

Mika Antikainen

Tero Kakkinen

ENSIAPUKOULUTUS PYHÄSELÄN VANKILAN HENKILÖKUNNALLE

Opinnäytetyö
Hoitotyönkoulutusohjelma

Helmikuu 2011




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

		Opinnäytetyön päivämäärä	
Tekijä(t) Antikainen Mika, Kakkinen Tero		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma	
Nimeke ENSIAPUKOULUTUS PYHÄSELÄN VANKILAN HENKILÖKUNNALLE			
Tiivistelmä <p>Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus oli laatia Pyhäselän vankilan henkilökunnalle heidän tarpeisiinsa sopiva ensiapukoulutus. Koulutustarve kartoitettiin esikyselyllä, jonka perusteella koulutusrunko laadittiin. Koulutuksessa painotettiin toiminnallista osuutta eli harjoittelua käytännössä.</p> <p>Harjoitusaiheina olivat potilaan kohtaaminen, tajuttoman ja kouristelevan potilaan käsittely, elottoman potilaan tunnistaminen ja elvytys sekä verenvuodon tyrehtyttäminen. Lisäksi teoriaosuudessa käsiteltiin tilannearvion tekemistä ja hätäpuhelua, murtumia, myrkytystä, huumausaineita sekä vierasesineen poistoa hengitysteistä.</p> <p>Koulutus toteutettiin Pyhäselän vankilan tiloissa tammikuussa 2012. Teoria näytettiin Power-Point-esityksenä ja harjoitteluosuuksissa käytettiin hyväksi elvytysnukkeja sekä sidosmateriaalia.</p> <p>Koulutuksen jälkeen osallistujat täyttivät palautelomakkeen, jonka perusteella koulutus koettiin hyödylliseksi ja tarpeelliseksi heidän työympäristössään. Lomakkeessa oli arvioitavana koulutuksen järjestelyt, tavoitteet ja sisältö, koulutuksen tarpeellisuus sekä kouluttajien työskentely.</p>			
Asiasanat (avainsanat) Ensiapu, vankila, aikuisopetus			
Sivumäärä 35	Kieli Suomi	URN	
Huomautus (huomautukset liitteistä)			
Ohjaavan opettajan nimi Uosukainen Leena		Opinnäytetyön toimeksiantaja Pyhäselän vankila	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis	
Author(s) Antikainen Mika, Kakkinen Tero		Degree programme and option	
Name of the bachelor's thesis A FIRST AID TRAINING TO THE STAFF OF THE PRISON IN PYHÄSELKÄ			
Abstract <p>The purpose of this functional thesis was to draw up first aid training to the staff of prison in Pyhäselkä. The education need was surveyed with pre-inquiry.</p> <p>The training subjects were meeting of the patient, handling of unconscious and convulsing person, handling of lifeless person and stopping of bleeding. The doing of an emergency call, the assessment of the situation, fractures, intoxication, drugs and the removal of any particles from the airways were treated in theory.</p> <p>The training was carried out in prison in Pyhäselkä in January 2012. A PowerPoint show, a first aid dolls and bandages were used. The participants filled a form after training. They felt the training beneficial to their work.</p> <p>The participants estimated the necessity of the education and also the trainers working in their form after training.</p>			
Subject headings, (keywords) First aid, prison, training adults			
Pages 35	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices			
Tutor Uosukainen Leena		Bachelor's thesis assigned by Pyhäselän vankila	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	VANKEINHOIDOSTA SUOMESSA.....	2
2.1	Vankeinhoidon koulutuksesta.....	2
2.2	Vankiloiden turvallisuudesta Suomessa	2
2.3	Yleistä vankien terveydentilasta Suomessa	3
3	AIKUINEN OPPIJANA	5
4	ENSIAVUN HISTORIA.....	6
5	ENSIAPU.....	8
5.1	Ensiapuvalmius työpaikoilla.....	9
5.2	Auttaminen onnettomuuden sattuessa	9
5.3	Toimiminen hätätilanteessa	10
5.4	Elottomuuden arvioiminen, tunnistaminen ja elvytys	11
5.5	Tajuttomuus ja sen ensiapu.....	13
5.6	Sokki ja sen ensiapu.....	13
5.7	Hengitysvaikeudet, tukehtuminen ja niiden ensiapu	14
5.8	Palovammat ja niiden ensiapu	15
5.9	Haavat ja niiden ensiapu	16
5.10	Pään vammat ja niiden ensiapu.....	18
5.11	Kasvovammat ja niiden ensiapu	19
5.12	Myrkytykset ja niiden ensiapu.....	19
5.13	Tuki- ja liikuntaelinten vammat ja niiden ensiapu	21
5.14	Liikuntatapaturmien ehkäisy	26
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS	26
7	KOULUTUKSEN SUUNNITTELUN LÄHTÖKOHDAT	27
7.1	Kohdejoukon kuvaus	27
7.2	Hyvän opetustilanteen lähtökohdat.....	27
7.3	Koulutuksen suunnittelu	28
7.4	Ajankohta, paikka ja arviointi.....	30
8	ENSIAPUKOULUTUSPÄIVÄN TOTEUTUS JA KULKU	30
8.1	Koulutuspäivän eteneminen.....	30
8.2	Koulutuksen kulku.....	31

8.3	Sisällön arviointi	32
9	POHDINTA	32
	LÄHTEET	34
	LIITTEET	
	1 Taustatietolomake ensiapukoulutusta varten	
	2 Koulutuksen arviointilomake	
	3 Pyhäselän vankilan henkilökunnan ensiapukoulutuksen runko	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme on Pyhäselän vankilan henkilökunnalle annettava ensiapukoulutus. Koulutuksen tarkoitus on saada henkilökunta toimimaan oikein sairaskohtauksen, työtaturman tai muun onnettomuuden sattuessa. Aiheen valintaan vaikuttivat mielenkiinto tutustua vankilamaailmaan elämään sekä selvittää millainen alttius vankiloissa on tapaturmiin, sairaskohtauksiin ja esimerkiksi väkivaltatilanteisiin niin henkilökunnalla kuin vangeilla ja kuinka henkilökunta osaa toimia niiden varalta. Koulutuksen tarkoituksena on antaa uusinta tietoa ensiavusta niin teoriassa kuin käytännössäkin. Tämän myötä henkilökunta saisi parannettua ensiapuvalmiuttaan.

Vankilan sijainti on myös molemmille opinnäytetyöntekijöille sopiva. Kummankaan aikaisemmat kokemukset ensiapukoulutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta eivät olleet tämän työn veroisia. Ammatilliselle korkeakoulututkimukselle toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto, joka on suunnattu erilaisiin käytäntöihin. Käytännön toteutus ja raportointi tutkimusviestinnän keinoin yhdistyvät toiminnallisessa opinnäytetyössä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

Hoitoalalla edellytetään vastuun ottamista erilaisissa tilanteissa. Projektit ovat tärkeä osa hoitoalan työskentelyn osaamista. Sairaanhoidajan valmiudet kohdata erilaisia potilaita eri terveydenhuollon sektoreilla ovat hyvät. Nykyinen sairaanhoitajakoulutus antaa tähän erittäin hyvät edellytykset. Nykyinen ammattikorkeakoulutus antaa vahvan teoreettisen tiedon sekä ammatissa tarvittavat kädentaidot. Vankiloissa tarvitaan yhä enemmän erilaista tietoa ja taitoa asiakkaan sairauksista, lääkehoidosta ja muusta terveydenhuoltoon liittyvistä asioista. Ohjauksen merkitys korostuu myös vankeinhoidossa asiakkaiden ollessa yhä tietoisempia sairauksistaan, joita vankien keskuudessa esiintyykin yllättävän paljon. Tämä johtaa siihen, että vankiloiden henkilökunnalta vaaditaan oikeanlaista suojautumista myös tarttuvilta taudeilta.

2 VANKEINHOIDOSTA SUOMESSA

2.1 Vankeinhoidon koulutuksesta

Rikosseuraamusalan koulutuskeskuksessa (RSKK) koulutetaan vankeinhoidon ammattilaisia. Vankeinhoidon perustutkinnon laajuus on 53 opintoviikkoa ja se koostuu rikosseuraamusalan opinnoista ja työharjoittelusta vankiloissa. Tutkinto käsittää yhden opintopisteen ensiapua ja palosuojelua ammatillisten opintojen jaksossa, jonka kokonaismäärä on 35 opintoviikkoa. Tällä opintojaksolla perehdytään ensiavun osalta ensitoimiin hätäensiapua tarvitsevan ihmisen hoidossa ja hoitoon saattamisessa. Opiskelijan tulisi tunnistaa akuuttihoitoa tilanteet ja hätäensiavun tarpeet ja osata toimia ihmishenkeä ja terveyttä ylläpitävissä tilanteissa, joissa vaaditaan ensiapua. Toteutustapana on lähiopetus, joka sisältää ensiapukurssi I:n. Ensiapukurssin kesto on 16 tuntia. Lisäksi opiskelijalla on itsenäistä työskentelyä varattu koko jaksolle yhteensä kahdeksan tuntia. Oppilaan on suoritettava EA 1-kurssi hyväksytysti. (RSKK 2010. 7,14,36.)

2.2 Vankiloiden turvallisuudesta Suomessa

Uudessa pelastuslaissa (L379/2011) määritellään kuinka rakennuksen omistajan tai haltijan (virasto tai laitos) on varauduttava sellaisiin pelastustoimenpiteisiin, joihin ne omatoimisesti kykenevät. Vaaratilanteisiin on varauduttava tekemällä pelastussuunnitelma yhdessä pelastusviranomaisten kanssa. Valtioneuvoston asetus tarkentaa pelastuslakia ja sanoo, että pelastussuunnitelma on laadittava myös rangaistuslaitoksiin. Pelastussuunnitelmasta on selvittävä mm. sammutus- ja pelastustehtävien järjestelyt, turvallisuushenkilöstö ja sen kouluttaminen sekä tarvittava materiaali, kuten ensiaputarvikkeet ennakoitujen vaaratilanteiden varalta. (RSKK 2008a, 41.)

Junninen (2008) teki 27:lle vankeinhoitoalan ammattilaiselle ja kuudelle vangille teemahaastattelut vankilaturvallisuudesta 21 vankilassa, sijoittajayksikössä tai aluevankilassa eri puolella Suomea. Vankilaturvallisuus voidaan jakaa kirjallisuuden perusteella karkeasti kolmeen ryhmään: vankilan ulkoiseen, vankilan sisäiseen ja yhteiskunnalliseen turvallisuuteen. Sisäiseen turvallisuuteen kuuluvat vankilan sisäiset ennakoimattomat tapahtumat, kuten esimerkiksi tulipalo, sairaskohtaus, vankitappelu ja melakka. Sairastapauksien osalta sairaskohtausten ja tapaturmien hoitaminen vaihtelee

vankiloittain. Yleensä henkilökunta pystyy jonkinlaiseen ensiapuun ja oma sairaanhoitaja tai ulkopuolinen sairaanhoitohenkilökunta saadaan kohtuullisessa ajassa paikalle. Haastattelujen perusteella henkilökunnan turvallisuuskoulutus tuntuisi olevan hyvällä tolalla osassa vankiloita. Vuosittain järjestetään erilaisia harjoituksia paloturvallisuudesta ja pelastustaidoista voimakeino- ja kriisinhallintakoulutukseen ja näihin henkilökunta osallistuu vaihtelevasti. Osa vankiloista kulkee minimikoulutuksen polkua, jolloin henkilökunta ei halua koulutukseen eikä vankilalla ole aikaa tai resursseja vastentahtoisen koulutuksen järjestämiseen. Haastattelujen perusteella vain yhdessä vankilassa suunniteltiin ensiaputaitojen kartoitusta ja koulutusta. (Junninen 2008, 52 - 53, 64 - 65, 98 - 99.)

Haavisto ja Karevaara (2009) tekivät tutkimuksen vankiloiden valvontahenkilökunnan osallistumisesta täydennyskoulutukseen. Kysely toteutettiin viidessä suljetussa ja viidessä avovankilassa maantieteellisesti tasaisesti suhteutettuna valvontahenkilöstön määrään. Otos oli 167 henkilöä ja vastausprosentti 70. Kysely toteutettiin vuonna 1996. Tutkimuksen mukaan 69 % vastaajista oli osallistunut vankeinhoidon järjestämään täydennyskoulutukseen viimeisen kymmenen vuoden aikana ja 38,3 prosenttia ulkopuoliseen koulutukseen. Turvallisuustyöhön liittyvää koulutustarjontaa kaivattiin lisää, mutta turvallisuus vankiloissa on varsin laaja käsite ja sisältää useita alakategorioita, mukaan lukien ensiapu. Vastauksista voitiin poimia tarve muun muassa palo- ja ensiapukoulutukseen, jonka järjestäminen kuuluu vankiloille. Vastauksista on kuitenkin tulkittavissa, ettei näiden asioiden koulutus toimi kaikissa vankiloissa toivotusti. Vankiloiden tulee kuitenkin järjestää henkilökunnalleen näitäkin koulutuksia säännöllisesti. (Haavisto ym. 2009, 20 - 31, 33 - 34.)

2.3 Yleistä vankien terveydentilasta Suomessa

Rikosseuraamusvirasto asetti 2002 työryhmän selvittämään vankiloiden terveydenhuoltoa, sillä vankien terveydentilan huonontuminen ja heidän terveydenhuollollisten tarpeidensa kasvu oli aiheuttanut perusteet tarkastelulle. Vankien tarve käyttää terveydenhuoltoa on kasvanut johtuen vankien päihdeongelmista, heikosta terveydentilasta ja huonosta työkyvystä sekä kasvaneesta vankimäärästä. Vangeilla tulee olla yhdenvertaiset mahdollisuudet riittäviin terveydenhuollon palveluihin, eikä vangin terveydelle saa aiheutua haittaa vankilassa olosta. Vankilan terveydenhuollossa pyritään myös terveydenhuollon keinoin edistämään vangin selviytymistä rangaistuksen pää-

tyttyä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista koskee myös vankiloita. (Rikosseuraamusviraston monisteita 1/2003, 5.)

