
HOITAJIEN ERGONOMIA POTILAAN SIIRTYMISEN AVUSTAMISESSA



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, 26.1.2010

Emma-Pauliina Virta



Hoitotyön koulutusohjelma
Forssa

Työn nimi Hoitajien ergonomia potilaan siirtymisen avustamisessa

Tekijä Emma-Pauliina Virta

Ohjaava opettaja Eeva-Liisa Breilin

Hyväksytty _____ . _____ . 20 _____

Hyväksyjä

FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Emma-Pauliina Virta	Vuosi 2010
Työn nimi	Hoitajien ergonomia potilaan siirtymisen avustamisessa	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyö toteutettiin eteläsuomalaisen sairaalan kolmella osastolla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien näkemystä ergonomiasta potilaan siirtymisen avustamisessa ja ergonomian toteutumisesta sekä selvittää, mitkä tekijät edistävät ja mitkä estävät sitä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitajien ergonomiata potilaan siirtymisen avustamisessa. Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla kyselylomakkeilla, joita jaettiin yhteensä 74. Vastauksia palautui 47, jolloin vastausprosentiksi saatiin 64.

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat pitävät ergonomiata tärkeänä ja potilassiirtotekniikat hallitaan kohtalaisesti. Lähes 60 % on osallistunut ergonomiakoulutukseen viimeisen vuoden aikana. Kuitenkin opetusta koetaan tarvittavan toisinaan. Eniten (75 %) opetusta koetaan tarvittavan apuvälineistä ja niiden käytöstä. Hieman yli puolet vastaajista on sitä mieltä, että työn yhteydessä tapahtuva koulutus toimisi tehokkaimpana keinona oppia hyvät ergonomiset siirtotaidot.

Apuvälineiden koettiin olevan helposti saatavilla, mutta kuitenkin vain 55 % käyttää mielestään apuvälineitä silloin kun niitä tarvitaan. Kiireen ja ahtaisten tilojen koettiin estävän eniten ergonomiset potilassiirrot. Edistävinä tekijöinä nähtiin mm. koulutus ja säännöllinen opitun kertaus. Tärkeimpänä potilassiirrossa pidettiin siirron turvallisuutta niin potilaalle kuin hoitajallekin.

Avainsanat Ergonomia, potilassiirto, hoitaja, siirtotaito.

Sivut 33 s. + liitteet 5 s.

FORSSA
Degree Programme in Nursing
Registered nurse

Author Emma-Pauliina Virta **Year** 2010

Subject of Bachelor's thesis Nurses' Ergonomics in Patient Transfer

ABSTRACT

The survey was carried out on three wards in a hospital which is located in the south of Finland. The purpose of thesis was to survey nurses' views on ergonomics in patient transfer and its implementation. The aim was also to clarify which factors advanced and which factors precluded it. The goal of the thesis was to improve nurses' ergonomics in patient transfer. The research method was quantitative. Material was collected on half-structured questionnaire, 74 of which were distributed. All together 47 responses were received, the response rate being 64 %.

According to the results of the thesis, nurses thought that ergonomics was important and they thought they handled patient transfer techniques moderately. Almost 60 % had taken part in ergonomics training during the previous year. However, nurses thought that they needed further training at least occasionally. Aids and equipment and their use, was an area where nurses needed training the most (75 %). Slightly over a half of respondents thought that training in connection with work would have been the most effective way to learn good ergonomic transfer skills.

Nurses thought that aids and equipment were easily available. However, only 55 % of nurses thought that they use implements when they were needed. Rush and narrow spaces were the most prohibitive factors to ergonomic patient transfer. Conducive factors were e.g. training and regular rehearsing of the learned skills. The most important thing in patient transfer was considered to be patients' and nurses' safety.

Keywords ergonomics, patient transfer, nurse, transfer skills

Pages 33 p. + appendices 5 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	ERGONOMIA HOITOTYÖSSÄ.....	2
2.1	Ergonomia	2
2.2	Potilaan siirtymisen avustamiseen sovellettavat lait	2
2.3	Hoitotyön fyysinen kuormittavuus.....	3
2.4	Ergonomia potilaan siirtymisen avustamisessa.....	4
2.4.1	Siirtotaito	4
2.4.2	Ergonomian ohjaus ja opetus hoitotyössä	5
2.4.3	Apuvälineet potilassiirroissa.....	6
2.4.4	Potilassiirroissa loukkaantuminen	6
2.4.5	Ergonomiaa estävät ja edistävät tekijät	7
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	10
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	11
4.1	Tutkimusmenetelmät.....	11
4.2	Opinnäytetyön kohderyhmä ja aineiston hankinta	11
4.3	Aineiston analysointi.....	12
4.4	Opinnäytetyön luotettavuus.....	13
4.5	Opinnäytetyön eettisyys	13
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	15
5.1	Taustatiedot	15
5.2	Ergonomia potilaan siirtymisen avustamisessa.....	17
5.2.1	Siirtotaito	17
5.2.2	Ergonomian opetus ja ohjaus.....	18
5.2.3	Apuvälineet ja niiden käyttö.....	21
5.2.4	Potilassiirroissa loukkaantuminen	24
5.2.5	Ergonomian estävät ja edistävät tekijät potilassiirroissa	24
6	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	27
6.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	27
6.2	Jatkotutkimus- ja kehittämissuhteet	29
	LÄHTEET	30

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Kyselylomake

1 JOHDANTO

Potilaiden siirtymisessä avustaminen on osa jokapäiväistä hoitotyötä ja potilassiirtojen fyysinen kuormittavuus on todettu useissa tutkimuksissa (Kivimäki, Karttunen, Yrjänheikki & Hintikka 2006; Nuikka 2002; Vehmasvaara 2004; Saarinko-Weidemann 2007). Kuormittavuutta lisää se, että potilaat ovat yhä huonokuntoisempia ja monisairaampia sekä se, että vuoteeseen hoidettavien potilaiden määrä on kasvanut samalla kun hoitohenkilökuntaa on liian vähän ja sijaisia on vaikea saada (Hänninen, Koskelo, Kankaanpää & Airaksinen 2005; Moilanen 2007).

Siirtoergonomian kehittämiseksi tuo lisähaasteita työelämässä olevat ongelmat kuten kiire, kuormituksen kasvu, sijaispula, ikääntyminen ja sen mukanaan tuomat tuki- ja liikuntaelinvaivat (Moilanen 2007). Erityiseksi ongelmaksi tulee nousemaan henkilöstön ikääntyminen. Siksi olisikin erityisen tärkeää pyrkiä nyt tekemään ergonomiaparannuksia ja kouluttamaan henkilöstöä, jotta henkilöstö tulee jaksamaan työn lisääntyessä ja työn tekijöiden vähentyessä.

Ergonomiakoulutuksella, oikeilla apuvälineillä oikein käytettynä ja uusien siirtotekniikoiden oppimisella vanhojen tilalle on osoitettu olevan positiivinen vaikutus hoitotyön kuormittavuuteen (Tamminen-Peter 2005; Jonsson 2005; Kjellberg 2003). Kuitenkin edelleen hoitajat käyttävät paljon vanhoja, fyysisesti kuormittavia työskentelytapoja avustaessaan potilasta liikkumisessa, apuvälineitä ei käytetä syystä tai toisesta tarpeeksi (Tamminen-Peter 2005; Moilanen 2007). On selvää, että tämä johtaa liialliseen kuormitukseen, väriin työasentoihin ja tuki- ja liikuntaelinten vaurioihin (Hänninen, ym. 2005). Kuormittavuuden helpottamisen lisäksi uudet siirtomenetelmät ovat myös potilaiden mielestä miellyttävämpiä ja potilaat kokevat olonsa turvallisemmaksi, kun hoitajat käyttävät uusia siirtotapoja vallitsevan siirtotavan tilalla (Tamminen-Peter 2005).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien näkemystä ergonomiasta potilaan siirtymisen avustamisessa ja sen toteutumisesta, sekä selvittää mitkä tekijät edistävät ja mitkä estävät sitä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitajien ergonomiata potilaan siirtymisen avustamisessa. Potilaan siirtymisen avustamisella tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä kaikkia niitä tilanteita, joissa hoitaja avustaa potilasta liikkumisessa ja siirtymisessä joko ilman apuvälineitä tai käyttäen jotakin apuvälinettä.

2 ERGONOMIA HOITOTYÖSSÄ

2.1 Ergonomia

Ergonomia kostuu kahdesta kreikankielisestä sanasta ergo (työ) ja nomos (lait). Ergonomia on tieteenala, jota voidaan tarkastella fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta, organisatorisesta, ympäristöllisestä tai muusta tärkeästä näkökulmasta. (Suomen ergonomiyhdistys 2000). Ergonomia pyrkii tuottamaan tietoa ja menetelmiä tutkimalla ihmisen, työn ja ympäristön ominaisuuksia. Saavutetun tiedon avulla järjestelmät, tehtävät ja ympäristö sovitetaan ihmisen ominaisuuksien, tarpeiden ja kykyjen mukaisiksi. (Työterveyslaitos 2009.) Ergonomialla pyritään takaamaan ihmisen turvallisuus, toiminnan tehokkuus ja sujuvuus sekä ylläpitämään ja edistämään terveyttä, hyvinvointia ja ammatillista osaamista (Työterveyslaitos 2009; Hänninen, ym. 2005).

2.2 Potilaan siirtymisen avustamiseen sovellettavat lait

Työturvallisuuslain (738/2002) tarkoituksena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi ja ylläpitämiseksi sekä ennaltaehkäistä ja torjua työtapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisen ja henkisen terveyden haittoja.

Työturvallisuuslain (738/2002) mukaan työnantajalla on huolehtimisvelvollisuus, joka määrittelee työnantajan velvollisuudeksi antaa työntekijälle ”työkalut” (esim. opastus, apuvälineet, koulutus) mahdollisimman turvalliseen työskentelyyn sekä turvata mahdollisimman turvallinen työympäristö ja työolot. Nostojen ja siirtojen osalta työturvallisuuslakia tukee käsin tehtävistä nostoista ja siirroista valtioneuvoston tekemä päätös (1409/1993), jossa myös korostetaan, että työnantaja on velvollinen toimenpiteisiin välttääkseen käsin tehtäviä nostoja ja siirtoja tai ainakin helpottamaan niitä apuvälinein. Työnantajan tulee jatkuvasti seurata ja arvioida työntekijöiden toiminnan turvallisuutta sekä kehittää sitä tarpeen mukaan (Työturvallisuuslaki 738/2002). Terveystuon ammattihenkilöllä on myös koulutuksen osalta velvollisuus ylläpitää ammattitaitoaan täydennyskoulutuksella ja työnantajan tulee luoda edellytykset sille, että ammattihenkilö voi osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen (Laki terveystuon ammattihenkilöistä 559/1994, 18§).

Velvollisuuksia ei kuitenkaan ole yksin työnantajalla, vaan myös työntekijällä on omat velvollisuutensa. Työntekijän on työturvallisuuslain (738/2002) mukaan noudatettava työnantajan antamia ohjeita ja määräyksiä, sekä tehtävä yhteistyötä työnantajan kanssa työturvallisuuden parantamiseksi. Näiden lisäksi terveystuon ammattihenkilön tulee ottaa toiminnassaan huomioon potilaan oikeudet ja toimia potilaan parhaaksi (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Työturvallisuuden edistämiseksi myös työterveyshuollon tulee tehdä yhteistyötä työnantajan ja työntekijän kanssa. Erityisen tärkeä rooli työterve-

yshuollolla on ennaltaehkäisyssä erilaisin tehtävin (esim. tarkistuskäynnit työpaikalla, terveystarkastukset). (Työterveyshuoltolaki 1383/2001.)

2.3 Hoitotyön fyysinen kuormittavuus

Hoitoalan työntekijät ovat tällä hetkellä yksi kuormittuneimmista ammattiryhmistä eikä tilannetta tule helpottamaan se, että potilaat ovat yhä huonokuntoisempia ja monisairaampia, potilasvaihtuvuus on suurempaa ja sijaisia on vaikea löytää (Kivimäki ym. 2006). Hoitotyön kuormittavuutta on tutkittu paljon niin fyysisen kuin psyykkisenkin kuormittavuuden näkökulmasta. Hoitotyöntekijöiden mukaan hoitotyössä fyysisesti raskaimpia ovat potilassiirrot ja -nostot (Nuikka 2002; Vehmasvaara 2004; Laine, ym. 2006). Tätä tukevat myös Nuikan (2002) ja Saarinko-Weidemannin (2007) tutkimuksissaan hoitajille tekemät fysiologiset mittaukset potilassiirroissa ja -nostoissa.

Potilaiden asennon vaihtaminen nostaen ja kääntäen on raskasta työtä (Hänninen, ym. 2005). Melko tai hyvin raskaaksi työnsä kokee 31 % ja jonkin verran raskaaksi 28 % sosiaali- ja terveystalalla työskentelevistä. (Perkiö-Mäkelä, ym. 2006). Hoitohenkilökunnan kuormittumista lisää myös se, että vuoteeseen hoidettavien potilaiden määrä on kasvanut samoin kuin ihmisten keskimääräinen elopaino. Usein myös henkilökuntaa on liian vähän, ja siksi potilaiden nostoja ja kääntöjä joudutaan tekemään kaksin ja jopa yksin. Kaikki nämä tekijät johtavat hoitotyöntekijöiden liialliseen kuormitukseen, väärin työasentoihin ja tuki- ja liikuntaelinten vaurioihin. (Hänninen, ym. 2005.)

Myös hoitajan fyysisellä kunnolla on tutkimusten mukaan vaikutusta kuormittumiseen – fyysisesti paremmassa kunnossa olevat hoitajat kuormittuvat vähemmän kuin fyysisesti huonossa kunnossa olevat (Nuikka 2002; Pohjonen 2001; Vehmasvaara 2004). Hyvällä fyysisellä kunnolla on merkitystä sillä sosiaali- ja terveystalalla käsin nostettavat taakat ovat raskaita – 5–25 kg taakkoja nostaa käsin kolmas osa ja yli 25 kg taakkoja edelleen kolmas osa sosiaali- ja terveystalalla työskentelevistä (Perkiö-Mäkelä, ym. 2006).

