidossa jääpussia tai kylmäpakkausta pidetään vamman kohdalla 15—20 minuuttia kerrallaan, tarpeen mukaan 1—2 tunnin välein useita kertoja päivässä. Kylmähoito olisi hyvä aloittaa jo puolessa minuutissa, koska se on tehokkaampaa, jos se aloitetaan nopeasti. Ihon paleltumista tulee kuitenkin varoa kylmähoitoa annettaessa. Kompression, kohoasennon ja kylmähoidon tarkoitus on vähentää turvotusta ja verenvuotoa kudoksiin. (Saarelma 2014d.) Neljäs K eli koti tarkoittaa vammakohdalle annettavaa lepoa (Parkkari 2012). Nyrjähtäyksen jälkeen nilkkaa ei saisi kuormittaa 2—3 päivään (Liukkonen ym. 2012).

6.1.13 Palovammat

Palovamman aiheuttaa lämpö tai syövyttävä kemikaali (Saarelma 2014f). Aiheuttajia ovat esimerkiksi kuuma neste, avotuli, sähkö ja kuuma tai polttava esine (Castren ym. 2012g). Mitä lämpimämpi ja pitkäkestoisempi lämmön kontakti kudokseen on, sitä syvemmältä se kudosta vaurioittaa (Saarelma 2014f). Palovamman syvyyden rajoittamisessa oleellista on kontakti ajan lyhentäminen, koska lämpötilaan ei voida vaikuttaa jälkikäteen (Papp 2013). Myös säteily voi aiheuttaa palovamman kaltaisen tilan, mutta reaktio on hitaampi kuin välittömässä palovammassa (Saarelma 2014f). Kuumen nesteen, kuten kahvin, maidon tai veden, kaatuminen iholle on yleisin lasten palovammojen aiheuttaja. Kuumen esineen kosketus aiheuttaa myös osan lasten palovammoista, esimerkiksi kosketus saunan kiukaaseen tai keittiön lieteen. (HUS.) Palovammoja voi esim. ehkäistä valvomalla lapsia avotulen läheisyydessä sekä miettimällä kuumien esineiden ja nesteiden asettelua lasten ollessa läsnä (Suojaa lapsesi palovammoilta).

Palovammat jaotellaan vaurioasteen mukaan ensimmäisen, toisen ja kolmannen asteen palovammoihin. Ensimmäisen asteen palovammassa iho on kipeä ja punoittaa sekä tunto vamma-alueella on säilynyt. Parantuessa iho saattaa hilseillä, mutta muuten haava paranee itsestään jälkiä jättämättä. (Saarelma 2014f.) Toisen asteen palovammassa iho on punoittava, kipeä, kostea ja siihen muodostuu rakkuloita (Jalanko 2012f).

Kolmannen asteen palovammassa iho on vamma-alueelta tuhoutunut ja vaurio ulottuu ihonalaisiin kudoksiin (Saarelma 2014f).

Palovammat jaotellaan syvyyden mukaan pinnallisiin ja syviin (Castren ym. 2012g). Pinnallisiin kuuluvat ensimmäisen asteen palovammat ja yleensä toisen asteen palovammat, joihin rakkulat muodostuvat vasta 10-16 tunnin kuluttua tai jotka muuten täyttävät pinnallisen palovamman merkit, kuten haavapintaa painettaessa alue kalpenee ja punainen väri palaa välittömästi takaisin, kun painaminen lopetetaan, sekä se että kosketustunto on alueella säilynyt. Syviin palovammoihin kuuluvat kolmannen asteen palovammat sekä usein toisen asteen palovammat, joihin rakkulat muodostuvat alle kahdessa tunnissa tai toisen asteen palovammat, jotka täyttävät myös syvän palovamman merkkejä, kuten sen ettei punoittavakaan haavapinta kalpene painamisesta sekä kosketustunto iho alueella on heikentynyt. (Papp 2013.) Esimerkiksi kuuma vesi aiheuttaa yleensä toisen asteen palovamman ja kuuma liesi taas herkästi kolmannen asteen palovamman (Jalanko 2012f).

Palovammat luokitellaan myös laajuuden mukaan. Sitä määritettäessä käytetään yhdeksän prosentin sääntöä. Säännön mukaan aikuisilla kämmen vastaa 1 prosenttia kehon pinta-alasta, yläraaja 9 prosenttia, alaraaja 18 prosenttia ja ylävartalo 36 prosenttia. (Castren ym. 2012g) Lasten prosenttiosuudet poikkeavat hieman aikuisista. Merkittävin ero on pään pinta-alan suhde muun vartalon pinta-alaan; esimerkiksi yksivuotiaalla pää vastaa 19 % ihonpinta-alasta, kun sama luku aikuisella on 9 %:a. (Papp 2013.) Yhdeksän prosentin sääntöä voi muilta vartalon osilta soveltaa samoilla luvuilla lasten palovammoihin. Vakavissa palovammoissa on sokin vaara, jos palovamman pinta-ala lapsella on yli 5—10 %, koska pienten verisuonten vioituttua saattaa verinesteen menetys olla laajoissa palovammoissa runsasta. (Castren ym. 2012g.)

Lievän palovamman ensiapuna on huuhtelu huoneenlämpöisellä vedellä noin 10—20 minuutin ajan (Papp 2013). Haalean veden valuttaminen palovamma-alueelle vähentää alueen kipua ja kudoksen vaurioita (Jalanko 2012f). Jos palovamman vaurioalue on laaja tai potilaalla on vaikeuksia verenkierrossa tai hengityksessä tulee ottaa yhteys hätänumeroon. Apua odotettaessa toimitaan tilanteen mukaan: Autettavan ollessa tajuton käännetään hänet kylkiasentoon, jos palovamma on kasvojen alueella tai autettava kärsii hengitys vaikeudesta asetetaan tulee hänet asettaa puoli-istuvaan asentoon, syövyttävän aineen jouduttua iholle tulee iho huuhdella huolellisesti, jos vamman aiheut-

taja on palanut kiinni ihoon, ei sitä saa alkaa irrottamaan, myöskään palaneita vaatteita ei pidä riisua elleivät ne kiristä tai vaikeuta hengitystä, ja autettavan jäähtyminen tulee estää suojaamalla hänet. Vamma-aluetta ei pidä jäähdyttää veden alla, jos palanut alue on yli 10% kehon pinta-alasta, koska riski alilämpöisyyteen kasvaa. (Castren ym. 2012g)

Lasten kohdalla tulee aina ottaa yhteys päivystävään hoitoyksikköön, jos vamma-alue on suurempi kuin lapsen oma kämmen tai epäilee kyseessä olevan syväpalovamma (Jalanko 2012f). Lääkärille tulee myös näyttää kaikki alle 1-vuotiaiden palovammat, sekä lääkärille on syytä käydä näyttämässä myös lasten palovammat, jotka ovat kasvojen, jalkaterien, käsien ja sukupuolielinten alueella, sekä palovammat joihin muodostuu isoja rakkuloita. (HUS.) Hoitoa vaativat myös sähköpalovammat sekä hengitystiepalovammat (Castren ym. 2012g).

Palovammojen erityistilanteita ovat muun muassa sähköpalovammat, palovammat hengitysteissä ja kemikaalien aiheuttamat palovammat. Sähkö voi aiheuttaa palovamman kulkiessa kehon läpi tai polttaessa ihon pinnan. Sähkön aiheuttamat palovammat ovat syviä ja elvytykseen on syytä varautua. Kuumia nesteitä tai palokaasuja hengittäneen kohdalla tulee epäillä hengitystiepalovammaa. Kasvojen, suun ja nielun alueen palovammat aiheuttavat nopeasti hengitysvaikeuksia. Kemikaalit taas saattavat esimerkiksi aiheuttaa syviä palovammoja, jos ne ovat syövyttäviä. Kemikaalin ollessa paksua se voi palaa ihoon kiinni. (Castren ym. 2012g.)

6.1.14 Tajuttomuus

Tajuton henkilö ei ole heräteltävissä, ei reagoi ärsykkeisiin tai noudata annettuja ohjeita, mutta hengittää normaalisti. Tajuttomuuden syitä on paljon, ja niistä monet ovat henkeä uhkaavia. (Kallela & Lindsberg 2013.) Tajuttomuuden syyt voidaan jakaa aivoperäisiin ja yleisiin syihin. Aivoperäisiä syitä ovat esimerkiksi kouristelu ja kallon sisäinen verenvuoto. Yleisiä syitä ovat esimerkiksi myrkytys ja matala verensokeri. (Hiltunen & Väisänen 2012, 163.) Tajuttomuus voi kehittyä hitaasti tai nopeasti. On tärkeää selvittää, mitä on tapahtunut ennen tajuttomuutta, onko lapsi esimerkiksi voinut syödä jotakin myrkyllistä, lyönyt päätänsä tai onko jokin perussairaus joka voisi selittää tajuttomuuden syytä. (Castren ym. 2012a.)

Tajutonta lasta yritetään herätellä puhuttelemalla ja kevyesti ravistelemalla. Jos lapsi on reagoimaton ja auttajia on useampi, voi toinen auttaja soittaa hätänumeroon 112. Kun lapsi on todettu reagoimattomaksi, on suljettava elottomuus pois avaamalla autettavan hengitystiet nostamalla leuasta ja taivuttamalla toisella kädellä otsalta taaksepäin ja varmistumalla, että hän hengittää normaalisti. Hengitystä seurataan katsomalla rintakehän liikkeitä ja asettamalla poski autettavan kasvojen eteen; näin tunnustellaan ilmavirtaa ja kuunnellaan hengitysääniä. Tajuttomalla lapsella on riski, erityisesti tämän ollessa selällään tai etukumarassa, että nielun ja kielen ollessa veltostuneina hengitystie ei pysy avoimena. Kun hengitys on todettu normaaliksi, autetaan tajuton kylkiasentoon hengitystien auki pitämiseksi. Jos auttaja on yksin, soitetaan hätänumeroon 112 kyljelleen asettamisen jälkeen. Tajuttoman hengitystä seurataan ammattiavun tulloon saakka. Samalla voidaan yrittää selvittää, mikä tajuttomuuden on aiheuttanut. (Castren ym. 2012a.)

6.1.15 Sydänpysähdys ja elvytys

Lasten yleisimmät sydänpysähdysten aiheuttajat ovat kätkytkuolema, trauma, ilma-
tieperäiset ongelmat (hengitystieinfektiot, tukehtuminen) ja hukkuminen. Lapsen ja
aikuisen sydänpysähdysten eroavaisuuksia havainnollistaa se, että lasten sydänpysäh-
dyksistä vain 4 % on sydänperäisistä syistä johtuvaa, kun kaikissa sydänpysähdyksissä
vastaava luku on 67 %. (Kuisma & Väyrynen 2009, 193, 217.) Aikuisen elvytystilan-
ne on siis useimmiten sydänperäisistä syistä johtuva, lapsilla sen sijaan hengitysvai-
keudesta (Suominen 2012). Koska lapsen ja aikuisen sydänpysähdysten syyt poikkeaa-
vat toisistaan, myös elvytysohjeet ovat erilaiset. Elvytysohjeet noudattavat Käypä hoi-
to –suosituksia, jotka perustuvat kansainvälisiin elvytys-suosituksiin. Niiden tarkoituk-
sena on taata kaikille sydänpysähdyspotilaille tehokkain mahdollinen elvytys. Viimeis-
sin Käypä hoito –suositus on vuodelta 2011, ja tässä opinnäytetyössä noudatetaan sen
linjauksia, jotka on rajattu lasten elvytykseen. Lasten elvytys-suositukset koskevat alle
murrosikäisiä lapsia.

Sydänpysähdyksellä tarkoitetaan sydämen mekaanisen toiminnan loppumista (Kuisma
& Väyrynen 2009, 188). Verenkierron lakattua äkillisesti ihminen menettää tajuntansa
5–10 sekunnissa (Kinnunen & Helveranta 2012, 398). Sydänpysähdyksestä varmistu-
taan toteamalla henkilön reagoimattomuus ja hengittämättömyys. Reagointia selvite-
tään puhuttelemalla ja ravistamalla elottoman näköistä henkilöä. Hengittämistä selvit-

täessä ensimmäinen vaihe on kääntää potilas selälleen tukevalle alustalle. Tämän jälkeen nostetaan autettavan alaleukaa ylöspäin ja toisella kädellä taivutetaan otsalta taaksepäin, jotta hengitystie avautuu. Hengityksessä seurataan katseella rintakehän liikkeiden tasaisuutta, eli näyttääkö hengitys normaalilta, epänormaalilta vai puuttuuko se kokonaan, sekä laittamalla poski lapsen kasvojen eteen ja tunnustellaan tuntuuko ilmavirtaa tai kuuluuko hengitystä. Jopa 40 %:lla sydänpysähdyspotilasta esiintyy jonkinlaisia hengityслиikkeitä, joten vain normaalisti hengittävää reagoimatonta ei tarvitse elvyttää. (Elvytys 2011.)

Heti kun lapsi todetaan reagoimattomaksi, tulee tehdä hälytys hätänumeroon 112, jos auttajia on useampi kuin yksi. Jos elvyttäjä on ainoa paikalla oleva auttaja ja toteaa että lapsi on reagoimaton, eikä hengitä normaalisti hänen tulee aloittaa välittömästi painelu-puhallus-elvytys jo ennen hätänumeroon soittamista. Lapsen elvytys aloitetaan 5:llä puhalluksella, minkä jälkeen elvytystä jatketaan painelu-puhallussuhteella on 30:2 yhden minuutin ajan, jonka jälkeen yksin auttaja soittaa 112. Soiton jälkeen painelu-puhallus-elvytystä jatketaan kunnes ammattiapua saapuu paikalle, tai hengitys palautuu. Painelu-puhallussuhteella 30:2 tarkoitetaan että 30:n rintakehälle kohdistuvan painalluksen jälkeen puhalletaan kaksi puhallusta elvytettävän keuhkoihin. Painalluksen syvyys tulee olla 1/3 rintakehän paksuudesta eli noin 5cm, painelukohtana lapsilla on aikuisista poiketen rintalastan alaosa. Alle 1-vuotiaita elvytetään kahdella sormella painaen, sitä vanhempia 1:tä tai 2 kättä käyttäen. Painalluksen rytmi on 100—120 kertaa minuutissa. Puhalluksen tulee olla rauhallinen, sekunnin kestävä. Puhalluksen kertatilavuus suhteutetaan siten että nähdään elvytettävän rintakehän liikkuvan. Jos puhallukset eivät onnistu, tulee suu tarkistaa vierasesineen varalta, ja näkyvä vierasesine poistaa. (Elvytys 2011.)

Elvytyksellä pyritään palauttamaan elottoman, eli sydänpysähdyksestä kärsivän, sydämentoiminta (Castren ym. 2012b). Elvytystoiminnalle perustana on ajatus, että suurikin riski väärin toimimiselle on hyväksyttävä, koska ilman yrittämistä sydänpysähdyspotilas kuolee joka tapauksessa (Kinnunen & Helveranta 2012, 387).

6.1.16 Kyyn purema

Suomen ainoa luonnonvarainen myrkyllinen käärme on kyy. Tyypillinen kyyn purema näkyy kahtena pienenä pistosreikänä, jotka ovat 3—4 mm:n etäisyydellä toisistaan, purema voi tosin olla muunkin näköinen (Saarelma 2014g). Keskeiset kyyn myrkyt

vaikutukset kohdistuvat verenkiertoelimistöön ja veren hyytymisjärjestelmään (Vuori 2005, 1060). Kyyn myrkyin sisältämät kudosta vaurioittavat aineet aiheuttavat alkuun purema-alueella kudostuhoa ja turvotusta ja myöhemmässä vaiheessa yleisoireita, kuten ripulia, päänsärkyä, oksentelua ja mahdollisesti tajunnan häiriöitä (Saarelma 2014g). Kyyn pureman oireita ovat siis puremakohdan turpoaminen ja aristaminen, ihon punoitus ja mahdolliset rakkulat, pureman saaneen huonovointisuus ja vaikeassa tapauksessa sokki (Castren ym. 2012h). Nopeat vakavat puremasta aiheutuneet reaktiot, kuten hengenahdistus, viittaavat allergiseen reaktioon. Kolmelle neljästä pureman saaneesta tulee paikallisia oireita ja vakavampia yhdelle neljästä. (Saarelma 2014g.)

Lapsella kyyn puremaa epäiltäessä tulee lapsi toimittaa sairaalaan, purema voi olla lapselle vaarallinen (Vuori 2005, 1060). Alle 15-vuotiaat tarvitsevat sairaalatarkkailua. Kohtaa, johon kyy on purrut ei tule koskea eikä käsitellä millään tavoin (Saarelma 2014g). Pureman saaneen immobilisaatio on tärkeää (Vuori 2005, 1061). Jos purema on raajassa, kannattaa raaja lastoittaa sekä pitää kohoasennossa ja pureman saanut kantaa puremapaikalta. Pienten hydrokortisonimäärien, eli kyypakkauksen, antamisessa ei ole todistettu olevan hyötyä, muttei haittaakaan (Saarelma 2014g). Myrkyin poistoon yrittäminen ei kannata, sillä puremassa on kyseessä myrkyin injektio syvälle kudokseen (Vuori 2005, 1060). Tulehduskipulääkkeitä tulee välttää niiden mahdollisten munuaishaittojen takia (Vuori 2005, 1061). Jos purema on pään tai kaulan alueella on vaarana hengitysteiden ahtautuminen turvotuksen vuoksi (Saarelma 2014g).

6.1.17 Hyönteisten pistot

Hyönteisten pistot ovat useimmiten harmittomia, ja ne paranevat yleensä ilman erityistä hoitoa, vaikka saattavatkin olla kivuliaita. Hyönteisten pistojen aiheuttamat allergiset reaktiot ovat poikkeuksia. Ampiaisen tai mehiläisen pistos aiheuttaa useimmille lievää punoitusta, turvotusta ja kipua, nämä oireet rajoittuvat pistoskohtaan ja väistyvät yleensä kahden vuorokauden kuluessa. (Castren ym. 2012h.)

Ampiaisen tai mehiläisen pistäessä paikallista kipua voi lievittää kylmällä. Mehiläisen pistin tulee varovasti poistaa esimerkiksi terävällä esineellä pyyhkäisemällä siten ettei myrkkypussi tyhjene ihoon (Castren ym. 2012h). Ampiaisen piikki poistuu iholta hyönteisen mukana. Myrkkyrakkulaa ei tule puristaa, se tyhjentää rakkulaan jääneen myrkyin ihon alle ja paikallisreaktio pahenee. (Repo-Lehtonen 2014.)

Kun kyseessä on pieni lapsi ja pistos osuu suuhun tai pistoja on useita, voivat oireet vaatia kiireellistä apua, riskinä on mahdollinen anafylaktinen sokki. Jos pistos aiheuttaa hengenvaarallisen reaktion tulee välittömästi soittaa hätänumeroon. Jos pistoksen saaneella on oma ensiapulääke, annetaan se ohjeen mukaisesti välittömästi ja seurataan autettavan tilaa ammattiavun tuloon saakka, ja soitetaan uudelleen 112, jos vointi selkeästi muuttuu. (Castren ym. 2012h.)

Pistos suuhun tai nielun alueelle voi aiheuttaa hengitysteiden umpeutumisen hyönteisten myrkyn aiheuttaman suun ja nielun limakalvojen sekä kielen turpoamisen vuoksi. Tällöin tulee soittaa hätänumeroon. Pistokohtaa tulee viilentää jäällä, esimerkiksi antamalla autettavan imeskellä jääpalaa tai viilentämällä kaulaa ulkoapäin jääpussilla tai kylmillä kääreillä. (Keggenhoff 2004, 61.) Myrkkyyreaktiossa kylmä vähentää turvotusta ja lievittää kipua (Repo-Lehtonen 2014).

Punkin purressa tulee punkki poistaa iholta joko sormilla tai punkkipihdeillä. Punkista otetaan kiinni mahdollisimman läheltä ihoa ja vedetään ulos ihosta varovasti pyörittämällä. Jos alueelle tulee punoitusta, joka laajenee rengasmaiseksi on hakeuduttava lääkärin hoitoon. Hirvikärpänen taas irtoaa iholta kammalla tai pinsetillä. Se ei pysty elämään ihmisessä, mutta voi aiheuttaa paikallisen allergisen reaktion, joka oireilee kutiamalla. Jos seurauksena on allerginen reaktio, tulee hakeutua lääkärin hoitoon. (Castren ym. 2012h.) Hyönteisten pistoksia ja puremia voi ehkäistä ennakoimalla niitä, kuten käyttämällä hyvää suojavaatetusta ja välttämällä äkkinäisiä liikkeitä, jos mehiläinen tai ampiainen on lähettyvillä (Repo-Lehtonen 2014).

6.1.18 Sokki

Lääketieteessä sokilla tarkoitetaan verenkierron vajausta, jota seuraa kudosten riittämätön hapensaanti. Sokin voi aiheuttaa riittämätön kaasujenvaihto keuhkoissa, riittämätön sydämen pumppaustoiminta, este verenkierrossa, punasolujen tai plasman puute tai näiden yhdistelmä. (Aaltonen & Urtamo 2009, 360.) Käytännössä sokin voi siis aiheuttaa esimerkiksi runsas verenvuoto, rajun ripulin ja oksentelun aiheuttama nestehukka tai vaikea infektio (Castren ym. 2012a). Elimistö pyrkii korjaamaan hapenpuutetta kompensatiomekanismeilla, joita ovat nopeutunut hengitys, sydämen nopea lyöntisyys, nesteiden siirtäminen kudoksista verenkiertoon sekä verenkierron keskittyminen keskeisiin elimiin. Näiden kompensatiomekanismien käydessä riittämättö-

miksi verenpaine laskee, ja hapettoman aineenvaihdunnan seurauksena elimistö happamoituu. (Aaltonen & Urtamo 2009, 360.)

Imeväisikäisellä lapsella elimistön reservit ovat heikot, ja kompensaatiomekanismit saattavat pettää hyvinkin nopeasti. Sen sijaan imeväisiän ohittaneella lapsella elimistön kompensaatiomekanismit ovat varsin hyviä. (Klockars 2012, 342—343) Lapsella verenpaine voi pysyä normaalin rajoissa vaikka lapsi olisi menettänyt jo 50 % verimäärästään, mutta verenpaineen romahtaessa kyseessä voi olla palautumaton tilanne. (Jalkanen 2009, 466.) Lapsella ensimmäisenä merkinä sokin kehitymisestä saattaa olla levottomuus, joka on seurausta elimistön kompensaatioyrityksille (Aaltonen & Urtamo 2009, 360). Muita sokin merkkejä lapsella ovat tajunnan tason lasku, kylmät kädet ja jalat eli lämpörajan nouseminen, ihon värin muuttuminen harmaankalpeaksi tai siniseksi, heikko rannesykkeen tuntuminen sekä hiussuonten hidastunut täyttöaika (yli 2 sekuntia), joka testataan painamalla omalla sormella lapsen sormenpäätä (Jalkanen 2009, 467). Myös janon tunne ja pahoinvointi voivat olla seurausta sokin kehitymisestä (Castren ym. 2012a).

Kun autettavalla todetaan sokin oireita, tyrehdytetään näkyvät verenvuodot ja soiteetaan yleiseen hätänumeroon 112. Autettava asetetaan pitkälleen, jolloin saadaan parhaiten turvattua aivojen riittävä verenkierto ja hapensaanti. Alaraajat nostetaan ylös saatavilla olevaa tukea vasten, jolloin niiden veri virtaa elintärkeiden elimien käyttöön. Autettavan hengitystä ja hengitystien auki pysymistä tarkkaillaan. Mikäli autettava menee tajuttomaksi, hänet autetaan kylkiasentoon. Sokkinen pyritään pitämään lämpimänä eristämällä hänet kylmästä alustasta sekä peittelemällä peitteillä, tai mahdollisuuksien mukaan avaruuspeitteellä, koska lämmönhukan aiheuttamat vilun väritykset aiheuttavat ylimääräistä hapenkulutusta elimistölle. (Castren ym. 2012a.) Kylmältä suojaaminen myös parantaa traumapotilaiden selviytymisennustetta, sillä sairaalaan tuoduista traumapotilaista 25 %:lle kehittyy hyytymishäiriö, joka lisää kuolleisuuden riskiä 3—4 kertaiseksi. Tämän hyytymishäiriön tiedetään aiheutuvan hypotermiasta, elimistön happamoitumisesta ja hemodiluutiosta. Näin ollen hypotermian välttäminen heikentää hyytymishäiriön kehittymistä. (Karhu 2012, 363.) Autettavan vointia seurataan ammattiavun tuloon saakka, ja hätänumeroon soitetaan uudelleen mikäli voinnissa tapahtuu selkeitä muutoksia (Castren ym. 2012).

6.1.19 Nenäverenvuoto

Nenäverenvuodon syynä on ohuiden suonten rikkoutuminen nenän limakalvolla, tavallisesti nenän väliseinän etuosassa. Nenävammojen yhteydessä lapsilla vuotoja esiintyy myös nenän takaosissa. (Jalanko 2012g.) Suurin osa lasten nenäverenvuodoista on kuitenkin yhteydessä nuhaan tai nenän kaivamiseen (Rajantie 2010). Harvinaisempi, mutta mahdollinen aiheuttaja on myös vierasesine sieraimessa (Jalanko 2012g). Vuodon alullepanija on siis yleensä mekaaninen tekijä, ja vuodolle voi herkistää nenän limakalvon heikentyminen kuivumisen tai tulehduksen (esimerkiksi flunssan) yhteydessä (Saarelma 2014g).