Vankiloihin kerääntyy enenevässä määrin erittäin vaikeahoitaisia ja vakavasti sairaita potilaita. Heillä voi olla sekä kroonisia psykiatrisia sairauksia että henkeä uhkaavia päihdevieroitusoireita. Vanki voi tullessaan olla ehkä vain perushoidon tarpeessa, mutta päihteiden käytön äkisti loppuessa hänelle voi kehittyä vieroitusoireyhtymä ja komplikaatio, joka voi johtaa pysyvään vammautumiseen tai kuolemaan. (Rikosseuraamusviraston monisteita 1/2003, 6.)

Vankilassa hoitoa vaatinut psykiatrinen häiriö oli 39 %:lla vangeista. Huomattavan vakavan psykiatrisen sairauden (skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai vakava masennus) diagnoosi oli löydettävissä asiakirjoista 6,9 %:lla. Tähän lukuun on syytä suhtautua kriittisesti, koska terveydenhuollon voimavarat eivät näytä riittäneen tarkkaan diagnostiikkaan. Todellinen esiintyvyys voi olla suurempi. Huomiota vaatineita tapaturmia ja niiden jälkitiloja oli sairauskertomuksiin kirjautunut 13 %:lla, Hengityselinsairauksia, tuki- ja liikuntaelinsairauksia, neurologisia sairauksia ja sydämen sekä verenkiertoelimistön sairauksia oli todettu kutakin alle 10 %:lla. (Rikosseuraamusviraston monisteita 1/2003, 12.)

Vuonna 2002 tehdyn suuntaa antavan vankien terveystarkoituksen perusteella voidaan todeta, että vähintään neljänneksellä vangeista on C-hepatiittitartunta, mutta hepatiitti B-tartunta on todettu vain 4 %:lla ja HIV-infektio 1 %:lla. Kaikkia tapauksia ei liene diagnosoitu, joten voidaan arvioida, että jokin yleensä suonensisäiseen huumeiden käyttöön liittyvä virustartunta on kolmanneksella vangeista. Pelkkien sairauskertomusmerkintöjen nojalla voitiin todeta huumeiden haitallinen käyttö tai huumeriippuvuus 46 %:lla ja alkoholiriippuvuus 39 %:lla vangeista. Edellä mainitut sairaudet ovat yleisimmät ongelmat vangeilla ja näiden tilojen esiintyvyys lienee tosiasiaa esiteltyä suurempi. (Rikosseuraamusviraston monisteita 1/2003, 12.)

3 AIKUINEN OPPIJANA

Aikuisopiskelija määritellään opetusministeriön julkaiseman Aikuiskoulutuksen vuosikirjan mukaan opiskelunsa vähintään 25-vuotiaana aloittaneena. Koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelmassa vuosille 2003 - 2005 on lisäksi nostettu iän rinnalla esiin koulutustausta. Holopaisen (2007) mukaan aikuisopiskelija voidaan siis määritellä iän tai sen perusteella, että henkilöllä on vähintään samantasoinen koulutus. Nykyaikana tieto muuttuu nopeasti, mikä edellyttää oman ammattitaidon uudistamista jatkuvasti. Tiedon puoliintumisaika, joka tarkoittaa aikaa, jonka sisällä tietoa-aineesta puolet olisi vanhentunutta, on esimerkiksi terveysalalla noin neljä vuotta. (Paane-Tiainen 2000, 12.)

Ihmisten on nykyään päivitettävä tietojaan työelämässä ja oltava valmiita ammattitaitonsa kehittämiseen. Aikuisopiskelijat kokemustensa, työuransa ja opintojensa eriaikaisuuksineen tekevät heistä omaleimaisia opiskelijoita. Työ ja oppiminen edellyttävät aivotyötä, joka rasittaa käyttömuistiamme. Se on altis kuormittumaan ja iän myötä sen kuormituskyky heikkenee, mutta vastaavasti asiakokonaisuuksien hallintakyky paranee. Aikuiset työntekijät tarvitsevat oppimistilanteita, jotka mahdollistavat asiakokonaisuuksien hallinnan ja opitun tiedon jäsentämisen osaksi työtä. Eräs merkittävä aikuisoppimisen alue on vanhasta ”poisoppiminen” eli työskentelytapojen muutos. Totutut tavat ja uskomukset voivat olla oppimista rajoittavia, mutta tiedostettuina myös poisopittavia. (Paane-Tiainen 2000, 15 - 16.)

Mikä motivoi aikuisia oppimaan? Rogers (2004) jakaa motiivit ulkoiseen ja sisäiseen motivaatioon. Ulkoinen motivaatio syntyy, kun oppijan elämäntilanne edellyttää uuden oppimista. Esimerkiksi ylennys riippuu ammatillisesta lisäkoulutuksesta tai kiinnostus koulutukseen herää paremman palkkauksen vuoksi. Muutoskin voi olla motivaation takana, jolloin halutaan pysyä ajan tasalla työnkuvassa. Sisäisten motiivien hahmottaminen on vaikeampaa, sillä ne eivät ole niin ilmeisiä. Yksi sisäinen motiivi on sosiaalinen, jolloin oppijat haluavat vain nauttia yhdessä oppimisesta. Joku pitää oppimista tärkeänä uuden identiteetin osatekijänä: kiinnostavan aiheen lisäksi on tärkeätä todistaa itselleen, että oppii vielä tekemään jotakin, mitä pidetään yleisesti vaikeana. Oppijalla voi olla myös kuviteltu tai todellinen puute taidossa, jonka on joutunut kohtaamaan ja haluaa nyt korjata kyseisen asian. (Rogers J. 2004, 29 - 30.)

4 ENSIAVUN HISTORIA

Ensiavun antaminen katsotaan alkaneen sodankäynneissä. Ensiapua annettiin haavoittuneille jo 3000 eKr. Tällöin Sumerit käyttivät oluen ja kuuman veden sekoitusta haavojen puhdistamiseen. Roomalaiset taas käyttivät valtimon sitomista verenvuotojen tyrehdyttämiseksi 390 jKr. Keskiajalla 400 -1400 jKr. hengelliset ritari- ja veljeskunnat toimivat merkittävässä asemassa sodassa haavoittuneiden hoidossa. Uudella ajalla lukuisat eri henkilöt vaikuttivat ensiavun kehittymiseen, heidän joukossaan Henry Dunant. (Toivonen 2008, 8.)

Sveitsiläinen Henry Dunant järjesti vapaaehtoisia auttamaan Solferinon taistelun uhreja vuonna 1859 Pohjois-Italiassa ja näin sai alkunsa kansainvälisesti tunnettu Punainen Risti. Hän esitti Solferinon muistokirjassaan (1862), että kaikkiin maihin perustettaisiin vapaaehtoinen järjestö sodanaikaista lääkintähuoltoa avustamaan ja haavoittuneiden hoito turvattaisiin kansainvälisillä sopimuksilla. Hänen ajatuksiinsa suhtauduttiin suopeasti, ja hieman myöhemmin 1863 perustettiin Genevessä toimikunta, josta vuonna 1876 kehittyi Punaisen Ristin kansainvälinen komitea. Toimikunta määritteli avustusyhdistyksen tehtävät Dunantin ajatusten mukaisesti. Kansallisia yhdistyksiä alkoi syntyä ympäri Eurooppaa ja myöhemmin myös muihin maanosiin. Alusta alkaen monet näistä yhdistyksistä ottivat myös tehtäväkseen suuronnettomuuksien uhrien avustamisen ja taistella kulkutauteja vastaan. (Punainen Risti 2002.)

Suomalainen terveydenhuolto oli alkutekijöissään vielä 1920-luvulla. Sairaalaverkostoa oltiin rakentamassa koko maan kattavaksi, varsinkin raja-alueilla ja syrjäseuduilla oli kurjin tilanne. Lääkäreistä ja sairaanhoitajista oli huutava pula. Yhdistyksen kiinnostus ensiaputaitojen kehittämiseen parani huomattavasti 1930 annetun työturvallisuuslain seurauksena. Muun muassa työpaikoille ja kouluihin tuli ensiapukaappeja ja ensiapulaatikoita. Suomen Punainen Risti perusti kaiken kaikkiaan kahdeksan sairaamajaa, joissa paikallinen väestö sai tarpeellista sairaanhoitoa ja myös terveystalustusta. Majoissa työskenteli sairaanhoitajia. Sairasmajoja pidettiin terveystalusten edeltäjinä aina vuoteen 1973 asti, jolloin alkoi terveystalusten rakentaminen Suomeen. Suomen Punainen Risti haki myös paikallisuutta piirijaolla. (Punainen Risti 2002.)

Suomen Punainen Risti onkin parhaiten tullut ihmisille tutuksi verenluovutustilaisuuksien järjestäjänä. Sodan aikoina talvi- ja jatkosodassa kuoli 60 000 ja haavoittui noin

200 000 suomalaista sotilasta, näistä invalidisoitui melkein 78 000 miestä. Taistelujen tauottua sota- ja kenttäsairaalat lakkautettiin ja Suomen Punaisen Ristin sairaala muuttui sotavammasairaalaksi, invalidihuollosta tuli sotiemme veteraaneille tärkeä hoitomuoto. Invalidihuoltoon kuului myös kuntoutus sekä Punaisen Ristin järjestämä ammattikoulutus sotainvalideille. (Punainen Risti 2002.)

Vuonna 1952 alkoi Punaisen Ristin ensiapukurssien uudistus, jonka sisällössä otettiin erityisesti huomioon kotona ja työpaikoilla tapahtuvat tapaturmat. Ensiaputaitoja opetettiin kouluissa ja kurssit houkuttelivatkin mukaan paljon nuoria. Opittujen taitojen ylläpitämiseen perustettiin vuodesta 1957 lähtien Punaisen Ristin osastoihin ensiapuryhmiä, joissa harjoiteltiin ensiaputaitoja ja kartutettiin tietoja. Koulutus jaettiin kolmeen kurssin, joista viimeiseen kuului osallistuminen suuronnettomuuteen liittyvään pelastusharjoitukseen. Ensiapukoulutus oli kuitenkin kirjavaa, koska ensiapukoulutusta järjestäviä organisaatioita oli Suomessa useita ja opetus oli laadultaan vaihtelevaa. (Punainen Risti 2002.)

Suomen Punainen Risti uudisti koko ensiapukoulutusjärjestelmänsä vuonna 1975. Peruskurssin kertauksen jälkeen tehtiin syventävä kurssi, ja ensiavun kolmoskurssi laajennettiin entistä monipuolisemmaksi harjoituskurssiksi. Kursseilla parannettiin ensiapuryhmien ja niiden johtajien ja valmiusohjaajien tietoja ja taitoja. Hyväksytyt ensiapuopettajat olivat usein hoitoalan ammattilaisia, jotka alkoivat vastata ensiapuopetuksesta. Lääkintöhallitus hyväksyi SPR:n ensiapujärjestelmän vuonna 1976 yleisesti noudatettavaksi malliksi Suomessa. SPR erosi Mannerheimin Lastensuojeluliitosta ja 1950 luvulla toteutettiin sääntöuudistus, jonka tavoitteena oli saada SPR:n osasto kaikkiin kuntiin. Vuoden 1953 lopulla Suomessa oli osastoja 548 ja jäsenmäärä ylitti 100000 rajan. Laaja osastoverkko teki mahdolliseksi jäsenhankinnan ja varainkeruutoiminnan ulottamisen koko maan alueelle. Näin SPR sai laajat voimavarat itselleen. Suomen Punainen Risti on aikojen myötä osallistunut laajalla sektorilla kansainväliseen avustustoimintaan sodan ja rauhan aikana toimittamalla hätäapua tarvitseville kotimaassa sekä toiminut avustusjärjestönä useilla tehtäväkentillä yhdessä viranomaisverkoston ja muiden kansalaisjärjestöjen kanssa. Vapaaehtoinen pelastuspalvelu (Vapepa) toimi kansalaisjärjestöjen yhteistyöelimenä viranomaisin päin ja sen koordinaattoriksi valittiin Suomen Punainen Risti. (Punainen Risti 2002.)

5 ENSIAPU

Jokaisella ihmisellä on velvollisuus auttaa ensiaputilanteessa. Auttamiseen velvoittaa moraalinen lisäksi laki. Suomen rikoslain 21. luvun 15. §:n mukaan henkilö, joka tietää toisen olevan vaarassa tai vakavassa hengenvaarassa ja jättää auttamatta tai hankkimatta apua voidaan tuomita sakkoon tai enintään kuudeksi kuukaudeksi vankeuteen. (Keggenhoff 2004, 16.)

Ensiapu on yleensä maallikon antamaa apua loukkaantuneelle tai sairastuneelle tapahtumapaikalla. Hätäensiapu on henkeä pelastavaa apua, jolla pyritään turvaamaan autettavan peruselintoiminnot ja estämään hänen tilansa paheneminen. Psyykkinen ensiapu on potilaan rauhoittamista, lohduttamista ja tukemista onnettomuus- ja vaaratilanteessa. (Sahi ym. 2007, 13 - 14.)

Äkilliset sairastumiset vapaa-aikana, kotona tai työpaikalla kuuluvat arkipäivään. Tällöin maallikon antama ensiapu on usein ainoa tarvittava apu ja hoito. Vakaviin tapaturmiin, sairaskohtauksiin ja onnettomuuksiin tarvitaan usein jo ammattiapua. Ensihoitojärjestelmän käynnistämisessä maallikon tekemällä tilannearviolla, nopealla avun hälyttämisellä ja oikein tehdyillä ensiaputoimenpiteillä on ratkaiseva merkitys. Ensiapu kuuluu osana hoitoketjuun, jossa toimenpiteet alkavat välittömästi kun jotain on sattunut. (Sahi ym. 2007, 13 - 14.)

