



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Tapaturmat päiväkodissa – ohjaustuokio kasvattajille

Arrhenius, Susanna
Huttunen, Matleena

2013 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Hyvinkää

Tapaturmat päiväkodissa – ohjaustuokio kasvattajille

Arrhenius Susanna
Huttunen Matleena
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2013

Susanna Arrhenius & Matleena Huttunen

Tapaturmat päiväkodissa - ohjaustuokio kasvattajille

Vuosi 2013 Sivumäärä 41

Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen mukaan lapsille sattuu noin 100 000 tapaturmaa vuosittain. Päivähoidossa yleisimmät tapaturmat ovat kaatuminen ja putoaminen. Tapaturmien kasvun uskotaan olevan yhteydessä suurentuneisiin ryhmäkokoihin, jolloin henkilökunnalla on heikommat resurssit valvoa lapsia.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli antaa Hyvinkään Punaojan päiväkodin henkilökunnalle päivitettyä tietoa hätätilanteisiin sopivasta ensiavusta. Päiväkodin henkilökunta toivoi ohjausta joidenkin tapaturmien ensiapuun: nyrjähdysiin, murtumaepäilyihin, päähän kohdistuviin tapaturmiin, pistoihin ja puremiin, auringonpistoksiin ja myrkytyksiin. Lisäksi toivottiin ohjeistusta muutamiin neurologisiin oireiluihin, kuten epilepsiaan, migreeniin ja kuumeekouristuksiin.

Henkilökunnan ohjauksen ohessa vahvistimme terveydenhoitotyön keskeisiä taitoja, ryhmänohjausta ja ohjauksen suunnittelua. Päiväkodin henkilökunta on käynyt säännöllisesti Suomen Punaisen Ristin ensiapukoulutuksissa, joten lähtökohtaisesti heillä oli jo tietoa ensiavusta. Ohjaustuokiota varten perehdyimme lääke- ja hoitotieteellisiin julkaisuihin ja teoksiin, jotka liittyvät lapsille sattuviin tapaturmiin ja lastentauteihin. Näiden lähteiden avulla saimme monipuolista tietoa kyseisistä aiheista. Opinnäytetyömme oli toiminnallinen, joten kävimme pitämässä ohjaustuokion päiväkodin henkilökunnalle loppuvuodesta 2012. Teoriaosuudessa kävimme läpi oikeanlaisen ensiavun sanallisesti PowerPoint-ohjelmalla. Teoriaosuutta täydennettiin myös kuvilla ja videoilla. Teoriaosuuden jälkeen ohjasimme henkilökunnalle käytännön harjoituksia.

Palautteista kävi ilmi, että henkilökunta koki ohjaustilanteen hyväksi. Henkilökunta tunsu saaneensa kertausta ja päivitystä heille tuttuihin asioihin. Ohjaustuokio koettiin niin mielekkääksi, että jatkossa vastaavanlaisiin ohjaustuokioihin toivottaisiin varattavan enemmän aikaa. Tällöin olisi mahdollisuus myös käydä enemmän aihealueita läpi.

Susanna Arrhenius & Matleena Huttunen

Accidents in a day-care center - instruction moment for educators

Year 2013 Pages 41

According to the Finnish National Institute for Health and Welfare approximately 100 000 accidents happen to the children every year. In daycare the most common accidents are tumbling and falling down. The increase of accidents is believed to be connected with expanded group sizes in which case the staff has weaker resources to supervise the children.

The purpose of our thesis was to give the staff of Punaoja day-care center in Hyvinkää updated information related to the appropriate first aid measures in cases of emergency. The staff of the day-care center was looking for the guidance concerning the first aid of some particular accidents: sprains, suspected fractures, head-injuries, stings, bites, sunstrokes and intoxications. In addition the staff needed instructions for some neurological symptoms such as epilepsy, migraine and febrile spasm.

Along with the guidance for the staff we strengthened the crucial skills of health care, group control and steering planning. The staff of the day-care center has participated frequently in the first aid training of the Finnish Red Cross and therefore the staff already had knowledge about the first aid. For the guidance sessions we familiarized ourselves with the publications of medical and nursing sciences concerning the accidents and diseases of children. Through these publications we acquired versatile information about the topics in question. Our thesis was functional and therefore we held the guidance session for the staff late 2012. In the theoretical part of our session we went through the appropriate first aid measures verbally with Power Point program. Our theoretical part was also complemented with pictures and videos. After the theoretical part we guided practical exercises for the staff.

According to the feedback the staff experienced the guidance session advisable. The staff felt that they had received revision and update to the questions already familiar among them. The guidance session was experienced to be so meaningful that the staff wished more time to be reserved for such sessions in the future in which case more areas could be gone through.

Keywords: Accident, child, first aid, day-care center, leading

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Työn tarkoitus ja tavoitteet.....	7
3	Työn menetelmälliset ratkaisut	7
3.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	7
3.2	Sisällön suunnittelu	8
3.3	Ohjauksen ja ohjaustuokion suunnittelu	10
4	Ohjaustuokion aiheiden teoreettiset taustat	12
4.1	Nyrjähdykset, murtumat ja murtumaepäilyt.....	13
4.1.1	Luiden rakenteesta	13
4.1.2	Nyrjähdykset, murtumat ja ensiapu	13
4.2	Päähän kohdistuvat tapaturmat	15
4.2.1	Lasten päähän kohdistuvista tapaturmista	15
4.2.2	Aivotärähdys, kallon ja kallonpohjan murtumat.....	16
4.3	Pisto- ja purematapaturmat	17
4.3.1	Hyönteisten ja muiden eläinten puremat.....	17
4.3.2	Toisen lapsen purema	19
4.4	Auringonpistos	20
4.5	Neurologinen oireilu	20
4.5.1	Epilepsia	20
4.5.2	Epilepsian riskitekijät	21
4.5.3	Lasten epilepsia	22
4.5.4	Epilepsian lääkehoito ja kohtauksensaaneen lapsen ensiapua	22
4.6	Lasten migreeni, tunnistaminen ja kohtauksen hoito	23
4.7	Kuumekouristuksen saaneen lapsen hoito	24
4.8	Myrkytykset ja niiden ensiapu	25
5	Työn toteutus ja kuvaus	26
6	Pohdinta	27
6.1	Luotettavuus ja eettisyys	29
6.2	Oman toiminnan arviointia	30
6.3	Kehittämisehdotukset	30
	Lähteet	31
	Liitteet.....	35

1 Johdanto

Tapaturmalla tarkoitetaan tahatonta, odottamatonta tai äkillistä tapahtumaa, joka aiheuttaa ihmiselle kipua, fyysisiä vammoja ja turvattomuutta (Paavola 2004, 364). Ensiaputietoisuus lisää työntekijän tai vanhemman varmuutta ja rauhallisuutta toimia, jos lapselle sattuu jokin tapaturma (Bass & Kibel 2006, 8). Markkulan ja Öörnin mukaantavallisimmat tapaturmat päivähoitossa ovat sekä Kouvolan seudulla teetetyt tutkimuksen että hoitoilmoitusrekisterin mukaan kaatuminen ja putoaminen (2009, 78). Kouvolan seudun aineiston mukaan suurin osa tapaturmista sattui piha-alueella, ja niihin liittyivät usein pihalelut, kiipeilytelineet, liukumäet tai irtoainekset kuten lumi, jää ja hiekka. Kolme neljäsosaa tapaturmista sattui vapaan leikin aikana, jonka raportoitiin olevan päivähoiton tapaturmariskeintä aikaa. Noin neljännes tapaturmista oli toisen lapsen aiheuttamia, ja näistä puolet oli tahattomasti aiheutettuja. Pojilla oli tahallisesti aiheutettuja tapaturmia kaksi kertaa enemmän kuin tytöillä. (Markkula & Öörni 2009, 78.)

Kasvaneen tapaturmariskin epäillään liittyvän suurentuneisiin lapsiryhmiin päiväkodeissa, jolloin sekä valvonta heikkenee että suhteellinen tapaturmariskikin voimistuu. Kyselyn mukaan tapaturmat ovat olleet lähinnä lieviä vammoja; vakavammat vammat ovat olleet harvinaisia. Tapaturmien esiintyvyys päiväkodeissa kaippaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan lisäselvitystä, koska kyselyn tulokset kuvaavat vain muutamaa aluetta ja näilläkin alueilla vanhempien vastaamisaktiivisuus oli jäänyt heikoksi. (Erkkola ym. 2007, 130.) Päivähoitossa sattuneista tapaturmista on valtakunnallisesti vain vähän tilastollisia merkintöjä. Keskeinen osa päivähoiton tapaturmien ehkäisyä on riittävä valvonta, joka edellyttää myös oikeaa henkilöstömäärää. (Markkula & Öörni 2009, 78.) Koulutetun hoitohenkilökunnan määrästä suhteessa lasten määrään on säädetty Suomen laissa (Asetus lasten päivähoitosta 6§).

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan vuonna 2011 alle 1-vuotiaat hoidettiin pääsääntöisesti kotona. Vuonna 2011 oli kaikkiaan 226 958 lasta päivähoitossa. Noin 63 prosenttia lapsista oli kunnallisessa tai yksityisessä päivähoitossa. Näistä 92 prosenttia oli kunnallisen päivähoiton puolella. Päivähoitossa olleiden lasten osuus on pysynyt kymmenen viime vuoden aikana melko samana 59-63 prosentissa. Perhepäivähoidon osuus on laskenut viimeksi kuluneen kymmenen vuoden aikana tasaisesti. Perhepäivähoidon osuus oli vuonna 2011 18 prosenttia. (Säkkinen & Kuoppala 2012, 3-4.) Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen mukaan lapsille sattuu arviolta noin 100 000 tapaturmaa vuosittain, eikä merkittäviä muutoksia ole vuosikymmenien aikana havaittu (Erkkola ym. 2007, 128).

Hyvinkäällä Punaojan päiväkodista esitettiin toive saada ohjausta erilaisiin päiväkotikiikkeitä lasten tapaturmiin ja komplikaatioihin. Ohjauksen tarkoituksena on ohjata henkilökuntaa tunnistamaan oireet, milloin on syytä soittaa ambulanssi lapselle tai milloin pienet hoitotoi-

menpiteet päiväkodilla riittävät. Yhteistyössä Punaojan päiväkodin johtajan Irma Paavonkallion kanssa päädyimme seuraaviin aiheisiin: epilepsiaa sairastavan lapsen komplikaatiot, kuumekouristukset, murtumat ja murtumaepäilyt, auringonpistoepäily, myrkytykset, päähän kohdistuvat vammat ja purematapaturmat. Punaojan päiväkodilla on laaja pihapiiri, jossa lapset mahtuvat leikkimään ja touhuamaan. Pihapiirissä tapaturmien aiheuttajana ovat esimerkiksi keinut. Tapaturmia tapahtuu myös päiväkodin ulkopuolella esimerkiksi retkillä. Päiväkodin johtaja esitti meille toiveena ohjaustuokiosta käsiteltävät aiheet, joista hän oli entuudestaan keskustellut päiväkodin työntekijöiden kanssa. Näistä esitetyistä aiheista valitsimme yhdessä opettajamme kanssa meille parhaiten sopivat aiheet.

2 Työn tarkoitus ja tavoitteet

Tämän työn kohdeyhteisönä oli Punaojan päiväkodin henkilökunta, joka esitti toiveenlasten tapaturmien ensiapua koskevasta ohjaustuokiosta. Ohjaustuokio toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia hoitoalan ja lääketieteen kirjallisuuteen perustuva teoreettinen katsaus ja suunnitella kirjallisuuden pohjalta luentomateriaali sekä käytännön harjoituksia päiväkodin henkilökunnan ohjaustuokiota varten. Työn tavoitteena oli lisätä päiväkodin henkilökunnan tietoisuutta ja valmiutta niin pitkäaikaissairaiden lasten äkillistä hoitoa vaativia tilanteita kuin päiväkodin toivomia tapaturmatilanteita varten. Tarkoituksena oli päivittää päiväkodin henkilökunnan tietouttaheille entuudestaan tutuista aiheista. Samalla terveydenhoitajaopiskelijoina saimme kokemusta ohjaamisesta ja esiintymisestä sekä toiminnallisen ryhmän ohjauksesta. Terveydenhoitajaopiskelijoina vahvistimme myös omia tietojamme aiheesta ja voimme jatkossa hyödyntää oppimaamme myös työelämässä.

3 Työn menetelmälliset ratkaisut

3.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa jokin kokonaisuus, joka voi olla esimerkiksi opas, ohjekirja, tapahtuma, kokous tai portfolio. Tarkoituksena ei ole tehdä tutkimusta vaan pikemminkin konkreettinen tuotos. Toiminnallisen opinnäytetyön raportissa on kuitenkin oltava näkyvässä, mitä on tehty ilman, että lukija näkisi tätä konkreettista tuotosta. (Vilka & Airaksinen 2004, 6 - 7.) Toiminnalliseen opinnäytetyöhön sisältyy kaksi osaa: produkti eli opinnäytetyön toiminnallinen osuus ja opinnäytetyöraportti. Opinnäytetyöraportissa tulee näkyä prosessin dokumentointi ja arviointi tutkimusviestinnän keinoin. (Airaksinen 2009, dia 10.) Sosiaali- ja terveystieteillä toiminnallinen opinnäytetyö on toteutettu esimerkiksi tekemällä erilaisia ohjeistuksia ja ohjeita (Vilka & Airaksinen 2004, 5). Tämä opinnäytetyön toteuttaminen onnistui parhaiten toiminnallisesti, koska ohjasimme päiväkodin henkilökuntaa, ja

lopullisessa raportissamme käy ilmi, miten olemme päiväkotihenkilökuntaa ohjanneet ja mitä kaikkea ohjaustuokioomme on sisältänyt.

