

AVH-POTILAAN SIIRTYMISEN AVUSTAMINEN

- OPAS HOITAJILLE

Katja Hiltunen
Pia Säkkinen-Peltola

Opinnäytetyö
Elokuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KATJA HILTUNEN & PIA SÄKKINEN-PELTOLA
AVH -potilaan siirtymisen avustaminen
- opas hoitajille

Opinnäytetyö 53 sivua, joista liitteitä 27 sivua
Elokuu 2013

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opas Hatanpään sairaalan neurologisille osastoille aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan siirtymisen avustamisesta. Oppaan lähtökohtana oli hoitajien tuki- ja liikuntaelinsairauksien ennaltaehkäisy. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää miten aivoverenkiertohäiriö vaikuttaa potilaan toimintakykyyn, mikä aiheuttaa tuki- ja liikuntaelimistön kuormittumista potilassiirroissa ja mitä on siirtotaito. Opinnäytetyö toteutettiin tuotokseen painottuvana opinnäytetyönä.

Opinnäytetyö koostuu raportista ja tuotoksesta. Tuotoksena syntyi opas, joka toteutettiin työelämälle sähköisessä muodossa. Opas sisältää ohjeistukset potilaan istumaan nousun ohjaamiseen vuoteessa, potilaan siirtymisen avustamiseen vuoteesta pyörätuoliin liukulevyn avulla halvaantuneen puolen kautta sekä ilman liukulevyä terveen puolen kautta. Työssä on tarkasteltu aivoverenkiertohäiriön vaikutusta potilaan toimintakykyyn afasian, neglectin, hemipareesin ja hemiplegian osalta. Oppaassa käytettiin kuvia havainnollistamaan sisältöä.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli lisätä tietoa siitä, miten hoitajat voivat ennaltaehkäistä fyysistä kuormittumista potilassiirroissa, kun avustettavana on aivoverenkiertohäiriöön sairastunut potilas. Lisäksi tavoitteena oli lisätä työturvallisuutta ja potilasturvallisuutta. Jatkossa voisi tutkia miten opasta käytetään osastoilla ja onko siitä ollut hyötyä hoitajien kuormittavuuden vähentämisessä ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

KATJA HILTUNEN & PIA SÄKKINEN-PELTOLA

Transfers of Stroke Patients

A Guide for Nurses on How to Work Ergonomically in Stroke Patient Transfers

Bachelor's thesis 53 pages, appendices 27 pages
August 2013

The purpose of this study was to create a guide for nurses on how to work ergonomically in stroke patient transfer. This thesis was made for Hatanpää hospital's neurological wards. The starting point of this guide was to prevent nurses' physical stress at work.

This thesis consists of a report and a guide. The theoretical section consists of information about patient transfer, stroke and patient transfer skills. The guide consists of instructions on three patient transfers. The instructions were demonstrated with photos. The guide was made in a digital form.

The objective of this thesis was to increase nurses' ergonomic skills in patient transfer when assisting a stroke patient in moving. Another objective was to increase safety at work. Further research could be done to find out how the guide has been used in neurological wards and whether the guide has increased nurses' patient transfer skills. Besides, it could be examined whether the guide has helped in the orientation of new employees.

Key words: stroke, patient transfer, patient transfer skill

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Aivoverenkiertohäiriöt.....	9
3.1.1	Aivoinfarkti.....	10
3.1.2	Aivoverenvuodot.....	10
3.1.3	Aivoverenkiertohäiriön oireet	11
3.2	Potilassiirto	13
3.2.1	Työturvallisuus.....	13
3.2.2	Hoitajan kuormittuminen potilassiirroissa	14
3.3	Siirtotaito.....	15
3.3.1	Hoitajan työasento ja liikkuminen	15
3.3.2	AVH -potilaan siirtymisen avustaminen.....	16
3.3.3	Apuvälineiden ja työympäristön hyödyntäminen	17
4	TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	18
4.1	Tuotokseen painottuva opinnäytetyö	18
4.2	Tuotoksen sisällölliset ratkaisut ja ulkoasu.....	19
5	POHDINTA.....	20
5.1	Eettisyys ja luotettavuus	20
5.2	Opinnäytetyöprosessi.....	20
5.3	Kehittämisehdotukset.....	23
	LÄHTEET.....	24
	LIITTEET	27
	Liite 1. Opinnäytetyön lähteenä käytetyt tutkimukset.....	27
	Liite 2. Opas	29

1 JOHDANTO

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat Suomessa suurin sairausryhmä, joka aiheuttaa kipua ja työstä poissaoloja. (Terveyskirjasto, 2012.) Työperäiset, työstä tai työympäristöstä johtuvat tuki- ja liikuntaelinsairaudet kehittyvät usein pitkän ajan kuluessa. Ongelmat voivat olla luonteeltaan lieviä, särkyä aiheuttavia vaivoja tai vakavampia tiloja, jotka aiheuttavat työstä poissaoloja ja vaativat lääkärin hoitoa. (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto, 2013.) Yleisimpinä ongelmina esiintyy selkäkipuja ja -vammoja sekä toistuvasta rasituksesta johtuvia vammoja. (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto, 2000.)

Työperäiset tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat hoitoalalla yleisiä. Työ ja terveys Suomessa 2009 haastattelututkimuksen mukaan toistuvat työliikkeet ovat lisääntyneet sosi- ja terveyspalveluissa ja työ koetaan fyysisesti raskaaksi. Hoitoala on yksi toimialoista, jolla esiintyy eniten hankalia työasentoja. (Kauppinen ym., 2009, 65–66.) Keskeinen syy hoitajien tuki- ja liikuntaelinten ongelmiin ja sairauksiin ovat potilaan käsin tehtäviin nostoihin ja siirtoihin liittyvät tehtävät. Näihin tehtäviin liittyy paljon riskejä, jotka aiheuttavat vaarallista kuormitusta ja altistavat työntekijän tuki- ja liikuntaelinten ongelmille ja -sairauksille. (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto, 2008.)

Potilaan alentunut toimintakyky vaikuttaa siirtoon kuormittavasti. (Tamminen – Peter, 2005, 91). Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan toimintakyky on usein heikentynyt monilla osa-alueilla. Aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa afasiaa eli puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeutta, jolloin kommunikointi potilaan ja hoitajan välillä on haasteellista. Neglect on oire, jossa potilas ei huomioi toista puolta omasta kehostaan tai ympäristöstä. Tämä lisää vaaratilanteita päivittäisessä liikkumisessa. Hemipareesi eli osittainen toispuolihalvaus ja hemiplegia eli täydellinen toispuolihalvaus ovat oireita, jotka myös rajoittavat potilaan toimintakykyä oleellisesti. (Aivoliitto, 2013.)

Hoitajien tuki- ja liikuntaelimestön kuormittumisen ennaltaehkäisystä on tehty Suomessa useita tutkimuksia. Opettamalla hoitajille potilassiirtotaidon hallintaa, on saatu vähennettyä hoitajien tuki- ja liikuntaelimestöön kohdistuvaa kuormittumista potilaan siirtymisen avustamisissa. (Tamminen – Peter, 2005, 94; Rantsi & Hämäläinen, 2006, 24;

Tuominen, 2010, 92; Henriksson, 2010, 44–46.) Hoitajan kyky aktivoida potilas käyttämään siirrossa omia voimavarojaan on hyvin keskeinen tekijä kuormittumisen vähentämisessä. (Tamminen – Peter, 2005, 91.) Hyvä potilassiirtotaito edistää potilaan kuntoutumista. (Tamminen – Peter, 2005, 94; Rantsi & Hämäläinen, 2006, 23.)

Opinnäytetyömme oli työelämälähtöinen ja se toteutettiin tuotokseen painottuvana opinnäytetyönä. Tuotoksena syntyi opas Hatanpään sairaalaan erikoissairaanhoidon neurologisten osastojen käyttöön. Oppaassa on tietoa hoitajille siitä, kuinka ehkäistä tuki- ja liikuntaelinsairauksia aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden siirtotilanteissa. Oppaan on tarkoitus toimia myös uusien työntekijöiden perehdytysmateriaalina. Oppaan sisällössä tarkastellaan aivoverenkiertohäiriön vaikutusta potilaan toimintakykyyn afasian, neglectin, hemipareesin ja hemiplegian osalta.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä opas Hatanpään sairaalan neurologisille osastoille aivoverenkiertohäiriötä sairastavan potilaan potilassiirroista.

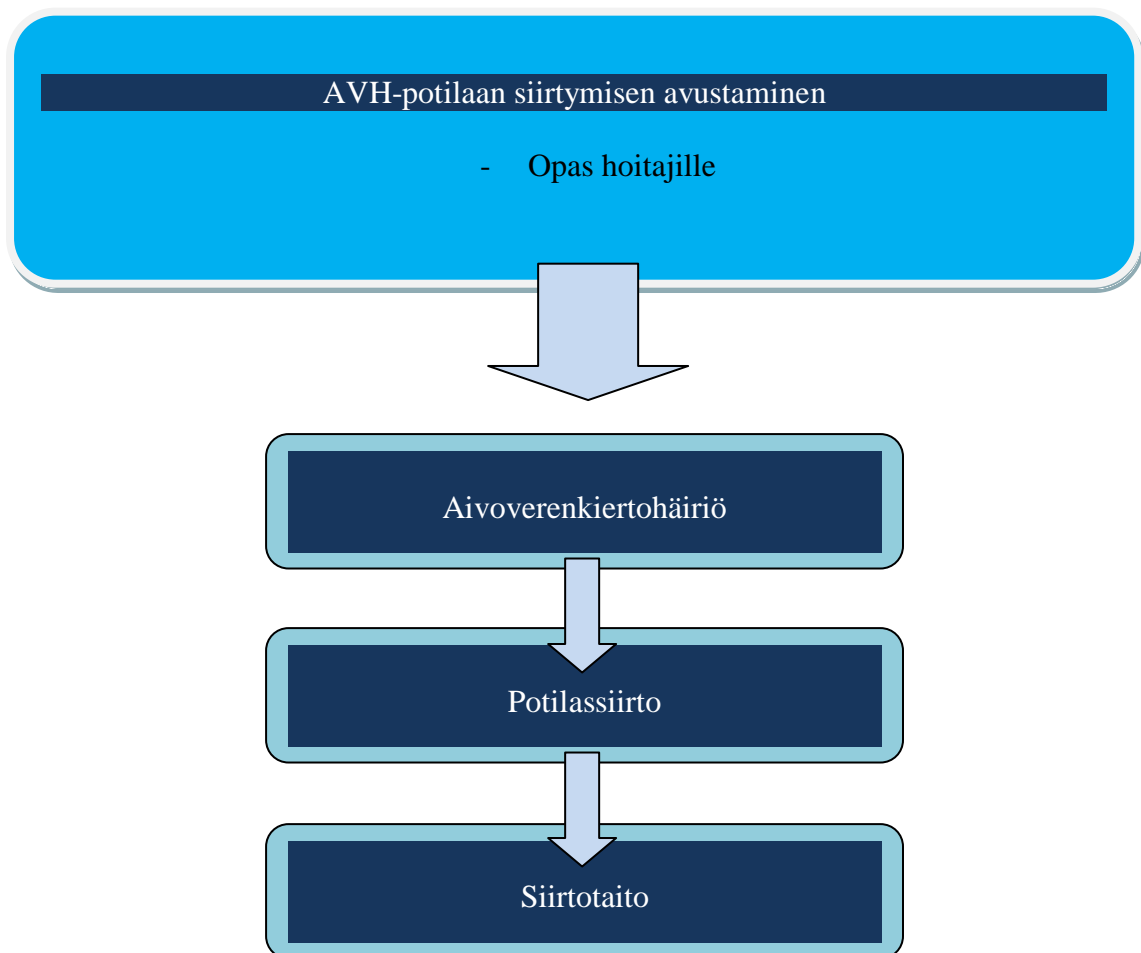
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Miten aivoverenkiertohäiriö vaikuttaa potilaan toimintakykyyn?
2. Mikä potilassiirroissa aiheuttaa hoitajille tuki- ja liikuntaelimestön kuormittumista?
3. Miten hoitajien kuormittumista potilassiirroissa voidaan ehkäistä?

