



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Ergonomiset potilassiirrot-koulutuskokonaisuus sairaanhoitajaopiskelijoille

Hämäläinen, Heidi Maarit

2017 Laurea





LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Ergonomiset potilassiirrot-koulutuskokonaisuus sairaanhoitajaopiskelijoille

Hämäläinen, Heidi Maarit
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2017

Heidi Maarit Hämäläinen

Ergonomiset potilassiirrot-koulutuskokonaisuus sairaanhoitajaopiskelijoille

Vuosi	2017	Sivumäärä	60
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää ergonomian opetusta hoitotyön oppimisympäristössä Laurea-ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa potilassiirtoergonomiakoulutus ensimmäisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoille.

Teoriaperustassa käsiteltiin muun muassa ergonomiaa, ergonomisia potilassiirtoja ja ergonomian opetusta. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jossa hyödynnettiin laadullista tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin palautekyselylomaketta, johon pyydettiin vastausta 15 opiskelijalta.

Opinnäytetyön tuotoksena tehtiin kuvasarja ergonomisista työasennoista, potilassiirroista ja apuvälineistä hoitotyön oppimisympäristöön postereiden muodossa. Postereiden tarkoituksena oli selkeyttää ergonomian oppimista ja mahdollistaa aiheen itseopiskelun. Postereita tehtiin yhteensä 15 kappaletta ja niitä käytettiin potilassiirtoergonomiakoulutuksessa yhtenä opetusmenetelmänä. Potilassiirtoergonomiakoulutukseen tehtiin lisäksi luentomateriaali tämän opinnäytetyön teoriaperustan pohjalta.

Palautekyselylomakkeiden tulosten perusteella potilassiirtoergonomiakoulutus koettiin erittäin hyödyllisenä opiskelijoiden näkökulmasta. Potilassiirtoergonomiakoulutus toi opiskelijoille paljon uutta tietoa siirtomenetelmistä, apuvälineistä ja ergonomian tärkeydestä hoitotyössä. Suurimmalle osalle opiskelijoista koulutuksessa opetetut asiat olivat kokonaan uusia ja vain pienelle osalle opiskelijoista kertausta, mutta hekin kokivat kertausten olleen hyödyllisiä. Potilassiirtoergonomiakoulutus koettiin kaikin puolin onnistuneeksi kokonaisuudeksi, jatkossa ergonomian opetukseen toivotaan lisäksi potilasnostimen käytännön harjoittelua, jota ei ollut tässä koulutuksessa mahdollista toteuttaa.

Avainsanat: ergonomia, siirtotaito, potilassiirto, opettaminen

Heidi Hämäläinen

Education of ergonomic patient transfers to the nursing students

Year	2017	Pages	60
------	------	-------	----

The aim of this thesis was to develop ergonomics education in nursing learning environment in Laurea university of Applied Sciences. The purpose of this thesis was to plan and put into practise education of patient ergonomics for the first-year nursing students. The theoretical framework deals with ergonomics, ergonomic patient transfers and ergonomics education. The theoretical framework consists of researched and current knowledges about the ergonomics. The thesis was realized as a functional thesis where qualitative research method was utilized. The material collation method was a feedback questionnaire which was given to fifteen students.

The outcome of the thesis was a series of the pictures about ergonomics working positions, patient transfers and aids to the nursing environment in the form of posters. The purpose of the posters was to clarify ergonomics learning and make possible self-study of the subject. A total of 15 posters were made and used as one teaching method in the education of the patient ergonomics. In addition, a lecture material was made on the basis of the theoretical basis of this thesis.

According to the feedback, the patient ergonomics education was found very useful from the students' perspective. The patient ergonomics education brought lots of new information about the transfer methods, aids and the importance of ergonomics in nursing to the students. For most of the students the topics that were taught in the education were completely new and only for small part of the students the topics were refreshed but they found it useful. Overall the patient ergonomics education was found a successful entity. In the future, the students wished for the addition of patient elevator practical training which was not possible to realize in this education.

Keywords: Ergonomics, transfer skills, patient transfer, teaching

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	7
3	Opinnäytetyön tietoperusta ja keskeiset käsitteet	7
3.1	Opinnäytetyön toteutusympäristö.....	7
3.2	Ergonomiaan liittyvä lainsäädäntö	8
3.3	Fyysinen kuormittavuus hoitotyössä	8
3.4	Ergonomia	9
3.5	Ergonomia potilaan siirtymisen avustamisessa.....	10
3.5.1	Nostotekniikat	11
3.5.2	Siirtotaito.....	12
3.5.3	Potilaan siirrot eri tilanteissa	14
3.5.4	Apuvälineet potilassiirroissa.....	16
3.5.5	Potilaan toimintakyvyn arviointi.....	19
3.5.6	Potilaan aktivointi ja tasavertainen vuorovaikutus	20
3.5.7	Luonnolliset liikemallit	21
3.5.8	Erityisryhmien avustaminen	22
3.5.9	Yhteenvedo avustamisen periaatteista	23
3.6	Ergonomian opettaminen ja ohjaus.....	24
4	Opinnäytetyön menetelmät	27
4.1	Tutkimuksen kohderyhmä	27
4.2	Potilassiirtoergonomiakoulutus	27
4.3	Kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä	29
4.4	Aineiston analysointi.....	31
4.5	Tulokset.....	32
5	Pohdinta	35
6	Eettisyydestä ja luotettavuudesta	35
	Lähteet	38
	Liitteet	42

1 Johdanto

Hoitotyö on niin psyykkisesti kuin fyysisestikin kuormittavaa. Hoitoalalla erilaiset tuki- ja liikuntaelinsairaudet, kuten vihlova kipu, jomotus, jäykkyys ja väsymys ovat yleisiä. Hoitotyössä potilaiden siirtymisen avustaminen, usein toistuva kumartuminen sekä runsas kävely lisäävät oireita, sekä oireiden vaikeusastetta. Mikäli hoitaja joutuu esimerkiksi ponnistamaan odotta-mattaan kaikin voimin potilasta avustaessaan, voi hoitajan tuki- ja liikuntaelimistö vaurioitua pitkäaikaisesti tai jopa pysyvästi. Myös hoitajan vähäisempi ylikuormittuminen, joka on pitkään jatkuvaa, voi johtaa kudosten tilapäiseen tai pitkäaikaiseen vaurioitumiseen, mikä puolestaan johtaa oireiluun. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 11; Tamminen-Peter & Moilanen & Fagerström 2011, 7.)

Potilaiden avustaminen päivittäisissä toimissa on oleellinen osa hoitotyötä. Hoitajien kuormitukseen ja hoidon laatuun vaikuttaa avustamisen tapa. Potilaan siirtymiseen kehitetyt menetelmät ja laitteet ovat kehittyneet vuosien varrella, mutta ne eivät tarjoa ratkaisua joka tilanteeseen. Hoitohenkilökunnan kouluttamisessa huomioidaan liian vähän työn fyysisyyttä. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 11-13.)

Suomessa työn poissaolot johtuvat pääsääntöisesti tuki- ja liikuntaelinten sairauksista ja vaivoista, jotka ovat peräisin huonosta ergonomiasta. (Hänninen, Koskelo, Kankaanpää & Airaksinen 2005, 12-15.) Huono ergonomia voi olla syynä työolosuhteiden tai työvälineiden aiheuttamiin vammoihin tai muihin terveysongelmiin huonon laitteen tai välineen käytettävyyden vuoksi. (Hänninen, Koskelo, Kankaanpää & Airaksinen 2005, 18.) Mikäli tuki- ja liikuntaelinten vaivoista tai sairauksista kärsivien työntekijöiden itsenäistä selviytymistä tuetaan, työntekijöiden elämänlaatu paranee, jolloin myös työpaikka saavuttaa huomattavia säästöjä. Työntekijän ja työnantajan tärkein voimavara on työntekijän terveys. (Hänninen, Koskelo, Kankaanpää & Airaksinen 2005, 12-15.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli sairaanhoitajaopiskelijoiden ergonomiaopetuksen kehittäminen. Potilassiirtoergonomiakoulutus ja hoitotyön oppimisympäristöön tehtiin kuvasarja ergonomisista työasennoista, potilassiirroista ja apuvälineistä, jonka tarkoituksena oli selkeyttää ergonomian oppimista sekä mahdollistaa aiheen itseopiskelun. Ergonomiaopetuksen tavoitteena on, että opiskelija omaksuu ergonomisen työskentelyn periaatteet hoitotyössä. (Laurea-ammattikorkeakoulu 2017.) Potilassiirtoergonomiakoulutus järjestettiin ensimmäisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoille Laurea-ammattikorkeakoulussa maaliskuussa 2017.

2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää ergonomian opetusta Laurea-ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa potilassiirtoergonomiakoulutus ensimmäisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoille maaliskuussa 2017. Tarkoituksena oli laatia kuvasarja ergonomisista työasennoista, potilassiirroista ja apuvälineistä postereiden muodossa.

Tämän opinnäytetyön toimeksiantaja on Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön tarve on lähtöisin opinnäytetyön toimeksiantajan ja ohjaajan kokemasta tarpeesta. Opinnäytetyön aiheen valinta ja idea syntyivät koulun ehdotuksesta. Kiinnostus aiheeseen syntyi opinnäytetyön tekijän omista havainnoista sairaanhoitajakoulutuksen aikana ja kokemuksista työelämässä, sekä halusta tehdä työ josta olisi hyötyä myös omalla tulevalla työuralla hoitotyössä.

3 Opinnäytetyön tietoperusta ja keskeiset käsitteet

Tämän opinnäytetyön teoriaperustassa käsitellään ergonomiaa, ergonomisia potilassiirtoja ja ergonomian opettamista. Opinnäytetyön teoriaperustaa etsittiin kirjallisuus- ja artikkelihauun avulla erilaisista tietokannoista kuten PubMed, CINAHL, Medic, Cochrane ja Ebscohost käyttäen hakusanoja ja hakusanapareja kuten "ergonomia", "ergonomic" ja "ergonomia hoitotyö." Aineistoa haettiin suomeksi ja englanniksi ja sitä haettiin myös manuaalisesti. Lisäksi aineistona käytettiin Suomen lainsäädäntöä, Sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tuottamaa materiaalia.

3.1 Opinnäytetyön toteutusympäristö

Tässä opinnäytetyössä kehitettiin ergonomiaopetusta hoitotyön oppimisympäristössä Laurea-ammattikorkeakoulussa. Hoitotyön oppimisympäristö on sairaanhoitajaopiskelijoille tarkoitettu tila, jossa yhdistyy virtuaali-, projekti- ja simulaatioympäristö. Hoitotyön oppimisympäristössä opiskelijan on mahdollista kehittää potilaan hoitamisen taitoja toden tuntuksessa ympäristössä. Virtuaali- ja laboraatioympäristö mahdollistavat paikkaan ja aikaan sitomattoman opiskelun. Projektiympäristössä opiskelijan osaaminen kehittyy alueen erilaisissa hyvinvoinnin ja terveyden projekteissa ja hankkeissa toimimalla yrittäjämäisesti. (Laurea-ammattikorkeakoulu 2016.)

Hoitotyön oppimisympäristön muunneltavat ja väljät tilat sopivat hyvin myös opiskelijoiden omien projektien, kuten opinnäytetyön toteuttamiseen. (Laurea-ammattikorkeakoulu 2016; Projekti-instituutti 2016.) Simulaatioympäristössä voidaan jäljitellä ja harjoitella erilaisia tosielämän toimintoja ja tapahtumia käytännössä, kuten potilaan siirtymisen ergonomista avustamista tai apuvälineiden hyödyntämistä hoitotyössä. (Laurea-ammattikorkeakoulu 2016.)

3.2 Ergonomiaan liittyvä lainsäädäntö

Suomessa hoitotyön ergonomiaa säätelee työturvallisuuslaki. Työturvallisuuslain (2002/738) tarkoituksena on parantaa työolosuhteita ja työympäristöä työntekijöiden työkyvyn ylläpitämiseksi ja turvaamiseksi sekä torjua ja ennaltaehkäistä ammattitauteja, työtapaturmia ja muita työympäristöstä ja työstä johtuvia työntekijöiden henkisen ja fyysisen terveyden haittoja. Työturvallisuuslain mukaan työnantajalla on huolehtimisvelvollisuus, joka velvoittaa työnantajan huolehtimaan työntekijöiden terveydestä ja turvallisuudesta työssä. Työnantajan on hankittava työntekijöiden käyttöön apuvälineet silloin, kun työolosuhteet tai työn luonne sitä edellyttävät ja se on välttämätöntä sairastumisen tai vaaran välttämiseksi. (Finlex 2012.)

Työturvallisuuslain (2002/738) mukaan työympäristön rakenteet ja työympäristössä käytettävät työvälineet on sijoitettava, mitoitettava ja valittava työntekijöiden edellytykset ja työn luonne huomioon ottaen asianmukaisella tavalla ergonomisesti. Niiden tulee olla järjestettävissä ja säädettävissä mahdollisuuksien mukaan ja niiden tulee olla käyttöominaisuuksiltaan sellaisia, että työ voidaan tehdä aiheuttamatta työntekijän terveydelle vaarallista tai haitallista kuormitusta. Lisäksi on otettava huomioon, että työntekijällä tulee olla mahdollisuus vaihtaa asentoa ja riittävästi tilaa työn tekemiseen. Tarpeen mukaan työtä kevennetään apuvälinein ja terveydelle haitalliset käsin tehtävät siirrot ja nostot tehdään mahdollisimman turvallisiksi. Toistorasituksen tulee olla mahdollisimman vähäinen ja jos mahdollista toistorasituksen haitta tulee välttää kokonaan. (Finlex 2012.)

3.3 Fyysinen kuormittavuus hoitotyössä

Oleellinen osa hoitotyötä on potilaiden avustaminen heidän päivittäisissä toimissaan. Hoitajien kuormitukseen ja hoidon laatuun vaikuttaa avustamisen tapa. Potilaan siirtymisen avustamiseen käytettävät menetelmät ja laitteet ovat kehittyneet vuosien varrella, mutta ne eivät tarjoa ratkaisua joka tilanteeseen. Hoitohenkilökunnan kouluttamisessa käytetään liian vähän huomiota työn fyysisyyteen. Hoitajien työ on niin psyykkisesti kuin fyysisestikin kuorittavaa. Hoitoalalla erilaiset tuki- ja liikuntaelinsairaudet, kuten vihlova kipu, jomotus, jäykkyys ja väsymys ovat yleisiä. Hoitotyössä potilaiden siirtymisen avustaminen, usein toistuva kumartuminen ja runsas kävely lisäävät oireiden vaikeusastetta ja niiden lisääntymistä. Mikäli hoitaja joutuu esimerkiksi ponnistamaan odottamattaan kaikin voimin potilasta avustaessaan, voi hoitajan tuki- ja liikuntaelimistö vaurioitua pitkäaikaisesti tai jopa pysyvästi. Myös hoitajan vähäisempi ylikuormittuminen, joka on pitkään jatkuvaa, voi johtaa kudosten tilapäiseen tai pitkäaikaiseen vaurioitumiseen, mikä puolestaan johtaa oireiluun. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 11-13.)

Hoitotyön kuormittavuus riippuu myös potilaan omasta liikuntakyvystä ja aktiivisuudesta. Passiivisen potilaan nostamisessa tarvitaan voimaa, mutta liikkumisen avustamisessa tarvitaan enemmän taitoa, kuin voimaa. Hoitohenkilökunnan on tiedettävä miten ihminen liikkuu normaalisti ja mitä rajoituksia erilaiset sairaudet tuovat potilaan liikkumiseen. Avustamisen tulee olla sanallista aktivointia ja ohjaamista ja raskaat nostot tulee tehdä nostimella. Nostettavien taakkojen painolle ei ole asetettu mitään yksiselitteistä painorajaa, sillä tuki- ja liikuntaelimistön kuormittuminen määräytyy taakan muodosta ja painosta, nostoasennosta sekä nostotiheydestä. Kuormittumiseen vaikuttaa lisäksi nostajan oma kunto, koko sekä kehonhallinta. Hoitohenkilökunnan tulee osata hallita oman kehonsa liikkeitä, eli toisin sanoen olla läsnä omassa kehossaan työskentelyn aikana sekä ylläpitää hyvää fyysistä kuntoa. (Tamminen-Peter & Eloranta & Kiviranta & Mämmelä & Salokoski & Ylikangas 2007, 24; Tamminen-Peter & Wikström 2013, 53-55.)

3.4 Ergonomia

Ergonomia koostuu kahdesta kreikankielisestä sanasta nomos (lait) ja ergo (työ). (Suomen ergonomiayhdistys 2000.) Lähestulkoon kaikki toimintamme tapahtuu tekniikalla rakennetussa ympäristössä teknisten laitteiden turvin. Jotta toiminta olisi sujuvaa, tehokasta ja turvallista, tekniikka tulee suunnitella ihmisen ominaisuuksien mukaisesti. Ergonomian tehtävänä on tutkia ihmistä tekniikan käyttäjänä ja työntekijänä sekä auttaa kehittäjiä ja suunnittelijoita luomaan entistä parempia toimintaympäristöjä. Kun toimintaympäristö on ihmiselle sopiva, työntekijä pystyy hyödyntämään omia taitojaan parhaalla mahdollisella tavalla hyvän tuloksen saamiseksi ja myös työ itsessään on sujuvaa. Hyvän toimintaympäristön luomiseen tarvitaan tietoa ihmisen toiminnasta ja rakenteesta. (Launis & Lehtelä 2011, 17-18.)

Ergonomialla pyritään takaamaan toiminnan sujuvuus ja tehokkuus, ihmisen turvallisuus sekä edistämään ja ylläpitämään ammatillista osaamista, hyvinvointia ja terveyttä. (Työterveyslaitos 2009.) Ergonomia on käytännön toimintaa soveltava tutkimusalue sekä ajattelutapa, joka ilmenee suunnittelun ohjeina ja periaatteina, kehittämistapoina ja suunnittelumenetelminä. Ergonomian tarkoituksena on muokata ympäristöt, työjärjestelyt, työtehtävät, laitteet ja järjestelmät käyttäjilleen sopiviksi. Ergonomia on toiminnan ja tekniikan sovittamista ihmisille, jonka tarkoituksena on edistää ja ylläpitää ammatillista osaamista ja terveyttä. (Launis & Lehtelä 2011, 19; Hänninen, Koskelo, Kankaanpää & Airaksinen 2005, 12-15.)

Huono ergonomia voi olla syynä työolosuhteiden tai työvälineiden aiheuttamiin vammoihin tai muihin terveysongelmiin huonon laitteen tai välineen käytettävyyden vuoksi. Suomessa työn poissaolot johtuvat pääsääntöisesti tuki- ja liikuntaelin sairauksista ja vaivoista, jotka ovat peräisin huonosta ergonomiasta. Mikäli tuki- ja liikuntaelin vaivoista tai sairauksista kärsivien työntekijöiden itsenäistä selviytymistä tuetaan, työntekijöiden elämänlaatu paranee, jolloin

myös työpaikka saavuttaa huomattavia säästöjä. Mikäli työpaikan poissaolot johtuva pääosin huonosta ergonomiasta, työpaikan ergonomian tarkastus on paikallaan. Kiputiloilla, johtuivat ne sitten huonosta ergonomiasta tai muusta vaivasta, on tapana pitkittyä, joka heikentää työn tuloksellisuutta pitkällä tähtäimellä. Työntekijän ja työnantajan tärkein voimavara on työntekijän terveys, eikä huonoa ergonomiaa voida korvata lääkehoidolla. Selkäsärky on yleisin huonosta ergonomiasta johtuva kipu- ja särkytila toimistotyötä tekevien keskuudessa. Työnantajalle on edullisempaa panostaa hyvään ergonomiaan työpaikalla, kuin kustantaa työntekijöiden huonosta ergonomiasta aiheutuvia sairauspoissaoloja. Jokaisen kannattaa panostaa hyvään ergonomiaan niin inhimillisistä, kuin taloudellisistakin syistä. (Hänninen ym. 2005, 12-18.)

