
ENSIAPUTILANTEET VANHUSTEN HOIDOSSA

Ensiapuohjeistus ja -koulutus hoitokodin henkilökunnalle

**Marko Mikkonen
Olli Vilén**

Opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulututkinto



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Ensihoidon koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Mikkonen, Marko & Vilén, Olli	
Työn nimi Ensiaputilanteet vanhusten hoidossa: Ensiapuohjeistus ja -koulutus hoitokodin henkilökunnalle	
Päiväys 26.5.2011	Sivumäärä/Liitteet 22/5
Ohjaaja(t) Smahl Päivi	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopiolainen hoitokoti	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli luoda yhteistyötahona olevalle vanhusten hoitokodille ensiapuohjeistus ja järjestää sen työntekijöille ensiapukoulutus. Näillä keinoilla tarkoituksena oli parantaa hoitokodin työntekijöiden ensiapuvalmiuksia. Opinnäytetyön aiheeksi valittiin kehittämistyö, koska työlle haluttiin käytännönläheinen lähestymistapa.</p> <p>Ensiapuohjeistusta ja -koulutusta suunniteltaessa selvitettiin yleisimmät vanhusten sairaudet ja tapaturmat sekä yleisimmät kuolinsyyt. Lisäksi kartoitettiin hoitokodin tarpeet ja toiveet ensiapuohjeistukseen ja -koulutukseen liittyen.</p> <p>Kehittämistyön lopputuloksena tuotettiin hoitokodille ensiapuohjeistus ja järjestettiin henkilöstölle kaksi ensiapukoulutusta. Koulutustapahtumasta kerättiin palautetta kyselylomakkeilla. Vastausten perusteella koulutus koettiin hyväksi ja tarpeelliseksi. Koulutuksen jälkeen vastaajat kokivat ensiaputaitojensa vahvistuneen ja itseluottamuksensa kasvaneen.</p> <p>Kehittämistyön tuloksena syntyneitä ensiapuohjeistusta hoitokoti voi käyttää jatkossa uusien työntekijöiden perehdytyksessä, ensiaputaitojen kertaamisessa ja tarvittaessa myös oikeissa ensiaputilanteissa. Hoitokodin käyttöön jätettiin myös ensiapukoulutusta varten tuotetun Power-Point -esityksen, jota hoitokodin työntekijät voivat käyttää apunaan esimerkiksi järjestämässään ensiapukoulutuksissa.</p>	
Avainsanat ensiapu, koulutus, ohjeet, hoitokodit	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Paramedics			
Author(s) Mikkonen Marko, Vilén Olli			
Title of Thesis First aid situations in elderly care: First aid guidance and training for employees of nursing home			
Date	26.5.2011	Pages/Appendices	22/5
Supervisor(s) Smahl Päivi			
Project/Partners Nursing home in Kuopio			
<p>Abstract</p> <p>The aim of our thesis was to create first-aid guidance for the nursing home we co-operated with, and to organize its employees first aid training, and thus improve their first aid skills, using interactive means. We chose the field of development as the topic of our thesis because we wanted to have a practical approach in our work.</p> <p>When designing the first aid guidance and training, we looked into the typical illnesses and accidents of the elderly, as well as the most common causes of death. We also took into consideration the needs and aspirations of the nursing home, concerning first aid guidance.</p> <p>As the result of our work we provided the nursing home with first aid guidance, and organized its employees two sessions of first aid training.</p> <p>After the training sessions we gathered feedback, using questionnaires. Based on the responses, the training was considered both good and necessary. Having gone through the training, the respondents felt their first aid skills were at a higher level and their self-confidence had increased.</p> <p>The result of our work, the first aid guidance tailored for the nursing home, can be used for many purposes in the future, for example, when familiarizing new employees with their work, while revising first aid skills, and in real emergency situations. We also gave the nursing home the Power Point presentation we produced, to be used in first aid training organized by the nursing home itself.</p>			
Keywords first aid, education, guidance, nursing homes			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	2
2	OPPIMINEN JA OPETUS.....	3
2.1	Aikuinen oppijana	3
2.2	Opetuksen suunnittelu ja opetusmenetelmä	3
3	ENSIAPUTILANTEET VANHUSTEN HOIDOSSA	6
3.1	Hätätilanteet ja vanhuuden riskitekijät.....	6
3.2	Elottomuus	7
3.3	Tajuttomuus.....	7
3.4	Rintakipu	7
3.5	Hengitysvaikeus	8
3.6	Hypoglykemia.....	8
3.7	Kouristelu	8
3.8	Dementia	9
3.9	Kaatumiset	9
4	ENSIAPUOHJEISTUS JA –KOULUTUS OPINNÄYTETYÖN AIHEENA.....	10
4.1	Opinnäytetyön vaiheet.....	10
4.2	Työsuunnitelma	10
4.3	Työsuunnitelman tekeminen	11
4.4	Ensiapuohjeistuksen ja -koulutuksen toteutus.....	13
5	POHDINTA.....	16
5.1	Opinnäytetyön arviointi	16
5.2	Ensiapuohjeistuksen ja koulutuksen arviointi	16
5.3	Eettisyyden arviointi.....	17
5.4	Ammatillisen kasvun arviointi.....	18
5.5	Tavoitteisiin pääseminen sekä tulevaisuuden kehitystarpeet	18

LÄHTEET

LIITTEET

- Liite 1 Ensiapuohjeistus
- Liite 2 Power-point-esitys
- Liite 3 Elvytyskoulutuksen aikataulu- ja toteutussuunnitelma
- Liite 4 SWOT-analyysi
- Liite 5 Kyselylomake elvytyskoulutuksesta

1 JOHDANTO

Kotona, työpaikalla tai vapaa-aikana tapahtuvat äkilliset sairastumiset ja pienet tapaturmat ovat arkipäiväisiä. Tällaisissa tilanteissa maallikon toteuttama ensiapu on usein ainoa tarvittava apu. Vakavissa sairauskohtauksissa ja onnettomuuksissa tarvitaan sitä vastoin useimmiten ammattiapua. Näissä ensiapua vaativissa tilanteissa maallikon suorittamalla tilannearviolla, ripeällä avun hälyttämällä ja oikein suoritetuilla ensiaputoimilla on ratkaiseva merkitys ensihoitojärjestelmän käynnistämiseksi. Tapaturmista ja sairauksista puhuttaessa ei voida kuitenkaan unohtaa ennaltaehkäisyn merkitystä. Paras edellytys ennaltaehkäisylle on positiivinen terveys- ja turvallisuuskulttuuri, jossa terveydestä huolehditaan ja tapaturmavaarat tiedostetaan ja huomioidaan. (Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2006, 13.)

Jokaisessa ensiaputilanteessa pyritään ensisijaisesti turvaamaan potilaan hengitys ja verenkierto ja antamaan henkeä pelastavaa ensiapua eli hätäensiapua ammattiapua odottaessa. Tärkeitä maallikon suorittamia hätäensiaputoimenpiteitä ovat muun muassa elottoman potilaan painelupuhalluselvytys, tajuttoman kylkiasentoon kääntäminen sekä verenvuotojen tyrehdyttäminen ja sokin ehkäisy. (Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2006, 24-27).

Opinnäytetyömme aiheeksi valitsimme kehittämistyön. Työmme keskeisenä tavoitteena oli luoda kuopiolaiselle vanhusten hoitokodille ensiapuohjeistus ja järjestää hoitokodin työntekijöille ensiapukoulutus. Näillä keinoin tarkoituksena oli parantaa hoitokodin työntekijöiden ensiapuvalmiuksia. Tehdessämme ohjaussopimuksen yhteistyötahonamme olleen kuopiolaisen hoitokodin kanssa hoitokodin edustajat esittivät toiveen, että hoitokodin nimeä ei tuotaisi julki opinnäytetyön raportissa. Hoitokodilta esitettiin myös toive ensiapuohjeistuksen yksinkertaisuudesta. Tästä syystä käytämme tekstissä termiä hoitokoti kuvatessamme yhteistyötahonamme ollutta hoitokotia.

Valitsimme opinnäytetyöksemme kehittämistyön, koska halusimme työhömmme käytännönläheisen lähestymistavan. Opinnäytetyömme aiheen valintaan on vaikuttanut myös se, että mielestämme ensiapuohjeistuksen tuottaminen ja ohjeistuksen pohjalta pidettävä koulutustapahtuma on tärkeä tapaturmien ja vaaratilanteiden ennaltaehkäisemiseksi.

2 OPPIMINEN JA OPETUS

Oppimisen aktivoimisessa on huomioitava tavoitteellisuus, motivaatio ja mielekkyys, kokonaisuuk-
sien hahmottaminen, looginen eteneminen, ilmapiiri, vuorovaikutus ja palaute. Jos asiat, joita luen-
nolla käsitellään, ovat oppijoille mielekkäitä, oppiminen on helppoa ja kiinnostavaa. Motivoivaa on
myös se, jos oppija kokee opetettavan asian merkitykselliseksi itselleen, koska silloin myös oppi-
minen on helppoa. On mahdollista pyytää oppijoita tuomaan esiin omia kokemuksiaan luennon
aiheesta, jolla saadaan myös opetettavaan aiheeseen mielekkyyttä, kun käytäntö ja teoria yhdisty-
vät. (Kupias 2004, 45-47.)

2.1 Aikuinen oppijana

Hoitokodissa vanhusten parissa työskentelevät työntekijät ovat terveydenhuollon ammattihenkilöi-
tä. Hoitokodissa työskentelee sairaanhoitajia ja lähihoitajia, jotka ovat suuntautuneet van-
hustyöhön, kuntoutukseen tai hoitoon ja huolenpitoon (Hoitokodin organisaatiokuvaus 2009).

Oppiminen aikuisiässä eroaa tavasta oppia lapsuudessa ja nuoruudessa. Lapsuudessa ihminen
oppii jäljittelemällä, mutta aikuisiässä ihminen sitä vastoin hakee tietoa sekä soveltaa oppimaansa
käytännössä. Aikuisena ihmisellä on myös vapaus ja valta hyväksyä tai hylätä, mitä hän opiskelee
ja oppii. Aikuisiällä oppimisessa korostuvat voimakkaasti opiskelun asenteet, tavoitteet ja opittavan
asian merkitys itselle. (Kokkinen, Rantanen-Väntsi & Tuomola 2008, 14.)