Leena Tamminen-Peterin (2005) tekemässä kolmen siirtomenetelmän vertailussa hoitohenkilökunnan selän ja niska-hartiaseudun kuormitus väheni merkittävästi, kun he käyttivät uusia menetelmiä nykyisen yleisesti käytössä olevan siirtotavan tilalla. Uudet menetelmät olivat myös potilaille miellyttävämpiä ja he kokivat olonsa turvallisemmaksi, kuin vallitsevaa siirtotapaa käytettäessä. Kuitenkin edelleen hoitajat käyttävät paljon vanhoja, fyysisesti kuormittavia työskentelytapoja avustaessaan potilasta liikumisessa (Tamminen-Peter 2005; Tamminen-Peter & Tuomisto 2002).

Oulun yliopistosairaalassa tehdyssä kymmenvuotisessa seurantatutkimuksessa potilaan avustus- ja siirtotapojen (PAST) opastuksen ansiosta hoitohenkilökunnan kuormittuminen oli vähentynyt ja tuki- ja liikuntaelinoireilu oli vähentynyt (Rantsi & Hämäläinen 2006).

2.4 Ergonomia potilaan siirtymisen avustamisessa

2.4.1 Siirtotaito

Siirtotaito voidaan määritellä jakamalla se neljään osa-alueeseen: vuorovaikutukseen potilaan kanssa, hoitajan kykyyn ohjata ja mahdollistaa potilaan liikkuminen, hoitajan työasentoon ja liikkumiseen sekä ympäristön ja apuvälineiden hyödyntämiseen. Hyvä siirtotaito on sitä, että hoitaja kykenee tunnistamaan potilaan voimavarat ja osaa hyödyntää niitä potilaan siirtymisen parhaaksi niin, että potilas pääsee siirtymään turvallisesti ja miellyttävästi mahdollisimman pienellä avulla. (Tamminen-Peter 2005.) Saarinko-Weidemannin (2007) tekemässä tutkimuksessa hoitajat kokivat siirtotaitonsa paremmiksi kuin ne ulkopuolisen arvioimana olivat.

Tamminen-Peterin ja Wickströmin (1998) mukaan siirtotaito koostuu tarvittavista tiedoista ja taidoista. Siirtotaitojen hallintaan tarvittavia tietoja ovat tieto potilassiirtojen periaatteista ja tieto ihmisen luonnollisista liikkeille eli hoitajan on tiedettävä, kuinka ihminen normaalisti liikkuu ja mitä rajoituksia tietyt sairaudet tuovat liikkumiseen.

Siirtojen periaatteiden mukaisesti ergonomisen potilassiirron lähtökohtana on oikean avustustavan valinta. Valitun tavan on tuettava potilaan oma-toimisuutta ja kevennettävä avustajan kuormittumista. Oikean tavan valinnalla annetaan potilaalle mahdollisuus olla aktiivinen siirtymisessä, tällöin myös hoitajan kuormittuminen vähenee kun potilas kannattelee itse osaa kuormasta. Oikean siirtotavan valintaa varten hoitajan tulee arvioida potilaan voimavarat sekä apuvälineen ja toisen hoitajan avun tarve.

Siirtotaitojen hallintaan tarvittavia taitoja ovat taito kartoittaa potilaan voimavarat, taito aktivoida potilasta, taito hyvään vuorovaikutukseen sekä taito hallita oma keho. Liikkumisen avustaminen perustuu tietoon, mitä potilas kykenee itse tekemään ja potilasta tulee aktivoida liikkumaan itse käyttäen olemassa olevia voimavarojaan. Avun liiallinen annostus passivoi potilasta eikä näin ollen edistä potilaan terveyttä.

Katsekontaktin luominen, tasavertainen lähestyminen ja potilaan ohjaaminen ovat edellytykset sille, että potilas voi olla liikkumisessa aktiivisesti mukana. Suullisen ohjauksen lisäksi hoitajan tulee tehostaa ohjausta kosketuksen ja liikkeen avulla. Kosketuksessa tulee kuitenkin muistaa ottaa huomioon potilaan kulttuuri.

On tärkeää, että hoitaja kuuntelee myös omaa kehoaan avustaessaan toista ihmistä liikkumisessa. Oman kehon hallinnassa ei ole kyse vain teoreettisesta tiedosta ruumiin rakenteesta ja toiminnasta, vaan hoitajan tulee myös olla tietoinen omasta kehostaan. (Tamminen-Peter & Wickström 1998.)

Siirtotaidon todentamiseen on ollut kehitteillä valtakunnallisesti yhtenäinen koulutus, josta todistukseksi sen käyneet saivat ns. potilassiirtokortin. Tämän koulutuksen tarkoituksena on yhtenäistää siirtokoulutusta ja antaa sen käyneille hyvät perustiedot ja – taidot turvallisen potilassiirron suorittamiseen. Tämä koulutus on tarkoitettu kaikille hoito- ja hoiva-alan

ammattilaisille ja opiskelijoille. Kortin saaminen edellyttää yhden kuu-kauden etäopiskelua, 16 tunnin lähiopiskelua ja näytön. Näytön vastaanot-tajana voi toimia ainoastaan potilassiirtokortin kouluttajakoulutuksen saa-nut. (Tamminen-Peter 2008.)

Potilassiirtokorttikoulutuksen sisältö koostuu kaikista hyvään siirtotaitoon vaadittavista tiedoista ja taidoista. Sillä pyritään kehittämään hoitoalan turvallisuusosaamista ja edistämään ergonomiakoulutuksen vaikuttavuutta. Se on tarkoitettu osaksi turvallisuusjohtamista. (Tamminen-Peter 2008.)

2.4.2 Ergonomian ohjaus ja opetus hoitotyössä

Opetusministeriön selvityksen (2006) mukaan osana sairaanhoitajan kes-keisiä osaamisvaatimuksia kliinisessä hoitotyössä kuuluu potilasturvalli-suus, työergonomia ja työturvallisuus. Kuitenkin tutkimusten mukaan er-gonomiakoulutus on riittämätöntä $\frac{3}{4}$ oppilaitoksia ja se vaihtelee hyvin paljon oppilaitosten välillä. Ergonomiakoulutuksen tilanne on parempi lä-hihoitajaopiskelijoilla kuin sairaanhoitajaopiskelijoilla. (Rantsi 2005.)

Sen lisäksi, että opetusta on suurissa osassa oppilaitoksia liian vähän, poti-laan liikkumisen avustustapojen opetus on vanhanaikaista ja edelleen mo-nessa oppilaitoksessa opetetaan raskaita tapoja (Rantsi 2005). Tämän vuoksi ergonomiaopetuksen määrää tulisi yhtenäistää ja lisätä sekä paran-taa sen laatua. Myös oppilaitosten ja käytännönharjoittelupaikkojen yhteis-työtä tältä osin tulisi parantaa. (Tamminen-Peter 2007.)

Ergonomisen työskentelytavan opetusvastuu ei ole yksin oppilaitoksilla vaan käytännön harjoitteluissa opiskelijoiden ohjaajien tulisi kiinnittää huomiota myös turvallisten siirto- ja nostotekniikoiden sekä työturvalli-suuden ohjaukseen opiskelijoille (Tamminen-Peter 2007; Rantsi 2005). Tätä ajatusta tukee laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), jossa terveydenhuollon ammattihenkilön ammattieettinen velvollisuus on edistää ja ylläpitää terveyttä ja ehkäistä sairauksia.

Aiemmin tehtyjen tutkimusten tuloksista on todettavissa, että uuden siir-tomenetelmän opettelu ja käyttö on vähentänyt työn kuormittavuutta ja pa-rantanut hoitajien siirtotaitoja huomattavasti (Tamminen-Peter 2005; Jons-son 2005; Kjellberg 2003).

Oulun yliopisto sairaalassa alettiin 1994 kehittää ns. PAST -toimintaa (po-tilaan avustus- ja siirtotavat), jossa koulutettiin vastuuhenkilöitä hoitohen-kilökunnasta järjestelmällisesti vuoteen 2004 saakka. Vastuuhenkilöt vuo-rostaan opastivat työkavereitaan avustus- ja siirtotavoissa. Tämä PAST -toiminta osoittautui onnistuneeksi tavaksi parantaa hoitohenkilökunnan ergonomiaa potilassiirroissa. (Rantsi & Hämäläinen 2006.)

Työnantajan tulee ohjata ja opastaa uusi työntekijä nostotyöhön ja apuvä-lineiden käyttöön. Työnantajan tulee varmistaa, että työntekijällä on tarvit-tava tietotaito suorittaa nostot ja siirrot turvallisesti, tarvittaessa työnanta-jan tulee järjestää työntekijälle opetusta. (Rissanen 2006.)

2.4.3 Apuvälineet potilassiirroissa

Hoitotyön fyysiseen raskauteen voidaan saada kevennystä ergonomisten toimenpiteiden avulla (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006). Hoitotyöhön on kehitetty paljon erilaisia apuvälineitä, joiden tarkoituksena on helpottaa hoitajan työtä ja auttaa potilasta liikkumisessa (Iivanainen ym. 2006; Tamminen-Peter & Wickström 1998), mutta niitä käytetään syystä tai toisesta liian vähän (Moilanen 2007).

Työntekijöiden käyttöön on hankittava apuvälineitä, jos muilla toimenpiteillä ei voida välttää raskaita nostoja ja siirtoja. Apuvälineen tulee olla ominaisuuksiltaan sellainen, että se sopii kyseiseen työhön ja taakkaan. (Rissanen 2006.) Apuvälineiden tarkoitus on helpottaa potilaan liikkumista ja häntä avustavan hoitajan työtä. Apuvälineitä on monenlaisia ja monene käyttötarkoitukseen. Apuvälineen tarve lähtee aina potilaan liikunta-kyvystä. Erilaisia apuvälineitä ovat kaikki tukea antavat, kitkaa poistavat ja kättä pidentävät välineet. (Tamminen-Peter & Wickström 1998; Iivanainen ym. 2006.)

Ergonomian ja työolojen kehittymistä hoitotyössä on tutkittu aikavälillä 1992–2003 ja tämän tutkimuksen mukaan apuvälineiden saatavuus ja käytettävyys olivat parantuneet tällä ajanjaksolla, mutta kuitenkin hoitohenkilökunnan kokema työn fyysinen rasittavuus oli lisääntynyt paljon (Siukola, Nygård, Stålhammar, & Perkiö-Mäkelä 2004). Tervo-Heikkisen (2008) tekemän tutkimuksen mukaan vain 36 % oli tyytyväisiä apuvälineiden määrään sairaalassaan, vaihteluvälin ollessa 15–60 %.

Työ ja terveys -haastattelututkimuksessa 2006 selvisi, että sosiaali- ja terveysalalla on ylivoimaisesti eniten yli 25 kilogramman taakkojen nostoja. Kuitenkin vain 10 % vastaajista käytti aina ja 44 % joskus apuvälineitä käsitellessään yli 25 kg kuormaa. Vastaajista 45 % ilmoitti, ettei apuvälineitä ole saatavilla, jonka vuoksi he eivät niitä käytä. Vastaajista 35 % kuitenkin totesi nostamista olevan useita kertoja päivässä tai tunnissa. (Perkiö-Mäkelä ym. 2006.)

Apuvälineiden käytön esteiksi ovat ilmenneet ahtaat tilat, ylipaikoilla olevat potilaat, kiire, pinttynyt tavat, osaamattomuus, apuvälineiden sijainti kaukana sekä se, että apuvälineiden koetaan hidastavan työtä. Näiden lisäksi apuvälineiden huono hyödynnettävyys, taloudelliset tekijät, näkemyserot ja yhtenäisen toimintalinjan puuttuminen koetaan hoitajien keskuudessa apuvälineiden käytön esteiksi. (Moilanen 2007; Salminen & Westerlund 2007.)

2.4.4 Potilassiirroissa loukkaantuminen

Sosiaali- ja terveysalalla tapahtuvien yli neljään työkyvyttömyyspäivään johtaneiden työtapaturmien määrä on kasvanut yli kolmanneksen kymmenessä vuodessa. Vuonna 2006 sosiaali- ja terveysalalla sattui 10 % kaikista työtapaturmista Suomessa. (Tapaturmavakuutuslaisten liitto 2009.) Työperäisten selkävaivojen tavallisin syy on hankalat työasennot ja niistä johtuva selän kuormittuminen ja jopa 80 % selkävaivoihin johtaneista työtapa-

turmista liittyi potilassiirtoihin (Iivanainen, ym. 2006). Selän kuormittumisriski on erityisen suuri silloin, kun siirtymisessä avustaessa joudutaan nostamaan tai siirtämään taakkaa selkä kumarassa ja kiertyneenä. Tällaisiin tilanteisiin joudutaan usein ahtaissa tiloissa, esimerkiksi WC-tiloissa. (Iivanainen, ym. 2006; Saarinko-Weidemann 2007.)

Tapaturmia on todettu tapahtuvan vähemmän osastoilla, joissa potilaiden määrä yhtä sairaanhoitajaa kohtaan on pienempi. Tapaturmien riskitekijöiksi sairaanhoitajat määrittelevät kiireen (80 %), suuren potilas määrän (84 %) ja vähäisen henkilökunnan määrän (81 %). Puolet sairaanhoitajista arvioi, että heidän kollegoilleen on viimeisen kolmen kuukauden aikana sattunut tapaturmia potilassiirtojen ja -nostojen yhteydessä. (Tervo-Heikkinen, 2008.) Joka neljäs työtapaturma sattuu raskaiden taakkojen nostojen ja siirtojen yhteydessä (Rissanen 2006).

Eniten sosiaali- ja terveysalalla tapaturmariskiä lisäävät kiireen lisäksi hankalat työasennot, fyysisesti raskas työ ja väkivaltaiset henkilöt. Näiden lisäksi riskiä lisäävät tilojen ahtaus, liukkaus, työpaikan epäjärjestys, valaistus, melu, suojaamattomuus sekä työhön sopimattomat vaatteet. (Perkiö-Mäkelä, ym. 2006.)

2.4.5 Ergonomiaa estävät ja edistävät tekijät

Yhteistyön puute eri toimijoiden välillä ehkäisee ergonomisen työtavan kehittymistä. Yhteistyötä tarvittaisiin työyhteisöjen ja oppilaitosten välille ja oppilaitosten välille keskenään. Näiden lisäksi työterveyshuollon ja työpaikan välisessä yhteistyössä olisi kehitettävää. Työterveyshuoltoon otetaan yleensä yhteyttä vasta sitten kun alkaa ilmetä oireita esimerkiksi tuki- ja liikuntaelimissä. (Moilanen 2007.) Myös esimiehet, ylin johto, työterveyshuolto sekä työsuojelun toimijat toivoivat kukin lisäpanosta yhteistyöhön (Kivimäki, ym. 2006).

