

ENSIAPUOPAS CHEERLEADEREILLE



Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kehittämistehtävä

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, 24.3.2011

Heini Heikkilä



SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	ENSIAPU YLEISIMMILLE URHEILUVAMMOILLE.....	1
2.1	Pehmytkudosvammat	2
2.2	Nenävammat.....	3
2.3	Hengityksen salpautuminen	3
2.4	Murtumat.....	3
2.5	Sokki.....	4
2.6	Aivotärähdys	4
2.7	Tajuttomuus.....	4
2.8	Lihaskramppi.....	5
2.9	Auringonpistos	5
3	VAMMOJEN ENNALTAEHKÄISY	5
3.1	Lämmittely	6
3.2	Lihahuolto.....	7
3.2.1	Venyttely	7
3.2.2	Voimaharjoittelu.....	7
3.3	Tekniikka ja spottaus.....	8
4	ENSIAPUOPPAAN TOTEUTUS.....	8
5	POHDINTA.....	9
	LÄHTEET	10

Liite 1 Ensiapuopas cheerleadereille

1 JOHDANTO

Cheerleadingissä vaaditaan voimaa, hyvää tasapainoa, notkeutta ja joukkueen saumatonta yhteistyötä. Lajiliittoon kuuluu jo noin 4000 harrastajaa ja määrä kasvaa jatkuvasti. HPK Cheer Team on kuulunut Suomen Cheerleading liittoon vuodesta 2006 ja osallistuu aktiivisesti liiton koulutuksiin ja kilpailuihin. HPK Cheer Teamiin kuuluu noin 100 harrastajaa 7-vuotiaista lähtien.

Vuonna 2003 Suomessa aikuisille tapahtui 338 000 liikuntatapaturmaa. 15–34-vuotiaana liikuntaharrastus on aktiivisimmillaan, joten myös liikuntatapaturmien riski on tässä iässä suurimmillaan. Liikuntavammat ovat usein lieviä ja loukkaantunut joutuu olemaan poissa töistä keskimäärin vain vuorokauden. Urheiluvammojen välilliset ja välittömät kustannukset ovat suuret: vuonna 2001 liikuntatapaturmat aiheuttivat valtakunnallisella tasolla 200 miljoonan euron välittömät kustannukset. Lisäksi liikuntavammojen arvioitiin aiheuttavan tuotantomenetykskustannuksina 100 miljoonaa euroa. (Huovinen 2007, 73; Keggenhoff 2004, 97; Parkkari 2005, 567–573.)

Urheiluvammojen ehkäisy vaatii useiden eri tahojen yhteistyötä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että liikuntavammojen ehkäisyyn kannattaisi panostaa entistä enemmän, sillä ne vaikuttavat sekä liikkujiin että talouteen. (Parkkari 2005, 573–578.)

Suomessa on tutkittu lukuisten eri lajien aiheuttamia urheiluvammoja ja mahdollisuuksia niiden ennaltaehkäisyyn. Cheerleadingiä on kuitenkin tutkittu vain Yhdysvalloissa eivätkä nämä tutkimustulokset täysin vertaudu Suomessa harrastettavaan lajiin, sillä tasoero Yhdysvaltojen ja Suomen välillä on vielä suuri ja kilpailuissa noudatetaan erilaisia sääntöjä. Tämän takia suomalaisen cheerleadingin vaarojen kartoittaminen onkin tarpeen.

2 ENSIAPU YLEISIMMILLE URHEILUVAMMOILLE

Nopea ensiapu on tarpeen etenkin tilanteessa, jossa loukkaantuneen hengitys on vaarantunut. Esimerkiksi aivotärähdyksen myötä tajuntansa menettäneen kieli voi tukkia hänen hengitystiensä kokonaan. Näin syntynyt hapenpuute voi vaurioittaa herkkiä aivosoluja jo 4-6 minuutissa. Myös pehmytkudosvammoissa nopeasti annettu oikeanlainen ensiapu voi nopeuttaa parantumisaikaa jopa viikoilla. (Keggenhoff 2004, 98; Renström, ym. 2002, 120; Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2007, 24; Setälä, koulutus 4.5.2010.)

Vamma tutkitaan välittömästi vamman tapahduttua, jotta saadaan selkeä kuva vamman laadusta ja laajuudesta. Tässä pikatutkimuksessa kiinnitetään huomiota vamman syntyyn, vamma-alueen ulkomuotoon ja toiminnan muutokseen sekä kipuun, turvotukseen, verenvuotoon ja mahdolliseen haavaumaan. (Renström, ym. 2002, 119.)