Aikuisella oppijalla on elämän aikana karttunut monipuolinen ja yksilökohtainen elämäkokemuk-
sen varasto, mikä on oppimisen kannalta tärkeä resurssi. Lisäksi uusien asioiden oppiminen raken-
tuu entisten oppien perustalle ja kun ihmisen tiedot ja taidot lisääntyvät, myös hänen edellytyk-
sensä uusien asioiden oppimiseen lisääntyy. Aikuinen oppija pitää mielekkäänä oppimista, jolla on
välitön sovellusarvo. Tällöin alakohtainen tieto on helppo kytkeä uuteen informaatioon. On myös
otettava huomioon, että jotkut toiminnot voivat olla juuri aikuisella syvälle juurtuneita ”*hyperhabitoi-
tuja*”, jolloin automatisoituja rutiineja voi olla vaikea muuttaa. (Rauste-von Wright, Von Wright &
Soini 2003, 73-79.)

2.2 Opetuksen suunnittelu ja opetusmenetelmä

Opetus on tavoitteellista, sekä suunnitelmallista toimimista. Tavoitteena on mahdollistaa opiskeli-
joiden oppiminen ja edistyminen. Opetuksen suunnittelulla tähdätään linjakkaaseen opetukseen.
Opetuksen suunnittelu voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen (Nevgi & Lindblom-Ylänne 2002, 237-
240.):

Ensimmäinen vaihe on oppimistavoitteiden täsmällinen määrittely, jossa opettajan pitää miettiä ,mitä asioita hän haluaa oppilaiden oppivan ja mitkä ovat hänen tavoitteensa. Tavoitteiden pitää olla mahdollisimman selkeitä ja konkreettisia, jotta ne välittyisivät oppilaille mahdollisimman hyvin.

Toisessa vaiheessa valitaan opetettava aines ja sisältö. Tällöin on tärkeä selvittää itselle mitkä asiat ovat keskeisiä ja mitkä eivät. On tärkeää päättää, mitkä asiat oppilaiden tulee oppia ja mitkä asiat ovat ns. bonusta.

Kolmannessa vaiheessa valitaan oppimisen arviointikeinot. Tässä vaiheessa pitää miettiä, miten opettaja voi parhaiten tukea oppilaiden laadukasta oppimista. Arviointimenetelmät tulee pitää linjassa oppimistavoitteiden kanssa.

Neljännessä eli viimeisessä vaiheessa valitaan opetusmenetelmät siten, että opiskelijoiden oppiminen mahdollistuu. Opetusmenetelmien pitää olla myös linjassa sisällön, oppimistavoitteiden ja arviointimenetelmien kanssa.

Opetusmenetelmät ovat tärkeässä roolissa suunniteltaessa koulutusta ja ne konkretisoituvat koulutuksen toteutusvaiheessa. Opetusmenetelmiä valittaessa tulisi ottaa huomioon koulutukselle asetetut tavoitteet, osallistujamateriaali, opiskeltava aihe ja ympäristö, sekä kouluttajan oma persoona ja se, mitkä menetelmät hänelle itselleen sopivat. (Mykrä & Hätönen 2008, 9.)

Perinteisessä luentomuotoisessa opetuksessa kouluttaja on yksin äänessä ja opiskelijat kuuntelevat ja tekevät muistiinpanot opettajan esittämistä materiaaleista. Tällaisessa perinteisessä luenossa opiskelijalle on varattu tiedon vastaanottajan osa. Joskus käy niin, että tieto vain siirtyy opiskelijoiden muistiinpanoiksi ilman, että nämä sitä mitenkään kummemmin miettivät. Tällainenkin menetelmä voi kuitenkin toimia, mikäli opiskelijat ovat motivoituneita ja kiinnostuneita opetettavasta asiasta. Tällöin opiskelijat eivät sulata asiaa sellaisenaan, vaan työstävät sitä mielessään ja suhtautuvat siihen kriittisesti ja pohtivasti. Tällöin myös yhdensuuntaisessa luennossa voidaan saavuttaa hyvää oppimista. (Kupias 2001, 45.)

Luento opetusmenetelmänä sopii hyvin tilanteisiin, joissa on tavoitteena laajentaa oppijoiden tietoperustaa. Perinteiset yksisuuntaiset luennot on suhteellisen helppoa suunnata aktivoimaan osallistujien ajattelua. Ideana on antaa tilaa osallistujille miettiä opittuja asioita ja rohkaista ja tukea osallistujia. Tällöin osallistujan rooli muuttuu passiivisesta tiedon vastaanottajasta aktiiviseksi tiedon käsittelijäksi. Luento voi sisältää vuorotellen yhdensuuntaista luennointia sekä aktiivista pohtimista. Yhdensuuntaista luentoa pitäessä tulee kuitenkin muistaa se, että osallistujien tarkkaavaisuus las-

kee jopa jo 15 minuutin yhdensuuntaisen luennoinnin jälkeen. Tämän vuoksi luentoa on hyvä jaksoittaa, mikäli se on kestoaltaan pitkä. (Mykrä & Hätönen 2008, 25.)

Toisessa menetelmässä, case-harjoituksessa eli tapausopetuksessa, oppijat käsittelevät opettajan kuvaamaa esimerkkitapausta käyttäen apuna aikaisempia kokemuksiaan, sekä koulutuksessa oppimiaan asioita. Tilanteessa asioita katsotaan usealta eri kannalta, ja siinä vaaditaan erilaisten ratkaisujen tekemistä. Tapausopetuksessa oppija pyritään asettamaan tilanteeseen, joka vastaa mahdollisimman todentuntuista tilannetta, ja siten häneltä vaaditaan siinä tarvittavia analyysi- ja päätöksentekotaitoja. Tapausopetuksella voidaan kehittää oppijan analysointitaitoja, soveltamiskykyä, luovuutta sekä kommunikointi-, sosiaalisia- ja itsearviointitaitoja. (Kupias 2001, 113-114.)

Case-harjoituksessa opettajan näyttämä mallisuoritus on usein käytetty opetusmenetelmä. Opettaja näyttää mallisuorituksen, jolla harjoitus toteutetaan ja oppijat jäljittelevät mallisuoritusta. Yleensä oppijat ovat alansa koulutettuja ammattilaisia, jolloin case-harjoituksen suorittaminen on helppoa ja vaivatonta, mutta jos oppijat eivät kykene suorittamaan harjoitusta taidokkaasti ja sujuvasti he voivat lannistua. Tämä voi johtua opettajan riittämättömästä opettamisesta, millä saataisiin toteutettua oikeanlaista mallisuorituksen jäljittelyä. (Jarvis 2004, 157.)

3 ENSIAPUTILANTEET VANHUSTEN HOIDOSSA

Ihmisten toimintakyky heikkenee ikääntyessä huomattavasti ja heidän avuntarpeensa kasvaa. Ongelmia aiheuttavat ravinnon ja liikunnan puute, jotka johtavat luu- ja lihaskatoon. Huono ravinnon-saanti myös edistää infektioherkkyyttä. Ikääntyessä kaatumisten, sydän- ja verisuonisairauksien, sekä muistiongelmien määrä lisääntyy. (Aejmelaeus ym. 2007, 183.)

Vanhusten kanssa työskenteleviltä hoitotyön työntekijöiltä odotetaan laajaa tietämystä ikääntyvien vanhusten terveydentilasta ja toimintakyvyn muutoksista, sekä erilaisista sairauksista. Toimiessaan hoitotyöntekijän roolissa työntekijä tekee myös nopeaa toimintaa vaativia ratkaisuja vaativissa tilanteissa. (Parviainen 1998, 166.)

Seuraavissa luvuissa on kuvattu ensiaputilanteita, joita hoitokodissa työskentelevät työntekijät voivat kohdata sekä vanhuuden tuomia riskitekijöitä, joita on usealla hoitokodissa asuvalla vanhuk-sella. Tämä teoriatieto auttaa hätätilanteissa toimivia hoitokodin työntekijöitä ymmärtämään syy- ja seuraussuhteita sekä vanhuuden mukanaan tuomien sairauksien merkitystä ihmisen elimistössä

3.1 Hätätilanteet ja vanhuuden riskitekijät

Ensiavulla tarkoitetaan sellaisia äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen ihmisen auttamiseksi tarkoitettuja toimenpiteitä, jotka pystytään tekemään ilman apuvälineitä tai toimintaa tehostavilla yksinkertaisilla välineillä. Tärkeä osa ensiavun antamisessa on loukkaantuneen/sairastuneen rauhoittaminen ja lisäävun hälyttäminen. Ensiaputaitojen pitäisi kuulua kansalaisten perustaitoihin. Hätäensiapua ovat hätätilanteeseen joutuneen potilaan auttamiseksi tehtävät toimenpiteet, joiden avulla voidaan parhaimmassa tapauksessa jopa estää potilaan menehtyminen. Hätäensiavun osatekijöitä ovat ensiarvion tekeminen, potilaan suojaan siirtäminen henkeä uhkaavassa tilanteessa (hätäsiirto), peruselvytys sekä puoliautomaattisen defibrillaattorin käyttö, hengitysteiden avaaminen apuvälineittä ja verenvuotojen tyrehdyttäminen käsin tai tilapäisen kiristysiteen avulla. Annetun hätäensiavun laatu riippuu ensiavun antajan koulutuksesta ja kokemuksesta. (Kinnunen 2005, 10.)

Yli 65 vuotta täyttäneiden yleisimmät kuolinsyyt vuonna 2007 olivat sepelvaltimotauti ja muut sydäntaudit, aivoverisuonisairaudet, dementia ja alzheimerintauti sekä tapaturmat ja erilaiset syöpätaudit. (Tilastokeskus 2008.)