Myös täysin eri alojen ammattiryhmien tulisi lisätä yhteistyötä. Esimerkiksi tiloja suunniteltaessa tulisi ottaa suunniteluun mukaan hoitohenkilökunnasta edustaja, joka tuo oman näkemyksensä tilaratkaisujen löytämiseksi. Tilojen hyvällä suunnittelulla voidaan helpottaa osaltaan hoitotyön kuormittavuutta. (Moilanen 2007.)

Swainin, Pufahlin ja Williamsonin (2003) tutkimuksessa tuli esille, että hoitajien on myös vaikea saada apua potilassiirtoon toisiltaan, joten myös hoitajien keskinäistä yhteistyötä tulisi parantaa, jotta voitaisiin tukea hoitajien ergonomiaa ja sitä kautta potilasturvallisuutta ja hoidon laatua.

Moilasan (2007) mukaan useimmista organisaatioista puuttuvat toimintalinjaukset ja toimiva malli potilaiden avustus- ja siirtokäytäntöjen kehittämiseksi ja turvallisuuden edistämiseksi. Hoitotyön työntekijöistä 57 % kokee, että ergonomiaparannukset tukisivat ja edistäisivät yli 45-vuotiaiden työntekijöiden työssä jaksamista (Kivimäki, ym. 2006).

Työyhteisössä esimiesten ja ylimmän johdon sitoutumista pidetään tärkeänä ja sen todetaan olevan tae kehittämistyön onnistumiselle (Moilanen

2007). Siukola ym. (2004) tekemässä seurantalutkimuksessa esimiesten tuessa ei ollut 1992–2003 välisenä aikana tapahtunut kehitystä. Lähiesimiesten tuen koki hyväksi hieman yli puolet sairaanhoitajista kun taas ylin johto koettiin etäiseksi ja näkymättömäksi (Tervo-Heikkinen 2008) ja hoitohenkilökunta kokeekin, ettei heidän äänensä tule riittävästi esiin sairaanhoitopiirien johtoryhmissä (Kivimäki, ym. 2006).

Työterveyslaitoksen Työ ja terveys haastattelututkimuksessa (2006) työolojen kehittämistarvetta ilmeni eniten (52 %) terveys- ja sosiaalipalvelujen toimialoilla. Laskua kehittämistyytyväisyydessä oli vuosien 2003 ja 2006 välillä tapahtunut 7 % verran, eli vuonna 2006 tyytyväisyys kehittämiseen oli huonontunut vuodesta 2003. (Perkiö-Mäkelä, ym. 2006.)

Siirtoergonomian kehittämiseksi tuo lisähaasteita työelämässä olevat ongelmat; kiire, kuormituksen kasvu, sijaispula, ikääntyminen ja sen mukanaan tuomat tuki- ja liikuntaelinvaivat (Moilanen 2007). Erikoissairanhoidossa työskentelevistä sairaanhoitajista lähes puolet kokee, että työvuoroihin tarvittaisiin lisää työvoimaa, keskimääräinen potilasmäärä on jopa 12,2 potilasta yhtä sairaanhoitajaa kohti. Erikoissairanhoidossa työskentelevistä sairaanhoitajista 40 % myös kertoo tekevänsä ylitöitä viikoittain. (Tervo-Heikkinen 2008.)

Kehittämällä turvallisuusjohtamista ja ergonomiia voidaan lisätä työ- ja potilasturvallisuutta. Päätäjillä ja esimiehillä on velvollisuus mahdollistaa turvallinen työskentely ja vaatia sitä työntekijöiltään. (Fagerström, Tamminen-Peter & Moilanen 2009.) On todettu, että kun organisaation johto ottaa fyysisten riskien hallinnan tosissaan, myös hoitohenkilökunta sitoutuu turvallisiin työtapoihin paremmin ja kuormittumisen vähenemisen tulokset ovat nähtävissä jo vuodessa (Tamminen-Peter, Fagerström & Moilanen 2009).

Myös hoitajien yhtenäisillä toimintatavoilla voitaisiin parantaa ergonomiia. Kun on löydetty toimiva avustustapa potilaalle ja se on kirjattu hyvin, tulisi kaikkien käyttää samaa avustustapaa kyseisen potilaan kohdalla, jolloin potilaan on helpompi osallistua ja olla aktiivinen siirtymisessä. (Tamminen-Peter & Wickström 1998.)

Useissa ergonomiakoulutukseen liittyvissä tutkimuksissa on todettu koulutuksen olevan riittämätön ja laadultaan heikkoa niin oppilaitoksissa kuin työyhteisöissäkin (Rantsi 2005; Tamminen-Peter 2007; Moilanen 2007). Ongelmallisena koulutuksen järjestämisessä työyhteisöissä koetaan erityisesti ajan ja rahan puute – ergonomiakoulutus vaatii rahaa eivätkä uudet menetelmät vakiinnu kovin helposti ja nopeasti käyttöön (Moilanen 2007).

Yleisenä ongelmana pidetään myös sitä, että päteviä kouluttajia on vaikea saada (Moilanen 2007). Sama ongelma tulee esiin Rantsin (2005) tekemässä tutkimuksessa oppilaitosten ergonomiakoulutuksesta – opetusta on liian vähän ja avustustavat, joita opetetaan, ovat vanhanaikaisia ja raskaita.

Vaikeimpana ja yleisimpänä ongelmana näyttäisivät olevan henkilöstön asenteet ja toimintakulttuuri. Siirtoergonomiia pidetään usein toisarvoise-

na ja siksi myös helposti oikaistavana toiminnassa. (Moilanen 2007.) Toisaalta Hignettin (2003) tutkimuksessa hoitajien asennetta toista ihmistä kohtaan kuvaa se, että hoitajat asettavat potilaan tarpeet ja hyvinvoinnin omansa edelle ja siitä syystä omaa terveyttä ei varjella työskentelemällä ergonomisesti.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien näkemystä ergonomiasta potilaan siirtymisen avustamisessa. Tällöin tutkimusongelmiksi kehittyvät seuraavat kysymykset:

1. Miten tärkeänä hoitajat kokevat ergonomian avustaessaan potilasta siirtymisessä?
2. Miten hoitajat arvioivat ergonomian toteutuvan avustaessaan potilasta siirtymisessä?
3. Mitkä tekijät hoitajat kokevat edistävänä tekijöinä ergonomiselle potilaan siirtymisen avustamiselle?
4. Mitkä tekijät hoitajat kokevat estävinä tekijöinä ergonomiselle potilaan siirtymisen avustamiselle?

Työn tavoitteena on kehittää opinnäytetyön kohteena olevan sairaalan hoitajien ergonomiata potilaan siirtymisen avustamisessa. Työn tuloksista voidaan arvioida tarvitsevatko hoitajat lisäkoulutusta ja mihin osa-alueisiin sen tulisi kohdistua.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön aineiston keruu toteutettiin eteläsuomalaisen sairaalan kolmella osastolla. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselylomakkeella (LIITE 2), joka perustuu aiempaan tutkimustietoon.

Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 74 kappaletta, joista palautui 47 kappaletta. Vastausprosentti oli 64,2. Tutkimusongelmien täsmentämiseksi ja rajaamiseksi, ennen varsinaista tutkimusta, tutkimus esitestataan eli pilotoitetaan (Heikkilä 2004). Tämän opinnäytetyön pilotointi toteutettiin erään kunnan terveyskeskuksen vuodeosaston hoitajilla. Esitestaukseen osallistui viisi vastaajaa.

4.1 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää, joka on melko käytetty sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä ja siinä korostetaan yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja. Kvantitatiivinen ajattelutapa on lähtöisin filosofisesta suuntauksesta, joka on nimetty loogiseksi positivismiksi. Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä se, että se pohjautuu aiempiin teorioihin, jotka muodostavat tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007.)

4.2 Opinnäytetyön kohderyhmä ja aineiston hankinta

Opinnäytetyön kohderyhmä muodostui kaikista sairaanhoitajista ja lähi-/perushoitajista, jotka työskentelevät opinnäytetyön kohteena olevan sairaalan kolmella osastolla. Osastot on eritelty nimeämällä ne osastoksi 1, 2 ja 3. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella ja vastausaikaa oli neljä viikkoa. Puolistrukturoidulla tarkoitetaan sitä, että osa kysymyksistä on strukturoituja, jolloin vastausvaihtoehdot on määritelty valmiiksi, ja osa kysymyksistä on jätetty avoimiksi (Heikkilä 2004).

Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tärkeää, että sen aineisto soveltuu määrälliseen mittaamiseen (Hirsjärvi, ym. 2007). Lomakkeet jaettiin osastoille henkilöstömäärän mukaan (=kohderyhmä) niin, että niitä jaettiin yhteensä 74 kappaletta. Kyselylomakkeiden yhteydessä vastaajille jaettiin saatekirje (LIITE 1), jonka tarkoituksena oli motivoida vastaajaa täyttämään lomake ja selvittää tutkimuksen tausta ja siihen vastaaminen (Heikkilä 2004). Lomakkeet palautettiin suljetuissa kirjekuorissa niille erikseen osoitettuun paikkaan osastoilla. Kyselyyn vastaaminen katsottiin suostumukseksi tutkimukseen osallistumiselle.

Kyselylomakkeen (LIITE 2) kysymyksillä 1–4 kysyttiin vastaajien taustatietoja. Kysymyksillä haluttiin tietää vastaajien ammatti, ammatissaoloaika, nykyisessä työpaikassaoloaika ja millä osastolla vastaajat työskentelevät. Näistä tiedoista saatiin opinnäytetyöhön selittäviä muuttujia.

Kysymyksillä 5–8 ja 10 kysyttiin ergonomia koulutukseen liittyviä asioita. Näillä kysymyksillä saatiin tietoa vastaajien osallistumisesta ergonomiakoulutukseen, koulutustarpeesta ja sen toteuttamisesta. Kysymyksellä yhdeksän kysyttiin vastaajien arviointia omaista potilassiirtotekniikoiden hallinnasta. Kysymyksellä 11 puolestaan haluttiin tietää kuinka tärkeänä vastaajat pitävät ergonomiaa avustaessaan potilasta siirtymisessä. Vastaajien loukkaantumista potilassiirron yhteydessä kysyttiin kysymyksellä 12. Kysymyksillä 13–15 kysyttiin apuvälineistä, niiden saatavuudesta ja niiden käytöstä. Kysymyksellä 13 haluttiin tietoa siitä, millaisia apuvälineitä vastaajat tuntevat, mitä heillä on osastollaan käytössä ja kuinka usein he niitä käyttävät. Kysymyksien 5–15 vastauksia käsiteltiin tässä opinnäytetyössä selitettävänä muuttujina.

Kysymykset 1–15 olivat strukturoituja kysymyksiä. Avoimia kysymyksiä olivat kysymykset 16–18. Kysymyksellä 16 haluttiin tietää, mitkä asiat vastaajat kokevat olevan esteenä potilaan ergonomiselle avustamiselle, ja kysymyksellä 17, mitkä puolestaan he kokevat edistävänä tekijöinä sen onnistumiselle. Kysymyksellä 18 haluttiin tietoa mitä, vastaajat pitävät tärkeänä avustaessaan potilasta siirtymisessä.

4.3 Aineiston analysointi

Aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon on keskeistä kvantitatiivisessa tutkimuksessa, jolloin muuttujat muutetaan taulukkomuotoon. Näin saadaan havaintoaineistosta tehtyä päätelmiä perustuen tilastolliseen analysointiin. Tyypillisesti tuloksia kuvaillaan prosenttitaulukoiden avulla ja niiden tilastollinen merkitsevyys testataan. (Hirsjärvi, ym. 2007.) Strukturoitujen kysymysten vastaukset syötettiin SPSS for Windows 17.0-tilastointiohjelmaan. Tämän ohjelman avulla opinnäytetyön vastaukset saatiin tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Opinnäytetyön tulokset on esitetty kokonaisluvuiksi pyöristettyinä prosenttilukuina, koska desimaaleja käytettäessä havainnollisuus kärsii (ks. Heikkilä 2004). Kysymykseen vastanneiden määrää kuvataan tässä opinnäytetyössä pienellä n-kirjaimella.

Tämän opinnäytetyön tulosten analysoinnissa on käytetty χ^2 -riippumattomuustestiä ja Pearsonin korrelaatiokerrointa (p). χ^2 -riippumattomuustestillä testataan kahden muuttujan välisiä riippuvuussuhteita. Pearsonin korrelaatiokerrointa (p) käytetään kuvaamaan kahden muuttujan välisen riippuvuussuhteen merkitsevyyttä. Tämän mukaan riippuvuuden merkitsevyys on sitä suurempi mitä lähempänä 0,001 arvoa p-arvo on. (Heikkilä 2004.) Merkitsevyysarvoja arvioitaessa tulee ottaa huomioon, että tähän opinnäytetyöhön vastanneiden määrä jäi kohtalaisen pieneksi, jolloin merkitsevyyksiä on vaikea havaita.

Taustatiedoilla (kysymykset 1–4) saatiin havaintomateriaaliin ns. selittäviä muuttujia, jolloin voitiin verrata niiden vaikutusta selitettäviin muuttujiin (kysymykset 5–15).

Käyttöä (13c) kuvaavaan kysymykseen ei oltu vastattu annettujen ohjeiden mukaisesti, vaan suurin osa vastaajista oli laittanut tähän kohtaan rastin. Kysymystä on tästä syystä tarkasteltu hieman eri tavalla kuin oli tarkoitus.

Avointen kysymysten (16–18) vastausten analysointi eteni niin sanotusti lineaarista mallia mukailevasti, jossa aineiston analysointi tapahtuu vaiheittain (Hirsjärvi, ym. 2007). Avointen kysymysten vastaukset litteroitiin, jonka jälkeen ne luokiteltiin aineistoon perustuen ja yhdistettiin edelleen suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Lähestymistapana käytettiin selittämiseen pyrkivää tapaa, jossa käytetään usein tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa (Hirsjärvi, ym. 2007).

4.4 Opinnäytetyön luotettavuus

Luotettavuudella tarkoitetaan tutkimuksen reliabiliutta ja validiutta. Reliabiliteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulosten tulee olla niin tarkkoja, että tutkimus on toistettavissa samoin tuloksin eivätkä tulokset ole sattumanvaraisia. Jos otoskoko, eli vastanneiden määrä, jää kovin pieneksi tulokset ovat sattumanvaraisia. (Heikkilä 2004.) Tässä opinnäytetyössä vastaajien määrä jäi kohtalaisen pieneksi, joten tämän opinnäytetyön tulokset eivät ole yleistettävissä muuhun vastaavan perusjoukkoon sinällään. Tämä tulee ottaa huomioon myös tilastollisen merkitsevyyden tarkastelussa. Vaikka tämän opinnäytetyön tulokset eivät ole yleistettävissä, vastausprosentti oli kuitenkin sen verran suuri, että tuloksia voidaan käyttää opinnäytetyön kohteena olevan sairaalan kehittämistyössä.