Tilannearvio saa alkunsa, kun ensimmäinen auttaja tulee ensiaputilanteessa tapahtumapaikalle ja selvittää, mitä on tapahtunut. Ensiarvio tapahtumasta, autettavien määrästä, heidän tilastaan, oireistaan ja avuntarpeesta käynnistää koko toimintaketjun. Pelastamalla loukkaantuneet vaaratilanteesta estetään lisäonnettomuuksien synty. Pelastamisen tukena voidaan tarvita ammattiauttajia, jos autettava on juuttunut kiinni, kyseessä on tulipalo tai on räjähdys- tai sortumavaara. (Sahi ym. 2007, 13 - 14.)

Ensiaputaidot kuuluvat kansalaistaitoihin. Ennalta hankitut tiedot, taitojen ylläpitäminen sekä varautuminen ensiaputilanteisiin antavat auttajalle mahdollisuuden toimia tarkoituksenmukaisesti ja tehokkaasti ensiaputilanteen sattuessa. Ensiaputaidot luovat turvallisuuden tunnetta ja antavat valmiuksia selviytyä erilaisissa onnettomuuksissa ja muista avunantoa vaativissa erityistilanteissa. Ensiapukoulutuksen tavoitteena on, että

koulutuksen käynyt henkilö osaa soveltaa oppimiaan taitoja ja tietoja käytännön tilanteissa. (Sahi ym. 2007, 153.)

5.1 Ensiapuvalmius työpaikoilla

Työnantaja määrätään turvallisuuslaissa (L738/2002) mitoittamaan ensiapu henkilökunnan riittävyden, työn luonteen ja työolosuhteiden mukaan. Työnantajan tulee antaa selkeät ohjeet toimenpiteistä työntekijöille, joihin sairastumisen ja tapaturman sattuessa on ensiavun saamiseksi ryhdyttävä. Työpaikalla tai sen välittömässä läheisyydessä on sopivissa ja selvästi merkityissä kohdissa oltava riittävä määrä asiamukaisia ensiapuvälineitä, huomioon ottaen työpaikan laajuus ja sijainti, työntekijöiden lukumäärä sekä työn luonne ja muut työolosuhteet. Jos työntekijöiden lukumäärä, työn luonne tai muut työolosuhteet niin vaativat, työpaikalla tulee olla ensiavun antamiseen soveltuva tila ja työnantajalla on velvollisuus nimetä vastuuhenkilöt ensiapu- ja pelastustoimiin. Tarkempia säännöksiä työpaikan ensiaputiloista, niiden mitoituksesta ja varustelusta voidaan antaa valtioneuvoston asetuksella. Ensiapuvalmius on osa työterveyshuoltoa. (Suomen Punainen Risti 2005.)

5.2 Auttaminen onnettomuuden sattuessa

Ensimmäisen vaiheen auttajiin kuuluvat yksityishenkilöt. Ensimmäisen vaiheen auttaja voi sattuessa tapahtumapaikalle ensimmäisenä ja tarjota apuaan sitä tarvitsevalle ennen ammattiauttajien paikalle saapumista. Tapahtumapaikalla stressiä auttajalle voivat aiheuttaa voimakkaat aistivaikutukset, kuolleiden ja loukkaantuneiden kohtaaminen, onnettomuuden suuruus ja kesto, vaarallisuus, apuvälineiden puuttuminen, yhteistyöongelmat muiden auttajien kanssa ja tehtävien sekoittuminen. (Dyregrov 1994, 194 - 195.)

Auttajat voivat reagoida tapahtumiin somaattisesti samalla tavalla kuin onnettomuussien uhrit. Reaktioihin kuuluvat esimerkiksi pahoinvointi, vatsavaivat, vapina, hikoilu, palelukohtaukset, nopea pulssi sekä lihaskivut. Kognitiiviseen reagointiin kuuluvat hämmennys tapahtuneesta ja epätodellinen olotila. Asioiden huomiointi ja keskittyminen heikentyvät, asioita ei muisteta normaaliin tapaan, ja ajattelukyky saattaa hidastua. Emotionaalisina reaktioina saattaa ilmetä avuttomuuden tunnetta, pelkoa, vihaa ja surua. Auttaja voi muuttua käytökseltään liian tai epätavallisen aktiiviseksi, käyttää

liioiteltua huumoria tai hän voi syrjäytyä eikä näytä aktiivisuuttaan. Reaktiot vaihtelevat tilanteesta ja ihmisestä riippuen, ja reagoimiseen vaikuttaa myös se, kuinka monelle stressitekijälle auttaja altistuu. (Dyregrov 1994, 198.)

Onnettomuuspaikalla tilannetta voi pyrkiä hallitsemaan eri keinoin. Näitä ovat henkinen valmistautuminen, reaktioiden torjuminen ja asioiden sulkeminen pois mielestä. Tilanteiden hallinnassa auttaa myös omaa itseään vahvistavat tekijät, huumori ja muiden samaan tilanteeseen joutuneiden tuki. Ensiaputilanteesta voi selvittää omin avuin tai läheisten avustamana, mutta joskus tarvitaan ammattiauttajien apua. (Sahi ym. 2006, 21.)

Kun onnettomuudesta on kulunut jonkin aikaa, tulevat esiin jälkireaktiot. Tapahtuneeseen voi liittyä unihäiriöitä, keskittymisvaikeuksia, levottomuutta, rauhattomuutta, ärtyisyyttä, syyllisyyden tunnetta, itsesyytöksiä ja väsymystä. Myös elämänarvot saattavat muuttua. Tapahtumien kokemiseen vaikuttavat yksilön luonteenomaiset piirteet, stressitekijät, sosiaalinen tuki, seuranta ja jälkipuinti. Kokemus ensiaputilanteista, harjoittelu ja ensiapuopetus auttavat kohtaamaan mahdollisia onnettomuuksia paremmin ja selviytymään niistä. (Dyregrov 1994, 199.)

5.3 Toimiminen hätätilanteessa

Tilannearvio tehdään mahdollisimman nopeasti, jolloin saadaan yleiskuva tilanteesta ja selville, onko kyseessä sairaskohtaus vai onnettomuus. Samalla määritellään tilanteen vakavuus, sekä selvitetään uhrien määrä ja paikka. Tilannearvion sekä ensiavun tarpeen ja lisäävunmäärän määrittää ensimmäisenä saapuva henkilö. Jos auttajia on useita, kokenein ottaa johtovastuun ja alkaa ohjata toimintaa. Hätäilmoitus tehdään heti, kun todetaan, että auttamistilanteessa tarvitaan ammattiapua. Autettavan tilanteen muuttuessa merkittävästi tulee soittaa uudelleen hätänumeroon. Tarvittaessa tulee huolehtia ammattiavun opastuksesta tapahtumapaikalle. (Sahi ym. 2007, 22 - 23.)

Hätäensiaputoimenpiteiden avulla annetaan tarvittava ensiapu omien taitojen mukaan. Hengitystiet avataan hengitysteiden avoimuuden turvaamiseksi ja suuret verenvuodot tyrehdytetään verenkierron ylläpitämiseksi. Murtumat tuetaan, mutta turhaa liikuttamista vältetään. Loukkaantuneet pidetään lämpiminä ja vältetään mahdollisia sokin oireita sekä huolehditaan oireiden mukaisesta odotusasennosta, esimerkiksi tajuttoman

auttamisesta kylkiasentoon. Painelu-puhalluselvitys (PPE) aloitetaan, jos loukkaantunut ei hengitä tai hengitys on epänormaalia ja potilas on tajuton. Ammattiapua odottaessa auttajan tulee käyttäytyä rauhallisesti, esitellä itsensä ja kertoa, mitä on tapahtunut ja että apua on tulossa. Ulkopuoliset on pidettävä loitolla ja huolehdittava loukkaantuneen yksityisyyden suojasta. (Sahi ym. 2007, 24 - 29.)

5.4 Elottomuuden arvioiminen, tunnistaminen ja elvytys

Elottomuus tulee tunnistaa nopeasti, eikä siihen tulisi tuhjata aikaa enemmän kuin 10 sekuntia. Jos potilas ei reagoi puhuttelulle tai ravistelulle, ei hengitä, hengitys on epänormaalia tai ei osata päättää, aloitetaan elvytys heti. Ilman verenkierron välitöntä elvytystä selviytymismahdollisuus on erittäin huono. Jos potilas on ollut eloton ilman elvytystä 10–15 minuuttia, ennuste on olematon. Vakavia ja pysyviä jälkiseurauksia pyritään ehkäisemään tehokkaalla puhallus-painantaelvytyksellä, sillä jo 5 minuutin hapenpuute voi aiheuttaa aivovaurion. (Alahuhta ym. 2006, 1009.)

Kun potilas ei reagoi ja hengittäminen on haukkovaa tai korisevaa tai muuten normaalia poikkeavaa, on parasta aloittaa painelu-puhalluselvitys. Oikein suoritetusta elvytyksestä ei ole potilaalle erityistä haittaa, vaikka potilaan tulkitseminen elottomaksi olisi ollut väärä. Potilaan omien hengitysyritysten lisäksi hengityksestä avustamisesta ei ole haittaa. Tällöin ilmaa puhalletaan sisään potilaan omien hengenvetojen tahtiin. (Ikola 2007.)

Hengityksen voi havainnoida tunnustelemalla poskea tai kämmenselkää vasten ilmavirtaa. Tarkistetaan suu, onko siellä mekaanista estettä, esimerkiksi tekohampaita tai ruokaa nielussa, ja mahdolliset esteet poistetaan. Katsotaan, liikkuuko rintakehä ja minkälainen on hengitysmekaniikka. Iivanaisen ym. (2010, 312) mukaan tajuttoman lihasjänteys on heikentynyt, minkä vuoksi tulee tarkistaa pään asento, etteivät kurkun- kansi ja kieli tuki hengitysteitä. Hengitystiet avataan kohottamalla kahdella sormella leuankärjestä ylöspäin ja toisella kädellä otsasta painamalla taaksepäin. Vain normaalisti hengittävää potilasta ei tarvitse elvyttää. Tajuton mutta normaalisti hengittävä potilas asetetaan kylkiasentoon ilmateiden auki pysymisen varmistamiseksi. (Käypä hoito -suositus 2011, 3; Iivanainen ym. 2010, 312.)

Suomessa noudatetaan elvytyssuosituksia, jotka perustuvat Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen elvytysneuvoston, Suomen anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmän laatimiin Käypä hoito -suosituksiin. Suomessa elvytyssuositukset pohjautuvat Euroopan elvytysneuvoston ERC:n kansainvälisiin suosituksiin, ja ne päivitetään kolmen vuoden välein. (Käypä hoito -suositus 2011, 1.)

Helmikuussa 2011 julkaistiin Suomessa uusimmat suositukset, jotka sisälsivät joitakin muutoksia vanhoihin käytäntöihin. Uusien suositusten mukaan puhalluspainantaelvytyksessä (PPE) painelun laatuun tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota. Uusien suositusten mukaan ennen puhalluselvitystä ei suositella ylähengitysteiden puhdistamista. Maallikkoelvytyksessä korostetaan tehokkaan painelun merkitystä verenkierron riittävässä ylläpitämisessä. (Iivanainen ym. 2010, 312.)

Painelu-puhalluselvitys aloitetaan painelemalla 30 kertaa. Tahti on ripeä, vähintään 100 kertaa minuutissa ja enintään 120 kertaa minuutissa. Panielun tulee olla määntäistä, mikä aiheuttaa rintaontelossa paineenvaihtelua. Panielusyvyys tulee olla 5–6 cm keskeltä rintakehää. Painannan jälkeen puhalletaan kaksi rauhallista yhden sekunnin kestävää puhallusta. Puhalluksen aikana leukaa tuetaan kädellä ylöspäin ja toisella kädellä sieraimet suljetaan peukalon ja etusormen avulla. Ensin vedetään syvään henkeä ja asetetaan huulet potilaan suun ympärille. Sen jälkeen puhalletaan rauhallisesti sekunnin ajan. Puhalluksen aikana seurataan, että rintakehä nousee ja laskee puhalluksen mukaan. Mikäli puhallukset epäonnistuvat, tarkistetaan seuraavan painelujakson aikana, että suu on tyhjä ja korjataan pään asentoa vielä kerran. Painelu-puhallusrytmin tulee säilyä koko ajan. Kun elvyttäjiä on useita, voi toinen puhallata tauon aikana. Panieluasennon tulee olla oikea, painelijan kädet ovat suorina koh-tisuoraan potilasta kohti niin, että voima välittyy rintalastaan ja käytetään koko ylävar-taloa painona. Kämmenten ote ei saa irrota rintakehästä painelun aikana ja painelussa on tärkeää rintakehän palautuminen ylös ennen seuraavaa painallusta. (Käypä hoito -suositus 2011,4 - 5.)

Tehokas painantaelvytys on elvytyksen peruskivi. Puhallus-painantaelvytyksellä ylläpidetään potilaan verenkiertoa, happea kulkee veressä ja parannetaan neurologista ennustetta. Tämä ylläpitää kammiovärinää ja näin parantaa potilaan defibrilloitumisen mahdollisuutta. Painannan tulee olla keskeytymätöntä. Jos painelu lopetetaan yli 10

sekunniksi, verenkierto romahtaa ja painelun uudelleen aloitettua menee minuutti saman verenpaineen saavuttamiseksi kuin painelun loppuessa. Yksin ollessa keskitytään painantaelvytykseen, sillä on parempi kierrättää vähähappista verta kuin ettei verta kierrätetä lainkaan. (Käypä hoito -suositus 2011, 4; Ikola, 2007.)

5.5 Tajuttomuus ja sen ensiapu

Lyhytkestoista tajuttomuutta kutsutaan pyörtymiseksi. Tällöin syynä voi olla esimerkiksi kova kipu, jännitys, järkytys tai vaikka pitkään paikoillaan seisominen. Potilas voi näyttää kalpealta, häntä heikottaa tai hän voi tuntea huimausta. (Sahi ym. 2007, 53.)

