

APUA OIKEIN ANNETTUNA

Ohjeistus ensiavusta Viertokodin työntekijöille

Karri Salo ja Markku Ahonen
Opinnäytetyö, syksy 2017
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Salo, Karri & Ahonen, Markku. Apua oikein annettuna.

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö käsittelee ensiapua. Työmme tavoitteena oli järjestää ensiapukertausta mielenterveysasumisyksikkö Viertokodin henkilökunnalle. Ensiapukertaukseen osallistuneet saivat päivitettyä tietoa siitä, miten toimia, jos asumisyksikössä joku saa sairaskohtauksen tai tapahtuu tapaturma. Osallistujat pääsivät teorian kertauksen lisäksi harjoittelemaan ensiaputaitojaan käytännössä.

Viertokoti on mielenterveyskuntoutujien asumisyksikkö, jossa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Oman haasteensa potilaan tilanarviointiin tuovat nimenomaan mielenterveyden ongelmiin liittyvät monimuotoiset harhat. Asukkaat yksikössä ovat ikääntyneitä mielenterveyskuntoutujia.

Käsittelimme aiheita, joita henkilökunta oli saanut itse toivoa. Tämän lisäksi käsittelemme aiheita, jotka liittyivät hätäensiapuun. Yhtenä tavoitteenamme oli herättää henkilökunnan mielenkiinto ensiavun harjoitteluun ja ensiapukurssien käymiseen. Lisäksi henkilökunta saa käyttöönsä materiaalin, jota tässä opinnäytetyössä käsitellään. Näin myös jatkossa henkilökunnalla on mahdollista tutustua itsenäisesti ensiapumateriaaliin ja kerrata asioita esimerkiksi uusien työntekijöiden kanssa.

Keräsimme ensiapukertaukseen osallistuneilta palautetta sekä teoriaosuudesta että käytännön harjoitteista. Palautteista saimme selville, että läpi käydyt asiat olivat kaikille entuudestaan tuttuja. Monet kuitenkin kokivat kertauksen tulleen hyvänä asiana ja toivoivatkin asioita käytävän useammin läpi. Käytännön harjoitteet olivat henkilökunnan mieleen, ja näitä toivottiin myös lisää. Sairaanhoidon opiskelijoina saimme arvokasta esiintymis- ja kouluttamisvarmuutta tulevaa työtämme varten.

Asiasanat: Ensiapu, mielenterveys, koulutus

ABSTRACT

Salo, Karri & Ahonen, Markku. Apua oikein annettuna. Ohjeistus ensiavusta Viertokodin työntekijöille

The subject of this thesis is a practical project pertaining to first aid. The purpose of the project was to organise a first aid refresher training for the staff of Viertokoti, a housing unit for mental health patients. The participants of the refresher training received up-to-date information on how to act if someone experiences a bout of illness or an accident at the housing unit. In addition to theoretical training, the participants had a chance to practice their first aid skills.

Viertokoti is a housing unit for rehabilitation of mental health patients. The staff is present at the unit 24 hours a day. When assessing the condition of a patient, it is a challenge to consider the complicated delusions related to their mental health problems. The patients living in the unit are aging mental health patients.

The training focused on the areas the staff had requested as well as areas related to first aid. One goal was to rekindle the staff's interest in practicing their first aid skills and participating in a first aid course. The staff will also receive the materials used in this thesis. This way the staff will have the opportunity to familiarise themselves with first aid materials and have refresher sessions for example with new employees in the future.

We collected feedback from the participants of the first aid training on both the theoretical and the practical half of the training. The feedback revealed that all participants were already familiar with the areas discussed. However, many of them considered the refresher training as a positive experience and hoped to have a refresher more frequently in the future. The staff appreciated the practical training and expressed a wish to have more of it. As nursing students we gained confidence in performing and training which will be a valuable asset in our future work.

Keywords: Mental health, first aid, education

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TAPATURMA.....	6
2.1 Tapaturmat ennaltaehkäistävissä.....	6
2.2 Erityisryhmien tapaturmariski	7
2.2.1 Mielialahäiriöt.....	7
2.2.2 Skitsofrenia	8
3 ENSIAPU	9
3.1 Valmius auttaa.....	9
3.2 Ensiapuvalmius työpaikoilla	10
4 KOULUTUSILTAPÄIVÄN AIHEET	11
4.1 Arvio voinnista	11
4.2 Sydän- ja aivoinfarkti	11
4.3 Tukehtuminen.....	12
4.4 Kipu	12
4.5 Epilepsia	13
4.6 Hengenahdistus	13
4.7 Elvytys	13
5 OHJAAMINEN JA OPETTAMINEN	16
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	18
6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	18
6.2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus.....	18
6.3 Yhteistyötaho ja kohderyhmä	19
6.4 Suunnittelu	20
6.5 Toteutus	22
6.6 Arviointi.....	23
7 POHDINTA.....	25
LÄHTEET	27

1 JOHDANTO

Vaikka kuinka pyrkisimmekin ennaltaehkäisemään tapaturmien syntyminen, emme ikinä pääse tilanteeseen, jossa mitään ei ikinä sattuisi. Siksi on erittäin tärkeää, että ennaltaehkäisytoimenpiteiden lisäksi henkilöllä on sellaiset taidot, että hän kykenee toimia tapaturman sattuessa. Harjoittelemalla ja kertaamalla ensiapua kyetään ylläpitämään taitoja, joita jokainen tulee varmasti tarvitsemaan. Avun tarpeen tunnistaminen ja taito toimia sairauskohtauksissa ja onnettomuustilanteissa ovat keskeisiä kansalaistaitoja. Kansalaiset tuntevat hyvin yleisen hätänumeron 112. Ensiapuvalmius ja -taidot sen sijaan vaihtelevat. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2017, 23.)

Tämä työ toteutettiin työelämälähtöisenä toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön aihe on syntynyt Viertokodin henkilökunnan tarpeesta saada ensiapukertausta. Viertokodin henkilökunta sai itse esittää toiveita aiheista, joihin he halusivat kertausta. Toivottuja aiheita olivat elvytys, epilepsia, hengenahdistus, tukehtuminen sekä sydän- ja aivoinfarkti. Näiden aiheiden lisäksi käsitelimme hätäensiapu ja kertasimme siihen läheisesti liittyviä aiheita, kuten tilanarviota. Hyvän koulutuksen järjestämiseksi on kouluttajien itse osattava koulutettava aihe riittävän hyvin ja ymmärrettävä koulutuksen teoriaa. Sairaanhoidajien ammatillista osaamiseen kuuluu ohjaus- ja opetusosaaminen sekä ammatillinen neuvonta.

Mielenterveyskuntoutujien asumisyksikössä on erittäin tärkeää kiinnittää huomiota tapaturmien synnyn ehkäisemiseen sekä hoitohenkilökunnan osaamiseen, jos jotain pääseekin sattumaan. Hyvään osaamiseen päästään riittävällä teorian tiedolla ja käytännön harjoitteilla. Ensiapu ja tapaturmien ennaltaehkäisy ovat itsessään jo hyvin laajoja aiheita, eikä niitä pysty käymään läpi kahtena iltapäivänä, jotka on varattu asumisyksikön henkilökunnan kouluttamiseen. Täten teoriaosuus oli rajattava ja muokattava kohderyhmälle sopivaksi.

2 TAPATURMA

2.1 Tapaturmat ennaltaehkäistävissä

Tapaturmien ehkäisy perustuu ajatukseen, että tapaturmien syntyyn yhteydessä olevia tekijöitä pystytään tunnistamaan, ja näihin syy- ja olosuhdetekijöihin vaikuttamalla voidaan pienentää tapaturmaan joutumisen riskiä ja vähentää onnettomuuden seurauksena syntyvän vamman vakavuutta. Tapaturmien ehkäisytyö lähtee vaaratekijöiden tunnistamisesta. Mitä paremmin vaaratekijät tunnistetaan ja mitä useampiin vaaratekijöihin pystytään vaikuttamaan, sitä varmemmin saadaan aikaan tuloksia. (Tiirikainen 2009, 12–13.)

Tapaturmien ehkäisytyö painottuu ennaltaehkäisevään työhön, ja sen tulisi toteutua prevention kolmella tasolla: primaari-, sekundaari- ja tertiaaritasolla. Primaariprevention kohteena ovat terveet ihmiset, ja tarkoituksena on ehkäistä tapaturmien syntyminen. Sekundaaripreventiolla on tärkeä rooli silloin, kun yksilö on vammautunut tapaturmassa. Tavoitteena on ehkäistä olemassa olevan vamman paheneminen ja lyhentää sairausaikaa. Tertiaaripreventio keskittyy potilaiden ja heistä huolehtivien ohjaamiseen ja auttamiseen. Tavoitteena on ehkäistä seurauksien paheneminen, uusiutuminen ja komplikaatiot sekä edistää kuntoutumista ja auttaa sopeutumaan olemassa olevaan tilaan. (Tiirikainen 2009, 13.)