Nenäverenvuodon hoitona lasta kehoitetaan niistämään nenä tyhjäksi hyytymistä. Lapsi saattaa myös sylkeä verta ulos, koska sitä valuu herkästi nieluun. (Jalanko 2012g.) Verennieleminen aiheuttaa pahoinvointia (Kuisma 2009, 474). Etukumara asento hoidon aikana estää veren valumisen nieluun (Saarelma 2014h). Etukumaran asennon lisäksi kehoitetaan lasta istumaan leuka rintalastaan painettuna, ja samalla sieraimia puristetaan nenän pehmeästä etuosasta (Rajantie 2010). Niskaan asetettu jääpussi saattaa auttaa vuodon tyrehtymisessä. Mikäli verenvuoto ei 15 minuutin puristamisen jälkeen tyrehdy, on syytä lähteä lääkäriin. (Saarelma 2014h.)

7 KYSELY IITIN PÄIVÄKOTIEN HENKILÖKUNNALLE

7.1 Tavoitteet

Iitin päiväkotien henkilökunnalle laatimamme kyselylomakkeen tavoitteena on kerätä oppimisprosessia tukevaa tietoa koulutusta varten. Oppijoiden sitoutuminen opiskeluun on keskeistä opetuksen onnistumisen kannalta, aktiivisuutta ja motivaatiota taas edistää mahdollisuus itse päästä vaikuttamaan koulutuksen sisältöön (Kumpulainen, Krokfors, Lipponen, Tissari, Hilppö & Rajala 2010, 51). Aikuisten motivaatio oppimisessa kohdistuu herkemmin sellaiseen, mikä koetaan heti hyödylliseksi, myöskin heille jo kertynyt elämäkokemus toimii oppimisen resurssina (Raustevon Wright, von Wright & Soini 2003, 78). Näihin opetuksellisiin haasteisiin pyrimme saamaan apua kyselyllä, jolla kartoitamme henkilökunnan rakennetta ja kokemuksia ensiavusta, sekä oppimista tukevaa tietoa.

7.2 Kyselylomakkeen laadinta

Kysely on yksi aineiston keruun perusmenetelmistä, kyselyn etuna pidetään sitä, että sen avulla voidaan kerätä laaja aineisto, vastaajia voi olla useita ja kysyttäviä asioista monia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 193,195). Tarkoituksemme on lähettää kysely kaikille koulutukseen osallistujille, 27 henkilölle, joten oletettu vastausjoukko on sen verran suuri, että päätimme valita kyselylomakkeen käytön aineistonkeruun menetelmäksi Iitin päivähoidon taustatietojen keräämistä ja opiskelija-analyysejä varten. Kyselylomaketutkimuksessa tutkija ei vaikuta läsnäolollaan tai olemuksellaan vastauksiin, mikä on luotettavuutta parantava tekijä yhdessä sen kanssa, että kysymykset esitetään kaikille vastaajille täsmälleen samalla tavalla (Aaltola & Valli 2001, 101).

Lomakkeen kysymykset keräävät tietoa vastaajien taustasta sekä tosiasioista. Täsmällisiä tosiasioita tulee kysyä suoraan yksinkertaisina kysymyksinä, joko monivalintatyyppisesti tai avointen kysymysten avulla. Monivalintakysymyksissä on laadittu valmiit vastausvaihtoehdot, minkä vuoksi vastauksia voidaan mielekkäästi vertailla, ja avoimissa kysymyksissä esitetään vain kysymys ja jätetään tyhjä tila vastaukselle, mikä taas sallii vastaajien sanoa, mitä heillä on mielessään. (Hirsjärvi ym. 2010, 197-201.) Edellä mainitun vuoksi kyselylomake sisältää sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä.

Tarkalla lomakkeen ja kysymysten laadinnalla ja suunnittelulla voidaan tehostaa tutkimuksen onnistumista (Hirsjärvi ym. 2010, 193,198). Tarkkoja sääntöjä kysymysten laadintaan ei ole, mutta yleisiä ohjeita on. Näihin kuuluu muun muassa se, että kysymykset ovat selkeitä ja merkitsevät kaikille vastaajille samaa, sekä käytetään spesifisiä kysymyksiä, joilla voidaan rajata tulkinnan mahdollisuutta, ja esimerkiksi sanojen valinnalla ja käytöllä helpotetaan ymmärrettävyyttä. Lomakkeen valmistelussa sen koikeilu onkin välttämätöntä muun muassa edellä mainittujen asioiden tarkistamiseksi. (Hirsjärvi ym. 2010, 198-204.) Esitetasimme kyselylomakkeen kyselyn kohderyhmään kuulumattomalla henkilöllä varmistaaksemme kysymysten muotoilun selkeyden. Esitestauksen jälkeen päädyimme vähentämään kysymysten määrää sekä muokasimme muutamia sanavalintoja.

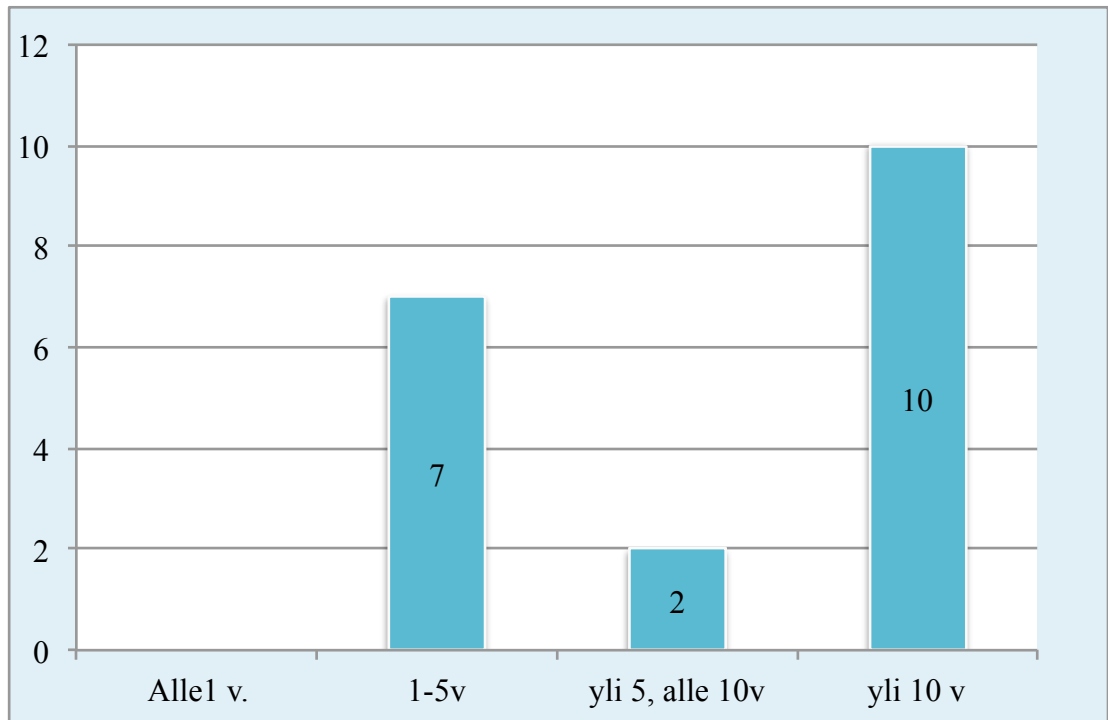
7.3 Toteutus

Kysely (liite 1) lähetettiin vastaajille organisaation kautta. Toimitimme kyselylomakkeet päiväkodinjohtaja Erika Räikköselle, joka jakoi ne koulutukseen osallistuviin päivähoitoyksiköihin. Kyselyn mukana oli saatekirje (liite 2), jossa kerroimme kyselyn liittyvän tulevaan koulutukseen sekä suljettava vastauskuori, johon he pystyivät laittamaan lomakkeensa vastaamisen jälkeen anonymiteettinsä säilyttämiseksi. Vastauslomakkeille oli myös keräyslaatikot, joilla anonymiteetin säilymistä vahvistettiin. Vastausaikaa kyselyyn annettiin reilu viikko, jonka jälkeen kyselylomakelaatikot haettiin Metsämyyrän päiväkodista, jonne päivähoito kesäaikana oli keskittynyt.

7.4 Tulokset

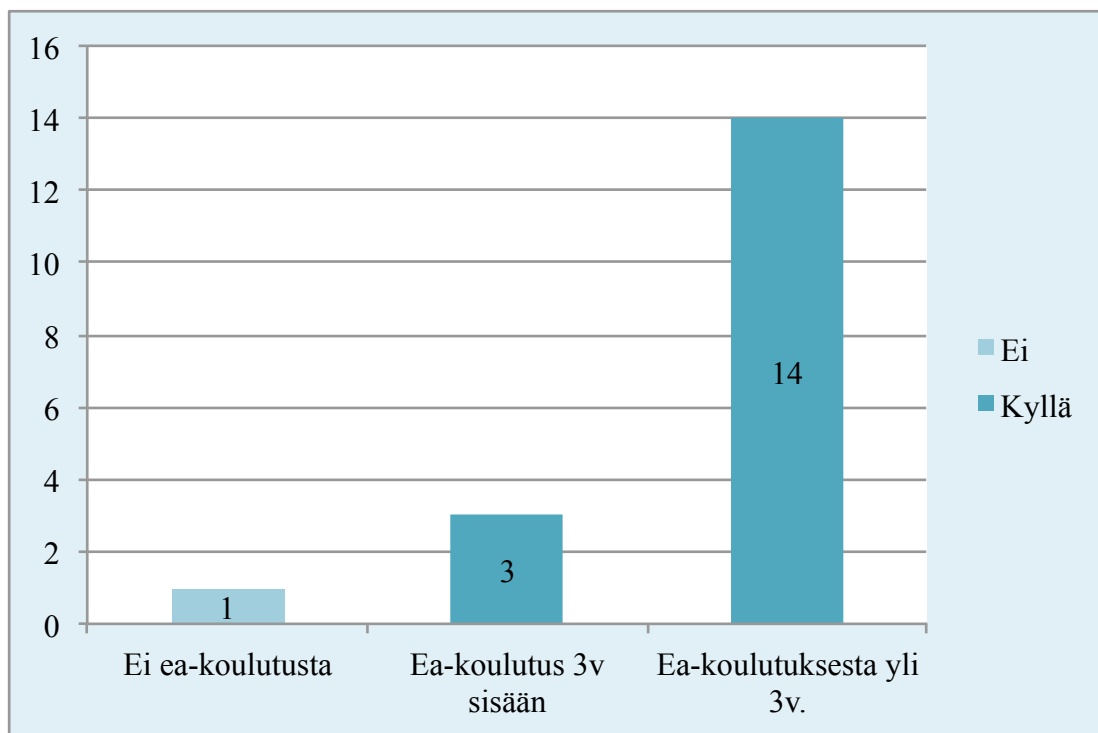
Kyselyyn vastanneita oli 19, koulutukseen osallistuvien määräksi ennakolta oli ilmoitettu 27, joten kyselyyn eivät vastanneet kaikki joille se oli tarkoitettu. Enimmäkseen vastauslomakkeet oli täytetty huolellisesti ja kaikkiin kohtiin vastattu. Kolmessa lomakkeessa oli jätetty vastaamatta kohtaan, jossa kysyttiin koulutusta, ja yhdessä lomakkeessa oli jätetty vastaamatta kaikkiin avoimiin kysymyksiin, mukaan lukien koulutustausta, ja yhdessä lomakkeessa ei oltu vastattu kohtaan, jossa kysyttiin onko saanut ensiapukoulutusta. Tyydyimme kuitenkin saamaamme vastausten määrään, emmekä tavoitelleet vastaamatta jättäneitä. Lomakkeen ensimmäistä kysymystä, jossa kysyttiin koulutusta, käsittelemme Iitin päiväkodit -otsikon alla.

Lomakkeen toisella kysymyksellä kartoitimme koulutukseen osallistuvien työkokemusvuosia päiväkotiympäristössä, kysymyksen tarkoitus oli kartoittaa henkilökuntarakennetta ja antaa meille selkeyttä siihen, kuinka paljon koulutukseen osallistuvilla on kokemusta päivähoitoympäristössä työskentelystä. Vastanneista 10 oli työskennellyt päiväkotiympäristössä kymmenen vuotta tai kauemmin, 2 yli viisi vuotta ja loput 7 yhdestä viiteen vuotta. Alle yhden vuoden työskentelykokemusta päiväkotiympäristössä ei ollut yhdelläkään kyselyyn vastanneista. Kyselyn perusteella suurella osalla henkilökuntaa on paljon kokemusta päiväkotiympäristössä työskentelystä. Koska koulutukseen osallistuvia oli 27 niin voimme päätellä, että yli kolmasosa heistä on työskennellyt 10 vuotta tai kauemmin päiväkotiympäristössä.



Kuva 5. Päiväkodin henkilökunnan työkokemus päiväkotiympäristössä vuosina (n=19)

Kolmannella kysymyksellä kartoitimme aiemmin saatua ensiapukoulutusta, jotta pystyisimme arvioimaan, onko henkilökunta tulossa kertaamaan ensiaputaitojaan vai oppimaan uutta. Kyselyyn vastanneista suuri osa oli saanut ensiapukoulutusta eli yhteensä 17 henkilöä, näistä 3 oli saanut sitä kolmen vuoden sisään. Esimerkiksi Suomen punaisen ristin järjestämän Ensiapukurssi EA1:n suorittaessa saa todistuksen, joka on kolme vuotta voimassa (Suomen Punainen Risti), eli ensiaputaitojen kertaus on enemmistölle koulutukseen osallistuvista varmasti tarpeen. Vastanneista yksi ei ollut saanut ensiapukoulutusta lainkaan ja yksi oli jättänyt vastaamatta kyseiseen kohtaan, eli joukkoon mahtui niitäkin, joille asiat tulevat ainakin osittain uutena.

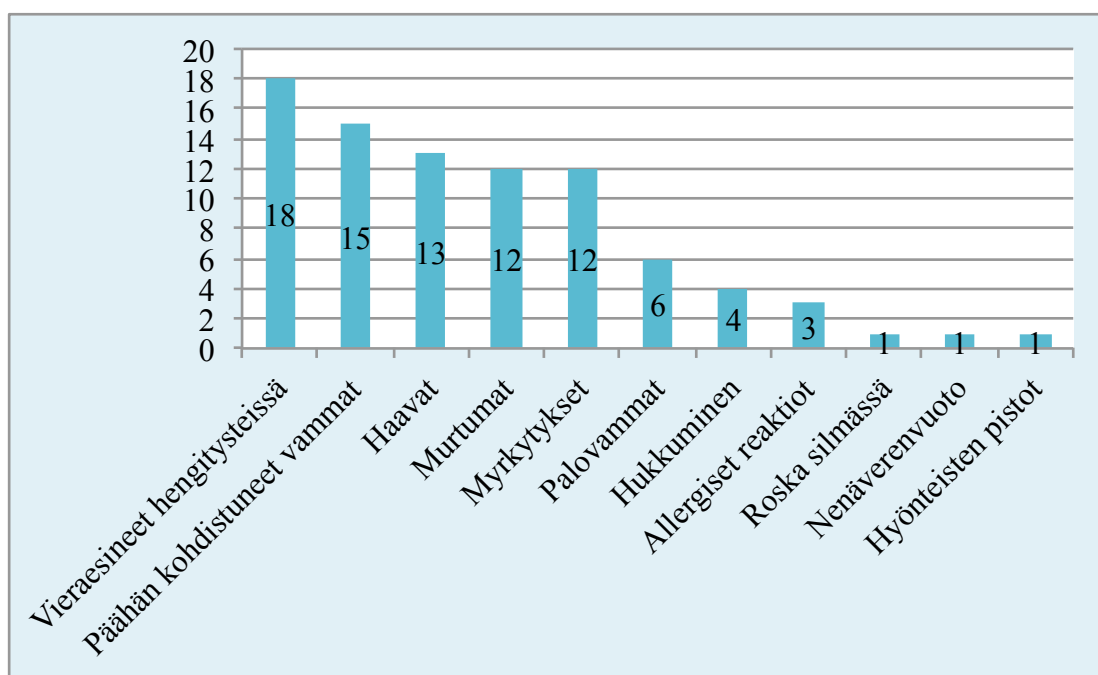


Kuva 6. Päiväkodin henkilökunnan ensiapukoulutustausta (n=18)

Neljäs kysymys käsitteli sitä, missä ensiapukoulutus on saatu: osana opintoja, työpaikalla vai vapaa-ajalla. Kysymyksen tarkoitus oli antaa meille tietoa siitä, onko päiväkodissa työskentelevillä erilaiset ensiapuvalmiudet koulutuksesta riippuen, sekä onko ensiaputaitoja harjoiteltu työpaikalla, ja onko osa työntekijöistä kartuttanut ensiaputaitojaan myös vapaa-ajalla. Vastauksia käsiteltäessä huomasimme kuitenkin, että kysymystä olisi pitänyt tarkentaa siten, että vaihtoehtoa ”työpaikalla” olisi pitänyt tarkentaa ”nykyisellä työpaikalla”. Osassa vastauksissa oli mainittu, että edellisellä työpaikalla, joten emme voineet olla varmoja, olivatko loput työpaikalla ensiapukoulutusta saaneet sen nykyisellä työpaikalla vai muualla. Kysymyksessä olisi tullut tarkentaa, onko koulutuksissa käsitelty myös lasten ensiapua. Vastausten yhteneväisyyttä saatuu koulutukseen ei voida myöskään täysin luotettavasti verrata, koska osassa lomakkeissa oli jätetty vastaamatta kohtaan, jossa kysyimme ammatillista koulutusta ja yhdessä lomakkeessa vastaamatta kohtaan, jossa kysyimme saadusta ensiapukoulutuksesta. Saatujen vastausten perusteella työpaikoilla ja opinnoissa käydään kuitenkin ensiaputaitoja läpi, koska työpaikalla ensiapukoulutusta oli saanut 6 henkilöä, kaksi heistä mainitsi erikseen saaneensa sitä edellisellä työpaikalla, 7 henkilöä oli saanut koulutusta sekä töissä että osana opintoja, 4 henkilöä oli saanut sitä osana opintoja ja 1 henkilö oli työpaikalla ja opinnoissa saadun koulutuksen lisäksi kartuttanut taitojaan vapaa-ajalla. Annettujen vastausten perusteella opinnoissa, jotka keskittyvät hoitamiseen

tai kasvatukseen, annetaan useasti koulutusta myös ensiaputaitoihin: vain 3 henkilöä, jotka vastasivat käyneensä näiden alojen opintoja, eivät olleet saaneet ensiapukoulutusta osana opintoja.

Viidennessä kysymyksessä kysyimme, millaisiin lapsille tapahtuviin ensiaputilanteisiin henkilökunta kaipaisi koulutusta. Lomakkeeseen olimme kasanneet erilaisia ensiapua vaativia tilanteita, ja lisäksi oli kohta, johon sai kirjoittaa vapaasti toiveita. Kysymyksen tarkoitus on auttaa meitä käsittelemään koulutuksessa aiheita, jotka osallistujat kaipaavat tarpeellisiksi. Eniten koulutusta kaivataan siihen, miten toimia kun vierasesine menee hengitysteihin, vastaajista 18 toivoi sitä. Päähän kohdistuneen vammaan ensiapuun kaippaa koulutusta 15 henkilöä, haavojen ensiapuun 13 henkilöä, murtumien ensiapuun 12 henkilöä, myrkytysten ensiapuun 12 henkilöä, palovammojen ensiapuun 6 henkilöä ja hukkumistilanteen ensiapuun 4 henkilöä. Muita toiveita olivat allergisen reaktion ensiapu, jota toivoi 3 henkilöä. Yksittäisiä toiveita olivat roska silmässä, nenäverenvuoto ja hyönteisten pistot.



Kuva 7. Ensiapukoulutuksen aihetoiveita (n=19)

Kuudennessa kysymyksessä kysyimme, millaisia ensiapua vaativia tilanteita henkilökunta on kohdannut työyhteisössään. Kysymyksen tarkoitus oli kerätä itsellemme tarkempaa tietoa siitä, minkälaisia ensiaputilanteita päiväkodissa kohtaa. Useimmiten vastaajat olivat joutuneet antamaan ensiapua haavojen, nirhaumien ja ruhjeiden hoi-

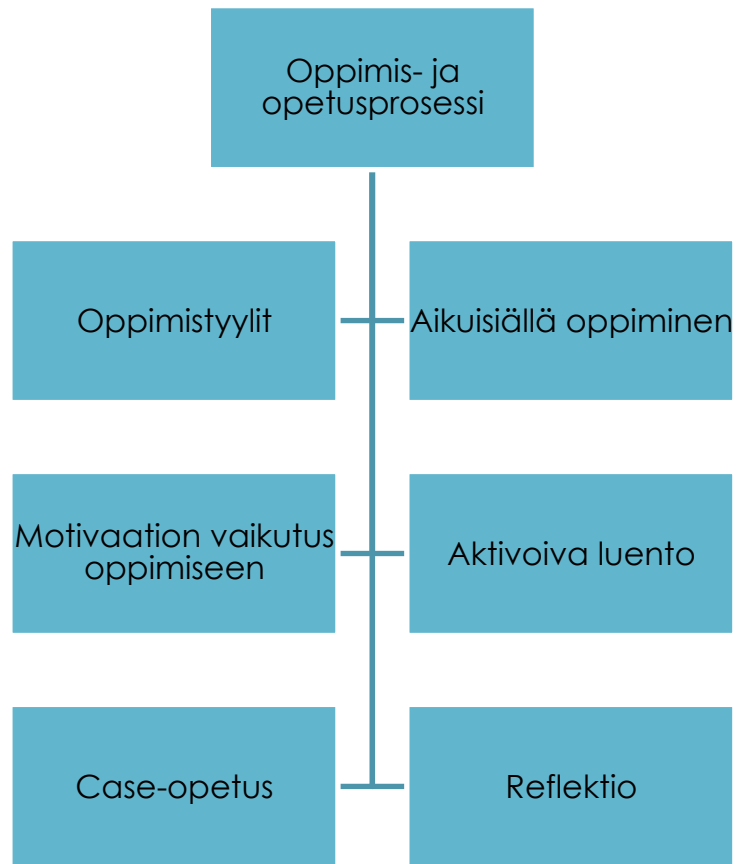
toon. Nämä mainittiin jokaisessa vastauslomakkeessa, joissa avoimiin kysymyksiin oli vastattu. Päänkolautuksiin oli jouduttu antamaan toiseksi eniten ensiapua, aivotärähdyksiä ja kuhmuja hoitamaan on joutunut vastaajista 9 henkilöä. Murtumiin sekä nenäverenvuotoon oli annettu kolmanneksi eniten ensiapua. Molemmat mainittiin viidesti vastauslomakkeissa. Neljänneksi eniten oli mainittu kasvoihin ja hampaisiin kohdistuneet tapaturmat sekä silmänhuuhtelu, näitä oli mainittu neljästi vastauslomakkeissa. Muita mainittuja tilanteita olivat vierasesine nenässä, ruoka väärässä kurkussa, puremat, tikun poisto, nyrjähdykset ja venähdykset, astmalääkkeen antaminen ja kylmähoidon toteuttaminen. Useissa lomakkeissa mainittiin myös syitä sattuneisiin tilanteisiin, näitä olivat putoamiset, kaatumiset ja liukastumiset.

Seitsemännessä, eli viimeisessä kysymyksessä, kysyimme henkilökunnan näkemyksiä siihen, mitkä ovat heidän mielestään turvallisuuteen liittyviä riskitekijöitä päiväkohteissa. Saatujen vastausten tarkoitus oli antaa meille tarkempaa käsitystä, onko ensiapua vaativia tilanteita mahdollista ehkäistä, sekä tarkempaa käsitystä ympäristöstä ja sitä kautta mahdollisista vastaan tulevista ensiaputilanteista. Useasti vastauksissa mainittiin putoaminen, törmäily, kaatuminen ja liukastuminen sekä tukehtumisvaara. Vastauksissa mainittiin myös lasten määrä ja eri-ikäisyys. Ympäristöön liittyvinä riskitekijöinä oli mainittu sisätilojen rajallisuus, sisätiloissa liukastuminen (jos ei ole tосуja), tuolit, kiipeilytelineet, liukumäet, portit, aidat, ampiaisen pisto, terävät esineet, pienet esineet pienten lasten ulottuvilla, rautatolpat, ovet sekä hiekka (esimerkiksi silmiin heitettäessä tai sen syönti). Muita mainittuja asioita olivat aggressiiviset lapset sekä lasten väliset riitatilanteet, liian suuret luulot omista taidoista ja karkaaminen. Useat turvallisuuteen liittyvät riskitekijät liittyvät siis suurelta osin lasten kehityksen erivaiheisiin. Esimerkiksi kaatumiset ja putoamiset, jotka liittyvät usein ympäristön riskitekijöihin, ovat monelta osin sidonnaisia lasten haluun liikkua monella tapaa (kuten kiipeilemällä), sekä haluun opetella uusia taitoja sekä kokeilla omia rajojaan. Tukehtumisvaara liittyy suurelta osin lasten taipumukseen tutustua ympäristöön monella tapaa, esimerkiksi laittamalla kaiken saatavilla olevan suuhun. Taidottomuus riitatilanteiden selvittämiseen keskustelemalla sekä aggressiivisuus ovat myöskin osa varhaislapsuuden kehitysvaiheita.

