

Tiina Kuusisto

HOITOHENKILÖKUNNAN KÄSITYKSET JA KOKEMUKSET  
POTILASSIIRROISTA SEKÄ ASENNOITUMINEN  
POTILASSIIRTOJEN ERGONOMIAKOULUTUKSEEN

Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
2009

# HOITOHENKILÖKUNNAN KÄSITYKSET JA KOKEMUKSET POTILASSIIRROISTA SEKÄ ASENNOITUMINEN POTILASSIIRTOJEN ERGONOMIAKOULUTUKSEEN

Kuusisto, Tiina  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Joulukuu 2009  
Ohjaaja: Ajanko, Sirke  
YKL: 59.52, 37.13  
Sivumäärä: 53

Asiasanat: potilassiirto, potilassiirtokoulutus

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää henkilökunnan käsityksiä ja kokemuksia potilassiirroista sekä heidän potilassiirtokoulutukseen liittyviä asenteitaan. Tavoitteena oli saada henkilökunta kiinnostumaan Potilassiirtojen ergonomiakortista ja motivoida heitä osallistumaan koulutukseen tulevaisuudessa.

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli myös avoimia kysymyksiä. Tutkimuksen kohdejoukkona oli Rauman terveystoimen vuodeosastojen hoitohenkilökunta. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 80 kappaletta, joista palautui 47. Vastausprosentiksi muodostui 59. Kvantitatiiviset tulokset analysoitiin Microsoft Excel- taulukko-ohjelmalla, avointen kysymysten analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysia. Tulokset esitettiin prosentteina ja frekvensseinä ja ne havainnollistettiin kuvioin ja taulukoin.

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan suurin osa vastaajista koki, että osastoilla on tarpeeksi potilassiirtoon tarkoitettuja apuvälineitä. Yli puolet vastaajista käytti mielestään tarpeeksi aikaa tarkoituksenmukaisen apuvälineen valintaan. Työtovereiden suhtautuminen apuvälineiden käyttämiseksi koettiin pääosin myönteisenä. Suurin osa vastaajista koki saaneensa tarpeeksi ohjausta oikeissa potilassiirtomenetelmissä, mutta tarvitsi enemmän koulutusta tunnistaakseen paremmin potilassiirtoon liittyvät riskitekijät.

Suurin osa vastaajista ei ollut aikaisemmin kuullut Potilassiirtojen ergonomiakortista. Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksen koettiin lisäävän riskinarviointikykyä ja parantavat siirtotaitoja. Halukkuus osallistua Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutukseen oli pääosin myönteistä. Puolet vastaajista ei ollut varmoja, vaikuttaako kortin suorittaminen liian työläältä.

NURSING PERSONNEL'S OPINIONS AND EXPERIENCES ABOUT  
PATIENT TRANSFERS AND, AND THEIR ATTITUDES RELATING TO  
PATIENT TRANSFER EDUCATION

Kuusisto, Tiina

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

December 2009

Supervisor: Ajanko, Sirke

PLC: 59.21, 37.13

Number of pages:53

Key words: patient transfer, patient transfer education

---

The purpose of this thesis was to research personnel's opinions and experiences about their patient transfer skills, and also their attitudes relating to patient transfer education. The aim was to get the personnel interested in patient transfer ergonomy card and to motivate them to participate in the education in the future.

The research material of the thesis was gathered by structured questionnaire, which also had qualitative features. The object of the research was the health care personnel in the wards of Rauma. Questionnaires were shared total of 80 pieces, and 47 of them were returned. The response rate was 59. Quantitative results were analyzed by Microsoft Excel-table software, and the analysis of the qualitative results was made using content analysis. The results were presented in percents and frequencies, and they were demonstrated with patterns and tables.

According to research results, major portion of the answerers experienced that there were enough assistive devices for patient transfer in the unit. More than a half of the answerers felt that they used enough time for choosing the suitable device. Co-workers' attitude towards using assistive devices was held mainly positive. Most of the answerers experienced that they had had enough guidance about correct patient transfer methods, but that they needed more education to better recognize the risks concerning patient transfer.

Most of the answerers had not heard about the patient transfer ergonomy-card before. Patient transfer ergonomy-card education was thought to add the risk evaluation skills and improve transfer skills. Willingness to participate in the patient transfer ergonomy-card education was mainly positive. Half of the answerers were not sure, if accomplishing the card would be too hard.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	4
2	POTILASSIIRROT .....	5
	2.1 Ergonomia potilassiirroissa.....	5
	2.2 Ongelmat potilassiirroissa.....	6
3	SIIRTOTAVAT.....	8
4	POTILASSIIRTOJEN ARVIOINTIMENETELMÄT.....	10
5	TYÖTURVALLISUUS JA ERGONOMIAOPETUS.....	13
	5.1 Työturvallisuus ja ergonomia säädöksissä ja opetussuunnitelmissa.....	13
	5.2 Potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetus.....	15
6	POTILASSIIRTOJEN ERGONOMIAKORTTI.....	17
7	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT ...	18
8	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS .....	19
	8.1 Tutkimustavan valinta ja kyselylomakkeen laadinta.....	19
	8.2 Tutkimusaineiston keruu.....	21
	8.3 Tutkimusaineiston analysointi .....	22
	8.4 Kohdejoukon kuvaus .....	22
9	TULOSTEN ANALYSOINTI .....	23
	9.1 Hoitohenkilökunnan käsitykset potilassiirtotaidoistaan ja -tiedoistaan.....	23
	9.2 Hoitohenkilökunnan kokemukset potilassiirroista.....	27
	9.3 Hoitohenkilökunnan tiedot Potilassiirtojen ergonomiakortista- ja koulutuksesta .....	28
	9.4 Hoitohenkilökunnan asennoituminen Potilassiirtojen ergonomiakorttia- ja koulutusta kohtaan .....	31
10	TUTKIMUKSEN TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA .....	33
	10.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	35
	10.2 Tutkimuksen eettisyys .....	36
	10.3 Jatkotutkimushaasteet .....	38
	LÄHTEET.....	39
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Fyysinen ja psyykinen kuormitus on suurta hoitotyössä. Fyysisesti raskainta on liikuntarajoitteisten potilaiden avustaminen. Parempi ergonomia, potilassiirtomenetelmät ja potilassiirtotaidot voisivat osaltaan vähentää fyysistä kuormitusta hoitotyössä, sillä useimmilla hoitajilla on vanhaa tietoa oikeista potilassiirtomenetelmistä. (Tamminen - Peter, L. 2007,22.)

Sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa vuosina 2005 – 2006 tehdyssä ergonomiopeutuksen kehittämishankkeessa, kartoitettiin potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetusta. Opetusmäärät vaihtelivat erittäin paljon. Suurimassa osassa oppilaitoksista opetusta oli vähän, 3 – 6 tuntia ja vanhanaikaisia ja raskaita tapoja opetetaan paljon. Keskeistä on varmistaa kaikille valmistuville hoitajille itselleen ja potilaalle turvalliset siirtotaidot. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007,22.)

Kehittämishankkeen perusteella nousi tarkoituksenmukaiseksi luoda Potilassiirtojen ergonomiakortti, joka antaisi suuntaviivat, miten toteuttaa potilassiirtotaitojen omaksumiseen tähtäävä opetus oppilaitoksissa ja myös työpaikoilla. Potilassiirtojen ergonomiakortin suunnitteluhankkeessa määritetään korttiin vaadittava tieto- ja taitotasoo Opettajan käsikirjan (2007) pohjalta. Tavoitteena on, että opiskelija saavuttaa riittävät tiedot ja siirtotaidot, jotka tukevat näyttötutkintoa potilassiirtojen osalta. Koulutuksen lopussa on kirjallinen koe ja näyttökoe. (Rantsi 2005, Tamminen-Peter, 2007.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Rauman terveystoimen hoitohenkilökunnan käsityksiä ja kokemuksia potilassiirroista sekä heidän Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutukseen liittyviä asenteitaan. Tavoitteena on saada henkilökunta kiinnostumaan Potilassiirtojen ergonomiakortista, ja motivoida heitä osallistumaan ergonomiakorttikoulutukseen tulevaisuudessa. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksen kehittämiseen.

## 2 POTILASSIIRROT

### 2.1 Ergonomia potilassiirroissa

Ergonomisesti oikea työskentely eli hyvä siirtotaito on työtehtävä, jossa potilas siirtyy paikasta toiseen hoitajan avustuksella esimerkiksi sängystä tuoliin, tai asennosta toiseen. Hoitaja kannattelee vain osaa potilaan painosta, josta suurin osa on tukipinnalla. ( Tamminen-Peter, 2005, 11.) Ergonomia tutkii ihmisen, työn ja tekniikan vuorovaikutusta ja tuottaa tietoa ja menetelmiä, joiden avulla järjestelmät, tehtävät ja ympäristö sovitetaan ihmisen ominaisuuksien, kykyjen ja tarpeiden mukaisesti. Ergonomian tavoitteena on ihmisen turvallisuus, terveys ja hyvinvointi sekä toiminnan tehokkuus ja sujuvuus. (Työterveyslaitos 2005.) Ergonomiasta on useita määritelmiä. (Tamminen-Peter ym. 2007).

Siirroksi katsotaan kaikki potilaan siirtymisen tai liikkumisen avustaminen, jossa potilas tarvitsee käsin avustamista ja/tai avustettua siirtoapuvälineiden käyttöä. Myös potilaan nostaminen käsin tai mekaanisen nostimen avulla luetaan kuuluvaksi siirtoihin. Potilaan liikkumisen turvallisuuden varmistamista ei katsota potilassiirroksi. (Karhula, Rönnholm, Sjögren, 2007.)

Potilassiirtojen osalta lain velvoitetta täsmentää valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä. Työturvallisuuslain mukaan työnantajan tulee selvittää työhön liittyviä haitta- ja vaaratekijöitä (10§), kuten hoitotyössä potilassiirtojen aiheuttama kuormitus ja tapaturmavaara. Potilassiirtojen poistaminen sosiaali- ja terveyshuollosta ei ole mahdollista, mutta vaaratekijöitä voidaan poistaa. Tästä johtuen työnantajan tulee arvioida, mikä on tarkastelun kohteena olevassa paikassa, potilas-

siirroista aiheutuvan vaaran tai haitan merkitys työntekijän terveydelle ja turvallisuudelle. (Karhula ym. 2007, Työterveyslaitos, 2002.)

Hyvän potilassiirtotaidon merkkejä ovat tarkoituksenmukaisen avustusmenetelmän ja apuvälineen käyttö, potilaan liikkumisen ja asennon arviointi, jotta avustaja pystyy sovittamaan liikkumisensa yhteen potilaan kanssa, sekä hoitajan oman kehon hallinta ja vuorovaikutus potilaan kanssa. Erikoistutkija Leena Tamminen-Peterin (2005) tutkimuksen, Hoitajan fyysinen kuormittuminen – kolmen siirtomenetelmän vertailu, tuloksena kehitettiin SOPMAS-mittari. (Tamminen-Peter & Hantikainen, 2005). Se on siirtotaitojen havainnointimenetelmä, joka mittaa vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä, ympäristöä sekä potilaan ja hoitajan liikkumista. Hoitotyössä käytettävien hyvien siirtotapojen merkkejä potilaan hoitotilanteessa on kuvattu SOPMAS-mittarin taulukossa. Taulukosta löytyy arviointikriteerejä hyvään ja harkittuun siirtämiseen vuorovaikutuksessa potilaan kanssa, potilaan liikkumisen, hoitajan työasentojen ja liikkeiden analysoimiseksi sekä ympäristön hyödyntämiseksi. (Salmi, Ranne, Pudas-Tähkä, Nygren ja Riikonen, 2006).

## 2.2 Ongelmat potilassiirroissa

Kuormittavimpia työvaiheita hoito- ja hoivatyössä ovat käsin tapahtuvat potilassiirrot. Niihin liittyvät kumarat työasennot selittävät tuki- ja liikuntaelinten sairauksien esiintymistä hoitoalan työntekijöillä. Suurin osa selkätapaturmista sattuu avustettaessa potilasta wc:ssä sekä siirtäessä häntä tuolista vuoteeseen ja vuoteesta pois. Nostamista ilman nostolaitetta tulee välttää. Jos nostolaitetta ei ole käytettävissä, työ tulee järjestää niin, ettei potilasta tarvitse nostaa yksin. Potilaan aktiviteettia kannattaa käyttää hyväksi, koska se vähentää hoitajan kuormitusta ja auttaa potilaan kuntoutumista (Työsuojeluoppaita ja ohjeita, 2006, 10.)

Työsuojelurahaston Nostokurki-tutkimuksessa Arja Koskinen, Sirkka Lahtinen ja Satu Saari (2001) ovat tutkineet nostolaitteiden käyttöä ja kokemuksia asukasnostoissa- ja siirroissa Invalidiliiton Rovaniemen palvelutalossa. Tutkimuksen taustalla olivat henkilökunnan lisääntyneet selkäsairaudet ja oletus, että asukasnostoissa ei käytetä nostolaitteita. Tutkimuskohteina olivat Invalidiliiton palvelutalojen asukkaat ja

henkilökunta, tutkimusmenetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Tutkimuksen tavoitteena oli ylläpitää ja edistää hoitohenkilöstön työkykyä, lisätä työ- ja potilasturvallisuutta, ennaltaehkäistä hoitotyössä tapahtuvia potilasnostoista aiheutuvia tapaturmia ja työkyvyttömyyttä. Lomakkeita lähetettiin Kaikkiin Suomessa oleviin Invalidiliiton palvelutaloihin, asukkaille sekä henkilökunnalle. Asukkaiden vastauksia saatiin 161 kappaletta ja henkilökunnan vastauksia 183 kappaletta. (Työsuojelurahasto, 2001.)

Tutkimustuloksina Invalidiliiton palvelutaloissa tehtiin keskimäärin 18 asukasnostoa työvuoron aikana, joissa kuudessa käytettiin apuna nostolaitetta. Yhden työvuoron aikana hoitajat nostavat omin voimin 12 kertaa 40 - 100 kiloa painavaa aikuista henkilöä. Valtaosa henkilöstöstä olisi halunnut käyttää nostolaitetta, mutta nosti käsin, koska asukkaat niin halusivat. Tosin valtaosa nosti käsin omasta halustaan. Lähes puolet henkilöstöstä kärsi tuki- ja liikuntaelinten oireista. Vähän yli puolet asukkaista kertoi itse käyttävänsä nostolaitetta päivittäin. Käytössä heillä oli kattonosturi. Vajaa puolet asukkaista kieltäytyi käyttämästä nostolaitetta apuna nostamisessa. (Työsuojelurahasto, 2001.)

Tutkimustulosten mukaan hoitajan käyttäytyminen vaikuttaa siihen, miten asukkaat haluavat itseään nostettavan. Kuuntelu ja huolellisuus ovat hoitotyössä peruselementtejä, eikä niitä pidä kiireessäkin unohtaa. Kiire ja siitä johtuva huolimattomuus aiheutti asukkaassa pitkäksi aikaa turvattomuuden tunnetta, varsinkin jos siitä oli seurannut putoaminen lattialle tai jokin muu epämiellyttävä kokemus. Turvattomuuden tunnetta lisäsi myös se jos asukas koki, ettei häntä kuunnella. (Työsuojelurahasto, 2001.)