Tapaturmien ehkäisyn toiminta voidaan jakaa kolmeen tasoon; yksilö-, ryhmä- ja yhteisötasoon. Yksilötason toiminnassa pyritään vaikuttamaan ihmisten tietämyksen, asenteisiin ja uskomuksiin ja sitä kautta heidän käyttäytymiseensä. Ryhmätason toiminnassa pyrkimyksenä on vaikuttaa perheisiin ja sosiaalisiin ryhmiin kuten työyhteisöön. Näiden kautta voidaan vaikuttaa ryhmän suhtautumiseen turvallisuuteen, turvallisuustietoihin ja -taitoihin ja sitä kautta myös kunkin yksilön käyttäytymiseen. (Tiirikainen 2009, 16.)

2.2 Erityisryhmien tapaturmariski

Erityisryhmien määrittelyssä keskeisenä kriteerinä on toimintakyvyn heikkeneminen, jolloin ilmenee rajoitteita fyysisessä selviytymisessä sekä harkinta- tai ymmärryskyvyssä. Rajoitteet vaikeuttavat selviytymistä päivittäisistä toiminnoista ja arkirutiineista. Turvallisuuden kannalta toimintakyvyn heikkeneminen voi aiheuttaa vaaratilanteita sekä vaikeuttaa toimintaa hätätilanteissa. Tapaturmariski on luonnostaan erityisen suuri esimerkiksi vanhuksilla ja mielenterveysongelmaisilla. Tapaturma-alttiuteen vaikuttavia fyysisiä tekijöitä erityisryhmissä ovat heikentynyt lihaskunto, kivut, heikentynyt koordinaatiokyky ja yleisesti sairauksien ja vammojen aiheuttama liikuntakyvyn heikkeneminen. (Tiirikainen 2009, 58.)

Asumisratkaisuissa on huomioitava toimintakyvyn rajoitukset. Heikon tai heikentyvän toimintakyvyn myötä ikääntyneillä ja mielenterveyskuntoutujilla on erityisiä tarpeita kodin turvallisuudessa. Psykkiset, kognitiiviset, sosiaaliset ja fyysisen toimintakyvyn vajeet altistavat tapaturmille ja onnettomuuksille tutussakin ympäristössä. (Tiirikainen 2009, 59.)

2.2.1 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriöt, erityisesti erilaiset masennustilat, ovat yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä. Vaikeimmille mielialahäiriöille ovat ominaisia mielialanmuutokset, jotka esiintyvät jaksoittain vakavina masennusjaksoina, maanisina tai sekamuotoisina jaksoina tai hypomaanisina jaksoina. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2010, 57.)

Masennus eli depressio on yleinen mielenterveyshäiriö, jossa ihminen ei tunne mielenkiintoa mihinkään tai iloitse mistään. Hänellä on voimakkaita syyllisyyden tai arvottomuuden tunteita sekä uni- tai syömishäiriöitä, ja hänen energiatasonsa on matala ja keskittymiskykynsä heikko. Lisäksi depression kuuluvat kipuoireet, kuten selkä-, lihas-, nivel- ja vatsakivut sekä päänsärky. Jos masennus muuttuu krooniseksi tai uusiutuu, se voi heikentää huomattavasti henkilön kykyä

selviytyä päivittäisistä tehtävistään. Masennusta ilmenee riippumatta iästä, sukupuolesta tai sosiaalisesta taustasta. Masennusta sairastaa noin 9 % suomalaisista. (Mielenterveyden keskusliitto 2016.)

Skitsoaffektiivinen häiriö on sijoitettu skitsofrenian ja mielialahäiriöiden väli- maastoon, koska sille on tyypillistä, että mielialahäiriöinen masennusjakso tai maaninen tai sekamuotoinen jakso esiintyy jonkin aikaa samanaikaisesti skitsofrenialle tyypillisten oireiden kanssa. (Lönqvist ym. 2010, 56.)

2.2.2 Skitsofrenia

Skitsofrenia on vakava psyykinen sairaus, jolle on ominaista tunneilmaisun niukkuus, ajatusten hajanaisuus ja käyttäytymisen outous. Havainnot saattavat olla oikeita, mutta skitsofreniapotilaat tulkitsevat niitä väärin. Oireet jaetaan tyypillisesti kahteen ryhmään: positiivisiin eli psykoottisiin oireisiin sekä negatiivisiin oireisiin. Positiivisiin oireisiin liittyy epätavallista ajattelua tai käyttäytymistä, ja tavallisesti nämä ovat oireita, joihin myös ulkopuoliset kiinnittävät huomiota. Huomaamattomammat negatiiviset oireet heikentävät tunneilmaisua ja toimintakykyä. Skitsofreniaan sairastutaan usein nuoruudessa tai varhaisaikuisuudessa, mutta toisinaan myös vanhempana. Arviolta prosentin verran väestöstä sairastuu Suomessa. (Mielenterveyden keskusliitto 2016.)

3 ENSIAPU

3.1 Valmius auttaa

Ensiapu ei ole vaikeaa edes vaikeissa tilanteissa. Kaikkein tärkeintä on olla kävelemättä apua tarvitsevan ohi. Ensiapua on jo hätäilmoituksen tekeminen ja myötätuntuinen läsnäolo ja kuuntelu. Lisäksi suurin osa ensiaputoimista on yksinkertaisia, eikä niihin tarvita mitään apuvälineitä. Useimmiten niihin riittävät omat kädet ja halu auttaa.

Ensiapu on osa laajempaa auttamisen ketjua, jonka ensimmäisenä lenkinä on onnettomuuksien ja sairauksien ehkäisy. Ensiaputilanteessa ensimmäinen askel on varhainen oireiden tunnistaminen. Ketjun seuraavat lenkit ovat pelastaminen, ensiapu, ensihoito, kuljetus sekä hoito ja kuntoutus. Ensiapu annetaan tapahtumapaikalla. (Korte & Myllyrinne 2012, 8.)

Auttamisessa on aina kysymys vuorovaikutuksesta. Hyvä ohje ensiaputilanteeseen on miettiä, miten toivoisi itseään kohdeltavan autettavana ja toimia sen mukaisesti. Perustana tulee aina olla tasavertainen suhtautuminen ja toisen ihmisen kunnioitus. Vakavaan onnettomuuteen tai sairaskohtaukseen saattaa myös liittyä erilaisia tunteita, esimerkiksi pelkoa. Pysy itse rauhallisena ja rauhoittele autettavaa. Vuorovaikutus ei ole vain sanoja, vaan myös äänenpaino, ilmeet, eleet ja kosketus viestittävät ajatuksista ja tunteista. Autettavan hyvinvoinnin lisäksi auttaja joutuu onnettomuustilanteessa miettimään myös omaa turvallisuuttaan. (Korte & Myllyrinne 2012, 11.)

Psykososiaalinen tai henkinen tuki on myötätuntoista kuuntelua, läsnäoloa ja auttamista. Joskus siihen tarvitaan ammattilaista, mutta usein aivan tavallinen lähimmäisen antama tuki ja turva riittää. Psykososiaalisen tuen tarve on yksilöllistä; joku selviää itseään tai perhettä kohdanneesta tilanteesta omin voimin. Mitä suuremmasta kriisitilanteesta on kyse, sitä todennäköisemmin apua tarvitaan. Järkytys saa joskus aikaan voimakkaita psyykkisiä reaktioita, esimerkiksi tunteenpurkauksia tai täydellistä tunteettomuutta, tavanomaisesta poikkeavaa käy-

töstä sekä fyysisiä oireita kuten palelua tai vapinaa. Aina reaktio ei ole välitön, vaan se voi ilmetä vähitellen tai pidemmän ajan kuluttua. (Korte & Myllyrinne 2012, 12.)