8 OPPIMIS- JA OPETUSPROSESSI

Tässä kappaleessa käydään läpi oppimisen ja opetuksen teoriaa. Rauste-Von Wright, Von Wright ja Soini (2003, 50) kutsuvat oppimista prosessiksi, jossa elämän varhaisvaiheista saakka taltioidaan ja tulkitaan uutta informaatiota, rakennetaan alati jäsentyvää ja rikastuvaa kuvaa siitä fyysisestä ja sosiaalisesta maailmasta, jossa elää ja itsestään tämän maailman osana. Oppimista on monen tyyppistä, mutta yhteistä oppimisen eri muodoille on se, että ne kytkeytyvät toimintaan (Rauste-Von Wright ym. 2003, 51). Kansanen (2003, 45) kertoo opetuksen tähtäävän aina johonkin, tavoitteiden ollessa tähtäimenä. Opetus voidaan määrittää käytännön toiminnaksi, jolta odotetaan tavoitteiden mukaisia tuloksia (Lahdes 1994, 25). Opetuksella on selkeä vaikutusluonne. Opetuksessa tavoitteet on määritelty etukäteen ja niihin pyritään systemaattisesti. (Kansanen 2003, 45.)

Koulutuksen suunnittelusta ei ollut aiempaa kokemusta, joten tarpeellista oli tutustua oppimiseen ja opettamiseen ennen koulutuksen toteutuksen suunnittelua. Oppimis- ja opetusprosessiin perehtymisen lisäksi valikoituvat käsittelyn kohteeksi asiakasanalyysin perusteella aikuisiällä oppiminen, oppimistyylien ja motivaation noustessa tärkeiksi asioiksi oppimista käsiteltäessä oli myös tarpeen syventyä niihin, ja aktiivisen luennon, case-opetuksen ja reflektion käytön valikoituessa opetusmenetelmiksi, tuli perehtyä myös niiden käyttöön opetuksessa. Kuvassa 8 esitetään opinnäytetyössä oppimiseen ja opettamiseen liittyvät teoreettiset näkökulmat.



Kuva 8. Oppimisen ja opetuksen näkökulmat opinnäytetyössä

8.1 Oppimisprosessi

Arkipuheessa oppiminen on yksiselitteinen asia, mutta sitä voidaan pitää toistavana toimintana, tai jonkinlaisena kehittymisenä tai muutoksena oppijan ajattelussa tai toiminnassa (Kupias 2007, 98). Oppimisprosessi on koko elämän kestävää tiedon taltiointia ja tulkittamista, sekä jatkuvasti rakentuvaa kuvaa fyysisestä ja sosiaalisesta maailmasta (Rauste-von Wright ym. 2003, 50). Oppimiseen vaikuttavat motivaatio, viireystila, ympäristö, lepo, ravinto, opetusmenetelmät ja –materiaali ja kouluttajan toiminta. Opittu tietomäärä ei siis kasva käytetyn ajan kanssa. (Halonen, Kärkkäinen, Pulkka & Saarelainen 2007, 18—19.)

Oppimiskäsityksistä voidaan erottaa kaksi pääsuuntausta: empiirinen ja konstruktivistinen oppimiskäsitys. Empiirisen oppimiskäsityksen mukaan tieto perustuu ihmisen itse tekemiin havaintoihin ja on kokemusperäistä. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan yksilö oppii toiminnan avulla toimimaan. Toimintaa ohjaavat tarpeet, aiheet ja odotukset. Näiden pääsuuntausten välille mahtuu monia eri näkemyksiä ja tulkintoja. (Atjonen & Uusikylä 2005, 142—143.) Konstruktivistisen oppimiskäsityksen

mukaan tietoa ei voida siirtää, vaan jokainen oppija rakentaa tiedon itse. Yksilön kokemukset ja aiempi osaaminen vaikuttavat siihen miten asiat havaitaan ja ymmärretään. (Kupias 2007, 100.)

Muistaminen liittyy läheisesti oppimiseen. Muistamisella tarkoitetaan mieleen painamista ja aiempien kokemusten mieleen palautumista. Asiat, jotka voi yhdistää aiemmin opittuihin on helpointa muistaa. Muistissa säilymiseen vaikuttavat koulutustapah- tuminen sisältö ja rytmitys, harjoitus- ja toistokertojen määrä, koulutettavan aktiivi- suus, vireystila ja motivaatio sekä käytettävät opetusmenetelmät. Koulutuksen jälkeen muistiaineksesta eniten unohtuu ensimmäisten päivien aikana. Kertaamisella ja tois- toilla voidaan vähentää muistiaineksen unohtumista ja saavutetaan ylioppimista. Yli- oppimisella saavutetaan tietojen ja taitojen säilymistä muistissa pitkään. (Halonen ym. 2007, 21.)

8.2 Oppimistyyli

Oppimistyyli kuvaa kunkin ihmisen luontaista tapaa havainnoida, ajatella sekä toimia erilaisissa tilanteissa. Oppimistyyliin vaikuttavat ihmisen ikä ja luonteenpiirteet, sekä tapa motivoitua opiskeluun. (Kauppila 2003, 59.) Oppimistyyliä voidaan tarkastella erilaisilla menetelmillä, mutta yleisesti käytössä on NLP-malli (Neurolinguistic Prog- ramming, jossa huomioidaan, minkä kanavan tai aistin kautta ihminen tallentaa ja kä- sittelee tietoa. NLP-mallin mukaan oppijat voidaan jakaa auditiivisiin (kuuloaisti), vi- suaalisiin (näköaisti), kinesteettisiin (liike- ja lihasaistit) sekä taktiilisiin (koskettelu ja kokeilu). (Kupias 2007, 108.)

Oppimistyyleistä puhuttaessa olennaista on huomioida, että jokainen oppija oppii par- haiten omalla tavallaan (Kauppila 2003, 59). Kouluttaja voi huomioida kaikki oppi- mistyyliä koulutusta suunnitellessaan niin, että puheen lisäksi koulutuksessa on myös kuvia ja oppijat pääsevät itse tekemään ja liikkumaan (Kupias 2007, 108).

8.3 Aikuisiällä oppiminen

Aikuisikä voidaan katsoa sijoittuvaksi noin 25:n ja 65:n ikävuoden välille. Aikuisten oppimiseen oman merkityksensä tuo oppijoiden aikaisemmat opinnot, kokemus työ- elämästä ja kokemusten monipuolisuus. Aikuisten oppimisessa merkittävä alue on vanhoista tavoista poisoppiminen. Vanhat tavat voivat muodostua oppimisen esteiksi,

mutta tiedostettuina ne voivat olla myös mahdollisuuksia luovia. (Paane-Tiainen 2000, 15—16.)

Käyttömuistia käytetään tilanteissa, joissa hyödynnetään aikaisempia tietoja, taitoja ja kokemuksia päätöksen tekoon. Käyttömuisti kuormittuu herkästi ja sen kuormittumiskykyyn vaikuttavat oppijan motivaatio sekä tunne- ja vireystila. Käyttömuistin kuormittumiskyky heikkenee iän myötä, mutta vastaavasti kyky hallita asiakokonaisuuksia kehittyy iän myötä, kun tiedonkäsittelymekanismit monipuolistuvat. Irrallisen tietoa-ineksen oppiminen on nuorille helpompaa, kun taas aikuisoppijat käyttävät kokemuksiaan hyväksi ymmärtääkseen monimutkaisempien asiakokonaisuuksien yhteyksiä. Tämän takia aikuisoppijat tarvitsevat oppimistilanteita, jotka he kokevat osaksi mielekästä kokonaisuutta työn kannalta, ja jotka mahdollistavat asiakokonaisuuksien hallinnan. (Paane-Tiainen 2000, 15—16.)

Aikuisopiskelua luonnehtivat myös itseohjattu oppiminen, satunnaisoppiminen sekä äänettömät tiedot ja taidot. Itseohjatulla oppimisella tarkoitetaan omaehtoista tavoitteellista opiskelua ja itsensä kehittämistä, joka voi olla esimerkiksi ammattilehtien lukemista. Satunnaisoppimisella tarkoitetaan käytännön työtilanteista kokemuksen kautta tapahtuvaa oppimista, jota voidaan pitää vanhimpana ja yleisimpänä ammattien oppimisen muotona. Satunnaisoppimista ei voida kuitenkaan käyttää elinikäisen oppimisen kehittämiseen. Äänettömät tiedot ja taidot syntyvät ja kehittyvät pitkästä työkokemuksesta, ja niiden omaksumiseen ei riitä ohjeiden mieleen painaminen, vaan siihen tarvitaan omakohtaista kokemusta. (Kajanto, Kalli, Kauppi, Toiviainen & Tuomisto 1994, 37—38.)

8.4 Motivaation vaikutus oppimiseen

Motivaatio on keskeinen osa kaikkea oppimista (Paane-Tiainen 2000, 26). Motivaation kannalta kaksi olennaisinta asiaa ovat, että opiskeltava asia koetaan merkitykselliseksi ja siihen, että opiskelijan on pystyttävä odottamaan onnistumista. Opiskeltavan asian merkityksellisyyteen vaikuttaa asian arvo opiskelijalle ja onnistumisen odottamiseen se, että opiskeltava asia on opiskelijan opittavissa sen hetkisten tietojen ja taitojen avulla. (Lindblom-Ylänne & Nevgi 2007, 130.) Motivaatio on yhteydessä muihin oppimisen alueisiin kuten keskittymiskykyyn, ajattelutyöhön ja muistamiseen, ja sen avulla oppija pystyy saavuttamaan itselleen asettamia tavoitteita. Motivaatio nä-

kyä käytännössä opiskelijan kiinnostuksena aihetta kohtaan, sekä hänen opiskeluun käyttämänsä ajan määrässä. (Kauppila 2003, 43.)

Motivaatiota voidaan jaotella sisäisiin ja ulkoisiin motiiveihin. Sisäisiin motiiveihin vaikuttaa tarve henkiseen kasvuun, yleiseen kehittymiseen tai sisällölliseen kiinnostukseen. Ulkoisiin motiiveihin vaikuttaa asian käytännöllisyys ja hyödyllisyys. Lisäksi motivaatioon voivat vaikuttaa sosiaaliset seikat, jotka voivat vahvistaa sisäisiä tai ulkoisia motivaatioita. Sosiaalinen seikka voi olla esimerkiksi ryhmään kuuluminen. (Paane-Tiainen 2000, 26.) Oppimisen kannalta sisäinen motivaatio on se joka saa oppijan oppimaan syvästi ja kiinnittämään huomionsa opittavan asian sisältöön. Ulkoisesti motivoituneelle oppijalle saattaa riittää jokin ulkoinen palkkio ja tavoitteeksi koulutuksesta suoriutuminen. (Kupias 2007, 120.)

8.5 Opetusprosessi

Opetuksen tähtäimenä ovat tietyt tavoitteet (Kansanen 2003, 45). Kokonaisvaltaisen opetusprosessin osia ovat suunnittelu, toteutus ja arviointi. Opettamisessa pyritään edistämään opiskelijoiden oppimista, ja sen tulee olla suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa. Suunnitteluvaiheessa määritellään oppimistavoitteet sekä opetettava aine ja sisältö, ja näiden avulla valitaan arviointimenetelmä. Tavoitteiden saavuttamiseksi opettajan tulee suunnitteluvaihteessa miettiä myös opetusmenetelmiä. Tavoitteiden, aineksen ja sisällön, arviointikeinojen ja opetusmenetelmien tulee tukea toisiaan ja vaikuttaa saman suuntaisesti. (Lindblom-Ylärinne & Nevgi 2002, 236, 237, 239, 240.) Perinteisin koulutusprosessin työmalliksi soveltuu hyvin ajatus siitä, että tavoite säätelee toteutusta ja arviointia, arviointi taas tavoitetta ja toteutusta, ja toteutus tavoitetta ja arviointia. Tämä malli auttaa tavoitteiden määrittelyssä alusta alkaen, koska silloin koulutusta tarkastellaan reflektiivisenä ja itseään korjaavana prosessina. (Rauschte-Von Wright, ym. 2003, 188—189.)

Tavoitteiden määrittely on opetuksen suunnittelun lähtökohta, ja niiden avulla opiskelijat sitoutetaan oppimiseen. Tämän vuoksi oppimistavoitteita tulee pohtia opiskelijoiden näkökulmasta. Opettajan on välillä hankala muistaa, kuinka vähän uutta asiaa opiskelijat pystyvät kerralla omaksumaan. Sisällön valinnassa kannattaa useimmiten valita aina vähemmän kuin enemmän, koska näin pystyy keskittymään syvästi muutamaan asiaan. (Lindblom-Ylärinne & Nevgi 2002, 242—244.) Suunnitteluvaiheessa tulee miettiä myös millä menetelmin ja millaisin kriteerein opettaja haluaa ar-

vioida opiskelijoiden osaamista (Lindblom-Ylärinne & Nevgi 2002, 237). Arviointikäytännöt ohjaavat oppimista, opiskelijat esimerkiksi valitsevat tavoitteensa ja opiskelestrategiansa niiden mukaisesti (Lindblom-Ylärinne & Nevgi 2002, 254). Opetusmenetelmien tulee olla linjassa tavoitteiden, sisällön ja arviointimenetelmien kanssa. Opetusmenetelmien tulee mahdollistaa oppimista, eli tavoitteiden saavuttamiseksi tulee käyttää keinoja ja menetelmiä, joilla saadaan aikaan oppimista. (Lindblom-Ylärinne & Nevgi 2002, 237,240.)

Opettajana kehittymisen edellytys on oman opetuksen arviointi. Opetusta voi arvioida muun muassa omaa toimintaa tarkkailemalla ja arvioimalla kurssisuoritusten tuloksia, sekä opiskelijapalautteiden ja kollega-arvioiden perusteella. (Lindblom-Ylärinne & Nevgi 2002, 248.) Oman opetuksen reflektointi selkeyttää ymmärrystä oman opetuksen taustalla vaikuttavista arvoista ja oppimisnäkemyksistä (Lindblom-Ylärinne & Nevgi 2002, 236).

8.6 Aktivoiva luento

Aktivoiva luento sisältää periaatteen siitä, että oppijoilla on entuudestaan paljon kokemusta ja osaamista, ja he rakentavat sen pohjalle uutta tietoa. Aktivoiva luento käsittelee ajatuksen siitä, että oppiminen on aktiivinen prosessi, joka tarvitsee tilaa ja palautetta. Aktiivista opittavan työstämistä tuetaan luennon aikana ja yksisuuntaista luennoimista rajoitetaan. Yksisuuntaista luennointia voi olla enintään 15—20 minuutin pituisina tietoisuuksina. Luennoinnin lomassa esitetään oppijoita aktivoivia kysymyksiä. Aktivoinnin tulee tukea oppimistavoitteita, eikä aktivointi saa olla itse tarkoitus. (Kupias 2007, 64.) Aktivoivan luennon tarkoituksena tulisi olla näkemysten ja uudenlaisten ajatusmallien välittäminen siten, että ne johdattavat oppijoita aktiiviseen oma-kohtaiseen pohdintaan (Lonka 1993, 60). Opettajan toteuttamassa kyselemiseen perustuvassa opetuksessa käy kuitenkin helposti niin, että vastaaminen kasaantuu vain muutamille aktiivisimmille oppilaille (Atjonen & Uusikylä 2005, 123). Oppilaat voivat käyttää enemmän puheenvuoroja, kun heidät on jaettu ryhmiin (Atjonen & Uusikylä 2005, 125). Yhdessä oppiminen vahvistaa oppijoiden itsetuntoa sekä vähentää työrauhaongelmia, lisäksi syvälliseen oppimiseen liittyvät taidot kuten yhteenvedojen tekeminen kehittyvät ryhmässä toimimisessa (Koro 1994, 125).

Aktivoivassa luennossa voi aikaisempaa osaamista nostaa esiin esimerkiksi kysymällä, mitä oppijat tietävät ennestään opettavasta aiheesta. Kouluttaja osoittaa aiempaa

osaamista kysymällä arvostavansa oppijoiden aikaisempaa osaamista sekä saa myös tietoa siitä. Tavoitteiden avulla kouluttaja rajaaluentonsa sisällön ja valitsee käyttämänsä menetelmät ja painotukset. Kun oppijat kokevat luennolla käytävät asiat esimerkiksi oman työnsä kannalta mielekkäiksi, oppiminen koetaan usein kiinnostavaksi. Oppijoilta kannattaakin kysyä konkreettisia esimerkkejä liittyen heidän kokemusmaailmaansa käsiteltävästä asiasta. Luennon aluksi olisi hyvä käsitellä kokonaishahmotusluennosta, se voi olla esimerkiksi sisällysluettelo. Kokonaisuuden hahmottaminen voi olla joillekin oppijatyypeille erittäin tärkeää. Myös ilmapiiri vaikuttaa luennolla oppimiseen: rennossa ilmapiirissä oppii helpommin. Yksisuuntaisessa luennoinnissa luennoitsija ei myöskään tiedä, miten oppijat vastaanottavat esitetyt asiat, eikä oppija saa ohjausta tai tukea oppimiselle. Vuorovaikutuksen avulla oppijat voivat saada palautetta omasta ajattelustaan sekä peilata ajatuksiaan muiden kanssa. Kouluttaja myös rohkaisee oppijoita esittämään tarkentavia kysymyksiä, jos he eivät ymmärrä jotain tai ajatukset ovat ristiriitaisia aiemmin opittuun. (Kupias 2007, 64—66.)

8.7 Case-opetus

Casea voidaan määritellä usealla eritavalla, esimerkiksi todellisen tilanteen kuvaukseksi, johon liittyy jokin päätös, haaste tai ongelma (Sulkanen 2006, 6). Se voi myös olla taitavasti suunniteltu tapaus, joka muistuttaa todellisuutta, mutta toimii todellista tilannetta paremmin opetuksessa (Kupias 207, 82). Case antaa opiskelijalle mahdollisuuden asettua päätöksentekijän asemaan. Ne pakottavat opiskelijan muun muassa tunnistamaan käsillä olevan ongelman ja muodostamaan toimintaehdotuksia. (Sulkanen 2006, 6.) Case-menetelmä perustuu tekemällä oppimisen ajatukseen, ja se pystyy antamaan opiskelijoille mahdollisuuden soveltaa tietojaan. Case saa opiskelijan omaksumaan aktiivisen roolin oppimisessa ja lisää opiskelijan omaa vastuuta oppimisestaan. (Sulkanen 2006, 10—11.)

Case-menetelmän haasteita on muun muassa se, että case-kuvauksissa puuttuu usein aidon työelämän monipuolisuus ja nopearytmyisyys. Lisäksi omien casejen kirjoittaminen on aikaa vievää, mutta valmiita sopivia caseja on yleensä vaikea löytää. (Sulkanen 2006, 12.) Toisaalta hyvin suunniteltua tapausta voi yleensä käyttää monessa eri tilanteessa (Kupias 2007, 83). Case-menetelmän käytössä painopiste on asioiden käytäntöön soveltamisessa, jolloin teorian opettaminen voi jäädä vähäisemmäksi (Sulkanen 2006, 12).

Case-tapaukset voivat olla todellisia tilanteita tai kirjoittajan itsensä keksimiä, ja niiden laajuus ja luonne voi olla hyvinkin erilaisia. Niissä on harvoin tarjolla kaikki lukijan haluama tieto, mutta tulee muistaa, ettei todellisissakaan tilanteissa yleensä ole käytössä kaikkea toivottua tietoa. (Sulkanen 2006, 8—9.) Case-menetelmän käyttöön opetuksessa tulee valmistautua huolellisesti ja ottaa huomioon muun muassa oppimistavoitteet (Sulkanen 2006, 23). Hyvään caseen liittyy esimerkiksi se, että se pakottaa päätöksiin, ja sisältää sellaisia tilanteita, joita opiskelijat todennäköisesti kohtaavat (Sulkanen 2006, 29). Casessa ei saa olla liikaa lisäinformaatiota, sen ei tule olla liian helppo eikä toisaalta taas ylivaikkea (Sulkanen 2006, 30).

Caseja voidaan käyttää muun muassa siten, että opiskelijat keskustelevat pienryhmissä caseista ja että opiskelijaryhmä esittää suosituksen toimenpiteistä ja esitystä arvioidaan yhdessä, tai esimerkiksi opettajan johtamana keskusteluna, jossa hän nostaa esiin halutut oppimiskohdat. Tapauksen käsittely ryhmässä auttaa opiskelijoiden itseluottamuksen lisääntymisessä ja suorituskyvyn nostamisessa. (Sulkanen 2006, 21.)

8.8 Reflektio

Reflektio on keskeinen käsite oppimisessa, opettamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä (Lindblom-Ylänne & Nevgi 2007, 452). Reflektiivisyyttä voidaan kuvailla toiminnaksi, jossa ihminen ajattelee ja arvioi tekemäänsä sekä tutkii kokemuksiaan tavoitteena syvällisemmän ymmärryksen taso. (Kupias 2007, 104) Kaikkea arkipohdintaa ei voida kutsua reflektioksi, sillä reflektio edellyttää että ihminen pysähtyy tarkastelemaan asioita ja tulee tietoiseksi niistä. Varaamalla aikaa pysähtymiseen ja oma-kohtaiseen pohtimiseen, ihminen voi havahtua huomaamaan oma toimintansa. Pohtimessaan aiempia kokemuksiaan voi arvioida tilanteen uudelleen, ja tätä kautta syventää ymmärrystään. (Lindblom-Ylänne & Nevgi 2007, 455—457.)

Reflektiivisestä toimintatavasta voidaan erottaa kaksi eri ulottuvuutta, toiminnan aikainen ja toiminnan jälkeinen. Toiminnan aikaisessa reflektiossa voidaan pohtia miten toimitaan, mitä tietoa käytetään ja voitaisiinko asioita tehdä paremmin. Toiminnan jälkeisessä reflektiossa arvioidaan tilannetta jälkikäteen uudelleen. Myöhemmin kahden edeltävään reflektiotyyppiin on lisätty myös kolmas ulottuvuus, joka käsittää valmistautumisen tulevaan. (Lindblom-Ylänne & Nevgi 2007, 458.)

Reflektiivisyys itsessään ei sisällä toiminnallista ulottuvuutta. Jos toiminta on reflektion tavoitteena, kyse on kriittisestä reflektiosta. (Kajanto 1993, 83.) Toimintaperiaatteet ja perusolettamukset ohjaavat usein tiedostamatta ihmisen toimintaa, ja niiden tunnistamista voidaan kutsua kriittiseksi reflektioksi. Sen tavoitteena on tulla tietoisiksi muutoksen vaatimista edellytyksistä. Reflektion tekee kriittiseksi sen tavoitteellisuus, ei syvällisyys. (Lindblom-Yläne & Nevgi 2007, 456.) Kriittisessä reflektiossa pohdinnan alla ovat siis asioiden syyt ja seuraukset, ei toiminnan tapa (Kupias 2007, 105).

Ihminen voi oppia myös ilman reflektiota. Tällaista oppimista tapahtuu, kun ihminen oppii matkimalla, ilman syvällistä ajattelua ja opettelemalla ulkoa saamaansa informaatiota. (Kupias 2007, 104.)

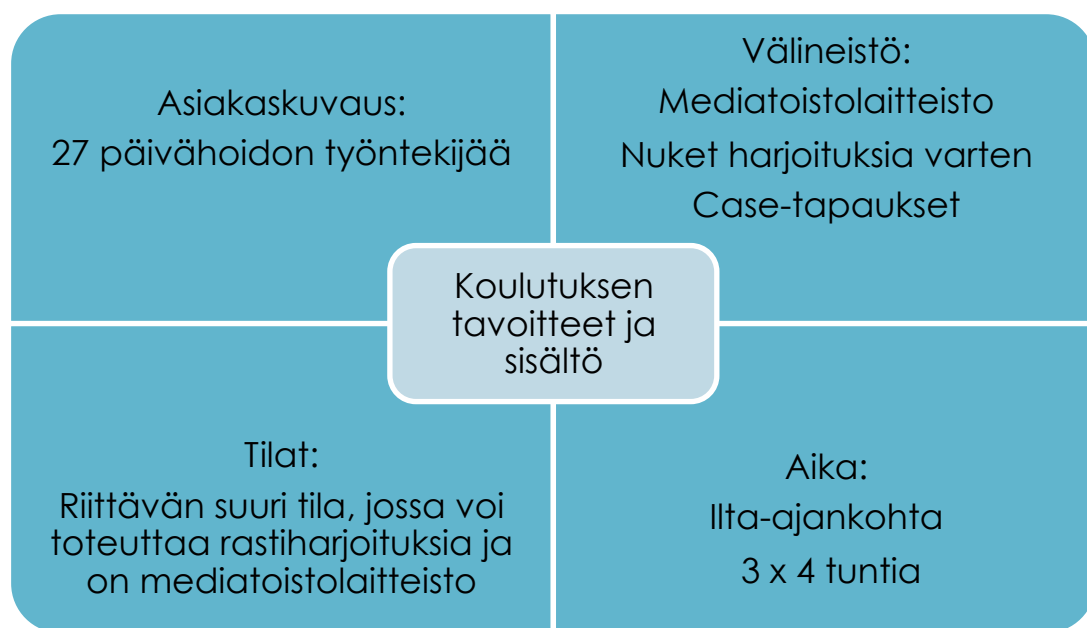
Koulutuksen yhteydessä ei riitä, että pelkästään kehottaa opiskelijoita reflektoimaan, koska se tarvitsee tuekseen ohjausta. Koulutuksessa kouluttaja luo edellytykset reflektoilulle toiminnalle, jossa muut osallistujat toimivat kysymysten esittäjinä ja keskustelukumppaneina. Reflektion ja sen kohteena olevan asian merkitystä syventää ajatusten jakaminen sekä keskustelu muiden kanssa. Reflektiota virittävä tehtävä voi olla esimerkiksi koulutus, jossa jäsennetään sen aikana nousevia ajatuksia. (Lindblom-Yläne & Nevgi 2007, 462—463.)