Opinnäytetyömme tavoitteena on lisätä tietoa siitä, miten hoitajat voivat ennaltaehkäistä fyysistä kuormittumista potilassiirroissa, kun avustettavana on aivoverenkiertohäiriöön sairastunut potilas. Lisäksi tavoitteena on edistää työturvallisuutta ja potilasturvallisuutta.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme teoreettiset lähtökohdat muodostuivat oman tiedon hakumme ja työelämäntapaamisen pohjalta. Keskeiset käsitteet (kuvio 1) ovat aivoverenkiertohäiriö, potilassiirto ja siirtotaito. Valitsemamme käsitteet muodostavat opinnäytetyön tuotoksena syntyvän oppaan keskeisen sisällön.



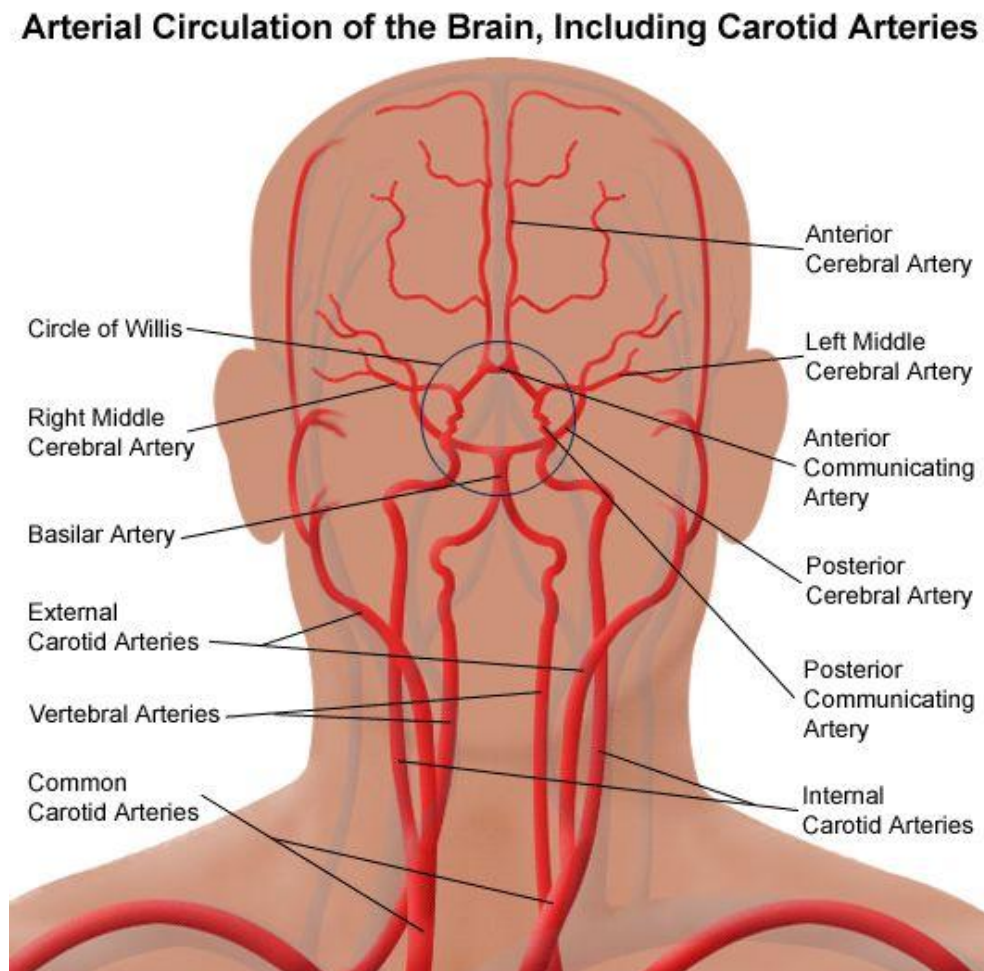
KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

3.1 Aivoverenkiertohäiriöt

Aivojen verenkierrosta vastaa neljä suurta valtimoa; kaksi kaulavaltimoa ja kaksi nikamavaltimoa. Nämä valtimot ovat yhteydessä toisiinsa aivojen pohjalla sijaitsevan verisuonikehän välityksellä. Tämän yhteyden ansiosta yhdenkin valtimon riittävä verenkierto pystyy huolehtimaan aivojen verensaannista. Molemmilla aivopuoliskoilla on kolme haaraa, etummainen, keskimmäinen ja takimmainen. Nämä valtimot haarautuvat ja vievät pienempien valtimoiden kautta verta kaikkialle aivoihin. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) voidaan jakaa verisuonia tukkeuttavaan häiriöön eli infarktiin ja verisuonien seinämän repeämästä aiheutuviin vuotoihin. Aivojen verenkierto on kuvattu alla olevassa kuvassa (kuva1).

KUVA 1. Aivojen verenkierto

Lähde: Cotot, 2013.



3.1.1 Aivoinfarkti

Aivoverenkiertohäiriöistä suurin osa, noin 85 %, on aivoinfarkteja. Aivoinfarktissa jokin päähän verta vievistä valtimoista tukkeutuu ahtauman tai hyytymän seurauksena. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Sille alueelle aivojen verisuonistossa, jossa tukkeuma sijaitsee, syntyy aivokudoksen hapenpuutetta, joka aiheuttaa alueelle infarktin eli kuolion. (Terveyskirjasto, 2013.) Aivoinfarktin aiheuttajana on yleisimmin valtimotauti (ateroskelroosi), sydänperäinen veritulppa, kaulavaltimon ahtauma, kaulavaltimon sisäkalvon repeämä (dissekoituma), kallonpohjan valtimon tukos (basilaaritromboosi) tai aivolaskimotukos (sinustromboosi). (HYKS, 2013.) TIA-kohtauksiksi kutsutaan nopeasti ohimeneviä aivoverenkiertohäiriöitä. Tällöin jonkun aivovaltimon verenkierto ohimenevästi heikkenee tai loppuu, mutta niin lyhyeksi aikaa, että pysyvää vauriota aivoinfarktia ei ehdi syntyä. TIA-kohtaus ennakoi usein aivoinfarktin ilmaantumista. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) TIA-kohtauksen aiheuttavat samat verenkiertoelimestön sairaudet ja vauriot, kuin aivoinfarktin. (HYKS, 2013.)

3.1.2 Aivoverenvuodot

Aivoverenkiertohäiriöistä yhteensä noin 15 % johtuu aivoverenvuodoista. Aivoverenvuodoista 10 % johtuu verenvuodosta aivokudoksen sisään (ICH). (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Aivokudoksen sisään vuotanut veri aiheuttaa välittömästi vaurioita kudokseen. Aivoverenvuodon syynä on usein verenpainetauti tai aivojen valtimon seinämän heikkeneminen (amyloidi angiopatia). Myös verenohennuslääkkeet, tupakointi tai runsas alkoholin käyttö voivat olla aivoverenvuodon aiheuttajana. (HYKS, 2013.) Aivoverenvuodoista 5 % johtuu lukinkalvonalaisesta vuodosta (SAV). (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Lukinkalvonalainen vuoto aiheutuu useimmiten aivovaltimon pullistumasta (aneurysma). Kun pullistuma repeää, veri vuotaa lukinkalvonlaiseen (subaraknoidaali) tilaan, jossa on aivoselkäydinnestettä. (HYKS, 2013.)

3.1.3 Aivoverenkiertohäiriön oireet

Aivoverenkiertohäiriö vaurioittaa aivokudosta. Vaurio ilmenee ihmisen toiminnassa toimintakykyä rajoittavina oireina. Aivoverenkiertohäiriöt ovat monimuotoisia ja yksilöllisiä, joten sairastuneen ihmisen kuntoutuminenkin on yksilöllistä. Varsinkin kuntoutuksen alussa kiinnitetään runsaasti huomiota toimintakyvyn muutoksiin ja tuetaan jäljellä olevaa toimintakykyä kuntouttavalla hoitotyöllä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamia oireita on kuvattu alla olevassa taulukossa (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamia oireita

Lähde: Aivoliitto, 2013.

Aivoverenkiertohäiriö aivojen vasemmalla puolella aiheuttaa oireita kehon oikealle puolelle	Aivoverenkiertohäiriö aivojen oikealla puolella aiheuttaa oireita kehon vasemmalle puolelle
Oikean puolen halvaus Oikeanpuolen tuntopuutos Näkökentän puutos oikealla Afasia eli puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeus Tahdonalaisten liikkeiden häiriöt	Vasemman puolen halvaus Vasemman puolen tuntopuutos Näkökentän puutos vasemmalla Tarkkaavuushäiriöt Neglet eli vasemman puolen huomiotta jättäminen Sairaudentunnottomuus/ oireiden tiedostamattomuus eli anosognosia Hätäisyys

Yleisimpiin aivoverenkiertohäiriön aiheuttamiin oireisiin kuuluu afasia, neglect sekä hemipareesi tai hemiplegia. Afasia on seuraus aivovauriosta, joka on tullut useimmiten aivoinfarktin tai aivoverenvuodon jälkeen. Myös pään alueen trauma, joka on aiheuttanut aivovaurion, aivokasvaimet tai dementia voivat olla myös afasian taustalla. Afasia on kielellinen häiriö, jonka oireita ovat puheen tuottamisen, puheen ymmärtämisen, lukemisen ja kirjoittamisen häiriöt. Afasian oireet esiintyvät jokaisella ihmisellä yksilöl-

lisesti. Oireet ilmenevät erilaisina yhdistelminä ja vaikeusasteina. Afasia vaikeuttaa vuorovaikutustilanteita. Keskustelut muiden kanssa ja ajatusten vaihtaminen voi olla turhauttavaa, koska afasiaan sairastunut kokee, ettei tule kunnolla ymmärretyksi. Afasia voi aiheuttaa sairastuneen ihmisen elämään arjessa selviytymisen vaikeutta niin sosiaalisissa tilanteissa kuin oman elämän hallinnassa. Mitä vaikeampi afasia on, sitä haasteellisempää on arjessa selviytyminen. (Aivoliitto, 2013.)

Neglect eli huomiotta jääminen tarkoittaa sitä, ettei ihminen kykene huomioimaan aivoaurion vastakkaiselta puolelta tulevaa näkö-, kuulo- tai tuntuinformaatiota, vaikka hän muuten näkee, kuulee ja tuntee normaalisti. Neglect on useimmiten oikean aivopuoliskon vaurio. Tällöin potilas ei huomioi omaa kehoaan tai ympäristöään vasemmalta puolelta, vaan usein törmäilee vasemmalla oleviin esineisiin ja ovenpieliin. Neglect voi ilmetä myös siten, että ihminen jättää lautaselta vasemman puolen syömättä tai miespuolinen ihminen jättää parran ajamatta vasemmalta puolelta kasvoja. Yleisin neglect on näköaistin alueella. Neglectiä voi esiintyä myös vasemman puolen aivovauriossa, silloin oikea puoli jää huomiotta. Neglectiä on tällöin vaikea arvioida, koska potilaalla on silloin usein kielellisiä häiriöitä, esimerkiksi afasia, jolloin vaikeusastetta on vaikea selvittää. Neglect voi aiheuttaa vaaratilanteita päivittäisissä toiminnoissa ja tällöin joudutaan potilaan itsenäistä liikkumista rajoittamaan turvallisuussyistä. (TAYS, 2007.)