3.2 Ensiapuvalmius työpaikoilla

Työpaikoilla on oltava niiden riskeihin ja työntekijämäärään mitoitettu asianmukaiset ensiapuvälineet, riittävästi ensiapukoulutettua henkilökuntaa sekä toimintaohjeet vaarallisia tilanteita varten. Kokonaisuuteen kuuluvat myös valmius tarjota psykososiaalista tukea sekä varautuminen suuronnettomuustilanteisiin. Ensiapuvalmiuden varmistaminen on työnantajan vastuulla. Työterveyshuolto toimii asiantuntijana valmiuden määrittämisessä. Ensiapuvalmiuden taso ja tarpeet määritetään työpaikan riskikartoituksen ja/tai pelastussuunnitelman mukaan. Tarpeisiin vaikuttavat kunkin työpaikan erikoispiirteet ja työolosuhteet. Määriteltäviä asioita ovat ensiapukoulutettavan henkilöstön lukumäärä ja ensiapuvarusteiden hankinnat. Lisäksi on tärkeää miettiä, minne ensiapuvälineet sijoitetaan ja kuka niistä vastaa. (Korte & Myllyrinne 2012, 124.)

Defusing eli purkukokous on ensisijaisesti tarkoitettu henkilökunnan apuvälineeksi vaikeiden kokemusten työstämiseen ja normaalin työkyvyn takaisin saamiseen. Koulutettu hoitotyöntekijä vetää ryhmäistunnon, joka on kestoaltaan 20–40 minuuttia, ja se pidetään heti tai 1–3 vuorokauden kuluttua tapahtumasta. Istunnon tavoitteena on auttaa totuuden kohtaamisessa ja hyväksymisessä. Istunto auttaa kokemusten normalisoinnissa ja käytännön neuvojen ja informaation jakamisessa avuksi stressinhallintaan. Istuntoon osallistuvat tapahtumassa mukana olleet. (Koponen & Sillanpää 2005, 38.)

4 KOULUTUSILTAPÄIVÄN AIHEET

4.1 Arvio voinnista

Kun asiakasta lähestyy, asiakkaan tilan arvio alkaa katsomalla häntä ja arvioimalla, onko hänellä jokin hätä. Monesti hoitaja huomaa jo pelkästään asiakasta katsomalla, onko asiakkaalla jokin huonosti. Asiakkaasta saatava ensivaikutelma kertoo usein paljon. Asiakkaan käytös, liikkuvuus ja se, miten liikkuminen onnistuu, tulee ottaa huomioon tilaa arvioidessa. Asiakas saattaa valittaa äänekkäästi tai liikkua vaivalloisesti. Asiakas saattaa olla selvästi sairaan oloinen, hikinen, punakka, harmaankalpea ja kivulias.

(Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2017, 66–67.)

4.2 Sydän- ja aivoinfarkti

Sydäninfarktin syynä on yleensä sepelvaltimon ateroomakryhmyyn repeämä, josta paljastuvat kollageenisäikeet ja rasvamassa saavat aikaan verihiutaleiden takertumisen ja hyytymän muodostumisen. Syntynyt tukos rajoittaa äkillisesti sepelvaltimon verenvirtausta, mikä aiheuttaa sydänlihaksen iskemian ja tyypillisen kovan rintakipuoireiston tai yleisoireet. Infarkti on siis kroonisen tautiprosessin päätepiste. Tyypilliset sydäninfarktin oireet ovat kipu rintalastan takana tai laajalla alueella. Kipu on puristavaa, painavaa, ahdistavaa tai vannemaista. Kohtaus on jatkuva, ja se kestää muutamasta minuutista pariin tuntiin. Kipu voi säteillä kaulaan, ylävatsaan, selkään lapojen väliin tai olkavarteen. Kipu ei liity tiettyyn asentoon tai hengitysvaiheeseen. Potilas on yleensä yli 40-vuotias mies tai yli 50-vuotias nainen. (Kuisma ym. 2017, 365–369.)

Aivoinfarkti on seurausta aivokudoksen verenkierron puutteesta eli iskemiasta. Valtavia määriä hermosoluja alkaa tuhoutua jo muutaman minuutin sisällä verenkierron estymisestä, sillä solujen energiavarastot ehtyvät nopeasti ja niiden valkuaisainetuotanto loppuu. Hapenpuutteen myötä anaerobisen aineenvaihdunnan seurauksena vapautuu laktaattia ja haitallista glutamaattia. Verenkierron

ron puutteesta kärsivän kudosalueen keskelle alkaa muodostua pieni kuolio-alue, jota ympäröi niin sanottu penumbra (= varjo). Aivoinfarktin oireet alkavat tyypillisesti nopeasti, ja varsinkin sydänperäinen embolisaatio ilmenee usein ponnistelun tai rasituksen yhteydessä. Tilanteeseen saattaa myös liittyä lyhyt tajuttomuus- tai kouristuskohtaus, joka voi aiheuttaa tulkinnallisia haasteita. Tyypioire on yläraajapainotteinen toispuolihalvaus. Tajunta potilaalla säilyy useimmiten suhteellisen kirkkaana, mutta tyypillisesti mukana on myös puheentuottohäiriö, joka voi ilmetä sanojen sotkeutumisella epäselväksi ”puuroksi” (dysartria) tai sanojen löytämisen vaikeutena ja epäselvinä ilmaisuina (dysfasia). Potilaalla voidaan havaita myös osittainen kasvohermo- halvaus, joka ilmenee erityisesti kasvojen alaosassa suupielen roikkumisena. (Kuisma ym. 2017, 431–432.)

4.3 Tukehtuminen

Ylähengitystie-esteen voi aiheuttaa vierasesine tai ilmäteiden turpoaminen. Hengitystiet tukkiva vierasesine aiheuttaa välittömästi henkeä uhkaavan tilanteen, joka tulisi hoitaa maallikkoensiavun keinoin jo ennen ammattiavun saapumista. Ennuste heikkenee olennaisesti, jos tilanne pääsee etenemään hapenpuutteen aiheuttamaan sydänpysähdykseen asti. Hengitystie-este voi olla osittainen tai täydellinen. Osittainen este aiheuttaa esteen kohdalla kuultavaa vinkunaa ja hengitystieärsytystä, mutta sallii yskimisen ja joskus puhumisen. Täydellinen este taas aiheuttaa nopean tukehtumisen, jolloin ilman kulku loppuu, potilas väsähtää ja hän voi muuttua syanoottiseksi eli sinertäväksi (Kuisma ym. 2017, 345–346.)

4.4 Kipu

Asianmukainen kivunhoito on yksi keskeisimpiä asioita potilasta hoidettaessa. Kivun aistiminen on paitsi potilaalle epämiellyttävää, myös elimistölle monella tavoin haitallinen ilmiö. Kivunhoito rauhoittaa potilasta, mahdollistaa hyvän hoidon antamisen ja helpottaa toimenpiteiden suorittamista ja lisää niiden turvalli-

suutta. Lisäksi tehokas kivunhoito jo ensihoitovaiheessa vähentää kroonisen kivun syntymistä. Kivunhoitomenetelmiä ovat muuan muassa asentohoito, las-toittaminen ja kipulääkitys. Kipua saadaan jo usein lievitettyä jo pelkällä potilaan asennon parantamisella sellaiseksi, jossa hän itse kokee olonsa parhaaksi. (Kuisma ym. 2017, 569–570.)

4.5 Epilepsia

Epilepsia-kohtauksella tarkoitetaan aivoperäistä tajunnan, motoriikan, sensorii-kan, autonomisen hermoston tai käyttäytymisen kohtauksellista häiriötä, johon liittyy aivosähkötoiminnan purkauksia. Tunnusomaisin on toonis-klooninen oi-reisto, jossa ensin tulee pitkittynyt lihasjännitysvaihe (tonia), jota seuraa jaksot-taista lihasnykinää (klonia). Kohtaus voi siis kuitenkin koostua myös hämäräti-lasta eli poikkeavasta tajunnantasosta, kuulo- tai äänikokemuksista, oudosta käyttäytymisestä ja autonomisista reaktioista. (Kuisma ym. 2017, 446.)

4.6 Hengenahdistus

Hengenahdistus on oire, joka syntyy, kun potilas aistii hengityksensä riittämät-tömäksi. Syynä on yleensä hengitysvaikeus tai tila, joka edellyttää poikkeavan raskasta hengitystyötä. Hengitysvaikeus on kyseessä, kun potilaan hengitys on normaalia raskaampaa johtuen ilmatie-esteestä, huonontuneesta lihasvoimasta tai keuhko- tai sydänsairaudesta. Kun potilas ei kykene hengittämään riittävästi pitääkseen kaasujenvaihtoa normaalina tai potilaan hengitystyö on selvästi li-sääntynyttä, puhutaan hengitysvajauksesta. Hengityksen vaikeutuessa tulee arvioida erikseen hengitystie, hapettumisen riittävyys, hiilidioksidin poisto (keuhkotuuletus) ja hengitystyön määrä. Hengitystietä arvioidaan potilasta kat-somalla ja kuuntelemalla. (Kuisma ym. 2017, 333–335.)