2.1 Pehmytkudosvammat

Pehmytkudosvammat luokitellaan neljään eri vaikeusasteeseen. Ensimmäisen asteen vammat ovat lieviä eikä vamma-alueen toimintakyky ole näissä alentunut. Toisen ja kolmannen asteen vammat haittaavat jo selvästi vammautuneen alueen toimintakykyä ja neljännen asteen vammassa lihas tai nivelside on kokonaan repeytynyt. Repeytymän tunnistaa lihaksessa selvästi näkyvästä kuopasta tai nivelen holtittomasta toiminnasta. (Renström, ym. 2002, 119–123; Setälä, koulutus 4.5.2010.)

Pehmytkudosvammoja hoidetaan niin kutsutulla 3 K:n hoidolla. Hoidon nimi muodostuu sanoista kylmä, kohoasento ja kompressio. Pehmytkudosvammoissa tärkeintä on laittaa mahdollisimman nopeasti kompressio vamma-alueelle eli puristaa voimakkaasti vammautunutta aluetta. Kompressiolla, kylmähoidolla ja kohoasennolla pyritään vähentämään vamma-alueen turvotusta ja verenkiertoa. (Helenius & Alaranta 2007, 52–60; Huovinen 2007, 57; Keggenhoff 2004, 98–100; Litmanen, Pesonen & Ryhänen 1998, 51, 218; Majlund (toim.) 2009, 288–289; Morgan, Saucer & Torg 2000, 185; Renström, ym. 2002, 119–123; Sahi, ym. 2007, 91–92; Setälä, koulutus 4.5.2010.)

Kylmäpussi tulee laittaa vasta kompressiositeen ensimmäisten kierrosten päälle, sillä kylmän asettaminen suoraan paljaalle iholle voi helposti aiheuttaa paleltumavammoja. Kompressiosidosta jatketaan kylmäpussin päälle niin, että kompressio ulottuu 20 senttimetriä sekä vamman ylä- että alapuolelle. Vamma-alue on hyvä pitää kohotettuna turvotuksen ja verenvuodon vähentämiseksi. Sopiva kohoasento on vähintään 45 astetta. (Helenius & Alaranta 2007, 52–60; Huovinen 2007, 57; Keggenhoff 2004, 98–100; Litmanen, Pesonen & Ryhänen 1998, 51, 218; Majlund (toim.) 2009, 288–289; Morgan, Saucer & Torg 2000, 185; Renström, ym. 2002, 119–123; Sahi, ym. 2007, 91–92; Setälä, koulutus 4.5.2010.)

Kylmähoitoa annetaan aina 20–30 minuuttia kerrallaan ja tätä toistetaan 1–2 tunnin välein. Yön ajaksi kylmähoidon voi keskeyttää, mutta silti kompressiota on hyvä jatkaa pitämällä vamma-alueella puristavaa sidosta ja raa-ja tulee myös mahdollisuuksien mukaan pitää kohoasennossa yön ajan. (Helenius & Alaranta 2007, 52–60; Huovinen 2007, 57; Keggenhoff 2004, 98–100; Litmanen, Pesonen & Ryhänen 1998, 51, 218; Majlund (toim.) 2009, 288–289; Morgan, Saucer & Torg 2000, 185; Renström, ym. 2002, 119–123; Sahi, ym. 2007, 91–92; Setälä, koulutus 4.5.2010.)

3 K:n hoitoa jatketaan vähintään vuorokauden ajan, kun kyse on ensimmäisen asteen vammasta. Toisen ja kolmannen asteen vammoissa suositeltava hoitoaika on 2–3 vuorokautta. Kun 3 K:n hoito on lopetettu, vamma-alue vaatii vielä lepoa ja kuormituksen välttämistä. Ensimmäisen asteen vammoissa lepoa tarvitaan vähintään seuraava vuorokausi sekä toisen ja kolmannen asteen vammoissa vähintään kaksi seuraavaa vuorokautta. (Helenius & Alaranta 2007, 52–60; Keggenhoff 2004, 98–100; Renström, ym. 2002, 119–123; Setälä, koulutus 4.5.2010)