Hemipareesi on osittainen toispuolihalvaus ja hemiplegia on täydellinen toispuolihalvaus. Neglect -potilailla toisen puolen halvausoireisto voi ilmetä myös usein työntöoireena eli pusher-oireena. Työntö-oire vaikeuttaa erityisesti sairastumisen alkuvaiheessa kuntoutumista. Istuma- ja seisomatasapaino ja kävely ovat hankalaa, koska alkuvaiheessa potilas työntää voimakkaasti terveillä raajoilla halvaantunutta puolta kohti. Kuntoutuminen on haasteellista, koska neglectiin liittyy usein myös oiretiedostamattomuutta eli anosognosiaa. Tällöin potilas ei tiedosta omaa sairauttaan tai sen aiheuttamia oireita. Tämän vuoksi potilaan kuntoutumisessa oiretiedostamisen lisääminen on avainasemassa. Tätä kautta voidaan lisätä potilaan motivaatiota kuntoutumiseen. Vasemman puolen huomioinnin vahvistamiseen keskitytään eri menetelmin kuntoutuksessa. (TAYS, 2007.)

3.2 Potilassiirto

Potilassiirrot ja liikkumisen avustaminen kuuluvat olennaisena osana hoitajien työhön. Potilassiirroksi luetaan kaikki se toiminta, jossa hoitaja avustaa potilaan liikkumista käsin tai siirron apuvälineitä käyttäen. (Karhula, Rönholm, Sjögren, 2007, 11.) Käsin tehtäviin nostoihin ja siirtoihin liittyy paljon riskejä, joiden yhteisvaikutus lisää hoitajien fyysistä kuormittumista ja erityisesti selän vahingoittumisen vaaraa. (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto, 2008.) Siirtoihin ja nostoihin liittyvien riskien vähentäminen ja ennaltaehkäisy on otettu huomioon lainsäädännössä.

3.2.1 Työturvallisuus

Euroopan yhteisöjen neuvoston direktiivissä 90/269/ETY säädetään terveyteen ja turvallisuuteen liittyvistä vaatimuksista sellaisissa käsin tapahtuvien taakkojen käsittelyissä, joihin liittyy erityisesti työntekijän selän vahingoittumisen vaara. Työntekijöiden turvallisuuden ja terveyden suojelua pyritään parantamaan erityisesti työympäristössä tehtävillä parannuksilla. Direktiivissä säädetään työnantajan velvollisuudesta tiedottaa työntekijöille tai heidän edustajilleen toimenpiteistä, jotka tehdään työntekijän turvallisuuden ja terveyden suojelemiseksi. Työntekijät tai heidän edustajansa ovat oikeutettuja osallistumaan turvallisuutta ja terveyttä edistävien asioiden käsittelyyn. Työnantaja on myös velvollinen järjestämään työntekijöille riittävän koulutuksen kuormien käsittelystä ja vääränlaisten työtapojen aiheuttamista vaaroista. (Euroopan neuvoston direktiivi 90/269/ETY.)

Suomessa Euroopan neuvostojen yhteisön direktiiviä on sovellettu työturvallisuuslaissa (738/2002) sekä työterveyshuoltolaissa (1383/2001). Työturvallisuuslain mukaan työnantaja on velvollinen huolehtimaan työntekijöiden terveydestä ja turvallisuudesta työssä. Jos työ on luonteeltaan sellaista, että sen aiheuttama kuormitus on vaaraksi työntekijän terveydelle, työnantajan on selvitettävä työssä esiintyvät kuormitustekijät. Kuormitustekijät liittyvät itse työhön, työtilaan, muuhun työympäristöön sekä työolosuhteisiin. Työnantaja on velvollinen toteuttamaan muutokset, joilla työn terveydelle aiheuttamaa vaara voidaan välttää tai vähentää. Työnantajan on lisäksi annettava työntekijöille tietoa työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä ja niiden ehkäisystä sekä järjestettävä riittävä perehdytys työssä käytettävien välineiden käyttöön ja turvallisiin työtapoihin. Työpisteen

rakenteet ja työvälineet on mitoitettava ja sijoitettava ergonomisesti. (Työturvallisuuslaki 738/2002.) Työterveyshuoltolaki (1383/2001) velvoittaa työnantajan järjestämään työterveyshuollon. Työnantajan, työterveyshuollon ja työntekijän on yhteistoimin pyrittävä ehkäisemään työstä ja työolosuhteista johtuvia sairauksia ja tapaturmia sekä edistämään työympäristön ja työn terveellisyttä ja turvallisuutta. Työterveyshuollon ammattilaiset selvittävät ja arvioivat työhön ja työolosuhteisiin liittyviä terveysvaaroja ja -haittoja. Heidän on annettava tietoja ja järjestettävä neuvontaa ja ohjausta työnantajalle ja työntekijöille työssä esiintyvistä terveysvaaroista ja -haitoista, sekä niiden ehkäisystä. (Työterveyshuoltolaki 1383/2001.) Lainsäädännön pohjalta on koottu säädöksiä ja ohjeistuksia, joilla myös pyritään tukemaan työntekijän terveyttä ja työturvallisuutta. Valtioneuvoston päätöksessä käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä tarkastellaan tarkemmin nostoihin ja siirtoihin liittyviä riskejä. (Finlex, 2013.) Työsuojeluhallinnon opas Käsin tehtävät nostot ja siirrot työssä ohjeistaa turvallisiin työtappoihin. (Rissanen, 2006.)

3.2.2 Hoitajan kuormittuminen potilassiirroissa

Potilassiirroissa hoitajan fyysistä kuormittumista aiheuttavat siirtotilanteissa tapahtuvat vartalon taivuttamiset ja kiertoliikkeet. Potilaan siirtymisen avustamisessa tapahtumien ennakointi on usein vaikeaa; potilas voi liikkua avustamisen aikana odottamattomalla tavalla. Tällöin hoitaja voi joutua tekemään äkillisiä ja keholle riskialttiita liikkeitä, jotka lisäävät loukkaantumiseriskiä. (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto, 2008.) Suurin osa hoitajien selkätapaturmista tapahtuu tilanteissa, jossa potilasta avustetaan wc:ssä tai tuolista vuoteeseen tai vuoteesta pois. (Rissanen, 2006, 10.) Työntekijän kuormittumista aiheuttaa myös huonosti suunniteltu työympäristö. Asianmukaisten mekaanisten nostolaitteiden ja pienapuvälineiden sekä liikkumisen apuvälineiden, kuten kävelykeppien ja tukikahvojen puuttuminen työympäristöstä lisää erityisesti hoitajien selkäongelmien riskiä. (Karhula, 2007, 14–15.) Yksi keskeinen tuki- ja liikuntaelimistön oireiden riskiä lisäävä tekijä on työntekijän tiedon ja koulutuksen puute. (Euroopan neuvoston direktiivi 90/269/ETY). Kun hoitajan oman kehon hallinta on heikkoa, lisääntyy liikuntaelinten kuormittuminen. (Tamminen – Peter, 2005, 90.)

3.3 Siirtotaito

Siirtotaito tarkoittaa ergonomisesti oikeiden työtapojen hallintaa ja potilaan huomioimista avustustilanteessa. Potilassiirtotaito koostuu neljästä osa-alueesta, joita ovat hoitajan työasento ja liikkuminen, vuorovaikutus potilaan kanssa, hoitajan kyky ohjata ja mahdollistaa potilaan liikkuminen sekä, työympäristön ja apuvälineiden hyödyntäminen. Siirtotaito on hoitajan kykyä tunnistaa potilaan voimavarat ja osata hyödyntää niitä turvallisesti. Hyvän siirtotaidon omaava hoitaja osaa säilyttää tasapainoisen asennon siirron eri vaiheissa ja hyödyntää ympäristöä ja apuvälineitä tarkoituksenmukaisesti. (Tamminen - Peter, 2005, 57.)

Potilassiirtotaidon koulutuksella on tutkimusten mukaan saatu aikaan myönteisiä tuloksia. Rantsi & Hämäläisen (2006) mukaan hoitajien tuki- ja liikuntaelinoireilu on vähentynyt potilaan avustus- ja siirtotapojen (PAST) opetuksen myötä, kun hoitajat ovat oppineet aiempaa ergonomisempia työtapoja ja oppineet hyödyntämään ympäristöä ja apuvälineitä paremmin. (Rantsi & Hämäläinen, 2006, 16.) Tamminen – Peterin (2005) ja Tuomisen (2010) mukaan siirtotaitojen kehittyessä myös hoitajien kyky aktivoida potilasta osallistumaan siirtoon on parantunut. (Tamminen – Peter, 2005, 86; Tuominen, 2010, 103.) Koulutuksen myötä hoitajat ovat oppineet aktivoimaan potilasta aiempaa monipuolisemmin käyttämällä aktivoinnissa katsekontaktia, kosketusta ja liikettä. (Henriksson, 2010, 34–35.) Koulutuksen kautta kehittyneet potilassiirtotaidot ovat vähentäneet sekä hoitajien kokemaa että mitattua fyysistä kuormittumista potilassiirroissa. (Tamminen – Peter, 2005, 90.)

3.3.1 Hoitajan työasento ja liikkuminen

Potilaan siirtymisen avustamisessa hoitajan oman kehon hallinta on avainasemassa. Hoitajan hyvä vartalonhallinta mahdollistaa potilaan turvallisen avustamisen ja hyödyntää potilaan omat voimavarat maksimaalisesti siirtotilanteessa. Tämä kuntouttaa ja aktivoi potilasta. Siirtotilanteessa hoitajaan vaikuttaa ulkopuolinen voima, kuten potilaan paino- tai liikevoima. Tällöin keskeinen osatekijä tasapainon säilyttämisessä on hoitajan oman kehon hallinta. (Tamminen – Peter ym., 2007, 28- 29.) Hoitaja pystyy harjoittamaan oman kehon hallintaa sisäisen palautejärjestelmän kautta, kuten harjoittelemalla ylösnousua tuolilta. Harjoituksissa on huomioitava mistä liike alkaa, mikä lihasryhmä

aktivoituu liikkeen tuottamiseen ja mitkä ovat liikkeen vaiheet. Keskeistä on painopisteen aistiminen seisoessa. Hoitajan tulisi tiedostaa, mitä tapahtuu ihmisen horjuessa tai ulkoisen voiman kohdistuessa ihmiseen. Painopisteen aistimisessa huomioitavia asioita ovat miten painopiste muuttuu, mitä vartalossa ja raajoissa tapahtuu, mistä liike alkaa ja miten tasapaino säilyy. Hoitajan tiedostaessa liikkeitä tarkentuu myös hänen kykynsä havainnoida potilaan liikkumista ja ulkoisen voiman vaikutusta omaan liikkeeseen. (Tamminen – Peter ym., 2007, 30 – 31.)

Onnistuneessa potilassiirrossa hyödynnetään potilassiirtomenetelmiä. Suomessa eniten käytetyt potilassiirtomenetelmät ovat durewall menetelmä ja kinesteettinen menetelmä. (Tamminen – Peter, 2005, 34.) Molemmissa menetelmissä lähtökohtana on luonnollisten liikemallien käyttö liikkumisessa. Nostamista vältetään ja liike tehdään vetämällä tai työntämällä. Liikkeen tulisi olla kevyt ja miellyttävän tuntuinen. Hoitajan otteet ovat laajat, liukuvat ja pehmeät. Durewall menetelmän mukaan siirtoon tarvittava voima tuotetaan painonsiirron avulla. Avustajan asennon tulisi olla käyntiasennossa lähellä potilasta, selkä ja käsivarret suorina. Siirto suoritetaan siirtämällä vähän kerrallaan hoitajan liikkuessaan potilaan mukana. Potilaan liikuttamisen apuna käytetään siirron apuvälineitä, kuten kitkaa vähentävää alustaa. Vuorovaikutuksessa korostuu selkeys ja katsekontakti. (Tamminen – Peter ym., 2007, 60–62.) Kinesteettisessä menetelmässä keskeistä on tukea ihmistä siten, että hän pystyy osallistumaan itse aktiivisesti toimintoihin sairautensa tai vammastaan huolimatta. Kommunikointi tapahtuu paljolti liikkeen ja koskettamisen kautta. Kinesteettisen menetelmän tavoitteena on edistää sekä avustajan että avustettavan voimavarojen hyödyntämistä potilaan siirtymisen avustamisessa. Näin pyritään ylläpitämään ja edistämään toimintakykyä ja kuntoutumista sekä vähentämään avustajan kuormittumista. (Hantikainen, 2013.)