4.7 Elvytys

Elvytys pitää aloittaa aina, kun potilas on reagoimaton eikä hengitä normaalisti. (Elvytys: Käypä hoito -suositus, 2016). Elottomuudella tarkoitetaan tilannetta, jossa potilas on tajuton ja hengittämätön tai ei hengitä normaalisti. Tällaisen kliinisesti elottoman potilaan oletetaan olevan sydänpysähdyksessä. (Kuisma ym. 2017, 288.)

Sairaalan ulkopuolella maallikkoauttajien ja hätäkeskuspäivystäjien toiminta on ratkaisevaa sydänpysähdyksissä. Samoin paineluelvytyksen laadulla on erittäin suuri merkitys sydänpysähdyksen saaneen ennusteeseen, ja se on hoitoelvytyksen tärkein asia. (Elvytys: Käypä hoito -suositus, 2016.)

Sepelvaltimotauti on yleisin syy sydänpysähdykseen sairaalan ulkopuolella, mutta syyt sydänpysähdykseen vaihtelevat ikäryhmittäin. Useimmiten sairaalan ulkopuoliseen sydänpysähdykseen liittyy ennako-oireita, kuten rintakipua. Aikuisen peruselvytyksen kulmakivet ovat hätäilmoitus, sydänpysähdyksen tunnistaminen, painelu- ja puhalluselvytys sekä mahdollisesti neuvovan defibrillaattorin käyttö. (Elvytys: Käypä hoito -suositus, 2016.)

Hoitolaitoksissa voidaan organisoidulla toiminnalla tunnistaa tapaukset, joissa tarvitaan välitöntä puuttumista kriittisesti sairaiden hoidon tehostamiseen, ja ehkäistä näin sydänpysähdyksiä. (Elvytys: Käypä hoito -suositus, 2016.)

Elvytys lienee terveydenhuollossa eniten harjoiteltu osa-alue, ja se on myös toivotuin koulutusaihe sekä opiskelijoiden että terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Jokaisen terveydenhuollossa toimivan ammattihenkilön edellytetään osaavan elvyttää, vaikka sydänpysähdyksiä tulee hoidettaviksi harvoin. Elvytyksen harjoittelu on hyvä esimerkki simulaatioharjoitteesta, jossa opittava taito voidaan rakentaa jatkuvana prosessina. Elvytysopetus voidaan aloittaa johdantoluennolla tai ryhmäkeskustelulla, jossa käydään läpi sydänpysähdyksen esiintymistä, elvytykseen johtavia syitä, elottomuuden tunnistamista ja elvytyksen aloittamista. Jokaiseen elvytyskoulutukseen tulisi sisältyä taitojen testaus, koska sen on osoitettu lisäävän oppimistuloksen pysyvyyttä. Testauksella

arvioidaan myös, ovatko oppijat saavuttaneet tavoitteet vai tarvitaanko harjoitetta lisää. (Rosenberg, Silvennoinen, Mattila, Jokela & Ranta 2013, 108.)

Elvytyksen hoito jaetaan peruselvytykseen ja hoitoelvytykseen. Peruselvytyksen hallitseminen on elvytystilanteessa toimimisen lähtökohta. Keskeisimmät potilaan selviytymistä parantavat tekijät ovat keskeytymätön, laadukas paineluelvytys ja defibrillaatio mahdollisimman varhain. Elvytyskoulutuksen tavoitteena tulisi olla näiden sujuva hallinta. Elvytysharjoitteluun tarvitaan nukke, jolla saadaan aidontuntuinen kokemus rintakehän painelusta. Samoin elvytysharjoitteluun käytettävässä nukessa tulisi olla palautteenanto oikeasta painelupaikasta ja syvyydestä, painelutaajuudesta, rintakehän palautumisesta ja onnistuneesta ventilaatiosta. (Rosenberg ym. 2013, 109.)

5 OHJAAMINEN JA OPETTAMINEN

Opinnäytetyön tarkoituksena oli pitää koulutusta Viertokodin henkilökunnalle. Kertauskoulutuksen onnistumiseksi on otettava selvää hyvän koulutuksen teorioista ja siitä, mihin asioihin tulee kiinnittää huomiota, jotta voisimme järjestää hyvän ja opettavan koulutuksen.

Tulevina sairaanhoitajina ohjaaminen ja opettaminen ovat osa työtämme. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen muodostuu muun muassa ohjaus- ja opetusosaamisesta sekä terveyden edistämisestä, jotka liittyvät olennaisesti opinnäytetyöhön liittyvän koulutusiltapäivän järjestämiseen. Sairaanhoitajan muita ammatilliseen osaamiseen liittyviä osaamisalueita ovat eettinen toiminta, hoitotyön päätöksenteko, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö ja lääkehoito. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 63–70.)

Esiintyjälle on etua siitä, että hän tietää yleisönsä ominaislaadun. Esityksen asiasisältöä muokataan kuulijoita kiinnostavaksi. Kuulijoiden omaa työyhteisöä käsittelevät aiheet kiinnostavat, koska niissä aiheet ovat tuttuja. (Kallio 2006, 33.)

Konkreettiset esimerkit kiinnostavat kuulijoita. Ihmisen on vaikeaa pelkästään kuulonvaraisesti oppia mutkikkaita tietoja, lukuja ja numerosarjoja. Kouluttajan on yritettävä löytää yhteinen kosketuspinta tai kiinne kohta, johon käytännön esimerkit liittyvät. (Niemi ym. 2006, 48.)

Hyvän ja vakuuttavan esiintymisen saa hyödyntämällä 4R-mallia:

- ✓ Ryhdikkyys luo vaikutelman sanojensa takana seisovasta puhujasta.
- ✓ Rauhallisuus kertoo kuulijoille siitä, että puhuja keskittyy juuri esitykseen ja hän hallitsee asiansa.
- ✓ Rentous osoittaa kuulijoille puhujan viihtyvän esiintymistilanteessa.

- ✓ Rohkeus antaa kuulijoille luvan olla eri mieltä ja haastaa heidät keskusteluun. (Kallio 2006, 8.)

Myös demonstraation käyttäminen koulutusiltapäivässä on perusteltua. Siinä opettaja opetettavan asian asiantuntijana ja osaajana näyttää opiskelijalle suorituksen, jonka opiskelija tekee opettajan suorituksen jälkeen. Oppimista voi edistää hitaasti suoritettu opetus, jolloin opiskelijat pysyvät paremmin mukana. (Salakari 2007, 77.)

Oppimistyytlejä on erilaisia. Audiitiivinen oppiminen perustuu kuulohavaintoon. Visuaalinen oppiminen perustuu näköhavaintoon, ja kinesteettinen oppiminen on tuntohavaintoon perustuvaa oppimista. Käsien tekemisen ja kokemisen kautta tapahtuvaa oppimista kutsutaan taktilliseksi oppimiseksi. Analyyttinen oppija hahmottaa asioita yksityiskohtaisesti. Holistinen tai globaali oppija kiinnittää huomion kokonaisuuksiin. (Valvio & Parviainen 2013, 157–160.)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi. Siinä tutkitaan ihmisten eikä esimerkiksi koneiden toimintaa. Toimintatutkimuksessa kehitetään käytäntöjä entistä paremmiksi käyttämällä järkeä. Toimintatutkimus kohdistuu erityisesti sosiaaliseen toimintaan, joka pohjautuu vuorovaikutukseen. Toiminta on yhteisesti sovittu, ja sillä on yhteinen merkitys toimijoiden kesken. Toimintatutkimus on yleisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja. Toimintatutkimus tavoittelee käytännön hyötyä, käyttökelpoista tietoa. Toimintatutkijan tarkoituksena on osallistua tutkimaansa toimintaan niin että hän pystyy tekemään muutokseen tähtäävää väliintulon. Toimintatutkimuksella pyritään valamaan uskoa ihmisten omiin kykyihin ja toimintamahdollisuuksiin. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2007, 16–21.)

Projekti on tavoitteellinen, tietyn ajan kestävä prosessi. Se voi olla osa isompaa hanketta tai tähdätä tiettyyn rajattuun kertaluontoiseen tulokseen. Toiminnallisen opinnäytetyön lopullisena tuotoksena on aina jokin konkreettinen tuote, kuten ohjeistus. Toiminnallisissa opinnäytetyöissä tutkimuksellinen selvitys kuuluu tuotteen toteutumistapaan. Toteutustapa tarkoittaa keinoja, joilla materiaali opopaaseen toteutetaan. Toiminnallisissa opinnäytetyöissä ei välttämättä tarvitse käyttää tutkimuksellisia menetelmiä. Tutkimuskäytäntöjä käytetään väljemmin kuin tutkimuksellisissa opinnäytetyöissä, vaikka tiedon keräämisen keinot ovat samat. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 48–57.)