Validiteetilla puolestaan tarkoitetaan pätevyyttä eli sitä, että tutkimuksessa käytetty mittari mittaa sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi, ym. 2007). Validiteetti tulee varmistaa etukäteen huolellisesti, sillä sitä on hankala tarkastella jälkikäteen. Jotta tutkimuslomake olisi validi, tulisi sen kysymysten mitata tutkittavia asioita yksiselitteisesti ja kattavasti. Korkea vastausprosentti ja edustavan otoksen saaminen lisäävät tutkimuksen validiutta. Tutkimusongelmien täsmentämiseksi ja rajaamiseksi, ennen varsinaista tutkimusta, tutkimus esitestataan eli pilotoidaan. (Heikkilä 2004.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomake rakennettiin aiempaan teoria tietoon pohjautuen. Kysymykset pyrittiin kehittämään sellaiseen muotoon, että ne vastaavat mahdollisimman hyvin tutkimusongelmiin. Kyselylomakkeen valmistuttua sen validiutta testattiin esitestauksella. Tämän opinnäytetyön pilotointi toteutettiin erään kunnan terveyskeskuksen vuodeosaston hoitajilla ja siihen osallistui viisi vastaajaa. Esitestaus osoitti, että kyselylomake on validi tähän opinnäytetyöhön eikä sen perusteella kyselylomakkeeseen tehty muutoksia.

4.5 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusaiheen valinta jo itsessään on eettinen valinta. Sitä valittaessa tulisi kysyä, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Hirsjärvi, ym. 2007.) Tämän opinnäytetyön aihe on lähtöisin opinnäytetyön tilaajalta. Tällä opinnäytetyöllä saadaan tietoa tilaajan hen-

kilökunnan ergonomian tilanteesta ja kehittämistarpeista. Tutkimuksen tulee olla myös hyödyllinen ja käyttökelpoinen (Heikkilä 2004).

Tutkimusta tehdessä tulee sen tekijän olla puolueeton ja rehellinen tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tutkimus tulee tehdä niin, ettei siitä koidu haittaa vastaajille ja sen hyöty on suurempi kuin haitta. Tämä tulee ottaa huomioon jo tutkimusaihetta valittaessa. (Heikkilä 2004; Hirsjärvi, ym. 2007.)

Opinnäytetyö toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Opinnäytetyön tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen ja sen tulosten arvioinnissa noudatettiin rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden periaatteita. Opinnäytetyössä käytetyt tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmät ovat yleisesti tutkimuksissa käytettyjä ja eettisesti kestäviä. (Ks. Leino-Kilpi 2008; Hirsjärvi, ym. 2007.)

Silloin kun tutkimus perustuu vapaaehtoisuuteen ja tutkittavalle annetaan mahdollisuus saada tietoa tutkimuksesta vastaamista ennen ja sen jälkeen, voidaan tutkimusta pitää eettisesti luotettavana. Myöskään tutkittavan henkilöllisyys ei saa tulla ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. (Leino-Kilpi, 2008.) Tutkittaville tulee selvittää tutkimuksen tarkoitus ja käyttötapa (Heikkilä 2004). Opinnäytetyön kohderyhmä sai tietoa opinnäytetyöstä kyselylomakkeen yhteydessä olevasta saatekirjeestä (LIITE 1). Tuloksia esittäessä tulee kertoa myös tutkimuksessa käytetyt menetelmät ja epä-tarkkuusriskit sekä niiden vaikutus tuloksiin ja niiden yleistettävyyteen (Heikkilä 2004).

Ihmisarvon kunnioittaminen tulee olla tutkimuksen lähtökohtana, jolloin jokainen kohderyhmään kuuluvalle annetaan päätäntävalta omasta osallistumisestaan tutkimukseen (Hirsjärvi, ym. 2007). Opinnäytetyön kohteena oli hoitohenkilökunta ja osallistuminen kyselyyn oli vapaaehtoista. Kyselyyn vastaaminen katsottiin suostumukseksi tutkimukseen osallistumiselle. Opinnäytetyöhön osallistuivat vastasivat kyselyyn nimettöminä, jolloin heidän henkilöllisyytensä eivät missään tutkimuksen vaiheessa tullut esille. Tutkimuksen tulokset tulee raportoida niin, ettei yksittäistä vastaajaa voida tunnistaa eikä vastaajien yksityisyyttä vaaranneta (Heikkilä 2004). Vastauslomakkeita käsittelee ainoastaan opinnäytetyöntekijä. Tulosten analysoinnin ja raportoinnin jälkeen kyselylomakkeet hävitetään polttamalla (Ks. Leino-Kilpi, 2008).

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

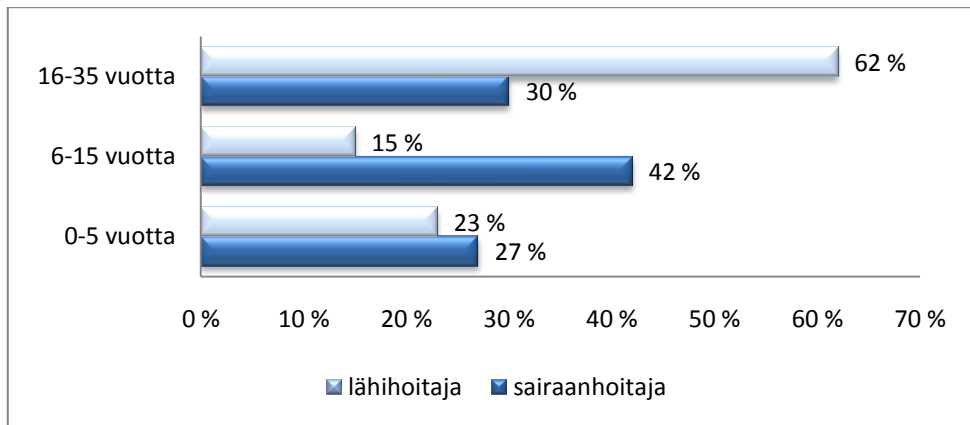
5.1 Taustatiedot

Opinnäytetyön vastausprosentiksi saatiin 64 % eli lomakkeita palautui 47 (N=47). Vastaajista 72 % oli sairaanhoitajia ja lähi- tai perushoitajia (myöhemmin lähihoitajia) 28 %. Yksi vastaajista oli jättänyt ammatin ilmoittamatta. Ammatissa oloaika vaihteli yhdestä vuodesta 35 vuoteen, keskimääräinen ammatissaoloaika oli 15 vuotta. Noin joka neljäs on ollut ammatissaan 1–5 vuotta, joka kolmas 6–15 vuotta ja 40 % on ollut ammatissaan jo 16–35 vuotta. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien ammatissaoloaikoja on kuvattu sivulla 16 (KUVIO 1, sivu 16).

Lähes 40 % vastaajista on ollut nykyisessä työpaikassaan 0–5 vuotta, 6–15 vuotta on ollut 24 % vastaajista ja 37 % vastaajista on ollut nykyisessä työpaikassaan yli 16–35 vuotta. Nykyisessä työpaikassa oli oltu keskimäärin 12 vuotta ja vaihteluväli oli 0,5–35 vuotta. 49 % vastaajista työskentelee osastolla 1, 21 % osastolla 2 ja 30 % osastolla 3. Taulukossa 1 on kuvattu vastaajien taustamuuttajat.

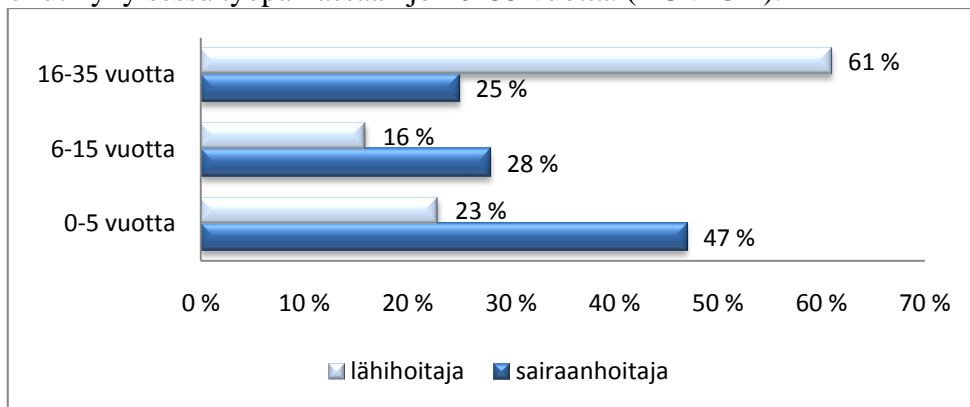
TAULUKKO 1 *Vastaajien taustamuuttajat (N=47)*

Vastaajien taustamuuttajat		
	%	n
Ammatti (n=46)		
sairanhoitaja	72	33
lähi-/perushoitaja	28	13
Ammatissaoloaika (n=47)		
1–5 vuotta	26	12
6–10 vuotta	9	4
11–15 vuotta	26	12
16–20 vuotta	9	4
21–35 vuotta	32	15
Nykyisessä työpaikassa oloaika (n=46)		
0,5–5 vuotta	39	18
6–10 vuotta	20	9
11–15 vuotta	4	2
16–20 vuotta	11	5
21–35 vuotta	26	12
Osasto, jolla työskentelee (n=47)		
Osasto 1	49	23
Osasto 2	21	10
Osasto 3	30	14



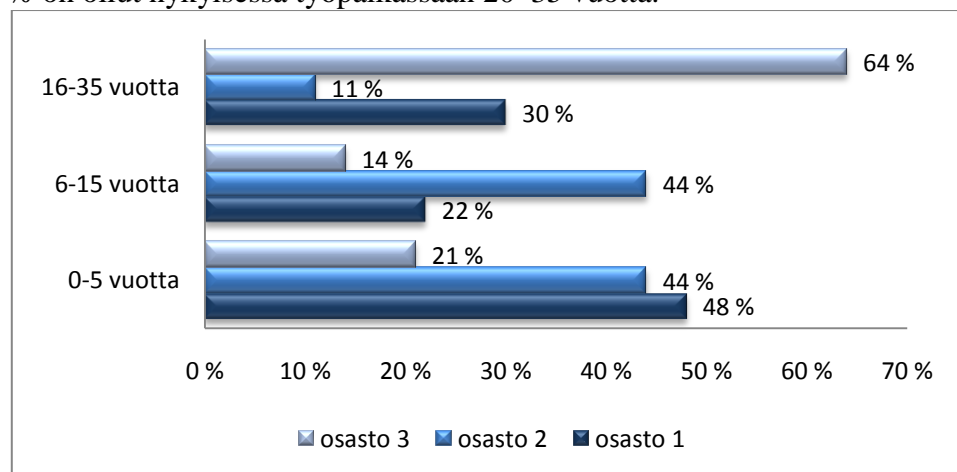
KUVIO 1 Ammatissaoloaika sairaanhoitajat (n=33) ja lähihoitajat (n=13)

Nykyisessä työpaikassaoloaika oli sairaanhoitajilla keskimäärin lyhyempi kuin lähihoitajilla, suurin osa (47 %) sairaanhoitajista oli ollut tämänhetkisessä työpaikassaan 0–5 vuotta, kun taas vastaavasti 46 % lähihoitajista oli ollut nykyisessä työpaikassaan jo 20–35 vuotta. (KUVIO 2).



KUVIO 2 Nykyisessä työpaikassaoloaika sairaanhoitajat (n=33) ja lähihoitajat (n=13)

Myös osastoittain oli eroja (KUVIO 3). Osastoilla 1 ja 2 enemmistö oli ollut nykyisessä työpaikassaan alle 10 vuotta kun taas osastolla 3 jopa 57 % on ollut nykyisessä työpaikassaan 20–35 vuotta.



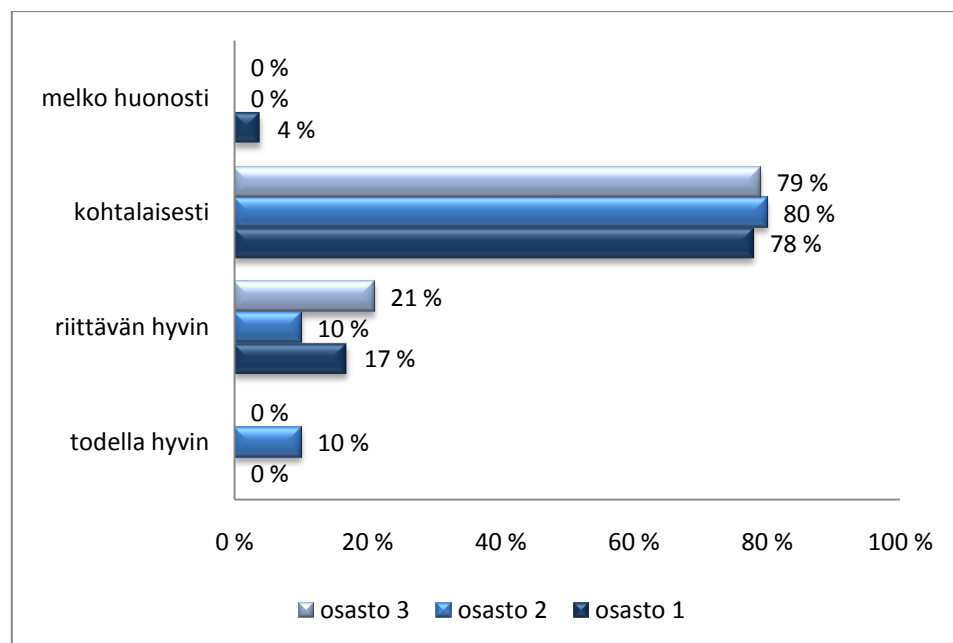
KUVIO 3 Nykyisessä työpaikassaoloaika osastoittain (n=46)

5.2 Ergonomia potilaan siirtymisen avustamisessa

Kaikki vastanneet kokivat ergonomian joko tärkeäksi (30 %) tai erittäin tärkeäksi (70 %) avustaessaan potilasta siirtymisessä. Lähihoitajat kokivat hieman useammin (77 %) ergonomian erittäin tärkeäksi kuin sairaanhoitajat (70 %) ($p=0,624$). Osastolla 2 ergonomia koettiin tärkeimmäksi, siellä 80 % vastaajista koki ergonomian erittäin tärkeäksi, vastaavasti osastolla 1 näin koki 65 % vastaajista ja osastolla 3 71 % vastaajista ($p=0,690$).