3.3.2 AVH -potilaan siirtymisen avustaminen

AVH -potilaan siirtymisen avustamisen lähtökohtana ovat potilaan luonnolliset liikemallit ja potilaan kuntoutumisen tukeminen. Luonnolliset liikkeet ja liikemallit ovat opittuja kaavoja, ja näin ollen ne ovat syvällä ihmisen liikemuistissa. Ne palautuvat vaistonvaraisesti ja tiedostamatta usein nopeastikin, kun potilasta aktivoidaan oikeasta kohdasta ja alkuasento on oikea. Tällöin voidaan hyödyntää potilaan voimavaroja ja potilaan lihasvoima aktivoituu optimaalisesti. Silloin potilas tunnistaa ja ymmärtää mitä

tehdään. (Tamminen – Peter ym., 2007, 33.) Alkuvaiheessa hoitajan on lähestyttävä potilasta rauhallisesti ja luotava luottamusta potilaaseen, koska siirtotilanteessa hoitaja joutuu rikkomaan potilaan intiimialueen rajaa. Potilaassa herättää luottamusta, jos hoitaja katsoo silmiin ja viestii omalla rentoutuneella asennolla kiireettömyyttä. Siirtoon valmistaudutaan, kun hoitaja kertoo sanallisesti ymmärrettävin ja selkein lausein mitä tehdään. On hyvä välttää sanomasta potilaalle esimerkiksi, ” nostetaan sinut pyörätuoliin”, koska tämä viestii, ettei potilaan itse tarvitse tehdä mitään. Suositellumpaa on käyttää sanaa ”siirrytään”. Hoitaja voi ennen siirtoa havainnollistaa siirron kulun näyttämällä kädellään mihin siirrytään ja mistä potilas voi ottaa kiinni. (Tamminen – Peter ym., 2007, 39.)

Afasiaa sairastava potilas ei välttämättä ymmärrä sanallista ohjausta, joten hoitajan kannattaa yhdistää ohjaukseen kosketus ja liike, jolloin hoitaja ja potilas tekevät liikkeen yhdessä. Siirtotilanteessa potilaan liike voi jumiutua ja tällöin kosketus voi aukaista koko liikeketjun. Avustaessaan siirrossa hoitajan otteen tulee olla tukeva ja turvallinen, sekä mahdollisimman lähellä potilaan lantiota tai hartianseutua eli potilaan painopistettä. Siirtymisen avustamisessa tulisi välttää tarttumista potilaan vaatteisiin tai kehon liikekohtiin kuten vyötärölle, kainaloihin tai kaulaan. Samoin tulisi välttää kovia otteita, koska ne saattavat aiheuttaa kipua. Kipu jää potilaan kehomuistiin ja hän voi muuttua siirtotilanteissa pelokkaaksi tai vastusteleväksi. (Tamminen – Peter ym., 2007, 39 – 40.) Halvaantuneen potilaan siirtyminen kannattaa ohjata halvaantuneen puolen kautta. Se lisää halvaantuneen puolen huomiointia ja samalla pakottaa kuormittamaan halvaantunutta alaraajaa aktivoiden potilaan selkää, lonkkia ja reisilihaksia. (Ikonen & Rautio, 2009, 12.)

3.3.3 Apuvälineiden ja työympäristön hyödyntäminen

Liukumista edistäviä apuvälineitä ovat esimerkiksi silkkilakana ja liukulauta. Osastolla kannattaa käyttää vuoteessa silkkilakanaa, koska tämä mahdollistaa vuoteesta siirtymisen mahdollisimman kitkattomasti. Liukulevy auttaa potilasta siirtymään varsinkin alkuvaiheessa vuoteesta pyörätuoliin. Vuoteen reunaan on liitettävissä nousutuki. Tätä voi hyödyntää silloin, kun potilas on jo edistynyt kuntoutumisessaan ja kykenee seisomaan nousun kautta siirtymään pyörätuoliin. Seiniin kiinnitetyt tukikahvat sekä wc-istuimen ja altaan reunaan kiinnitettävät poikkituet auttavat potilasta siirtymisissä. Alkuvaiheen

kuntoutuksessa AVH -potilailla kannattaa kuitenkin välttää tarttumisen apuvälineitä, koska he käyttävät niitä terveenpuolen raajoillaan liian voimakkaasti ja silloin halvaantunut puoli ei aktivoidu. Alkuvaiheessa kannattaakin ohjata potilas ottamaan halvaantuneen puolen kädestä kiinni. Varsinaisia liikkumisen apuvälineitä esimerkiksi rollaattoria ja fordia voi hyödyntää seisomaan nousussa ja siirtymisessä pyörätuoliin. Liikuteltavaa nostolaitetta tai katonosturia on hyvä käyttää alkuvaiheessa, jos potilas ei itse kykene auttamaan siirroissa. (Tamminen – Peter ym., 2007, 46.)

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön päämääränä on käytännön toiminnan opastaminen tai ohjeistaminen tai toiminnan järjestäminen tai järjeistämisen. Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tuotos on aina jokin tuote, kuten esimerkiksi ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje, opastus tai portfolio. Ammattikorkeakoulun tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä on keskeistä, että siinä yhdistyvät sekä käytännön toteutus että sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. (Vilka & Airaksinen, 2003, 9, 51.) Tuotokseen painottuva opinnäytetyö rakentuu siis raporttiosuudesta ja tuotososuudesta. Raportissa kuvataan opinnäytetyöprosessia ja esitetään asiat, joita käytetään opinnäytetyön tuotoksen tuottamiseen. Raportissa tutkija avaa lukijalle produktin tekemisen etenemistä ja siihen tulevaa sisältöä. Raportissa on tultava ilmi asiat, jotka vaikuttavat opinnäytetyön merkityksen ymmärtämiseen. (Vilka & Airaksinen, 2003, 82–83.) Tutkimustieto joka raportissa kootaan, toimii tuotoksen tai toiminnallisen osuuden ideoinnissa ja kehittämisessä. (Vilka, 2010.)

Tuotososuus toteutetaan tietylle, rajatulle kohderyhmälle ja se suunnataan puhuttelemaan juuri tätä tiettyä ryhmää. (Vilka & Airaksinen, 2003, 65.) Tuotoksen arvioinnissa otetaan huomioon muun muassa sen sisällön sopivuus kohderyhmälle, tuotoksen käytettävyys kohderyhmässä ja käyttöympäristössä, sen informatiivisuus, selkeys ja johdonmukaisuus. (Vilka & Airaksinen, 2003, 53.) Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä pyritään visuaalisiin ja viestinnällisiin keinoin luomaan kokonaisilme, josta tavoitellut päämäärät voidaan tunnistaa. (Vilka & Airaksinen, 2003, 51.) Tuotokseen pai-

nottuvassa opinnäytetyössä tutkijan tulisi onnistua yhdistämään oma ammatillinen taito ja teoreettinen ammatillinen tieto, tutkimuksellisuus ja ammatillinen viestintätaito raportoinnin muodossa. (Vilka, 2010.)

4.2 Tuotoksen sisällölliset ratkaisut ja ulkoasu

Tuotoksen sisällöllisistä ratkaisuista keskustelimme toimeksiantajan edustajan kanssa. Toimeksiantajan toive oli saada oppaaseen ohjeistus muutamasta yleisimmästä potilas-siirrosta. Valitsimme oppaaseen kolme yleistä potilaan siirtymisen avustamisen tilannetta. Tuotoksen tekstissä tulisi ottaa huomioon kohderyhmän asema ja tietämys aihe-alueesta sekä tuotoksen käyttötarkoitus. (Vilka & Airaksinen, 2004, 93.) Kohderyhmämme tietämys aihe-alueesta voi olla vaihtelevaa, riippuen esimerkiksi työkokemuksesta. Oppaaseen olemme koonneet siirtymisen avustamisessa tarvittavan ydintiedon. Näin se on helppokäyttöinen myös työntekijöille, joilla ei ole aiempaa kokemusta aihe-alueesta. Kirjalliset ohjeet ovat niiden käyttäjän kannalta parhaiten hyödynnettävissä, kun ohjeet on esitetty selkeästi ja helposti ymmärrettävästi. (Kyngäs ym., 2007, 124.) Pyrimme tekemään oppaasta lyhyen, ytimekkään ja selkeän, jotta se olisi nopeasti ja helposti luettavissa muun työn ohessa.

Toimeksiantajalla ei ollut erityisiä toiveita oppaan ulkoasusta. Opas haluttiin sähköisessä muodossa. Valmistamamme opas on tehty word-tiedostoon. Toimeksiantajan puolesta olisimme voineet käyttää oppaassa myös valmiita kuvia eri lähteistä. Halusimme kuitenkin tuottaa omat kuvat siirtotilanteista. Tällöin kävimme samalla myös käytännössä läpi siirroissa käytettäviä työasentoja ja -otteita. Käytimme kuvia havainnollistamaan siirtoja. Tekstin sijoitimme kuvien alle tukemaan kuvista saatavaa informaatiota. Oppaassa käytimme asiatyylisiä ja yksinkertaista tekstiä.

5 POHDINTA

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettiseen toimintaan kuuluu, että tutkija on asianmukaisesti hakenut tutkimukselleen tutkimusluvan. (Heikkilä, 2008, 43–45.) Haimme opinnäytetyön tutkimusluvan helmikuussa 2013. Tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä eettisyyttä ja luotettavuutta arvioidaan, kuten muissakin tutkimustyypeissä, hyvän tieteellisen käytännön edellytysten mukaan. Tähän kuuluu muun muassa, että tutkija noudattaa toiminnassaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. (Suomen Akatemia, 2003.) Näin olemme mielestämme toimineet. Luotettavuutta ja eettistä turvallisuutta lisää se, että tutkimukseen valikoidut lähteet on valittu kriittisesti ja huolellisesti. (Heikkilä, 2008, 44.) Opinnäytetyön lähdekirjallisuutta valittaessa on hyvä kiinnittää siihen, onko kirjoittaja tunnettu ja arvostettu alallaan. Tutkijan tulisi käyttää mahdollisimman uusia lähteitä, koska monilla aloilla tutkimustieto muuttuu nopeasti. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara, 2007, 109.) Työssämme käytetyt lähteet ovat luotettavia. Olemme valinneet ne harkiten lähdekritiikkiä käyttäen. Lähteen luotettavuuden kannalta on tärkeää käyttää ensisijaisia lähteitä, eli etsiä materiaali, jossa alkuperäinen tieto on. Tämä on tärkeää, koska toissijaisissa lähteissä on aina tulkittu ensisijaisen lähteen tietoa ja näin tieto voi muuntua vääränlaiseksi. (Vilka & Airaksinen, 2003, 73.) Pyrimme käyttämään työssämme ensisijaisia lähteitä. Käyttämämme toissijaiset lähteet ovat harkiten valittuja ja mielestämme niissä oleva tieto on sellaista, että sen muuntuminen vääränlaiseksi ei ole todennäköistä. Opinnäytetyön tutkijan on huolellisesti huomioitava, että hän ei syyllisty plagiointiin eli esitä jonkun toisen tekstiä omanaan. (Hirsjärvi ym., 2007, 26.) Olimme huolellisia lähdeviitteiden merkitsemisessä, eikä työssämme ole esitetty plagiointia tietoa.

5.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessimme (taulukko 1) alkoi aihevalinnalla toukokuussa 2012. Toinen meistä keskusteli työpaikkansa osastonhoitajan kanssa ja tiedusteli siirto-oppaan tekemisestä osastolle. Osastonhoitajan ehdotuksesta opinnäytetyöhön tuli ergonominen näkökanta, jolla pyritään ennaltaehkäisemään hoitajien tuki- ja liikuntaelinsairauksia. Syyskuussa 2012 tapasimme työelämän edustajan ja saimme ehdotuksia opinnäytetyön

sisällön toteuttamisesta. Haimme aiheesta tietoa ja kirjoitimme suunnitelman valmiiksi. Suunnitelmaseminaari pidettiin lokakuussa 2012. Marras-joulukuussa työstimme raporttia. Tutkimuslupa myönnettiin helmikuussa 2013. Maaliskuussa 2013 jatkoimme raportin työstämistä ja esitimme senhetkisen työme käsikirjoitusseminaarissa.