Meidän oli luontevinta laatia toiminnallinen opinnäytetyö, koska ohjasimme päiväkodin henkilökuntaa heidän toivomissaan aiheissa. Kyseessä oli siis ohjaustilanne, joita on aikaisemminkin toteutettu opinnäytetyönä sosiaali- ja terveysalalla. Ohjauksemme sisältyi sekä teoriaosuus että käytännön harjoituksia. Jotta opinnäytetyömme toteuttaisi toiminnallisen opinnäytetyön ohjeistusta, kirjallisessa tuotoksessa näkyvät sekä suunnitelmavaihe että toteutusvaihe. Ohjaustuokion lopuksi keräsimme palautteet henkilökunnalta, josta kävi ilmi, miten ohjauksemme oli vaikuttanut heihin.

3.2 Sisällön suunnittelu

Opinnäytetyön aihe valittiin sellaisesta aihepiiristä, jonka koimme hyödylliseksi ja kiinnosti meitä. Lisäksi kirjoittajilla oli aiheesta kokemusta joko harjoittelujen tai opintojen myötä (Kananen 2010, 13). Terveystoiminta- ja opintoprosesseina olemme olleet työharjoittelussa neuvolas- sa, jossa on päiväkotikäisiä lapsia. Opinnäytetyömme aiheita voi soveltaa myös koululaisiin ja jopa aikuisiin. Opinnäytetyöprosessimme alussa saimme kovasti ideoita päiväkodin joh- tajaohjaajilta ohjaustuokioon tuotavista aiheista, ja tehtävämme oli rajata näistä aiheista meille sopivimmat. Rajaamisen ennakkoehtona pidettiin esimerkiksi riittävän lähdekirjallisuuden saantia sekä sitä, onko valitsemistamme aiheista saatavana luotettavaa ja laadukasta tietoa. Rajaamisen ehtona olivat myös kohdejoukkomme lapset. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 83-84.) Ohjaustuokiosta tuli päiväkodin henkilökunnan saada sellaista näyttöön perustuvaa tietoa, joka koski lapsia tai josta oli lapsille suunnatut ohjeet. Opinnäytetyömme aihe rajat- tiin hyvin myös sen takia, että työmme ei olisi ollut liian yleisellä tasolla tehty, mikä on yleensä opiskelijoilla ongelmana opinnäytetyön aiheen valitsemisessa. Työhön tuli saada täs- mällisempi näkökulma. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 82.) Siksi valitsimme lopulta oh- jaustuokioomme muutaman aiheen, joihin syvennymme tarkemmin ja joista pidimme sellai- sen ohjaustuokion, jossa ei tulisi vain pintapuolisesti kaikkea, vaan selkeät toimintaohjeet.

Hyvän ja tarkoituksenmukaisen koulutuksen valmistamiseen meidän pitää tietää, mihin tar- peeseen koulutusta järjestetään. Muuten mahdolliset onnistumiset jäävät satunnaisiksi. Usein kouluttaja joutuu tasapainoilemaan monien tavoitteiden välillä, koska koulutuksen tilaajalla on omat tavoitteensa, kuten myös koulutukseen osallistuvilla. Jos tavoitteet ovat ristiriidassa keskenään, ei kouluttaja voi huomioida vain yhtä näkökulmaa. Eri näkemyksiä sovittamalla koulutuksesta saadaan vaikuttava ja onnistunut. Hyvä kouluttaja ei puhu pelkästään omaa asiaansa, vaan käy mielessään läpi sitä, millä tavalla hänen oma asiantuntijuutensa tukee osallistujia työssään. Koulutuksen tärkein lähtökohta on motivoituneet osallistujat. Kouluttaja laatii puitteet koulutustilaisuuteen, mutta hyöty ja ilo syntyvät osallistujista. Kouluttajan

tulee aina huomioida koulutettavat. Koulutettavat ryhmät voiva olla erilaisia, heillä saattaa olla tietoa entuudestaan opettavasta asiasta ja oppimistyylitkin vaihtelevat yksilöllisesti. (Kupias & Koski 2012, 11, 17, 25.)

Ohjaustilanteen sisältö laadittiin yhteistyössä Punaojan päiväkodin johtajan kanssa. Johtaja esitti ensiapuaiheita, joihin henkilökunta kaipasi tarkempaa paneutumista. Oletimme, että ohjattavat asiat ovat henkilökunnalle jossain määrin tuttuja jo entuudestaan, vaikka henkilökunnan koulutustasot olivatkin erilaisia. Henkilökunnan koulutustasot vaihtelivat lähihoitajista lastentarhanopettajiin. Kun henkilökunta tulee oppimaan lisää vanhan osaamisen päälle, ohjaamistuokiosta kaivataan uusia näkökulmia tai lisätyövälineitä. Jos ohjaustuokion uudet asiat sopivat aikaisemmin opittuun, koulutus koetaan sekä helpoksi että hyödylliseksi. Tällöin osallistujat voivat nostaa esiin omaa osaamistaan, ja näitä asioita voidaan hyödyntää ohjaustuokiassa. Ohjaustilanteessa ohjaajien tulisi hyödyntää osallistujien aikaisempaa tietopohjaa ohjattavista asioista. (Kupias & Koski 2012, 29.)

Kouluttajan osaaminen koostuu pedagogisesta osaamisesta. Luonnollisesti kouluttajalla korostuu koulutettavan aiheen sisällön osaaminen, mutta ilman oppimisen ohjaukseen liittyvää osaamista ei synny hyvää koulutusta. Suuremman painoarvon ohjausosaaminen saa, kun ohjauksesta halutaan mahdollisimman vaikuttava sekä osallistujien osaamista hyödynnetään. Asiantuntijakouluttaja on hyvä silloin, kun hän osaa asiansa. Aina ei tarvitse osata vastata kaikkiin kysymyksiin, mutta hänen täytyy ymmärtää riittävän hyvin ja osata asia, jota on koulutamassa. Kouluttajan tulee osata säädellä koulutettavaa aihetta osallistujien näkökulmaan. (Kupias & Koski 2012, 44- 47.)

Sisältöä teoreettiseen osioon haimme muun muassa koulun Laurus-tietokannasta, josta pääsimme esimerkiksi Nelli-tiedonhakuportaaliin. Nellin kautta pääsimme hakemaan näyttöön perustuvaa tietoa esimerkiksi Terveysportista, jossa tietoa löytyi sekä lääkärin että sairaanhoitajan tietokannoista. Tietoa haimme myös Internetistä Google-hakukoneen kautta, Laurean kirjastoista Laurus-tietokannan avulla sekä Ratamo-hakukoneella, jota käytetään sekä Hyvinkään että Riihimäen kaupungin kirjastoissa. Tiedon etsimisessä käytimme muun muassa seuraavia hakusanoja: ”tapaturmat”, ”ensiapua”, ”auringonpistos”, ”murtumaepäily”, ”murtuma”, ”nyrjähdys”, ”puremahaava”, ”eläimen purema”, ”hyönteisen pisto”, ”aivotärähdys”, ”epilepsia”, ”lapsen epilepsia”, ”migreeni”, ”kuumekouristus”, ”myrkytyspäilyt”, ”ensiapu lapsen myrkytystilanteessa”. Kun hakusanoihin lisättiin liitteeksi vielä sanat ”lapsi”, ”lapset” tai ”lapsen”, löysimme juuri lapsiin liittyvää tietoa, jota pystyimme hyödyntämään ohjaustuokiossamme.

Arviointi on myös tärkeässä osassa ohjausta, eikä ole yhdentekevää, miten sitä tehdään. Kun puhutaan arvioinnista, tulee miettiä, milloin tehdään arviointia ja milloin puhutaan palaut-

teesta. Näillä voidaan sekä kehittää koulutustoimintaa että edistää osallistujien kehittymistä. Arviointiin liittyy arvottamista, ja palautetta voidaan antaa myös kuvailevasti ilman arviointia. Helposti vastaanotettava, kuvaileva palaute on neutraalia ja subjektiivista. Edellä mainittu palaute voidaan mieltää joko negatiiviseksi tai positiiviseksi riippuen vastaanottajan arvion arvottamisesta. On tapauksia, jolloin kouluttajan olisi hyvä pystyä muuttamaan palaute omassa mielessään omaa ohjaamistaan tukevaksi. (Kupias & Koski 2012, 163 - 164, 166-167.)

3.3 Ohjauksen ja ohjaustuokion suunnittelu

Ohjaustuokiomme suunniteltiin antamaan tietoa päiväkotihenkilökunnalle sovitusta aiheista. Nykypäivänä aikuiset joutuvat päivittämään tietojaan ja myös oppimaan uutta, jotta he saavat ylläpidettyä ammattitaitoaan. Aikuinen voi olla hitaampi oppimaan kuin nuori, mutta aikuisilla on vastaavasti huomattavasti suurempi kokemusvarasto kuin nuorilla. Aikuiset pystyvät kokemustensa kautta soveltamaan uutta tietoa ja taitoa aiempaan oppimaansa sekä kokemuksiinsa. Loogisella ajattelulla ja kokemuksilla pystytään mahdollisesti jopa korvaamaan heikentyneitä muistia. Aikuisille on saattanut kertyä opiskelujensa myötä myös oppimisstrategioita, ja heillä on usein parempi ajan hallinta ja itsekuri. Näissä tavoissa yksilölliset erot voivat olla suuria. (Kokkinen, Rantanen-Väntsi & Tuomola 2008, 10, 14.)

Aikuisten oppimistapa poikkeaa lapsista ja nuorista myös siinä, että aikuinen hakee aktiivisemmin tietoa ja soveltaa valmiiksi oppimaansa käytäntöön. Lapset oppivat aikuista jäljittelemällä. Aikuinen on myös lasta kriittisempi ja päämäärähakuisempi, ja hän pystyy usein valitsemaan mitä opiskelee ja myös herkemmin hyväksymään tai hylkäämään kuulemansa. Aikuisten oppimisen kannalta tärkeitä asioita ovat oppijan motivaatio, asenteet oppimista kohtaan ja opiskelun tavoite sekä merkitys. Sekä aikuiset että nuoret ovat monentyylisiä oppijoita. Aikuiset ovat saattaneet huomata opintojensa aikana, mikä on heille paras tapa oppia. Oppimistahan voi myös oppia, jolloin oppimistuloksia voi parantaa sekä tehokkaiden opiskelutapojen että itsetuntemuksen avulla. Sekä aikuisissa että nuorissa on sellaisia, joilla paras tapa oppia on joko auditiivinen, visuaalinen, kinesteettinen tai taktiilinen oppimistyyli. Visuaalinen oppija oppii näkemällä, auditiivinen kuulemalla, kinesteettinen liikkeen ja liikkumisen avulla ja taktiilinen kosketusaistin avulla. (Kokkinen, Rantanen-Väntsi & Tuomola 2008, 14, 19-23.)

Ohjaustilanteen olennaisessa osassa on myös esiintyminen. Hyvillä esiintymistaidoilla voidaan vaikuttaa koulutuksen olennaisiin asioihin, esimerkiksi mielenkiinnon herättämiseen, ohjaustilanteen ilmapiiriin sekä asioiden selkeään ja loogiseen esittämiseen. Kouluttajan liiallisia esiintymispaineita helpottaa esimerkiksi se, kun keskeisessä osassa on tieto kouluttajan siijaan. Ohjaustilanne toteutuu valitettavan usein yksisuuntaisena monologina. Liiallinen huomio omaan esiintymiseen voi estää vuorovaikutuksen syntymisen. Kouluttaja ei voi mennä pitä-

mään puhetta, vaan hänen tulisi aktiivisesti luoda mahdollisuus vuorovaikutukselliseen oppimiseen. (Kupias & Koski 2012, 142, 145, 151.)

Ensiaputaitojen ohjaus suunniteltiin päiväkotihenkilökunnalle (n=27) etukäteen tarpeellisiksi mietityistä ja sovitusta lasten ensiaputilanteista. Ohjaustuokio toteutettiin Punaojan päiväkodissa Hyvinkäällä. Ohjauksessa pidimme teoreettisen luennon ja sen jälkeen toiminnallisen osuuden. Teoreettisessa luennossa käsitelimme Punaojan päiväkodin johtajan kanssa sovitut aiheet. Pyrimme pitämään ohjaustuokion mahdollisimman luontevana sekä vuorovaikutuksellisenä. Ohjauksen alussa kartoitimme ohjattavien ensiapuvalmiudet, jotta saisimme selville heidän lähtötasonsa. Päiväkodin henkilökunnalle on pyritty järjestämään ensiapukoulutusta säännöllisin väliajoin. Kuitenkin päiväkodissa työskentelevillä lähihoitajilla on sairauden tunnistamisissa erilaiset lähtökohdat kuin päiväkodissa työskentelevillä sosionomeilla tai lastentarhanopettajilla, jolloin lähihoitajat voivat soveltaa ohjaustuokion antia eri tavalla. Ohjaustuokioon suunniteltiin sekä luentoa että käytännön harjoitusta, jolloin erilaiset oppijat saavat jokainen jotain parhaalla oppimismenetelmällään. Ohjaustuokiossa oli dioja ja puhetta, jolloin visuaalinen ja auditiivinen oppija saivat ohjausta heille sopivimmalla tavalla. Kinesteettinen oppija hyötyi käytännön harjoitteista. Vapaata keskustelua pyrittiin tuomaan mukaan myös oppimistilanteeseen. Työntekijät saivat vapaasti kertoa esimerkiksi päiväkodissa tai työelämässä tapahtuneista tilanteista, joihin oppimistuokion antia voitiin hyödyntää. Näin ohjaustuokion asiat saattoivat jäädä päiväkodin henkilökunnan mieliin paremmin.