Hoitajilla oli tarvetta lisäkoulutukselle, jossa käsiteltäisiin nostolaitteen käyttöä. Tiedon pitäisi olla motivoivaa, että sillä saataisiin aikaan myös asenteellisia muutoksia. Asukkaat tarvitsivat tietoa siitä, miten edullista nostolaitteen käyttö oli heille itselleen. Lisäksi heille tulisi selvittää, että hoitajien terveys ja hyvinvointi vaikuttaa jokapäiväiseen hoitoon ja avustamiseen. (Työsuojelurahasto, 2001.)



### 3 SIIRTOTAVAT

Suomessa eniten koulutetut menetelmät potilaan siirtämiseksi ovat Durewall-menetelmä ja kinesteettinen menetelmä. Durewall-menetelmää on opetettu Suomessa 1980-luvun lopulta lähtien. Kinestetiikka on levinnyt Euroopassa erityisesti Sveitsiin ja Saksaan sekä viime vuosina myös Itävaltaan ja Italiaan. Suomessa kinestetiikan periaatteisiin pohjautuva koulutus aloitettiin vuonna 1997, ja vuoteen 2004 mennessä tämän menetelmäkoulutuksen saaneita oli n. 1 000 hoitajaa ja fysioterapeuttia. (Tamminen-Peter, 2005, 13.)

Durewall-menetelmän on kehittänyt ruotsalainen Kurt Durewall itsepuolustuslajeista 1970-luvulla. Menetelmän pohjana on kymmenen periaatetta, joista syntyviä tekniikoita sovelletaan tilanteen, avustettavan henkilön, ympäristön ja resurssien mukaan. Menetelmän peruseriaatteena on ”pienimmällä tarvittavalla voimapanoksella saavutettava suurin mahdollinen vaikutus aiheuttamatta vahinkoa tai kipua”. (Rantsi & Hämäläinen, 2006, 10.)

Durewall-menetelmässä korostetaan nostamisen sijaan jalkojen käyttöä painonsiirtoihin, pehmeitä otteita ja potilaan liu’uttamista alustaa pitkin. Kitkaa vähennetään hyödyntämällä tyynyä, liukupatjaa tai muuta liukuvaa materiaalia siirron apuna. Hoitaja työskentelee rauhallisesti ja avustettavan lähellä, pitäen selän ja käsivarret suorina sekä käyttäen itselleen tuttuja liikemalleja samalla ohjaten sanallisesti potilasta. Voima, joka siirtymisen avustamiseen tarvitaan, saadaan aikaan painonsiirrolla ja siirtymisen avustamisen aikana liike on samassa rytmissä kuin avustettava. (Rantsi & Hämäläinen, 2006, 10.)

Kinesteettinen menetelmä on terveyslähtöinen toimintamalli, joka tarjoaa perustavanlaatuisen ymmärryksen ihmisen toiminnoista sekä liikkeen ja liikkumisen merkityksestä näiden toimintojen suorittamiselle, itsehallinnalle, oppimiselle ja terveydelle. (Rantsi & Hämäläinen, 2006, 11.) Kinesteettisessä menetelmässä korostuu potilaan omien voimavarojen tunnistaminen ja hyödyntäminen kosketuksen ja yhteisen liikkeen avulla. Keskeistä menetelmässä on potilaan voimavarojen optimaalinen

hyödyntäminen vuorovaikutuksen, kosketuksen ja liikkeen avulla. Siinä ei opeteta tiettyä tekniikkaa, vaan perusteet ihmisen liikkumisesta, joka mahdollistaa hoitajalle tiedon soveltamisen yksilöllisesti erilaisissa tilanteissa. Opetusmenetelmät perustuvat oman kokemuksen kautta ymmärtämiseen ja oppimiseen. (Tamminen-Peter 2005, 10).

Leena Tamminen-Peter (2005, 5) on väitöskirjassaan Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – kolmen siirtomenetelmän vertailu, tutkinut ovatko uudet potilassiirtomenetelmät, Durewall -ja kinesteettinen menetelmä, hoitajille vähemmän fyysisesti kuormittavia kuin nykykäytännön mukaiset tavat avustaa.

Tutkimukseen osallistui 12 naispuolista sairaanhoitajaa ja perushoitajaa, jotka jaettiin kahteen ryhmään. Potilaana oli 18 liikuntarajoitteista iäkästä henkilöä. Koulutuksen ryhmät saivat molempiin menetelmiin, mutta eri järjestyksessä. Hoitajien selkä ja -epäkäslihasten sähköistä aktiiviteettia mitattiin elektromyografialla (EMG) ja hoitajat arvioivat alaselän ja hartiaseudun lihasten kuormittumista. Potilaiden turvallisuuden, miellyttävyyden ja siirtymisen hallinnan tunnetta kysyttiin ja heidän reisilihastensa aktiivisuus mitattiin myös EMG:lla. (Tamminen-Peter 2005, 5.)

Hoitajien siirtotaidot kehittyivät jo ensimmäisen koulutuksen jälkeen. Toisen koulutuksen jälkeen kinesteettisen menetelmäkoulutuksen viimeksi saaneen ryhmän taidot nousivat vielä enemmän. Hoitajien koettu ja mitattu fyysinen kuormittuminen väheni heidän siirtotaitojensa kehittyessä molemmilla menetelmillä matalaksi. Selkälihasten mitattu aktiiviteetti laski jo ensimmäisen menetelmäkoulutuksen jälkeen, mutta epäkäsihasten aktiiviteetit laskivat vasta molempien koulutusten jälkeen. Alaselän mitattu ja koettu kuormittuminen väheni 60 – 75 % ja hartiaseudun lihasten kuormittuminen 27 – 57 %. Potilaiden kokema hallinnan tunne siirtotilanteessa ja oma aktiivisuus siirtymisessä olivat parempia, kun käytettiin uusia menetelmiä. (Tamminen-Peter 2005, 5.)

Siirtotaito arvioitiin kunkin koulutusjakson jälkeen siirtotaitojen havainnointimenetelmällä. Tuloksena siirtotaidot kehittyivät ja hoitajien kokema fyysinen kuormittuminen väheni sekä potilaiden kokema hallinnan tunne siirtotilanteessa ja oma aktiivi-

suus lisääntyi. Potilaat kokivat olonsa myös turvallisemmaksi ja miellyttävämmiksi. (Tamminen-Peter 2005, 5.)

Turun hoivasairaanhoidon yksikössä Mäntykodissa on toteutettu vuonna 2002 Työsuojelurahaston hanke, jonka tarkoituksena oli vähentää työn kuormitusta vanhusten hoitotyössä kehittämällä työympäristön ergonomiaa ja hoitajien työtapoja vanhusten liikkumisen avustamisessa. Osastolla oli 18 potilasta, jotka olivat pitkään sairastaneita vanhuksia. Osaston henkilöstö oli kiinnostunut oman toiminnan kehittamisestä ja toivonut voivansa vähentää fyysistä kuormittumista hoitotyössä. Hankkeessa hoitohenkilöstä opiskeli kinesteettistä potilaan liikkumista avustavaa menetelmää. Tuloksina hoitajien avustustaidot paranivat koulutuksen myötä. Myös asenteet muuttuivat, hoitajat miettivät potilasta siirtäessään omaa kuormittumistaan ja sen minimointia. Fyysisen rasituksen kokeminen ei vähentynyt merkittävästi, mutta selkä- ja hartialihasten koettu ja mitattu kuormittuminen väheni. Myös sairaspöissaolot vähenivät merkittävästi. Suurin muutos havaittiin raskaimman työtehtävän kohdalla eli siirrettäessä potilasta pyörätuolista vuoteeseen tai takaisin. Uusien oppien mukaan potilaan annettiin tukeutua omiin jalkoihinsa, sen sijaan että häntä olisi nostettu. (Työsuojelurahasto, 2002. )

#### 4 POTILASSIIRTOJEN ARVIOINTIMENETELMÄT

Tamminen-Peterin (2005) mukaan työn fyysisen kuormituksen arvioinnin avulla pyritään selvittämään kuormituksen määrään vaikuttavia tekijöitä, kuormituksen tasoa, toistuvuutta ja kestoja. Potilassiirtojen kuormittavuuden arvioinnin suorittaa potilassiirtojen ergonomiaan ja menetelmän käyttöön perehtynyt työterveyshuollon ammattihenkilö tai asiantuntija, työsuojeluvaltuutettu tai työsuojeluasiamies tai muu työsuojeluun ja ergonomiaan perehtynyt asiantunteva henkilö, esimerkiksi osaston ergonomiavastaava. Menetelmää voidaan hyödyntää myös työsuojelun tarkastuskäyneillä. Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä on väline potilassiirtojen kuormittavuuden arviointiin. (Karhula, Rönholm, Sjögren, 2007, 10).

Työterveyslaitoksen Työn Integroidun Kokonais Kuormituksen Arviointimenetelmän (TIKKA) avulla voidaan arvioida työtehtäviä tai -kokonaisuuksia, tunnistaa muun muassa fyysisiä terveyden häiriöitä, tapaturmia tai muita haittoja aiheuttavia työn ja työympäristön tekijöitä. Arvioinnin toteuttaa työterveyshuolto tai työsuojeluorganisaatio yhteistyössä työntekijöiden ja -antajan kanssa. (Lindström ym. 2005.)

Työkuormituksen arvioinnissa työtä havainnoidaan järjestelmällisesti, haastatellaan työntekijää tai -johtoa, arvioidaan kuormitustekijöitä ja työn kutakin kuormitustekijää arviointiperusteiden mukaisesti kolmiportaisella asteikolla: kunnossa, osittain kunnossa ja ei kunnossa. Arvioinnissa keskitytään vain työn ominaisuuksiin riippumatta arviointihetkellä työn tekijästä. Työn fyysisten kuormitustekijöiden osiossa arvioidaan työpisteen tai -välineen ominaisuuksien tai työn asettamien fyysisten vaatimusten mahdollisesti aiheuttamaa haittaa työntekijän terveydelle. Arvioinnin kohteena ovat työpisteiden, -välineiden ja laitteiden sopivuus, työn fyysinen raskaus ja yksipuolisuus, työliikkeet ja -asennot sekä työympäristön lämpötila. Fyysisten kuormitustekijöiden arviointi perustuu havainnoinnin lisäksi kuormitustekijöiden keston ja toistuvuuden esille saamiseksi. (Lindström ym. 2005.)

Kati Karhula, Tuija Rönholm ja Tuulikki Sjögren (2006) ovat kehittäneet Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä-oppaan, joka sisältää Potilassiirtojen arviointilomakkeen. Opas on kehitetty, koska potilassiirtojen kuormittavuuden arviointiin ei ollut suomenkielistä menetelmää joka olisi työterveyshuollon ja työsuojeluhenkilöstön käytettävissä osana terveydenhuoltoalan työn vaarojen selvittämistä ja arviointia.

Potilassiirtojen arviointimenetelmässä on 15 arvioitavaa kohtaa, joista arvioitsija täyttää 9 ensimmäistä hoitajan havainnoinnin ja 6 viimeistä hoitajan haastattelun perusteella. Potilassiirron havainnointi tehdään käytännön työskentelyn lomassa. Hoitaja tekee potilassiirron samalla tavalla kuin muulloinkin. Myös potilaan ohjaus ja apuvälineiden käyttö tehdään normaalisti. Haastattelukysymykset kuvaavat hoitajan mielipidettä siirtojen kuormittavuudesta ja kysymykset kysytään siirtotilanteen loputtua rauhallisessa tilanteessa lomakkeessa esitetyllä tavalla. Mikäli saman työntekijän suorittamana halutaan arvioida useampaa erilaista potilassiirtoa, täytetään havainnointiosio jokaisesta siirrosta erikseen. Haastattelukysymykset kysytään vain kerran.

Arviointiohjeen ja -lomakkeen voi tulostaa käyttöön Internet-sivuilta (Karhula, ym 2006, 10.)

Osastotasolla potilassiirtojen kuormittavuuden arviointi voidaan tehdä osaston yleisen työn vaarojen selvittämisen ja arvioinnin jälkeen (Työturvallisuuslaki 738/2002, 10 §). Menetelmää voidaan käyttää riskienarvioinnissa esiinnousseiden potilassiirtojen ergonomian ja fyysisen kuormittumisen riskien tarkempaan arviointiin. Jotta saadaan luotettava ja riittävän kattava kuva, osaston potilassiirtojen kuormittavuus tulisi arvioida vähintään viiden hoitohenkilökuntaan kuuluvan henkilön työskentelystä. Pienellä vuodeosastolla voidaan arvioida kaikkien hoitotyöhön osallistuvien potilassiirtoergonomia. (Karhula ym, 2006, 10)

Rapid Entire Body Assessment- riskinarviointimenetelmässä (REBA) arvioidaan suoritusta havainnoiden vartalon, niskan, alaraajojen, yläraajojen ja ranteiden asentoja. Ryhmän A vartalon, niskan ja alaraajojen erilaisista asentoyhdistelmistä lasketaan pisteet yhteen lisäten mahdollinen taakan ja voiman tuottama piste ja ryhmän B yläraajojen ja ranteiden erilaisista asentoyhdistelmistä lasketaan pisteet yhteen lisäten mahdollinen työvälineen oteosan tuottama piste. A- ja B-pisteet yhdistetään lisäten aktivaatiopiste. Aktivaatiopiste on yli minuutin kestävä yhden tai useamman kehon osan staattinen kuormitus, yli 4 kertaa minuutissa toistuva liike, suuri äkillinen asennonmuutos tai epävakaa alusta. Tämän lopputuloksena on REBA-piste. (Saarinko-Weidemann, 2006.)

Työpaikan riskienarviointia voidaan myös suorittaa Care Thermometer-mittarin avulla. Sen ovat kehittäneet Hanneke JJ Knibbe ja Nico E Knibbe. Care Thermometermittari on kehitetty osastojen ja hoitopaikkojen fyysisen kuormituksen arvioimiseen. Mittari perustuu potilaiden aktiivisuuden luokitteluun (A-E) ja kansainvälisiin ohjeisiin. Luokittelussa A potilas on omatoiminen, hän liikkuu itsenäisesti, mutta voi käyttää kävelykeppiä. Hän selviytyy itse päivittäisistä toiminnoista. Luokittelussa B potilas on osittain avustettava ja käyttää kävelytelinettä tai muuta vastaavaa liikkumisen apuvälinettä. Hän huolehtii osittain itsestään ja tarvitsee suullista ohjausta. Luokittelussa C potilas on myös osittain avustettava, mutta liikkuu pyörätuolilla ja

varaa osittain toiselle jalalle. Hänellä on jonkin verran vartalon hallintaa, mutta on riippuvainen hoitajasta. Luokittelussa D potilas on täysin avustettava, istuu pyörätuolissa, ei varaa jaloilleen eikä pysty huolehtimaan itsestään. Luokittelussa E potilas on vuoteessa, täysin passiivinen ja riippuvainen hoitajasta. (Fagerström, 2009.)

Care Thermometer tekee valmiit graafiset pylväät tuloksista, ja ne esitetään väreillä. Punainen tarkoittaa ei hyväksyttävää, keltainen turvatonta ja vihreä turvallista. Yhteenvetotuloksissa tulee kirjallinen palaute hoidon laadun kehittämistä, riskejä aiheuttavista tilanteista ja osastolla tehdyistä hyvistä ratkaisuista. Tuloksia on mahdollisuus tarkastella myös potilaan liikuntakyvyn mukaan. Mittari ei huomioi kaikissa arviointikohdissa potilaan omatoimisuutta vaan pakottaa merkitsemään omatoimiset potilaat arvioinnin kohteeksi. Se ei huomioi henkilökunnan määrää ja osastojen väliset tulokset on vaikeasti vertailtavissa. Suomenkielistä versiota ei ole saatavilla. Care Thermometer-mittarin hyviä puolia ovat, että se perustuu tutkittuun tietoon ja tekee tulokset valmiiksi. Painopiste on ennaltaehkäisyssä ja on kaikkien saatavilla internettissä. (Fagerström, 2009.)

