

Ensiapu- ja turvallisuuskoulutus varhaiskasvatuksen työntekijöille

Iida Aronen

Elise Calonius

OPINNÄYTETYÖ
Maaliskuu 2021

Ensihoitajan tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ensihoitajan tutkinto-ohjelma

ARONEN, IIDA & CALONIUS, ELISE:
Ensiapu- ja turvallisuuskoulutus varhaiskasvatuksen työntekijöille

Opinnäytetyö 88 sivua, joista liitteitä 27 sivua
Maaliskuu 2021

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ensiapu- ja turvallisuusaiheinen koulutuskokonaisuus Tuusulan Notkopiiston varhaiskasvatusyksikön työntekijöille. Lisäksi tarkoituksena oli tuottaa ensiapuopas yksikön käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena oli koulutusten ja oppaan avulla parantaa varhaiskasvatusyksikön henkilökunnan valmiutta toimia lapsen ensiapua vaativissa tilanteissa ja sen myötä edistää yksikön turvallisuutta.

Koulutuskokonaisuus pidettiin kolmessa osassa syksyllä 2020. Varhaiskasvatusyksikön työntekijät saivat vaikuttaa ensiapukoulutusten sisältöihin ennakkokyselyn avulla. Turvallisuuskoulutuksessa käsiteltävät aiheet valikoituivat Notkopiiston varhaiskasvatusyksikön turvallisuussuunnitelmasta. Ensiapuoppaaseen koottiin tiivistetysti ja selkeästi koulutuksissa läpikäytyt ensiapuohjeet.

Koulutusten osallistujilta kerätystä palautteesta kävi ilmi, että koulutuskokonaisuuden koettiin olleen hyödyllinen ja vastanneen varhaiskasvatusyksikön tarpeita. Vastaavia opinnäytetyön tuotoksena toteutettuja ensiapukoulutuksia on tehty viime vuosien aikana Suomen varhaiskasvatusyksiköissä runsaasti, ja tarvetta niille on varmasti myös tulevaisuudessa.

Asiasanat: ensiapu, turvallisuus, varhaiskasvatus, lapsi, koulutus, opas

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Emergency Care

ARONEN, IIDA & CALONIUS, ELISE:
A First Aid and Safety Training Course for Early Childhood Educators

Bachelor's thesis 88 pages, appendices 27 pages
March 2021

The purpose of this thesis was to organise a first aid and safety training course and construct a first aid guide for employees of Notkopiisto Day Care Centre in Tuusula. The aim was to improve safety in the Notkopiisto centre by increasing the early childhood educators' first aid and safety skills.

The first aid and safety topics were divided thematically into three training sessions, which were organised during the fall of 2020. The educators of Notkopiisto centre were asked their preferences considering the contents of the first aid themed training sessions. The contents of the safety session were selected from the safety plan of the day care center. The contents of the first aid sessions were compiled and compacted into the first aid guide.

The feedback gathered from the participants indicated that the training course met the needs and expectations of the Notkopiisto centre and its educators. Over the last few years there have been numerous similar first aid training courses organised as a part of a thesis in different early childhood education centers in Finland and most likely there will be a continued need for them in the future.

Key words: first aid, safety, early childhood education, child, training, guide

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT	8
3	TEOREETTINEN VIITEKEHYS	9
4	TURVALLISUUS VARHAISKASVATUSYKSIKÖSSÄ.....	10
	4.1 Varhaiskasvatusyksikön turvallisuus	10
	4.2 Turvallisuusohjeet	11
	4.2.1 Häätäilmoituksen tekeminen	11
	4.2.2 Tulipalotilanteessa toimiminen	12
	4.2.3 Uhkaavan henkilön kohtaaminen.....	15
5	LAPSEN ENSIAPU	17
	5.1 Lasten tapaturmista yleisesti	17
	5.2 Lapsen anatomiset erityispiirteet.....	18
	5.3 Ensiapuohjeet	20
	5.3.1 Haavat ja nenäverenvuoto.....	20
	5.3.2 Nyrjähdykset ja murtumat.....	22
	5.3.3 Aivotärähdys.....	24
	5.3.4 Vierasesine hengitysteissä	25
	5.3.5 Allerginen reaktio ja anafylaksia	26
	5.3.6 Kuume-kouristus.....	28
	5.3.7 Epilepsia.....	29
	5.3.8 Diabetes	31
	5.3.9 Tajuttomuus.....	34
	5.3.10Elottomuus	35
6	ENSIAPU- JA TURVALLISUUSKOULUTUS	40
	6.1 Koulutuksen suunnittelu ja tavoitteet.....	40
	6.2 Koulutuksen toteutus.....	42
	6.3 Koulutuksen palautteet.....	45
7	ENSIAPUOPAS	47
	7.1 Ensiapuoppaan tavoite.....	47
	7.2 Ensiapuoppaan suunnittelu ja toteutus	47
8	POHDINTA	50
	8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	50
	8.2 Opinnäytetyöprosessin pohdinta ja jatkokehittämisaiheet.....	51
	LÄHTEET.....	56
	LIITTEET	62
	Liite 1. Saatekirje	62

Liite 2. Koulutusten sisältö	63
Liite 3. Ensiapuopas.....	64

1 JOHDANTO

Jokaisella lapsella on oikeus turvalliseen elämään niin kotona, kuin kodin ulkopuolellakin. Kotona lapsen turvallisuudesta huolehtii pääasiassa huoltaja, päiväkodissa puolestaan varhaiskasvatuksen ammattilaiset. Varhaiskasvatuslaissa (540/2018) on määritelty varhaiskasvatuksen tavoitteet. Yhtenä tavoitteena on ”varmistaa kehittävä, oppimista edistävä, terveellinen ja turvallinen varhaiskasvatusympäristö”. Lasten turvallisuus varhaiskasvatuksessa edellyttää henkilökunnan valmiutta toimia mahdollisissa ensiapua vaativissa tilanteissa. Ensiaputaitojen ylläpitämiseksi niitä tulee kerrata säännöllisesti. Kansalliset ensiapuohjeet päivittyvät jatkuvasti, mikä lisää myös säännöllisen kertaamisen tarvetta.

Meille on ollut opinnäytetyöprosessin alusta asti selvää, että haluamme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön. Mietimme useampia aiheita, mutta kun saimme kuulla, että Tuusulan Notkokuiston varhaiskasvatusyksikön henkilökunta kaipaisi jonkinlaista ensiapukoulutusta, kiinnostuimme asiasta. Vastaavia ensiapu- ja turvallisuusaiheisia toiminnallisia opinnäytetöitä on tehty paljon eri varhaiskasvatuksen yksiköihin Suomessa, mutta Notkokuiston varhaiskasvatusyksikössä sellaista ei ole lähivuosina ollut. Koemme, että koulutuksen suunnittelu ja järjestäminen ammattilaisille edistää tehokkaasti myös omaa oppimistamme.

Kun perehdyimme enemmän aiheeseen, meitä alkoi kiinnostamaan myös ensihoitajien näkökulma asiaan. Koemme, että ensihoitajien on hyödyllistä tietää, millaisia valmiuksia varhaiskasvatuksen työntekijöillä on auttaa lapsia hätätilanteissa. Kun ensihoitajilla on jonkinlainen näkemys osaamistasosta, on päiväkotiin kohdistuville tehtäville helpompi valmistautua.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä ensiapu- ja turvallisuuskoulutuskokonaisuus Notkokuiston varhaiskasvatusyksikön henkilökunnalle. Lisäsimme koulutuskokonaisuuteen ensiapuaiheiden lisäksi turvallisuusosuuden, jotta opinnäytetyö vastaa paremmin oman koulutuksemme tasoa. Koulutukset toteutetaan kolmessa osassa syksyn 2020 aikana. Lisäksi kokoamme koulutusten aiheista

ensiapuoppaan varhaiskasvatusyksikön henkilökunnan käyttöön. Koska opin-
näytetyön tuotoksen kohderyhmänä ovat varhaiskasvatuksen ammattilaiset, kä-
sittelemme koulutuksissa sekä oppaassa lähinnä lasten ensiaputilanteita.

Tässä opinnäytetyön raportissa käsittelemme varhaiskasvatusyksikön kokonais-
valtaista turvallisuutta sekä lapsiin kohdistuvien tapaturmien ensiapua. Ensiapu-
ohjeet ovat rajattu käsittelemään maallikoiden antamaa ensiapua. Lisäksi ker-
romme opinnäytetyöprosessin eri vaiheista, kuten koulutusten sekä ensiapuop-
paan suunnittelusta ja toteutuksesta. Opinnäytetyömme tavoitteena on parantaa
lasten turvallisuutta päivähoidossa lisäämällä varhaiskasvatuksen työntekijöiden
valmiutta toimia lapsen ensiapua vaativissa tilanteissa. Lisäksi tavoitteena on pa-
ranta yksikön turvallisuutta kertaamalla turvallisuussuunnitelman sisältöä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa ensiapu- ja turvallisuusaiheinen koulutuskokonaisuus Tuusulan Notkokuiston varhaiskasvatusyksikön työntekijöille. Lisäksi teemme koulutusten pohjalta ensiapuoppaan yksikön käyttöön.

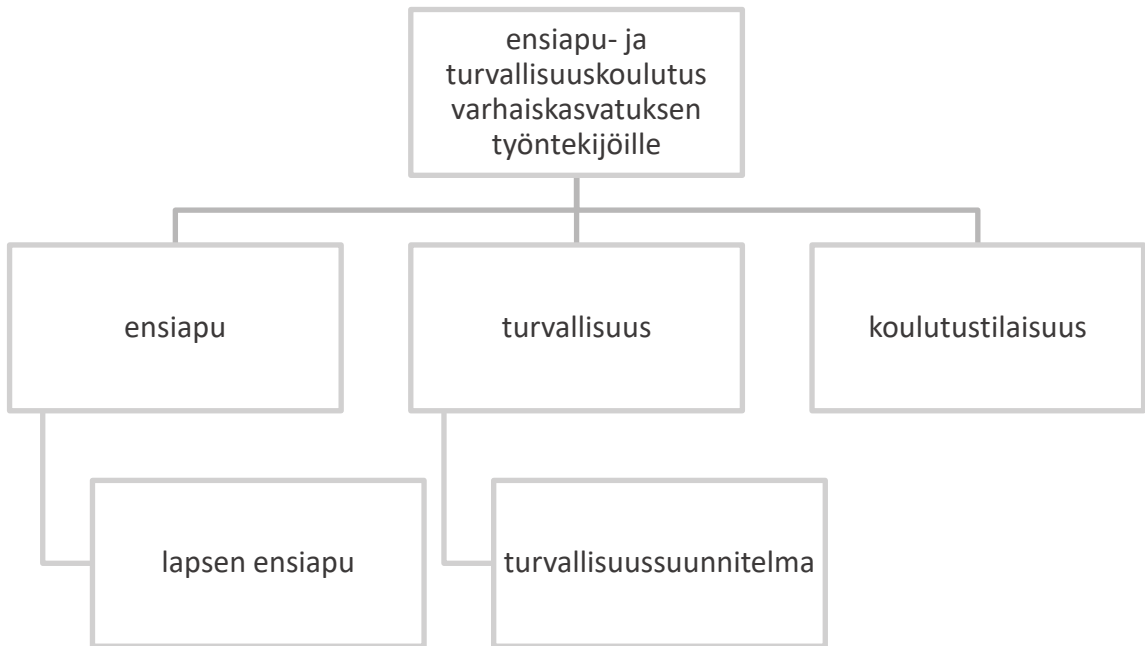
Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä varhaiskasvatuksen työntekijöiden valmiutta toimia lapsen ensiapua vaativissa tilanteissa ja sen myötä parantaa lasten turvallisuutta varhaiskasvatusyksikössä. Lisäksi tavoitteena on parantaa lasten sekä työntekijöiden turvallisuutta kertaamalla turvallisuuteen liittyviä asioita, kuten tulipalotilanteessa toimimista.

Opinnäytetyön tehtävänä on vastata kysymyksiin:

1. Mitkä ovat yleisimmät lapsen ensiapua vaativat tilanteet varhaiskasvatuksessa?
2. Miten lasten ensiaputilanteissa tulee toimia?
3. Millainen on hyvä koulutus?

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Opinnäytetyötämme ohjaavat keskeisinä käsitteinä varhaiskasvatus, turvallisuus, turvallisuussuunnitelma, ensiapu sekä erityisesti lasten ensiapu. Teoreettisessa viitekehyksessä pyrimme selvittämään keskeisistä käsitteistä työllemme olennaiset asiat.



Opinnäytetyössämme varhaiskasvatuksen työntekijöillä tarkoitetaan erityisesti Notkokuiston varhaiskasvatusyksikön työntekijöitä. Ensiavulla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä maallikon antamaa ensiapua. Maallikolla tarkoitetaan henkilöä, jolla ei ole terveysalan tutkintoa. Seuraavissa luvuissa tullaan käsittelemään teoreettisen viitekehysten käsitteitä laajemmin.

4 TURVALLISUUS VARHAISKASVATUSYKSIKÖSSÄ

4.1 Varhaiskasvatusyksikön turvallisuus

Varhaiskasvatusyksiköiden turvallisuudesta on säädetty useassa laissa. Työturvallisuuslaki (738/2002) määrittää, että työnantajan on huolehdittava työntekijöiden turvallisuudesta sekä terveydestä työssä. Lasten turvallisuudesta ja terveydestä varhaiskasvatusympäristössä puolestaan määrää varhaiskasvatuslaki (540/2018). Näiden lakien avulla pystytään ennaltaehkäisemään uhkatekijöitä ja varmistamaan kaikille turvallinen varhaiskasvatusympäristö.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Notkokuiston varhaiskasvatusyksikön kanssa. Notkokuiston varhaiskasvatusyksikkö sijaitsee Tuusulan Jokelassa, ja se tarjoaa ympärivuorokautista päivähoitoa. Päivähoidon puolella toimii seitsemän lapsiryhmää: alle 3-vuotiaiden ryhmä, 3-5-vuotiaiden ryhmä, kaksi 4-6-vuotiaiden ryhmää, sisarusryhmä, integroitu erityisryhmä sekä vuorovarhaiskasvatuksen ryhmä. Yhteensä näissä ryhmissä on 115 lasta. Lisäksi tiloissa toimii Perhetupa, joka tarjoaa avointa varhaiskasvatusta sekä lasten kerhoja. Tällä hetkellä kerhoja on kaksi: 2-vuotiaiden kerho sekä 3-5-vuotiaiden kerho. Yhteensä näissä kerhoissa on noin 20 lasta. Yksikön johtajan lisäksi varhaiskasvatusyksikössä on 34 työntekijää: 12 varhaiskasvatuksen opettajaa, 12 varhaiskasvatuksen lastenhoitajaa, kaksi yöhoitajaa, kaksi varahenkilöä sekä kuusi ryhmäavustajaa.

Notkokuiston varhaiskasvatusyksikkö on siis henkilömäärältään melko suuri, mikä voi osaltaan lisätä turvallisuuteen liittyviä riskitekijöitä. Suuri henkilömäärä esimerkiksi pidentää hätäpoistumiseen kuluvaan aikaan. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että ammattitaitoista henkilökuntaa on tarpeeksi. Varhaiskasvatuksen henkilöstön mitoituksesta on säädetty valtioneuvoston asetuksessa varhaiskasvatuksesta (753/2018).

Pelastuslain (379/2011) sekä valtioneuvoston asetuksen pelastustoimesta (407/2011) mukaan varhaiskasvatusyksiköihin on laadittava pelastussuunnitelma, joka sisältää esimerkiksi ohjeita vaaratilanteiden ehkäisemiseksi sekä

niissä toimimiseksi. Pelastussuunnitelma ei kuitenkaan ota huomioon kaikkia varhaiskasvatuksessa esiintyviä uhkatilanteita, joten päivähoiton yksiköihin tulee tehdä pelastussuunnitelmaa laajempi turvallisuussuunnitelma. Turvallisuussuunnitelmassa voidaan arvioida yksikön työntekijöiden sekä lasten psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen ja koskemattomuuteen vaikuttavia asioita. Lisäksi suunnitelmassa arvioidaan esimerkiksi yksikön varhaiskasvatustoimintaa, viestintää sekä tietojen säilytystä haittaavia seikkoja. Myös yksikön tilojen sekä muun ympäristön aiheuttamia uhkatilanteita voidaan tarkastella suunnitelmassa. (Saarsalmi 2008, 22.)

Olisi tärkeää, että kaikki varhaiskasvatuksen työntekijät tutustuvat yksikön turvallisuussuunnitelmaan. Tämä korostuu etenkin uusien työntekijöiden kohdalla, kun talon toimintatavat ja säännöt eivät ole vielä tuttuja. On tärkeää, että jokainen työntekijä tietää esimerkiksi rakennuksen hätäpoistumistiet ja kokoontumispaikat. Seuraavassa luvussa (4.2) käsittelemämme turvallisuusohjeet on valittu Notkopiiston varhaiskasvatusyksikön turvallisuussuunnitelmasta. Nämä aiheet kävimme läpi myös pitämässämme turvallisuuskoulutuksessa.

4.2 Turvallisuusohjeet

4.2.1 Häätöilmoituksen tekeminen

Hätänumeroon tulee soittaa välittömästi kiireellisessä hätätilanteessa tai, kun tarvitsee kiireellistä viranomaisapua. Hätäkeskukseen tulee olla yhteydessä myös, jos epäilee tai tietää jonkun hengen, terveyden, omaisuuden tai ympäristön olevan vaarassa tai uhattuna. Esimerkiksi erilaiset onnettomuudet, tulipalot, rikokset tai ambulanssin tarve ovat tällaisia tilanteita. Turhia soittoja hätäkeskukseen tulee välttää, sillä ne ruuhkauttavat linjoja ja saattavat viivästyttää avusaantia siellä missä sitä oikeasti tarvitaan. Turhista soitoista ja ilkivallasta voidaan jopa rangaista. Hätänumeroon on kuitenkin parempi soittaa kuin olla soittamatta, jos ei ole varmuutta, onko kyseessä kiireellinen hätätilanne. (Keski-Suomen pelastuslaitos. n.d.)

Yleinen hätänumero on 112, ja se toimii kaikissa EU-maissa. Hätänumeroon on mahdollista soittaa, vaikka puhelimesta puuttuisi SIM-kortti. Hätänumeroon soittaminen on aina ilmaista, eikä siihen tarvita suuntanumeroa. Mikäli hätäkeskuksen linja on ruuhkautunut, puhelua ei saa lopettaa, vaan soittajan tulee jäädä rauhallisesti odottamaan. Hätäkeskus vastaa puheluihin aina soittamisjärjestyksessä ja mahdollisimman nopeasti. (Keski-Suomen pelastuslaitos. n.d.) Hätäpuhelun voi soittaa myös 112 Suomi-sovelluksen kautta. Sovelluksen kautta soitetessa hätäkeskus saa automaattisesti soittajan tarkan sijaintitiedon. Tämä nopeuttaa hätäpuheluiden käsittelyä sekä avunsaantia hätätilanteissa. Sovelluksesta löytyy myös esimerkiksi myrkytystietokeskuksen sekä kriisipuhelimen numerot kiireettömään avuntarpeeseen. Lisäksi sovelluksesta näkee lähimmät sydäniskurit, eli defibrillaattorit. (Hätäkeskuslaitos. n.d.)