Neljännän asteen vammoissa 3 K:n hoitoa jatketaan siihen asti, kunnes loukkaantunut on toimitettu lääkäriin. Neljännen asteen vammat tulee aina

toimittaa hoitoon mahdollisimman pian, sillä muuten repeämään muodostuu arpikudosta ja kohta jää heikoksi. Mikäli on syytä epäillä murtumaa, vakavaa lihas- tai nivelvammaa tai jos kipu ei helpota tai jos raajalle ei voi varata ollenkaan, on myös silloin loukkaantunut toimitettava lääkäriin mahdollisimman pian. Neljännen asteen vamman parantumiseen tarvittavan lepoajan määrittelee aina hoitava lääkäri. (Renström, ym. 2002, 119–123; Setälä, koulutus 4.5.2010.)

2.2 Nenävammat

Nenäverenvuoto ja nenäluun murtuma ovat hyvin yleisiä urheiluvammoja. Ne eivät yleensä ole kuitenkaan kovin vakavia vammoja. Molempiin vammoihin liittyy runsasta verenvuotoa, joka yleensä voidaan hoitaa itse. (Renström, ym. 2002, 436–437.)

Nenästä tulevaa verenvuotoa hoidettaessa loukkaantuneen olisi hyvä istua etukumarassa. Aluksi nenä pitää niistää tyhjäksi hyytymistä, minkä jälkeen vain vuotava sierain painetaan sormilla kiinni nenärustoon. Tarvittaessa molemmat sieraimet voidaan sulkea painamalla ne kiinni nenärustoon. Näin tulee menetellä esimerkiksi, kun vain toisen sieraimen painaminen aiheuttaa kipua murtuman takia. Painetta tulee jatkaa noin 10 minuuttia ja nenän päälle tai niskaan voidaan laittaa kylmää verisuonten supistamiseksi ja vuodon määrän vähentämiseksi. Mikäli vuoto ei lakkaa 10 minuutissa tai jos nenä on murtunut, tulee loukkaantunut toimittaa välittömästi lääkärin hoitoon. (Huovinen 2007, 57; Keggenhoff 2004, 91; Majlund (toim.) 2009, 285; Morgan, ym. 2000, 180–182; Renström, ym. 2002, 436–437.)

2.3 Hengityksen salpautuminen

Hengityksen salpautumisen aiheuttaa vartaloon kohdistuva kova isku, ja vamma on kovin kivulias loukkaantuneelle. Loukkaantunut tulee auttaa polvilleen joko kyyry- tai konttausasentoon ja ohjeistaa häntä rentouttamaan vatsa- ja hengityslihaksansa. (Renström, ym. 2002, 443–444.)

2.4 Murtumat

Luun murtumasta aiheutuu aina verenvuotoa, joten murtumakohtaan muodostuu helposti mustelma ja turvotusta. Raajan ollessa levossa murtumakohtassa ei välttämättä tunnu kipua, mutta raajan liikuttaminen on todella kivuliasta. Tämän takia vamma-alueen liikuttamista ja lastoittamista tulee välttää jos vain mahdollista. Murtumaa epäiltäessä on soitettava hätänumeroon. (Huovinen 2007, 54; Keggenhoff 2004, 102–109; Majlund (toim.) 2009, 276; Sahi, ym. 2007, 83–84.)

Kova kipu tai murtuman aiheuttama runsas verenvuoto voivat aiheuttaa sokin, joten ensiapua annettaessa ja apua odotettaessa loukkaantunutta tulee seurata ja tarkkailla mahdollisia sokin oireita. Jos sokin oireita ilmenee, annetaan loukkaantuneelle oireita lievittävää ensiapua. (Huovinen

2007, 38–39; Keggenhoff 2004, 57–59, 102; Majlund (toim.) 2009, 275; Sahi, ym. 2007, 47–48.)

Kämmenen, jalkapöydän, sormien tai varpaiden luiden murtuessa loukkaantunut voi hakeutua itse tai avustetusti lääkäriin. Epäillyn murtumakohdan rasitusta on kuitenkin vältettävä, sillä rasitus voi aiheuttaa vakavampia vammoja. (Renström, ym. 2002, 257, 424–426.)