3.2 Elottomuus

Elottomuudella tarkoitetaan sydämen mekaanisen toiminnan loppumista. Se varmistetaan toteamalla potilaalta reagoimattomuus, puuttuva tai poikkeava hengitys, sekä keskeisten valtimoiden sykkeen puuttuminen. Maallikolta valtimoiden sykkeiden tunnustelua ei edellytetä. Elottoman potilaan hoitona käytetään elvytystä, jonka tarkoituksena on käynnistää pysähtynyt sydän potilaalla, jonka sydänpysähdyksen syy on hoidettavissa. Elvytyksen tarkoituksena on taata potilaalle sellainen elämänlaatu, mihin ainakin potilas on itse tyytyväinen. Osalla elottomista potilaista kuolema on kuitenkin odotettu tapahtuma, tai sydänpysähdyksitapahtuman syystä tai sen pitkästä kestosta johtuen mahdollisuutta selviytymiseen ei enää ole. Tällöin aktiivista hoitoa ei enää ole järkevä aloittaa. (Väyrynen & Kuisma 2008, 188)

Elottoman potilaan selviytymiseen vaikuttavat sydämenpysähdyksen syy ja verenkierron palautumiseen kuluva aika. Lopullisen selviytymisen kannalta tärkeintä on yleensä se ehtiikö sydämenpysähdyksen aikana kehittyä hapenpuutteen aiheuttama hermovaurio, ja kuinka suureen osaan aivoja sen vaikutus ulottuu. Mikäli potilaan elottomuuden havainnut henkilö aloittaa heti elvytyksen niin potilaan ennuste on vähintään kaksi kertaa parempi, kuin jos se aloitetaan vasta ensihoitajien toimesta (Kinnunen & Kurola 2005, 271-272)

3.3 Tajuttomuus

Tajuttomuudella tarkoitetaan tilannetta, missä henkilö ei reagoi ulkoisiin ärsykkeisiin. Täysin tajuisaan oleva ihminen vastaavasti on sellainen, jonka puhe ja muisti vastaa henkilön ikää. Näiden kahden tilan väliin mahtuu hyvin laaja skaala heikentyneitä tajunnan tasoja. Tajunnantason laskun syynä voi olla hyvin moni erilainen syy vaihdellen suhteellisen vaarattomista syistä aina hengenvaarallisiin hätätilanteisiin (Hiltunen 2005, 340-341). Tajuton henkilö on vaarassa tukehtua, koska nielun lihakset ovat tajuttomalla veltot ja tällöin kieli pyrkii painumaan nieluun. Vaara tähän on erityisen suuri, mikäli tajuton on selällään, tai hänen päänsä on etukenossa. Tästä syystä tajuton onkin aina käännettävä kylkiasentoon. (Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2006, 54)

3.4 Rintakipu

Sydänsairaudet aiheuttavat monia erilaisia oireita muun muassa rintakipua, joka on merkki sydänlihaksen hapenpuutteesta. Hapenpuutteesta syntyvä kipu aktivoi autonomisen hermoston kiihtymisen, mikä verenpaineen nousua, sykkeen ja elintoimintojen nopeutumista. Nämä tekijät taas lisäävät sydämen työmäärää, josta voi kehittyä sydäninfarkti. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2001, 155.) Sydämessä olevien sepelvaltimoiden ahtautuminen aiheuttaa iskeemistä eli hapenpuutteesta johtuvaa rintakipua. Sepelvaltimoita ahtauttavaa sairautta kutsutaan sepelvaltimotau-

diksi. Sepelvaltimotaudin merkkejä ovat rasisurintakipu ja sydäninfarkti. Vanhuksilla sepelvaltimotaudin oireet voivat olla epämääräisiä johtuen heikentyneestä kivuntunnosta. Vanhuksilla kivuttomat sydäninfarktit ovat yleisiä erityisesti samaan aikaan diabetesta tai sepelvaltimotautia pitkään sairastavien kohdalla. Sydänlihaksen iskemia eli hapenpuute aiheuttaa usein hengenahdistuksen tunteen ja lisää sydämen rytmihäiriöalttiutta. Sydäninfarkti aiheutuu sepelvaltimotukoksesta, jonka verihitaleiden tukos ahtautuneessa sepelvaltimossa saa aikaan. Riski kuolla akuutin sepelvaltimotukoksen aiheuttamaan sydäninfarktiin kasvaa ikääntyessä. Vanhuksien kuolleisuutta sydäninfarktiin lisäävät rytmihäiriöalttiuus ja sydämen vajaatoiminnan tavallisuus. (Aejmelaeus ym. 2007, 188)

3.5 Hengitysvaikeus

Hengitysvaikeuden tyypillisimpiä aiheuttajia vanhuksilla ovat keuhkohtaumatauti, sekä vanhusten astma. Vanhetessa ihmisen elimistössä tapahtuu paljon muutoksia, niin myös hengitysteissä. Ikääntyneet altistuvat herkästi hengitystieinfektioille keuhkoputkien suojaimekanismien heikkenemisen takia. Ikääntyessä myös hengityselimien voima ja kestävyys heikkenevät, sekä keuhkokudoksen elastisuus ja hapen diffuusiokapasiteetti vähenevät, mikä edesauttaa hengenahdistustunteen syntymistä. Hengitysteissä tapahtuvien muutosten lisäksi ikääntyessä selkäranka rappeutuu, kylkiluiden rustorakenteet luutuvat, ja lihasvoima heikkenee. Näistä muutoksista johtuen rintakehän liikkuvuus heikkenee. (Tilvis 2001b, 167-173.)

3.6 Hypoglykemia

Diabetes eli sokeritauti on sairaus, jossa haiman erittämä insuliini hormoni on puutteellista tai uupuu kokonaan. Insuliinin puutos aiheuttaa hypoglykemiaa eli elimistön matalaa verensokeripitoisuutta. Diabetes jaetaan kahteen eri tyyppiin. Tyyppi 1 haima ei eritä insuliinia ollenkaan ja tyyppi 2 haima erittää insuliinia, mutta se on puutteellista. (Holmström 2008. 387-388.) Vanhuksilla oireet voivat olla vähäisiä tai epäspesifisiä. Diabetes mellitus 2:een liittyy lisääntyneet riskit ääreisverisuonten tukkeutumiseen, sydäninfarkteihin ja aivohalvaukseen. (Tilvis 2001a, 180-182.) Normaali veren sokeripitoisuus terveellä ihmisellä on noin 6mmol/l. (Käypähoito. Diabetes. 2011). Verensokerin laskeminen alle 3mmol/l saa aikaan oireita, joista tyypillisimpiä ovat ärtyneisyys, huimaus heikotuksen tunne uneliaisuus, hikoilu, paleleminen, kaatuilu ja tajunnan häiriöitä. Ikääntyessä ja elintoimintojen hidastuessa verensokerin niukkuuden riski kasvaa. (Aejmelaeus ym. 2007, 195.)

3.7 Kouristelu

Yksi kouristelun yleisimmistä aiheuttajista on epilepsia. Epilepsia tarkoittaa taipumusta saada toistuvasti epileptisiä kohtauksia ilman poikkeavaa altistavaa tekijää. Epileptinen kohtaus on aivotoi-

minnan ohimenevä häiriö, joka aiheutuu yleensä itsestään rajoittuvasta poikkeavasta sähkötoiminnasta jollain laajuudeltaan vaihtelevalla aivojen alueella. Kohtaus voi liittyä myös muihin syihin. Se voi aiheutua muun muassa aivovamman, aivosairauden tai systeemisen häiriön seurauksena. Tällöin ei puhuta kuitenkaan epileptisestä vaan symptomaattisesta kohtauksesta. On arvioitu että noin joka kymmenes ihminen saa elämänsä aikana epileptisen kohtauksen. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan epileptisen kohtauksen ilmaantuvuus kasvaa merkittävästi ihmisen ikääntyessä. Epilepsia on merkittävä sairaus myös siksi, että sen on todettu lisäävän kuolleisuutta normaaliväestöön verrattuna kaikissa ikäryhmissä. Sen aiheuttamia merkittävimpiä kuolinsyitä ovat tapaturmat, itsemurhat sekä status epilepticus. (Käypähoito. Aikuisten epilepsiat. 2011.)

3.8 Dementia

Dementia on oireyhtymä, johon liittyy muistihäiriöitä, sekä henkisen toiminnan ja muiden korkeiden aivotoimintojen heikkenemistä, mitkä vaikeuttavat itsenäistä ja sosiaalista selviytymistä. Dementian yleisin aiheuttaja on Alzheimerin tauti (70 %). (Erkinjuntti ym. 2007, 363.)

Keskeisiä oireita dementiassa ovat häiriöt muistissa ja päättelyssä, afasia (useilla potilailla), agnosia (hahmottamisen häiriöt esimerkiksi eksyminen) ja apraksia (häiriöt tarkoituksenmukaisissa ja tahdonalaisissa liikkeissä, esimerkiksi pukeutumisen vaikeus.) Oireet ovat usein eteneviä esimerkiksi Alzheimerin taudissa, mutta ne voivat olla myöskin pysyviä jälkitiloja, tai parannettavissa olevia. Dementian aiheuttaja on tärkeä selvittää jo kun ensimmäiset muistihäiriöt ilmenevät, jotta hoitotoimenpiteet voitaisiin aloittaa. Dementia on tärkein pitkäaikaishoitoon johtava oireyhtymä. (Sulkava 2001, 72.)

3.9 Kaatumiset

Kaatumiset riskit lisääntyvät vanhuuden mukanaan tuomien elinmuutosten vuoksi. Ikääntyessä aistit heikkenevät, muun muassa näkökyky ja asentotunto huononevat ja tasapainoelimen toiminta heikkenee. Kaatumiset ovat vanhukselle terveydellinen uhka, joka voi johtaa toimintakyvyn laskemiseen. Yli 65-vuotiaista 5 prosenttia joutuu kaatumistapaturman vuoksi lääkäriin, 40 prosentilla näistä lääkäriin joutuneista syynä on murtuma. Murtumista lonkkamurtumia on lähes puolet. Kaatumiset aiheuttavat murtumien ohella kuolleisuuden lisääntymistä. Laitoksissa lonkkamurtuman saaneiden kuolleisuus on kaksinkertainen verrattuna kotona murtuman saaneisiin. Vanhusten siirtyminen kotoa kodin ulkopuoliseen hoitoon lisää kaatumistapausten riskiä. (Hartikainen & Jäntti 2001, 281-283.)