6.2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Tarkoituksenamme on yhdistää opinnäytetyö käytännön työhön. Viertokodin henkilökunnan ensiapukoulutuksen päivityksellä on tarkoitus antaa ajantasaista tietoa ensiavusta itsellemme sekä henkilökunnalle. Tavoitteena on kasata henkilökuntaa kiinnostava informaatiopaketti, joka sekä muistuttaa jo opituista asioista että opettaa uutta. Pyrimme saamaan henkilökunnan pohtimaan omaa osaamistaan ensiaputilanteissa ja tätä kautta muistuttamaan tärkeiden asioiden

kertaamisesta. Tilanteet, joissa ensiapua tarvitaan, tapahtuvat nopeasti. Tällöin tilanteessa toimimisenkin pitää tapahtua nopeasti. Tavoitteena on saada henkilökunta kiinnostumaan ensiavusta, kouluttautumaan ja päivittämään ensiaputaitojaan SPR:n ensiapukurssien avulla ja luoda luottamusta heidän omiin taitoihinsa.

Lisäksi tarkoituksena on antaa meille sairaanhoidon opiskelijoille kokemusta koulutuksen suunnittelusta ja toteuttamisesta. Tarkoituksenamme on tehdä ensiapukoulutusta varten selkeä ja ytimekäs PowerPoint-esitys eri sairaskohtauksista sekä onnettomuuksista. Lisäksi olemme sopineet, että Viertokodin henkilökunta saa opinnäytetyöstä valmiin version sekä esittämämme diat. Tätä materiaalia he voivat käyttää vapaasti omaan kertaamiseensa.

6.3 Yhteistyötaho ja kohderyhmä

Lilinkotisäätiö ja Helsingin kaupunki ovat solmineet vuoden 2014 alusta 4-vuotisen puitesopimuksen tehostetun palveluasumisen, palveluasumisen ja tuetun asumisen järjestämisestä. Helsingin kaupunki on Lilinkotisäätiön ainoa sopimuskumppani. Säätiöllä oli vuonna 2015 toiminnassa kuusi palvelutaloa. Viidessä yksikössä järjestetään tehostettua asumispalvelua, jossa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden.

Viertokodissa on viisi seitsemän asukkaan ryhmäkotia sekä 12 kaksiota, ja lisäksi käytössä on kaksi saunaa, pyykkitupa ja yhteiset tilat. Ryhmäkodeissa asukkailla on omat huoneet ja kylpyhuoneet sekä yhteinen keittiö ja olohuone. Huoneet ovat kooltaan noin 20 m². Ryhmäkotien yhteisten tilojen varustuksiin kuuluu TV, pesutupa, keittiössä jääkaappi, pakastin, hella ja mikroaaltouuni.

Asunnot ovat kooltaan 35–49 m², ja niiden varustuksiin kuuluu oma kylpyhuone, keittosyvennys sekä parveke. Viertokodissa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Ryhmäkotien asukkaat pitävät joka arkiamu yhteisökokouksen, jossa käydään läpi tulevan päivän tapahtumat. Asukkaat syövät koko talon yhteisessä ruokasalissa, mutta iltapäiväkahvi nautitaan ryhmäkotien keittiössä.

Asukkaista 81 % sairastaa skitsofreniaa. Somaattisista sairauksista yleisimpiä ovat diabetes (21,5 %) sydän- ja verisuonisairaudet (21 %) ja keuhkohtaumatauti (9 %). Akuutit päihdeongelmat ja asukkaiden päihdetausta ovat lisääntyneet lähes puolella vuodesta 2012. Päihdeongelmia on 11 prosentilla asukkaista. Erilaisia liikkumiseen tarvittavia apuvälineitä käyttää 23 % asukkaista. Apuvälineiden tarve on lisääntynyt 61 prosentilla vuodesta 2011. (Lilinkotisäätiön toimintakertomus 2016).

Henkilökunta toimii Vietokodissa ohjaaja-nimikkeellä. Koulutustaustaa on eri sosiaali- ja terveysalan ammateista. Lisäksi osalla keittiöhenkilökunnasta on hoitoapulaisen koulutus. Ohjaajia on yhteensä 20 kappaletta.

Suurimmat riskit onnettomuuksiin ovat ruokailutilanteissa. Asukkaat syövät kii-reellä, ja isolla osalla on tekohampaat suussaan. Tästä johtuen he eivät pureskele ruokaansa kunnolla, mikä johtaa ruuan kulkeutumiseen henkitorveen. Lisäksi isona riskinä ovat liukastumiset ja kaatumiset. Tällöin tajunnan tason lasku, kivut ja pahimmassa tapauksessa murtumat tai katkenneet raajat aiheuttavat ensiavun tarpeen.

6.4 Suunnittelu

Onnistuakseen kouluttajan on hyvä miettiä koulutuksen sisältöä sekä tehtävää että tavoitekeskeisesti (Valvio & Parviainen 2013, 29). Aluksi suunnitelmaa pohdittiin Viertokodin johtajan kanssa, ja häneltä saatiin hyväksyntä opinnäytetyön yhteistyöstä. Seuraavana vaiheena oli idean esittäminen henkilökunnalle työyhteisökokouksessa. Samassa kokouksessa jätimme henkilökunnalle kyselyn (LIITE 1). Vastausaikaa kyselyyn annettiin kaksi viikkoa, ja viikon jälkeen lähetimme muistutuksen kyselyn täyttämistä. Kyselyyn vastasi henkilökunnan 20 jäsenestä kymmenen. Vastausten pohjalta lähdimme keräämään materiaalia koulutukseen.

Koulutusmateriaalin laatiminen on työläs prosessi, joten se kannattaa suunnitella hyvin, ennen kuin aloittaa valmistelun. Olisi ihanteellista, jos materiaali olisi mahdollisimman monessa muodossa. (Valvio & Parviainen 2013, 37.)

Esiintyjän on hyvä miettiä ajan ja ajankohdan vaikutusta esiintymiseen. Esityksen ajankohta ja sijoittuminen muuhun ohjelmaan antaa puhujalle viitteitä siitä, millaista esitystä häneltä odotetaan ja millaisen esityksen kuulijat kykenevät vastaanottamaan. Esityksen valmisteluvaiheessa puhujan tulisi ottaa huomioon esityksen kesto. (Valvio & Parviainen 2013, 40.)

Suunnitelmaamme mukaan koulutus pidettäisiin kahtena iltapäivänä Viertokodissa. Henkilökunnalle pyritään mahdollistamaan koulutukseen osallistuminen. Tarkoituksena on, että mahdollisimman moni pääsisi osallistumaan.

Sovimme, että mahdolliset kustannukset maksaa Lilinkotisäätiö. Hankinnoista olisi toki sovittava etukäteen. Viertokodista saisimme tilat ja esitykseen tarvittavan laitteiston. Nykypäivänä koulutuksissa käytetyimmät audiovisuaaliset laitteet ovat videotykki ja tietokone, joita on hyvin saatavilla melkein jokaisessa koulutustilassa (Valvio & Parviainen 2013, 123).

Suunnitelmaan kuuluivat myös käytännön harjoitteet. Tähän tarvitsimme Anneruken sekä mahdollisuuksien mukaan nuken, jolla voidaan harjoitella tajuttoman potilaan siirtoa sekä tukehtuvan potilaan pelastamista. Aikaa koulutukseen oli varattu 2–3 tuntia.

Oppimisen tavoitteena on saada aikaan sellainen oppijan mentaalinen malli, että hän kykenee työskentelemään työtehtävässä, jota varten opitaan, tai oppimaan lisää itsenäisesti. (Salakari 2007, 133.)

6.5 Toteutus

Pidimme kaksi koulutusiltapäivää Viertokodin henkilökunnalle tammi-helmikuun taitteessa 2017. Koulutus pidettiin Viertokodin ullakkotiloissa. Iltapäivä oli pyritty järjestämään niin, että kaikki töissä olevat henkilökunnan jäsenet pääsisivät osallistumaan. Viertokodin johtaja oli erityisesti kehottanut henkilökuntaa osallistumaan. Pakollinen koulutus ei kuitenkaan ollut. Iltapäiviin osallistui yhteensä 14 henkilöä. Osallistujat olivat sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisia.

