

AUTTAEN JA AVUSTAEN

Apuvälineiden käyttö Koivikko-kodissa

Jaana Niskakoski

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2014
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveystieteiden koulutusohjelma

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveyden edistämisen koulutusohjelma

NISKAKOSKI, JAANA:

Auttaen ja avustaen
Apuvälineiden käyttö Koivikko-kodissa

Opinnäytetyö 81 sivua, joista liitteitä 20 sivua
Huhtikuu 2014

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista ohjaa Suomessa terveyden- ja sairaanhoidon järjestämistä. Terveyden- ja sairaanhoitoon kuuluu osana myös saattohoito. Suomessa toimii tällä hetkellä neljä saattohoitokotia. Saattohoitokodeissa potilaat viettävät viimeiset hetkensä, joista tulisi tehdä mahdollisimman hyviä potilaiden elämänlaatuun panostamalla. Saattohoidossa voidaan potilaiden toimintakyvyn tukemiseksi ja ylläpitämiseksi käyttää apuvälineitä. Apuvälineen tarpeen voi määrittää fysioterapeutti tai saattohoitokodin hoitohenkilökunnan edustaja. Tutkimuksissa on todettu hoitohenkilökunnan apuvälineosaamisen olevan yleisesti heikolla tasolla. Apuvälineiden käytön on todettu helpottavan potilassiirtoja ja lisäävän potilaiden omatoimisuutta päivittäisissä toimissa parantaen samalla potilaiden elämänlaatua ja vähentäen hoitajien työn kuormittavuutta.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä Hämeenlinnassa toimivan saattohoitoon erikoistuneen Koivikko-kodin hoitohenkilökunnan apuvälinetietämystä ja valmiuksia liikkumisen ja siirtymisen apuvälineiden käyttämisessä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kyselyn avulla saattohoitokodin liikkumisen ja siirtymisen apuvälineiden käytön ohjausta. Lisäksi tarkoituksena oli toteuttaa hoitohenkilökunnalle apuvälineiden käytön ohjausta ja tuottaa apuvälineiden käyttöön liittyvä kirjallinen ohje. Toteutettujen ohjauskertojen ja kirjallisen materiaalin käytön tuottamaa työkäytäntöjen muutosta arvioitiin seurantakyselyn avulla.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että hoitohenkilökunta kokee fysioterapeutin voivan auttaa saattohoitopotilaita toimintakyvyn ylläpitämisessä ja kivun lievityksessä. Koivikko-kodin henkilökunnan apuvälinetietämys on hyvällä tasolla. Liikkumisen ja siirtymisen apuvälineiden käyttö potilastyössä on päivittäistä, mutta henkilönostimen käyttö on vähäistä työn raskauteen nähden. Hoitohenkilökunta toivoo fysioterapeutilta potilassiirtokoulutusta ja tietoa uusista apuvälineistä. Potilassiirtokoulutuksen säännöllisen toteuttamisen varmistamiseksi laaditaan Koivikko-kotiin potilassiirtokoulutuksen kehittämissuunnitelma.

Asiasanat: saattohoito, apuvälineet, fysioterapia

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Program in Health Promotion

NISKAKOSKI, JAANA:
Helping and Assisting
The Use of Assistive Devices in Koivikko-koti

Master's thesis 81 pages, appendices 20 pages
April 2014

The Act on the Status and Rights of Patients defines the legal principles of organizing health and social welfare in Finland and hospice care. The use of assistive devices can help maintain the patient's functional capacity. A member of the nursing staff or a physiotherapist may define the patient's need of an assistive device. The studies show that the nursing staff's knowledge of assistive devices is generally quite poor, but it has been proven that the use of assistive devices facilitates patient transfers and increases the patients' independence.

The purpose of this study was to increase the knowledge and usage of assistive devices in Koivikko-koti hospice in Hämeenlinna. The aim of this study was to survey the use of assistive devices and the guidance needed by the nursing staff and educate and produce educational material for the nursing staff. A questionnaire was used to estimate the changes in the nursing staffs working habits.

The results indicate that in this hospice the nursing staff think that a physiotherapist may help palliative care patients and the nursing staff have good knowledge of assistive devices. They use transfer aids daily apart from personal hoist. The nursing staff want to have more education from a physiotherapist for patient transfer and knowledge of new assistive devices. For ensuring the regularity of patient transfer education in the future, an education plan of patient transfers is produced for Koivikko-koti.

Key words: hospice care, assistive devices, physiotherapy

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	KOIVIKKO-KOTI OPINNÄYTETYÖN KOHDEORGANISAATIONA	8
3	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	10
4	OPINNÄYTETYÖN AIHE LAKEIHIN JA TUTKIMUKSIIN PEILATTUNA	11
4.1	Opinnäytetyön aiheen valinta	11
4.2	Lainsäädäntö ja asetukset kehittämistyön perustana.....	11
4.3	Aihepiiriin liittyvät aikaisemmat tutkimukset	12
5	OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET	14
5.1	Saattohoito ja sen järjestäminen Suomessa.....	14
5.2	Fysioterapia saattohoidossa	16
5.3	Toimintakyky ja sen tukeminen hoitotyössä	19
6	APUVÄLINEET HOITOTYÖSSÄ JA KUNTOUTUKSESSA.....	21
6.1	Apuvälineet ja niiden tarpeen arviointi.....	21
6.2	Apuvälineiden käyttöperiaatteita	22
7	OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	24
7.1	Toimintatutkimus.....	24
7.2	Aineiston kerääminen kyselylomakkeen avulla.....	26
7.3	Opinnäytetyössä käytetty ohjausinterventio	30
7.4	Aineiston analyysimenetelmät.....	30
8	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	33
8.1	Kohderyhmän sekä otoksen kuvaus.....	33
8.2	Opinnäytetyön toteutusaikataulu	33
8.3	Ohjausintervention suunnittelu ja toteutus.....	35
8.4	Aineiston analysointi	37
9	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	39
9.1	Apuvälineiden käyttö Koivikko-kodissa	39
9.2	Hoitajien ohjaustarpeet ja fysioterapia saattohoidossa	43
9.3	Seurantakyselyn tulokset	45
10	POHDINTA.....	49
10.1	Tutkimuksen eettiset kysymykset	49
10.2	Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu	49
10.3	Tulosten tarkastelua	52
10.4	Opinnäytetyön tekijän oppimisprosessi	55
10.5	Jatkotutkimusaiheet.....	56
	LÄHTEET.....	58

LIITTEET	62
Liite 1. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimukset	62
Liite 2. Kyselylomake	63
Liite 3. Saatekirje	67
Liite 4. Seurantakyselylomake	69
Liite 5 Saatekirje 2	72
Liite 6 Ohjausmateriaali	73
Liite 7 Alkukysely taulukoina	77
Liite 8 Seurantakysely taulukoina	79
Liite 9 Kehittämissuunnitelma	81

1 JOHDANTO

Ihmisen elämänkaari kulkee jokaisella yksilöllisten vaiheiden kautta syntymästä kuolemaan. Kuoleman lähestyessä tavoitteena on saada elää mahdollisimman arvokasta ja täyttävää elämää viimeisiin hetkiin saakka. Jokaisella eletty elämä vaikuttaa siihen, miten haluaa viettää viimeiset päivänsä ja missä haluaa itseään hoidettavan kuoleman saapuessa. Osa ihmisistä kokee olonsa turvalliseksi saadessaan kuolla kotona tutussa ja rakkaassa ympäristössä, osa valitsee viimeiseksi kodikseen saattohoitokodin. Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) ohjaa terveyden- ja sairaanhoidon järjestämistä. Terveyden- ja sairaanhoitoon kuuluu osana myös saattohoidon asianmukainen järjestäminen kotona, sairaalassa tai saattohoitokodissa. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii valtakunnallinen eettinen neuvottelukunta (ETENE), joka käsittelee sosiaali- ja terveysalaan sekä potilaan oikeuksiin ja asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä, joista yksi on saattohoidon järjestäminen Suomessa (ETENE 2012).

Suomessa toimii tällä hetkellä neljä saattohoitokotia. Saattohoitokodeissa potilaat viettävät viimeiset päivänsä, joista tulisi tehdä mahdollisimman hyviä potilaiden elämänlaatuun panostamalla. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulisi kunnioittaa ja häntä hoitaa yksilöllisesti hänen toiveittensa mukaan. Saattohoitokodeissa hoitohenkilökunta hoitaa laadukkaasti ja arvokkaasti kuolemaa lähestyvää potilasta tukien samalla hänen omaisiaan sairauden viime vaiheessa sekä kuoleman saapuessa. Saattohoidossa tavoitellaan potilaan kärsimyksen lievittämistä ja se on hyvin toteutuessaan moniammatillisen työryhmän toteuttamaa potilaan kokonaishoitoa. Moniammatilliseen tiimiin voi kuulua myös fysioterapeutti, jonka ammattitaitoa hyödynnetään parantumattomasti sairaan potilaan toimintakyvyn ylläpitämisessä, kivun lievityksessä, omaisten ja hoitajien ohjaamisessa potilassiirroissa sekä apuvälineiden käytössä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 129–131.) Suomessa fysioterapeutteja ei tällä hetkellä työskentele vakituisesti kuin yhdessä saattohoitokodissa. Potilasta aiemmin hoitanut ja hänen tilanteensa hyvin tunteva fysioterapeutti voi jatkaa esimerkiksi kotona tai sairaalassa aloitettua fysioterapiaa potilaan siirtyessä saattohoitokotiin aina potilaan kuolemaan saakka.

Saattohoidossa kuten muussakin hoitotyössä potilaiden vointi vaihtelee ja heidän toimintakykynsä tukemiseksi ja ylläpitämiseksi käytetään apuvälineitä. Apuvälineen

tarpeen voi määrittää fysioterapeutti tai saattohoitokodissa hoitohenkilökunnan edustaja. Salmisen (2010, 16–17) mukaan tutkimuksissa on todettu hoitohenkilökunnan apuvälineosaamisen olevan yleisesti heikolla tasolla. Suomalais-ruotsalais-tanskalaisessa tutkimuksessa todettiin apuvälineiden käytön lisäävän ihmisten omatoimisuutta päivittäisissä toimissa. (Salminen, Brandt, Samuelsson, Töytäri & Malmivaara 2009.) Fagerström ja Tamminen-Peter (2010) osoittivat tutkimuksessaan apuvälineiden käytön vähentävän hoitajien kuormitusta nosto- ja siirtotilanteissa. Opinnäytetyötä varten tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa ei löydetty apuvälineiden käytöstä saattohoidossa kansallisia tai kansainvälisiä tutkimuksia. Tästä johtuen opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja selvitys aiheesta tarpeellista.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kyselyn avulla liikkumisen ja siirtymisen apuvälineiden käyttöä Hämeenlinnassa toimivassa saattohoitoon erikoistuneessa Koivikko-kodissa sekä lisäksi henkilökunnan toiveita fysioterapeutin toteuttamaan ohjaukseen apuvälineiden käytössä. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan apuvälinetietämystä ja valmiuksia liikkumisen ja siirtymisen apuvälineiden käyttämisessä.

2 KOIVIKKO-KOTI OPINNÄYTETYÖN KOHDEORGANISAATIONA

Opinnäytetyöni kohdeorganisaationa on Hämeenlinnassa toimiva Koivikko-säätiön ylläpitämä Koivikko-koti. Koivikko-kodin perustamisen alkusysäyksen antoi Terveystieteiden tutkimuskeskus Lea Savolainen, joka vuonna 1999 sai käynnistettyä suunnitteluprosessin saattohoitokotia varten. Koivikko-koti avattiin vuonna 2002 ja tällä hetkellä käytössä on 13 potilaspaikkaa. Koivikko-koti tarjoaa hoitoa vaikeasti sairaille potilaille, joiden hoidon painopiste on siirretty oireita lievittävään hoitoon. Käytössä on myös yksi lisäpaikka niille kotisaattohoidon potilaille, jotka joutuvat äkillisesti turvautumaan Koivikko-kodin apuun voimien heikentyessä. Koivikko-kodissa pidetään tärkeänä laadukasta ja oireenmukaista hoitoa, jota voidaan toteuttaa joko Koivikko-kodissa tai kotisaattohoitona. (Aho 2013a; Koivikko-koti 2013.) Koivikko-koti sijaitsee Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri on tehnyt vuonna 2012 oman saattohoitosuunnitelmansa, jonka mukaan vaativan tason saattohoito järjestetään säätiön ylläpitämässä saattohoitokodissa, joka toimii myös konsultaatio- ja koulutusyksikkönä. (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012).

Koivikko-kotiin hakeudutaan lääkärin läheteellä. Hoitosuunnitelma, sen toteutus ja arviointi laaditaan yhdessä potilaan, läheisten, hoitohenkilökunnan, lääkärin ja muun hoitoyhteisön kanssa kunnioittaen potilaan yksilöllisyyttä, hoidon läheisyyttä ja turvallisuutta. Koivikko-kodin henkilökuntaan kuuluvat johtaja, toimistopäällikkö, lääkäri, osastonhoitaja, kahdeksan sairaanhoitajaa, neljä lähihoitajaa, potilasemäntä ja laitoshuoltajia. Hoitajia työskentelee yleensä aamuvuorossa kolme, arkisin iltavuorossa kolme, viikonloppuisin iltavuorossa kaksi ja yövuoroissa kaksi. Työtä tehdään pääsääntöisesti pareittain potilaiden vointi kuitenkin huomioiden. (Aho 2013a; Koivikko-koti 2013.)

Koivikko-kodissa pidetään omaisten ja vapaaehtoisten osallistumista potilaiden arkeen suurena voimavarana. Omaisilla on mahdollisuus viettää aikaa läheisensä kanssa Koivikko-kodissa ja myös yöpyä siellä. Vapaaehtoistyö on ollut vahvasti mukana saattohoitokodin toiminnassa alusta alkaen ja sen järjestämiseen panostetaan jatkuvasti vapaaehtoisille tarkoitetuilla koulutuksilla. Yksi lähihoitaja toimii vapaaehtoistyöstä vastaavana henkilönä ja vapaaehtoisia pyritään saamaan hoitotyön tueksi päivittäin.

Vapaaehtoistyötä tekee Koivikko-kodissa tällä hetkellä noin 30 henkilöä. Koivikko-kodissa ei työskentele fysioterapeuttia vaan potilaiden hoitoa saattohoitokodissa jatkavat heitä aiemmin hoitaneet heille tutut fysioterapeutit. (Aho 2013a; Koivikko-koti 2013.)

Koivikko-koti sijaitsee rauhallisella alueella (kuva 1). Siellä on kolme kahden hengen ja seitsemän yhden hengen potilashuonetta sekä lisäksi oleskelutila, pesu- ja saunatilat, hiljainen huone omaisille vainajien hyvästijättöä varten, lila tila vainajia varten sekä hallinto- ja toimistotiloja. Koivikko-kodissa on perusapuvälineet potilaan päivittäisten toimien ja liikkumisen helpottamiseksi. Huoneissa on sähkösäätöiset sängyt, joissa kaikissa on molemmin puolin nousua helpottavat laidat. Nousutukia on käytössä kaksi. Potilashuoneiden wc-/pesutilat ovat tilavat sisältäen korotetun wc- istuimen, pyörällisen suihkutuolin sekä tukitankoja seiniin kiinnitettyinä. Heikkokuntoisia potilaita varten on pesutaso ja tukevampi pyörällinen suihkutuoli. Siirtymisapuvälineinä käytetään liukualustaa, pyörähdyslevyjä, nostovöitä sekä henkilönostinta. Liikkumisapuvälineinä käytetään rollaattoreja ja pyörätuoleja. Potilaat voivat tuoda Koivikko-kotiin tullessaan omat henkilökohtaiset apuvälineensä, jotka ovat joko itse hankittuja, alueellisen apuvälinekeskuksen kautta lainattuja tai lääkinnällisenä kuntoutuksena omaksi myönnettyjä. (Aho 2013a; 2013b.)



KUVA 1. Koivikko-koti. (Kuva: Jaana Niskakoski 2013)

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kyselyn avulla yhden saattohoitokodin liikkumisen ja siirtymisen apuvälineiden käyttöä ja henkilökunnan tarvitsemaa ohjausta apuvälineiden käytössä. Selvityksessä esille nousseiden ohjaustarpeiden perusteella suunnitellaan henkilökunnalle ohjausinterventio sekä tuotetaan materiaalia ohjausintervention toteuttamista varten. Ohjausinterventioon tuotettu kirjallinen materiaali jää henkilökunnan käyttöön.

Opinnäytetyön tehtävänä on:

- 1.Selvittää saattohoitokodin hoitohenkilökunnan liikkumisen ja siirtymisen apuvälineiden käyttöä palliativisessa hoitotyössä.
- 2.Selvittää hoitohenkilökunnan toiveita fysioterapeutin toteuttamasta apuvälineohjauksesta.
- 3.Suunnitella ja toteuttaa hoitohenkilökunnalle ohjausinterventio sekä siihen tarvittava kirjallinen materiaali.
- 4.Kuvata apuvälineohjauksen ja kirjallisen materiaalin käytön aikaansaama muutos apuvälineiden käytössä hoitotyössä

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan apuvälinetietämystä ja valmiuksia liikkumisen ja siirtymisen apuvälineiden käyttämisessä, jotta hoitohenkilökunnan työskentelyergonomia kehittyisi. Työskentelyergonomiasta huolehtiminen ja apuvälineiden oikea käyttäminen lisäävät potilaiden elämänlaatua ja vähentävät hoitajien kuormittumista hoitotyössä. Apuvälinetiedon lisääntyessä hoitohenkilökunnalla on paremmat valmiudet arvioida, millaisia apuvälineitä saattohoitokotiin kannattaa tulevaisuudessa hankkia, jotta apuvälineet hyödyttävät parhaiten saattohoitokodin toimintaa.

4 OPINNÄYTETYÖN AIHE LAKEIHIN JA TUTKIMUKSIIN PEILATTUNA

4.1 Opinnäytetyön aiheen valinta

Opinnäytetyön tekijä oli kiinnostunut saattohoidosta ja apuvälineiden käytöstä haluten syventää tietämystään näistä aiheista. Opinnäytetyön haluttiin olevan hyödyksi paikallisen saattohoitotyön kehittämiseksi, joten Hämeenlinnassa sijaitsevan saattohoitokodin johtajalta tiedusteltiin suostumusta Koivikko-kodin toimimisesta opinnäytetyön kohdeorganisaationa. Tämä opinnäytetyö käsittelee liikkumisen ja siirtymisen apuvälineiden käyttöä saattohoitokodissa sekä niiden käytön ohjausta hoitohenkilökunnalle. Palliatiivisen hoitotyön tutkimus on viime vuosina lisääntynyt, mutta apuvälineiden käytön ja ohjauksen tutkiminen on vähäistä. Saattohoitoon kuuluu myös oleellisena osana moniammatillisuus, jolloin fysioterapeutti on moniammatillisen tiimin jäsen. (Grönlund & Huhtinen 2011, 120–121.) Suomessa fysioterapiatieteessä on tehty yksi väitöstutkimus leikattujen rintasyöpäpotilaiden toimintakyvystä, mutta ei väitöksiä, joissa yhdistyvät fysioterapia, palliatiivinen hoitotyö tai apuvälineiden käyttö. Opinnäytetyön aihe tuo uutta tietoa fysioterapeutin ammattitaidon käyttämisessä palliatiivisen hoitotyön tukena.

4.2 Lainsäädäntö ja asetukset kehittämistyön perustana

Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) ohjaa terveyden- ja sairaanhoidon järjestämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii valtakunnallinen eettinen neuvottelukunta (ETENE), jonka valtioneuvosto asettaa neljäksi vuodeksi kerrallaan. Neuvottelukunta käsittelee sosiaali- ja terveysalaan sekä potilaan oikeuksiin ja asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä, joista yksi on saattohoidon järjestäminen Suomessa (ETENE 2012).

ETENEN (2003) mukaan saattohoidon oikeudellinen perusta löytyy Suomen perustuslaista (731/1999) sekä terveydenhuollon perussäännöksistä. Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva yleissopimus (ETS 164) täydentää edellä mainittuja ja auttaa säännösten tulkinnassa. Saattohoidon eettinen perusta on löydettävissä terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettisistä ohjeista sekä kuolevaa potilasta koskevista suosituksista ja julistuksista. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus hoitaa potilasta hyvin ja täydentää jatkuvasti

ammattitaitoaan (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994). Hoitotyössä hoitajien toimintaa ohjaavat hoitotyön eettiset perusteet ja fysioterapeuttien työssä Suomen Fysioterapeuttien eettiset ohjeet, jotka pohjautuvat Fysioterapeuttien maailmanjärjestön WCPT:n (World Confederation for Physical Therapy) eettisiin periaatteisiin. (Grönlund & Huhtinen 2011, 121; Fysioterapeuttien eettiset ohjeet 2013; Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 2013; WCPT 2013.)

Apuvälinepalveluista suurin osa kuuluu sosiaali- ja terveystoimen toimialaan ja niitä ohjaavat lait ja asetukset. Suomen Kuntaliitto on julkaissut Apuvälinepalveluiden laatusuosituksen, joka ohjaa apuvälinepalveluiden järjestämistä kunnallisella tasolla. Laadukkaiden apuvälinepalveluiden tuottaminen vaatii osaavaa ja ammattitaitoista henkilöstöä sekä käyttäjälähtöisyyttä (Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003).

Sairaanhoidopiirit sopivat alueillaan kuntien sosiaali- ja terveystoimen kanssa apuvälinepalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta sekä käytäntöjen yhtenäistämistä. Pääasiallinen vastuu palveluiden järjestämisestä on kunnilla. Vakuutusyhtiöt, kansaneläkelaitos ja Valtionkonttori vastaavat puolestaan oman toimialansa piiriin kuuluvista apuvälinepalveluista. Perusterveydenhuollossa hoidetaan perustason apuvälinepalvelut sekä sosiaalitoimen kautta saatavat asuntoon kiinteästi hankittavat apuvälineet. Erikoissairaanhoidon on keskitetty kalliit ja apuväline tarpeen arvioinnin erityisasiantuntemusta vaativat apuvälineet. Apuvälineen tarvitsija voi hankkia apuvälineen myös itse tai yksityinen palveluntuottaja voi tuottaa asiakkaalle apuvälinepalveluja. (Hurnasti, Kanto-Ronkanen, Töytäri, Hakkarainen, Aarnikka & Konola 2010, 29–37.)

4.3 Aihepiiriin liittyvät aikaisemmat tutkimukset

Tätä opinnäytetyötä varten tehtiin keväällä 2013 systemaattinen kirjallisuuskatsaus, johon ei löydetty varsinaisia saattohoidon apuvälinekäytäntöjä kuvaavia alkuperäistutkimuksia. Katsaukseen hyväksyttiin siitä syystä tutkimuksia, jotka antoivat yleisellä tasolla suuntaa tutkittavasta asiasta. Tietokantahaut tehtiin yleisimmistä terveydenhuollon kansainvälisistä ja kansallisista tietokannoista hakutermeillä “hospice care”, “devices”, “physiotherapist”, “guidance”. Hakuosumia oli vuodesta 2003 46 kappaletta, joista neljä valittiin systemaattiseen

kirjallisuuskatsaukseen ennalta laadittujen sisäänottokriteerien mukaan. Katsaukseen valitut tutkimukset on esitetty erillisenä taulukkona liitteessä 1.

Saattohoitoa on tutkittu sekä kansallisesti että kansainvälisesti varsin laajasti. Apuvälinetutkimus on ollut vähäistä ja tanskalais-suomalaiseen yhteistyöhankkeeseen tehty systemaattinen kirjallisuuskatsaus toi esiin, että apuvälinetutkimus on pienimuotoista ja heikkolaatuista jopa kansainvälisellä tasolla. (Salminen, Brandt, Samuelsson, Töytäri & Malmivaara 2009.) Salminen, Valtari ja Kotiranta (2006) raportoivat tutkimuksessaan hoitohenkilökunnan apuvälineosaamisen olevan heikkoa. Heli Rantsin (2005) tekemässä selvityksessä potilaan siirtotaitojen opetus ammatillisessa peruskoulutuksesta oli vähäistä ja käytännöt vaihtelevia. Hoenig, Taylor ja Sloan (2003) osoittivat apuvälineiden käytön vähentävän potilaiden päivittäisesti tarvitseman henkilökohtaisen avustuksen määrää. Fysioterapian alalla Sirpa Körkkö (2004) teki Turun Ammattikorkeakoulun fysioterapian koulutusohjelmaan opinnäytetyön nosto- ja siirtoapuvälineiden käytöstä hoitotyössä ja työfysioterapeutin antaman ohjauksen vaikutuksesta apuvälineiden käyttöön. Virpi Fagerströmin väitöskirja (2013) osoitti ergonomiaintervention ja apuvälineiden käytön vähentävän hoitohenkilökunnan tuki- ja liikuntaelinsairauksia.