Suomen Punaisen Ristin (2020b) ohjeiden mukaan hätäilmoitus tehdään seuraavasti: Hätäpuhelu tulee soittaa itse, mikäli mahdollista. Puhelun alkuun kerrotaan mitä on tapahtunut ja missä, tapahtumapaikan osoite ja kunta tulee kertoa tarkasti. Hätäkeskuspäivystäjän kysymyksiin tulee vastata mahdollisimman hyvin. Tämän jälkeen puhelu laitetaan kaiutintoiminnolle, jotta auttamista voidaan jatkaa vapain käsin. Tilanteessa tulee toimia puhelimitse annettujen ohjeiden mukaisesti. Puhelua ei saa lopettaa, ennen kuin hätäkeskuspäivystäjä antaa siihen luvan. Auttajan tulee myös opastaa lisäapu paikalle, ja soittaa tarvittaessa hätäkeskukseen uudelleen, mikäli tilanne muuttuu ennen avun saapumista.

4.2.2 Tulipalotilanteessa toimiminen

Pelastuslaissa (379/2011) on määrätty julkisten rakennusten palo- ja poistumisturvallisuuteen liittyvistä asioista. Rakennuksen omistajalla on lain mukaan velvollisuus huolehtia siitä, että tulipalon syttymisen sekä leviämisen riski on mahdollisimman vähäinen.

Tulipalo tai sen uhka ovat yleisimmät tilanteet, joissa hätäpoistuminen on tarpeen. Tulipalon sattuessa rakennuksesta on oltava mahdollista poistua turvallisesti. Poistumisreitit tulee myös olla tarpeeksi ja niiden tulee olla helppokulkuisia, jotta poistumisaika rakennuksesta ei ole liian pitkä. (Ympäristöministeriön

asetus rakennusten paloturvallisuudesta 848/2017.) Kaikista toimintatiloista on suositeltavaa olla varatie ulos esimerkiksi suuren avattavan ikkunan kautta. Myös varhaiskasvatusyksiköiden lepohuoneista tulisi järjestää poistumistie ulos. (Opetushallitus n.d.a.)

Poistumiskäytävien varrella ei saa säilyttää tavaraa, vaan reitit on pidettävä esteettöminä, jotta niiden käyttö onnistuu tarvittaessa tehokkaasti ja turvallisesti. Poistumisreitit on myös tarvittaessa valaistava ja merkittävä asianmukaisesti. Hälytysajoneuvoille tarkoitetut pelastustiet tulee pitää esteettöminä sekä ajokelpoisina, ja niissä tulee olla asianmukaiset merkinnät. (Pelastuslaki 379/2011.)

Kokoontumispaikkojen tulee olla ennalta sovittuja ja selkeästi merkittyjä, esimerkiksi kylttien avulla. Tämä takaa sen, että hätätilanteessa kaikilla on tieto siitä, minne rakennuksesta poistumisen jälkeen tulee kokoontua. Kokoontumispaikoilla pystytään myös varmistamaan, että kaikki rakennuksessa olleet ovat päässeet poistumaan sieltä turvallisesti. Kokoontumispaikkojen sijainnin tulee olla tarpeeksi kaukana rakennuksesta, eivätkä ne myöskään saa sijaita pelastusteiden esteenä. (Saarsalmi 2008, 79.)

Tulipalo on helpoin sammuttaa sen alkuvaiheessa. Alkusammutus onkin tehokain tapa minimoida tulipalon aiheuttamat tuhot. Vuonna 2019 Suomessa syttyi 5409 rakennuspaloa, mutta vain alle kolmanneksessa yritettiin alkusammutusta. Paloissa, joissa alkusammutusta oli yritetty, lähes 60 prosentissa tuli saatiin talttumaan ja 30 prosentissa tapauksista palon leviämistä saatiin rajoitettua. (Paloturvallisuusviikko 2020.)

Alkusammutukseen tulisi ryhtyä heti tulipalon havaitessaan ja siitä syystä on tärkeää, että alkusammutusvälineet ovat helposti saatavilla. Lisäksi alkusammutusvälineitä on osattava käyttää, jotta sammutus on tehokasta ja turvallista. (Paloturvallisuusviikko 2020.) Tulipalon syttyessä alkusammutukseen ja pelastautumiseen on aikaa noin kolmesta neljään minuuttia. Onnistuneella alkusammutuksella voidaan ehkäistä mittavatkin omaisuus- ja henkilövahingot. (Pelastustoimi n.d.a.) Alkusammutustaitojen säännöllinen harjoittelu onkin olennainen osa turvallisuus-suunnittelua.

Sammutuspeite on kätevä ja helppokäyttöinen alkusammutusväline pienten tulipalojen sattuessa. Se soveltuu hyvin esimerkiksi rasva- tai sähkölaitepalojen sammutukseen. Sammutuspeite on lasikuituvahvisteista kangasta ja se kestää satojen asteiden lämpötiloja. Sen käyttö perustuu tulipalon tukahduttamiseen. Peitteellä peitetään palava kohde tiiviisti, kunnes se sammuu. Peitteen käyttäjän on suojattava omat kätensä käärimällä ne peitteen reunoihin. (Pelastustoimi n.d.c.)

Käsisammuttimia on useita erilaisia. Yleisimpiä ovat jauhe- ja nestesammuttimet. Ne soveltuvat lähes kaikenlaisten palojen sammutukseen. Jauhesammuttimen haittapuolena on näkyvyyden peittyminen sammuttimen käytön aikana leviävän jauheen takia. Lisäksi jauheen siivoaminen jälkikäteen on työlästä. Näitä haittoja ei nestesammuttimella ole. (Vilmi. 2017.) Käsisammuttimien käyttöetäisyyksissä on myös eroja: jauhesammutinta tulee käyttää 1,5-3 metrin etäisyydellä palosta ja nestesammutinta voi käyttää 0,5-1 metrin etäisyydellä (Pelastustoimi n.d.b.). Käsisammuttimen käyttö on yksinkertaista, mutta sitä olisi hyvä harjoitella säännöllisesti. Ennen alkusammutuksen aloittamista käsisammuttimen kahvassa oleva sokka on irrotettava. Sammuttimella suihkutetaan sammutusnestettä tai -jauhetta liekkien juureen. Sammutus on hyvä tehdä jaksoittain käsisammuttimen sisällön säästämiseksi. (Pelastustoimi n.d.b.)

Käsisammuttimet on tarkastettava säännöllisin väliajoin. Sisätiloissa säilytettävä käsisammutin pitää tarkastaa kahden vuoden välein, ulkotiloissa oleva tai muutoin kosteudelle, tärinälle tai lämpötilan vaihtelulle altistuva puolestaan vuosittain. (Sisäasiainministeriön asetus käsisammuttimien tarkastuksesta ja huollosta 917/2005.)

Varhaiskasvatyksen tulipalotilanteessa alkusammutustyöt aloitetaan vasta toissijaisesti. Esimerkiksi ihmishenkien pelastaminen ja hätäilmoituksen tekeminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ovat ensisijaisia ja tärkeimpiä tehtäviä. Paloa kuitenkin tulisi rajata välittömästi niin, että kaikilla olisi mahdollisuus pelastautua rakennuksesta. (Saarsalmi 2008, 80.) Hätätilanteessa varhaiskasvatyksen työntekijöiden on huolehdittava, että lapset pääsevät turvallisesti ulos rakennuksesta. Siksi olisikin tärkeää, että työntekijöillä on koko ajan käsitys siitä, missä oman ryhmän lapset ovat ja kuinka monta heitä on paikalla.

4.2.3 Uhkaavan henkilön kohtaaminen

Varhaiskasvatusyksikössä käy työntekijöiden ja lasten lisäksi päivittäin useita muita henkilöitä, kuten lasten vanhempia. Väen runsaan vaihtuvuuden vuoksi uhkaava tilanne voi syntyä yhtäkkiä. Uhkaava henkilö voi olla lapsen huoltaja, yksikön työntekijä tai täysin tuntematon henkilö. Uhka- tai väkivaltatilanteen kohteena voi olla lapsi, työntekijä tai muu rakennuksessa oleva henkilö. Tässä kappaleessa käydään läpi uhkaavan henkilön kohtaamista. Aihe on kuitenkin hyvin laaja ja tilannesidonnainen, joten käsittelemämme aiheet on rajattu pitämämme turvallisuuskoulutuksen sisällön mukaan.

Uhkaavaa käyttäytymistä laukaisevia tekijöitä on useita. Erimielisyydet palvelusta tai hoidosta, tai väärinymmärrykset esimerkiksi kielitaidon puutteen tai kulttuurierojen vuoksi saattavat olla laukaisevia tekijöitä. Joskus suuttumus voi olla oikeutettua esimerkiksi huonon palvelun, törkeän kohtelun tai puutteellisen tiedonsaannin vuoksi. Myös traumaattinen tilanne, kuten oma tai läheisen sairastuminen tai kuolema, ja jotkut somaattiset sairaudet, kuten korkea kuume, kipu, sekä sekavuustilat voivat aiheuttaa uhkaavaa käyttäytymistä. Päihtymys ja huumaintien aineiden käyttö lisää omalta osaltaan uhkaavan käyttäytymisen mahdollisuutta. Joskus myös ennakkoluulot esimerkiksi jotain paikkaa kohtaan voivat aiheuttaa suuttumusta. Tällaisia ennakkoluuloja voi syntyä esimerkiksi, jos henkilöllä on ollut aiemmin huonoja kokemuksia samasta paikasta. (Puumi 2020, 20.)

Koska uhkatilannetta ei aina pysty ennalta tunnistamaan, on varhaiskasvatuksen työntekijän hyvä olla varautunut erilaisiin poikkeustilanteisiin milloin tahansa. Joskus uhkaavan henkilön erikoinen käyttäytyminen voi kuitenkin ennustaa aggressiivista käyttäytymistä. Tällaisia merkkejä ovat esimerkiksi kiroilu, uhkailu, tuijottaminen, pälyily, irvistely, kiihtynyt hengitys sekä käsien nyrkkiin puristaminen. Myös kasvojen kalpeneminen ja kasvojen verisuonten pullottaminen voivat ennustaa uhkaavaa tilannetta. Henkilö voi myös lähestyä uhkaavasti tai lakata puhumasta. (Puumi 2020, 21.)

On mahdollista, että uhkaava henkilö alkaa käyttäytymään väkivaltaisesti. Väkivaltainen käytös voi esiintyä eri tavoin. Se voi tarkoittaa esimerkiksi tönkeytymistä, kuten käsimerkkejä, häirintää esimerkiksi sukupuolen, uskonnon tai iän

vuoksi, tai verbaalisia uhkauksia esimerkiksi kiroilun tai huutamisen muodossa. Väkivaltainen henkilö saattaa myös hyökätä fyysisesti, esimerkiksi tönimällä, lyömällä, potkimalla tai puremalla. Väkivallan kohteeksi joutuminen voi aiheuttaa uhrielle psyykkisiä sekä fyysisiä vammoja. (The Society and College of Radiographers 2015.)

Uhka- ja väkivaltatilanteessa on tärkeää huolehtia sekä omasta turvallisuudesta, että lähellä olijoiden turvallisuudesta. Uhkaavaan henkilöön on pyrittävä pitämään tarpeeksi pitkä välimatka eli vähintään 1,5-2 metriä. Tilanteesta on hyvä paeta heti tilaisuuden tullen, eikä uhkaajaa saa estää poistumasta tilasta. Uhkaavan henkilön puheista tai käytöksestä ei saa provosoitua, eikä myöskään uhkaajaa tule provosoida. Puhumisen ja eleiden pitää olla rauhallisia, ja henkilöä tulee myötäillä sekä kuunnella. Sanaton viestintä onkin oleellinen osa uhkaavan henkilön kohtaamista. Liikkeiden ja ilmeiden tulee olla hillittyjä ja mahdollisimman neutraaleja. Joidenkin tunteiden, kuten esimerkiksi vihan, pelon tai välinpitämättömyyden näyttämistä on vältettävä. Suora katsekontakti saattaa olla vastaanottajasta ahdistava, ja katse onkin hyvä kohdistaa esimerkiksi nenään tai poskille. Myös esimerkiksi torjuvat tai suojelevat asennot, kuten käsien ristiminen tai käsien pitäminen taskussa voivat olla haitaksi. Uhka- ja väkivaltatilanteissa on tärkeä hälyttää apua mahdollisimman pikaisesti, mielellään jo etupainotteisesti. (Puumi 2020, 10, 25.)

Väkivalta- ja uhkatilanteisiin pystytään osittain varautumaan etukäteen. Opetushallituksen artikkelin (n.d.a) mukaan esimerkiksi sisätilojen ja pihan helppo valvottavuus ja näkymät, sekä tilojen helppokäyttöinen lukitus ovat hyviä keinoja varautua uhkatilanteisiin. Muita keinoja ovat muun muassa sisäinen hälytysjärjestelmä, sisätilojen poistumisopastetaulut ja turvaohjeet sekä opetustiloissa sijaitsevat pelastautumiseen sopivat ikkunat. Opetushallitus mainitsee, että ryhmätiloihin perustuvissa päiväkodeissa voi ongelmaksi nousta valvottoman liikenne aikoina, kun toiminta on sijoittautunut ryhmien omiin tiloihin. Kontrollioimatonta liikennettä pystytään vähentämään ja siten turvallisuutta parantamaan esimerkiksi pitämällä ulko-ovet lukossa. Myös henkilökunnan olisi hyvä tarkkailla aktiivisesti rakennukseen tulevia henkilöitä ja reagoida tuntemattomiin ihmisiin kysymällä liikkumisen syytä. (Opetushallitus n.d.a.)

5 LAPSEN ENSIAPU

5.1 Lasten tapaturmista yleisesti

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tapaturmatilastojen mukaan suurin osa hoitoa vaativista tapaturmista alle kouluikäisillä lapsilla johtuu kaatumisista tai putoamisista. Suurin osa tapaturmista tapahtuu iästä riippumatta kotiympäristössä, mutta varhaiskasvatuksessa tapaturma-alttiimpia ovat 5-6-vuotiaat. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b.) Joka vuosi noin 100 000 lasta joutuu käymään lääkärissä tapaturman vuoksi ja joka kymmenes näistä vaatii sairaalahoitoa. Vuosittain tapaturmaisesti kuolee noin 100 suomalaista lasta. Nämä kuolemantapaukset liittyvät useimmiten liikenneonnettomuuksiin. (Jalanko 2020.)

Tutkimustietoa suomalaisissa varhaiskasvatustyksissä tapahtuvista tapaturmista löytyy hyvin vähän. Nurmi-Lüthjen ja Lüthjen (2009) Kouvolan alueella tekemän seurantatutkimuksen mukaan yleisin varhaiskasvatusympäristössä satuva tapaturma oli putoamisesta, törmäämisestä tai kaatumisesta seurannut pään pinnallinen vamma. Suurin osa tutkimuksen seuranta-aikana sattuneista tapaturmista tapahtui ulkona. Yli puolet tapaturmista tapahtui pojille. Tytöistä kuusivuotiaat olivat selkeästi tapaturma-alttiimpia muun ikäisiin verrattuna, kun taas pojilla ikäjakauma oli tasaisempi. (Nurmi-Lüthje & Lüthje 2009.)

Näin vähäisen tutkimustiedon perusteella ei voi tehdä luotettavia päätelmiä siitä, mitkä ovat yleisimpiä lapsille varhaiskasvatuksen piirissä tapahtuvia tapaturmia. Tilastotietoa kerätään vain hoitoa vaatineista varhaiskasvatuksessa tapahtuneista tapaturmista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b). Turvallisuussuunnittelun ja -kehittämisen kannalta voisi kuvitella olevan olennaista kerätä tietoa myös lievemmistä tapaturmista, joiden hoitoon on riittänyt varhaiskasvatustyksissä annettu ensiapu. Tällaisen tiedon avulla kaikenlaisten tapaturmien ennaltaehkäisy voisi olla helpompaa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2020) mukaan tapaturmien riskitekijöiden tunnistaminen on oleellisin osa tapaturmien ennaltaehkäisyä. Tapaturmatilantei-

den ehkäisyyn vaikuttaa paljolti myös ympäristön turvallisuus, esimerkiksi kiipeilytelineiden kestävyys. Lisäksi henkilökunnan riittävyyden on tutkitusti todettu vaikuttavan tapaturmien määrään. (Opetushallitus n.d.b.) Esimerkiksi ulkona lasten valvominen on helpompaa, kun henkilökuntaa on tarpeeksi. Tärkeä ennaltaehkäisevä tekijä on myös asianmukaisten suojavarusteiden käyttäminen. Esimerkiksi kypärää käyttämällä voitaisiin ehkäistä jopa 80% pään vammoista. (Suomen punainen risti, n.d.)

Varhaiskasvatusyksikön työntekijöiden on tärkeää tietää hoidossa olevien lasten sairauksista ja lääkityksistä. Näin mahdollisiin sairauskohtauksiin voidaan ennalta varautua. Esimerkiksi jos ilmenee että lapsella on diabetes, tulisi se tieto välittää kaikille työntekijöille. Siten mahdollinen ensiavun tarve, kuten matala verensokeri, huomataan herkemmin ja lapsi saa nopeasti tarvitsemaansa apua. Varhaiskasvatuksen työntekijöiden on tärkeää huomioida myös mahdolliset lasten yksilölliset hoito-ohjeet. Lasten ensiavussa erityishuomiota tulee kiinnittää lapsen rauhoitteluun, koska pienetkin kolhut voivat aiheuttaa lapselle suuren hädän. Lisäksi etenkin ulkona korostuu lapsen lämpötaloudesta huolehtimisen tärkeys. Luvussa 5.3 käsittelemme laajemmin ensiapukoulutuksissa läpi käytyjä lasten ensiapua vaativia tilanteita.

5.2 Lapsen anatomiset erityispiirteet

Alle 3-vuotiailla lapsilla on aikuisiin verrattuna kookas takaraivo, joka aiheuttaa pään pyörimistä sivulta toiselle. Lapsen ollessa makuulla suuri takaraivo aiheuttaa kaularangan taipumista liian eteen, mikä voikin estää ilmavirran kulkua hengitysteissä. Lapsen pään taivuttaminen liikaa taaksepäin esimerkiksi puhalluselytystilanteessa siirtää kurkunpäättä eteen ja litistää henkitorvea, minkä vuoksi pään taivuttamisesta ei yleensä ole hyötyä. Imeväis- ja leikki-ikäisen lapsen pää tulisikin pitää neutraalissa asennossa. (Jalkanen & Harve-Rytsälä 2018, 673.) Lapsen kieli sekä ylähengitystien pehmytkudokset ovat suuret verrattuna suun kokoon. Lisäksi keuhkoputken läpimitta on kapea, joten vähäinenkin ahtauma tai pieni vierasesine voi olla uhkana hengitysteiden tukkeutumiselle. (Figaji 2017.)