Pyörtymiskohtauksen ensiapuna on elottomuuden poissulkeminen tarkistamalla, että potilas hengittää. Pyörtyneen jalkoja kohotetaan ja avataan mahdollisesti kiristävä vaatetus. Sisätiloissa on hyvä viilentää huonetta esimerkiksi avaamalla ikkuna. Pyörtymiskohtauksessa on kyse lyhyestä ajasta, ja jos autettava ei virkoa muutamaan minuuttiin, on kysymyksessä muu tila kuin pyörtyminen. (Sahi ym. 2007, 53.)

Tajunnan häiriöt voivat tapahtua nopeasti tai hitaasti, minkä vuoksi on tärkeää seurata autettavan tajunnantasoja siihen asti, kun ammattiauttajat saapuvat paikalle. Tajuttomuuden syitä voivat olla esimerkiksi hapenpuute, myrkytys, liian matala tai korkea verenpaine, päänvamma, epilepsia, aivoverenkierrontukos, aivoverenvuoto, aivokalvontulehdus tai jokin vakava infektio. (Sahi ym. 2007, 53.)

Tajuttoman ensiapu on aina sama. Jos autettava ei herää puhutteluun tai ravisteluun, niin hän on tajuton. Hengitystiet avataan ja samalla tarkistetaan, että potilas hengittää normaalisti. Sen jälkeen käännetään potilas kylkiasentoon ja tarkkaillaan autettavan tilaa ammattiavun tulon saakka. Tajuttoman suuhun ei saa laittaa mitään tukehtumisvaaran vuoksi. (Sahi ym. 2007, 54.)

5.6 Sokki ja sen ensiapu

Sokki on vakava verenkierron häiriö. Sokkitila tarkoittaa verenkierron vajausta, jossa kudokset eivät saa riittävästi happea, ja sillä tarkoitetaan hengenvaarallista akuuttia

tilannetta. Sokin syntyyn voivat vaikuttaa sydämen pumppausvoiman pettäminen, runsaat verenvuodot eli vuotosokki, eri syistä johtuva nestehukka, joka on aiheutunut laajasta palovammasta, rajusta ripulista tai oksentelusta. Anafylaktinen sokki on ulkoisen tekijän aiheuttama elimistön voimakas tulehdusreaktio ja voi aiheutua lääkeaineesta, hyönteisen pistosta tai jostakin ruoka-aineesta, jolloin ääreisverenkierto lamaantuu, verisuonet laajenevat ja verenpaine laskee. (Sahi ym. 2007, 46 - 48; Iivanainen ym. 2010, 203 - 205; Mustajoki 2008.)

Sokin oireisiin kuuluu hengitystiheyden kasvu, ihon kalpeus ja kylmänhikisyys, levottomuus, sekavuus, suun kuivuminen ja janon tunne. Syke on lankamainen ja huonosti tunnettavissa. Sokin ensiapuun kuuluvat potilaan jalkojen ylös nostaminen ja hänen lämpimänä pitäminen. Mitään juotavaa ei saa antaa suun kautta, koska vakavassa sokkitilassa suolisto on lamaantunut ja juominen johtaa oksenteluun. (Sahi ym. 2007, 47; Iivanainen ym. 2010, 206.)

5.7 Hengitysvaikeudet, tukehtuminen ja niiden ensiapu

Hengitysvaikeuden syynä on yleensä hengityksestä, joka johtuu vierasesineestä hengitysteissä, hengitysteiden vammasta tai tajuttomuudesta. Myrkytys tai aivoihin kohdistuva vaurio voi aiheuttaa hengityksen lamaantumisen. Hengitystiesairaudet, kuten äkillinen hengitystieinfektio, krooninen keuhkosairaus, astma, voivat aiheuttaa hengitysvaikeuden. Sydänsairaus, kuten sydämen vajaatoiminta, aiheuttaa myös hengitysvaikeutta keräämällä nestettä keuhkoihin. Hengitysvaikeuden oireita ovat äänekäs ja haukkova hengitys, puhuminen on vaikeaa ja ihminen muuttuu tuskaiseksi ja hätäiseksi. Hapenpuute näkyy kasvoilla harmautena tai sinertävyytenä. Hengitystietukos aiheuttaa kykenemättömyyden puhumiseen, yskimiseen eikä potilas kykene hengittämään kunnolla. Seurauksena voi olla tajunnan menetys. (Sahi ym. 2007, 40.)

Kun hengitysteissä on vierasesine aikuisella, tajuissaan olevalla potilaalla, niin häntä kehoitetaan yskimään, jos hän vain pystyy siihen. Tilanteen pahentuessa tehdään ilmoitus hätänumeroon. Jos yskiminen ei auta, taivutetaan henkilön ylävartaloa alaspäin niin, että pää on vyötärön alapuolella. Näin painovoimaa apuna käyttäen pyritään vierasesineen irrottamiseen. Lapaluiden väliin lyödään kämmenellä viisi kertaa. Jos tämäkään ei auta, niin asetetaan potilaan taakse ja asetetaan käsi takakautta autettavan ylävatsalle tarttuen toisella kädellä vatsalla olevaan käteen. Kahden nyrkin otteella

nykäistään yhtäaikaaisesti taakse-ylös-suunnassa tarvittaessa viisi kertaa, välillä vuorotellen lapaluiden väliin lyömällä avokämmenellä viidesti. Mikäli autettava henkilö menee tajuttomaksi, aloitetaan painelu- ja puhalluselytytys. (Sahi ym. 2007, 41.)

5.8 Palovammat ja niiden ensiapu

Kun ihon ja sen alaisten kudosten vaurio syntyy lämmön, sähköön tai jonkin syövyttävän kemiallisen aineen vaikutuksesta, kutsutaan sitä palovammaksi. Palovammojen aiheuttajina voi olla esimerkiksi kuuma neste, höyry ja säteily. Myös palokaasut voivat aiheuttaa palovammoja hengitysteissä. (Iivanainen ym. 2010, 748.)

Palovammat luokitellaan niiden laajuuden ja syvyyden mukaan pinnallisiin ja syviin palovammoihin. Laajuutta määriteltäessä käytetään yhdeksän prosentin säännön mukaan laskettuna koko kehon pinta-alasta. Näin kämmenen kokoinen laajuus vastaa yhden prosentin palovammaa kehon pinta-alasta. Yläraajan kokoinen alue vastaa yhdeksää prosenttia, ja alaraajan kokoinen palovamma on kaksi kertaa yhdeksän prosenttia kehon pinta-alasta. Pienten verisuonten vioittuminen palaneelta alueelta saa aikaan verinesteen runsaan tihkumisen, ja palovamman ollessa laaja, aikuisella yli 15 %, on uhkana sokin vaara. Palovamma voidaan todeta pinnalliseksi eli ensimmäisen ja toisen asteen vammaksi, kun sitä arvioidaan säilyneen ihon tunnon, kosteuden ja karvoituksen perusteella. (Sahi ym. 2007, 96.)

Ensimmäisen asteen palovammassa kudosvaurio rajoittuu vain ihon pintakerrokseen. Tällaisen palovamman aiheuttaa esimerkiksi kuuma neste tai aurinko. Iho on tällöin pinnalta kuiva, punoittava ja kosketus tuntuu aralta. Iholla on kirveltävää kipua, lievää turvotusta, mutta rakkuloita ei ole muodostunut. Iho voi olla myös. (Iivanainen ym. 2010, 748.)

Toisen asteen palovammassa vaurioitunut alue ulottuu ihon syvempiin kerroksiin. Tällöin palovamman aiheuttaa esimerkiksi öljy, kuuma vesi tai vesihöyry. Ensimmäisinä päivinä palovamma kohdan iho on hyvin arka ja punoittava. Tämä on merkinä toimivasta verenkierrasta. Ihon pinnalle syntyy rakkuloita, joiden muodostuminen voi viedä aikaa jopa kaksikin vuorokautta. Palovammasta voi irrota ihon ulointa kerrosta. Vamma paranee viikkojen kuluessa. Kolmannen asteen palovamma ulottuu jo kaikkien ihokerrosten läpi, mutta vamma voi ulottua myös syvempiin kudoksiin asti. Tällöin

palovamman aiheuttaa esimerkiksi sähkö, tuli tai sula metalli. Vaurioitunut alue on kuiva ja se ei aisti minkäänlaista kipua, sillä hermopäätteet ovat vaurioituneet. Vaurioituneen alueen reunat tuntevat kuitenkin kipua. Iho on väriltään harmaa, helmenvalkkea tai tumma, hiiltyneen näköinen. Palovamman parantuminen tapahtuu hitaasti, ja siihen muodostuu arpi. Ihonsiirtoihin ryhdytään, jos palovammat ovat laajat ja vaikeat. (Sahi ym. 2007, 96 - 97.)

Pinnallisten palovammojen vamma-alueella tulee jäähdyttää välittömästi 10 - 20 minuuttia juoksevan, sopivan viileän 20-asteisen veden alla tai vaihtoehtoisesti vesiastiasassa. Viileän veden tarkoituksena on vähentää kipua ja pyrkiä estämään palovamman leviäminen ihon syvempiin kerroksiin. (Iivanainen ym. 2010, 751.)

Mahdollisia rakkuloita ei tulisi puhkoa, jotta epäpuhtauksia ei pääsisi kudoksiin. Jos iho on erittävä tai siinä on rakkuloita, voi ihovaurioalueen päälle laittaa palovamman hoitoon tarkoitetun voidesiteen. Voidesiteen päälle asetetaan sidetaitos, ja sen voi kiinnittää haavateipillä tai joustinsiteellä. Sidettä voi pitää yhtäjaksoisesti muutaman päivän. Side ei saa kastua. Lääkəriin hakeudutaan, jos palovammalle tulee tulehtumisen merkkejä, kuten punoittamista, kuumotusta tai kuume nousee. Jatkohoitoa vaativia palovammoja ovat kämmentä suuremmat toisen asteen palovammat, kasvojen ja käsi- en alueen syvät palovammat ja kaikki kolmannen asteen palovammat. Syvien palovammojen ensiapuna on potilaan pitäminen lämpimänä. Syviä palovammoja ei jäähdytetä eikä kiinnipalaneita vaatteita ym. irroteta ihosta. (Sahi ym.2007, 97 - 98.)

5.9 Haavat ja niiden ensiapu

Haava on iholle tai limakalvolle syntynyt vaurio, johon voi liittyä syvemmillä olevien kudosten tai sisäelinten vammoja. Haava voi aiheuttaa ulkoisen, näkyvän verenvuodon tai sisäisen verenvuodon, jolloin vuoto tapahtuu kudoksiin tai elimistön onteloihin. Raapaisu ja kaatuminen voivat aiheuttaa naarmun tai pintahaavan. Ihon vahingoituessa hiussuonet rikkoutuvat ja haavasta tihkuu verta ja kudostestettä. Viiltohaavan aiheuttaa terävä, leikkaava esine ja se voi olla pinnallinen tai syvä. Syvä viiltohaava ulottuu ihonalaiseen kudokseen, ja vaurioittaa lihaksia, hermoja, verisuonia ja jänteitä. Tällöin haava yleensä vuotaa runsaasti. Viiltohaavan tyyppisessä haavassa haavan reunat ovat siistit. Pistohaava syntyy, kun esimerkiksi tikku, puukko tai jokin muu terävä esine pääsee puhkaisemaan ihon. Vuoto ulospäin saattaa olla niukkaa,

mutta kudoksen sisällä taas saattaa olla vakavia kudos- tai elinvaurioita ja verenvuotoa. Ruhjehaavan iho rikkoutuu ja alue on repaleinen. Sen aiheuttaa yleensä tylppä esine. Näkyvä verenvuoto voi olla niukkaa tai myös runsasta, mutta kudokseen voi vuotaa runsaasti verta. Haava on ulkonäöltään risainen reunoilta, ja siinä voi olla kudospuutoksia. Ampumahaavan luodin sisään menokohta on yleensä pieni, mutta ulostuloaukko voi olla laaja. Vaikka ulospäin näkyvä vaurio voi näyttää vähäiseltä, voivat sisäiset vammat olla vakavat paineesta aiheutuen. Verentulo voi ulostulokohdasta olla runsasta. (Sahi ym. 2007, 71 - 72.)

Mahdollinen verenvuoto tyrehdytetään painamalla vuotavaa kohtaa esimerkiksi sormella, kädellä, kankaalla tai muulla vastaavalla. Haava-alue suojataan jollain sidoksella. Raaja tuetaan kohoasentoon, jolloin paine verisuonistossa pienenee ja vuoto vähenee. Jos loukkaantunut itse pystyy painamaan vuotokohtaa, kehoitetaan häntä siihen. Seuraavaksi vuotokohta sidotaan ja haavalle asetetaan tarvittaessa paineside. Jos verenvuoto kuitenkin jatkuu, painetaan raajan tyvestä eli kainaloista ja nivusista suuria suonia. Suonia tulee painaa kämmenellä voimakkaasti valtimoveren virtauksen estämiseksi. Painesidettä laitettaessa annetaan autettavan olla makuulla ja pidetään raaja koholla. Haavalle asetetaan suojaside ja vuotokohtaa painetaan koko ajan siteen päältä. Suojasiteen päälle asetetaan painoksi 1- 2 siderullaa tai useampi suojaside, jotka on taitettu tukevasti siten, että ne toimivat painona. Painon on hyvä olla joustavaa ja vertaimevää, ne sidotaan raajaan tukevasti joustositeellä, huivilla tai kolmioliinalla. Tulee kuitenkin muistaa ettei paineside saa liikaa kiristää. (Sahi ym. 2007, 73 - 76.)