5.2.1 Siirtotaito

Valtaosa (78 %) vastaajista arvioi hallitsevansa ergonomiset potilassiirtotekniikat kohtalaisesti, 17 % vastaajista kokee hallitsevansa ne riittävän hyvin. Vain yksi vastaaja koki hallitsevansa ergonomiset potilassiirtotekniikat todella hyvin ja yksi melko huonosti. Merkittävää eroa osastojen välillä ei ollut ($p=0,519$), kaikilla osastoilla lähes 80 % vastaajista koki hallitsevansa ne kohtalaisesti. Riittävän hyvin koki hallitsevansa 17 % osastolla 1, 10 % osastolla 2 ja 21 % osastolla 3 (KUVIO 4).

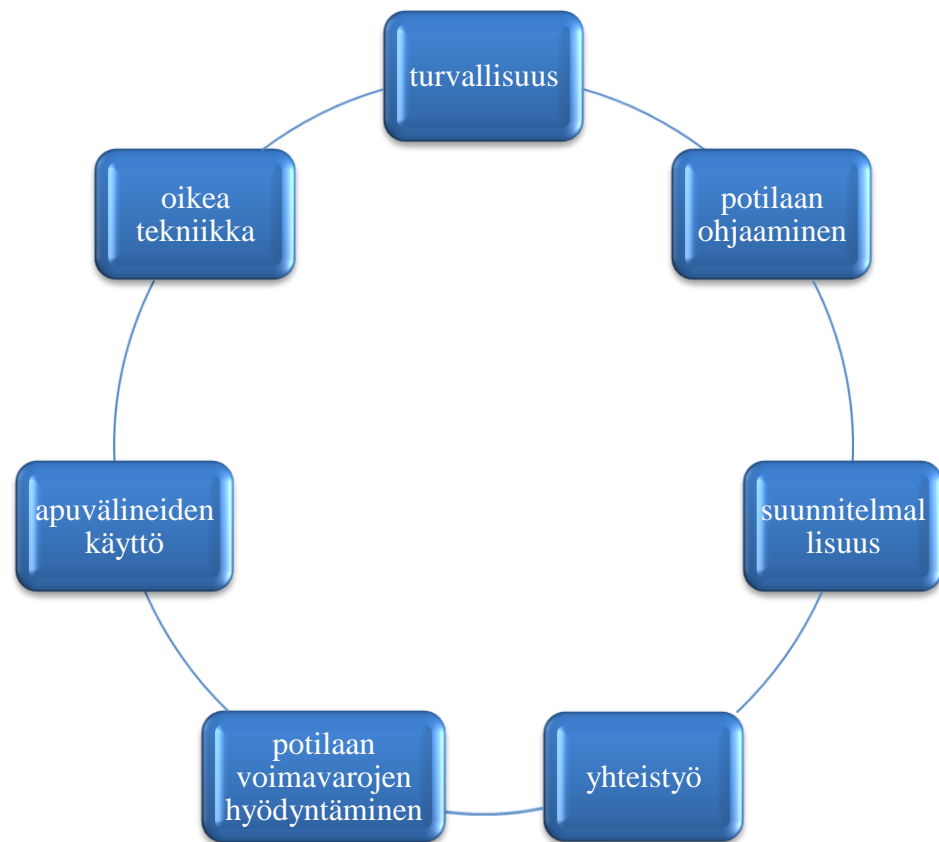


KUVIO 4 Potilassiirtotekniikoiden hallinta osastoittain ($n=47$)

Viimeisessä avoimessa kysymyksessä hoitajilta kysyttiin että, mitä heidän mielestään tulisi muistaa avustaessaan potilasta siirtymisessä. Esiin nousi tärkeimpinä siirron toteuttaminen niin, että se on turvallinen niin potilaalle kuin hoitajallekin (58 %), potilaan ohjaaminen (28 %), sekä se, että tehdään yhteistyötä potilaan kanssa eli potilas otetaan mukaan siirtoon aktiivisena osapuolena (28 %).

Tärkeinä pidettiin myös sitä, että potilaan voimavaroja tulee hyödyntää (25 %), käytetään apuvälineitä tarpeen vaatiessa (25 %), käytetään siirroissa oikeita tekniikoita (20 %), siirto suunnitellaan etukäteen (20 %), po-

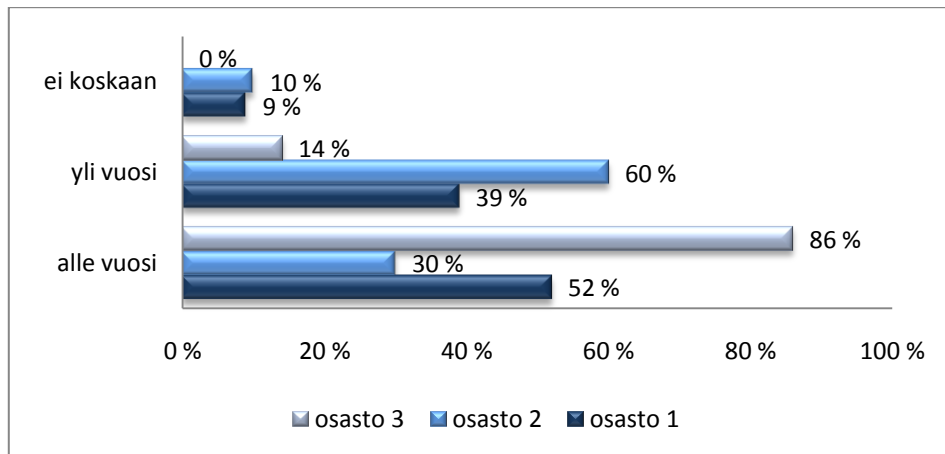
tilaalle annetaan aikaa tehdä itse (18 %) ja sitä, että potilaan liikkumisen rajoitukset otetaan huomioon (10 %). (KUVIO 5)



KUVIO 5 Potilassiirtojen toteuttaminen

5.2.2 Ergonomian opetus ja ohjaus

Suurin osa (57 %) vastaajista on osallistunut koulutukseen, jossa on käsitelty potilaan siirtymisen avustamista, viimeisen vuoden aikana. Yli vuosi koulutuksesta oli kulunut 36 %:lla vastaajista. Keskimäärin yli vuosi sitten koulutukseen osallistuneiden koulutuksesta oli kulunut vajaa 4 vuotta, vaihteluvälin ollessa 1,5–10 vuotta. 6 % vastaajista ilmoitti, ettei ole koskaan osallistunut sellaiseen koulutukseen. Koulutuksen suhteen osastolla 3 oli paras tilanne. Kaikki osastolta 3 olivat osallistuneet koulutukseen ja heistä 86 % oli osallistunut koulutukseen viimeisen vuoden aikana. Osastolla 1 hoitajista 52 % oli osallistunut koulutukseen viimeisen vuoden aikana, 39 % hoitajista koulutuksesta on yli vuosi ja 9 % ei ollut koskaan osallistunut tällaiseen koulutukseen. Osastolla 2 vain 30 % hoitajista oli osallistunut vuoden sisällä koulutukseen, hoitajista 60 % siitä oli yli vuosi ja 10 % ei siihen ole koskaan osallistunut (KUVIO 6, sivu 19). Osastolla oli lähes merkitsevä vaikutus koulutukseen osallistumiseen ($p=0,087$).

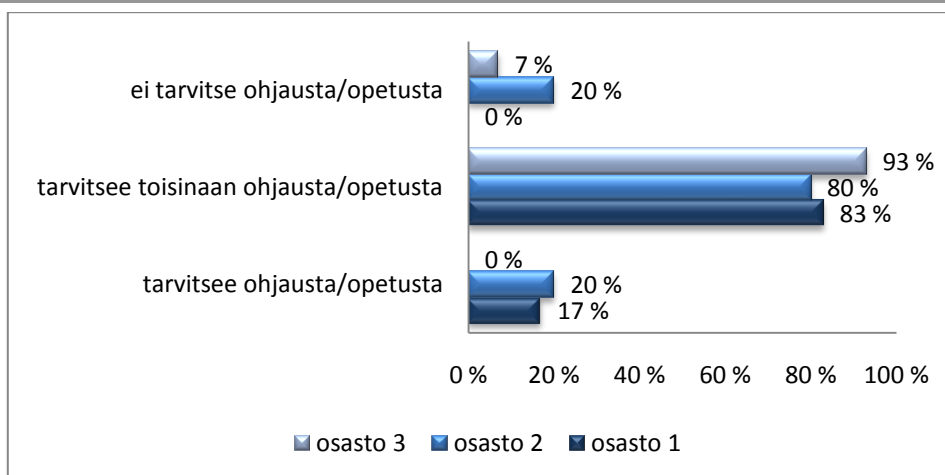


KUVIO 6 Koulutukseen osallistuminen osastoittain (n=47)

Sairaanhoitajien ja lähihoitajien välillä ei ollut merkittävää eroa ($p=0,913$). Sairaanhoitajista 61 % ja lähihoitajista 54 % oli osallistunut vuoden sisällä koulutukseen, jossa oli käsitelty potilaan siirtymisen avustamista. Yli vuosi tästä koulutuksesta oli 33 % sairaanhoitajista ja 39 % lähihoitajista. Sairaanhoitajista 6 % ja lähihoitajista 8 % ei ollut koskaan osallistunut tällaiseen koulutukseen.

94 % vastaajista kokee tarvitsevansa tai tarvitsevansa toisinaan ohjausta tai opetusta potilaan siirtymisen avustamisessa, 6 % vastasi, ettei koe tarvitsevansa ohjausta tai opetusta siinä. Vaihtelua oli jonkin verran osastokohtaisesti. Osastolla 1 kaikki kokivat tarvitsevansa ainakin toisinaan ohjausta tai opetusta potilaan siirtymisen avustamisessa. Osastolla 2 jopa 20 % arvioi, ettei sitä tarvitse, 80 % koki tarvitsevansa tai tarvitsevansa toisinaan. Osastolla 3 93 % koki tarvitsevansa sitä toisinaan ja 7 % koki, ettei tarvitse ohjausta tai opetusta ($p=0,101$) (KUVIO 7, sivu 20).

Sairaanhoitajista 15 % koki tarvitsevansa ja 79 % koki tarvitsevansa toisinaan ohjausta tai opetusta potilaan siirtymisen avustamisessa. 6 % sairaanhoitajista koki, ettei sitä tarvitse. Lähihoitajista 8 % koki tarvitsevansa ja saman verran koki, ettei tarvitse ohjausta tai opetusta potilaan siirtymisen avustamisessa, toisinaan sitä koki tarvitsevansa 85 % lähihoitajista. Ammatilla ei ollut kuitenkaan tilastollista merkittävyyttä ohjauksen tarpeeseen ($p=0,788$).



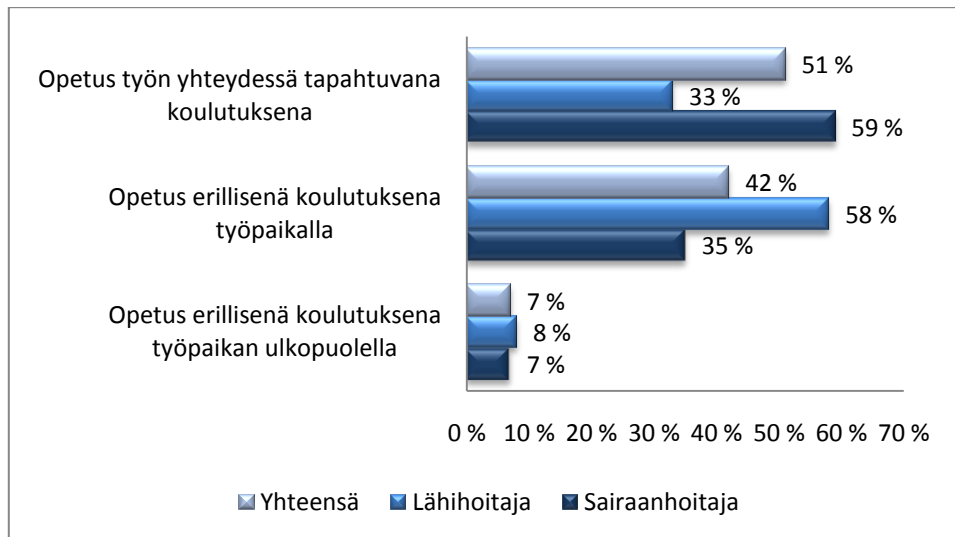
KUVIO 7 Ohjauksen/opetuksen tarve osastoittain (n=47)

Ohjausta tai opetusta koettiin tarvittavan eniten apuvälineistä ja niiden käytössä (77 %). Toiseksi eniten ohjausta/opetusta tarvittaisiin potilaan ohjaamiseen ja aktivointiin (49 %). Oman kehon hallinnassa ja siirtymistavan valinnassa koettiin olevan yhtä paljon (40 %) ohjauksen/opetuksen tarvetta. Vähiten ohjausta/opetusta koettiin tarvittavan riskien arvioinnissa ja hallinnassa, vaikkakin siihen 28 % koki tarvitsevansa ohjausta/opetusta (TAULUKKO 2).