Vastasyntyneet ja imeväisikäiset pystyvät hengittämään ja nielemään samaan aikaan, sillä kurkunpää sijaitsee melko korkealla. Lisäksi vastasyntyneet hengittävät vain nenän kautta, mikä voi koitua ongelmaksi, jos nenä tukkeutuu esimerkiksi turvotuksen tai eritteiden vuoksi. Vastasyntynyt ei osaa tällöinkään vaihtaa nenähengitystä suun kautta hengittämiseen. Toisin kuin aikuisella, pienen lapsen lisääntynyt hengitystyö johtaa nopeasti väsymiseen tai jopa äkilliseen voimien romahtamiseen. (Jalkanen & Harve-Rytsälä 2018, 673.)

Lapsen luiset rakenteet ovat joustavampia ja pehmeämpiä verrattuna aikuisen luustoon. Tämän vuoksi lapsen luut antavat eri tavalla periksi tapaturman sattuessa. Luu ei välttämättä murru kokonaan, vaan siihen voi syntyä lapsille tyypillinen taipuma- tai pajunvitsamurtuma. (Meling ym. 2013, 207.) Luiden joustavuuden ja pehmeiden vuoksi lapset ovatkin alttiimpia murtumille, mutta samasta syystä luunmurtumat myös paranevat helpommin ja nopeammin kuin aikuisilla (Kraus & Wessel 2010). Lisäksi lapsen lihakset ovat ohuempia verrattuna aikuisen lihaksiin. Pienen lapsen rintakehä koostuu enimmäkseen pehmeästä rustosta, ja luutumisen tapahtuu vasta pikkuhiljaa iän myötä. Tämän vuoksi lapset saavat helposti vakaviakin sisäelinvammoja, vaikka vammaenergia olisi ollut pieni. Esimerkiksi keuhkot saattavat vaurioitua pahasti, vaikka kylkiluut pysyvät ehjinä. (Jalkanen & Harve-Rytsälä 2018, 675.)

Lapsen pää on kooltaan suuri ja painava verrattuna vartaloon ja sitä kannattelevat lihakset ja jänteet ovat vielä heikkoja (Figaji 2017). Kallon luiden aivoille antama suoja on melko heikko, sillä luut ovat ohuita ja saumakohtat joustavia. Lisäksi hermosyiden ympärille muodostuva myeliinituppi on keskeneräinen, joten hermosyyt vaurioituvat herkästi. Näiden anatomisten piirteiden vuoksi lasten korkeaan energiin vammoihin liittyy monesti jokin pään vamma. Aivovamma onkin yleisin tapaturmainen kuolinsyy etenkin 1-2 vuotiailla lapsilla. Lasten toipuminen vaikeistakin aivovammoista on kuitenkin yleensä nopeampaa ja parempaa kuin aikuisilla. Tämän vuoksi vamman aggressiivinen hoito tulisikin aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jo sairaalan ulkopuolisessa hoidossa. (Jalkanen & Harve-Rytsälä 2018, 675.)

5.3 Ensiapuohjeet

5.3.1 Haavat ja nenäverenvuoto

Yleisin hoitoa vaativa tapaturma lapsella on pään haava. Haavoja syntyy helposti myös raajoihin esimerkiksi kaatumisen seurauksena. Useimmat niistä ovat pinnallisia, ja ne pystytään hoitamaan kotona. (Jalanko 2019c.)

Pienet haavat ja ruhjeet voivat vuotaa vähän verta, mutta vuoto loppuu yleensä nopeasti. Ihon rikkouma on kuitenkin aina infektioriski, joten pienetkin haavat on syytä puhdistaa ja suojata. Haavaa hoidettaessa tulee huolehtia hyvästä käsihygieniasta. Haavasta voi huuhdella irtolian ja roskat juoksevan viileän veden alla. Likaa voi myös pyyhkiä puhtaalla taitoksella. Haava-alue tulee kuivata huolellisesti ja suojata esimerkiksi laastarilla. Suurempien haavojen suojaamiseen voi käyttää puhtaita haavataitoksia, jotka voi teipata kiinni haavateipillä. (Armstrong 2012, 62.) Jos haava-alueelle ilmaantuu myöhemmin tulehduksen oireita, kuten punoitusta, kuumotusta, turvotusta tai kipua, tulee hakeutua jatkohoitoon. Jatkohoitoa vaativat myös ihmisen ja eläimen puremat, sekä haavat, joissa on vierasesine. Mahdollista vierasesinettä ei tule poistaa haavasta. (Castrén, Korte & Myllyrinne ym. 2017a.)

Suurempien haavojen verenvuotoa tyrehdytetään painamalla haavaa kädellä. Autettava on hyvä ohjata istuma- tai makuuasentoon ja raaja, jossa haava sijaitsee, nostetaan koholle. (Armstrong 2012, 58.) Jos vuoto ei vaikuta tyrehtyvän, sidotaan raajaan paineside. Painesiteen paino asetetaan haavan päälle ja side sidotaan napakasti. Jos käytössä ei ole varsinaista painesidettä, voi painona käyttää esimerkiksi siderullaa tai muuta pientä esinettä. (Castrén ym. 2017a.) Jos vuoto ei tyrehdy painesiteen avulla tai autettavalle ilmaantuu sokin oireita, kuten kalpeutta, levottomuutta, tihentynyttä hengitystä tai kylmänhikisyyttä, on soitettava hätänumeroon 112. Myös haava, jonka vuoto on saatu hallintaan, vaatii jatkohoitoa terveydenhuollon yksikössä. (Suomen Punainen Risti 2020f; Suomen Punainen Risti 2020g.)

Nenäverenvuoto on lapsilla yleistä ja usein se on täysin vaaraton ongelma (Jalanko 2019e). Joskus päivystyskäynti voi kuitenkin olla tarpeen etenkin, jos vuoto ei tyrehdy ensiaputoimien jälkeen. Jos vuoto on maltillista ja lapsen yleisvointi on hyvä, riittää terveyskeskustasoinen päivystyshoito. Riskitilanteissa voi kuitenkin olla tarpeen ensihoitopalvelun hälyttäminen paikalle. Riskitilanteita ovat esimerkiksi poikkeuksellisen runsas vuoto ja yleistilan selkeä heikkeneminen. Vuodon määrää voi olla vaikea arvioida, jos veri on esimerkiksi imeytynyt vaatteisiin. Kokonaismäärää voi arvioida vaikkapa juomalasillisina. Yli kahta lasillista pidetään poikkeuksellisen runsaana vuotona. Yleistilan heikkeneminen voi esiintyä esimerkiksi lapsen yhteistyökyvyttömyytenä. Myös hypovolemian oireet, kuten huikaus tai pyörtyminen ylös noustessa kertovat kohonneesta riskistä. (Harve-Rytsälä & Kuisma 2018, 531.)

Nenäverenvuodon aiheuttaa ohuiden verisuonten rikkoutuminen nenän limakalvoilla. Tavallisimmin vuotopaikka on nenän väliseinän etuosassa. Nenän takaosista lähtöisin olevat vuodot ovat lapsilla paljon harvinaisempia. Niitä esiintyy lähinnä vain nenävammojen yhteydessä. Yleisimpiä syitä nenäverenvuotoon ovat nenän limakalvojen kuivuminen ja nenän kaivaminen. Myös nenään kohdistunut vamma tai sieraimen joutunut vierasesine voi aiheuttaa nenäverenvuodon. (Jalanko 2019e.)

Nenäverenvuodon oireena on verenvuoto yhdestä tai molemmista sieraimista (Suomen Punainen Risti 2020d). Vuoto voi vaikuttaa runsaammalta mitä se todellisuudessa on. Yleensä verenvuodon määrä nenästä on niukkaa. Lapsi saattaa sylkeä verta pois sen valuessa nieluun. (Jalanko 2019e.) Myös pahoinvointia voi esiintyä (Suomen Punainen Risti 2020d).

Yleisimmin nenäverenvuoto tyrehtyy yksinkertaisia ensiaputoimenpiteitä käyttäen (Harve-Rytsälä & Kuisma 2018, 531). Kun nenä alkaa vuotamaan verta, lapsi ohjataan niistämään nenä tyhjäksi hyytymistä (Jalanko 2019e). Tämän jälkeen lapsi autetaan etukumaraan asentoon. Etukumara asento ehkäisee veren valumista nieluun. (Suomen Punainen Risti 2020d.) Ensiapua jatketaan painamalla sieraimia tiukasti yhteen keskeltä nenävartta, nenän luisen osan etupuolelta vähintään kymmenen minuutin ajan. Yleensä edellä mainitut hoitotoimenpi-

teet ovat riittäviä. Jos vuoto ei tyrehdy tai vuotoja esiintyy usein, voidaan vuoto-kohta käsitellä lääkärin toimenpiteessä. Jos nenäverenvuodot ovat toistuvia, voivat ne rajoittaa lapsen elämää ja rasittaa myös perhettä. Ennaltaehkäisevänä toimenpiteinä voidaan kostuttaa nenän limakalvoja ja leikata lapsen kynnet lyhyiksi. Nämä toimenpiteet vähentävät vuotojen uusiutumista. (Jalanko 2019e.)

5.3.2 Nyrjähdykset ja murtumat

Nivelen nyrjähtäessä nivel taipuu virheasentoon, esimerkiksi nilkan nyrjähdyksessä useimmiten sisäänpäin. Tällöin nivelen rakenteet vaurioituvat ja seurauksena voi olla nivelsiteiden venyminen, laajempi vaurioituminen tai repeäminen. Nyrjähdys voi aiheuttaa myös luunmurtuman. (Saarelma 2020b.)

Nyrjähdys voi tapahtua esimerkiksi putoamisen tai kompastumisen yhteydessä, kun vartalon paino laskeutuu virheasennossa olevan nilkan tai ranteen päälle. Nyrjähdysten oireena on nivelen alueen kipu. Vaurion laajuudesta riippuen alue voi turvota ja iholle voi muodostua verenpurkauman seurauksena punertava tai sinertävä mustelma. Jos nivelelle ei voi varata painoa, se on todennäköisesti murtunut. (Saarelma 2020b.)

Nyrjähdysten ensiapuna vammakohtaa on puristettava välittömästi. Vamma-alueelle asetetaan kylmäpakkaus noin 15-20 minuutin ajaksi. Kylmäpakkausta ei kuitenkaan saa laittaa paljaalle iholle, ettei se aiheuta paleltumavammaa. Vammakohtaan tehdään tukeva sidos. On huomioitava, että sidos ei estä verenkiertoa raajassa. (Suomen Punainen Risti 2020e.) Suomen Punaisen Ristin (2020e) uusimmissa nyrjähdysten ensiapuohjeissa ei enää ohjeisteta asettamaan raajaa kohoasentoon. Kuitenkin esimerkiksi Saarelma mainitsee Terveyskirjaston artikkelissaan (2020b), että raajan kohoasentoon asettaminen voi vähentää kudoksen turvotusta.

Murtuma voi aiheutua esimerkiksi putoamisen, kaatumisen tai raajaan kohdistuvan iskun seurauksena (Saarelma 2020a). Vammamekanismi voi siis olla murtu-

missa ja nyrjähdyksissä melko samanlainen, mutta murtuma usein vaatii suuremman voiman syntyäkseen. Myös muut kudokset, kuten lihakset, verisuonet, luuydin ja hermot voivat vaurioitua murtuman yhteydessä (Castrén ym. 2017d).

Murtuman oireita ovat vamma-alueen turvotus ja kipu. Lisäksi raajan liikkuvuus voi olla epänormaalia tai se voi olla virheasennossa. Murtumakohdassa voi myös olla verta vuotava haava, jolloin kyseessä on avomurtuma. Lapsen luut ovat vielä kehityksessä, eli ne ovat aikuisen luita pehmeämpiä. Tästä syystä murtuma voi syntyä huomaamatta ja ainoana oireena voi lapsella olla raajan käyttämättömyys. (Castrén ym. 2017d.) Toisaalta lapsen luunmurtumat paranevat nopeammin kuin aikuisen, koska kasvavan luun aineenvaihdunta on vilkkaampaa (Hurme 2015). Erityispiirteenä lapsen murtumissa on niin kutsuttu pajunoksamurtuma. Siinä luu ei murru kokonaan, vaan luun kuori jää murtuman vastakkaiselta puolelta ehjäksi. Tämä nopeuttaa murtuman paranemista. (Hurme 2015.)

Murtuman ensiapuna on mahdollisen verenvuodon tyrehtyttäminen haavaa painamalla. Sitten raaja tuetaan mahdollisimman kivuttomaan asentoon esimerkiksi sidoksella tai lastalla. (Suomen punainen Risti 2020c.) Lastoittamisessa on tärkeää huomioida, että lasta on tarpeeksi pitkä. Sen tulee ulottua murtumakohdan molemmin puolin seuraavan nivelen yli. Lasta ei saa myöskään hiertää tai hängätä. Lisäksi raajan ylimääräistä liikuttamista tulee välttää, eikä virheasentoa pidä yrittää korjata. (Castrén ym. 2017d.) Yläraajan murtumassa käden voi tukea liikumattomaksi kolmioliinan avulla, jos autettava pystyy taivuttamaan kyynärniveltään. Kolmioliina tulee asettaa niin, että käsi on tukevasti rintaa vasten noin 90 asteen kulmassa. (Armstrong 2012, 28.)

Käytännössä murtuman ja nyrjähdyksen erottaminen toisistaan voi siis olla haastavaa, sillä oireet saattavat olla molemmissa vammoissa samankaltaisia. Lopullinen diagnoosi voidaan tehdä vasta tarkempien tutkimusten jälkeen terveydenhuollon yksikössä, joten ensiaputilanteessa tärkeintä on oireenmukainen hoito.

5.3.3 Aivotärähdys

Noin viisi lasta tuhannesta saa vuosittain pään vamman, johon liittyy hetkellinen tajunnan menetys. Lapsen aivotärähdykseen johtavat pään vammat liittyvät yleisimmin putoamiseen tai kaatumiseen, jolloin pää iskeytyy kovaan alustaan. Lapsen pään luut ovat onneksi aikuisten luihin verrattuna joustavia, joten vakavia seurauksia tulee harvoin. (Jalanko 2019a.) Iskun seurauksena aivot pääsevät liikkumaan pääkallon sisällä ja aivotärähdyksessä aivot nimen mukaisesti tärähtävät hieman. Tämä tärähdys aiheuttaa aivotärähdykselle tyypilliset oireet. (Austin, Crawford & Armstrong ym. 2011, 166.)

Aivotärähdyksen yleisimpiä oireita ovat pahoinvointi, oksentelu ja päänsärky. Nämä oireet yksinään viittaavat lievään aivotärähdykseen, ja hoidoksi silloin riittää vuorokauden seuranta kotona. Seurantaan kuuluu myös lapsen herättäminen pariin otteeseen yöllä voinnin tarkistamiseksi. Jos luotettava lapsen voinnin seuranta ja arviointi kotona ei ole mahdollista, tai jos edellä mainitut oireet esiintyvät voimakkaina, tulee lapsi toimittaa päivystykseen. (Jalanko 2019a.)

Oireita, jotka viittaavat vakavampaan aivotärähdykseen, ovat tapaturman jälkeinen tajuttomuus, sekavuus, tapaturmaan liittyvät muistikatkokset sekä ajan- ja paikantajun häiriöt. Muita mahdollisia oireita vamman sijainnista riippuen ovat esimerkiksi raajojen tunnottomuus, puheen sammaltuminen ja näön hämärtyminen. Näiden oireiden ilmaantuessa on syytä ottaa yhteys terveydenhuollon yksikköön. (Jalanko 2019a.) Myös lievien oireiden, kuten väsymyksen ja päänsärlyn, paheneminen voi olla merkki vakavammasta pään vammasta. Tällöinkin on syytä toimittaa lapsi jatkohoitoon. (Austin ym. 2011, 165.)

Aivotärähdyksen ensiapu on oireenmukaista. Tilanne on lapselle varmasti pelottava, joten häntä on syytä lohduttaa ja rauhoitella. Lasta ei tule jättää yksin vaan vointia on seurattava. Päänsärkyyn voidaan antaa parasetamolia tai muuta kipulääkettä. Lepo on tärkeää aivotärähdyksestä palautumisessa. Toipuminen kestää yleensä noin viikon, jonka jälkeen esimerkiksi liikunnan pariin voi palata vähitellen. (Jalanko 2019a.)

5.3.4 Vierasesine hengitysteissä

Jo muutaman kuukauden iässä lapset alkavat tarttua esineisiin ja viedä niitä suuhunsa. Eniten vierasesinetapaturmia tapahtuu alle 3-vuotiaille lapsille leikin yhteydessä. (Jalanko 2019f.)

Vierasesine voi hengitysteihin joutuessaan tukkia hengitystien vain osittain, jolloin lapsella voi esiintyä yskän puuskia, hengityksen vinkumista sekä hengitysvaikeutta. Nämä oireet voivat mennä ohi ensiärsytyksen laantuessa ja tilanteen huomaaminen voi olla haastavaa. Lapsi tulisi kuitenkin toimittaa terveydenhuollon yksikköön tutkittavaksi, jos herää epäily hengitysteihin joutuneesta vierasesineestä. (Jalanko 2019f.)

Henkitorveen joutunut vierasesine voi myös estää hengityksen kokonaan. Hengitysteiden umpeutuessa lapsi ei pysty puhumaan, itkemään tai yskimään, joten tukehtuva lapsi voi olla hiljainen. Hapenpuutteesta johtuen kasvot sekä huulet muuttuvat sinertäviksi ja lapsi alkaa menettää tajuntaansa. Hengityspysähdyksen seurauksena lapsi menee lopulta elottomaksi. (Castrén ym. 2017b.)

Alle 1-vuotiaan tukehtumistilanteessa lapsi otetaan syliin. Lapsen pää tuetaan kämmentä vasten ja sen tulee olla alempana kuin muu vartalo. Lapaluiden väliin lyödään viisi kertaa. Iskujen voimakkuus tulee suhteuttaa lapsen kokoon. Jos iskut eivät irrota vierasesinettä, tulee jonkun paikalla olevan soittaa hätänumeroon. Jos auttaja on tilanteessa yksin, voi puhelimen laittaa kaiutintoiminnolle puhelun ajaksi. Lapsi käännetään sylissä selinmakuulle ja rintalastan alaosa painetaan viisi kertaa niin, että se joustaa. Tässäkin asennossa lapsen päätä ja niskaa tuetaan kämmentä vasten. Jos vierasesine ei edelleenkään irtoa, vuorotellaan kahta edellä mainittua toimintoa, kunnes vierasesine irtoaa tai ammattiapu saapuu paikalle. Lapsen mennessä elottomaksi aloitetaan painelupuhalluselytys. (Castrén ym. 2017b.)