3.5 Ergonomia potilaan siirtymisen avustamisessa

Käsin tehtävät siirrot ja nostot ja potilaan liikkumisen avustaminen ovat hoitotyön fyysisesti raskaimpia työtehtäviä. Käsin tehtävällä siirtämisellä tarkoitetaan taakan siirtämistä lihasvoimalla rullaten, kantaen, vetäen, työntäen, laskien tai nostaen. Peruseriaatteena on välttää pitkäaikaista työskentelyä huonossa asennossa ja välttää potilaan nostamista käsivoimin. (Työterveyslaitos 2015.)

Kuormittavuus nostamisessa ei määräydy ainoastaan nostettavan painon mukaan, vaan siihen vaikuttavat monet muutkin tekijät, joista yksi tärkeimpiä on nostajan asento. Nostajan lannerangan tulee olla nostamisen aikana suorassa tai ainakin suurin piirtein suorassa. Tällöin nikamien välilevyihin kohdistuva paine jakautuu tasaisesti, jolloin selkärankaa ympäröivät lihakset ja siteet tukevat selkärankaa hyvin. Mikäli välilevyt painautuvat kasaan huonon nostoasennon seurauksena, selän kuormituskesto heikkenee, joka puolestaan altistaa välilevyjen säikeeroksia repeytymään. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 13-15.) Myös työympäristöllä on suuri vaikutus hoitohenkilökunnan kuormittumiseen, sillä etenkin wc-tilat ja potilashuoneet ovat usein liian ahtaita. (Rantsi 2005, 17.)

Suurena turvallisuusriskinä hoitohenkilökunnalle ja heidän tuki- ja liikuntaelimistölleen ovat epäergonomisesti tehdyt potilassiirrot. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 23.) Keskeisiä selkävaikeiden riskitekijöitä ovat selän kiertyneet ja kumarat asennot. Hoitajien työssä on paljon huonoja työasentoja, sillä ergonomisesti säädeltäviä kalusteita ja potilasvuoteita ei ole riittävästi käytössä. Myös työympäristön ahtaus on useissa paikoissa ongelma, etenkin potilashuoneissa ja hygieniatiloissa. Työympäristön ergonomialla on kuitenkin suuri vaikutus siihen, kuinka ergonomisesti ja turvallisesti hoitajat voivat työskennellä. (Tamminen-Peter & Eloranta & Kivivirta & Mämmelä & Salokoski & ylikangas 2007, 21.)

Hoitajien selkäkipu voi aiheutua ainoastaan pelkästä asentokuormituksesta. Ja kun potilaiden avustaminen yhdistetään asentokuormitukseen, kudosten vaurioitumisen riski kasvaa. Etenkin,

jos hoitaja joutuu nostamaan raskasta taakkaa, ennen kudosten toipumisesta edellisestä nostosta ja kuormittavasta työtaakasta. Hoitajia kuormittavimpia työvaihteita ovat hoidettavan siirtymisen avustaminen ylemmäs vuoteessa, punnitseminen, siirtymisen avustaminen tuolista pyörätuoliin, siirtymisen avustaminen vuoteesta pyörätuoliin ja pyörätuolista vuoteeseen ja siirtymisen avustaminen wc-istuimelta pyörätuoliin ja pyörätuolista wc-istuimelle. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 15; Tuohino 2013.)

Tamminen-Peterin ja Wikströmin mukaan etenkin kirurgian, sisätautien, ortopedian ja neurologian osastoilla tapahtuu työtapaturmia, jotka kohdistuvat selkään. Selkävaivat kehittyvät vähitellen, jos selän kudokset kuormittuvat viikosta ja kuukaudesta toiseen, mikäli selällä ei ole mahdollisuutta toipua välillä. Jos fyysinen kuormittavuus on pitkäkestoista ja kuormitustekijöitä on useita samanaikaisesti, selkävaivojen riski kasvaa. Siksi on ensiarvoisen tärkeää, että hoitohenkilökunta pitää työpäivän aikana tauot, jotka on sovittu työehtosopimuksessa. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 17.)

Keskeisiä hartia- ja niskavaivojen riskitekijöitä ovat hartia- ja niskaseudun nivelsiteiden ja lihasten ylikuormittuminen raskaan taakan toistuvan käsittelyn, niskan etukumaran tai olkavarren kohoasentojen seurauksena. Vuodepotilaiden kääntäminen vuodesuojan tai poikkilakanan avulla sekä vuodepotilaiden siirtäminen ja nostaminen vaakatasossa kuormittaa yläraajoja ja hartioita paljon, jos toiminta ei tapahdu ergonomisesti. Niskan ja hartioiden yllärasitustiloja ei voida korvata jälkikäteen. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 20-21.)

3.5.1 Nostotekniikat

Hoitoalalla on pitkät perinteet potilaiden nostamisella. Hyvissäkään olosuhteissa kahden hoitajan ei pitäisi nostaa enempää, kuin 50 kilogrammaa. Tavoitteena on, että käsillä nostaminen loppuisi lähestulkoon kokonaan ja nostamisen apuvälineenä käytettäisiin potilasnostimia. Käsillä saa nostaa vain osaa potilaan painosta, ei koko potilasta. Nostamisen sijaan potilasta tulee siirtää, liu`uttaa tai rullata. Siirtämisessä tulee käyttää potilasnostinta niillä potilailla, jotka eivät kykene tukeutumaan omiin jalkoihinsa. Potilaan nostaminen passivoi potilasta, on raskasta hoitohenkilökunnalle, altistaa hoitohenkilökuntaa tapaturmille, ei huomioi ihmiselle luontaisia liikemalleja sekä altistaa hoitajan huonolle ergonomiselle työasennolle. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 58; Tuohino 2013.)

Potilasnostot ja potilaiden kantamiset koetaan kaikkein fyysisesti kuormittavimmiksi työvaiheiksi hoitotyössä. Monet perinteiset potilaiden nostotavat on todettu tutkimuksin ylikuormittaviksi. Nostotekniikat vaikeuttavat potilaiden omatoimisuutta ja ovat vaarallisia hoitohenkilökunnalle. On tiedossa, että näistä huolimatta vanhoja nostotapoja käytetään edelleen yleisesti

Suomessa. (Tamminen-Peter & Eloranta & Kiviranta & Mämmelä & Salokoski & Ylikangas 2007, 17; Tamminen-Peter & Wikström, 58-59.)

On hyvin yleistä, että hoitaja tai kaksi hoitajaa nostavat potilasta kainaloiden alta. Tätä nostotekniikkaa kutsutaan laahaavaksi nostoksi ja se on todettu Englannissa jo 1980-luvulla potilaalle kivuliaaksi, hoitajalle vaaralliseksi sekä yleisesti tehottomaksi. Laahaava nosto on potilaalle niinkin epämiellyttävä, että se saattaa mahdollisesti herättää potilaassa kostonhalua, joka voi ilmetä vastustamisena tai nipistelynä. (Tamminen-Peter & Eloranta & Kiviranta & Mämmelä & Salokoski & Ylikangas 2007, 18; Tamminen-Peter & Wikström 2013, 59.)

Yleisin yksinnostotapa on potilaan edestä avustaminen, jolloin hoitaja tukee omilla jaloillaan potilaan polvia. Potilas voi tarttua hoitajaa vyöstä, vyötäröstä, hartioista, niskasta tai ulkopuolisesta tuesta, jolloin täysin liikuntakykyisenkin ihmisen on mahdotonta nousta seisomaan istumasta, ilman että vetää käsillään itsensä ylös. Tällöin luonnollinen seisomaan nousemisen malli ei pääse toteutumaan, sillä hoitaja estää potilaan kallistumisen eteenpäin seistessään potilaan edessä. (Tamminen-Peter & Eloranta & Kiviranta & Mämmelä & Salokoski & Ylikangas 2007, 18; Tamminen-Peter 2013, 59-60.)

Ortodoksisella nostotekniikalla tarkoitetaan perinteistä nostotekniikkaa, jossa potilasta nostetaan esimerkiksi sängyssä ylöspäin ilman apuvälineitä. Ortodoksista nostotekniikkaa ei tule käyttää hoitotyössä, sillä se rikkoo kaikki turvallisen noston säännöt. Ortodoksisessa nostotekniikassa selän kuormitus on suuri ja Suomessa tätä nostotekniikkaa käytetäänkin nykyään harvoin. (Tamminen-Peter & Eloranta & Kiviranta & Mämmelä & Salokoski & Ylikangas 2007, 19; Tamminen-Peter & Wikström 2013, 60.)

3.5.2 Siirtotaito

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan siirtotaidolla tarkoitetaan hoitajan kykyä tunnistaa potilaan voimavarat, joita hoitaja hyödyntää potilaan siirtymisessä niin, että potilas pääsee siirtymään mahdollisimman pienellä avustuksella miellyttävästi ja turvallisesti. Hoitaja itse työskentelee käyntiasennossa eli tasapainoisessa, hyvässä asennossa hyödyntäen avustusympäristöä ja siirron apuvälineitä tarkoituksenmukaisesti. Käyntiasento on se asento, missä pääsääntöisesti pitäisi työskennellä potilassiirtojen aikana. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2005; Työterveyslaitos 2015.)

Potilassiirtoihin tarkoitetuilla apuvälineillä ja koulutuksilla voidaan merkittävästi vähentää hoitajien kuormitusta. Potilassiirroissa käytettävät apuvälineet, aktivointikeinot ja avustustapa tulee valita omien voimavarojen, potilaan voimavarojen ja ympäristön perusteella. Ennen potilaan siirtymistä tulee varmistaa, että tilaa siirtymiseen on riittävästi ja että ympäristö on

tarpeeksi turvallinen siirtämiseen. Ennen siirtoa potilaalle tulee myös kertoa miten häntä aiotaan auttaa ja mitä hän itse tekee siirron aikana. Potilasta tulee aktivoida ja ohjata luonnollisten liikemallien mukaisesti, varmistaa potilaan alkuasento sekä yhdistää sanalliseen ohjaukseen liike ja kosketus tarpeen mukaan. Potilasta tulee avustaa vain sen verran, kuin potilas oikeasti tarvitsee. Potilaalle tulee antaa aikaa aktivoida omat lihaksensa ja antaa potilaan aloittaa liike. Potilaan tulee antaa tukeutua johonkin ulkoiseen tukeen, kuten rollaattoriin, jolloin potilas kokee siirtymisen turvalliseksi. Potilassiirron aikana liikettä tulee ohjata laajalla kämmenotteella selästä, lantiosta tai sieltä, mistä liike näyttää juuttuvan. Siirrossa tulee liikkua koko omaa kehoa käyttäen, liikkumalla potilaan mukana hyödyntäen liike-energiaa ja painonsiirtoa. Työskentelyn tulee tapahtua pääsääntöisesti potilaan sivulla niin, että oma selkä on suorana ja oma kehon paino on jaloilla, välttämällä kurkottelua ja kumartelua. Jos kuitenkin joutuu syystä tai toisesta työskentelemään lattiatasossa, on parempi kyykistyä, kuin kumarrella. (Tamminen-Peter & Eloranta & Kiviranta & Mämmelä & Salokoski & Ylikangas 2007, 42-43; Työterveyslaitos 2015.)

Suomessa eniten koulutetut siirtotekniikat pohjautuvat ruotsalaiseen Durewall-menetelmään sekä yhdysvaltalaiseen kinesteettiseen menetelmään. Molempien menetelmien avulla hoitajien mitattu ja koettu hoitotyön kuormitus vähenee. Myös potilaat ovat kokeneet kyseiset siirtotekniikat miellyttävimmiksi, kuin vanhanaikaiset siirtotekniikat. Kurt Durewall kehitti 1970-luvulla Ruotsissa Durewall-siirtomenetelmän, joka pohjautuu seuraavan laisiin periaatteisiin hoitotyössä: Potilasta tulee liu`uttaa, työntää tai vetää nostamisen sijaan aina kun mahdollista, potilaan nostamisessa tulee käyttää teknisiä apuvälineitä ja liu`uttamisessa siihen soveltuvia apuvälineitä. Avustettavaa tulee siirtää vain vähän kerrallaan ja avustamistilanteissa tulee välttää kumaria ja kiertyneitä asentoja. Avustajan tulee työskennellä käyntiasennossa mahdollisimman lähellä avustettavaa käsivarret ja selkä suorina, avustamalla mahdollisimman harmonisin ja rauhallisin liikkein, noudattaen ihmiselle luontaisia liikemalleja. Avustajan tulee liikkua avustettavan mukana ja siirtoon tarvittava voima aikaansaada painonsiirrolla. Avustettavaan tulee koskea liukuvilla, pehmeillä ja laajoilla kämmenotteilla vartalon alueelle kohdistuen, pyrkien vuorovaikutukseen avustettavan kanssa selkeällä ohjeistuksella, kasvot koko ajan avustettavaan päin. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 60-61.)

Frank Hatch ja Lenny Maietta kehittivät 1980-luvulla Yhdysvalloissa kinesteettisen menetelmän, jonka tavoitteena on vähentää hoitohenkilökunnan fyysistä kuormitusta hoitotyössä sekä lisätä hoitajan ja potilaan liikkumista, sekä potilaan omatoimisuutta. Kinesteettisellä menetelmällä tarkoitetaan voimavaralähtöistä liikemallia, joka pohjautuu ihmisen kunnioittavaan kohtaamiseen ja ihmisen aistitoimintojen ja luontaisten liikemallien ymmärtämiseen sekä niiden merkitykseen oppimisen kannalta. Kinesteettinen menetelmä perustuu ergonomiatutkimuksen ja käyttäytymistieteiden tuottamaan tietoon ihmisen liikkumisesta. Ihmisen kaikki toiminnot ovat liikkumista. Ilman liikkumista ihminen ei pysty havaitsemaan ja reagoimaan ärsykeitä,

eikä myöskään hahmottamaan ympäristöään ja itseään, jonka seurauksena ihminen ei kykene ymmärtämään miten oman kehon osat toimivat ja miten ne ovat yhteydessä toisiinsa. Tällöin ihmisellä on rajoittunut kyky osallistua aktiivisesti toimintaansa, jonka seurauksena ihmisestä tulee helposti passiivinen siirrettävä, jota on vaikea kuntouttaa. (Kinestetiikka 2016; Tamminen-Peter & Wikström 2013, 62.)

Kinesteettinen menetelmä perustuu optimaaliseen ihmisen jäljellä olevien voimavarojen hyödyntämiseen häntä avustaessa ja tuettaessa, jolloin samalla tuetaan ihmisen itsekontrollin säilymistä. Erityistä huomiota kiinnitetään ympäristön ja luuston tukipintojen hyväksikäyttöön painonsiirroissa. Luuston tehtävänä on kannatella kehon painoa, luovuttaen se tukipinnoille. Lihakset vapautuvat liikkumaan, kun ne eivät kannattele painoa. Kehon paino jakautuu ylävartaloon, päähän, ala- ja yläraajoihin ja lantioon ja ne yhdistyvät kehon liikekohdissa. Liikekohtia ovat olkanivelet, kaula, lonkkanivelet ja vyötärö. Liikekohtiin ei pidä tarttua avustamisessa, sillä se rajoittaa ihmisen kykyä siirtää kehonpainoa osalta toiselle, sekä liikekohtien vapaata liikkumista. (Kinestetiikka 2016; Tamminen-Peter & Wikström 2013, 62.)

Muita kehitettyjä siirtomenetelmiä ovat Lunde-menetelmä ja Bobath-menetelmä. Per Halvor Lunden kehitti vuonna 1997 Norjassa siirtotekniikan, Lunde-menetelmän, jonka periaatteet ovat lähes samanlaiset, kuin Durewall-menetelmässäkin. Lunde-menetelmän periaatteita ovat siirtotapahtuman suunnittelu etukäteen, avustettavan siirtäminen vaiheittain käyttämällä siirtymisen avustamiseen yksinkertaisia apuvälineitä, käyttämällä hyväksi potilaan jäljellä olevia toimintoja ja noudattamalla ihmiselle luontaisia liikemalleja. Bobath-menetelmä on aivohalvauksen- ja aivovauriopotilaille kehitetty fysioterapeuttinen terapiamenetelmä ja neurologisen kuntoutuksen lähestymistapa, jonka tavoitteena on neuvoa, mikä on paras keino ohjata potilasta siirtymään. Bobath-menetelmän hoito on 24 tunnin prosessi, jossa muu hoitohenkilökunta täydentää fysioterapeuttien antamaa terapiaa potilaalle. Hoidolla tavoitellaan kehon toiminnallista tasapainoa. Harjoituksilla pyritään poistamaan potilaan väärin kehittämät liikemallit ja opettaa potilaalle ihmisten luontaisia liikemalleja. (Suomen NDT-yhdistys ry 2015; Tamminen-Peter & Wikström 2013, 63-64.)

3.5.3 Potilaan siirrot eri tilanteissa

Oli avustustilanne mikä tahansa, potilasta tulee kannustaa osallistumaan omaan siirtymiseensä. On kuitenkin oletettavaa, että vuodesiirroissa potilaalla on vain vähän voimia jäljellä. Hoitajan tulee osata valita sellainen avustustapa, jossa potilas pääsee käyttämään jäljellä olevia voimavarojaan siirtymisessä. Työ kevenee hoitajan poistaessa kitkaa potilaan jalkojen alta. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 86.)

Monet potilaat ovat tarraavia, koska pelkäävät seisomaan nousemista. Potilaalle tulee järjestää mahdollisuus tarttua johonkin tukeen, kuten hoitajalle asetettuun kävelyvyöhön, tukevan tuolin selkänojaan tai kävelytelineeseen. Potilaan alkuasento tulee tarkistaa ennen ylös nousemista. Potilaan tulee istua lähellä vuoteen reunaa, jolloin hänen painonsa siirtyy helposti jalkojen päälle hänen kallistuessaan eteenpäin. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 98.)

Ihmisen istuessa pidemmän aikaa istuma-asento muuttuu helposti epämukavaksi. Potilas korjaa istuma-asentoaan tuolissa sijoittamalla jalat tuolin etureunan alle polvien ollessa koukussa, kallistamalla samalla eteenpäin ja työntämällä lantiota taaksepäin. Toinen vaihtoehto on, että potilas ”kankkukävelee” tuolissaan taaksepäin, jolloin potilas pääsee takaisin mukavaan asentoon tuolissa. Näitä istuma-asennon korjaus malleja kannattaa soveltaa hoitotyössä, sillä nostamalla tehty asennon korjaus on todella kuormittavaa hoitohenkilökunnalle. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 108.)

Yksi kuormittavimmista hoitotyön työtehtävistä on potilaan avustaminen wc:ssä, etenkin jos potilas on paljon apua tarvitseva. Yleensä wc-tilat ovat ahtaita ja harvoin sopivia kaikille potilaille. Avustamisen tilantarve riippuu potilaan avustustavasta, toimintakyvystä ja siirtotaidosta. Avustustilanteet wc:ssä on suunniteltava huolellisesti. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 110.)

Ihmisen tulee hallita painoaan yhdellä jalalla toisen jalan ottaessa askeleen, jotta kävely voi onnistua. Voimien ehtyessä tasapaino järkkyy helposti, jolloin ihmisestä voi tulla pelokas. Tällöin kävelyn tueksi tarvitaan apuväline tai toinen ihminen avustamaan kävelyn onnistumista. On monta tapaa avustaa kävelyä. Hoitaja voi avustaa edestä, takaa tai sivulta. Riippuu potilaan terveydentilasta, mikä on potilaalle paras avustamisen tapa, joten eri tapoja kannattaa kokeilla. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 112.)