TAULUKKO 2 Ohjauksen/opetuksen tarve osa-alueittain (n=47)

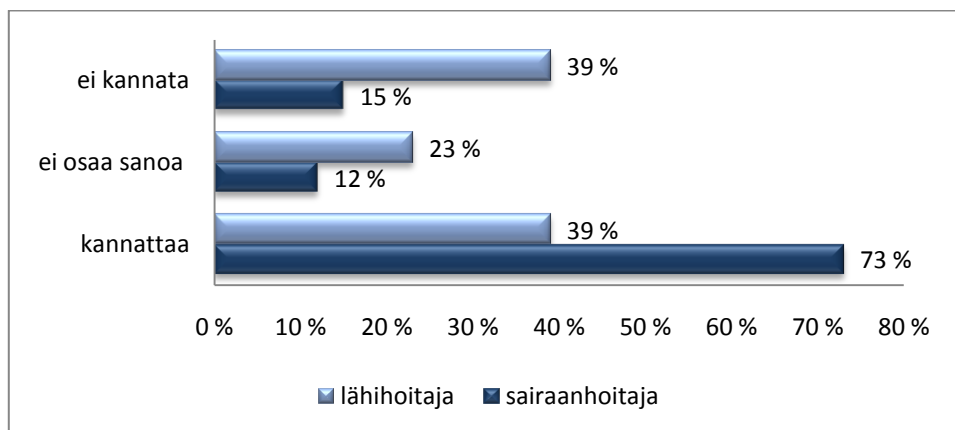
	%	n
Apuvälineet ja niiden käyttö	77	36
Potilaan ohjaaminen ja aktivointi	49	23
Oman kehon hallinta	40	19
Siirtymistavan valinta	40	19
Riskien arviointi ja hallinta	28	13

Vastaajista suurimman osan (52 %) mielestä oppimisen kannalta edullisin opetustapa olisi, jos opetus tapahtuisi työn yhteydessä tapahtuvana koulutuksena. 41 % vastaajista oli sitä mieltä, että oppiminen tapahtuisi parhaiten kun opetus tapahtuisi erillisenä koulutuksena työpaikalla. Vastaajista 7 % kokee työpaikan ulkopuolella erillisenä koulutuksena tapahtuvan opetuksen toimivan parhaiten. Sairaanhoitajista suurin osa (59 %) kokee, että oppimisen kannalta edullisin opetustapa olisi työn yhteydessä tapahtuva opetus, kun taas lähihoitajista suurin osa (58 %) kokee työpaikalla erillisenä tapahtuvan opetuksen oppimisen kannalta edullisimmaksi tavaksi ($p=0,325$) (KUVIO 8, sivu 21). Osastolla 1 (56 %) ja osastolla 3 (54 %) suurin osa kokee työn ohessa tapahtuvan opetuksen toimivan parhaiten ja osastolla 2 taas suurin osa (57 %) kokee erillisen opetuksen työpaikalla toimivan parhaiten ($p=0,852$).



KUVIO 8 Oppimisen kannalta edullisin opetusmuoto (n=41)

Valtakunnallisesti yhtenäistä koulutusta, josta todistuksena saisi potilas- siirtokortin, piti hyvänä ajatuksena 62 % vastaajista, 17 % vastaajista ei osannut sanoa olisiko sellainen hyvä vai huono ja 21 % vastaajista koki, ettei sellaista tarvita. Sairaanhoitajista 73 % koki potilassiirtokortin hyvänä, 15 % ei pitänyt sitä hyvänä ajatuksena ja 12 % ei osannut sanoa kun taas lähihoitajista vain 39 % piti sitä hyvänä ja 39 % ei pitänyt sitä hyvänä ja 23 % ei osannut sanoa (KUVIO 9). Osastolla 3 tällaiseen yhtenäiseen potilassiirtokortin toimivuuteen uskoi vain puolet, kun taas osastolla 1 siihen uskoi 65 % ja osastolta 2 70 %.



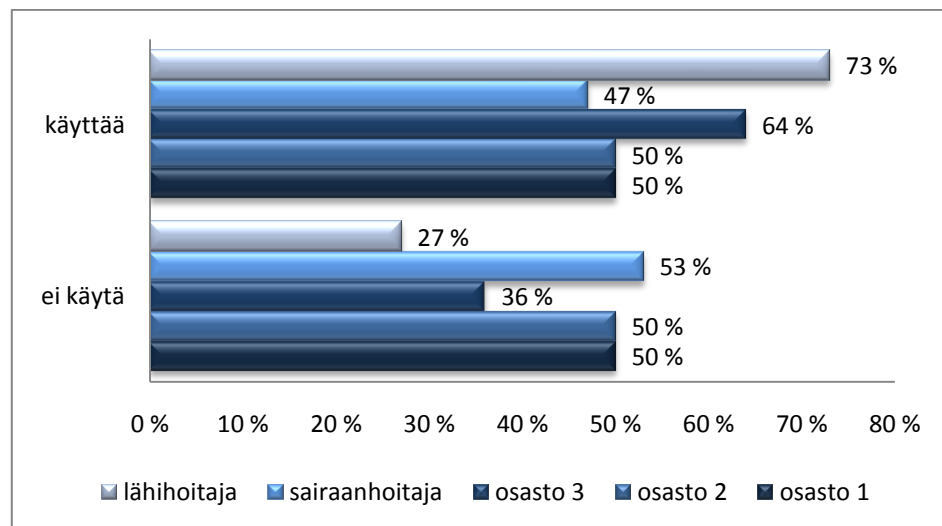
KUVIO 9 Potilassiirtokorttiin suhtautuminen sairaanhoitaja/lähihoitaja (n=46)

5.2.3 Apuvälineet ja niiden käyttö

Vastaajista 83 % oli sitä mieltä, että apuvälineet ovat helposti saatavilla, 11 % ei osannut sanoa ja 6 % koki, etteivät ne ole helposti saatavilla. Lähihoitajista kaikki olivat sitä mieltä, että apuvälineet ovat helposti saatavilla. Sairaanhoitajista puolestaan 24 % koki, etteivät apuvälineet olleet helposti saatavilla (9 %) tai ei osannut sanoa (15 %) (p=0,148).

Merkitsevää eroa osastoittain ei ollut. Osastolla 1 87 % ilmoitti apuvälineiden olevan helposti saatavilla 9 %, ettei ole ja 4 % ei osannut sanoa. Osastolla 2 80 % oli sitä mieltä, että apuvälineet ovat helposti saatavilla, 10 % koki, ettei ollut ja saman verran ei osannut sanoa. Osastolla 3 kukaan ei ollut sitä mieltä, etteivät apuvälineet ole helposti saatavilla, mutta 21 % ei osannut sanoa ja loput 79 % oli vastannut, että ne ovat helposti saatavilla. Osastojen ja apuvälineiden saatavuuden merkitsevyysarvo (p) oli 0,438.

Kuitenkin 46 % vastaajista ilmoitti, ettei käytä apuvälineitä silloin kun niitä tarvitaan ja vain 55 % vastaajista ilmoitti käyttävänsä. Eroavaisuutta oli siinä, että osastoilla 1 ja 2 käyttö jakautui tasan kahtia. Puolestaan osastolla 3 lähes kaksi kolmesta (64 %) oli sitä mieltä, että käyttää apuvälineitä silloin, kun niitä tarvitaan (p=0,675). Lähihoitajat (73 %) kokivat käyttävänsä apuvälineitä silloin kun niitä tarvitaan sairaanhoitajia (47 %) useammin (p=0,138). (KUVIO 10)



KUVIO 10 Apuvälineiden käyttö silloin kun niitä tarvitaan (n=44)

Syitä apuvälineiden käyttämättömyydelle oli kiire, laiskuus tai ei muuten vaan malteta hakea apuvälinettä, apuvälineen käytön hitaus ja kahden hoitajan auttamana siirron sujuminen nopeammin. Myös riittämätön tieto apuvälineistä sekä se, että apuväline saattaa olla toisen käytössä, koettiin syiksi apuvälineiden käyttämättömyydelle.

Apuvälineistä tunnetuimpia olivat kävelyteline (rollaattori), kävelykehikko (fordi), kyynär- ja kainalosauvat, pyörätuoli, kävelykeppi, yli 90 % vastaajista tunsi nämä. Yli 70 %:lle vastaajista tuttuja olivat kohottautumisteline (apinapuu), nostovyö, liukulevy, liukupatja ja nostoliina (M-vyö). Näiden lisäksi 66 % vastaajista tuntee sähköisen potilasnostimen. Kääntölevyn, nousutuen (kolmio), nousutelineen, siirtölevyn (banaani, slinga) ja siirtölineen tunsi alle puolet vastaajista. (TAULUKKO 3)

Osastoilta taas puolestaan vastaajista yli 70 % mielestä löytyy liukupatja, kohottautumisteline, nostovyö, pyörätuoli, kävelykehikko ja kävelyteline.

Yli puolet vastaajista mainitsi näiden lisäksi osastolta löytyvän liukulevyn, nostoliinan, kyynär- tai kainalosauvat ja kävelykepin. (TAULUKKO 3)

TAULUKKO 3 Apuvälineet ja niiden käyttö

Apuväline	Tuttu % (n=47)	Löytyy osastolta % (n=47)
Liukupatja	70	70
Liukulevy	83	68
Kääntölevy	49	26
Nousutuki (kolmio)	36	23
Nousuteline (Kääntölevy+tukitanko)	26	2
Kohottautumisteline (apinapuu)	87	89
Nostoliina (M-vyö)	72	51
Siirtölevy (slinga, banaani)	36	32
Nostovyö	87	81
Potilasnostin, -nosturi (sähköinen)	66	19
Pyörätuoli	91	85
Kyynär- tai kainalosauvat	94	66
Kävelykeppi	91	64
Kävelykehikko, -pöytä (fordi)	94	79
Kävelyteline (rollaattori)	94	85
Siirtoteline	6	0

Vastaajien mukaan osastolta 1 ei löydy kääntölevyä, nousutelinettä eikä siirtotelinettä. Osastolta 2 puolestaan vastausten mukaan puuttuu ainoastaan siirtoteline. Osastolla 3 ei ole nousutelinettä, sähköistä potilasnostinta eikä siirtotelinettä.

Apuvälineistä vastaajat käyttävät eniten pyörätuolia, kävelytelinettä eli rollaattoria ja kohottautumistelinettä eli tuttavallisemmin apinapuuta. Nämä ovat suosituimmat sairaanhoitajien ja lähihoitajien käytössä. Lähihoitajien käyttö jakaantui tasaisemmin eri apuvälineisiin kuin sairaanhoitajilla. Vastaajat käyttävät hyvin myös nostovyötä ja kävelykehikkoa, joka työelämässä tunnetaan nimellä fordi. Sivulla 24 (TAULUKKO 4) on kuvattu prosenttein apuvälineiden käyttöä.

TAULUKKO 4 Apuvälineiden käyttö

Apuväline	Käytän % (n=47)	Käytän sairaanhoitaja % (n=33)	Käytän lähihoitaja % (n=13)
Liukupatja	68	70	62
Liukulevy	51	45	62
Kääntölevy	21	18	31
Nousutuki (kolmio)	21	18	31
Nousuteline (Kääntölevy+tukitanko)	6	6	8
Kohottautumisteline (apinapuu)	79	81	69
Nostoliina (M-vyö)	49	45	62
Siirtölevy (slinga, banaani)	28	21	38
Nostovyö	74	76	69
Potilasnostin , -nosturi (sähköinen)	11	9	15
Pyörätuoli	89	94	77
Kyynär- tai kainalosauvat	66	70	62
Kävelykeppi	62	64	62
Kävelykehikko, -pöytä (fordi)	74	76	69
Kävelyteline (rollaattori)	85	88	77
Siirtoteline	2	0	8

5.2.4 Potilassiirroissa loukkaantuminen

Jopa 51 % vastaajista on loukannut itsensä avustaessaan potilasta siirtymisessä. Sairaanhoitajista 49 % ja lähihoitajista 54 % on loukannut itsensä avustaessaan potilasta siirtymisessä ($p=0,743$). Osastolla 2 loukkaantumisia oli sattunut 40 %, osastolla 1 52 %:lle ja osastolla 3 57 % oli loukannut itsensä avustaessaan potilasta siirtymisessä ($p=0,702$).

Ammatissaan 0–5 vuotta olleista puolet on loukannut itsensä potilassiirron yhteydessä. 6–15 vuotta ammatissaan olleista vain 44 % on loukannut itsensä ja 16–35 vuotta ammatissaan olleista itsensä potilassiirroissa on loukannut 58 %.

5.2.5 Ergonomian estävät ja edistävät tekijät potilassiirroissa

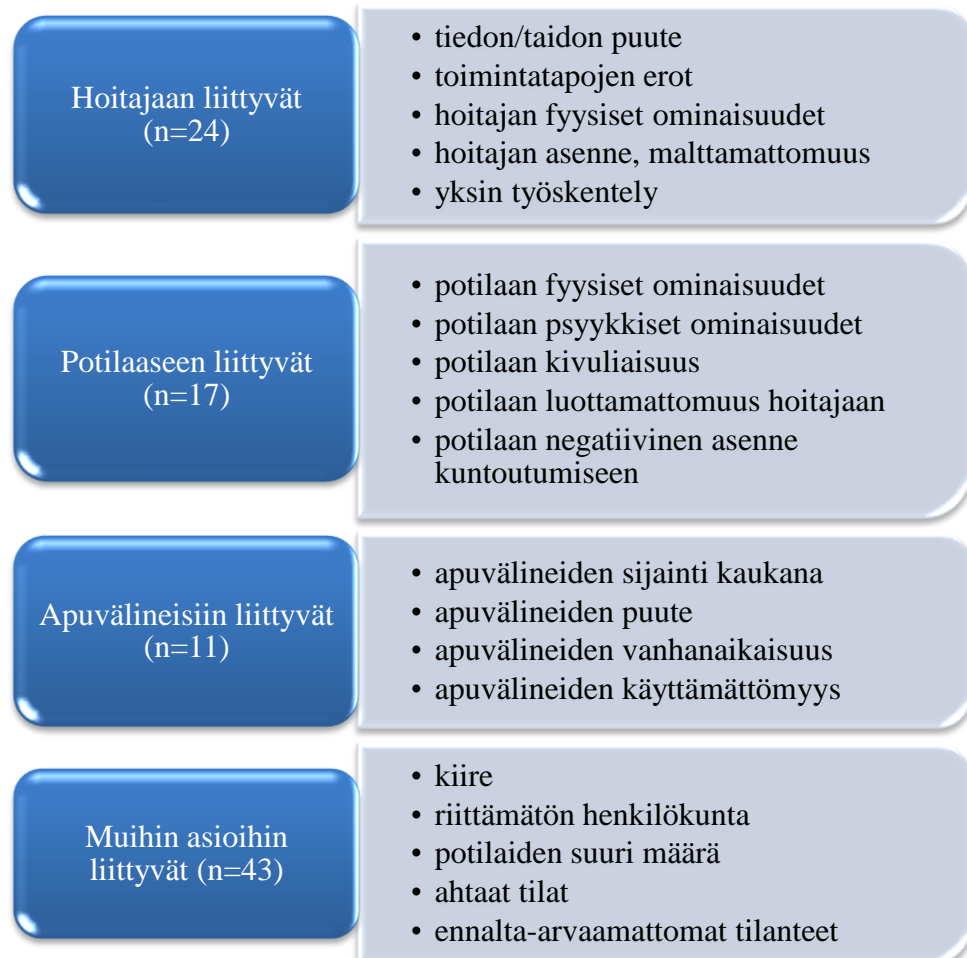
Estäviä ja edistäviä tekijöitä kysyttiin avoimilla kysymyksillä, koska vastauksia haluttiin niin, että ne tulevat hoitajilta itseltään, heidän omasta kokemuksesta. Hoitajien vastauksista muodostettiin seuraavat luokat; hoitajaan/hoitajiin liittyviin tekijöihin, potilaaseen/potilaisiin liittyviin tekijöihin, apuvälineisiin liittyviin tekijöihin ja muihin asioihin liittyviin tekijöihin.