## 5 TYÖTURVALLISUUS JA ERGONOMIAOPETUS

### 5.1 Työturvallisuus ja ergonomia säädöksissä ja opetussuunnitelmissa

Hoitoalalla on paljon tuki – ja liikuntaelinvaivoja jotka aiheuttavat sairaspotilaita ja ennenaikaista eläköitymistä. Suurinta on huoli hoitajien jaksamisesta ja hoitoalan houkuttelevuudesta, koska hoitoyö on fyysisesti kuormittavaa. Vanhustenhuollon hoitajista jopa 70 % kokee työnsä kuormittavaksi. Hoitajilla on myös yksi korkeimmista työperäisistä selkätapaturmaluvuista. Potilassiirrot ja -nostot koetaan fyysisesti kuormittavimmiksi vaiheiksi, 30 % nostaa yli 25 kilon taakkoja Suomen sosiaali – ja terveysalalla. (Tamminen-Peter, 2009.)

Muutosta oikeisiin potilassiirtotapoihin saataisiin aikaan koulutuksella, turvallisuusjohtamisella, henkilökunnan määrää lisäämällä, työympäristön ja apuvälineiden er-

gonomiaa kehittämällä, sekä työympäristön paremmalla suunnittelulla. Vanhanaikaisia ja raskaita avustustapoja opetetaan vielä paljon, joten hoitoalan opettajien tietämystä pitää päivittää. (Rantsi 2005.)

Potilaan siirtotaitojen oppiminen vaatii toistuvaa, pitkällä aikavälillä tapahtuvaa harjoittelua, mikä ei toteudu suurimmassa osassa oppilaitoksia. Opettajat tarvitsevat sekä perus- että jatkokoulutusta. Valtakunnallisen yhtenäisen ohjeistuksen laatiminen potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetuksen määrästä ja laadusta auttaisi oppilaitoksia opetussuunnitelmien tekemisessä ja opettajia tehtävänsä toteuttamisessa. (Rantsi, 2005, 2.)

Koulutusta säädellään ja ohjataan Suomessa eduskunnan hyväksymillä laeilla ja valtioneuvoston antamilla asetuksilla, opetusministeriön asetuksilla sekä opetusministeriön muilla ohjeilla ja asiakirjoilla. Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusta säätelevät ammattikorkeakoululaki (351/2003), asetus ammattikorkeakouluista (352/2003), laki ammatillisesta koulutuksesta (630/1998), asetus ammatillisesta koulutuksesta (811/1998), opetusministeriön asetus ammatillisista perustutkinnoista (216/2001), laki ammatillisesta aikuiskoulutuksesta (631/1998) sekä asetus ammatillisesta aikuiskoulutuksesta (812/1998).

Opetusministeriö on julkaissut ammattikorkeakouluista valmistuvien ammatillisen osaamisen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Tavoitteena on terveystieteiden koulutuksen riittävä yhdenmukaisuus valtakunnallisella tasolla. Siinä sairaanhoitajan keskeinen ammatillisen osaamisen alue on terveyden edistäminen. Sairaanhoitajan tulee osata tukea ja aktivoida yksilöä, perhettä ja yhteisöä terveyden, voimavarojen ja toimintakyvyn edistämiseksi ja hänen tulee hallita kuntouttavan hoitotyön perustiedot ja -taidot. Lisäksi sairaanhoitajan tulee osata työskennellä ergonomisesti oikein sekä osata erilaisten potilaiden, heidän omaistensa ja läheistensä opettamisen ja ohjaamisen (Opetusministeriö 2001). Hyvän potilassiirtotaidon omaava työntekijä toimii itselleen turvallisesti ja huomioi potilaan toimintakyvyn (Tamminen-Peter 2009).

Opetushallitus (2001) on määrittänyt ammatillisen peruskoulutuksen opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteet sosiaali- ja terveystieteiden perustutkintoon. Se on

määräys, jolla koulutuksen järjestäjä veloitetaan sisällyttämään koulu- tai järjestäjäkohtaiseen opetussuunnitelmaan opetuksen tavoitteet ja keskeiset sisällöt. Siinä korostetaan työsuojelusta ja terveydestä huolehtimista. Tavoitteena tulee olla, että opiskelija osaa alansa työsuojelumääräykset ja -ohjeet ja noudattaa niitä. Hän osaa arvioida turvallista, terveellistä ja viihtyisää työympäristöä ja kehittää sitä. Hän osaa tunnistaa työhön ja työympäristöön liittyvät vaarat ja terveyshaitat sekä suojautua niiltä ja torjua niitä. Hän osaa suunnitella itselleen ergonomisesti terveellisen työympäristön. Hän osaa pitää huolta omasta terveydestään ja ylläpitää työ- ja toimintakykyään.

## 5.2 Potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetus

Heli Rantsi (2005, 2) on selvittänyt Pro gradu työssään potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetusta sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa. Tutkimuksen kohteena oli ergonomiaopetuksesta vastaavat opettajat suomenkielisissä sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakouluissa, ammattioppilaitoksissa ja ammatillisissa aikuiskoulutuskeskuksissa. Tutkimus on toteutettu kyselymenetelmällä ja kyselyyn vastasi 79 opettajaa 55 eri oppilaitoksesta.

Tutkimuksen tuloksena potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmiin liittyvä opetus vaihteli huomattavasti eri oppilaitosten välillä. Tyypillisimmillään opetusta oli vähän. Lähihoitajaopiskelijat saivat enemmän ja käytännönläheisempää opetusta kuin sairaanhoitajaopiskelijat. Vastaajista 71 % piti opetuksen määrää riittämättömänä. Vastaajien käytössä oli vielä paljon raskaita ja niin sanottuja vanhanaikaisia potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmiä. Vajaa kolmasosa vastaajista oli osallistunut uudempien potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien kursseille. Tarvetta täydennyskoulutukseen ilmoitti 85 % vastaajista. Potilassiirtoja helpottavia apuvälineitä oli käytettävissä runsaasti ja muuta opetusmateriaalia tarvittiin opettajien ja opiskelijoiden mielestä lisää, kuten käytännönläheisiä videoita, täydennettäviä tehtäväkirjoja sekä kuvastoja. Potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetuksen kehittämiseksi sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa haluttiin enemmän tunteja ja omaa kurssia potilaan liikkumisen avustusmenetelmistä sekä kertausta koko opintojen ajan koulutettujen ja asiantuntevien opettajien toimesta. (Rantsi, 2005, 2.)



Ergonomiaopetuksen tuntimäärät vaihtelivat oppilaitoskohtaisesti eri tutkintonimikkeillä. Lähihoitajien opetusmäärät ensihoidon koulutusohjelmassa olivat 33 - 74 tuntia ja lasten ja nuorten koulutusohjelmassa 4 - 100 tuntia. Sairaanhoidaja- ja terveydenhoitajaopiskelijat kokivat 40 – 80 tuntia ergonomiaopetusta tehokkaimpana. (Rantsi, 2005, 22 – 25.)

Potilaan liikkumisen ja avustusmenetelmien opetuksessa hyviksi opetuskäytännöiksi koettiin käytännön harjoittelu ja videointi sekä oppiminen oman kehon kautta kokeilemalla. Potilaan liikkumisen avustusmenetelmien opetuksen sisällyttämistä opetussuunnitelmiin vaikeutti useimpien vastaajien mielestä tutkintojen laaja sisältö, aika- ja resurssipula sekä liian isot ryhmäkoot. Opiskelijat kokivat vaikeimpina opittavina potilassiirtotaitojen hallintaan liittyvistä asioista oman kehon käytön ja hallinnan. Myös potilaan voimavarojen tunnistamista ja hyväksikäyttöä, luonnollisia liikemalleja, potilaan aktivointia sekä suullista ja manuaalista ohjausta pidettiin vaikeana oppia. Opiskelijoiden motivaatiota vähensi se, ettei aitoja potilaskontakteja ollut. Vaikeimpana avustustilanteena mainittiin WC:ssä avustaminen. (Rantsi, 2005, 36.)

Yhteistyön kehittämiseksi oppilaitosten ja käytännön harjoittelupaikkojen välillä ehdotettiin enemmän tehtävää yhteistyötä opettajien ja harjoittelukenttien ohjaajien kanssa. Opiskelijat kokevat käytännön olevan erilainen kuin mitä koulussa opetetaan. Myös ergonomiaan liittyvät tavoitteet tulisi ottaa selkeämmin huomioon työssäoppimisjaksoilla. Opettajille ehdotettiin lisää koulutusta, jotta heillä olisi yhteneväiset käytännöt harjoittelupaikkojen kanssa. (Rantsi, 2005, 36-37.)

## 6 POTILASSIIRTOJEN ERGONOMIAKORTTI

Idea Potilassiirtojen ergonomiakortille (Liite 1) on lähtenyt terveydenhuolto –ja sosiaalialan potilassiirtoergonomian tiedonvälitysverkoston asiantuntijaryhmässä vuonna 2007. Pilottikoulutuksia on järjestetty kolme keväällä 2008 vanhusten hoitolaitoksessa, terveysalan ammatillisessa oppilaitoksessa ja akuuttisairaalassa traumatologian yksikössä Turun Yliopistollisessa Keskussairaalassa. Vanhusten hoitolaitoksessa kaikki hoitajat läpäisivät pilottivaiheen näytön, ammatillisessa oppilaitoksessa opiskelijat eivät läpäisseet, joka johtunee siitä syystä että he olivat alkuvaiheen opiskelijoita. (Tamminen-Peter, 2009.)

Potilassiirtojen ergonomiakoulutus on tarkoitettu kaikille sosiaali ja -terveysalan ammattilaisille sekä alan opiskelijoille. Koulutuksen tarkoituksena on vähentää työn kuormituksesta johtuvia liikuntaelinongelmia, parantaa potilaiden turvallisuutta siirtotilanteissa, lisätä hoidon laatua sekä lisätä avustajan riskinarviontikykyä. Tarkoituksena on myös määrittää potilassiirtojen turvalliseen hallintaan vaadittu tieto ja -taitotaso. Samalla se antaa suuntaviivat potilassiirtojen opetukseen oppilaitoksissa ja työpaikoilla. Siinä huomioidaan Työturvallisuuslain ja muiden lakien velvoitteet ja se todistaa avustajan ammattitaidon (Tamminen-Peter, 2009.)

Kouluttajina tulevat toimimaan osastojen siirtovastaavat, työfysioterapeutit sekä sosiaali- ja terveysalan opettajat. Koulutus on tarkoitettu sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille ja ammattilaisille. Koulutuksessa on tarkoituksena oppia hyvä siirtotaito, joka edistää hoidon laatua, parantaa potilaiden turvallisuutta avustustilanteissa, vähentää työn kuormituksesta johtuvia liikuntaelinongelmia sekä lisää avustajan riskiarviointikykyä. Potilassiirtojen ergonomiakortin hyötyinä on määrittää potilassiirtojen turvalliseen hallintaan vaaditun tieto- ja taitotaso. Samalla se antaa suuntaviivat potilassiirtojen opetukseen oppilaitoksissa ja työpaikoilla. Kortin odotetaan herättävän kiinnostusta sosiaali- ja terveysalan työpaikoilla ja lisäävän motivaatiota kehittämään henkilöstön turvallisuusosaamista. ( Tamminen-Peter, L. 2008,15.)

Pilottivaiheessa Potilassiirtojen ergonomiakortin suoritti 80 opiskelijaa ja lokakuussa 2009 kortin suorittaneita oli 125. Lokakuussa 2009 kouluttajan pätevyyden ovat saaneet 71 henkilöä, jotka ovat koulutukseltaan opettajia, työfysioterapeutteja, sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Ergonomiakorttikoulutuksen tarjoaa esimerkiksi työterveyshuolto, yksityinen yritys, oma työpaikka tai oppilaitos. (Tamminen-Peter, 2009.)

## 7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää henkilökunnan käsityksiä ja kokemuksia potilassiirroista sekä heidän potilassiirtokoulutukseen liittyviä asenteitaan. Tavoitteena on saada henkilökunta kiinnostumaan potilassiirtokortista ja motivoida heitä osallistumaan potilassiirtokorttikoulutukseen tulevaisuudessa.

Tutkimusongelmia ovat:

1. Millaiset käsitykset hoitohenkilökunnalla on potilassiirtotaidoistaan ja tiedois- taan?
2. Miten hoitohenkilökunta kokee potilassiirrot?
3. Mitä tietoa hoitohenkilökunnalla on Potilassiirtojen ergonomiakortista?
4. Miten hoitohenkilökunta asennoituu Potilassiirtojen ergonomiakorttiin ja siihen liittyvään koulutukseen?

## 8 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

### 8.1 Tutkimustavan valinta ja kyselylomakkeen laadinta

Tämä tutkimus on pääosin kvantitatiivinen eli määrällinen. Tutkimuksessa on myös kvalitatiivisia eli laadullisia piirteitä. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeilla, sillä lomakkeiden avulla voidaan kerätä tietoja tosiasioista, käyttäytymisestä ja toiminnasta, tiedoista, arvoista, asenteista sekä uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä. (Hirsjärvi ym. 2006, 186) Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeen kysymykset laadittiin kirjallisuuden, Potilassiirtojen ergonomiakorttiin liittyvän aineiston pohjalta sekä erikoistutkija Leena Tamminen-Peterin omien ehdotusten mukaan. Lomakkeissa käytettiin skaaloihin perustuvaa Likertin asteikkoa ja kolmea strukturoimatonta kysymystä. Likertin asteikolla saadaan selville, kuinka voimakkaasti vastaaja on samaa mieltä tai eri mieltä kuin esitetty väittämä. (Hirsjärvi ym. 2006 186 – 189). Lomakkeen kolme viimeistä avointa kysymystä ovat muotoiltu Leena Tamminen-Peterin kysymysehdotuksista. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysillä.

Kyselylomakkeen kolme ensimmäistä kysymystä kartoittivat vastaajan ikää, koulutusta sekä työvuosia koulutustaan vastaavassa työssä. Kysymyksessä numero neljä kysyttiin vastaajan osastolla hoidettavien potilaiden aktiivisuutta. Väittämät 5 – 13 käsitteli vastaajan potilassiirtotaitoja ja osastolla olevien apuvälineiden käyttöä ja saatavuutta. Väittämät 14 – 18 käsitteli vastaajan tietämystä Potilassiirtojen ergonomiakortista ja väittämät 19 – 28 käsitteli vastaajan asenteita ergonomiakorttia ja -koulutusta kohtaan. Väittämät 29 – 31 ovat avoimia kysymyksiä, jotka kartoittivat vastaajien kokemuksia potilassiirroista. Avoimet kysymykset sallivat vastaajan ilmaista itseään omin sanoin eikä ehdota vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2006, 190). Vastaaja sai vapaasti kertoa ajatuksiaan mitä hyötyä on oikeista potilassiirtotaidoista, miksi hyvä potilaan siirtotaito on tärkeää ja pohtia syitä mitkä tekijät vaikuttavat omiin siirtotapoihin arjessa. Kyselylomakkeen esitestasi neljä erään vanhainkodin hoitajaa, jotka olivat iältään 20 – 60- vuotiaita. Esitestauksen jälkeen muutoksia ei tarvinnut tehdä kyselylomakkeeseen.