Fysioterapian kansainväliset tutkimukset kohdistuivat lähinnä eri fysioterapiamenetelmien käytön hyödyn arviointiin saattohoitopotilaille tai syöpäpotilaiden fyysisen toimintakyvyn harjoittamisen tutkimukseen. (Lowe, Watanabe & Courneya 2009; Kumar & Jim 2010; Cobbe & Kennedy 2012.) Taina Aho teki 2007 Tampereen ammattikorkeakouluun fyysisen toimintakyvyn merkityksestä saattohoitopotilaille opinnäytetyön, jossa nousi esille saattohoitopotilaiden halukkuus säilyttää fyysinen toimintakykynsä mahdollisimman pitkään hyvänä.

5 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET

5.1 Saattohoito ja sen järjestäminen Suomessa

Saattohoito käsitteenä on lähtöisin Englannista, jossa Cicely Saunders perusti kuoleville potilaille St. Christopher's Hospice- hoitokodin Lontooseen 1967. Hospice- sana tarkoittaa nykyisin saattohoitoa sekä hoitokodissa että kotona. Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva valtakunnallinen eettinen neuvottelukunta (ETENE) käsittelee saattohoidon järjestämistä ja tutkii saattohoidon tämänhetkistä tilannetta Suomessa. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004,19; ETENE 2012.)

ETENE on tehnyt 2000- luvun alusta lähtien selvityksiä saattohoidon tilanteesta. Viimeisin selvitys vuodelta 2012 toteaa saattohoidon suunnitelmallisuuden kehittyneen Suomessa. Suomessa toimii tällä hetkellä neljä saattohoitokotia, Terhokoti Helsingissä, Pirkanmaan hoitokoti Tampereella, Karina- koti Paimiossa ja Koivikko-koti Hämeenlinnassa. Saattohoitoa järjestetään saattohoitokotien lisäksi erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Sairaanhoitopiirit ovat alkaneet ottaa vastuuta saattohoidon toteuttamisesta tekemällä omat saattohoitosuunnitelmansa, jotta hoito pystyttäisiin järjestämään potilaan toivomassa ympäristössä. Saattohoitopotilas siirtyy usein sairaalasta jatkohoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolle, palveluasumisen piiriin tai kotiin. Moni potilas haluaisi kuolla kotona, mutta kotihoidon onnistuminen vaatii vähintään yhden henkilön sitoutumisen potilaan hoitoon kotihoidon henkilöstön lisäksi. Saattohoitopaikkojen määrää on lisätty, mutta silti vain 1/3:lla saattohoitoa tarvitsevista potilaista on mahdollisuus kuolla saattohoitoon tarkoitetuilla potilaspaikoilla. (Heikkinen.y.m. 2004, 102–103; ETENE 2012; Gomes, Galanzani, Gysels, Hall & Higginson 2013.) Saattohoidon kehittämiseen, suunnitteluun ja järjestämiseen sekä saattohoidon laatuun tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota ja saattohoitoon tulisi lisätä tutkimus- ja toimintaresursseja.

Saattohoito ja palliatiivinen hoito ovat osittain päällekkäisiä termejä. WHO näkee palliatiivisen hoidon hoitona, joka tukee elämää ja pitää kuolemaa siihen normaalisti kuuluvana tapahtumana. Hoidon tavoitteena on, että potilas ja hänen läheisensä voivat elää mahdollisimman täyttä elämää siihen asti, kun potilas kuolee. Palliatiivinen hoito on laajempi käsite kuin saattohoito eikä se ole ajallisesti sidottu kuoleman läheisyyteen.

Palliativisen hoidon tavoitteena on potilaan ja hänen läheistensä hyvinvointi. (ETENE 2003; Hänninen 2003,15; Heikkinen ym. 2004, 16–19; Hourigan & Josephson 2004, 332.)

Saattohoito on palliativisen hoidon viimeinen jakso, jossa tavoitellaan potilaan kärsimyksen lievittämistä moniammatillisen työryhmän toteuttaman parhaan mahdollisen hoidon avulla. Saattohoitoon kuuluu potilaan toiveiden huomioon ottaminen ja oireiden mahdollisimman hyvä hoito. Saattohoidon avulla yritetään turvata potilaalle aktiivinen ja arvokas loppuelämä luomalla hänelle hyvän elämän mahdollistavat olosuhteet. (ETENE 2003; Hänninen 2003, 21, 38; Heikkinen ym. 2004, 19–22.)

Saattohoitopäätöksen tekee hoitava lääkäri. Saattohoito suunnitellaan ja toteutetaan yksilöllisesti potilaan ottaessa voimavarojensa mukaisesti osaa oman hoitosuunnitelmansa laatimiseen. Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon, omanarvontunnon säilymiseen ja toivon tunteeseen kuoleman lähestyessä. Hänellä on oikeus saada tietoa sairaudestaan, hoidostaan ja hänen on saatava apua ja hengellistä tukea sitä tarvitessaan. Hänellä on itsemääräämisoikeus omaan hoitoonsa nähden, mutta hoitohenkilökunta varmistaa ammatitaidollaan, ettei potilas tee hyvinvointiaan vahingoittavia päätöksiä. Hoidossa pyritään luomaan turvallinen ilmapiiri lievittäen kipuja ja muita oireita. (Pinomaa 2000, 32–33 ; Heikkinen ym. 2004, 19–21; Grönlund & Huhtinen 2011, 19.)

Saattohoito muodostuu kokonaisvaltaisesti hyvästä perushoidosta ja oireenmukaisesta hoidosta, potilaan ja omaisten kuuntelemisesta sekä tulevaisuuden kohtaamisen pohtimisesta. Hoitajan on oltava ammatitaitoinen ja valmis asettumaan potilaan rinnalle kulkemaan viimeistä matkaa. Hoitajalta vaaditaan herkkyyttä aistia potilaan tilanne ja löytää aidosti ja eettisesti itsensä näköinen ja oikea suhtautuminen potilaan hoitoon. Hänen on tuettava potilasta ja omaisia vaikeina hetkinä ja luotava uskoa tulevaan. Hoitajan tulee antaa potilaalle huomiota ja aikaa sekä olla valmis kohtaamaan vaikeitakin kysymyksiä. (Heikkinen, ym. 2004, 41; Lipponen 2006, 24–25; Grönlund & Huhtinen 2011, 17–18.)

Potilaan oireet muuttuvat, kun sairaus etenee. Hoitaja havainnoi potilaan vointia jatkuvasti, jotta oireidenmukainen hoito toteutuu toiveiden mukaisesti. Potilaan kipua ja

kärsimystä pyritään hoitamaan sekä lääkkeiden että keskustelun muodossa. Hengellisestä tuesta voi huolehtia hoitava henkilökunta tai potilaan uskontokunnan virallinen edustaja. Vaikeutunutta hengitystä helpotetaan mm. lääke- ja asentohoidolla. Potilaan kokemaa väsymystä voidaan hoitaa lääkemuuoksilla ja ottamalla huomioon potilaan voimavarat päivittäisiä toimia suunniteltaessa. Ruoansulatuskanavan monimuotoisia oireita helpotetaan perussyhyn kohdistuvalla hoidolla. Potilaan erityistoimintoja seurataan ja niiden ongelmiin pyritään vaikuttamaan potilaan intimitteettiä ja ihmisarvoa kunnioittaen. Potilaan henkilökohtaisesta hygieniasta huolehditaan vaatteiden ja liinavaatteiden puhtaus huomioiden. (Heikkinen ym. 2004: 53–70.) Potilasta avustetaan liikkumaan mahdollisuuksien mukaan ja liikkumiskyvyttömän potilaan asento- ja liikehoidosta huolehditaan säännöllisesti painehaavojen välttämiseksi. Hoidon toteuttajina voivat toimia sekä hoitajat että fysioterapeutit. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 251; Sand 2003, 112–113; Ridanpää 2006, 48–51.)

Potilaan omaisten kunnioittava huomioiminen on erittäin tärkeää. Omaisia on tuettava potilaan sairauden aikana sekä kuoleman jälkeen. Osa omaisista osallistuu aktiivisesti potilaan saattohoitoon ja haluaa keskustella potilaan tilanteesta sekä kuolemaan liittyvistä tunteista hoitajan kanssa. Osa omaisista ei halua syystä tai toisesta osallistua saattohoitoon ja sitäkin päätöstä on hoitohenkilökunnan hoitotyön ammattihenkilöinä kunnioitettava. (Heikkinen ym. 2004,70–72.)

5.2 Fysioterapia saattohoidossa

Suomen Fysioterapeuttiliitto on määritellyt fysioterapian vuonna 2006 seuraavasti:

Fysioterapeutina toimiminen edellyttää yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa sekä jatkuvaa kouluttautumista ammattitaidon ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. Perustan fysioterapeuttien ammattitaitoiselle toiminnalle luovat koulutus ja ammattietiikka. Fysioterapeuttien eettiset periaatteet sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä edellyttävät fysioterapeutilta uusimman tiedon hankkimista sekä sen kriittistä soveltamista käytäntöön. (Herbert, Jamtvedt, Mead & Birger Hagen 2005, 7; Fysioterapianimikkeistö 2007.)

Fysioterapeutin toimenkuvaan kuuluu apuvälineasiantuntijana toimiminen sekä luentojen ja koulutuksien pitäminen. (Kovero & Tamminen-Peter 2001, 233–234; Nitz & Hourigan 2004, 366; Fysioterapianimikkeistö 2007, 27–28, 30–31.)

Kuolevan potilaan kohtaaminen on herkkä tilanne myös terveydenhuollon ammattihenkilöille. Fysioterapeutin työ päättyy usein ennen saattohoidon aloittamista. Kuoleman ja surun kohtaaminen ei ole helppoa eikä siihen ole yhtä ainoaa oikeaa tapaa suhtautua. Tilanne voi tuntua aluksi pelottavalta ja ahdistavalta, mutta parhaimmillaan kokemus tuo fysioterapeutille henkistä voimaa ja laajentaa näkökulmaa sekä elämään itseensä että fysioterapian sisältöön. Fysioterapeutti toimii palliatiivisessa hoitotyössä yhtenä hoitotiimin jäsenenä tehden yhteistyötä potilaan, omaisten ja muiden ammattiryhmien kanssa potilaan asettamien tavoitteiden mukaisesti. Fysioterapeutin on lähestyttävä potilasta avoimesti ja rehellisesti, jotta saadaan luotua luottamuksellinen potilassuhde. Hänen on otettava selvää potilaan terveydentilasta, taustoista ja nähtävä potilas kokonaisuutena eikä toiminnan kohteena. Potilaalle voi olla tärkeämpää psyykkiset tarpeet, kuten läheisyys, kuunteleminen, hengellisyys kuin aktiivinen tai passiivinen fysioterapia. Fysioterapeutin on huomioitava myös omaiset ja heidän tunteensa surutyön ja luopumisen aikana ja ymmärrettävä henkisestä kuormituksesta johtuvat tunteenpurkaukset fysioterapeuttia kohtaan. (Hourigan & Josephson 2004, 332–347; Grönlund & Huhtinen 2011, 18, 129–131.)

Fysioterapeutin tulee olla aidosti läsnä ja osattava pysähtyä kuuntelemaan potilasta. Hänen tulee olla herkkä tulkitsemaan sanojen lisäksi ilmeitä ja eleitä, jotka voivat ilmaista enemmän kuin puuttuvat sanat. Fysioterapeutin on aistittava miten potilasta kannattaa lähestyä, mikä on potilaan tärkein tarve juuri tällä hetkellä. Tarkkaan laadituista suunnitelmista on pystyttävä joustamaan ja toimimaan kulloisenkin tilanteen mukaan. Joskus pelkkä läsnäolo, kädestä pitäminen ja rauhallinen keskustelu ovat parasta terapiaa. Fysioterapeutti kannustaa potilasta omatoimisuuteen päivittäisissä toimissaan, jotta potilas saa mielekkäitä liikkumiskokemuksia ja tuntee vielä pystyvänsä itse suoriutumaan askareistaan. Tämä voi tuntua myös omaisista lohduttavalta. Fysioterapia palliatiivisessa hoidossa voi sisältää potilaan toiveista ja tilanteesta riippuen kuntoutusta, kuten kävely- ja lihaskuntoharjoituksia, passiivista nivelten liikuttelua, venyttelyä, hierontaa, hengitysharjoituksia ja rentoutusta. Potilaan fysioterapian tavoitteena voi olla potilaan kotivierailun mahdollistuminen apuvälineiden tuella. Fysioterapeutti voi ohjata potilasta, omaisia ja hoitohenkilökuntaa potilaan liikkumisen ja siirtymisen avustamisessa, liikehoidoissa sekä apuvälineiden käytössä. Fysioterapeutti voi käyttää fysikaalisia hoitoja kivun lievitykseen ja turvotuksen vähentämiseen. Fysioterapeutti voi olla omaisten tukena kannustamalla heitä

huolehtimaan omasta jaksamisestaan esim. rentoutusharjoitusten tai liikuntaohjeiden avulla. (Pinomaa 2000, 33–34; Sand 2003, 112–113; Heikkinen ym. 2004, 56–57; Hourigan & Josephson 2004, 332–347; Grönlund & Huhtinen 2011, 129–131; Cobbe & Kennedy 2012, 760–767.)

Saattohoitoon liittyvissä suosituksissa, ohjeissa ja kirjallisuudessa puhutaan paljon moniammatillisesta yhteistyöstä. Moniammatilliseen työryhmään määritellään usein kuuluvaksi lääkäri, hoitaja, psykologi, sosiaalityöntekijä ja pappi. Fysioterapeutteja ei mainita työryhmän jäseninä (ETENE 2003). Fysioterapeutin työ käsitetään usein pelkästään terveyden edistämiseksi ja kuntoutustoimenpiteiksi, mutta fysioterapeutilla on tärkeä rooli myös saattohoidon toteuttamisessa. Fysioterapeutti voi kuulua moniammatilliseen tiimiin roolinaan parantumattomasti sairaan potilaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja kivun lievittäminen sekä potilaan, omaisten ja hoitajien ohjaaminen esimerkiksi potilassiirroissa ja apuvälineiden käytössä sekä hoitolaitoksessa että kotona. (Pinomaa 2000, 33–34; Leino 2001, 42; Grönlund & Huhtinen 2011, 129–131; Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012.) Fysioterapeutit toimivat ulkomailla esim. Yhdysvalloissa, Australiassa, Intiassa ja Kanadassa aktiivisesti mukana palliatiivisessa hoitotyössä potilaiden fyysisen kunnon ja toimintakyvyn harjoittajina, apuvälineasiantuntijoina sekä antavat oireiden mukaista hoitoa potilaille sairaaloissa ja saattohoitokodeissa. (Hourigan & Josephson 2004, 338–339; Lowe, Watanabe, & Courneya 2009, 27–34; Kumar & Jim 2010, 138–146.) Fysioterapeuttien ammattitaitoa tulisi Suomessakin hyödyntää enemmän palliatiivisessa hoitotyössä, jotta potilaan elämänlaatua saataisi parannettua hänen toimintakykyään ylläpitämällä.

5.3 Toimintakyky ja se tukeminen hoitotyössä

Toimintakyky tarkoittaa ihmisen valmiuksia selviytyä erilaisista jokapäiväisistä tehtävistään kotona, työssä sekä vapaa-aikana. Toimintakyvyn määrittely voi vaihdella eri lähestymistapojen mukaan. Toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, jotka kaikki vaikuttavat toisiinsa. Toimintakyky heikkenee yleisesti iän tai sairauden myötä, mutta sairaus yksin ei välttämättä johda toimintakyvyn alenemiseen. (Nevala-Puranen 2001, 46–48.)

Potilaan toimintakykyä ylläpidetään sosiaali- ja terveydenhuollossa hoitotyön kuntouttavan työotteen avulla. Potilasta tuetaan olemaan aktiivinen ja osallistumaan

omien resurssiensa rajoissa päivittäisin toimiin, kuten ruokailuun, peseytymiseen jne. Tällä autetaan potilasta hallitsemaan omaa elämäänsä, jolloin elämän laatu paranee. Liikkumattomuus aiheuttaa potilaalle sekä psyykkisiä ongelmia, kuten masennusta ja aloittekyvyttömyyttä että fyysisiä ongelmia, kuten lihaskatoa, nivelten jäykistymistä, turvotusta, painehaavaumia, suolen ja rakon toiminnan heikkenemistä sekä hengitysongelmia. Liikaa avustettaessa potilas passivoituu ja menettää oma-aloitteisuutensa. Hoitotyössä tehdään helposti asioita potilaan puolesta, koska hoitaminen ja hoivaaminen ovat olleet korostetusti esillä hoitotyön koulutuksessa. Tekemällä asiat toisen puolesta toiminta on usein nopeampaa kuin esimerkiksi odottamalla hitaasti pukeutuvan potilaan selviytymistä paidan napittamisesta. Tämä asennekulttuuri on uusimman tiedon ja koulutuksen avulla hitaasti muuttumassa. (Nitz 2004, 87–97.)

Saattohoidossa olevien potilaiden toimintakyky vaihtelee suuresti. Osa heistä pystyy liikkumaan omatoimisesti ja haluaa säilyttää toimintakykynsä mahdollisimman hyvänä loppuun asti. Osa heistä on hauraita ja heikkoja tarvitte paljon avustusta hoitohenkilökunnalta päivittäisissä toimissaan. Toimintakyvyn tukemisen aste riippuu siitä, mitä potilas itse asettaa toiveikseen ja tavoitteekseen. Hoitohenkilökunnan on kunnioitettava näitä päätöksiä ja toimittava hienovaraisesti tukien potilasta toiveissaan. (Hourigan & Josephson 2004, 332–335.) Tämä asettaa suuria vaatimuksia hoitohenkilökunnalle, koska toisaalta kuntouttava hoitotyö edellyttää potilaan vähäistenkin voimavarojen ylläpitämistä antamalla potilaan tehdä itse asioita mahdollisimman pienellä ulkopuolisella avustuksella ja toisaalta saattohoitoon taas kuuluu potilaan avustaminen elämänlaadun ylläpitämiseksi. Saattohoidossa voidaankin puhua käsitteestä kuntouttava saattohoito, jonka avulla parantumattomasti sairasta voidaan auttaa erilaisin hoidollisin toimenpitein, jotta hän voisi elää viimeiset päivensä mahdollisimman kivuttomana ja hyvävointisena. (Sand 2003, 107–113.)

Saattohoidossa joudutaan usein potilaan avustamiseksi nostamaan tai siirtämään häntä apuvälineiden avulla tai ilman. Nostot ja siirrot kuormittavat hoitohenkilöstön tuki- ja liikuntaelimestöä varsinkin niskan, hartioiden ja selän osalta ja ne koetaan erittäin kuormittaviksi työn osa-alueiksi. Sosiaali- ja terveysalalla on paljon poissaoloja juuri tuki- ja liikuntaelinvaivojen vuoksi. (Tamminen-Peter, Eloranta, Kivivirta, Mämmelä, Salokoski & Ylikangas 2007; Tamminen-Peter & Wickström 2013: 12–13.) Potilaan siirtymisen avustamiseen on kehitetty useita eri menetelmiä, kuten esim. Durewall-

tekniikka tai kinestetiikka. Tamminen-Peterin ja Wickströmin (2013) mukaan siirtotekniikoiden on todettu tutkimuksissa vähentävän hoitotyössä tapahtuvien nostojen ja siirtojen aiheuttamaa kuormitusta. Myös Fagerström (2013) on tullut tutkimuksessaan samaan johtopäätökseen.

Potilassiirtojen koulutusta tulisi olla jo ammattiin kouluttautuvien perustason opetuksessa ja koulutuksen jatkua säännöllisenä työelämässä. Suomessa työturvallisuuslaki (2002/738) edellyttää, että työpaikoilla järjestetään siirtokoulutusta kaikille työntekijöille säännöllisesti. Koulutuskertauksia tulee järjestää tarpeen mukaan ja koulutukseen osallistuneista on oltava työpaikalla oma rekisterinsä. Koulutuksen tulee olla tavoitteellista toimintaa perustuen työntekijöiden tarpeeseen ja sen on sisällettävä riittävä määrä sekä teoriaa että käytäntöä. Jotta opitut taidot todella saadaan juurrutettua osaksi kuntouttavan hoitotyön käytäntöjä, tulisi työpaikalle nimetä ergonomiavastaava, jolla on hieman laajempi koulutus ergonomiasta. Ergonomianvastaava toimisi työyhteisössä tukihenkilönä esim. potilassiirtotekniikoiden kertaamisessa ja uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. (Tamminen-Peter & Wickström 2013: 128–129.)

Apuvälineiden käyttö kuuluu olennaisesti myös ergonomisesti toteutettuun hoitotyöhön. Potilassiirtokoulutuksen yhteydessä on hyvä kerrata apuvälineiden käyttöä ja tutustua uusiin apuvälineisiin, jotta apuvälineet saadaan tehokkaasti käyttöön koulutuksen jälkeen. (Tamminen-Peter & Wickström 2013: 128–129).

6 APUVÄLINEET HOITYÖSSÄ JA KUNTOUTUKSESSA

6.1 Apuvälineet ja niiden tarpeen arviointi

Apuväline määritellään sellaiseksi laitteeksi, välineeksi tai vastaavaksi, joka edistää tai ylläpitää henkilön toimintakykyä ja osallistumista silloin, kun se on vamman, sairauden tai ikääntymisen vuoksi heikentynyt. Apuväline voi lisätä ja ylläpitää ihmisen itsenäistä toimintaa ja tukea omatoimisuutta silloin, kun omat voimat eivät enää riitä päivittäisistä toimista suoriutumiseen. Apuvälineen käyttö voi helpottaa terveydenhuollon henkilöstön tai omaisten työtä parantaen samalla työturvallisuutta. Apuväline on tärkeä käyttäjälleen, mutta usein suurin helpotus arkeen saadaan yhdistämällä apuväline, toisen ihmisen avustus sekä sosiaalinen tuki. (Hyvönen 2004, 157–158 ; Salminen 2010,13, 15–17.)

Apuvälinetarve on arvioitava yksilöllisesti jokaisen henkilön kohdalla olennaisena ja tärkeänä osana henkilön hoito- tai kuntoutusprosessia. Apuvälinetarpeen arvioinnissa selvitetään henkilön toimintoja edistävät ja estävät tekijät ja pyritään löytämään sopivat apuvälineet henkilön omatoimisuuden lisäämiseksi. Apuvälinetarve tulisi selvittää yhteistyössä apuvälineentarvitsijan, omaisen, apuvälineasiantuntijan ja hoitohenkilökunnan kanssa. Arviointi tehdään yleensä havainnoinnin ja haastattelun perusteella. Apuvälineen käyttöä tulisi seurata säännöllisesti, jotta voidaan olla varmoja apuvälineen toimivuudesta arjessa. (Kanto-Ronkanen & Salminen 2010, 53–59, 63.) Apuvälineiden käyttäjätyytyväisyyttä voidaan mitata standardoidulla Kanadassa kehitetyllä QUEST (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology) 2.0- mittarilla, jonka käyttöönottoa ja soveltuvuutta Suomessa ovat tutkineet Marke Jääskeläinen ja Anna-Liisa Salminen. Mittari koostuu apuvälineprosessin toimivuuteen ja apuvälineeseen liittyvistä kysymyksistä. Mittarilla mitataan käyttäjätyytyväisyyttä yhteen apuvälineeseen kerrallaan ja sitä voidaan käyttää sekä julkisella että yksityisellä sektorilla tutkittaessa apuvälineiden käyttöä. (Jääskeläinen & Salminen 2008.)

Perussääntö on, että apuvälineen tarvitsijan on saatava käyttöönsä mahdollisimman laadukas ja tarpeeseen soveltuva apuväline oikeaan aikaan. Apuvälineen käyttäjän muuttunut toimintakyky ja siihen sopeutuminen vaikuttavat apuvälineen hyväksymiseen. Apuvälinettä käytetään mielellään silloin, kun sen käyttö koetaan

tarpeelliseksi ja se on miellyttävän näköinen. Apuvälinettä ei käytetä silloin, kun apuvälineen pelätään leimaavan käyttäjänsä ikääntyneeksi tai vammautuneeksi tai käyttäjällä on aikaisempia huonoja kokemuksia apuvälineiden käytöstä. Apuväline tulee olla helppokäyttöinen, turvallinen ja luotettavasti hallittava myös ilman ulkopuolista apua. (Salminen 2010, 18–20.)