4 ENSIAPUOHJEISTUS JA –KOULUTUS OPINNÄYTETYÖN AIHEENA

Toiminnallisen opinnäytetyön merkitys työelämässä käsittää toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjeistämistä ja järjestämistä. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi ammatilliseen käyttöön suunnattu ohjeistus tai opastus, esimerkiksi perehdyttämisoas, turvallisuusohjeistus, tai ympäristöohjelma. Kohderyhmästä riippuen lopullinen tuotos on kirja, kansio, vihko, opas, cd-rom, portfolio, kotisivut, tai järjestetty näyttely tai tapahtuma. (Vilka & Airaksinen, 2003, 5.)

Käytämme toiminnallinen opinnäytetyö-termin sijasta työstämme nimeä kehittämistyö. Kehittämistyömme aiheena on luoda ensiapuohjeistus yhteistyötahonamme olevalle vanhusten hoitokodille sekä siihen liittyvänä kahden ensiapukoulutuksen järjestäminen hoitokodin henkilöstölle.

4.1 Opinnäytetyön vaiheet

Kehittämistyötä tehdessä ensimmäinen vaihe on aiheen ideointi, aiheanalyysi. Siinä kannattaa ensimmäiseksi miettiä, mitkä asiat kiinnostavat opinnäytetyön tekijää muun muassa alan opinnoissa ja työharjoitteluissa. Motivoivan aiheen valinta on tärkeää. Aiheen valinnassa kannattaa yrittää valita aihe alueelta, jossa tekijä on hyvä ja josta hän on motivoitunut lisäämään tietojaan ja taitojaan ja joka tukee hänen tulevaisuuden urasuunnitelmiaan. Aiheen valinnassa on tärkeää myös se, että se kiinnostaisi myös mahdollista toimeksiantajaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 23-24.)

Valitsimme opinnäytetyön tekemistavaksi kehittämistyön ensisijaisesti siksi, että halusimme työlemme käytännönläheisen lähestymistavan. Aiheeksi valitsimme ensiapuohjeistuksen vanhusten hoitotyön tekijöille. Aiheen opinnäytetyölle saimme huhtikuussa 2009 ohjaavalta opettajaltamme, joka ehdotti, että tekisimme ensiapuohjeistuksen jollekin kuopiolaiselle hoitokodille, lisäksi voisimme mahdollisesti pitää ohjeistukseen liittyvän ensiapukoulutuksen. Yhteistyökumppaniksi saimme erään kuopiolaisen vanhusten hoitokodin, jonka kanssa kirjoitimme ohjaussopimuksen huhtikuussa 2009. Aiheen valintaan vaikutti myös se, että mielestämme ensiapuohjeistuksen tekeminen ja ohjeistuksen pohjalta pidettävä koulutustapahtuma on tärkeää tapaturmien ja vaaratilanteiden ennaltaehkäisemiseksi.

4.2 Työsuunnitelma

Kehittämistyön toimintasuunnitelma eli työsuunnitelma tehdään sen takia, että kehittämistyön idea ja tavoitteet olisivat tiedostettuja, perusteltuja ja harkittuja. Työsuunnitelma vastaa kysymyksiin, mitä, miten ja miksi jotain tehdään. Työsuunnitelman ensisijainen tehtävä on jäsentää työn tekijälle mitä hän on tekemässä. Lisäksi työsuunnitelmalla osoitetaan se, että tekijä kykenee johdonmukaiseen päättelyyn ideassaan ja tavoitteissaan. Työsuunnitelmassa annetaan myös lupaus tekemi-

sestä. Työsuunnitelman tekeminen aloitetaan lähtötilanteen kartoituksella. Selvitetään mitä muita vastaavia ideoita on aiemmin tehty. Jo aiemmin tehtyjä ideoita ei kannata toistaa vaan opinnäytetyön täytyy luoda alalle jotain uutta. Idean kohderyhmä ja sen tarpeellisuus kohderyhmälle tulee myös kartoittaa. Kerättyjen tietojen pohjalta tekijä voi pohtia omia taitojaan, kykyjään ja valmiuksiaan idean toteuttamiseen. Vasta edellä mainittujen taustatietojen keräämisen jälkeen on mahdollista täsmentää lopullisen opinnäytetyön idea ja tavoitteet. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 26-27.) Työsuunnitelmassa siis kuvataan kehittämistyön eteneminen alkutilanteesta haluttuun tavoitteeseen. Kehittämistyön toteutus voi osittain alkaa jo ennen kuin työsuunnitelma on lopullisesti hyväksytty. (Rissanen 2002, 54.)

Työmme keskeisenä tavoitteena oli luoda hoitokodille ensiapuohjeistus, sekä järjestää hoitokodin henkilöstölle ensiapukoulutus ja näillä keinoin parantaa hoitokodin työntekijöiden ensiapuvalmiuksia. Lisäksi tavoitteena oli kehittää omaa ammatillista osaamistamme tulevana ensihoitajina, koska työkenttäämme tulevaisuudessa kuuluu vastaavanlaisten koulutusten järjestäminen. Ensiapuohjeistus ja -koulutus antavat valmiuksia hoitokodin työntekijöille toimia oikein menetelmin eteen tulevilla ensiaputilanteissa. He voivat myös hyödyntää ensiapuohjeistusta myöhemmin tapahtuvissa ensiapukoulutuksissa ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Opinnäytetyömme tuotoksena oli ensiapuohjeistus hoitokodille, sekä ensiapukoulutus hoitokodin henkilöstölle.

4.3 Työsuunnitelman tekeminen

Aloitimme työsuunnitelman tekemisen syksyllä 2009. Tällöin meillä oli jo tiedossa kohderyhmä ensiapuohjeistukselle ja -koulutukselle. Ohjaussopimus oli kirjoitettu keväällä 2009.

Työsuunnitelman pohjana käytimme Savonia-amk:n ohjetta opinnäytetyön suunnitelmasta. Työsuunnitelmaan kuvasimme työn taustan, kehitystarpeet ja hoitokodin organisaation. Suunnitelmaan sisältyi myös kuvaus työn tavoitteista ja tuloksista, sekä työhön tarvittavista resursseista ja niiden seurantamenetelmistä. Lisäksi suunnitelmaan kuului oleellisena osana työn tietoperusta lähteineen, sekä työn etenemissuunnitelma aikataulukuvauksineen.

Suunnitellessamme ensiapuohjeistusta ja sen sisältöä selvitimme hoitokodin edustajien kanssa ensiapuohjeistuksen ja -koulutuksen kannalta oleellisia asioita. Kohderyhmänä tuottamallemme ensiapuohjeistukselle, sekä järjestettävälle ensiapukoulutukselle oli yhteistyötahonamme olevan hoitokodin henkilökunta, johon kuuluu 2 sairaanhoitajaa, sekä lähihoitajia jotka ovat suuntautuneet vanhustyöhön, kuntoutukseen, tai hoitoon ja huolenpitoon. (Hoitokodin organisaatiokuvaus 2009.)

Selvitimme yhdessä hoitokodin edustajien kanssa heidän ensiaputilanteisiin liittyviä tarpeitaan ja ongelmiaan. Veimme hoitokotiin syksyllä 2009 viikon, johon pyysimme hoitajia kirjaamaan koke-

muksiaan ensiaputilanteista, joita työssä oli tullut vastaan. Vuoden 2009 loppupuolella ja 2010 alkupuolella tapahtuneiden tutustumiskäyntien ja jättämämme vihkon perusteella kartoitimme hoitokodissa asuvien vanhusten toimintakykyä, hoitajien kokemuksia sattuneista vaaratilanteista sekä heidän toiveitaan ensiapuohjeistukseen. Kävimme myös läpi hoitokodin tiloja ja ympäristöä mahdollisia vaaratilanteita varten hoitokodin edustajan kanssa. Hoitokodin henkilökunta esitti meille toiveen, että ensiapuohjeistus olisi helppolukuinen ja yksinkertainen.

Hoitokodin henkilöstölle järjestetään ensiapuvalmiuksia ylläpitävää koulutusta kolmen vuoden välein. Jatkossa on suunnitteilla ensiapukoulutuksen järjestäminen vuosittain. Hoitokodilla on valmiina toimintaohje hätätilanteisiin. Toimintaohjeessa neuvotaan ensiavun antamisen jälkeen 112 numeroon soittaminen. Tilanteen niin salliessa ohjeen mukaan on mahdollista ottaa yhteyttä myös yksityiseen sairaankuljetuspalveluun. Ohjeessa mainitaan ambulanssin opastaminen tilannepaikalle ja ohjataan ambulanssia odottaessa mittaamaan potilaalta tarvittaessa verenpaineen, pulssin, lämmön ja verensokerin. (Hoitokodin laatukäsikirja/Turvallisuus 2008.)

Hoitokodista esitettyjen toiveiden lisäksi selvitimme yleisimmät vanhuksille sattuvat ensiapua vaativat tilanteet. Ensiapuohjeistuksen lopulliseen versioon sisällytimme toimintaohjeet elottomuuteen ja elvytykseen, tajuttomuuteen, rintakipuun, hengitysvaikeuteen, kouristeluun, hypoglykemiaan ja kaatumisiin (Liite 1). Päädyimme tekemään ohjeistuksesta keittokirjamaisen kokonaisuuden, johon on kuvattu edellä mainittujen tilanteiden oireet, sekä annettava ensiapu. Ensiapuohjeistus tulostettiin A4-papereille, jotka hoitokoti laminoi. Näin saatiin aikaan helposti luettava ja myös oikeassa tilanteessa käytön mahdollistava tuotos.