Sisällönanalyysi sopii hyvin strukturoimattoman aineiston analyysiin. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä sellaiseen muotoon, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla. Sillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2004.)

Ennen analyysin prosessin aloittamista on valittava analyysiyksikkö. Tavallisesti analyysiyksikkönä on yksi sana tai sanayhdistelmä. Myös lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus voi olla analyysiyksikkönä. Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi. Pelkistämällä siis tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 110 – 111; Kyngäs & Vanhanen 1999,5.)

Toinen vaihe on ryhmittely eli klusterointi. Ryhmittelyssä tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka kuuluvat yhteen. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään yhdeksi luokaksi. Luokka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelussa aineisto tiivistyy, sillä yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 112 – 113; Kyngäs & Vanhanen 1999, 6.)

Kolmas vaihe on käsitteellistäminen eli abstrahointi. Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Siinä siis samansisältöiset kategoriat yhdistetään toisiinsa niin, että niistä muodostetaan yläkategorioita. Yläkategorioille annetaan nimi, joka kuvaa sisältöä hyvin eli niitä alakategorioita, joista se on muodostettu. Abstrahointia jatketaan niin kauan, kun se sisällön kannalta on mahdollista ja mielekästä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 114; Kyngäs & Vanhanen 1999, 6 – 7.)

Tässä opinnäytetyössä aineisto luettiin ensin läpi ja jokainen vastaus kirjoitettiin puhtaaksi tietokoneelle. Vastaukset järjestettiin jokaisen kysymyksen alle, johon oli tarkoitus vastata. Tämän jälkeen aineisto ryhmiteltiin ja samaa tarkoittavat sanat ja lauseet yhdistettiin, joista muodostettiin omat kategoriansa. Luokittelussa aineisto tiivistyy, sillä yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 6 – 7.)

## 8.2 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimuslupa anottiin 14.4.2009 Rauman terveystoimen johtavalta ylilääkäriltä, Pekka T. Jaatiselta Rauman terveystoimen omalla tutkimuslupa-anomuskaavakkeella. Lupa tutkimuksen suorittamiseen (Liite 2) myönnettiin 29.4.2009. Tämän jälkeen opinnäytetyön tekijä otti yhteyttä terveystoimen vuodeosastojen osastonhoitajiin ja sopi ajankohdan kyselylomakkeiden (Liite 3) osastoille toimittamiseksi. Kysely suoritettiin Rauman terveystoimen neljällä vuodeosastolla, ja siihen osallistui vuodeosastojen hoitohenkilökunta, yhteensä 80 henkilöä. Terveystoimen vuodeosastojen hoitohenkilökunta valittiin tutkimuskohteeksi, koska näillä osastoilla on paljon raskashoitoisia ja liikuntarajoitteisia potilaita, joiden hoitamisessa tarvitaan apuvälineitä ja oikeita potilassiirtomenetelmiä.

Koska oletuksena oli, että hoitohenkilökunnalla ei ole paljon tietoa Potilassiirtojen ergonomiakortista tai siihen liittyvästä koulutuksesta, tehtiin aiheesta esittelylehtinen, jonka pohjana käytettiin Potilassiirtojen ergonomiakorttiin liittyvää materiaalia. Tähän opinnäytetyöntekijä sai luvan Potilassiirtojen ergonomiakortin kehittäjältä, erikoistutkija Leena Tamminen-Peteriltä.

Opinnäytetyön tekijä kävi jokaisella osastolla osastotunnin aikana pitämässä lyhyen, noin 10 minuuttia kestävän esittelyn potilassiirtokortista sekä ohjeisti samalla tutustumaan ensin kortista kertovaan lehtiseen ja sen jälkeen vasta vastaamaan kyselyyn. Kyselylomakkeita jaettiin jokaiselle neljälle vuodeosastolle 20 kappaletta, yksi jokaiselle vastaajalle. Yhteensä lomakkeita jaettiin 80 kappaletta. Potilassiirtojen ergonomiakorttia esitteleviä vihkosia jaettiin kaksi kappaletta jokaiselle osastolle. Lomakkeet palautettiin suljetussa kirjekuoressa osastolla sijaitsevaan laatikkoon. Kyselylomakkeen mukana oli saatekirje (Liite 4), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja luottamuksellisuus. Kysely suoritettiin 20.5. – 26.6.2009 välisenä aikana.

### 8.3 Tutkimusaineiston analysointi

Rauman terveystoimen vuodeosastoja oli neljä ja yhdellä osastolla työskenteli 20 hoitajaa, joten kyselylomakkeita toimitettiin Rauman terveystoimen vuodeosastoille yhteensä 80 kappaletta. Kyselyyn vastasi 47 hoitajaa, joten vastausprosentiksi saatiin 59. Tutkimusaineiston järjestämisessä ensimmäinen vaihe on tietojen tarkistus. Aineistosta tarkistetaan siihen mahdollisesti sisältyvät virheellisuudet sekä tietojen puuttuminen. (Hirsjärvi ym. 2006, 209.) Kyselylomakkeet käytiin läpi ja tarkastettiin saadut ja puuttuvat vastaukset. Kaksi vastauslomaketta jouduttiin hylkäämään, koska suuren osan kysymyksistä vastaaja oli jättänyt tyhjäksi. Toisena vaiheena on tietojen täydentäminen, siinä voidaan haastatteluin ja kyselyin täydentää dokumentti- ja tilastoaineistoa. (Hirsjärvi ym. 2006, 210). Tässä opinnäytetyössä tietoja täydennettiin kyselylomakkeessa olevien avoimien vastausten avulla.

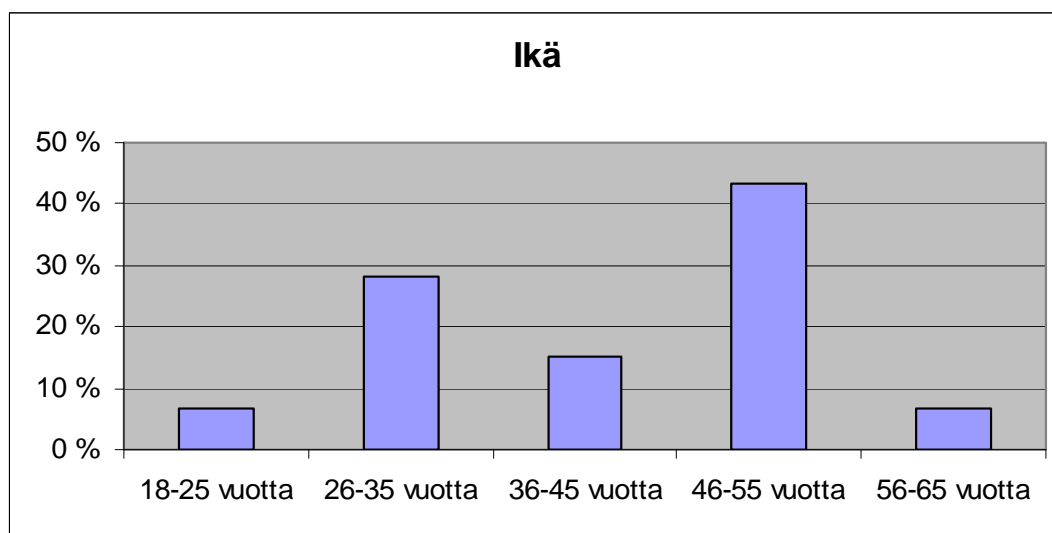
Kolmannessa vaiheessa aineisto järjestetään tiedon tallennusta ja analyyseja varten. (Hirsjärvi ym. 2006, 210). Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineisto järjestettiin ja analysoitiin Microsoft Excel -ohjelman avulla. Avoimet vastaukset analysoitiin sisällysanalyysillä. Tulokset raportoitiin prosentteina ja frekvensseinä ja havainnollistettiin graafisina esityksinä.

### 8.4 Kohdejoukon kuvaus

Tämän opinnäytetyön kohderyhmä koostui Rauman terveystoimen vuodeosastojen hoitohenkilökunnasta. Vastaajien taustatietoja selvitettiin kyselylomakkeen kysymyksillä 1 - 3. Niissä kysyttiin vastaajan ikää, koulutusta sekä työvuosia koulutustaan vastaavassa työssä. Vastanneista 57 % oli sairaanhoitajia, 15 % lähihoitajia, 26 % perushoitajia ja 2 % oli koulutukseltaan jotain muuta. Tällä tarkoitettiin terveydenhoitajaa tai osastonapulaista.

Työvuosia koulutustaan vastaavassa työssä 5 vuotta tai alle oli 12 vastaajalla ( 27 % ), 6 – 15 vuotta 14 vastaajalla ( 31 % ), 16 – 25 vuotta 12 vastaajalla ( 27 % ) ja 26 – 35 vuotta 7 vastaajalla ( 16 % ).

Iältään 18 – 25-vuotiaita vastaajia oli 7 %, 26 – 35-vuotiaita oli 28 %, jotka muodostivat toiseksi suurimman vastaajajoukon. 36 – 45-vuotiaita oli 15 %. Suurimman vastaajajoukon muodostivat 46 – 55-vuotiaat (43 %). Iältään 56 – 65 vuotta vastaajista oli 7 %. (Kuvio 1.)



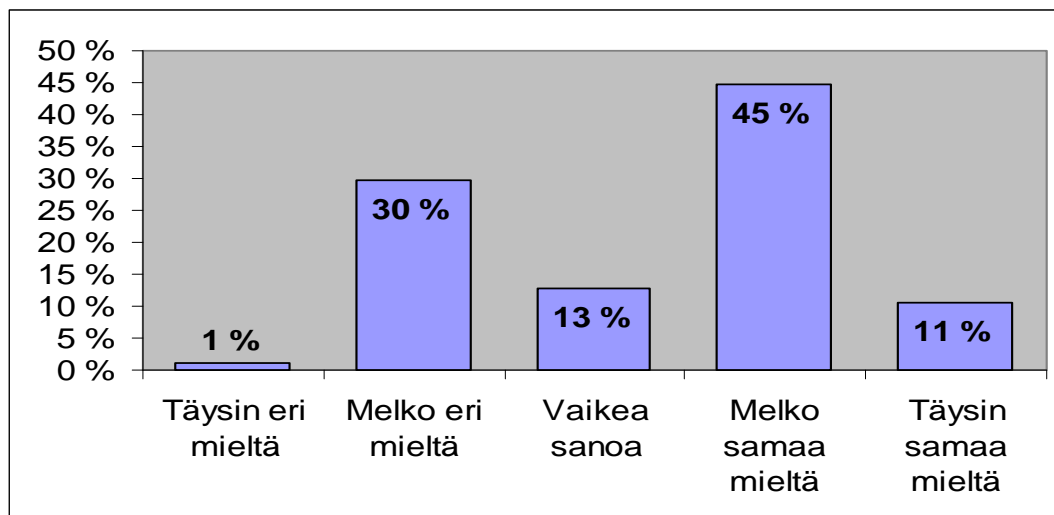
Kuvio 1: Vastaajien ikäjakauma (n=46)

## 9 TULOSTEN ANALYSOINTI

### 9.1 Hoitohenkilökunnan käsitykset potilassiirtotaidoistaan ja -tiedoistaan

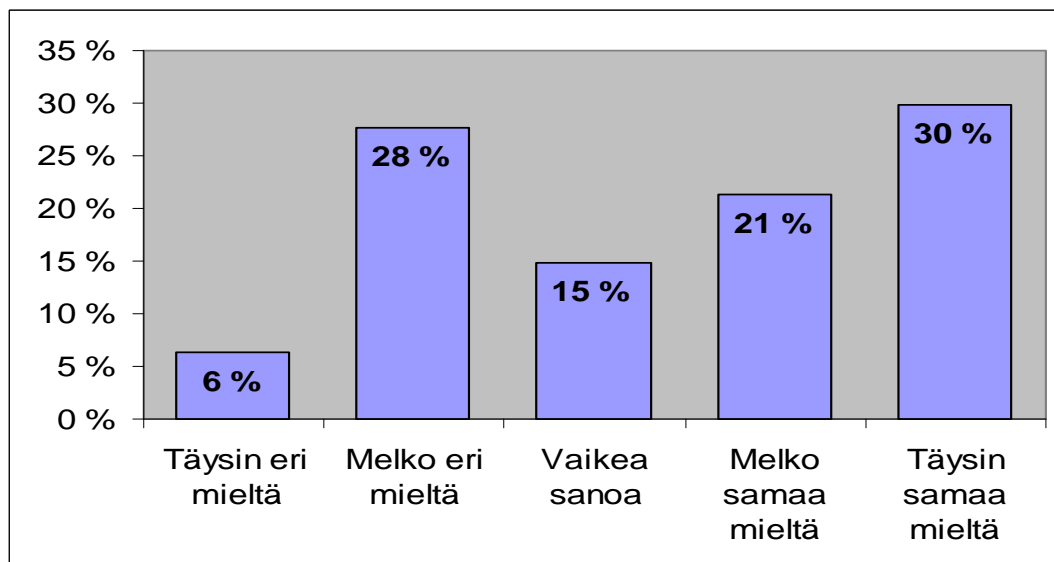
Kyselylomakkeen väittämillä 5 - 13 selvitettiin vastaajien käsityksiä potilassiirtotaidoistaan- ja tiedoistaan. Väittämässä 5 kartoitettiin hoitajien mielipidettä siitä, onko osastolla, jossa hän työskentelee, tarpeeksi apuvälineitä potilaan siirtämiseksi. Vastaajista suurin osa (45 %) oli sitä mieltä, että apuvälineitä on tarpeeksi. Vastaajista 30 % oli melko eri mieltä, että apuvälineitä ei ollut tarpeeksi. (Kuvio 2.)





Kuvio 2: Apuvälineitä on tarpeeksi osastolla (n=47)

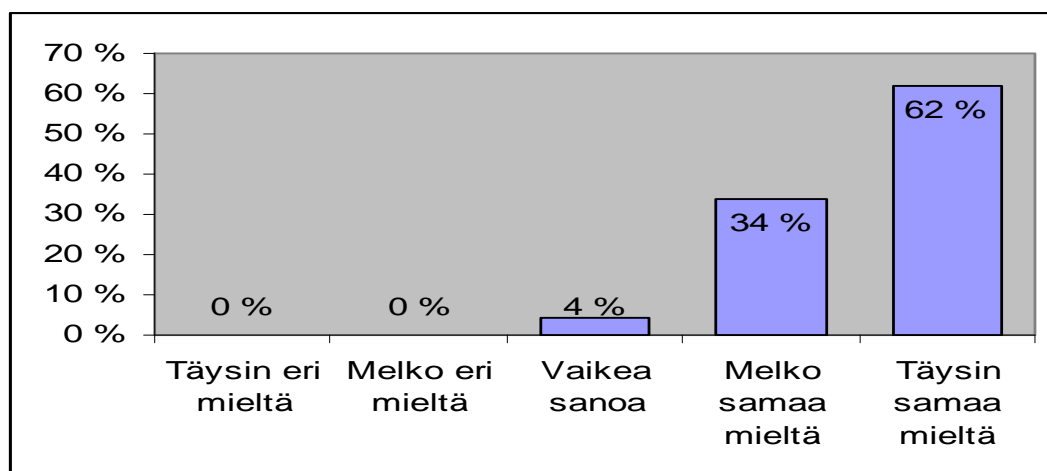
Väittämässä 6 kysyttiin käytetäänkö osastolla päivittäin apuvälineitä potilaan siirtämiseksi. Kysymyksen vastauksissa oli paljon hajontaa, kuten kuviosta 3 voi havaita. Vastaajista 3 oli sitä mieltä, ettei käytä päivittäin apuvälineitä. Vastaajista 14 oli täysin sitä mieltä, että apuvälineet ovat käytössä päivittäin.