TAULUKKO 2. Opinnäytetyön aikataulu

Toukokuu 2012	Opinnäytetyön aiheen valinta
Syyskuu 2012	Työelämäpalaveri, tiedon haku, suunnitelman kirjoittaminen
Lokakuu 2012	Suunnitelmaseminaari
Marras-joulukuu 2012	Tiedon haku, raportin kirjoittaminen
Helmikuu 2013	Tutkimuslupa myönnetty
Maaliskuu 2013	Raportin kirjoittaminen
Maaliskuu 2013	Käsikirjoitus seminaari
Touko-heinäkuu 2013	Työelämäpalaveri, raportin kirjoittaminen valmiiksi, oppaan tuottaminen
Elokuu 2013	Opinnäytetyön esitysseminaari

Toinen työelämäpalaveri pidettiin toukokuussa 2013. Tapaamisella meille tarkentui työelämän toiveet siitä, mihin suuntaan he halusivat raportin ja oppaan sisältöä kehitettävän. Tapasimme myös osaston fysioterapeutin. Hän antoi meille tietoa oppaan sisällön valmistamista varten. Keväällä 2013 kävimme myös ohjauksessa opinnäytetyömme ohjaavan opettajan luona. Raportin kirjoittaminen ja oppaan työstäminen jatkui kesän ajan. Oppaaseen tulevat kuvat otimme Hatanpään sairaalan neurologisen osaston tiloissa. Saimme osastonhoitajalta suullisen kuvausluvan osastolle ja meille järjestyi yhden hengen potilashuone kuvauksien ajaksi. Osaston fysioterapeutti oli mukana kuvauksissa antamassa meille vinkkejä ja ohjeita, miten siirto tapahtuu oikein. Esitimme version valmiista raportista ja oppaasta työelämätaholle sekä ohjaavalle opettajalle elokuussa 2013. Tämän jälkeen teimme vielä viimeistelyt työhön. Valmiin työn tulemme esittämään opinnäytetyön esitysseminaarissa elokuussa 2013.

Opinnäytetyömme syntyi tuotokseen painottuvan opinnäytetyön muodossa. Halusimme tehdä tuotokseen painottuvan opinnäytetyön, koska tuotoksen tuottaminen tuntui mielenkiintoiselta vaihtoehdolta. Lisäksi se hyödyttää käytännön työtä, koska tuottamamme

opas on hoitajien saatavilla päivittäisessä työssä. Opinnäytetyömme aiheesta, hoitajien tuki- ja liikuntaelinsairauksien ehkäisystä löytyi paljon tietoa. Myös aivoverenkiertohäiriöstä oli saatavilla paljon tietoa. Aluksi tuntui vaikealta valita sopivaa lähdemateriaalia kaiken tiedon joukosta. Alkuun pääseminen tuntui haastavalta ja aikataulussa pysyminen vaati meiltä ponnisteluja. Muun koulutyön ohessa tuntui, ettei aikaa opinnäytetyön tekemiseen ole. Tämän vuoksi raportin kirjoittamisessa oli välillä kuukaudenkin mittainen tauko. Aiheen tarkempi rajausta ja ohjaustapaaminen työn alkuvaiheessa olisivat varmasti helpottaneet työtämme. Keväällä muun koulutyön loppuessa meillä oli aikaa syventyä työhömmme paremmin ja opinnäytetyö alkoi muotoutua oikeaan muotoonsa.

Opinnäytetyömme tehtävinä oli selvittää miten aivoverenkiertohäiriö vaikuttaa potilaan toimintakykyyn, mikä potilassiirroissa aiheuttaa hoitajille tuki- ja liikuntaelimistön kuormittumista ja mitä on siirtotaito. Mielestämme työmme teoreettiset lähtökohdat on avattu raportissa lukijalle selkeästi. Ne muodostavat yhtenäisen kokonaiskuvan AVH -potilaan siirtymisen avustamisesta huomioitavista asioista. Oppaan sisällön toteuttamisessa olemme mielestämme onnistuneet soveltamaan työmme teoriaosuutta käytännön työelämälle käytettävään muotoon. Tavoitteenamme oli lisätä tietoa hoitajien fyysisen kuormittumisen ennaltaehkäisystä, kun he avustavat aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta potilasta. Työmme teoriaosuus sekä opas vastaavat opinnäytetyöprosessin alussa asettamaamme tavoitteeseen. Lisäksi tavoite työ- ja potilasturvallisuuden edistämisestä on toteutunut työssämme.

Opinnäytetyön eri aihe-alueet tulisi saada nivoutumaan hyvin toisiinsa. Tekstin tulisi olla yhtenäistä, luvut ja kappaleet tulisi yhdistää sujuvaksi kokonaisuudeksi ja niiden tulisi edetä oikeassa järjestyksessä, jotta lukijan on helppo lukea opinnäytetyötä ja pysyä mukana sen kirjoittajan ajatuksessa. Opinnäytetyön ydinajatus, punainen lanka, sitoo yhteen opinnäytetyön eri osa-alueet ja samalla auttaa näkemään, mikä on eri osa-alueiden suhde toinen toisiinsa. (Kielijelppi, 2013.) Opinnäytetyötä tehdessämme ja oimme työtä ja teimme kumpikin itsenäisesti omaa osuuttamme. Työn loppuvaiheessa eri osioiden yhteen sovittaminen siten, että opinnäytetyön punainen lanka on sujuvasti nähtävissä läpi koko työn, vei aika paljon aikaa.

Opinnäytetyön tekeminen edisti ammatillista osaamistamme. Opas toteutettiin toisen opinnäytetyön tekijän työpaikalle ja se tukee hyvin hänen ammatillisen suuntautumisen sa vahvistumista. Toinen meistä oli kesän aikana töissä neurologian osastolla, mikä sy-

vensi hänen ymmärrystään opinnäytetyömme aiheesta. Toivomme tuottamamme oppaan olevan hyödyksi työelämälle. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan siirtymisen avustaminen, jossa yhdistyy hoitajan oma ergonomian huomiointi ja kuntouttava työote potilaaseen, on mielestämme saatu sisällytettyä oppaaseen onnistuneesti.

5.3 Kehittämisehdotukset

Jatkokehittämisehdotuksena esitämme selvityksen teon oppaan käytöstä osastoilla. Olisi mielenkiintoista kuulla varsinkin uusien hoitajien kokemuksia oppaan hyödyllisyydestä. Kiinnostavaa olisi kuulla, ovatko työntekijät saaneet poimittua oppaasta itselleen tietoa AVH –potilaan toimintakyvystä ja hoitajan oman kehon käytöstä ja ovatko nämä tiedot olleet käytännön työtä hyödyttäviä. Tutkimusmenetelmänä voisi olla laadullinen haastattelututkimus, jossa kerätään osaston uusien tai siellä vähän aikaa työskennelleiden hoitajien kokemuksia oppaan sisällön toimivuudesta siirtojen opastuksessa.

LÄHTEET

Aivoliitto. 2012. Aivoverenkiertohäiriö. Luettu 3.10.2012.

http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/aivoverenkiertohairio

Aivoliitto. Afasia. 2013. Luettu 15.2.2013

http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/aivoverenkiertohairio/afasia

Cotot. Terveys. Suomen lääkärikeskus. Luettu 16.8.2013

<http://z.cotot.com/luokka/sydan-veri-ja-verenkierto/kaulavaltimon-endarterectomy-kaulavaltimon-pallolaajennus-kanssa-stentti>

Eur-Lex. Euroopan neuvoston direktiivi 29.5.1990/269/ETY. Luettu 2.2.2013.

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31990L0269:fi:HTML>

Euroopan työterveys- ja turvallisuusvirasto. 2000. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. viraston julkaisuja. Factsheet 4 - Työperäisten tuki- ja liikuntaelinsairauksien ehkäisy. Luettu 2.2.2013.

<https://osha.europa.eu/fi/topics/msds>

Euroopan työterveys- ja turvallisuusvirasto. 2008. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. viraston julkaisuja. E-fact 28: Tuki- ja liikuntaelinsairauksia (TULES) ehkäisevät potilassiirtomenetelmät terveydenhuollossa. Luettu 2.2.2013.

<https://osha.europa.eu/fi/topics/msds>

Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto. 2013. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Luettu 2.2.2013.

<https://osha.europa.eu/fi/topics/msds>

Finlex. Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383. Luettu 3.2.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/>

Finlex. Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. Luettu 1.10.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/>

Finlex. Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä 22.12.1993/1409. Luettu 3.2.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/>

Hantikainen, 2013. Kinestetiikka info. Suomen Kinestetiikka yhdistys Ry. Luettu 15.7.2013.

http://www.kinestetiikka.fi/esitykset/Kinestetiikkainfo_Diat_2009.pdf

Heikkilä, A., Jokinen, P., Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit oy.

Henriksson, A. 2010. Potilassiirtojen Ergonomiakortti -koulutuksen vaikutukset potilaan siirtymisen avustamiseen hoitajien kokemana. Itä-Suomen yliopisto. Luettu 2.11.2012.

http://www.uef.fi/c/document_library/get_file?uuid=d88ba981-e928-4ac2-b05d-0a4d0a869e26&groupId=24084&p_1_id=2297269

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

HYKS. Neurologian klinikka. 2013. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan seurantakansio.

Ikonen, H., Rautio, H. 2009. Ohjaa aktivoiden – opas hemiplegia-potilaan siirtymisten ohjauksista. Metropolia ammattikorkeakoulu. Fysioterapian koulutusohjelma. Luettu 10.7.2013.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2806/Ikonen_Heidi.pdf?sequence=1

Karhula, K., Rönholm, T., Sjögren, T. Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä. Työsuojeluhallinto. 2007. Luettu 3.10.2012.

http://tyosuojelujulkaisut.wshop.fi/documents/2007/06/TSJ_83.pdf

Kauppinen, T., Hanhela, R., Kandolin, I., Karjalainen, A., Kasvio, A., Perkiö-Mäkelä, M., Priha, E., Toikkanen, J., Viluksela, M. 2010. Työ ja terveys suomessa haastattelututkimus 2009. Työterveyslaitos. Vammalan kirjapaino Oy: Sastamala. Luettu 7.3.2013.

http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Sivut/default.aspx

Kielijelppi. 2013. Kirjoitusviestintä. 5. Mikä tekee tekstistä sujuvan? Tekstin punainen lanka. Luettu 21.5.2013.

<http://www.kielijelppi.fi/kirjoitusviestinta/sujuva-teksti>

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E., Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Rantsi, H. & Hämäläinen, K. 2006. PAST-toiminta (potilaan avustus- ja siirtotavat) Oulun yliopistollisessa sairaalassa – loppuraportti. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2006. Oulu. Luettu 18.5.2013.

http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16309_1_2006.pdf

Rissanen, A. 2006. Käsien tehtävät nostot ja siirrot työssä. Työsuojeluhallinto. Luettu 21.5.2013.

http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/erg_tiedonlahteet/Documents/kasintehtavat_nostot_ja_siirrot.pdf

Suomen Akatemia. 2003. Tutkimuseettiset ohjeet. Luettu 16.5.2013.

<http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>

Tamminen-Peter, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – kolmen siirtomenetelmän vertailu. Turun yliopisto. Luettu 3.10.2012.

http://www.ergosolutions.fi/tamminen/doc/thesis_fi_pub_ver.pdf

Tamminen-Peter, L., Eloranta, M., Kiviranta, M., Mämmelä, E., Salokoski, I., Ylikangas, A. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:6. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Opettajan käsikirja. Luettu 3.10.2012.