6.2 Apuvälineiden käyttöperiaatteita

Kävelykeppi koostuu tukikepistä ja käsituesta. Tukikeppi voi olla yksi- tai monihaarainen. Kävelykeppi edellyttää hyvää yläraajan toimintaa ja sitä käytetään silloin, kun tuen tarve on vähäinen. Kyynärsauvassa on tukikeppi, käsi- ja kyynärtuki ja sen käyttö edellyttää hyvää yläraajojen toimintakykyä. Keppi tai sauva tulee mitata oikean korkuiseksi niin, että hartiat pysyvät normaalikorkeudella, kyynärnivel on hieman koukistunut ollen noin 30 asteen kulmassa ja kepin kärki 10 cm päässä varpaista. Myös kumitulppien tulee olla ehjiä. (Nitz & Hourigan 2004, 367; Töytäri, Koistinen, Mustonen & Leivo 2010, 111–113.)

Kävelyteline tai rollaattori on jalaksellinen tai pyörällinen apuväline, johon liikkuja nojautuu käsillään. Kävelytelinettä käytetään, kun lihasvoimat ovat heikot tai tasapaino on liian huono kyynärsauvoilla kävelyyn. Kävelytelineessä on usein jarrut ja istumistuki. Kävelytelineen kädensijojen korkeus on säädettävä henkilölle sopivaksi siten, että kävellessä kädet ovat sivuilla, kyynärnivelet pienessä koukussa ja hartiat rentoina. Henkilön on käveltävä riittävän lähellä kävelytelinettä hieman eteenpäin kumartuneena. (Nitz & Hourigan 2004, 369; Töytäri ym. 2010, 113–114.)

Pyörätuoli mahdollistaa henkilön omatoimista ja avustettua liikkumista silloin, kun kävely ei enää onnistu turvallisesti. Pyörätuolin tulee olla kevyt liikuteltava ja kulultaan suuntavakaa. Sen renkaissa tulee olla riittävä ilmanpaine ja jarrujen on oltava kunnossa. Pyörätuolin istuimen tulee olla tukeva ja riittävän tilava, jolloin parhaimmillaan lonkkaluiden ja sivutukien väliin jää 1 cm tilaa. Istuimen korkeus on oltava käyttäjälleen sopiva ja istuintyyny käyttäjän tarpeiden mukaan valittu. Selkänöjan tulee myötäillä istujan selkää ja sen korkeus määräytyy henkilön vartalon aktiviteetin mukaan periaatteella, mitä heikompi on henkilön vartalon hallinta, sitä korkeampi selkänöja tarvitaan. Sivutuet tukevat henkilön vartalon asennon mahdollisimman symmetriseksi ja käsinojat auttavat asennon korjaamisessa ja tukemisessa. Jalkatuet säädetään sopivan

mittaisiksi niin, että reidet ovat tasaisesti alustaa vasten ja jalkaterät ovat lautojen päällä. Vaakatasoon säätyvillä jalkalautoilla voidaan vähentää alaraajaturvotusta. Erilliset, sivulle kääntyvät jalkatuet mahdollistavat pyörätuoliin siirtymisen jalkoihin tukeutuen. (Töytäri ym. 2010, 116–122.)

Siirtymisen ja kääntymisen apuvälineet mahdollistavat omatoimisen tai avustetun siirtymisen tai asennon vaihtamisen. Erilaiset liukulaudat ja -lakanat auttavat henkilön asennon tai paikan muuttamisessa. Lattialle sijoitettava kääntölevy auttaa henkilöä pyörähtämään avustettuna, kun omatoiminen siirtyminen on hankalaa. Vuoteen reunaan kiinnitettävät kohottautumistelineet ja nousutuet helpottavat voimiltaan heikentyneen henkilön omatoimista asennon vaihtamista ja siirtymistä. Siirto- ja nostovyöt auttavat siirtämään toista henkilöä turvallisesti. Henkilönnostolaitteita käytetään silloin, kun siirtäminen on ergonomisesti tai turvallisuuden kannalta riski siirrettävälle henkilölle tai hänen avustajalleen. Nostolaitteita on sekä pyörillä siirrettäviä että kattoon kiinteästi asennettuja. (Töytäri ym. 2010, 138–141.)

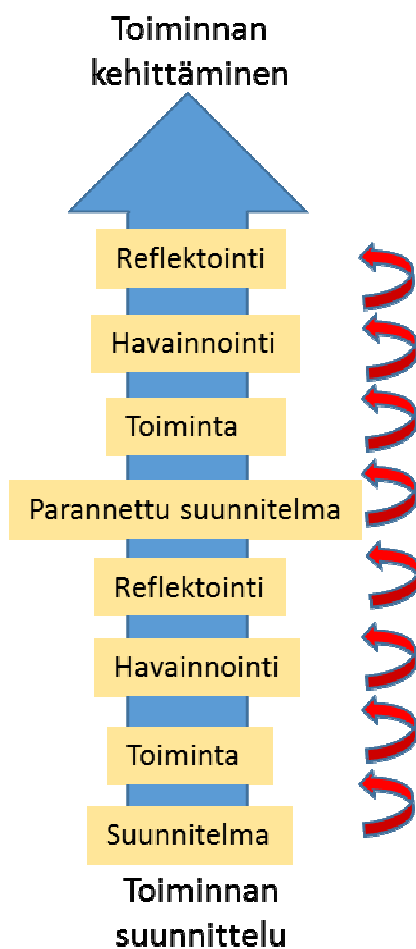
Säädettävä sänky sopii henkilölle, jonka liikkuminen ja siirtyminen ovat vaikeutuneet. Säädettävän sängyn avulla pystytään helpottamaan myös avustajien työtä. Korkeussäätö helpottaa sänkyyn ja sieltä pois siirtymistä ja pääosan kaltevuussäätö helpottaa hyvän asennon löytämistä nielemis- ja hengitysvaikeuksista kärsiville henkilöille. Sängynjalkojen korottajat nostavat sängyn korkeutta kiinteästi halutun verran. Sänkyyn voidaan asentaa myös mekaanisesti tai sähköisesti toimiva päädynkohottaja. Tukityönnyt tukevat henkilön makuuasentoa ja estävät painehaavojen syntyä. (Hurnasti, Kanton-Ronkainen, Saaranto & Ruutiainen 2010, 229–230.)

Suihkutuolia käytetään peseytymisen apuna silloin, kun henkilö on liian heikkovoimainen seistäkseen tai hänellä on tasapainovaikeuksia. Suihkutuoleissa on yleensä korkeussäädettävät jalat sekä mahdollisesti käsi- ja selkätuet. Laitoskäytössä peseytymisen apuna on siirrettävä pesualusta, jonka päälle henkilö siirretään esimerkiksi siirtotuubin avulla. Wc-istuimelle on mahdollista asettaa erillinen tai kiinteä korotus silloin, kun henkilö kärsii lonkkanivelen liikerajoituksesta tai on voimiltaan heikko. Yölliset wc- käynnit lisäävät henkilön kaatumisriskiä, joten erillinen wc- tuoli, portatiivi tai virtsapullo voi olla turvallinen vaihtoehto yöllä käytettäväksi. (Hurnasti ym. 2010, 231–232.)

7 OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

7.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimus on ns. pehmeisiin menetelmiin lukeutuva tutkimusmenetelmä, jonka avulla voidaan puuttua todellisiin tapahtumiin ja tarkastella intervention vaikutusta toimintaan. Se perustuu nykyisellään kriittisen teorian filosofiaan, jossa se on yhteiskuntaa muuttava voima. Toimintatutkimuksella on monta määritelmää. Sitä kuvataan tutkijan yhtäaikaisena toimintana käytännön ongelman ratkaisemiseksi sekä



tieteellisen tiedon hankkimiseksi. Toisaalta sen on tutkimuksellinen lähestymistapa, jossa pyritään käytännön tietoa ja teoretietoa yhdistämällä ratkaisemaan toiminnallisessa yhteisössä ilmennyt ongelma ja saamaan aikaan muutos tilanteeseen.

Tutkija ja kohdeyhteisön jäsenet ovat koko tutkimuksen ajan tiiviissä vuorovaikutuksessa, jolloin tutkimukseen osallistuja ovat sekä tutkimuksen objekteja että subjekteja. Toimintatutkimus on myös prosessi, jolla tähdätään asioiden muuttamiseen ja kehittämiseen. (Lauri 1997, 114–115; Heikkinen & Jyrkämä 1999, 34; Järvinen & Järvinen 2000, 129–130; Anttila 2006, 439–440.) Opinnäytetyön kehittämisosion tutkimusmenetelmäksi valittiin toimintatutkimus, koska sen avulla pyritään ratkaisemaan kohdeorganisaatiossa ilmenneitä kehittämistarpeita apuvälinetietouden lisäämisestä.

KUVIO 1. Tutkimussykli Heikkinen & Jyrkämän (1999) mukaan

Toimintatutkimus etenee sykleittäin, jolloin uusien kierrosten aikana pyritään parantamaan tuloksia kerta kerralta (kuvio 1). Toimintatutkimuksen ongelmat ja tavoitteet muodostetaan yhdessä tutkijan ja kohdeorganisaation kanssa. Toimintatutkimuksessa keskeistä on kriittinen reflektiivisyys, jonka tarkoituksena on

johtaa kokemusten uuteen ja syvempään ymmärrykseen. (Anttila 2006, 440–441.) Opinnäytetyön tutkimustehtävät nousivat kohdeorganisaation tarpeista ja niitä kehitettiin yhteistyössä kohdeorganisaation edustajan kanssa. Opinnäytetyö toteutettiin vuorovaikutteisesti vuosien 2013–2014 aikana siten, että alkukysely ja ohjausinterventio toteutettiin syksyllä 2013 ja seurantakysely sekä tulosten analysointi keväällä 2014.

Toimintatutkimuksessa hyödynnetään sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Siinä toteutetaan samanaikaisesti sekä tutkimus että käytännön toiminnan muutos. Tiedon hankkimisen aikana ohjataan käytäntöä muuntelemalla jotakin tutkimusprosessin osa-aluetta. Tutkijan rooli on tutkia kohdetta ja välittää saaduista tuloksista tietoa tutkimukseen osallistujille. Toimintatutkimuksen tärkein lopputulos on käytännön toimintaa hyödyntävä tuotos, joka voi sisältää myös teoreettisen osuuden. (Lauri 1997, 118–119; Anttila 2006, 444–445.) Opinnäytetyön kyselyissä käytettiin sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä toimintaa kartoitettaessa ja ohjausinterventio sisällöt suunniteltaessa. Strukturoidut kysymykset analysoitiin muodostamalla muuttujista aineistoa kuvaavia graafisia esityksiä. Avoimet kysymykset analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen. Opinnäytetyössä tuotettiin kirjallinen materiaali ohjausinterventio tueksi ja siirtotekniikoiden ja apuvälineiden käytön koulutuksen kehittämissuunnitelma kohdeorganisaation käyttöön. Opinnäytetyön tulokset esiteltiin niiden valmistuttua kohdeorganisaatiossa.

Toimintatutkimuksen luotettavuutta arvioidessa otetaan huomioon havaitsemisen ja kuvaamisen, tulkinnan sekä ilmiön tarkoituksen ymmärtämisen validiteetit. Tutkijan tulee omata osaamista ja havaintokykyä, tutkimukseen tulee kuulua ryhmä ihmisiä, tutkimuksessa on hyödynnettävä systemaattista palautetta, tuloksen on tyydytettävä sekä tutkijaa että tutkittavaa organisaatiota ja tutkimus on raportoitava hyvin. (Anttila 2006, 445–448.) Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi on kiinnitettävä huomiota tutkimukselliseen lähestymistapaan, tutkimusongelmien määrittelyyn, tutkimusprosessin etenemiseen ja käytettyihin arviointimenetelmiin, saatuun tutkimusaineistoon sekä lopputulokseen. (Lauri 1997, 121–125.) Opinnäytetyön tutkimusosan luotettavuuskriteereihin vaikuttaviin tekijöihin pyrittiin vaikuttamaan jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa miettimällä arviointikriteerejä etukäteen muun muassa suunnitteleamalla yhdessä kohdeorganisaation edustajan kanssa opinnäytetyön aihe, kohderyhmä ja aikataulu. Pieni kohderyhmä ja tiukka aikataulu vaikuttivat opinnäytetyön luotettavuuteen käytettäessä toimintatutkimusta metodina. Palautetta

kerättiin sekä kyselyiden avulla että suullisesti työn edetessä. Opinnäytetyön tutkimustehtävät määriteltiin ja opinnäytetyön raportointi suoritettiin huolellisesti hyvän tutkimuksen eettisiä periaatteita noudattaen. Opinnäytetyön tulos oli sekä kohdeorganisaatiota että opinnäytetyön tekijää tyydyttävä.

7.2 Aineiston kerääminen kyselylomakkeen avulla

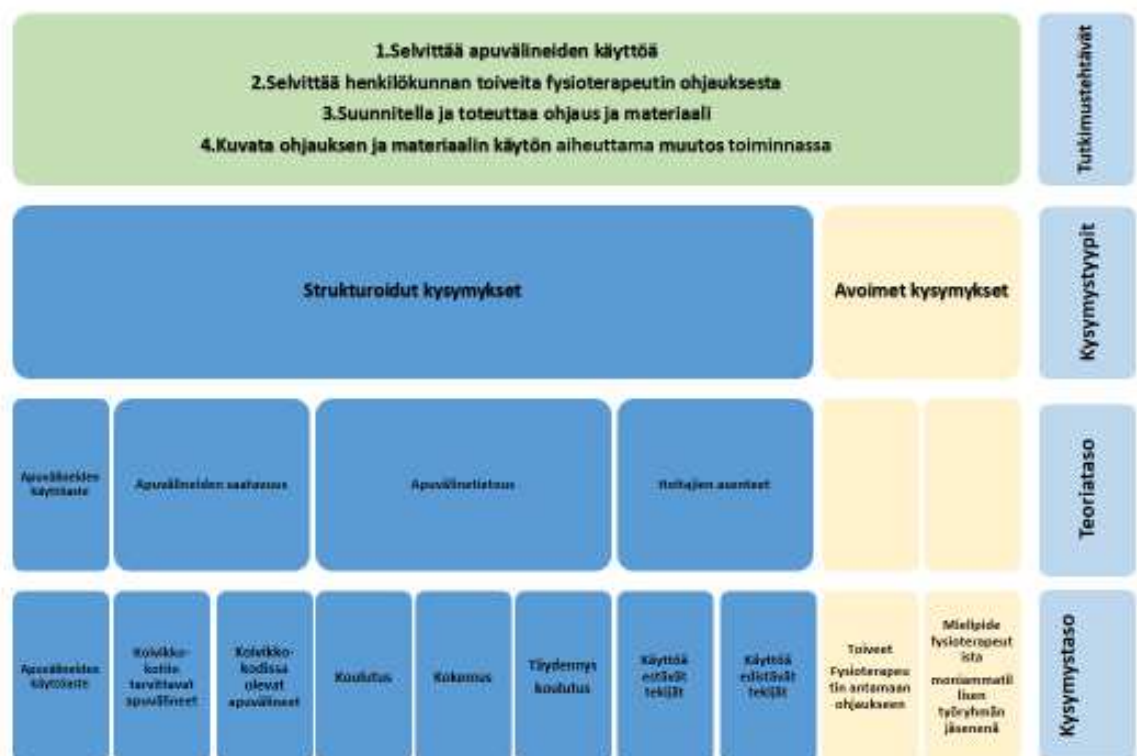
Kyselylomake on olennainen osa kysely- ja haastattelututkimusta. Kysymysten suunnittelu vaatii huolellisuutta, koska kysymysten muoto on yksi suurimmista virheiden aiheuttajista. Lomakkeen suunnittelu edellyttää kirjallisuuteen tutustumista, tutkimusongelman huolellista pohtimista ja täsmentämistä, käsitteiden määrittelyä sekä tutkimusasetelman valintaa. Aineiston käsittely vaikuttaa myös lomakkeen suunnitteluun. Tutkimuksen tavoite on oltava selvillä ennen kysymyslomakkeen laatimista ja tutkittava asia tulee saada selvitettyä tutkimuslomakkeen kysymysten avulla. Kyselylomake on esitettävä ennen varsinaista tutkimuskyselyä. (Heikkilä 2004, 47; Vilkka 2005, 84–89.) Opinnäytetyön kyselylomakkeiden laadinnassa hyödynnettiin teoretietoja ja perehdyttiin opinnäytetyön aihealueeseen myös kirjallisuuden avulla. Kysymykset laadittiin huolellisesti, jotta opinnäytetyön tehtäviin saataisiin vastaus. Kyselylomakkeiden laadinnan perusteena käytettiin saattohoitokodin osastonhoitaja Aholta saatua informaatiota siellä käytössä olevista apuvälineistä ja niiden lukumäärästä. Sen perusteella kyselylomakkeiden kysymyksissä käytettiin vastausvaihtoehtoina vain Koivikko-kodissa käytössä olevia apuvälineitä.

Alkukyselylomake (Liite 2) esitettiin heinäkuussa 2013 kahden fysioterapeutin ja yhden sairaanhoitajan toimesta. Esitettäjät kokivat hankalaksi vastata kysymykseen 15, koska kysymys oli jaettu kahdelle sivulle, mutta vastausohjeet olivat vain ensimmäisellä sivulla. Muuten lomake koettiin selkeäksi käyttää. Tilastotieteen kurssin aikana opinnäytetyön tekijä sai suosituksen vaihtaa monivalintakysymysten vaihtoehtojen järjestyksen päinvastaiseksi negatiivisesta väittämästä positiiviseen, jotta analyysi tulisi selkeämmin luettavaksi. Kyselylomakkeeseen tehtiin muutoksia palautteiden perusteella ennen varsinaisen kyselyn suorittamista. Kyselylomakkeen lisäksi laadittiin kyselylle saatekirje (Liite 3), joka sisälsi informaatiota kehittämistyöhön ja kyselyyn liittyen. Seurantakyselylomakkeen (Liite 4) testasi kaksi fysioterapeuttia ennen kyselyn suorittamista. Kyselylomakkeeseen ei tehty muutoksia. Seurantakyselylomakkeeseen laadittiin uusi saatekirje (Liite 5).

Kyselylomake on standardoitu eli vakioitu, jos kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään sama asiasisältö täsmälleen samalla tavalla. Kyselytutkimuksessa vastaaja lukee itse kysymyksen vastaten siihen kirjallisesti. Kyselylomaketta voidaan käyttää tutkittaessa arkaluontoisia kysymyksiä, koska vastaaja jää aina tuntemattomaksi. Kyselylomakkeen käyttöä vaikeuttaa se, että vastausprosentti saattaa jäädä alhaiseksi ja vastauslomakkeiden palautuksessa saattaa tapahtua viiveitä. Uusintakyselyt ja viiveet vaikuttavat tutkimusaikatauluun nostoen myös tutkimuskustannuksia. Kyselylomake voidaan lähettää joko sähköpostitse, paperiversiona postitse tai toteuttaa paikan päällä kohdeorganisaatiossa. (Vilka 2005, 73–75.) Opinnäytetyössä kysely toteutettiin kohdeorganisaatiossa, jonne paperiset kyselylomakkeet vietiin saatekirjeineen henkilökohtaisesti. Opinnäytetyön tekijällä oli mahdollisuus osallistua henkilökunnan palaveriin ja kertoa opinnäytetyön taustasta. Opinnäytetyön esittely toteutettiin 18.9 Koivikko-kodin henkilökunnan viikoittaisessa työpaikkakokouksessa. Esittelyyn kului aikaa 30 minuuttia ja paikalla oli kuusi henkilöä. Esittelyn aikana osallistujat tekivät kysymyksiä ja vastasivat opinnäytetyön tekijän esittämiin kysymyksiin tilaisuuden ollessa vuorovaikutteinen. Osallistujia kannustettiin vastaamaan rohkeasti kyselyyn, jotta kyselyn tulokset hyödyttäisivät työyhteisöä mahdollisimman paljon. Vastaajan yksityisyydensuojan säilymistä kyselyssä korostettiin. Alkukyselylomake, saatekirje ja palautuslaatikko jätettiin henkilökunnan taukahuoneeseen. Palautuslaatikon päälle oli merkitty viimeinen palautuspäivä 7.10 vastausajan ollessa kaksi ja puoli viikkoa. Kyseisessä ajassa oletettiin mahdollisimman monen hoitohenkilökuntaan kuuluvan pystyvän vastaamaan kyselyyn työvuorojensa puitteissa.

Kysymyslomakkeessa voi käyttää joko avoimia, suljettuja tai sekamuotoisia kysymyksiä. Suljetuissa kysymyksissä on yleensä valmiit vastausvaihtoehdot, joista ympyröidään tai rastitetaan sopivat. Kysymyksiä nimitetään tällöin myös monivalintakysymyksiksi tai strukturoiduiksi kysymyksiksi. Niitä käytetään silloin, kun rajatut vastausvaihtoehdot tiedetään etukäteen ja kun vaihtoehtoja on rajoitetusti. Suljettuja kysymyksiä käytetään vastausten käsittelyn yksinkertaistamiseen. Kysymysten mitta-asteikkoina voidaan käyttää laatuero-, järjestys-, välimatka- tai suhdeasteikkoa. Terveystutkimuksissa käytetään usein Likertin asteikkoa asenneväittämien muodostamiseen, koska sen avulla saadaan tietoa ihmisten asenteista ja käyttäytymisestä arkaluontoisissa aiheissa eriasteisten väittämien avulla. Kysymykset muotoillaan selkeästi käyttäen vastaajalle tuttuja sanoja, termejä ja asiayhteyksiä, jotta väärinymmärtämisen mahdollisuus olisi minimoitu. Kysymykset esitetään

johdonmukaisesti taustakysymysten sijoittuessa yleensä kyselyn loppuun. (Heikkilä 2004, 48–52; Vilka 2007, 48–50; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 199–203; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 129–132.) Opinnäytetyössä aineisto kerättiin hoitohenkilökunnalta kyselylomakkeella ennen ja jälkeen ohjausintervention. Kyselylomakkeissa oli sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä, joista alkukyselyssä yhteensä 17 kappaletta ja seurantakyselyssä 16 kappaletta. Kysymyslomakkeiden kysymykset muodostettiin opinnäytetyön tutkimustehtävien pohjalta. Tutkimustehtävät purettiin auki pienemmiksi osakokonaisuuksiksi, jotka pohjautuivat löydettyyn tietoon ja teoriaan apuvälineiden käytöstä. Purkamisen tuloksena saatiin neljä eri alaluokkaa, jotka olivat hoitohenkilökunnan apuvälineetietous, apuvälineiden saatavuus Koivikkokodissa, hoitohenkilökunnan asenteet apuvälineiden käyttöön sekä Koivikkokodissa olevien apuvälineiden käyttöaste. Nämä alaluokat jaettiin pienempiin osakokonaisuuksiin, joista saatiin luokat kyselylomakkeen kysymyksille. Kyselylomakkeiden sekä strukturoidut että avoimet kysymykset vastasivat jokainen johonkin näistä alaluokista (kuvio 2).



KUVIO 2. Teoriasta kysymyksiksi (kuvion on tehnyt opinnäytetyön tekijä).

Kysymykset olivat laatuero- tai järjestysasteikollisia, joten niistä olisi ollut mahdollisuus laskea prosenttiosuuksia tulosten analysointia varten. Kyselyn N-määrä oli kuitenkin niin pieni, että prosenttilukuja ei käytetty analysoinnissa.

Alkukyselylomakkeen kysymyksessä 15 sovellettiin QUEST 2.0- mittarin kysymysmuotoilua ja sisältöä apuvälineiden käyttämistyytyväisyyden selvittämiseksi. QUEST 2.0- mittaria ei voinut suoraan ottaa käyttöön tämän opinnäytetyön aineiston keruun mittariksi, koska siinä mitataan tyytyväisyyttä yhteen apuvälineeseen kerrallaan. Kysymyksessä käytettiin osittain samoja adjektiiveja kuvaamaan apuvälineen käyttötyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä kuin QUEST 2.0- mittarissa (Jääskeläinen & Salminen 2008.), mutta kysymyksessä arvioitiin yhden apuvälineen sijaan useaa apuvälinettä kerrallaan.