Toinen keskeinen osa kehitystyötämme ensiapuohjeistuksen tuottamisen lisäksi oli ensiapukoulutuksen suunnittelu ja toteuttaminen. Sovimme hoitokodin edustajan kanssa, että koulutus toteutettaisiin kahdessa tunnin mittaisessa sessiossa, joiden molempien aiheisältö olisi samanlainen. Koulutustapahtumien lyhyiden kestojen vuoksi päätimme kouluttaa hoitajille vain elottomuuden ja painelu-puhalluselvytyksen. Lisäksi opetimme teoriassa tajuttoman potilaan ensiavun. Elvytyskoulutukseen liitimme mukaan Pocket-maskin käytön puhalluselvytyksen tukena, koska halusimme kehittää hoitokodin henkilökunnan antaman puhalluselvytyksen tehoa. Pocket-maskia käytettäessä kynnyks puhalluselvytyksen antamiseen pienenee, koska se suojaa elvyttäjää tehokkaasti potilaan mahdollisilta eritteiltä. Hoitokoti on sitoutunut hankkimaan Pocket-maskeja ja sijoittamaan ne hoitokotiin keskeisille paikoille kevään 2011 aikana.

Koulutuksessa olevan opetustapahtuman suunnitelimme itse. Teoriaosuuden tueksi teimme Power-Point -esityksen (Liite 2). Power-Point -esityksessä olevan kuvamateriaalin kuvasimme itse, jotta ongelmia tekijänoikeuksien kanssa ei tulisi. Ensiapukoulutusta suunnitellessamme päädyimme perinteiseen luentomalliseen opetukseen. Mielestämme se oli paras vaihtoehto käytössä ole-

van rajallisen ajan vuoksi. Aktivoivaa opetusta ei ollut sen takia mahdollista järjestää. Luentomallisen teoriaosuuden jälkeen harjoittelimme lisäksi elvytystä case-menetelmän avulla. Mahdollisimman tehokkaan ajankäytön ja ensiapukoulutuksen toteutumisen varmistamiseksi teimme koulutusta varten minuuttikohtaisen aikataulun (Liite 3).

Työsuunnitelmaamme sisältyi myös riskien arviointia, jonka suoritimme SWOT-analyysin avulla (Liite 4). Lisäksi arvioimme suunnitelmassa työn meille aiheuttamia kustannuksia, jotka olivat hyvin vähäisiä. Ainoat kulut muodostuivat matkakustannuksista. Tulostus ja kopiointimahdollisuudesta oli sovittu aiemmin hoitokodin kanssa. Ensiapukoulutuksen järjestämiseen tarvittavat varusteet saimme käyttöömmekoululta sekä hoitokodilta.

Työsuunnitelmamme valmistui lokakuussa 2010 ja esitimme sen suunnitelmaseminaarissa 11.10.2010.

4.4 Ensiapuhjeistuksen ja -koulutuksen toteutus

Kehittämistyömme toiminnalliseen osioon kuuluivat ensiapuhjeistuksen tuottaminen sekä ensiapukoulutuksen järjestäminen hoitokodin henkilökunnalle.

Ensiapuhjeistus lukeutuu yleiseen terveysaineistoon, jonka tarkoituksena on vastata opinnäyte-työmme kohderyhmän eli hoitohenkilöstön tarpeisiin. Ensiapuhjeistuksen aineisto auttaa hoitokodintyöntekijöitä ymmärtämään omia mahdollisuuksiaan ensiaputilanteissa ja sitä voidaan käyttää tukena vaikeiksi koettuihin aiheisiin. Terveysaineiston täytyy laadullisesti tyydyttää kohderyhmän tarpeet, kunnioittaa kohderyhmää ja olla virheetöntä tietoa. (Terveysten edistämisen keskus 2011).

Ensiapuhjeistus valmistui ja sai lopullisen muotonsa huhtikuussa 2011. Tuotteen lopulliseen sisältöön sisällytimme toimintaohjeet elottomuuteen ja elvytykseen, tajuttomuuteen, rintakipuun, hengitysvaikeuteen, kouristeluun, hypoglykemiaan, sekä kaatumisiin. Hoitokodin henkilökunnan toiveiden mukaisesti teimme ohjeistuksesta mahdollisimman yksinkertaisen ja helppolukuisen. Tavoitteena oli ohjeistuksen käyttökelpoisuus myös aidoissa ensiaputilanteissa. Jokaisesta edellä mainitusta aiheesta on ohjeistuksessa kuvattu lyhyesti tilanteen oireet sekä tilanteessa annettava ensiapu. Ohjeistuksen ulkoasua mietittäessämme päädyimme tekemään sen A4-kokoisille paperiarkeille, jotka hoitokoti itse myöhemmin laminoi tuotteen kestävyuden takaamiseksi. Hoitokodin johto on aikonut esitellä ja käydä läpi valmiin ensiapuhjeistuksen hoitokodin kuukausittaisessa palaverissa, jotta työntekijöillä olisi tieto ensiapuhjeistuksen olemassaolosta ja siten ohjeistus saataisiin mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön. Hoitokotiin kuuluu kaksi erillistä asiakkaiden asumiskäytössä olevaa rakennusta. Hoitokoti on päättänyt sijoittaa ensiapuhjeistuksen molempiin rakennuk-

siin keskeisille paikoille jotta ensiapuohjeistus olisi hoitajien käytettävissä myös oikeissa ensiaputilanteissa.

Kehittämistyöhömmme liittyvät ensiapukoulutukset toteutettiin kahdella eri kerralla 17.12.2010 ja 5.1.2011. Koulutuksen kesto oli molemmilla kerroilla yksi tunti. Olimme aluksi suunnitelleet koulutuksen sisältävän kaikki ensiapuohjeistukseen sisältyvät tilanteet, mutta rajallisen annetun ajan vuoksi päädyimme käymään koulutuksessa läpi ainoastaan painelu-puhalluselvytyksen Pocket-maskin avulla sekä tajuttoman potilaan kylkiasentoon kääntämisen. Pocket-mask on puhalluselvytyksessä apuna käytettävä maski, jonka tarkoitus on suojata auttajaa ja potilasta nesteiden ja eritteiden vaihtumiselta yksitieventtiin avulla. Pocket-maskin avulla myös auttajan etäisyys potilaaseen on tarpeeksi suuri, jolloin auttaja voi seurata potilaan mahdollisia eritteitä ja huulten väriä sekä tarkkailla potilaan rintakehän liikettä puhallusten aikana (Laerdal 2011). Pocket-mask otetaan käyttöön hoitokodissa pitämämme ensiapukoulutuksen ansiosta. Hoitokoti on sitoutunut hankkimaan Pocket-maskin molempiin asuinkäytössä oleviin rakennuksiin, missä sitä voidaan käyttää apuna mahdollisissa elvytystilanteissa. Päädyimme valitsemaan ensiapukoulutuksen aiheeksi elvytyksen, koska se on taito, jota voi pitää yllä ainoastaan harjoittelemalla tilannetta oikeasti. Muuten taidot heikkenevät ajan myötä ja siten myös elvytyksen teho huononee. Koulutusta suunnitellesamme käytimme hyväksi Käypä-hoitosuositusta elvytyksestä (Käypähoito. Elvytys. 2010). sekä Suomen punaisen ristin ensiapuopasta (Sahi, Castrén, Helistö & Kämäräinen 2006, 25-27.)

Ensiapukoulutukseen osallistui kummallakin kerralla kahdeksan hoitokodin henkilökuntaan kuuluvaa ihmistä. Koulutuksen järjestelmällisen etenemisen ja ajankäytön tehokkuuden takaamiseksi teimme koulutusta varten minuuttikohtaisen aikataulun, jota myös noudatimme koulutusta pidettäessä. Koulutusta varten olimme varanneet koululta neljä kappaletta AED-elvytysnukkeja sekä kymmenen kappaletta Pocket-maskeja, joiden käytön elvytyksessä opetimme koulutuksessa. Koulutus toteutui hoitokodin omissa tiloissa, minne hoitokodin edustajisto oli varannut käyttöömmme diaprojektorin sekä kannettavan tietokoneen.

Aloitimme koulutuksen 15 minuutin mittaisella teoriaosuudella, jota tukemaan olimme tehneet Power-point esityksen. Koulutuksen alussa keskustelimme myös lyhyesti hoitokodin henkilökunnan omista elvytyskokemuksista. Teoriaosuudessa kävimme läpi tajuttoman ja elottoman ihmisen tunnistamisen, elottomuuden erilaiset syyt, tajuttoman kylkiasentoon kääntämisen, sekä painelu-puhallus elvytyksen käyttäen apuna Pocket-maskia. Teoriaosuuden jälkeen näytimme esimerkkisuorituksen elottomuuden toteamisesta sekä painelu-puhalluselvytyksestä kahdella henkilöllä Pocket-maskia apuna käyttäen. Korostimme erityisesti oikeaa painelutekniikkaa, hengityksen tarkkailua hengitysteiden avaamisen jälkeen sekä opetimme Pocket-maskin käytön elvytyksen yhteydessä. Tälle esimerkkisuoritukselle oli varattu aikaa kymmenen minuuttia. Painelu-puhalluselvytyksen harjoitteluun käytettiin aikaa 25 minuuttia. Tässä vaiheessa oppija-ryhmä jaet-

tiin neljäksi kahden hengen pariiksi. Näistä kaksi paria harjoitteli omatoimisesti paineluelvitystä kahdella AED-elvytysnukella. Samaan aikaan kaksi muuta paria harjoitteli opastetusti kouluttajien johdolla elottomuuden toteamista ja painelu-puhalluselvitystä kahdella henkilöllä Pocket-maskia apuna käyttäen. Tarkkailimme ja ohjasimme omia parejamme elvyttämään teoriaosuudessa esitetyn mallin mukaisesti. Kumpikin osapuoli parista harjoitteli vuorollaan sekä painelu-, että puhalluselvitystä. Parien välisen kierron pidimme aikataulun mukaisesti 10 minuutissa.