9 ENSIAPUKOULUTUS

Terveysalan toimintaan sisältyy runsaasti tilanteita, joissa informaatiota välitetään puheeseen perustuvassa tilanteessa. Tilanteet voivat olla kertaluonteisia tai toistuvia. Tilaisuuden suunnittelun lähtökohtana tulee ottaa huomioon kohderyhmästä muun muassa se, keitä he ovat, kuinka paljon heitä on, miksi he tarvitsevat tietoa ja mitkä ovat heidän lähtökohtansa. Kuulijaryhmäanalyysistä käynnistyy tilaisuuden sisällön suunnittelu ja tiedon välittämisen menetelmät. Kun osallistujia on paljon, on turvallisinta suunnitella tilaisuuden asiasisältö, vaiheet ja menetelmät etukäteen melko tarkasti. Tilaisuuteen käytettävä aika ratkaisee myös käsiteltävän sisällön ja ohjaa menetelmien valintaa. Tilanteen tarkoitusta ajatellen valitaan myös tilat ja paikka. (Jämsä & Manninen 2001, 65—66.)

Koulutuksen suunnittelussa lähtökohtina olivat työelämän yhteistyökumppanin kanssa tekemämme koulutukseen liittyvät päätökset, sekä päivähoidontyöntekijöille teettä-

mämme kyselyn tulokset. Näistä meille oli selvinnyt osallistujien määrä, heidän ammatillinen koulutustaustansa, kokemuksensa päivähoitotyöstä ja siellä sattuvista lasten tapaturmista, sekä heidän viimeisin ensiapukoulutuksensa. Niiden pohjalta lähdimme hahmottelemaan koulutuksen sisältöä. Sisällön hahmottelun yhteydessä selvitimme mahdollisia käytettävissä olevia resursseja ajan, paikan, mediavälineistön ja mahdollisten harjoitusten suhteen. Kun käytössä olevat resurssit olivat varmistuneet, teimme lopulliset valinnat tavoitteista ja sisällöstä. Kulut koulutuksesta oli arvioitu niin pieneksi, että niitä ei suunnittelussa tarvinnut huomioida. Ainoat kustannukset olivatkin tulosteet, matkat koulutuspaikalle ja kahvitarjoilu. Tulosteista ei aiheutunut kustannuksia, koska tulostimme tarvittavat paperit koululla. Matka koulutuspaikalle oli niin lyhyt, että emme arvioineet sen hintaa. Kahvitarjoilusta kustannukset olivat noin 25 euroa. Tässä luvussa käymme läpi koulutuksen tavoitteita, sisältöä, opetuksellisia ratkaisuja, koulutuksen toteutumista ja koulutuksen arviointia. Koulutuksen suunnitteluun vaikuttaneet tekijät on esitelty kuvassa 9.



Kuva 9. Koulutuksen suunnittelua ohjanneet tekijät

9.1 Ensiapukoulutuksen tavoitteet ja sisältö

Oppijoiden kannalta tärkeää tavoitteissa on, että ne koetaan omaa toimintaa tukeviksi ja omakohtaisiksi (Kupias 2007, 118). Oppimistavoitteiden saattamiseksi koulutukseen osallistuville sopiviksi käytimme apuna tekemäämme kyselyä sekä keskusteluja päiväkodinjohtajan kanssa. Kyselyn kautta saamamme tieto auttoi meitä asettamaan oppimistavoitteet koulutusryhmälle sopivalle tasolle sekä hahmottamaan heidän käy-

tännön työssä kohtaamia tilanteita, joissa ensiaputaidot saattavat tulla tarpeeseen. Päiväkodinjohtajan kanssa käymämme keskustelut auttoivat tavoitteiden määrittelyssä: minkälaisia odotuksia hänellä oli koulutuksen suhteen, sekä mitä heidän resurssejaan oli käytettävissä. Tavoitteiden määrittämiseen vaikutti oppijoiden kuulemisen lisäksi ensiaputilanteiden vakavuus. Koulutuksen päätavoitteena oli päivähoidon työntekijöiden ensiaputaitojen kehittäminen koulutukseen sisältyvissä aihealueissa sille tasolle, että he osaisivat soveltaa opittua todellisiin tilanteisiin. Tavoite sisälsi siis ensiaputaitojen vahvistumisen elvyttämisessä, tajuttoman hoidossa, vierasesine hengitysteissä -tilanteen hoidossa, myrkytyksen hoidossa, aivotärähdyksen hoidossa, haavojen, venähdysten ja murtumien hoidossa sekä kouristelun hoidossa. Koulutuksessa läpi käytyjen sisältöjen yksityiskohtaisemmat opetukselliset tavoitteet on esitelty kuvassa 10. Lisäksi alatavoitteena oli vahvistaa henkilökunnan ajattelua tapaturmien ennaltaehkäisemisessä. Omat tavoitteemme koulutukselle oli kehittää omia taitoja kouluttajana toimimisessa ja koulutuksen suunnittelussa, sekä oman asiantuntijuuden kehittymisen lasten tapaturmatilanteissa ja niissä toimimisessa.

Haavat, murtumat ja venähdykset	<ul style="list-style-type: none"> • oppia arvioimaan haavan hoidon tarvetta, etenkin kasvojen alueella • harjaantua murtuman tunnistamisessa
Aivotärähdyks	<ul style="list-style-type: none"> • harjaantua aivotärähdyksen hoidon tarpeen arvioinnissa
Vierasesine hengitysteissä	<ul style="list-style-type: none"> • osata toimia vierasesineen joutuessa hengitysteihin
Myrkytys	<ul style="list-style-type: none"> • osaa hyödyntää myrkytyskeskuksen avun myrkytyspäily tilanteessa • osaa huomioida myrkytystilanteen hoidossa tarvittavat tiedot
Kouristelu	<ul style="list-style-type: none"> • osaa antaa ensiapua kouristelevälle • ymmärtää hoitoon lähettämisen tarpeen, kun kouristus tapahtuu ensimmäistä kertaa
Tajuttomuus	<ul style="list-style-type: none"> • osaa erottaa tajuttoman elottomuudesta • hallitsee kylkiasentoon asettamisen ja ymmärtää sen käytön merkityksen
Elvytys	<ul style="list-style-type: none"> • osaa yksin elvyttämisen • ymmärtää perusteet elvytystoimille

Kuva 10. Ensiapukoulutuksessa käsitellyt aiheet ja niiden tavoitteet

Ensiapukoulutuksen sisältö rakentui asetettujen tavoitteiden valinnan yhteydessä. Valitsimme aiheiksi vierasesine hengitysteissä, myrkytyksen, haavojen ja murtumien ensiavun käsittelyn kyselyllä saamamme tiedon perusteella. Nämä aiheet olivat viiden eniten ääniä saaneen aiheen joukossa, ja näistä aiheista oli vastanneista kiinnostunut yli puolet. Lisäksi henkilökunnasta yli puolet oli kiinnostuneita kuulemaan päähän kohdistuneen vamman ensiavusta, joten valitsimme aivotärähdyksen aiheeksi sen yleisyyden vuoksi. Venähdykset sisällytimme koulutukseen murtumien yhteyteen hoitoon hakeutumisen arviointiin keskittyen. Elvytyksen, tajuttoman ja kouristelun ensiavun valitsimme aiheiksi niiden vakavuuden vuoksi. Hätäensiavusta jätimme ulkopuolelle sokin, koska emme halunneet liikaa sisältöä koulutukseen ja halusimme kuitenkin sisällyttää koulutukseen lasten kanssa todennäköisempiä tapaturmatilanteita. Tapaturmia ennaltaehkäisevän ajattelun vahvistamisen halusimme osaksi sisältöä, koska mielestämme se on tärkeä asia lasten kanssa työskennellessä. Tapaturmien ehkäisyn käsittelemisen eri yhteyksissä on todettu myös vähentävän lasten tapaturmariskiä (THL 2014e).

9.2 Opetusmenetelmien valinta

Opetusmenetelmiksi valitsimme koulutukseen aktivoivan luennon ja case-opetuksen käytön sekä reflektion. Näiden opetusmenetelmien käyttöön päädyimme perehdyttyämme niiden vaikutukseen oppimisessa, sekä pohtiessamme omia kokemuksiamme eri opetusmenetelmien käytöstä opiskelijan roolissa ollessamme. Lisäksi koulutukselle asetetut tavoitteet ja käytettävissä olleet resurssit ohjasivat opetusmenetelmien valintaa. Alla kerromme eri opetusmenetelmien valinnan perusteista. Valitsimiamme opetusmenetelmiä käsittelemme tarkemmin luvun 8 Oppimis- ja opetusprosessi alla.

Hyvä aktivoiva luento huomioi muun muassa oppijoiden aikaisempaa osaamista ja kokemuksia sekä on tavoitteellinen, oppijoita aktivoidaan luennon aikana esimerkiksi kysymyksillä ja tehtävillä. (Kupias 2007, 64.) Aikaisemmin opitun kertaus ja tavoitteiden määrittely oppitunnin alussa aktivoi oppilaiden pitkäkestoisen muistin ja mahdollistaa uuden tiedon omaksumisen. Tiedon käsitteleminen on oppilaille helpompaa, jos he yhdistävät aiemmin opitun tiedon uuteen. (Atjonen & Uusikylä 2005, 122.) Opetusta suunnitellessamme halusimme, että koulutettavat pääsevät luennon yhteydessä jakamaan omia kokemuksiaan sekä tuomaan esille aikaisempaa kokemustaan.

Tämän vuoksi valitsimme sisällön teorian läpi käymiseen aktiivisen luennon yksisuuntaisen sijasta.

Case- eli tapausopetuksessa opiskelijat soveltavat esimerkkitapauksen käsittelyyn koulutuksessa oppimaansa. Suunniteltuun tapaukseen kootaan opittavan teeman keskeiset asiat. (Kupias 2007, 82.) Harjoitustapauksessa opiskelijat harjoittelevat tapauksen avulla koulutuksessa opittua taitoa, ja päätöksentekotapauksessa koulutettavien tulee tehdä päätös saamansa informaation pohjalta ja tehdyt päätökset tulee pystyä perustelemaan. Koulutuksen aikana kouluttaja pystyy arvioimaan opiskelijoiden oppimista case-harjoitusten avulla. (Kupias 2007, 82—83.) Halusimme sisällyttää koulutukseen toiminnallisia harjoituksia sekä pohdintatehtäviä, joten valitsimme case-opetuksen käytön yhdeksi opetusmenetelmäksi. Emme myöskään halunneet mitata kokeen avulla osaamista, joten case-opetuksella pyrimme saamaan myös tietoa oppimistuloksista.

Koulutuksessa pyrimme ohjaamaan koulutettavia reflektiiviseen ajatteluun asioita käsiteltäessä. Reflektiivisessä toiminnassa ihminen tutkii kokemuksiaan, ajattelee ja arvioi tekemäänsä tavoitteena uuden ymmärtämisen taso (Kupias 2007, 104). Merkittävät oppimiskokemukset sisältävät aina kriittistä reflektiota, jolloin käsitellään syitä ja seurauksia, eli miksi kysymyksiä (Kupias 2007, 105). Valitsimme reflektiiviseen ajatteluun ohjaamisen yhdeksi opetusmenetelmäksi, koska halusimme saada päiväkodin henkilökunnan hyödyntämään aikaisempia kokemuksiaan asioiden syvällisemmän ymmärtämisen tasoon pääsemisessä. Aikaisempien kokemusten hyödyntämiseen päädyimme kyselyllä keräämämme tiedon perusteella, koska kävi ilmi, että lähes kaikki vastanneet olivat kohdanneet useita erilaisia ensiapua vaatineita tilanteita päiväkoit ympäristössä ja lähes kaikki olivat saaneet myöskin aiemmin ensiapukoulutusta.

9.3 Koulutuksen toteutuminen

Koulutusta suunnitellessamme olimme tehneet yksityiskohtaisen kertomuksellisen suunnitelman koulutuksen toteutumisesta ja arvioinnista (liite 3), suunnitelman opetustilanteen ajankäytöstä (liite 4). Olimme myös tehneet opetustilanteen toteuttamiskaavion (liite 5), jossa kävimme läpi eri sisällön aiheiden tavoitteet, opetusmenetelmän ja sosiaalimuodon, oppimateriaalit ja välineet, sekä tarvittavan ajan luennossa ja harjoituksissa. Opetuksen, oppimisen ja koulutuksen arviointia varten olimme laatineet kaksi lomaketta: toinen oli meille itsellemme sisällön hallinnan arviointia varten

(liite 6) ja toinen oli koulutettaville itsearviointia ja koulutuksen palautteen antoa varten (liite 7). Koulutusta varten olimme myös tehneet diaesityksen tukemaan luento osuutta, esimerkkejä koulutuksessa luennon tukena käytetyistä dioista on liitteessä 8. Lisäksi olimme itse kehitelleet case-tapaukset koulutusta varten, osan niistä olimme suunnitelleet harjoitustapauksiksi ja osan päätöksentekotapauksiksi. Koulutuksessa käytetyistä caseista on esimerkkejä liitteessä 9.

Koulutus toteutui suunnitellusti 17., 18. ja 19. marraskuuta 2014. Ajankohta oli joka ilta kello 16—20. Olimme sopineet yhteistyössä työelämän kanssa, että osallistujat, joita oli tarkoitus tulla 27, jakaantuvat kolmeen ryhmään tasaisesti, jolloin osallistujia olisi ollut 9 kerrallaan. Osallistujamäärä oli hieman oletettua pienempi eli 22 henkilöä: ensimmäisenä iltana osallistujia oli 7, toisena 8 ja kolmantena 7. Olimme kuitenkin etukäteen varautuneet siihen, joten se ei vaikuttanut juurikaan koulutuksen etenemiseen. Koulutukset toteutuivat suunnitellusti Iitin kunnan valtuustosalissa. Saavuimme paikalle koulutuspäivinä noin 1,5 tuntia ennen koulutuksen alkua varmistaaksemme, että mediantoistolaitteet toimivat. Ennen koulutuspaikalle lähtöä, varmistimme koulutuksen toteutussuunnitelman ja opetustilanteen toteuttamiskaavion avulla kaiken tarvittavan materiaalin olevan mukana. Kuvassa 11 on esitelty sisällön eri aiheiden opetukseen tarvittavat materiaalit.

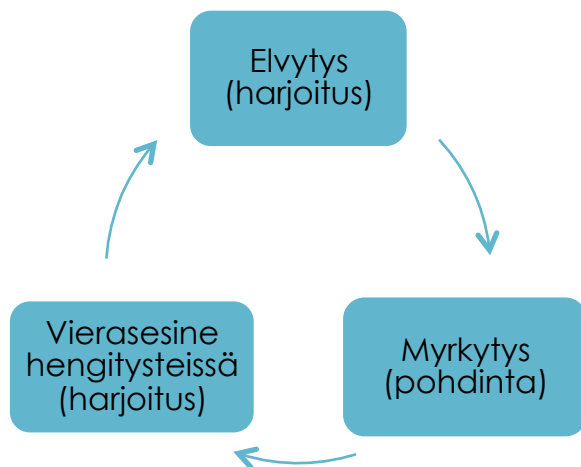
Haavat, murtumat, venähdykset	<ul style="list-style-type: none"> •powerpoint •case-teksti •ea-välineet: sidos, kylmäpussi
Aivotärähdys	<ul style="list-style-type: none"> •powerpoint •case-teksti ja vastauslomake
Vierasesine hengitysteissä	<ul style="list-style-type: none"> •powerpoint •case-teksti •vauvanukke
Myrkytys	<ul style="list-style-type: none"> •powerpoint •case-teksti ja vastauslomake
Kouristelu	<ul style="list-style-type: none"> •powerpoint •case-teksti ja vastauslomake
Tajuttomuus	<ul style="list-style-type: none"> •powerpoint •case-teksti
Elvytys	<ul style="list-style-type: none"> •powerpoint •case-teksti •lapsinukke

Kuva 11. Opetustilanteiden toteuttamiseen tarvittavat materiaalit ja välineet

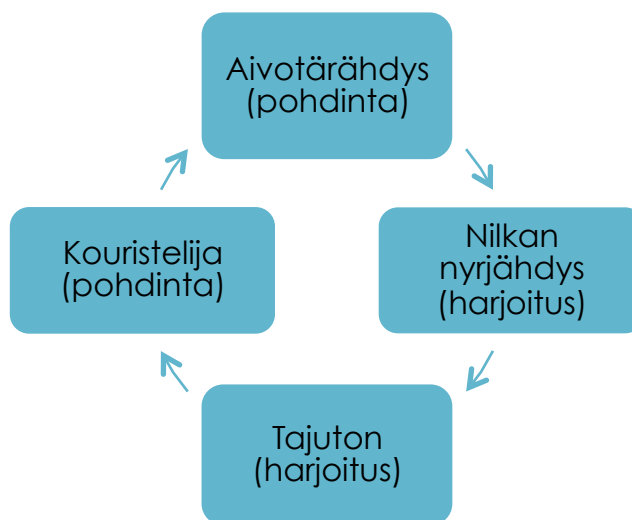
Koulutukset alkoivat kaikkina päivinä suunnitellusti kello 16. Alkuun esittelimme itsemme ja kävimme läpi koulutuksen rakenteen ja sisällön. Tämän jälkeen siirryimme esittäytymiseen, jossa kuvien avulla koulutettavat pääsivät kertomaan kokemuksiaan lapsille sattuneista tapaturmista. Kaikki osallistujat saivat tässä kohtaa puheenvuoron. Aktivoivaan luentoön siirryimme esittäytymisen jälkeen. Olimme jakaneet aiheet valmiiksi, siten että aina toinen luennoi yhden aiheen. Luennon rakenne toteutui suunnitellusti, mutta aikataulullisesti olimme varanneet luentoön liian vähän aikaa. Ensimmäisenä päivänä luento venyi suunnitellusta 1 tunnista ja 25 minuutista, 2 tuntiin, myös kahtena seuraavana päivänä luento venyi lähes kahden tunnin mittaiseksi. Venymiseen vaikutti koulutettavien oletettua aktiivisempi osallistuminen luentoön.

Luentojen jälkeen pidettiin 15—20 minuutin tauko. Tauolle olimme varanneet koulutettaville kahvitarjoilun itse kustantamanamme. Itse käytimme tauon hyväksi järjestämällä paikat valmiiksi harjoituksia varten. Case-opetuksen alettua ohjasimme ryhmäläisille, miten rasteilla oli tarkoitus toimia ja jaoimme koulutettavat ryhmissä rasteille. Rastien kierto oli suunniteltu kuvien 12 ja 13 mukaisesti. Tajuttoman auttamis- ja nilkan nyrjähdys-rasteille olimme suunnitelleet roolit sekä auttajalle että autettavalle, jolloin jaoimme case-tilannekuvaukset ryhmän jäsenten kesken heidän tullessa rastille. Elvytys- ja vierasesine hengitysteissä-rasteilla oli case-kuvaukset jo valmiiksi tarjolla. Elvytystä ja vierasesineen poistoa kaikki pääsivät myös harjoittelemaan henkilökohtaisesti vielä ryhmän suorittaman case-harjoituksen jälkeen. Elvytys-rastilla avustimme oikean painelurytmin löytämistä soittamalla oikeaa tahtia puhelimella. Lisäksi tajuttoman kylkiasentoon laittamista pääsi harjoittelemaan henkilökohtaisesti, jos siinä oli epäselvyyttä. Ensimmäisenä päivänä olimme aikataulusta jäljessä sen verran, että jätimme nilkan nyrjähdys –rastin toteuttamatta, jotta aikataulu ei venyisi. Nilkan nyrjähdysen ensiaputilanteen katsoimme koulutettaville tutuimmaksi, joten päädyimme jättämään juuri sen pois. Toisena ja kolmantena päivänä toteutimme kaikki rastit suunnitellusti, koska aikataulussa pysyminen ei aiheuttanut haastetta. Rastien kierron olimme suunnitelleet siten, että toimintarasteilla olimme itse seuraamassa niiden tekoa, antamassa palautetta ja kertaamassa koulutettavaa asiaa tarvittavissa määrin. Rasteilla haasteeksi koitui kuitenkin ryhmien vaihteleva nopeus tehtävien suorittamisessa ja ryhmien pienimuotoiset koko erot, osassa oli 2 henkilöä ja osassa 3. Jotkut ryhmät joutuivat odottelemaan ennen seuraavalle rastille pääsyä. Yritimme kehittää rastien sujuvuutta muuttamalla niiden järjestystä seuraavana ja toisena koulutuspäivänä, mutta

haasteeksi koitui vielä viimeisenäkin koulutuspäivänä niiden välillä siirtymisen sujuvuus.



Kuva 12. Case-rastien ensimmäinen kierros



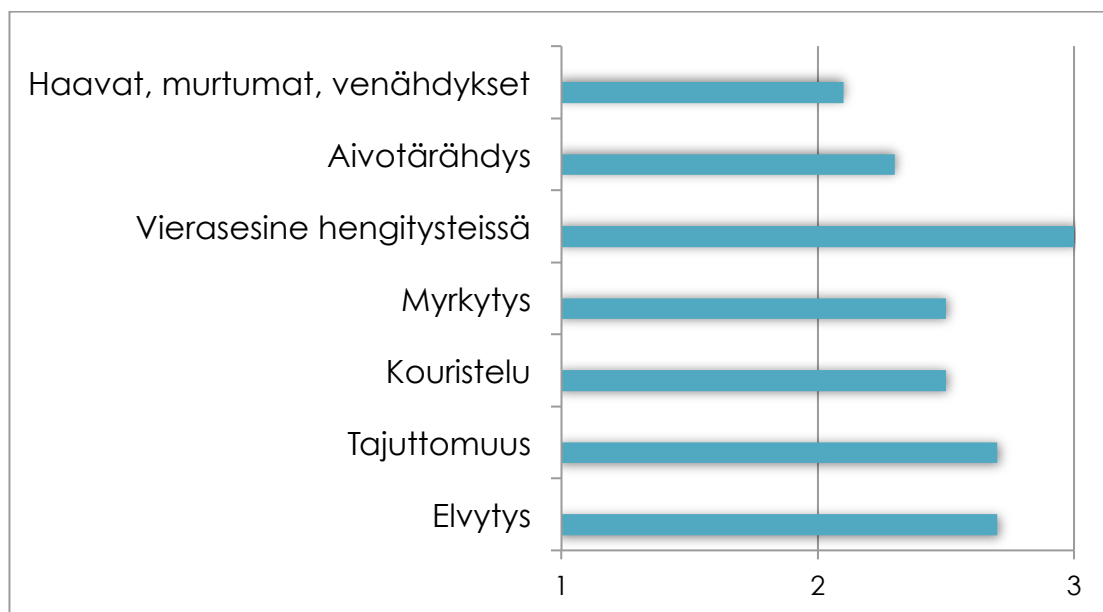
Kuva 13. Case-rastien toinen kierros

Rastien kierron jälkeen oli päätöksentekotapausten purku. Tämä vaihe toteutui ensimmäisenä päivänä täysin aikataulun mukaisesti, kahtena seuraavana päivänä olimme hieman aikataulua edellä. Päätöksentekorastit olivat toteutuneet suunnitellusti ja niillä toimiminen oli ollut selkeää koulutettaville. Rastien läpi käymisen jälkeen annoimme vielä koulutettaville mahdollisuuden esittää kysymyksiä, joita koulutuksen aikana mahdollisesti oli vielä ilmennyt. Tämän jälkeen siirryimme palautteen keräämisvaiheeseen. Palautteiden kirjoittamisen jälkeen kiitimme vielä osallistujia aktiivisesta osallistumisesta koulutukseen. Koulutustilaisuuden saimme päätökseen ensimmäisenä päivänä kello 19.50, toisena ja kolmantena päivänä kello 19.45. Koulutuksen aikataulu pysyi kokonaisuutena siis lähes suunnitellussa.

9.4 Oppimisen ja opetuksen arviointi

Päätökset koulutuksen arvioinnista olimme tehneet suunnitelmavaiheessa (katso liite 3). Oppimisen arviointia toteutimme keräämällä oppijoilta itsearviointin ensiaputaitojen kehittymisestä ensiapukoulutuksen aikana. Itsearviointi lisää muun muassa oppijoiden tietoisuutta itsestään toimijoina (Rauste-Von Wright, Von Wright & Soini 2003, 186). Halusimme arvioinnin herättelevän heissä itsessäänkin pohdintaa omien taitojen osaamisesta, joten päädyimme käyttämään itsearviointia arvioinnin menetelmänä. Halusimme myös tilaisuuden luonteesta sopivan rennon case-harjoitusten tekemiseen, joten informoimme jo alussa, että arviointia tullaan tekemään kirjallisesti itsearviointilla, ei tentillä. Lisäksi arvioimme oppimista seuraamalla heidän toimintaansa harjoitusrasteilla sekä päätöksentekotehtävien vastausten perusteella.

Itsearviointin keräsimme kirjallisena koulutuspalautelomakkeen yhteydessä (katso liite 7). Ennen lomakkeiden jakoa muistutimme siitä, että niihin vastataan anonyyminä. Halusimme vastauksista sen avulla mahdollisimman todenmukaisia. Koulutettavat saivat arvioida taitojensa kehittymistä käsitellyistä aiheista asteikolla 1—3 (1=en koe kehittyneeni, 2=koen kehittyneeni jonkun verran, 3=koen kehittyneeni paljon). Taitojen kehittyminen eri aiheissa on havainnollistettu kuvassa 14, johon on laskettu eri aihealueiden oppimisen keskiarvo itsearviointin perusteella. Vain yksi koulutettavista oli vastannut itsearviointissa ”en koe kehittyneeni”. Vastaus oli valittuna haavat, murmut ja venähdykset aiheeseen. Koska vain yhteen kohtaan vastauksista oli valittuna ”en koe kehittyneeni”, voi keskiarvio koulutuksen oppimistuloksista pitää luotettavana. Itsearviointi lomakkeen suunnittelu vaiheessa huomioimme jo sen, että siinä ei ole mahdollisuutta vastata asioiden olevan jo hallinnassa ennen koulutusta. Yhdessä lomakkeessa olikin kirjoitettu lisäys siitä, että vastaajalla oli jo tietoa ja taitoa asioista, joissa hän arvioi kehitystään ”koen kehittyneeni jonkun verran”. Halusimme itsearviointin kuitenkin antavan meille samalla meille tietoa koulutettavan asian perille menosta sekä tarpeellisuudesta, mutta pitää lomakkeen selkeänä ja nopeana täyttää, sekä käydä vastausten analysoinnin yksinkertaisena.