2.5 Sokki

Sokin laukaisee yleensä runsas verenvuoto tai laaja palovamma. Myös runsas oksentelu tai ripuli, pelästyminen tai kova kipu voivat aiheuttaa sokin. Sokin taustalla voi olla myös sepsis eli verenmyrkytys, anafylaktinen reaktio tai sydäninfarkti. Alkavan sokin tunnistaa nopeasta ja heikosti tuntuvasta sydämen sykkeestä, tihentyneestä hengityksestä sekä kylmänhiestä ja kalpeasta ihosta. Myös janontunne, pahoinvointi ja levottomuus ovat sokin oireita. Hoitamattomana sokki vaarallinen, sillä se johtaa tajuttomuuteen ja kuolemaan. (Huovinen 2007, 38–39; Keggenhoff 2004, 57–59; Litmanen, ym. 1998, 212; Majlund (toim.) 2009, 257.)

Sokkipotilas on toimitettava hoitoon mahdollisimman nopeasti. Sokin hoidossa tärkeintä on rauhoittaa loukkaantunutta keskustelemalla ja tyrehdyttää mahdollinen runsas verenvuoto. Yleisen verenkierron helpottamiseksi loukkaantunut asetetaan makuulle ja hänen jalat nostetaan sydämen tason yläpuolelle. Loukkaantunutta tulee liikuttaa hyvin varovasti, sillä kipu pahentaa sokin oireita. Mikäli toinen jalka on murtunut, kohotetaan vain terve jalka sydämen tason yläpuolelle. Loukkaantunut tulee myös suojata kylmältä. Loukkaantuneelle ei saa antaa syötävää tai juotavaa, ettei hän ala oksentaa. (Huovinen 2007, 38–39; Keggenhoff 2004, 57–59; Litmanen, ym. 1998, 212; Majlund (toim.) 2009, 275.)

2.6 Aivotärähdys

Aivotärähdys voi olla lievä tai siihen voi liittyä hetkellinen tajunnan menetytys. Tajunnan menettänyt on välittömästi toimitettava hoitoon. Lievän aivotärähdyksen saanut tarkkaillaan seuraavan vuorokauden ajan, myös yöllä. Yöllä loukkaantunut tulee herättää muutaman tunnin välein. Mikäli loukkaantunut ei herää tai hänen tajunnantasonsa muuttuu, on välittömästi soitettava hätänumeroon. (Keggenhoff 2004, 98–100; Morgan, ym. 2000, 92–93; Sahi, ym. 2007, 88–89.)

Jos päänsärky ja pahoinvointi eivät helpota tai jos loukkaantunut oksentaa tai käy uneliaaksi, on hänet toimitettava viipymättä lääkäriin. Mikäli loukkaantunut menettää tajuntansa, tulee soittaa hätänumeroon. (Keggenhoff 2004, 98–100; Morgan, ym. 2000, 92–93; Sahi, ym. 2007, 88–89.)

2.7 Tajuttomuus

Tajuttomuuden aiheuttaa yleensä aivojen hapenpuute, päähän kohdistunut isku, vakava sokeritasapainon häiriö, myrkytys tai vakava keskushermos-

toinfektio, kuten aivokalvontulehdus. Tajuttomuuden ensiapu on syystä riippumatta aina sama. Tukehtumisvaaran vuoksi, tajuttomalle ei saa antaa mitään suuhun. (Huovinen 2007, 16–19; Keggenhoff 2004, 36–39; Majlund (toim.) 2009, 275.)

Aluksi on varmistettava, että tajuton hengittää normaalisti. Mikäli tajuton hengittää normaalisti, hänet käännetään kylkiasentoon. Kun tajuton on selällään, auttaja asettuu hänen viereensä polvilleen. Seuraavaksi auttajan puoleinen käsi koukistetaan 90 asteen kulmaan sekä toinen käsi nostetaan rinnan päälle ja kauimmainen jalka nostetaan polvesta koukkuun. Auttaja tarttuu tukevalla otteella tajuttoman kauemmasta hartiasta ja koukistetusta polvesta ja kääntää hänet itseään kohden kyljelleen. Lopuksi tajuttoman hengitystiet avataan taivuttamalla hänen päätään varovasti taaksepäin ja pää tuetaan tähän asentoon laittamalla tajuttoman päällimmäinen käsi posken alle. Tajuton on toimitettava nopeasti sairaalahoitoon ja hengitystä tulee tarkkailla ammattiavun tulloon asti. Mikäli tajuton lakkaa hengittämästä ennen avun saapumista, tulee soittaa uudelleen hätänumeroon ja aloittaa puhallus-paineluevitys. (Huovinen 2007, 16–19; Keggenhoff 2004, 36–39; Majlund (toim.) 2009, 270, 275.)