Koulutus järjestettiin ilta-aikaan, jolloin kaikki pääsisivät osallistumaan samaan aikaan ilman, että osan henkilökunnasta pitäisi olla lasten kanssa. Opetustuokioon kuului ensin teoriaa, jonka olimme luoneet luentokoosteena PowerPoint-ohjelmalla. Epilepsiaosuudessa näytimme myös internetin Youtube-sivustolta kaksi videota imeväisikäisen epileptisestä kohtauksesta. Teoriaosuuden jälkeen ohjasimme henkilökunnalle käytännön harjoittelua. Taulukkoon 1 on koottu ohjaustuokion suunniteltu ja toteutunut aikataulukus.

Ohjauksen suunnittelu	Suunniteltu ajankäyttö	Toteutunut ajankäyttö
Sovitut aiheet PowerPoint-esityksenä	60 min	75 min
Tauko	15 min	15 min
Käytännön harjoittelua	30 min	20 min
Palautteiden täyttö	15 min	10 min

Taulukko 1: Ohjaustuokion aikataulu

Käytännön harjoittelun aiheita olivat Epipen-kynän käyttö, Heimlichin ote, kolmioliinan käyttö, tukisidoksen teko ja nilkkasidoksen teko. Heimlichin ote otettiin mukaan päiväkodin johtajan toiveesta. Käytännön harjoittelua varten henkilökunta jaettiin neljään ryhmään ja annoimme ryhmille tehtävät, joita he pääsivät harjoittelemaan. Kysyimme Hyvinkään Laurean simulaatiokeskuksen opettajalta nuken ja muiden välineiden käyttömahdollisuutta, jotta saisimme tarvitsemiamme välineitä lainaan järjestämäämme ohjaustuokioon. Lisäksi päätimme pyytää henkilökunnalta kirjallista palautetta ohjaustuokion jälkeen, jotta tietäisimme, miten suoriuduimme ohjaamisesta ja mitä voimme jatkossa kehittää omassa toiminnassamme.

4 Ohjaustuokion aiheiden teoreettiset taustat

Vuonna 1989 solmitun Lapsen oikeuksien sopimuksen mukaan lasten on saatava kasvaa ja kehittyä mahdollisimman terveellisissä ja turvallisissa oloissa ja heidän vanhemmilleen tulisi tarjota tietoa muun muassa tapaturmien ehkäisystä (YK:n ja Unicefin yleissopimus lapsen oikeuksista, 24.-25. artikla). Vaikka tilanne näyttää parantuneen tapaturmien osalta paljonkin 1970-luvulta, tapaturmat ja väkivalta, sekä mukaan lukien itsensä vahingoittamiset, ovat Suomessa edelleen keskeisimmät lasten ja nuorten turvallisuutta uhkaavat tekijät. Näistä aiheutuu vuosittain silti suurin osa 0-24-vuotiaiden terveyden menetyksistä. Lasten ja myös nuorten tapaturmiin vaikuttavat sekä yksilölliset kuin kontekstuaaliset tekijät. Yksilöllisiä tekijöitä ovat esimerkiksi elämäntyyli, ikä ja sukupuoli, kontekstuaalisia ovat muun muassa perhe, asuinalue, vertaisryhmä ja yhteisö. Tapaturmia voidaan ehkäistä ja vähentää lisäämällä tapaturmariskeihin liittyvää tietoisuutta ja keinoja riskien pienentämiseksi. Samalla tulisi edistää lasten ja nuorten tasapainoista kehitystä. Parhaimmat tulokset saavutetaan yhdistämällä erilaisia menetelmiä: koulutukselliset ja kasvatukselliset menetelmät tähtäävät muutoksiin käyttäytymisessä sekä yksilöiden että yhteisöjen tietoja ja taitoja parantamalla, samalla kun tekniikan ja lainsäädännön keinoilla parannetaan ympäristön turvallisuutta. Tutkimusten mukaan esimerkiksi pelkillä kasvatuksellisilla keinoilla ei saavuteta toivottua lopputulosta (Markkula & Öörni 2009, 17 - 18).

4.1 Nyrjähdykset, murtumat ja murtumaepäilyt

4.1.1 Luiden rakenteesta

Ihmisen tuki- ja liikuntaelimityö koostuu luista, nivelistä, jänteistä ja nivelsiteistä. Tietyt luut suojaavat myös tärkeitä ihmisen elimiä, esimerkiksi kallo suojaa aivoja ja rintakehä sisäelimiä. Luut koostuvat ulkopinnan kovasta luukerroksesta, joka muuttuu syvemmillä luupalkkien hienoksi verkostoksi. Luukudos on tämän ansiosta hyvin tiivis, ja samanlainen rakenne on kaikissa ihmisen luissa. Raajojen pitkien luiden keskellä on luuydinontelo, jonka sisällä on luuydin. Luukalvossa, joka peittää luiden ulkopintaa, on tuntohermoja, minkä vuoksi luunmurtumat aiheuttavat uhrissa voimakastakin kipua. Nivelrusto peittää luiden pintaa ihmisen nivelissä. (Keggenhoff 2004, 102.)

Lapsen luusto on elastinen, minkä vuoksi murtumia ei synny niin helposti kuin aikuiselle. Lapsilla ei myöskään ole esimerkiksi kaatumisissa vammaenergia niin suuri kuin aikuisella, koska lapset ovat selvästi kevyempiä. (Laine & Paavola 2004, 378.) Kaatumiset ja putoamiset voivat aiheuttaa leikkien yhteydessä murtumia. Liitteessä 1 on lueteltuna lasten yleisimmät raajojen murtumat. Jos nivel ei kestä normaalia painoa puolen tunnin kuluttua tapaturmasta, on haikuduttava lääkärin vastaanotolle (Keggenhoff 2004, 101). Lapsen kohdalla voi siis katsoa, pystyykö lapsi hetken kuluttua jatkamaan leikkimistä normaalisti.

4.1.2 Nyrjähdykset, murtumat ja ensiapu

Nilkkanyrjähdykset ovat tavallisia lapsilla (Salminen 2004, 423). Nivelen nyrjähtäessä nivel vääntyy ja on hetkellisesti virheasennossa. Tällöin nivelsiteet venyvät yli normaalin mittansa, minkä vuoksi kudokset vaurioituvat ja syntyy turvotusta. Nivelen sijoiltaan menosta puhutaan silloin, jos nivel vääntyy ja jää väärään asentoon. Luunmurtuman eli fraktuuran aiheuttaa pääasiassa ulkoinen voima, esimerkiksi voimakkaat iskut vääntymisissä tai kaatumisissa. ”Spontaanit” luunmurtumat ovat harvinaisia, ja ne liittyvät lähinnä ylläasitukseen tai luusaurauteen. Murtumatyyppit voidaan jakaa kahteen luokkaan, avomurtumiin ja umpimurtumiin. Avomurtumassa murtuma-alueella on haava, ja myös lihakset ja iho ovat vaurioituneet. Haavan vuoksi tulehdusvaara on kohonnut, minkä vuoksi paraneminen voi olla hitaampaa ja muiden komplikaatioiden riski on myös suurempi. Avomurtumissa luu voi olla todella poikki ja luu voi jopa pilkottaa haavasta. Umpimurtumassa tulehdusriski on vuorostaan pienempi, koska siinä ei ole avomurtuman tavoin avointa haavaa. (Keggenhoff 2004, 100 - 102.)

Ensiavun tarkoituksena on vähentää verenvuotoa ja tyrehdyttää se komprimoimalla ja lastoitamalla. Kylmähoito ja kohoasento lieventävät kipua ja ehkäisevät turvotusta. (Laine & Paa-

vola 2004, 378.) Hyvänä ohjeena voi muistaa ensiavun kolmen K:n säännön: kylmä, koho, kompressio (Keggenhoff 2004, 99). Kylmää ei saa laittaa suoraan iholle, vaan välissä pitää olla esimerkiksi vaatetta tai pyyheliina ihon palettumavamman estämiseksi (Kärkinen 2009). Esimerkiksi loukkaantuneen jalan kohdalla tukisidoksen voi laittaa kohoasennossa olevaan jalkaan puristamaan lievästi vamma-aluetta. Sidosta ei saa kuitenkaan laittaa liian kireälle, jotta vamma-alue ei turpoaisi liikaa. (Saarelma 2012.) Kylmähoito on sitä tehokkaampi, mitä nopeammin se päästään aloittamaan. Kylmää voi pitää ensin jaksoissa, noin 15-20 minuuttia kerrallaan 1-2 tunnin välein. Lievä nilkan venähdys paranee itseksensä 1-2 viikon kuluessa. Jos venähdysvamman liittyy ihonalainen verenvuoto, kipu vammautuneelle raajalle varatessa, selkeä tai huomattava turvotus ja koputteluarkuutta luissa, on syytä hakeutua hoitoon mahdollisimman nopeasti. (Saarelma 2012.) Myös selkeät venähdykset on hyvä käydä näyttämässä lääkärin vastaanotolla. Venähdyksessä nivel liikkuu tai on liikkunut yli oman luonnollisen liikelajajuutensa, esimerkiksi kaatumisen tai urheilusuorituksen yhteydessä. (Saarelma 2011.) Hyvänä yleissääntönä ensiavussa on kolmen K:n säännön lisäksi, että niveltä ei saa rasittaa eikä korjata itse (Keggenhoff 2004, 101). Uhri tulee kuljettaa hoitoon mahdollisimman rauhallisesti; eli lapsi voidaan esimerkiksi kantaa. Kiire voi aiheuttaa vain tarpeetonta kipua ja siten pahentaa vamman laatua (Hermanson 2008, 131).

Murtumat ovat yleisiä lapsilla: on arvioitu, että 17 ikävuoteen mennessä noin 42 prosenttia pojista ja 27 prosenttia tytöistä on saanut vähintään yhden murtuman. Pääkaupunkiseudulla on tehty tutkimus, jonka tulosten mukaan noin 2 prosenttia lapsista joutuu murtuman vuoksi hoitoon. Murtumien ilmaantuvuus suurenee tasaisesti sekä tytöillä että pojilla. Huippu nähdään kuitenkin murrosiässä, tytöillä noin 12-vuotiaana ja pojilla keskimäärin 15 vuoden iässä. Murtumat ovat tutkimuksen mukaan todennäköisempiä pojilla. (Hero, Mäyränpää & Mäkitie 2008, 3777-3783.) Nykyään lasten harrastukset ovat tapaturma-alttiimpia. Esimerkiksi pojilla lumilautailu ja rullalautailu aiheuttavat tapaturmia, tytöillä vastaavasti ratsastus. (Laulumaa 2004, 297.) Aikaisempi murtuma on sekä lapsilla että myös aikuisilla riskitekijä uuteen murtumaan. Ensimmäinen murtuma kaksinkertaistaa, mutta toinen murtuma peräti kolminkertaistaa riskin uudelle murtumalle lapsuuden aikana. Joillakin lapsilla murtumariski on suurempi kuin toisilla, eikä kaikkia syitä tähän suurempaan murtumariskiin tiedetä. Toistuvat murtumat voivat lapsillakin viitata sairauteen, ja on suositeltavaa, että lisätutkimuksia tehdään sitten, kun lapsella todetaan kolmas murtuma. (Hero, Mäyränpää & Mäkitie 2008, 3777-3783.) Lasten murtumat ovat aikuisten murtumiin verrattuna hyvälaatuisia, ja paraneminen tapahtuu nopeammin. Lisäksi lapset ovat aktiivisia kuntoutujia. (Laulumaa 2004, 297.)

Yleisimpiä yläraajan murtumia lapsilla ovat solisluun, olkavarren, sormen ja ranteen värttinäluun murtumat. Vastaavasti alaraajan murtumista yleisimmät ovat sääriluun, reiden, nilkan ja varpaan murtumat. (Hermanson 2008, 131.) Lapsella murtuma on todennäköinen, jos raajassa on kaatumisen tai tapaturman jälkeen reilu turvotus, virheasento tai selvä luun aris-

tus (Venhola 2009). Alaraajan murtumat vaativat lähes aina tutkittavaksi hakeutumisen ja sitä myötä hoidon (Saarelma 2012). Alaraajan murtumaa epäiltäessä on syytä välttää varaamasta painoa loukkaantuneelle raajalle ja liikuttamasta sitä (Punainen Risti 2012-2013). Murtunut raaja on hyvä pitää kohoasennossa kuljetuksen ajan. Kylmäpakkauksella ja lievästi puristavalla siteellä pystytään vähentämään murtumasta syntyvää verenvuotoa, eli kolmen K:n sääntöä tulee hyödyntää myös murtumien ensiavussa. (Saarelma 2012.) Yläraajan murtumat ovat yleisiä, koska raaja on usein ottamassa iskuja vastaan esimerkiksi kaatumisen yhteydessä tai käsiä käytettäessä. Yläraaja on hyvä käydä tarkistuttamassa lääkrillä, jotta vamman laatu selviää esimerkiksi röntgenkuvauksen yhteydessä ja sitä myöten vamma saadaan hoidettua (Saarelma 2011). Yläraajan murtumaa epäiltäessä kipeää raajaa voi lasten kohdalla tukea esimerkiksi kolmioliinalla (Punainen Risti 2012-2013).

4.2 Pään kohdistuvat tapaturmat

4.2.1 Lasten pään kohdistuvista tapaturmista

Alle kouluikäisellä lapsella pään koko suhteessa vartaloon on painavampi ja suurempi kuin aikuisella, minkä vuoksi lapsen vartalon painopiste sijaitsee korkealla. Kallon luut ovat lapsella lisäksi heikommat luiden kehittymättömyyden vuoksi, jolloin luiden antama suoja on heikompi. Lapsilla aivosolujen hermosyiden kehitys on myös kesken, minkä vuoksi aivosolut ovat herkempiä vaurioitumaan. Kohonnut kallonsisäinen paine on lapsilla yleisempää kuin aikuisilla, ja laajat aivovauriot ovat myös yleisempiä, mutta lapset toipuvat aikuisiin verrattuna aivovammoista paremmin. (Laine & Paavola 2004, 376.)