Kummankin koulutuskerran lopussa pidimme pienen loppupalautteen, jonka yhteydessä koulutukseen osallistujien oli vielä mahdollista kysyä mahdollisesti epäselviksi jääneitä asioita. Samassa yhteydessä jaoimme koulutukseen osallistujille tilaisuutta varten luomamme kyselylomakkeen (Liite 5). Kyselylomakkeista saadun palautteen avulla arvioimme koulutuksen onnistumista. Kyselylomakkeeseen vastattiin nimettömänä. Kyselylomakkeesta saatua palautetta käsittelemme pohdinta osiossa.

5 POHDINTA

5.1 Opinnäytetyön arviointi

Kehittämistyön tekeminen opinnäytetyönä oli raskas ja runsaasti stressiä aiheuttanut kokemus. Olimme kumpikin mukana tämänkaltaisessa laajemmassa projektissa ensimmäistä kertaa. Työn tekeminen asettikin meille runsaasti haasteita.

Saimme opinnäytetyön projektin hyvin käyntiin. Aihe valittiin nopeasti ja ohjaussopimus kirjoitettiin. Työ alkoi valmistua kuitenkin hitaasti; tuntui, että aikaa kyllä on, mistä seurasi se, että työ meinasi jäädä roikkumaan. Työstimme työtä prosessin alussa paljon yhdessä. Prosessin edetessä aloimme kuitenkin jakaa tehtäviä sovitusti, koska huomasimme, että siten saamme tehtyä huomattavasti enemmän samassa ajassa. Tästä aiheutui myöhemmin se, että jouduimme työstämään kirjallisia asioita melko paljon, koska kirjalliset ulosantimme olivat hyvin erilaiset. Kirjallisella puolella ongelmia tuotti jonkin verran myös hyvien lähteiden löytäminen. Varsinkin englanninkielisen aineiston etsiminen tuotti ongelmia.

Henkilökohtaiset näkemyksemme opinnäytetyön tekemisestä olivat hyvin samanlaiset, joten ongelmia päätöksenteon suhteen työtä tehdessä ei juurikaan ilmennyt. Aikataululliset asiat meinasivat aika ajoin tuottaa vaikeuksia, mutta niistä selvittiin molemminpuolisella joustolla. Tiukimmalle aikataulun kanssa meni kirjallisen raportin tekemisen kanssa. Kehittämistyön toiminnallisen osion saimme sitä vastoin valmiiksi hyvissä ajoin. Työmme budjetti piti hyvin, ja sen kanssa ei ollut ongelmia missään vaiheessa.

5.2 Ensiapuohjeistuksen ja koulutuksen arviointi

Olimme yhteydessä yhteistyötahonamme olleen hoitokodin kanssa projektin alusta asti ensiapuohjeistukseen ja -koulutukseen liittyvissä asioissa. Heti projektin alkuvaiheessa aloimme kartoittaa hoitokodin tarpeita ja heidän mahdollisia toiveitaan ensiapuohjeistuksen ja -koulutuksen suhteen. Tämän yhteistyön koimmekin toimivan erittäin hyvin koko projektin ajan.

Tekemämme tiedustelun avulla saamiemme tietojen perusteella päädyimme valitsemaan ohjeistuksen sisällöksi yleisimmät vanhuksille sattuvat ensiapua vaativat tilanteet: elottomuuden, tajuttomuuden, rintakivun, hengitysvaikeuden, hypoglykemian, kouristelun ja erilaisten kaatumisten aiheuttamat vammat. Viimeksi mainittu kohta oli esillä myös hoitokodin edustajien toiveena, koska hoitokodin asukkaille sattuu runsaasti erilaisia kaatumistapaturmia.

Myös ohjeistuksen ulkoasua mietittäessä olimme yhteydessä hoitokodin edustajien kanssa. Mietimme ohjeistusta tehdessä monenlaisia ulkoasumalleja, mutta päädyimme yhteistyössä lopulta tekemään ohjeistuksen A4-kokoisille papereille, jotka hoitokoti myöhemmin laminoi. Näin saimme helppolukuisen ja myös tarvittaessa oikeissa ensiaputilanteissa käyttökelpoisen materiaalin (liite2).

Tuottamamme ensiapuohjeistuksen ja -koulutuksen yhteisenä tavoitteena oli parantaa hoitokodin työntekijöiden ensiapuvalmiuksia. Järjestetyissä ensiapukoulutuksissa työntekijät saivatkin hyvän kertauksen tajuttomista ja elottomista ihmisistä sekä heidän kanssaan toimimisesta.

Jakamamme kyselylomakkeeseen vastasivat kaikki 16 koulutukseen osallistunutta henkilöä. Koulutuksesta saamamme palaute oli erittäin positiivista ja koulutus koettiin hyödylliseksi. Käyttämämme koulutusvälineet ja -materiaalit olivat poikkeuksetta vastaajien mielestä toimivia. Koulutukseen osallistujat kokivat puhalluselvytyksessä apuna käytetyn Pocket-maskin pienentävän heidän kynnystään antaa puhalluselvytystä. Maskin avulla puhalluselvytyksen antaminen onnistui kaikilta koulutukseen osallistuneilta pienen harjoittelun jälkeen. Myös ajankäyttö koettiin hyväksi ja tehokkaaksi. Koulutustaitojamme pidettiin hyvinä. Saimme myös palautetta, että esityksemme oli sopivan tiivis, jämäkkä ja asiat käytiin läpi riittävän yksinkertaisesti. Oppijat kokivat taitojensa vahvistuvan koulutustapahtuman myötä ja vastasivat myös poikkeuksetta saaneensa lisää rohkeutta toimia oikein mahdollisen elvytystilanteen tullessa eteen.

Kysyimme palautelomakkeessa myös hoitokodin työntekijöiden mielipidettä siitä, miten usein heidän mielestään vastaavanlaista koulutusta tulisi järjestää. Vastaukset olivat puolesta vuodesta kahteen vuoteen. Antamamme koulutuksen jälkeen ja hoitokodille tuottamamme ohjeistuksen avulla kertauskoulutusta onkin tulevaisuudessa toivottavasti helpompi järjestää.

5.3 Eettisyyden arviointi

Eettinen perusta työlle on yksi tärkeä osa-alue sairaanhoitajan asiantuntijuudessa (Virtanen-Vaaranmaa 1998). Etiikka on siten tärkeä osa myös ensihoitajan työssä. Toimimmekin siis kehittämistyötä tehdessämme eettisiä periaatteita noudattaen.

Ihmisarvoa tulee kunnioittaa ja se kuuluu jokaisen ihmisoikeuksiin. Näitä ihmisoikeuksia ovat muun muassa oikeus saada apua terveyttä ja elämää uhkaavissa tilanteissa. Ihmisarvoa tulkitaan myös samaistamalla ihmisarvo persoonana olemiseen. Toisaalta tämä tulkinta rajaa ihmisarvon piiristä pois henkilöt, jotka eivät täytä persoonana olemisen tunnuspiirteitä, kuten aivokuolleet henkilöt. (Pietarinen&Launis 2005, 23-27). Hoitokodissa asuu vaikeasta dementoituneita ja muistisairaita vanhuksia. Mielestämme kaikki ihmisyksilöt ovat ihmisarvoisia sairauksista ja toimintakyvyn puutteista huolimatta ja heillä tulisi olla mahdollisuus laadukkaaseen ja hyvään hoitoon. Tämän takia

mielestämme on tärkeää, että hoitokodin hoitohenkilöstöllä on asianmukaiset ja ajan tasalla olevat ensiapu- ja elvytystaidot.

5.4 Ammatillisen kasvun arviointi

Ensihoidon koulutusohjelmasta valmistuva ensihoitaja valmistuu samalla myös sairaanhoitajaksi. Sairaanhoitajan ammattitaitovaatimukseen kuuluvat keskeisesti ohjaus ja opetus. Työ sairaanhoitajana sisältää muun muassa hoitohenkilöstön ja opiskelijoiden ohjausta ja opetusta. (Savonia ammattikorkeakoulu 2007, 4,7).

Valistuksen avulla voidaan säästää ihmishenkiä. Valistus onkin tärkeä osa ensihoitojärjestelmän riskienhallintaa ja tavoitteena sillä on luoda valistuksen kohteille valmiuksia tunnistaa ja siten ehkäistä turvallisuus- ja terveysriskejä. Toinen tärkeä tavoite on vähentää jo tapahtuneiden tilanteiden vaikutuksia luomalla oikeita malleja toimia hätätilanteissa. (Rekola & Hakala 2008, 598.)

Ensiapuohjeistuksen tekeminen ja ensiapukoulutuksen järjestäminen tukevat hyvin ohjaus- ja opetustaitojen kehittymistä matkalla terveysalan ammattilaiseksi. Ensiapukoulutuksen pitäminen antaa lisäksi tärkeää esiintymisvarmuutta, koska ensihoitajan työhön kuuluu runsaasti erilaisia koulutustilanteita ja -tilaisuuksia.

Saimme lisäksi kehittämistyötä tehdessämme paljon lisää oppia ensiapukoulutuksen suunnittelusta ja siihen valmistautumisesta. Näitä oppeja voimme hyödyntää tulevaisuuden työssämme. Kehittämistyötä tehdessämme kehittyivät myöskin yhteistyötaidot, jotka ovat oleellinen osa ensihoitajan työtä. Jouduimme tekemään paljon työtä yhdessä keskenämme opinnäytetyöprosessin aikana. Olimme myös paljon yhteydessä hoitokodin henkilökunnan kanssa kehittämistyötä suunnitellesamme.

5.5 Tavoitteisiin pääseminen sekä tulevaisuuden kehitystarpeet

Kehittämistyömme tavoitteiksi olimme asettaneet ensiapuohjeistuksen luomisen hoitokodille sekä ensiapukoulutuksen järjestämisen ja näillä keinoin hoitokodin työntekijöiden ensiapuvalmiuksien parantamisen. Nämä tavoitteet onnistuimmekin mielestämme täyttämään hyvin. Saimme luotua hoitokodille ensiapuohjeistuksen, jota myös räätälöitiin yhteistyössä hoitokodin henkilökunnan kanssa heidän tarpeilleen sopiviksi sekä ohjeistuksen ulkoasun, että sen sisällön osalta. Myös ensiapukoulutukset järjestettiin onnistuneesti. Tyytyväisiä olivat sekä hoitokodin henkilökunta että me kouluttajat.