2.8 Lihaskramppi

Kouristuksia eli kramppeja lihaksiin voi aiheutua kovasta rasituksesta tai liian voimakkaasta venytyksestä. Lihaskrampin takana on usein nestehukka, joka aiheutuu runsaasta hikoilusta. Kramppia voi lievittää lihasta rentouttamalla ja venyttämällä, ja krampin mentyä ohi, lihasta voi hieroa kevyesti. Lihaskramppien syntymistä voi ehkäistä nestetasapainosta huolehtimisella. (Huovinen 2007, 63; Keggenhoff 2004, 98; Majlund (toim.) 2009, 288–289.)

2.9 Auringonpistos

Auringonpistos aiheutuu liiallisesta, ilman päähinettä tapahtuvasta liikkumisesta auringossa. Auringonpistos luokitellaan lieväksi lämpösairaudeksi. Oireita ovat päänsärky, pahoinvointi, huimaus ja ärtyisyys. Autettava tulee viedä viileään ja varjoon, vaikka hän saattaa vastustella tätä ensiapua. Oireet helpottavat yleensä levolla ja nestettä nauttimalla, mutta oireiden jatkuessa, on hakeuduttava lääkäriin. (Huovinen 2007, 46; Keggenhoff 2004, 114; Majlund (toim.) 2009, 289.)

3 VAMMOJEN ENNALTAEHKÄISY

Liikuntavammojen ehkäisyn tulisi perustua lajille tyypillisten vammojen syiden ja riskitekijöiden selvittämiseen sekä tutkitusti tehokkaiden ehkäisykeinojen käyttöön. Liikkuvan ihmisen on myös tunnettava oman kehon sa rajoitukset ja liikuntamuotoon liittyvät riskitekijät. Vanhojen vammojen suhteen urheilijan on oltava varovainen, sillä vanha vamma on saattanut

jäädä heikoksi. (Parkkari 2005, 573; Renström, ym. 2002, 11; Seppälä, koulutus 4.5.2010.)

3.1 Lämmittely

Alku- ja loppuverryttely ovat tärkeä osa harjoittelua ja kilpailua. Verryttelyn tavoitteena on harjoitusvaikutuksen ja kilpailutehon lisääminen. Alkuverryttelyllä valmistetaan keho tulevaan urheilusuoritukseen. Dynaaminen, suhteellisen kevyt rasitus tehostaa lihasten verenkiertoa ja näin ollen lihakset saavat paremmin happea ja ravintoaineita. Alkuverryttely voidaan jakaa yleisverryttely ja lajiverryttely. (ESLU, koulutus 21.4.2010; Renström, ym. 2002, 27–28).

Yleisverryttelyn tarkoituksena on kohottaa sykettä suurten lihasten työllä, jolloin lihakset lämpiävät. Yleisverryttelyyn kuuluvat lämmittely ja lyhyet, 5-10 sekuntia kestävät, lihaksia avaavat venytykset. (ESLU, koulutus 21.4.2010; Majlund (toim.) 2009, 172–173; Renström, ym. 2002, 28).

Lajiverryttelyssä lämmitetään ja venytellään lajissa keskeisesti käytettyjä lihaksia. Liikkeiden on hyvä muistuttaa lajille tyypillisiä liikkeitä ja ne voivat koventua asteittain. Lajiverryttelyn tavoitteena on pienentää vammariskiä ja parantaa harjoitusvaikutusta. Kilpailuissa lajiverryttelyn ja suorituksen välillä saisi olla enintään 10 minuuttia, mutta tämä ei ole aina mahdollista. (ESLU, koulutus 21.4.2010; Renström, ym. 2002, 28).