Tukehtuvan lapsen ollessa yli 1-vuotias, hänet otetaan syliin niin, että pää on muuta vartaloa alempana. Lapaluiden väliin lyödään viisi kertaa lapsen kokoon nähden sopivalla voimalla. Jos vierasesine ei irtoa iskujen avulla, tulee auttajan

tai jonkun muun paikalla olevan soittaa hätänumeroon. Lapsi autetaan seiso-
maan selkä auttajaa vasten ja vierasesinettä yritetään poistaa Heimlichin otteen
avulla. Tässä auttaja kiertää kätensä lapsen ympäri ja asettaa nyrkkiin puristetun
kämmenen lapsen ylävatsalle. Toisella kädellä avustaen suoritetaan viisi taakse-
ja ylöspäin suuntautuvaa nykäystä. Nykäys toistetaan viisi kertaa, minkä jälkeen
tarvittaessa toistetaan viisi lyöntiä lapaluiden väliin. Heimlichin otetta ja lyöntejä
selkään vuorotellaan, kunnes vierasesine irtoaa tai ammattiapu saapuu paikalle.
Lapsen mennessä elottomaksi aloitetaan painelupuhalluselvytys. (Castrén ym.
2017b.) Elottomuutta ja elvytystä käsitellään tämän opinnäytetyön luvussa
5.3.10.

5.3.5 Allerginen reaktio ja anafylaksia

Allergiat ovat yksi yleisimmistä lasten ja nuorten pitkäaikaissairauksista (Tervey-
den ja hyvinvoinnin laitos 2019a). Lasten allergioiden määrä on selvästi lisäänty-
nyt edellisten vuosikymmenten aikana. Allergiat voivat olla periytyviä, mutta
enemmän niiden kehittymiseen vaikuttavat elintavat sekä ympäristö. (Storvik-Sy-
dänmaa, Tervajärvi & Hammar 2019, 214.) Perinnöllisen taipumuksen syntyme-
kanismia ei kunnolla tunneta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a).

Allergiassa elimistö käynnistää vasta-ainereaktion normaalisti harmittomia ympä-
ristön aineita vastaan. Reaktion laukaisevia aineita kutsutaan allergeeneiksi. Al-
lerginen reaktio on seurausta elimistön pyrkimyksestä tuhota allergeenit. Lasten
tavallisimpia allergioita on useita. Eläinallergiassa allergeenejä sisältävät eläinten
hilse, sylki ja muut eritteet aiheuttavat sairastuneelle oireita. Ruoka-aineallergi-
oista yleisimpiä ovat maito- ja vehnäallergiat. Siitepölyallergia voi altistaa hedel-
mien ja vihannesten ristiallergialle. Ristiallergiassa esimerkiksi koivuallergikko
saa oireita myös raa'asta omenasta, tai pujoallergikko oireilee raa'asta porkka-
nasta. Myös sisäilmasta johtuvat allergiat sekä lääke- ja rokoteallergiat ovat
melko yleisiä allergioita lapsilla. (Storvik-Sydänmaa ym. 2019, 214-217.)

Allerginen reaktio voi aiheuttaa monenlaisia oireita eri elimistön osissa. Iholla voi
esiintyä atooppista ihottumaa, nokkosihottumaa ja kosketusallergiaa. Ruoansu-

latuskanavan oireita ovat ilmavaivat, vatsakivut ja ripuli. Silmissä voi esiintyä kutinaa, vuotoa ja punoitusta. Myös silmäluomien turvotus on mahdollista. Hengitysteissä allergia aiheuttaa nuhaa, nenän kutinaa ja vuotamista sekä astman kaltaisia oireita. Muita oireita ovat esimerkiksi väsymys, päänsärky ja infekti herkkyys. Pahimmillaan allergia voi ilmetä anafylaksian oireina. Useimpien allergioiden hoitokeinoina on oireita aiheuttavan allergeenin sekä altistuksen välttäminen. Joidenkin allergioiden kohdalla myös siedätyshoito voi olla mahdollinen. Useat lasten lievästä allergioista häviävät iän myötä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2019, 214-217.)

Anafylaktinen reaktio on vakava, jonkin ulkoisen tekijän aiheuttama voimakas tulehdusreaktio (Ångerman-Haasmaa 2018, 466). Reaktion voi käynnistää mikä tahansa allergeeni kuten ruoka- tai lääkeaine. Ruoka-aineista etenkin vehnä, maa-pähkinä, kananmuna, kala ja maito ovat yleisiä allergisen anafylaksian aiheuttajia. Lääkeaineista tunnetuimpia aiheuttajia ovat antibiootit ja kipulääkkeet. Lisäksi esimerkiksi ampiaisen pisto voi aiheuttaa vakavan allergisen reaktion. On myös mahdollista, että anafylaksian aiheuttajaa ei löydetä. (Hannuksela-Svahn 2014.)

Yleisimpiä anafylaksian ensioireita ovat voimakas kutina ja kihelmöinti huulien, hiuspohjan ja kämmenpohjien alueella. Muutaman minuutin kuluessa oireiden alusta kutina ja kihelmöinti leviävät koko kehoon. Iholle nousee nokkospaukamia, ja turvotusta voi esiintyä huulissa, silmäluomissa sekä usein myös muuallakin kehossa. Iho on punakka ja pulssi kiihtynyt. Muita oireita ovat esimerkiksi hengityksen vinkuminen sekä äänen käheytyminen. Myös pahoinvointia ja ripulia saattaa esiintyä. Vakavassa reaktiossa verenpaine alkaa laskea ja sydämeen voi tulla rytmihäiriöitä. Anafylaksian oireet ovat hengenvaarallisia. (Hannuksela-Svahn 2014.) Oireiden kehittymisnopeus on yksilöllistä. Oireet voivat kehittyä jopa muutamissa minuuteissa tai vasta tuntien kuluessa. (Ångerman-Haasmaa 2018, 466.)

Mikäli auttaja kokee tilanteen vaativan ammattiapua, tulee hänen soittaa hätänumeroon 112. Esimerkiksi oireiden vakavuus voi johtaa tällaiseen tilanteeseen. Anafylaksian ensihoitona käytetään adrenaliinia. Mikäli autettavalta tai hänen omaiseltaan löytyy käyttövalmis adrenaliiniautoinjektori (EpiPen® tai Jext®), tu-

lee se välittömästi pistää autettavan reiteen tai olkavarteen. Annos voidaan tarvittaessa toistaa toisella ruiskulla kahdenkymmenen minuutin kuluttua. Anafylaktisen reaktion jälkeen autettava tulee toimittaa sairaalaan jatkotutkimuksiin syyn selvittämiseksi. (Hannuksela-Svahn 2014.)

5.3.6 Kuumekouristus

Kuumekouristuksen aiheuttaa korkea kuume tai kuumeen nopea nousu, joka yleensä liittyy infekioon, kuten korvatulehdukseen (Austin ym. 2011, 170). Kuumekouristukset ovat tavallisia 6 kuukauden – 6 vuoden ikäisillä lapsilla. Yleisimmin kohtauksia kuitenkin esiintyy 1-3 vuotiailla lapsilla. Kuumekouristusten esiintyvyyttä on 2–5% alle kouluikäisistä länsimaisista lapsista. Suomalaisten alle kouluikäisten lasten kohdalla esiintyvyyttä on 7%. (Storvik-Sydänmaa ym. 2019, 140.) Jalankon artikkelissa (2019d) mainitaan, että kuumekouristuksen perimmäistä syytä ei ole tiedossa, mutta Austinin ynnä muiden (2011, 170) mukaan pienen lapsen aivojen sähköinen järjestelmä ei ole vielä tarpeeksi kehittynyt sietämään korkeaa ruumiinlämpöä. Taipumus kuumekouristuksiin on kuitenkin useiden lähteiden mukaan periytyvää. Kuumekouristus uusiutuu 20–30%:lla tapauksista. (Jalanko 2019d.)

Tyypillisesti kuumekouristus kestää yhdestä kahteen minuuttia, jonka jälkeen lapsen tajunta palaa. Enimmillään kouristelu voi kestää 15 minuuttia. (Jalanko 2019d.) Kohtauksen aikana lapsen koko vartalo jäykistyy (Storvik-Sydänmaa ym. 2019, 140). Kädet sekä jalat jäykistelevät ja nykivät symmetrisesti, eikä lapseen saa otettua kontaktia. Lapsen silmät saattavat kohtauksen aikana harhailla ja osoittaa yläviistoon. Joissakin harvoissa tapauksissa on mahdollista, että lapsi ei kohtauksen aikana kouristele, vaan muuttuu veltoksi. Korkeaa kuumetta ei välttämättä huomata ennen kouristelun alkamista. Kohtauksen aikana sydämen ja keuhkojen toiminta pysyy normaalina. (Jalanko 2019d.) Kohtauksen jälkeen lapsi on yleensä väsynyt ja nukuksissa (Storvik-Sydänmaa ym. 2019, 140).

Kouristelu ei yleensä ole lapselle hengenvaarallinen, mutta voi olla vanhemmille hyvinkin pelottava kokemus, etenkin jos kyseessä on ensimmäinen kohtaus. Tär-

keintä kohtauksen aikana on huolehtia, ettei lapsi vahingoita itseään, sekä varmistua siitä, että lapsen hengitys on esteetöntä. (Storvik-Sydänmaa ym. 2019, 140.) Lapsi on hyvä pitää huoneenlämmössä, eikä häntä tarvitse esimerkiksi viilentää kylmässä ilmassa. Koska kohtaukset kestävät usein vain muutaman minuutin ajan, ei muita hoitotoimenpiteitä ehditä tekemään. Mikäli kohtaus kestää yli 15 minuutin ajan, kyseessä on ensimmäinen kuumekouristus, tai kouristukset ovat toispuoleisia, tulee ottaa yhteys päivystykseen. Päivystykseen tulee olla yhteydessä myös silloin, jos lapsi on kohtauksen päätyttyä sekava tai kivulias, tai jos lapsi oksentelee tai hänen vointinsa on muuten poikkeava. Mikäli kohtaus ei lopu viiden minuutin kuluessa ja lapsella on ollut kuumekouristuskohtaus aikaisemmin, voidaan hänelle antaa kouristuslääkettä, jos sitä on kotona saatavilla. Lääkettä annetaan joko suun limakalvolle tai peräsuoleen. (Jalanko 2019d.)

5.3.7 Epilepsia

Suomessa epilepsiaa sairastavia lapsia on noin 5000 ja uusia diagnooseja tehdään lapsille noin 700 vuodessa (Epilepsialiitto 2019). Yksittäisen epileptisen kohtauksen puolestaan kokee noin yksi lapsi kymmenestä (Storvik-Sydänmaa ym. 2019, 59).

Epilepsian voi aiheuttaa monenlaiset aivojen toimintaa häiritsevät tekijät, kuten esimerkiksi kasvaimet, tulehdukset tai vammat. Myös joidenkin kromosomi- ja geenipoikkeamien tiedetään aiheuttavan epilepsiaa. Aina epilepsian aiheuttajaa ei kuitenkaan saada selville. (Terveyskylä 2018b.) Yksittäinen epileptinen kohtaus ei aina tarkoita, että lapsi sairastaa epilepsiaa. Yksittäisen kohtauksen voi aiheuttaa esimerkiksi korkea kuume tai muu yleissairaus. (Storvik-Sydänmaa ym. 2019, 59.)

Epileptinen kohtaus johtuu aivojen sähköisen toiminnan häiriöstä, joka ilmenee usein tajunnan tason muutoksina. Kohtaukseen voi liittyä myös motorisia oireita, aistiharhoja tai automatismeja, kuten nieleskelyä. (Åberg 2017.) Kohtauksen oireet riippuvat sähköisen toiminnan häiriön sijainnista aivoissa. Aivojen toimintahäiriö, ja siten myös epileptinen kohtaus, on ohimenevä. Se voi kestää muutamasta sekunnista muutamaan minuuttiin. (Terveyskylä 2018b.)

Epileptisen kohtauksen laukaisevat tekijät ovat yksilöllisiä ja riippuvat myös sairauden tyypistä. Joillakin epilepsiaa sairastavilla kohtaukset voivat alkaa ilman varsinaista laukaisevaa tekijää. Joillakin esimerkiksi väsymys, stressi ja kuume voivat lisätä kohtauksen riskiä. Lisäksi myös vilkkuvat tai kirkkaat valot voivat laukaista epileptisen kohtauksen. (Terveyskylä 2018a.)

Yleisin epilepsiakohtauksen oire on tajunnan osittainen tai täydellinen aleneminen. Niin kutsutussa poissaolokohtauksessa tajunnan laskun seurauksena lapseen ei saa kontaktia ja hän voi käyttäytyä sekavasti. (Åberg 2017.) Poissaolokohtaukset alkavat äkillisesti ja kestävät alle minuutin, jonka jälkeen lapsen toiminta palaa nopeasti normaaliksi (Terveyskylä 2018b). Epileptisen kohtauksen oireina voi esiintyä myös erilaisia liiketoiminnan häiriöitä, kuten raajojen nykimistä, jäykistymistä tai velttoutta. Tällöin kyseessä on tajuttomuus-kouristuskohaus. Kohtaukseen voi liittyä myös koko vartalon kouristelua. (Åberg 2017.)

Lieväoireisen epilepsiakohtauksen ensiavuksi riittää yleensä lapsen rauhoittelu ja vierellä oleminen. Epilepsiakohtauksen saanutta lasta ei saa jättää yksin. Kouristelukohtauksen ensiavuksi riittää pään suojaaminen esimerkiksi käsin tai tyyryn avulla. Kouristuksia ei saa estää, eikä lapsen suuhun tule laittaa mitään. Kouristelun laannuttua lapsi on usein niin sanotussa jälkiunessa ja hänet on hyvä kääntää kylkiasentoon. Hätänumeroon on soitettava, jos lapsella ei tiedetä olevan epilepsiaa ja kyseessä on ensimmäinen kohtaus. Jos lapsella on todettu epilepsia, hätänumeroon tulee soittaa, kun kohtaus on kestänyt yli 5 minuuttia tai jos se uusiutuu. (Eriksson ym. 2017.)

Epileptinen kohtaus voi olla pelottavan näköinen, mutta lyhyt ohimenevä kohtaus ei ole hengenvaarallinen (Åberg 2017). Pitkittyneet tai nopeasti toistuvat kohtaukset voivat kuitenkin olla vaarallisia ja vaativat siksi sairaalahoitoa. Viisi minuuttia kestänyttä kohtausta pidetään uhkaavana *status epilepticuksena*. Kolmekymmentä minuuttia kestäneiden kohtausten kohdalla kuolleisuus sekä vammautumisen riski kasvaa, joskin lapsilla huomattavasti aikuisia vähemmän. (Epileptinen kohtaus (pitkittynyt; status epilepticus): Käypä hoito -suositus 2016.)

5.3.8 Diabetes

Suomessa on lähes 4000 diabeetikkolasta. Lapsilla kyse on lähes poikkeuksetta tyypin 1 diabeteksestä. (Jalanko 2019b.) Tyypin 1 diabetesta diagnosoidaan suomalaislapsilla eniten maailmassa verrattuna syntyvien lasten määrään. Tyypin 1 diabetekseen sairastuu vuosittain noin 550 alle 15-vuotiasta lasta. Kyseessä onkin lasten toiseksi yleisin pitkäaikaissairaus. Muita diabeteksen muotoja sairastaa vain noin 1 % lapsista. (Storvik-Sydänmaa ym. 2019, 203.) On kuitenkin huomattu, että tyypin 2 diabetesta, joka yleisemmin tunnetaan aikuisiän diabeteksenä, todetaan nykyään enenevässä määrin myös lapsilla. Tyypin 2 diabeteksessä kudokset reagoivat huonosti insuliinihormonille. Esimerkiksi liikkumattomuus, lihavuus, sekä korkea verenpaine vaikuttavat tyypin 2 diabeteksen puhkeamiseen nuorisoiällä. (Jalanko 2019b.) Vuoteen 2006 asti diabeteksen esiintyvyys kasvoi, mutta sen jälkeen diabeetikoiden määrä on vakiintunut (Storvik-Sydänmaa ym. 2019, 203).

Tyypin 1 diabetes on autoimmuunisairaus, jossa plasman glukoosipitoisuus kasvaa, ja haiman insuliinia tuottavat beetasolut alkavat hiljalleen tuhoutumaan. Beetasolujen tuhoutuminen voi kestää muutamista kuukausista jopa vuosiin. Tuhoutumisen myötä verenkiertoon alkaa syntyä autovasta-aineita. Kliininen diabetes puhkeaa, kun haiman beetasoluista on jäljellä 10–20 prosenttia. (Storvik-Sydänmaa ym. 2019, 203.) Prosessin syntymekanismista tiedetään toistaiseksi vain se, että haimakudoksen tulehdusreaktio aiheuttaa beetasolujen vaurioitumista. (Jalanko 2019b). Myöskään solujen tuhoutumista estäviä tai hidastavia tekijöitä ei ole toistaiseksi pystytty löytämään. Diabeteksen syntyyn vaikuttaa suurimmaksi osaksi tuntemattomat tekijät. Perintötekijöillä kuitenkin tiedetään olevan vaikutusta taudin puhkeamiseen. Mikäli lapsen sisaruksella tai toisella vanhemmista on diabetes, riski sairastua on 5–8 prosentin luokkaa. Lasten diabeteksen hoito koostuu ruokavalioidosta sekä insuliinipistoksista. (Storvik-Sydänmaa ym. 2019, 203.)

Normaalisti verensokeri on paaston eli vähintään 8 tunnin syömättömyyden jälkeen alle 6mmol/l (millimoolia litrassa). Verensokeri kuitenkin nousee syömisen jälkeen, ja normaalina arvona pidetään alle 7,8mmol/l kahden tunnin kuluttua syömisestä. (Ilanne-Parikka, 2018.) Kun plasman glukoosiarvo on alle 4mmol/l,

on verensokeri normaalia alhaisempi. Jos glukoosiarvo laskee alle 2,8mmol/l, kyseessä on hypoglykemia. Hypoglykemiaa esiintyy etenkin insuliinidiabeetikoilla. (Mustajoki 2019.)