Kuvio 3: Käytän päivittäin apuvälineitä potilaan siirtämiseksi (n=47)

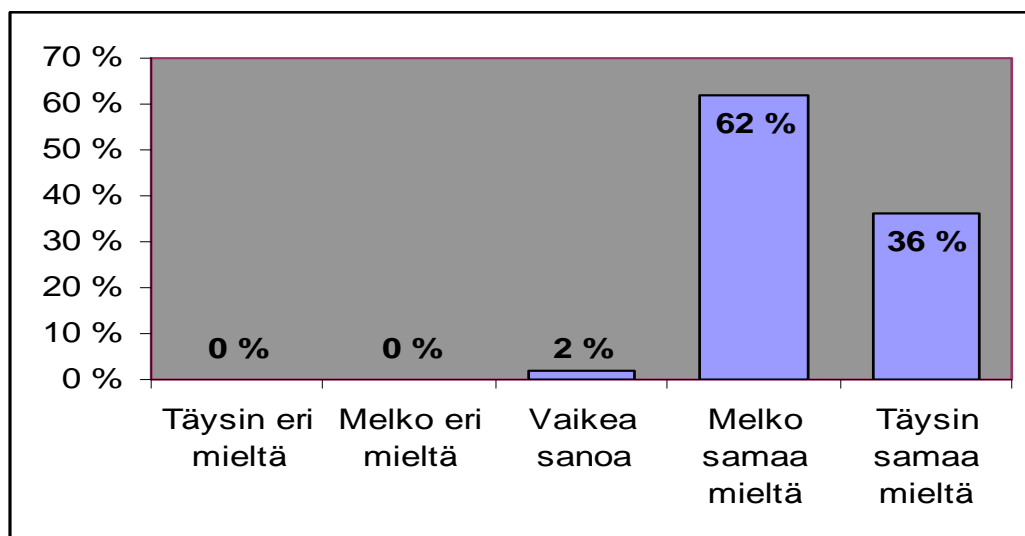
Väittämässä 7 (Kuvio 4) kysyttiin, osaako hoitohenkilökunta mielestään käyttää omalla osastolla olevia potilaan siirtoon tarkoitettuja välineitä. Vastaajista suurin osa

(62 %) osaa mielestään käyttää apuvälineitä. Yksikään vastaajista ei ollut sitä mieltä, ettei osaisi käyttää lainkaan potilassiirtoon tarkoitettuja välineitä.



Kuvio 4: Osaan käyttää osastollani olevia potilassiirtovälineitä (n=47)

Väittämässä 8 (kuvio 5) selvitettiin osaavatko vastaajat siirtää potilaan oikein paikasta toiseen, esimerkiksi sängystä pyörätuoliin. Vastaajista suurin osa (62 %), oli sitä mieltä että osaa siirtää mielestään potilaan oikein. Vastaajista kukaan ei ollut sitä mieltä, ettei osaa siirtää potilasta oikein.



Kuvio 5: Osaan siirtää potilaan paikasta toiseen, esimerkiksi sängystä pyörätuoliin

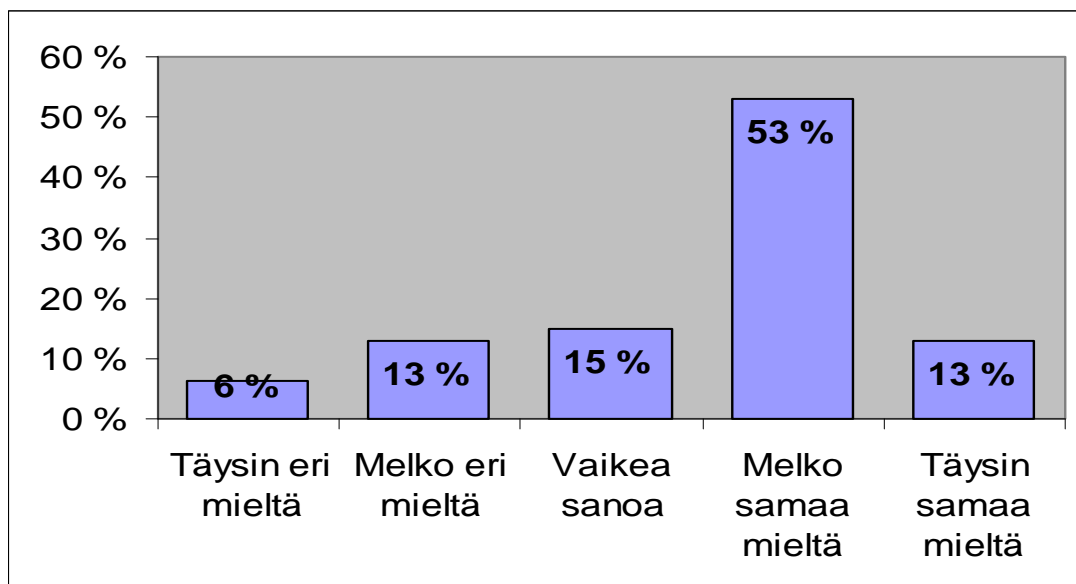
Väittämässä 9 kysyttiin, käytetäänkö tarpeeksi aikaa oikean siirtotavan ja tarkoituksenmukaisen apuvälineen valintaan. Vastaajista 60 % oli sitä mieltä, että aikaa käy-

tään tarpeeksi. Vastaajista 17 % ei osannut sanoa. Kukaan ei ollut sitä mieltä, että aikaa ei käytetä tarpeeksi oikean siirtotavan ja apuvälineen valintaan.

Kysyttäessä, edellyttääkö osastonhoitaja apuvälineiden käyttöä ja miten työtoverit suhtautuvat apuvälineiden käyttöön, vastaajista 30 % oli täysin samaa mieltä, että osastonhoitaja edellyttää apuvälineiden käyttöä. Myös työtovereiden suhtautuminen apuvälineiden käyttöön koettiin pääosin myönteiseksi.

Väittämissä 12 ja 16 kysyttiin, kokivatko vastaajat saaneensa tarpeeksi koulutusta oikeisiin potilassiirtomenetelmiin ja onko saanut aikaisemmin potilassiirtoihin liittyvää koulutusta. Suurin osa vastanneista koki saaneensa tarpeeksi koulutusta; melko samaa mieltä oli 43% vastanneista ja täysin samaa mieltä oli 19%. Yksikään vastaajista ei kokenut, ettei ole saanut ohjausta oikeisiin potilassiirtomenetelmiin.

Väittämässä 13 (Kuvio 6) kysyttiin, tarvitaanko koulutusta potilassiirtoihin liittyvien riskitekijöiden tunnistamiseksi. Vastaajista yli puolet oli melko samaa mieltä, että lisäkoulutusta tarvitaan. Vastaajista kolme ei kokenut lisäkoulutusta lainkaan tarpeelliseksi.



Kuvio 6: Tarvitsen koulutusta tunnistakseni potilassiirtoihin liittyvät riskitekijät nykyistä paremmin

## 9.2 Hoitohenkilökunnan kokemukset potilassiirroista

Ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä (Liite 5) vastaajilta kysyttiin mitä hyötyä oikeista potilassiirtotaidoista on. Vastaajat kokivat oikeat potilassiirtotavat pääsääntöisesti hyödyllisinä. Eniten vastauksissa nousi esiin potilaan toipumisen edistämisen, oman työkyvyn säilyminen sekä oikean siirtomenetelmän valitseminen potilaalle. Myös hoitajan ja potilaan turvallisuuden lisääminen koettiin tärkeänä.

*Kroppa kestää paremmin ja kauemmin tätä työtä. Potilas kokee olonsa siirroissa turvallisemmaksi jos kokee, että hoitaja tietää mitä tekee. (43)*

Toisessa avoimessa kysymyksessä (Liite 6) kysyttiin miksi hyvä potilaan siirtotaito on tärkeää. Vastaajien mielestä hyvät siirtotavat vähentävät loukkaantumisriskiä, hyödyntävät potilaan omia voimavaroja ja keventävät hoitajan fyysistä kuormitusta lisäten siten työkykyä.

*Aktivoi potilasta myös tekemään itse. (34)*

*Oman fyysisen toimintakyvyn vuoksi. Väärin tehdyt siirrot aiheuttavat usein vammoja hoitajalle (revähdykset tms.) Hyvä siirtotaito tärkeää myös potilaan kannalta. Potilaalla on turvallinen olo, kun on ”varmoissa käsissä”. (Vastaajan 12 oma kommentti)*

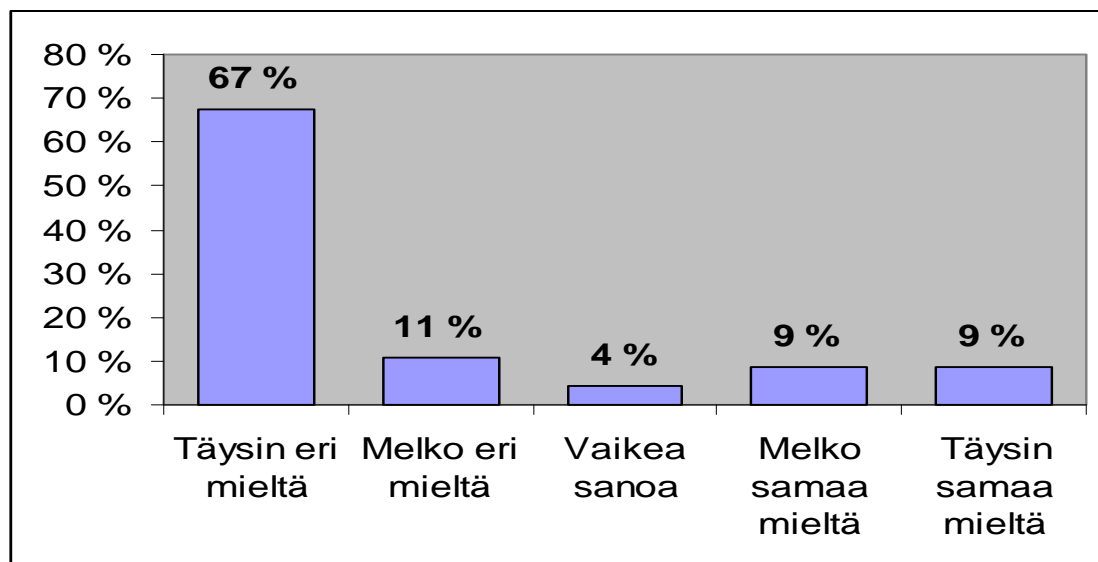
Kolmannessa avoimessa kysymyksessä (Liite 7) vastaajilta kysyttiin mitkä tekijät vaikuttavat työtapoihin/siirtotavan valintaan arjessa. Vastaajien mielestä vaikuttavimpia tekijöitä työ- ja siirtotapojen valintaan arjessa ovat aika ja kiire. Aikaa ei koeta olevan tarpeeksi oikean siirtomenetelmän pohdintaan. Potilaan yhteistyökyky, tilojen koko missä siirretään, sekä työparin saatavuus olivat myös eniten esille nousseita tekijöitä vastauksissa. Apuvälineiden koettiin myös olevan liian kaukana eikä niitä jakseta hakea.

*Riittämätön henkilökuntamitoitus -> joutuu siirtämään potilasta yksin, vaikka tarvittaisiin kaksi. Apuvälineiden säilytyspaikka, ovatko lähellä vai esim. toisella osastolla. Kaukaa ei tule haettua. Vaikka apuvälineet olisivat saatavilla, niitä ei ehkä käytetä, koska niitä ei osata käyttää oikein. (15)*

*Tilojen ahtaus, siirrettävän voimavarat ja apuvälineet (ovatko tarkoituksenmukaisia) (22)*

### 9.3 Hoitohenkilökunnan tiedot Potilassiirtojen ergonomiakortista- ja koulutuksesta

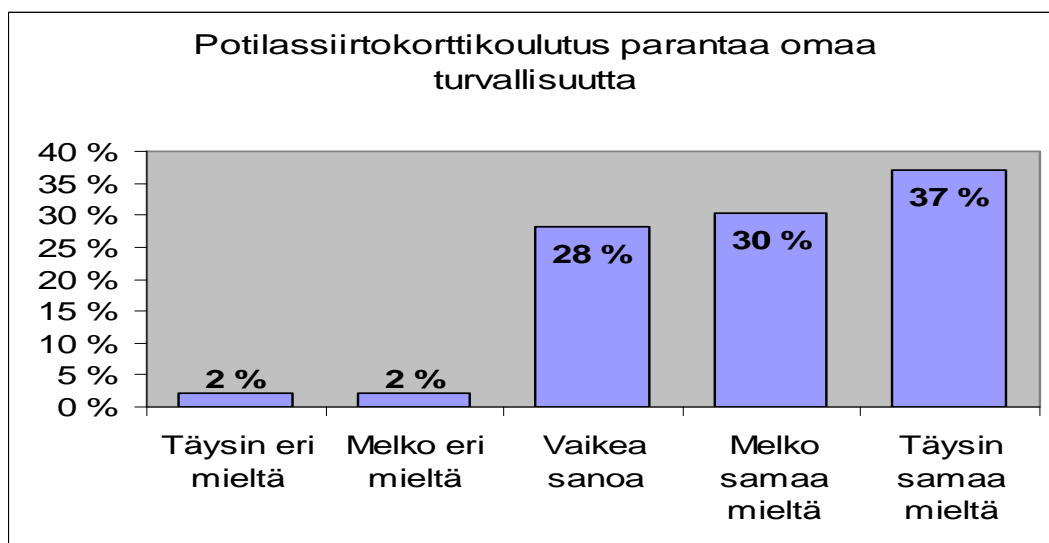
Väittämässä 15 - 18 kartoitettiin vastaajien tietoja Potilassiirtojen ergonomiakortista ja siihen liittyvästä koulutuksesta. Suurin osa vastaajista (67 %) (Kuvio 7), ei ollut koskaan aikaisemmin kuullut Potilassiirtojen ergonomiakortista.