<http://pre20090115.stm.fi/el1175681436176/passthru.pdf>

TAYS. Neurologian ja kuntoutuksen vastualue. 2007. Aivoverenkiertopotilaan ohjaus. Ohje nro AVH.07.07. Luettu 20.3.2013

Terveyskirjasto. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. 2012. Luettu 3.10.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00026

Terveyskirjasto. Duodecim. 2013. Luettu 20.3.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001&p_haku=aivoverenkiert*

Tuominen, P. 2010. Työergonomian ohjauksen vaikutuksia vanhainkodin hoitohenkilökunnan työtapoihin ja koettuun kuormitukseen. Itä-Suomen yliopisto. Luettu 21.5.2013.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100089/urn_nbn_fi_uef-20100089.pdf

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012. Luettu 18.2.2013
<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2813/5064/>

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

Vilka, H., Airaksinen, T., 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Helsinki: Tammi.

Vilka. 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. Luettu 1.5.2013.
http://vilka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyön lähteenä käytetyt tutkimukset

1(2)

Tutkimus	Tarkoitus ja tavoite	Menetelmä	Tulokset
<p>Henriksson 2010</p> <p>Potilassiirtojen Ergonomiakortti -koulutuksen vaikutukset potilaan siirtymisen avustamiseen hoitajien kokemana</p> <p>Pro gradu</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Potilassiirtojen Ergonomiakortti -koulutuksen käyneiden hoitajien kokemuksia siitä, miten koulutus vaikuttaa potilaiden siirtymisen avustamiseen käytännön työssä.</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin puhelinhaastatteluilla, joihin valittiin kuusi hoitajaa, jotka olivat suorittaneet Potilassiirtojen Ergonomiakortti-koulutuksen vuoden 2009 aikana. Lisäksi vuonna 2010 toteutettiin yksilökohtaiset teemahaastattelut.</p> <p>Analyysimenetelmänä oli laadullinen sisälönanalyysi.</p>	<p>Tulosten mukaan Potilassiirtojen Ergonomiakortti-koulutus lisäsi hoitajien siirtotaitoa ja riskien arviointikykyä sekä työ- ja potilasturvallisuutta.</p> <p>Hoitajien kehon käyttö työasunnoissa ja -liikkeissä oli koulutuksen jälkeen turvallisempaa, he arvioivat potilaan toimintakykyä paremmin, aktivoivat potilasta paremmin, käyttivät pienapuvälineitä ja nostimia enemmän sekä oppivat arvioimaan siirtymisen avustamisen riskejä.</p>
<p>Rantsi & Hämäläinen 2006</p> <p>PAST -toiminta (potilaan avustus- ja siirtotavat) Oulun yliopistollisessa sairaalassa - loppuraportti</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää hoitajien fyysisen kuormittamisen vähentämistä potilassiirroissa verkostoitumisen ja järjestelmällisen koulutuksen kautta.</p>	<p>OYS:ssa perustettiin työryhmä ja vastuuhenkilöverkosto. Vuosina 1994–2004 vastuuhenkilöitä koulutettiin vähemmän kuormittavien potilaan avustus- ja siirtotapojen (PAST) käyttöön. Koulutuksen saaneet vastuuhenkilöt opastivat edelleen työtovereitaan. Koulutuksen kehittämiseksi ja vaikuttavuuden arvioimiseksi tehtiin useita kyselyitä vastuuhenkilöille sekä muulle hoitohenkilökunnalle.</p>	<p>Vuoden 2004 kyselyn mukaan vastuuhenkilöiltä oli saanut opastusta 81 % vastaajista. 72 % heistä koki PAST -menetelmien vähentäneen heidän tuki- ja liikuntaelinoireiluaan.</p> <p>Oleellisia asioita, joilla voidaan edistää ja tukea hoitohenkilökunnan työkykyä, ovat vastuuhenkilöiden mahdollisuus osallistua potilaan siirtotaitojen päivittämiseen sekä uusien vastuuhenkilöiden kouluttaminen.</p>

2(2)

<p>Tamminen - Peter 2005</p> <p>Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – kolmen siirtomenetelmän vertailu</p> <p>Akateeminen väitöskirja</p>	<p>Tavoitteena oli selvittää, ovatko uudet potilassiirtomenetelmät (durewall- ja kinesteettinen menetelmä) hoitajille fyysisesti vähemmän kuormittavia tapoja avustaa, kuin nykykäytännön mukaiset avustustavat.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 12 sairaanhoitajaa ja perushoitajaa, jotka jaettiin kahteen ryhmään. Molemmat ryhmät saivat koulutuksen uusiin avustamenetelmiin. Koulutusten jälkeen hoitajien siirtotaitoa arvioitiin uudella siirtotaitojen havainnointimenetelmällä. Hoitajien fyysistä kuormittumista selvitettiin mittauksin.</p> <p>Potilaina oli 18 liikuntarajoitteista, iästä henkilöä. Heiltä kysyttiin tunteuksia siirtotapahtuman turvallisuudesta ja miellyttävyydestä. Lisäksi heidän siirron aikainen reisilihasten aktiivisuus mitattiin.</p>	<p>Hoitajien siirtotaidot kehittyivät koulutusten myötä. Tällöin myös sekä koettu että mitattu fyysinen kuormittuminen väheni. Lisäksi potilaiden kokemukset siirtotapahtumista olivat myönteisempiä.</p> <p>Kuormittumista vähensi etenkin potilaiden muualta kuin hoitajasta ottama tuki sekä potilaan aktivoiminen osallistumaan siirtoon.</p>
<p>Tuominen 2010</p> <p>Työergonomian ohjauksen vaikutuksia vanhainkodin hoitohenkilökunnan työtapoihin ja koettuun kuormitukseen</p> <p>Pro gradu</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata erään vanhainkodin ergonomiaprojektia ja sen vaikutuksia hoitohenkilökunnan (N=615) työergonomiaan. Tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan työergonomiia ja selvittää kuormittavimmaksi koettuja työtilanteita. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, voidaanko työergonomiia ohjalla lisätä parityöskentelyä ja vähentää hoitajien kokemaa fyysistä kuormitusta.</p>	<p>Tietoja kerättiin ja analysoitiin sekä määrällisin että laadullisin menetelmin ja mittarein.</p> <p>Tutkimuksen aineisto kerättiin ja analysoitiin kolmen vaiheen kautta. Vaiheet olivat hoitohenkilökunnan työergonomiia kartoittava kysely, hoitohenkilökunnan työergonomian ohjauksista kirjoitettujen raporttien käsittely ja ergonomiaprojektista tehdyn palautekyselyn analyysi.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan kuormittavimpia hoitotilanteita olivat potilaan avustaminen sängystä pyörätuoliin ja takaisin sänkyyn, potilaan avustaminen wc-tiloissa ja potilaan siirtäminen ja avustaminen vuoteessa.</p> <p>Koettu fyysinen kuormittuminen väheni, kun henkilökunta kiinnitti ohjauksen kautta enemmän huomiota omaan työergonomiaan, apuvälineiden käyttöön ja työasentoihin.</p>

Liite 2. Opas

1(24)

NEUROLOGINEN PALVELULINJA, HATANPÄÄN SAIRAALA

AVH-POTILAAN SIIRTYMISEN AVUSTAMINEN

OPAS HOITAJILLE

Tekijät:
Katja Hiltunen & Pia Säkkinen-Peltola
Tampereen Ammattikorkeakoulu

Tässä oppaassa on tarkoitus kiinnittää huomioita ergonomisiin työasentoihin ja kuntouttavaan työotteeseen AVH- potilaiden siirtotilanteissa. Olemme keskittyneet alkuvaiheen siirtoihin, jotka kuormittavat hoitajaa siirtotilanteissa eniten.

Potilaan siirtymisen avustamisessa hoitajan oma kehon hallinta on avainasemassa. Hoitajan kyky tunnistaa oma kehonsa, sekä hoitajan oma hyvä vartalon hallinta mahdollistaa potilaan turvallisen avustamisen ja hyödyntää potilaan omat voimavarat maksimaalisesti siirtotilanteessa. Tämä kuntouttaa potilasta ja aktivoi häntä.

AVH-potilaan siirtymisen avustamisen lähtökohtana ovat potilaan luonnolliset liikemallit ja potilaan kuntoutumisen tukeminen. Luonnolliset liikkeet ja liikemallit ovat opittuja kaavoja, ja näin ollen ne ovat syvällä ihmisen liikemuistissa. Ne palautuvat vaistonvaraisesti ja tiedostamatta usein nopeastikin, kun potilasta aktivoidaan oikeasta kohdasta ja alkuasento on oikea. Tällöin voidaan hyödyntää potilaan voimavaroja ja potilaan lihasvoima aktivoituu optimaalisesti, ja silloin potilas tunnistaa ja ymmärtää mitä tehdään.

Siirtotilanteissa hoitaja käyttää laajoja kämmenotteita ja käyntiasentoa huomioiden potilaan halvaantuneen puolen. Käyntiasennossa hoitajan on helppo siirtää painoa eteen - ja taaksepäin, se on luonnollisempaa ja vaakaampaa.

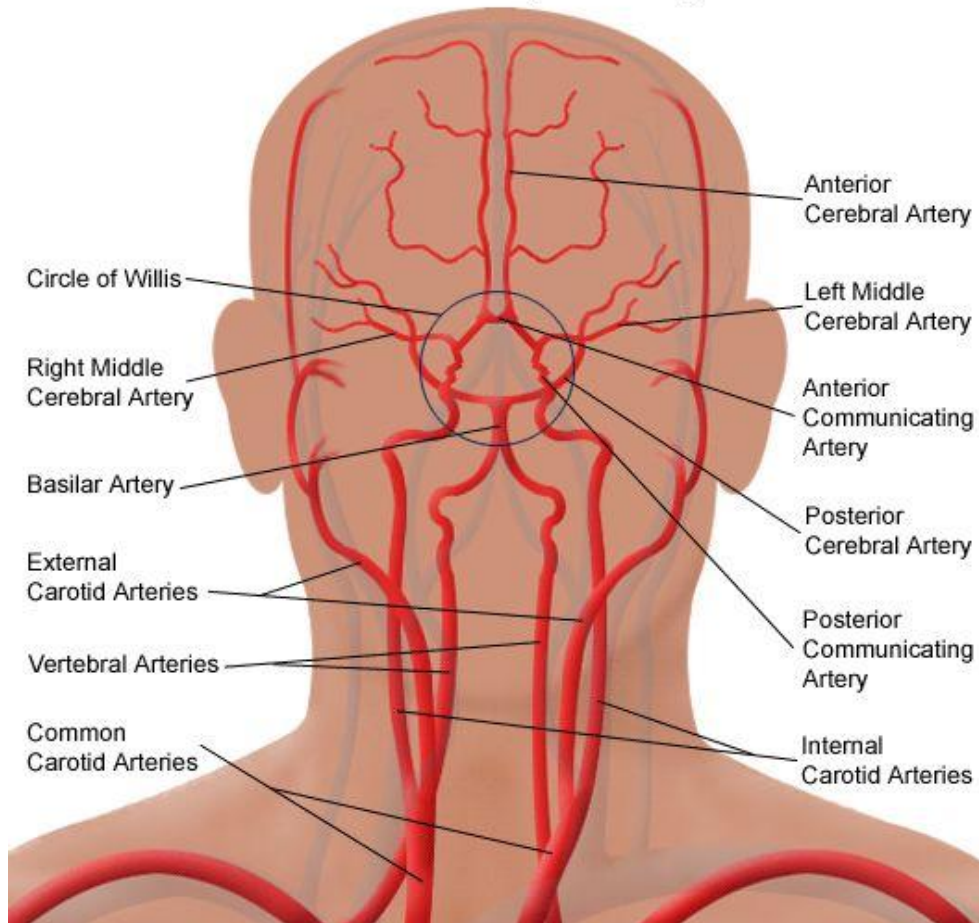
Aivojen verenkierto ja aivoverenkiertohäiriöt

Aivojen verenkierrosta vastaa neljä suurta valtimoa; kaksi kaulavaltimoa ja kaksi nikamavaltimoa. Nämä valtimot ovat yhteydessä toisiinsa aivojen pohjalla sijaitsevan verisuonikehän välityksellä. Tämän yhteyden ansiosta yhdenkin valtimon riittävä verenkierto pystyy huolehtimaan aivojen verensaannista. Molemmilla aivopuoliskoilla on kolme haaraa, etummainen, keskimmäinen ja takimmainen. Nämä valtimot haarautuvat ja vievät pienempien valtimoiden kautta verta kaikkialle aivoihin. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) voidaan jakaa verisuonia tukkeuttavaan häiriöön eli infarktiin ja verisuonien seinämän repeämästä aiheutuviin vuotoihin. Aivojen verenkierto on kuvattu seuraavalla sivulla olevassa kuvassa (kuva1).