Hypoglykemian syitä on useita. Ateriainsuliinin annos voi olla liian suuri verrattuna lapsen ruokamäärään, tai insuliinia on pistetty vahingossa liian paljon. Myös pitkäkestoinen ja raskas liikunta, sekä ruokailuiden väliin jättäminen, viivästyminen tai unohtuminen voivat aiheuttaa liian matalia verensokeriarvoja. (Storvik-Sydänmaa ym. 2019, 210.) Alhainen verensokeri vapauttaa adrenaliinia, eli niin sanottua stressihormonia, jonka liikavaikutus aiheuttaa oireita. Näitä oireita ovat esimerkiksi sydämen tykytys, hikoilu, nälän tunne, käsien tärinä sekä ärtyneisyys. Lievät hypoglykemian oireet loppuvat nopeasti, kun lapselle annetaan sokeri- tai tärkkelyspitoista ravintoa. Mikäli verensokeri pääsee laskemaan todella alhaiseksi, alkaa se aiheuttamaan häiriöitä keskushermostossa. Oireita syntyy, kun aivot eivät saa riittävästi ravinnoksi käyttämäänsä glukoosia. Keskushermoston oireita ovat esimerkiksi päänsärky, sekavuus, näköharhat sekä epätavallinen tai riitaisa käytös. Pahimmillaan matala verensokeri voi aiheuttaa jopa kouristuksia ja tajuttomuutta. (Mustajoki 2019.)

Tajuissaan olevalle ja yhteistyökykyiselle hypoglykemiselle henkilölle annetaan suun kautta nopeasti imeytyvää hiilihydraattia. Ensisijainen hiilihydraattivalmiste on pureskeltava glukoosipastilli, glukoosigeeli tai yksi ruokalusikallinen hunajaa. (Äkillisen hypoglykemian hoito insuliinihoitoisella diabeetikolla: Käypä hoito -suositus, 2020.) Jos ensiapuna käytetään hunajaa, on hyvä varmistaa autettavalta, ettei hänellä ole siitepölyallergiaa, sillä hunajaa on siitepölyvalmiste. Mikäli edellä mainittuja hiilihydraattivalmisteita ei ole saatavilla, voidaan tarvittaessa käyttää jotain muuta verensokeria nostavaa hiilihydraattia, kuten tuoremehua tai sokeria. Jos verensokeri on 15 minuutin jälkeen edelleen alle 4mmol/l, voidaan hiilihydraattiannos toistaa. (Äkillisen hypoglykemian hoito insuliinihoitoisella diabeetikolla: Käypä hoito -suositus, 2020.) Mikäli tila ei parane, tai lapsi menee tajuttomaksi, tulee soittaa hätänumeroon 112. Tajuttoman suuhun ei saa laittaa mitään. (Suomen Punainen Risti 2020a.)

Hyperglykemiällä tarkoitetaan tilaa, jossa veren sokeripitoisuus on normaalia korkeampi (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuori & Uotila 2013, 169). Kuten

aiemmin on mainittu, tyypin 1 diabeteksessa insuliinia tuottavat solut alkavat tuhoutumaan, kun taas tyypin 2 diabeteksessa kudosten reagointi insuliinille heikkenee. Hyperglykemia voikin johtua insuliinin puutteesta, insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta tai molemmista näistä. (Insuliininpuutosdiabetes: Käypä hoito -suositus, 2020.) Kun sairastumisvaiheessa näitä ongelmia ei ole vielä korjattu, on tavallista, että sairastuneella todetaan hyperglykemia. Veren sokeripitoisuus voi nousta hyvinkin korkealle. (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 169.) Hyperglykemiaa voi esiintyä myös sairastumisvaiheen jälkeen. Veren sokeriarvot voivat vaihdella paljon, ja siksi onkin normaalia, että yksittäisiä korkeita veren sokeriarvoja esiintyy myös hoidon aikana. Näillä mittaustuloksilla ei kuitenkaan ole merkitystä hoitotasapainoon pitkällä tähtäimellä. Hyperglykemia voi kuitenkin olla haitallista, mikäli korkeita mittaustuloksia esiintyy jatkuvasti. Jatkuva korkea veren sokeripitoisuus aiheuttaa elinmuutoksia, joissa pienet verisuonet vaurioituvat. Verisuoniin syntyy siis mikroangiopatiaa. Tämän seurauksena voi aiheutua esimerkiksi jalkojen tuntohäiriöitä tai silmäpohjamuutoksia. Etenkin jalkaongelmat ovat kuitenkin harvinaisia lapsilla. (Storvik-Sydänmaa ym. 2019, 211.)

Hyperglykemiaan johtavia syitä on useita. Insuliinia voi olla pistetty liian vähän tai ei lainkaan, joko unohduksen vuoksi tai tahallisesti. Voi esimerkiksi olla, että lapsi ei halua pistää insuliinia muiden lasten nähden, jolloin insuliini jää pistämättä. Hiilihydraattimäärät saattavat myös olla liian suuria insuliiniannoksiin verrattuna, jos lapsi syö esimerkiksi runsaasti herkkuja. On myös mahdollista, että hiilihydraatteja ei ole osattu laskea oikein, tai niitä ei ole laskettu ollenkaan. (Storvik-Sydänmaa ym. 2019, 210.) Hyperglykemian oireita ovat muun muassa yleinen voimattomuus ja väsymys, sekavuus, lisääntynyt virtsan määrä sekä jano. Mitä voimakkaampaa verensokerin nousu on, sen pahemmat ovat oireet. Mikäli lapsen yleisvointi heikkenee huomattavasti tai ilmenee ketoasidoosiin viittaavia oireita, tarvitsee lapsi päivystyshoitoa. (Holmström 2018, 518.) Hyperglykemian ensiapuna voidaan tarvittaessa antaa lisäinsuliinia lapsen omien hoito-ohjeiden mukaisesti (Tampereen Diabetesyhdistys 2013).

Hyperglykemia johtaa hoitamattomana hiljalleen elimistön happamoitumiseen, eli ketoasidoosiin (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 168). Ketoasidoosissa esiintyy hyperglykemian oireiden lisäksi hyperventilaatiota eli liikahengitystä, jolla elimistö

pyrkii kompensoimaan happamoitumista. Hengityksessä voidaan havaita makeaa asetonin hajua. Hyperglykemiselle henkilölle kehittyy verenkiertosokki, mutta iho pysyy siitä huolimatta lämpimänä ja kuivana. Hän on myös takykardinen, ja hänellä voi esiintyä pahoinvointia, oksentelua ja vatsakipuja. Ketoasidoosi voi kehittyä ja edetä tunneissa. Jos kehittyvää tilaa ei hoideta, voi se aiheuttaa hypotensiota eli matalaa verenpainetta, rytmihäiriöitä, tajunnantason häiriöitä sekä äkkikuoleman vaaran. (Holmström 2018, 518-519.) Ketoasidoosi on hengenvaarallinen tila, ja vaatii pikaista päivystyshoitoa (Storvik-Sydänmaa ym. 2013, 168).

5.3.9 Tajuttomuus

Lapsen tajuttomuuden syitä voivat olla esimerkiksi kuumekouristus, pään vamma, keskushermostoinfektiot, hypoglykemia, vaikea ketoasidoosi tai epilepsia (Suominen 2017). Tajuttoman lapsen ensiapuohjeet ovat kuitenkin aina samat riippumatta tajuttomuuden aiheuttajasta.

Tajutonta lasta tulisi ensin yrittää herätellä ravistelemalla hartioista. Jos lapsi ei herää, soitetaan heti hätänumeroon 112. Puhelu laitetaan kaiuttimelle, jotta voidaan jatkaa ensiavun antamista. Lapsi käännetään selinmakuulle ja hänen ilmiensä avataan taivuttamalla päätä hieman taakse. Päätä taivuttaessa toisella kädellä painetaan otsasta ja toisella kohotetaan leukaa. Kämmenselällä tai poskella kokeillaan tuntuuko hengityksen virtaus lapsen suun ja nenän edessä. (Suomen Punainen Risti 2020h.) Jos ilmavirtaa ei tunnu, aloitetaan painelupuhalluselvytys. Lasten elvytystä käsitellään tämän opinnäytetyön luvussa 5.8.

Jos lapsi hengittää, käännetään hänet kylkiasentoon. Kylkiasento on tajuttomalle turvallisin asento, koska siinä kieli ei pääse tukkimaan hengitysteitä. Kylkiasennossa myös mahdollinen oksennus kulkeutuu suusta ulos, eikä joudu hengitysteihin. (Terveyskylä 2018c.)

Kylkiasentoon kääntäminen onnistuu helpoiten, kun auttaja on polvillaan lapsen vieressä. Auttajaan nähden lapsen vastakkaisen puolen käsi nostetaan rinnan

päälle ja saman puolen jalka koukistetaan. Auttajan puoleinen käsi asetetaan yläviistoon, jotta se ei jää lapsen vartalon alle käännettäessä. Sitten omaa painoa apuna käyttäen lapsi käännetään kyljelleen kasvot auttajaan päin. Koukistetun jalan avulla asento tuetaan mahdollisimman tukevaksi. Lapsen päällimmäinen käsi asetetaan posken alle tukemaan pään asentoa. (Terveyskylä 2018c.) Tässä vaiheessa lapsen hengitysteiden aukiolo on varmistettava uudelleen taivuttamalla päätä hieman taaksepäin ja kokeilemalla kädellä ilmapirtaa. Lapsen hengitystä ja muuta vointia on tarkkailtava ammattiavun saapumiseen saakka. (Suomen Punainen Risti 2020h.)

Alle yksivuotiaan tajuttoman ensiapu eroaa hieman vanhempien lasten ensiavusta. Hengitysteitä avatessa vauvan päätä ei tule taivuttaa liikaa taakse, sillä silloin hengitystie tukkiutuu (Storvik-Sydänmaa 2019, 93). Jos vauva hengittää, häntä pidetään sylissä kylkiasennossa niin, että vatsa on auttajan kehoa kohti. Pään tulee olla matalammalla kuin muun vartalon, jotta vauva ei tukehdu kielessä ja mahdollinen oksennus ei joudu hengitysteihin. Päättä tuetaan kädellä normaaliin asentoon. (Armstrong 2012, 51.)

5.3.10 Elottomuus

Lasten elvytystilanteet ovat harvinaisia, joten niihin on vaikea varautua etukäteen. Elvytystaitoja olisikin hyvä kerrata säännöllisesti. Tässä luvussa käymme läpi maallikkoelvytyksen periaatteet eri ikäryhmissä. Emme sisällytä työhön hoitoelvytystä, koska kohderyhmänä ovat maallikot.

Lapsen elottomuuden syynä on lähes aina hapenpuute esimerkiksi hukkumisen tai tukehtumisen seurauksena. Vain harvoissa tapauksissa elottomuuden taustalla on sydänperäinen syy. (Rajantie, Mertsola & Heikinheimo 2010, 8.) Muita syitä lapsen elottomuudelle ovat muun muassa trauma, infektiot ja kätkytkuolema (Storvik-Sydänmaa ym. 2019, 124). Aikuisen elottomuus puolestaan liittyy useimmiten perussairauteen, kuten sepelvaltimotaudin, aiheuttamaan sydänpysähdykseen. (Elvytys: Käypä hoito –suositus, 2016.)

Eloton henkilö ei reagoi herättelyyn, eikä hengitä tai hengitys on epänormaalia. Hätäilmoitus numeroon 112 tulee tehdä heti, kun kohdataan henkilö, joka ei herää ravisteluun. Puhelu laitetaan kaiuttimelle ja aletaan tarkastamaan autettavan hengitystä. Reagoimattoman henkilön lihasjänteyden heikentymisen seurauksena kieli ja kurkunkansi voivat tukkia hengitystien. Tämän vuoksi hengitystiet tulee avata ennen hengityksen arvioimista otsasta painamalla ja leukaa nostamalla. (Elvytys: Käypä Hoito -suositus 2016.) Reagoimattoman lapsen hengitystie tulee avata samalla tekniikalla kuin aikuisenkin, mutta pään tulee jäädä neutraaliin asentoon. Jos lapsen päätä taivuttaa liikaa taakse, hengitystiet tukkeutuvat. (Alanen & Kosonen 2017, 292.)

Hengitystä arvioidaan tunnustelemalla ilmavirtaa kämmenselällä autettavan suun edestä sekä tarkkailemalla samalla rintakehän liikettä. Joskus elottomuuteen voi liittyä niin kutsuttuja agonaalisia hengenvetoja, mikä voi vaikeuttaa elottomuuden tunnistamista. Agonaalinen hengitys voi olla harvaa, äänekästä tai epäsäännöllistä, mutta siinä tapahdu kaasujenvaihtoa, eli elvytys tulisi aloittaa välittömästi. (Alanen & Kosonen 2017, 290-291.)

Käypä hoito -suosituksen (Elvytys 2016) mukaan eri-ikäiset jaetaan alle 1-vuotiaisiin, 1-vuotiaasta murrosikäisiin sekä murrosikäisiin ja sitä vanhempiin. Olemme koonneet elvytyksen hoitosuositukset maallikoille alla olevaan taulukoon. (Taulukko 1).

	Alle 1-vuotiaat	Alle murrosikäiset	Murrosikäiset ja aikuiset
Painelupaikka	Rintalastan keskiosa	Rintalastan keskiosa	Rintalastan keskiosa
Tekniikka	2-3 sormeaa	1-2 kättä, kämmenen tyvi	Kaksi kättä, kämmenen tyvi
Syvyys	1/3 rintakehästä	1/3 rintakehästä	1/3 rintakehästä (5-6cm)
Nopeus	100-120/min	100-120/min	100-120/min
Painelu:Puhallus suhde	Aluksi 5 puhallusta, jonka jälkeen 30:2	Aluksi 5 puhallusta, jonka jälkeen 30:2	30:2

Taulukko 1.

Kun aikuisen elottomuus on todettu, aloitetaan välittömästi paineluelvytys. Painelukohta, johon auttaja asettaa kämmenpohjansa, on rintalastan keskiosa. Painellessa käsivarret pidetään suorana ja auttajan hartiat ovat kohtisuoraan elvytettävän rintakehän yläpuolella. Painelutaajuuden tulee olla 100-120 kertaa minuutissa ja rintakehän tulisi painua aikuisella viidestä kuuteen senttimetriä. Rintakehän tulee antaa palautua jokaisen painalluksen välillä. (Elvytys: Käypä hoito -suositus, 2016.)

Aikuisella puhalluselvytys aloitetaan 30 painalluksen jälkeen. Autettavan nenä suljetaan toisella kädellä, ja toisella tuetaan pään asentoa leuasta. Auttaja peittää suullaan autettavan suun ja puhaltaa kaksi rauhallista puhallusta. Yksi puhallus on noin sekunnin mittainen ja autettavan rintakehän tulee nousta ja laskea sen mukaisesti. Painelu-puhalluselvytystä jatketaan vuorotellen 30:tä painallusta ja kahta puhallusta. Jos yksin paikalla oleva auttaja ei onnistu puhalluksissa, on parempi keskittyä jatkuvaan, tehokkaaseen paineluelvytykseen. (Elvytys: Käypä hoito -suositus, 2016.)

Jos autettava on alle murrosikäinen lapsi, aloitetaan elvytys viidellä puhalluksella ennen ensimmäistä painelusyклиä. Hengitystiet avataan, kuten aiemmin tässä kappaleessa on kuvattu. Yli yksivuotiaiden lasten nenä suljetaan toisella kädellä ja toisella tuetaan pään asentoa. Alle yksivuotiaiden puhallukset suoritetaan niin, että auttaja peittää suullaan lapsen suun sekä nenän. Puhallus on riittävän voimakas, kun lapsen rintakehä alkaa nousta. (Castrén ym. 2017c.)

Lapsen elottomuuden taustalla on lähes aina hapenpuute, ja viisi puhallusta voi-kin riittää normaalin hengityksen palauttamiseksi. Hengitystiet tukkivan vierasesi- neen mahdollisuus tulee huomioida etenkin, jos lapsi on mennyt elottomaksi yl- lättäen ruokailun tai leikin yhteydessä. Vierasesinettä voi yrittää poistaa vain, jos se on näkyvissä. (Elvytys: Käypä hoito -suositus, 2016.)

Jos lapsen hengitys ei palaudu viiden puhalluksen jälkeen, jatketaan painelu-pu- halluselvytystä samalla periaatteella kuin aikuisellakin. Painelu- ja puhallusvoima on kuitenkin suhteutettava lapsen kokoon, sillä lapsen elimistön rakenne ja fysio- logia ovat erilaiset kuin aikuisella. Yli yksivuotiaan lapsen paineluun käytetään yhtä käsivartta ja alle yksivuotiaan paineluun kahta sormeaa. Painelutaajuus on

100-120 kertaa minuutissa, kuten aikuisilla, ja painelun syvyyden tulisi olla noin kolmasosa rintakehän syvyydestä. Elvytystä jatketaan vuorotellen 30:tä painalusta ja kahta puhallusta. (Castrén ym. 2017c.)

Painelu-puhalluselvytystä jatketaan, kunnes vastuu siirtyy ammattilaiselle tai spontaani hengitys ja verenkierto palautuvat. Paineluelvytyksen laadun kannalta on tärkeää vaihtaa painelijaa kahden minuutin välein, jos paikalla on vähintään kaksi auttajaa. Paineluelvytyksen tulee lisäksi olla mahdollisimman keskeytyksettöytä, jotta painelulla saavutettua verenkiertoa saadaan ylläpidettyä. Etenkin defibrillaatioon liittyviin painelutaukoihin tulisi kiinnittää huomiota niiden minimoimiseksi. (Elvytys: Käypä hoito -suositus, 2016.)

Elvytyksen onnistumisen ja autettavan ennusteen kannalta on ehdottoman tärkeää, että elottomuus tunnistetaan nopeasti ja elvytys aloitetaan välittömästi sen jälkeen. Painelu-puhalluselvytyksen sekä defibrillaation aloittaminen 3-5 minuutin kuluessa sydänpysähdyksestä voi jopa kolminkertaistaa autettavan selviytymismahdollisuuksia. (Castrén ym. 2017c.)

Maallikon suorittamaan peruselvytykseen kuuluu painelu-puhalluselvytyksen lisäksi defibrillaatio. Defibrillaation merkitys korostuu aikuisilla, joiden sydänpysähdyksen taustalla on useimmiten sydänperäinen syy ja alkurytminä. Defibrillaattoria tulisi lähteä hakemaan heti, kun kohdataan henkilö, joka ei reagoi herättelyyn. Tämä edellyttää, että paikalla on vähintään kaksi auttajaa, koska toisen on jäävä tekemään hätäilmoitusta ja aloittamaan painelu-puhalluselvytys. Defibrillaattorin tulisi olla kiinni autettavassa alle viidessä minuutissa parhaan hyödyn saamiseksi. (Elvytys: Käypä hoito –suositus, 2016.)

Julkisilla paikoilla on saatavilla neuvovia defibrillaattoreita, jotka ovat tehokkaita ja turvallisia maallikkojen käytössä. Kun laite on käynnistetty, se ohjeistaa käyttäjää selkeästi. Ensimmäisenä se neuvoo auttajaa kiinnittämään elektrodin autettavan rintakehälle. Tätä varten rintakehä on paljastettava nopeasti. (Elvytys: Käypä hoito -suositus, 2016.) Toinen elektrodi asetetaan autettavan oikean rintalihaksen päälle rintalastan viereen ja toinen nännin korkeudelle vasempaan kylkikaareen keskikainalolinjaan (Castrén & Nurmi 2016). Neuvova defibrillaattori analysoi sydämen rytmin automaattisesti. Jos sydämen rytminä on kammiovärinä

tai -takykardia, laite latautuu automaattisesti ja neuvoo auttajaa painamaan isku-painiketta. Iskun jälkeen laite käskee jatkamaan painelu-puhalluselvytystä välittömästi. Jos sydämen rytminä on asystole tai sykkeetön rytmi (PEA), laite neuvoo jatkamaan painelu-puhalluselvytystä välittömästi ilman iskemistä. Laite suorittaa uuden rytmin analysoinnin aina kahden minuutin painelu-puhalluselvytysjakson jälkeen. (Elvytys: Käypä hoito –suositus, 2016.)