Lapset voivat kolhia helposti päätänsä leikin ja muun toiminnan temmellyksessä. Yleensä kyse on kuitenkin suhteellisen vähäisestä voimasta esimerkiksi toiseen törmäämisen, kaatumisen tai matalalta putoamisen yhteydessä. Tässä yhteydessä pieni voima merkitsee myös vähäisiä vammoja. Voimakas väkivalta, lapsen ravistelu, moottoriajoneuvo- ja polkupyöräonnettomuudet voivat sen sijaan aiheuttaa vakaviakin vaurioita aivoihin, ja näiden tilanteiden sattuessa lapsi tulee aina toimittaa hoitoon. (Hermanson 2008, 143-144.) Pään kohdistunut isku voi aiheuttaa erityyppisiä kallo- tai aivovammoja. Iskun seuraamuksiin vaikuttavat muun muassa vammaenergia, potilaan ikä ja iskun kohta. Aivovamman tärkein oire on tajunnantason aleneminen, joten tajunnantaso on tärkeä seurata. Tajunnantaso voi seurata myös Glasgow Coma Scale- asteikolla (GCS, liite 2), jota käytetään enimmäkseen hoitoalan ammattilaisten toimesta. (Laine & Paavola 2004, 376.) Glasgow Coma Scale- asteikkoa voi tapahtumapaikalla hyödyntää esimerkiksi kokeilemalla, vastaako uhri hänelle puhuttaessa tai reagoiko uhri mitenkään kuullessaan omaa nimeään huudettavan. Kipuvastetta voi testata esimerkiksi nipistämällä käsivarresta, jolloin nähdään, reagoiko potilas kipuun mitenkään. Ambulanssi on tarpeen silloin, jos tajunnantaso on alempi kuin normaalisti, eli potilas ei esimerkiksi vastaa

selkeästi puhuttaessa, ei reagoi kipuun tai hänelle huudettaessa. (Jama 2009.) Myös selvä haava päässä tai verenvuoto korvista tai nenästä pään kolahtamisen yhteydessä vaativat kii-reellisen hoitoon pääsyn mahdollisen kallovamman vuoksi (Keggenhoff 2004, 73). Jos lapsen tilanne ei vaikuta vakavalta, eikä hänellä esimerkiksi esiinny pahoinvointia tai tajunnan tason häiriöitä, voidaan vanhempienkin kanssa sopia, vievätkö he itse lapsen lääkäriin mahdollisten vammojen tarkistuttamista varten. Tämä on lasten kohdalla yleisesti suositeltavaa. Jos tilanne on akuutti ja vaatii ambulanssin, ambulanssia soittaessa tulee noudattaa hätäkeskuksen antamia ohjeita lapsen tilan seuraamisesta. Päiväkodeissa voi olla erilaisia ohjeita siitä, saako henkilökunta lähteä kuljettamaan lasta esimerkiksi terveyskeskukseen. Jos kuitenkin on ky-seessä sekä päähän kohdistuva vamma että lapsi, vammoja on syytä lähteä tarkistuttamaan herkemmin kuin aikuisen kohdalla.

4.2.2 Aivotärähdys, kallon ja kallonpohjan murtumat

Ihmisen aivot sijaitsevat luisen kallon sisällä aivonesteen ympäröimänä. Aivoneste vaimentaa päähän kohdistuvia iskuja, joten voimakkaat iskut päähän saavat aikaan sen, että aivot iskeytyvät kalloa vasten. Voiman suuruus ratkaisee sen, ovatko vammat lieviä vai vakavia. (Keggenhoff 2004, 72.) Lievä aivotärähdys on lapsilla yleisin päähän kohdistuvista vammoista. Aivotärähdykseen liittyvät muutaman minuutin mittainen tajunnanmenetys, lyhyehköä muis-tamattomuutta sekä kohtuullista pahoinvointia ja oksentelua. (Venhola 2009.) Ensiapuna aivo-tärähdyksen saanut tulee asettaa lepäämään rauhallisesti, pää hieman koholle. Uhria tulee tarkkailla koko ajan. (Keggenhoff 2004, 72.) Lasta voi rauhoitella vaikka juttelemalla, ja jut-telun vastauksista voi samalla seurata tajunnantaso. Aivotärähdykseen ei liity myöhemmin voinnin huononemista kotonakaan, poikkeuksellisen huomattavaa uneliaisuutta eikä muuta-kaan lisääntynyttä oireilua (Venhola 2009). Edellä mainitut oireet voivat sitä vastoin viitata kallon sisäiseen vuotoon, varsinkin, jos oireet ilmenevät 6-12 tunnin sisällä vammasta. Tällai-nessa tilanteessa tulee potilas viedä välittömästi erikoissairaanhoidon. (Venhola 2009.) Suosi-tukset lasten aivotärähdyksessä ovat, että jos lapsi on ollut tajuton, sekava tai hänen tajun-tansa hämärtyy, tai jos tapaturman jälkeiset oireet ovat vahvat, esimerkiksi voimakasta ok-sentelua tai pahoinvointia, tulee lapsi toimittaa hoitoon (Jalanko 2012). Lasta ja yleisesti uhria pitää tarkkailla seuraavaan päivään asti tapaturman jälkeen (Keggenhoff 2004, 72). Kotonakin voidaan hyödyntää GCS- taulukkoa tajunnan tason seurannassa. Lapselta voi esi-merkiksi kysyä, mikä viikonpäivä on tai mitä eilispäivänä on tapahtunut. Kysyjän on tärkeä tunnistaa, ovatko vastaukset loogisia vai muuttuuko puhe sekavaksi tai vastaako lapsi puhut-taessa ollenkaan.

Kallonmurtumapotilaat voivat olla tajuttomia tai heillä on heikentynyt tajunnantaso ja mah-dollisesti myös lihaskouristuksia. Kallonpohjan alueella on useimmiten myös avohaava, josta voi pursuta aivokudosta. Kallopuhjanmurtumapotilaan tunnistaa usein hentoisesta, vetisestä

verenvuodosta joko nenästä, suusta tai korvasta. Myöhemmin ilmestyvät silmien ympärille mustelmat, jotka ovat tyypilliset murtumapotilaalle. Kallonpohjan murtuman saanut on myös tajuton. Tajuttoman ensiapu on hengityksen tarkistaminen ja kylkiasentoon kääntäminen. Kylkiasento on sikäläkin tärkeä, jotta veri pääsee vuotamaan ulos. Hätäkeskukseen on tehtävä välittömästi ilmoitus. Haava on peitettävä steriilillä taitoksella ja loukkaantunut peitettävä lämpimästi. Vointia tulee tarkkailla siihen asti, että ammattiapu saapuu paikalle. (Keggenhoff 2004, 73.) Hätäkeskuksesta saa ohjeet potilaan voinnin tarkkailua varten.

4.3 Pisto- ja purematapaturmat

4.3.1 Hyönteisten ja muiden eläinten puremat

Puremahaavalla tarkoitetaan vauriota, jossa purema rikkoo ihon ja mahdollisesti myös ihon alla olevia kudoksia. Purema, jossa iho ei rikkoudu, voi aiheuttaa uhrille ihonalaisia verenpurkauksia ja kipua, mutta muuta haittaa tällaisesta puremasta ei yleensä aiheudu. Puremahaavat voivat aiheuttaa uhrin terveydelle haittaa kahdella tavalla. Purema voi vaurioittaa kudoksia ja myös muutakin tuhoa kuin ihon rikkoutumisen, jos purema tunkeutuu syvälle. Purtaessa uhriin kulkeutuu myös purijan suussa olevia viruksia ja bakteereja, jotka voivat aiheuttaa vakavia jälkiseuraamuksia. (Saarelma 2012.)

Eläinten, pääasiassa koirien puremiin, liittyy aina suuri tulehdusvaara, koska eläimen puremisen myötä eläimestä siirtyy taudinaiheuttajia purtuun kohteeseen. Puremahaavat ovat yleensä repaleisia, mikä tarkoittaa myös sitä, että kudosten vastustuskyky on heikentynyt. Hyvän muistisääntönä kannattaa pitää mielessä, että puremat on aina peitettävä steriilisti ja ne on aina syytä näyttää lääkärillä. Eläinten puremasta voi saada myös vesikauhutartunnan, joka ei Suomessa ole kuitenkaan tätä nykyä kovinkaan yleinen. Vesikauhua sairastavan eläimen tunnistaa poikkeavan aggressiivisesta käyttäytymisestä ja myös vaahtoa voi olla suupielissä. Vesikauhua kantavan eläimen pureman kohdalla haava tulee pestä välittömästi saippualliuoksella tai astianpesuaineella, jotta suurin osa vesikauhua aiheuttavista bakteereista saadaan vaaratomiksi. Uhri on vietävä välittömästi lääkäriin. (Keggenhoff 2004, 94-95.) Eläimen pureman jälkeen haavaa on hyvä puhdistaa juoksevan veden alla saippualla pesten, jos on syytä epäillä vesikauhua (Saarelma 2012). Jäykkäkouristus on myös mahdollinen, mutta jokseenkin harvinaisen nykyään. Tetanusrokotus antaa hyvän suojan jäykkäkouristusta vastaan. Likaisten haavojen yhteydessä on hyvä tarkistaa rokotteen voimassaolo. (Lumio 2009.)

Allergiaa aiheuttavat lentävät hyönteiset ovat Suomessa hyttysiä, pistiäisiä tai kärpäsiä. Ihmiset reagoivat yksilöllisesti hyönteisten puremiin ja pistoihin. Yleisin reaktio lentävien hyönteisten pistoihin on paikallinen punoitus ja turvotus, jotka johtuvat hyönteisen syljen sisältämistä ärsyttävistä aineista tai hyönteisen myrkystä. Myrkkereaktio kestää yleensä useita tun-

teja tai päiviä, allergiareaktio on vuorostaan voimakkaampi kuin myrkkyyreaktio ja kestää yleensä kauemmin kuin myrkkyyreaktio. (Hannuksela 2011.)

Yleisin allergiaa aiheuttava lentävien hyönteisten ryhmä on hyttynet. Hyttysallergian tunnetaan ilmenevän kahdella tavalla. Pistokohtaan ilmestyy paukama heti pistoksen jälkeen, mutta se painuu pois muutamassa tunnissa. Vuorokauden kuluessa reaktio kuitenkin voimistuu uudelleen. Syntynyt reaktio saattaa kestää useita päiviä tai jopa kaksikin viikkoa. Hyttysten on huomattu aiheuttavan myös rakkulaisia reaktioita. Hyttysten piston aiheuttamia paukamaa voidaan hoitaa antihistamiinia sisältävällä puikolla tai hydrokortisonivoiteella. Antihistamiinia voi ottaa myös suun kautta, mutta se auttaa nokkosihottumareaktioon vain silloin, jos se on otettu ennaltaehkäisevästi, eli ennen pistoa. Myös hyttyskarkotteet tekevät hyttysiä vastaan. Hyttysten pureman aiheuttamat allergiset reaktiot ovat voimakkaimmillaan alkukesällä ja heikkenevät kesän kuluessa, kun sietokyky eli toleranssi on kehittynyt. Kuitenkin on huomiotava, että hyttysiin luokiteltavat mäkärät ja polttiaiset aiheuttavat myrkkyyreaktion kaikille, eivätkä niihin hyttyskarkotteet auta. Allerginen reaktio niiden pistoille on harvinainen. (Hannuksela 2011.)

Kärpäsiin kuuluvat muun muassa paarmat ja hirvikärpäset. Paarman aiheuttamat reaktiot ovat nokkosihottumaa ja paikallista turvotusta, joka voi levitä jopa koko raajaan. Allergiareaktioita voidaan hoitaa antihistamiineilla ja tarvittaessa myös kortisonitableteilla, herkimmille annetaan adrenaliiniruisku. Hyttyskarkotteista ei ole apua. Hirvikärpäsiistä vain naaraat pistävät, ja ne hakeutuvat hiuspohjaan. Hirvikärpäsen aiheuttamia reaktioita hoidetaan kortisonivoiteilla; hyttyskarkotteilla ei ole niihin parantavaa vaikutusta. (Hannuksela 2011.)

Pistiäisiin kuuluvat ampiaiset ja mehiläiset, jotka aiheuttavat pistoillaan jokaiselle myrkkyyreaktiona paikallisen punoituksen ja turvotuksen. Allergiset reaktiot ovat myös mahdollisia, jolloin pistokohtaan ja sen ympärille tulee turvotusta ja nokkospaukamaa. Voimakkaammassa allergisessa reaktiossa turvotus ja nokkospaukamat voivat levitä myös pitkälle pistoskohdan ulkopuolelle laajoillekin alueille. (Hannuksela 2011.)

Myös anafylaktiset reaktiot ovat mahdollisia. Anafylaktisella reaktiolla tarkoitetaan äkillistä yliherkkyysoireyksiä, joka kehittyy huippuunsa 10-30 minuutissa. Anafylaktinen reaktio alkaa tavallisesti huulien ja käsien voimakkaalla kutinalla ja kihelmöinnillä. Kutina ja kihelmöinti leviävät ympäri kehon muutamassa minuutissa, ja samalla iholle ilmestyy nokkospaukamaa. Potilaan kurkkua alkaa kiristää, hengitys saattaa vinkua ja keho turpoaa eri kohdista, erityisesti silmäluomista ja huulista. Potilas saattaa oksentaa tai ripuloida, ja vatsaa voi kouristaa. Vaikeimmissa tapauksissa sydämeen tulee rytmihäiriöitä ja verenpaine laskee. Anafylaktinen reaktio on hengenvaarallinen tila, joka vaatii soiton hätänumeroon ammattiavun saamiseksi. Mikäli potilaalla on mukanaan käyttövalmis adrenaliiniruisku, se tulee pistää välittömästi joko

olkavarren tai reiden lihakseen pakkauksen ohjeen mukaan. Näin toimimalla adrenaliini vapautuu verenkiertoon. Toisen adrenaliiniannoksen voi laittaa 20 minuutin kuluttua, jos potilaalla on kaksi ruiskua mukana. Adrenaliiniruiskuesta ei ole muita haittavaikutuksia turhassa käytössä kuin tihentynyt pulssi noin kahdenkymmenen minuutin ajan. (Hannuksela 2011.)