Etenkin vanhusten hoitolaitoksissa kaatumiset ovat hyvin tavallisia. Silloin, kun potilas on kaatunut, usein hätäännyttään, vaikka potilasta ei ole kiirettä saada ylös. Ennen lattialta ylös avustamista potilasta tulee rauhoitella esimerkiksi antamalla hänelle tyyny. Tämän jälkeen hoitajan tulee tutkia onko potilaalle tullut luunmurtumia ja suunnitella mikä on turvallinen keino saada potilas ylös lattialta. Kaatunut potilas tulee nostaa ylös lattialta käyttämällä potilasnostinta apuvälineenä. Mikäli potilasnostinta ei ole käytössä tai potilas pystyy liikkumaan, potilasta voidaan avustaa käsistä vetämällä tai ohjata häntä nousemaan ylös vaiheittain. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 113.)

3.5.4 Apuvälineet potilassiirroissa

Erilaiset apuvälineet ja tuet helpottavat hoitohenkilökunnan työtä ja potilaan liikkumista. Apuvälineiden käyttö vähentää hoitohenkilökunnan selkäsairauksien riskiä sekä parantaa hoitohenkilökunnan työasentoja. Apuvälineiden tarve määräytyy potilaan liikuntakyvyn mukaan. Mikäli hoitotyössä esiintyy käsin tehtäviä siirtoja tai nostoja, on työnantajan hankittava työntekijän käyttöön apuvälineitä sairastumisen ja tapaturmien vaaran varalta työturvallisuuslain (738/2002) mukaisesti. (Rantsi 2005, 16-17; Tamminen-Peter & Wikström 2013, 38-39, 50-51.) Kun potilaalta puuttuu syystä tai toisesta kävelyn vaatimat toimintakyvedellytykset, potilas tarvitsee apuvälineenä pyörätuolia. Syitä, jotka estävät potilaan normaalin kävelyn, voi olla monia. Pyörätuoleja on olemassa useita erilaisia malleja, joista valitaan sopivin potilaan tarpeiden mukaisesti. (Respecta 2017.)

Kun potilas tulee istumaan paikoillaan pidemmän aikaa, potilas voidaan avustaa istumaan geriatriseen hoivatuoliin pyörätuolin sijaan. Geriatriksen hoivatuolin istuinosa on kallistettavissa ja hoivatuoli voidaan säätää lepoasentoon. (Respecta 2017.)

Jotta kävely voi onnistua, potilaan tulee hallita painoansa yhdellä jalalla sillä aikaa, kun toinen jalka ottaa askeleen. Voimien ehtyessä tasapaino järkkyy helposti, jolloin potilaasta voi tulla pelokas. Tällöin potilas tarvitsee kävelyn tukemiseen toisen ihmisen tai apuvälineen, joka voi olla esimerkiksi kävelyteline tai rollaattori. Kävelyteline ja rollaattori helpottavat myös potilaan seisomaan nousua. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 99, 112.)

Liukumista edistäviä apuvälineitä käytetään hoitotyössä, sillä ne helpottavat potilaiden avustamista sekä potilaan omatoimista siirtymistä. Liukumista edistäviä apuvälineitä ovat liukula kana, liukupatja, rullalevy, liukukintaat ja liukualustat. Liukumista edistäviä apuvälineitä voidaan käyttää esimerkiksi potilaan siirtämisessä sängyssä ylöspäin. Liukulauta on apuväline, joka auttaa potilasta siirtymään tasolta tasolle. Kun halutaan siirtää potilas esimerkiksi vuoteesta suihkuvuoteeseen tai sängystä pyörätuoliin, voidaan apuvälineenä käyttää liukulautaa. Liukupatjasta puhutaan silloin, kun liukuvaan materiaaliin yhdistetään jotakin pehmentävää materiaalia. Liukupatjoja on olemassa montaa eri kokoa. Liukupatja voidaan myös korvata rullalevyllä, kun potilas halutaan siirtää tasolta toiselle ja tasot eivät ole samalla korkeudella. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 39-40.)

Kääntölevy on apuväline, joka voi olla kova tai pehmeä. Kova kääntölevy poistaa kitkan jalkojen alta. Kun halutaan siirtää potilas esimerkiksi pyörätuolista vuoteeseen, voidaan käyttää apuvälineenä kovaa kääntölevyä. Pehmeitä kääntölevyjä käytetään esimerkiksi takapuolen alla auton istuimella, jolloin potilaan kääntyminen istuimella helpottuu. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 39-41.)

Joskus tarvitaan puolestaan lisää kitkaa. Erilaiset liukuesteet soveltuvat kitkaominaisuuksien vahvistamiseen. Liukuesteet ovat käytännöllisiä esimerkiksi sängyssä, jolloin potilaan jalat pysyvät paikallaan ja potilas pystyy ponnistamaan. Pyörätuoleissa ja geriatrisissa tuoleissa käytetään yhden suunnan liukuesteitä. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 41.)

Tukikahvat ja tangot ovat tärkeitä apuvälineitä potilashuoneessa, käytävillä ja wc:ssä. Tukikahvoja ja rautoja on saatavilla useita eri malleja. Kolmiorauta eli sängyn reunaan kiinnitetty nousutuki helpottaa potilaan siirtymistä tai seisomaan nousua vuoteesta pyörätuoliin.

Nousutelineet ovat apuvälineitä, jotka helpottavat potilaan seisomaan nousemista nousutelineen jalkatelineen kaarevan muotoilun ansiosta. Nousutelineitä on olemassa monia erilaisia malleja. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 42.)

Eva-kävelypöydäksi kutsutaan nelipyöräisiä kävelypöytiä, jotka tukevat kävelyä ja seisoma-asentoa. Eva-kävelypöytä tukee ja helpottaa seisomista, ylösnousua, sekä omatoimista kävelyä. Eva-kävelypöytä tuo vakautta ja tasapainoa kävelyn eri vaiheissa ja antaa turvallisen tunteen liikkumiseen. (Respecta 2014.)

Elämänlangaksi kutsutaan köysitikkaita, jotka kiinnitetään sängyn jalkapäätyyn. Uudentyyppistä elämänlankaa kutsutaan Flexigripiksi, jonka voi kiinnittää sängyn alapäätyyn ja potilaan on myös helppo tarttua siihen. Elämänlangat ovat tehokkaita istumaan nousun apuvälineitä. Käsitukki puolestaan on apuväline, joka auttaa istuvaa potilasta kohottautumaan ylös sängystä. Myös esimerkiksi kirja tai kova latte levy ajavat saman asian. Lisäksi on olemassa apinapuita eli sängyn yläpäätyyn kiinnitettäviä kohottautumistelineitä, mutta vetosuuntansa takia ne ovat tehottomampia apuvälineitä, kuin elämänlangat. (Tamminen-Peter 2013, 43.)

Kun potilas tarvitsee tukea kävelemisessä, voidaan apuvälineenä käyttää kävelyvyötä, joka antaa mahdollisuuden tukevaan tarttumisotteeseen. Kävelyvyötä on olemassa eripituisia, lukko- ja tarrakiinnityksellä varustettuja vyöitä. Kävelyvyön tarttumiskahvoja on hyvä olla pysty- ja pitkittäissuuntaisia. Kävelyvyö voi olla joko potilaan tai hoitajan päällä. Mikäli kävelyvyö laitetaan potilaalle, kannattaa se asettaa potilaan lantion kohdalle, jotta se pysyy mahdollisimman hyvin paikallaan. Lantion kohdalla kävelyvyötä voi tarpeen tullen kiristää tiukemmalle ilman, että se painaa potilaan palleaa tai vatsaa. Mikäli kävelyvyö laitetaan hoitajalle, potilaan on helpompi tarttua pystysuunnassa oleviin kahvoihin. On olemassa myös siirtovyöitä ja kävelyvyöitä, joissa haarojen kohdalla menee tukihihna. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 46.)

Slinga, Flexi-move ja mini-move ovat muovisia siirtolevyjä, jotka antavat kevyemmän tuen. Slinga on kokonaan muovia, Flexi-move ja mini-move on päällystetty muovikankaalla. Siirtolevyt antavat laajan tukipinnan ja ne voidaan asettaa esimerkiksi potilaan lapaluiden alapuolelle. Flexi-moven ja mini-moven päässä on kahdet tartuntakahvat. Nostomatot ovat tukevia siirto-

ja nostovälineitä, joissa on joko neljä tai kuusi kahvaa. Nostomattoa voidaan käyttää apuvälineenä esimerkiksi potilaan nostamisessa lattialta, mikäli nostinta ei ole käytettävissä. Etenkin ensihoidon ja kotihoidon hoitohenkilökunnalle tämä on hyvä apuväline, sillä ensihoidon ja kotihoidon työntekijät saattavat joutua tällaisiin tilanteisiin. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 47.)

Potilaan siirtämisessä ja nostamisessa on suotavaa käyttää apuvälineenä potilasnostinta. Potilasnostimia on erilaisia ja ne voidaan lajitella niiden ominaisuuksien mukaan. On olemassa erilaisia seisomanojanostimia, lattialla liikuteltavia liinanostimia sekä katonostimia. On olemassa myös nostimia, joita voi käyttää nostokaarta vaihtamalla joko seisomanojanostimena tai liinanostimena. Seisomanojanostimia voidaan käyttää silloin apuvälineenä, kun potilas pystyy seiso- maan alaraajat tuettuina, mutta ei itse pysty nousemaan seisoma-asentoon. Mikäli potilaan jalat eivät kannaa ollenkaan, apuvälineenä voidaan käyttää liinanostinta. Kattoon asennettavat nostimet koostuvat nostokaaresta, nostoyksiköstä ja kattokiskosta. Kattoon asennettavat nostolaitteet ovat helpommin saatavilla potilashuoneissa, ovat kevyempiä liikutella ja vievät käytettäessä sekä säilytyksessä vähemmän tilaa, kuin liinanostimet. Liinanostimien käyttömahdollisuudet ovat kuitenkin vapaat, kun taas katonosturia voi käyttää ainoastaan kisko- jen kattamalla alueella. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 48-50.) Turussa vuonna 2009 tehdyn tutkimuksen mukaan katonosturi kuitenkin kuormittaa hoitohenkilökuntaa vähiten muihin nostintyyppeihin verrattuna. (Fagerström 2009.)

Keskeisenä kalusteena potilaalle on vuode, jonka ominaisuudet ovat tärkeitä hoitohenkilökunnan ergonomian kannalta. Vuoteen korkeuden säätö on vuoteen tärkein ominaisuus, kun halutaan parantaa hoitajan työskentelyn ergonomiaa. Nykyään käytetään pääsääntöisesti sähkökäyttöisiä potilassänkyjä. Tilaa sängyn toisella puolella tulee olla 90mm avustamiseen ja toisella puolella taas 1500mm tilaa apuvälineiden avulla liikkumiseen. Tilaa sängyn alla tulee olla vähintään 150mm, jotta apuvälineiden pyörät mahtuvat sängyn alle. Parhain vaihtoehto potilassängylle on neliosainen vuode, jossa potilas saa vaihtelevia asentoja vuoteessa, eikä potilas pääse valumaan alaspäin. Neliosainen vuode mahdollistaa tasaisemman painon jakautumisen sekä suuremman asennonvaihtelun, jolloin makuuhaavojen riski pienenee. Myös potilas saa itse säädellä asentoaan sähkösäätöjen avulla, joka tuottaa potilaalle suurempaa itsenäisyyden tunnetta. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 31-32.)

Hoitotilanteissa käytettävien tuolien tulee olla riittävän korkeita, jotta potilailla on helpompi nousta niistä ylös. Suositeltava tuolin ominaisuus on istuinosan sähköinen kallistus, joka auttaa potilasta nousemaan ylös tuolista. Tuolien käsinojien tulee olla ylös käännettäviä tai irrotettavia, mikäli potilasta halutaan siirtää sivusuunnassa. Hoitohenkilökunta voi myöskin käyttää

näitä tuoleja hoitotilanteissa, kuten haavanhoidossa tai syöttämisessä, mikäli tuolit ovat suhteellisen pienikokoisia ja korkeudeltaan hyvin säädettävissä, jotta niillä pääsee riittävän lähelle potilasta. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 32-33.)

Mikäli potilas on liikuntaesteinen, tulee wc-istuin varustaa kääntyvillä käsituilla ja wc-istuimen toiselle puolelle tulee jäädä vähintään 800mm vapaata tilaa. Kaksi wc-tilaa voidaan myös sijoittaa peilikuvina lähelle toisiaan vaihtoehtoisesti. Koko wc-tilojen tulee olla vähintään 2799mmx1500mm tarvittavien apuvälineiden käytön ja hyvien työasentojen mahdollistamisen vuoksi. Wc-tiloissa tulee olla myös ilman apuvälineitä liikkuvalla potilaalle riittävästi tukipintoja, jotta potilas selviää wc-reissuista turvallisesti ja omatoimisesti. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 33.)

Peseytymisapua tarvitsevat potilaat suihkutetaan tavallisesti suihkuvuoteessa tai suihkutuolessa. Suihkuvuoteiden korkeutta voidaan säätää, jolloin hoitaja pystyy työskentelemään ergonomisessa asennossa. Suihkutuoli suositellaan sellaista tuolia, joka on korkeudeltaan kalolistettava ja säädettävä. Suihkutilan oven leveys tulee olla riittävän suuri, vähintään 950mm, jotta potilas voidaan kuljettaa vuoteesta suihkuun suihkuvuoteella ja suihkusta takaisin vuoteeseen. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 36-37.)

3.5.5 Potilaan toimintakyvyn arviointi

Tärkeänä osana sairaanhoitajan työtä on potilaan toimintakyvyn arvioiminen. Toimintakyvyn arvioinnin perusteella tehdään päätöksiä palveluista ja etuuksista, suunnitellaan toimenpiteitä ja myös arvioidaan niiden vaikutuksia potilaaseen. Toimintakyvyn arvioinnin tulee olla luotettavaa ja pätevää. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Potilasta ei voida avustaa ennen, kuin henkilökohtaisesti selvitetään, millainen toimintakyky potilaalla on. Potilaan toimintakyvyn arviointiin ei yleensä riitä, että tutustutaan potilaan hoitokertomukseen. Mikäli avustaja ei tunne avustettavan potilaan tilaa, on vaarana, että avustaja vahingoittaa avustettavaa, itseään tai, että avustaja avustaa avustettavaa liikaa. (Tamminen-Peter & Eloranta & Kiviranta & Mämmelä & Salokoski & Ylikangas 2007, 36; Tamminen-Peter & Wikström 2013, 65.)

Potilaasta tulee henkilökohtaisesti selvittää, millainen kunto potilaalla on sillä hetkellä, onko potilas yhteistyökykyinen, millaiset voimavarat potilaalla on liikkumiseen ja millaisia toivomuksia ja mahdollisia liikuntarajoituksia potilaalla on. On tärkeää selvittää potilaan raajojen lihasvoima, tasapaino, liikkuvuus ja kantavatko potilaan jalat potilaan painon. Alaraajojen lihasvoimaa voidaan selvittää niin, että selvitetään, voiko potilas ojentaa polvensa istuessaan kevyttä vastusta vasten. Yläraajojen lihasvoimaa voidaan selvittää niin, että pyydetään potilasta puristamaan omia käsiä. On myös tärkeää, että potilaan toimintakyky ja toimintakyvyn vaihtelut eri vuorokauden aikoina sekä mahdollinen lääkityksen vaikutus avuntarpeeseen kirjataan huolelli-

sesti potilastietojärjestelmään, jotta uusien työntekijöiden vaaratilanteita potilaan avustamisessa voitaisiin välttää. On tärkeää kirjata myös toimiviksi todetut käytännöt esimerkiksi aggressiivisten potilaiden avustustilanteissa. (Rantsi 2005, 15; Tamminen-Peter & Wikström 2013, 65.)

3.5.6 Potilaan aktivointi ja tasavertainen vuorovaikutus

Avustustilanteessa tarvitaan vuorovaikutustaitoja, avustustilanteessa avustaja kohtaa avustettavan. Tasavertainen lähestyminen, katsekontakti ja selitys siitä mitä aiotaan tehdä, ovat tärkeitä edellytyksiä avustettavan omaan aktiivisuuteen osallistua liikkumiseensa sekä hyvään vuorovaikutukseen avustettavan ja avustajan välille. Avustustilanteessa avustettavan kuuntelu antaa varmuutta, herättää luottamusta ja vahvistaa avustettavan itsetuntoa. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 68; Valvira 2015.) Ammatillisessa vuorovaikutuksessa avustettavalla on itsemääräämisoikeus, jota tulee kunnioittaa. Potilas ei ole paikasta toiseen siirrettävä paketti. (Rantsi 2005, 18.)

Mikäli potilasta autetaan enemmän kuin on tarvetta ja potilasta nostetaan vanhoilla nostotekniikoilla, potilas passivoituu, kun mahdollisuutta olla aktiivinen ei ole. Avustajan tulee auttaa potilasta ainoastaan sen verran, kuin hän tarvitsee, ei enempää. Kun potilaan toimintakyky on arvioitu, on avustajan tehtävänä aktivoida potilasta käyttämään jäljellä olevaa liikuntakykyään. Liikkumattomuuden, vamman tai sairauden vuoksi potilaan kehon hahmottaminen on heikentynyt, jolloin potilaalla on vaikea muodostaa tarvittavaa liikettä. Kosketuksen ja avustetun liikkeen avulla potilasta voidaan auttaa orientoitumaan omaan kehoonsa ja mitä huonokuntoisempi potilas, sen tärkeämpää tämä on. Kehoon orientoituminen ylläpitää ja edistää ihmisen itsehallintaa. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 68-69.)

Avustustilanteessa suullisen ohjauksen tulee olla selkeää, yksinkertaista ja tarvittaessa riittävän yksityiskohtaista. Kieltomuotoja tulee välttää etenkin muistisairailta potilailla, sillä kielto sana voi jäädä heiltä kuulematta. Suulliseen ohjaukseen tulee yhdistää myös liike ja kosketus, mikäli sanallinen aktivointi ei yksinään ole riittävä. Koskettamalla potilaan lantiota tai hartiaa tai antamalla potilaalle tuki, johon tarttua, potilas saa itse löytää oman liikkeensä. Liikkeen tekemistä helpottavat huomattavasti oikean liikesuunnan ja oikean alkuasennon löytäminen, potilaan tulee nähdä minne hän on siirtymässä. Parhaiten vuorovaikutus potilaan kanssa onnistuu, kun kosketukseen liittyy samanaikaisesti liike. Potilasta tulee avustaa pehmeällä kämmenotteella sieltä, missä liike on juuttunut, ei sieltä missä liikettä tapahtuu. Kun potilasta avustetaan oikeasta kohdasta, kosketus avaa liikeketjun ja liike helpottuu. Liike ja kosketus myös parantavat potilaan kommunikointi- ja havainnointikykyä, jolloin potilas orientoituu paremmin ympäristöönsä. Ja kun potilaan lihasjäykkyys vähenee, potilaan liikkuminen helpottuu,

joka puolestaan helpottaa potilaan hoitamista. (Tamminen-Peter & Eloranta & Kiviranta & Mämmelä & Salokoski & Ylikangas 2007, 39-40; Tamminen-Peter & Wikström 2013, 68-72.)

Avustustilanteessa työntämisen ja vetämisen avulla potilas pystyy itse kontrolloimaan liikkumistaan suhteessa painovoimaan. Potilaan on saatava itse säädellä siirtymisen ajoitusta, työntöä ja vetoa omien voimiensa mukaan. Myös avustamisen liikenopeuden tulee olla potilaalle sopiva, usein hoitajalle sopiva liikenopeus on liian nopea potilaalle. Avustajan on myös hyvä olla tietoinen omasta voimankäytöstään, otteistaan, käsien lämpötilastaan ja tavastaan tarttua, sillä avustajan ruumiinkieli ja kosketus kertovat enemmän kuin sanat. Etenkin sively vaikuttaa useisiin potilaisiin positiivisesti, sillä sively vapauttaa oksitosiinihormonia, joka muun muassa normalisoi lihastonusta ja rauhoittaa potilasta. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 68-69.)