Cheerleadingin lajiverryttelyssä keskitytään koko kehoon. Käsien lihakset valmistetaan niin nostoihin kuin maa-akrobatiaankin esimerkiksi pyörittelyllä ja punnerruksilla. Käsilihakset ja rintalihakset myös venytellään ennen suoritusta. Keskipartalon kierrot lämmittävät selkä- ja vatsalihakset ja valmistavat ne tukemaan kehoa koko harjoituksen ajan. Etenkin flikkiä sekä muita selän taivutuksia tekevien on hyvä venyttää nämä selän ääriasennot ennen suoritusta. Jalkojen lihaksia voi lämmittää erilaisilla kyykyillä ja hypyillä. Jalkojen lihakset venytellään niin stunteja, hyppyjä kuin maa-akrobatiaakin ajatellen. Etenkin nousijan on hyvä venyttää stretsit, skorpiparit ja väännöt valmiiksi. Myös ranteet, nilkat ja niskat pitää lämmitellä ja venytellä, sillä nämä nivelet työskentelevät koko harjoituksen tai ohjelman ajan.

Loppuverryttelyllä pyritään poistamaan rasituksessa syntyneitä kuona-aineita elimistöstä ja palauttamaan lihasten lähemmäs lepopituuttaan. Loppuverryttelyn voi toteuttaa vähentämällä harjoituksen tehoa hitaasti niin, että suuret lihakset jatkavat työskentelyä ja lisäävät yleistä verenkiertoa. Venyttely on tärkeä osa loppuverryttelyä, mutta venytysten tulee olla lyhyitä, sillä väsynyt lihas ei vastaa venytykseen vaan kramppaa helposti. (ESLU, koulutus 21.4.2010; Majlund (toim.) 2009, 172–173; Renström, ym. 2002, 29).

3.2 Lihashuolto

Lihashuolto määritellään urheilijaan kohdistuvaksi aktiiviseksi ja passiiviseksi toiminnaksi joilla pyritään nopeuttamaan palautumista, ehkäisemään vammoja hyvien valmistavien toimenpiteiden avulla, saavuttamaan hyvä rentoustila ja opettamaan urheilijalle mahdollisimman tehokas, taloudellinen ja kudoksia säästävä kehon käyttötapa. Lihashuolto voidaan jakaa kahteen ryhmään urheilijan aseman mukaan: urheilijan itse suorittamiin toimenpiteisiin ja ulkopuolisen henkilön suorittamiin toimenpiteisiin. Urheilijan itse suorittamat lihashuollolliset toimenpiteet ovat kaikista tärkeimpiä. (ESLU, koulutus 21.4.2010.)

3.2.1 Venyttely

Venyttely voidaan jakaa kolmeen alueeseen venytyksen tavoitteen ja keston mukaan. Lihakset on aina lämmiteltävä ennen venyttelyä, etenkin jos venytykset toteutetaan omana harjoituksena. (Ahonen, ym. 1995, 155–158; ESLU, koulutus 21.4.2010.)

Lyhyet venytykset kestävät 5–10 sekuntia. Niillä rentoutetaan lihasta ja tehostetaan verenkiertoa. Lyhytkestoisilla venytyksillä voidaan myös tarkistaa liikeratojen laajuus alkuverryttelyn yhteydessä. (Ahonen, ym. 1995, 160–161; ESLU, koulutus 21.4.2010; Litmanen, ym. 1998, 38–39.)

Keskipitkät venytykset kestävät 10–30 sekuntia ja ne lisäävät lihaksen venyvyyttä. Keskipitkiä venytyksiä ei tulisi tehdä rasituksen yhteydessä. Lihasten venyvyys lisää liikeratojen laajuutta, mutta yksin lihasvenyvyys ei riitä. Myös jänteiden ja sidekudosten venyvyyttä on lisättävä. (Ahonen, ym. 1995, 160–161; ESLU, koulutus 21.4.2010; Litmanen, ym. 1998, 38–39.)

Pitkät venytykset kestävät 30 sekunnista 5 minuuttiin ja ne lisäävät sidekudosten ja jänteiden venyvyyttä. Näillä, staattisilla, venytyksillä voidaan parantaa liikkuvuutta, mutta on varottava aiheuttamasta vammoja lihaksiin tai jänteisiin. Lihaksen on annettava levätä vähintään 30 minuuttia rasituksen jälkeen ennen kuin pitkäkestoisia venytyksiä tehdään. Jos venytys tuntuu kivuliaalta, on venytys viety liian pitkälle ja lihakseen on saattanut syntyä mikrorepeämiä. (Ahonen, ym. 1995, 160–161; ESLU, koulutus 21.4.2010; Litmanen, ym. 1998, 38–39.)