Jos punkki löytyy ihosta, se tulee poistaa joko ottamalla sormilla tai punkkipihdeillä punkista kiinni mahdollisimman läheltä ihoa. Punkki vedetään ulos ihosta varovasti pyörittämällä. Jos pureman ympärille tulee myöhemmin, yleensä päivien päästä, rengasmaiseksi muuttuvaa punoitusta, tulee silloin hakeutua lääkärin hoitoon. Punkkien kautta voi levitä borrelioosia tai virusperäistä aivotulehdusta, joka on borrelioosia harvinaisempi. Borrelioosi tarttuu keskimäärin joka 50 - 100 punkin puremasta. (Hermanson 2008, 142, 247- 248.)

Käärmeenpuremat ovat Suomen leveysasteilla harvinaisia, ja ainoa Suomessa elävä myrkyllinen käärme on kyy. Kyy puremahaava koostuu kahdesta tai joskus neljästäkin nuppineulan pään kokoisesta haavasta, jotka vuotavat vähän verta mutta ovat kipeitä. (Keggenhoff 2004, 95.) Kyy myrkky aiheuttaa alkuun purema-alueelle kudostuhoa ja turvotusta, ja myöhemmin ilmenee yleisoireita, kuten oksentelua, päänsärkyä, ripulia ja jopa tajunnan häiriöitä. Allerginen reaktio kyy puremasta on myös mahdollinen, jolloin potilaalla ilmenee hengenahdistusta ja kurkunpään turvotusta. Kyy purema vaatii aina lääkärin arvioinnin, ja tapahtumapaikalla voi ensiapuna antaa pienen hydrokortisoniannoksen, kyypakkaus, suun kautta. (Saarelma 2011.) Kyy puree useimmiten raajaan, joten uhrin pitäisi ehdottomasti mennä makuulle, jos se vain on mahdollista, ja käärmeen pureman raajan pitäisi riippua alaspäin tai se tulisi asettaa vähintään lepoasentoon. Puremakohdan yläpuolelle voi levittää napakan siteen, jotta myrkky ei ehtisi levitä laajalle alueelle vartaloon. Uhri tulisi kuljettaa makuuasennossa lääkäriin. (Keggenhoff 2004, 95.)

4.3.2 Toisen lapsen purema

Ensimmäisen ikävuoden jälkeen lapsi kokeilee uusia asioita ja myös rajojaan, ja siksi on tärkeää asettaa lapselle selkeät rajat ja kiellot. Näiden rajojen ja kieltojen on hyvä olla yhtenevät ja selkeät. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2004, 142.) Lapsi edistyy psykososiaalisessa kehityksessään asteittain. Hänelle kehittyvät itsesäätelytaito, empatia ja sosiaaliset taidot. Nämä kehittyvät sen myötä, miten vanhemmat osoittavat myötätuntoa ja asettavat rajoja. (Puura 2009.) Käytöshäiriöstä voidaan puhua sitten, kun esimerkiksi yli 3-vuotias lapsi toistuvasti rikkoo hänelle asetettuja sääntöjä ja rajoja, puree tai lyö muita suuttuessaan, kiroilee tai puhuu vihaisesti jatkuvasti tai jättää noudattamatta selkeitä kieltoja. Näissä tilanteissa lisäselvittelyt ovat tarpeen vanhempien ja neuvolan kanssa. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2004, 161.)

Lasten ryhmän kanssa voi päiväkodissa yrittää sopia yhteisistä säännöistä, joissa voi muun muassa esiintyä ohje, että toista ei saa purra tai muutenkaan kiusata. Hoitajien on tärkeä toimia purematilanteessa päättäväisesti ja auttaa lapset yli tilanteesta. Hyvä ja turvallinen ilmapiiri on lasten kehityksen kannalta tärkeä asia (Sosiaaliportti 2007). Lapsen purtua toista lasta vanhempien kanssa on hyvä keskustella tapahtuneeseen johtaneista tilanteista. Jos lapsi puree toista lasta, hänelle on tärkeää sanoa jyrkästi ”ei”. Lapsen on tärkeä ymmärtää, että toisia ei saa purra. Purtua voi lohduttaa esimerkiksi paijaamalla. (Korkalainen 2007.) Jos pientä lasta on purtu ja haava on selkeä, haavaa on hyvä näyttää lääkärille, jotta lääkäri voi arvioida antibioottikuurin tarpeen mahdollisen tulehdusriskin arvioituaan. Ensiapuna haavalle on vedellä ja desinfektioaineella puhdistaminen (Jalanko 2009).

4.4 Auringonpistos

Hypertermian eli elimistön liiallisen lämpenemisen lievempää muotoa kutsutaan auringonpistokseksi, jolla tarkoitetaan päähän kohdistunutta lämpörasitusta (Saarelma 2012). Auringonpistokselle altistuu, kun auringon ultraviolettisäteet kohdistuvat paljaaseen päähän pitkäksi ajaksi. Altistuminen ultraviolettisäteilylle on todennäköisempää, jos on esimerkiksi pitkään auringon paisteessa ilman päähinettä. Erityisesti pikkulapset ja imeväisikäiset ovat alttiita auringonpistokselle. Pitkä altistuminen auringon ultraviolettisäteille voi ärsyttää sekä aivoja että aivokalvoa. Auringonpistoksen oireita ovat muun muassa päänsärky, huimaus, pahoinvointi, oksentelu ja niskan jäykkyys. Pistoksen saaneen pää voi muuttua punaiseksi ja myös tajuttomuus on mahdollinen. (Keggenhoff 2004, 114.)

Ensiapuna on potilaan siirtäminen varjoon lepäämään, ja päätä voi kohottaa lepoasennossa. Potilasta voidaan myös viilentää esimerkiksi kylmillä kääröillä tai jääpussilla. (Keggenhoff 2004, 114.) Tajuihinsa olevalle lapselle voi juottaa myös mehua tai vettä. Jos pistoksen saaneeseen ei saa puhuttaessa kontaktia tai hänen vastauksensa esimerkiksi viikonpäivästä tai omasta sijainnista eivät ole loogisia, voidaan epäillä tajunnantason laskua ja sekavuutta, jolloin lapsi tulee toimittaa hoitoon. (Hermanson 2008, 119.) Tärkein hoito lämpösairauksien kohdalla on ennaltaehkäisy. Pää tulee suojata hatulla auringolta ja nestettä tulee nauttia säännöllisin väliajoin. Myös väljät, hikoilemista sallivat vaatteet ovat hyvä pukeutumisvaihtoehto lämpimänä päivänä. (Saarelma 2012.)

4.5 Neurologinen oireilu

4.5.1 Epilepsia

Epilepsia luokitellaan joukoksi oireyhtymiä, joiden syyt, alkamisikä, kohtausten ennuste, hoito sekä vaikutukset potilaan elämään vaihtelevat laajalti. Toistuvat epileptiset kohtaukset

ovat yhtenäisenä nimittäjänä epilepsiaoireyhtymissä. Kuitenkin ennuste epilepsiassa on hyvä, sillä noin 70 prosenttia epilepsiaa sairastuvista saadaan nykyajan lääkityksillä kohtauksettomiksi tai tyydyttävään tilanteeseen. Tarkoituksenmukaisesta hoidosta huolimatta noin 30 prosenttia sairastuu vaikeaan epilepsiaan. Vaikeassa epilepsiassa potilailla on epileptisiä kohtauksia tai muita epileptiseen oireyhtymään kuuluvia oireita lääkähoidosta huolimatta. Oireet vaikeuttavat ja haittaavat heidän mahdollisuuttaan viettää turvallista ja tasapainoista elämää. (Kälviäinen 2009.) Erilaisia epilepsiatyyppejä on esitelty liitteessä 3.

Epileptiset kohtaukset voivat ilmetä muillakin tavoin kuin tajuttomuus- ja kouristuskohtauksina. On erittäin tärkeää tunnistaa imeväisikäisenä alkavat infantiilispasmit (lyhyitä pään, vartalon ja raajojen nykäyksiä), jolloin hoidon pikainen aloitus parantaa myöhäisennustetta. Infantiilispasmeihin liittyy myös silmien deviaatiota, poikkeavaa ääntelyä, lisääntynyttä kyyneleritystä ja muita autonomisen hermoston häiriön merkkejä. Kohtaukset yleensä ilmenevät sarjoina, eikä sarjan aikana lapseen saa kontaktia. (Rantala 2004, 395-396.)

4.5.2 Epilepsian riskitekijät

Kansainvälisissä luokituksissa epilepsiaoireyhtymä jaetaan etiologiansa, syyoppi, perustein seuraaviin luokkiin: idiopaattisiin, todennäköisesti symptomaattisiin sekä symptomaattisiin. Idiopaattisella on selvä geneettinen tausta, eikä potilaasta saatujen tietojen, anamneesin, tai tutkimustulosten perustein ole todettavissa muuta syytä epilepsiaan. Epilepsia, jolle ei ole osoitettavissa selvää etiologista tekijää, kutsutaan todennäköisesti symptomaattiseksi epilepsiaksi, ja epilepsiaa, jolle voidaan osoittaa aivojen aiempi rakenteellinen vaurio, kutsutaan symptomaattiseksi epilepsiaksi. Tutkitusti spesifisiä etiologisia tekijöitä, eli epilepsialle ominaisia syitä, ovat aivojen kehitykselliset häiriöt, aivoverenkiertohäiriöt, aivokasvaimet, aivovamman jälkitila ja keskushermostotulehdusten jälkitilat, keskushermoston rappeutumiseen liittyvät eli degeneratiiviset sairaudet. (Kälviäinen 2009.)

Epilepsian riski periytyä on äärimmäisen pieni. Jos toisella vanhemmista on epilepsia, on lapsella 5-10 prosentin riski sairastua. Myös sairastumisen riski vaihtelee eri epilepsioiden välillä. Lapsuusiän epilepsiaa Suomessa sairastaa noin 5000 alle 16-vuotiasta lasta, ja noin 800 aloittaa vuosittain epilepsialääkityksen. Arviolta joka kymmenennellä ihmisellä on ainakin yksi epileptinen kohtaus kerran elämänsä aikana. Vanhempien tulisi kertoa päiväkodin henkilökunnalle lapsen tyypillisten kohtauksien oireet ja toimintaohjeet kohtauksien yhteydessä sekä tarvittavan ensiapulääkkeen anto-ohjeet (Junnonen, Siikala & Suhonen 2004, 222, 230).

4.5.3 Lasten epilepsia

Kuten aikuisillakin, epilepsia määritellään taipumukseksi saada epileptisiä kohtauksia toistuvasti ilman erityisiä altistavia tekijöitä. Lapsuusiän epilepsiat eivät ole yhtenäisiä, vaan ne ovat etiologialtaan, oireiltaan, alkamisältään ja ennusteeltaan monimuotoisia. Noin 20 prosenttia sairastuneista kärsii vaikeasta epilepsiasta, jolloin kohtauksia ilmenee lääkehoidosta huolimatta. Noin kolmasosalla sairastuneista on neurologisia liitännäisoireita, kuten liikuntavamma, oppimisvaikeuksia tai kehitysvamma. Epilepsioiden luokittelu perustuu sekä etiologiaan että kohtausten ja epileptisen sähköhäiriön yleistyneisyyden asteeseen, samalla tavalla kuin aikuisillakin. Idiopaattisessa epilepsiaoireyhtymässä lapsesta ei EEG-muutoksia lukuun ottamatta löydy muuta poikkeavaa. Niin sanotuissa symptomaattisissa epilepsioissa lapsessa on havaittu neurologista poikkeavuutta ennen kuin epilepsia puhkeaa. Lisäksi tutkimuksista on saattanut löytyä metabolinen tai rakenteellinen syy epilepsiaan. (Gaily & Eriksson 2012.)

Tajuttomuus-kouristuskohtaus on lasten aivoperäisistä kohtauksista vaarallisin. Pitkittynyt epileptinen kohtaus on hengenvaarallinen tilanne. Yli 30 minuutin kohtaus lisää kuolleisuutta ja vammautumisen riskiä. (Gaily & Eriksson 2012). Lapsilla tavallisimpia kohtausoireita ovat tajunnan hämärtyminen ja automaattiset liikkeet, kuten nieleskely ja hypistely. Lisäksi voi ilmetä tahdosta riippumattomia motorisia oireita, kuten rytmistä nykimistä, jäykistymistä, yksittäisiä lihasnykäyksiä tai lihasvelttoutta. Joillakin esiintyy myös itsestään syntyviä affektiivisiä ilmiöitä, kuten pelkoa, tai kohtauksen alussa ilmeneviä aistielämyksiä, kuten niin sanottua auraa. Imeväisikäisille tyypillinen kohtaus on infantiilispasmisarja, jossa lapsi jäykistyy joko ekstensioasentoon (raajat ojentuvat suoriksi) tai fleksioasentoon (raajat koukistuvat) alle sekunniksi kerrallaan. Oire kestää kerrallaan 5-10 sekuntia ja toistuu usean minuutin ajan. (Gaily & Eriksson 2012).