Kuva 14. Koulutettavien itsearvioinnin tulosten keskiarvo asteikolla 1—3 (n=22)

Case-opetuksen avulla tekemämme oppimistulosten arvioinnin perusteet pohjautuivat asettamiimme tavoitteisiin (esitely kuvassa 10). Harjoitusrasteilla olimme itse seuraamassa toimintaa ja samalla arvioimassa sitä. Päätöksentekorastit purettiin yhdessä kaikkien rastiin kiertämisen jälkeen, jolloin pääsimme selvittämään osaamista niihin rasteihin liittyen. Harjoitusrasteilla ryhmien ja koulutettavien osaaminen oli vaihtelevaa, osa muisti suuntaa antavasti, miten tulisi toimia, ja osa osasi heti ryhtyä toimeen. Vierasesine hengitysteissä -tilanteessa toimimisen idean muistivat kaikki, mutta otteiden käytön vaihdon ja hätänumeroon soiton ajankohtaa kertosimme useimpien ryhmien kanssa. Elvytys-rastilla lähes kaikki muistivat lapsen elvytyksen alkavan viidellä puhalluksella ja jatkuvan rytmillä 30 painallusta ja kaksi puhallusta, myös elottomuuden tarkistaminen sujui kaikilta ryhmiltä. Painelurytmin nopeus kuitenkin yllätti koulutettavat. Oikea rytmi kuitenkin löytyi, kun sitä käytiin yhdessä läpi. Harjoitusrasteilla tajuttoman ensiapu sujui lähes kaikilta ryhmiltä. Elottomuuden varmistamisen kaikki muistivat, mutta kylkiasentoon asettamiseen yksityiskohtaiset ohjeet olivat tulleet muutamalle koulutettavalle uutena asiana, joten niitä käytiin vielä kerraten yhdessä läpi rastilla. Nilkan nyrjähdys -rastilla kaikki ryhmät osasivat alkaa toimia heti oikeaoppisesti, ainoastaan kompression käyttö unohtui muutamalta ryhmältä. Myös luun murtuman mahdollisuuden arvioinnissa koulutettavat osasivat huomioida oikeita asioita. Kaikkien päätöksenteko-rastiin (myrkytys, kouristelu, aivotärähdys) vastausten pohdinnan ryhmät olivat suorittaneet erittäin hyvin. Ryhmät osasivat myös perustella tekemiään päätöksiä tilanteissa toimimiselle, mikä osoitti kykyä soveltaa opittua. Koulutuksen alatavoitetta, eli tapaturmien ennaltaehkäisevän ajattelun vahvistumista, em-

me selkeästi pystyneet mittaamaan koulutuksen aikana, joten siihen tavoitteeseen pääsyä emme pysty selkeästi arvioimaan.

Opetuksen onnistumista arvioimme myös palautelomakkeen itsearviointi osuuden avulla, sekä seuraamalla omaa toimintaamme ja koulutuksen etenemistä kokonaisuudessaan. Itsearvioinnilla keräämämme tiedon perusteella opetuksessa käsiteltävät aiheet ja niiden sisältö olivat varsin hyvin valikoituneita, koska kaikista aiheista itsearvioinnin arvosanat ylittivät kohdan ”koen kehittyneeni jonkun verran”. Haavojen, murtumien ja venähdysten hoidossa kehitystä oli koettu vähiten (keskiarvo 2,1). Opetukselliset tavoitteet aiheella oli oppia arvioimaan kasvojen alueen haavan hoidon tarvetta sekä harjaantua murtuman tunnistamisessa. Case-harjoitus osoitti osaamisen ainakin murtuman tunnistamiseen liittyen, joten voi olla, että aihe oli ennestään jo varsin tuttu. Aivotärähdyksessä kehitystä oli koettu toiseksi vähiten (keskiarvo 2,3). Tavoitteena oli harjaantua aivotärähdyksen hoidon tarpeen arvioinnissa. Aivotärähdyksenkin kohdalla case-tapauksen päättely sujui hyvin, joten voi olla että kehitystä ei arvioitu niin merkittäväksi, jos aihe ennestään oli jo jonkun verran hallussa. Muut aiheet, eli vierasesine hengitysteissä, kouristelu, tajuttomuus ja elvytys, olivat keskiarvoltaan 2,5-3, joten niiden sisällön valintaan ja opetuksellisiin tavoitteeseen uskomme päässeemme hyvin. Vierasesine hengitysteissä -tilanteen ensiavun kirjallisuuteen perustuvat toimintasuositukset tuntuivat tulevan uutena asiana useille, joten kehittymisen siinä on varmasti sen vuoksi noussut aiheista korkeimmalle arvosanalla 3.

Lisäksi arvioimme opetusta omaa ja toisen kouluttajan toimintaa seuraamalla sekä pohtimalla koulutusten päätteeksi, mikä milläkin kerralla meni vahvasti ja missä olisi ollut parannettavaa. Oman toiminnan seuraamista varten olimme suunnitelleet lomakkeen, jota oli tarkoitus käyttää sisällön hallinnan arvioinnissa (katso liite 6.) Emme kuitenkaan joutuneet ottamaan sitä käyttöön, koska sisällön hallinta sujui molemmilta erinomaisesti. Olimme siis päässeet itsellemme asettamaamme tavoitteeseen oman asiantuntijuuden kehittymisessä lasten tapaturmatilanteisiin liittyen sekä niissä toimimisessa. Koulutuksen suunniteltu aikataulullinen eteneminen ei toteutunut luennolla, joten opetus jäi ensimmäisellä kerralla hieman vajaaksi nilkan nyrjähdys – harjoituksen jäätyä pois. Kahtena muuna koulutuskertana pystyimme kuitenkin toteuttamaan kaiken suunnitellun opetuksen. Tapaturmien ennaltaehkäisyn otimme puheeksi myrkytys- ja vierasesine hengitysteissä -aiheissa koulutuksessa. Tapaturmia ennaltaehkäisevän ajattelun vahvistamisen olimme ottaneet yhdeksi opetukselliseksi tavoit-

teeksi, mutta sen käsittely jäi koulutuksen sisällön aiheiden vuoksi vähäiseksi. Myrkytys- ja vierasesine hengitysteissä -aiheissa puhuimme kuitenkin luennon aikana tilanteiden ehkäisemisestä.

9.5 Koulutuksen arviointi

Koulutuspalautelomakkeella keräsimme itsearvioinnin lisäksi avoimilla kysymyksillä koulutettavien kokonaisvaltaista kokemusta koulutuksesta (katso liite 7). Palautteet kerättiin nimettöminä mahdollisimman rehellisen palautteen saamiseksi. Lisäksi kannustimme ennen lomakkeiden jakoa koulutettavia antamaan mahdollisimman todentukaista palautetta, jotta pystyisimme kehittämään omaa osaamistamme. Lomakkeessa kysyimme heiltä koulutuksen parasta antia sekä heikkouksia ja vahvuuksia. Lisäksi lomakkeessa oli kohta, jossa sai vapaasti kertoa, jos oli vielä muuta sanottavaa kouluttajille. Koulutettavat olivat vastanneet lomakkeisiin huolellisesti, yhtään avointa kysymystä ei oltu jätetty lomakkeista tyhjäksi. Vastaaminen oli lisäksi monisanaista ja esille tuotiin paljon asioita. Palautelomakkeen kysymys 2 käsitteli parasta antia, kysymys 3 vahvuuksia ja heikkouksia, ja lomakkeen 4. kohta oli sitä varten, että sai kertoa vielä vapaasti, mitä muuta sanottavaa kouluttajille oli.

Parhaaksi anniksi nousi useissa lomakkeissa koulutuksen sisällön kohdentuminen omaan työhön sopivaksi sekä lapsiin kohdentuminen, selkeitä viittauksia niihin oli 10 lomakkeessa. Case-tehtävät oli koettu myöskin hyväksi, selkeitä viittauksia niihin oli 8 lomakkeessa. Tietojen päivitys sai myös 8 selkeää mainintaa vastauksissa. Muita useasti esille tuotuja asioita koulutuksen parhaaksi anniksi oli osa-alueiden kattavuus, aiheiden hyödynnettävyys ja monipuolisuus, puheen selkeys ja ymmärrettävyys sekä asiasisällön sopiva määrä. Muita parhaaksi anniksi nostettuja asioita olivat muun muassa tarkempi tieto pienen lapsen elvyttämisestä ja elvytysasioiden saattaminen ajantasalle, uusi ja ajantasainen tieto, kokonaisuus, täsmällinen tieto ja esimerkit, teorian ja käytännön suhde, pari- ja ryhmätyöskentely sekä sopiva tahti. Alla on esimerkkejä vastauksista, joita oli annettu koulutuksen paras anti kohtaan palautelomakkeessa:

”Suunnattu erityisesti lasten tapaturmiin.”

”Koulutuksen oli hienosti valittu päiväkodissa yleisimmin tarvittavia ensiaputaitoja. Hyödyllisiä kaikki!”

”Tärkeiden asioiden selkeä kertaus ja mieleen palauttaminen. Vaikka asiat olivat entuudestaan tuttuja, ei kertaus ollut pahitteeksi, etenkin kun ne muuttuvat tietyin aika välein.”

”Tarkempi tieto pienen lapsen elvyttämisestä. Lapsen elvyttämistä en ole aikaisemmin opetellut näin tarkasti.”

”Caset. Enemmän oppii tekemällä. Teoria alussa oli oikein hyvä, jotta osasi toimia tilanteissa! Perusjuttuja (hyviä sellaisia) päivähoidon!”

”Rastitehtävät, jotka tehtiin pareittain/pienryhmissä.”

”Asiat esitettiin selkeästi, ei liikaa, keskityttiin lasten ensiapuun.”

”Tärkeiden asioiden kertaaminen on aina hyvä juttu. Koulutus kohdistui hyvin juuri lapseen. Koulutuksessa sai uutta ja ajantasaista tietoa asioista.”

”Kokonaisuus! Täsmällistä tietoa ja esimerkkejä. Ei liikaa, vaan sopivasti, jotta asian pystyy omaksumaan.”

”Tämä oli selkeää kautta linjan ja käytännön harjoitukset nukeilla (sitä on ennenkin tehty) olivat ekakertaa ikinä toimivat”

Lomakkeen kohdassa 3 koulutuksen vahvuuksia oli esitelty monisanaisesti, mutta heikkouksia oli tuotu esille vain neljässä lomakkeessa. Heikkouksiksi mainittiin kaksi kertaa odottelu rastien välillä, yhden kerran koulutuksen ajankohta työpäivän jälkeen sekä se, että case-harjoituksissa olisi ollut hyvä juttu, että molemmat olisivat tehneet samat jutut. Vahvuuksia kuvailtaessa koulutuksen rakenteeseen, teorian ja harjoitusten suhteeseen ja etenemistahtiin, oli viitattu 10 kertaan. Case-tehtävät oli mainittu vahvuuksina 9 kertaa. Esitys sekä koulutuksen sisällön kohdentuminen lapseen ja päivähoidotyöhön mainittiin vahvuuksissa kumpikin 7 kertaa. Lisäksi useasti mainittuja asioita olivat kokonaisuus, asioiden selkeys, sopiva tiedon määrä eri aiheista ja kouluttajien asiantuntijuus. Yksittäisiä mainintoja vahvuuksista oli koulutusryhmän sopivan pienen koko, ohjaajien taidokkuus, se ettei heti annettu valmiita vastauksia vaan piti itse pohtia ensin ja teorian kertaus rasteilla ja asioiden kertaaminen koulutuksen aikana.

Alla on esimerkkejä vastauksista, joita oli annettu koulutuksen vahvuuksiin ja heikkouksiin liittyvään kysymykseen:

”Juuri meidän työn kannalta hyviä esimerkkejä! Teoria ja käytäntö vaihtui juuri sopivasti.”

”Kouluttajat tunsivat asian hyvin minkä opettivat.”

”Luentovaiheessa käytiin läpi yleisimpiä omaan työhön liittyviä tilanteita, samoin rastehtävissä...Nämä vahvuuksia.”

”Mielenkiintoiset tehtävät, jotka tukivat luentoa, ja kerrattiin asioita useampaan kertaan.”

”Hyvä jaksotus, sopiva tahti, asiantuntijuus.”

”Asiantuntemus ja asioihin perehtyneisyys näkyi kouluttajista. Aikataulutus oli hyvä. Sopivasti teoriaa ja käytäntöä. Joissain caseissa olisi hyvä ollut, että molemmat olisivat tehneet samat jutut.”

”Esimerkit olivat työhön oikeasti liittyviä. Rauhallinen tahti, selkeästi selitetty. Teoria kerrattiin rasteilla. Pieni porukka, kaikki osallistuivat.”

”Koulutus oli oikein hyvin suunniteltu ja toteutettu! Teoriaa ja käytäntöä sopivassa suhteessa. Esiintyminen luontevaa ja helposti kuunneltavaa!”

”Vahvuuksia selkeä esitys ja hyödylliset case-tehtävät/pisteet. Heikkoutena pienoinen odottelu rastien välillä, mutta ei ollut haitaksi.”

Muuta sanottavaa kouluttajille –kohdassa kaikki vastaukset olivat myönteisiä. Mainintoja oli muun muassa hyvästä koulutuksesta, selkeästä esitelmöinnistä, koulutuksen tarpeellisuudesta ja hyödyllisyydestä, kouluttajien myönteisyydestä, iloisuudesta, pirteydestä, ystävällisyydestä ja asiantuntijuudesta, väliaika kahvin tarpeellisuudesta, toimivasta kokonaisuudesta ja lisäksi oli kiitoksia. Seuraavassa on esimerkkejä:

”Hyvä koulutus ja tuli tarpeeseen, kun nämä asiat oli jo alkaneet hiukan hävitä mielestä.”

”Selkeitä esitelmöitsijöitä.”

”Hieno kokonaisuus! Jaksoi toimia hyvin työpäivän jälkeenkin. Iso kiitos kahvista. Menestystä tulevaisuuteen teille kummallekin!”

”Pirteät, ystävälliset, asiantuntevatkin kouluttajat, kiitos!”

”Lämmin kiitos, oli ilo olla mukana ootte taitavia!”

10 ENSIAPUOPAS IITIN PÄIVÄHOIDOLLE

Ensiapuoppaan laadinta oli osa opinnäytetyötämme. Asiakasryhmänä toimi siis edelleen Iitin päivähoidon henkilökunta ja tarkoituksena oli suunnitella lasten ensiavusta kertova opas. Oppaan sisällön aiheet olivat valikoituneet tutustuessamme lasten tapaturmiin ja sairauskohtauksiin. Tarkemmin aiheiden valinnasta on kerrottu luvussa 6. Tavoitteena oppaan suunnittelussa oli luoda selkeät toimintaohjeet päivähoidon työntekijöille käsiteltävien aiheiden ensiapuun liittyen. Oma tavoitteenamme oli kehittyä ohjeiden suunnittelussa, sekä perehtyä tarkemmin oppaassa käsiteltäviin lasten ensiapua vaativiin tilanteisiin. Perehdyimme opasta tehdessämme ohjeiden laadintaan liittyvään kirjallisuuteen. Lisäksi etsimme tietoa oppaan ulkoisesta asettelusta. Toteutimme itse oppaan tekstit, kuvituksen ja taiton. Oppaita toimitettiin 4 kappaletta Iitin päivähoidolle. Oppaan toteutuksesta kustannuksia syntyi valitusta painopaperista. Paperien hinta oli noin 9 euroa. Itse painatuksesta syntyneitä kuluja emme voineet arvioida, koska painatus toteutettiin Iitin kunnan kanssa yhteistyössä kunnan laitteistolla.

10.1 Oppaan sisällön toteutus

Asiasisällön valinta ja määrä ovat ongelmallisia kaikissa tiedon välittämiseen tarkoitetuissa tuotteissa (Jämsä & Manninen 2001, 54). Painotuotteen asiasisältöön vaikuttaa kenelle, mihin tarkoitukseen ja missä laajuudessa tietoa välitetään. Ohjeessa tulee huomioida, onko se tarkoitettu käytettäväksi ilman ammattihenkilöiden ohjausta. Kun terveysalan painotuotteen tarkoituksena on informoida tai opastaa, tekstiksi valitaan

asiatyyli. Tekstin tulee aueta lukijalle ensilukemalla ja ydinajatuksen tulee olla selkeä. Hyvä jäsentely ja otsikoiden muotoilu auttavat tekstin aukeamisessa. (Jämsä & Manninen 2001, 56—57.)

Asiantuntijatekstissä jo olemassa olevan tekstin käyttö on järkevää, kirjoittajan tulee vain järjestää teksti loogiseksi kokonaisuudeksi ja muokata teksti tyylliltään yhtenäiseksi (Uimonen 2004, 72). Turhaa toistoa ei tule pelätä, lukijat tarvitsevat sitä (Uimonen 2004, 92). Lyhenteillä ja merkeillä voi kertoa tekstiä lyhyemmin, jolloin tilaa menee vähemmän. Vakiintuneita, lukijoille tuttuja voi käyttää ilman pelkoa tekstin ymmärtämisen hankaloitumisesta. (Uimonen 2004, 97.) Kirjottaessa tulee miettiä täytyykö tekstin tavoite ja se, toimiiko teksti kokonaisuutena. Tekstin arvioinnissa kannattaa miettiä myös, onko teksti rakenteeltaan ja sisällöltään kohderyhmälleen sopivaa. Tekstin pintarakennetta voi arvioida otsikoita, kappaleita, virkerakenteita ja sanastoa tarkastelemalla. (Uimonen 2004, 101—103.) Huomioitavaa asiantuntijatekstin kirjoittamisessa on, että niitä luetaan erilaisissa tilanteissa ja erilaisiin tarpeisiin. Tarpeena saattaa nopea asioiden silmäily tai syventyvä koko tekstin lukeminen. (Uimonen 2004, 79.) Yksinkertaisena neuvona ohjeen kirjoittamiseen annetaan se, että tulisi kirjoittaa havainnollista yleiskieltä ja välttää ammattislangia. Ohjeen tekstin rakenteeseen vaikuttaa aiheen sisältö. Ohjeen looginen etenemisjärjestys ja selkeä kappalejako lisäävät ohjeen ymmärrettävyyttä. (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 42—43.)

Ensiapuopas

- Aivotärähdys
- Anafylaktinen reaktio ja allergiat
- Astma
- Diabetes
- Elvytys
- Haavat
- Hukkuminen
- Hyönteisten pistot
- Kouristelu
- Kynen purema
- Murtumat
- Myrkytys
- Nenäverenvuoto
- Palovammat
- Tajuttomuus
- Sokki
- Sähköisku
- Venähdykset, nilkan nyrjähdys
- Vierasesine hengitysteissä

Kuva 15. Ensiapuoppaan sisällön aiheet

Päätimme käyttää oppaan tekstien pohjana opinnäytetyöhön jo kirjoittamiimme tekstejä aiheeseen liittyen. Muokkasimme niistä oppaan lukijoille sopivia. Muokkauksessa huomioimme sen, että opas tulee luettavaksi ilman ohjausta ja että lukijakunta on vaihtelevaa, eivätkä välttämättä ymmärrä terveysalan ammattisanastoa. Oppaassa pyrimme käyttämään yleisesti tunnettuja termejä tai ainakin avaamaan mahdolliset epäselvät sanat, jotta sisältö olisi mahdollisimman ymmärrettävää kaikille käyttäjille.

Vaihdoimme myös virkkeiden asettelua ja rajasimme sisältöä kapeammaksi, kuin mitä opinnäytetyössä on. Sisällön lyhentämisessä käytimme muutamia yleisesti käytössä olevia lyhenteitä, kuten ”esim.” ja ”mm.”, jotta saimme väljyyttä sisällön määrään.

Tekstit aloitimme kertomalla aiheen yhteyden lapsiin. Kerroimme myös lyhyesti tapaturmien ennaltaehkäisystä niissä aiheissa, joihin se mielestämme sopi, eli aivotärähdys, hukkuminen, hyönteisten pistot, myrkytys, palovammat, sähköisku ja vierasesine hengitysteissä. Sisällöstä halusimme rakenteellisesti sellaisen, että siinä olisi ensiavusta kertova teksti sekä lyhennetyt ohjeet mahdollisesti nopeita tilanteita varten. Lyhen-

netyt ohjeet rakensimme itse aiheiden ensiaputoimien perusteella. Ainut aihe, jossa ei ollut lyhennettyä ensiapuohjetta oli aivotärähdys, koska aivotärähdystilanteessa toimet perustuvan enemmän hoidon tarpeen arviointiin, kun välittömiin ensiaputoimiin. Lisäksi elvytystä, tajuttoman auttamista ja vierasesineen poistoa hengitysteistä oli tuke-
massa kuvitetut vaihe vaiheelta ohjeet. Ohjeistimme oppaan esipuheessa lyhennettyjen ohjeiden avautuvan paremmin, jos on tutustunut aiheisiin myös kertomuksellisen tekstin lukemalla. Toistoa oppaassa tuli lyhennettyjen ohjeiden ja kertomuksellisen tekstin yhdistelmässä. Toistolla halusimme korostaa tärkeimpiä asioita niiden muistamisen helpottamiseksi. Lisäksi oppaassa on viisi pohdintatehtävää, joiden sisällyttämiseen päädyimme oppaan sisällön asettelun vuoksi. Pohdintatehtävät ovat koulutuksessa käytössä olleita case-tapauksia. Pohdinta-tehtävät käsittelevät oppaassa aivotärähdystä, elottomuutta, nilkan nyrjähdysten tai murtuman arviointia, myrkytystä ja tajuttomuutta.

Oppaan sisällön otsikoimme selkeästi aiheen mukaisesti, jotta aiheet olisi helposti oppaasta löydettävissä. Kappalejaolla pyrimme selkeyttämään tekstin lukemista, esimerkiksi aina kun siirryimme ensiapuun aloitimme uuden kappaleen. Oppaan sisällön selkeyttä testasimme kahdella eri henkilöllä varmistaaksemme asiasisällön ymmärrettävyyden ja sopivan jaottelun. Oppaaseen muutimme lähteet numerojärjestelmällä toteutetuksi, jotta luettavuus olisi parempi. Oppaan sisällössä käytetyt lähteet laitoimme oppaan loppuun omaksi osuudeksi.

10.2 Oppaan ulkoasu

Painoasu on osa painotuotteen oheisviestintää (Jämsä & Manninen 2001, 56—57). Ohjeen hyvä ulkoasu palvelee ohjeen sisältöä, ja taitto eli tekstin ja kuvien asettelu paperille on hyvän ohjeen suunnittelun lähtökohtana. Taitolla houkutellessaan lukemaan sekä parannetaan ymmärrettävyyttä. (Heikkinen ym. 2002, 53.) Painotuotteen sisältöelementtejä on muun muassa otsikot, leipätekstit, kuvatekstit, piirroksot ja kaaviot. Sisältöelementtien tavoitteena on auttaa lukijaa hahmottamaan viestin sisältöä visuaalisten rakenteiden avulla. (Koskinen 2001, 78.)

Fontin eli kirjasyntyyppin valinnassa tulee kiinnittää huomiota sen luettavuuteen, kuten lukemisen sujuvuuteen ja merkkien erottavuuteen. Pienaakkoset ovat suuraakkosia helppolukuisempia. Fontinvalinta perusteena voidaan käyttää esimerkiksi kirjaimiin liitettyjä mielikuvia tai subjektiivista käsitystä tietyn fontin sopivuudesta johonkin eri-

tyiseen käyttötarkoitukseen. Yhdessä työssä ei suositella käytettäväksi kuin korkeintaan kahta fonttia. (Lammi 2008, 37.)

Parhaimmillaan hyvä kuvitus auttaa ymmärtämään sekä herättää mielenkiintoa. Kuvatekstit ohjaavat kuvien luentaa, joten ne pitäisi aina tekstittää. (Heikkinen ym. 2002, 40.) Värillisten viivapiirrosten on koettu tehostavan oppimista paremmin kuin mustavalko- tai värivalokuvien. Kuvan tehtäviä oppimisessa on muun muassa havaintojen rikastuttaminen ja ohjaaminen sekä ymmärtämisen helpottaminen. Verbaalisen ja visuaalisen viestinnän yhdistäminen voi kattaa sisällön aihealueen monipuolisemmin kuin toinen yksinään. (Hatva 1993, 54.)

Värejä käytetään muun muassa korostamiseen ja erottamiseen. Lisäksi värien käytöllä on esteettisiä tavoitteita. Useilla väreillä on symbolinen erityismerkityksensä, esimerkiksi kun on tutkittu värien kykyä herättää huomiota on listan kärjessä punainen, keltainen ja oranssi. Sininen taas mielletään usein taas esimerkiksi rauhoittavaksi ja valkoinen puhtaaksi. (Lammi 2008, 42.) Julkaisun värivalinnoissa suositellaan olemaan johdonmukainen, eli käyttää samaa väriä aina samaan tarkoitukseen. Työn värikyyteen vaikuttaa myös kuvitus. (Lammi 2008, 45.)

Painotuotteen paperilaadun valintaan vaikuttaa muun muassa valmistettavan tuotteen käyttötarkoitus, kohderyhmä ja taloudellisuus (Koskinen 2001, 31). Painotuotteen alustavalinnalla voidaan vaikuttaa siihen, miltä tuote näyttää sekä miltä se tuntuu sitä koskettaessa (Koskinen 2001, 49). Paperin valinnan virheet voivat ilmetä esimerkiksi painatuksen näkymisenä läpi tai paperin soveltumattomuutena värien käyttöön (Scanneri Oy 2014). Painoalustan valintaan vaikuttavia tekijöitä on muun muassa tekninen soveltuvuus ja luettavuuden varmistaminen (Koskinen 2001, 31). Painotuotteen koon valintaan vaikuttaa muun muassa käyttötarkoitus ja helppokäyttöisyys (Koskinen 2001, 62).