KUVA 1. Aivojen verenkierto

Lähde: Cotot, 2013.

Arterial Circulation of the Brain, Including Carotid Arteries



Aivoinfarkti

Aivoverenkiertohäiriöistä suurin osa, noin 85 %, on aivoinfarkteja. Aivoinfarktissa jokin päähän verta vievistä valtimoista tukkeutuu ahtauman tai hyytymän seurauksena. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Sille alueelle aivojen verisuonistossa, jossa tukkeuma sijaitsee, syntyy aivokudoksen hapenpuutetta, joka aiheuttaa alueelle infarktin eli kuolion. (Terveyskirjasto, 2013.)

Aivoinfarktin aiheuttajana on yleisimmin valtimotauti (ateroskelroosi), sydänperäinen veritulppa, kaulavaltimon ahtauma, kaulavaltimon sisäkalvon repeämä (dissekoituma), kallonpohjan valtimon tukos (basilaaritromboosi) tai aivolaskimotukos (sinustromboosi). (HYKS, 2013.) TIA-kohtauksiksi kutsutaan nopeasti ohimeneviä aivoverenkiertohäiriöitä. Tällöin jonkun aivovaltimon verenkierto ohimenevästi heikkenee tai loppuu, mutta niin lyhyeksi aikaa, että pysyvää vauriota aivoinfarktia ei ehdi syntyä. TIA-kohtaus ennakoi usein aivoinfarktin ilmaantumista. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) TIA-kohtauksen aiheuttavat samat verenkiertoelimistön sairaudet ja vauriot, kuin aivoinfarktin. (HYKS, 2013.)

Aivoverenvuodot

Aivoverenkiertohäiriöistä yhteensä noin 15 % johtuu aivoverenvuodoista. Aivoverenvuodoista 10 % johtuu verenvuodosta aivokudoksen sisään (ICH). (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Aivokudoksen sisään vuotanut veri aiheuttaa välittömästi vaurioita kudokseen. Aivoverenvuodon syynä on usein verenpainetauti tai aivojen valtimon seinämän heikkeneminen (amyloidi angiopatia). Myös verenhennuslääkkeet, tupakointi tai runsas alkoholin käyttö voivat olla aivoverenvuodon aiheuttajana. (HYKS, 2013.) Aivoverenvuodoista 5 % johtuu lukinkalvonalaisesta vuodosta (SAV). (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Lukinkalvonalainen vuoto aiheutuu useimmiten aivovaltimon pullistumasta (aneurysma). Kun pullistuma repeää, veri vuotaa lukinkalvonalaiseen (subaraknoidaali) tilaan, jossa on aivoselkäydinnestettä. (HYKS, 2013.)

Aivoverenkiertohäiriön oireet

Aivoverenkiertohäiriö vaurioittaa aivokudosta. Vaurio ilmenee ihmisen toiminnassa toimintakykyä rajoittavina oireina. Aivoverenkiertohäiriöt ovat monimuotoisia ja yksilöllisiä, joten sairastuneen ihmisen kuntoutuminenkin on yksilöllistä. Varsinkin kuntoutuksen alussa kiinnitetään runsaasti huomiota toimintakyvyn muutoksiin ja tuetaan jäljellä olevaa toimintakykyä kuntouttavalla hoitotyöllä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2012.) Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamia oireita on kuvattu alla olevassa taulukossa (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamia oireita

Lähde: Aivoliitto, 2013.

Aivoverenkiertohäiriö aivojen vasemmalla puolella aiheuttaa oireita kehon oikealle puolelle	Aivoverenkiertohäiriö aivojen oikealla puolella aiheuttaa oireita kehon vasemmalle puolelle
Oikean puolen halvaus Oikeanpuolen tuntopuutos Näkökentän puutos oikealla Afasia eli puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeus Tahdonalaisten liikkeiden häiriöt	Vasemman puolen halvaus Vasemman puolen tuntopuutos Näkökentän puutos vasemmalla Tarkkaavuushäiriöt Neglet eli vasemman puolen huomiotta jättäminen Sairaudentunnottomuus/ oireiden tiedostamattomuus eli anosognosia Hätäisyys

Yleisimpiin aivoverenkiertohäiriön aiheuttamiin oireisiin kuuluu afasia, neglect sekä hemipareesi tai hemiplegia. Afasia on seuraus aivovauriosta, joka on tullut useimmiten aivoinfarktin tai aivoverenvuodon jälkeen. Myös pään alueen trauma, joka on aiheuttanut aivovaurion, aivokasvaimet tai dementia voivat olla myös afasian taustalla. Afasia on kielellinen häiriö, jonka oireita ovat puheen tuottamisen, puheen ymmärtämisen, lukemisen ja kirjoittamisen häiriöt. Afasian oireet esiintyvät jokaisella ihmisellä yksilöllisesti. Oireet ilmenevät erilaisina yhdistelminä ja vaikeusasteina. Afasia vaikeuttaa vuorovaikutustilanteita. Keskustelut muiden kanssa ja ajatusten vaihtaminen voi olla turhauttavaa, koska afasiaan sairastunut kokee, ettei tule kunnolla ymmärretyksi. Afasia

voi aiheuttaa sairastuneen ihmisen elämään arjessa selviytymisen vaikeutta niin sosiaalisissa tilanteissa kuin oman elämän hallinnassa. Mitä vaikeampi afasia on, sitä haasteellisempaa on arjessa selviytyminen. (Aivoliitto, 2013.)

Neglect eli huomiotta jääminen tarkoittaa sitä, ettei ihminen kykene huomioimaan aivovaurion vastakkaiselta puolelta tulevaa näkö-, kuulo- tai tuntoinformaatiota, vaikka hän muuten näkee, kuulee ja tuntee normaalisti. Neglect on useimmiten oikean aivopuoliskon vaurio. Tällöin potilas ei huomioi omaa kehoaan tai ympäristöään vasemmalta puolelta, vaan usein törmäilee vasemmalla oleviin esineisiin ja ovenpieliin. Neglect voi ilmetä myös siten, että ihminen jättää lautaselta vasemman puolen syömättä tai miespuolinen ihminen jättää parran ajamatta vasemmalta puolelta kasvoja. Yleisin neglect on näköaistin alueella. Neglectiä voi esiintyä myös vasemman puolen aivovauriossa, silloin oikea puoli jää huomiotta. Neglectiä on tällöin vaikea arvioida, koska potilaalla on silloin usein kielellisiä häiriöitä, esimerkiksi afasia, jolloin vaikeusastetta on vaikea selvittää.

Neglect voi aiheuttaa vaaratilanteita päivittäisissä toiminnoissa ja tällöin joudutaan potilaan itsenäistä liikkumista rajoittamaan turvallisuussyistä. (TAYS, 2007.)

Hemipareesi on osittainen toispuolihalvaus ja hemiplegia on täydellinen toispuolihalvaus. Neglect -potilailla toisen puolen halvausoireisto voi ilmetä myös usein työntö-oireena eli pusher-oireena. Työntö-oire vaikeuttaa erityisesti sairastumisen alkuvaiheessa kuntoutumista. Istuma- ja seisomatasapaino ja kävely ovat hankalaa, koska alkuvaiheessa potilas työntää voimakkaasti terveillä raajoilla halvaantunutta puolta kohti. Kuntoutuminen on haasteellista, koska neglectiin liittyy usein myös oiretiedostamattomuutta eli anosognosiaa. Tällöin potilas ei tiedosta omaa sairauttaan tai sen aiheuttamia oireita. Tämän vuoksi potilaan kuntoutumisessa oiretiedostamisen lisääminen on avainasemassa. Tätä kautta voidaan lisätä potilaan motivaatiota kuntoutumiseen. Vasemman puolen huomioonvähvistämiseen keskitytään eri menetelmin kuntoutuksessa. (TAYS, 2007.)

Siirtotaito

Siirtotaito tarkoittaa ergonomisesti oikeiden työtapojen hallintaa ja potilaan huomioimista avustustilanteessa. Potilassiirtotaito koostuu neljästä osialueesta, joita ovat hoitajan työasento ja liikkuminen, vuorovaikutus potilaan kanssa, hoitajan kyky ohjata ja mahdollistaa potilaan liikkuminen sekä, työympäristön ja apuvälineiden hyödyntäminen. Siirtotaito on hoitajan kykyä tunnistaa potilaan voimavarat ja osata hyödyntää niitä turvallisesti. Hyvän siirtotaidon omaava hoitaja osaa säilyttää tasapainoisen asennon siirron eri vaiheissa ja hyödyntää ympäristöä ja apuvälineitä tarkoituksenmukaisesti. (Tamminen - Peter, 2005, 57.)

Potilassiirtotaidon koulutuksella on tutkimusten mukaan saatu aikaan myönteisiä tuloksia. Rantsi & Hämäläisen (2006) mukaan hoitajien tuki- ja liikuntaelinoireilu on vähentynyt potilaan avustus- ja siirtotapojen (PAST) opetuksen myötä, kun hoitajat ovat oppineet aiempaa ergonomisempia työtapoja ja oppineet hyödyntämään ympäristöä ja apuvälineitä paremmin. (Rantsi & Hämäläinen, 2006, 16.) Tamminen – Peterin (2005) ja Tuomisen (2010) mukaan siirtotaitojen kehittyessä myös hoitajien kyky aktivoida potilasta osallistumaan siirtoon on parantunut. (Tamminen – Peter, 2005, 86; Tuominen, 2010, 103.) Koulutuksen myötä hoitajat ovat oppineet aktivoimaan potilasta aiempaa monipuolisemmin käyttämällä aktivoinnissa katsekontaktia, kosketusta ja liikettä. (Henriksson, 2010, 34–35.) Koulutuksen kautta kehittyneet potilassiirtotaidot ovat vähentäneet sekä hoitajien kokemaa että mitattua fyysistä kuormittumista potilassiirroissa. (Tamminen – Peter, 2005, 90.)

Hoitajan työasento ja liikkuminen

Potilaan siirtymisen avustamisessa hoitajan oman kehon hallinta on avainasemassa. Hoitajan hyvä vartalonhallinta mahdollistaa potilaan turvallisen avustamisen ja hyödyntää potilaan omat voimavarat maksimaalisesti siirtotilanteessa. Tämä kuntouttaa ja aktivoi potilasta. Siirtotilanteessa hoitajaan vaikuttaa ulkopuolinen voima, kuten potilaan paino- tai liikevoima. Tällöin keskeinen osatekijä tasapainon säilyttämisessä on hoitajan oman kehon hallinta. (Tamminen – Peter ym., 2007, 28- 29.) Hoitaja pystyy harjoittamaan oman kehon hallintaa sisäisen palautejärjestelmän kautta, kuten harjoittelemalla ylösnousua tuolilta. Harjoituksissa on huomioitava mistä liike alkaa, mikä lihasryhmä aktivoituu liikkeen tuottamiseen ja mitkä ovat liikkeen vaiheet. Keskeistä on painopisteen aistiminen seisoessa.

Hoitajan tulisi tiedostaa, mitä tapahtuu ihmisen horjuessa tai ulkoisen voiman kohdistuessa ihmiseen. Painopisteen aistimisessa huomioitavia asioita ovat miten painopiste muuttuu, mitä vartalossa ja raajoissa tapahtuu, mistä liike alkaa ja miten tasapaino säilyy. Hoitajan tiedostaessa liikkeet tarkentuu myös hänen kykynsä havainnoida potilaan liikkumista ja ulkoisen voiman vaikutusta omaan liikkeeseen. (Tamminen – Peter ym., 2007, 30 – 31.)