4.5.4 Epilepsian lääkehoito ja kohtauksensaaneen lapsen ensiapua

Epilepsialääkitys aloitetaan lapselle tai nuorelle yleensä vasta toisen kohtauksen jälkeen, koska yksittäinen kohtaus voi tulla kenelle tahansa vaikean yleissairauden tai fyysisen rasituksen yhteydessä. Epilepsia- ja kohtaustyyppi vaikuttavat lääkkeen valintaan. Lääkehoidon perustana pidetään kliinisesti havaittuja oireita sekä EEG-löydöstä. Lääkehoito on siis oireiden mukaista, eikä se paranna epilepsiaa. Lääkehoidolla pyritään estämään kohtauksia, epileptisen purkauksen leviämistä tai purkauksia häiriöalueella. Lääkitys aloitetaan aina yhdellä lääkkeellä ja mahdollisimman pienellä annoksella, sekä annosta nostetaan vähitellen tarpeen mukaan. Jos on tarve, voidaan siirtyä kahden tai useamman lääkkeen yhdistelmähoitoon. (Junnonen, Siikala & Suhonen 2004, 225.) Yleisimpiä lasten pitkittyneiden kohtausten ensiapu-

lääkkeitä ovat diatsepaami-rektioli, joka annetaan peräsuolen kautta, ja midatsolaami posken limakalvoille annosteltuna (Gaily & Eriksson 2012).

Jos lapsi saa epileptisen kohtauksen, on pysyttävä rauhallisena. Kouristusliikkeitä ei tulisi yrittää estää. On huolehdittava, ettei lapsi loukkaa itseään kohtauksen aikana. Lapsen suuhun ei saa laittaa mitään, sillä se vaikeuttaa hengittämistä. Lapselle annetaan mahdollinen ensiapulääke ohjeistuksen mukaisesti, mikäli sellainen on saatavilla. Heti kouristelun loputtua on lapsi asetettava kylkiasentoon, jotta hengitystiet pysyvät avonaisina ja mahdolliset eritteet pääsevät ulos. On varmistettava, että kohtaus on mennyt ohitse. Lapsen annetaan levätä kohtauksen jälkeen. Mikäli kohtaus ei lopu viiden minuutin kuluessa tai se toistuu välittömästi, tulee soittaa hätäkeskukseen (112), sekä kertoa tapahtuma rauhallisesti ja selkeästi. Hätäkeskukseen kerrotaan lapsen nimi, ikä, kohtauksen tyyppi ja kohtauksen kesto. Hätäkeskuksen antamia ohjeistuksia tulee kuunnella tarkasti. (Junnonen, Siikala & Suhonen 2004, 229.)

4.6 Lasten migreeni, tunnistaminen ja kohtauksen hoito

Migreeni on yleisin toistuvaa, invalidisoivaa ja kohtauksittaista päänsärkyä aiheuttava sairaus. Keskimäärin joka kymmenes henkilö sairastaa migreeniä. Migreeniin vaikuttavat ympäristötekijät ja geeniperimä. Stressi on ympäristötekijöistä yleisin. Migreeni alkaa tutkimusten mukaan aivorungosta ja hypotalamuksesta, jotka aktivoivat trigeminushermon. Trigeminiinivaatio saa aikaan verisuonen laajentumisen ja verisuonen seinämän tulehdusreaktion. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 121.) Lasten migreeni on hyvinkin yleistä. Sitä esiintyy jopa 3-10 prosentilla lapsista ja noin 3 prosentilla 5-vuotiaista ja 10 prosentilla murrosikäisistä. Taipumus migreeniin on hyvin vahvasti perinnöllistä ja monissa tapauksissa säilyy läpi elämän. Noin 60 prosentilla, joilla on migreeniä lapsena, sairautta esiintyy myös aikuisena. Lasten migreenikohtaukset muistuttavat paljolti aikuisten migreeniä. Migreeniin liittyvä kipu on usein hyvin voimakasta, ja kohtauksiin liittyy valonarkuutta, pahoinvointia, oksentelua ja ääniherkkyyttä. Kohtauksen aikana lapsi usein hakeutuu rauhalliseen paikkaan lepäämään ja on hyvinkin sairas. Pienet lapset voivat nukkua kohtauksen pois. Esimerkiksi päivähoidossa olisikin suotavaa, jos lapsella olisi mahdollisuus nukkua migreenin ajan. Kun kohtaus on mennyt pois, on lapsi taas ennallaan. (Hämäläinen 2008.)

Tyypillinen migreenikohtaus etenee vaiheittain. Kohtausta ennakoivat oireet voivat alkaa jo edellisenä päivänä, esioireet vasta vähän ennen särkyä, ja säryn päätyttyä voi vielä olla huono olo ja väsymystä. Vanhempien tai muiden aikuisten antama turva ja lapsen rauhoittaminen ovat tärkeitä. Mahdollisuus lepoon rauhallisessa paikassa ja mahdollisimman hämärä valaistus voivat helpottaa oireita pienillä lapsilla. Kylmä kääre ohimolla voi edesauttaa kivun loppumista. (Hämäläinen 2012.)

Lääkehoito on useimmissatilanteissa välttämätöntä. Särkylääkettä tai tulehduskipulääkettä tulee antaa riittävän suuri annos mahdollisimman nopeasti, jo heti ensioireiden alettua. Parasetamolia annetaan 15 milligrammaa ja ibuprofeenia annetaan 10 milligrammaa painokiloa kohti. Laskukaavan mukaan esimerkiksi 30kiloa painavan lapsen annos on parasetamolia 450 milligrammaa (30 x 15) ja ibuprofeenia 300 milligrammaa (30 x 10). Annoksen voi uusia kahden tunnin kuluttua lääkkeenotosta, jos kipu ei hellitä ensimmäisen lääkkeenoton jälkeen. Yli puolella migreenipotilaista ibuprofeeni tai parasetamoli auttavat kohtausoireisiin. Yhtä aikaa niitä ei tulisi ottaa. Mikäli kumpikaannäistä ei riitä, voi lääkäri määrätä triptaania. Triptaania käytetään ainoastaan migreenin hoitoon. Osa kohtauksista voidaan ehkäistä, jos potilas tunnistaa kohtaukselle altistavat tekijät ja kohtauksen ensioireet. Kohtaustiheydet ovat yksilölliset ja siksi hyvin vaihtelevat. (Hämäläinen2012.)

4.7 Kuume-kouristuksen saaneen lapsen hoito

Korkea kuume tai sen nopea nousu saattavat aiheuttaa lapselle kuume-kouristuksen, jonka aikana kädet ja jalat jäykistelevät ja nykivät symmetrisesti, eikä lapseen saa kontaktia. Usein silmät harhailevat ja osoittavat yläviistoon. (Jalanko 2011.) Lapsi menee kouristuksen aikana tajuttomaksi. Osa lapsista ei kouristele, vaan jotkut menevät pelkästään veltoiksi. Potilaan ikä vaihtelee puolivuotiaasta kuuteen ikävuoteen. Yksinkertainen kuume-kouristus on lyhyt. Yleensä kuume-kouristus kestää yhdestä kahteen minuuttia, mutta korkeintaan 15 minuuttia. (Rantala 2010.)

Kuume-kouristus on usein jo ohi, ennen kuin lapsi ehtii lääkäriin. 20 - 30 prosentilla lapsista kuume-kouristukset uusiutuvat seuraavien kuumeiden aikana. Seuraavia kohtauksia varten on hyvä olla diatsepaamia rektaalisisellä annostuksella 0,5mg painokiloa kohden. Ei ole todettu, että aggressiivinen kuumeen hoito ehkäisisi kuume-kouristuksia, joten tulevat kuumeet hoidetaan kuten muidenkin lasten kuumeet. Kyseessä ei ole epilepsia, eikä kuume-kouristelijoiden riski sairastua epilepsiaan ole yhtään suurempi kuin muiden lasten. (Rantala 2004, 394 - 395.) Taipumus kuume-kouristuksiin on yleensä perinnöllinen. Usein kuume-kouristelijan vanhemmilla on ilmennyt sama oire heidän lapsuusiässään. Noin joka neljännellä kuume-kouristelijalla kohtaukset uusiutuvat, mutta uusiutumisen riski on suurin niillä lapsilla, joiden muillakin perheenjäsenillä on kuume-kouristeluja. (Alén 2002, 284.)

Suosittelaa, että kuumetta alennetaan lasta viilentämällä. Kouristusherikälle lapselle suositellaan lisäksi kuumelääkkeitä kuumeen yhteydessä, mutta niiden tehoista ei ole tieteellistä näyttöä. Mikäli kohtaus ei piakkoin laukea, voidaan käyttää diatsepaamia rektaalisesti. Suurimmalla osalla lapsista kohtaukset jäävät pois ennen koulun alkua, mutta vain 2-5 prosenttia kuume-kouristuslapsista sairastuu epilepsiaan. (Alén 2002, 284.)

4.8 Myrkytykset ja niiden ensiapu

Lääkeyliannostuksia tai myrkytyksiä tapahtuu Suomessa arviolta 10 000. Niihin kuolee noin 1000 henkilöä. Useimmiten uhri on aikuinen, joka on nauttinut lääkkeitä tai alkoholia. Vuosittain noin 100 kuolee häämyrkytykseen. Pienten lasten myrkytyskuolemat ovat harvinaisia. Myrkytysoireiden ilmaantumisen nopeus ja vakavuus riippuvat aineesta, aineen määrästä ja siitä, miten aine on joutunut elimistöön. Hengitysteitse tai pistoksena saadulla myrkyllä on nopeampi vaikutus, kun taas suun kautta saatu myrkytys vaikuttaa hitaasti. Jopa ensioireina voi ilmaantua henkeä uhkaavia oireita. Jotta lapsi, jolla epäillään myrkytystä, saa oikeaa hoitoa, on mahdollisimman tarkkaan selvitettävä aine, joka on myrkytyksen aiheuttanut, ja se, kuinka suuresta määrästä on kysymys. Aine, jota lapsen epäillään nauttineen, on otettava mukaan sairaalaan, jolloin henkilökunta saa aineesta tarvittavat tiedot. (Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2007).

Viime vuosina on saatu uutta tietoa kasvien aiheuttamista myrkytyksistä. Yleensä kasvien kohdalla myrkytysvaara on hyvin pieni, sillä usein lapset maistavat kasveja. Myrkylliset kasvit voidaan jakaa yleisoreita ja paikallisoireita aiheuttaviin kasveihin. Sydänoireet, keskushermosto-oireet ja munuaisoireet luokitellaan yleisoreiksi ja paikallisoireita esiintyy vain kosketuskohdassa. (Hoppu, Pohjalainen & Taalikka, 2002, 25 - 26.) Myrkytyksen aiheuttamia lasten kuolemantapauksia ei ole sattunut moniin vuosiin, mutta myrkytystapaturmat ovat kuitenkin yleisiä. Vaarallisiksi kodin kemikaaleiksi luokitellaan muun muassa putkenavausaineet, koneastianpesuaineet, liuottimet ja jäähdytysnesteet. Myrkytystietokeskus antaa neuvoja eri myrkytystapauksissa vuorokauden ympäri. (Paavola 2004, 365.) Ainekohtaiset myrkytysten oireet vaihtelevat, ja ne on selvitetty liitteessä 4.

On selvittävä aina ensimmäiseksi mitä myrkytykseen altistunut on mahdollisesti nauttinut. Jos autettavalla ei ole myrkytykseen viittaavia selkeitä oireita, mutta kuitenkin epäillään mahdollisuutta tai muuten halutaan toimintaohjeita tai neuvoja, tulee soittaa Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Myrkytystietokeskukseen, puhelin (09)471 977. Puhelin on aktiivisena ympäri vuorokauden, tai voi soittaa myös puhelinvaihteeseen (09) 4711. Hätätilanteessa pitää soittaa aina hätänumeroon 112. Autettavaa ei saa oksettaa, vaan autettavan tilaa ja vointia seurataan, kunnes ammattiapu on paikalla. Hätänumeroon pitää soittaa uudelleen, jos autettavan tila heikkenee tai huononee entisestään. Soiton jälkeen tulee noudattaa Myrkytystietokeskuksesta tai hätäkeskuksesta saatuja ohjeita. (Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2007.)

Tehokas ensiapu lääke-, kasvi- ja sienimyrkytyksiin on apteekissa myytävä lääkehiili. Lääkehiilen teho pohjautuu sen kykyyn sitoa suun kautta otettuja myrkyjä itseensä sekä estää niiden

imeytymistä mahalaukusta. Myrkytystilanteessa lääkettä annostellaan lapselle 1 gramma painokiloa kohden. Lääkehiiltä ei pidä antaa, jos on juotu syövyttävää ainetta tai petrolituotetta. (Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2007). Tajuttomalle tai tokkuraiselle lapselle ei saa kotioloissa antaa lääkehiiltä, koska se voi aiheuttaa lapselle tukehtumisvaaran. Lääkehiili ei myöskään sido seuraavia aineita: metalleja, fluoridia, syanidia tai alkoholia. Lapsen ja aikuisen hoito-ohjeet myrkytystilanteessa ovat pääpiirteittäin samat. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2011.). On pyrittävä nopeuttamaan myrkyntymisen poistumista soveltuvin keinoin sekä turvaamaan vitsitoiminnot (Hoppu 2004, 472).