3.5.7 Luonnolliset liikemallit

Ihminen toteuttaa itseään liikkumalla luonnollisten liikemallien mukaisesti, pääsääntöisesti tiedostamattaan. Luonnollisilla liikemalleilla tarkoitetaan kehityksen myötä opittuja liikemalleja, jotka ovat ihmiselle myötäsyttyisiä ja luontaisia. Ihminen toteuttaa niitä päivittäisissä liikesuorituksissaan, kuten makuulta istumaan nousemisessa, kääntymisessä, seisomisessa, istumasta seisomaan nousussa sekä kävelyssä. Nämä taidot luovat pohjaa vaativimmille motorisille taidoille ja suorituksille. Luonnolliset liikemallit ja liikkeet ovat ihmisen liikemuistissa ja ne palaavat vaistomaisesti, tiedostamatta ja nopeasti, kun ihmistä aktivoidaan oikeasta kohdasta ihmisen ollessa oikeassa alkuasennossa. (Tamminen-Peter & Eloranta & Kiviranta & Mämmelä & Salokoski & Ylikangas 2007, 28; Tamminen-Peter & Wikström 2013, 73.)

Hoitajan on tiedostettava potilaansa luontaiset liikemallit, jotta hoitaja pystyy ohjaamaan potilastaan parhaalla mahdollisella tavalla. (Tamminen-Peter & Eloranta & Kiviranta & Mämmelä & Salokoski & Ylikangas 2007, 33-34; Tamminen-Peter & Wikström 2013, 77-79.) Luontaiset liikemallit ovat yksilöllisiä ja tämä on tärkeää muistaa avustustilanteessa etenkin muistisairaiden potilaiden kohdalla, joiden on vaikeaa oppia uusia liikemalleja. (Lähdesmäki-Mäkinen & Koistinen, 2012.) Liikkeitä tulee säädellä laajoina kokonaisuuksina, eikä yksittäisinä liikkeinä, jonka vuoksi myös potilaan ohjaus ja aktivointi vaativat toiminnallisia ja laajoja kokonaisuuksia. Liikkumisen avustamisessa on tärkeää huomioida myös kehon painopiste eri asennoissa. Perusliikkumista voidaan helpottaa pienilläkin liikkeen alkuasentojen muutoksilla ja painopisteen siirroilla. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 77-79.)

Liike voi olla joko kolmiulotteinen tai kaksiulotteinen. Kolmiulotteisen liikkeen tekeminen vaatii vähemmän voimaa, kuin kaksiulotteisen liikkeen tekeminen. Ihmisen vanhetessa motoriikka köyhtyy ja liikkuminen vähenee, jolloin kolmiulotteinen liike jää helposti pois. Potilaita myös

avustetaan ja nostetaan taakse- ja eteenpäin suuntaavissa liikkeissä pääsääntöisesti kaksiulotteisesti. Vartalon kiertoliike tekee liikkeen turvallisemmaksi ja keventää liikettä. Vartalon kiertoliikkeessä on helppoa palata edelliseen liikkeeseen liikkeen eri vaiheissa ja se myös poistaa mahdollista jäykkyyttä, joka on syntynyt runsaasta selinmakuulla olosta ja vähäisestä liikkumisesta. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 76.)

3.5.8 Erityisryhmien avustaminen

Potilasryhmät, joiden avustaminen koetaan usein ongelmalliseksi ja joita yleisesti on hoitolaitoksissa, ovat reisiluun murtumapotilaat, aivohalvauspotilaat ja muistisairaat. Yleisten periaatteiden lisäksi kouluttautumisessa pitäisi analysoida ja harjoitella näiden potilasryhmien avustamista. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 116-117.)

Aivoverenkiertohäiriöihin luokitellaan aivoverenvuodot ja aivovaltimon tukokset, joihin tavallisesti kuuluu osittainen tai täydellinen hemiplegia eli toispuolihalvaus, joka vaikeuttaa potilaan liikkumista. Alkuvaiheessa halvaantuneet raajat ovat velttoja, mutta saattavat muuttua spastisiksi eli jäykiksi ensimmäisten viikkojen aikana. Jäykistyneen lihaksen lihastonus on kohonnut ja pienikin ärsytys, kuten kiirehtiminen ja liiallinen yrittäminen ja ponnistelu voivat lisätä kohonnutta lihastonusta entisestään. Myös koordinaatio- ja tasapainohäiriöt ovat tavallisia aivohalvauspotilaalle. Potilas ei välttämättä tunne kosketusta tai hänen aistimuksensa on epätarkka. Asentotunto- ja liikehäiriössä potilas ei tunne raajojensa ja vartalonsa liikettä ja asentoa, jolloin muun muassa kävelyssä raajojen koordinaatio vaikeutuu. Havainnoinnin häiriöt puolestaan vaikeuttavat osittain tai kokonaan halvaantuneen puolen hahmottamista. Osalla aivohalvauspotilaista on myös näkökentän vajausta, mikä vaikeuttaa potilaan kaikkia toimintoja. Akuuttivaiheessa aivohalvauspotilaan huone tulee järjestää niin, että potilas saa mahdollisimman paljon tunto-, kuulo- ja näköaistimuksia halvaantuneelle puolelle, eli huoneen oven ja yöpöydän tulee sijaita halvaantuneella puolella. Myös asentohoidot tulee aloittaa välittömästi spastisiteetin, makuuhaavojen ja virheasentojen ehkäisemiseksi. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 116-117.)

Aivohalvauspotilaan avustamisen periaatteisiin kuuluu symmetrian korostaminen. Aivohalvauspotilasta tulee ohjata liikkumaan mahdollisimman normaalisti. Potilaan aktivoinnissa halvaantunut puoli tulee ottaa mukaan kaikissa toiminnoissa. Siirtymistä tulee ohjata vuorotellen molemmilta puolilta, ei pelkästään halvaantuneelta puolelta, pyrkiä kuitenkin estämään liiallista terveen puolen käyttöä. Avustajan tulee havainnoida mitkä toiminnot, asennot ja olosuhteet lisäävät potilaan spastisiteettia, jotta näitä voidaan välttää potilaan avustamisessa. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 116-117.)

3.5.9 Yhteenveto avustamisen periaatteista

Parhaan avustustavan löytyminen voi vaatia useamman avustuskerran. On suositeltavaa, että parhaan avustustavan löydyttyä se kirjataan hoitokertomukseen kuvalla havainnollistaen. Tavoitteena on, että kaikki hoitajat toimivat avustustilanteessa samalla tavalla, jolloin potilaan kyky käyttää omia voimavarojaan helpottuu. Erityisen tärkeää tämä on muistisairaille potilailla, joiden kyky muuttaa liikkumistaan on rajoittunut. Avustusmenetelmiä on olemassa monia erilaisia, joista valitaan potilaalle paras mahdollinen apuvälineen kera. Aluksi tutustutaan potilaan hoitokertomukseen, jonka jälkeen arvioidaan potilaan tämänhetkiset voimavarat ja selvitetään potilaan luonnolliset liikemallit. Tämän jälkeen valmistaudutaan siirtoon suunnittelemalla siirron vaiheet alusta loppuun ja järjestetään ympäristö turvalliseksi. Siirtotasot säädetään mahdollisimman lähelle toisiaan ja olemassa olevat esteet poistetaan. Tarvittavat apuvälineet haetaan ja asetetaan paikoilleen. Tämän jälkeen potilaalle annetaan tuki, johon potilas voi tarttua ja tukeutua. Jos avustajia on kaksi, tulee toimintatavat sopia etukäteen selkeällä komennolla. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 82-83.)

Ennen potilassiirtoa potilaalle kerrotaan mitä hän tekee ja miten häntä autetaan varmistamalla samalla, että potilaalla on oikea alkuasento. Potilasta aktivoidaan ja ohjataan vaihe vaiheelta siirron aikana potilaan luontaisten liikemallien mukaisesti. On tärkeää muistaa antaa potilaalle aikaa aktivoida omat lihaksensa ja odottaa, että potilas itse aloittaa liikkeen. Mikäli liike ei onnistu sanallisen ohjauksen avulla, tulee sanalliseen ohjaukseen yhdistää liike ja kosketus. Apua saa antaa vain sen verran, mitä potilas tarvitsee. Potilas siirretään kampeamalla, liu`utamalla tai rullaamalla. Mikäli potilas liu`utetaan, kitka poistetaan siirtoalustan ja potilaan väliltä liukumista edistävän materiaalin avulla. Siirtotilanteessa hyödynnetään ihmisen raken-
netta ja painovoimaa, jotta potilaan paino siirtyy luiden päälle ylhäältä alaspäin. On tärkeää huomioida myös omat otteet ja asento, työskentelyn pitäisi tapahtua potilaan sivulla hyvässä käyntiasennossa ja liikkumisen pitäisi tapahtua potilaan liikkeen mukana liike-energiaa ja painonsiirtoa hyödyntäen. Avustaessa käytetään koko kehoa hyödyksi välttämällä kumartelua ja kurruttelua. Avustaessa selän tulee olla suorana, painopisteen jalkojen päällä ja polvilla tulee olla pieni jousto tasapainon parantamiseksi. Avustamisessa tarvittava voima lähtee avustajan jaloista, ei ylävartalosta. Liikettä ohjataan laajalla pehmeällä kämmenotteella potilaan selästä, lantiosta tai sieltä, mihin liike on juuttunut. Avustajan tulee olla niin lähellä avustettavaa, kuin mahdollista, estämättä avustettavan liikettä. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 82-84.)

Useat eri sairaudet, kuten MS-tauti ja Parkinsonin tauti (Atula 2015; Atula 2016) sekä pitkä liikkumattomuus aiheuttavat potilaalle jäykkyyttä, joka tulee huomioida potilaan avustamisessa. Mikäli lihastonus ei ole kehittynyt vaikeaksi, se saadaan usein normalisoitua sivelemällä potilasta. Potilaalle voi kehittyä selkälihaksiin voimakasta tonuksen nousua, jonka seurauksena potilasta voi olla vaikeaa saada istumaan ja runsas selinmakuulla olo vain pahentaa tilannetta.

Jäykän potilaan avustamisen periaatteisiin kuuluu potilaan käsivarsien ja hartioiden sively ennen, kuin potilas avustetaan istuma-asentoon kyljen kautta. Mikäli potilas nojaa voimakkaasti taaksepäin istuessaan, alkaa potilaan lihastonus helposti nousta, jolloin avustajan tulee keskittyä sivelemään potilasta rauhoittavasti, tehdä syviä hengitysharjoituksia potilaan kanssa ja tarjota potilaalle tukea, johon tarttua. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 122-123.)

3.6 Ergonomian opettaminen ja ohjaus

Opetushallitus on määrittänyt, että terveydenhuoltoalan opiskelijan tulee osata tunnistaa työympäristöön ja työhön liittyvät terveyshaitat ja vaarat ja suojautua niiltä, huolehtia omasta terveydestään, ylläpitää omaa työ- ja toimintakykyään, sekä suunnitella itselle ergonomisesti terveellinen työympäristö. (Opetushallitus 2012.) Lisäksi terveydenhuoltoalan opiskelijan tulee tietää potilaan siirtymisen avustamisen ergonomiset periaatteet ja osata toimia niiden mukaisesti, tuntea tavallisimmat siirron apuvälineet ja osata käyttää niitä monipuolisesti ja turvallisesti sekä ymmärtää ergonomian kuuluvan kuntouttavaan hoitotyöhön. Opiskelijan tulisi hallita ergonomian perusasiat ennen työharjoittelua (Tamminen-Peter & Eloranta & Kiviranta & Mämmelä & Salokoski & Ylikangas 2007, 3,11,44.) Tähän opinnäytetyöhön kuuluvan potilassiirtoergonomiakoulutuksen tavoitteena oli opettaa sairaanhoitajaopiskelijoita työskentelemään hoitotyössä ergonomisesti. Osalla potilassiirtoergonomiakoulutukseen osallistuvalla sairaanhoitajaopiskelijoilla oli aikaisemman koulutuksen aikana ja/tai työelämässä hankittua ergonomiosaamista ja osalla taas ei ollut aikaisempaa osaamista laisinkaan, joka huomioitiin opetuskokonaisuuden suunnittelussa ja toteutuksessa.

Sosiaali- ja Terveysministeriön mukaan potilaan liikkumisen avustusmenetelmien opetuksessa hyväksi opetus käytännöiksi on todettu käytännön harjoittelu, johon panostettiin tämän opinnäytetyön potilassiirtoergonomiakoulutuksessa. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2005.) Opettaminen on vakava asia, jolla pyritään todellisiin oppimistuloksiin. (Engeström 1994.) Opettamisen apuvälineinä voidaan käyttää erilaisia opetusmenetelmiä. Opetusmenetelmällä tarkoitetaan opetuksen työ- tai toteuttamistapaa, joka edistää oppijan oppimista. Opetusmenetelmän vuorovaikutus-, ilmaisu- ja sosiaalimuodolla opettaja motivoi ja aktivoi opiskelijoita sekä organisoii opetusta. Opetusmenetelmien onnistunut käyttö riippuu muun muassa opettajan opetustyylistä ja taidoista sekä opiskeltavan kurssin tavoitteista. Tämän opinnäytetyön potilassiirtoergonomiakoulutuksessa opetusmenetelminä käytettiin postereita ja niiden tukemia pienryhmäharjoituksia, luentoa ja demonstraatiota. (Kettunen & Palvalehto-Silven & Pensson & Väyrynen 2016.)

Taitava opettaja hallitsee monia erilaisia opetusmenetelmiä, kykenee valitsemaan niistä tarkoituksenmukaisimmat ja käyttämään niitä erilaisissa opetustapahtumissa vaihtelevasti. Tai-

tava opettaja pystyy edistämään opiskelijoiden oppimisprosessia käyttämällä opetusmenetelmiä monipuolisesti, sillä se lisää vuorovaikutusta opiskelijoiden ja opettajien välille. Opetusmenetelmien valintaan vaikuttavat muun muassa opiskelijoiden motivaatio, opiskelun taso ja tottumukset, opettajien kokeiluhalu, valmiudet ja kokemukset erilaisista opetusmenetelmistä, opetettavan kurssin tavoitteet, sisältö ja aihe sekä opetusmenetelmän vaatimukset ja tarkoituksenmukaisuus. Hyvä opetusmenetelmä on sellainen, joka antaa palautetta niin oppijalle kuin opettajallekin sekä lisää oppijan motivaatiota. Opetettavan aiheen lisäksi opetusmenetelmällä on tarkoitus opettaa oppijalle ongelmanratkaisutaitoja, kriittistä ajattelua, keskustelutaitoja, tiedon muokkaamista ja käsittelyä. Opettajan tulee tuntea käyttämänsä opetusmenetelmä omakseen. (Kettunen & Palvalehto-Silven & Penson & Väyrynen 2016.)

Tämän opinnäytetyön tuotos on Ergonomiset potilassiirrot hoitotyön opiskelijoille tarkoitettu ergonomiakoulutus. Koulutusta varten tehtiin kuvasarja ergonomisista työasennoista, potilassiirroista ja apuvälineistä postereiden muodossa. Postereita käytettiin potilassiirtoergonomiakoulutuksessa yhtenä opetusmenetelmänä tukemassa opiskelijoiden käytännön harjoittelua pienryhmissä. Posterit on luova tapa esittää tietoa, sillä posterissa kuvat ja teksti kohtaavat muodostaen selkeän kokonaisuuden, mahdollistaen myös aiheen itseopiskelun. Posterissa käytettävää materiaalia tai muotoa ei ole tarkasti määritelty, joten se voi olla kaikkea fläppitaulusta julisteeseen. Onnistunut posterit kertoo visuaalisessa muodossa katsojalleen pienimuotoisen tarinan. (Kauhanen & Heikkilä & Koskeniemi & Salminen 2014, 4-5.)

Postereiden tarkoituksena oli selkeyttää ergonomian oppimista ja mahdollistaa aiheen itseopiskelun. Postereita käytettiin potilassiirtoergonomiakoulutuksessa yhtenä opetusmenetelmänä. Potilassiirtoergonomiakoulutukseen sisältyi lisäksi teoriapohjainen luento ergonomisista työasennoista, potilassiirroista ja apuvälineistä, joita harjoiteltiin myös käytännössä koulutuspäivän aikana. Potilassiirtoergonomiakoulutuksen päätteeksi opiskelijoita pyydettiin arvioimaan koulutusta vastaamalla palautekyselylomakkeeseen, jonka tarkoituksena oli kartoittaa opiskelijoiden mielipiteitä koulutuksen hyödyllisyydestä. Tutkimuksen tuloksia analysoitiin kyselyjen vastausten perusteella. Potilassiirtoergonomiakoulutus toteutettiin yhteistyössä opinnäytetyön toimeksiantajan ja ohjaajan kanssa Laurea-ammattikorkeakoulussa maaliskuussa 2017.

Potilassiirtoergonomiakoulutuksessa muita käytettyjä opetusmenetelmiä olivat luento, sekä demonstraatio. Luento on opetusmenetelmä, jolla pyritään laajentamaan osallistujien tietopohjaa. Luentodiat tehtiin tämän opinnäytetyön teoriaperustan pohjalta. Luennolla käytettiin vuorotellen yhdensuuntaista luennointia ja vuorotellen opiskelijoiden aktiivista pohdintaa yhdistettynä käytännön harjoitteluun, opinnäytetyön toimeksiantajan ja ohjaajan toiveesta. Yhdensuuntaisten luennointien pituudet olivat lyhyitä, sillä Mykrän ja Hätösen mukaan kuulijoiden tarkkaavaisuus laskee jo 15-25 minuutin yhdensuuntaisen luennoinnin jälkeen. (Mykrä & Hätönen 2008, 25-27.)

Potilassiirtoergonomiakoulutuksessa luento ja käytännön harjoittelu yhdistettiin niin, että aina yhden luennolla opetetun asiakokonaisuuden jälkeen kyseinen asia demonstroitiin ja harjoiteltiin käytännössä, ennen seuraavan asiakokonaisuuden opettamista. Näin voidaan välttyä siltä, että luennolla opiskeltavat yksityiskohdat jäävät irrallisiksi palasiksi, kun ne voidaan jatkuvasti liittää kokonaisuuksiin. Kokonaisuuksien hahmottuminen helpottuu ja eteneminen on loogista, joka voi olla opiskelijoiden oppimisen kannalta erityisen tärkeää. Potilassiirtoergonomiakoulutus suunniteltiin niin, että yhteiselle vuorovaikutukselle ja opiskelijoiden mahdollisille tarkentaville kysymyksille ja mielipiteiden esittämiselle oli tilaa. Koulutukseen pyrittiin luomaan avoin ja rento ilmapiiri. (Mykrä & Hätönen 2008, 26-27.)

Käytännön harjoittelussa opiskelijat käsittelivät esimerkkitapausta soveltaen siihen koulutuksen luennolla oppimaansa osaamista. Tämän opinnäytetyön potilassiirtoergonomiakoulutuksen käytännön harjoittelua voidaan sanoa myös tapausopetukseksi. Tapausta harjoitteleva ryhmä pyrittiin asettamaan sellaiseen tilanteeseen, joka vastaa mahdollisimman hyvin todellista tilannetta. Hoitotyön oppimisympäristöön tehtiin työpisteitä ennen koulutuksen alkamista, joissa luennolla käytyjä asioita harjoiteltiin käytännössä. Ensin pisteellä tapahtuvaan harjoitukseen tutustuttiin yhdessä, jolloin opinnäytetyön tekijä demonstroi eli esitti käytännön harjoituksen valitsemallaan tavalla. Esittäjiksi pyydettiin myös koulutuksen osallistujia ja hyödynsi demonstroinnissa niitä opiskelijoita, joilla oli aikaisempaa kokemusta opeteltavasta aiheesta. (Mykrä & Hätönen 2008, 60-63.) Osallistujat tutustuivat tapaukseen pienryhmissä ja tekivät tarkentavia kysymyksiä tehtävänannosta. Pienryhmissä opiskelijoilla oli mahdollisuus aktiiviseen vuorovaikutukseen, joka tuotti hedelmällisiä ajatuksia ja ideoita, jotka laajensivat opiskelijoiden ymmärrystä opiskeltavasta asiasta. (Pruuki 2008, 65.)