Alkukyselyssä täytettyjä lomakkeita palautui määräaikaan mennessä 11 kappaletta kolmestatoista ja avoimiin kysymyksiin vastauksia löytyi kymmenestä lomakkeesta. Strukturoidut kysymykset 1–4 olivat olleet selkeitä vastata, mutta kysymykseen 15 vastanneista vain kuusi oli vastannut kysymykseen pyydetyllä tavalla asettaen arvioitavat asiat tärkeysjärjestykseen asteikolla 4–10.

Opinnäytetyön aineistonkeruuseen luotu ensimmäinen kyselylomake ei soveltunut seurantakyselyyn ohjausintervention tuomien muutosten arviointiin. Tämän vuoksi kyselylomakkeen kysymyksiä tuli osin muuttaa seurantaan soveltuvaksi. Ohjausintervention jälkeen laadittiin uusi saatekirje ja kyselylomake. Seurantakyselylomakkeella pyrittiin selvittämään hoitohenkilökunnan kokemuksia ohjausinterventiosta. Kyselylomakkeessa kysyttiin uudelleen vastaajan ikä ja koulutustaso sekä kysymys, jolla selvitettiin, kuinka usein hoitohenkilökunta käyttää apunaan Koivikko-kodissa olevia nimeltä mainittuja apuvälineitä. Kyselylomakkeessa oli myös yksi avoin kysymys, jolla selvitettiin vastaajien tyytyväisyyttä ohjausintervention sisältöön. Kaksi fysioterapeuttia esitesti lomakkeen joulukuussa eikä lomakkeeseen ehdotettu korjauksia.

Seurantakysely toteutettiin 7.1.- 20.1.2014 välisenä aikana. Opinnäytetyön tekijä vei palautelaatikon, saatekirjeet ja paperiset kyselylomakkeet henkilökohtaisesti Koivikkokotiin hoitajien taukotilaan. Ohjaustuokioissa opinnäytetyön tekijä oli jo suullisesti informoinut hoitohenkilökuntaa tulevasta kyselystä ja osastonhoitaja aikoi vielä kannustaa hoitohenkilökuntaa vastaamaan kyselyyn. Saatekirjeet, kyselylomakkeet ja palautuslaatikko jätettiin aiemmin osastonhoitajan kanssa sovitusti taukotilaan ja palautuslaatikon päälle merkittiin viimeinen palautuspäivä. Palautuslaatikko haettiin sovittuna päivänä opinnäytetyön tekijän toimesta.

Seurantakyselyssä täytettyjä lomakkeita palautui määräaikaan mennessä yhdeksän kappaletta, joista kahdeksassa oli vastattu kaikkiin kysymyksiin. Yksi vastaaja ei ollut osallistunut ohjaustuokioon, joten hän vastasi vain kysymykseen apuvälineiden käyttöasteesta.

7.3 Opinnäytetyössä käytetty ohjausinterventio

Opinnäytetyössä käytettiin interventiona henkilökunnan ohjausta kohdeorganisaatiossa järjestetyssä tilaisuudessa. Ohjauksen tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan apuvälineosaamista ja -tietoutta. Osaamisen ja tiedon lisäämisen toivottiin vaikuttavan positiivisesti saattohoitopotilaiden elämänlaatuun ja hoitohenkilökunnan työssä jaksamiseen. Osallistujat saivat tietoa potilassiirtotekniikoista ja apuvälineiden käytöstä, jonka jälkeen he testasivat saamansa ohjauksen hyödyllisyyttä ja merkittävyyttä käytännön hoitotyössä. Tilaisuuksien järjestämisen ajankohta ja kesto suunniteltiin yhdessä kohdeorganisaation osastonhoitajan kanssa. Ohjauksen sisältö perustui hoitohenkilökunnalle tehdyn kyselyn tuloksiin. Ohjauksessa yhdistettiin teoriaa ja käytäntöä kertaamalla potilassiirtotekniikoiden periaatteet, harjoittelemalla apuvälineiden käyttöä ja siirtotilanteissa tarvittavaa kehonhallintaa. Koulutuksesta pyrittiin saamaan vuorovaikutteinen keskustelemalla ohjauksen aikana ja sen jälkeen. Ohjaus teoria-asioista toteutettiin luentomuotoisena, mutta osallistujilla oli mahdollisuus kommentoida ja tuoda esiin näkemyksiään tilanteen aikana.

Ohjauksen arviointi voidaan suorittaa prosessia arvioimalla. Prosessin arvioinnin avulla saadaan tietoa ohjauksen toimivuudesta ja tulosten saavuttamisesta ja siinä keskitytään ensisijaisesti laadulliseen arviointiin. (Kovero & Tamminen-Peter 2001, 240–242; Rauste-von Wright, von Wright & Soini 2001, 182–189.) Ohjaustilannetta arvioitiin intervention aikana ja sen jälkeen osallistujien ja osastonhoitajan suullisen palautteen avulla sekä seurantakyselyn avointen kysymysten avulla noin kuukausi ohjauksen jälkeen.

7.4 Aineiston analysointimenetelmät

Tutkimuksessa tärkeä vaihe on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Analyysin avulla tutkija saa tietää, millaisia vastauksia hän saa tutkimustehtäviin.

Analyysitapojen valinta ei määräydy tietyn säännön mukaan, vaan se kannattaa valita niin, että tutkija löytää sen avulla parhaiten vastauksen ongelmaan. Analyysiä voidaan tehdä koko tutkimuksen ajan tai heti tutkimusaineiston keräämisen jälkeen. (Hirsjärvi ym. 2012: 221–224.) Sisällön analyysi on laadullisen tutkimuksen metodi, jossa yritetään etsiä merkityksiä tai merkityskokonaisuuksia. Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko aineisto- tai teorialähtöisenä. Aineistolähtöisessä analyysissä sisältö pelkistetään ja sen jälkeen pilkotaan osiin. Saadut osat ryhmitellään uudelleen loogisiksi kokonaisuuksiksi. Ryhmittelyn tuloksena voi muodostua teoreettinen malli, käsite tai luokittelu. (Vilka 2005, 139–141.) Opinnäytetyössä kyselylomakkeet haettiin heti vastausajan päätyttyä ja vastausten analysointi aloitettiin käymällä lomakkeet yksitellen läpi. Vastaukset analysoitiin käyttäen sekä sisällönanalyysiä että excel- taulukointia.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusyksiköiden määrä tulisi olla vähintään 100 kappaletta, jotta tilastojenkäsittelyohjelman, kuten esim. SPSS: n käyttö olisi luotettavaa ja perusteltua (Vilka 2007, 57). Opinnäytetyössä tutkimuksen perusjoukkona oli saattohoitokodin hoitohenkilökunta (N=13). Kyselylomakkeissa käytettiin mitta-asteikkoina järjestysasteikkoa ja laatueroasteikkoa, joista olisi voitu laskea tunnuslukuina moodin tai mediaanin, mutta perusjoukon pienuuden vuoksi niitä ei laskettu. Kyselylomakkeiden strukturoiduista kysymyksistä saatu määrällinen aineisto analysoitiin muodostamalla muuttujista aineistoa kuvaavia graafisia esityksiä. Kyselylomakkeiden avoimet kysymykset analysoitiin käyttämällä induktiivistä sisällönanalyysiä purkamalla aineisto havaintoyksiköihin. Havaintoyksiköitä pelkistettiin, kunnes aineistoa kuvaava synteesi saavutettiin, kuten taulukossa 1 sivulla 32 esitetään.

Alkukyselyn perusteella saatujen tulosten perusteella suunniteltiin saattohoitokodin hoitohenkilöstölle ohjausinterventio. Ohjausintervention jälkeen toteutettiin seurantakysely, jotta ohjausintervention aikaansaamia mahdollisia muutoksia hoitotyöntekijöiden apuvälineiden käytössä voitiin arvioida. Loppukyselyn tulokset analysoitiin samalla tavoin kuin alkukyselyn tulokset. Tulokset eivät ole suoraan verrattavissa keskenään, koska tutkimusasetelmasta puuttui kohderyhmän pienuuden vuoksi vertailuryhmä. Tulokset antavat sen hetkistä tietoa hoitohenkilökunnan apuvälineiden käytöstä Koivikko-kodissa. Tuloksista on mahdollista havaita muutoksia hoitohenkilökunnan työskentelytavoissa ohjausintervention jälkeen esimerkiksi vertaamalla apuvälineiden päivittäistä käyttöastetta ennen ja jälkeen ohjausintervention.

TAULUKKO 1. Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
-oma työasento apuvälinettä käytettäessä - ergonomisesta työasennosta -ergonomiset työskentelyasennot -ergonomia -potilaan hoitamista sängyssä ergonomisesti-käännöt	- oman työasennon ergonomia - ergonominen työskentelyasento -ergonomia - potilaan ergonominen hoitaminen sängyssä	Ergonominen työskentely	Ergonomisen työskentelyn ohjaaminen	Hoitajien ohjaustarpeet
-millaisilla tekniikoilla siirrot turvallisia potilaalle ja hoitajalle -potilasturvallisuus ja työn keveys	.- siirrot turvallisia potilaalle ja hoitajalle - potilasturvallisuus ja työn keveys	Potilasturvallisuuden huomioiminen ja hoitajien työn keventäminen		
-millaisilla tekniikoilla siirrot -välillä olisi hyvä kerrata nostot ja siirrot, koska ne välillä unohtuvat tai niiden käyttö kiireessä jää hankalasti liikuteltavan potilaan siirtämisissä	-millainen tekniikka siirtoihin - nostojen ja siirtojen kertaus - hankalasti liikuteltavan potilaan siirtäminen	Potilassiirtotekniikat		
-tietoa mahdollisista uusista apuvälineistä, jotka olisivat käyttökelpoisia ja helppokäyttöisiä Koivikossa -jos uusia apuvälineitä, niin niihin opastus	- tietoa uusista apuvälineistä - opastus uusien apuvälineiden käyttöön	Tieto uusista apuvälineistä ja ohjaus niiden käyttöön	Apuvälinetietouden lisääntyminen	
mikä apuväline missä tilanteessa -siirtoihin käytettävät apuvälineet-mitä voisi käyttää -apuvälineitten tarkoituksenmukainen käyttö -pyörätuolin säädöt, kaikissa erilaiset -mielekäs apuväline hankalasti liikuteltavan potilaan siirtämisissä	- oikea apuväline oikeaan käyttöön - siirtoapuvälineet - apuvälineitten tarkoituksenmukainen käyttö -pyörätuolin säätäminen- - mielekkään apuvälineen valinta	Apuvälineiden tarkoituksenmukainen valinta, käyttö ja säätö		

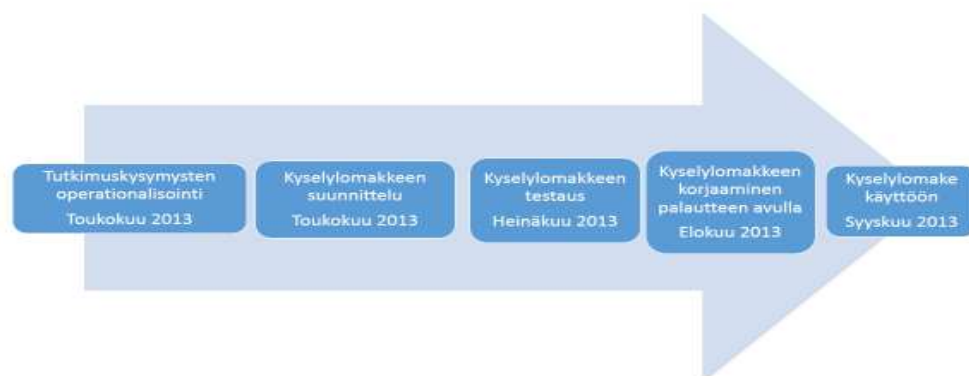
8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

8.1 Kohderyhmän sekä otoksen kuvaus

Kohderyhmä koostui Koivikko- kodin hoitohenkilökunnan jäsenistä. Hoitohenkilökuntaan kuuluu osastonhoitaja, kahdeksan sairaanhoitajaa ja neljä lähihoitajaa, jotka muodostivat tutkimuksen kohderyhmän yhdessä talossa pitkään työskennelleiden sijaisten kanssa. Kokeneet sijaiset otettiin mukaan tutkimusryhmään, koska he tuntevat Koivikko- kodin työtavat ja käytössä olevat apuvälineet. Satunnaiset sijaiset, lääkärit ja muu henkilökunta rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Kaikkien hoitohenkilökuntaan kuuluvien oli tarkoitus täyttää kyselylomake, joten tutkimus toteutettiin kokonaistutkimuksena.

8.2 Opinnäytetyön toteutusaikataulu

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin tammikuussa 2013 kohdeorganisaation ja aiheen valinnalla. Työn aihe valittiin Koivikko- kodin osastonhoitajan Johanna Ahon kanssa käydyn keskustelun perusteella helmikuussa 2013. Opinnäytetyön teoriaosuutta työstettiin kevään aikana ja työhön tarvittava alkukyselylomake laadittiin toukokuussa. Opinnäytetyö esitettiin opinnäyteseminaarissa toukokuussa, jonka jälkeen kyselylomake esiteltiin kolmen terveydenhuoltohenkilön toimesta. Testauksen jälkeen lomakkeeseen tehtiin korjauksia lisäten vastausohje kaksiosaisen kysymyksen molempien osien alkuun selventämään ohjetta (kuvio 3). Tutkimuslupa opinnäytetyölle haettiin Koivikko- kodin johtajalta, Riikka Koivistolta heinäkuussa 2013.



KUVIO 3. Kyselylomakkeen muodostamisvaiheet

Alkukysely toteutettiin Koivikko- kodissa 18.9.- 7.10.2013. Kyselyn analysointi tapahtui lokakuussa, jolloin samalla aloitettiin kyselyn tulosten pohjalta ohjausintervention suunnittelu. Ohjausinterventiona toimineet tunnin mittaiset ohjaustuokit toteutettiin Koivikko- kodin hoitohenkilökunnalle kahtena päivänä, 20.11. ja 27.11. Seurantakyselylomake laadittiin ohjaustuokioiden jälkeen ja seurantakysely toteutettiin 7.1.- 20.1.2014. Seurantakyselyn analyysi ja molempien kyselyjen tulosten yhteenveto laadittiin tammi-maaliskuussa 2014. Opinnäytetyötä viimeisteltiin kevään 2014 aikana lopulliseen muotoonsa ja valmis opinnäytetyö esiteltiin opinnäytetyöseminaarissa 3.4.2014. Opinnäytetyön tulokset esiteltiin kohdeorganisaatiolle 19.3.2014 hoitohenkilökunnan palaverissa. Paikalla oli seitsemän henkilöä. Tuloksista keskusteltiin tilaisuudessa ja valmis työ sovittiin lähetettäväksi Koivikko-kotiin kevään 2014 aikana. Opinnäytetyön toteutusaikataulu on esitetty graafisesti kuviossa 4.



KUVIO 4. Opinnäytetyön toteutusaikataulu

8.3 Ohjausintervention suunnittelu ja toteutus

Alkukyselyn tulosten perusteella opinnäytetyön tekijä suunnitteli hoitajien ohjaustuokiot, jotka oli sovittu tunnin pituisiksi ja toteutusajankohdiksi 20.11 ja 27.11.2013. Ohjauksen suunnittelun ja toteuttamisen perustana käytettiin myös opinnäytetyöhön kerättyä teoriatietoa. Teorian ja kyselytulosten avulla laadittiin ohjaustuokioon teemarunko, joka sisälsi tärkeimmät siirtotekniikoiden perusteet, oman kehon hallinnan ohjaamisen, tärkeimpien apuvälineiden käyttämisen ja säätämisen periaatteet sekä uusien apuvälineiden esittelemisen ja kokeilemisen käytännössä. Opinnäytetyön tekijä kävi myös 7.11. Tampereen Messukeskuksessa Apuvälinemessuilla tutustumassa uusimpaan apuvälinealan tarjontaan ja materiaaliin, jotta saisi paremman kuvan siitä, millaisia apuvälineitä on tällä hetkellä markkinoilla ja olisiko niistä hyötyä Koivikko-kodin potilaille ja henkilökunnalle.

Ohjaustuokioon laadittiin hoitohenkilökunnalle jaettava kirjallinen materiaali. Materiaali sisälsi ohjauksen pääkohdat lyhyesti sekä lähdeviitteitä alan kirjallisuuteen ja internetsivuihin siirtotekniikoiden kertaamisen tueksi (Liite 6). Potilaan siirtymisen avustamiseen on kehitetty useita eri menetelmiä, mutta materiaalissa keskityttiin siirtotekniikan periaatteisiin yleisellä tasolla. Kirjallinen oheismateriaali oli laajuudeltaan neljä sivua. Se jakaantui sisällöllisesti siirtotekniikkaan, oman kehon hallintaan ja apuvälineisiin. Siirtotekniikassa keskityttiin potilaan ja hoitajan voimavarojen hyödyntämiseen, potilaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen sekä hoitajalle ergonomisesti turvallisiin työskentelyasentoihin. Kehonhallintaharjoituksissa ohjattiin hoitajia tunnistamaan keskivartalon syvien lihasten käyttäminen selkärangan tukena heidän työskennellessään. Apuvälineosuudessa käytiin teoriassa läpi tärkeimpien liikkumisen apuvälineiden, kuten rollaattorin ja pyörätuolin säätämiseen ja turvalliseen käyttöön liittyviä asioita. Lisäksi kerrattiin tärkeimmät siirtymisessä ja päivittäisissä toimissa tarvittavat apuvälineet, joista henkilönojanostimen ja pyörähdyslevyn käyttöä harjoiteltiin käytännössä. Materiaaliin oli liitetty myös kuvia apuvälineistä. Pyörätuolin tärkeimmät säätökohdat kuvattiin erillisen kuvan ja selittävien tekstien avulla. Ohjaustuokioita varten alueellisesta apuvälinekeskuksesta saatiin lainaksi siirtoapuvälineitä, kuten liukulautaa, siirtovyö, kääntölevy, seisomanojanostin ja liukupeitto. Ohjauksessa tarvittava pyörätuoli oli Koivikko kodin oma.

Ohjaustuokiot toteutuivat suunnitellusti 20.11 ja 27.11 klo 13–14. Ohjaustuokiot pidettiin Koivikko-kodin hiljaisessa huoneessa, jota käytetään myös henkilökunnan koulutustilana. Osallistujia ohjaustuokioissa oli yhteensä 11. Ohjaustuokioissa osallistujilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja kommentoida ohjaustuokiossa esille tuotuja asioita. Osallistujille esiteltiin siirtotekniikkaosuuden teorian pohjana käytetty kirja, Työterveyslaitoksen internetsivusto videoitujen nostotilanteiden katselemista varten ja esiteltiin kuvamateriaalin avulla hoitotilanteissa vältettävät nostotavat. Ohjaus eteni ennalta laaditun rungon perusteella teoria ja käytäntö vuorotellen. Ohjaustuokio oli suunniteltu enemmän teoriapainotteiseksi, jotta se voitaisiin toteuttaa sovitusti tunnin pituisena hoitohenkilökunnan palaveriaikaa hyödyntäen. Pitempi ohjaustilanne olisi vaatinut kohdeorganisaation taholta työvuorojen erityisjärjestelyjä ja olisi voinut haitata potilaiden hoidon toteuttamista. Työterveyslaitoksen internetsivuston materiaalin tukemana hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus kerrata siirtotekniikoita aina, kun potilastyössä nousee esiin ongelmia niihin liittyen.

Potilassiirtotekniikka käytiin teoriassa läpi kirjalliseen materiaaliin tutustumalla. Käytännössä tuotiin esille tärkeänä asiana potilaan aiemmat kokemukset siirtämisestä ja eri ihmisten erilaiset tavat aloittaa liike siirtymistilanteissa. Hoitohenkilökunta harjoitteli käytännössä istumasta seisomaannousun manuaalista ohjausta eri osista kehoa, jotta he mieltäisivät eri ihmisten välisen eron kosketuksen liikettä aloittavana elementtinä. Hoitohenkilökuntaa kannustettiin harjoittelemaan siirtoja ja siirrettävänä olemista työn ohessa tai omissa palavereissaan, jotta he saisivat tunteen siitä, miltä siirtäminen tuntuu potilaasta. Hoitohenkilökuntaa ohjattiin tekemään pieniä kehontuntemus- ja kehon keskilinjaharjoituksia, joita kokeiltiin myös käytännön harjoituksina. Heille ohjattiin alaselän neutraaliasennon hallintaan ja vartalon syvien lihasten vahvistamiseen harjoituksia, joita he voivat halutessaan kokeilla. Kehonhallintaharjoitusten avulla pyrittiin lisäämään osallistujien hahmotusta oman kehon käyttämiseen ja hallitsemiseen nosto- ja siirtotilanteissa. Osallistujat tutustuivat paikalla oleviin apuvälineisiin kokeillen käytännössä mm. seisomanojanostinta ja nostovyötä ja esittivät kysymyksiä omiin potilaisiinsa liittyvistä hankalista siirtotilanteista esim. miten korjata lihastonukseltaan alentuneen potilaan asentoa pyörätuolissa, jos potilas ei pysty tukeutumaan jalkoihinsa tai miten asettautua potilaan lähelle pyörähdyslevyä käytettäessä. Ohjaustilanteessa kävi myös ilmi, että potilaat ovat niin huonokuntoisia, että eivät pysty käyttämään kävelykeppejä tai kyynärsauvoja, joten niiden osuus kirjallisessa materiaalissa oli lähinnä lisätietoa hoitohenkilökunnalle, jos

Koivikko-kotiin tulee kyynärsauvoja käyttävä potilas tai omainen haluaa tietoa asiasta. Koivikko-kotiin suositeltiin hankittavaksi kokeiluun apuvälineitä, joiden käyttö voi helpottaa siirtotilanteita sekä potilaiden että hoitajien kannalta. Nämä apuvälineet olivat seisomanojanostin, pyörätuolin säädettävä ilmatäytteinen tyyny, leveä nostovyö sekä siirtovyö, jossa on tukiosa myös pakaroiden alla. Henkilönostimen käytön säännölliseen käyttöön hoitotyössä kannustettiin ja perusteltiin nostimen käytön merkitystä hoitotyön kuormittavuuden vähentäjänä. Ohjaustuokioiden lopuksi osallistujilla oli vielä mahdollisuus tehdä kysymyksiä ja antaa palautetta ohjaustilanteesta. Vähäinen palaute oli positiivista, mutta käytännön harjoituksia toivottiin lisää.

Ohjaustuokioiden jälkeen opinnäytetyön tekijä keskusteli osastonhoitajan kanssa niiden onnistumisesta. Asioiden kertaaminen ja uusien apuvälineiden kokeileminen saattoi osastonhoitajan mielestä taas herättää hoitohenkilökuntaa hetkeksi huomioimaan omat työskentelyasentonsa ja työtapansa. Osastonhoitaja kertoi työfysioterapeutin käyneen pitämässä aiemmin käytännön harjoituksia siirtotekniikoista. Ohjaustilanteen jälkeinen seurantakysely sovittiin toteutettavaksi 7.1- 20.1 ilman erillistä informaatiotuokiota, koska informaatio kyselyistä oli annettu jo ensimmäisellä kerralla ja asiasta muistutettiin ohjaustuokioiden aikana. Osastonhoitaja aikoi vielä muistuttaa hoitohenkilökuntaa seurantakyselyyn vastaamisesta.

8.4 Aineiston analysointi

Aineiston strukturoidut kysymykset analysoitiin excel- taulukoinnin avulla ja avoimet kysymykset aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Analyysiä varten strukturoiduista kysymyksistä muodostettiin havaintomatriisit, joihin muuttujat koodattiin kysymyksittäin. Muuttujat taulukoitiin ja vastauksista tehtiin graafisia kuvauksia. Graafisessa kuvauksessa käytettiin havaintoyksikkönä vastausten lukumäärää, koska pieni vastausmäärä antaa prosentteina ilmoitettuna epäselvän kuvan todellisesta tilanteesta.

Alkukyselyssä kysymykset yksi ja kaksi selvittivät osallistujien taustatietoja. Kyselylomakkeen kysymykset 3–14 luokiteltiin kysymyslomaketta suunniteltaessa tehdyn jaottelun mukaan. Kysymykset 5,6 ja 10–13 mittasivat osallistujien apuvälinetietoutta, kysymykset 3 ja 4 apuvälineiden saatavuutta Koivikko-kodissa ja kysymykset 7–9 osallistujien asenteita apuvälineiden käyttöön. Kysymykset 14 ja 15

mittasivat apuvälineiden käyttöön vaikuttavia tekijöitä. Kysymyksen 14 kohdalla yksi vastaaja ei ollut arvioinut sitä, kuinka usein hän käyttää työssään wc- tuolia, vaikka oli vastannut muihin kysytyihin kohtiin. Kysymykseen 15 saatiin vain kuusi vastausta asteikolla 4–10, loput viisi vastausta hylättiin, koska vastaukset eivät olleet ohjeistuksen mukaisia.