5 Työn toteutus ja kuvaus

Ohjaustuokioon kutsuttiin 27 henkilöä, joista paikalle saapui 17 osallistujaa. Osallistujat olivat kaikki päiväkodin henkilökuntaa, mukaan lukien päiväkodin johtaja sekä opinnäytetyötämme ohjaava opettaja. Osallistujia oli vähemmän, kuin olimme odottaneet. Ohjauksesta olivat jääneet pois ne päiväkodin työntekijät, jotka olivat käyneet Suomen Punaisen Ristin hätäensiapukoulutuksen tämän vuoden aikana. Ohjaustuokio aloitettiin luentokoosteella PowerPoint-ohjelmalla, johon olimme koonneet ohjauksen aiheiden ydinkohdat. Ohjaustuokion jälkeen pidimme pienen tauon, jonka jälkeen teimme käytännön harjoituksia ja loppuun keräsimme palautetta henkilökunnalta erillisellä palautelomakkeella (liite 5).

PowerPoint-esityksemme kesti kaiken kaikkiaan 75 minuuttia, joka oli pidempi aika kuin olimme olettaneet, sillä olimme varanneet PowerPoint-esitykseen noin 60 minuuttia. PowerPoint-esitykseen sisältyi myös kaksi erilaista videota lapsen epilepsiahoitoista, jotka löytyivät internetin Youtube-sovelluksesta. Luentokoosteen kesto vaikutti se, että päiväkodin henkilökunta kyseli esityksen aikana mahdollisista epäselvistä asioista, ja keskusteli keskenään, miten päiväkodissa on toimittu ohjaustuokiosta puhuttujen asioiden suhteen.

Päiväkodin henkilökunta oli varsin aktiivinen ja toi julki monia työssään esille tulleita asioita, kuten miten he ovat keskenään sopineet toimivansa erilaisissa tilanteissa. Keskustelua herättivät esimerkiksi lasten kouristuskohtaukset ja toisen lapsen purema. Päiväkodin johtajan toiveesta kävimme sanallisesti ja kuvan avulla läpi, miten sekä lapsen että myös aikuisen kohdalla tulisi toimia tukehtumistilanteen uhatessa. Keskustelimme myös yleisesti vieraan esineen poistamisesta hengitysteistä ja kerroimme, että Heimlichin otetta ei suositella lapselle muuten kuin äärimmäisessä hädässä viimeisenä vaihtoehtona. Diaesityksen jälkeen pidettiin tauko, jolloin henkilökunta pääsi nauttimaan glögistä ja pipareista sekä myös keskustelemaan esityksen antimista keskenään.

Tauon aikana päätimme jakaa henkilökunnan kolmeen ryhmään, joissa yhdessä harjoiteltaisiin nilkan tukisitomista, toisessa Epipen-kynän käyttöä ja kolmannessa painesidoksen tekemistä

ja kolmioliinan käyttöä. Suunnitelmana oli ensin, että jokainen ryhmä kävisi aiheensa läpi ja näyttäisi sitten muille, miten suorittaisivat annetun tehtävään. Ryhmien jäsenmäärät jäivät odotettua pienemmiksi, koska henkilökuntaa oli paikalla odotettua vähemmän. Tauon jälkeen näytimme yleisesti, miten edellä mainitut toimenpiteet suoritetaan. Sitten annoimme ohjattaville ohjeet, miten he pääsevät itse harjoittelemaan. Ryhmäkohtaisesti annettujen tehtävien lisäksi ryhmät kävivät kaikki annetut toimenpiteet läpi. Välineitä vaihdettiin ryhmien kesken omatoimisesti. Ohjattavat olivat sekä motivoituneita että oma-aloitteisia käytännön toiminnassa. Kiersimme siis ryhmästä toiseen vastaamassa kysymyksiin ja auttamassa tarpeen mukaan. Koimme, että mukauduimme tilanteeseen hyvin. Tilan koon takia oli meillekin helpottavaa, että henkilökuntaa oli odotettua vähemmän, ja siksi luulemme, että käytännön harjoitteet sujuivat paremmin. Mielestämme pysyimme hyvin alkuperäisessä suunnitelmassa ja pystyimme ongelmitta muokkaamaan käytännön harjoittelua osallistujamäärän muututtua.

6 Pohdinta

Saatujen palautteiden perusteella henkilökunta koki tärkeäksi sen, että entuudestaan tutut asiat tuli kerrattua läpi. Osa oli myös kokenut saaneensa päivitystä vanhoihin tietoihin, ja asioiden koettiin olevan sellaisia, joita henkilökunta pystyy soveltamaan työssään ja käytännössä. Palautteissa kävi ilmi, että ohjaustuokion tilanteet ovat sellaisia, joita päiväkodissa tapahtuu ja ovat siten sovellettavissa päiväkodin henkilökunnan arkeen. Videoiden käytöstä saimme hyvää palautetta. Käytännön harjoittelua olisi kaivattu enemmän; näin sanottiin useammassa palautelomakkeessa. Käsiteltyihin aiheisiin oltiin tyytyväisiä. Lisäksi esitettiin toive muistakin aiheista, kuten elvytyksestä, silmiin kohdistuvista vammoista, vieraasta esineestä hengitysteissä ja sydämen pysähdyksestä. Yksityiskohtaisemmat palautteet ja kunkin palautteen määrä on lueteltu taulukossa 2.

Palautteet	Ohjauksessa olevien vastaukset	Omaa pohdintaamme
Miten ohjaus vastasi odotuksiasi?	Hyvin suunniteltu kokonaisuus (n=4) Ok/Ihan hyvin (n=8) Vastasi odotuksia (n=2) Selkeät tekstit (n=4) Käytäntöä enemmän (n=2) Hyvää kertausta (n=2)	Palautteissa esiintyi myös pelkkiä ok-vastauksia. Pyrimme pitämään diamme mahdollisimman yksinkertaisina, jotta ne olisivat ohjattaville mahdollisimman selkeät.
Mikä oli hyvää ja mainitsemissen arvoista?	Riittävän kova ääni (n=2) Syntynyt keskustelu (n=1) Teksteissä oli olennainen (n=3) Videot ja kuvat oikeista tapahtumista (n=6) Rento asenne (n=1) Selkeys (n=4) Käytännön harjoitteet (n=1) Perusasioiden mieleen palautuminen (n=1) Tapahtumat tapahtuvat oikeasti arjessa (n=2)	Videot kevensivät hyvin ohjaustuokion informatiivista monologia ja selvästi herättivät ajatuksia. Oleelliset asiat oli saatu hyvin tiivistettyä ohjaustuokioon. Henkilökunta sai kertoa ohjaustuokion aikana heränneistä ajatuksista ja mahdollisista aiheisiin liittyneistä kokemuksista, keskustelua syntyi hyvin.
Mitä kehittäisit tai tekisit toisella tavalla?	Muita aiheita (n=2) Enemmän käytännön vinkkejä (n=7) Ajankäyttö (n=2) En osaa sanoa (n=1) Videomateriaalia lisää (n=1) Tiivistettyjä ohjetauluja seinille ripustettaviksi (n=1)	Koimme käytännön harjoitteet tehokkaiksi. Palautteiden perusteella myös ohjattavat kokivat niin. Aiheemme oli rajattu tiiviiksi paketiksi. Ohjattavat olivat kiinnostuneita muistakin aiheista.
Millaista hyötyä ohjauksesta oli sinulle?	Tuttujen asioiden kertausta (n=13) Päivitystä vanhaan (n=3) Epileptiset ja kouristuskohtaukset tulivat tutuimmiksi (n=1)	Ohjauksen tarkoituksena oli antaa ajankohtaista tietoa sekä päivittää henkilökunnan tietämystä. Onnistuimme siinä hyvin.

Taulukko 2: Ohjaustuokion palautteet

Diojen koettiin olevan selkeitä ja ytimekkäitä. Kuitenkin jotkut kokivat diojen vieneen aikaa ja tahdin olleen hidas. Myös diaesityksen aikana heränneet keskustelut olivat palautteiden perusteella olleet päiväkodin henkilökunnan mieleen. Kyseenalaistusta päiväkodin henkilökunnan sisällä herätti kuumekouristus, josta käytiin vilkasta keskustelua lapsen lääkäriin viennin tarpeesta. Tässäkin asiassa huomasimme, että käytäntöjä on monenlaisia. Esimerkiksi päivystyksen ohjeistus on täysin erilainen kuin esimerkiksi lastenlääkärin ohjeistus. Eri ensiapuoppaissa ohjeistukset siis eroavat toisistaan.

Toisen lapsen purema herätti keskustelua pääasiassa siksi, että viime keväänä oli mediassa keskustelua B-hepatiitin tarttumisesta puremahaavan kautta. Tällä hetkellä kasvanut maa-hanmuuttajien määrä herätti paljon keskustelua toisen lapsen pureman hoidossa. Lisäksi jäimme pohtimaan, poikkeammeko kovasti aiheesta, jos näytämme, miten aikuiselle tehdään Heimlichin ote, vaikka alkuperäisessä pyynnössä ensiapuohjeita halutaan antaa lapsille. Heimlichin otteen käytöstä lapsille on ristiriitaista tietoa: yleisesti on sanottu, että sitä ei saisi käyttää, mutta esimerkiksi terveystoimissa kehoitetaan käyttämään Heimlichin otetta, jos esimerkiksi vierasta esinettä ei ole saatu hengitysteistä pois muilla konsteilla (Jalanko 2012).

6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Aiheemme olivat päiväkodin henkilökunnalle ajankohtaisia sekä mielenkiintoa herättäviä. Nykypäivänä ohjeistukset ja käytännön toteutus päivittyvät useasti, ja sen vuoksi toimme ohjaukseen aiheista uusimman sekä voimassa olevan ohjeistuksen. Aiheidemme teorian tiedot on koottu luotettavista lähteistä, joita myös hoitohenkilökunta käyttää työelämässään. Lähteinä on käytetty myös lääketieteellistä kirjallisuutta. Luotettavat lähteet takaavat sen, että aiheista pystyttiin kertomaan luotettavaa ja näyttöön perustuvaa tietoa. Ohjaustuokiassa ei nimetty ketään yksittäistä lasta. Ohjauksessa käyttämämme esimerkit tuotiin esille yleisinä eikä yksittäisinä tapauksina ja pystyimme vastaamaan ja perustelemaan sanomaamme teoriaan pohjautuviin lähteisiin. Lähteiden kanssa olimme hyvin kriittisiä, sillä halusimme tuoda mahdollisimman tuoreita lähteitä työhömmä. Lähes tai yli 10 vuotta vanhat lähteet poistettiin, sillä tutkimuksia sekä hoitomuotoja on päivitetty useissa aiheissa vuosien varrella. Kiinnitimme huomiota käyttämiemme lähteiden laatijoihin sekä heidän lainaamisiinsa. Tällöin pystyimme itse vahvasti arvioimaan lähteidemme luotettavuuden sekä painoarvon. Pyrimme työsämme kuvaamaan myös mahdollisimman selkeästi, miten suunnittelimme ja valmistauduimme ohjaustuokioomme ja kuinka suunnitelmat lopulta onnistuivat. Selkeän kuvauksen tarkoituksena on taata lukijalle selkeä käsitys koko opinnäytetyöprosessistamme. Selkeys takaisi myös mahdollisuuden toistaa vastaavanlainen ohjaustuokio tulevaisuudessa.

6.2 Oman toiminnan arviointia

Koimme, että valitut aiheet olivat onnistuneet ja päiväkodin henkilökunta sai kertausta tärkeistä asioista. Sekä päiväkodin johtaja että henkilökunta pitivät näitä aiheita tarkoituksenmukaisina sekä tärkeinä lasten turvallisuuden vuoksi. Teorian ja käytännön harjoitusten muodostama ohjaustuokio osoittautui onnistuneeksi. Jouduimme tekemään pieniä muutoksia alkuperäiseen suunnitelmaan, koska väkimäärä oli ennakoitua pienempi. Saatujen palautteiden perusteella sekä ohjattavat että päiväkodin johtaja olivat olleet tyytyväisiä ohjaustuokioon.

PowerPoint-esitys kesti odotettua pitempään, mikä johtui vuorovaikutteisesta keskustelusta, jota diat herättivät. Lopuksi toiminnallinen osuus meni erinomaisesti. Koimme, että onnistuimme hyvin mukautumaan tilanteeseen ja tekemään suunnitelman muutoksia ilman, että ohjaustuokio häiriintyi siitä millään tavalla. Etuna oli se, että päiväkodin henkilökunta ei tiennyt ohjaustuokiomme sisältöä kovin tarkasti etukäteen, joten suunnitelmien muuttaminen ei herättänyt kenessäkään ihmetystä. Loppujen lopuksi olimme hyvin tyytyväisiä suoritukseemme, ohjauksessa käytettyyn tilaan sekä tietenkin ohjattaviin. Henkilökunta oli tyytyväinen selkeään esitystapaamme ja äänenkäyttöömme. Ohjattavamme olivat valppaina ohjauksen alusta loppuun saakka. Heidän kiinnostuksensa ja valppautensa saivat aikaan sen, että meistä oli miellyttävää ja motivoivaa vetää ohjaustuokio alusta loppuun asti. Tunsimme, että onnistuimme projektissamme sekä yhteistyössä päiväkodin henkilökunnan kanssa.

6.3 Kehittämissuhteet

Palautteiden perusteella käytännön harjoitteita toivottiin enemmän. Lisäksi henkilökunta toivoi muitakin aiheita, joita ohjaustuokiossa olisi voitu käydä läpi. Emme voineet ottaa ohjaustuokioomme kovin monta aihetta, koska ajankäyttö oli rajallista ja ohjaustuokiossa olisi muuten ollut liian paljon asiaa yhdelle kerralle. Jos olisimme jakaneet aiheet kahteen iltaohjaukseen, olisimme voineet paneutua aiheisiin syvällisemmin sekä tarkemmin. Kahden ohjauksen ansiosta olisimme voineet teettää ohjattavilla enemmän käytännön harjoittelua, mitä he toivoivatkin. Olisimme lisäksi voineet varmistaa tarkan osallistujamäärän vielä edellisen viikon lopulla, jotta olisimme pystyneet etukäteen suunnittelemaan käytännön osuutta ja ryhmäjakoja tarkemmin.