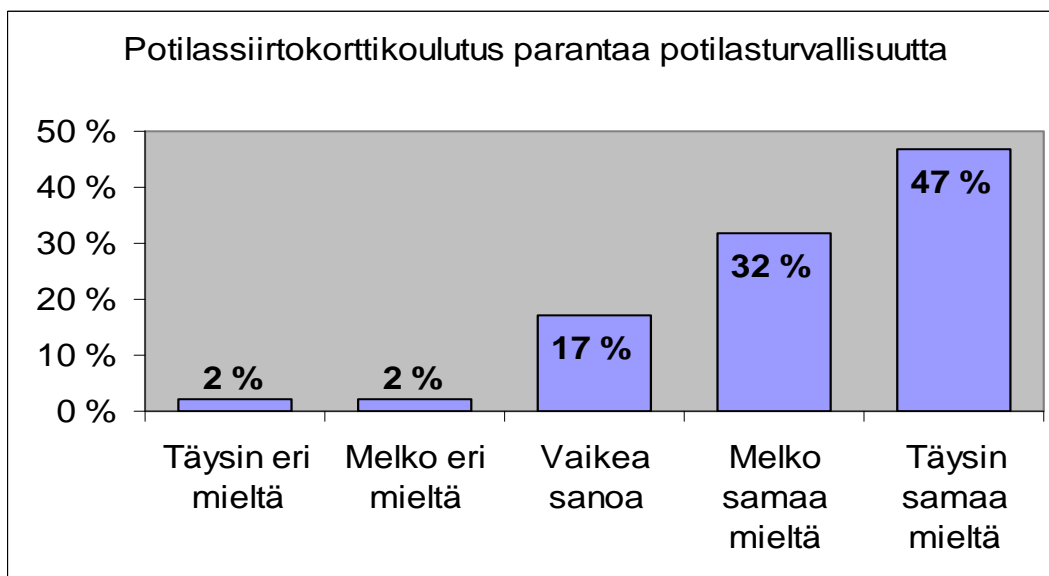
Kuvio 7: Olen kuullut aikaisemmin potilassiirtokortista (n=46).

Väittämässä 17 ja 18 kartoitettiin hoitajan mielipidettä siitä, paraneeko potilaan ja hoitajan turvallisuus Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksen avulla (Kuvio 8). Vastaajat suhtautuivat pääosin myönteisesti, siihen että oma turvallisuus paransi

koulutuksen avulla. Valtaosa vastaajista (47 %) oli sitä mieltä, että koulutus parantaa myös potilaan turvallisuutta (Kuvio 9).



Kuvio 8: Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutus parantaa hoitajan omaa turvallisuutta avustustilanteissa (n=46)

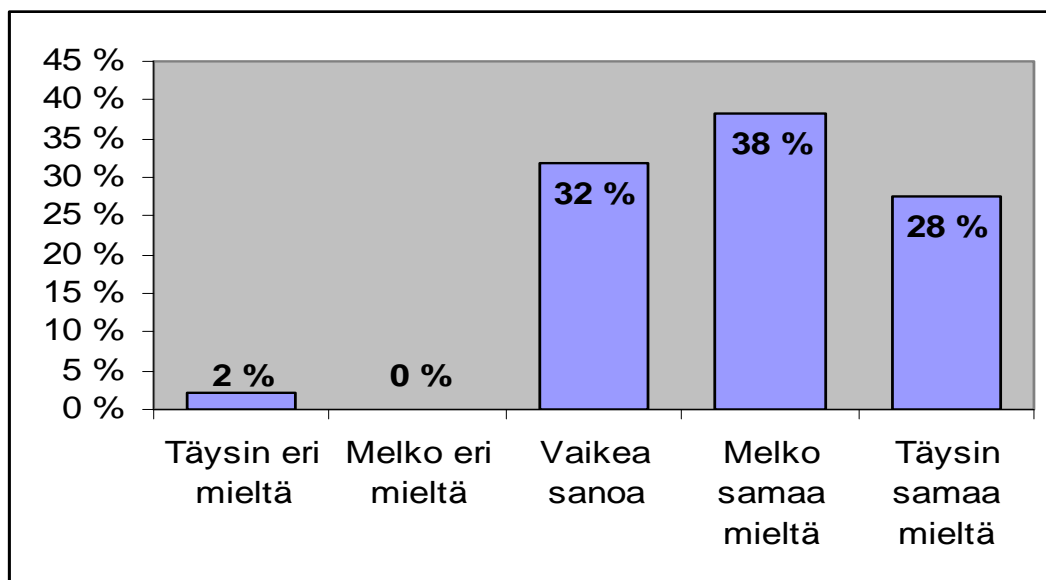


Kuvio 9: Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutus parantaa potilaiden turvallisuutta avustustilanteissa (n=47)

Väittämässä 19 kysyttiin hallitseeko vastaaja mielestään potilassiirtomenetelmät niin hyvin, ettei koe tarpeelliseksi osallistua Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutukseen. Vastaajista suurin osa (31 %) ei koe hallitsevansa potilassiirtotapoja niin hyvin, ettei lisäkoulutukselle olisi tarvetta.

Kysyttäessä onko Potilassiirtojen ergonomiakoulutuksesta vastaajalle hyötyä ja lisäksi se omaa riskinarviointikykyä, valtaosa vastaajista (43 %) oli sitä mieltä, että koulutuksesta on hyötyä. Vastaajista 30 % koki, että ergonomiakoulutus lisää riskinarviointikykyä.

Väittämässä 22 (Kuvio 10) selvitettiin onko vastaajilla mielestään paremmat siirtotaidot osallistuttuaan Potilassiirtojen ergonomiakoulutukseen. Vastaajista 28 % oli sitä mieltä, että omat siirtotaidot paranisivat. Vastaajista 32 % ei osannut sanoa ja 2 % oli täysin eri mieltä.



Kuvio 10: Potilassiirtotaidot kehittyvät koulutukseen osallistumisen jälkeen

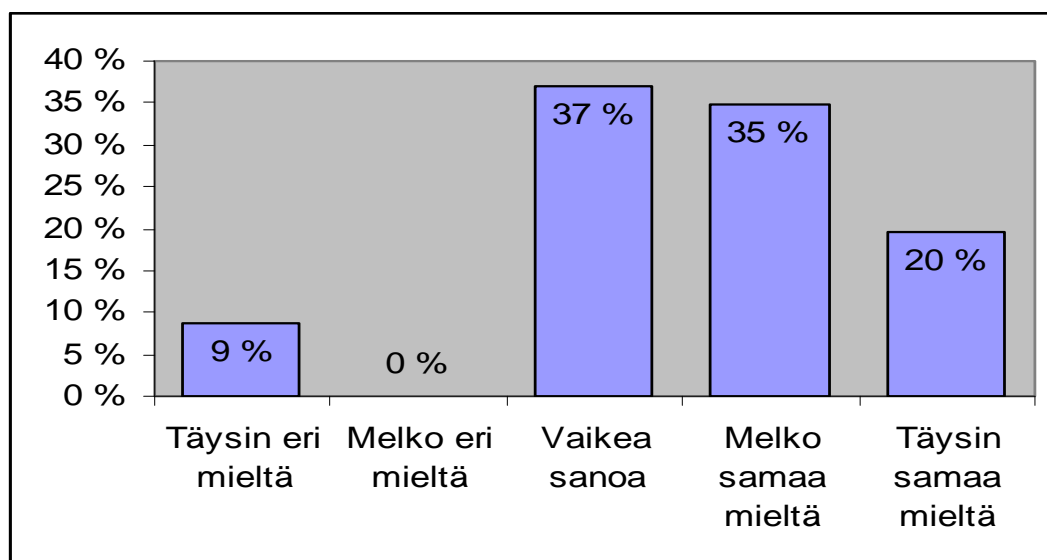
Vastaajista 19 % oli täysin sitä mieltä, että tunnistaisi potilaan voimavarat ja liikuntarajoitukset nykyistä paremmin koulutuksen jälkeen. Vastaajista 40 % ei osannut sa-

noa. Yhden vastaajan mielestä Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutus ei auta tunnistamaan potilaan voimavaroja ja liikuntarajoituksia.

Kysyttäessä osaavatko vastaajat Potilassiirtojen ergonomiakortin suoritettuaan valita turvallisen siirtotavan ja tarkoituksenmukaisen apuvälineen. Vastaajista 15 % oli täysin samaa mieltä ja puolet oli melko samaa mieltä, että Potilassiirtojen ergonomiakortin suoritettuaan hän osaa valita turvallisen siirtotavan ja tarkoituksenmukaisen apuvälineen.

#### 9.4 Hoitohenkilökunnan asennoituminen Potilassiirtojen ergonomiakorttia- ja koulutusta kohtaan

Väittämässä 14 ja 19 - 28 kartoitettiin vastaajien asennoitumista Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutusta kohtaan. Vastaajista 9 % ei koe potilassiirtokorttia tarpeellisenä, 37 % mielestä on vaikea sanoa, onko Potilassiirtojen ergonomiakortti tarpeellinen. (Kuvio 12)

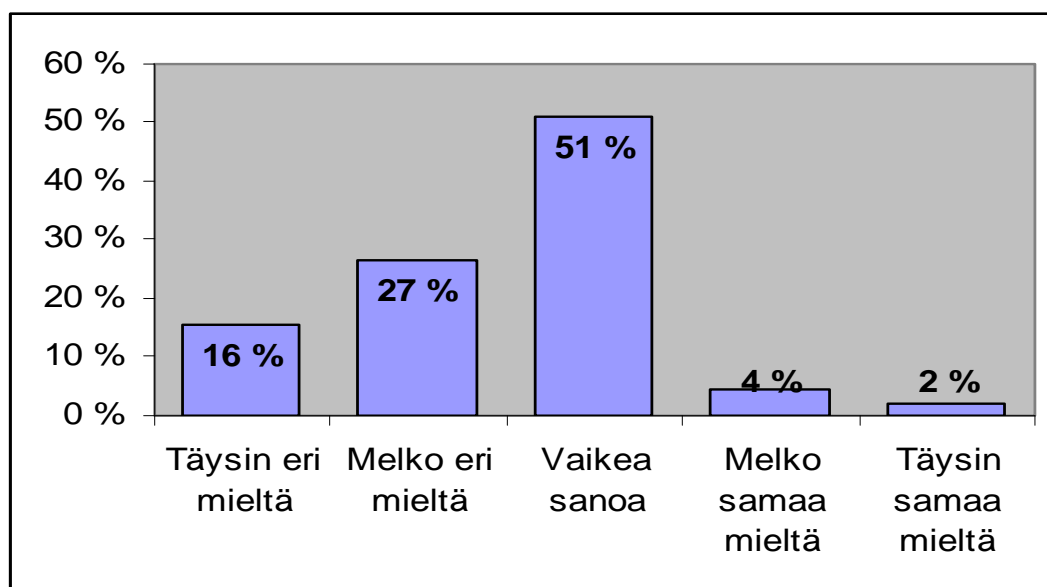


Kuvio 12: Koen Potilassiirtojen ergonomiakortin tarpeellisenä (n=46).

Kysyttäessä aikooko vastaaja osallistua Potilassiirtojen ergonomiakoulutukseen, koska haluaa oppia käyttämään potilassiirtovälineitä entistä monipuolisemmin, vastaajista 28 % aikoo osallistua tästä syystä ergonomiakorttikoulutukseen. Kaksi vastaajaa ei aio osallistua koulutukseen.

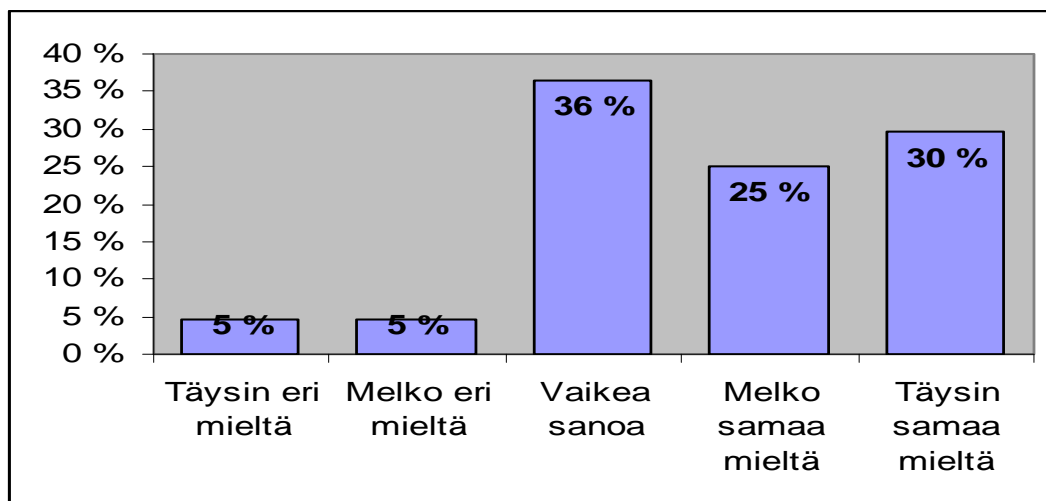


Väittämässä 28 selvitettiin (Kuvio 13) vaikuttaako Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutus liian työläältä suorittaa. Vastaajista 51 % ei osannut sanoa vaikuttaako koulutus liian työläältä. Vastaajista 2 % kokee koulutuksen liian työläänä, 16 % oli eri mieltä.



Kuvio 13: Potilassiirtokorttikoulutus vaikuttaa liian työläältä (n=45)

Vastaajien halukkuus osallistua Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutukseen oli pääosin myönteistä (Kuvio 14). Vastaajista 30 % aikoo osallistua koulutukseen, 5 % ei aio osallistua ja vastaajista 36 % ei osannut sanoa.



Kuvio14:Aion osallistua Potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutukseen

## 10 TUTKIMUKSEN TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan käsityksiä ja kokemuksia potilassiirroista, mitä hoitohenkilökunta tietää Potilassiirtojen ergonomiakortista sekä miten he asennoituvat Potilassiirtojen ergonomiakorttiin ja siihen liittyvään koulutukseen. Tutkimustuloksia tarkastellaan tutkimusongelmien mukaisessa järjestyksessä. **Ensimmäisen tutkimusongelman tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan käsityksiä potilassiirtotaidoistaan- ja tiedoistaan.** Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että osastolla on tarpeeksi apuvälineitä. Päivittäin apuvälineitä käytettiin vaihtelevasti, mutta siihen vaikuttaa osastolla sillä hetkellä olevien potilaiden oma aktiivisuus. Lähes kaikki osasivat mielestään käyttää apuvälineitä oikein, sekä siirtää potilaan oikein esimerkiksi sängystä pyörätuoliin.

Yli puolet vastaajista käytti mielestään tarpeeksi aikaa tarkoituksen mukaisen apuvälineen valintaan, osastonhoitajan edellyttäminen välineiden käyttöön koettiin vaihtelevaksi. Tämä koetaan varmaan itsestään selväksi asiaksi, että esimies edellyttää apuvälineiden käyttöä. Välttämättä esimies ei ole erikseen maininnut, että hän edellyttää apuvälineiden käyttöä. Työtovereiden suhtautuminen apuvälineiden käyttöön oli pääosin myönteistä. Suurin osa vastaajista oli myös sitä mieltä, että on saanut tar-

peeksi ohjausta oikeisiin potilassiirtomenetelmiin, mutta kuitenkin tarvitsee koulutusta tunnistaakseen nykyistä paremmin potilassiirtoihin liittyvät riskitekijät. Tämä johtunee siitä, että suurin osa vastaajista on saanut joskus jonkinlaista potilassiirto-opetusta, mutta vanhoja opetuksia ei ole päivitetty.

Toisena tutkimusongelmana oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia potilassiirroista. Vastaajat kokivat oikeat potilassiirtotavat hyödyllisinä. Vastauksissa tuli selkeästi esille halu edistää potilaan toipumista sekä säilyttää oma työkyky mahdollisimman pitkään. Työkyky ei vain voi säilyä hyvänä kovin pitkään jos potilassiirtoja tehdään jatkuvasti väärin ja nostetaan liian suuria taakkoja. Työsuojelurahaston Nostokurki-tutkimuksessa (2001) selvisi, että hoitajat nostavat käsivoimin jopa 40 – 100 kiloa painavaa aikuista päivittäin useita kertoja.