Ergonomian ohjaus opetustilanteessa oli opiskelijalähtöistä, jokainen opiskelija eteni omassa tahdissaan. Opinnäytetyön tekijän tehtävänä tässä opinnäytetyössä oli suunnitella, koordinoida ja toteuttaa potilassiirtoergonomiakoulutus, ohjata opiskelijoita yksilöllisesti ja ryhmänä potilassiirtoergonomiakoulutuksen aikana sekä analysoida kokonaisuutta koulutuksen jälkeen. Ohjaajan tuli pyrkiä aitoon vuorovaikutukseen ja pitää kiinni sovitusta koulutuksen kestosta. (Vehviläinen 2001, 18-21; Pruuki 2008, 84.) Opetusmenetelmän toteuttajan tulee kuitenkin olla koulutettu käyttämänsä opetusmenetelmän käyttöön, jonka vuoksi tämän opinnäytetyön ohjaaja ja toimeksiantaja osallistui tämän opinnäytetyön potilassiirtoergonomiakoulutuksen toteuttamiseen. (Junnila & Koskinen & Stolt & Salminen 2011, 119.)

Vehviläisen mukaan opiskelijoiden ohjaamisen tavoitteet ja tehtävät ovat moninaisia. Ohjaus voi olla neuvontaa, selkeytystä, puolesta puhumista, mahdollistamista tai palautteen antamista. (Vehviläinen 2001, 49-51.) Ergonomian ohjauksessa täytyy ottaa huomioon myös se, miten ihminen omaksuu asioita. On arvioitu, että ihminen muistaa 90-prosenttia siitä, mitä heidän

kanssaan on käyty läpi kuulo- ja näköaistia käyttämällä. Sen sijaan ihmiset muistavat vain 75-prosenttia siitä, mitä näkevät ja vain 10-prosenttia kuulemastaan. (Kyngäs & Kääriäinen & Poskiparta & Johansson & Hirvonen & 2007, 73.) Tässä opinnäytetyössä ohjauksen tavoitteena oli antaa opiskelijoille käytännön apua ergonomian oppimiseen potilassiirtoergonomiakoulutuksen aikana.

4 Opinnäytetyön menetelmät

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena on potilassiirtoergonomiakoulutus. Aineistoa kerättiin koulutuksen jälkeen ja sen onnistumista arvioitiin koulutukseen osallistuneilta sairaanhoitajaopiskelijoilta kerätyn kyselyn avulla.

4.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tämän tutkimuksen kohderyhmäksi valikoituivat ensimmäisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijat Laurea-ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyössä kyselylomakkeeseen vastanneiden määrä on 14 opiskelijaa. Ensimmäisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnot ovat koostuneet tähän mennessä teoriaopetuksesta, johon on sisältynyt muun muassa hoitotyön lähtökohtien, ihmisen elimistön rakenteen ja toiminnan sekä perusauttamismenetelmien opintoja. Opintoihin on kuulunut ergonomian teoriaopetusta itsenäisenä verkkotyöskentelynä. (Laurea-ammattikorkeakoulu 2016.)

Potilassiirtoergonomiakoulutukseen osallistui yhteensä 15 sairaanhoitajaopiskelijaa. Ensimmäiseen koulutuspäivään osallistui 9 sairaanhoitajaopiskelijaa, joista 4 opiskelijaa olivat ammatiltaan lähihoitajia. Toiseen koulutuspäivään osallistui 6 sairaanhoitajaopiskelijaa, joista 1 opiskelija oli lähihoitaja. Osalla sairaanhoitajaopiskelijoista oli aikaisemmassa koulutuksessa ja työelämässä hankittua ergonomiosaamista ja osalla ei ollut aikaisempaa osaamista lainkaan, joka huomioitiin potilassiirtoergonomiakoulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa.

4.2 Potilassiirtoergonomiakoulutus

Potilassiirtoergonomiakoulutusta varten tehtiin kuvasarja ergonomisista potilassiirtomenetelmistä, apuvälineistä ja työasunnoista postereiden muodossa (liite 2). Postereista tehtiin A3 kokoisia ja niitä tehtiin yhteensä 15 kappaletta. Postereiden kuvasarjojen kuvat otettiin hoitotyön oppimisympäristössä. Kuvauspäivään osallistui kuvaajan lisäksi kolme avustajaa, joilta kaikilta saatiin suullinen lupa käyttää kuvia opinnäytetyön tuotoksessa. Postereita käytettiin opetuksen tukena potilassiirtoergonomiakoulutuksessa. Potilassiirtoergonomiakoulutuksessa postereiden

tarkoituksena oli tukea opiskelijoita harjoittelemaan pienryhmissä ergonomisia potilassiirtomenetelmiä ja hoitotyössä käytettävien apuvälineiden käyttöä. Posterit annettiin opinnäytetyön tilaajalle myös sähköisessä muodossa, jolloin niitä voi tulostaa Laurea-ammattikorkeakouluihin opetuskäyttöön.

Potilassiirtoergonomiakoulutusta varten tehtiin lisäksi luentomateriaali (liite 1) sekä palautekyselylomake (liite 3). Luentomateriaali rakennettiin tämän opinnäytetyön teoriaperustasta, joka sisälsi teorian lisäksi kuvauspäivänä otettuja kuvia havainnollistamaan luentomateriaalin teoriaperustaa. Kuvat ovat samoja kuvia, joita käytettiin postereiden kuvasarjoissa.

Potilassiirtoergonomiakoulutus pidettiin kahdessa vierekkäin olevassa luokkatilassa. Toisessa luokkatilassa pidettiin luentoa ja toisessa luokkatilassa, hoitotyön oppimisympäristössä harjoiteltiin ergonomisia potilassiirtomenetelmiä ja apuvälineiden käyttöä. Hoitotyön oppimisympäristössä käytettävissä oli 4 potilassänkyä, 1 pyörätuoli, 1 rollaattori, 4 liukulakanaa, 1 kahvallinen vuodesuoja, 3 erilaista liukulevyä, 2 kovaa kääntölevyä, 1 Flexi-move, 1 elämänlanka, 4 kohottautumistelinettä, 3 kävelyvyötä, 10 paria liukukintaita, 10 patjaa, 1 liukueste sekä 4 tuolia, joita kaikkia hyödynnettiin käytännön harjoittelussa.

Ensimmäiseen koulutuspäivään osallistui 9 opiskelijaa, joista neljä opiskelijaa olivat ammatiltaan lähihoitajia ja viidellä opiskelijalla ei ollut lainkaan aikaisempaa kokemusta hoitotyön ergonomiasta. Toiseen koulutuspäivään osallistui kuusi opiskelijaa, joista yksi oli ammatiltaan lähihoitaja ja viidellä opiskelijalla ei ollut lainkaan aikaisempaa kokemusta hoitotyön ergonomiasta. Koulutuspäivä aloitettiin vuorovaikutuksellisella luennolla. Aluksi käytiin läpi diat 1-15, jonka jälkeen siirryttiin viereiseen luokkatilaan, hoitotyön oppimisympäristöön käytännön harjoitteluun. Hoitotyön oppimisympäristössä opiskelijoille demonstroitiin luennolla käydyt asiat, jonka jälkeen opiskelijat pääsivät harjoittelemaan siirtomenetelmiä keskenään kahden ja kolmen hengen pienryhmissä. Posterit olivat esillä pöydällä ja seinällä hoitotyön oppimisympäristössä. Ensimmäisenä koulutuspäivänä esillä olivat kaikki posterit, mutta opiskelijapalautteen perusteella toisena koulutuspäivänä esille laitettiin ainoastaan ne posterit, joiden sisältöä sillä hetkellä harjoiteltiin käytännössä.

Kun kaikki opiskelijat olivat saaneet harjoitella kaikkia siirtotekniikoita ja apuvälineiden käyttöä niin hoitajan, kuin potilaankin roolissa, vuorovaikutuksellista luentoa jatkettiin toisessa luokkatilassa ja käytiin yhdessä läpi diat 16-20, jonka jälkeen siirryttiin takaisin hoitotyön oppimisympäristöön harjoittelemaan. Hoitotyön oppimisympäristössä demonstroitiin luennolla käydyt asiat yhdessä opinnäytetyön tilaajan ja vapaaehtoisten opiskelijoiden kanssa muille opiskelijoille, jonka jälkeen opiskelijat pääsivät harjoittelemaan opettamiamme siirtomenetelmiä keskenään kahden ja kolmen hengen pienryhmissä. Opiskelijoilla oli mahdollisuus kysyä ja saada apua, sekä kommentoida koulutusta koko koulutuspäivän ajan.

Kun kaikki opiskelijat olivat saaneet harjoitella kaikkia siirtomenetelmiä ja apuvälineiden käyttöä niin hoitajan, kuin potilaankin roolissa, käytiin aamupäivän tapahtumia yhdessä läpi, jolloin opiskelijoilla oli mahdollisuus kertoa mielipiteitään potilassiirtoergonomiakoulutuksesta. Ilta-päivällä jatkettiin vuorovaikutuksellista luentoa. Käytiin yhdessä läpi diat 21-32, jonka jälkeen siirryttiin hoitotyön oppimisympäristöön harjoittelemaan luennolla käytyjä asioita käytännössä. Ennen käytännön harjoittelua demonstroitiin luennolla kädyt asiat opiskelijoille ja muistutettiin opiskelijoita hyödyntämään postereita käytännön harjoittelussa. Molempina koulutuspäivinä kaikki opiskelijat pääsivät harjoittelemaan oikeaoppisia työskentelyasentoja, siirtomenetelmiä ja kaikkia käytössä olevia apuvälineitä. Jokainen opiskelija sai harjoitella niin hoitajan, kuin potilaankin roolia, jokaisessa harjoittelutilanteessa.

Kun kaikki opiskelijat olivat saaneet harjoitella kaikkia siirtomenetelmiä ja apuvälineiden käyttöä, siirryttiin takaisin toiseen luokkatilaan ja käytiin yhdessä läpi loput luentodiat 33-38. Päivän päätteeksi käytiin yhdessä läpi päivän kulkua ja opiskelijat saivat halutessaan täyttää palautekyselylomakkeen. Potilassiirtoergonomiakoulutukseen osallistui yhteensä 15 opiskelijaa, joista 14 opiskelijaa vastasivat palautekyselylomakkeeseen. Palautekyselylomakkeella pyydettiin opiskelijoita arvioimaan koulutuksen hyödyllisyyttä. Molemmat koulutuspäivät olivat sisällöltään lähestulkoon samanlaisia. Vain pieniä muutoksia, kuten postereiden määrää hoitotyön oppimisympäristössä muutettiin toiseen potilassiirtoergonomiakoulutukseen, ensimmäisessä potilassiirtoergonomiakoulutuksessa saadun opiskelijapalautteen perusteella.

4.3 Kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä

Potilassiirtoergonomiakoulutuksen jälkeen kerättiin arviointi koulutuksesta kyselylomakkeen avulla. Kyselylomake on yleisesti käytetty tiedonkeruun perusmenetelmä, joka soveltuu useisiin erilaisiin tutkimuksellisiin tarkoituksiin. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 34.) Kyselylomakkeella pyritään keräämään tietoa jostakin määritellystä aiheesta. Tiedon keräämiseen tarkoitettulle kyselylomakkeelle ominaista on muun muassa se, että kyselylomakkeen laatija on perehtynyt etukäteen tutkimusaiheeseen. Usein kyselylomakkeen laatija motivoi vastaajaa vastaamaan kyselylomakkeeseen. Lisäksi kyselylomakkeeseen vastanneiden henkilöiden pitää voida luottaa siihen, että kyselylomakkeen sisältö ja siitä saadut tiedot ovat luottamuksellisia. (Hirsjärvi & Hurme, 43.)

Kyselylomakkeen etuna on se, että sillä voidaan kysyä suureltakin joukolta ihmisiä monia asioita. Kysely on myös menetelmänä tehokas ja nopea ja tavallisesti se tuottaa paljon numeroihin liittyviä tuloksia, joita voidaan käsitellä tilastollisesti. Tilastolliseen tiedon käsittelyyn ja tutkimukseen on kehitetty valmiit raportointitavat, ohjelmistot ja analyysitavat. Kyselyn heikkoutena puolestaan pidetään kyselyistä tuotetun tiedon pinnallisuutta ja sitä, että

ei voida tietää ovatko annetut vastausvaihtoehdot olleet onnistuneita vastaajien mielestä, kuinka vakavasti kyselyyn vastanneet ovat suhtautuneet tutkimuksen ja millainen tietoperusta vastaajilla on entuudestaan tutkitusta aiheesta. (Ojasalo & Muurinen & Ritalahti 2009, 108.) Kyselyssä tutkijan on myös luotettava, että vastaaja on luku- ja kirjoitustaitoinen ja että vastaaja kykenee ilmaisemaan itsensä ja myös vastaamaan kysymyksiin oikein. Mahdollinen vastausten niukkasanaisuus voi johtua jostakin edellä mainitusta tekijästä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.) Vakiotulkinnan mukaan laadullisella tutkimusmenetelmällä saadaan huonosti yleistettävää, mutta syvällistä tietoa. Vaikka kysely soveltuu monien eri ilmiöiden ja aiheiden tutkimukseen, on kyselyn yhtenä perusvaatimuksena se, että tutkittavasta aiheesta tulee olla olemassa riittävästi aikaisempaa tietoa, kuten ergonomiasta ja opettamisesta on. Sillä jos aikaisempaa tietoa ei ole tarpeeksi, on vaikeaa ja lähes mahdotonta suunnitella kyselylomakkeen laatimista, jonka seurauksena kysymyksien vastaukset ovat epäluotettavia. (Ojasalo & Muurinen & Ritalahti 2009, 108-109.)

Kyselytutkimus aloitetaan perehtymällä aikaisempiin tutkimuksiin ja niissä käytettyihin aineistoihin. Ennen kyselylomakkeen suunnittelua tulee kehittämistyön tavoitteet olla selvillä. Kyselylomakkeeseen tulee laittaa vain sellaisia kysymyksiä, joita tarvitaan kehittämistyön tavoitteiden saavuttamiseksi. Kyselylomakkeen suunnittelu ja toteuttaminen kannattaa tehdä aina vasta sitten, kun tutkimuksen tietoperusta on kerätty ja siihen on perehdytty huolellisesti. Kyselylomakkeessa erittäin tärkeitä ovat kyselylomakkeen ulkoasun selkeys ja lomakkeen pituus niin tietojen tallentajalle kuin vastaajallekin. Vastausajan tulee olla korkeintaan 15-20 minuuttia, sillä liian pitkä kysely heikentää vastaamishalua. Kyselylomakkeen kysymyksien tulee olla myös helppotajuisia sekä yksinkertaisia, johon kyselyyn vastaaja osaa vastata. Kysymysten laadinnassa tulee käyttää täsmällistä, tarkoituksenmukaista ja yksinkertaista kieltä. Hyvä kysymys on lyhyt ja yksiselitteinen. Kysymyksen tulee kysyä vain yhtä asiaa kerrallaan ja siinä tulee olla mahdollisuus valita vaihtoehto "ei mielipidettä." Jokaisen vastaajan tulee ymmärtää kysymys samalla tavalla. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2009, 115-116.)

Kysymykset kannattaa laatia mahdollisimman tarkoiksi ja lomake kannattaa aloittaa helpoimmalla kysymyksellä. Kyselyssä vastaajan luokiteltua ikää ei saa kysyä ilman erityistä syytä, vaan vastaajalta kannattaa kysyä syntymävuotta vuoden tarkkuudella. Kysymysten laadinnassa kannattaa suosia valmiita vastausvaihtoehtoja, sillä täysin avoimia kysymyksiä voi käyttää ainoastaan, jos sille on jokin painava syy. Kyselyjen, joissa on käytetty täysin avoimia kysymyksiä, eivät kaikki vastaukset aina täytä tutkijan odotuksia, eivätkä kaikki vastaajat usein edes vastaa niihin, paitsi siinä tapauksessa, jossa tiedetään varmasti kaikkien vastaajien olevan helposti kantaa ottavia ja aktiivisia vastaajia. Sellaisessa tapauksessa avoimien kysymysten käyttö on suositeltavaa. Kun kyselyn kysymykset ovat avoimia kysymyksiä, vastaaja saa vastata niihin omin sanoin vapaamuotoisesti, jonka perusteella tämän opinnäytetyön

palautelomakekyselyyn laaditaan ainoastaan avoimia kysymyksiä. Tämän opinnäytetyön palautekyselylomakkeen tarkoituksena on kartoittaa opiskelijoiden mielipiteitä koulutuksen hyödyllisyydestä. Vaikka kyselylomake on yleensä määrällinen tutkimusmenetelmä, tässä opinnäytetyössä tutkimusote on kokonaan laadullinen, sillä avoimet kysymykset tuottavat laadullista dataa. (Ojalahti & Moilanen & Ritalahti 2009, 116-119.)

Kyselylomakkeeseen tulee merkitä mahdollisimman yksityiskohtaiset vastausohjeet yksittäisten kysymysten loppuun ja lomakkeen alkuun. Ojasalon, Moilasan ja Ritalahden mukaan vastausohjeessa tulee lukea ainakin seuraavan lainen ohje: "Ellei toisin mainita, rengastakaa oikeaa vaihtoehtoa vastaava numero tai kirjoittakaa vastauksenne sille varattuun tilaan". Strukturoitujen kysymysten vastausvaihtoehtojen tulee olla toisensa poissulkevia ja kun kyselylomake on laadittu, se tulee testata tavalla tai toisella ennen, kuin se otetaan käyttöön. Kyselylomakkeen eri versioita tulee antaa tutkimuksen ohjaajille tai muille alan ihmisille luettavaksi. Lopulliseksi lomakkeeksi arvioitu versio täytetään itse ja se annetaan koevastaajajoukon vastattavaksi. Tämän jälkeen lomakkeeseen tehdään viimeiset täydennykset ja muutokset tarpeen mukaan. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2009, 116-117.)

Kyselytutkimuksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että kyselylomakkeen alussa on saatekirje. Saatekirjeestä selviää, mikä kysely on kyseessä, kuka on kyselytutkimuksen tekijä tai teettäjä ja mikä on kyselyn kohderyhmä, jolloin vastaaja voi päättää haluaako osallistua tutkimukseen vai ei. Saatekirjeen tulee herättää vastausmotivaatiota ja luottamusta ja siinä tulee olla perustelu tutkimuksen tarpeellisuudesta. Saatekirjeessä tulee olla maininta vastaajien anonymiteetin säilymisestä, tutkimusaineiston ja tulosten käytöstä ja maininta siitä, että jokaisen vastaajan vastaus on tärkeä tämän tutkimuksen onnistumisessa. Lisäksi saatekirjeessä tulee olla mainittuna lomakkeen viimeinen palautuspäivämäärä, etukäteiskiitokset yhteistyöstä ja vastauksista, sekä tekijän tai kyselyn teettäjän edustajien allekirjoitukset ja nimenselvennökset. (Ojasalo & Moilanen & Ritalahti 2009, 118-119.) Tässä opinnäytetyössä aineistoa analysoitiin sisällön analyysillä.