Lähteet

Painetut lähteet

- Alén, R. 2002. Hermoston sairaudet ja lihastaudit. Teoksessa Huttunen, N-P (toim.) Lasten ja nuorten sairaudet. Helsinki: WSOY, 281 - 305.
- Asetus lasten päivähoidosta 16.3.1973/239.
- Bass, D., & Kibel, M. 2006. First Aid for Babies & Children. London: New Holland Publishers.
- Hermanson, E. 2008. Terve lapsi - Lapsiperheen lääkärikirja. Helsinki: WSOY.
- Hero, M., Mäyränpää, M. & Mäkitie, O. 2008. Murtumille alttiin lapsen tutkiminen. Suomen Lääkärilehti 44/2008 vsk 63,3777 - 3783.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Otava.
- Hoppu, K. 2004. Myrkytykset. Teoksessa Siimes, M. & Petäjä, J. (toim.) Lastentaudit. Jyväskylä: Gummerus, 470 - 473.
- Hoppu, K., Pohjalainen, T. & Taalikka, P. 2002. Lasten myrkytykset. Helsinki: Duodecim.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistään. Helsinki: Tammi.
- Junnonen, S., Siikala, S. & Suhonen, T. 2004. Epilepsia Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus, 222 - 231.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Keggenhoff, F. 2004. Apua! Ensiapua. Helsinki: Otava.
- Kokkinen, A., Rantanen-Väntsi, L. & Tuomola, A. 2008. Aikuisen oppijan kirja. Jyväskylä: Gummerus
- Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Laine, S & Paavola, A. 2004. Tapaturmapotilaan ensihoito päivystyspoliklinikalla Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S., Surakka, T. (Toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus, 367 - 385.
- Lulumaa, A. 2004. Lasten murtumien polikliininen hoito Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S., Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus, 297 - 305
- Markkula, J. & Öörni, E. (toim.) 2009. Turvallinen elämä lapsille ja nuorille. Kansallinen lasten ja nuorten tapaturmien ehkäisyn ohjelma. Helsinki: THL Yliopistopaino.
- Paavola, A. 2004. Tapaturmat. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S., Surakka, T. (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus, 364 - 366.
- Rantala, H. 2004. Neurologiset ongelmat Teoksessa Siimes, M. & Petäjä, J. (toim.) Lastentaudit. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. 393 - 402
- Salminen, P. 2004. Lastenkirurgia Teoksessa Siimes, M. & Petäjä, J. (toim.) Lastentaudit. Jyväskylä: Gummerus, 415 - 424

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sähköiset lähteet

Airaksinen, T. 2009. Toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittaminen. Viitattu 31.10.2012.
<http://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-opinnytety-tekstin>

Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Myrkytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 20.2.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=spr00013

Erkkola, M., Fogelholm, M., Huuskonen, M., Komulainen, H., Korhonen, M., Leino, T., Nevalainen, A., Paile, W., Pekkanen, J., Sala, E., Salonen, R., Suni, J., Taskinen, S., Tuomisto, J., Vartiainen, T. & Viluksela, M. 2007. Lasten ympäristö ja terveys - Kansallinen CEHAP-selvitys 11/2007. Viitattu 6.10.2012
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b11.pdf

Gaily, E & Eriksson, K. 2012. Lasten aivoperäisten kohtausten akuuttihoito. Lääkärin käsikirja. Viitattu 23.2.2013.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00681&p_haku=lasten%20aivoper%C3%A4isten

Gaily, E & Eriksson, K. 2012. Lasten epilepsia. Lääkärin käsikirja. Viitattu 20.2.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00683&p_haku=lasten%20epilepsia

Hannuksela, A. 2011. Anafylaktinen reaktio (äkillinen yliherkkyysoireyhtymä). Terveyskirjasto, Duodecim. Viitattu 15.5.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00201

Hannuksela, A. 2011. Lentävien hyönteisten pistot ja puremat. Terveyskirjasto, Duodecim. Viitattu 2.5.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00225&p_haku=lent%C3%A4vien

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2006. Lääkehiilen antaminen. Julkaistu 20.06.2011. Viitattu 23.09.2012. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,644,3818,2260,3787>

Hämäläinen, M. 2008. Lasten migreeni. Suomen migreeniyhdistys ry. Viitattu 20.9.2012
http://www.migreeni.org/perustietoa/lasten_migreeni.html

Hämäläinen, M., 2012. Lasten päänsärky. Terveyskirjasto, lääkärikirja, Duodecim. Viitattu 20.9.2012 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00583

Jalanko, H. 2009. Tapaturmat ja myrkytykset. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 15.6.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00039

Jalanko, H. 2012. Tietoa potilaalle: Aivotärhdys lapsella. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Viitattu 27.12.2012
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00793&p_haku=aivot%C3%A4r%C3%A4hdys%20lapsella

Jalanko, H. 2012. Tietoa potilaalle: Kuume-kouristus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.2.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00682&p_haku=kuume-kouristus

Jalanko, H. 2012. Tietoa potilaalle: Vierasesinetapaturmat lapsilla. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.2.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00768&p_haku=vieras-esine

Jama, T. 2009. Ensihoito tapahtumapaikalla. Lääkärin käsikirja, Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim Viitattu 20.2.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00404&p_haku=ensihito%20tapahtumapaikalla

Korkalainen, P. 2007. Pieni lapsi puree muita. Sosiaaliportti. Päivitetty ja viitattu 12.10.2012
<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/konsultointi/varhaiskasvatus/kysymys/?groupId=3ef9cfd1-6932-4c1d-8090-87ef3c6776ce&announcementId=072ed064-f5ec-41ea-b47c-0638cf65a32a>

Kälviäinen, R. 2009. Epilepsia (sairauksien ehkäisy). Terveyskirjasto, Duodecim. Viitattu 12.5.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00050&p_haku=epilepsia

Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2004:14. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 19.2.2013
<http://pre20090115.stm.fi/pr1098955086116/passthru.pdf>

Lumio, J. 2009. Tietoa potilaalle: Jäykkäkouristus, tetanus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 19.2.2013.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00006&p_haku=j%C3%A4ykk%C3%A4kouristus

Punainen risti 2012-2013. Murtumat. Viitattu 6.11.2012
<http://www.punainenristi.fi/ensiapuohjeet/murtumat>

Puura, K. 2009. Lapsen psyykkisen kehityksen seuraaminen neuvolan ikäkausitarkastuksissa. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 19.2.2013.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00659&p_haku=puura

Rantala, H. 2010. Kuume-kouristus. Lääkärin käsikirja. Viitattu 20.2.2013.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00682&p_haku=kuume-kouristus

Saarelma, O. 2012. Kyyn purema. Terveyskirjasto, Duodecim 2011. Viitattu 19.2.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00289&p_haku=kyyn%20purema

Saarelma, O. 2012. Tietoa potilaalle: Alaraajan murtumat. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Viitattu 19.2.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00422&p_haku=alaraajan%20murtumat

Saarelma, O. 2012. Tietoa potilaalle: Lämpöhalvaus ja auringonpistos (hypertermia). Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Viitattu 19.2.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00452&p_haku=l%C3%A4mp%C3%B6halvaus

Saarelma, O. 2012. Tietoa potilaalle: Puremahaavat. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Viitattu 19.2.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00451&p_haku=puremahaavat

Saarelma, O. 2011. Tietoa potilaalle: Yläraajan vammat. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Viitattu 19.2.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00419&p_haku=yl%C3%A4raajan%20murtumat

Säkkinen, S. & Kuoppala, T. 2012. Lasten päivähoido 2011. Barndagvård 2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 4.3.2012
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102985/Tr30_12.pdf?sequence=1

Venhola, M. 2009. Lasten kallovammat. Lääkärin käsikirja. Viitattu 20.2.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00793&p_haku=lasten%20kallovammat

YK:n ja Unicefin yleissopimus lapsen oikeuksista. Viitattu 19.2.2012
http://www.unicef.fi/files/unicef/pdf/Lasten_oik_sopimus.pdf

Liitteet

Liite 1: Lasten tavallisimmat murtumat	36
Liite 2: Glasgow Coma Scale -asteikko	37
Liite 3: Erilaiset epilepsiatyypit	38
Liite 4: Myrkyt, niiden aiheuttamat oireet ja tarvittavat toimenpiteet	39
Liite 5: Palautelomake	41

Liite 1: Lasten tavallisimmat murtumat

Lasten tavallisimmat murtumat	Hoitotapa
Solislun murtuma	Mitella tai ranne-kaulasidos
Olkavarren murtuma	Mitella, kulmakipsilasta tai ranne-kaulasidos, harvoin leikkaus (jos sijainti tai asentovirhe paha)
Sormimurtuma ilman asentovirhettä	Sormilasta
Säärilun murtuma taaperoikäisellä	Ei aina minkäänlaista immobilisaatiota
Reisimurtuma	Veto telineessä, harvoin ydinnalaus
Nilkkamurtuma	Useimmiten kipsi, harvoin leikkaus
Värttinälun murtuma (ranne) jossa ei pahaa virheasentoa	Kipsilasta 3-5 viikkoa
Varvaslun murtuma	Jäykkäpohjainen kenkä

Lähde: Hermanson 2008, 131.

Liite 2: Glasgow Coma Scale -asteikko

Toiminto	Reagointi	Pisteet
Silmien avaaminen	Spontaanisti	4
	Puheelle	3
	Kivulle	2
	Ei vastetta	1
Puhevaste	Orientoitunut	5
	Sekava	4
	Irrallisia sanoja	3
	Ääntelyä	2
	Ei mitään	1
Paras liikevaste	Noudattaa kehotuksia	6
	Paikallistaa kivun	5
	Väistää kipua	4
	Fleksio kivulle	3
	Ekstensio kivulle	2
	Ei vastetta	1
Yhteensä		3-15 pistettä

Lähde: Jama, T. 2009. Ensihoito tapahtumapaikalla.

Liite 3: Erilaisia epilepsiatyyppejä

Epilepsiatyyppi	Alkamisikä
Vastasyntyneen kouristukset	0-1kk
infantiilispasmit	2-9kk
Lennox-Gastautin oireyhtymä	2-7v
Rolandinen epilepsia	2-12v
Tyypillinen poissaoloepilepsia	3-15v
Progressiivinen myoklonusepilepsia	6-15v
Paikallisalkuiset epilepsiat	Kaikenikäiset
Toonis-klooniset epilepsiat	Kaikenikäiset

Lähde: Rantala 2004, 396

Liite 4: Myrkyt, niiden aiheuttamat oireet ja tarvittavat toimenpiteet

Myrkkyy	Oireet	Toimintaohjeet
Nieltyinä: Lääkkeet, kasvit, sienet, alkoholi	<ul style="list-style-type: none"> • Oksentelu, pahoinvointi • Ripuli, vatsakipu • Päänsärky • Paikalliset turvotukset ja kutinat iholla, ihottuma • Tajunnan häiriöitä • Kouristukset 	<ul style="list-style-type: none"> • Oksettamista ei suositella • Lääkehiilen anto erillisen ohjeen mukaan tajuissaan olevalle potilaalle • Uhri toimitettava lääkäriin • Soitto myrkytystietokeskukseen tai hätätilanteessa 112 • Elvytys tarvittaessa
Hengitetyt: Nestekaasu, häkä, kloori, liuottimet	<ul style="list-style-type: none"> • Pahoinvointi • Päänsärky • Sinerrys, kalpeus tai punakkuus • Hengityspysähdys, hengitysvaikeudet • Humalainen käytös, sekavuus, uneliaisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Uhri vietävä ulos välittömästi tai tila tuuletettava • Tajuissaan oleva tuettava puoli-istuvaan asentoon • Hätätilanteessa soitto 112 • Autettavan tilaa seurattava ammattiavun saapumiseen asti, tilan muuttuessa soitettava uudestaan 112 • Kylkiasento, tarvittaessa elvytys
Emäksiset aineet, hapot, liuottimet	<ul style="list-style-type: none"> • Päänsärky • Ripuli, vatsakipu • Oksentelu, pahoinvointi • Kutina ja paikalliset turvotukset iholla, ihottuma • Kouristuksia • Tajunnan häiriöitä 	<ul style="list-style-type: none"> • Ei oksettamista • Annettava lasillinen maitoa tai vettä, jos uhri on niellyt myrkyä. Lapselle riittää puoli lasillista • Uhri on toimitettava lääkäriin • Soitto 112 jos hätätilanne • Kylkiasento tai tarvittaessa elvytys
Iholle, Silmiin: Lipeä, hapot, hyönteis- ja rikkakasvimyrkyt, liuottimet	<ul style="list-style-type: none"> • Punoitus, ärsytysihottuma • Rakkulat • Polttelava kipu • Päänsärky, huimaus • Oksentelu, pahoinvointi 	<ul style="list-style-type: none"> • Ihon huuhtelu välittömästi haalealla vedellä • Huuhtelua on jatkettava vähintään 20-30 minuuttia, vaatteiden riisuminen suositeltavaa • Myrkyn joutuessa silmiin tulee silmiä

		huuhdella 20-30 minuuttia • Uhri on toimitettava lääkäriin
--	--	---

Lähde: Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Myrkytykset

Liite 5: Palautelomake
Palautelomake

Palautelomake täytetään nimettömänä!

1. Miten ohjaus vastasi odotuksiasi?
2. Mikä oli hyvää ja mainitsemisen arvoista?
3. Mitä kehittäisit tai tekisit toisella tavalla?
4. Millaista hyötyä ohjauksesta oli sinulle?

Kiitämme ohjaustuokiosta, sekä saamastamme palautteesta! 😊

Mukavaa joulun odotusta toivottavat:

Marleena & Susanna