Kuten jo aikaisemmin on mainittu, elvytystilanteet ovat harvinaisia. Mikäli kuitenkin tällainen tilanne tulee vastaan, on auttajan tärkeä pysyä rauhallisena. Vaikka auttaja olisi epävarma omasta osaamisestaan, on parempi ryhtyä rohkeasti auttamaan omien taitojensa puitteissa. Myös hätäkeskus antaa elvytysohjeita puhelimitse.

6 ENSIAPU- JA TURVALLISUUSKOULUTUS

6.1 Koulutuksen suunnittelu ja tavoitteet

Prosessin alkuvaiheessa olimme yhteydessä Notkokuiston varhaiskasvatyüksikön johtajaan sähköpostitse ja puhelimitse. Lähetimme hänelle alustavan suunnitelmamme koulutuskokonaisuuden rakenteesta ja sisällöstä. Suunnitelman pohjalta aloimme työstämään kaikkien osapuolten kannalta mahdollisimman hyödyllisiä koulutuksia. Olimme yhtä mieltä siitä, että koulutusten on hyvä sisältää sekä teoriaopetusta että käytännön harjoituksia. Sovimme myös yhdessä, että koulutukset pidetään kolmena eri kertana syksyn 2020 aikana ja jokaiselle koulutuskerralle on aikaa 1,5 tuntia. Koulutukset pidettiin noin kuukauden välein, koska tiukempaa aikataulua ei ollut mahdollista järjestää. Saimme yksikön johtajalta alustavan tiedon, että koulutuksiin osallistuisi noin 14 työntekijää. Koulutukset järjestettiin työntekijöiden työaikana, joten kenenkään ei tarvinnut käyttää vapaa-aikaa osallistuakseen niihin.

Ennen ensimmäistä koulutusta lähetimme varhaiskasvatyüksikön johtajalle saatekirjeen ja hän välitti sen osallistujille. Saatekirjeessä kerroimme opinnäytetyöstämme ja koulutuksien ajankohdista. Lisäksi se sisälsi ohjeistuksen sekä linkin sähköiseen ennakkokyselyyn ensiapukoulutuksia varten. Saatekirje on tämän opinnäytetyön liitteenä. (Liite 1.)

Koulutuksien jakaminen useammalle päivälle oli toimiva ratkaisu, sillä sisältöjen rajaaminen eri kerroille onnistui melko loogisesti. Kolme erillistä koulutuskertaa vaikutti toimivalta ratkaisulta myös koulutuksien osallistujia ajatellen. Kupiaksen ja Kosken (2012, 58) mukaan ihminen jaksaa kuunnella luentoja noin 45 minuuttia ja aktiivisesti työskennellessä keskittyminen riittää noin 90 minuutiksi. Tästä syystä myös käytännön harjoitusten tekeminen luennoinnin ohessa oli hyvä keino pitää yllä osallistujien mielenkiintoa ja edistää oppimista.

Turvallisuuskoulutuksen tavoitteena oli palauttaa varhaiskasvatyüksikön työntekijöiden mieleen heidän työpaikkansa turvallisuussuunnitelman sisältämiä ai-

heita. Saimme Notkokuiston varhaiskasvatusyksikön johtajalta yksikön turvallisuussuunnitelman, jonka pohjalta lähdimme suunnittelemaan koulutuksen sisältöä. Koska turvallisuuskoulutukseen oli varattu aikaa rajallisesti, jouduimme karsimaan aiheita melko paljon. Päädyimme valitsemaan koulutukseen kolme ai-
hetta, joista koimme olevan osallistujille eniten hyötyä: hätäpuhelu, tulipalo ja al-
kusammutus sekä hätäpoistuminen. Lisäksi valitsimme neljänneksi aiheeksi uh-
kaavan henkilön kohtaamisen. Vaikka kyseinen tilanne on harvinainen, koimme
että sen kertaaminen ja harjoittelu on hyödyllistä.

Ensiapuaiheisten koulutusten pääasiallisena tavoitteena oli parantaa varhaiskas-
vatusyksikön henkilökunnan valmiutta toimia mahdollisissa työpaikalla tapahtu-
vissa lasten tapaturmissa. Halusimme vastata työyksikön sekä koulutuksen osal-
listujien tarpeisiin mahdollisimman hyvin, jotta koulutuksista saataisiin irti kaikki
mahdollinen hyöty. Tästä syystä loimme yksikön työntekijöille ennakkokyselyn,
johon he saivat esittää toivomuksia koulutusten sisällöistä. Päädyimme teke-
mään ennakkokyselystä sähköisen, koska ajattelimme sen olevan helpoin keino
tavoittaa kaikki yksikön työntekijät. Myös vastaamiskynnyksen arvelimme olevan
matalampi kuin paperisen kyselylomakkeen kohdalla. Käytimme kyselyn luomi-
seen SurveyMonkey-sivustoa, sillä se on maksuton ja vastasi tarpeisiimme. Lä-
hetimme ennakkokyselyn sähköpostitse varhaiskasvatusyksikön johtajalle muu-
tama viikko ennen ensimmäistä koulutusta, ja hän välitti sen kaikille työntekijöille.

Halusimme kyselyn olevan mahdollisimman yksinkertainen. Laadimme siihen
vain kaksi avointa kysymystä, jotka olivat ”Mitä aiheita toivoisit ensiapukoulutuk-
sen sisältävän?” ja ”Millaisia ensiapua vaativia tilanteita olet kohdannut urallasi
päiväkodissa?”. Halusimme kysyä työntekijöiden kohtaamista ensiaputilanteista,
koska päiväkodissa tapahtuvista tapaturmista löytyy hyvin vähän tutkimustietoa.
Kyselyn vastaukset vastasivat melko hyvin meidän ennako-oletuksiamme kes-
keisimmistä varhaiskasvatusympäristössä kaivattavista koulutusaiheista. Koulu-
tuksissa toivottiin käsiteltävän muun muassa pään vammoja, allergista reaktiota
sekä putoamisesta ja kaatumisesta syntyvien vammojen ensiapua. Lisäksi toivot-
tiin pienten lasten ja vauvojen ensiapuohjeita. Näitä kaikkia aiheita käsitelimme
kin ensiapukoulutuksissa.

Loimme jokaiseen koulutukseen aiheiden pohjalta oman PowerPoint-esityksen, jonka jaoin osallistujille etukäteen sähköisessä muodossa. Koimme että PowerPoint-alusta oli meidän tarkoituksiimme sopiva, sillä se on helppokäyttöinen ja monipuolisesti muokattavissa. Kupiaksen ja Kosken (2012, 76) mukaan hyvä diaesitys tukee koulutusta, mutta pääosassa on kouluttaja itse. Pyrimmekin rakentamaan diaesitykset siten, että diat olisivat helppolukuisia ja selkeitä, jotta voisimme käyttää niitä suullisen esityksemme tukena. Visuaalinen esitys helpottaa osallistujien kuuntelemista ja parantaa opitun muistamista (Marckwort & Marckwort 2013, 110). Jotkut ensiapuohjeet laitoimme kuitenkin diaesitykseen kokonaisuudessaan, jotta osallistajat voivat käyttää niitä hyödyksi käytännön harjoitusten aikana.

Ennen jokaista koulutuskertaa lähetimme valmistelemamme diaesityksen varhaiskasvatusyksikön johtajalle. Näin hänellä oli mahdollisuus vaikuttaa koulutuksen sisältöön ja tarvittaessa tehdä muutosehdotuksia. Koimme, että näin saimme suunniteltua juuri Notkokuiston varhaiskasvatusyksikön tarpeisiin sopivan koulutuskokonaisuuden.

6.2 Koulutuksen toteutus

Pidimme koulutukset päiväkodin liikuntasalissa. Tila oli meille sopiva, sillä osallistajat saivat istua joko penkeillä tai patjoilla ja saimme kouluttajina olla osallistujien edessä. Koemme, että näin saimme äänemme kuuluviin ja pystyimme luomaan osallistujiin hyvän kontaktin. Halusimme, että koulutuksissa olisi mahdollisimman rento ilmapiiri, joka rohkaisisi myös keskustelulle, ja liikuntasali ympäristönä mahdollisti sen. Saimme jokaiselle koulutuskerralle käyttöömmme videoprojektorin, jolla heijastimme diaesityksen valkokankaalle.

Ensimmäisellä koulutuskerralla käsitelimme turvallisuusaiheita ja kaksi jälkimmäistä koulutusta käytimme ensiapuaiheiden läpikäymiseen. Koko koulutuskokonaisuus oli helpommin hahmotettavissa, kun turvallisuusasioille oli varattu yksi kokonainen koulutuskerta ja ensiapukoulutukset olivat peräkkäin. Teoriaopetuk-

sen lisäksi jokaiseen koulutukseen sisältyi myös käytännön harjoituksia käsitellyistä aiheista. Koulutusten tarkka rakenne on tämän opinnäytetyön liitteenä (Liite 2).

Turvallisuuskoulutuksessa pääpaino oli teorian tiedossa ja se koostuikin suurelta osin diaesityksestä. Halusimme kuitenkin pitää tauon luennoinnista, jotta osallistujien mielenkiinto pysyisi yllä koko koulutuksen ajan. Suunnilleen koulutuksen puolivälissä annoimme osallistujille tehtäväksi etsiä päiväkodin alkusammutusvälineet ja tuoda ne kokoontumispaikalle. Siellä tarkastimme käsiammuttimien huoltopäiväykset ja kertosimme niiden käytön periaatteet sanallisesti. Lisäksi osallistujat pääsivät harjoittelemaan sammutuspeitteen käyttöä. Harjoitukseen olimme varanneet sammutuspeitteen sijaan tavallisen viltin sekä kattilan, joilla simuloimme kattilapalon sammuttamista.

Olimme laatineet turvallisuuskoulutuksen loppuun vielä kolme käsiteltäviin aiheisiin liittyvää case-tapausta. Osallistujat harjoittelivat kolmen henkilön pienryhmissä hätäpuhelun soittamista tilanteessa, jossa autettavana on kouristeleva lapsi. Harjoituksen avulla kerrattiin oleellisia hätäkeskuspäivystäjälle kerrottavia asioita. Toisessa case-tapauksessa kerrattiin toimintaohjeita pienessä tulipalossa. Viimeiseksi kävimme läpi kuvitteellisen tilanteen, jossa lasta hakemaan tullut aikuinen on päihtynyt ja alkaa käyttäytyä uhkaavasti. Case-tapausten avulla pyrimme kertaamaan koulutuksen aikana läpikäytyjä aiheita ja tuomaan niitä lähemmäs käytäntöä.

Ensiapukoulutukseen sisältyi turvallisuuskoulutukseen verrattuna enemmän käytännön harjoituksia. Oman kokemuksemme mukaan asiat jäävät paremmin mieleen, kun niitä pääsee harjoittelemaan itse. Kysyimme ensimmäisen ensiapukoulutuksen alussa osallistujien mielipidettä koulutuksen rakenteeseen. Heidän toiveestaan teimme heti jokaisen aiheen jälkeen siihen liittyvät käytännön harjoitukset. Toinen vaihtoehto olisi ollut käydä läpi ensin kaikkien aiheiden teorian ja käyttää loput ajasta käytännön harjoituksiin. Valittu vaihtoehto tuntui olevan toimiva, koska asiat päästiin käsittelemään kokonaisuuksina. Tutkimusten mukaan osallistujien mielenkiinto esityksestä kohtaan alkaa hiipua jo 10 minuutin kohdalla, minkä vuoksi opetus tulisi jaksottaa lyhyisiin osiin (Marckwort & Marckwort 2013, 30). Harjoitukset jakoivatkin teoriaopetusta sopivasti lyhyempiin jaksoihin.

Ensiapukoulutuksissa harjoituksia oli nivelvamman ensiavusta, painesiteen tekemisestä, vierasesineen poistamisesta hengitysteistä, EpiPenin käytöstä, kylki-asentoon auttamisesta sekä painelu-puhalluselvytyksestä. Jokaisen harjoituksen alussa näytimme ensin mallisuorituksen, jonka jälkeen osallistujat saivat tehdä harjoituksia pienryhmissä. Harjoitukset painottuivat lasten ensiapuun, mutta elvytyksen kohdalla kävimme läpi myös aikuisen elvytysohjeet. Koimme tämän tärkeäksi, sillä varhaiskasvatyüksikössä on lapsien lisäksi myös paljon aikuisia työntekijöitä. Ajan rajallisuuden vuoksi päätimme, että koulutuksessa ei harjoitella defibrillaattorin käyttämistä. Päätökseen vaikutti myös se, että lasten kohdalla painelu-puhalluselvytys on suuremmassa roolissa kuin defibrillaatio. Kävimme sitä kuitenkin läpi elvytysharjoituksen yhteydessä suullisesti. Lainasimme ensiapuharjoituksia varten Tampereen ammattikorkeakoululta muun muassa elvytysnukkeja, harjoitus-EpiPenin, painesiteitä sekä erilaisia sidostarvikkeita.

Jokaisessa koulutuksessa jäi teoriaopetuksen ja käytännön harjoittelun lisäksi runsaasti aikaa myös keskustelulle ja kysymyksille. Halusimme luoda avoimen sekä vuorovaikutteisen ilmapiirin, joten kannustimme osallistujia esittämään kysymyksiä kesken koulutuksenkin. Usein kysyimme myös heiltä päiväkodin sisäisistä ohjeistuksista esimerkiksi lapsien lääkehoitoon liittyen. Tällainen dialoginen esitystyylillä pitääkin osallistujien mielenkiintoa yllä ja helpottaa esityksen seuraamista. Dialoginen esiintyjä kertoo asiat omin sanoin ja osoittaa puheensa yleisölle. (Marckwort & Marckwort 2013, 14.) Osallistujat olivatkin innokkaita tuomaan omia kokemuksiaan esille ja keskustelu oli vilkasta jokaisessa koulutuksessa.

Koulutusten aikana nousi esiin myös joitakin epäkohtia. Turvallisuuskoulutuksessa osallistujat huomasivat, että yhden käsisammuttimen huoltopäiväys oli vanhentunut. Myös ensiapukoulutuksissa nousi esiin puutteita esimerkiksi yksikön sisäisessä tiedonkulussa sekä joissakin toimintaohjeissa. Keräsimme epäkohtia ylös ja lähetimme niistä sähköpostia yksikön johtajalle. Koulutuksen osallistujat sekä yksikön johtaja olivat tyytyväisiä siihen, että koulutusten myötä epäkohdat huomattiin ja niihin pystyttiin reagoimaan. Tämä vahvisti myös meidän kouluttajien ajatusta siitä, että koulutuksista oli hyötyä.

6.3 Koulutuksen palautteet

Tarkoituksenamme oli kerätä palautetta osallistujilta jokaisesta koulutuksesta erikseen. Lähetimme ensimmäisen koulutuksen jälkeen palautekyselyn sähköpostitse varhaiskasvatusyksikön johtajalle, joka välitti sen osallistujille. Saimme kyselyyn kuitenkin melko niukasti vastauksia. Toisen koulutuksen jälkeen lähettämämme kysely ei ilmeisesti koskaan saavuttanut koulutuksen osallistujia, emmekä saaneet siihen lainkaan vastauksia. Viimeisestä koulutuksesta keräsimmekin palautteet paikan päällä. Jokainen osallistuja kirjoitti palautteensa nimettömästi tyhjälle paperille, jotka keräsimme sitten itsellemme. Annoimme palautteen kirjoittamiseen aikaa noin 10 minuuttia.

Saamamme palaute oli pelkästään hyvää ja koulutukset koettiin erittäin hyödyllisiksi. Osallistujien mukaan koulutukset olivat sisällöltään mielenkiintoisia ja hyvin rajattuja. Olimme valinneet koulutuksiin osallistujien mielestä olennaisia aiheita.

Oleellinen käytiin läpi, sekä teoriassa ja myös käytännön harjoituksissa.

- - tarpeeksi lyhyet ja ytimekkäät osuudet, jää mieleen asiat, kun ei kerrota kuin tärkeimmät asiat.

Koulutuksien koettiin olevan päiväkotiympäristöön kohdennettuja. Osallistujat olivat tyytyväisiä siihen, että olimme huomioineet koulutuksissa kyseisen päiväkodin yksilöllisesti. Etenkin turvallisuuskoulutuksessa heräsi paljon keskustelua päiväkodin sisäisistä asioista. Osallistujat kokivat turvallisuusasioista syntyneen keskustelun tarpeelliseksi.

Saatiin oman talon turvallisuutta paremmaksi, saatiin jauhesammuttimet päivitettyä.

Teoriaosuus oli hyvin kohdistettu päiväkotimaailmaan sopivaksi ja sitä eniten palvelevaksi.

Koulutus oli hyvä katsaus asioihin ja talon tilanteeseen.

Saimme paljon hyvää palautetta ulosannistamme. Osallistujien mukaan vastasimme hyvin heidän kysymyksiinsä ja ohjeistimme käytännön harjoitukset selkeästi. Kiitosta saimme myös avoimen keskustelun mahdollistamisesta sekä osallistujien omien kokemusten kuuntelemisesta.

Selkeä ja hyvä koulutus. Vetäjät osasivat asiansa.

Ohjeistus eri tehtävissä hyvää. Selkeä ulosanti, sain vastaukset kysymyksiini.

Koulutuksen vetäjät puhuivat ja vastasivat kysymyksiimme selkeästi.

Käytännön harjoitukset koettiin hyödyllisiksi. Osallistujat olivat tyytyväisiä, kun niihin oli varattu runsaasti aikaa ja jokainen sai harjoitella rauhassa.

Oli hyödyllistä päästä kokeilemaan, esim. painelu-puhalluselytystä nukeilla.

Itseluottamus ea-antamiseen parani, kun sai harjoitella.

7 ENSIAPUOPAS

7.1 Ensiapuoppaan tavoite

Ajatus ensiapuoppaasta syntyi vasta opinnäytetyöprosessin jo alettua, kun mietimme, miten työstämme olisi hyötyä yksikön työntekijöille myöhemminkin. Päätimme koota ensiapukoulutusten aiheiden pohjalta mahdollisimman selkeän ja tiiviin oppaan. Työntekijät voivat halutessaan kerrata oppaasta ensiapuohjeita ja sitä voi tarvittaessa käyttää apuna myös ensiaputilanteen sattuessa. Ensiapuoppaan tavoitteena on parantaa yksikön lasten sekä työntekijöiden turvallisuutta.