4.4 Aineiston analysointi

Yksi aineiston analysoinnin perusmenetelmistä on sisällön analyysi. Sisällön analyysi voidaan tehdä aineistolähtöisenä sisällön analyysinä, jolloin tutkijan tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta jonkinlainen toiminnan logiikka ymmärtämällä myös tutkittavien ajattelu- ja toimintatapoja. Analyysin eteneminen alkaa aineistoon tutustumisella ja päätöksen tekemisellä siitä, mikä aineistossa kiinnostaa. Tämän jälkeen aineisto litteroidaan tai koodataan ja pelkistetään karsimalla tutkimuksen kannalta epäolennainen informaatio pois. Jäljelle jäänyt informaatio tiivistetään yhteen tai pilkotaan osiksi tutkimusongelmaa apuna käyttäen, jonka jälkeen nämä

asiat luokitellaan. Sisällön analyysi onnistuu ainoastaan silloin, kun kaikki aikaisemmat kohdat ovat toteutuneet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-93; Viikka 2005, 140-141.)

Metsämuurosen mukaan tutkimuksen aineistoa voi analysoida ainoastaan tutkija itse. Vaikka olisikin mahdollista käyttää apuna tutkimusapulaisia kirjoittamaan puhtaaksi kyselylomakkeiden vastauksia tai muistiinpanoja, varsinainen analysointi on aina tutkijan itsensä käsissä. Tutkimuksen aineistoa on mahdollista analysoida yhtäaikaaisesti aineiston keräämisen, tulkinnan ja raportoinnin vaiheiden kanssa. Varsinainen tämän opinnäytetyön aineiston analysointi voidaan tehdä siinä vaiheessa tutkimusta, kun kyselylomakkeiden vastaukset ja muistiinpanot on kirjoitettu puhtaaksi. (Metsämuuronen 2008, 47-48.)

Metsämuurosen mukaan sisällön analyysissä voi käyttää apuvälineenä visuaalista käsitekarttaa, jonka avulla tutkija voi hahmottaa suuren kokonaisuuden ja kaikki sen osat yhtä aikaa. Aineiston analysointi tapahtuu aineiston ehdoilla ja sen tarkoituksena on löytää aineistosta ydinkategoriat. Hyvässä tekstianalyysissä hyödynnetään peruskysymyksiä: miksi sanoi, mitä tarkoitti, kuka sanoi, mitä sanoi, mihin pyrki ja kehen pyrki vaikuttamaan. (Metsämuuronen 2008, 50-54.) Tämän opinnäytetyön aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.

4.5 Tulokset

Palautekyselylomakkeessa ensimmäiseksi kysyttiin opiskelijoiden mielipidettä potilassiirtoergonomiakoulutuksen hyödyllisyydestä ja siihen vastasi yhteensä 14 opiskelijaa. Vastauksista ilmeni, että puolet opiskelijoista koki koulutuksen erittäin hyödylliseksi ja puolet kokivat koulutuksen hyödylliseksi. Kaksi opiskelijaa toi esille, että koulutus oli todella hyödyllinen etenkin näin opintojen alussa, ilman aikaisempaa hoitoalan kokemusta ja ennen ensimmäistä työharjoittelua.

Erittäin hyödyllinen ja tärkeä osa sairaanhoitajan ammattitaitoa.

On tärkeää tehdä asiat oikein alusta asti.

Oman ja potilaan turvallisuuden kannalta tärkeää osata siirtää oikein.

Koin koulutuksen hyödylliseksi, vaikka olen lähihoitaja ja paljon siirtänyt potilaita työelämässä, sekä käynyt erilaisissa ergonomia koulutuksissa.

Palautekyselylomakkeen toisessa kysymyksessä kysyttiin mitä opiskelijat oppivat potilassiirtoergonomiakoulutuksessa. Tähän vastasi yhteensä 14 opiskelijaa. Kahdeksan opiskelijaa oppi

koulutuksessa uusia siirtomenetelmiä ja kaksi opiskelijaa uusia apuvälineitä, sekä niiden käyttöä monipuolisesti. Neljä opiskelijaa oppi työskentelemään ergonomisesti oikeassa työasennossa.

Opin, että kaikki siirtotavat eivät ole enää suositeltavia, vaikka niitä yhä työelämässä käytetäänkin.

Erityisesti opin kiinnittämään huomiota oman kehon asentoon, vasta käytännössä löysin oikean tekniikan neuvottuna.

Kun oli potilaan roolissa, sai tuntuman siitä miltä siirto tuntuu.

Seuraavaksi kysyttiin, mitä muuta he olisivat halunneet oppia potilassiirtoergonomiakoulutuksessa ja jäikö jokin asia heidän mielestään oppimatta. Palautekyselylomakkeen kolmanteen kysymykseen vastasi yhteensä kahdeksan opiskelijaa, kuusi opiskelijaa olivat jättäneet tämän kohdan tyhjäksi. Kolme opiskelijaa toi esille, että koulutus oli kattava ja kolme opiskelijaa jäi kaipaamaan potilasnostimen käytännön harjoittelua, jota ei valitettavasti ollut mahdollista toteuttaa tässä koulutuksessa nostolaitteen puuttumisen vuoksi. Yksi opiskelija toi esille koulutuksen olleen liiankin kattava yhdelle koulutuspäivälle ja yksi opiskelija olisi toivonut, että opetuksessa olisi käytetty parempia opetusvälineitä.

Mielestäni asiat käytiin hyvin läpi lyhyessä ajassa.

Olisi ollut hyvä, jos olisi voinut harjoitella potilasnostimella nostamista lattialta.

Toimintatapoja käsiteltiin niin monia, että useat niistä jäivät todennäköisesti pois muistista.

Palautekyselylomakkeen neljännessä kysymyksessä kysyttiin opiskelijoilta, miten posterit tukivat heidän oppimistaan potilassiirtoergonomiakoulutuksen aikana. Palautekyselylomakkeen neljanteen kysymykseen vastasi yhteensä 11 opiskelijaa. Ensimmäisenä koulutuspäivänä viisi opiskelijaa vastasi palautekyselylomakkeen neljanteen kysymykseen, joista suurin osa koki, että postereita oli liikaa esillä hoitotyön oppimisympäristössä. Ensimmäisenä koulutuspäivänä hoitotyön oppimisympäristössä oli esillä kaikki 15 posteria.

Postereita oli esillä liikaa, joten etsiminen vei kauemmin aikaa, kuin opettajilta kysyminen.

Postereita oli liikaa työtilassa, jossa siirtoja harjoiteltiin. Joukosta oli vaikea löytää etsimäänsä.

Palautteeseen reagoitiin ja koulutuksen suunnitelmaa muutettiin. Toisena koulutuspäivänä esille laitettiin kerrallaan vain ne posterit, joiden sisältöä sillä hetkellä harjoiteltiin käytännössä. Toisena koulutuspäivänä kuusi opiskelijaa vastasi palautekyselylomakkeen neljanteen kysymykseen. Neljän opiskelijan vastauksista ilmeni, että posterit tukivat positiivisesti heidän oppimistaan ja toimivat muistintukena käytännön harjoittelun aikana. Kaksi opiskelijaa toivat esille, että eivät kokeneet tarvitsevansa postereita käytännön harjoittelussa ja yksi opiskelija toivoi postereiden lisäksi videomateriaalia potilasnostimen käytöstä.

Posterit olivat selkeitä ja asia välittyi hyvin niiden kautta.

Palautekyselylomakkeen viidennessä kysymyksessä kysyttiin opiskelijoilta, miten luentomateriaali tuki heidän oppimistaan. Palautekyselylomakkeen viidenteen kysymykseen vastasi yhteensä 13 opiskelijaa. Kahdeksan opiskelijaa toivat esille, että luentomateriaali oli hyvä ja se antoi lisätietoa. Neljä opiskelijaa toivat esille, että luentomateriaali auttoi käytännön harjoittelussa ja yksi opiskelija koki luentomateriaalin olleen kertausta.

Oli erittäin hyvä, että asiat käytiin ensin läpi dioina, sitten opettajien näyttäminä ja sitten ne harjoiteltiin itse.

Luentomateriaali synnytti hyviä keskusteluita aiheesta ja antoi tietoa, mikä on hyödyllistä potilaan kanssa toimiessa.

Hyvin! Tarpeeksi vähän tekstiä ja enemmän selitystä ja kuvia, kuin normaalisti luennoilla.

Palautekyselylomakkeen viimeisessä kohdassa opiskelijat saivat kommentoida vapaasti potilassiirtoergonomiakoulutusta. Palautekyselylomakkeen viimeiseen kohtaan kommentoi yhteensä 11 opiskelijaa, joista kaikki opiskelijat kertoivat opetuksen olleen onnistunut ja kattava kokonaisuus.

Koulutus oli mukavan rento, ei turhaa jäykistelyä ja asiakin tuli varmasti osin siksi hyvin perille.

Hyödyllinen koulutus, jota suosittelen kaikille. Oli kiva päästä konkreettisesti itse tekemään. 5/5.

5 Pohdinta

Potilassiirtoergonomiakoulutukseen osallistui alun perin suunnitellun 23 opiskelijan sijaan vain 15 opiskelijaa. Ensimmäiseen koulutuspäivään osallistui 9 opiskelijaa ja toiseen koulutuspäivään osallistui 6 opiskelijaa. Koulutuksen onnistumisen kannalta pienempi osallistujamäärä oli positiivinen asia. Luokkatilaan, jossa käytiin luentomateriaalia läpi, olisi mahtunut suurikin joukko opiskelijoita mukaan, mutta hoitotyön oppimisympäristössä tilat olivat huomattavasti pienemmät ja käytössä oli ainoastaan 4 potilassänkyä. Koska osallistujamäärä oli pieni molempina koulutuspäivinä, kaikki opiskelijat saivat rauhassa harjoitella kaikkea opettamaamme ja kokeilla niin hoitajan, kuin potilaankin roolia erilaisissa siirtomenetelmissä. Suunniteltua pienempi opiskelijamäärä mahdollisti opiskelijoiden auttamisen ja tukemisen jokaisessa käytännön harjoituksessa. Mielestäni tällainen opetustilanne on ihannetilanne, kun harjoitellaan jotakin asiaa käytännössä. Pystyimme varmistamaan, että kaikki opiskelijat oppivat tekemään harjoitukset oikein, hyödyntäen siirron apuvälineitä monipuolisesti erilaisissa siirtomenetelmissä.

Potilassiirtoergonomiakoulutus oli kaikin puolin onnistunut kokonaisuus, mutta saadun opiskelijapalautteen perusteella koulutukseen kannattaa lisätä jatkossa myös potilasnostimen käytön harjoittelua. Tämän opinnäytetyön ergonomiakoulutus lisäsi monipuolisesti opiskelijoiden tietämystä hoitotyön ergonomiasta, erilaisista siirtomenetelmistä, apuvälineistä ja niiden käytöstä. Suurimmalle osalle opiskelijoista koulutuksessa opetetut asiat olivat kokonaan uusia asioita ja vain pienelle osalle opiskelijoista koulutuksessa opetetut asiat olivat kertausta. En voi olla kuin tyytyväinen tämän opinnäytetyön potilassiirtoergonomiakoulutukseen. Vaikka koulutuksen päätarkoitus oli saada opiskelijat oppimaan, sain myös itse koulutuksesta paljon irti. Ergonomian osaaminen ja ohjaustaidot lisääntyivät huomattavasti, joita tulen tarvitsemaan tulevaisuudessa työskennellessäni sairaanhoitajana. Luentomateriaali ja posterit tehtiin sähköisessä muodossa, jolloin niitä voidaan käyttää opetusmateriaaleina tulevissa potilassiirtoergonomiakoulutuksissa. Jatkossa voisi olla hyödyllistä kehittää opetusvideo erilaisten siirto-tekniikoiden oppimiseen. Opetusvideota voisi käyttää ennen käytännön harjoituksia itsenäisenä ennakkomateriaalina ja lisäksi siitä olisi hyötyä ennen erityisesti tilanteissa joissa ei kaikkia välineitä ole käytettävissä.

6 Eettisyydestä ja luotettavuudesta

Opinnäytetyön tekemisessä sitouduttiin noudattamaan Helsingin yliopiston Tutkimuseettisen neuvottelukunnan toimintatapoja hyvästä tieteellisestä käytännöstä toimimalla huolellisesti, rehellisesti ja tarkasti opinnäytetyön aineiston hankinnassa sekä tulosten raportoinnissa ja esittämisessä. Jokaisen tutkimuksen edellytyksenä on saada tutkimuslupa ennen tutkimuksen aloittamista. Luottamuksellisuus ja tietosuoja huomioitiin kaikessa opinnäytetyöhön liittyvässä toiminnassa. (Helsingin yliopisto 2016.)

Tässä opinnäytetyössä ihmisoikeudet muodostavat yhden tutkimuksen eettisistä periaatteista. Tutkittavien opiskelijoiden kannalta on eettisesti oikein, että tutkija selvittää heille tutkimuksen menetelmät, tavoitteet ja tutkimuksen mahdolliset riskit. Lisäksi on eettisesti oikein, että osallistuja tietää suostuessaan tutkimukseen, mistä tutkimuksessa on kyse. (Tuomi 2007, 145.) Opinnäytetyössä eettisyys huomioitiin koko tutkimuksen ajan. Teoriaosuus kirjoitettiin tutkitun tiedon pohjalta. Opinnäytetyö ja sen tutkimusosuus tehtiin noudattamalla hyvän eettisen tutkimuksen toimintatapoja.

Tutkimuksen toteuttamiseen haettiin tutkimuslupa Laurea-ammattikorkeakoulun organisaatiolta. Tutkittavien, eli sairaanhoitajaopiskelijoiden kannalta työ toteutettiin eettisesti. Koko tutkimusprosessin ajan tutkittavien yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin. Tutkittaville selvennettiin ennen tutkimukseen osallistumista tutkimuksessa käytettävät tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen tavoitteet. Tutkittavat olivat tietoisia mihin tutkimukseen osallistuvat ja heillä oli myös mahdollisuus olla osallistumatta tutkimukseen, vaikka potilassiirtoergonomiakoulutus kuuluukin heidän opintoihinsa. Lisäksi tutkittavien henkilöllisyys pidettiin salattuna, tutkittaville kerrottiin, ettei heidän taustatietojaan kysytä tutkimuksessa. Ainoa taustatieto, jota tutkimuksessa käytettiin, on tieto siitä, että tutkittavat ovat Laurea-ammattikorkeakoulun ensimmäisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita. Opinnäytetyössä käytetyt valokuvat ovat opinnäytetyön tekijän ottamia ja niissä esiintyy opinnäytetyön tekijän lisäksi kaksi avustajaa, joilta molemmilta on pyydetty lupa kuvien käyttämiseen. Molemmat avustajat ovat nähneet kuvat ja hyväksyneet niiden käyttämisen opinnäytetyössä. Myös tutkimusaineistoa käsiteltiin eettisten periaatteiden mukaan, valmiit kyselyt säilytettiin tutkijalla. Vain tutkija analysoi ja katsoi tulokset säilyttäen niitä salassa. Analysoinnin jälkeen kyselylomakkeet ja niiden vastaukset hävitettiin.

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä kysely on luotettava, sillä aikaisempaa tutkittua tietoa ergonomiasta löytyy runsaasti kirjallisuudesta, internet-lähteistä sekä eri tietokannoista. Mitä enemmän tutkittua tietoa on, sitä helpompaa kyselylomakkeen laatiminen on ja sitä luotettavampia kysymyksiin annetut vastaukset ovat. (Ojasalo & Muurinen & Ritalahti 2009, 108-109.) Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös tutkimuksen kesto eli millaisella aikataululla tutkimus on tehty ja miten aikataulu vaikuttaa tuloksiin. Toinen luotettavuuteen vaikuttava tekijä on aineiston analyysi eli miten aineisto analysoitiin ja miten tuloksiin ja johtopäätöksiin päädyttiin. (Tuomi 2007, 151.)

Tutkimus on luotettava, kun tulkittu materiaali ja tutkimuskohde ovat yhteensopivia, eikä teorianmuodostukseen ole vaikuttaneet satunnaiset tai epäolennaiset tekijät. Tutkimusprosessin luotettavuus tarkoittaa myös sitä, että vastaavatko tutkijan tekemät tulokset tutkittavan käsitteitä. Yksi tärkeä luotettavuuden tekijä on tutkijan rehellisyys, koska arvioinnin kohteena on

tutkijan tutkimuksessa tehdyt valinnat, teot ja ratkaisut. Tutkija tekee koko ajan luotettavaa arviointia suhteessa analyysitapaan, teoriaan, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, tutkimiseen, luokitteluun, johtopäätöksiin ja tulkintaan. Tutkijan on myös pystyttävä kuvaamaan ja perustelemaan tutkimustekstissään, mitä, miksi ja miten lopullisiin ratkaisuihin on päädytty arvioimalla ratkaisujensa toimivuutta tai tarkoituksenmukaisuutta tavoitteiden kannalta. (Vilka 2005, 158-160.)

Tässä opinnäytetyössä luotettavuus on otettu huomioon opinnäytetyöprosessin jokaisessa vaiheessa. Opinnäytetyöprosessissa toimittiin rehellisesti ja tutkimusaineiston luokittelu, analysointitapa, johtopäätökset ja tulkintatapa tehtiin niin luotettavasti kuin mahdollista. Opinnäytetyön luotettavuus ja tarkkuus näkyvät työn teoriaosuudessa, joka kirjoitettiin luotettavien lähteiden pohjalta. Lähteiden monipuolinen käyttö toi opinnäytetyölle luotettavuutta. Lähteiden käytössä pyrittiin mahdollisimman monipuoliseen aineistoon. Siitä huolimatta lähteissä on toisintoa, esimerkiksi Tamminen-Peterin kirjoituksia on käytetty opinnäytetyössä paljon. Saman kirjoittajan esiin tuominen opinnäytetyön eri kirjoitusosuuksissa on kuitenkin perusteltua, koska kyseinen kirjoittaja on tehnyt laajaa tutkimustyötä tämän aihealueen parissa.

Lähteet

Painetut lähteet

Engeström, Y. 1994. Perustietoa opetuksesta. 2.-9. painos. Helsinki: Painatuskeskus.

Hänninen, O. & Koskelo, R. & Kankaanpää, M. & Airaksinen, O. 2005. Ergonomia terveydenhuollossa. Hämeenlinna: Karisto kirjapaino.

Junnila, R. & Koskinen, S. & Stolt, M. & Salminen, L. 2011. Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen. Onko näyttöä opetusmenetelmien vaikuttavuudesta? Turku: Turun yliopisto.

Kauhanen, L. & Heikkilä, K. & Koskenniemi, J. & Salminen, L. 2014. Näyttöön perustuva opettaminen ja ohjaaminen vol.2. Turku: Turun yliopisto.

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

Launis, M. & Lehtelä, J. 2011. Ergonomia. Tampere: Tammerprint.

Mykrä, T. & Hätönen, H. 2008. Opas opetusmenetelmistä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Ojasalo, K. & Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Porvoo: WSOY.

Pruuki, L. 2008. Ilo opettaa. Tietoa, taitoa ja työkaluja. Helsinki: Edita Prima Oy.

Rantsi, H. 2005. Potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetus sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa. Helsinki: Yliopistopaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetus sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa. Helsinki: AT-julkaisutoimisto.

Tamminen-Peter, L. & Wikström, G. 2013. Potilassiirrot. Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Tamminen-Peter, L. & Moilanen, A. & Fagerström, V. 2011. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. 2. painos. Tampere: Tammerprint Oy.

Tuohino, L. 2013. Vähennä voimaa, säästä selkää. HUSARI 3/2013.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Gummerus.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Gummerus.

Vehviläinen, S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. 2. painos. Helsinki: Gaudeamus.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Otava.