Hoitajan ja potilaan turvallisuus koettiin myös tärkeiksi. Vastaajilla oli selvästi tiedossa, että hyvät siirtotavat vähentävät loukkaantumisriskiä niin potilaan, kuin hoitajan kohdalla. Näin on myös todennut Leena Tamminen-Peter (2005) väitöskirjassaan, Kolmen siirtomenetelmän vertailu. Tiedossa oli myös, että oikeat siirtotavat hyödyntävät potilaan omia voimavaroja ja vähentävät hoitajan fyysistä kuormitusta. Vaikuttavimmiksi tekijöiksi potilassiirtotavan valinnassa koettiin kiire, varsinkin aamuisin, potilaan yhteistyökyky, tilojen ahtaus, työparin saatavuus ja apuvälineet ovat huonosti saatavilla. Työsuojelurahaston Nostokurki-tutkimustulosten (2001) mukaan, juuri kiire ja siitä seuraava huolimattomuus aiheuttaa potilaissa turvattomuuden tunnetta. Tuloksissa selvisi myös, että hoitajan käytös vaikuttaa siihen miten potilas haluaa itseään siirrettävän ja haluaako siirrettävän lainkaan. Jos taustalla on huono kokemus huonosti sujuneesta siirrosta, on vaikea luottaa hoitajan ammattitaitoon potilassiirtojen suhteen seuraavalla kerralla.

Kolmantena tutkimusongelmana oli **selvittää hoitohenkilökunnan tietoja Potilassiirtojen ergonomiakortista –ja koulutuksesta**. Suurin osa vastaajista ei ollut koskaan kuullut Potilassiirtojen ergonomiakortista. Kortin kokemisessa tarpeelliseksi oli hajontaa, johtuen osaltaan siitä ettei suurin osa ole aiemmin kuullut siitä. Koulutuksen koetaan lisäävän riskinarviointikykyä sekä parantavan potilassiirtotaitoja. Puolet vastaajista silti eivät olleet varmoja tunnistavatko potilaan voimavarat ja liikuntarajoitukset nykyistä paremmin koulutuksen jälkeen. Tämä johtuu varmaan siitä, että

vastaajilla ei ollut riittävästi tietoa koulutuksen sisällöstä. Kuitenkin suurin osa oli enimmäkseen sitä mieltä, että turvallisen siirtotavan ja apuvälineen valinta on helpompaa Potilassiirtojen ergonomiakoulutuksen jälkeen. Valtaosa vastaajista kokee, että potilassiirtokorttikoulutus parantaisi omaa, sekä potilaan turvallisuutta avustustilanteissa.

Neljäs tutkimusongelma **selvitti asenteita Potilassiirtojen ergonomiakorttia –ja koulutusta kohtaan**. Valtaosa vastaajista piti koulutusta tarpeellisena. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, ettei koulutuksesta ole mitään hyötyä eli suhtautuminen Potilassiirtojen ergonomiakoulutukseen oli positiivista. Pääosin myönteistä oli myös halukkuus osallistua koulutukseen, koska luultavasti lisäkoulutusta ei pidetä koskaan negatiivisena asiana. Ergonomiakortin hyödyllisyydestä sen sijaan vastaajat eivät olleet aivan varmoja. Puolet vastaajista ei silti osannut sanoa, vaikuttaako kortin suorittaminen liian työläältä. Vastaajilla ei luultavasti ollut tarpeeksi tietoa siitä, miten koulutus ja kortin suorittaminen toteutuisi käytännössä työn ohella.

## 10.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tehdyn tutkimuksen luotettavuutta pyritään arvioimaan kaikissa tutkimuksissa. Luotettavuus eli reliabiliteetti ja pätevyys eli validiteetti ovat keskeisiä tutkimuksen arviointiin liittyviä käsitteitä. (Hirsjärvi ym. 2006, 216.) Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja mittaustulosten toistettavuutta. Validiteetilla tarkoitetaan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2006, 216.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi, se että kyselylomakkeen tarkasti ohjaava opettaja ja osa opiskelijakollegoista suunnitteluseminaarin yhteydessä. Tämän jälkeen lomaketta korjattiin, kysymyksiä lisättiin ja niiden järjestystä muutettiin. Näin saatiin opinnäytetyöntekijän omaa, subjektiivista arviota luotettavampi arvio mittarin validiteetista. Luotettavuutta lisäsi myös se, että kyselylomake lähetettiin arvioitavaksi Leena Tamminen-Peterille ja se esitettiin.

Luotettavuutta heikensi se, että käsitteet oli vaikea määritellä. Kyselyn suorittaminen kvantitatiivisena tutkimuksena ei ollut välttämättä paras vaihtoehto. Paremmat tulokset olisi voitu saada laadullisella tutkimuksella, joko haastattelemalla tutkittavia tai käyttämällä kyselylomakkeessa kokonaan avoimia kysymyksiä. Luotettavuutta heikentää myös se, ettei suurin osa vastaajista ollut paikalla, kun opinnäytetyöntekijä vei kyselylomakkeet osastoille ja kertoi suullisesti Potilassiirtojen ergonomiakortin sisällöstä. Myös kyselylomakkeen saatekirjeessä olisi pitänyt ohjeistaa vastaajaa tutustumaan ensin ergonomiakortin sisällöstä ja sen jälkeen vastaamaan kyselyyn. Ei myöskään voida tietää, kuinka totuudenmukaisesti kysymyksiin on vastattu, koska vastauksiin on voinut vaikuttaa vastaajien kiire ja väsymys.

Tutkimuksen olisi voinut suorittaa mieluiten keväällä tai syksyllä, kuin kesällä vakituisen henkilökunnan ollessa kesälomalla. Potilassiirtojen ergonomiakortista kertovan info-lehden lukeminen jäi liikaa vastaajan oman aktiivisuuden varaan. Siksi on vaikea tietää, kuinka moni on lehtisen oikeasti lukenut ja vastatessaan kyselyyn tienynyt mistä on kyse. Vanhainkotien pitkäaikaisosastoilta olisi voinut saada paremman tulokset, koska siellä on käytössä enemmän apuvälineitä ja potilassiirtoja joudutaan tekemään enemmän. Akuutimmilla vuodeosastoilla potilaiden aktiivisuus vaihtelee, koska vaihtuvuutta on enemmän, joten myös apuvälineiden käyttötiheys ja potilassiirtojen määrä vaihtelee.

## 10.2 Tutkimuksen eettisyys

Eri organisaatioissa tutkimusluvan hakemista varten on erilaisia ohjeita ja lomakkeita. Tutkimustyön etiikkaa tarkasteltaessa on tärkeää pohtia myös tutkijan ja tutkimusorganisaation välistä suhdetta. Molemmilla osapuolilla on vastuu tulosten käytöstä. Yhdessä tulee päättää millaista tietoa voidaan käyttää ja mitä ei. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 289–291). Tälle opinnäytetyölle anottiin tutkimuslupaa Rauman terveystoimen omalla tutkimuslupa-anomuskaavakkeella johtavalta ylilääkäriltä, Pekka T. Jaatiselta. (Liite 1.)

Tutkimuksen lähtökohtana on, että tutkittavilta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkittaville on suotava mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta niin halutessaan. Kyselyyn vastaamista voidaan pitää kyselytutkimuksessa tietoisena suostumuksena. Tutkimukseen osallistuvilla on myös taattava anonymiteetti koko tutkimuksen aikana. Anonymiteetti tarkoittaa, ettei tutkimustietoja luovuteta kenellekään ulkopuoliselle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177–179; Leino-Kilpi ym. 2003, 290–292.)

Tässä tutkimuksessa tutkittavien oikeuksiin kiinnitettiin huomiota kertomalla ennen kyselyyn vastaamista tutkimuksen tekijästä, tutkimuksen tarkoituksesta ja siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselylomakekuoren mukana jokainen sai samat tiedot kirjallisena. Vastaajille annettiin myös mahdollisuus kysyä opinnäytetyöntekijältä tutkimukseen liittyvistä asioista. Kyselyyn vastaaminen katsottiin suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Vastaajat jättivät täytetyn kyselylomakkeen nimettömänä suljetussa kirjekuoressa sille osoitettuun paikkaan. Näin vastaajien henkilöllisyys pysyi salassa.

Tutkimusaineiston analyysivaiheessa eettisesti keskeistä on, että analyysi tehdään hyödyntäen koko kerättyä aineistoa. Tutkimustulosten julkaisemisen yleisenä periaatteena on, että tutkija raportoi tuloksensa rehellisesti ja avoimesti. Tämä edellyttää, että tutkija tarkastelee tuloksia mahdollisimman objektiivisesti. (Leino-Kilpi ym. 2003, 292.) Tutkimusaineiston analyysivaiheessa tulee myös huomioida luottamuksellisuus, se tarkoittaa sitä, että tutkija noudattaa antamiaan lupauksia aineiston käsittelystä ja käytöstä. Aineistoa ei saa antaa kenenkään muun käsiin ja lisäksi aineisto tulee hävittää tutkimuksen valmistumisen jälkeen. (Mäkinen 2006, 114–115.) Tässä opinnäytetyössä analysoitiin kaikki saadut tulokset ja ne esitettiin prosentein ja frekvenssein hyödyntäen kuvioita ja taulukoita. Tutkimuksen päätyttyä opinnäytetyöntekijä hävitti asianmukaisesti keräämänsä aineiston.

### 10.3 Jatkotutkimushaasteet

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, miten hoitohenkilökunnan potilassiirtotaidot ovat kehittyneet Potilassiirtojen ergonomiakortin suorittamisen jälkeen. Myös sitä olisi mielenkiintoista selvittää, miten omat asenteet potilassiirroissa ovat muuttuneet koulutuksen myötä. Eli ovatko siirtotavat oikeasti muuttuneet ja pohditaanko etukäteen, miten potilasta siirretään. Olisi mielenkiintoista myös tutkia esimerkiksi tietotaito-testin tyyppisellä tutkimuksella hoitohenkilökunnan käsityksiä oikeista ja vääristä potilaan siirtotavoista.

## LÄHTEET

Ammattikorkeakoululaki.2003.A15.5.2003/352

Asetus ammatillisesta aikuiskoulutuksesta.1998.A6.11.2998/812

Asetus ammattikorkeakouluista.2003.A9.5.2003/351

Asetus ammatillisesta koulutuksesta.1998.A6.11.1998/811

Ergonomiaopetuksen kehittäminen sosiaali- ja terveydenhoitoalan oppilaitoksissa. Loppuraportti.Helsinki 2007.17s. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007,22

Fagerström, V. Care Thermometer-menetelmä: Työkalu osaston fyysisen kuormituksen arvioimiseksi. Työterveyslaitos. Viitattu 25.10.2009. Saatavissa: [www.tyoturva.fi/files/890/virpi.fagerstrom\\_05062009.pdf](http://www.tyoturva.fi/files/890/virpi.fagerstrom_05062009.pdf)

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: GummerusKirjapaino

Kankkunen, P & Vehviläinen – Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä: Helsinki, WSOYpro

Karhula, K. Rönholm, T. Sjögren T. Työsuojelujulkaisuja 83, Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä. Työsuojeluhallinto. Tampere 2007.Viitattu 25.10.2009.Saatavissa:[http://tyosuojelujulkaisut.wshop.fi/documents/2007/06/TSJ\\_83.pdf](http://tyosuojelujulkaisut.wshop.fi/documents/2007/06/TSJ_83.pdf)

Koskinen, A. Lahtinen, S. & Saari, S. 2002. Nostokurki, Hoitajat ja avustajat nostokurkina. Tutkimus nostolaitteiden käytöstä ja kokemuksista asukasnostoissa ja- siirroissa. Työsuojelurahasto. Viitattu 7.12.2009. Saatavissa: <http://www.tsr.fi/tutkimus/tutkittu/hanke.html?id=100137>

Kyngäs, H & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1/99. 3 – 12.

Laki ammatillisesta aikuiskoulutuksesta.1998.A21.8.1998.631/1998.

Laki ammatillisesta koulutuksesta.1998.A21.8.1998.630/1998.

Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2003. Etiikka Hoitotyössä. Juva. Ws Bookwell Oy.

Lindström, K., Elo, A-L., Hopsu, L., Kandolin, I., Ketola, R., Lehtelä, J., Leppänen, A., Mukala, K., Rasa, P-L & Sallinen, M. 2005. Työkuormituksen arviointimenetelmä TIKKA. Jyväskylä. Työterveyslaitos.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki, Kustannusosakeyhtiö Tammi

Opetushallitus. 2001. Ammatillisen peruskoulutuksen opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteet. Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto. Helsinki.



Opetusministeriö. 2001. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopinoviikkomäärät. Helsinki. s. 60-65.

Opetusministeriön asetus ammatillisista perustutkinnoista.2001.A.6.11.2001/216

Rantsi, H. Potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetus sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa. Kuopion yliopisto, Fysiologian laitos. Kuopio 2005

Rantsi, H. & Hämäläinen, K. PAST-toiminta (potilaan avustus- ja siirtotavat) Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Loppuraportti. Oulu 2006

Salmi, S. Ranne, P. Pudas-Tähkä, S-M. Nygren, K. Riikonen, U. 2006. Käsien tehtävät nostot ja siirrot Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Viitattu 25.10.2009. Saatavissa: <http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/TYOSUOJELU/KASINOSTOT.PDF>

Saarinko - Weidemann, E. Potilassiirtojen kuormittavuus- Hoitajien fyysisen kuormittumisen ja potilassiirtojen arviointi. Kuopion yliopisto, Biolääketieteen laitos. Kuopio 2006

Tamminen-Peter, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – kolmen siirtomenetelmän vertailu. Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, työterveyshuolto. Turku 2005

Tamminen-Peter, L. 2008,15. Potilassiirtokortti – keino työturvallisuuden ja potilasturvallisuuden parantamiseen. Työterveyslaitos. Viitattu 25.10.2009. Saatavissa: [http://www.tyoturva.fi/toimialat/kunta-ala/siirtoergonomia\\_seminaari/LeenaTamminenPeter\\_060608.pdf](http://www.tyoturva.fi/toimialat/kunta-ala/siirtoergonomia_seminaari/LeenaTamminenPeter_060608.pdf)

Tamminen-Peter, L. 2009. Potilassiirtojen ergonomiakortti – Ergonomiakortti riskienhallinnan välineenä. Työterveyslaitos. Viitattu 12.12.2009

Tamminen-Peter, L. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, Ergonomiaopetuksen kehittäminen sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa. Työterveyslaitos. Viitattu:9.10.2009.Saatavissa:<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/03/hm1174983838441/passthru.pdf>

Tamminen-Peter, L. 2001. Potilassiirrot kuormittavat hoitajia fyysisesti. Työterveyslaitos. Viitattu:25.10.2009.Saatavissa:<http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Tiedonvalitys/Verkkoledet/Tyoterveiset/2001-02/07.htm>

Tamminen-Peter, L. & Tuomisto, R. 2002. Työn kuormituksen vähentäminen vanhusten hoivatyössä kehittämällä työympäristön ergonomiaa ja hoitajien työtapoja vanhusten liikkumisen avustamisessa. Työsuojelurahasto. Viitattu: 7.12.2009. Saatavissa: <http://www.tsr.fi/tutkimus/tutkittu/hanke.html?id=100402>

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Työsuojeluoppaita ja –ohjeita 23,10. Käsien tehtävät nostot ja siirrot työssä. Työsuojeluhallinto. Tampere 2006. Viitattu 25.10.2009 Saatavissa:  
<http://www.tyosuojelu.fi/upload/oppaita23.pdf>

Työterveyslaitoksen WWW-sivu. Viitattu 25.10.2009. [www.ttl.fi](http://www.ttl.fi)

Työturvallisuuslaki.2002.A23.8.2002/738

Valtioneuvoston päätös käsien tehtävistä nostoista ja siirroista työssä.1993.A22.12.1993/1409

## POTILASSIIRTOJEN ERGONOMIAKORTTIKOULUTUKSEN SISÄLTÖ

Etäopiskelua verkossa on yksi kuukausi. Tavoitteena on, että verkko-opiskelun avulla opiskelija ymmärtää teoreettisen viitekehyksen, joka liittyy potilassiirtoihin:

- Ergonomian merkitys osana kokonaisuhoitoa ja omaa työturvallisuutta
- Biomekaniikan hyödyntäminen potilaan siirtymisen avustamisessa
- Potilaiden hoitoisuuden ja apuvälineiden tarpeen arviointi omalla osastolla sekä luonnolliset liikemallit potilaan liikkumisen avustamisessa.