7.2 Ensiapuoppaan suunnittelu ja toteutus

Aloitimme oppaan suunnittelun valitsemalla aiheet, jotka haluamme siihen sisällyttää. Päätimme, että laadimme oppaaseen ensiapuohjeet kaikista aiheista, jotka kävimme läpi koulutuksissa. Olimme valinneet koulutusten aiheet tarkan harkinnan tuloksena, emmekä nähneet tarvetta karsia tai lisätä niitä opasta varten. Rajasimme oppaan kuitenkin vain ensiapuohjeisiin, koska turvallisuusohjeet löytyvät varhaiskasvatusyksikön omasta turvallisuussuunnitelmasta. Poikkeuksena päätimme kuitenkin sisällyttää oppaaseen hätäilmoituksen tekemisen, sillä se liittyy vahvasti myös ensiaputilanteissa toimimiseen.

Koska oppaan ei ole tarkoitus olla vain ensiapuohjeiden kertaamisen apuväline, vaan toimia myös tukena mahdollisissa ensiaputilanteissa, halusimme tehdä siitä mahdollisimman selkeän. Päätimme, että oppaaseen kirjattaisiin ainoastaan eri ensiaputilanteiden toimintaohjeet, sekä yleisimmät tilanteisiin liittyvät oireet. Tutkittuun tietoon pohjautuvat perustelut ohjeille sekä yksityiskohtaisemmat kuvaukset löytyvät tästä opinnäytetyöstä. Tästä syystä meidän ei tarvinnut tehdä uutta tiedonhakuja opasta varten, mikä helpotti oppaan kokoamista. Olennaisten asioiden poimiminen ohjeisiin ja asioiden tiivistäminen mahdollisimman selkeään muotoon onnistui myöskin melko helposti.

Käytimme oppaan tekemiseen Microsoft Word –ohjelmaa, jossa on kirjaitto-ominaisuus. Word oli meille ohjelmana ennestään tuttu, joten ajattelimme sen olevan toimiva alusta oppaan luomiseen. Wordin käyttäminen vihkosen tekemiseen oli työläämpää kuin olimme ajatelleet, mutta lopulta saimme mieluisan tuoksen.

Järjestimme ohjeet oppaaseen siten, että useimmin tarvittavat ohjeet ovat oppaassa ensimmäisinä ja harvinaisemmat tilanteet, kuten elvytys, viimeisenä. Oppaassa on myös sisällysluettelo, jotta kiireellisessäkin tilanteessa oikeat ohjeet on helppo löytää. Jotta opas olisi mahdollisimman selkeä ja helppolukuinen, asetelimme sisällön niin, että jokainen aihe alkaa omalta sivultaan. Korostimme tärkeitä kohtia alleviivauksen, isomman fonttikoon ja punaisen tekstin avulla. Käytimme oppaassa selkeää sekä yksinkertaista kieltä ja vältimme tieteellisten termien käyttämistä.

Ohjeiden ymmärtämisen helpottamiseksi lisäsimme oppaaseen kuvia eri ensiaputilanteista. Esimerkiksi autettavan kääntäminen kylkiasentoon pelkkien sanallisten ohjeiden avulla olisi haastavaa, etenkin todellisessa tilanteessa. Saimme kuvausavuksi ensihoitajaopiskelijan Tampereen ammattikorkeakoulun 17EH-ryhmästä. Suunnittelimme ja otimme yhdessä juuri meidän oppaaseemme sopivat valokuvat. Alkuperäinen suunnitelmamme oli pyytää kuvauksiin toisen opinnäytetyön tekijän sukulaislasta, mutta se ei onnistunut aikataulumme puitteissa. Päädyimmekin käyttämään kuvissa lapsi- ja vauvanukkeja. Joidenkin ensiapuohjeiden kuvissa toimimme myös itse malleina. Halusimme pitää kuvat yhtenäisinä, joten pyrimme ottamaan ne mahdollisimman samalla taustalla ja valaistuksella. Otimme kuvat Tampereen ammattikorkeakoulun ensiapuluokassa syksyllä 2020. Käytimme kuvissa ensiapuluokan tarvikkeita rekvisiittana. Oppaan kansikuva on otettu Notkokuiston varhaiskasvatusyksikössä erään työntekijän toimesta. Kuvassa esiintyvän lapsen huoltajalta on saatu lupa kuvan käyttämiseen.

Halusimme oppaasta mahdollisimman käytännöllisen ja helposti luettavan. Koska ensiapuopas oli opinnäytetyömme toissijainen tuotos, päätimme, että emme käytä oppaan painatukseen muita resursseja, vaan tulostamme oppaan itse A5-kokoisena vihkosena. Toimitamme valmiita ensiapuoppaita Notkokuiston varhaiskasvatusyksikön käyttöön 10 kappaletta, jotta niitä riittää kaikille ryhmille

sekä kerhoille. Lisäksi lähetämme ensiapuoppaan yksikön johtajalle sähköisesti, jotta he voivat tulostaa oppaita tarvittaessa lisää. Valmis ensiapuopas on tämän opinnäytetyön liitteenä. (Liite 3.)

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Noudatimme opinnäytetyötä tehdessämme hyvän tieteellisen käytännön periaatteita (Tutkimuseettinen lautakunta 2012). Toimimme prosessin jokaisessa vaiheessa rehellisesti, huolellisesti sekä parhaan etiikkamme mukaan. Haimme opinnäytetyötä varten tutkimusluvan Tuusulan kunnalta ja kysyimme myös luvan varhaiskasvatusyksikön nimen käyttämiseen opinnäytetyössämme. Eettisiä periaatteita noudattaen kaikki opinnäytetyöhömmme liittyvät kyselyt, kuten palautekyselyt, olivat nimettömiä, ja niihin vastaaminen oli vapaaehtoista. Etenkin paperisen kyselyn kohdalla korostimme vastaamisen vapaaehtoisuutta, jotta tilanne ei olisi painostava. Työntekijöiden antamia palautteita lainasimme totuudenmukaisesti. Käytimme kyselyiden tuloksia vain tässä opinnäytetyössä ja hävitimme kyselylomakkeet asianmukaisesti. Näin varmistimme vastaajien tietosuojan säilymisen.

Halusimme tehdä opinnäytetyöstämme mahdollisimman luotettavan, koska työn tuotos menee käyttöön varhaiskasvatusyksikköön ja työntekijät tulevat hyödyntämään sitä lasten ensiaputilanteissa. Luotettava tieto takaa sen, että lapset saavat tarvittaessa hyvää ja laadukasta ensiapua. Pyrimme käyttämään työssämme korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja lähteitä, jotta tieto olisi mahdollisimman uutta ja siten luotettavaa. Tiedonhaussa käytimme yleisesti tunnettuja ja luotettavana pidettyjä tietokantoja, kuten Duodecimin Terveyskirjastoa, Google Scholaria ja CINAHL:ia. Lisäksi käytimme tiedonlähteenä uusimpia Käypä Hoito –suosituksia.

Pyrimme siihen, että lähdemateriaalina käyttämiemme artikkelien kirjoittajat ovat yleisesti tunnettuja ja arvostettuja alan asiantuntijoita. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti kunnioitimme muiden tutkijoiden tekemää työtä viittaamalla lähdemateriaaleihin huolellisesti ja asianmukaisella tavalla (Tutkimuseettinen lautakunta 2012). Lähteistä, joiden kirjoittaja ei ole tiedossa, hyväksyimme vain luotettavat tahot. Tällaisista mainittakoon Suomen Punaisen Ristin nettisivut, joilta löytyvät ajantasaisimmat ensiapuohjeet maallikoille.

Etsimme ja käytimme työssämme suomen- ja englanninkielisiä lähteitä, koska koimme, että niitä pystymme lukemaan ja tulkitsemaan todenmukaisesti. Kansainvälisten lähteiden käyttö lisäsi mielestämme työn luotettavuutta tuomalla lisää perspektiiviä, mutta niiden osuus jäi työssämme kuitenkin melko vähäiseksi, sillä halusimme käyttää pääasiassa suomalaisia lähteitä. Päädyimme tähän ratkaisuun, koska suomalaiset ensiapu- ja turvallisuusohjeet ovat ajantasaisia sekä käytössä Suomessa, ja muiden maiden ohjeistukset saattavat näistä osin poiketa.

Käytimme opinnäytetyössämme uusimpia ensiapuohjeita, jotka siirtyivät luonnollisesti myös tuotoksena tekemäämme oppaaseen. Kansalliset sekä kansainväliset ensiapuohjeet päivittyvät kuitenkin usein, ja sen vuoksi opasta tulisikin jatkossa päivittää säännöllisesti. Tämä varmistaisi sen, että Notkokuiston varhaiskasvatusyksiköllä olisi aina käytettävissä ajantasaisimmat ja siten luotettavimmat ensiapuohjeet. Koimme päivityksen kannalta tarpeelliseksi mainita ensiapuoppaassa sen tekovuoden.

8.2 Opinnäytetyöprosessin pohdinta ja jatkokehittämisaiheet

Prosessin alusta asti meille oli selvää, että haluamme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön. Meille heräsi ajatus koulutuksen pitämisestä, ja pian saimmekin kuulla, että Notkokuiston varhaiskasvatusyksikössä olisi tarvetta ensiapukoulutukselle. Otimme yhteyttä kunnan varhaiskasvatuspäällikköön ja Notkokuiston varhaiskasvatusyksikön johtajaan. Saimme pian tutkimusluvan ja pääsimme tarkemmin suunnittelemaan opinnäytetyöhön liittyviä koulutuksia. Aloitimme prosessin käymällä ensin läpi opinnäytetöitä, joiden tuotoksena oli tehty jonkinlainen ensiapukoulutus. Huomasimme että tällaisia opinnäytetöitä olikin jo tuotettu runsaasti muihin varhaiskasvatusyksiköihin. Tämä antoi meille luottoa siihen, että opinnäytetyömme tulisi olemaan tarpeellinen.

Alkuperäinen suunnitelmamme oli etsiä tutkimustietoa yleisimmistä varhaiskasvatusympäristössä tapahtuvista lasten tapaturmista ja valita koulutuksen aiheet niiden yleisyyden perusteella. Tiedonhaun edetessä kuitenkin huomasimme, että varhaiskasvatuksessa tapahtuvista tapaturmista on todella vähän minkäänlaista

tilastotietoa. Tämä yllätti meidät, sillä olimme ajatelleet, että tietoa kyseisestä aiheesta olisi enemmän. Tutkitun tiedon vähäisen määrän vuoksi koemme, että vastauksemme tutkimuskysymykseen lasten yleisimmistä tapaturmista varhaiskasvatuksessa jäi puutteelliseksi. Halusimme kuitenkin valita koulutuksissa läpikäytävät aiheet perustellusti ja siksi tiedustelimmekin koulutusten osallistujilta heidän työurallaan kohtaamiaan ensiaputilanteita. Näitä vastauksia hyödynsimme aiheita valitessamme. Koulutusten suunnittelua helpotti myös se, että ensiapuhjeista löytyi tutkimustietoa runsaasti. Koemmekin, että tutkimuskysymykseen ensiaputilanteissa toimimisesta opinnäytetyön raportti vastaa kattavasti ja näyttöön perustuen.

Pohdimme koko koulutusten suunnitteluprosessin ajan tutkimuskysymystä siitä, millainen on hyvä koulutus. Käytimme suunnittelussa apuna tutkitun tiedon ohella paljon omia kokemuksiamme koulutusten pitämisestä sekä niihin osallistumisesta. Lähdemateriaalien lukeminen vahvisti omia ennakkokäsityksiämme laadukkaasti koulutuksen ominaispiirteistä, mikä antoi meille lisää varmuutta toimia kouluttajina. Pitämiemme koulutusten sekä opinnäytetyön raportin kirjoittamisen myötä koemmekin saaneemme vastauksen tutkimuskysymykseen hyvästä koulutuksesta.

Tutkimussuunnitelmaa tehdessämme ajattelimme, että saisimme pidettyä koulutuksen yhden iltapäivän aikana. Emme kuitenkaan olleet olleet vielä yhteydessä varhaiskasvatusyksikön johtajaan, joten emme tienneet paljonko meillä olisi aikaa käytettävissä. Lopulta koulutukset pidettiin kolmena eri kertana ja se osoitautui hyväksi ratkaisuksi, sillä näin aiheet jakautuivat tasaisesti eikä yhdelle kerralle tullut liikaa opittavaa. Lisäksi useampi työntekijä pääsi osallistumaan vähintään yhteen koulutukseen, kun ne olivat useampana päivänä.

Alkuperäinen suunnitelmamme oli aloittaa kokonaisuus ensiapukoulutuksella, koska sillä aloittaminen tuntui luontevalta ensihoidon ollessa ominta alaamme. Päätimme kuitenkin lopulta pitää turvallisuuskoulutuksen ensimmäisenä, jotta ensiapukoulutukset olisivat luontevaa jatkumoa toisilleen. Turvallisuuskoulutuksen lopullinen sisältö pysyi lähes suunnitelman mukaisena. Alkuperäinen suunnitelmamme sisälsi kadonneen lapsen etsintäharjoituksen. Jouduimme kuitenkin hyl-

käämään sen, sillä vastaava harjoitus oli pidetty päiväkodissa jo aiemmin syksyllä. Valitsimme etsintäharjoituksen tilalle uhkaavan henkilön kohtaamisen. Ensiapukoulutusten sisältö ei juurikaan muuttunut alkuperäiseen suunnitelmaan verrattuna. Vain koulutusten väliseen aiheiden jaotteluun teimme pieniä muutoksia.

Jännitimme ensimmäistä koulutusta jonkin verran, koska kyseessä oli meille kokonaan uusi paikka. Lisäksi turvallisuusteema lisäsi osaltaan hieman jännitystä, koska se ei ollut meidän vahvinta alaamme. Toisaalta opimme itsekin paljon uutta suunnitellessamme ja pitäessämme turvallisuuskoulutusta. Koska koimme, että ensimmäinen koulutus oli onnistunut, seuraavat koulutuskerrat sujuivat jo vähemmällä jännityksellä. Tähän vaikutti varmasti sekin, että ensiavun opettaminen tuntui meistä luontevalta. Ensimmäiseen ja kolmanteen koulutukseen osallistui yhdeksän työntekijää, ja toisessa koulutuksessa osallistujia oli kymmenen. Osallistujamäärä pysyi siis melko vakiona ja viimeisessä koulutuksessa lähes kaikki osallistujat olivatkin meille tuttuja jo aiemmilta kerroilta. Saimme jokaisella koulutuskerralla osallistujilta hyvää suullista palautetta, mikä vahvisti meidän itsevarmuuttamme toimia kouluttajina. Jännitimme hieman aluksi, että ehdimmekö käydä kaikki aiheet läpi koulutuksissa, mutta ajankäyttömme osoittautui juuri sopivaksi. Jokaisessa koulutuksessa syntyi runsaasti keskustelua, mikä ilahdutti meitä kouluttajina. Myös kysymyksiä ja osallistujien omia kokemuksia esitettiin runsaasti.

Opinnäytetyöhömmme liittyi ennakkokysely sekä kolme palautekyselyä. Ennakkokysely ja kaksi ensimmäistä palautekyselyä lähetimme sähköisesti ja viimeinen palautekysely oli paperinen. Alustava osallistujamäärä oli 14, mutta koulutuksiin osallistui lopulta 9-10 henkilöä. Ennakkokyselyyn ja ensimmäisen koulutuksen palautekyselyyn vastasi vain neljä varhaiskasvatusyksikön työntekijää ja toiseen palautekyselyyn emme saaneet yhtään vastausta. Tämä ei vastannut odotuksiamme, koska olimme toivoneet kaikkien osallistujien vastaavan kyselyihin. Käyttämällämme SurveyMonkey-alustalla ei pysty näkemään, kuinka moni kyselyn on todellisuudessa avannut. On siis mahdollista, että osa työntekijöistä on avannut kyselyn, mutta jättänyt vastaamatta. Käytimme kyselyissä vain avoimia kysymyk-

siä, mutta mietimme jälkikäteen, olisiko niiden pitänyt olla tarkempia. Ennakkokyselyssä olisimme voineet antaa lisäksi vaihtoehtoja mahdollisista koulutusten aiheista, mikä olisi ehkä helpottanut kyselyyn vastaamista.

Sähköisten kyselyiden vähäisen vastausmäärän takia päätimmekin vaihtaa taktiikkaa. Viimeisessä koulutuksessa keräsimme osallistujilta avoimet palautteet paperisessa muodossa. Tämä osoittautui hyväksi päätökseksi, sillä kaikki osallistujat antoivat palautetta. Palautteiden perusteella koulutukset tulivat Notkopuiston varhaiskasvatusyksikölle tarpeeseen ja saimmekin niistä paljon kiitosta. Näin jälkikäteen mietimme kuitenkin, olisivatko koulutukset voineet vastata vielä enemmän yksikön tarpeita, jos olisimme saaneet ennakkokyselyyn enemmän vastauksia. Palautteissa ei myöskään ei ollut kehitysehdotuksia koulutusten rakenteeseen tai sisältöön. Tällaisen palautteen avulla olisimme voineet saada seuraavat koulutukset kohdennettua vielä paremmin varhaiskasvatusyksikön työntekijöille. Koulutusten aikana käydyistä keskusteluista kuitenkin tuli ilmi, että osallistujat olivat kokeneet jo pitämämme koulutukset hyödyllisiksi. Koemme, että koulutusten kautta saimme varhaiskasvatusyksikön turvallisuutta parannettua. Koulutusten ja niistä saadun palautteen perusteella voimme tulla siihen johtopäätökseen, että opinnäytetyöllemme asettamamme tavoitteet on saavutettu.

Ensiapuopas oli opinnäytetyömme toissijainen tuotos, ja koska idea sen tekemisestä syntyi vasta prosessin myöhemmässä vaiheessa, jouduimme työstämään sitä melko tiukalla aikataululla. Oppaan tekeminen aiheutti meille enemmän lisätyötä kuin olimme ajatelleet. Esimerkiksi kuvien yhteneväinen asettelu Wordilla ei ollutkaan kovin helppoa ja vei meiltä melko paljon aikaa. Jos olisimme saaneet idean oppaan tekemisestä aikaisemmin, meillä olisi ollut ehkä aikaa suunnitella tarkemmin oppaan kuvauksia ja ulkoasua. Mielestämme opas on kuitenkin arvoikas lisä opinnäytetyöhömme, koska siitä on Notkopuiston varhaiskasvatusyksikölle konkreettista hyötyä pidemmäksi aikaa.