Oppaan painoasun suunnittelussa kiinnitimme huomiota esimerkiksi fonttien valintaan siten, että fontit olisivat ulkoasultaan mahdollisimman selkeitä, tutun näköisiä ja helposti luettavia. Käyttöön valikoitui kaksi eri fonttia, joista toinen toimi otsikoissa ja yksinkertaistetuissa ohjeissa sekä kuvateksteissä ja toinen varsinaisessa tekstissä. Lisäksi kiinnitimme huomiota tekstien kokoon, teimme muutaman koetulosteen tarkastaksemme fonttien sopivan koon suhteessa muuhun asetteluun.

Kuvia käytimme oppaassa oppimisen tukemisessa, asiasisällön selkeyttämisessä sekä vain visuaalisista syistä tuomaan yhtenäisyyttä oppaan ulkoasuun. Oppimista tukevia ja sisältöä selkeyttäviä kuvia käytimme elvytyksen, nenäverenvuodon, nilkan nyrjähdysten, sokin, tajuttomuuden ja vierasesine hengitysteissä aiheiden yhteydessä. Muut kuvat olivat kuvituskuvia. Teimme kaikkiin kuviin kuvatekstit, joissa viittasimme kohdassa käsiteltävän aiheen sisältöön. Päädyimme itse piirtämien väripiirrosten käyttöön, niiden oppimista edistävän vaikutuksen vuoksi.

Värien käyttöä huomioimme tekemissämme yksinkertaistetuissa ohjeissa. Tärkeitä huomioitavia asioita korostimme valitsemalla oranssin värin taustaksi valkoiselle tekstille, sininen tausta oli käytössä muissa kohdissa. Korostuksella pyrimme myös ohjeiden selkeyttämiseen, koska lyhennetyt ohjeet oli aseteltu oppaaseen kaaviomaisesti.

Halusimme oppaan olevan sopivan kokoinen käteen, mutta olevan riittävän suuri tarvittavan tiedon välittämiseen, sen vuoksi valitsimme paperikooksi B5-koon. Paperivalinnassa huomioimme sen, että oppaassa oli käytetty runsaasti värejä. Valitsimme paperiksi vähän paksumman paperin, joka soveltuu väritulostamiseen.

Oppaan tulostusvaiheessa painatuksessa ilmeni ongelmia, joita emme pystyneet ratkaisemaan. Esimerkiksi sivunumerot eivät tulleet sisällysluetteloon siten, kuin ne asetelussa tietokoneella olivat. Myös muutama asioiden jaotteluun käytetty viivaelementti oli tulostunut väärään kohtaan mennen osittain tekstin päälle, vaikka ne asetelussa olivat oikein. Kansilehti tulostui myös muutamaaan kappaleeseen virheellisen värisenä. Sisällysluettelon päädyimme korjaamaan tulostamalla sen uudelleen, koska katsoimme sen olevan merkityksellinen oppaan luettavuuden kannalta. Muita yksittäisiä virheitä emme korjanneet, koska oppaan sidonta oli tehty ennen kuin saimme oppaan luettavaksi. Nämä virheet olisi tietysti voitu välttää toimittamalla opas painatettavaksi ammattilaisille. Muutoin oppaan ulkoasu vastasi tietokoneella suunniteltua. Oppaan sisällöstä on esimerkkejä liitteessä 10.

11 POHDINTA

11.1 Tavoitteet ja aihe valinta

Opinnäytetyön tärkeimpänä tavoitteena oli kehittää Iitin päivähoidon henkilökunnan ensiaputaitoja lasten tapaturma- ja sairastapaustilanteissa toimimisessa sekä kehittää

toimintamalleja niissä toimimiselle. Tavoitteeseen pääsimme järjestämällä heille lasten ensiapuun kohdennetun koulutuksen. Koulutettavien oppimistulokset toimivat näyttönä taitojen kehityksestä. Suurimmassa osassa käsitellyjä aiheita kehitystä oli tapahtunut paljon. Kaikissa koulutuksessa käsitellyissä aiheissa kehitystä oli tapahtunut ainakin jonkin verran. Koulutuksen lisäksi tavoitteeseen pääsyä tuki ensiapuoppaan suunnittelu Iitin päivähoidolle, oppaan tarkoituksena oli kehittää ensiaputaitoja niiden aiheiden osalta, joita emme pystyneet sisällyttämään koulutukseen, mutta olimme teoriatiedon ja henkilökunnalle toteuttamamme kyselyn avulla katsoneet tärkeiksi aiheiksi. Ensiapuoppaassa toimimme myös esille kehittämiämme toimintamalleja tilanteissa toimimiselle. Ensiapuoppaan vaikutusta taitojen kehittymiseen emme ole työssä pystyneet arvioimaan, koska opinnäytetyöprosessin päätös oli oppaan luovutus päivähoidolle, joten arvio oppaan vaikutuksista kehitykseen ei sisältynyt työhön.

Alatavoitteena opinnäytetyöllä oli kehittää henkilökunnan turvallisuusnäkemyksiä ennaltaehkäisevästä näkökulmasta. Tavoitteeseen pyrimme koulutuksessa tuomalla tapaturmien ehkäisyä esille aiheissa, joihin se oleellisesti liittyy. Lisäksi sisällytimme oppaaseen tapaturmien ennaltaehkäisyä. Tavoitteen tarpeellisuutta pohdimme kuitenkin prosessin aikana, koska suullisen tiedon mukaan tapaturmia sattuu varsin vähän Iitin päivähoidossa, tilastoja aiheesta ei ole. Toisaalta kyselyn perusteella tapaturmia oli sattunut monenlaisia, mutta niiden määriä ei kyselyn avulla voitu myöskään mitata. Tapaturmien ehkäisyn käsittelemisen eri yhteyksissä on todettu vähentävän lasten tapaturmariskiä (THL 2014e). Joten toisaalta tavoitteen sisältyminen oli aiheellista, koska lasten tapaturmia käsiteltäessä tulee siihen mielestämme myös aina sisällyttää ajatus, miten niitä voisi ennaltaehkäistä. Ennen ensiapukoulutuksen järjestämistä olimme molemmat kohdanneet lapsia ja perheitä sairaanhoidon puolella työelämässä, joten tuntui haastavalta myöskään sivuuttaa ennaltaehkäisevän ajattelun vahvistaminen, vaikka näyttöä sen tarpeellisuudesta ei ollut.

Henkilökohtaisina tavoitteinamme opinnäytetyöprosessissa oli kehittää omaa asiantuntijuutta lasten ensiapuun liittyen, sekä kehittyä kouluttajana, koulutuksen suunnittelussa sekä ohjeiden laadinnassa. Henkilökohtaisiin tavoitteisiimme pääsimme mielestämme onnistuneesti. Asioiden hallinnasta saimme koulutuksessa hyvää palautetta, koulutettavat pitivät koulutuksen vahvuutena muun muassa meidän kouluttajien asiantuntijuutta. Asiantuntijuuden kehittymisen huomasimme myös opasta tehdessämme. Toimintaohjeita lasten ensiapuun liittyen saimme rakennettu selkeiksi. Kouluttajana ja

koulutuksen suunnittelussa kehityimme varsin hyvin, koulutuksen oppimistulokset olivat hyviä ja koulutuspalautteessa mainittiin enimmäkseen koulutuksen vahvuuksia heikkouksien sijaan.

Opinnäytetyön aihe valinta oli mielestämme onnistunut, koska saimme koulutuksen palautteessa paljon kiitosta sen kohdistumisesta lapsiin ja päivähoidossa sattuviin tilanteisiin. On esimerkiksi arvioitu, että 0—19-vuotiaiden suomalaisten onnettomuuksien aiheuttamista kuolemista olisi voitu estää noin 50 prosenttia vuonna 2009 (European Child Safety Alliance 2012). Koulutuksessa saamassamme palautteissa oli myös mainintoja sisällön määrän sopivuudesta sekä koulutuksen selkeydestä, joten siihen ei tietoa varmasti enempää olisi voinut sisällyttää. Opettajan on välillä hankala muistaa, kuinka vähän uutta asiaa opiskelijat pystyvät kerralla omaksumaan, joten sisällön valinnassa kannattaa useimmiten valita aina vähemmän kuin enemmän asiaan (Lindblom-Ylärinne & Nevgi 2002, 242—244). Myös opetuksen teoria tuki koulutuksen sisällön rajaamista. Koska koulutukseen sisältyvien aiheiden määrä oli rajallinen, mutta lapsille sattuu ja tapahtuu kaikenlaista, oli perusteltua tehdä myös opas, johon sai sisällytettyä enemmän aiheita. Oppaan sisältö rajautui myöskin lapsille sattuviin ensiapua vaativiin tilanteisiin, mikä oli perusteltua, koska oman kokemuksemme mukaan ensiapujulkaisuja, jotka kohdentuvat pieniin lapsiin ei juurikaan ole Suomessa saatavilla.

11.2 Luotettavuus

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen keräämiseksi perehdyimme päivähoidon toimintaan turvallisuus näkökulmasta, varhaislapsuuden kehitykseen ja tapaturmiin, lasten tapaturmien ja sairaustapausten ensiapuun ja oppimis- ja opetusprosessiin. Lisäksi tutustuimme kyselylomakkeen laadinnan perusteisiin, kun teimme asiakasanalyysia päivähoidon henkilökunnalle ja oppaan suunnittelun perusteisiin, kun toteutimme ensiapuopasta. Kaikissa vaiheissa pyrimme etsimään tietoa luotettavista lähteistä sekä tekemään ratkaisut tietopohjaan perustuen. Lähdemerkinnät olemme pyrkineet tekemään huolellisesti, jotta sisällössä käytetty tieto olisi helposti varmistettavissa. Luotettavuuteen pyrimme myös ensiapuopasta tehdessämme, oppaassa käytimme numeroviitejärjestelmää, jotta oppaan käyttäjät voivat varmistaa sisältöä lähteiden avulla.

Lasten tapaturmien ja sairaskohtausten ensiapua käsitellessämme etsimme tietoa erityisen laajasti ja varmistimme tiedon yhteneväisyyden eri lähteissä, jotta opinnäytetyön tuotoksiin ei pääsisi asiavirheitä eikä vääränlaisia toimintamalleja. Ensiapua käsittelevät lähteet on koottu luotettavista lähteistä, joita ovat kirjoittaneet asiantuntijat. Tekstit on pyritty koostamaan juuri ensiavun näkökulmasta, jotta teoreettinen tieto ei sekoittuisi ensihoidon toimintaan. Lähteissä on pyritty käyttämään tuoreimpia saatavilla olevia lähteitä.

Lapsille sattuvien tapaturmien aiheuttamien vammojen tilastointia tehdään Suomessa varsin suurpiirteisesti, joten opinnäytetyössä käsiteltävien lasten tapaturmien ja sairaskohtausten ilmenevyyttä saimme kerätä useista eri lähteistä. Tarkkaa koostetta, esimerkiksi määriä, niistä ei ollut missään käyttämässämme lähteessä. Siksi hyödynsimme myös päivähoiton henkilökunnalla teettämääme kyselyä valitessamme opinnäytetyössä käsiteltäviä ensiaputilanteita.

11.3 Opinnäytetyöprosessin haasteita ja kehittämiskohteita

Koulutuksen raportointi tuntui erittäin haastavalta. Ennen koulutusta olimme tehneet paljon suunnitelmia toteutusta varten, joten kun aloimme tehdä raporttia sen toteutumisesta tuli asioiden esittäminen haasteeksi, esimerkiksi aikamuotojen valinta tuntui erittäin haastavalta. Päädyimme loppujen lopuksi viittaamaan raporttiosuudessa ennen koulutusta tekemiimme toteutukseen ja suunnitteluun liittyviin materiaaleihin. Koulutuksen toteutuksen raportointiin olisimme voineet ehkä valmistautua paremmin, jolloin olisimme saaneet kehiteltyä koulutuksen toteutumisesta kertovan osuuden kattavammaksi ja selkeämmäksi.

Oppaan kanssa haasteeksi muodostui sen painatusvaihe. Tulostus vaiheessa painatuksessa ilmeni ongelmia, joita emme pystyneet ratkaisemaan. Esimerkiksi sivunumerot eivät tulleet sisällysluetteloon siten, kuin ne asettelussa tietokoneella olivat. Myös muutama asioiden jaotteluun käytetty viivaelementti oli tulostunut väärään kohtaan mennen osittain tekstin päälle, vaikka ne asettelussa olivat oikein. Nämä virheet olisi voitu mahdollisesti välttää toimittamalla opas painatettavaksi ammattilaisille.

Yhteisiä ongelmia kaikille informaation välittämiseen tarkoitetuille tuotteille ovat asiasisällön valinta ja määrä sekä tietojen muuttumisen tai vanhentumisen mahdollisuus. Informaation kohderyhmä voi myös olla varsin heterogeeninen, jolloin kaikille

sopivan asiasisällön valinta tuottaa vaikeuksia. Kun terveysalan ammattilainen laatii informaatiota sisältävää materiaalia asiakkaiden käyttöön, tulee pyrkiä eläytymään tiedon vastaanottajan asemaan henkilökohtaisten ja ammatillisten tiedontarpeiden sijasta. (Jämsä & Manninen 2001, 54—55.) Molempien tuotteiden kehittämisessä huomasimme asiasisällön valinnan olevan haasteellista. Koulutuksessa haasteeksi muodostui se, että sisältö olisi koulutettaville ymmärrettävää, mutta toisaalta että siinä olisi riittävästi uutta heidän osaamisen syventämiseksi. Opasta laadittaessa haasteeksi muodostui sisällön määrän riittävyys sekä tekstin muokkaaminen käyttäjille sopivaksi. Asiasisällön sopivuutta testasimme kuitenkin juuri sen haastavuuden vuoksi useampaan kertaan koekäyttäjillä sisällön muokausvaiheessa ennen viimeistelyvaihetta.

Kehittämistä opinnäytetyössä olisi ollut asiakasanalyysin tekemisessä. Kyselylomakkeen huolellisemmalla suunnittelulla olisimme pystyneet hyödyntämään sen antaman informaation paremmin. Asiakasanalyysin muotoutui prosessin aikana varsin vaikuttavaksi tekijäksi, joten huolellisuus sen teossa olisi varmasti tuottanut tulosta.

Opinnäytetyöprosessin aikataulun suunnittelussa emme olleet huomioineet riittävästi eri yhteistyötahojen väliseen tiedon siirtoon vaikuttavia tekijöitä, kuten esimerkiksi työelämän yhteyshenkilöiden lomien ja sekä esimerkiksi koulun kesälomaa. Nämä tekijät tuntuivat tuovan kiirettä joidenkin vaiheiden suunnitteluun. Esimerkiksi asiakasanalyysin pääsimme toteuttamaan hieman myöhässä työelämän yhteyshenkilön loman vuoksi, jolloin sen keräämiseen emme voineet käyttää paljoakaan aikaa. Lisäksi koulun kesäloma toi tauon opinnäytetyön ohjaukseen, mikä näkyi taas työmäärässä syyspuolella. Tarkemmalla aikataulun suunnittelulla ja aikatauluun vaikuttavien asioiden huomioinnilla olisimme voineet välttää kiireen kasaantumista.

11.4 Opinnäytetyön aikana syntyneitä kehittämisideoita

Lasten tapaturmien aiheuttamista vammoista löytyi Suomesta varsin kehnosti tietoa. Niiden tilastoinnin kehittäminen voisi auttaa löytämään eniten huomiota vaativia asioita tapaturmien ennaltaehkäisyssä sekä asioita, joihin kannattaa keskittyä lasten ensiapukoulutuksissa. Myös päivähoitossa sattuvien tapaturmien tilastointi valtakunnallisesti yhdenmukaisella järjestelmällä voisi antaa tärkeää tietoa lasten tapaturmista sekä auttaa kehittämään lasten turvallisuutta Suomessa.

Opinnäytetyön aikana pohdimme ensiapukoulutusjärjestelmää Suomessa. Useat koulutukset ovat maksullisia, jos niille osallistuu vapaa-aikana. Ensiapu on kuitenkin elämäntaito, jota jokainen tarvitsee jossain vaiheessa elämäänsä (Korte & Myllyrinne 2012, 127). Edellä olevaan lauseeseen pohjautuen herää ajatus siitä, olisiko mahdollista, että kunnat esimerkiksi tarjoaisivat ensiapukoulutusta asukkailleen siten, että se olisi kaikkien saatavilla.

Ensiaputaitojen hallinta voisi helpottaa useita esimerkiksi sen arvioinnissa, onko jonkun tapaturman sattuessa aihetta hakeutua hoitoon vai selviääkö pelkästään kotona annettavalla ensiavulla. Päivystysten ruuhkautumisen ollessa valtakunnallinen ongelma (Seppänen 2013). Esimerkkinä kunnan tarjoamasta ensiapukoulutuksesta voisi toimia neuvolan kautta vanhemmille tarjottu ensiapukoulutus. Ensiapukoulutukseen voisi sisältyä myös tapaturmien ennaltaehkäisy. Näin voitaisiin vaikuttaa myös lasten terveyttä edistävästi. Ensiaputaitojen merkitys korostuu varmasti vielä ajan kanssa, kun terveyspalveluita tarjoavat yksiköt yhdistyvät, jolloin niiden määrä vähenee ja sen myötä siirtyvät kauemmaksi kansalaisia.

12 LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus.

Aaltonen, J. & Urtamo S. 2009. Sokkipotilas. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Tammi, s. 360—373.

Ahonen, T., Nurmi, J.-E., Lyytinen, L., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2010. Ihmisen psykologinen kehitys. 1.-4. painos. Helsinki: WSOY.

Alaspää, A. 2009. Tajuttomuus. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Tammi, s. 289—303.

Allergia- ja astmaliitto. 2011. Alle kouluikäisten lasten astma. Allergia- ja astmaliiton internetsivut. Saatavissa: <http://www.allergia.fi/allergia-ja-astma/alle-kouluikaisten-lasten-astma/> [viitattu 22.4.2014].

Allergia- ja astmaliitto. 2014. Anafylaksia. Allergia- ja astmaliiton internetsivut. Saatavissa: <http://www.allergia.fi/allergia-ja-astma/anafylaksia/> [viitattu 24.4.2014].

Asetus lasten päivähoidosta 16.3.1973/239. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730239>

Atjonen, P. & Uusikylä, K. 2005. Ditaktiikan perusteet. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Blair, M., van den Bruel, A., Ehrich, J., Gill, P., Janson, S., Karanikolos, M., McKee, M., Pettoello-Mantovani, M., Tamburlini, G., Thompson, M. & Wolfe, I. 2013. Artikkel: Health services for children in Western Europe. *The Lancet* 2013; 381: 1224-1234.

Blomgren, K. 2012. Nenämurtuma. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00863 [viitattu 12.11.2014].

Blomgren, K. 2012b. Vierasesine nenässä. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00416 [viitattu 12.11.2014].

Castren, M., Helistö, N., Kämäräinen, L. & Sahi, T. 2008. Ensiapuopas. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Castren M., Korte H. & Myllyrinne K. 2012a. Hengityksen, verenkierron ja tajunnan häiriöt. Ensiapuopas. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00005 [viitattu 27.10.2014].

Castren, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012b. Peruselvytys. Ensiapuopas. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00006 [viitattu 7.10.2014].

Castren, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012c. Haavat ja verenvuodot. Ensiapuopas. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00007&p_teos=spr&p_osio=&p_selaus= [viitattu 16.12.2014].

Castren, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012d. Toiminta ensiaputilanteissa. Ensiapuopas. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00004&p_teos=spr&p_osio=&p_selaus=#s8 [viitattu 6.1.2015].

Castren, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012e. Tuki- ja liikuntaelinten vammat. Ensiapuopas. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00008&p_teos=spr&p_osio=&p_selaus= [viitattu 12.11.2014].

Castren, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012f. Myrkytykset. Ensiapuopas. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00013&p_teos=spr&p_osio=&p_selaus= [viitattu 13.10.2014].

Castren, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012g. Palovammat. Ensiapuopas. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00009 [viitattu 29.10.2014].

Castren, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012h. Puremat ja pistot. Ensiapuopas. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00012 [viitattu 27.12.2014].

Castren, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012i. Ensiapu osana hoitoketjua. Ensiapuopas. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00002&p_teos=spr&p_osio=106&p_selaus= [viitattu 6.1.2015].

Castren, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012k. Silmä-, korva-, ja nenätapaturmat. Ensiapuopas. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00011 [viitattu 12.11.2015].

Diabetesliitto. Lapsen diabetes. Saatavissa:

http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/lapsen_diabetes [viitattu 11.1.2015].

Elvytys. 2011. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi17010> [viitattu 7.10.2014].

Epilepsialiitto. 2011. Epilepsia-kohtauksen ensiapu. Saatavissa:

http://www.epilepsia.fi/files/2872/Ensiapuesite_2011.pdf [viitattu 15.6.2014].

Epilepsiat ja kuumeekouristukset (lapset). 2013. Käypä hoito –suositus. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50059#NaN> [viitattu 15.6.2014].

European Child safety alliance. 2012. Child Safety Report Card Finland 2012. Saatavissa: <http://www.childsafetyeurope.org/reportcards/info/finland-report-card.pdf> [viitattu 22.7.2014].

Haatela, T. 2013. Astma. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00009#s1 [viitattu 22.4.2014].

Halonen, P., Kärkkäinen, H., Pulkka, A.-T. & Saarelainen, M. 2007. Kouluttajan opas. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hannuksela, M. 2012. Allergiat. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00561 [viitattu 22.4.2014].

Hannuksela- Svahn, A. 2012. Anafylaktinen reaktio. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00201 [viitattu 8.1.2015].

Hatva, A. 1993. Kuvittaminen. Helsinki: Rakennustieto Oy.

Heikkinen, H., Tiainen T. & Torkkola S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi, Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hermanson, E. 2012. Allergiset sairaudet. Kotineuvola. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=kot00804&p_teos=kot&p_osio=104&p_selaus= [viitattu 22.4.2014].

Hiltunen, T. & Väisänen, O. 2012. Heikentynyt tajunnantaso. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. 4. korjattu painos. Keuruu: Otava, s. 162—168.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi.

Holm, S., Murtonen, I. Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2010. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-7. painos. Helsinki: WSOY.

Holmström, P. 2009. Endokrinologiset hätätilanteet. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Tammi, s. 387—398.

Holmström, P. 2012. Yliherkkyysoireet. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. 4. korjattu painos. Keuruu: Otava, s. 259—260.

Hoppu, S. 2012. Artikkelit: Pudonneen lapsen pahenevat oireet. Suomen lääkäri. 37/2012 vsk 67, s. 2567—2568.

Hoppu, K. 2013. Lasten myrkytykset. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. [viitattu 13.10.2014].

Hoppu, K. & Kuusela, A.-L. 2013. Pikkulapsen myrkytysten hoito. Lastentautien päivystyskirja. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/aho/koti> [viitattu 13.10.2014].

HUS. Palovammat. Kun lapsi sairastuu -Neuvoja vanhemmille. Saatavissa: <http://www.hus.fi/sairaanhoito/lasten-sairaanhoito/kun-lapsi-sairastuu/Palovammat/Sivut/default.aspx> [viitattu 29.10.2014].

Jalanko, H. 2009. Tapaturmat ja myrkytykset. 100 kysymystä lastenlääkärille. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00039 [viitattu 13.10.2014].

Jalanko, H. 2012a. Astma lapsella. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00113 [viitattu 22.4.2014].

Jalanko, H. 2012b. Kuumeekouristus. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00438 [viitattu 15.6.2014].

Jalanko, H. 2012c. Aivotärähdys lapsella. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00106 [viitattu 14.7.2014].

Jalanko, H. 2012d. Vierasesinetapaturmat lapsilla. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00423 [viitattu 12.11.2014].

Jalanko, H. 2012e. Haava lapsella. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Duodecim Oy. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00451&p_haku=haavat [viitattu 16.12.2014].

Jalanko, H. 2012f. Tietoa potilaalle: Palovamma lapsella. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00464&p_haku=palovammat [viitattu 29.10.2014].

Jalanko, H. 2012g. Tietoa potilaalle: Nenäverenvuoto lapsella. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00740 [viitattu 28.7.2014].

Jalkanen, L. 2009. Lapsi ensihoidossa. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Tammi, s. 464—473.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2001. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. 1.-2. painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Kaisvuo, T., Storvik-Sydänmaa S., Talvensaari, H. & Uotila, N. 2013. Lapsen ja nuoren hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kajanto, A., Kalli, P., Kauppi, A., Toiviainen, T. & Tuomisto, J. 1994. Elinikäinen oppiminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kallio, P., Mäkitie, O. & Mäyränpää, M. 2013. Artikkelit: Lasten murtumien muuttuva kirjo. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 19/2013. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11241 [viitattu 12.11.2014].

Kallela, M. & Lindsberg, P. 2013. Tajuton potilas. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=poh00017&p_haku=tajuttomuus [viitattu 27.10.2014].

Kannus, P. & Parkkari, J. 2013. Lasten tapaturma- ja väkivaltakuolemat vähentyneet Suomessa. Duodecim 2013;129:1004–6. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/xmedia/duo/duo11000.pdf> [viitattu 13.4.2014].

Kansanen, P. 2004. Opetuksen käsitemaailma. Juva: PS-kustannus.

Kantero, R.-L., Levo, H., & Österlund, K. 1997. Lasten sairaanhoito. Porvoo: WSOY.