Avointen kysymysten 16 ja 17 vastaukset siirrettiin Word- pohjalle. Kyselylomakkeissa olevista vastauksista haettiin samankaltaisia alkuperäisilmaisuja. Nämä ilmaisut pelkistettiin ja ryhmiteltiin omiksi alaluokikseen. Alaluokista muodostettiin vielä yläluokat, jotka koottiin kysymykseen vastaavan pääluokan alle. Abstrahoinnin tuloksena saatiin vastaus siihen, millaista ohjausta kyselyyn osallistujat haluavat fysioterapeutilta apuvälineisiin liittyen. Kyselyn pohjalta teoriaosuuteen oli lisättävä myös kappale nosto- ja siirtotekniikoista, sillä vastaajien oletettiin vastaavan kysymykseen 16 apuvälinepainotteisesti, mutta vastauksista nousivat esiin suurimpana tekijänä potilaan nosto- ja siirtotekniikat.

Seurantakyselyssä kysymykset 1 ja 2 selvittivät vastaajien taustatietoja. Kysymykset 3–5 mittasivat ohjaustuokiosta saadun informaation määrää, kysymys 6 apuvälineiden käyttöä ohjauksen jälkeen ja kysymys 7 siirtotekniikoiden kertausta. Kysymykset 8–10 mittasivat kehonhallinnasta saadun informaation hyödynnettävyyttä, kysymykset 11–13 mittasivat osallistujille jaetun ohjausmateriaalin toimivuutta. Ensimmäisen kysymyslomakkeen kysymys numero 14, apuvälineiden käyttötiheys, käytettiin uudelleen seurantakyselylomakkeessa kysymyksenä numero 16. Tarkoituksena oli selvittää, oliko apuvälineiden käyttötiheydessä tapahtunut muutoksia ohjausintervention jälkeen.

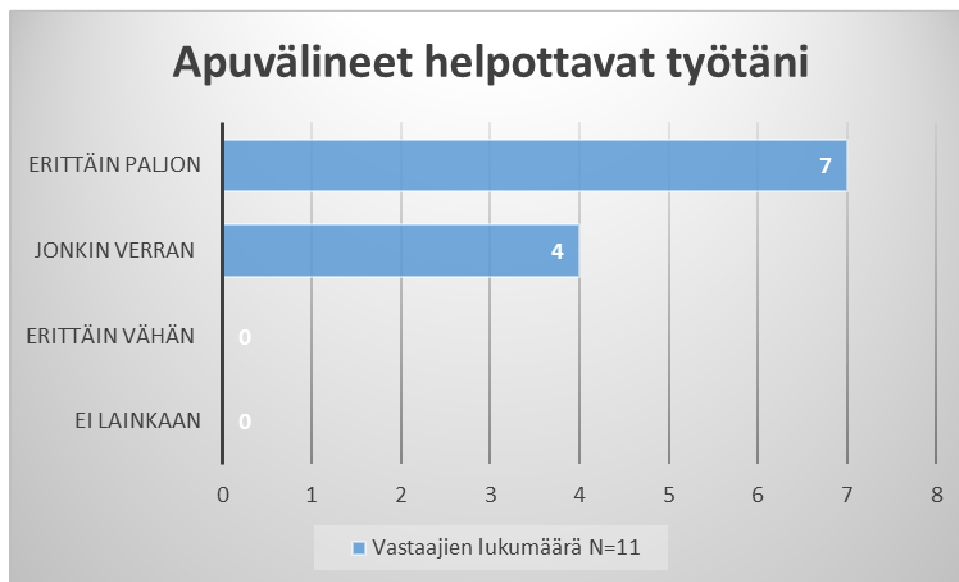
Seurantakyselyn kysymys 15 oli avoin kysymys, jossa kysyttiin, olivatko vastaajat tyytyväisiä ohjaustuokion sisältöön ja mitä muuta he olisivat halunneet sen mahdollisesti sisältävän. Avoimeen kysymykseen tuli vain yksi vastaus, jonka sisältö kirjoitettiin auki strukturoitujen kysymysten kirjalliseen pohdintaan. Seurantakyselyn analysointi suoritettiin samalla tavalla kuin alkukyselyssä.

9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

9.1 Apuvälineiden käyttö Koivikko-kodissa

Kyselylomakkeita jaettiin ensimmäisessä vaiheessa kolmelletoista hoitotyöntekijälle ja heistä 11 vastasi kyselyyn, vastausprosentin ollessa 84,6 %. Vastaajista seitsemän oli sairaanhoitajia ja neljä lähihoitajia vastaajien keski-ikä ollessa 44,9 vuotta. Alkukyselyn vastaukset kysymyksittäin on esitetty liitteessä 7.

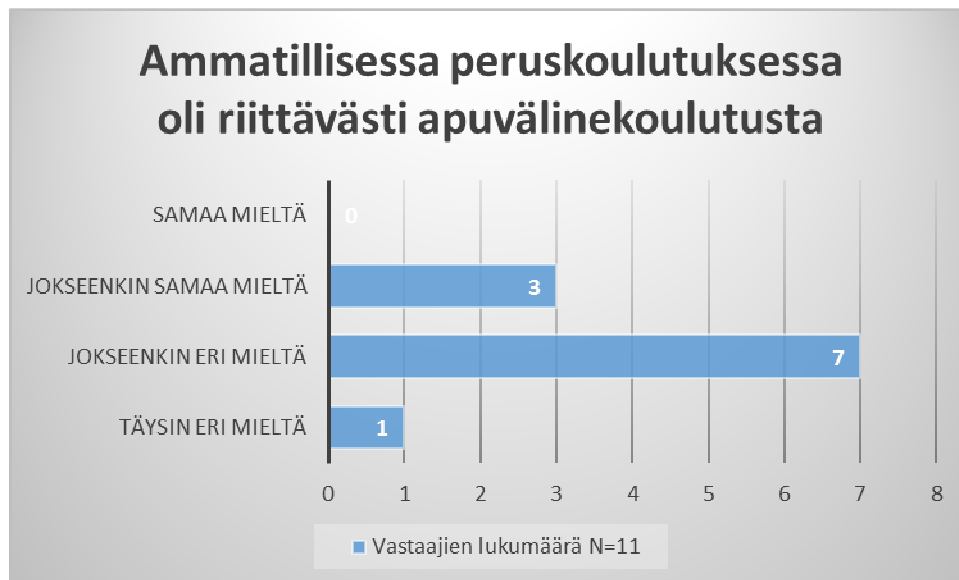
Hoitohenkilökunnan mielestä Koivikko-kodin apuväline tilanne oli hyvä. Kahdeksan vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä ja kolme samaa mieltä siitä, että heillä on käytössään hoitotyöhön tarvittavat apuvälineet. Kuusi vastaajaa koki, että Koivikko-kotiin tarvitaan uusia apuvälineitä jonkin verran ja viisi erittäin vähän. Hoitohenkilökunta arvioi apuvälineiden käyttötaitonsa olevan hyvällä tasolla. Kahdeksan vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että osaa käyttää ja säätää apuvälineitä tarvittaessa. Kaksi oli samaa mieltä ja yksi jokseenkin eri mieltä tästä väittämästä.



KUVIO 5. Apuvälineet helpottavat työtäni (N=11)

Hoitohenkilökunnan mielestä apuvälineiden käyttö helpottaa hoitotyötä (kuvio 5), sillä seitsemään vastaajaa arvioi apuvälineiden helpottavan työtään erittäin paljon ja neljä vastaajaa jonkin verran. Apuvälineiden käytön katsottiin myös lisäävän

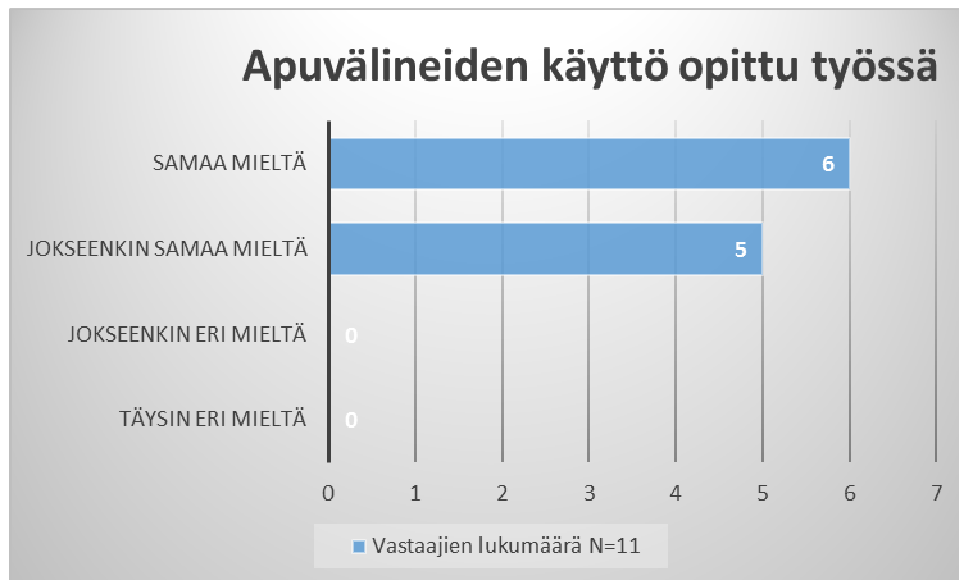
potilasturvallisuutta. Seitsemän vastaajaa piti apuvälineitä erittäin paljon turvallisuutta lisäävänä tekijänä ja neljä jonkin verran. Kahdeksan vastaajaa oli täysin samaa mieltä ja kolme lähes samaa mieltä siitä, että apuvälineiden käyttö lisää potilaan saaman hoidon laatua.



KUVIO 6. Apuvälinekoulutuksen riittävyys peruskoulutuksessa (N=11)

Kysymykset 10 ja 11 mittasivat apuvälinekoulutuksen riittävyttä perusopinnoissa ja työelämässä. Vastaajista yksi oli täysin eri mieltä ja seitsemän jokseenkin eri mieltä siitä, että apuvälineasioita ei ole käsitelty riittävästi ammatillisessa peruskoulutuksessa. Kolmen vastaajan mielestä apuvälinekoulutusta oli ollut tarjolla jokseenkin riittävästi, kuten kuviossa 6 esitetään. Täydennyskoulutusta apuvälineasioista ei vastaajien mielestä oltu saatu riittävästi ammattiin valmistumisen jälkeen. Kolme vastaajaa oli täysin eri mieltä, kuusi jokseenkin eri mieltä, yksi jokseenkin samaa mieltä ja yksi samaa mieltä siitä, että oli saanut apuvälineasioista täydennyskoulutusta ammatillisen peruskoulutuksen jälkeen.

Suurin osa vastaajista arvioi, että apuvälineiden käytön opettelu on tapahtunut vasta työelämässä kokemuksen kautta (kuvio 7). Vastaajista kolme oli samaa mieltä ja viisi jokseenkin samaa mieltä siitä, että on saanut työpaikalla riittävästi perehdytystä apuvälineasioista kahden ollessa jokseenkin eri mieltä ja yhden eri mieltä väittämästä.



KUVIO 7. Apuvälineiden käytön oppiminen työelämässä (N=11)

Kysymys numero 14 mittasi Koivikko-kodissa käytössä olevien apuvälineiden käyttöastetta (taulukko 2 sivulla 42). Kaikki vastaajat käyttivät useita kertoja päivässä rollaattoria, sähkösätkyä, pyörätuolia ja tukityynyä. Pyörähdyslevy, wc-tuoli ja liukualusta olivat myös käytössä useita kertoja päivässä. Suihkutuolia ja pesutasoa käytettiin viikoittain. Nostoapuvälineiden käyttöaste oli kyselyn mukaan vähäisintä. Henkilönostinta ei kukaan vastaaja käyttänyt päivittäin tai viikoittain. Nostovyötä käytettiin kerran kuussa tai harvemmin. Liukualustaa ei viisi vastaajaa käyttänyt koskaan muutaman vastaajan käyttäessä sitä vähintään kerran päivässä. Koivikko-kodin potilaat ovat huonokuntoisia ja heitä on avustettava siirtymisissä päivittäin, joten hoitotyö koetaan myös fyysisesti raskaana. Kuitenkaan nostamiseen ja siirtämiseen tarkoitettuja apuvälineitä, kuten liukualustaa, nostovyötä ja henkilönostinta ei käytetty kuin niin usein kuin muita apuvälineitä.

TAULUKKO 2. Apuvälineiden käyttöaste Koivikko- kodissa (N=11)

	Ei kos- kaan	Harvemmin kuin kerran kuussa	Kerran kuussa	Useita kertoja viikossa	Kerran viikossa	Kerran päivässä	Useita kertoja päivässä
rollaattori	0	0	0	0	0	0	11
pyörätuoli	0	0	0	0	0	0	11
sähkösätky	0	0	0	0	0	0	11
henkilönostin	0	8	2	0	1	0	0
suihkutuoli	0	1	0	6	2	2	0
wc-tuoli	0	0	0	1	0	2	8
pesutaso	0	1	0	6	1	3	0
liukualusta	5	0	0	2	0	1	3
pyörähdyslevy	0	0	1	1	0	1	8
nostovyö	1	6	3	0	1	0	0
tukityyny	0	0	0	0	0	0	11

Kysymykseen 15 vastasi 11 henkilöä, mutta vastauksista viisi hylättiin, koska vastauksissa ei oltu käytetty arviointiasteikkoa 4–10 ohjeen mukaan koko asteikolla, vaan annettu useita samoja arvoja eri vastausvaihtoehdoille. Yksi vastaus hylättiin, koska arviointi puuttui wc-istuimen osalta. Kysymyksessä arvioitiin tekijöitä, jotka vaikuttavat apuvälineiden käyttöön. Apuvälineen käyttöominaisuuden korkein pistemäärä oli 10 ja vastaajia kysymykseen oli viisi, joten korkein mahdollinen pistemäärä käyttöominaisuutta kohti oli 50. Tärkeimpinä apuvälineiden käyttöön vaikuttavina tekijöinä koettiin olevan apuvälineen tarkoituksenmukaisuus, turvallisuus ja helppokäyttöisyys. Apuvälineen saatavuus ja helpposäätöisyys olivat tärkeysjärjestyksessä seuraavina. Apuvälineen kunto ja käyttäjän oma osaaminen vaikuttivat vastaajien mielestä vähiten apuvälineiden käyttöön (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Apuvälineen käyttöön vaikuttavat tekijät (N=5)

Apuvälineen käyttöön vaikuttava tekijä	Pistevaihtelu	Keskiarvo
Tarkoituksenmukaisuus	44–48	40,9
Turvallisuus	29–50	42,5
Helppokäyttöisyys	33–44	39,4
Saatavuus	29–40	34,4
Helpposäätöisyys	29–44	32,5
Apuvälineen kunto	24–33	27,3
Oma osaaminen	21–38	24,6

Tutkimukseen osallistuvien ja siihen vastanneiden henkilöiden lukumäärän ollessa pieni, tuloksia voidaan käyttää lähinnä kuvaamaan Koivikko-kodin apuvälineiden käyttöä.

Tulokset eivät ole yleistettävissä laajemmalle tasolle, mutta antavat suuntaa siitä, mitä Koivikko-kodissa kannattaa ottaa huomioon apuvälineiden käytössä, hankinnassa ja henkilökunnan ohjauksen ja koulutuksen suunnittelussa.

9.2 Hoitajien ohjaustarpeet ja fysioterapia saattohoidossa

Alkukyselyssä kaksi viimeistä kysymystä olivat avoimia kysymyksiä, jotka analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen. Kysymykseen 16 vastasi kymmenen hoitajaa ja kysymykseen 17 yhdeksän hoitajaa yhdestätoista kyselylomakkeen palauttaneesta. Taulukoissa 4 ja 5 on havainnollistettu sisällönanalyysiä kysymyksistä 16 ja 17.

Kysymyksessä 16 kysyttiin millaista ohjausta tarvitset fysioterapeutilta, jotta pystyt paremmin hyödyntämään apuvälineitä työssäsi?

TAULUKKO 4. Sisällönanalyysi kysymys 16

Esimerkki alkuperäisestä ilmaisusta	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
oma työasento apuvälinettä käytettäessä	ergonominen työskentely	ergonominen työskentely potilasturvallisuuden lisääjänä ja hoitajien työn keventäjänä	ergonomisen työskentelyn ohjaaminen	Hoitajien ohjaustarpeet
siirtoihin käytettävät apuvälineet mitä voisi käyttää ja millaisilla tekniikoilla siirrot turvallisista potilaalle ja hoitajalle	potilasturvallisuuden huomioiminen ja hoitajien työn keventäminen			
välillä olisi hyvä kerrata nostot ja siirrot, koska ne välillä unohtuvat tai niiden käyttö kiireessä jää	potilassiirtotekniikat	potilassiirtotekniikoiden käyttö hoitotyössä		
apuvälineitten tarkoituksenmukainen käyttö	apuvälineiden tarkoituksenmukainen valinta, käyttö ja säätö	apuvälineiden tarkoituksenmukainen hankinta, käytön ohjaus ja säätö	apuvälinetietouden lisääntyminen	
tietoa mahdollisista uusista apuvälineistä, jotka olisivat käyttökelpoisia ja helppokäyttöisiä Koivikossa	tieto uusista apuvälineistä ja ohjaus niiden käyttöön			

Kysymykseen oli vastattu melko lyhyesti, yli puolessa lomakkeista vain yhdellä lauseella. Vastauksista löytyi samankaltaisuuksia, jotka ryhmiteltiin yhteen ja pelkistettiin tiiviimpään muotoon. Hoitajat toivat esille hoitotyön raskauden haluten sen vuoksi kerrata nosto- ja siirtotekniikoita, jotta työskentely potilaan kanssa tapahtuisi mahdollisimman ergonomisesti. Ergonominen työskentely lisäisi hoitajien mukaan myös potilasturvallisuutta ja vähentäisi oman työn kuormittavuutta. Hoitajat halusivat tietoa uusista Koivikko- kotiin sopivista apuvälineistä ja ohjausta jo olemassa olevien apuvälineiden käyttöön, jotta oikeata apuvälinettä tulisi käytettyä oikeassa tilanteessa. Myös pyörätuolin käyttämiseen ja säätämiseen toivottiin ohjausta.

Kysymyksessä 17 tiedusteltiin hoitajilta mielipidettä siitä, tarvitaanko fysioterapeutteja enemmän moniammatillisten saattohoitotiimien jäseniksi ja perusteluja, minkä vuoksi heitä tarvitaan? Tähänkin kysymykseen oli vastattu suurimmaksi osaksi yhdellä lauseella, mutta hyvin asian perustellen.

TAULUKKO 5. Sisällönanalyysi kysymys 17

Esimerkki alkuperäisestä ilmaisusta	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
vähentää kipuja oikeilla asento-ohidoilla	kivun hoitaminen	fysioterapiamenetelmät potilaan voimien kohentajina	fysioterapian keinot saattohoitopotilaan elämänlaadun lisää- miseksi	Fysioterapia saattohoidossa
ehkäisemään virheasentoja	nivelten virheasentojen ehkäiseminen			
keuhkojen toiminnan helpottaminen	potilaan hengityksen tukeminen			
liikehoito voi parantaa myös oloa	potilaan liikehoito			
fysioterapialla potilaat saivat sisältöä päivinä, oman elämän hallintaa ja mielekkyyttä	potilaan elämänhallinnan lisääntymisen	potilaan elämänhallinta		
tuomaan oma fysioterapeutin ammattitaito ja osaaminen saattohoitopotilaan hyväksi	fysioterapeutin ammattitaidolle tarvetta saattohoidossa	fysioterapeuteille tarvetta saattohoidossa	fysioterapeutin osuus saattohoidossa	

Hoitajat kokivat, että fysioterapeutti voisi ammattitaidollaan tuoda mielekkyyttä potilaan elämään. Potilaan oman elämän hallinta lisääntyisi esim. alaraajojen voimien ylläpitämisen avulla ja hänellä voisi kuntoutuksen tukemana olla vielä mahdollisuus

palata kotilomalle. Fysioterapeutti voisi olla apuna potilaan kipujen lievityksessä esimerkiksi sähkökipuhoitojen tai liikehoidon avulla. Fysioterapian keinoin pystyttäisi myös tukemaan potilaan hengitystä. Hoitajat toivoivat fysioterapeuttia opastamaan fyysisesti raskaissa hoitotilanteissa, jotta hoitajien jaksamista tukeva ergonominen työskentely olisi sujuvaa.

9.3 Seurantakyselyn tulokset

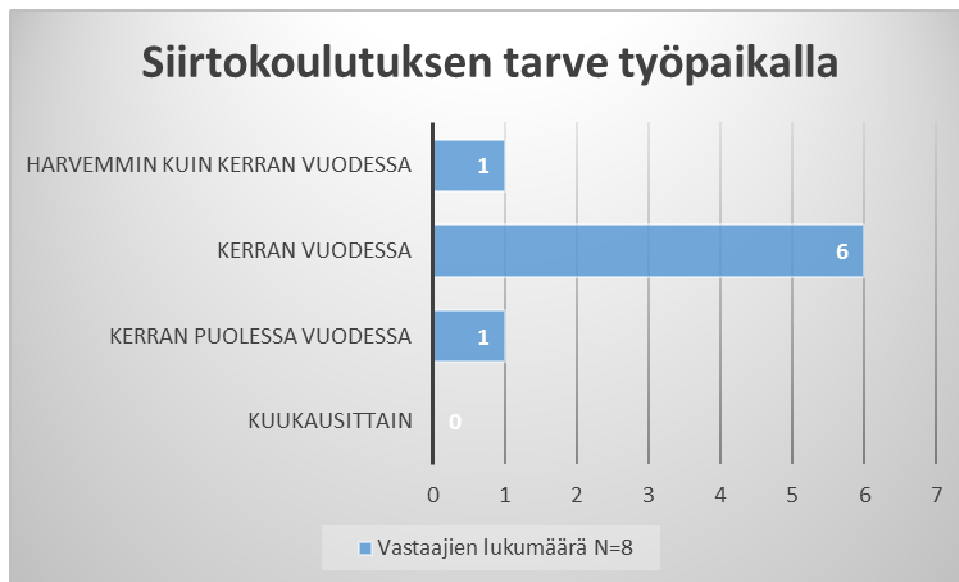
Seurantakyselyyn vastasi yhdeksän hoitohenkilökunnan jäsentä (N=9) kolmestatoista vastausprosentin ollessa 69,2. Vastaajista yksi ei ilmoittanut ikäänsä, vastanneiden kahdeksan henkilön keski-ikä oli 39,8 vuotta. Vastaajista oli sairaanhoitajia seitsemän ja lähihoitajia kaksi. Kysymyksiin 3–14 vastasi kahdeksan henkilöä, kysymykseen 15 yksi henkilö ja kysymykseen 16 vastasi yhdeksän henkilöä. Seurantakyselyn vastaukset on taulukoitu kysymyksittäin liitteessä 8.

Kysymykset 3–5 mittasivat ohjaustuokiossa saatua informaatiota nosto- ja siirtotekniikoista, apuvälineiden käytöstä ja uusista apuvälineistä. Kaikissa kolmessa kysymyksessä kaksi vastaajaa koki saaneensa erittäin paljon tietoa ja kuusi vastaajaa jonkin verran uutta tietoa edellä kuvatuista asioista ohjaustuokiossa. Seitsemän vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä ja yksi jokseenkin eri mieltä siitä, että on käyttänyt ohjaustuokion jälkeen omassa työssään enemmän nosto- ja siirtoapuvälineitä hyödykseen. Vastaajista neljä oli samaa mieltä ja neljä jokseenkin samaa mieltä siitä, että ohjaustuokiossa kerratut nosto- ja siirtotekniikat ovat olleet toimivia oman työkuormittumisen vähentämisessä.

Ohjaustuokio sisälsi tietoa kehonhallinnasta ja sen merkityksestä työskentelyergonomiassa. Kehonhallintaharjoituksia kokeiltiin myös käytännössä. Vastaajista yksi oli samaa mieltä ja neljä jokseenkin samaa mieltä siitä, että kehonhallintaharjoitukset olivat heille uusia, mutta kolmelle vastaajalle harjoitukset olivat jonkin verran tuttuja. Vastaajilla on aikomusta jatkaa harjoittelua säännöllisesti tulevaisuudessa, sillä yksi oli samaa mieltä ja kuusi jokseenkin samaa mieltä väitteestä. Yksi vastaaja oli väitteestä jokseenkin eri mieltä. Lähes kaikki vastaajat yhtä lukuun ottamatta olivat ohjaustuokion jälkeen alkaneet kiinnittää enemmän huomiota kehonhallintaan työskennellessään.