Hoitajaan liittyviä estäviä tekijöitä olivat hoitajan tiedon ja/tai taidon puute, hoitajien toimintatapojen erot ja vanhat tavat, hoitajan fyysiset ominaisuudet (työparien huomattava pituusero, hoitajan pienuus, hoitajan fyysinen heikkous), hoitajan asenne, hoitajan malttamattomuus sekä yksin työskentely.

Potilaaseen liittyviä estäviä tekijöitä mainittiin potilaiden suuri määrä suhteessa henkilökuntaan, potilaan ominaisuudet (potilaan isokokoisuus, potilaan yhteistyökyvyttömyys), potilaan kivuliaisuus, potilaan luottamuspula hoitajaan (pelko siirrossa) sekä potilaan negatiivinen asenne kuntoutumiseen/liikkumiseen.

Apuvälineisiin liittyviä estäviä tekijöitä lueteltiin olevan apuvälineiden kaukainen sijainti, puute, vanhanaikaisuus sekä niiden käyttämättömyys (johtuen joko osaamattomuudesta tai haluttomuudesta käyttää niitä).

Muiksi estäviksi tekijöiksi koettiin kiire ja riittämätön henkilökunta, ahtaat tilat sekä ennalta-arvaamaton tilanne (esimerkiksi liukastuminen). Ergonomian estävät tekijät potilassiirroissa on esitetty KUVIOSSA 11.

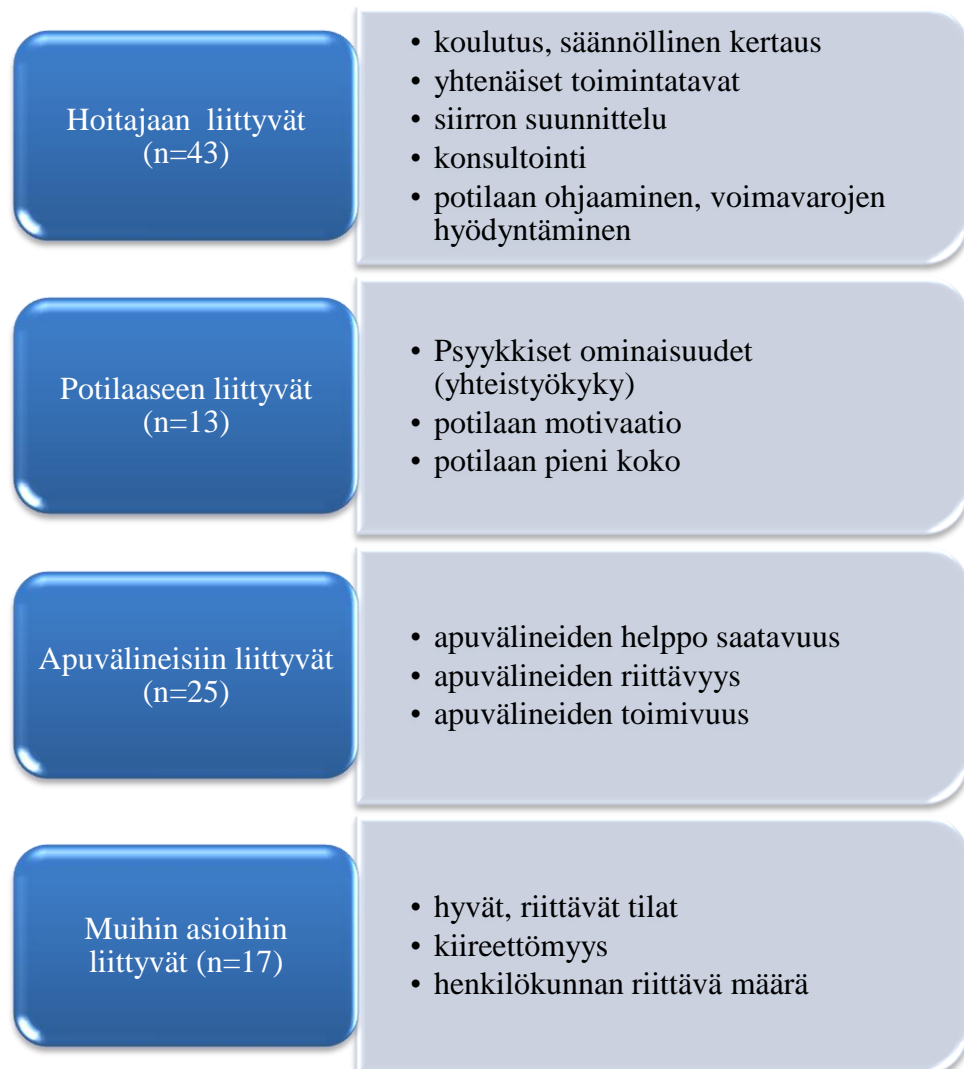


KUVIO 11 Ergonomiaa estävät tekijät potilassiirroissa

Hoitajaan liittyvät edistävät tekijät ovat vastausten mukaan riittävä koulutus ja opitun säännöllinen kertaaminen, yhtenäiset toimintatavat, toisen ammattihenkilön konsultointi (mm. fysioterapeutti), siirron hyvä suunnittelu etukäteen ja sen valmistelu, potilaan ohjaaminen ja potilaan voimavarojen hyödyntäminen.

Potilaan yhteistyökyky, motivaatio ja potilaan pienikokoisuus koettiin potilaaseen liittyvinä edistävinä tekijöinä. Apuvälineisiin liittyvinä edistävinä tekijöinä koettiin, että apuvälineet ovat helposti saatavilla ja että niitä on riittävästi sekä se, että apuvälineet ovat toimivia (huollettu, tarkoitukseen sopivia).

Muina edistävinä tekijöinä mainittiin hyvät, riittävät tilat, kiireettömyys, sekä henkilökunnan riittävä määrä. Ergonomian edistävät tekijät potilas-sirroissa on esitetty KUVIOSSA 12.



KUVIO 12 Ergonomiaa edistävät tekijät potilassiirroissa

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan kaikki vastaajat kokevat ergonomian vähintään tärkeäksi. Tätä voidaan pitää edellytyksenä sille, että esimerkiksi ergonomiakoulutuksella voidaan saada haluttua kevennystä potilassiirtoihin. Potilassiirtotekniikat vastaajat kokevat hallitsevansa kohdallaisen hyvin. Kuitenkin hieman yli puolet vastaajista on loukannut itsensä avustaessaan potilasta siirtymisessä. Tätä voi selittää osittain se, että Saarinko-Weidemannin (2007) tutkimuksessa on ilmennyt, että hoitajat arvioivat potilassiirtotaitonsa paremmiksi kuin ne ulkopuolisen arvioimina ovat.

Tamminen-Peterin (2005) mukaan hyvä siirtotaito on sitä, että hoitaja kykenee tunnistamaan potilaan voimavarat ja osaa hyödyntää niitä potilaan siirtymisen parhaaksi niin, että potilas pääsee siirtymään turvallisesti ja miellyttävästi mahdollisimman pienellä avulla. Potilassiirron turvallisuus olikin tämän opinnäytetyön vastaajien mielestä tärkeintä siirrossa. Asiat, jotka vastaajat pitivät tärkeinä potilassiirroissa, ovat niitä joista koostuu hyvä siirtotaito. Hoitajat pitivät siirrossa tärkeimpänä siirron turvallisuutta. Myös potilaan aktivointi ja ohjaaminen koettiin tärkeänä sekä se, että potilas otetaan mukaan siirtoon, eikä potilas ole vain esine, jota siirretään. Aiemmin tehtyjen tutkimusten mukaan uuden siirtomenetelmän opettelu ja käyttö ovat vähentäneet työn kuormittavuutta ja parantanut hoitajien siirtotaitoja huomattavasti (Tamminen-Peter 2005; Jonsson 2005; Kjellberg 2003).

Lähes kaikki vastaajista on osallistunut joskus potilassiirtokoulutukseen. Reilut puolet vastaajista oli osallistunut potilassiirtokoulutukseen viimeisen vuoden aikana. Tämä on hyvä, sillä koulutuksella on todettu olevan kuormitusta vähentävä vaikutus (Ks. Tamminen-Peter 2005; Jonsson 2005; Kjellberg 2003). Siirtokoulutuksella voidaan myös tukea hoitajien työssäjaksamista, joka on erittäin tärkeää henkilökunnan ikääntyessä. Koulutus lisää myös työ- ja potilasturvallisuutta (Fagerström, ym. 2009). Osastolla 3 on paras tilanne, sillä siellä työskentelevistä hoitajista 86 % on osallistunut ergonomiakoulutukseen viimeisen vuoden aikana.

Suurin osa vastaajista kannattaa valtakunnallisesti yhtenäistä ergonomiakoulutusta, jonka käyneet saisivat siitä todistuksena ns. siirtokortin. Sairaanhoidajat kannattivat tätä selkeästi enemmän kuin lähihoitajat. Yhtenäisellä ergonomiakoulutuksella voitaisiin yhtenäistää siirtokäytäntöjä (Tamminen-Peter 2008). Kun työelämässä jo ovat hoitajat ja hoitoalaa opiskelevat koulutettaisiin samoilla lähtökohdilla, yhtenäistyisivät terveysalan oppilaitosten ja terveydenhuollon organisaatioiden näkemykset ergonomian osalta. Tällöin olisi myös hoitajan helpompi opastaa käytännönharjoittelussa olevaa opiskelijaa potilassiirroissa sekä antaa opiskelijalle mahdollisuus kehittää siirtotaitojaan käytännön hoitotyössä.

Vaikka ergonomiakoulutusta on tämän sairaalan henkilökunnalle ollut kohtalaisen hyvin, lähes jokainen hoitaja kokee tarvitsevansa ohjausta ja opetusta potilaan siirtymisen avustamisessa. Hoitajat kokevat tarvitsevansa eniten opetusta apuvälineistä ja niiden käytöstä. Tästä koulutustarpeesta kertoo myös se, että yksi käyttämättömyyden syy oli riittämätön tieto apuvälineistä. Apuvälineiden käytön osaamattomuus koetaankin olevan este niiden käytölle (Moilanen 2007; Salminen & Westerlund 2007). Apuvälineitä käytetäänkin liian vähän (Moilanen 2007). Tähän viittaa myös opinnäytetyössä saadut tulokset, joiden mukaan vain 55 % vastaajista käyttää apuvälineitä silloin kun niitä tarvitaan.

Vaikka suurin osa vastaajista kokee, että apuvälineet ovat helposti saatavilla, on kuitenkin todettu, että apuvälineiden kaukainen sijainti on yksi ergonomisen potilassiirron estävä tekijä. Nämä tulokset ovat ristiriidassa keskenään. Toisaalta apuvälineet voivat olla helposti saatavilla, mutta silti myös siirtotilanteessa liian kaukana, jotta se haettaisiin. Apuvälineiden käytön esteiksi ovat ilmenneet ahtaat tilat, ylipaikoilla olevat potilaat, kiire, pinttyneet tavat, osaamattomuus, apuvälineiden sijainti kaukana sekä se, että apuvälineiden koetaan hidastavan työtä (Moilanen 2007; Salminen & Westerlund 2007). Näitä syitä nousi esille myös tässä opinnäytetyössä. Kuitenkin erilaisia apuvälineitä tunnettiin kohtalaisen paljon, mutta vastaajien mukaan osastoilla niitä oli vähän verrattuna siihen mitä vastaajat tunsivat.

Opinnäytetyön tulosten mukaan oppimisen kannalta edullisin opetustapa oli työn yhteydessä tapahtuva koulutus. Tällä koulutustavalla juuri apuvälineidenkin käyttö nivoutuisi hyvin käytännön hoitotyöhön. Tällä tavalla myös ergonomiakoulutuksen opit tulisivat osaksi hoitotyötä, jolloin työ- ja potilasturvallisuus paranisi. Näin voitaisiin saada hoitajat myös käyttämään apuvälineitä enemmän työssään. Lähihoitajat kuitenkin kokivat paremmaksi tavaksi oppia, kun koulutus tapahtuu erillisenä työpaikalla.

Vuonna 2006 sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa Suomessa (Tapaturmavakuutuslaisten liitto 2009). Puolet sairaanhoitajista arvioi, että heidän kollegoilleen on viimeisen kolmen kuukauden aikana sattunut tapaturmia potilassiirtojen ja -nostojen yhteydessä. (Tervo-Heikkinen, 2008.) Joka neljäs työtapaturma sattuu raskaiden taakkojen nostojen ja siirtojen yhteydessä (Rissanen 2006). Opinnäytetyön vastaajista 51 % on loukannut itsensä avustaessaan potilasta siirtymisessä.

Ergonomisen potilaan siirtymisen avustamisen estäviä tekijöitä vastaajat löysivät huomattavasti enemmän kuin edistäviä tekijöitä. Ergonomiaa estävinä tekijöinä eniten oli vastattu kiire, ahtaat tilat ja potilaiden suuri määrä suhteessa hoitajiin. Kiire todettiin myös suurimmaksi esteeksi apuvälineiden käytölle. Henkilökuntaa lisäämällä voitaisiin vähentää työn kuormittavuutta, työtapaturmien riskiä ja parantaa hoitajien työturvallisuutta sekä potilasturvallisuutta. Vastaajat kokivat turvallisuuden olevan tärkeintä potilassiirrossa.

Ergonomisen potilassiirron edistävästä tekijöistä koulutus ja opitun kerääminen, kiireettömyys ja riittävä henkilökunnan määrä olivat vastaajien mukaan tärkeimpiä.

6.2 Jatkotutkimus- ja kehittämissuhteet

Koska suhteellisen suuri osa hoitajista oli loukannut itsensä avustaessaan potilasta siirtymisessä, olisi hyvä kartoittaa millaisissa tilanteissa nämä loukkaantumiset ovat tapahtuneet ja sitä kautta etsiä keinoja välttää tällaisia tilanteita. Tätä kautta voitaisiin kehittää hoitajien riskien arviointi ja hallinta taitoja sekä parantaa niin potilas- kuin työturvallisuuttakin.