Koska opinnäytetyömme tehtiin tiettyyn varhaiskasvatuksen yksikköön, ei jatkotutkimusaiheita tälle työlle juurikaan ole. Tuotoksena tekemäämme ensiapuopasta voisi kuitenkin vielä jatkossa kehittää ja parantaa. Lisäksi vastaaville ensiapu- ja turvallisuuskoulutuksille on varmasti tarvetta muissa varhaiskasva-

tuksen yksiköissä Suomessa. Varhaiskasvatuksen työntekijöiden on tärkeää pitää yllä ensiaputaitojansa, minkä vuoksi säännöllisten koulutusten järjestäminen jatkossa olisi perusteltua. Opinnäytetyöprosessin aikana huomasimme, että tutkimustietoa yleisimmistä varhaiskasvatuksessa tapahtuvista lasten tapaturmista on hyvin vähän. Aiheen jatkotutkiminen olisikin varmasti mielenkiintoista ja yleisen turvallisuuden kannalta merkittävää.

Vaikka opinnäytetyön eteneminen tuntui ajoittain haastavalta, koemme että saimme tehtyä sen kunnialla loppuun saakka. Opinnäytetyön tekeminen on antanut meille varmuutta toimia sekä kouluttajina että tulevina ensihoidon ammattilaisina. On ollut hyödyllistä nähdä, millaisia valmiuksia varhaiskasvatuksen työntekijöillä on toimia erilaisissa ensiapua vaativissa tilanteissa. Tulevaisuudessa meidän on helpompi valmistautua varhaiskasvatusyksiköihin kohdistuville tehtäville, kun meillä on jonkinlaista näkemystä työntekijöiden osaamistasosta. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme laajentaneet teoreettista tietopohjaamme ja vahvistaneet sitä myös käytännön harjoituksilla. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi on ollut meille erittäin antoisa ja opettavainen kokemus.

LÄHTEET

Alanen, P. & Kosonen, A. 2017. Elottomuuden toteaminen ja potilaan kuolema. Teoksessa Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A. & Saikko, S. (toim.) Oireista työdiagnosiin. Ensihoitopotilaan tutkiminen ja arviointi. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 1.-2. painos.

Armstrong, V. 2012. Practical First Aid. Authorised by The British Red Cross. London: Dorling Kindersley Limited. 3rd edition.

Austin, M., Crawford, R. & Armstrong, V. 2011. First Aid Manual. The Authorised Manual of St John Ambulance, St Andrew's First Aid and the British Red Cross. London: DK, revised 9th edition.

Castrén, M., Korte, H. ja Myllyrinne, K. 2017a. Ensiapuopas. Haavat ja verenvuodot. Terveyskirjasto, Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00007

Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2017b. Ensiapuopas. Hengityksen, verenkierron ja tajunnan häiriöt. Terveyskirjasto, Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00005

Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2017c. Ensiapuopas. Lapsen painelu-puhalluselytys (PPE). Terveyskirjasto, Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00025

Castren, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2017d. Ensiapuopas. Tuki- ja liikuntaelinten ja pään vammat. Terveyskirjasto, Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00008

Castrén, M. & Nurmi, J. 2016. Elektrodien sijoittelu defibrillaatiota varten. Käypä hoito -kuvat. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 17.1.2021. <https://www.kaypahoito.fi/imk00022>

Epilepsialiitto. 2019. Tietoa epilepsiasta. Luettu 6.11.2020. https://www.epilepsia.fi/fi_FI/tietoa

Epileptinen kohtaus (pitkittynyt; status epilepticus). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, Suomen lastenneurologinen yhdistys ry:n ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2016. Luettu 12.11.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50030>

Eriksson, K., Kuisma, M., Kälviäinen, R., Lahikainen, J., Myllyrinne, K. & Nylén, M. 2017. Tajuttomuus-kouristuskohtauksen ensiapu. Terveyskylä. Luettu 6.11.2020. <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/epilepsia/epilepsiakohtauksen-ensiapu/tajuttomuus-kouristuskohtauksen-ensiapu>

Figaji, A. 2017. Anatomical and Physiological Differences between Children and Adults Relevant to Traumatic Brain Injury and the Implications for Clinical Assessment and Care. *Frontiers in Neurology* 8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5735372/>

Hamk. 2017. Opinnäytetyöopas. Hämeen ammattikorkeakoulu. https://www.hamk.fi/wp-content/uploads/2018/06/HAMK_opinnäytetyöopas.pdf

Harve-Rytsälä, H. & Kuisma, M. 2018. Korva-, nenä- ja kurkkutautien akuuttitilanteet. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) *Ensihoito*. 6.–7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Holmström, P. 2018. Endokrinologiset hätätilanteet. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) *Ensihoito*. 6.–7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hurme, T. 2015. Kasvuikäisen raajamurtumat. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 131 (5). <https://www.duodecimehti.fi/duo12146>

Hätäkeskuslaitos. n.d. Palvelut. 112 Suomi-sovellus. Luettu 3.12.2020. <https://112.fi/112-suomi>

Ilanne-Parikka, P. 2018. Diabetes ("sokeritauti"). *Terveyskirjasto, Duodecim*. Luettu 6.11.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011

Insuliinipuutosdiabetes. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Luettu 12.11.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50116#readmore>

Jalanko, H. 2019a. Aivotärähdys lapsella. *Terveyskirjasto, Duodecim*. Luettu 19.11.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00106

Jalanko, H. 2019b. Diabetes lapsella. *Terveyskirjasto, Duodecim*. Luettu 10.11.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00114

Jalanko, H. 2019c. Haava lapsella. *Terveyskirjasto, Duodecim*. Luettu 12.11.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00127

Jalanko, H. 2019d. Kuumeouristus. *Terveyskirjasto, Duodecim*. Luettu 30.9.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00438

Jalanko, H. 2019e. Nenäverenvuoto lapsella. *Terveyskirjasto, Duodecim*. Luettu 30.9.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00740

Jalanko, H. 2019f. Vierasesinetapaturmat lapsilla. Terveyskirjasto, Duodecim. Luettu 12.11.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00423

Jalanko, H. 2020. Lasten tapaturmat ja myrkytykset. Terveyskirjasto, Duodecim. Luettu 10.11.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00039

Jalkanen, L. & Harve-Rytsälä, H. 2018. Lapsi ensihoidossa. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) Ensihoito. 6.–7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keski-Suomen pelastuslaitos. n.d. Toimintaohjeet. Hätäilmoituksen tekeminen. Luettu 3.12.2020. <https://www.keskisuomenpelastuslaitos.fi/toimintaohjeet/hatailmoituksen-tekeminen>

Korpilahti, U. & Kolehmainen, L. 2016. Kansallisen lasten ja nuorten tapaturmien ehkäisyn ohjelman väliarviointi. THL työpaperi 40/2016. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131491/URN_ISBN_978-952-302-771-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kraus, R. & Wessel, L. 2010. The Treatment of Upper Limb Fractures in Children and Adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International* 107 (51-52), 903-910. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3023154/>

Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: SanomaPro Oy. 1. painos.

Marckwort, A. & Marckwort, S. 2013. Kehitä esiintymistaitoja. Opas- ja vinkkirja esiintyjälle ja kouluttajalle. Helsinki: Suomen Yrityskirjat Oy.

Meling, T., Harboe, K., Enoksen, C., Aarflot, M., Arthursson, A. & Søreide, K. 2013. Reliable classification of children's fractures according to the comprehensive classification of long bone fractures. *Acta Orthopaedica* 84 (2), 207-212. <https://web-b-ebsscohost-com.lib-proxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=581c3d49-b584-4463-b37f-437573d05573%40pdc-v-sessmgr02>

Mustajoki, P. 2019. Alhainen verensokeri (hypoglykemia). Terveyskirjasto, Duodecim. Luettu 10.11.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00886

Nurmi-Lûthje, I & Lûthje, P. 2009. Tapaturmat päivähoidossa Kouvolan seudulla. Kahden vuoden seuranta internetpohjaisen ohjelman avulla. *Suomen lääkärilehti*. 12/2009, 1135-1141. https://www.researchgate.net/publication/288485935_Tapaturmat_paivahoidossa_Kouvolan_seudulla_Kahden_vuoden_seuranta_internetpohjaisen_ohjelman_avulla

Opetushallitus. N.d.a. Turvallinen ja terveellinen päiväkotij- ja koulurakennus. Luettu 17.1.2021. <https://www.oph.fi/fi/koulutus-ja-tutkinnot/turvallinen-ja-terveellinen-paivakoti-ja-koulurakennus>

Opetushallitus. N.d.b. Varhaiskasvatuksen turvallisuustyön organisointi ja johtaminen. Luettu 18.1.2021. <https://www.oph.fi/fi/koulutus-ja-tutkinnot/varhaiskasvatuksen-turvallisuustyon-organisointi-ja-johtaminen>

Paloturvallisuusviikko. 2020. Alkusammutus. Luettu 03.12.2020.

Pelastuslaki 29.4.2011/379.

Pelastustoimi. n.d.a. Alkusammutus. Luettu 06.01.2021. <https://pelastustoimi.fi/koti-ja-arki/hatatilanne/alkusammutus>

Pelastustoimi. n.d.b. Käsiammuttimen käyttö. Luettu 06.01.2021. <https://pelastustoimi.fi/koti-ja-arki/hatatilanne/kasiammuttimen-kaytto>

Pelastustoimi. n.d.c. Sammutuspeite. Luettu 06.01.2021. <https://pelastustoimi.fi/koti-ja-arki/hatatilanne/sammutuspeite>

Puumi, S. 2020. Väkivalta pois työpaikalta. Työturvallisuuskeskus, kuntaryhmä ja palveluryhmä. Luettu 3.12.2020. <https://ttk.fi/files/7173/Vakivalta-pois-tyopaikalta.pdf>

Rajantie, J., Mertsola, J. & Heikinheimo, M. (toim.) 2010. Lastentaudit. 4. uud. painos. Kustannus Oy Duodecim.

Saarelma, O. 2020a. Alaraajan murtumat. Terveyskirjasto, Duodecim. Luettu 12.11.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00193

Saarelma, O. 2020b. Nilkan nyrjähdys. Terveyskirjasto, Duodecim. Luettu 12.11.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01052

Saarsalmi, O. (toim.) 2008. Päivähoidon turvallisuussuunnittelu. Stakes ja Sosiaali- ja terveysministeriö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sisäasiainministeriön asetus käsiammuttimien tarkastuksesta ja huollosta 17.11.2005/917.

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

Storvik-Sydänmaa, S., Tervajärvi, L. & Hammar, A-M. 2019. Lapsen ja perheen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 1. painos.

Suomen Punainen Risti. 2020a. Ensiapuohjeet. Diabeetikon verensokerin liiallinen lasku. Luettu 10.11.2020. <https://www.punainenristi.fi/ensiapu/ensiapuohjeet/diabeetikon-verensokerin-lasku/>

Suomen Punainen Risti. 2020b. Ensiapuohjeet. Häät ilmoituksen tekeminen. Luettu 30.9.2020. <https://www.punainenristi.fi/ensiapu/ensiapuohjeet/hatailmoituksen-tekeminen/>

Suomen Punainen Risti. 2020c. Ensiapuohjeet. Luun murtumat. Luettu 27.12.2020. <https://www.punainenristi.fi/ensiapu/ensiapuohjeet/luunmurtumat/>

Suomen Punainen Risti. 2020d. Ensiapuohjeet. Nenäverenvuoto. Luettu 30.9.2020 <https://www.punainenristi.fi/ensiapuohjeet/nenaverenvuoto>

Suomen Punainen Risti. 2020e. Ensiapuohjeet. Nivelvammat. Luettu 27.12.2020. <https://www.punainenristi.fi/ensiapu/ensiapuohjeet/nivelvammat/>

Suomen Punainen Risti. 2020f. Ensiapuohjeet. Näin tyrehdytät verenvuodon. Luettu 12.12.2020. <https://www.punainenristi.fi/ensiapuohjeet/verenvuoto>

Suomen Punainen Risti. 2020g. Ensiapuohjeet. Sokki. Luettu 12.12.2020. <https://www.punainenristi.fi/ensiapu/ensiapuohjeet/sokki-verenkierron-hairiotila/>

Suomen Punainen Risti. 2020h. Ensiapuohjeet. Tajuttoman lapsen ensiapu. Luettu 30.9.2020. <https://www.punainenristi.fi/ensiapu/ensiapuohjeet/tajuttoman-ensiapu/tajuttoman-lapsen-ensiapu/>

Suomen Punainen Risti. n.d. Lasten yleisimpien tapaturmien ensiapua. Luettu 30.9.2020. <https://www.punainenristi.fi/ensiapuohjeet/lasten-yleisimpien-tapaturmien-ensiapua>

Suominen, P. 2017. Lasten hätätilanteet ja niiden hoito. Potilaan Lääkärilehti 72 (36), 1933-1939. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/21/99/796/sll362017-1933.pdf>

Tampereen Diabetesyhdistys. 2013. Diabeetikkolapsen ensiapu, opas lasten parissa työskenteleville. PDF-tiedosto. Luettu 19.11.2020. http://tamperendiabetesyhdistys.fi/data/documents/diabeetikkolapsen_ensiapu_12-2013.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019a. Astma ja allergiat. Astman ja allergioiden yleisyys. Luettu 30.9.2020. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/astma-ja-allergia/astman-ja-allergioiden-yleisyys>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019b. Lasten ja nuorten tapaturmatilastot. Lasten ja nuorten tapaturmien sairaalahoito. Luettu 12.11.2020. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen/tapaturmien-ehkaisy/lasten-ja-nuorten-tapaturmat/lasten-ja-nuorten-tapaturmatilastot/lasten-ja-nuorten-tapaturmien-sairaalahoito>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Tapaturmien ehkäisy. Päivitetty 02.12.2020. Luettu 18.01.2021. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen/tapaturmien-ehkaisy>

Terveyskylä. 2018a. Epilepsia. Itsehoito. Luettu 10.11.2020. <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/epilepsia/epilepsian-hoito/itsehoito>

Terveyskylä. 2018b. Epilepsia. Millainen sairaus epilepsia on? Luettu 10.11.2020. <https://www.terveyskyla.fi/lastentalo/tietoa-lasten-sairauksista/epilepsia/millainen-sairaus-epilepsia-on#>

Terveyskylä. 2018c. Kylkiasentoon kääntäminen. Luettu 30.11.2020. <https://www.terveyskyla.fi/paivystystalo/paivystykseen/ensiapuverkkokurssit/py-sahdy-auttamaan-tajutonta/kylkiasentoon-kääntäminen>

The Society and College of Radiographers 2015. What is violence at work?. Luettu 30.9.2020 <https://www.sor.org/learning/document-library/violence-and-aggression-work-including-lone-working/what-violence-work>

Turvallisuus- ja kemikaalivirasto. n.d. Käsisammuttimet. Luettu 3.12.2020. <https://tukes.fi/tuotteet-ja-palvelut/pelastustoimen-laitteet/kasisammuttimet#3101c9ff>

Tutkimuseettinen lautakunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitteleminen Suomessa. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta 5.5.2011/407.

Valtioneuvoston asetus varhaiskasvatuksesta 23.7.2018/753.

Varhaiskasvatuslaki 13.7.2018/540.

Vilmi, T. 2017. Jauhesammutin vai vaahtosammutin – kumman valitsen? Presto Paloturvallisuus Oy. Luettu 03.12.2020. <https://www.presto.fi/blogi/jauhesammutin-vai-vaahtosammutin>

Ympäristöministeriön asetus rakennusten paloturvallisuudesta 28.11.2017/848.

Åberg, L. 2017. Epilepsia lapsella. Terveyskirjasto, Duodecim. Luettu 09.11.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00121

Ångerman-Haasmaa, S. 2018. Sokki. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) Ensihoito. 6.–7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Äkillisen hypoglykemian hoito insuliinihoitoisella diabeetikolla. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Luettu 10.11.2020. <https://www.kaypa-hoito.fi/nix00788>

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Ensiapu- ja turvallisuuskoulutus Notkokuiston päiväkotiin

Ennakkokysely

Olemme ensihoitajaopiskelijoita Tampereen ammattikorkeakoulusta. Järjestämme työpaikallanne Notkokuiston päiväkodissa kolme ensiapu- ja turvallisuusaiheista koulutusiltapäivää. Turvallisuuskoulutuksen ajankohta on 31.8.2020 klo 12.15-13.45 ja ensiapukoulutukset ovat 28.9. ja 26.10. klo 12.15-13.45.

Halusimme, että te koulutuksen osallistujat pääsette vaikuttamaan ensiapukoulutusten sisältöihin, jotta ne tulevat parhaiten vastaamaan teidän tarpeitanne.

Olemme luoneet lyhyen kyselyn, johon toivomme kaikkien koulutuksen osallistujien käyvän vastaamassa sunnuntaihin 6.9.2020 mennessä.

Linkki sähköiseen kyselyyn: [*linkki kyselyyn*](#)

Kyselyyn vastataan nimettömästi. Vastauksia käsitellään luottamuksellisesti niin, ettei niistä voi tunnistaa vastaajaa.

Yhteistyöterveisin
ensihoitajaopiskelijat

Iida Aronen ja Elise Calonius, 17EH

sähköpostiosoitteet

Liite 2. Koulutusten sisältö

Koulutukset jaettiin kolmelle maanantaille. Yhden koulutuksen pituus oli 1,5 tuntia, eli aikaa koulutuksille oli yhteensä 4,5 tuntia. Koulutuksien sisällöt on kuvattu alla olevassa taulukossa. Kaikkiin koulutuksiin varattiin teoriaopetuksen ja käytännön harjoittelun lisäksi aikaa keskustelulle ja kysymyksille.

	Aiheet	Käytännön harjoitukset
Turvallisuuskoulutus 31.8.2020	<ul style="list-style-type: none"> - Esittäytyminen - Hätäpuhelu - Tulipalo ja alkusammutus - Hätäpoistuminen - Uhkaavan henkilön kohtaaminen 	<ul style="list-style-type: none"> - Hätäpuhelun soittaminen - Sammutuspeitteen käyttäminen - Alkusammutusvälineiden haku ja tarkistus - Case-tilanteet
Ensiapukoulutus I 28.9.2020	<ul style="list-style-type: none"> - Lasten tapaturmista yleisesti - Aivotärhdys - Nivelten nyrjähdykset ja muut raajojen vammat - Nenäverenvuoto - Haavat - Vierasesine hengitysteissä - Lievä ja vakava allerginen reaktio 	<ul style="list-style-type: none"> - Nyrjähdysten ensiapu (kylmä, koho, kompressio) - Verenvuodon tyrehtyttäminen (paineside) - Vierasesineen poisto hengitysteistä - EpiPenin käyttäminen
Ensiapukoulutus II 26.10.2020	<ul style="list-style-type: none"> - Kouristelu (kuumekouristus & epilepsia) - Diabetes (hypo- ja hyperglykemia) - Tajuttomuus - Elottomuus 	<ul style="list-style-type: none"> - Tajuttoman ensiapu (kylkiasento) - Elvytys

Liite 3. Ensiapuopas

Liite ei ole saatavilla julkisessa raportissa, mutta sitä voi tiedustella opinnäytetyön tekijöiltä.

iida.aronen@tuni.fi

elise.calonius@tuni.fi