Ohjaustuokiossa jaettiin osallistujille kirjallinen materiaali, joka sisälsi perustietoa siirtotekniikoista, kehonhallinnasta ja apuvälineistä. Materiaalin toimivuutta mitattiin kysymyksillä 11–13. Kuusi vastaajaa oli samaa mieltä ja kaksi jokseenkin samaa mieltä siitä, että ohjaustuokiossa jaettu kirjallinen materiaali oli selkeä. Sisällön riittävydestä oli samaa mieltä seitsemän vastaajaa ja jokseenkin samaa mieltä yksi vastaaja. Viisi vastaajaa oli samaa mieltä ja kolme jokseenkin samaa mieltä, että materiaali oli hyödyllinen oman työn kannalta. Vastaajilta kysyttiin myös, vastasiko ohjaustuokion sisältö heidän odotuksiaan ja jos ei, mitä olisi haluttu siihen lisää. Kysymykseen tuli kehittämisselitys, joten kysymystä ei vähäisen vastausmäärän vuoksi voitu analysoida sisällönanalyysillä. Vastaus liitettiin kommenttina kysymykseen 14.

Kysymyksessä 14 pyydettiin vastaajia arvioimaan, kuinka usein he kokevat tarvitsevansa säännöllistä siirtokoulutusta työpaikallaan. Kuuden vastaajan mielestä tulevaisuudessa kerran vuodessa järjestettävä koulutus riittää potilassiirtotaitojen ylläpitämiseen (kuvio 8). Kysymyksen 15 ainoa vastaus kommentoi koulutuksen sisältöä seuraavasti: ”Käytännön harjoittelua, oikein tehdyt siirrot olisivat jääneet paremmin mieleen, kun niitä olisi kokeiltu käytännössä”.



KUVIO 8. Siirtokoulutuksen tarve työpaikalla (N=8)

Kysymys 16 mittasi apuvälineiden käyttöä ohjausintervention jälkeen. Kysymys oli täysin sama kuin ensimmäisessä kyselyssä kysymys 14, koska haluttiin saada esille ohjausintervention tuoma mahdollinen vaikutus käyttöön. Vastausten määrä oli seurantakyselyssä hieman alkukyselyä pienempi ja vastaajista kahdeksan oli osallistunut

ohjausinterventioon. Tulokset eivät ole suoraan verrannollisia keskenään ensimmäisen kyselyn kanssa. Vastausten tulokset kertovat tämän hetkisen tilanteen apuvälineen käytöstä Koivikko- kodissa, mutta ei voida vetää johtopäätöksiä siitä, vaikuttiko ohjausinterventio koko henkilökunnan apuvälineiden käyttöä lisäävästi vai ei. Yksi vastanneista ei ollut osallistunut ohjausinterventioon, mutta vastasi tähän kysymykseen. Vastaus hylättiin analyysistä, mutta vastauksen tiedot tuovat lisää informaatiota koko henkilökunnan apuvälineiden käytöstä Koivikko- kodissa. Vastaja käytti suurinta osaa apuvälineistä viikoittain, sähkösänyä päivittäin ja henkilönostinta harvemmin kuin kerran kuussa.

Useimmin päivittäisessä käytössä olevat apuvälineet olivat sähkösäny, rollaattori, pyörätuoli, wc- tuoli ja tukityyny (taulukko 6). Samat apuvälineet olivat käytetyimpiä myös ennen ohjausinterventiota. Tällöin kaikki vastanneet käyttivät edellä mainittuja apuvälineitä päivittäin, nyt lähes kaikki. Viikoittain käytettiin useimmiten suihkutuolia, pesutasoa, liukualustaa ja pyörähdyslevyä. Nostovyötä käytettiin enemmän nyt myös viikoittain vaikka se edelleen oli harvemmin käytettyjen apuvälineiden joukossa.

TAULUKKO 6. Apuvälineiden käyttö Koivikko-kodissa (N=8)

	Ei koskaan	Harvemmin kuin kerran kuussa	Kerran kuussa	Kerran viikossa	Useita kertoja viikossa	Kerran päivässä	Useita kertoja päivässä
rollaattori	0	0	1	0	1	0	6
pyörätuoli	0	1	0	0	2	0	5
sähkösäny	1	0	0	0	0	1	6
henkilönostin	1	2	4	0	0	1	0
suihkutuoli	1	0	0	1	4	2	0
wc-tuoli	1	0	0	0	1	0	6
pesutaso	2	0	0	0	4	2	0
liukualusta	0	3	0	1	2	1	1
pyörähdyslevy	0	0	1	3	0	4	0
nostovyö	0	1	4	1	1	1	0
tukityyny	1	0	1	1	0	0	5

Tuloksissa on ristiriitaa, koska suurin osa vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että käyttää vastaushetkellä enemmän apuvälineitä hyödykseen kuin ennen

ohjausinterventiota. Yksittäisen apuvälineen kohdalla käyttäminen oli kuitenkin vähäisempää kuin ennen ohjausinterventiota.

Kerran kuussa tai harvemmin käytössä olevat apuvälineet olivat edelleen henkilönostin ja nostovyö. Liukualusta ja pesutaso olivat myös harvoin käytettyjen apuvälineiden joukossa. Vastauksissa on enemmän apuvälineitä, joita ei käytetä koskaan kuin alkukyselyn vastauksissa. Tämä saattaa johtua siitä, että vastaajiksi hyväksyttiin myös pitkäaikaiset sijaiset, jotka tulevat tarvittaessa töihin.

Kyselyiden tulosten pohjalta Koivikko-kotiin luotiin käytännön toimintaa hyödyttävä tuotos, siirtotekniikka- ja apuvälinekoulutuksen kehittämissuunnitelma potilassiirto- ja apuvälinekoulutuksen säännöllisen ja tavoitteellisen järjestämisen varmistamiseksi (Liite 9). Kehittämissuunnitelma toteutuessaan on yksi työkalu hoitotyön laadun kehittämisessä ja varmistamisessa ja sitä voidaan käyttää runkona Koivikko- kodin sisäisten prosessien suunnittelussa ja kehittämisessä. Se perustuu tavoitteelliseen vuosittaiseen potilassiirto- ja apuvälinekoulutuksen tarpeen arviointiin sekä tarpeisiin perustuvan koulutuksen suunnitteluun, järjestämiseen ja arviointiin vastuuseen nimettyjen henkilöiden toimesta. Kehittämissuunnitelmassa otettiin huomioon potilas-, henkilöstö- ja talousnäkökohdat. Suunnitelmaan kirjattiin näkyviin potilassiirto- ja apuvälinekoulutuksen perustuminen Työturvallisuuslakiin sekä koulutuksen tavoitteet ja arviointi Koivikko-kodin näkökulmasta. Koulutuksen käytännön toteutus kirjattiin suunnitelmaan ja toteuttamista varten laadittiin taulukko, johon merkitään koulutuspäivämäärä, vastuhenkilö, koulutuksen aihe ja laajuus, koulutuspaikka, kouluttaja, osallistujat sekä koulutuksen arviointi.

10 POHDINTA

10.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Hyvä tutkimus noudattaa aina tieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita ja hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimusetiikka on sama riippumatta siitä, onko tutkimuksen tekijä ensikertalainen vai kokenut tutkija. (Vilka 2007: 92.) Tutkijan on oltava aidosti kiinnostunut aiheestaan ja paneuduttava aiheeseen huolellisesti. Tutkijan on oltava rehellinen kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa ja avoin tulosten julkaisemisessa. Tutkijan on käytettävä toisten töitä asianmukaisesti omassa työssään. Tutkimus on raportoitava huolellisesti tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tutkimus ei saa aiheuttaa kenellekään kohtuutonta vahinkoa eikä loukata ihmisarvoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 137–156; Vilka 2007, 91; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–228 .)

Tässä opinnäytetyössä toimittiin tieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita noudattaen. Opinnäytetyö toteutettiin sekä hoitotyön että fysioterapian eettisiä periaatteita noudattaen ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta sekä toisen ammattiryhmän asiantuntemusta kunnioittaen (WCPT). Aihealue oli opinnäytetyön tekijää kiinnostava ja aihealueeseen perehdyttiin huolellisesti. Tutkimuslupa hankittiin asianmukaisesti kohdeorganisaatiosta. Tutkimuksen kulku ja tulokset raportoitiin avoimesti ja lähdeviitteet merkittiin tekstiin toisten töitä kunnioittaen. Opinnäytetyön toteutuksessa huolehdittiin tutkittavien yksityisyyden säilymisestä käsittelemällä kyselylomakkeita luottamuksellisesti ja säilyttämällä ne huolellisesti. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista hoitohenkilökunnalle. Ohjausinterventiot sekä hoitohenkilökunnan informointi opinnäytetyön aloituksesta ja tuloksista järjestettiin hoitohenkilökunnan yhteisellä palaveriajalla, jotta opinnäytetyön tekemisestä seuraisi mahdollisimman vähän häiriöitä potilaiden hoitoon.

10.2 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Toimintatutkimusta on arvioitu usein sekä validiteetin että reliabiliteetin käsitteillä eli ovatko tutkimusmenetelmä ja kohde yhteensopivat ja onko tutkimus toistettava. Toimintatutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ongelmat liittyvät yleensä tulosten

luotettavuuteen, toistettavuuteen ja yleistämiseen. Toimintatutkimuksen lähestymistapa antaa mahdollisuuden aineiston induktiiviseen ja deduktiiviseen käsittelyyn, jolloin tutkimustulosten validitettia ja reliabiliteettia arvioidaan eri tavoin. Toimintatutkimuksen tulokset ovat sen vuoksi harvoin yleistettävissä eikä tutkimus ole samalla tavoin toistettavissa. Tutkimuksen tulokset voivat silti antaa luotettavaa tietoa käytetyn intervention soveltamisesta käytäntöön. Toimintatutkimuksen tavoite on usein hankalasti rajattavissa, koska tavoite saattaa täsmentyä tutkimuksen aikana. Tämän vuoksi tutkimuksen tavoitteet kannattaa rajata realistisiksi ja laatia tutkimukselle konkreettisia osatavoitteita. (Lauri 1997: 121–122.) Opinnäytetyön suunnittelussa ja toteutuksessa näkyy opinnäytetyön tekijän kokemattomuus toimintatutkimuksen tekemisessä. Opinnäytetyön tekijälle tämä opinnäytetyö oli ensimmäinen, jossa käytettiin myös kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Myös sisällönanalyysimenetelmä oli tutkijalla käytössä vasta toista kertaa. Opinnäytetyön aihe oli laaja ja opinnäytetyön toteuttamiseen varattu aika rajattu, joten toimintatutkimusta ei voitu toteuttaa täydellisenä. Opinnäytetyö toteutettiin sen vuoksi kehittämishankkeena toimintatutkimuksen periaatteita noudattaen, jolloin opinnäytetyön tutkimuskysymykset ja tavoitteet muodostettiin yhdessä kohdeorganisaation kanssa. Opinnäytetyössä hankittiin tietoa ja pyrittiin vaikuttamaan käytäntöön ohjausintervention avulla.

Opinnäytetyön kohdeorganisaatiossa tutkittava joukko oli niin pieni, jotta varsinaista koe-kontrolliasetelmaa ei pystytty järjestämään. Koe-kontrolliryhmän avulla olisi voitu arvioida intervention todellista vaikutusta toiminnan muutokseen ja kyselytulokset olisivat olleet paremmin vertailukelpoisia. Opinnäytetyön kyselytutkimus on uudelleen toistettavissa kohdeorganisaatiossa. Avointen kysymysten sisällönanalyysi nosti esille tärkeitä asioita, mutta vastaukset käsittivät useimmiten vain yhden lauseen. Opinnäytetyö tuo hyödynnettävää tietoa kohdeorganisaation omaan käyttöön esimerkiksi henkilökunnan koulutustarpeisiin ja apuvälineiden käyttöön liittyen.

Toimintatutkimuksen prosessi on otettava huomioon kokonaisuutena eikä arvioida vain lopputuloksia. Tutkimusprosessin eri vaiheita on arvioitava jatkuvasti eri menetelmillä. Tutkimusprosessin etenemisestä saadun aineiston pitäisi kertoa, miten suunniteltu interventio on toteutunut. Tutkimusprosessin arviointi tulee suunnitella huolellisesti etukäteen. (Lauri 1997: 122–123.) Opinnäytetyöprosessin arviointia suunniteltiin pääkohdittain etukäteen toteutusaikataulun, palautteen keräämisen ja raportoinnin osalta. Arvioinnista olisi pitänyt laatia oma kaavionsa, jossa eri arvioinnin osa-alueet

olisivat tulleet selkeästi näkyviin. Tutkimusmetodeista olisi pitänyt olla laajempi kurssi, jossa tutkimukseen liittyviä tietoja olisi syvennetty ja käytännön toteutukseen saatu kattavampi pohja. Kvantitatiiviseen tutkimukseen liittyviä analyysit olisi pitänyt hallita paremmin, jotta tulosten käsittely olisi ollut helpompaa. Opinäytetyöprosessissa ohjausinterventiota arvioitiin kyselylomakkeella ja osallistujien suullisella palautteella. Suullista palautetta tuli pyynnöistä huolimatta vähän, joten ohjausintervention arviointi jäi lähes pelkästään kyselyn varaan. Saatua suullista palautetta ei kirjattu ylös sana sanalta eikä palautetta nauhoitettu. Kyselyn avulla arviointi oli luotettavampaa, koska arviointi tapahtui nimettömänä. Prosessi kuvattiin kirjallisesti mahdollisimman tarkasti, jotta opinäytetyön eteneminen on nähtävissä.

Ohjausintervention suunnittelussa käytettiin pohjana alkukyselyssä saatuja tietoja, joita syvennettiin teorian avulla. Alkuoletuksesta ja kyselylomakkeella annetusta informaatiosta poiketen vastaukset eivät painottuneet apuvälineiden käyttöön vaan potilassiirtokoulutukseen, jota ei opinäytetyöprosessin alussa oltu nostettu erilliseksi aiheeksi. Potilassiirtokoulutus liitettiin alkukyselyn tulosten perusteella opinäytetyön teoriaosuuteen mukaan. Interventiossa käsiteltiin kolme eri aihetta, joten käytännön harjoitteluun tunnin ohjaustuokiossa jäi vähän aikaa. Aihepiiriin olisi voinut rajata pienemmäksi, mutta tutkijan mielestä kaikki kolme aihetta liittyivät kiinteästi toisiinsa ja toivat uutta näkökulmaa palliatiiviseen hoitotyöhön. Lisäksi Koivikko- kodissa on käynyt työfysioterapeutti, jonka toteuttamassa potilassiirtokoulutuksessa siirtoja on harjoiteltu myös käytännössä. Opinäytetyön tekijän lähestymistavassa uutena asiana tuotiin esille oman kehon hallinta, joka on tärkeä osa potilaalle ja hoitajalle turvallisten siirtojen toteuttamista ja ergonomiaa. Opinäytetyön tekijä ei yrityksestään huolimatta saanut käyttöönsä kaikkia ohjaustuokioon haluamiaan apuvälineitä, koska ne olivat apuvälinelainaamosta lainassa niitä tarvitseville henkilöille. Osaan apuvälineistä tutustuttiin pelkästään esitteiden avulla, jotta hoitohenkilökunnalle olisi jäänyt mielikuva apuvälineiden ulkonäöstä ja mahdollisesta käytettävyydestä Koivikko- kodissa. Työterveyslaitoksen internetsivustoa hyödynnettiin hoitohenkilökunnan omatoimisen kertaamisen tukemiseksi.

Tutkimusaineiston arvioinnissa on kiinnitettävä huomiota, miten aineisto on hankittu ja millainen on aineiston validiteetti ja reliabiliteetti. Aineiston on oltava edustavaa ja luotettavaa tutkimuksen tavoitteisiin nähden ja aineiston avulla on pyrittävä saamaan vastauksia tutkimusongelmiin. (Lauri 1997: 124.) Opinäytetyön tutkimusaineisto oli

pieni kohdeorganisaation koosta johtuen. Aineisto hankittiin kyselyiden avulla. Kyselyt laadittiin niin, että kysymykset perustuivat opinnäytetyön tutkimustehtäviin. Kyselylomakkeen laatiminen niin, että se mittasi toivottuja asioita, oli vaativa tehtävä. Kysymysten muokkaaminen ja muotoileminen niin, että ne ovat ymmärrettäviä ja mittaavat tutkimuskysymyksissä haluttuja asioita veivät aikaa. Lomakkeen laatiminen oli hyvää harjoitusta ja tämän opinnäytetyön jälkeen tekijällä on enemmän käsitystä siitä, miten kyselylomakkeen laatimisessa edetään. Kyselytulosten analysointi oli ajoittain vaikeaa ja tarkistuslaskelmissa huomattiin alkuperäisissä analyyseissä virheitä osallistujien määrän, yksittäisten vastausten määrän, analysointimenetelmien toteutuksen ja tulosten käsittelyn osalta. Virheet korjattiin ja tulokset analysoitiin uudelleen ennen opinnäytetyön lopullista julkistamista. Lähes kaikki tutkimusjoukkoon kuuluneet vastasivat alkukyselyyn ja kahdeksan ohjaustuokioon osallistunutta henkilöä vastasi seurantakyselyyn, joten tutkimusjoukko edusti hyvin kohdeorganisaatiota. Kyselytulosten avulla saatiin vastauksia asetettuihin tutkimustehtäviin.

Toimintatutkimuksen lopputulokset voivat olla oletusten mukaiset, yllätykselliset tai tuloksia ei saada ollenkaan. Lopputuloksena voi olla muutos tai yllättävä tilanne, jossa muutosta ei tapahtunut lainkaan. Luotettavin tulos saadaan silloin, kun arviointi voidaan osoittaa myös interventiokohteeseen. Tutkimusprosessi on käytävä läpi systemaattisesti, jos tulokset ovat yllätyksellisiä. Yllätyksellisetkin tulokset voivat tuottaa uusia ratkaisuja ongelmiin ja tuottaa aiemmin oivaltamatonta tietoa. (Lauri 1997, 124–125; Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006, 156–157.) Opinnäytetyön tutkimusprosessin lopputuloksia arvoitiin kohdeorganisaation tasolla. Tulokset osoittivat eräillä alueilla vähäistä muutosta toiminnassa, mutta pieni osallistujamäärä teki tuloksista lähinnä suuntaa antavan. Tulokset antavat kuitenkin pohjatietoa kohdeorganisaatiolle henkilökunnan kehittämistyön ja apuvälineiden hankinnan suunnittelua varten.

10.3 Tulosten tarkastelua

Koivikko-kodissa otettiin lämpimästi vastaan opinnäytetyön tekijä ja yhteistyössä löysimme opinnäytetyölle Koivikko-kotia hyödyttävän aiheen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että potilaalla on oikeus saada laadukasta hoitoa. Opinnäytetyön kyselytulosten mukaan hoitohenkilökunta kokee, että fysioterapia voi olla yksi osa potilaan saattohoitoa ja moniammatillista yhteistyötä takaamassa potilaalle parhaan mahdollisen hoidon ja avun. Potilaan laadukkaaseen hoitoon kuuluvat

olennaisena osana potilasta kunnioittaen toteutetut potilassiirrot päivittäisissä toimissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että työturvallisuuslain edellyttämät kertaukset potilassiirtokoulutuksesta ovat hoitohenkilökunnan mielestä tarpeellisia. Hoitohenkilökunnan mielestä apuvälineasiat ovat tärkeitä potilaan laadukkaan ja turvallisen hoidon sekä oman työergonomian kannalta ja he kokevat tietämyksensä olevan hyvällä tasolla. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on pitää yllä ammattitaitoaan ja toimia potilaan parhaaksi yhdessä muiden terveydenhuollon ammattiryhmien kanssa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994). Myös Apuvälinepalveluiden laatusuositus ohjeistaa, että apuvälinepalveluiden tuottamisen tarvitaan henkilöstöltä ammattitaitoa ja osaamista, jotta potilas saa käyttöönsä hänelle sopivan apuvälineen sitä tarvitessaan (Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003). Opinnäytetyön kyselytulosten perusteella laadittiin siirtokoulutuksen ja apuvälineasioiden kehittämissuunnitelma Koivikko-kotiin, jotta koulutusta asioista järjestettäisiin työturvallisuuslakiin pohjautuen jatkossakin säännöllisesti (Työturvallisuuslaki 2002/738).

Koivikko-kodin henkilökunta koki osaavansa käyttää siellä olevia liikkumisen- ja siirtymisen apuvälineitä melko hyvin ja apuvälineitä oli heidän mielestään myös riittävästi tarjolla. Hoitohenkilökunnan apuväline-tietous on siis paremmalla tasolla, mitä olisi voinut olettaa. Koivikko-kodin hoitohenkilökunta ei kokenut myöskään saaneensa ammatillisessa peruskoulutuksessa riittävästi koulutusta apuvälineasioissa. Täydennyskoulutustakaan asiasta ei ole saatu juuri lainkaan vaan apuvälineiden käytön oppiminen tapahtuu työssä perehdyttämisen ja työn käytännön tekemisen kautta. Oma osaaminen ei kuitenkaan vaikuttanut siihen, käytetäänkö apuvälinettä vai ei, vaan suurin merkitys oli apuvälineen ominaisuuksilla. Apuvälineeltä vaadittiin helppokäyttöisyyttä, tarkoituksenmukaisuutta ja turvallisuutta. Apuvälineiden käytön koettiin lisäävän potilaan saaman hoidon laatua ja potilaan turvallisuutta, mikä on merkittävä elämänlaadullinen tekijä saattohoitopotilaalle.

Hoitotyö on tutkitusti fyysisesti kuormittavaa ja siihen hoitohenkilökunta koki saavansa helpotusta apuvälineiden käytöllä. Huomattavaa on kuitenkin, että henkilönostimen käyttö oli vähäisintä sekä ennen että jälkeen ohjausintervention. Tulos herättää kysymyksen siitä, koetaanko nostin liian hankalasti käytettäväksi kahden hoitajan tehdessä siirron nopeammin vai onko Koivikko-kodissa paljon sellaisia potilaita, joiden siirtäminen onnistuu kevyemmälläkin apuvälineellä? Esille nousi myös käytännön

hoitokokemusten myötä se, että erittäin hankalasti siirrettävien potilaiden siirtämiseen kaivataan ohjausta. Tamminen-Peterin ja Wickströmin (2013) mukaan hyviä tutkimustuloksia on saatu hoitohenkilökunnan ergonomiakoulutuksesta, jonka jälkeen joku hoitajista alkaa toimia ergonomiavastaavana päivittäen säännöllisesti osaamisensa ja tuoden uutta tietoa työyhteisöön ergonomiasta ja apuvälineistä. Potilassiirtokoulutusta toivottiin järjestettävän vuosittain ja siihen sisältyvän enemmän käytännön siirtoharjoituksia. Ohjausinterventiossa kokeiltiin käytännössä seisomanojanostinta, jonka käyttö voi helpottaa vielä seisomiskykyisten potilaiden siirtämistä. Hoitohenkilökunnan mielestä seisomanojanostimesta on apua käytännön hoitotyössä, koska nostin on kevyt ja helpommin liikuteltava. Nostimen hankkimista Koivikko-kotiin suositeltiin.

Opinnäytetyöhön tehdyt kyselyt toimivat tarvekartoituksena Koivikko-kodin hoitohenkilökunnan apuvälineiden käytölle ja hoitohenkilökunnan kokemalle ohjaustarpeelle. Potilassiirtokoulutus nousi kyselyssä vahvasti esiin ja sen jatkumisen varmistaminen on tärkeä asia. (Tamminen-Peter & Wickström 2013:128–129.) Säännöllisen koulutuksen toteuttaminen sujuu helpoimmin, kun koulutuksen tarpeen arvioimiselle ja järjestämiselle laaditaan selkeä suunnitelma, jossa määritellään vastuhenkilöt, aikataulu ja koulutustarpeen arviointitapa. Kyselyiden tulosten pohjalta Koivikko-kotiin luotiin käytännön toimintaa hyödyttävä tuotos, siirtotekniikka- ja apuvälinekoulutuksen kehittämissuunnitelma potilassiirto- ja apuvälinekoulutuksen säännöllisen ja tavoitteellisen järjestämisen toteuttamiseksi. Kehittämissuunnitelma tullaan ottamaan Koivikko-kodissa käytännön työkaluksi koulutusta suunniteltaessa.