Kädet on aina pestävä kun aletaan käsitellä haavaa. Pienet haavat puhdistetaan haavanpuhdistusaineella. Mahdollinen verenvuoto tyrehdytetään painamalla haavaa ja samalla puristamalla haavan reunoja yhteen. Viiltohaava voidaan sulkea haavateipillä, pikasiteellä tai perhoslaastarilla. Tarvittaessa haava peitetään sidetaitoksella ja kiinnitetään teipillä tai joustinsiteellä. Jäykkäkouristusrokotteen voimassaolo tulee tarkistaa. Side pidetään kuivana ja haavan annetaan parantua rauhassa. Lääkärin hoitoa vaativat runsaasti vuotavat haavat, syvät pistohaavat, haavat, joissa epäillään olevan vierasesine sekä tulehtuneet haavat. Hoitoon hakeutumista ei ole syytä viivyttää. (Sahi ym. 2007, 74.)

5.10 Pään vammat ja niiden ensiapu

Kallon muodostavat yhdessä pään luut. Kallon tehtävänä on suojella aivoja, siihen liittyvää selkäydintä ja muita tärkeitä aistinelimiä. Kasvojen luita ovat mm. yläleuanluut, nenäluut, poskiluut, alaleuka sekä hampaat. Kallon luista ainoastaan alaleuka niveltyy kalloon ja pystyy liikkumaan. (Sahi ym. 2007, 88.)

Aivotärähdys on pään vammoista lievin ja yleisin. Iskuenergia tapahtumassa on niin pieni, ettei aivokudos vaurioidu eikä siitä aiheudu pysyviä vammoja. Aivotärähdyksen tyypillisimpiä oireita ovat päänsärky, huimaus, muistihäiriöt, pahoinvointi ja oksentelu. Lyhytkestoinen, useimmiten sekunneista muutamiin minuutteihin kestävä tajuttomuus voi olla aivotärähdyksen aiheuttama. (Keggenhoff 2004, 72.)

Päähän kohdistuva isku voi aiheuttaa kallovamman ja ruhjeen aivokudokseen. Aivoruhjeesta johtuva tajuttomuus voi vaihdella tunteista päiviin tai kuukausiin. Pahimassa tapauksessa tajuttomuus voi jäädä jopa pysyväksi. Myös erilaiset aivotoininnan häiriöt voivat jäädä pysyviksi vaikka tajunta olisi palautunutkin. (Sahi ym. 2007, 89.)

Tapaturmaisesta päähän kohdistuneesta iskusta voi olla seurauksena kallon sisäinen verenvuoto. Tällöin verta voi vuotaa aivokalvojen väliin tai aivokudokseen. Tavallisesti iskusta aiheutuu myös aivotärähdys tai aivoruhje. Autettavan oireisto riippuu aiovamman laadusta että vuodon paikasta ja määrästä. Vuodon aiheuttamat oireet eivät välttämättä ilmene hetkessä vaan ne saattavat ilmetä vasta muutaman tunnin, päivien tai vasta viikkojen aikana tapahtumasta. Tällöin esimerkiksi aivotärähdyksen oireisto on ehtinyt korjaantua, mutta vuodon takia autettavan tajunnan taso alkaa uudelleen heikentyä. (Sahi ym. 2007, 89 - 90.)

Kallon luiden murtumia, ja niiden vakavuusastetta on vaikea todentaa tilannepaikalla. Usein ne liitetään kuitenkin aivotärähdykseen ja aivoruhjeisiin. Kun väkivallan laadusta ja vammamekanismista on epäily, voidaan ensiaputoimenpiteet aloittaa sen mukaisesti. Kirkas vuoto nenästä tai korvasta voi olla merkki, joka viittaa kallonpohjan murtumaan. Kallon luissa kuhmu tai painauma voi olla yhtenä näkyvistä oireista murtuman merkkejä etsittäessä. (Sahi ym. 2007, 90.)

Päänvammoissa on aina varauduttava autettavan hengityksen ja verenkierron häiriöihin. Vakavissa tapauksissa potilas on aina syytä kuljettaa lääkärin tutkittavaksi. Tajuihinsa oleva loukkaantunut asetetaan lepäämään rauhallisesti, pää hieman koholle. Hänen vointiaan seurataan tiiviisti koko ajan, eikä häntä jätetä yksin jos suinkin se on vältettävissä. Autettavan tilan muuttuessa huonommaksi soitetaan hätäilmoitus numeroon 112. (Keggenhoff 2004, 72 - 73).

Tajuton, oksentava tai verta nenänieluun vuotava normaalisti hengittävä potilas autetaan kylkiasentoon. Potilaan tajunnantasoa, hengitystä ja verenkiertoa tulee seurata ammattiavun tuloon saakka. Jos potilaan voinnissa tapahtuu selkeä muutos, soitetaan uudestaan hätänumeroon 112. (Sahi ym. 2007, 89.)

5.11 Kasvovammat ja niiden ensiapu

Erilaiset tapaturmamekanismit aiheuttavat kasvojen alueen murtumia. Eräs yleisimmistä syitä on pahoinpitely nyrkiniskulla tai potkimalla. Kasvojen luut ovat ohuita ja ne murtuvat helposti. Veren vuotaminen nieluun voi aiheuttaa tukehtumisvaaran tajuttomalle nopeasti. Kasvojen vammojen lisäksi potilaalle voi tulla kallonmurtumia. Tajuton, normaalisti hengittävä käännetään kylkiasentoon. Suu ja nielu puhdistetaan. Runsas verenvuoto tyrehdytetään ja esteetön hengitys turvataan sekä tarkkaillaan hengitystä ja verenkiertoa. Autettavan tilaa seurataan ammattiavun tuloon saakka ja soitetaan 112 uudestaan, jos tila selkeästi muuttuu. Hoitoa varten mukaan otetaan irronneet hampaat, irronnut hammasproteesi ja mahdolliset irronneet kudosten palaset. (Sahi ym. 2007, 90 – 91.)

5.12 Myrkytykset ja niiden ensiapu

Myrkytyksellä tarkoitetaan elimistölle haitallisen aineen suuren annoksen aiheuttamaa häiriötä elintoiminnoissa. Se voi aiheuttaa toiminnallisia vaikutuksia (esim. päänsärky lievässä häämyrkytyksessä), pysyviä rakenteellisia muutoksia (esim. aivovaurio vaikeassa häämyrkytyksessä) tai kuoleman (vaikeassa häämyrkytyksessä kuolema voi seurata aivojen tai sydämen hapenpuutteesta). Myrkytysoireet voivat olla erilaisia riippuen siitä, mitä ainetta, kuinka paljon ja miten sitä on joutunut elimistöön. Myrkyn

saaminen pistoksena tai hengitysteitse vaikuttaa nopeasti ja suljetussa tilassa myrkkykaasujen hengittäminen voi aiheuttaa nopean kuoleman. Yleensä suun kautta saadun myrkyn vaikutus ilmenee hitaasti, mutta hengenvaarallinen tila voi ilmaantua jo ensioireina. (Sahi ym. 2007, 117.)

Pesu- ja puhdistusaineet sekä lääkkeet ja alkoholi ovat yleisimmät kodin myrkyt, jotka ovat uhkana pääasiassa pienille lapsille. Nieltyinä tai hengitettynä ihoa ärsyttävät aineet voivat olla myös erittäin myrkyllisiä joutuessaan elimistöön. Tällaisia ovat emäk-siset aineet, vahvat hapot ja liuottimet, kuten esimerkiksi bensiini, petroli, tinneri ja tärpätti. Esimerkiksi viemäreiden avaamiseen tarkoitettut aineet ja konetiskiaine ovat hyvin vaarallisia syövyttävyytensä takia. Kasvien aiheuttamat myrkytykset ovat Suomessa harvinaisia. Häkä eli hiilimonoksidi on hajuton ja väritön kaasu. Hengitettäessä se siirtyy helposti verenkiertoon keuhkojen kautta. Häkää ei pysty havaitsemaan hengitysilmassa muutoin kuin alkavien oireiden perusteella. Tupakansavu ja ruuhkalii-kenne voi aiheuttaa lieviä altistuksia ja päänsärkynä ilmeneviä häämyrkytysoireita. Häämyrkytyksen voi saada myös tulipalon tai kytevn palon uhrina. (Sahi ym. 2007, 118, 121.)

Suomessa päihteiden ja lääkkeiden sekakäyttö on lisääntynyt, vaikka aineiden yhteisvaikutukset voivat olla ennalta arvaamattomia. Päihteiksi katsotaan alkoholi, huumeet sekä tupakka. Huumeiksi luokitellaan huumausaineet, lääkkeet sekä tekniset liuottimet. Päihteet voivat aiheuttaa vakavia myrkytystiloja. Päihteiden käytön seurauksena voi ilmentyä hengityslamaa, sydämen rytmihäiriöitä tai sydänpysähdys tai se voi tehdä käyttäjästäan psykoottisen. Ensimmäinen kokeilu voi olla käyttäjälleen jo kohtalokas. Päihdemyrkytyksen uhrin voi tunnistaa esimerkiksi sekavasta käytöksestä ja puheesta tai hän voi olla harhainen ja levoton. Päihteiden käyttäjää leimaavat myös ennalta-arvaamattomuus, silmänmustuaisten muutokset ja mielialan nopeat vaihtelut. (Sahi ym. 2007, 121 – 122.)

Potilaan ensiavun ja ensihoidon kannalta on hyvä selvittää, mitä ainetta, minkä verran ja milloin hän on ainetta ottanut. Jos myrkytyksen aiheuttajana ovat lääkkeet, kasvit tai sienet niin ne pyritään viemään potilaan mukana sairaalaan. (Sahi ym. 2007, 117.)

Jos autettavalta puuttuvat selkeät myrkytykseen viittaavat oireet, mutta myrkytyksen mahdollisuutta epäillään niin neuvonta ja toimintaohjeita saadaan soittamalla Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Myrkytystietokeskukseen, puhelinvaihte (09) 4711 tai puhelinnumeroon (09) 471 977 24 h/vrk. Myrkytyspotilasta ei okseteta. Potilaan tilaa tulee seurata ammattiavun tuloon saakka. Mikäli potilaan vointi muuttuu selkeästi, soitetaan uudestaan hätänumeroon 112. Ennen myrkytystietokeskukseen soittamista selvitetään, mitä ainetta potilaan epäillään tai tiedetään ottaneen. Autettavan suun sisältö katsotaan, näkyykö siellä jälkiä jostain aineesta, esimerkiksi lääkemassasta. Potilaan hengityksen haju haistellaan ja tunnistetaanko sieltä jokin tietty haju. Lisäksi otetaan selvää, kuinka paljon ainetta potilas on ottanut, ja minkä verran aikaa aineen joutumisesta elimistöön on kulunut. (Sahi ym. 2007, 118 – 119.)

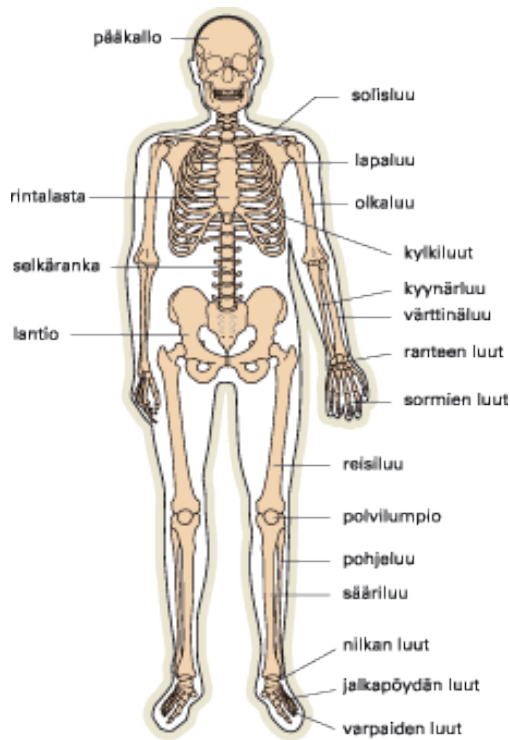
Häkämyrkytystilanteessa viedään potilas välittömästi raittiiseen ilmaan. Tajuissaan oleva asetetaan puoli-istuvaan asentoon ja tajuton, tokkurainen asetetaan kylkiasentoon. Tarvittaessa aloitetaan elvytys. (Sahi ym. 2007, 121.)

Päihteiden vaikutuksen alaisen henkilön kanssa tulee toimia rauhallisesti ja osoittaa käyttäjälle, että ei olla uhkana vaan, tarvittaessa tukena. Auttajan tulee olla määrätietoinen mutta ystävällinen. Keskustelu on hyvä pitää mahdollisimman asiallisena ja neutraalina, annetaan oireenmukaista ensiapua. Viestitetään, että ei hyväksytä käyttöä, mutta arvostetaan silti käyttäjää ihmisenä. Potilas ohjataan rauhalliseen ympäristöön. Auttajan on tärkeää osata myös itse suojautua. Parhaiten se käy kun ei jää tilanteeseen yksin vaan jos mahdollista, toimii mielellään toisen henkilön kanssa ja käyttää suojakäsineitä, jos niitä on vain saatavilla. Käyttäjän ollessa huonossa kunnossa, ei häntä sovi jättää yksin, vaan hänet tulee huolehtia jatkohoitoon. (Sahi ym. 2007, 122.)

5.13 Tuki- ja liikuntaelinten vammat ja niiden ensiapu

Tuki- ja liikuntaelimistön runko on luusto (kuva 3). Luusto toimii kehon mineraalivarastona, se antaa ihmiselle perusmuodon, suojaa ja tukee. Toisiinsa nähden luut liikkuvat rustojen ja nivelten välityksellä. Luukalvo peittää luuta, johon kiinnittyvät nivelten siteet, lihakset ja jänteet. Liikkeen saavat aikaiseksi luurankolihakset. Säännöllinen

liikunta parantaa eri lihasten ja nivelten toimintakykyä ja niiden liikkuvuutta. (Sahi ym. 2007, 81.)