Karhu, J. 2012. Artikkelit: Traumapotilaan vuoto. Finnanest. 2012; 45 (4). Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/karhu_trauma.pdf

Kauppila, R.A. 2003. Opi ja opeta tehokkaasti. Juva: PS-kustannus.

Keggenhoff, F. 2004. Apua!: ensiapua. 2. painos. Keuruu: Otava.

Kela. 2014. Kotihoidon tuki. Kansaneläkelaitos. Saatavissa:

http://www.kela.fi/vanhempainvapaan-jalkeen_kotihoidon-tuki [viitattu 10.10.2014].

Kinnunen, A. & Helveranta, K. 2012. Elottomuus. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. 4. korjattu painos. Keuruu: Otava, s. 372—401.

Klockars, J. 2012. Lapsi ensihoidossa: Potilaan kohtaaminen ja tilan arviointi. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. 4. korjattu painos. Keuruu: Otava, s. 342—345.

Kodin sähkö turvallisiksi. Kotitapaturmien ehkäisykampanja. Saatavissa:

<http://www.kotitapaturma.fi/kodin-sahko-turvallisiksi/> [viitattu 6.1.2015].

Kompensaatio: Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01705 [11.12.2014].

Koro, J. 1994. Kehittyvä opetustyö. Teoksessa Jouko Kari, Jukka Koro, Erkki Lahdes & Olavi Nöjd Ditaktiikka ja opetussuunnittelu. Juva: WSOY

Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Ensiapu. Espoo: Wellprint.

Koskinen, P. 2001. Hyvä painotuote. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Kuisma, M. 2009. Kouristeleva potilas. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Tammi, s. 315—322.

Kuisma, M. 2009b. Korva-, nenä- ja kurkkutautien sekä silmätautien akuuttitilanteet. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Tammi, s. 473—478.

Kuisma, M. & Väyrynen, T. 2009. Sydänpysähdys ja elvytys. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Tammi, s. 188—228.

Kuisma, M. & Väyrynen, T. 2009b. Hengitysteiden vierasesine. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Tammi, s. 227.

Kuisma, P. & Eronen, A.-K. 2009. Yleiset toimintaperiaatteet. Lasten myrkytykset. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lmy00002 [viitattu 13.10.2014].

Kumpula, H. & Paavola, M. 2007. Artikkelit: Lasten ja nuorten tapaturmat. Kansanterveys –lehti . 1/2007. s. 18-19.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102703/kansanterveys-netti.pdf?sequence=1> [viitattu 5.4.2014].

Kumpulainen K., Krokfors L., Lipponen L., Tissari V., Hilppö J. & Rajala A. 2010. Oppimisen Sillat. Kohti osallistavia oppimisympäristöjä. Sivut 51. Helsinki: Yliopistopaino.

Kupias, P. 2007. Kouluttajana kehittyminen. Yliopistokustannus/ Gaudeamus Kirja.

Laine, T., Miettinen, P. & Pulkkinen, M. 2011. Miten hoitaa lasten ja nuorten tyypin 1 diabetesta? Duodecim 2011;127:663–70. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/xmedia/duo/duo99449.pdf> [viitattu 11.1.2015].

Lahdes, E. 1994. Didaktiikka kasvatustieteen osa-alueena ja sen keskeiset teoriamallit. Teoksessa Jouko Kari, Jukka Koro, Erkki Lahdes & Olavi Nöjd Didaktiikka ja opetus-suunnittelu. Juva: WSOY

Laki lasten päivähoitosta, 19.1.1973/36. Saatavissa:

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730036>

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista, 29.4.2005/272. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050272>

Lammi, O. 2008. Kortit, kirjat & lehdet, Tee julkaisuja Wordilla. 1. painos. Jyväskylä: WSOY.

Lassus, J. & Väisänen, O. 2012. Mekaaninen vammautuminen. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. 4. korjattu painos. Keuruu: Otava, s. 270—283.

Lasten hukkumistapaturmien ehkäisy. Kotitapaturmien ehkäisykampanja. Saatavissa: <http://www.kotitapaturma.fi/hukkumistapaturmien-ehkaisy/> [viitattu 6.1.2015].

Lehtonen, J. 2012a. Kouristelu. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. 4. korjattu painos. Keuruu: Otava, s.233—237.

Lehtonen, J. 2012b. Poikkeava verensokeripitoisuus. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. 4. korjattu painos. Keuruu: Otava, s. 225—232.

Lindblom-Ylärinne, S. & Nevgi, A. 2002. Yliopisto- ja ammattikorkeakouluopettajan käsikirja. Helsinki: WSOY.

Liukkonen, I., Saarikoski, R. & Stolt, M. 2012. Terveet jalat. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=jal00175 [viitattu 12.11.2014].

Lumio, J. 2013. Tietoa potilaalle: Jäykkäkouristus, tetanus. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00017&p_haku=rabies [viitattu 16.12.2014].

Luukkonen, R. 2012 Vammautuminen. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. 4. korjattu painos. Keuruu: Otava, s. 284—290.

Mannerheimin lastensuojeluliitto. 2013a. Pieni tutkija.

Mannerheimin lastensuojeluliitto. 2013b. Iso tyttö, iso poika.

Mannerheimin lastensuojeluliitto. 2013c. Ikiliikkuja.

Mannerheimin lastensuojeluliitto. 2013d. Utelias tarinaniskijä

Mannerheimin lastensuojeluliitto. 2013e. Isän ja äidin pikku apulainen.

Myrkytystietokeskus. Ensiapuohjeet.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/myrkytystietokeskus/Ensiapuohjeet/Sivut/default.aspx> [viitattu 13.10.2014].

Nurmi, E. 2012a. Lapsi ensihoidossa: Hengitysvaikeudet lapsilla. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. 4. korjattu painos. Keuruu: Otava, s. 346—349.

Nurmi, E. 2012b. Lapsi ensihoidossa: Kouristelu. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. 4. korjattu painos. Keuruu: Otava, s. 350—351.

Nurmi-Lühtje I. & Lühtje P. 2009. Artikkelit: Tapaturmat päivähoitossa Kouvolan seudulla. Suomen lääkäri-lehti. 12/2009, s. 1135—1141.

Paane-Tiainen, T. 2000. Oppijaksi aikuisena. Helsinki: Edita.

Papp, A. 2013. Palovammat. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00440&p_haku=palovammat [viitattu 29.10.2014].

Parkkari, J. 2013. Tietoa potilaalle: Liikuntavammojen hoito ja ehkäisy. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00909 [viitattu 12.11.2014].

Perheentupa J. & Rajantie, J. 2005. Lasten terveys. Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00045#T2 [viitattu 27.10.2014].

Puolakka, J. 2012. Sähköisku. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. 4. korjattu painos. Keuruu: Otava, s. 328—331.

Rantala, H., Strengell, T., Tarkka, R. & Uhari, M. 2008. Lasten kuumeikouristusten hoito ja erotusdiagnostiikka. Suomen lääkäri-lehti. 27 - 31/2008 vsk 63 s. 2432 – 2434. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98477&p_haku=lasten%20kuumeikouristus [viitattu 15.6.2014].

Rauste-von Wright M., von Wright J. & Soini T. 2003. Oppiminen ja koulutus. 9. uudistettu painos. Juva: WSOY.

Rajantie, J. 2010. Nenäverenvuoto. Lastentaudit. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=lta00453 [viitattu 28.7.2014].

Rautiainen, P. 2011. Hukkuneen elvytys. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim numero 13/2011. Saatavissa:
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99628 [viitattu 7.10.2014].

Repo-Lehtonen, K. 2014. Hyönteisyliherkkyys. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk01305&p_haku=hy%C3%B6nteisten%20pisto [viitattu 27.12.2014].

Saarelma, O. 2014a. Aivotärhdys ja pään vammat (aikuiset). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00641 [viitattu 14.7.2014].

Saarelma, O. 2014b. Tietoa potilaalle: Haava. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti> [viitattu 16.12.2014].

Saarelma, O. 2014c. Kasvovammat ja kasvojen murtumat. Lääkäkirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00271 [viitattu 16.12.2014].

Saarelma, O. 2014d. Nilkan nyrjähdys, nilkka nivelen venähdys. Lääkäkirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk01052&p_haku=nilkan%20nyrj%C3%A4hdys [viitattu 12.11.2014].

Saarelma, O. 2014e. Sähkön aiheuttamat vammat. Lääkäkirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00334 [viitattu 7.1.2015].

Saarelma, O. 2014f. Tietoa potilaalle: Palovammat. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00316&p_haku=palovammat [viitattu 29.10.2014].

Saarelma, O. 2014g. Kyyn purema. Lääkäkirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00289 [viitattu 27.12.2014].

Saarelma, O. 2014h. Nenäverenvuoto. Lääkäkirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00306 [viitattu 28.7.2014].

Saarelma, O. 2014i. Vierasesine kehossa, nenässä tai korvakäytävässä. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00343 [viitattu 12.11.2014].

Saarelma, O.2014j. Yläraajan vammat. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00349 [viitattu 12.11.2014].

Scanceri Oy. 2014. Scanceri Oy:n internet sivut. Saatavissa:

<http://www.scanceri.fi/tietosivut/paperinvalinta/> [viitattu 5.1.2015].

Seppänen, A. 2013. Artikkel: Päivystys kuormittuu kiireettömän hoidon hakijoista. Lääkärilehti (verkkouutinen). Saatavissa:

http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=13403/type=1 [viitattu 15.1.2015].

Seppänen, M. 2013. Puremahaavat. Lääkäri käsikirja. Kustannus Duodecim Oy. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00451&p_haku=haavat [viitattu 16.12.2014].

STM. 2013. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma vuosille 2014 – 2020. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1867344 [viitattu 16.5.2014].

Suojaa lapsesi palovammoilta. Kotitapaturmien ehkäisykampanja. Saatavissa:

<http://www.kotitapaturma.fi/suojaa-lapsesi-palovammoilta/> [viitattu 16.12.2014].

Sulkanen, L. 2006. Case-menetelmä ja sen vaikutus opettamiseen ja oppimiseen. Lahden ammattikorkeakoulun julkaisu. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Suomen luustoliitto ry. 2012. Lapsen luuston kasvu ja kehitys. Suomen luustoliitto ry:n internetsivut. Helsinki. Saatavissa: <http://luustoliitto.fi/luustoterveys/lapset-ja-nuoret/luustoisien-perhe/lapsen-luuston-kasvu-ja-kehitys> [viitattu 20.7.2014]

Suomen Punainen Risti. Ensiapukoulutus EA1. Punaisen Ristin internetsivut. Saatavissa: <http://www.punainenristi.fi/opi-ensiapua/kurssisisallot/ensiapukurssi-ea-1r-16-t> [viitattu 11.10.2014].

Suomen Punainen Risti. 2011. Hukkuneen henkilön painelu-puhallus (PPE) elvytys. Saatavissa: <https://www.punainenristi.fi/sites/frc2011.mearra.com/files/tiedostolataukset/SUOMI%20Hukuksissa%20PPE%202011.pdf> [viitattu 7.10.2014].

Suomen Punainen Risti. 2014. Hätäensiapu. Suomen Punaisen Ristin internetsivut. Saatavissa: <https://www.punainenristi.fi/opi-ensiapua/kurssisisallot/hataensiapukurssi-4-t> [viitattu 6.1.2015].

Suominen, P. 2012. Lapsen peruselvytys. Teoksessa Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. 4. korjattu painos. Keuruu: Otava, s. 355—358.

Suominen, P & Vähätalo, R. 2012. Artikkelit: Hukuksiin joutuneen lapsen elvytys. Finnanest. vol. 1 numero 45. s. 38-41. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/vahatalo_hukkuneen.pdf [viitattu 7.10.2014].

THL. Kansantaudit: Diabetes. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes> [viitattu 11.1.2015].

THL. 2012. Tilastoraportti: Lasten päivähoido 2012. Tilastoraportti. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110844/Tr34_13.pdf?sequence=4 [viitattu 5.1.2015].

THL. 2013. Tetanusprofylaksi-ohje tapaturmatilanteisiin. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/rokotteet/tetanusrokote/tetanusprofylaksi-ohje-tapaturmatilanteisiin> [viitattu 16.12.2014].

THL. 2014a. Turvallisuuskasvatus päivähoitossa. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/lapset-ja-nuoret/paivahoito/turvallisuuskasvatus-paivahoidossa> [viitattu 5.1.2015].

THL 2014b. Henkilöstön turvallisuusosaaminen. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/lapset-ja-nuoret/paivahoito/henkiloston-turvallisuusosaaminen> [viitattu 5.1.2015].

THL. 2014c. THL. Lasten ja nuorten tapaturmat. 2014. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/tietoa-tapaturmista/tilastot/tilastokatsaukset/lasten-ja-nuorten-tapaturmat> [viitattu 5.1.2015].

THL. 2014d. Päivähoitoikäisten tapaturmat. 2014. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/lapset-ja-nuoret/paivahoito/paivahoitoikaisten-tapaturmat> [viitattu 5.1.2015].

THL. 2014e. THL. Pienten lasten tapaturmien ehkäisy. Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/lapset/neuvola/pienten-lasten-tapaturmien-ehkaisy [viitattu 5.1.2015].

THL. 2014f. THL. Pienten lasten tapaturmien ehkäisy. Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/ [viitattu 5.1.2015].

Tukehtumisvammojen ehkäisy. Kotitapaturmien ehkäisykampanja. Saatavissa:

<http://www.kotitapaturma.fi/tukehtumisvammojen-ehkaisy/> [viitattu 10.11.2014].

Tukes. 2003. Kodin sähköturvallisuusopas. Saatavissa:

<http://www.issoy.fi/sites/default/files/liitteet/tukessohkoturvopas.pdf> [viitattu 7.1.2015].

Venhola, M. 2013. Lasten haavat ja nirhaumat. Lääkärin käsikirja. Kustannus Duodecim Oy. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00789&p_haku=haavat [viitattu 16.12.2014].

Venhola, M. 2013b. Lasten nivel- ja nivelsidevammat. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00792&p_haku=nilkan%20ven%C3%A4hdys [viitattu 12.11.2014].

Vuori, A. 2005. Artikkel: Kyn purema. Lääkärin käsikirja. Duodecim 2005; 121(10). Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95001.pdf> [viitattu 27.12.2014].

KYSELY IITIN PÄIVÄHOIDON HENKILÖKUNNALLE

1. Koulutus: _____

Rastita kysymyksistä 2-5 sopivin/sopivimmat vaihtoehto/-ehdot:

2. Kuinka kauan olet työskennellyt päiväkotiympäristössä?
- alle yhden (1) vuoden
 - 1-5 vuotta
 - yli 5 vuotta, mutta alle 10 vuotta
 - 10 vuotta tai kauemmin
3. Oletko saanut ensiapukoulutusta:
- En
 - Kyllä; oletko saanut sitä kolmen (3) vuoden sisään?
 - Kyllä
 - Ei
4. Jos olet saanut ensiapukoulutusta, onko koulutus saatu?
- opintoihin sisältyen
 - vapaa-ajalla
 - työpaikalla
5. Millaisiin lapsille tapahtuviin ensiaputilanteisiin kaipaisit koulutusta?
- Haavat
 - Päähän kohdistuneet vammat
 - Murtumat
 - Palovammat
 - Myrkytykset

-
- Hukkuminen
- Vierasesineet hengitysteissä
- Jokin muu,
mikä? _____

Kysymyksiin 6-7 voit kirjoittaa vastaukset vapaasti omin sanoin kysymysten perään.

6. Millaisia ensiapua vaativia tilanteita olet kohdannut työyhteisössäsi?

7. Mitkä ovat turvallisuuteen liittyvät riskitekijät lapsilla päivähoidossa?

Hyvä päivähoidon työntekijä!

Olemme Titta Litmanen ja Anna Litmanen. Opiskelemme ensihoitajaksi ja terveydenhoitajaksi Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa. Teemme opinnäytetyötämme yhteistyössä Iitin päivähoidon kanssa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on päivittää Iitin päivähoidon henkilökunnan ensiaputaitoja, luoda henkilökunnalle toimintamalleja lasten tapaturma- ja sairaustapausten varalle, sekä kehittää turvallisuusnäkemyksiä ennaltaehkäisevästä näkökulmasta.

Osana opinnäytetyötämme järjestämme ensiapukoulutuksen syksyllä 2014. Koulutuksen sisältö painottuu päivähoidossa mahdollisiin, ensiapua vaativiin tilanteisiin. Ohessa olevalla kyselyllä haluamme kerätä tietoa työyhteisön henkilökuntarakenteesta, ensiaputaidoista ja turvallisuusnäkemyksistä kaikilta koulutukseen osallistuvilta. Näitä tietoja on tarkoitus käyttää osana opinnäytetyötä ja ensiapukoulutuksen suunnittelua.

Kysely on kaksi (2) sivuinen ja sisältää seitsemän (7) kysymystä, vastauksenne auttavat meitä kehittämään ensiapukoulutuksesta teidän tarpeisiinne sopivaa. Vastaaminen kyselyyn kestää noin 10 minuuttia. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti ja kyselyaineisto kerätään ainoastaan edellä mainittua opinnäytetyötä varten. Aineiston yhteenvedon jälkeen vastauslomakkeet hävitetään.

Vastauslomakkeenne voitte palauttaa oheisessa kirjekuoressa työpaikallanne vastauksille osoitettuun laatikkoon, vastausaikaa on toukokuun loppuun, 31.5.2014 asti. Laatikossa lukee ”Kysely EA-koulutus”. Kyselyä koskevissa asioissa voitte ottaa yhteyttä Titta Litmaneseen sähköpostilla osoitteeseen titta.litmanen@student.kyamk.fi. Kiitämme yhteistyöstä!

Ystävällisin terveisin

opiskelijat Titta Litmanen ja Anna Litmanen

VAUHTIA JA VAARALLISIA TILANTEITA -ENSIAPUKOULUTUKSEN

TOTEUTUS SUUNNITELMA

Koulutuksen alussa aiomme toteuttaa esittäytymisen kuvien avulla. Koulutettavat valitsevat kuvan, joka tuo mieleen jonkun tapaturmatilanteen, jonka on kohdannut. Kuvien valitsemisen jälkeen jokainen pääsee kertomaan omasta mieleen tulleesta kokemuksestaan. Tällä keinolla pyrimme aktivoimaan reflektiivistä ajattelua heti koulutuksen alusta lähtien saamalla koulutettavat pohtimaan aiempia kokemuksiaan koulutettavasta aiheesta, tehtävän tarkoitus on myös saada kaikki osallistujat virittäytymään koulutukseen.

Esittäytymisen jälkeen siirrymme aktivoivaan luentoan. Ensin käsittelemme aiheita, joita henkilökunta kertoi kyselyssä ennestään kohdanneensa, näin pyrimme siihen, että saisimme ylläpidettyä keskustelua. Näihin aiheisiin kuuluvat haavojen ja murtumien ensiapu, aivotärähdyksen ensiapu ja vierasesine hengitysteissä –tilanteen ensiapu. Sen jälkeen käsittelemme vieraammat aiheet eli myrkytyksen, tajuttoman ja kouristelun ensiavun, ja viimeiseksi käsittelemme elvytyksen, koska uskomme sen olevan harjoituksista todennäköisesti haastavin.

Aktivoivaa luentoa toteuttaaksemme esitämme aiheisiin siirtyessä heille kysymykset siitä, miten he toimisivat käsiteltävässä ensiaputilanteessa. Kysymyksiä on tarkoitus pohdita pienryhmissä, näin pyrimme siihen, että jokainen pääsisi tuomaan ajatuksiaan esille. Pohdinnan jälkeen tarkoituksena on, että kysymme aina yhdeltä ryhmältä, miten he toimisivat tilanteessa, ja sen jälkeen muut ryhmät saavat täydentää vastausta, jos heistä tuntuu siltä. Tämän jälkeen käymme vielä yhteenvedon kautta läpi ensiaputoimet, minkä yhteydessä aiomme kysyä koulutettavilta tietävätkö he syitä, minkä vuoksi mikäkin ensiaputoimi tehdään ja mikä on toimen seuraus. Tällä kysymyksellä johdattelemme asian syvällisempään käsittelyyn

Case –opetusmenetelmän käyttöön siirrymme luennon ja välissä pidetyn tauon jälkeen. Case –opetus koostuu rasteista, joissa osa tilanteista on harjoitus- ja osa päätöksentekotapauksia. Rastit on tarkoitus kiertää pienryhmissä. Harjoitustapauksiksi valitsimme koulutettavista aiheista elvytyksen, tajuttomuuden, vierasesine hengitysteissä – tilanteen ja haavojen ja murtumien ensiavun, koska näissä tilanteissa tarvitaan eniten toiminnallista osaamista, ja tilanteissa toimiminen on johdonmukaista. Päätöksentekotapauksiin valitsimme käsiteltäviksi aivotärähdyksen, myrkytyksen ja kouristelun ensiavun, koska näissä tilanteissa toiminta on enemmän tapauskohtaista eikä niin paljon temppuja. Harjoitusrasteilla on tarkoitus, että olemme paikalla seuraamassa ja ohjaamassa harjoituksia, jotta voimme tarvittaessa antaa heille neuvoja oikeiden toimitapojen löytämiseksi. Päätöksentekorasteilla on tarkoitus, että koulutettavat pohtivat ryhmässä, miten tulisi toimia kyseessä olevassa ensiapua vaativassa tilanteessa, ja lisäksi he tekevät toimitavoistaan yhteenvedon. Rastien kiertämisen jälkeen on tarkoitus, että päätöksentekorastit käydään vielä yhdessä läpi, jolloin ryhmät pääsevät kertomaan, miten olisivat toimineet rasteilla, ja näin saamme selvyden heidän osaamisestaan niissä tilanteissa toimimisessa ja tarvittaessa voimme vielä ohjata toimitavoissa.

Harjoitusten jälkeen on tarkoitus vielä toteuttaa koulutuksessa opitun reflektointia itsearvioinnin yhteydessä. Koulutettavien itsearviointi on osa oppimisen arviointia, jota toteutamme myös case-opetusta seuraamalla. Itsearviointi kerätään lomakkeilla, joilla keräämme myös palautteen koulutuksesta. Itsearviointi-kohdassa on tarkoitus, että koulutettavat pohtivat koulutuksesta saamaansa oppia käsitellyistä aiheista. Heidän tulisi arvioida ensiaputaitojensa kehittymistä koulutuksen aikana asteikolla 1-3, jossa numero 1 kuvaa sitä, ettei taidoissa koettu juurikaan kehittymistä ja numero 3 sitä, että koulutus kehitti paljon osaamista ensiaputilanteissa. Jokainen koulutuksessa käsitelty aihe tulee arvioida erikseen lomakkeelle.

Opetuksen arviointia toteutamme omaa toimintaa ja koulutuksen etenemistä seuraamalla, sekä harjoitus- ja päätöksentekorasteilla koulutettavien osaamista tarkkailemalla. Lisäksi keräämme lomakkeelle opiskelijapalautteen. Opiskelija palautteessa olemme kiinnostuneita siitä, mikä oli heidän mielestään koulutuksen paras anti ja mitkä olivat koulutuksen heikkouksia ja vahvuuksia. Lisäksi aiomme lisätä loppuun kohdan, jossa he voivat vapaasti kertoa, mitä muuta sanottavaa heillä olisi kouluttajille.