Olisimme mielellämme pitäneet ensiapukoulutuksen nyt toteutettua koulutusta laajempaan sisällyttämiseen siihen mahdollisesti kaikki ensiapuohjeistuksessa olevat tilanteet, mutta tämä ei hoitokodin meille antamien resurssien puitteissa ollut mahdollista.

Annetun palautteen perusteella hoitokodin työntekijät saivat hyvän kertauksen elvytyksestä, ja käytetty koulutus antaa heille paremmat edellytykset toimia mahdollisessa elvytystilanteessa.

Jätämme hoitokodin käyttöön myös ensiapukoulutuksessa tukenamme olleen Power-Point -esityksen, jota hoitokodin työntekijät voivat halutessaan käyttää myöhemmin tapahtuvissa koulutuksissa sekä esimerkiksi uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Toivomme, että jättämäämme materiaalia käytettäisiin hyväksi mahdollisimman tehokkaasti sekä uusien että vanhojen työntekijöiden tieto-aidon ylläpitämiseksi.

LÄHTEET

Aejmelaeus, R., Kan, S. Katajisto, K.-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY.

Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. 2007. Muistihäiriöt ja dementia. Teoksessa S. Soinila, M. Kaste & H. Somer (toim.) Neurologia. Helsinki: Duodecim, 365-378.

Hartikainen, S. & Jäntti, P. 2001. Iäkkäiden kaatumiset ja huimaus. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 281-283.

Hiltunen, T. 2005. Heikentynyt tajunnantaso. Teoksessa M. Castrén, A. Kinnunen, H. Paakkonen, J. Pousi, J. Seppälä, O. Väisänen & J. Nurmi (toim.) Ensihoidon perusteet. 3. korjattu painos. Kuopio: Pelastusopisto ja Helsinki: Suomen Punainen Risti, 340-341.

Hoitokodin laatukäsikirja/Turvallisuus. 2008.

Hoitokodin organisaatiokuvaus. 2009.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2001. Sisätautikirurginen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Holmström, P. 2008. Yleisimmät hoitotason ensihoitotehtävät. Endokriiniset hätätilanteet. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström & K. Porthan (toim.) Ensihoito. Helsinki: Tammi. 387-388.

Jarvis, P. 2004. Adult education & lifelong learning. London: RoutledgeFalmer.

Kinnunen, A. 2005. Kuljetuksesta hoitoon. Ensiapu ja hätäensiapu. Teoksessa Castrén, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. Kuopio: Pelastusopisto ja Helsinki: Suomen Punainen Risti.

Kinnunen, A. & Kurola, J. 2005. Elottomuus. Teoksessa M. Castrén, A. Kinnunen, H. Paakkonen, J. Pousi, J. Seppälä, O. Väisänen & J. Nurmi (toim.) Ensihoidon perusteet. 3. korjattu painos. Kuopio: Pelastusopisto ja Helsinki: Suomen Punainen Risti, 271–272.

Kokkinen, A. Rantanen-Väntsi, L. Tuomola, A. 2008. Aikuisen oppijan kirja. Helsinki: Kirjapaja.

Kupias P. 2001. Oppia opetusmenetelmistä. Helsinki: Educa-instituutti.

Käypä hoito 2011. Aikuisten epilepsiat Viitattu 15.3.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50072>

Käypä hoito 2010. Elvytys Viitattu 8.12.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi17010>

Käypä hoito 2011. Diabetes Viitattu 14.3.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056>

Laerdal 2011. Laerdal Pocket-Mask Viitattu 16.3.2011.
<http://www.laerdal.com/fi/doc/113/Laerdal-Pocket-Mask>

Mykrä T. & Hätönen H. 2008. Opetusmenetelmät oppimisen edistämässä. Teoksessa T. Mykrä & H. Hätönen (toim.) Opas opetusmenetelmistä. Helsinki: Educa-instituutti, 9. JA 25

Nevgi A. & Lindblom-Yläne S. 2002. Opetuksen suunnittelun työkalut. Teoksessa S. Lindblom-Yläne & A. Nevgi (toim.) Yliopisto- ja korkeakouluopettajan käsikirja. Helsinki: WSOY, 237-240.

Parviainen T. 1998. Yhteiskunnallinen näkökulma vanhusten palvelujen kehittämiseen. Palvelurakenteen muutokset ja vanhusväestön tarpeet. Teoksessa T. Parviainen & E. Päiväranta (toim.) Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 153-173.

Pietarinen, J. & Launis, V. 2005. Lääkintä-hoitoetiikan peruseriaatteet. Teoksessa S. Saarni (toim.) Lääkärin etiikka. Suomen lääkäriliitto, 23-27.

Rauste-von Wright, M-L., Von Wright, J. & Soini T. 2003. Oppiminen ja koulutus. Helsinki: WSOY, 73-79.

Rekola, L. & Hakala, T. 2008. Potilasohjaus ja valistus ensihoitajan työssä. Ensihoitaja valistajana. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström & K. Porthan (toim.) Ensihoito. Helsinki: Tammi, 598-604.

Rissanen, T. 2002. Projektilla tulokseen – projektin suunnittelu, toteutus, motivointi ja seuranta. Jyväskylä: Pohjantähti.

Sahi, T., Castrén, M., Helistö, N. & Kämäräinen, L. 2006. Ensiapuopas. 5. tarkistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Punainen Risti.

Savonia-ammattikorkeakoulu. 2007. Ensihoitaja (AMK) Opetussuunnitelma. Kuopio.

Sulkava, R. 2001. Neurologiset sairaudet. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 72.

Terveyden edistämisen keskus 2008 Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto Viitattu 16.3.2011. http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2008/2008_003.pdf

Tilastokeskus. 2008. 65 vuotta täyttäneiden yleisimmät kuolemansyyt sukupuolen mukaan vuonna 2007. Päivitetty 3.12.2008. Viitattu 29.4.2010 http://www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2007/ksyyt_2007_2008-12-04_tau_002.html

Tilvis, R. 2001.a Endokriiniset ja elektrolyyttitasapainon häiriöt. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 180-182.

Tilvis, R. 2001.b Keuhkosairaudet: COPD ja astma. Teoksessa R. Tilvis, A. Hervonen, P. Jäntti, A. Lehtonen & R. Sulkava (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 167-173.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virtanen-Vaaranmaa, H. 1998. Sairaanhoidajan asiantuntijuus tulevaisuudessa. Delfitutkimus asiantuntijoiden käsityksestä pääkaupunkiseudusta toimintaympäristönä. Pro-gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Väyrynen, T. & Kuisma, M. 2008. Yleisimmät hoitotason ensihoitotehtävät. Sydänpysähdys ja elvytys. Teoksessa M. Kuisma, P. Holmström & K. Porthan (toim.) Ensihoito. Helsinki: Tammi, 188-228.

ENSIAPUOHJEET

Sisältö

1. Elottomuus ja elvytys
2. Tajuttomuus
3. Rintakipu
4. Vierasesine hengitysteissä
5. Astma
6. Kouristelu
7. Hypoglykemia
8. Raajojen vammat

1. Elottomuus ja elvytys

1. Jos potilas ei reagoi puhutteluun eikä ravisteluun, hälytä lisäapua soittamalla 112.
2. Aseta potilas lattialle selälleen.
3. Tarkista hengittääkö potilas: käännä päätä taaksepäin ja tunnustele poskella tai kämmenselällä ilmavirran tuntuminen ja katso nouseeko rintakehä .
4. Jos ilmavirta tuntuu ja rintakehä liikkuu, käännä potilas kylkiasentoon. Jos et tunne ilmavirtausta, niin aloita painelu-puhalluselvytys.
5. Paina 30 kertaa rintalastan keskeltä taajuudella 100 kertaa minuutissa. Tämän jälkeen puhalla 2 kertaa Pocket-maskin avulla, jos elvyttäjiä on vähintään kaksi, jos olet yksin jatka pelkkää painelua.
6. Jatka elvytystä edellä mainitulla tavalla kunnes ensihoitohenkilöstö antaa luvan lopettaa elvytyksen, voimasi ehtyvät, tai potilas herää.

2. Tajuttomuus

1. Jos potilas ei reagoi puhutteluun eikä ravisteluun, hälytä lisäapua soittamalla 112.
2. Aseta potilas lattialle selälleen.
3. Tarkista hengittääkö potilas: käännä päätä taaksepäin ja tunnustele poskella tai kämmenselällä ilmavirran tuntuminen ja katso nouseeko rintakehä.
4. Jos ilmavirta tuntuu ja rintakehä liikkuu, käännä potilas kylkiasentoon.
5. Seuraa potilaan hengitystä ja odota ensihoitohenkilöstön saapumista.

3. Rintakipu

Oireet:

- Puristava ja kova rintakipu, joka voi säteillä kaulalle, ylävatsaan, lapojen väliin tai käsivarsiin.
- Potilaalla voi esiintyä hengenahdistusta ja pahoinvointia.
- Iho on kylmännihkeä.

Toiminta:

- Jos kivut eivät poistu nitroa antamalla hälytä lisäapua soittamalla 112.
- Rauhoita ja aseta potilas lepoon.
(Puoli-istuva asento on yleensä kivuttomin)
- Jos potilas menee elottomaksi hälytä lisäapua soittamalla 112 ja aloita painelu-puhalluselytys.

4. Vierasesine hengitysteissä

Oireet:

- Oireet alkavat äkisti.
- Potilas ei pysty puhumaan, yskimään, eikä hengittämään.
- Potilas on hätäntynyt, koska tuntee tukehtuvansa.
- Kasvot ja huulet muuttuvat sinertäviksi.
- Autettava voi menettää tajuntansa.