Koulutustila ja pöytämuodot on mietittävä ennen koulutuksen alkua. Koulutuksen aihe ja osallistujien määrä vaikuttavat siihen, millainen tila on paras mahdollinen. Ihannepaikka koulutukselle on sellainen, jossa on riittävästi tilaa osallistujille. (Valvio & Parviainen 2013, 109.)

Olimme sopineet, että voisimme käyttää Viertokodin autoa niin sanotun Kylmä-Kallen hakemiseen. Kylmä-Kalle on 75 kg painava nukke, jota palomiehet käyttävät omissa harjoituksissaan. Menimme Viertokodille hyvissä ajoin. Tällä varmistamme sen, että voimme valmistella tilan esitystä varten ja kasata esitykseen vaadittavat tavarat rauhassa. Tiesimme, että meille on varattu tietokone sekä videotykki, joilla voisimme esittää PowerPoint-esityksemme henkilökunnalle.

PowerPointia käytettäessä yhtä kalvoa kohden ei tulisi olla enempää kuin 5–8 riviä tekstiä. Tekstin tulee olla riittävän isoa sekä värien helposti luettavia, kuten musta. Esityksessä kannattaa käyttää aiheeseen sopivia kuvia. (Valvio & Parviainen 2013, 124.)

Alkuun esittelimme itsemme ja taustamme sekä sen, minkä takia olimme tulleet pitämään koulutusiltapäivää. Aluksi kävimme läpi diaesityksen, joka sisälsi teoriaa sekä ohjeistusta siitä, mihin ensiaputilanteissa on hyvä kiinnittää huomiota. Esityksen jälkeen alkoi toiminnallinen osuus. Tässä osuudessa oli mahdollista harjoitella potilaan tilannekartoitusta sekä paineluelvytystä Anne-nukella. Kylmä-Kallella oli mahdollisuus harjoitella tajuttoman siirtoa sekä tukehtuvan hoitoa. Rohkaisimme koulutusiltapäivän osallistujia päivittämään ensiaputaitojaan SPR:n järjestämällä ensiapukursseilla. Lopuksi sovimme Viertokodin johtajan

kanssa, että luovutamme diat sekä lopputyön heidän käyttöönsä. Koulutusiltpäivän päätimme jakamalla kaikille osallistujille palautelomakkeet (LIITE 4: Palautelomake), jotka he täyttivät ennen lähtöä. Monet osallistujista jäivät vielä juttelemaan ja kiittelivät koulutusillasta.

6.6 Arviointi

Pyysimme osallistujia täyttämään arviointilomakkeen heti koulutustilaisuuden jälkeen. Palautteessa kannattaa katsoa eniten tulosten mediaania (Valvio & Parviainen 2013, 191).

Saamamme palaute oli suurimmalta osin positiivista. Saimme palautetta koulutusiltpäivän sisällön lisäksi myös omasta opetuksestamme ja ohjaamisestamme. Palaute kerättiin kaikilta osallistujilta koulutuksen lopussa kyselyllä (LIITE 4: Palautelomake). (Tämä kerrottiin jo edellä.) Läpi käydyt asiat olivat kaikille entuudestaan tuttuja. Monet kuitenkin kokivat kertauksen tulleen hyvänä asiana ja toivoivatkin asioita käytävän useammin läpi. Palautteissa koulutussisältöä pidettiin selkeänä ja tiiviinä kokonaisuutena. Koulutuksen kestoa pidettiin hyvänä. Käytännön harjoitteet olivat henkilökunnan mieleen, ja niitä toivottiin myös lisää. Esitystä pidettiin selkeänä ja rauhallisena. Koulutus herätti osallistujissa mielenkiintoa päivittää ensiaputaitojaan virallisilla ensiapukursseilla. Alla on muutaman osallistujan palaute.

”Koulutuksessa oli asiat selostettu simppelellä ja kivasti puhekielellä. Kylmäkalenin käsittely oli mielenkiintoista.”

”Hyvää mieleen palautusta erilaisista ”vaivoista” kohtausten oireista, toimintaohjeista tukehtuvan ihmisen pelastustoimet hyvä muistutus.”

”Tuli myös uutta tietoa ja muistutti myös vanhat opit mieleen.”

Opetuksen kannalta entistä useammin merkittäviksi tekijöiksi nousevat oppimisen motivaatioon liittyvät tekijät. Opettaja tai kouluttaja voi vaikuttaa motivaatioon innostamalla, antamalla oppijoiden tehdä itse ja antamalla vastuuta työn

tavoitteiden asettelusta, sen tekemisestä ja tehdyn työn arvioinnista. (Salakari 2007, 193.)

Oma vaikutelmamme ryhmän kiinnostuksesta aiheeseen oli hyvä. Ryhmä orientoitui hyvin, vaikka koulutus olikin iltapäivällä. Meitä jäi kuitenkin harmittamaan ensimmäisen koulutusiltapäivän ryhmän vähäinen halu kokeilla harjoitteita. Kannustuksesta huolimatta vain muutama halusi kokeilla painantaelvytystä. Kovalla vaivalla hankitut välineet olivatkin mukana turhaan. Tästä annoimme palautetta Viertokodin johtajalle.

Koulutuspaikan henkilökunnalle kannattaa antaa palautetta koulutuksen jälkeen. Myönteistä palautetta annetaan siitä, mikä on toiminut, ja korjaavaa palautetta asioista, joiden olisi toivonut menevän paremmin. (Valvio & Parviainen 2013, 191.)

Kysytyämme palautetta kirjalliseen tuotokseen Viertokodin johtaja Ville Miettinen vastasi sähköpostissa näin:

”Kokonaisuus on mielestäni hyvä, aihealueet ne arjen avun annossa oleelliset arvioitavat. Asiahan on kaikille tuttua, mutta aihekohtaiset kuvaukset kertaavat myös vaikuttavia faktoja, mitkä tiedettävä tilannetta/asukasta arvioitaessa.

Esitystapa sopivan tiivis. Toivottavasti ei opettajien mielestä liian suppea.

Tekstin oikolukeminen. Korjattavia kohtia läpi koko tekstin. Toivottavasti ehditte vielä muokkaamaan.”

7 POHDINTA

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tehtävä yhteiskunnassa on potilaiden hoitaminen. Sairaanhoitaja työskentelee eri toimintaympäristöissä, kuten perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, sosiaalihuollossa sekä yksityisen ja kolmannen sektorin alueilla. Hän toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka on samanaikaisesti terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. Sairaanhoitaja toimii työssään näytön perusteella ja hyödyntää hoitotieteellistä tietoa suunnitellessaan, toteuttaessaan, arvioi-
nessaan ja kehittäessään hoitotyötä. Hoitotyön osaaminen edellyttää sairaanhoitajalta monitieteistä tietoperustaa, kuten ajantasaista lääketieteen ja farmakologian sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden teoreettista osaamista. (Sairaanhoitajaliitto 2015.)

Lähtökohtanamme oli alusta asti tehdä käytännönläheinen opinnäytetyö. Opinnäytetyömme aihe oli mielenkiintoinen ja tuki hyvin ammatillisuutemme kehittymistä sairaanhoitajina ja alan asiantuntijoina. Molempien kiinnostus akuuttiin hoitotyöhön toi ajatuksen järjestää ensiapukertaus. Arvioimme antamamme ensiapukertauskoulutuksen toteutusta, sekä sen onnistumista. Pohdimme työssä myös kehittymistämme alamme asiantuntijoina ja tulevina sairaanhoitajina sekä opinnäytetyön onnistumista kokonaisuudessaan-

Saimme kouluttaja- ja esiintymisvarmuutta tulevaa työtämme ja sairaanhoitajan osaamisvaatimuksia ajatellen. Koulutusiltapäivän järjestäminen kokonaisuudessaan suunnittelusta toteutukseen opetti meille paljon. Koulutussuunnittelun lisäksi jouduimme kertaamaan ja tarkistamaan uusimmat hoito- ja ensiapuohjeet. Näin varmistimme, että antamamme koulutus on voimassa olevien käytäntöjen ja ohjeiden mukaista.

Entisten työkokemustaustojemme myötä opetus- ja ohjaustilanteissa oli myös paljon tuttua, mikä helpotti varsinkin koulutusiltapäivässä toimimista. Osasimme hyödyntää jo opittuja taitoja koulu-, sairaala ja työkokemuksista, joissa olemme työskennelleet. Tulevina sairaanhoitajina ja alamme asiantuntijoina tarvitsemme päivittäin työssämme esiintymis- ja suunnittelutaitoja.