KUVA 3. Luusto toimii tukielimistön runkona (Sahi ym. 2007, 81)

Tavallisesti putoamisen, kaatumisen, iskun tai iskeytymisen seurauksena syntyvät liikunta- ja tukielinten vammat. Vuosittain noin sata henkilöä saa vaikean selkäydin-vamman maassamme, joista noin 70 % joutuu käyttämään jatkossa pyörätuolia liikku-akseen. (Sahi ym. 2007, 81.)

Nuoren ja terveen ihmisen luu ei murru kuin ulkoisen tapaturman vaikutuksesta. Iän myötä luut haurastuvat luukadon eli osteoporoosin vaikutuksesta, eikä murtumaan tarvita välttämättä kuin pieni kolhu. Sairaalassa hoidetuista tapaturmista yli 80 % on vanhusten kaatumisista aiheutuneita murtumia. Ikääntyvillä reisiluun kaulan murtuma on tyypillinen luunmurtuma. Kotona sattuvat tapaturmat tapahtuvat useimmiten öisin tai aamuisin vuoteesta nousun yhteydessä, jolloin kankeus, huimaus ja heikentynyt näkökyky aiheuttavat helposti kaatumisen. Kaatumistapaturmia voidaan estää esimerkiksi oikeanlaisilla jalkineilla, valaistuksella sekä mattojen liukuesteillä. (Sahi ym. 2007, 81.)

Luunmurtumissa spontaanit murtumat ovat harvinaisia. Niitä voi kuitenkin tulla, kun esimerkiksi jokin luusairaus tai yllärasitus aiheuttaa murtuman. Murtumatyypit jaetaan avo- ja umpimurtumiin. Umpimurtumassa on vähäinen tulehdusvaara, koska siinä ei ole avointa haavaa. Avomurtumassa iho ja lihakset ovat vaurioituneet ja haava on murtuma- alueella. Joskus poikki mennyt luu on lävistänyt kudoksen ja näkyä haavassa. Avomurtuman tulehdusriski on suuri ja ne paranevat hitaammin kuin umpimurtumat. (Keggenhoff 2004, 102 - 103.)

Verenvuoto liittyy olennaisesti luunmurtumiin. Suurten luiden murtuessa on olemassa sokin vaara, kun potilas vuotaa verta niin runsaasti. Pahimmissa tapauksissa, esimerkiksi lantiomurtumassa, potilas voi vuotaa 3 000 ml, reisimurtumassa 1 000-1 500 ml ja säären umpimurtumassakin jo 500 ml. Avomurtumissa näiden luiden verenvuoto voi olla vielä suurempi. Myös lihakset, verisuonet, luuydin, hermot ja nivelsiteet voivat vaurioitua murtuman yhteydessä. Verenkierto voi estyä valtimoiden vaurioituessa ja raajaan voi tulla kuolio. Selkäytimen vaurioituminen voi olla hengenvaarallista ja siitä voi aiheutua vakava vammautuminen. Vammautumisen oireina autettava voi tuntea puutumista tai pistelyä raajoissa tai raajat voivat olla liikkumattomat. Murtumien oireita ovat yleensä turvotus ja paikallinen kipu vamma-alueella, mahdollisesti jo silmin nähtävä virheasento ja raajan epänormaali liikkuvuus. (Sahi ym. 2007, 81.)

Päätös ensiaputoimenpiteistä ja niiden mitoittamisesta tehdään kun saadaan selville tapahtumatiedot loukkaantuneelta tai silminnäkijöiltä. Normaalisti hengittävä, tajuton autettava käännetään varovasti tukien kylkiasentoon. Vamma-alueen liikuttamista tulee välttää, ellei se ole aivan välttämätöntä. Selkärankavammaa epäiltäessä, tulee noudattaa erityistä varovaisuutta potilaan liikuttelussa. (Sahi ym. 2007, 84.)

Murtuma-alue suojataan mahdollisimman puhtaalla peitinsiteellä ja näkyvä verenvuoto tulee tyrehdyttää. Tyrehdytettäessä verenvuotoa kiinnityssidettä ei saa kiertää raajan ympäri, sillä murtunut raaja turpoaa ja siteen vaikutuksesta verenkierto raajaan saattaa estyä. Vamma-alue tuetaan liikkumattomaksi, mikäli avun tuloon menee aikaa tai potilas on kaukana esimerkiksi autotien varresta. Yleensä kannattaa odottaa ammattiapua paikalle, ennen kuin aloittaa paljon liikuttelua vaativan autettavan lastoituksen. Ennen lastoittamista virheasennossa oleva raaja pyritään oikaisemaan varovasti vetämällä sitä hitaasti pituussuunnassa. Hyväasentoinen raaja tuetaan ja jäädään seuraamaan potilaan vointia ammattiavun tuloon saakka. (Sahi ym. 2007, 84.)

Tukemiseen ja lastoittamiseen vaikuttavat auttajan taitavuus, murtuman sijainti, lastoit-
tus välineistö, kuinka kauan kestää ammattiavun viipyminen ja potilaan tuleva kulje-
tusmatka. Jos murtuma aiotaan lastoittaa, kootaan kaikki tarvittavat välineet lähelle,
käden ulottuville. Murtuman tukemiseen voidaan käyttää tilapäisvälineitä esimerkiksi
lautaa tai keppiä. Niiden on oltava riittävän tukevia ja pitkiä, ja lisäksi ne on syytä
pehmustaa, jotta ne tuntuvat miellyttäviltä eivätkä paina murtumakohtaa.. Lastan on
hyvä ulottua murtuman molemmilta puolilta nivelen yli, eikä se saa estää verenkiertoa
tai hangata. Lastan kiinnittämiseen raajaan voi käyttää esimerkiksi kolmioliinoja, hui-
veja tai vöitä. (Sahi ym. 2007, 85.)

Umpimurtumissa verenvuoto aiheuttaa turvotusta ja kipua. Murtumakohtaa voi viilen-
tää esimerkiksi kertakäyttöisillä kylmäpakkauksilla kivun ja turvotuksen helpottami-
seksi. (Keggenhoff 2004, 107.)

Yleisin murtuma aikuisilla on rannemurtuma. Kämmenluiden ja ranteen seudun tuke-
miseen riittää kolmioliina, huivi tai kaulaliina. Jos rannelasta on käytössä, tuetaan käsi
lastaan ja kiinnitetään se kolmioliinalla niin, että käsivarsi lepää rentona vartalon etu-
puolella noin 90 asteen kulmassa. Solisluun ja olkavarren murtumat syntyvät useim-
miten suoran iskun tai kaatumisen seurauksena. Näissä murtumissa käytetään kahta
kolmioliinaa. Ensimmäisellä liinalla käsi tuetaan kolmioliinalla 90 asteen kulmaan ja
toisella liinalla sidotaan käsi vartaloon kiinni. Tukemisen jälkeen autettava toimitetaan
hoitoon. (Sahi ym. 2007, 85.)

Jalan murtumissa tuetaan jalkaterän tai nilkan murtuma varpaista polviin ulottuvalla
lastalla. Säären ja polvenseudun murtumissa tuen pitää ulottua lonkkaan asti. Murtu-
neen jalan voi tukea myös sitomalla tuen terveeseen jalkaan. Reisiluun murtumassa
verenvuoto voi aiheuttaa sokin. Autettava tarvitsee nopeasti ammattiapua. Reisiluun-
kaulan murtuma on kivulias, mutta verenvuoto on vähäistä. Murtumaa ei tarvitse las-
toittaa. Reisiluun ollessa murtuneena voidaan murtunut raaja sitoa terveeseen raajaan.
Annetaan sokin oireenmukaista ensiapua. Jos autettavaa joudutaan kuljettamaan, mur-
tuma tulee lastoittaa reiden ulkopuolelta jalkapohjasta kainaloon ulottuvalla lastalla ja
reiden sisäpuolelta jalkapohjasta nivustaipeeseen ulottuvalla lastalla. Tämän jälkeen
autettava siirretään kuljetusalustalle. (Sahi ym. 2007, 86.)

Kylkiluun murtuma aiheuttaa voi aiheuttaa pistävää kipua yskiessä tai syvään hengittäessä ja useamman kylkiluun murtuma voi tuottaa jo hengitysvaikeuksia. Taustalla saattaa olla vakava rintakehävamma, joka vaatii oikean ensiavun lisäksi kiireellistä ammattiapua. Autettavan ollessa tajuissaan hänet asetetaan puoli-istuvaan asentoon. Autettavan rintakehää voidaan tukea käsin tai tukisiteellä hengityksen helpottamiseksi. Jos käytettävissä on leveää teippiä, on niillä mahdollista tukea rintakehän vammautunut puoli selkärangasta rintalastaan ulottuvilla vedoilla. Autettavan hengitystä tarkkaillaan ja mikäli se ei ole riittävää tuetaan hengitystä suusta suuhun puhalluksin. (Sahi ym. 2007, 87.)

Lantion murtumat voivat vuotaa runsaasti ja vammaan voi liittyä myös virtsarakon vaurio. Ensiapu on oireenmukaista ammattiavun tuloon saakka. Mikäli autettavaa joudutaan kuljettamaan, tulee hänet siirtää kuljetusalustalle varovaisuutta noudattaen ja kuljettaa selkäranka hyvin tuettuna. Lantion ympärille voidaan kiertää tukeva side. Verenvuotoa saadaan hillittyä sitomalla potilaan polvet yhteen. (Sahi ym. 2007, 87.)

Epäiltäessä selkärangan murtumaa potilasta liikutetaan niin vähän ja varovasti kuin mahdollista. Mieluiten hän saa olla siinä asennossa kuin hänet löydettiin. Potilaan siirtäminen on välttämätöntä vain siinä tapauksessa jos sillä pelastetaan hänen henki. . Tajuton normaalisti hengittävä käännetään kylkiasentoon. Jos potilaan peruselintoiminnot ovat kunnossa, voi hän odottaa paikoillaan siihen asti kun asianmukainen kuljetus lopulliseen hoitopaikkaan saapuu paikalle. (Sahi ym. 2007, 87.)

Kaularankamurtumassa potilaan päätä ja kaularankaa tuetaan kaksin käsin ja huolehditaan siitä, että hengitystiet pysyvät auki kunnes paikalle saapuu ammattiapu. Selkä- ja kaularangan murtumissa on myös selkäydin vaarassa vaurioitua. Oireina voi tällöin olla raajan liikkumattomuus, puutumista tai pistelyä. (Sahi ym. 2007, 87.)

Nivelvammat ja niiden hoito

Nivelten nyrjähdysten, sijoiltaanmenon, jänteiden repeämän tai luunmurtuman voi aiheuttaa jokin ulkoinen mekaaninen voima. Tällöin verisuonet vaurioituvat ja verenvuoto saa vamma-alueella aikaan usein voimakasta turvotusta eikä nivel liiku normaalisti. Nivelvammat ovat hyvin kivuliaita, ja ne voidaan jakaa sijoiltaanmenoihin ja nyrjähdyksiin. Nivelen sijoiltaanmenossa nivel vääntyy ja jää väärään virheasentoon.

Nivelen nyrjähtäessä nivel vääntyy ja on hetkellisesti väärässä asennossa. Nivelkapse-
lin nivelsiteet venyvät huomattavasti yli normaalin liikelaajuuden tai ne voivat jopa
revetä. Kudosten verisuonten vaurioituessa syntyy turvotusta. (Keggenhoff 2004, 99 -
100.)

Nivelvammoissa virheasentoa ei lähdetä korjaamaan vaan se jätetään lääkärin tehtä-
väksi. Vammautunut nivel tulee asettaa lepoon eikä sitä saa rasittaa. Mahdollisuuksien
mukaan raaja asetetaan kohoasentoon ja viilennetään jos käytettävissä on kylmäpussi,
jäätä, lunta tai kylmä kääre. Välittömällä vamman viilentämisellä katsotaan olevan
ratkaiseva merkitys paranemista ajatellen. Kylmäpakkaus voidaan sitoa esimerkiksi
joustositeellä ja on tärkeää muistaa, että kylmää ei koskaan laiteta suoraan ihoa vasten.
(Keggenhoff 2004, 99 - 100.)

5.14 Liikuntatapaturmien ehkäisy

Vapaa-ajalla tapahtuvat liikuntatapaturmat ovat usein lieviä ja niistä selviydytään
yleensä vähäisillä ja helposti korjaantuvilla vammoilla. Terveydelle vakavampi vaara
on liikunnan puute. Liikunnan puute saa aikaan toimintakyvyn huononemista ja vai-
kuttaa monien sairauksien, kuten diabeteksen, sepelvaltimotaudin, ja kohonneen ve-
renpaineen puhkeamiseen. Jokaisen liikkujan on syytä henkilökohtaisesti huolehtia
fyysisestä kunnostaan. Kuntoharjoittelu parantaa hengitys- ja verenkiertoelimistön
suorituskykyä, lihasvoimaa sekä liikekoordinaatiota. Liikuntatapaturmien välttämisek-
si suorituksiin valmistaudutaan alkuverryttelyllä, ja harjoittelun lopussa huolehditaan
jälkiverryttelystä. Rasituksen jälkeen kehon on hyvä antaa palautua normaalitilaan.
Sairauden aikana ylimääräistä rasitusta on syytä välttää. Järkevään liikkumiseen ja
kuntoiluun kuuluu olennaisesti myös terveellinen ravinto ja hyvästä nestetasapainosta
huolehtiminen. (Sahi ym. 2007, 94.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyömme tavoitteena on ylläpitää ja parantaa vankilan henkilökunnan en-
siaputaitoja. Koulutukseen kuuluu ensiavun teorian läpikäyminen sekä käytännön tai-
tojen harjoittelu pienryhmissä sekä yksilöllisesti suorittaen. Tarkoituksenamme on

tuottaa toiminnallinen malli, jossa teorian tietopaketti annetaan henkilökunnalle Power-Point-esityksenä.