Sähköiset lähteet

Atula, S. 2016. Parkinsonin tauti. Viitattu 8.12.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00055

Atula, S. 2015. MS-tauti (multippeliskleroosi). Viitattu 8.12.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00048

Fagerström, V. 2013. Asukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä-monitasoinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/88075/AnnalesC360Fagerstr%C3%B6m.pdf?sequence=1>

Fagerström, V. 2009. Potilasnostimien toimivuus vanhustenhuollossa ja apuvälineiden käytön tukeminen. https://www.tsr.fi/documents/20181/40645/107382-Loppuraportti_Potilasnostimet.pdf/4514875f-7572-4eef-8cfb-e2f21c003a66

Finlex. 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 13.12.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Finlex. 2002. Työturvallisuuslaki. Viitattu 15.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Helsingin yliopisto. 2016. Hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimusetiikka. Viitattu 25.11.2016. <https://www.helsinki.fi/fi/tutkimus/tutkimusetiikka#section-2636>

Kettunen, M & Palvalehto-Silven, H & Penson, K & Väyrynen, S. 2016. Opetusmenetelmät opetuksen monipuolistajina. Viitattu 17.11.2016. <http://www.oamk.fi/amok/oppimat/LO/Opetusmenetelmät/>

Kinestetiikka. 2016. Kinestetiikan kehittyminen. Viitattu 26.11.2016. <http://www.kinestetiikka.fi/kinestetiikka/kinestetiikan-kehittyminen/>

Kinestetiikka. 2016. Kinestetiikka. Viitattu 26.11.2016. <http://www.kinestetiikka.fi/kinestetiikka/>

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2017. Hoitotyön koulutusohjelma (Laurea Lohja, sote) (SHF11SN). Viitattu 16.2.2017. https://soleops.laurea.fi/opsnet/disp/fi/ops_KoulOh-jOps/tab/tab/cssrep?ryhma_id=3983825&valkiel=fi&stack=push3

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2016. Laurean opintotarjonta. Viitattu 12.12.2016. <https://opinto.laurea.fi/julkinen/fi/Opinnot>

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2016. Laurea Lohja. Viitattu 13.10.2016. <https://www.laurea.fi/laurea/kampukset/lohja>

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2016. Virtuaalisuus opinnoissa. Viitattu 25.11.2016. <https://www.laurea.fi/opiskelu-ja-hakeminen/opintojen-kulku/virtuaalisuus-opinnoissa>

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2015. Terveystori avattu Lohjan kampuksella. Viitattu 13.10.2016. <https://www.laurea.fi/tiedotteet/Sivut/Terveystori-avattu-Lohjan-kampuksella.aspx>

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2011. Kehittämispohjaista oppimista LbD-opas. Viitattu 14.12.2016. https://www.laurea.fi/dokumentit/Documents/LbD_opas_Raij.pdf#search=lbD

Lähdesmäki-Mäkinen, L & Koistinen, P. 2012. Muistisairaana vanhuksen manuaalinen ohjaus liikkumisessa. http://www.vanhustyonosaaajat.fi/vanhustyonosaaajat/Vuosikokous/kutsut_ohjelmat/2012%20seminariesitykset/2012_03_14_Manuaalinen_ohjaus.pdf

Opetushallitus. 2012. Työsuojelu ja -turvallisuus - ammatillisen koulutuksen erityispiirteitä. Viitattu 12.12.2016. http://www.oph.fi/opetustoimen_turvallisuusopas/turvallisuuden_osa-alueita/tyoturvallisuus/ammattikoulutus

Projekti-instituutti. 2016. Projektijohtamisen sanastoa. Viitattu 25.11.2016. http://www.projekti-instituutti.fi/materiaalit/projektijohtamisen_sanastoa

Rantsi, H. 2005. Potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetus sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa. <http://www2.uef.fi/documents/1299922/1299939/rantsi+heli.pdf/c27e9ca3-2ec5-419d-8e76-03c5d02c1c05>

Respecta. 2014. Eva-kävelypöytä. Viitattu 27.2.2017. https://www.respecta.fi/media/filer_public/2015/02/04/eva_kayttoohje_plat1000.pdf

Respecta. 2017. Pyörätuolit. Viitattu 27.2.2017. <http://kuvasto.respecta.fi/c/128-pyoratuolit/>

Respecta. 2017. Hoivatuuolit. Viitattu 27.2.2017. <http://kuvasto.respecta.fi/c/410-hoivatuuolit/>

Suomen NDT-yhdistys ry. 2015. NDT, Bobath-lähestymistapa. Viitattu 1.3.2017. <http://www.ndt-yhdistys.fi/ndt-bobath-lahestymistapa>

Tamminen-Peter, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormitus vanhuksen siirtymisen avustamisessa - kolmen siirtomenetelmän vertailu-tutkimus. <https://www.tsr.fi/valmiit-hankkeet/hanke/?h=101145&n=tiedote#kuvaus>

Tamminen-Peter, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen vanhuksen siirtymisen avustamisessa -tutkimus. <https://www.tsr.fi/valmiit-hankkeet/hanke?h=103047>

Tamminen-Peter, L. & Eloranta, M.-B. & Kivivirta, M.-L. & Mämmelä, E. & Salokoski, I. & Ylikangas, A. 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Opettajan käsikirja. Viitattu 28.2.2017. http://www.ergosolutions.fi/tamminen/doc/Jul_2007_6_Potilaansiirtymisenergonominenavustaminen.pdf

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 17.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi>
su

Työterveyslaitos. 2015. Potilassiirrot. Viitattu 18.10.2016. http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/potilassiirrot/sivut/default.aspx

Valvira. 2015. Potilaan itsemääräämisoikeus. Viitattu 13.12.2016. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoikeus>

Liitteet

Liite 1 Luentomateriaali	43
Liite 2 Posterit.	48
Liite 3 Kyselylomake (palautekysely).	53
Liite 4 Kyselylomakkeiden (palautekyselyiden) sisällönanalyysi	56

Liite 1 Luentomateriaali.



Potilassiirtoergonomiakoulutus

23-24.3.2017

Sairaanhoitajaopiskelija Heidi Hämäläinen

Lehtori Anna Sievers

Hoitotyön ergonomia



- Hoitotyö on niin psyykkisesti kuin fyysisestikin kuormittavaa. Hoitoalalla erilaiset tuki- ja liikuntaelinsairaudet, kuten vihlova kipu, jomutus, jäykkyys ja väsymys ovat yleisiä
- Suomessa työn poissaolot johtuvat pääsääntöisesti tuki- ja liikuntaelinten sairauksista ja vaivoista, jotka ovat peräisin huonosta ergonomiasta
- Hoitajien kuormitukseen ja hoidon laatuun vaikuttaa avustamisen tapa. Avustamisen tulee olla sanallista aktivointia ja ohjaamista
- Mikäli hoitaja joutuu esimerkiksi ponnistamaan odottamattaan kaikin voimin potilasta avustaessaan, voi hoitajan tuki- ja liikuntaelimestö vaurioitua pitkäaikaisesti tai jopa pysyvästi

Potilaan siirtymisen avustaminen, miten toimia ennen potilaan siirtymistä?



- Kiinnitä huomiota työasentoon! Työskentele tasapainoisessa, hyvässä asennossa hyödyntäen avustustyöympäristöä ja siirron apuvälineitä tarkoituksenmukaisesti
- Suunnittele siirtotapahtuma etukäteen, miten aiot toimia
- Varmista, että tilaa siirtymiseen on riittävästi ja että ympäristö on tarpeeksi turvallinen siirtämiseen
- Kerro potilaalle miten häntä aiotaan auttaa ja mitä hän itse tekee siirron aikana, kannusta potilasta osallistumaan omaan siirtymiseensä
- Varmista potilaan oikea alkuasento

Ergonomia potilaan siirtymisen avustamisessa



Työskentele hyvässä ergonomisessa perusasennossa eli käyntiasennossa



Sängyn oikea korkeus

Miten toimia siirron aikana?



- Avusta potilasta vain sen verran, kun potilas oikeasti tarvitsee!
- Aktivoi ja ohjaa potilasta potilaan luonnollisten liikemallien mukaisesti
- Anna potilaan aloittaa liike, anna potilaalle aikaa aktivoida omat lihaksensa
- Anna potilaan tukeutua johonkin ulkoiseen tukeen, jotta potilas kokee siirtymisen turvallisesti
- Muista vuorovaikutus avustettavan kanssa
- Yhdistä selkeään, sanalliseen ohjaukseen liike ja kosketus
- Siirrä avustettavaa vain vähän kerrallaan

- Ohjaa liikettä laajalla kämmenotteella selästä, lantiosta tai sieltä, mistä liike näyttää juuttuvan
- Liu'uta, työnnä tai vedä nostamisen sijaan aina, kun mahdollista
- Käytä siirtoon soveltuvia apuvälineitä
- Liiku potilaan mukana, koko omaa kehoa käyttäen, hyödynnä liike-energiaa ja painonsiirtoa
- Pyri työskentelemään potilaan sivulla hyvässä ergonomisessa asennossa
- Vältä kurkottelua ja kumartelua
- Jos joudut työskentelemään lattiatasossa, kyykisty, älä kumartele!



Apuvälineet potilassiirroissa



Kun potilaalta puuttuu syystä tai toisesta kävelyn vaatimat toimintakykyedellytykset, potilas tarvitsee apuvälineenä **pyörätuolia**. (Respecta 2017.)



Rollaattori on kävelyn tukemisen apuväline, joka helpottaa myös potilaan seisomaan nousua. (Respecta 2017.)



Kun potilas tulee istumaan paikoillaan pidemmän aikaa, potilas voidaan avustaa istumaan **geriatriseen hoivatuoliin** pyörätuolin sijaan.

Geriatrisen hoivatuolin istuinosa on kallistettavissa ja hoivatuoli voidaan säätää lepoasentoon. (Respecta 2017.)

Liukulevy ja **liukukintaat** ovat liukumista edistäviä apuvälineitä. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 39-40.)



Nousutelineet ovat apuvälineitä, jotka helpottavat potilaan seisomaan nousemista **nousutelineen** jalkatelineen kaarevan muotoilun ansiosta. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 45.)



Eva-kävelypöytä tukee ja helpottaa seisomista, ylösnousua, sekä omatoimista kävelyä. **Eva-kävelypöytä** tuo vakautta ja tasapainoa kävelyn eri vaiheissa ja antaa turvallisen tunteen liikkumiseen. (Respecta 2014.)



Kova kääntölevy poistaa kitkan jalkojen alta. Kun halutaan siirtää potilas esimerkiksi pyörätuolista vuoteeseen, voidaan käyttää apuvälineenä kovaa kääntölevyä.



Erlaiset **liukuesteet** soveltuvat kitkaominaisuuksien vahvistamiseen. **Liukuesteet** ovat käytännöllisiä esimerkiksi sängyssä, jolloin potilaan jalat pysyvät paikallaan ja potilas pystyy ponnistamaan. Pyörätuoleissa ja geriatrisissa tuoleissa käytetään yhden suunnan liukuesteitä. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 41.)



Elämänlangaksi kutsutaan köysittikkaita, jotka kiinnitetään sängyn jalkapäätyyn. **Elämänlangat** ovat tehokkaita istumaan nousun apuvälineitä.



Kun potilas tarvitsee tukea kävelemisessä, voidaan apuvälineenä käyttää **kävelyvyyttä**, joka antaa mahdollisuuden tukevaan tarttumisotteeseen.



Flexi-move on siirtölevy, joka antaa kevyemmän tuen. Siirtölevy antaa laajan tukipinnan ja se voidaan asettaa potilaan lapaluiden alle.



Korkeussäädettävä **suihkuvuode**, jossa lisäksi mahdollisuus kallistaa perustasoa, jolloin potilas saadaan helposti käännettyä kyljelleen.



Suihkutuoli, joka on korkeudeltaan kallistettava ja säädettävä. (Tamminen-Peter & Wikström 2013, 36-37.)



Potilaan siirrot eri tilanteissa



Tässä vuodesiirrossa hoitaja aktivoi potilaan omaa siirtymistä vuoteesta ylöspäin "kehoikävelyn" keinoin tukemalla potilaan vartalon kiertoa lantiosta tai rintakehästä ja tukemalla polven päältä jalan ponnistusta



Tässä vuodesiirrossa potilas vetää toisella kädellään sängyn päästä itseään sängyn päätä kohti ja ponnistaa jaloilla, kun hoitaja aktivoi ja tukee jalat ponnistamaan painamalla säären suuntaisesti

Potilaan jalkojen alla on liukueste



Tässä vuodesiirrossa kaksi hoitajaa avustaa liu'uttamisessa ja kitkan poistossa, kun potilas ei jaksaa avustaa käsillään laisikaan





Tässä vuodesirrassa hoitajat tukevat potilaan jalat koukkuun vuodesuojan avulla, kun potilaan jalat ovat voimattomat. Potilasta kannustetaan ponnistamaan jaloillaan voimavarojensa mukaisesti



Potilaan kääntymisen avustaminen



Tässä vuodesirrassa hoitajat liu'uttavat potilaan vuoteessa ylöspäin omalla painonsiirroillaan



Kun potilasta ohjataan tarttumaan vuoteenlaidasta, tuetaan potilaan itsenäistä kääntymistä. Tarvittaessa hoitaja auttaa potilasta kääntymään työntämällä potilasta lantiosta ja hartia



Hoitaja avustaa potilasta kääntymään kyljelleen kahvillisen vuodesuojan avulla. Hoitaja on käyntiasennossa siirtäen painonsa takajalalle taaksepäin nojaten ja samalla vetää vuodesuojaa itseään kohti



Hoitaja aktivoi vaiheittain potilaan kääntymistä kyljelleen, ensin lantiosta ja sen jälkeen ylävartalosta liukukinnasta apuna käyttäen



Kaksi hoitajaa kääntää kookasta, paljon apua tarvitsevaa potilasta vaiheittain. Potilas siirretään poikkilakanan avulla vuoteen reunalle ja sitten käännetään. Hoitajat kiristävät poikkilakanan nojaamalla taaksepäin, jolloin kitka potilaan alta pienenee



Makuulta istumaan nousu ja istumasta takaisin makuulle



Liukumateriaalia käytetään apuna tarvittaessa



Makuulta istumaan nousu kyljen kautta. Ensinnäkin potilas kääntyy kyljelleen. Kylkiasennosta potilas työntää ylävartalon ylös käsillään



Potilaan tukeva istuma-asento vuoteen reunalla



Seisomaan nousu



Hoitaja avustaa potilasta makuulta istumaan. Tyyny voi olla apuna pehmentämässä otetta



Potilas nousee pyörätuolista seisomaan kuviteltua sängyn tukikahvaa apuna käyttäen



Potilaan seisomaan nousun avustaminen edestäpäin on toimiva ratkaisu niillä potilailla, jotka täytyy houkutella seisomaan



Selkänojallista tukevaa tuolia voi myöskin käyttää tukena, kun potilasta avustetaan seisomaan



Kun potilas tarvitsee enemmän tukea, hoitaja avustaa potilaan sivulta tarttuen potilaan lapaluuta alta ja lantiasta



Kova kääntölevy, jolla saadaan poistettua kitka jalkojen alta



Kun potilas seisoo hyvässä asennossa, hoitaja ohjaa potilaan istumaan alas pysyen itse potilaan sivulla, jotta potilas voi kallistaa ylävartaloaan eteenpäin



Hoitajat avustavat potilaan siirtymään vuoteesta pyörätuoliin kävelyvyötä apuna käyttäen



Potilas siirtyy sängystä pyörätuoliin hoitajan ohjeistamana



Jos potilaan yläraajoissa on voimaa, potilas pystyy itse siirtymään vuoteesta pyörätuoliin liukulaudan avulla



Wc-siirtymiset



Potilas siirtyy pyörätuolista wc-pöntölle itsenäisesti hoitajan ohjeistamana, kun wc:ssä tukevat tukikalteet

Toinen hoitaja avustaa takaa housujen ja vaippojen riisumisessa ja toinen hoitaja avustaa edessä seisomaan nousussa



Istuma-asennon korjaus



Hoitaja ohjaa potilaan sängyn pätyyn, josta potilas saa kunnan tuen seisomaan nousuun



Jos potilaan jalat ovat lyhyet tai jäykät, pyörätuolin kallistaminen helpottaa potilaan istumista pyörätuolin perälle



Hoitaja ohjaa sanallisesti potilasta korjaamaan itse asentoaan "kankukävelyn" avulla



Hoitaja avustaa potilasta "kankukävelyssä"

Kävelyn tukeminen



Voimien ehtyessä tasapaino järkkyy helposti, jolloin ihmisestä voi tulla pelokas

Tällöin kävelyn tueksi tarvitaan apuväline tai toinen ihminen avustamaan kävelyn onnistumista



Kävelyvyö

Avustaminen lattialta ylös



Hoitaja ottaa tukevan otteen potilaan käsistä ja pyytää potilasta nostamaan leuan rintaan



Hoitajan tukeva ote

Kaatumiset ovat hyvin tavallisia etenkin vanhusten hoitolaitoksissa. Silloin usein hätäännyttään, vaikka potilasta ei ole kiirettä saada ylös. Potilasta tulee rauhoitella esimerkiksi antamalla hänelle tynny. Tämän jälkeen hoitajan tulee tutkia onko potilaalle tullut luunmurtumia ja suunnitella turvallinen keino saada potilas ylös lattialta. Kaatunut potilas nostetaan ylös lattialta potilasnostimen avulla tai avustamalla käsistä vetämällä tai ohjaamalla potilas nousemaan ylös vaihteittain



Nostotekniikat

- Potilasnostot ja potilaiden kantamiset koetaan kaikkein fyysisesti kuormittavimmiksi työvaiheiksi hoitotyössä
- Potilaan nostaminen passiivoi potilasta, on raskasta hoitohenkilökunnalle, altistaa hoitohenkilökuntaa tapaturmille, ei huomioi ihmiselle luontaisia liikemalleja sekä altistaa hoitajan huonolle ergonomiselle työasennolle
- Käsin saa nostaa vain osaa potilaan painosta, ei koko potilasta
- Nostamisen sijaan potilasta tulee siirtää, liu'uttaa tai rullata
- Nostamisen apuvälineenä käytetään potilasnostinta niillä potilailla, jotka eivät kykene teukeutumaan omiin jalkoihinsa



Potilasnostimia on olemassa erilaisia. On seisomanojanostimia, lattialla liikuteltavia liinanostimia sekä katonostimia. On olemassa myös nostimia, joita voi käyttää nostokaarta vaihtamalla joko seisomanojanostimena tai liinanostimena.



Liinanosturi



Potilaan nostaminen potilasnostimella

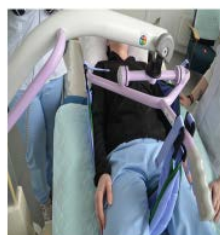


- Aseta nostoliina potilaan alle
- Laita nostoliinan säädetyt potilaan säärien alle ja ristiin
- Kiinnitä nostoliina potilasnostimeen kiinni ohjeiden mukaisesti
- Nosta potilas ylös potilasnostimen avulla



Lähteet

- Tamminen-Peter, L & Wikström, G. 2013. Potilassiirrot. Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Keuruu: Otavan Kirjapaino.
- Tamminen-Peter, L & Moilanen, A & Fagerström, V. 2011. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. 2.painos. Tampere: Tammerprint Oy.
- Hänninen, O & Koskela, R & Kankaanpää, M & Airaksinen, O. 2005. Ergonomia terveyden-huollossa. Hämeenlinna: Karisto kirjapaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetus sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa. Helsinki: AT-julkaisutoimisto.
- Finlex. 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 21.3.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Työterveyslaitos. 2015. Potilassiirrot. Viitattu 18.10.2016. http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/potilassiirrot/sivut/default.aspx



- Tuohino, L. 2013. Vähennä voimaa, säästä selkää. HUSARI 3/2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetus sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa. Helsinki: AT-julkaisutoimisto.
- Respecta. 2017. Pyörätuolit. Viitattu 21.3.2017. <http://kuvasto.respecta.fi/c/128-pyoratuolit/>
- Respecta. 2017. Kävelytelineet. Viitattu 21.3.2017. <http://kuvasto.respecta.fi/c/131-kavelytelineet/>
- Respecta. 2017. Hoivatuolit. Viitattu 21.3.2017. <http://kuvasto.respecta.fi/c/410-hoivatuolit/>
- Respecta. 2014. Eva-kävelypöytä. Viitattu 21.3.2017. https://www.respecta.fi/media/filer_public/2015/02/04/eva_kayttoohje_plat1000.pdf



Liite 2 Posterit.