Projektin käytännön kasaaminen loi omia hankaluuksia. Tarvittavien varusteiden hankkiminen koulutukseen toi haastetta. Useista sähköpostikyselyistä huolimatta nukkejen saaminen oli kiven alla. Loppujen lopuksi apu löytyikin Facebookin kautta läheltä.

Mikäli lähtisimme tekemään projektia uudelleen, suunnittelisimme kertauspäivän tarkemmin ja valmistautuisimme perusteellisemmin. Lisäksi pyytäisimme henkilökunnalta palautetta kirjoitetusta työstä. Tämä olemme huomanneet liian myöhään. Kyselimme toki johtajan mielipidettä, mutta projektin aikaan olisi hyvä osallistaa koko myös henkilökuntaa.

Oma ammatillisuutemme on kasvanut opinnäytetyön kautta jonkin verran. Se, että tekee jonkin projektin alusta loppuun, tuo toki perspektiiviä koulutusten järjestämiseen. Opinnäytetyö on myös avannut tajuntaa siitä, miten erilaisia sairaanhoitajien työnkuvat ovat.

Lopuksi voikin todeta, ettei oppiminen lopu koskaan. Koulun loppuminen tuo lisää vastuuta omasta oppimisesta.

LÄHTEET

- Alaspää, A. & Holmström, P. 2013. Ensiarvio ja yleistutkimus. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen. Keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. C, Katsauksia ja aineistoja 17. Verkkojulkaisuna: <http://www.diak.fi/opiskelu/opinnaytetyo/Documents/Kohti%20tutkiva%20ammattikäytäntöä.pdf>.
- Elvytys (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 1.7.2017). Saatavilla internetissä: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi17010>
- Heikkinen, Hannu L.T; Rovio, Esa & Syrjälä Leena (toim.) Toiminnasta tietoon. 2007. 2 tark.painos Vantaa: Dark oy
- Kallio, Hilikka 2006. Tehoa ja taitoa työelämän esiintymistilanteisiin. Hämeenlinna Karisto oy.
- Keggenhoff, F. 2004. Apua! Ensiapua. Helsinki: Otava.
- Koponen, Leena & Sillanpää, Kirsi: Potilaan hoito päivystyksessä. Kustannusosakeyhtiö Tammi 2005 Helsinki.
- Korte, Henna & Myllyrinne, Kristiina 2012. Ensiapu. Espoo: Wellprint.
- Kuisma, Markku; Holmström, Peter; Nurmi, Jouni; Porthan, Kari & Taskinen, Tuomas 2017. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kuisma, Markku; Holmström, Peter; Porthan, Kari & Taskinen, Tuomas (toim.) 2009. Ensihoito. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Lilinkotisäätiö 2016. Toimintakertomus. Viitattu 13.12.2016. <http://lilinkoti.fi/sivusto/wp-content/uploads/2014/03/TOIMINTAKERTOMUS-2015.pdf>

- Lönnqvist, Jouko; Heikkinen, Martti; Henriksson, Markus; Marttunen, Mauri & Partonen, Timo 2010. Psykiatria. Kustannus oy Duodecim 2010 Porvoo.
- Mielenterveyden keskusliitto 2016. Käsitteitä mielenterveydestä. Viitattu 6.12.2016. <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kasitteita-mielenterveydesta/>
- Rosenberg, Per; Silvennoinen, Minna; Mattila, Minna-Maria; Jokela, Jorma & Ranta, Iiri (toim.) 2013. Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa Helsinki: Otavan kirjapaino.
- Sairaanhoitajaliitto 2015. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen. Viitattu 21.6.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Salakari, Hannu 2007. Taitojen opetus. Helsinki: Eduskills Consulting.
- Tiirikainen, K. (toim.) 2009. Tapaturmat Suomessa. Helsinki: Edita.
- Valvio, Timo & Parviainen, Taina 2013. Onnistu kouluttajana – 7 askelta yleisön hurmioon. Helsinki: Helsingin seudun kauppakamari.
- Vilka, Hanna & Airaksinen Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö Jyväskylä: kustannusosakeyhtiö Tammi.

LIITE 1:**Saatekirje**

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä yhteistyössä Lilinkotisäätiön Viertokodin kanssa. Aiheenani on asukkaan fyysisen tilan kartoitus tapaturmissa /sairaskohtauksissa. Tarkoituksenamme on kasata kyselyn pohjalta henkilökunnan käyttöön opas jota voi käyttää päivittäisessä työssä.

Ooppaan informaation haluan koota työyhteisöltä tulevilta kysymyksiltä. Ohessa on kyselykaavake, johon toivon sinun vastaavan. Kyselykaavakkeen avulla haluan selvittää työssä tarvittavaa tietoa & taitoa ensiavun suhteen.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Saadakseni riittävästi materiaalia opinnäytetyöhön toivomme sinun vastaavan kyselyyn. Vastauksia käsitellään luottamuksellisesti: henkilöllisyytesi pysyy salassa, ja hävitämme vastaukset tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Vastaamme mielellämme mahdollisiin lisäkysymyksiin. Vastaathan kyselyyn 12.12.2016 mennessä.

Helsingissä 8.11.2016

Karri Salo karri.salo@student.diak.fi

LIITE 2:

Kyselykaavake henkilökunnalle

1. Onko sinulla sosiaali- taikka terveydenalan koulutus?

- a. Lähihoitaja taikka Sairaanhoitaja
- b. Sosionomi
- c. Opiskelija
- d. muu mikä

2. Onko sinulla voimassa olevaa ensiapu koulutusta? Jos kyllä niin koska ole käynyt kurssin?

3. Kuinka usein joudut arvioimaan työssäsi mahdollisen ambulanssin tilaamisen/ päivystykseen lähdön somaattisten vaivojen takia?

4. Minkälaisia kysymyksiä tai aiheita haluaisit käsiteltävän oppaassa?

Kiitos vastauksestasi!

LIITE 3:

ENSIAPU KOULUTUSTA

Viertokodin Henkilökunnalle

Käsiteltävät aiheet

- Ennaltaehkäisy
- Arvio voinnista
- Sydän- ja aivoinfarkti
- Tukehtuminen
- Kipu
- Epilepsia
- Hengenahdistus
- Elvytys
- Hätilmoitus



Ennaltaehkäisy

- Tapaturmien ehkäisy perustuu sille ajatukselle, että tapaturmien syntyyn vaikuttavia tekijöitä pystytään tunnistamaan ja tunnistamisen jälkeen vaikuttaa näihin syy- ja olosuhdetekijöihin.
- Tavoitteena on pienentää tapaturman riskiä tai tapaturmasta syntyvän vamman vakavuutta. Vaarojen tunnistaminen on asia, josta lähdetään liikkeelle tapaturmien ehkäisytyössä.

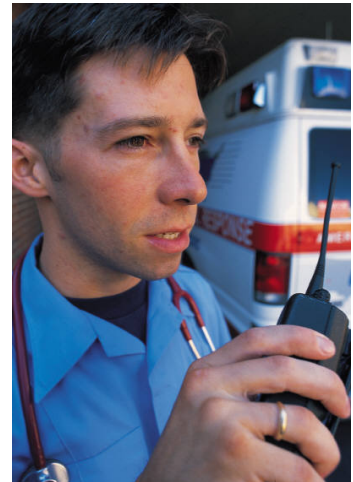
Ennaltaehkäisy

- Mitä useammin ja paremmin vaaratekijät tunnistetaan sekä mitä paremmin vaaratekijöihin pystytään vaikuttamaan, sitä paremmin saadaan aikaan tuloksia tapaturmien ehkäisyssä.

Potilaan haastattelu

- Vaivan kehitymissuunta, Paranee/pahenee?
Kehitysnopeus?
 - Millon ja miten alkanut?
 - Onko ollut aikaisemmin?
 - Onko jokin auttanut?
 - Oireiden kuvailu ja sijainti.
- Asteikko 1-10 voi auttaa arvioinnissa.

A=Airway, HENGITYSTIE
 B=Breathing HENGITYS
 C=Circulation, VERENKIERTO



Potilaan haastattelu

- Haastattelu aloitetaan nykyvaivasta.
- Mitä vakavampi oire/tilanne sitä enemmän keskitytään juuri nykyvaivaan.
- Vaivan ajalliset yhteydet, etenkin sen alkuun.
(rasitus, asento, syöminen)
- Muita esiintyviä oireita?

Peruselintoimintojen selvitys

- Tajunta: Onko tajuissaan vai tajuton
- Hengitys: Ilmavirran tunnustelu kämmen selällä.
- Verenkierron tila: Pulssin tunnustelu!
Verenpaineen otto.