Toiminta:

- Käske tajuissaan olevaa potilasta yskimään ja hälytä lisäapua soittamalla numeroon 112.
- Jos vierasesine ei poistu yskimällä, asetu potilaan taakse ja
 - taivuta potilaan ylävartaloa eteenpäin ja lyö kämmenellä 5 kertaa potilaan lapaluiden väliin.
 - jos lyönneistä ei ole apua aseta toinen kätesi nyrkissä autettavan ylävatsalle ja tartu nyrkkiin toisella kädellä.
 - nykäise tällä kahden nyrkin otteella taakse yläviistoon 5 kertaa (Heimlichin ote).
 - jos tästäkään ei ole apua jatka vuorottelemalla lyöntejä lapaluiden väliin ja Heimlichin otetta.
 - jos henkilö menettää tajuntansa toimi kuten elottoman potilaan kohdalla ja aloita painelu-puhallus elvytys.

5. Astma

Oireet:

- Potilaalla on hengitysvaikeus, joka on pahentunut vähitellen. Uloshengitys voi olla pidentynyt ja vinkuva.
- Potilas on ahdistunut ja puhuminen on vaikeaa.
- Potilaan syke ja hengitys ovat nopeutuneet.
- Huulet sinertävät.

Toiminta:

- Anna potilaan valita itselleen hyvä asento. Puoli-istuva asento on yleensä hyvä.
- Avaa potilaan kiristävät vaatteet.
- Anna potilaalle hänen omaa kohtauslääkettään ohjeen mukaan.
- Jos hengitysvaikeus ei helpota nopeasti tai tilanne pahenee hälytä lisäapua soittamalla numeroon 112.
- Seuraa autettavan tilaa ammattiavun tuloon saakka.

6. Kouristelu

Oireet:

- Raajat koukistelevat voimakkaasti.
- Hengitys voi hetkellisesti pysähtyä.
- Virtsa tai uloste voivat karata.
- Kouristelun loputtua on usein jonkin aikaa unelias/sekava.

Toiminta:

- Huolehdi ettei potilas vahingoita itseään, suojaa erityisesti päätä.
- Älä estä kouristelua
- Käännä potilas kylkiasentoon kouristelun päätyttyä ja varmista että hän hengittää.
- Hälytä lisäapua soittamalla 112, jos kouristelu ei lopu viidessä minuutissa, tai kohtaous uusiutuu.
- Jos potilas ei kouristelun jälkeen hengitä, soita 112 ja aloita painelupuhalluselvytys.

7. Hypoglykemia

Oireet:

- Potilas on kalpea, iho on hikinen.
- Puhe voi olla epäselvää ja käyttäytyminen levotonta sekä ärtyisää.
- Potilaalla voi olla näköhäiriöitä ja horjuvaa liikkumista.

Toiminta:

- Mittaa verensokeri
- Jos potilas on tajuissaan anna hiilihydraattipitoista syötävää tai juotavaa.(sokeria, hunajaa, mehua)
- Jos potilas menettää tajuntansa hälytä lisääpua soittamalla 112.
- Älä anna tajuttomalle mitään suun kautta.
- Käännä tajuton kylkiasentoon.
- Jos potilas ei hengitä aloita painelu-puhalluselytys.

8. Raajavammat

Oireet:

- Kivun tunne, aristus ja turvotus vamma-alueella.
- Potilas ei voi liikuttaa raajaa normaalisti.
- Verenvuoto vamma-alueella.
- Raaja mahdollisesti virheasennossa.

Toiminta:

- Jos vamma näyttää vakavalta hälytä lisääpua soittamalla 112.
- Älä liikuta murtuma-aluetta tarpeettomasti.
- Kohota vammautunut raaja.
- Tue vamma-alue liikkumattomaksi ja aseta vammakohdan päälle kylmäpussi.
- Tyrehdytä verenvuoto.
- Seuraa potilaan tilaa ja odota ensihoidon saapumista paikalle.

ELVYTYSKOULUTUS

17.12.2010

Marko Mikkonen & Olli Vilén

Ensihoitajaopiskelijat TE7S

Savonia-amk/Terveysala

Tajuton / Eloton?

TAJUTON

- ⦿ Ei reagoi ravisteluun, mutta hengittää.

ELOTON

- ⦿ Ei reagoi ravisteluun eikä hengitä.

Elottomuuden syitä

- Sydämen äkillinen toimintahäiriö:
 - sepelvaltimotukos eli sydäninfarkti
 - sydämen rytmihäiriöt
- Hapenpuute
 - esim. vierasesine hengitysteissä
- Vamma
 - esim. sähkötapaturma
- Myrkytys

Tajunnantason tarkistaminen

- Selvitä reagoiko autettava puheeseen tai ravisteluun.



Avun hälyttäminen

- ◉ Jos henkilö ei reagoi puheeseen tai ravisteluun.
- ◉ Hälytä toinen henkilö lisäävuksi paikalle.
→ soita 112.

Hengityksen tarkistaminen

- ◉ Tarkista hengittääkö autettava avaamalla hengitystiet kohottamalla leuan kärkeä ylöspäin ja samalla seuraamalla rintakehän liikettä.



- ◉ Tuntuuko ilmapirta poskella? Liikkuuko rintakehä?

Tajuton

- ◉ Jos ilmapirta tuntuu ja rintakehä liikkuu käännä autettava kylkiasentoon.
- ◉ Laita päällimmäinen käsi pään alle ja päällimmäinen jalka koukkuun.



Elvytys

- ◉ Jos ilmapirta ei tunnu ja rintakehä ei liiku.
- ◉ Siirrä autettava selälleen lattialle.
- Aloita painelu-puhalluselvytys.



Elvytys

- Painele rintalastan keskeltä mäntämäisellä liikkeellä 30 kertaa taajuudella 100 x min.
- Painelussyvyys on 4-5 cm.
- Jos olet yksin jatka pelkkää painelua.



Elvytys

- Parin kanssa elvytettäessä ota käyttöösi Pocket Mask®, joka suojaa eritteiltä.
- Aseta Pocket Mask® tiiviisti potilaan kasvoille siten, että maskin kapea osa on potilaan nenän päällä.



Elvytys

- 30 painelun jälkeen puhalla 2 kertaa käyttämällä Pocket Maskia®. Varmista, että maski on tiiviisti potilaan kasvoilla.



Elvytys

- Jatka PPE edellä mainitulla tavalla , kunnes ensihoitohenkilöstö antaa luvan lopettaa elvytyksen, voimasi ehtyvät tai potilas herää.

LÄHTEET:

Sahi, T., Castrén, M., Helistö, N. & Kämäräinen, L. 2006. Ensiapuopas. 5. tarkistettu painos. Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Punainen Risti.

http://www.redcross.fi/ensiapu/ensiapuohjeet/elvytys/fi_Elvytys_akuinen/

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/navtaartikkeli/tunnus/hoi17010>

Kuvat: Mikkonen, M. Vilén, O. 2010

Liite 3

Elvytyskoulutuksen aikataulu- ja toteutussuunnitelma

Elvytyskoulutus toteutetaan hoitokodilla kahtena eri kertana. Ensimmäinen osio toteutuu 17.12.2010. Toinen osio toteutetaan tammikuun 2011 aikana. Koulutus toteutuu samanlaisena molemmilla kerroilla siten, että koulutuksessa on molemmilla kerroilla n. 10 hoitokodin työntekijää.

Aika/min	Aihe: Elvytyskoulutus	Tarvittavat välineet
00	Kouluttajien ja koulutuksen sisällön esittely	- Anne-nukke x 4
05	Koulutuksen teoriaosuus	-Pocket-maskeja riittävä määrä
20	Käytännön harjoittelu, esimerkkisuoritus: -pocket-maskin käyttö -painelu-puhalluselvytys kahdella ihmisellä	- Desinfektiovälineet - Tietokone - Diaprojektori - Palautelomakkeita tarvittava määrä
30	Käytännön harjoittelu, ohjattuharjoittelu: -Jaetaan ryhmä 3-4 osaan -2 ryhmää harjoittelee ohjatusti ppe:tä pocket maskin kanssa (tavalliset anne-nuket). 1-2 ryhmä(ä) harjoittelee omatoimisesti painantaelvytystä (neuvovat anne-nuket). -Ryhmien kierto 10 min. välein	
55	Palaute ryhmälle koulutuksesta ja palautelomakkeiden jättäminen	
60	Koulutuksen päättäminen	

SWOT-analyysi

<p>Vahvuudet</p>	<p>Heikkoudet</p>
<p>-Työpari tuntee hyvin toisensa -> jous- toa löytyy - Kiinnostusta aiheeseen on</p>	<p>- Ajoittaiset motivaation puutokset - Opinnäytetyön kirjallinen työstäminen on ajoit- tainen erittäin vaikeaa</p>
<p>Mahdollisuudet</p>	<p>Uhat</p>
<p>- Parantaa yhteistyötahon ensiapuval- miuksia ja siten asiakkaiden turvalli- suutta - Vahvistaa omia koulutustaitoja</p>	<p>- Työn aikataulu ei pidä - Paljon harjoittelua tulossa, yhteistä aikaa ei välttämättä löydy - Ei ehditä työpajavaiheisiin→Opinnäytetyö jää vaiheeseen - Hoitokodin työntekijät eivät ole kiinnostuneita opetettavasta aiheesta</p>

KYSELYLOMAKE ELVYTYSKOULUTUKSESTA

Ympyröi koulutusta mielestäsi parhaiten kuvaavat vaihtoehdot

Arviointiasteikko 1-5

1=olen täysin erimieltä

5=olen täysin samaa mieltä

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Koulutusvälineet ja –materiaali olivat toimivia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Koulutuksen ajankäyttö oli tehokasta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Kouluttajien koulutustaidot olivat hyviä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Koulutus antoi minulle uutta tietoa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Taitoni vahvistuivat koulutuksen myötä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Koen koulutuksesta olevan jatkossa hyötyä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Sain koulutuksesta lisää rohkeutta toimia elvytystilanteessa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

8. Muita kommentteja koulutustilaisuudesta

9. Kuinka usein elvytyskoulutusta pitäisi mielestäsi järjestää

Täytä kyselylomake ja palauta se nimettömänä hoitajien kansliassa olevaan kirjekuoreen vuoden loppuun mennessä. Kiitos palautteestasi