7 KOULUTUKSEN SUUNNITTELUN LÄHTÖKOHDAT

7.1 Kohdejoukon kuvaus

Pyhäselän vankila otettiin käyttöön 1990, ja sen tehtävänä on panna täytäntöön vankeusrangaistukset ja sakon muuntorangaistukset, pyrkiä edesauttamaan vangin valmiuksia rikoksettomaan elämään ja sijoittumista yhteiskuntaan sekä huolehtia tutkintavankeuden toimeenpanosta. Vankilalla on yhteensä 61 virkaa, joista 31 vartijoita. Valvontahenkilöstön lisäksi vankilassa työskentelee useita ammattiryhmiä sosiaali- ja terveysalalta sekä muista tukitoiminnoista. Vankilassa on 87 vankipaikkaa, joista 17 naisille. Vankilassa on seitsemän asunto-osastoa, joista yksi erillään pidettävälle vangeille. Sellit ovat 1 - 2 hengen sellejä. Vankilassa järjestetään vangeille erilaista työtoimintaa, koulutusta, kursseja sekä vapaa-ajan toimintaa. Työtoiminta käsittää esimerkiksi puusepän- ja metalliverstaan, joissa on asiaankuuluvat koneet ja laitteet. (Laukkanen 2010.)

7.2 Hyvän opetustilanteen lähtökohdat

Salakari (2007) korostaa opetuksen suunnittelussa muutamia seikkoja, jotka huomioidalla voidaan saavuttaa hyvä opetustilanne. Ensinnäkin selkeä tavoitteellisuus on keskeistä eli on määriteltävä se, mitä koulutettavien on osattava koulutuksen jälkeen. Taitojen oppiminen vaatii aina harjoittelua ja ohjausta. Koulutuksen suunnittelun tulee lähteä liikkeelle koulutettavien tarpeista ja koulutuksen taso on myös suunniteltava heidän senhetkisen tasonsa mukaisesti. Motivaatio oppimiseen on tärkeää, ja siihen voidaan vaikuttaa paljon opetuksen suunnittelulla. Kouluttajilla tulee olla riittävä ammattitaito aihealueella ja henkilökohtaista kokemusta aiheesta. Koulutus tulee organisoida käytännöllisellä tavalla huomioiden teorianten ja harjoittelun suhde tasapainoisesti sekä opetuksen tauotus. Liika teorian opiskelu aluksi ei tuota hyvää tulosta vaan heti perustietojen jälkeen on hyvä aloittaa tekeminen. Ryhmässä opiskelun hyviä puolia ovat vertaistuki sekä keskustelun ja kokemusten jakamisen mahdollisuus. (Salakari 2007, 179 - 182.)

Paane-Tiainen (2000) mukaan oppimisympäristöt jaetaan karkeasti perinteiseen suljettuun ja avoimeen ympäristöön, joiden väliin mahtuu monenlaisia versioita. Oppimisympäristö muodostuu opetustilasta, oppijoista ja ryhmän koosta, aihealueesta ja opettajista, oppimisenäkemyksistä ja tekniikoista sekä oppimislähteistä. Suljettu ympäristö muodostuu yleensä tietyistä joukosta, jonka ajallinen toiminta on etukäteen määrätty ja jolla on toiminta- tai opetussuunnitelma. Opiskelussa tähdätään johonkin päämäärään ja toiminta etenee sovituin sisällöin ja kokonaisuuksin. Tämä edellyttää läsnäolopakkoa ja harjoitukset tehdään tarkoin opettajan määrittelemällä tavalla, eikä opetuksessa liioin oteta huomioon opiskelijan aikaisempia kokemuksia. Avoimessa ympäristössä toiminta perustuu jatkuvaan oppimisen ajatteluun, jossa oppija määrittää itse tavoitteensa ja opiskelu perustuu vapaaehtoisuuteen. Oppijan aikaisemmat kokemukset otetaan huomioon ja hyödynnetään. Useimmiten oppimisympäristönä käytetään näiden kahden eri muotoja. Tavoitteena on kuitenkin aina kokonaisvaltainen oppiminen. (Paane-Tiainen 2000, 29 - 31.)

7.3 Koulutuksen suunnittelu

Koulutettaessa käytännön työtehtävissä tarvittavia taitoja on koulutuksen suunnittelun perustana Salakarin (2007) mukaan harjoittelemisen, jota pohjustaa tiedollinen osuus. Oppimistuloksia parantavat aktiivinen toiminta eli tekemällä oppiminen ja tehtävien sitominen reaalimaailman tehtäviin. Taitojen oppiminen koulutuksessa voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Kognitiivisessa vaiheessa opitaan periaatteet, joita sovelletaan käytäntöön. Kouluttajat kuvaavat ne ja kun perusteet on tiedostettu, siirrytään kiinnitysvaiheeseen. Kiinnitysvaiheessa harjoitellaan opitut asiat jatkuvaksi toiminnaksi. Kouluttajan rooli on olla taka-alalla tarkkailemassa tarvittaessa koulutettavia ohjaten sekä palautetta antamassa. Tehtävien tulee olla sopivan haastavia ja motivoivia. Kolmas vaihe käsittää koulutettavan harjaantumisen, kyvyn soveltaa oppimia taitojaan. (Salakari 2007, 8 - 9.)

Ensiapukoulutuksen teorian esitystä varten laadimme keskeiset asiat käsittävän Power-Point-teoriaesityksen, joka etenee vaiheittain käytännön harjoitusten kanssa. Teoriaosuuden jälkeen ja myös sen aikana varaudumme henkilökunnan tekemiin kysymyksiin ja pyrimme vastaamaan niihin Käypä hoito -suositusten ja Punaisen Ristin antamien ohjeiden mukaisesti. Käytännön koulutuksessa näytämme malliesimerkin

oikeasta toiminnasta, ennen kuin henkilökunta aloittaa harjoittelun. Käytännön harjoituksen ajaksi jaamme henkilökunnan kahteen ryhmään, jolloin molemmat meistä kouluttajista saavat oman ryhmän. Näin koulutettavien kannustaminen suoritteisiin ja mahdollisten virheiden oikaiseminen on helpompaa ryhmäkoon ollessa sopiva. Koulutuksen jälkeen jaamme arviointikaavakkeet koulutettaville. Harjoituksen lopuksi pidämme kiitospuheenvuoron henkilökunnalle harjoitukseen osallistumisesta.

Koulutuspaikkana olevassa luentotilassa on mahdollisuus projektorin käyttöön ja tila riittää kahden eri harjoittelupisteen muodostamiseen. Rastit, joita ovat elvytys, tajutoman käsittely ja verenvuodon tyrehtyttäminen, asetetaan eri puolille luokkaa. Näin saamme koulutettaville enemmän suorituksia ja oppiminen tehostuu. Saadaksemme kontaktin koulutettaviin pyrimme opettelemaan teoriaesityksen niin hyvin, että voimme pitää katsekontaktin koulutettaviin. Teoriaesitys toimii ainoastaan taustatukena. Esitämme sovitut osuudet vuoronperään, ja toinen kouluttaja tukee esitystä ja käyttää tietokonetta. Äänessä oleva seisoo luokan edessä kasvot yleisöön päin.

Suunniteltu koulutuspaketti esiteltiin sopimuspalokuntalaisille Liperin paloasemalla. Koulutuksesta sovittiin Liperin paloaseman asemamestarin kanssa etukäteen ja koulutuksen ajankohtana oli aseman normaali viikkoharjoitus tiistaina 27.9.2011 klo 18.00 alkaen. Paikalla oli 10 sopimuspalomiestä ja kaksi vakituista sairaankuljettajaa. Koulutettavat henkilöt ovat työsuhteessa Pohjois-Karjalan pelastuslaitokseen. Toinen sairaankuljettajista kellotti koulutuksen kulun eri vaiheet minuutilleen, minkä perusteella laaditaan tulevan koulutuksen ajankäytön runko. Koulutusesitys kesti 1 tuntia 41 minuuttia ja jakautui kolmeen teoriaosuuteen ja kolmeen harjoitusosuuteen sekä palautteen kirjoittamiseen. Taukoja ei pidetty. Teoriakoulutus pidettiin PowerPointesityksen tukemana, ja harjoituksiin oli käytössä kaksi elvytysnukkea sekä sidostarpeita.

Koulutuksesta pyydettiin myös kirjallinen palaute, jonka kaikki osallistujat täyttivät. Lomakkeessa (liite 2) oli arvioitavana viisi kokonaisuutta Likertin asteikolla 1 - 5. Kokonaisarvion oli lomakkeeseen merkinnyt 10 osallistujaa ja keskiarvoksi tuli 4,4. Kommentteja koulutuksesta saatiin useita, ja ne huomioitiin tulevan koulutuksen suunnittelussa. Kommentit olivat seuraavanlaisia:

- Esitystekniikan suhteen diojen sisältö tulisi opetella niin hyvin, ettei tarvitse itse katsoa dioja vaan kohti yleisöä. Diojen tulisi vain tukea esitystä.
- Katsekontaktia koulutettaviin kaivattiin.
- Murresanat elävöittivät esitystä, mutta muutamia sanoja epäiltiin sopiviksi, esimerkiksi kroppa.
- Kuvien käyttöoikeutta perättiin.
- Huumeasiat menivät liian nopeasti.
- Enemmän esimerkkejä.
- Ajankäytössä olisi huomioitava tauot.
- Materiaalia liikaa kahden tunnin koulutukseen.
- Enemmän harjoittelua.
- Tavoitteet jäivät kertomatta esityksen alussa, miten ja mitä koulutetaan.

7.4 Ajankohta, paikka ja arviointi

Ensiapukoulutus on arvioitu pidettäväksi Pyhäselän henkilökunnalle sopivana ajankohtana joulukuussa 2011 tai viimeistään tammikuussa 2012. Ensiapukoulutuksen rakenne lähetetään Pyhäselän vankilan rikosseuraamusesimiehelle arvioitavaksi ja hyväksyttäväksi viimeistään vuoden 2011 loppuun mennessä. (Liite 3.)

Palautteen arvioimme myöhemmin ja vertaamme mahdollisesti tuloksia aikaisemmin pidettyyn harjoitukseen Liperin sopimuspalokunnan ryhmälle.

8 ENSIAPUKOULUTUSPÄIVÄN TOTEUTUS JA KULKU

8.1 Koulutuspäivän eteneminen

Koulutus toteutui 18.1.2011 Pyhäselän vankilassa klo 8.30 alkaen. Saavuimme paikalle puoli tuntia aiemmin mukanaamme harjoitusosioihin tarvittava materiaali, jonka saimme lainaan Pohjois-Karjalan pelastuslaitokselta. Aiemmin oli jo tiedusteltu mahdollisuus av-laitteiden olemassaoloon, mutta huomiotta oli jäänyt varmistaa PowerPoint-esityksemme yhteensopivuus vankilan laitteiston kanssa. Tässä tulikin ongelma, mutta eräs vankilan työntekijä järjesti tietotekniikka-apua ja esitys saatiin ajoissa toimimaan. Katsoimme harjoittelupaikat (2 kpl) valmiiksi, ja koulutettavien saavuttua pääsimme aloittamaan koulutuksen klo 8.45. Koulutuksen osallistui kahdeksan henkilöä.

8.2 Koulutuksen kulku

Koulutus toteutettiin pääosin jo suunnitellulla rungolla, johon oli lisätty hieman aineistoa, mm. verialtistuksesta ja huumeista. Pyrimme esityksessämme huomioimaan 27.9.2011 pidetyn koulutuksen jälkeiset kritiikit. Aloitimme esittelyllä ja kertomalla koulutuksen sisällön ja tavoitteet sekä koulutuksen keston, johon oli varattu kolme tuntia taukoineen. Alustuksen jälkeen kävimme läpi potilaan kohtaamisen ja tajuttoman potilaan käsittelyn teoriassa. Näytimme myös esimerkin herättelystä, potilaan hengityksen toteamisesta ja kylkiasentoon laitosta. Sitten harjoittelimme asioita käytännössä kahdessa ryhmässä. Koulutettavat herättelivät toisiaan ja totesivat hengittääkö potilas vai ei ja siirsivät potilaan kylkiasentoon. Harjoittelua seurasi 15 minuutin pituinen kahvitauko.

Esitys jatkui elottoman potilaan kohtaamisella, tunnistamisella ja peruselvytyksen opettamisella. Näytimme taas esimerkin, kuinka elottomuus todetaan ja mitkä ovat alkutoimet yksin tai useamman auttajan tapauksessa sekä sen, kuinka puhalluspainanta-elvytys käytännössä toteutetaan. Koulutettavat harjoittelivat kahdessa ryhmässä sekä yksinelvytystä että elvytystä kahden auttajan voimin. Kouluttajat korjasivat mahdolliset virheet puhallus- ja painantaosion aikana. Harjoituksen jälkeen pidettiin 15 minuutin mittainen kahvitauko.

Tauon jälkeen esitystä jatkettiin verta ulos vuotavan potilaan auttamistoimilla. Kävimme teoriassa läpi verenkiertoelimistön havainnekuvan avulla ja kerroimme laskimo- ja valtimovuodon erot sekä vaarallisimmat vuotopaikat ihmisessä sekä kuinka toimitaan, mikäli vuodon aiheuttajana on vierasesine. Tämän jälkeen näytimme esimerkin painesiteen sekä kiristyssiteen teosta. Koulutettavat harjoittelivat sitten pareittain painesiteen teon. Osiossa käytiin läpi vielä Celox-vuodonestäjän käyttö videomateriaalin avulla.

Koulutus jatkui opettamalla toimet, jos potilaalla on hengitystie-este. Näytimme esimerkin, kuinka potilasta käsitellään mm. Heimlichin otteella. Murtumat, myrkytykset sekä huumeet kävimme läpi teoriassa ja koulutuksen lopuksi pyysimme koulutettavia täyttämään palautelomakkeen ja kiitimme heitä osallistumisesta koulutukseen. Koulutus päättyi 11.45 ja oli siten kestoltaan tasan kolme tuntia.