Opiskelija ymmärtää lakien ja asetusten merkityksen, joka ohjaa hoitotyön työturvallisuutta ja hän osaa arvioida toimintaympäristönsä riskejä. Verkko-opiskelu sisältää lukutehtäviä ja kuvien vertailua, joiden avulla opitaan miten oikea potilassiirtoergonomia ehkäisee TULE-ongelmia. Kuvia vertailemalla opiskelija oppii arvioimaan fyysistä kuormitusta siirtotilanteissa. (Tamminen-Peter, 2009).

### Oman kehon hallinta potilassiirroissa

Lukutehtävän avulla opiskellaan oman kehon hallintaa potilassiirroissa. Harjoitusten kautta kokeillaan oman kehonhallintaa, tavoitteena on että opiskelija ymmärtää kehossaan olevan keskilinjan merkityksen tasapainon, hallitun asennon ja liikkeen lähtökohtana. (Tamminen-Peter, 2009).

Tärkeää harjoituksissa on toistojen tekeminen ja pitkäaikainen harjoittelu. Kehonhallintaa harjoitellaan kolme viikkoa, jonka lisäksi täytetään harjoituspäiväkirjaa. Päiväkirjan tarkoituksena on motivoida, koska sen avulla opiskelija voi seurata omien tavoitteiden toteutumista. Biomekaniikkaa voidaan hyödyntää liikkumisen avustamisessa. Lukutehtävän avulla kokeillaan erilaisia siirtomenetelmiä ja tutustutaan apuvälineisiin. Tarkoituksena on myös suorittaa omalla työpaikallaan riskien arviointia ja mittausta. (Tamminen-Peter, 2009).

Verkkotehtävien suorittaminen on edellytys lähijaksolle osallistumiselle. Verkko-opintojen perusteella tulee hallita potilaan toimintakyvyn arviointi, työturvallisuus ja henkilökohtaisten riskien arviointi. Ympäristö tulee huomioida oikein potilassiirtojen suhteen, opiskelijan tulee osata huomioida muun muassa tilan rajoitukset. Potilaan omaa toimintakykyä pitää osata aktivoida hyvän vuorovaikutuksen kautta. Itse siirtotapahtumassa tulee osata siirtää käsin sekä apuvälineen kanssa. Tärkeää on, että hoitaja osaa huomioida omat työasentonsa ja – liikkeensä. Hyväksytyin verkko-opintojakson jälkeen lähiopetusta järjestetään yhteensä 16 tuntia neljän tunnin jaksoissa. Tarkoituksena on harjoitella erilaisten nostolaitteiden käyttöä ja potilaan liikumisen ja siirtämisen avustamista tavallisimmissa avustustilanteissa käytännössä. (Tamminen-Peter, 2009).

Potilassiirtokorttikoulutuksen lopussa on näyttötilanne, jonka läpäistyään opiskelija saa potilassiirtokortin. Näyttötilanteessa on aikaa suoritukseen varattu 20 - 30 minuuttia. Siirtotehtäviä on kaksi, käsin tehtävä ja potilasnostimella tehtävä potilassiirto. Näytön tulee vastaanottamaan potilassiirtokorttikouluttaja sekä työelämän edustaja. (Tamminen-Peter, 2009).

Potilassiirtojen ergonomiakortti-hankkeessa on tarkoitus kehittää yhtenäinen materiaalipaketti potilassiirtokortin koulutukseen, jota voi kuka tahansa käyttää opettaessaan tuleville hoitajille potilassiirtoja tai päivitettäessä aiheeseen liittyvää osaamista. Potilassiirtokorttikoulutus on tarkoitettu sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille ja ammattilaisille. Koulutuksessa on tarkoituksena oppia hyvä siirtotaito, joka edistää hoidon laatua, parantaa potilaiden turvallisuutta avustustilanteissa, vähentää työn kuormituksesta johtuvia liikuntaelinongelmia sekä lisätä avustajan riskiarviointikykyä. Potilassiirtojen ergonomiakortin odotetaan herättävän kiinnostusta sosiaali- ja terveysalan työpaikoilla ja lisäävän motivaatiota kehittämään henkilöstön turvallisuusosaamista. ( Tamminen-Peter, L. 2008,15).



RAUMAN TERVEYSKESKUS

## PÄÄTÖS OPINNÄYTETYÖ-/TUTKIMUSLUPAHAKEMUKSEEN

### OPINNÄYTETYÖ/TUTKIMUS

Nimi Terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan asenteet potilassiirtokorttia ja potilassiirtokoulutusta kohtaan
Tekijä Tiina Kuusisto

### PÄÄTÖS

<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin - Tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä. - Tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla. - Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä. - Mahdollisesti tarvittaessa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao. henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessaan	
<input type="checkbox"/> Muut ehdot	
<input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei myönnetä Perustelut	<input type="checkbox"/> Perustelut liitteenä
Päätäjä Johtava ylilääkäri	Allekirjoitus
Päiväys 29.4.09	

### LIITTEET

Opinnäytetyö/tutkimuslupahakemus ja siihen liittyvät asiakirjat
---

### PÄÄTÖKSEN JAKELU

1. Hakija	Päiväys <u>29/4/2009</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Lähetetty	<input type="checkbox"/> Luovutettu
2. Yhteyshenkilö tutkimusorganisaatiossa			
3. Päätöspöytäkirjan kopio ja alkuperäiskappale opinnäytetyö-/tutkimuslupahakemuksesta hallintoon			

## KYSELYLOMAKE

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä mielestänne sopivin vaihtoehto ja kirjoittakaa vastauksenne sille varattuun tilaan.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

## TAUSTATIEDOT

**1. Ikä** \_\_\_\_\_ vuotta

**2. Koulutus** a) sairaanhoitaja

b) lähihoitaja

c) perushoitaja

d) joku muu, mikä \_\_\_\_\_

**3. Kuinka kauan olette olleet koulutustanne vastaavassa työssä?**

\_\_\_\_\_ vuotta

Ympyröi vaihtoehto, joka parhaiten vastaa osastollasi hoitamiesi potilaiden kuntoa

	Omatoimisia	Lähes oma- toimisia ja selviytyy toiminnoista itsenäisesti	Tarvitsevat ajoittain apua	Avuntarve on toistuvaa	Täysin au- tettavia
<b>4. Potilaat, joita hoi- dan ovat:</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Ympyröi mielipidettäsi vastaava vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Melko samaa mieltä	Vaikea sanoa	Melko eri mieltä	Täysin eri mieltä
<b>5. Mielestäni osastollani on tar- peeksi apuvälineitä potilaan siir- tämiseksi (nosturi, pyörähdyslau- ta jne.)</b>	5	4	3	2	1
<b>6. Käytän päivittäin apuvälineitä potilaan siirtämiseksi (nosturi, pyörähdyslauta jne.)</b>	5	4	3	2	1
<b>7. Osaan käyttää osastollani ole- via potilassiirtovälineitä</b>	5	4	3	2	1
<b>9. Käytän aikaa oikean siirtota- van ja tarkoituksenmukaisen apuvä- lineen valitaan</b>	5	4	3	2	1

<b>10. Osastonhoitaja edellyttää, että käytämme apuvälineitä, kun tilanne niin vaatii</b>	5	4	3	2	1
<b>11. Työtoverini suhtautuvat myönteisesti apuvälineiden käyttöön.</b>	5	4	3	2	1
<b>12. Olen saanut tarpeeksi ohjausta oikeisiin potilassiirtomenetelmiin</b>	5	4	3	2	1
<b>13. Tarvitsen koulutusta tunnistaakseni potilassiirtoihin liittyvät riskitekijät nykyistä paremmin</b>	5	4	3	2	1
<b>14. Koen potilassiirtokortin tarpeelliseksi</b>	5	4	3	2	1
<b>15. Olen kuullut aikaisemmin potilassiirtokortista</b>	5	4	3	2	1
<b>16. Olen saanut aiemmin potilassiirtokoulutusta</b>	5	4	3	2	1
<b>17. Potilassiirtokorttikoulutus parantaa omaa turvallisuuttani avustustilanteissa</b>	5	4	3	2	1
<b>18. Potilassiirtokorttikoulutus parantaa potilaiden turvallisuutta avustustilanteissa</b>	5	4	3	2	1
<b>19. Potilassiirtokorttikoulutuksesta ei ole minulle hyötyä, koska hallitsen mielestäni potilassiirtomentelmät.</b>	5	4	3	2	1



<b>20. Potilassiirtokorttikoulutuksesta on minulle hyötyä</b>	5	4	3	2	1
<b>21.Potilassiirtokorttikoulutus lisää riskinarviointikykyäni</b>	5	4	3	2	1
<b>22.Potilassiirtokorttikoulutukseen osallistuttuani minulla on paremmat potilassiirtotaidot</b>	5	4	3	2	1
<b>23.Potilassiirtokortin suorittuani, tunnistan potilaan voimavarat ja liikuntarajoitukset nykyistä paremmin</b>	5	4	3	2	1
<b>24.Potilassiirtokortin suorittuani osaan valita turvallisen siirtotavan ja tarkoituksenmukaisen apuvälineen</b>	5	4	3	2	1
<b>25.Aion osallistua potilassiirtokorttikoulutukseen, koska haluan oppia käyttämään potilassiirtovälineitä entistä monipuolisemmin</b>	5	4	3	2	1
<b>26. Aion osallistua potilassiirtokorttikoulutukseen</b>	5	4	3	2	1
<b>27. Potilassiirtokorttikoulutukseen osallistuminen vie liikaa aikaa työstäni</b>	5	4	3	2	1
<b>28. Potilassiirtokorttikoulutus vaikuttaa minusta työläältä.</b>	5	4	3	2	1

**29. Mitä hyötyä mielestäsi oikeista potilassiirtotaidoista on?**

---

---

---

---

---

**30. Miksi hyvä potilaan siirtotaito on tärkeää?**

---

---

---

---

---

---

**31. Mitkä tekijät vaikuttavat työtapoihin/siirtotavan valintaan arjessa?**

---

---

---

Hyvä vastaaja!

Opiskelen kolmatta vuotta Satakunnan ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi, sosiaali –ja terveystieteiden toimipisteessä Raumalla. Tutkintoon sisältyy opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni ohjaajana toimii hoitotyön lehtori ja TtM Sirke Ajanko. Tarkoituksena on tutkia hoitohenkilökunnan asenteita potilassiirtokorttia –ja koulutusta kohtaan, tutkimuksen tuloksia erikoistutkija Leena Tamminen-Peter voi käyttää potilassiirtokorttikoulutuksen kehittämiseen.

Kyselylomakkeet käsitellään anonyymisti, joten vastaajan henkilöllisyys ei tule paljastumaan kenellekään. Kysely tehdään vain tätä tutkimusta varten ja kyselylomakkeet hävitetään työn valmistuttua. Vastauksesi on minulle tärkeä, joten toivon Sinun vastaavan kyselyyn ja jättämään sen sille osoitettuun paikkaan.

Jos tutkimukseen liittyviä kysymyksiä ilmenee, yhteyttä voi ottaa opinnäytetyön tekijään, Tiina Kuusistoon tai opinnäytetyön ohjaajaan, Sirke Ajankoon.

Kiitos vastauksestasi!

Tiina Kuusisto

Sirke Ajanko

Sairaanhoitajaopiskelija

Hoitotyön lehtori, TtM

SAMK, Rauman yksikkö

SAMK, Rauman yksikkö

[tiina.kuusisto@student.samk.fi](mailto:tiina.kuusisto@student.samk.fi)

[sirke.ajanko@samk.fi](mailto:sirke.ajanko@samk.fi)

044- 296 0975

02-620 3556

<b>Pelkistetyt ilmaukset</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>
Edistää potilaan toipumista, estää omaa loukkaantumista	Potilaan toipuminen	TOIPUMISEN EDISTÄMINEN
Oikea siirtotapa myös potilaalle mielekkäämpää	edistyy	
Ettei vahingoita potilasta, kuntoutuminen sujuu paremmin	Hoitajan kuormittuminen vähenee	OMAN TYÖKYVYN SÄILYMINEN
Oman selän säästäminen, turvallisuus, työn sujuvuus	Oikean menetelmän valitseminen potilaalle	OIKEAN SIIRTOMENETELMÄN VALINTA POTILAALLE
Jokaisen pitää opetella oman itsensä takia oikeat potilassiirtotaidot		
Ohjeet on sille potilaalle valittu mitä hänen kuntonsa sallii		

TAULUKKO 1. Oikeiden potilassiirtotapojen hyödyllisyys vastaajien kokemana

<b>Pelkistetyt ilmaukset</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>
Estetään loukkaantumiset itsellä ja asiakkaalla	Loukkaantumisriskin pieneminen	LOUKKAANTUMISRISKIN PIENENEMINEN
Työkyky pysyy Potilaan turvallisuus ja hänen voimavarojensa hyödyntäminen, työkyvyn ylläpito	Voimavarojen hyödyntäminen	POTILAAN VOIMAVAROJEN HYÖDYNTÄMINEN
Säästää sekä hoitajan selkää, potilaan voimavaroja ja on turvallisempaa		
Ehkäisee TULE-vammoja		
Keventää fyysistä kuormitusta, asiakkaalle miellyttävämpää ja turvallisempaa	Vähentää fyysistä kuormitusta	HOITAJAN TYÖKYVYN SÄILYMINEN
Säästää omaa elimistöä, potilaalle parempi, kun on oikeat siirtomenetelmät	Potilaalle miellyttävämpää	POTILAS- TURVALLISUUS

TAULUKKO 2: Vastaajien käsitykset hyvien siirtotapojen tärkeydestä

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria	Yläkategoria
Aika, käytettävissä olevat välineet	Aamujen kiireellisyys	AIKA
Kiire, mennään helpoimman kautta		
Potilaan kunto ja hoidon tarve	Potilaan yhteistyökyky	
Potilaan kunto tärkein, kiire, yhteistyökyky	Tilojen ahtaus	POTILAAN YHTEISTYÖKYKY
Tilat, joissa siirretään		
Potilaan voimavarat, käytettävissä olevat välineet		TILOJEN AHTAUS
Hoitajalla työpari, kiire, potilaan kunto		
Työvälineiden saatavuus, onko hoitajalla esim selkävaiava	Apuvälineiden saatavuus	APUVÄLINEET
Apuvälineet liian kaukana		
Joutuu siirtämään yksi		

TAULUKKO 3: Vaikuttavat tekijät siirtotavan valintaan arjessa