Tässä työssä toteutetulla ohjausinterventiolla tavoiteltiin saatavan aikaan apuvälineiden tehokkaampaa käyttöä, potilassiirtotekniikoiden käyttöönottoa ja kehonhallinnan huomioimista osana ergonomista työskentelyä. Kyselyn perusteella hoitohenkilökunnan tietoja kehonhallinnasta onnistuttiin lisäämään. Osa hoitohenkilökunnasta aikoi harjoitella kehonhallintaa jatkossakin. Potilassiirtotekniikoiden kertaus muistutti uudestaan mieliin ehkä jo unohtuneitakin asioita tekniikoiden käytöstä hoitotyössä. Ohjausinterventioon suunniteltu kirjallinen materiaali liitetään Koivikko-kodin hoitohenkilökunnan ergonomiakansioon. Apuvälineiden käytön lisääntymiseen ohjausinterventiolla ei saatu aikaan muutosta. Tulokseen saattaa vaikuttaa lyhyt aika intervention ja seurantakyselyn välillä, jolloin käytännön toteuttamiseen jäi käytännössä vähän mahdollisuuksia. Kaikki kyselyssä mainitut apuvälineethän olivat edelleen

kaikkien käytettävissä. Lähtötilanne apuvälineiden käytössä oli hyvä muiden kuin henkilönostimen, nostovyön ja siirtolevyn osalta, joten apuvälineiden käyttöasteen odotettiin nousevan lähinnä vähiten käytettyjen apuvälineiden kohdalla.

Seurantakyselyyn vastauksia tuli alkukyselyä vähemmän, joten pienentynyt vastaajamäärä heikensi mahdollisuutta vetää laajoja johtopäätöksiä Koivikko- kodin omaan käyttöön. Syy vastausmäärän vähenemiseen jäi opinnäytetyön tekijälle epäselväksi. Henkilökunta osallistui ohjaustuokioiden kulkuun tekemällä kysymyksiä eikä seurantakyselyyn tullut kuin yksi kommentti siitä, mitä ohjaustuokion olisi mahdollisesti vielä pitänyt sisältää.

Opinnäytetyö toi esille sen, että fysioterapeutin työtä arvostetaan osana saattohoitopotilaan moniammatillista hoitotiimiä. Fysioterapeutit työskentelevät kansainvälisesti enemmän saattohoitopotilaiden tukena kuin Suomessa ja sama suuntaus tulisi olla Suomessakin nähtävissä. (Kumar & Jim 2013.) Fysioterapeutin katsottiin voivan olla osallisena potilaan kivun lievittämiseen ja hengityksen helpottamiseen liittyvissä hoitotoimenpiteissä, opastajana raskaissa hoitotilanteissa ja saattohoitopotilaan fyysisten voimavarojen ylläpitämisessä. Suomessa pitäisikin lisätä fysioterapeuttien osuutta saattohoidossa ja sen suunnittelussa, jotta potilaat ja hoitajat saisivat tarvitsemaansa tukea mahdollisimman usein ja vaivattomasti. Fysioterapiakoulutuksessa tulisi korostaa myös saattohoitoon liittyvän fysioterapian osuutta ja ottaa se yhdeksi omaksi erikoisalukseksi muiden joukkoon. Hoitotyön koulutuksessa pitäisi tuoda enemmän esille fysioterapeuttien työtä ja ammattitaidon hyödyntämistä osana palliatiivista hoitotyötä. Tutustumalla toistemme ammatteihin ja työnkuviin edistämme sekä fysioterapian että hoitotyön kehittämistä.

10.4 Opinnäytetyön tekijän oppimisprosessi

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastava ja opettava matka opiskelun aikana. Työn tekemiseen varattu aika oli verraten lyhyt ja se asetti vaatimuksia ja rajoituksia työn käytännön toteuttamiselle. Varsinaisen toimintatutkimuksen tekemiseen aika oli liian lyhyt, jotta sykleittäin etenevä kehittämisprosessi olisi saatu näkyviin, joten opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksen periaatteita mukailen. Viime kevät asetti omat haasteensa ajankäytöllisesti, koska opinnäytetyötä tehtiin työn ohella. Syksyn 2013 ja kevään 2014 opintovapaan aikana työhön on voitu panostaa enemmän ja

käytännön järjestelyiden, kuten ohjausintervention toteuttaminen on ollut helpompaa. Oma oppiminen on edennyt aaltoillen, mutta vähitellen on kehittynyt selkeämpi näkemys myös kvantitatiivisen tutkimuksen vaatimuksista. Työn tekemisessä vaaditaan tarkkuutta, huolellisuutta ja metodien perusteellista tuntemista, jotta saadaan aikaan hyvä lopputulos. Raportin laatimisessa sokeutuu vähitellen omaan työhönsä, joten kirjoitettua tekstiä ja kyselyvastauksia piti tarkistaa useaan otteeseen virheiden löytämiseksi ja korjaamiseksi. Opinnäytetyö on harjoitus tutkimuksen tekemisestä ja tämä harjoitus on palvellut tarkoitustaan hyvin.

Opinnäytetyön kohdeorganisaatiota Koivikko- kotia henkilökuntineen haluan kiittää avoimesta ja kiinnostuneesta suhtautumisesta opinnäytetyöni tekemiseen. Toivon tuoneeni lisää tietoa henkilökunnalle ja lisänneeni moniammatillista yhteistyötä saattohoidossa opinnäytetyötä tehdessäni.

10.5 Jatkotutkimusaiheet

Apuvälinetutkimus on ollut vähäistä ja pienimuotoista, mutta sen tutkiminen eri käyttäjäkuntien näkökulmasta on erittäin tarpeellista. Tutkimukset ja kehittämishankkeet tuovat lisää tietoa yksittäisten työpaikkojen apuvälineiden käytöstä ja antavat materiaalia toiminnan sisäiseen kehittämiseen. Tutkimusten ja kehittämistyön rooli on tärkeä myös kustannusnäkökulmasta, koska taloudellinen tilanne Suomessa on heikko ja käytettävissä olevat resurssit vähäisiä. Tutkimusten ja kehittämistöiden tuloksia voidaan käyttää myös hoitotyön ja fysioterapian koulutuksen kehittämiseen, jotta apuvälinetietoutta saadaan nostettua hoitoalan työntekijöiden joukossa. Potilassiirtokoulutusten merkitystä hoitotyön kuormittavuuden vähentäjänä on jo tutkittu, mutta alan tutkimusta ja kehittämistyötä kannattaa jatkaa ja syventää edelleen.

Erittäin mielenkiintoista olisi tutkia ja selvittää saattohoitoa fysioterapian näkökulmasta. Aiheesta on kirjoitettu niukasti Fysioterapia- lehdessä ja aiheesta tehtyjä tutkimuksia kaivataan lisää. Olisi tärkeää herättää fysioterapeuteissa keskustelua saattohoidosta ja miettiä, miksi aiheesta puhutaan niin vähän. Eikö fysioterapeutteja kiinnosta saattohoito vai eikö saattohoitoa kiinnosta fysioterapeuttien ammattitaidon hyödyntäminen? Onko este omissa asenteissa vai yhteiskunnan asenteissa? Tarvitsemme vuoropuhelua toisten ammattiryhmien kanssa, jotta voimme kehittää alan osaamista ja koulutusta. Ennakkoluuloton suhtautuminen uusiin työskentelytapoihin, toisten ammattitaidon

kunnioitus ja ammattiryhmien välisen yhteistyön lisääminen auttavat meitä selviytymään palvelurakenteiden muutosten tuomista haasteista heikentämättä hoidon ja fysioterapian laatua. Yhteistyötä voi syventää järjestämällä palliatiivisen hoidon ja fysioterapian yhteisiä koulutuksia ja kehittämishankkeita. Koulutusohjelmien välille tarvitaan lisää yhteistyötä, jotta jo opiskeluvaiheessa tulisi käsitys siitä, mitä on moniammatillinen yhteistyö ja mitä hyötyjä se tuottaa potilaalle. Fysioterapeuttien on rohkeasti kerrottava tutkittuun tietoon perustuvia mielipiteitään myös Valtakunnalliselle sosiaali- ja terveysalan eettiselle neuvottelukunnalle, joka päättää saattohoidon linjauksista Suomessa, jotta fysioterapeuttien ammattitaitoa ryhdytään hyödyntämään Suomessakin enemmän. Toivon, että jatkotutkimusta aiheesta tullaan tekemään sekä hoitotieteen että fysioterapiatieteen aloilla väitöskirjatasolle asti, jotta saisimme enemmän luotettavaa tietoa työmme kehittämiseen tulevaisuudessa.

LÄHTEET

Aho, J.osastonhoitaja. 2013a. Haastattelu 30.1.2013. Haastattelija Niskakoski, J. Hämeenlinna.

Aho, J. 2013b. Koivikko- kodin apuvälineet. Sähköpostiviesti. Luettu 18.5.2013 johanna.aho@koivikko-koti.fi.

Aho, T. 2007. Saattohoitopotilaan fyysinen toimintakyky. Fyysisen toimintakyvyn merkitys saattohoitopotilaalle ja toiveet hoitohenkilökunnalle fyysisen toimintakyvyn huomioimiseksi. Fysioterapian koulutusohjelma. Tampereen Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi Oy.

Apuvälinepalveluiden laatusuositus 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:7. Tulostettu 20.4.2013. <http://www.stm.fi>

Cobbe, S. & Kennedy, N. 2012. Physical Function in Hospice Patients and Physiotherapy Interventions: A Profile Of Hospice Physiotherapy. Journal of Palliative Medicine. 760–767. Tulostettu 29.8.2013. http://ulir.ul.ie/bitstream/handle/10344/2938/Kennedy_2012_physical.pdf?sequence=2.

Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY.

ETENE 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Tulostettu 10.4.2013. <http://www.etene.fi/>

ETENE 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012. ETENE- julkaisuja 36. Tulostettu 10.4.2013. <http://www.etene.fi>.

Fagerström, V. 2013. Aukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä – monitasoinen kontrolloitu interventiotutkimus terveydenhuollossa. Turun Yliopisto. Väitöskirja.

Fagerström, V. & Tamminen-Peter, L. 2010. Potilasnostimien ergonomia ja käytettävyys vanhustyössä. Hoitotiede 2010. 22(2). 118-128. . Tulostettu 10.10.2013. http://www.ralphart.sigmatic.fi/tamminen/doc/Hoitotiede_2_10_Fagerstrom.pdf

Fysioterapeuttien eettiset ohjeet. 2013. Luettu 11.4.2013. <http://www.suomenfysioterapeutit.fi>

Fysioterapianimikkeistö 2007. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Gomes, B., Galanzani, N., Gysels, M., Hall, S. & Higginson, I. 2013. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. Luettu 29.8.2013. <http://ncbi.nlm.nih.gov.elib.tamk.fi/pmc/articles/PMC3623898/>.

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Prima

- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, H. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen, H.L.T., Huttunen, R. & Moilanen, P.1999. Siinä tutkija, missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena- kustannus, 25–39.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito – haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo:WSOY.
- Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Herbert, R., Jamtvedt, G., Mead, J. & Birger Hagen, K.2005. Practical Evidence-Based Physiotherapy. Edinburgh: Elsevier Limited.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2012. Tutki ja kirjoita. 15.–17. painos. Helsinki: Tammi.
- Hoenig, H., Taylor, D. & Sloan, F. 2003. Does Assistive Technology Substitute for Personal Assistance Among the Disabled Elderly? American Journal of Public Health. Luettu 21.4.2013.<http://ajph.aphapublications.org>.
- Hourigan, S. & Josephson, D.2004. Physiotherapy in Palliative Care. Teoksessa Nitz, J. & Hourigan, S. Physiotherapy Pracice in Residential Aged Care. Edinburgh: Butterworth Heinemann. 332–347.
- Hurnasti, T., Kanto-Ronkainen, A., Saaranto, E. & Ruutiainen, J. 2010. Teoksessa Salminen, A. (toim.). Apuvälinekirja. Helsinki: Kehitysvammaliitto.229–249.
- Hurnasti, T., Kanto-Ronkanen, A., Töytäri, O., Hakkarainen, M., Aarnikka, T. & Konola, P. 2010. Apuvälinepalvelut. Teoksessa Salminen, A. (toim.). Apuvälinekirja. Helsinki: Kehitysvammaliitto.29–52.
- Hyvönen, M. 2004. Apuvälineet sairaalassa ja kotona. teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.). Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 157–162
- Hänninen, J. 2003. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim
- Järvinen, P. & Järvinen, A. 2000. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan Kirja.
- Jääskeläinen, M. & Salminen, A. 2008. Apuvälinetyytyväisyyttä arvioivan mittarin käyttöönotto ja soveltuvuus Suomessa. Työpapereita 10/2008. Helsinki: Stakes
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: SanomaPro.
- Kanta- Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2012. Saattohoitosuunnitelma. Tulostettu 11.4.2013. <http://www.khksp.fi>.
- Kanto-Ronkanen, A. & Salminen, A. 2010. Teoksessa Salminen, A. (toim.). Apuvälinekirja. Helsinki: Kehitysvammaliitto. 53–63.

Koivikko- koti. 2013. Luettu 10.4.2013. <http://www.koivikko-koti.fi/>

Kovero, C. & Tamminen-Peter, L. 2001. Terveyskasvatus. Teoksessa Kukkonen, R., Hanhinen, H., Ketola, R., Luopajarvi, T., Noronen, L. & Helminen, P. (toim.). Työfysioterapia. Yhteistyötä työ- ja toimintakyvyn hyväksi. Helsinki: Työterveyslaitos. 231–242.

Kumar, S. & Jim, A. 2013. Physical Therapy and Palliative Care. Tulostettu 19.4.2013. <http://content.ebscohost.com.elib.tamk.fi>.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima.

Körkkö, S. 2004. Nosto- ja siirtoapuvälineiden käyttö hoitotyössä ja työfysioterapeutin koulutuksen vaikutus niiden käyttöön. Fysioterapian koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.559/1994

Lauri, S. 1997. Toimintatutkimus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY. 114–134

Leino, T. 2001. Kuolema suomalaisessa saattokodissa. teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) 2004. Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 40–48

Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Tampereen Yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen Yliopisto. Väitöskirja.

Lowe, S., Watanabe, S. & Courneya, K 2009: Physical Activity as a Supportive Care Invention in Palliative Cancer Patients: A Systematic Rewiew. J.Supportive Oncology. Vol.7Number 1.January/February 2009. 27–34. Luettu 15.4.2013. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

Nevala-Puranen, N. 2001. Fyysinen toimintakyky ja sen arviointimenetelmät. Teoksessa Kukkonen, R., Hanhinen, H., Ketola, R., Luopajarvi, T., Noronen, L. & Helminen, P. (toim.). Työfysioterapia. Yhteistyötä työ- ja toimintakyvyn hyväksi. Helsinki: Työterveyslaitos. 46–48.

Nitz, J. 2004. The complexity of the immobile or barely mobile resident. Teoksessa Nitz & Hourigan. Physiotherapy Pracice in Residential Aged Care. Edinburgh: Butterworth Heinemann. 87–139

Nitz, J. & Hourigan, S. 2004. Physiotherapy Pracice in Residential Aged Care. Edinburgh: Butterworth Heinemann. 366–371.

Pinomaa, A. 2000. Teoksessa Aalto, K. (toim.) 2000. Saattohoito. Helsinki: Kirjapaino.

Rantsi, H. 2005. Potilaan liikkumisen avustus- ja siirtotekniikoiden opetus sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:26. Helsinki. Luettu 30.11.2013. <http://www.stm.fi>

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

Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu- tutkielma.

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 2013. Luettu 1.4.2014. <https://www.sairaanhoitajaliitto.fi>

Salminen, A. (toim.) 2010. Apuvälinekirja. Helsinki: Kehitysvammaliitto.

Salminen, A., Brandt, Å., Samuelsson, K., Töytäri, O. & Malmivaara, A. 2009. Mobility Devices to Promote Activity and Participation: A Systematic Review. Luettu 19.4.2013. <http://www.medicaljournals.se/jrm/content>.

Salminen, A., Valtari, M. & Kotiranta, P. 2006. Asumisen ja kommunikoinnin apuvälineosaaminen sosiaali- ja terveysaloilla. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti.. Luettu 20.4.2013. <http://ojs.tsv.fi>

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tampereen Yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen Yliopisto. Väitöskirja.

Tamminen-Peter, L., Eloranta, M., Kivivirta, M., Mämmelä, E., Salokoski, I. & Ylikangas, A. 2007: Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:6. Helsinki. Tulostettu 25.10.2013. <http://stm.fi>

Tamminen- Peter, L. & Wickström, G. 2013: Potilassiirrot. Helsinki: Työterveyslaitos.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Töytäri, O., Koistinen, A., Mustonen, M. & Leivo, H. 2010. Teoksessa Salminen, A. (toim.). Apuvälinekirja. Helsinki: Kehitysvammaliitto.111–147.

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

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

WCPT. 2013. Luettu 11.4.2013 <http://www.wcpt.org/policy/ps-ethical-responsibilities>.

LIITTEET

Liite 1 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimukset

TAULUKKO 1. Katsaukseen valitut alkuperäistutkimukset

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja –vuosi, tutkimuksen taso	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmetodi ja tieteenala	Keskeiset tulokset
Salminen, Brandt, Samuelsson, Töytäri, Malmivaa- ra 2009 Suomi Tieteellinen artikkeli	-määrittellä liikku- misapuvälineiden käyttöä liikuntarajoit- teisten ihmisten aktii- viteettia lisäävänä te- kijänä	Systemaattinen kirjal- lisuuskatsaus Alkuperäistutkimuk- set N= 8 Sisällön analyysi Lääkätiede	-ei mahdollista vetää yleistettäviä johtopäätöksiä liik- kumisapuvälinei- den aktiviteettia lisäävästä vaiku- tuksesta
Salminen, Val- tari, Kotiranta 2006 Suomi Tieteellinen artikkeli	-selvittää ITSE- hank- keeseen osallistunei- den sosiaali- ja terve- ysalan työntekijöi- den asumisen ja kom- munkoinnin apuväli- neosaamista	Kvantitatiivinen tut- kimus Sosiaali- ja terveys- alan työntekijät N= 1348 SPSS- tietojenkäsitte- lyohjelma Lääkätiede	-työntekijöillä puutteita apuväli- neosaamisessa
Hoenig, Taylor, Sloan 2003 Yhdysvallat Tieteellinen artikkeli	-tutkia vähentääkö apuvälineiden käyttö henkilökohtaiseen avustamiseen tarvitta- vaa aikamäärää	Kvantitatiivinen tut- kimus Yli 65- vuotiaat asuk- kaat (koti, laitos), joilla vähintään 1 ADL- rajoite N= 2368 Tietojenkäsittelyoh- jelma	-apuvälineiden käyttö vähensi henkilökohtaiseen avustamiseen tar- vittavaa aikamää- rää
Körkkö 2004 Suomi Opinnäytetyö	-millaista on hoitajien nosto- ja siirtoapuvä- lineiden käyttö hoito- työssä	Survey- tutkimus Hoitajat N= 23, osas- tonhoitajat N= 8, läh- demateriaali N= 230, valmis kyselylomake N= 350 Tietojenkäsittelyoh- jelma	-hoitajat tarvitsevat säännöllistä fy- sioterapeutin pitä- mää koulutusta apuvälineiden käy- töstä

KYSELY APUVÄLINEIDEN KÄYTÖSTÄ KOIVIKKO-KODISSA

Kysymyslomakkeessa sanalla **apuväline** tarkoitetaan seuraavia työpaikallasi olevia päivittäisten toimien, liikkumisen ja siirtymisen apuvälineitä: ROLLAATTORI, PYÖRÄTUOLI, SÄHKÖSÄNKY, SUIHKUTUOLI, WC-TUOLI, PESUTASO, HENKILÖNOSTIN, LIUKUALUSTA, NOSTOVYÖ, PYÖRÄHDYSLEVY JA TUKITYYNY.

Vastaa kysymyksiin 1- 13 ympäröimällä kysymyksestä YKSI vastausvaihtoehto:

1. Vastaajan koulutustaso:

- 1 sairaanhoitaja
- 2 lähihoitaja
- 3 perushoitaja

2. Vastaajan ikä:

_____ vuotta

3. Käytössäni on hoitotyöhön tarvittavat apuvälineet

- 1 Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Samaa mieltä

4. Koen, että apuvälineitä tarvitaan lisää työpaikalleni

- 1 Ei lainkaan
2. Erittäin vähän
3. Jonkin verran
4. Erittäin paljon

5. Osaan käyttää työpaikallani olevia apuvälineitä tarkoituksenmukaisesti

- 1 Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Samaa mieltä

6. Osaan tarvittaessa säätää apuvälinettä

- 1 Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Samaa mieltä

(jatkuu)

7. Koen apuvälineiden käytön helpottavan työtäni

1. Ei lainkaan
2. Erittäin vähän
3. Jonkin verran
4. Erittäin paljon

8. Koen apuvälineiden käytön lisäävän potilasturvallisuutta

1. Ei lainkaan
2. Erittäin vähän
3. Jonkin verran
4. Erittäin paljon

9. Koen apuvälineiden käytön lisäävän potilaan saaman hoidon laatua

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Samaa mieltä

10. Ammatillisessa peruskoulutuksessani oli riittävästi apuvälinekoulutusta

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Samaa mieltä

11. Olen saanut apuvälineasioista täydennyskoulutusta ammatillisen peruskoulutuksen jälkeen

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Samaa mieltä

12. Olen oppinut käyttämään apuvälineitä työssäni kokemuksen kautta

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Samaa mieltä

13. Olen saanut työpaikallani riittävästi perehdytystä apuvälineasioissa

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Samaa mieltä

3(4)

Rastita seuraavista vaihtoehdoista se, joka kuvaa parhaiten apuvälineen käytön määrää. Vain yksi rasti apuvälinettä kohti:

14. Kuinka usein käytät hoitotyön apuna seuraavia työpaikallasi olevia apuvälineitä:

	En kos- kaan	Harvemmin kuin kerran kuussa	Kerran kuussa	Useita kertoja viikossa	Kerran viikossa	Useita kertoja päivässä	Kerran päivässä
Rollaattori							
Pyörätuoli							
Sähkösätky							
Henkilönostin							
Suihkutuoli							
WC- tuoli							
Pesutaso							
Liukualusta							
Pyörähdslevy							
Nostovyö							
Tukityyny							

15 a. Laita seuraavat taulukossa olevien apuvälineiden käyttöön vaikuttavat tekijät tärkeysjärjestykseen asteikolla 4-10 (4 käyttöön vähiten ja 10 eniten vaikuttava tekijä)

	Rol- laattori	Pyörä- tuoli	Sähkö- sätky	Henkilö- nostin	Suihkutuo- li
Helppokäyttöi- syys					
Helpposäätöisyys					
Turvallisuus					
Tarkoituksenmu- kaisuus					
Saatavuus					
Oma osaaminen					
Apuvälineen kunto					

15 b. Laita seuraavat taulukossa olevien apuvälineiden käyttöön vaikuttavat tekijät tärkeysjärjestykseen asteikolla 4-10 (4 käyttöön vähiten ja 10 eniten vaikuttava tekijä)

	WC- tuoli	Pesu- alusta	Liuku- alusta	Pyörähdys- levy	Nosto- vyö	Tukityyny
Helppokäyttöi- syys						
Helposäätöi- syys						
Turvallisuus						
Tarkoituksen- mukaisuus						
Saatavuus						
Oma osaaminen						
Apuvälineen kunto						

16. Millaista ohjausta tarvitset fysioterapeutilta, jotta pystyt paremmin hyödyntämään apuvälineitä työssäsi?

17. Suomessa vain yhden saattohoitokodin henkilökuntaan kuuluu fysioterapeutti. Koetko, että fysioterapeutteja tarvittaisi enemmän moniammatillisten saattohoitotiimien jäseniksi? Jos vastasit kyllä, niin kerro miksi?

KIITOS KYSELYYN VASTAAMISESTA!

Hyvä Koivikko-kodin hoitohenkilökunnan edustaja,

Olen Jaana Niskakoski ja opiskelen Tampereen Ammattikorkeakoulussa Terveystieteiden edistämisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Teen opinnäytetyöni yhteistyössä Koivikko-kodin kanssa.