8.3 Sisällön arviointi

Koulutuksen pysyi suunnitellussa aikataulussa. Harjoitusosiot sujuivat jouhevasti samassa tilassa, ja harjoitteluun riitti hyvin aikaa ja tilaa ryhmän koon pienuuden sekä kahden harjoittelupaikasta ansiosta. Teoriaosuuksilla oli myös aikaa vastailla tarkentaviin kysymyksiin, joita tulikin sopivaan tahtiin.

Koulutettavat täyttivät palautelomakkeen (liite 2), joka jakautui viiteen osioon käsittämällä koulutuksen järjestelyt, tavoitteet ja sisällön, koulutuksen tarpeellisuuden sekä kouluttajien työskentelyn. Viimeisenä kohtana oli kokonaisarvio koulutuksesta. Arvosteluasteikko oli Likertin asteikolla 1 - 5. Palautelomakkeista laskettiin eri osioiden arvosanojen keskiarvot. Koulutuksen järjestelyjen keskiarvo oli 4,1. Tavoitteet ja sisältö arvosteltiin keskiarvolla 4,4, ja tarpeellisuus sai keskiarvokseen 4,4. Kouluttajien työskentely arvioitiin keskiarvolla 4,6, ja kokonaisarvion keskiarvo koulutuksesta oli 4,4. Kokonaisarvio koulutuksesta oli siis sama kuin 27.9.2011 pidetyn koulutuksen arvosana.

Katsomme koulutuksen onnistuneen hyvin ja olleen tarpeellinen myös koulutettaville. Erään koulutettavan antaman palautteen mukaan ”Asiantuntemuksenne ja innostuneisuutenne näkyivät ja tekivät koulutuksesta kiinnostavan. Harjoituksien ja teorian suhde sopiva. Esimerkit ja huumori elävöittivät esitystä. Hyvin poimittu työyhteisömme kannalta keskeisiä teemoja käsiteltäviksi. Ensiaputaito on tärkeä asia ja taito, jota on syytä harjoitella säännöllisesti. Sikäli tärkeä ja ajankohtainen aihe.” Koulutus oli erinomaista harjoittelua sekä oman työmme että sairaanhoitajan työn kannalta. Esiintyminen ja kouluttaminen vaativat harjoittelua ja vankan tieto-taito-pohjan opetettavasta asiasta. Tämä opinnäytetyö parantaa molempia taitoja ja antaa varmuutta toteuttaa esimerkiksi neuvontaa ja ohjausta sairaanhoitajan työssä.

9 POHDINTA

Valitsimme opinnäytetyömme aiheen oman mielenkiintomme mukaan. Kumpikin meistä toimii ammatissaan ensihoidossa ja aihealue on tuttu. Kummallakaan ei kuitenkaan ollut aikaisempaa kokemusta näin laajasta työstä ensiapukoulutuksen suhteen. Opintojen myötä kiinnostuksemme ensiaputaitojen kasvattamiseen ja ylläpitämiseen

on vain lisääntynyt. Koimme, että opinnäytetyöstämme tulisi olla hyötyä jollekin ryhmälle. Pyhäselän vankila on suljettu vankila, ja mielenkiintomme heräsi pohtiesamme, millainen alttius vankilassa on erilaisiin ensiapua tarvittaviin tilanteisiin ennen kuin ammattiauttajat saadaan paikalle. Lisäksi Pyhäselän vankila sijaitsi tekijöille strategisesti keskeisellä paikalla suurin piirtein puolessa välissä asuinpaikkakuntiiimme nähden. Käsityksemme mukaan useassa työpaikassa henkilöstöllä on vain tyydyttävät ensiapuaputaidot ja työpaikan ensiapuvarustus voi olla puutteellista työpaikan riskeihin nähden. Nykyaikana tieto vanhenee nopeasti, ja se edellyttää oman ammattitaidon jatkuvaa kehittämistä ja ylläpitämistä. Viralliset uudet elvytysuositukset julkaistiin lokakuussa 2010, joten projektiluonteinen opinnäytetyömme oli ajankohtainen toteuttaa.

Opinnäytetyömme tarkoitus oli ensiapukoulutuksen toteuttaminen Pyhäselän vankilan henkilökunnalle, ja sen tavoitteena oli vankilan henkilökunnan ensiaputaitojen ylläpitäminen ja parantaminen. Yhteistyö vankilan henkilökunnan johdon kanssa sujui hyvin.

Ensitapaamisella sovimme johdon kanssa työllemme suuntaviivat ja lisäkyselyjen avulla henkilökunnalta saimme koulutuksen aihealueen vastaamaan henkilökunnan odotuksia vastaavaksi.

Koulutuspäivän valmistelu vaati molemmilta tekijöiltä ponnisteluja tarvikkehankintoi-
neen ja diaesityksen laatimisineen, mutta aikataulussa pysyttiin sovitusti. Opetusteori-
amme perustui diojen esittämiseen, jotka opettelimme ulkoa. Näin pystyimme havain-
nollistamaan opetusta teorian tietojamme hyödyntämällä ja omia käytännön kokemuksia
esille tuoden. Teoriaosuuden jälkeen kävimme käytännön harjoittelun kahdessa ryh-
mässä läpi. Kaiken kaikkiaan esitystämme pidettiin hyvänä ja asiantuntevana; oma
innostuksemme asiaan lisäsi myös osanottajien aktiivisuutta. Koulutuspäivän organi-
sointi oli hyödyllinen kokemus tulevaisuutta ajatellen. Erilaisia opetus- ja ohjaustilan-
teita voimme sairaanhoitajina kohdata tulevaisuudessakin. Onnistunut ja sujuva esi-
ttäminen on mielestämme hyvän suunnittelun, harjoittelun ja ammatillisen osaamisen
kin tulos. Opinnäytetyötämme voisi hyödyntää muiden ammattiryhmien ja yritysten
tarkoituksiin muokkaamalla ja kartoittamalla ensiapukoulutus niiden tarpeita vastaa-
vaksi.

LÄHTEET

Alahuhta, Seppo, Lindgren, Leena, Olkkola, Klaus, Rosenberg, Per & Takkunen, Olli 2006. Anestesiologia ja tehohoito. 2. uudistettu painos. Helsinki:Duodecim

Dyregrov, Atle 1994. Katastrofipsykologian perusteet. Tampere: Vastapaino.

Elvytys 2011. Päivitetty käypä hoito - suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen ristin asettama työryhmä.

<http://www.kaypahoito.fi/xmedia/extra/hoi/hoi17010.pdf> . Päivitetty 21.2.2011. Luettu 24.9.2011.

Haavisto, Jarmo & Karevaara, Marko 2009. Vankiloiden valvontahenkilökunnan osallistuminen täydennyskoulutukseen. Laurea-ammattikorkeakoulu .Tikkurila. Rikosseuraamusalan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW- dokumentti.

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2315/Opinnaytetty_Karevaara_Haavisto.pdf?sequence=1 Luettu 17.1.2011.

Holopainen, Marja 2007. Aikuinen oppijana - aikuisoppijan erityispiirteiden huomiointi aikuisopetuksessa Jyväskylän ammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/20042>. Luettu 17.1.2011. Kehittämishankeraportti.

Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari, Pikkarainen, Pirjo 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Tammi.

Ikola, Kaisu 2007. Elvytys ja elvytetyn hoito. Tampere: Duodecim.

Junninen, Mika 2008. Suomalaisten vankiloiden turvallisuus. Rikosseuraamusviraston julkaisu 5/2008. Rikosseuraamusvirasto.

Keggenhoff, Franz 2004. APUA!: ensiapua. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Mustajoki, Pertti 2010. Lääkärikirja Duodecim. Sokki. WWW- dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00080. Päivitetty 26.11.2010. Luettu 26.9.2011.

Paane-Tiainen, Tuulia 2000. Oppijaksi aikuisena. Helsinki: Oy Edita Ab.

Peltola, Sanna 2010. Ammatillaisen rooli kouluttajana. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajankoulutus.. WWW- dokumentti.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/15710/Peltola_Sanna.pdf?sequence=1 Luettu 29.1.2011. Kehittämishankeraportti.

Peltonen, Hannu 1995. Kasvattajana sosiaali- ja terveysalan ammattiteissa. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Rikosseuraamusviraston monisteita 1/2003. Vankien terveydenhuollon kehittäminen. Työryhmän raportti. WWW- dokumentti.
<http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/3rvv4zo6jcjx9.pdf> Luettu 17.1.2011.

Rogers, Jenny 2004. Aikuisoppiminen. Maidenhead: Open University Press

Ruohotie, Pekka 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Juva: WS Bookwell Oy.
 Rikosseuraamuslan koulutuskeskus. 2008a. Junninen, Mika. 2008. Suomalaisten vankiloiden turvallisuus. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 5/2008. Rikosseuraamusvirasto.

Sahi, Timo, Castrèn, Maaret, Helistö, Neta & Kämäräinen, Leena 2002 - 2007. Ensiapuopas. Duodecim.

Suomen Punainen Risti 2002. WWW-dokumentti.
http://www.redcross.fi/punainenristi/historiaa/fi_FI/ Ei päivitystietoja. Luettu 24.4.2011.

Suomen Punainen Risti. 2005. Ensiapuvalmius työpaikoilla. Luentomoniste.

Suomen Punainen Risti 2008. Monta tapaa välittää. Päivitetty 2. painos.

Suomen Punainen Risti 2011. WWW-dokumentti.
http://fi.wikipedia.org/wiki/Suomen_Punainen_Risti. Päivitetty 26.5.2011. Luettu 28.5.2011.

Toivonen, Mikko 2008. Ensiapukoulutus. Diakonia-ammattikorkeakoulu/Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan laitos. Hoitotyön koulutusohjelma. Opin-
 näytetyö

Vilkkä, Hanna, Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Taustatietolomake ensiapukoulutusta varten

MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma/sairaanhoitaja-AMK-opiskelijat: Antikainen Mika ja Kakkinen Tero

Opinnäytetyö: Ensiapukoulutusta Pyhäselän vankilan henkilökunnalle

Keräämme taustatietoja tulevaa ensiapukoulutusta varten. Tietojen avulla pyrimme kehittämään koulutuksen sisältöä laitoksellenne sopivaksi ja kohdistamaan koulutusta Pyhäselän vankilan valvontahenkilöstön tarpeisiin.

Ikäsi: ____

Palvelusvuotesi: ____

Ammattinimikkeesi:

Aikaisemmat ensiapukoulutukset, vuosi:

Ensiaputoimia vaatineet tilanteesi työpaikallasi: Rastita seuraat kohdat kokemuksiesi perusteella:

Elottomuus ____

Myrkytys ____

Tukehtuminen ____

Pahoinpitely ____

Ampumavamma ____

Puukotus ____

Palovamma ____

Jokin muu _____

Mitä toivot/odotat tulevalta koulutukselta?

LIITE 1(2).

Taustatietolomake ensiapukoulutusta varten

Kiitos vastauksestanne!

Koulutuksen arviointilomake

KOULUTUKSEN TAUSTATIEDOT:					
Koulutuksen aihe ja paikka:					
Kouluttaja:					
Kohderyhmä:					
Arvioi alla olevia kohtia seuraavan asteikon mukaan: 1=Heikko, 2=kohtalainen, 3=keskinkertainen, 4=hyvä, 5=erinomainen					
	1	2	3	4	5
1. KOULUTUKSEN JÄRJESTELYT					
Koulutustila ja -välineet					
Opetusmateriaali					
Ajan käyttö					
2. KOULUTUKSEN TAVOITTEET JA SISÄLTÖ					
Koulutuksen tavoitteiden ilmaisu					
Koulutuksen tavoitteiden saavuttaminen					
Koulutuksen laatu					
Koulutuksen sisällön mielekkyys					
Teorian ja käytännön suhde					
Tiedon ajankohtaisuus					
Koulutuksen vaatimustason sopivuus					
Koulutuksen määrän riittävyys					
3. KOULUTUKSEN TARPEELLISUUS					
Koulutuksen hyödyllisyys oman työni kannalta					
Koulutuksen hyödyllisyys itseni kannalta					
Koulutuksen hyödyllisyys työyhteisöni kannalta					
Koulutuksen motivoiva merkitys					
4. KOULUTTAJIEN TYÖSKENTELY					
Opetustaito					
Asiantuntemus					

Koulutuksen arviointilomake

<p>5. KOKONAISARVIO KOULUTUKSESTA</p>					
<p>Voit esittää mahdollisia kommentteja koulutuksesta, kouluttajista ja koulutustarpeista lomakkeen kääntöpuolella. Otamme mielellämme vastaan myös kehitysehdotuksia ensiapukoulutukseen liittyen.</p>					
<p>Kiitos palautteestasi sekä osallistumisesta koulutukseen! Antamasi palaute on meille arvokasta, käytämme saamaamme tietoa koulutustoimintamme ja opinnäytetyömme kehittämiseen.</p>					

LIITE 3.**Pyhäselän vankilan henkilökunnan ensiapukoulutuksen runko**

Tapahtuma	Aihe	Kello (h)	Kesto (min)
Aloitus	Tervetulotoivotus, esittäytyminen, koulutuksen sisältö ja tavoitteet	0.20	20
Teoria 1	Johdanto, potilaan kohtaaminen ja tajuttomuus	0.40	20
Harjoitus 1	Herättely, hengitystien avaaminen ja kylkiasento	1.00	20
Tauko		1.15	15
Teoria 2	Elottomuus	1.25	10
Harjoitus 2	Elvytys: yksi elvyttäjä//kaksi elvyttäjää	1.55	30
Tauko		2.10	15
Teoria 3	Verenvuoto	2.25	15
Harjoitus 3	Verenvuodon tyrehtyttäminen painesiteellä	2.40	15
Palaute+lopetus	Kirjallinen lomake + yleistä keskustelua	3.00	20
	Yhteensä	3.00	180