Onnistuneessa potilassiirrossa hyödynnetään potilassiirtomenetelmiä. Suomessa eniten käytetyt potilassiirtomenetelmät ovat durewall menetelmä ja kinesteettinen menetelmä. (Tamminen – Peter, 2005, 34.) Molemmissa menetelmissä lähtökohtana on luonnollisten liikemallien käyttö liikkumisessa. Nostamista vältetään ja liike tehdään vetämällä tai työntämällä. Liikkeen tulisi olla kevyt ja miellyttävän tuntuinen. Hoitajan otteet ovat laajat, liukuvat ja pehmeät. Durewall menetelmän mukaan siirtoon tarvittava voima tuotetaan painonsiirron avulla. Avustajan asennon tulisi olla käyntiasennossa lähellä potilasta, selkä ja käsivarret suorina. Siirto suoritetaan siirtämällä vähän kerrallaan hoitajan liikkuessa potilaan mukana. Potilaan liikuttamisen apuna käytetään siirron apuvälineitä, kuten kitkaa vähentävää alustaa. Vuorovaikutuksessa korostuu selkeys ja katsekontakti. (Tamminen – Peter ym., 2007, 60–62.) Kinesteettisessä menetelmässä keskeistä on tukea ihmistä siten, että hän pystyy osallistumaan itse aktiivisesti toimintoihin sairaudestaan tai vammastaan huolimatta. Kommunikointi tapahtuu paljolti liikkeen ja koskettamisen kautta. Kinesteettisen menetelmän tavoitteena on edistää sekä avustajan että avustettavan voimavarojen hyödyntämistä potilaan siirtymisen avustamisessa. Näin pyritään ylläpitämään ja edistämään toimintakykyä ja kuntoutumista sekä vähentämään avustajan kuormittumista. (Hantikainen, 2013.)

AVH -potilaan siirtymisen avustaminen

AVH -potilaan siirtymisen avustamisen lähtökohtana ovat potilaan luonnolliset liikemallit ja potilaan kuntoutumisen tukeminen. Luonnolliset liikkeet ja liikemallit ovat opittuja kaavoja, ja näin ollen ne ovat syvällä ihmisen liikemuistissa. Ne palautuvat vaistonvaraisesti ja tiedostamatta usein nopeastikin, kun potilasta aktivoidaan oikeasta kohdasta ja alkuasento on oikea. Tällöin voidaan hyödyntää potilaan voimavaroja ja potilaan lihasvoima aktivoituu optimaalisesti. Silloin potilas tunnistaa ja ymmärtää mitä tehdään. (Tamminen – Peter ym., 2007, 33.) Alkuvaiheessa hoitajan on lähestyttävä potilasta rauhallisesti ja luotava luottamusta potilaaseen, koska siirtotilanteessa hoitaja joutuu rikkomaan potilaan intiimialueen rajaa. Potilaassa herättää luottamusta, jos hoitaja katsoo silmiin ja viestii omalla rentoutuneella asennolla kiireettömyyttä. Siirtoon valmistaudutaan, kun hoitaja kertoo sanallisesti ymmärrettävin ja selkein lausein mitä tehdään. On hyvä välttää sanomasta potilaalle esimerkiksi, ” nostetaan sinut pyörätuoliin”, koska tämä viestii, ettei potilaan itse tarvitse tehdä mitään. Suositellumpaa on käyttää sanaa ”siirrytään”. Hoitaja voi ennen siirtoa havainnollistaa siirron kulun näyttämällä kädellään mihin siirrytään ja mistä potilas voi ottaa kiinni. (Tamminen – Peter ym., 2007, 39.)

Afasiaa sairastava potilas ei välttämättä ymmärrä sanallista ohjausta, joten hoitajan kannattaa yhdistää ohjaukseen kosketus ja liike, jolloin hoitaja ja potilas tekevät liikkeen yhdessä. Siirtotilanteessa potilaan liike voi jumiuua ja tällöin kosketus voi aukaista koko liikeketjun. Avustaessaan siirrossa hoitajan otteen tulee olla tukeva ja turvallinen, sekä mahdollisimman lähellä potilaan lantiota tai hartianseutua eli potilaan painopistettä. Siirtymisen avustamisessa tulisi välttää tarttumista potilaan vaatteisiin tai kehon liikekohtiin kuten vyötärölle, kainaloihin tai kaulaan.

Samoin tulisi välttää kovia otteita, koska ne saattavat aiheuttaa kipua. Kipu jää potilaan kehomuistiin ja hän voi muuttua siirtotilanteissa pelokkaaksi tai vastusteleväksi. (Tamminen – Peter ym., 2007, 39 – 40.) Halvaantuneen potilaan siirtyminen kannattaa ohjata halvaantuneen puolen kautta. Se lisää halvaantuneen puolen huomiointia ja samalla pakottaa kuormittamaan halvaantunutta alaraajaa aktivoiden potilaan selkää, lonkkia ja reisilihaksia. (Ikonen & Rautio, 2009, 12.)

Apuvälineiden ja työympäristön hyödyntäminen

Liukumista edistäviä apuvälineitä ovat esimerkiksi silkkilakana ja liukulauta. Osastolla kannattaa käyttää vuoteessa silkkilakanaa, koska tämä mahdollistaa vuoteesta siirtymisen mahdollisimman kitkattomasti. Liukulevy auttaa potilasta siirtymään varsinkin alkuvaiheessa vuoteesta pyörätuoliin. Vuoteen reunaan on liitettävissä nousutuki. Tätä voi hyödyntää silloin, kun potilas on jo edistynyt kuntoutumisessaan ja kykenee seisomaan nousun kautta siirtymään pyörätuoliin. Seiniin kiinnitetyt tukikahvat sekä wc-istuimen ja altaan reunaan kiinnitettävät poikkituet auttavat potilasta siirtymisissä. Alkuvaiheen kuntoutuksessa AVH -potilailla kannattaa kuitenkin välttää tarttumisen apuvälineitä, koska he käyttävät niitä terveenpuolen raajoillaan liian voimakkaasti ja silloin halvaantunut puoli ei aktivoidu. Alkuvaiheessa kannattaakin ohjata potilas ottamaan halvaantuneen puolen kädestä kiinni. Varsinaisia liikkumisen apuvälineitä esimerkiksi rollaattoria ja fordia voi hyödyntää seisomaan nousussa ja siirtymisessä pyörätuoliin. Liikuteltavaa nostolaitetta tai kattonosturia on hyvä käyttää alkuvaiheessa, jos potilas ei itse kykene auttamaan siirroissa. (Tamminen – Peter ym., 2007, 46.)

Hoitajan käyntiasento

Kuva1.



1. Käyntiasento. Polvet ja lonkat hieman koukussa.

Kuva 2.



2. Painonsiirto eteen.

Kuva 3.



3. Painonsiirto taakse.

Istumaan nousun ohjaaminen vuoteessa

Kuva 1



1. Ohjaa kuntoutujaa ottamaan halvaantuneen puolen kädestä kiinni ja laittamaan jalat koukkuun.

Kuva 2



2. Ohjaa kuntoutuja kyljelle. Kyljellä ollessa kehota irrottamaan halvaantuneesta kädestä.

Kuva 3



3. Ohjaa kuntoutuja siirtämään jalat sängyn reunan yli, tarvittaessa avusta siirtämisessä.

Kuva 4



4. Ohjaa kuntoutuja asettamaan terve käsi kämmen edellä noin rintojen kohdalle eteen ja ohjaa kohottamaan itseään.

Kuva 5



5. Ohjaa tukeutumaan halvaantuneen puolen kyynärpään ja ohjaa siirtämään terve käsi noin navan kohdalle. Ohjaa kohottamaan itsensä istumaan. Avusta tarvittaessa

Kuva 6



6. Ohjaa hakemaan istuma tasapaino

Potilaan siirtyminen vuoteesta pyörätuoliin liukulevyä hyväksi käyttäen halvaantuneen puolen kautta

Kehota kuntoutujaa ottamaan halvaantuneesta kädestä kiinni ja kerro mitä olet tekemässä.

Kuva 1



1. Ohjaa potilaan painonsiirto terveelle puolelle.

Kuva 2



2. Laita liukulauta halvaantuneen puolen pakaran alle.

Kuva 3



3. Liu'uta kuntoutuja vaiheittain pyörätuoliin kuvat 3, 4 ja 5.

Kuva 4



4. sekä korjaa kuntoutujan jalkojen asentoa tarvittaessa.

Kuva 5



Kuva 6



5. Pyydä kuntoutujaa kumartumaan eteenpäin ja pyydä häntä nojaamaan eteen, tue kuntoutujaa tarvittaessa. Pyydä kuntoutujaa ponnistamaan pyörätuolissa taaksepäin. Voit hieman avustaa tukemalla halvaantuneen puolen polvea ja keventää kuvan esittämällä tavalla.

Potilaan siirtyminen pyörätuoliin terveen puolen kautta

Kuva 1



1. Ohjaa kuntoutuja ottamaan pyörätuolista kiinni, tue halvaantunut jalka omilla jaloillasi.

Kuva 2



2. Ohjaa kuntoutuja nousemaan ylös. Avusta tarpeen vaatiessa ylös nousussa. Seistessä ohjaa ottamaan askelia.

Kuva 3



3. Tue halvaantunutta puolta kuntoutujan istuessa pyörätuoliin. Tue polvesta ja tarvittaessa pakarasta.

Kuva 4



4. Ohjaa kuntoutuja korjaamaan istuma-asento pyörätuolissa ja laske pyörätuolinkäsinoja alas.

Hyödyllisiä linkkejä:

Käsin tehtävät nostot ja siirrot työssä

http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/erg_tiedonlahteet/Documents/kasintehtavat_nostot_ja_siirrot.pdf

Ohjaa aktivoiden - Opas hemiplegia-potilaan siirtymisten ohjauksista

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2806/Ikonen_Heidi.pdf?sequence=1

Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen - Opettajan käsikirja

<http://pre20090115.stm.fi/e11175681436176/passthru.pdf>

Lähteet

Aivoliitto. 2012. Aivoverenkiertohäiriö.

http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/aivoverenkiertohairio

Hantikainen, 2013. Kinestetiikka info. Suomen Kinestetiikka yhdistys Ry.

http://www.kinestetiikka.fi/esitykset/Kinestetiikkainfo_Diat_2009.pdf

Henriksson, A. 2010. Potilassiirtojen Ergonomiakortti -koulutuksen vaikutukset potilaan siirtymisen avustamiseen hoitajien kokemana. Itä-Suomen yliopisto.

http://www.uef.fi/c/document_library/get_file?uuid=d88ba981-e928-4ac2-b05d-0a4d0a869e26&groupId=24084&p_1_id=2297269

HYKS. Neurologian klinikka. 2013. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan seuranta-
takansio.

Ikonen, H., Rautio, H. 2009. Ohjaa aktivoiden – opas hemiplegia-potilaan siirtymisten ohjauksista. Metropolia ammattikorkeakoulu. Fysioterapian koulutusohjelma.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2806/Ikonen_Heidi.pdf?sequence=1

Rantsi, H. & Hämäläinen, K. 2006. PAST-toiminta (potilaan avustus- ja siirtotavat) Oulun yliopistollisessa sairaalassa – loppuraportti. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2006. Oulu.

http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16309_1_2006.pdf

Tamminen-Peter, L., Eloranta, M., Kiviranta, M., Mämmelä, E., Salokoski, I., Ylikangas, A. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:6. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Opettajan käsikirja.

<http://pre20090115.stm.fi/el1175681436176/passthru.pdf>

TAYS. Neurologian ja kuntoutuksen vastuualue. 2007. Aivoverenkiertopotilaan ohjaus. Ohje nro AVH.07.07.

Terveyskirjasto.Duodecim.2013.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001
&p_haku=aivoverenkiert*](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001&p_haku=aivoverenkiert*)

Tuominen, P. 2010. Työergonomian ohjauksen vaikutuksia vanhainkodin hoitohenkilökunnan työtapoihin ja koettuun kuormitukseen. Itä-Suomen yliopisto.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100089/urn_nbn_fi_uef-20100089.pdf

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012. Luettu 18.2.2013

<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2813/5064/>