Jatkotutkimuksena tälle opinnäytetyölle voisi tehdä havaintotutkimuksen, jossa ulkopuolinen havainnoitsija arvioisi hoitajien ergonomiasta potilaan siirtymisen avustamisessa. Näin saataisiin vertailukohtaa hoitajien omalle näkemykselle ergonomiasta ja sen toteutumisesta.

Kiire on huomattava este ergonomiselle työtavalle ja siksi olisikin tärkeää pyrkiä etsimään keinoja sen vähentämiseksi. Näitä keinoja voisi yrittää löytää esimerkiksi tutkimuksen avulla.

Opinnäytetyön tuloksista voidaan päätellä, että hoitajat tarvitsevat ergonomiakoulutusta etenkin apuvälineistä ja niiden käytöstä. Myös apuvälineiden saatavuutta helpottavaa sijoittelua tulisi miettiä jokaisella osastolla, jotta niiden käyttö potilassiirroissa lisääntyisi. Tätä kautta voidaan vähentää potilassiirtojen kuormittavuutta sekä lisätä työ- ja potilasturvallisuutta.

LÄHTEET

- Fagerström, V., Tamminen-Peter, L. & Moilanen, A. 2009. Työkäytäntöjen kehittäminen vanhustenhuollossa – osana hoitotyön turvallisuusjohtamista 1.10.2007–30.6.2009. PowerPoint-esitys. Viitattu 25.9.2009. [http://www.poliisi.fi/lh/etela/bulletin.nsf/files/94DC3BD2DDB4E197C2257603003C13C4/\\$file/Hankkeen_esittely.pdf](http://www.poliisi.fi/lh/etela/bulletin.nsf/files/94DC3BD2DDB4E197C2257603003C13C4/$file/Hankkeen_esittely.pdf)
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hignett, S. 2003. Hospital ergonomics: a qualitative study to explore the organizational and cultural factors. *Ergonomics*, 46/2003, vol 9. 882–903.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. uud.p. Helsinki: Tammi.
- Hänninen, O., Koskelo, R., Kankaanpää, M. & Airaksinen, O. 2005. Ergonomia terveydenhuollossa. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi.
- Jonsson, C. 2005. The patient transfer task. Methods for assessing work technique. Karolinska institute, department of nursing. Tukholma, Ruotsi. Viitattu 7.8.2009. <http://diss.kib.ki.se/2005/91-7140-262-4/thesis.pdf>.
- Kivimäki, R., Karttunen, A., Yrjänheikki, L. & Hintikka, S. 2006. Hyvinvointia sairaalatyöhön. Terveydenhuollon kehittämishanke 2004–2006. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2006:69. Helsinki.
- Kjellberg, K. 2003. Work technique in lifting and patient transfer tasks. National institute for working life, department of work and health. Stockholm, Sweden.
- Laine, M., Wickström, G., Pentti, J., Elovainio, M., Kaarlela-Tuomaala, A., Lindström, K., Raitoharju, R. & Suomala, T. 2006. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksella 2005. Työterveyslaitos. Tampere. Viitattu 7.8.2009. http://www.ttl.fi/NR/rdonlyres/358C8DAC-116D-42A5-905B-DDB0E7CF10BA/0/Tyoolot_ja_hyvinvointi_sosiaali_ja_terveysalalla_2005.pdf.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 25.12.2009. www.finlex.fi
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Viitattu 3.9.2009. www.finlex.fi
- Leino-Kilpi, H. 2008. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 360–377.

Moilanen, A. 2007. Tiedonvälitysverkosto toimijana – Suomalaiset asian-
tuntijat potilassiirtoergonomian kehittäjinä. Työturvallisuuskeskus. Pain-
tek Pihlajamäki Oy.

Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa.
Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto.

Opetusministeriö, 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon; kou-
lutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vä-
himmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmän muistioita ja selvi-
tyksiä 2006:24. Viitattu 2.9.2009.

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Perkiö-Mäkelä, M., Hirvonen, M. & Elo, A-L., ym. 2006. Työ ja terveys –
haastattelututkimus 2006, taulukkoraportti. Työterveyslaitos. Tampere:
Tammerpaino Oy.

Pohjonen, T. 2001. Perceived workability and physical capacity of home
care workers. Effect of the physical exercise and ergonomics intervention
on factors relater to work ability. Väitöskirja. Fysiologian laitos, Kuopion
yliopisto.

Rantsi, H. 2005. Potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetus
sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa. Pro Gradu. Lääketieteellinen tie-
dekunta, fysiologian laitos, Kuopion yliopisto. Viitattu 2.9.2009.

http://www.uku.fi/biolaake/ergonomia/gradut/rantsi_heli.pdf

Rantsi, H. & Hämäläinen, K. 2006. PAST-toiminta (potilaan avustus- ja
siirtotavat) Oulun yliopistollisessa sairaalassa –loppuraportti. Pohjois-
Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2006. Oulu. Viitattu 2.9.2009.
http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16309_1_2006.pdf.

Rissanen, A-L. (toim.) 2006. Käsien tehtävät nostot ja siirrot työssä. Työ-
suojeluoppaita ja – ohjeita 23. Työsuojeluhallinto. Tampere: Hermes.

Saarinko-Weidemann, E. 2007. Potilassiirtojen kuormittavuus –Hoitajien
fyysisen kuormittumisen ja potilassiirtotaitojen arviointi helsinkiläisessä
vanhainkodissa ja palvelutalossa. Pro-gradu. Lääketieteellinen tiedekunta,
fysiologian laitos, Kuopion yliopisto.

Salminen, A. & Westerlund, V. 2007. Hoitohenkilöstön kokemus työn
fyysisestä kuormittavuudesta ja työympäristön kuormitustekijöistä. Opin-
näytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Fysioterapian koulutus-
ohjelma. s. 32–33.

Siukola, A., Nygård, C-H., Stålhammar, H. & Perkiö-Mäkelä, M. 2004.
Ergonomia ja työolojen kehittäminen hoitotyössä vuosina 1992–2003. Työ
ja ihminen 18 (2004):4, 318-327.

Suomen ergonomiayhdistys. Viitattu 2.9.2009.
www.ergonomiayhdistys.fi/ergonomia_maaritelma.html

Swain, J., Pufahl, E. & R. Williamson, G. 2003. Do they practice what we teach? A survey of manual handling practice amongst student nurses. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 12. 2/2003. 297-306.

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

Tamminen-Peter, L. 2007. Ergonomiaopetuksen kehittäminen sosiaali- ja terveydenhoitoalan oppilaitoksissa – loppuraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2007:22. Helsinki. Viitattu 2.9.2009.
<http://pre20090115.stm.fi/hm1174983838441/passthru.pdf>

Tamminen-Peter, L. 2008. Potilassiirtokortti – keino työturvallisuuden ja potilasturvallisuuden parantamiseen. Power Point – esitys. Viitattu 12.12.2009.
http://www.tyoturva.fi/files/1061/leena.tamminen-peter_060608_Yhteensopivuustila_.pdf

Tamminen-Peter, L. & Tuomisto, R. 2002. Työn kuormituksen vähentäminen vanhusten hoivatyössä kehittämällä työympäristön ergonomiaa ja hoitajien työtapoja vanhusten liikkumisen avustamisessa. Kehittämishanke Turun kaupungin terveystoimen hoivasairaanhoidossa. TSR:n loppuraportti. Turun aluetyöterveyslaitos, Turku.

Tamminen-Peter, L. & Wickström, G. 1998. Potilassiirrot – taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Työterveyslaitos. Helsinki: Miktor.

Tamminen-Peter, L., Fagerström, V. & Moilanen, A. 2009. Hoitajien tukija liikuntaelinten vaivat vähenivät vanhustenhuollossa. Työterveyslaitos, tiedote 39/2009. Helsinki.

Tapaturmavakuutuslaitosten liitto. 2009. Tapaturmat ja ammattitaudit, tilastovuodet 1996-2007. PunaMusta. Viitattu 12.12.2009.
www.tvl.fi/www/page/tvl_www_6318

Tervo-Heikkinen, T. 2008. Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa –Nursing Effectiveness in Specialized Care Hospitals. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto. Kuopio.

Työterveyshuoltolaki 1383/2001. Viitattu 3.9.2009. www.finlex.fi

Työterveyslaitos. Ergonomia. Päivitetty 20.10.2009. Viitattu 13.12.2009.
www.ttl.fi

Työturvallisuuslaki 738/2002. Viitattu 2.9.2009. www.finlex.fi

Valtioneuvoston tekemä päätös kasin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä 1409/1993. Viitattu 20.9.2009. www.finlex.fi

Vehmasvaara, P. 2004. Ensihoitotyön fyysinen kuormittavuus ja ensihoitajien työkyvyn fyysisiä edellytyksiä arvioivan testistön kehittäminen. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

SAATEKIRJE

Hyvä hoitotyön ammattilainen,

Olen sairaanhoitajaopiskelija Hämeen ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötä aiheesta ”hoitajien ergonomia potilaan siirtymisen avustamisessa”. Työn tarkoituksena on kartoittaa hoitajien näkemystä ergonomiasta potilaan siirtymisen avustamisessa ja sen toteutumisesta sekä selvittää, mitkä tekijät edistävät ja mitkä estävät potilaan siirtymisen ergonomista avustamista.

Tutkimus toteutetaan [REDACTED] vuodeosastolla 1 ja 2 ja [REDACTED] vuodeosastolla 3.

Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja siihen vastataan nimettömänä, jolloin vastaajien henkilöllisyys ei tule ilmi tutkimuksen aikana. Tutkimus toteutetaan noudattaen tutkimuseettisiä periaatteita.

Tulokset raportoidaan kirjallisesti opinnäytetyöhön Hämeen ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti, joka toimitetaan myös [REDACTED]. Tuloksista tullaan myös pitämään osastollenne erikseen tilaisuus, jossa saatte tietoa tutkimustuloksista.

Kyselylomakkeen vastausaika päättyy 15.11.2009. Palauttakaa lomake sille osoitettuun paikkaan osastollanne.

Kiitos vastauksestanne!

Lisätiedot ja yhteydenotot

Emma Virta

sähköpostitse: emma.virta@student.hamk.fi

Sairaanhoitajaopiskelija

tai puhelimitse: [REDACTED]

KYSELYLOMAKE

1. Oletko

- Sairaanhoitaja
- Lähihoitaja tai perushoitaja?

2. Kauanko olet ollut nykyisessä ammatissasi? ____ vuotta.

3. Kauanko olet työskennellyt nykyisessä työpaikassasi? ____ vuotta.

4. Työskenteletkö tällä hetkellä

- _____ vuodeosastolla 1
- _____ vuodeosastolla 2
- _____ vuodeosastolla 3?

5. Koska viimeksi olet osallistunut koulutukseen, jossa on käsitelty potilaan siirtymisen avustamista?

- En koskaan
- Alle 1 vuosi sitten
- ____ vuotta sitten.

6. Koetko tarvitsevasi ohjausta tai opetusta potilaan siirtymisessä avustamisessa?

- Kyllä
- Toisinaan
- En.

Jos vastasit kysymykseen 6 vaihtoehdon ”En”, siirry kysymykseen 9.

7. Mihin osa-alueisiin koet tarvitsevasi ohjausta tai opetusta?

- Apuvälineet ja niiden käyttö
- Oman kehon hallinta potilassiirron yhteydessä
- Potilaan ohjaaminen ja aktivointi siirtymisessä
- Riskien arviointi ja hallinta
- Siirtymistavan valinta
- Muu, mikä?

8. Mikä seuraavista tilanteista olisi oppimisen kannalta edullisin?

- Opetus tapahtuu erillisenä koulutustilaisuutena työpaikan ulkopuolella
- Opetus tapahtuu erillisenä koulutustilaisuutena työpaikalla
- Opetus tapahtuisi työn yhteydessä tapahtuvana koulutuksena
- Muu, mikä?

9. Hallitsetko mielestäsi ergonomiset potilassiirtotekniikat?

- Todella hyvin
- Riittävän hyvin
- Kohtalaisesti
- Melko huonosti
- Todella huonosti

10. Mitä mieltä olisit valtakunnallisesti yhtenäisestä potilaan nosto- ja siirtokoulutuksesta, jonka käyneet saisivat siitä erillisen todistuksen ns. siirtopassin?

11. Kuinka tärkeäksi koet ergonomian avustaessasi potilasta siirtymisessä?

- Erittäin tärkeäksi
- Tärkeäksi
- En kovin tärkeäksi
- En lainkaan tärkeäksi

12. Oletko loukannut itsesi avustaessasi potilasta siirtymisessä?

- Kyllä
- En

13.

a) Mitkä seuraavista apuvälineistä ovat Sinulle tuttuja (Rastita sarakkeeseen A)?

b) Mitä niistä löytyy osastoltanne (Rastita sarakkeeseen B)?

c) Mitä niistä käytät työssäsi päivittäin(P)/ viikoittain(V)/ kuukausittain(K)/ harvemmin (H) (Merkitse lähinnä oleva vaihtoehto sarakkeeseen C)?

Apuväline	A (Tuttu)	B (Löytyy osastolta)	C (Käytän)
Liukupatja			
Liukulevy			
Kääntölevy			
Nousutuki (kolmio)			
Nousuteline (Kääntölevy+tukitanko)			
Kohottautumisteline (apinapuu)			
Nostoliina (M-vyö)			
Siirtolevy (slinga, banaani)			
Nostovyö			
Potilasnostin , -nosturi (sähköinen)			
Pyörätuoli			
Kynnär- tai kainalosauvat			
Kävelykeppi			
Kävelykehikko, -pöytä (fordi)			
Kävelyteline (rollaattori)			
Siirtoteline			
Muu, mikä _____			
Muu, mikä _____			

14. Ovatko apuvälineet helposti saatavilla?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

15. Käytätkö mielestäsi apuvälineitä silloin kun niitä tarvitaan?

- Kyllä
- En, miksi?

16. Mitkä asiat koet olevan esteenä ergonomiselle potilaan siirtymisen avustamiselle?

17. Mitkä asiat koet edistävän ergonomista potilaan siirtymisen avustamista?

18. Mitä tulisi mielestäsi muistaa potilasta avustaessa siirtymisessä?

KIITOS VASTAUKSESTASI!