3.2.2 Voimaharjoittelu

Jokainen urheilija hyötyy jonkin asteisesta voimaharjoittelusta. Voimaharjoittelu parantaa lihasten verenkiertoa, voimakestävyys- ja nopeusvoimainaisuuksia sekä ehkäisee lihasepätasapainoa. Oikeanlainen voimaharjoittelu on hyvää lihashuoltoa. (Ahonen, ym. 1995, 365; ESLU, koulutus 21.4.2010.)

Lihaskunnon puute ja lihasten epätasapaino ovat yleensä seurausta lihashuollon laiminlyönnistä urheilijan tai kuntoilijan harjoittelussa. Etenkin

yksipuolisissa lajeissa voimaharjoittelua tarvitaan lihastasapainon säilyttämiseksi ja näin ollen myös kehon epätasapainosta johtuvien vammojen ehkäisemiseksi. (Ahonen, ym. 1995, 386; ESLU, koulutus 21.4.2010; Litmanen, ym. 1998, 33–34; Setälä, koulutus 4.5.2010.)

3.3 Tekniikka ja spottaus

Oli kysymys mistä tahansa lajista on tekniikka kaikkein tärkein asia. Opittujen virheiden kitkeminen kokeneelta urheilijalta on vaikeaa ja vaikka uudella, oikealla tekniikalla saavutettaisiin harjoituksissa hyviä tuloksia, moni urheilija palaa vanhaan, väärään tekniikkaan kilpailutilanteessa. (Ahonen, ym. 1995, 386; ESLU, koulutus 21.4.2010.)

Rasitusvammojen tarkempi tarkastelu paljastaa usein virheellisen suoritustekniikan, joka jatkuvasti toistettuna voi johtaa kudosten epätasapainoiseen kuormitukseen. Valmentajan vastuulla on opettaa oikea suoritustekniikka ja korjata virheet. (Ahonen, ym. 1995, 337; ESLU, koulutus 21.4.2010.)

4 ENSIAPUOPPAAN TOTEUTUS

Terveydenhoitajatutkinnon opinnäytetyön eli kehittämistehtävän tulisi täydentää sairaanhoitajatutkinnon opinnäytetyötä työelämälähtöisesti ja käytännön terveydenhoitajatyötä silmälläpitäen. Kehittämistehtävä voidaan toteuttaa esimerkiksi kirjoittamalla lehtiartikkeli ammattilehteen, erilaisia ryhmiä pitämällä tai tuottamalla terveystieteiden materiaalia. (Opinnäytetyö 2009, 6–7.)

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena oli tuottaa konkreettinen tuote, josta olisi hyötyä cheerleadingin valmentajille ja mikä voisi toimia pohjana HPK Cheer Teamin valmentajien ensiapukoulutuksessa. Kehittämistehtävän suunnittelu aloitettiin heti aiheen valinnan jälkeen ja sairaanhoitajatutkinnon opinnäytetyönä tehty tutkimus cheerleadingin yleisimmistä vammoista tarkensi oppaan sisältöä. Pelkästään cheerleadingissä syntyviin vammoihin keskittyvä ensiapuopas koettiin tarpeelliseksi, sillä muissa ensiapuoppaissa on paljon cheerleadereiden keskuudessa äärimmäisen harvoin tarvittua tietoa.

Kehittämistehtävän raportin teoreettista viitekehystä kirjoitettiin samaan aikaan sairaanhoitajatutkinnon opinnäytetyön kanssa. Oppaan suunnittelussa ja toteutuksessa on seurattu terveyden edistämisen keskuksen hyvän terveysaineiston laatukriteereitä. Hyvän terveysaineiston laatukriteereitä ovat konkreettinen terveystavoite, sisällön selkeä esitystapa, helppo hahmoteltavuus, helppo lukuisuus, virheetön ja oikea tieto, sopiva tietomäärä, kohderyhmän selkeä määrittely, kohderyhmän kulttuurin kunnioittaminen, tekstiä tukeva kuvitus, huomiota herättävyys ja hyvä tunnelma (Parkkinen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 9).

Ensiapuoppaan terveystavoite on lisätä cheerleading valmentajien ensiapu-taitoja sekä tietoutta vammojen ennaltaehkäisystä. Ensiapuoppaan ohjeet kerättiin tuoreista lähteistä ja niiden oikeellisuus varmistettiin vertaamalla useampia eri lähteitä. Vammojen tunnistamiseen ja ensiapuun liittyvät ohjeet haluttiin kirjata selkeästi ja lisäksi käytettiin tekstiä havainnollistavaa kuvitusta. Ensiapuoppaan taittamiseen käytettiin InDesign-ohjelmaa ja kuvitus toteutettiin Photoshop-ohjelmalla. Perustekstin kooksi valittiin 14, joka on näkövammaisten keskusliiton suosittelema kirjasinkoko.