Vuodesiirrot



Kaksi hoitajaa avustaa kitkan poistossa ja liu'uttamisessa tyynyä apuna käyttäen, kun potilas ei jaksa avustaa käsillään laisinkaan.



Potilas vetää toisella kädellään sängynpäästä itseään sängyn päätä kohti ja ponnistaa jaloilla, kun hoitaja aktivoi ja tukee jalat ponnistamaan painamalla säären suuntaisesti.



Hoitajat liu'uttavat potilaan vuoteessa ylöspäin omalla painonsiirroillaan.

Potilaan nostaminen ja siirtäminen potilasnostimella

Potilaan alle asetetaan nostoliina.

Nostoliinan säätimet asetetaan potilaan säärien alle ja laitetaan ristiin.

Nostoliina kiinnitetään nostolaitteeseen kiinni ohjeiden mukaisesti.

Potilas nostetaan ylös potilasnostimen avulla. Potilasnostimen jarrun tulee olla auki turvallisuussyistä.



Potilaan kääntymisen avustaminen



Hoitaja avustaa potilasta kääntymään kyljelleen vuodesuojan avulla.



Kun potilasta ohjataan tarttumaan vuoteenlaidasta, tuetaan potilaan itsenäistä kääntymistä. Tarvittaessa hoitaja auttaa potilasta kääntymään työntämällä potilasta lantiosta ja hartiasta.

Potilaan kääntymisen avustaminen



Kaksi hoitajaa kääntää kookasta, paljon apua tarvitsevaa potilasta vaiheittain. Liukumateriaalia käytetään apuna tarvittaessa. Potilas siirretään poikkilakanan avulla rullaamalla vuoteen reunalle ja sitten käännetään. Hoitajat kiristävät poikkilakanan nojaamalla taaksepäin, jolloin kitka potilaan alta pienenee.



Hoitaja aktivoi vaiheittain potilaan kääntymistä kyljelleen ensin lantiosta ja sen jälkeen ylävartalosta liukukinnasta apuna käyttäen.

Makuulta istumaan nousu



Makuulta istumaan nousu kyljen kautta. Kylkiasennosta potilas työntää ylävartalon ylös käsillään.

Potilaan tukeva istuma-asento vuoteen reunalla.



Hoitaja avustaa potilasta makuulta istumaan. Tyyny voi olla apuna pehmentämässä otetta.



Seisomaannousu



Potilas nousee pyörätuolista ylös seisomaan kuviteltua sängyn tukikahvaa apuna käyttäen.



Potilaan seisomaan nousun avustaminen edestäpäin on toimiva ratkaisu potilaille, jotka täytyy houkutella seisomaan.



Selkänojallista tukevaa tuolia voi myöskin käyttää tukena, kun potilasta avustetaan seisomaan.



Potilaan matala siirtyminen istumasta istumaan



Kun potilas tarvitsee enemmän tukea, hoitaja avustaa potilaan sivulta potilasta siirtämään sängystä pyörätuoliin.



Kovalla kääntölevyllä saadaan poistettua kitka jalkojen alta.



Potilas siirtyy sängystä pyörätuoliin hoitajan ohjeistamana.



Potilaan matala siirtyminen istumasta istumaan



Jos potilaan yläraajoissa on voimaa, potilas pystyy itse siirtymään vuoteesta pyörätuoliin liukulaudan avulla.



Hoitajat avustavat potilaan siirtymään vuoteesta pyörätuoliin kävelyvyötä apuna käyttäen.



Hoitaja ohjaa potilaan sängyn pätyyn, josta potilas saa kunnan tuen seisomaan nousuun.



Pyörätuolin kallistaminen helpottaa potilaan istumista pyörätuolin perälle.

Istuma-asennon korjaus



Hoitaja ohjaa sanallisesti potilasta korjaamaan itse asentoaan "kankkukävelyn" avulla.



Hoitaja avustaa potilasta "kankkukävelyssä".

Kävelyn tukeminen



Voimien ehtyessä tasapaino järkkyy helposti, jolloin ihmisestä voi tulla pelokas. Tällöin kävelyn tueksi tarvitaan apuväline tai toinen ihminen avustamaan kävelyn onnistumista.



Kävelyvyö.



Rollaattori.



Eva-kävelypöytä.

Potilaan avustaminen lattialta ylös



1. Rauhoittele potilasta.
2. Tarkista, onko potilaalle tullut luunmurtumia.
3. Suunnittele turvallinen keino saada potilas ylös lattialta.
4. Nosta potilas ylös lattialta potilasnostimen avulla.
5. Jos potilasnostinta ei ole käytössä/potilas pystyy liikkumaan, potilasta voidaan avustaa käsistä vetämällä tai ohjata nousemaan ylös vaiheittain.
6. Jos lattia on liukas potilasta ylös vedettäessä, käytä liukuestettä potilaan jalkojen alla.



Wc-siirtymiset

Potilas siirtyy pyörätuolista wc-pöntölle itsenäisesti hoitajan ohjeistamana, kun wc:ssä tukevat tukikaiteet.



Toinen hoitaja avustaa takaa housujen ja vaippojen riisumisessa ja toinen hoitaja avustaa edessä seisomaan nousussa.



Pyörätuoli.



Rollaattori.

Apuvälineet potilassiirroissa



Geriatrinen hoivatuoli.



Liukulevy.



Liukukintaat.

Apuvälineet potilassiirroissa



Suihkuvuode.



Kävelyvyö.



Suihkutuoli.



Flexi-move.



Elämänlanka.



Kova kääntölevy.



Potilaan jalkojen alla liukuesteet.

Apuvälineet potilassiirroissa



Nousuteline.



Eva-kävelypöytä.

Liite 3 Kyselylomake (Palautekysely)

SAATEKIRJE

23-24.3.2017

LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULU

HYVÄ ERGONOMIAKOULUTUKSEN OSALLISTUJA

Opiskelen Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Teen opin-
näytetyötäni varten palautelomakekyselyn potilassiirtoergonomiakoulutuksen
hyödyllisyydestä. Kyselyn tarkoituksena on selvittää onko kehitetty ergonomian
opetus hyödyllinen opiskelijoiden näkökulmasta. Vastaajiksi on valittu potilas-
siirtoergonomiakoulutukseen osallistuvat sairaanhoitajaopiskelijat.

Osallistuminen kyselyyn on luottamuksellista ja vapaaehtoista. Sinulla on mah-
dollisuus saada apua palautelomakekyselyn täyttämiseen potilassiir-
toergonomiakoulutuksen järjestäjältä. Potilassiirtoergonomiakoulutuksen jär-
jestäjällä on vaitiolovelvollisuus antamistanne vastauksista.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa. Kaikki vastaukset käsi-
tellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, eikä yksittäistä vastaajaa voi tun-
nistaa tuloksista. Kyselyyn vastaamiseen on aikaa 20 minuuttia.

Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan internetissä osoitteessa www.theseus.fi

KIITOS JO ETUKÄTEEN VASTAUKSESTASI!

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelija Heidi Hämäläinen

KYSELYLOMAKE

POTILASSIIRTOERGONOMIAKOULUTUS 23-24.3.2017

KIRJOITA VASTAUKSESI SILLE VARATTUUN TILAAN

1. Mitä mieltä olet potilassiirtoergonomiakoulutuksen hyödyllisyydestä?

2. Mitä opit potilassiirtoergonomiakoulutuksessa?

3. Mitä muuta olisit halunnut oppia potilassiirtoergonomiakoulutuksessa?

Jäikö jokin asia mielestäsi oppimatta?

4. Miten posterit tukivat oppimistasi?

5. Miten luentomateriaali tuki oppimistasi?

6. Tähän voit kommentoida vapaasti potilassiirtoergonomiakoulusta

KIITOS VASTAUKSISTA! JOKAINEN VASTAUS ON TÄRKEÄ TÄMÄN TUTKIMUKSEN
ONNISTUMISESSA JA ERGONOMIAOPETUKSEN KEHITTÄMISESSÄ!

Liite 4 Kyselylomakkeiden (palautekyselyiden) sisällönanalyysi.

Palautekyselyanalyysi

Vastauksia 14

1. Mitä mieltä olet potilassiirtoergonomiakoulutuksen hyödyllisyydestä?

• HYÖDYLLINEN

- ”Koulutus oli hyödyllinen varsinkin näin opintojen alussa, kun ei ole vielä hoitoalan kokemusta. On tärkeää tehdä asiat oikein alusta asti.”
- ”Erittäin hyödyllinen koulutus. Hoitaja joutuu työssään siirtämään potilaita ja tällöin on oman ja potilaan turvallisuuden kannalta tärkeää osata siirtää oikein.”
- ”Koulutus oli hyödyllinen. On hyvä tietää ergonomiasta siirtotilanteessa niin potilaan, kuin hoitajankin osalta.”
- ”Koulutus oli hyödyllinen. Itse olen lähihoitaja ja osa asioista oli tuttua. Aina kuitenkin oppii uutta ja kertaus on aina hyväksi. Koulutus olisi hyvä kaikille.”
- ”Ehdottomasti hyödyllinen koulutus. Pelkästään kirjasta lukemalla ei opi ergonomiaa”
- ”Ilman aikaisempaa koulutusta tämän kaltainen koulutus on hyödyllinen. Hyöty on suuri nimenomaan ennen ensimmäistä työharjoittelua.”
- ”Koulutus oli hyödyllinen. Hoitajan pitää tietää miten potilasta siirretään, jotta siirto onnistuu niin, että se ei ole epämiellyttävä potilaalle.”

• ERITTÄIN HYÖDYLLINEN

- ”Erittäin hyödyllinen koulutus, tärkeä osa sairaanhoitajan ammattitaitoa.”
- ”Koin koulutuksen hyödylliseksi, vaikka olen lähihoitaja ja paljon siirtänyt potilaita työelämässä, sekä käynyt erilaisissa ergonomia koulutuksissa.”
- ”Erittäin hyödyllinen koulutus, jotta ei riko omia paikkojaan työelämässä. Käytännön harjoittelu auttoi hahmottamisessa.”
- ”Koulutus oli erittäin hyödyllinen. Antoi hyviä tietoja työelämään.”
- ”Koulutus oli todella hyödyllinen. Ilman oikeita otteita ja asentoja rikkoo itsensä ja satuttaa potilasta.”
- ”Mielestäni erittäin tärkeä koulutus, koska työ on kuormittavaa niin fyysisesti, kuin psyykkisestikin.”
- ”Erittäin hyödyllinen koulutus oman työhyvinvoinnin kannalta.”

Luokittelu:

-Pääluokka: Potilassiirtoergonomiakoulutuksen hyödyllisyys

-Alaluokka:

- Hyödyllinen X7
- Erittäin hyödyllinen X7

2. Mitä opit potilassiirtoergonomiakoulutuksessa?

• SIIRTOMENETELMÄT

- ”Opin uusia siirtomenetelmiä ja uusia apuvälineitä.”
- ”Opin oikeita tapoja siirtoon ja sen, että kaikki siirtotavat eivät ole enää suositeltavia, vaikka niitä yhtä työelämässä käytetäänkin.”
- ”Mieleen jäi kaatuneen auttaminen ja sängystä sänkyyn siirto. Kaikki asiat olivat minulle uusia ja hyödyllisiä.”
- ”Lantio & olkapää avustus ja potilaan avustaminen lattialta ylös.”
- ”Opin paljon uusia vinkkejä siirtämiseen.”
- ”Opin keinot kuinka siirretään ja avustetaan potilasta. Opin myös huomioimaan oman kehon asentoa, en nosta vaan liu`utan.”
- ”Opin siirtojen tekniikkaa ja otteita. Kun oli potilaan roolissa, sai tuntuman siitä miltä siirto tuntuu.”
- ”Useita tekniikoita muun muassa potilassiirroissa.”

• APUVÄLINEET

- ”Oman vartalon käyttämistä ja erilaisia apuvälineitä.”
- ”Oman kehon painonhallintaa siirroissa ja apuvälineiden käyttöä.”

• HOITAJAN ERGONOMINEN TYÖASENTO

- ”Käyttämään ihmiselle luontaisia liikemalleja, sekä kiinnittämään huomiota omaan työasentoon.”
- ”Työskentely asennot muun muassa käyntiasento. Tarpeelliset apuvälineet ja niiden käyttö.”
- ”Käytännön harjoituksissa teoriassa käydyt asiat konkretisoituivat ja jäivät mieleen. Erityisesti opin kiinnittämään huomiota oman kehon asentoon, vasta käytännössä löysin oikean tekniikan neuvottuna.”
- ”Opin liike-energian hyödyntämistä ja sen, ettei ikinä nosteta, vaan tuetaan siirroissa. Opin käyntiasennon hyödyntämisen siirroissa. Olin lukenut siitä kirjasta, mutta vasta käytännössä löysin oikean tekniikan neuvottuna.”

Luokittelu:

-Pääluokka: Uuden oppiminen potilassiirtoergonomiakoulutuksessa

-Alaluokka:

- Siirtomenetelmät X8
- Hoitajan ergonominen työasento X4
- Apuvälineet X2

3. Mitä muuta olisit halunnut oppia potilassiirtoergonomiakoulutuksessa?

Jäikö jokin asia mielestäsi oppimatta?

- **KATTAVA KOULUTUS**

- "Mielestäni koulutus oli kattava."
- "Hyvä koulutus, ei tule mieleen."
- "Mielestäni asiat käytiin hyvin läpi lyhyessä ajassa."

- **POTILASNOSTIMEN KÄYTÖN HARJOITTELU**

- "Potilasnostimen käyttöä olisi ollut mielenkiintoista harjoitella, mutta ei haittaa vaikka se ei ollut mahdollista."
- "Olisi ollut hyvä, jos olisi voinut harjoitella potilasnostimella nostamista lattialta."
- "Potilasnostimen käyttöä jäin kaipaamaan."

- **PAREMMAT OPETUSVÄLINEET**

- "Jäin kaipaamaan parempia opetusvälineitä."

- **LIIAN KATTAVA KOULUTUS**

- "Toimintatapoja käsiteltiin niin monia, että useat niistä jäävät todennäköisesti pois muistista."

Luokittelu:

- Ei analysoitu luokittelemalla, vaan yleisesti vastauksien läpi käyminen luetteloinnilla
- Esiin nousseita teemoja:

- Kattava koulutus X3
- Potilasnostimen käytön harjoittelu X3
- Paremmat opetusvälineet X1
- Liian kattava koulutus X1

4. Miten posterit tukivat oppimistasi?

- **HAVAINNOLLISTAMASSA OHJEITA**

- "Havainnollistamaan ohjeet ennen toteuttamista."
- "Posterit olivat selkeitä ja asia välittyi hyvin niiden kautta."

- **TOIMIVAT MUISTINTUKENA**

- "Selkeät kuvat muistintukena."
- "Postereista oli helppoa kerrata liikkeitä työpajan aikana."

- **TARPEETTOMIA**

- "En kokenut tarvitsevani postereita käytännön harjoittelussa."
- "Postereita ei tullut katsottua lainkaan."

- **LIIKAA POSTEREITA**

- "Postereita oli liikaa työtilassa, jossa siirtoja harjoiteltiin. Joukosta oli vaikea löytää etsimäänsä."
- "Postereita oli liikaa, kaikkia ei pystynyt hahmottamaan."
- "Postereita oli niin paljon, ettei tullut etsittyä "oikeaa" niiden joukosta."
- "Postereita oli esillä liikaa, joten etsiminen vei kauemmin aikaa, kuin opettajilta

kysyminen.”

- **HYVÄ LISÄ OPETUKSEEN**

-”Posterit olivat hyvä lisä, mutta esimerkiksi nosturin käytöstä olisi hyvä olla lisäksi video.”

Luokittelu:

-Pääluokka: Posterit

-Alaluokka:

- Havainnollistamassa ohjeita X2
- Toimivat muistintukena X2
- Tarpeettomia X2
- Liikaa postereita X4
- Hyvä lisä opetukseen X1

5. Miten luentomateriaali tuki oppimistasi?

- **ANTOI LISÄTIETOA**

-”Luentomateriaali synnytti hyviä keskusteluita aiheesta ja antoi tietoa, mikä on hyödyllistä potilaan kanssa toimiessa.”

-”Luento oli kokonaisuudessaan hyvä ja kattava. Uutta tietoa apuvälineistä.”

-”Luentomateriaali oli hyvä ja se tuki oppimista.”

-”Ääneen luettu materiaali oli hyvää ja se selvensi ergonomian tärkeyttä ja toimintatapoja.”

-”Materiaali oli sopivan lyhyt ja selkeä.”

-”Hyvin.”

-”Hyvin! Tarpeeksi vähän tekstiä ja enemmän selitystä ja kuvia, kuin normaalisti luennoilla.”

-”Materiaali oli hyvä.”

- **AUTTOI KÄYTÄNNÖN HARJOITTELUSSA**

-”Helppo ymmärtää lukemaansa ja mukavampi tehdä käytännön harjoituksia, kun oli lukenut aineistoa.”

-”Hyvin. Oli erittäin hyvä, että asiat käytiin ensin läpi dioina, sitten opettajien näyttäminä ja sitten ne harjoiteltiin itse.”

-”Hyvä luentomateriaali. Kivasti käytiin asiat ensin läpi teoriassa ja sitten siirryttiin käytännön harjoitteisiin.”

-”Luentomateriaali oli looginen perusta käytännön harjoittelulle.”

- **KERTAUSTA**

-”Materiaali oli kertausta lukemalleni tiedolle.”

Luokittelu:

-Pääluokka: Luentomateriaali

-Alaluokka:

- Antoi lisätietoa X8
- Auttoi käytännön harjoittelussa X4
- Kertausta X1

6. Tähän voit kommentoida vapaasti potilassiirtoergonomiakoulutusta

-”Kiitos kattavasta oppitunnista ja hyvästä havainnollistamisesta aiheesta. Hyvää kevättä ja aurinkoisia päiviä.”

-”Tarpeellinen ja käytännönläheinen.”

-”Ergonomiakoulutus on tarpeellinen oman terveyden ja turvallisuuden kannalta. Se pistää miettimään miten voisi toimia paremmin hoitajana.”

-”Koulutus oli mukavan rento, ei turhaa jäykistelyä ja asiakin tuli varmasti osin siksi hyvin perille.”

-”Mukava tilaisuus, tulisin mielelläni uudestaan!”

-”Hyödyllinen koulutus, jota suosittelen kaikille. Oli kiva päästä konkreettisesti itse tekemään. 5/5.”

-”Koulutus oli kattava kokonaisuus. Se oli ehkä kuitenkin turhan laaja yhdelle päivälle. Opiskelija on miellyttävä ja rauhallinen. Kiitos!”

-”Positiivinen ja paneutunut Heidi, selvästi itse kiinnostunut aiheesta ja välitti asian tärkeyttä.”

-”Koulutus oli opettavainen ja hyvin onnistunut.”

-”Kiitos! oli mielenkiintoinen ja helppo seurata. Teoria ei tuntunut niin raskaalta. Koulutus oli kiva, päivästä jäi hyvä fiilis.”

-”Opetus oli onnistunut.”

Luokittelu:

-ei analysoitu systemaattisesti luokittelemalla, vaan vastaukset koottiin luetteloksi