Sydäninfarkti

- TARKISTA ABC
- Aseta puoli-istuvaan asentoon. Avaa tiukkaa vaatetusta.
- Sydänpotilaiden tulee välttää henkistä ja fyysistä rasittumista.
- Lääkkeenotto: Nitron, Dinit, Aspiriini.
- Defibrilaattori? Puhallus-paineluelvytys.

Tukehtuminen

- Hengitysteissä oleva vierasesine. Vaatii nopeaa toimintaa.
- Asukas ei pysty yskimään, puhumaan tai hengittämään
- Iho muuttuu sinertäväksi
- Tajuttomuus seuraa nopeasti

Sydäninfarkti

- Rintalastan takana voimakkaita kipuja, jotka säteilevät usein vasempaan olkavarteen, hartioihin tai ylävatsaan.
- Kasvot kalpeanharmaat ja useimmiten hiestä märät. Heikotusta ja pahoinvointia.
- Syke heikko toisinaan myös epäsäännöllinen ja verenpaine matala

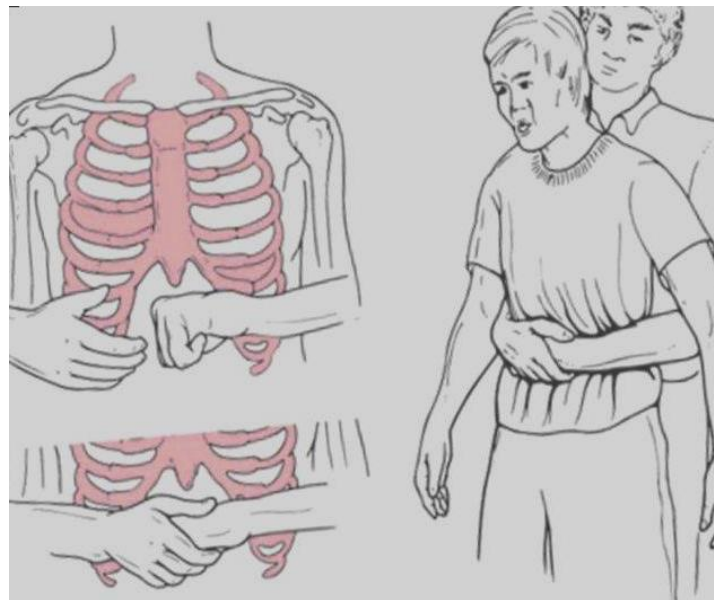
Tukehtuvan ensiapu

Taivuta henkilön ylävartaloa alaspäin ja lyö 5 kertaa napakasti kämmenellä lapaluiden väliin.

Heimlichin ote

Asetu henkilön taakse. Aseta käsi nyrkissä pallealle ja tartu nyrkkiin toisella kädellä. Nykäise käsiä nopeasti itseesi päin. Toista tarvittaessa 5 kertaa.

Heimlichin ote



Aivohalvaus

Aivoinfarkteista suurin osa on ehkäistävissä hoitamalla keskeiset riskitekijät: kohonnut verenpaine, tupakointi, keskivartalolihavuus, vähäinen liikunta, epäterveellinen ruokavalio, diabetes, eteisvärinä.

Aivoinfarktin ja TIA:n tavallisia oireita

- Toispuolinen raajahalvaus, suupielen roikkuminen, toispuolinen tunnon heikkenemä, puhehäiriö, yhden silmän ohimenevä näön hämärtyminen tai sokeus, huimaus, pahoinvointi, oksentelu, nielemisvaikeus kaksoiskuvat.

Kivun arvio

- Selvitä kivun voimakkuus, laatu, sijainti ja ajallisuus
- Käytä kipumittaria
- NRS numeraalinen (0 ei kipua -10 vahvin)
VRS sanallinen (heikko, kohtalainen & vahva)



Epilepsia

- Potilas kaatuu jäykkänä ja aiheuttaa välittömän tajunnanmenetyksen.
- Kouristelua, saattaa purra kieleen ja virtsata alleen. Iho saattaa olla sinertävä hengityksen salpautumisen vuoksi
- Mikäli kouristuskohtaus pitkittyy yli 5-10 minuutin, kaikki potilaat tulee siirtää välittömästi sairaalahoitoon.

Epileksia-kohtauksen hoito

- Älä yritä estää kouristusliikkeitä, mutta huolehdi siitä, ettei henkilö niiden aikana kolhi päätään (pehmuste pään alle) tai muuten vahingoita itseään. Kouristelu kestää yleensä vain 1–2 minuuttia.
- Älä laita suuhun mitään, sillä se vaikeuttaa hengittämistä.
- Käännä henkilö kylkiasentoon heti, kun kouristukset vähenevät. Näin hengitystiet pysyvät avoimina ja mahdolliset eritteet pääsevät valumaan suusta ulos.
- Varmista, että henkilö pystyy hengittämään esteettä ja ilmavirta tuntuu.
- Soita hätänumeroon, jos epilepsiaa sairastavan henkilön kouristaminen kestää yli 5 minuuttia tai kohtaus uusiutuu ennen kuin hän on toipunut edellisestä kohtauksesta.

Hengenhahdistus

- Hengitystyön määrä silmämääräisesti
- Miltä potilas näyttää
- Asento puoli-istuva/istuva. Kohonnut hengitystaajuus.
- Miltä potilaan hengitys vaikuttaa (puheentuotto / apulihasten käyttö)
- Ihon väri ja voimakkaasti hikinen
- Verenpaine ja pulssi koholla.

Hengitysvaikeuksien aiheuttajat

- Hengitysvaikeuksien aiheuttajat voidaan jaotella karkeasti kolmeen eri ryhmään:
- Keuhkoperäinen n. 50% (Astma, Pneumonia ja Keuhkoembolia.
- Sydänperäinen n. 1/3 (Sydämen vajaatoiminnan paheneminen → keuhkopöhö
- Psyykkiset aiheuttajat n. 5% (hyperventilointi, allerginen reaktio, trauma ym.

Elvytys

- Tunnistaa elottomuus
- Osaa aloittaa elvytystoimet
- Osaa hälyttää lisäapua / hätäilmoituksen teko

Elottomuuden toteaminen

- Ei heräteltävissä –ei reagoi (puhe, ravistelu)
- Ei elonmerkkejä –ei hengitä normaalisti, ei spontaania liikehdintää, nieleskelyä tms.
- Huom ! Saattaa tehdä hengitysliikkeitä, ns. agonaaliset hengenvedot
- Saattaa näyttää GM-kohtaukselta (epilepsia)

Eloton

- EI TUNNU ILMAVIRTAUSTA
- -tunnustelu poskella tai kämmenselällä.
Liikkuuko rintakehä ?
- EI VOI VARMASTI SANOA HENGITTÄÄKÖ
- ALOITA PAINELUELVYTYS

Elvytys

- Oikea painantapaikka
 - ▣ Aikuisella rintalastan keskiosa
 - ▣ Kohtisuora voima
 - ▣ Painantatiheys 100-120 kertaa minuutissa
 - ▣ Painanta tauotonta (maksimi 5 sekunnin tauko painajaa vaihdettaessa)
 - ▣ Muista rintakehän palautuminen, eli työ/lepovaihe 50/50%

Hätäilmoitus

- Soita 112 ja kerro mitä on tapahtunut
- Anna tarkka osoite
- Kuuntele ohjeita, älä sulje puhelinta ennen kuin olet saanut luvan
- Pidä puhelin vapaana, koska sinulle voidaan soittaa lisätietojen saamiseksi.
- Huolehdi kulkureitti vapaaksi ja tarvittaessa opastus paikan päälle.
- Soita 112 uudelleen heti jos tila huononee / muuttuu.

Lähteet

- Korte, Henna & Myllyrinne, Kristiina 2012. Ensiapu. Espoo: Wellprint
- Käypä hoito suositukset
- Keski-uusimaan pelastuslaitoksen koulutusmateriaali
- Koponen Leena ja Sillanpää Kirsi: Potilaan hoito päivystyksessä. kustannusosakeyhtiö Tammi 2005 Helsinki
- Tiirikainen, K. (toim.) 2009. Tapaturmat Suomessa. Helsinki: Edita.
- Ems consulting oy 2016. Ilmatie este. Viitattu 21.6.2017
<http://autaoikein.fi/?p=30>

LIITE 4:

Palautteen anto koulutuksesta.

Mitä hyvää koulutuksessa oli?

Mitä olisi pitänyt tehdä toisin?

Jäikö jotakin kysyttävää tai kaipaako jostakin lisätietoa?

Koitko koulutuksen tarpeelliseksi?