5 POHDINTA

Kehittämistehtävän suunnittelu, toteutus ja raportin kirjoittaminen oli yllättävän haasteellista. Oppaan ymmärrettävyyttä oli itse vaikea arvioida, sillä ensiapu tuli hyvin tutuksi opinnäytetyötä ja raporttia kirjoittaessa. Myös eri tietokoneohjelmien käyttö oli haastavaa ja niihin tutustuminen vei oman aikansa, mutta toisaalta paransi tietoteknisiä taitojani huomattavasti.

Ammatillisen kehittymisen kannalta ensiapuoppaan tekeminen kehitti taitojani ilmaista lääketieteellistä tutkimustietoa maallikoille ymmärrettävässä muodossa. Perus ensiaputaidot ovat muutenkin tärkeitä terveydenhoitajan työssä, sillä loukkaantumisia sattuu niin koulun pihalla leikkiville lapsille kuin työmatkalla olevalle aikuiselle.

Opinnäytetyön ja ensiapuoppaan tekeminen on lisännyt entisestään kiinnostustani vammojen ennaltaehkäisyä kohtaan. Liikuntavammat ovat etenkin koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa työskentelevälle terveydenhoitajalle arkipäivää. Toivon, että opinnäytetyöni on hyödyllinen niin cheerleadingin kehittämisen kuin myös HPK Cheer Teamin harrastajien turvallisuuden parantamisen kannalta.

LÄHTEET

Ahonen, J., Asmussen, P. D., Cash, M., Kailajärvi, J., Lahtinen, T., Jurgen Montag, H., Peltola, E., Pohjolainen, T., Sandström, M. & Ylinen, J. 1995. Lihashuollon tukitoimet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

ESLU – Etelä-Suomen Liikunta ja Urheilu. 2010. Lihashuolto. Koulutus. Helsinki. 21.4.2010. Koulutusmateriaali.

Helenius, I. & Alaranta, A. 2007. Urheiluvammojen lääkehoito. Teoksessa Alaranta, A., Hulmi, J., Mikkonen, J., Rossi, J. & Mero, A. (toim.) Lääkkeet ja lisäravinteet urheilussa – suorituskykyyn ja kehon koostumukseen vaikuttavat aineet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Huovinen, M. (toim.) 2007. Pieni ensiapuopas. 3. korjattu painos. Helsinki: WSOY.

Keggenhoff, F. 2004. Apua! Ensiapua. 2. painos. Suom. Eija Kulkki. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Litmanen, H., Pesonen, J. & Ryhänen, E.-L. 1998. Kunnon kirja. Porvoo: WSOY – Kirjapainoyksikkö.

Majlund, M. (toim.) 2009. Reppu – opas seikkailijalle ja tarpojalle. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Morgan, P., Saucer, C. & Torg, E. 2000. Naisen käsikirja. Suom. Eila Salminen & Eeva-Liisa Jaakkola. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Näkövammaisten Keskusliitto ry. 2011. Suositus painetun tekstin tekijöille. Viitattu 2.3.2011.

http://www.nkl.fi/fi/etusivu/oikeus/lausunto/suosituksset/painettu_teksti.

Opinnäytetyö – Hoitotyön koulutusohjelman toimintaohje. 2009. Hämeen ammattikorkeakoulu. Toimintaohje.

Parkkari, J. 2005. Liikuntatapaturmat. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) Liikuntalääketiede. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino, 567–579.

Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisu – sarja 7/2001. Helsinki.

Renström, P., Peterson, L., Koistinen, J., Read, M., Mattson, J., Keurulainen, J. & Airaksinen, O. 2002. Urheiluvammat – Ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sahi, T., Castrén, M., Helistö, N. & Kämäräinen, L. 2007. Ensiapuopas. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Setälä, S. 2010. Urheiluvammat, ensiapu ja teippauksen perusteet. Koulutus. Helsinki. 4.5.2010. ESLU – Etelä-Suomen Liikunta ja Urheilu. Koulutusmateriaali.

ENSIAPUOPAS CHEERLEADEREILLE