KOULUTUKSEN AIKATAULUSUUNNITELMA/HUOMIOT TOTEUTUKSESSA

		TOTEUTUS 17.11.	TOTEUTUS 18.11.	TOTEUTUS 19.11.
16-16.15	Esittäytyminen			
16:15-16:25 16:25-16:35 16:35-16:45 16:45-17:00 17:00-17:10 17:10-17:20 17:20-17:40	Aktivoivaluento: - Haav. Murt. Venäh. - Aivotärhdys - Vierasesine hengt. - Myrkytys - Kouristelu - Tajuton - Elvytys			
17:40-18:00	Tauko			
18:00-19:30 18:00-18:45 18:45-19:30	Rastit: - Ensimmäinen kierros: elvytys, vierasesine hengitysteissä, myrkytys - Toinen kierros: aivotärhdys, nilkan nyrjähdys, tajuton, kuume-kouristelija			
19:30-19:45	Päätöksentekorastien purku (aivotärhdys, myrkytys, kuume-kouristelija)			
19:45-20:00	Palaute ja tilaisuuden päättäminen			

OPETUSTILANTEEN TOTEUTTAMISKAAVIO

SISÄLTÖ	OPETUKSELLI- NEN TAVOITE	OPETUSME- NETELMÄ, SO- SIAALIMUOTO	OPPIMATE- RIAALIT JA VÄLINEET	AIKA LUEN- NOL- LA	AIKA HAR- JOI- TUK- SISSA
Haavat, mur- tumat ja ve- nähdykset	- oppia arvioimaan haavan hoidon tarvetta, etenkin kasvojen alueella - harjaantua mur- tuman tunnistami- sessa	- aktivoivaluento - case-harjoitus pienryhmissä: nilkan nyrjähdys	- powerpoint - case-teksti - ea-välineet: sidos, kylmä- pussi	10 min	15 mi- nuuttia
Aivotärähdys	- harjaantua aivo- tärähdyksen hoi- don tarpeen arvi- oinnissa	- aktivoivaluento - case- päättöksenteko- tehtävä pien- ryhmissä	- powerpoint - case-teksti ja vastauslomake	10 mi- nuuttia	10 mi- nuuttia
Vierasesine hengitysteissä	- osata toimia vie- rasesineen joutu- essa hengitysteihin	- aktivoivaluento - demonstraatio ensiaputoimista - case-harjoitus pienryhmissä	- powerpoint - case-teksti - vauvanukke	10 mi- nuuttia	15 mi- nuuttia
Myrkytys	- osaa hyödyntää myrkytyskeskuk- sen avun myrky- tysepäily tilantees- sa - osaa huomioida myrkytystilanteen hoidossa tarvitta- vat tiedot	- aktivoivaluento - case- päättöksenteko- tehtävä pienryh- missä	- powerpoint - case-teksti ja vastauslomake	15 mi- nuuttia	15 mi- nuuttia
Kouristus	- osaa antaa en- siapua kouristele- valle - ymmärtää hoi- toon lähettämisen tarpeen, kun kou- ristus tapahtuu ensimmäistä ker- taa	- aktivoivaluento - case- päättöksenteko- tehtävä pienryh- missä: kuume- kouristelija	- powerpoint - case-teksti	10 mi- nuuttia	10 mi- nuuttia

Tajuttomuus	<ul style="list-style-type: none"> - osaa erottaa tajuttoman elottomuudesta - hallitsee kylkiasentoon asettamisen ja ymmärtää sen käytön merkityksen 	<ul style="list-style-type: none"> - aktivoivaluento - demonstraatio kylkiasentoon asettamisesta case-harjoitus 	<ul style="list-style-type: none"> - powerpoint - case-teksti ja vastauslomake 	10 minuuttia	10 minuuttia
Elvytys	<ul style="list-style-type: none"> - osaa yksin elvyttämisen - ymmärtää perusteet elvytystoimille 	<ul style="list-style-type: none"> - aktivoivaluento - demonstraatio - case-harjoitus pienryhmissä: elottoman tunnistaminen ja ensiapu - yksin elvyttämisen harjoittelu 	<ul style="list-style-type: none"> - powerpoint - case-teksti - lapsinukke 	20 minuuttia	15 minuuttia

KOULUTUKSEN SISÄLLÖN HALLINNAN ARVIOINTI/KOULUTTAJAT

	17.11.	18.11.	19.11.
HAAVAT/ <i>TITTA</i>			
VENÄHDYS/ MURTUMA/ <i>ANNA</i>			
AIVOTÄ- RÄHDYS/ <i>TITTA</i>			
VIERASESINE HENGITYSTEISSÄ/ <i>ANNA</i>			
MYRKYTYYS/ <i>ANNA</i>			
KOURISTELU /ANNA			
TAJUTTOMUUS/ <i>TITTA</i>			
ELOTTOMUUS/ ELVYTYS/ <i>TITTA</i>			

KOULUTUSPALAUTELOMAKE
Ensiapukoulutus litin päivähoidon henkilökunnalle

1. Kuinka paljon koet ensiaputaitojesi kehittyneen koulutuksessa käsitellyissä aiheissa?

Rastita asteikosta kehittymistäsi parhaiten kuvaava numero;

1=en koe taitojeni kehittyneen koulutuksessa,

2=koen taitojeni kehittyneen **jonkun verran**,

3=koen taitojeni kehittyneeni **paljon**.

	En koe kehittyneeni	Koen kehittyneeni jonkun verran	Koen kehittyneeni paljon
1. Haavat , venähdykset ja murtumat	1	2	3
2. Aivotärähdys	1	2	3
3. Vierasesine hengitysteissä	1	2	3
4. Myrkytys	1	2	3
5. Kouristelu	1	2	3
6. Tajuttomuus	1	2	3
7. Elvytys	1	2	3

Alla oleviin kysymyksiin (2-4) voit vastata vapaasti omin sanoin.

2. Mikä oli mielestäsi koulutuksen paras anti?

3. Mitkä olivat koulutuksen vahvuudet ja heikkoudet?

4. Muuta sanottavaa kouluttajille:



KOULUTUKSEN KULKU

16.00-20.00

Luennot:

Haavat, venähdykset, murtumat
Aivotärähdys
Vierasesine hengitysteissä
Myrkytys
Kouristelu
Tajuttomuus
Elvytys

Kahvitauko n. 20 min

Case-tehtävät

Palaute

VIERASESINE HENGITYSTEISSÄ

- Suurin osa tapahtuu leikkien yhteydessä alle 3-vuotiaille
- Tilannetta epäiltävä, kun:
 - hengitysvaikeus kehittyy nopeasti ja sitä on edeltänyt äkillinen yskänpuuska tai
 - lapsen nähty ottavan käteensä tai laittavan suuhunsa mahdollisen vierasesineen
- Tilanteen hoitoon vaikuttaa onko hengitystie kokonaan vai osittain tukossa

HENGITYS OSITTAIN TUKKEUTUNUT

- Lapsi pystyy
 - yskimään
 - puhumaan
 - hengittämään

HENGITYS KOKONAAN TUKKEUTUNUT

- Lapsi ei pysty hengittämään,
puhumaan tai yskimään
- Iho muuttuu sinertäväksi
- Lapsi väsähtää



**MITEN TOIMIT
VIERASESINEEN
JOUTUESSA
LAPSEN
HENGITYSTEIHIN?**

VIERASESINE HENGITYSTEISSÄ: ENSIAPU

- Alle 1-vuotiaalle

- Yli 1-vuotiaalle

Laita lapsi vatsa-asentoon ja läimäytä 5 kertaa lapojen väliin

Jos vierasesine ei poistunut
soita 112

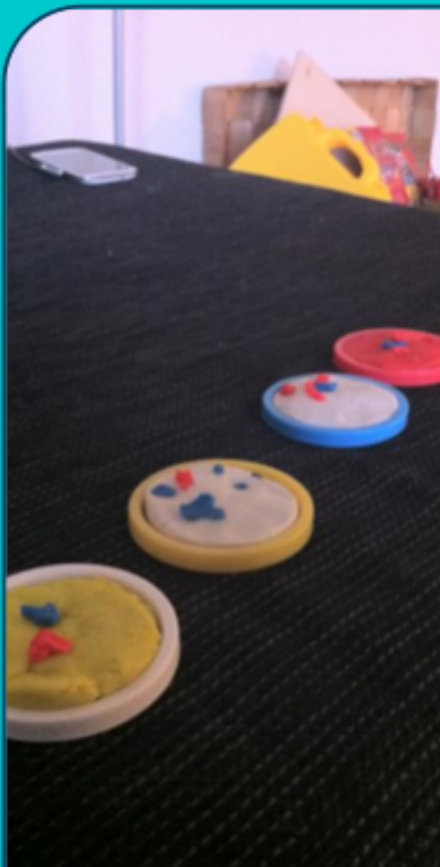
Käännä lapsi selälleen ja paina
rintalastan alaosa 5 kertaa

Käytä lapsille sovellettua
Heimlichin otetta, toista
tarvittaessa 5 kertaa

Jatka vuorotellen 5 läimäytystä
lapojen väliin ja 5 painallusta
rintalastan alaosaan

Jatka vuorotellen 5 läimäytystä
lapojen väliin ja 5 Heimlichin
otetta

Jos lapsi menee tajuttomaksi
aloita painelu-puhalluselvitys



MYRKYTYS: KERTA- ANNOKSENA VAARATTOMAT

- Kerta-annoksella tarkoitetaan yksittäistä tapahtumaa jossa aine on otettu yhdellä kertaa
 - Eivät yleensä aiheuta myrkytysvaaraa eivätkä vaadi hoitotoimenpiteitä

Vesiliukoiset liimat

Liimapuikot, paperiliimat

Kynät, liidut ja värit

Lasten tussi-, lyijy-,

kuulakärki-, puuvärikynät

Vaha- ja väriliidut

Vesi- ja sormivärit

Paperi

Pyyhekumi

Sinitarra

Multa

CASE: JERE

On syyskuu ja olette lasten kanssa viettämässä ulkoiluhetkeä. Ryhmään kuuluu 1-4-v. Lapsia. 2,5-vuotiaat kaksoet Jere ja Miko ovat leikkimässä hiekkalaatikolla. 1,5-vuotias Viivi on kaatunut nurmella ja olet lohduttamassa häntä. Kuulet kuitenkin sivusta, kun 4-vuotias Vilma komentaa kovaan ääneen Jereä ja Mikoä sanomalla "ei niitä saa syödä". Nappaat Viivin syliin ja menet katsomaan, mitä hiekkalaatikolla tapahtuu. Vilma kertoo, että Miko oli syöttänyt Jerelle valkoisen sienien hiekkalapiolla. Huomaat hiekkalaatikon kupeessa olevan valkoisia sieniä.

Miten ryhdyt toimimaan?

CASE: EMMA

Olette pihalla lasten kanssa. Ryhmään kuuluu 5-vuotiaita lapsia. Emma ja Aino ovat keinumassa. Aino antaa Emmalle vauhtia. Keinuminen yltyykin hurjemmaksi kuin tytöt olivat meinanneet ja Emma tippuu keinusta. Olette tulossa auttamaan ja tytöt juoksevatkin jo teitä vastaan. He ovat säikähtäneitä. Emma kertoo satuttaneensa päänsä. Kyynärpäissä hänellä on pieniä pintanaarmuja, mutta muita ulkoisia merkkejä tapaturmasta ei näy.

Mihin asioihin kiinnitätte huomiota pohtiessanne tarvitseeko Emmaa viedä lääkäriin?

CASE: ELLEN

Lapset pitävät lauluesitystä päivähoitossa. Seisot Ellenin takana esiintymisrivissä. Yllätin hän kaatuu sinuun päin. Saat otettua hänestä kiinni ja laskettua hänet maahan. Epäilet Ellenin pyörtyneen jännityksestä, joten nostat häneltä jalat ilmaan verenkierron turvaamiseksi aivoissa. Ellen ei kuitenkaan virkoa siitä huolimatta.

Miten lähdet toimimaan?

CASE: ELLEN

Olet Ellen. Olette pitäneet lauluesitystä päivähoitossa ja menet tajuttomaksi. Hoitaja on rivissä takanasi ja saa sinut laskettua maahan. Hoitaja on yrittänyt ensin auttaa sinua nostamalla jalat ylös, kun on epäillyt sinun pyörtyneen. Et kuitenkaan vironnut siitä ja nyt hoitajan tehtävänä on auttaa sinut kylkiasentoon.



**VAUHTIA JA
VAARALLISIA
TILANTEITA**

**Ensiapua
päivähoito-
ikäisille**

**Anna Litmanen
Titta Litmanen**

SISÄLLYS

AIVOTÄRÄHDYS	4
ANAFYLAKTINEN REAKTIO JA ALLERGIAT	6
ASTMA	8
DIABETES	10
ELVYTYS	12
HAAVAT	16
HUKKUMINEN	20
HYÖNTEISTEN PISTOT	22
KOURISTELU	24
KYYN PUREMA	26
MURTUMAT	28
MYRKYTYS	32
MYRKYTYKSEN OIREITA	34
NENÄVERENVUOTO	36
PALOVAMMAT	38
SOKKI	42
SÄHKÖISKU	44
TAJUTTOMUUS	46
VENÄHDYKSET JA NILKAN NYRJÄHDYS	50
VIERASESINE HENGITYSTEISSÄ	52
LÄHTEET	55

Diabetes

Hypoglykemian ensiapu:

Verensokerin laskun havaittuasi,
anna autettavalle sokeripitoista
syötävää tai juotavaa

Jos oireet ei helpotu 10 minuutissa,
anna sokeripitoista syötävää tai juotavaa
uudelleen

Jos autettava menee tajuttomaksi:
soita 112 ja aseta autettava kylkiasentoon

Älä laita tajuttomalle mitään suuhun

Diabetes

SUOMALAISTEN ALLE 15-VUOTIAIDEN lasten ja nuorten sairastuvuus diabetekseen on maailman suurinta ja edelleen yleistymään päin (1). Lapsella diabeteksen hoidon tavoitteena on turvata normaali kasvu ja kehitys, sekä päivittäinen hyvinvointi, ja estää elinmuutokset (2).

Diabetes ("sokeritauti") on energia-aineenvaihdunnan häiriö, joka johtuu insuliinihormonin puutteesta tai sen heikentyneestä toiminnasta. Insuliinin tehtävä on siirtää ravinnosta saatu sokeri verestä kudoksiin. Insuliinin puutos elimistössä johtaa happomyrkytykseen, jonka oireita ovat pahoinvointi, oksentelu, vatsakivut ja hengityksen hapanimelä haju. Tila on hengenvaarallinen ja johtaa jatkuessaan tajuttomuuteen ja uneliaisuuteen. (3)

HYPOGLYKEMIA eli verensokerin liiallinen lasku on akuutein ja vaarallisin sokeritasapainon häiriö, ja sitä tulee aina epäillä kun diabeetikosta tulee äkkiä huonovointinen. Hypoglykemia syntyy, kun diabeetikko on joko ottanut liikaa insuliinia tai syönyt liian vähän. (4)

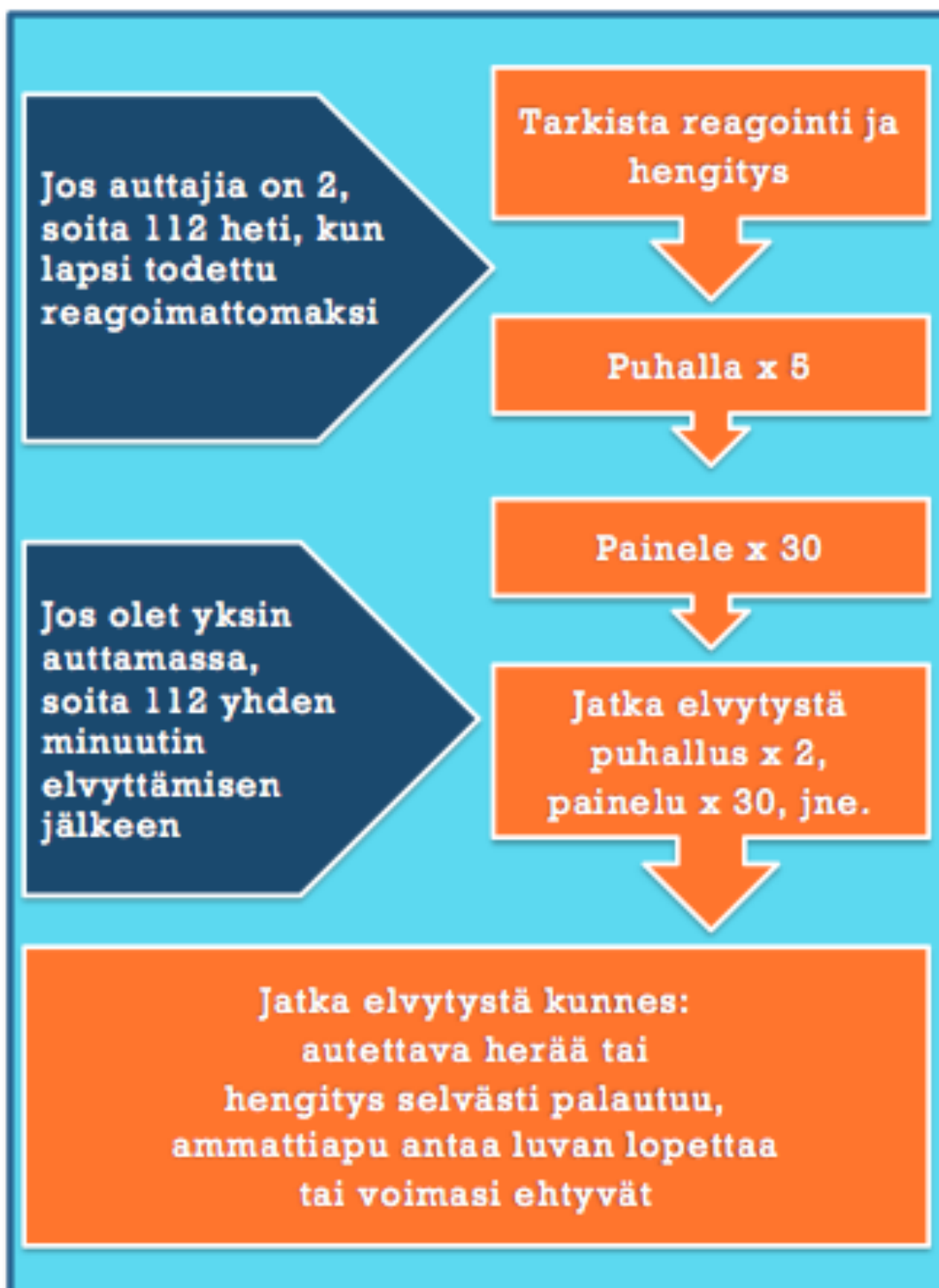
HYPOGLYKEMIAN OIREET:

Hypoglykemian oireet kehittyvät minuuteissa. Verensokerin laskiessa elimistö pyrkii nostamaan sitä vapauttamalla insuliinin vastavaikuttajia, esim. adrenaliinia. Tästä seuraa mm. kylmänhikisyyttä, syketaajuuden nopeutumista ja kiihtynyttä mielentilaa. Verensokerin ollessa alhainen autettava voi olla sekava, mennä tajuttomaksi ja hän saattaa myös kouristaa. (4) Noin tunnin kestänyt hypoglykemia voi aiheuttaa pysyviä vaurioita aivosoluissa, ja tunteja kestäessään se aiheuttaa autettavan menehtymisen (5).

HYPOGLYKEMIAN ENSIAPU:

Kun autettavalla havaitaan hypoglykemian oireita, ja hän on vielä tajuissaan, annetaan hänelle sokeripitoista syötävää tai juotavaa kuten lasillinen maitoa, mehua, virvoitusjuomaa (ei kevytjuomia) tai suklaapatukka. Jos oireet eivät helpota 10 minuutissa annetaan uudelleen syötävää tai juotavaa. Jos autettava menee tajuttomaksi soitetaan yleiseen hätänumeroon 112, ja hänet autetaan kylkiasentoon. Tajuttomalle ei koskaan saa laittaa suuhun mitään tukehtumisriskin takia. Autettavan hengitystä seurataan ammattiavun tulon saakka. Tarvittaessa (jos ambulanssiin tuloon kuluu yli 20 minuuttia) voidaan käyttää verensokeriarvon nostamiseen tarkoitettua glukagoniruisketta. (6)

Elvytys



Elvytys

ELVYTYKSELLÄ PYRITÄÄN palauttamaan elottoman, eli sydänpysähdyksestä kärsivän, sydämen toiminta (1). Sydänpysähdyksellä tarkoitetaan sydämen mekaanisen toiminnan loppumista (2). Verenkierron lakattua äkillisesti ihminen menettää tajuntansa 5-10 sekunnissa (3).

SYDÄNPYSÄHDYKSESTÄ VARMISTUTAAN toteamalla henkilön reagoimattomuus ja hengittämättömyys. Reagointia selvitetään puhuttelemalla ja ravistamalla elottoman näköistä henkilöä. Hengittämistä selvittäessä ensimmäinen vaihe on kääntää potilas selälleen tukevalle alustalle. Tämän jälkeen nostetaan autettavan alaleukaa ylöspäin ja toisella kädellä taivutetaan otsalta taaksepäin, jotta hengitystie avautuu. Hengityksessä seurataan katseella rintakehän liikkeiden tasaisuutta, eli näyttääkö hengitys normaalilta, epänormaalilta vai puuttuuko se kokonaan, sekä laittamalla poski lapsen kasvojen eteen ja tunnustellaan tuntuuko ilmavirtaa tai kuuluuko hengitystä. Jopa 40%:lla sydänpysähdyspotilaista esiintyy jonkinlaisia hengityслиikkeitä, joten vain normaalisti hengittävää reagoimatonta ei tarvitse elvyttää. (4)

ELOTTOMAN ENSIAPU:

Heti kun lapsi todetaan reagoimattomaksi, tulee tehdä hälytys hätänumeroon 112, jos auttajia on useampi kuin yksi. Jos elvyttäjä on ainoa paikalla oleva auttaja ja toteaa, että lapsi on reagoimaton eikä hengitä normaalisti, hänen tulee aloittaa välittömästi painelu-puhallus elvytys jo ennen hätänumeroon soittamista. Lapsen elvytys aloitetaan 5:llä puhalluksella, minkä jälkeen elvytystä jatketaan painelu-puhallussuhteella on 30:2 yhden minuutin ajan, jonka jälkeen yksin auttaja soittaa 112 (painelu-puhallussuhteella 30:2 tarkoitetaan 30:n rintakehän alaosaan kohdistuvan painalluksen jälkeen puhalletaan 2 puhallusta elvytettävän keuhkoihin). Soiton jälkeen painelu-puhallus elvytystä jatketaan kunnes ammattiapua saapuu paikalle, tai hengitys palautuu. Painalluksen syvyys tulee olla 1/3 rintakehän paksuudesta eli noin 5cm, painelukohtana lapsilla on aikuisista poiketen rintalastan alaosa. Alle 1-vuotiaita elvytetään kahdella sormella painaen, sitä vanhempia 1 tai 2 kättä käyttäen. Painalluksien rytmi on 100-120 kertaa minuutissa. Puhalluksen tulee olla rauhallinen, sekunnin kestävä. Puhalluksen kertatilavuus suhteutetaan siten että nähdään elvytettävän rintakehän liikkuvan. Jos puhallukset eivät onnistu, tulee suu tarkistaa vierasesineen varalta, ja näkyvä vierasesine poistaa. (4)

ELVYTYSTOIMINNALLE PERUSTANA ON AJATUS, että suurikin riski väärin toimimiselle on hyväksyttävä, koska ilman yrittämistä sydänpysähdyspotilas kuolee joka tapauksessa (5).

Lapsen elvytyksen eteneminen



1. Tarkista autettavan tajunta herättelemällä puhuttelulla ja kevyesti ravistamalla. Jos auttajia on 2, soita 112 heti kun lapsi todettu reagoimattomaksi.



2. Elottomuuden varmistamiseksi avaa hengitystiet kevyesti leukaa nostamalla sekä taivuttamalla päätä otsasta taakse päin.



3. Tarkista normaali hengitys tunnustelemalla ilmvirtaa omaan poskeen, kuuntelemalla hengitystä ja katsomalla liikkuuko rintakehä.



4. Aloita lapsen elvytys 5 puhalluksella, kun autettava ei hengitä normaalisti. Muista avata hengitystiet ennen puhaltamista.



5. Jatka elvytystä 30 painalluksella rintakehän alaosaan. Jos olet yksin auttamassa, soita hätänumeroon 1 min elvyttämisen jälkeen.

6. Tämän jälkeen elvytystä jatketaan rytmillä puhallus x 2, painallus x 30, kunnes autettava herää tai hengitys palautuu selvästi, ammattiapu antaa luvan lopettaa tai voimasi ehtyvät.

Pohdittavaksi

Olette viettämässä liikuntapäivää 5-vuotiaiden ryhmän kanssa. Lapset ovat innostuneita kilpailemisesta, ja pidätte heille juoksukilpailun. On Onnin, Eetun ja Eliaksen vuoro. ÄN, YY, TEE, NYT! Pojat lähtevät juoksemaan. Kesken juoksumatkan Onni luhistuu maahan. Sääntää paikalle. Onni makaa maassa liikkumattomana.

Miten ryhdyt auttamaan?

Miten lähdet toimimaan, jos huomaat onnin olevan eloton?

Kouristelu

Tuntemattomasta syystä
kouristeleva lapsi

Älä yritä estää kouristuksia

Estä autettavaa loukkaamasta
itseään

Turvaa hengitys

Soita 112

Kouristelu

KOURISTELU AIHEUTUU aivojen epänormaalista sähköisestä purkaustoiminnasta (1). Lapsilla kouristelu on yleinen oire. Syytä kouristeluun voi olla esimerkiksi epilepsia tai kuume-kouristelu, sekä päänvammat, alentunut verensokeri, elektrolyyttihäiriöt, myrkytykset tai hapenpuute tajunnaltaan alentu-neella tai hengitysvaikeuden yhteydessä. (2)

KOURISTELEVAN ENSIAPU:

Kouristuskohtauksen ensiapuna tulee huolehtia, ettei kouristeleva kolhi päätänsä tai muuten vahingoita itseään. Kouristusliikkeitä ei saa yrittää estää. Suuhun ei saa laittaa mitään, koska se vaikeuttaa hengittämistä. Autettava tulee kääntää kylkiasentoon heti kun kouristukset vähenevät. Hätäilmoitus tulee tehdä, jos kohtaus kestää yli 5 minuuttia tai uusiutuu. Jos kouristelevan ei tiedetä sairastavan epilepsiaa, tulee autettava toimittaa sairaalaan, koska kouristelu on aina vakava oire. Jos autettava ei kouristuskohtauksen jälkeen hengitä eikä hänellä ole verenkierron merkkejä, tulee aloittaa painelupuhallus elvytys. (3)

EPILEPSIAA SAIRASTAVALLA VOI OLLA OMA ENSIAPULÄÄKE. Lääkäri yhdessä hoitajan kanssa ohjaa lääkkeen käytön sitä annosteleville henkilöille. Tarvittaessa neuvoa voi kysyä yleisestä hätänumerosta 112. (4)

KUUMEKOURISTUKSEN HOIDOSSA ON SAMAT YLEISPERIAATTEET KUIN KOURISTUSKOHTAUKSEN HOIDOSSA, lisäksi jos kouristus ei mene itsestään ohi viidessä minuutissa, annetaan lapselle lääkärin määräämää kouristuksen lopettavaa lääkettä. Ja jos kohtaus ei mene ohi viidessä minuutissa lääkkeen annosta tulee lapsi toimittaa päivystykseen. (5) Aina ensimmäisen kuume-kouristelun jälkeen on syytä ottaa yhteys päivystävään hoitoyksikköön jatko-ohjeiden saamiseksi, sekä muiden kouristelua aiheuttavien syiden pois sulkemiseksi. Päivystykseen on syytä ottaa yhteyttä myös, jos kuume-kouristuksen jälkeen lapsi on sekava, kivulias, oksenteleva tai muuten poikkeava. (6)



KOURISTELU on oire, joka aiheutuu aivojen epänormaalista sähköisestä purkaustoiminnasta.