Tutkimukseni tarkoituksena on saada tietoa apuvälineiden käytöstä ja käytön ohjaamisen tarpeesta Koivikko-kodissa. Tutkimuksen pohjalta suunnittelen Koivikko-kodin hoitohenkilökunnalle apuvälinekoulutuksen, joka toteutetaan syksyn 2013 aikana. Selvitän tutkimuksessa:

- käyttääkö hoitohenkilökunta päivittäisten toimien ja liikkumisen apuvälineitä säännöllisesti apunaan palliatiivisessa hoitotyössä
- millaista ohjausta hoitohenkilökunta toivoo fysioterapeutilta apuvälineiden käytössä

Opinnäytetyöni tavoitteena on antaa Teille lisää tietoa apuvälineiden käytöstä ja hankinnasta sekä ohjata Teitä käyttämään paremmin hyödyksenne Koivikko-kodissa olevia päivittäisten toimien ja liikkumisen apuvälineitä palliatiivisessa hoitotyössä. Apuvälineiden oikea käyttäminen lisää potilaiden elämänlaatua ja vähentää hoitajien kuormittumista hoitotyössä.

Vastaa kyselyyn liittyvistä kuluista. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti eikä tutkimuksen tuloksista voi tunnistaa Teitä vastaajaksi. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tätä saatekirjettä koskevaan tutkimukseen. Tutkimusaineiston käsittelyn jälkeen vastauslomakkeet hävitetään.

Kyselyyn vastaamiseen kuluu aikaa noin kaksikymmentä minuuttia. Vastauksenne auttaa kehittämään apuvälineiden käyttöä ja käytön ohjausta palliatiivisessa hoitotyössä.

(jatkuu)

Opinnäytetyöni valmistuu toukokuussa 2014. Tulen esittelemään sen Teille Koivikkokotiin myöhemmin sovittuna ajankohtana. Opinnäytetyöhöni voi tutustua valmistumisen jälkeen myös internetissä ammattikorkeakoulujen Theseus- opinnäytetyötietokannassa.

Vastatkaa kyselylomakkeessa oleviin kysymyksiin annettujen vastausohjeiden mukaan. Täyttämämme kyselylomakkeen voitte palauttaa taukotilassanne olevaan palautuslaatikkoon, jonka päältä löytyy kyselyn palautusaikataulu. Laatikossa lukee ”*Apuvälinetutkimus*”.

Tutkimusta koskeviin kysymyksiinne vastaan puhelimitse (050- 585 2240) tai sähköpostitse osoitteessa jaana.niskakoski@health.tamk.fi.

Tampereella 18.5.13

Ystävällisin terveisin

Jaana Niskakoski

Liite 4. Seurantakysely

JATKOKYSELY APUVÄLINEIDEN KÄYTÖSTÄ KOIVIKKO-KODISSA

Kysymyslomakkeessa sanalla **apuväline** tarkoitetaan seuraavia työpaikallasi olevia päivittäisten toimien, liikkumisen ja siirtymisen apuvälineitä: ROLLAATTORI, PYÖRÄTUOLI, SÄHKÖSÄNKY, SUIHKUTUOLI, WC-TUOLI, PESUTASO, HENKILÖNOSTIN, LIUKUALUSTA, NOSTOVYÖ, PYÖRÄHDYSLEVY JA TUKITYYNY.

Vastaa kysymykseen 2- 14 ympyröimällä kysymyksestä YKSI vastausvaihtoehto:

1. Vastaajan ikä:

_____ vuotta

2. Vastaajan koulutustaso:

- 1 Lähihoitaja
2. Perushoitaja
3. Sairaanhoidaja

3. Fysioterapeutin pitämä ohjaustuokio antoi uutta tietoa nosto- ja siirtotekniikoista

- 1 Erittäin paljon
2. Jonkin verran
3. Erittäin vähän
4. Ei lainkaan

4. Fysioterapeutin pitämä ohjaustuokio antoi uutta tietoa apuvälineiden käytöstä

- 1 Erittäin paljon
2. Jonkin verran
3. Erittäin vähän
4. Ei lainkaan

5. Fysioterapeutin pitämä ohjaustuokio antoi uutta tietoa uusista apuvälineistä

- 1 Erittäin paljon
2. Jonkin verran
3. Erittäin vähän
4. Ei lainkaan

6. Fysioterapeutin ohjaustuokion jälkeen olen käyttänyt enemmän nosto- ja siirtoapuvälineitä hyödykseni omassa työssäni

- 1 Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Samaa mieltä

(jatkuu)

7. Olen kokenut kerratut siirtotekniikat toimiviksi tekniikoiksi helpottamaan kuormittumistani omassa työssäni

- 1 Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Samaa mieltä

8. Ohjaustuokion kehonhallintaharjoitukset olivat minulle täysin uusia

- 1 Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Samaa mieltä

9. Tulen tekemään säännöllisesti kehonhallintaharjoituksia parantaakseni tasapainoani ja vartalon hallintaa omassa työssäni

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Samaa mieltä

10. Olen kiinnittänyt ohjaustuokion jälkeen enemmän huomioita kehonhallintaan omassa työssäni

- 1 Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Samaa mieltä

11. Fysioterapeutin pitämän ohjaustuokion oheismateriaali oli selkeä

- 1 Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Samaa mieltä

12. Fysioterapeutin pitämän ohjaustuokion oheismateriaali oli asiasisällöltään riittävä

- 1 Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Samaa mieltä

13. Fysioterapeutin pitämän ohjaustuokion oheismateriaalista on hyötyä omassa työssäni

- 1 Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Samaa mieltä

14. Koetko tarvitsevasi tulevaisuudessa säännöllistä siirtokoulutusta työpaikallasi?

- 1 Kuukausittain
2. Kerran puolessa vuodessa
3. Kerran vuodessa
4. Harvemmin kuin kerran vuodessa

15. Olisitko kaivannut ohjaustuokioon jotain lisää? Jos vastasit kyllä, niin kerro mitä olisit halunnut lisää?

Rastita seuraavista vaihtoehdoista se, joka kuvaa parhaiten apuvälineen käytön määrää. Vain yksi rasti apuvälinettä kohti:

16. Kuinka usein käytät hoitotyön apuna seuraavia työpaikallasi olevia apuvälineitä:

	En koskaan	Harvemmin kuin kerran kuussa	Kerran kuussa	Kerran viikossa	Useita kertoja viikossa	Kerran päivässä	Useita kertoja päivässä
Rollaattori							
Pyörätuoli							
Sähkösätky							
Henkilönostin							
Suihkutuoli							
WC- tuoli							
Pesutaso							
Liukualusta							
Pyörähdyslevy							
Nostovyö							
Tukityyny							

KIITOS KYSELYYN VASTAAMISESTA JA OPINNÄYTETYÖNI TOTEUTUKSEEN OSALLISTUMISESTA!

Liite 5. Saatekirje 2.

Hyvä Koivikko-kodin hoitohenkilökunnan edustaja,

Olen Jaana Niskakoski ja opiskelen Tampereen Ammattikorkeakoulussa Terveyden edistämisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Teen opinnäytetyöni yhteistyössä Koivikko-kodin kanssa.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on saada tietoa apuvälineiden käytöstä ja käytön ohjaamisen tarpeesta Koivikko-kodissa. Tutkimuksen pohjalta suunnittelin Koivikko-kodin hoitohenkilökunnalle apuvälinekoulutuksen, joka toteutettiin syksyn 2013 aikana. Selvitän tutkimuksessa:

- käyttääkö hoitohenkilökunta päivittäisten toimien ja liikkumisen apuvälineitä säännöllisesti apunaan palliatiivisessa hoitotyössä
- millaista ohjausta hoitohenkilökunta toivoo fysioterapeutilta apuvälineiden käytössä

Opinnäytetyöni tavoitteena on antaa Teille lisää tietoa apuvälineiden käytöstä ja hankinnasta sekä ohjata Teitä käyttämään paremmin hyödyksenne Koivikko-kodissa olevia päivittäisten toimien ja liikkumisen apuvälineitä palliatiivisessa hoitotyössä. Apuvälineiden oikea käyttäminen lisää potilaiden elämänlaatua ja vähentää hoitajien kuormitusta hoitotyössä.

Vastaan kyselyyn liittyvistä kuluista. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti eikä tutkimuksen tuloksista voi tunnistaa Teitä vastaajaksi. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tätä saatekirjettä koskevaan tutkimukseen. Tutkimusaineiston käsittelyn jälkeen vastauslomakkeet hävitetään.

Kyselyyn vastaamiseen kuluu aikaa noin kymmenen minuuttia. Kysely on jatkoa syyskuussa tehdylle alkukyselylle. Voitte vastata tähän kyselyyn vaikka ette olisi osallistunut ensimmäiseen kyselyyn. Vastauksenne auttaa kehittämään apuvälineiden käyttöä ja käytön ohjausta palliatiivisessa hoitotyössä.

Opinnäytetyöni valmistuu toukokuussa 2014. Tulen esittelemään sen Teille Koivikkokotiin myöhemmin sovittuna ajankohtana. Opinnäytetyöhöni voi tutustua valmistumisen jälkeen myös internetissä ammattikorkeakoulujen Theseus- opinnäytetyötietokannassa.

Vastatkaa kyselylomakkeessa oleviin kysymyksiin annettujen vastausohjeiden mukaan. Täyttämänne kyselylomakkeen voitte palauttaa taukotilassanne olevaan palautuslaatikkoon 19.1.2014 mennessä. Laatikossa lukee ”Apuvälinetutkimus”.

Tutkimusta koskeviin kysymyksiinne vastaan puhelimitse (050- 585 2240) tai sähköpostitse osoitteessa jaana.niskakoski@health.tamk.fi.

Tampereella 17.12.13

Ystävällisin terveisin

Jaana Niskakoski

Nosto- ja siirtotekniikat hoitotyössä:

Peruseriaate:

Vältä potilaan nostamista käsivoimin ja pitkäaikaista työskentelyä huonossa asennossa. Käytä hyväksesi apuvälineitä ja niiden säätömahdollisuuksia.

- Arvioi ensin potilaan tila ja voimavarat sekä omat voimavarasi ja valitse niiden mukaan avustustapa, aktivointikeinot ja apuvälineet. Muistathan varmistaa myös ympäristön turvallisuuden ja varaat riittävästi tilaa siirtymiselle. Vältä nostamista, sen sijaan **rullaa, liu'uta tai kampea**.
- On tärkeää kertoa potilaalle, mitä olet tekemässä. Ohjaa ja aktivoi häntä sitten luonnollisten liikemallien mukaisesti. Muista ottaa ennen siirtoa oikea alkuasento, yhdistä tarvittaessa ohjaukseen puheen lisäksi kosketus ja liike. Avustaessasi potilasta voit työskennellä itse käyntiasennossa. Avusta potilasta vain sen verran kuin on välttämätöntä turvallisen siirtymisen onnistumiseksi.
- Anna potilaalle aikaa ja odota hänen aloittavan liikkeen käyttäen omaa lihasaktiiviteettiaan hyväksi. Potilas voi tukeutua esim. rollaattoriin tai tuoliin, jotta hän kokisi siirtymisen hallituksi ja turvallisesti ottaessaan painoa jaloilleen. Käytä potilaan ohjauksessa pehmeitä ja laajoja kämmenotteita, mutta vältä potilaan vaatteisiin ja kainaloihin tarttumista.
- Käytä hyväksesi painonsiirtoja ja koko kehoasi ja pyri työskentelemään potilaan sivulla liikkuen potilaan mukana. Pidä oma painosi jalkojesi varassa, selkä suorana ja yritä välttää kurkottelua ja kumartelua. Voit ottaa tukea kädellä tai vartalolla vuoteen reunasta, tarvittaessa laittaa polvesi vuoteelle tukea saadaksesi. Kyykisty kumartumisen sijaan, jos suinkin pystyt.

Oman kehon hallinta:

- Oman kehon hallinta ja keskivartalon syvien lihasten aktivoiminen on tärkeää potilaiden siirtymisen turvallisessa avustamisessa. Sinun tulee tunnistaa oma tasapainoinen asentosi, liike ja hengitys sekä lihasjännityksen tarkoituksenmukainen taso eri liikkeissä ja toiminnoissa. Sen opit harjoittelemalla kehosi liikkeiden havainnoimista.
- Oman kehon havainnoinnissa tunnustellaan, millaisia liikkeen eri vaiheet ovat, mistä liike alkaa ja mitkä lihakset tai lihasryhmät aktivoituvat liikkeen tuottamisessa.

Apuvälineiden käyttäminen ja pyörätuolin säätäminen:

- Apuvälinetarve on arvioitava yksilöllisesti jokaisen henkilön kohdalla
- Apuväline voi säästää energiaa, lisätä ihmisen itsenäisyyttä ja omatoimisuutta sekä helpottaa hoitohenkilöstön ja omaisten työtä sekä parantaa työturvallisuutta. Perussääntö on, että apuvälineen tarvitsijan on saatava käyttöönsä mahdollisimman laadukas ja tarpeeseen soveltuva apuväline oikeaan aikaan.

Apuvälineiden avulla pyritään antamaan potilaalle tukea (tukikahvat, nousutuet,), kannattamaan potilaan painoa (nostimet,), vähentämään kitkaa (liukulakanat ja -patjat, siirtolevyt, liukulaudat) sekä helpottamaan potilaaseen tarttumista (siirto- tai talutusvyöt,

(jatkuu)

- siirtolevyt ja -nauhat). Nostimien käyttöä suositellaan, jos potilas ei pysty tukeutumaan raajoihinsa tai hoitajien fyysinen kuormitus nousee siirron yhteydessä liian suureksi.
- **Kävelykeppi** edellyttää hyvää yläraajan toimintaa ja sitä käytetään silloin, kun tuen tarve on vähäinen.
- **Kyynärsauvan** käyttö edellyttää hyvää yläraajojen toimintakykyä. Keppi tai sauva tulee mitata oikean korkuiseksi niin, että hartiat pysyvät normaalikorkeudella, kyynärnivelel on hieman koukistunut ja noin 30 asteen kulmassa ja kepin kärki 10 cm päässä varpaista. Kumitulppien tulee olla ehjiä.
- **Rollaattoria** kannattaa käyttää, kun lihasvoimat ovat liian heikot tai tasapaino on liian huono kyynärsauvoilla kävelyyn. Rollaattorin kädensijojen korkeus on säädettävä henkilölle sopivaksi siten, että kävellessä kädet ovat sivuilla, kyynärnivelet pienessä koukussa ja hartiat rentoina. Henkilön on käveltävä riittävän lähellä rollaattoria hieman eteenpäin kumartuneena.
- Siirtymisen ja kääntymisen apuvälineitä käytetään omatoimisen siirtymisen tai kääntymisen avustamiseksi tai avustettaessa henkilöä em. toimissa. Erilaiset **liukulaudat ja -lakanat** auttavat henkilön asennon tai paikan muuttamisessa. Lattialle sijoitettava **kääntölevy** auttaa henkilöä pyörittämään avustettuna, kun omatoiminen siirtyminen on hankalaa.



Kuvat: Respecta

- Vuoteen reunaan kiinnitettävät **kohottautumistelineet ja nousutuet** auttavat voimiltaan heikentyneen henkilön omatoimista asennon vaihtamista ja siirtymistä.
- Erilaiset **seisomanojastimet** auttavat henkilön siirtämisessä esim. vuoteelta wc-istuille tukien samalla omatoimisuutta.



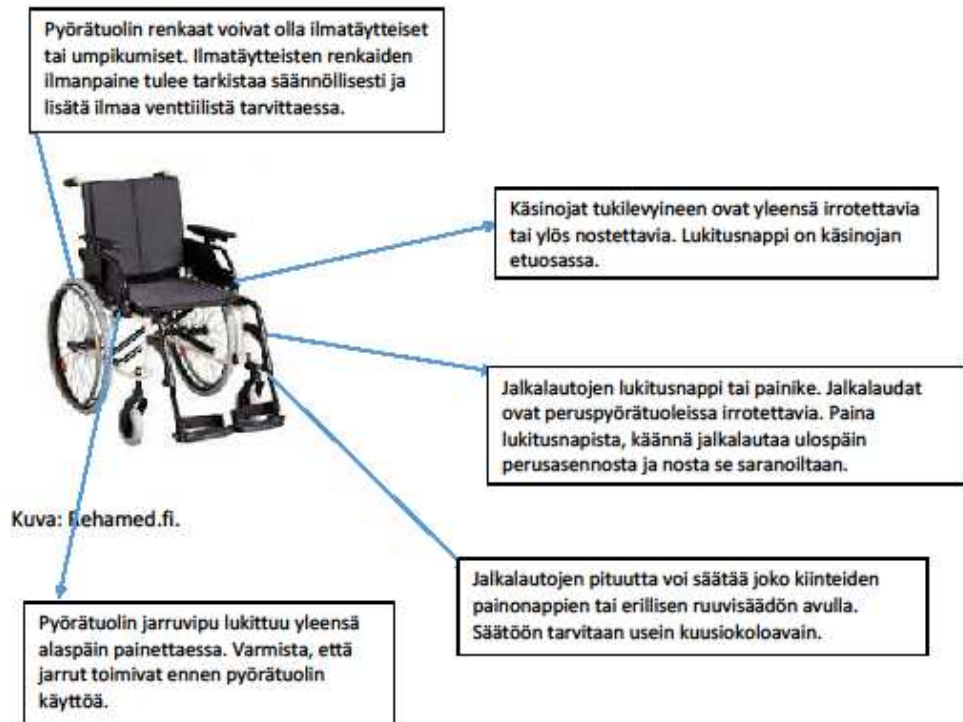
Kuvat: Respecta

- **Nostovyöt** helpottavat avustajaa siirtämään toista henkilöä turvallisesti.



Kuva: Respecta

- **Henkilönnostolaitteita** käytetään silloin, kun siirtäminen on ergonomisesti tai turvallisuuden kannalta riski siirrettävälle henkilölle tai hänen avustajalleen. Nostolaitteeseen on valittava oikeanlainen nostoliina asiakkaan tarpeiden mukaan ja avustajien on osattava käyttää nostolaitetta oikealla tavalla
 - **Säädettävä sänky** sopii henkilölle, jonka liikkuminen ja siirtyminen ovat vaikeutuneet ja säädettävän sängyn avulla pystytään helpottamaan myös avustajien työtä. Korkeussäätö helpottaa sänkyyn ja sieltä pois siirtymistä, pää- ja jalkaosan kaltevuussäätö helpottaa hyvän asennon löytämistä helpottaen nielemistä sekä hengitysvaikeuksia
 - **Suihkutuolia** käytetään peseytymisen apuna silloin, kun henkilö on liian heikkovoimainen seistäkseen tai hänellä on tasapainovaikeuksia. Suihkutuoleissa on yleensä korkeussäädettävät jalat sekä mahdollisesti käsi- ja selkätuet.
 - Laitoskäytössä peseytymisen apuna on siirrettävä **pesualusta**, jonka päälle henkilö siirretään esimerkiksi siirtotuubin avulla.
 - **Wc-istuimelle** on mahdollista asettaa erillinen tai kiinteä **korotus** silloin, kun henkilö kärsii lonkkanivelen liikerajoituksesta tai on voimiltaan heikko. Korotus voi olla jalallinen tai wc-istuimen päälle asennettava. Yölliset wc- käynnit lisäävät kaatumisriskiä, joten **erillinen wc-tuoli, portatiivi tai virtsapullo** voi olla turvallinen vaihtoehto yöllä käytettäväksi.
-
- **Pyörätuolin käyttäminen:** Pyörätuoli mahdollistaa henkilön omatoimista ja avustettua liikkumista silloin, kun kävely ei onnistu kuin lyhyitä matkoja tai ei lainkaan. Pyörätuoli voi olla henkilön aktiivisen liikkumisen väline tai avustajan työntämä kuljetustuoli. Pyörätuolin tulisi olla kevyt kelata, kääntää, pysäyttää ja olla kuluultaan suuntavakaa. Pyörätuolin renkaissa tulee olla riittävä ilmanpaine ja jarrujen tulee olla hyvin pitävät. Pyörätuolin istuimen tulee olla tukeva ja riittävän tilava.
 - Istuintyyppiä valitaan myös käyttäjän tarpeiden mukaan. Istuintyyppiä käytetään estämään painehaavaumia, nostamaan istuinkorkeutta ja kohentamaan istumisasentoa. Istuintyyppiä voivat olla geeli- tai ilmatäytteisiä. Pyörätuolin selkänöjan tulee myötäillä istujan selkää. Sivutuet tukevat henkilön vartalon asennon mahdollisimman symmetriseksi ja käsinojat auttavat asennon korjaamisessa ja tukemisessa. Jalkatukien on oltava sopivan mittaiset niin, että reidet ovat tasaisesti alustaa vasten ja jalkaterät ovat lautojen päällä. Vaakatasoon säätyvillä jalkalautoilla voidaan vähentää alaraajaturvotusta. Erilliset, sivulle kääntyvät jalkatuet mahdollistavat pyörätuoliin siirtymisen jalkoihin tukeutuen.



Lähteet: http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille

Salminen, A. (toim.)2010. Apuvälinekirja.

Tamminen-Peter, Leena & Wickström, Gustav 1998, 2013: Potilasssiirrot, taitava avustaja aktivoi ja auttaa.

Tamminen-Peter, Leena & Moilanen, Aija & Fagerström, Virpi 2010: Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla

Tamminen-Peter, Leena & Eloranta, Maj-Britt & Marja-Leena Kivivirta & Mämmelä, Eija & Salokoski, Irma & Ylikangas, Arja 2007: Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:6

Liite 7. Alkukysely taulukoina

1(2)

Kysymys 1.

Koulutustaso	Lkm
sairaanhoitaja	7
lähihoitaja	4
perushoitaja	0

Kysymys 2.

Ikä	Lkm
20-29	2
30-39	1
40-49	4
50-59	2
60-69	2

Kysymykset 3-13

Kysymysnumero	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei lainkaan	Erittäin vähän	Jonkin verran	Erittäin paljon
3	0	0	8	3				
4					0	5	6	0
5	0	1	6	4				
6	0	1	8	2				
7					0	0	4	7
8					0	0	4	7
9	0	0	3	8				
10	1	7	3	0				
11	3	6	1	1				
12	0	0	5	6				
13	1	2	5	3				

(jatkuu)

Rastita seuraavista vaihtoehdoista se, joka kuvaa parhaiten apuvälineen käytön määrää. Vain yksi rasti apuvälinettä kohti:

14. Kuinka usein käytät hoitotyön apuna seuraavia työpaikallasi olevia apuvälineitä:

	Ei koskaan	Harvemmin kuin kerran kuussa	Kerran kuussa	Useita kertoja viikossa	Kerran viikossa	Useita kertoja päivässä	Kerran päivässä
rollaattori	0	0	0	0	0	11	0
pyörätuoli	0	0	0	0	0	11	0
sähkösätky	0	0	0	0	0	11	0
henkilönostin	0	8	2	0	1	0	0
suihkutuoli	0	1	0	6	2	0	2
wc-tuoli	0	0	0	1	0	8	2
pesutaso	0	1	0	6	1	0	3
liukualusta	5	0	0	2	0	3	1
pyörähdyslevy	0	0	1	1	0	8	1
nostovyö	1	6	3	0	1	0	0
tukityyny	0	0	0	0	0	11	0

15 a. Laita seuraavat taulukossa olevien apuvälineiden käyttöön vaikuttavat tekijät tärkeysjärjestykseen asteikolla 4-10 (4 käyttöön vähiten ja 10 eniten vaikuttava tekijä) N=5

	helppokäyttöisyys	helpposäätöisyys	turvallisuus	tarkoituksenmukaisuus	saatavuus	oma osaaminen	apuvälineen kunto
rollaattori	39	32	50	44	32	22	28
pyörätuoli	40	36	45	46	29	22	27
sähkösätky	44	44	33	42	32	21	20
henkilönostin	38	29	46	39	37	38	33
suihkutuoli	44	30	43	47	30	22	29
wc-tuoli	39	26	42	46	41	20	31
pesutaso	41	32	46	45	30	22	31
liukualusta	37	34	42	39	36	23	24
pyörähdyslevy	37	27	42	48	40	27	25
nostovyö	33	32	49	46	31	29	25
tukityyny	41	36	29	48	40	25	27

Liite 8. Seurantakysely taulukoina

1(2)

1. Vastaajan ikä:

Ikä	Lkm
20-29	1
30-39	1
40-49	3
50-59	3
60-69	0

2. Vastaajan koulutustaso:

Koulutustaso	Lkm
sairaanhoitaja	7
perushoitaja	0
lähihoitaja	2

Kysymykset 3–13:

Kysymysnumero	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Samaa mieltä	Erittäin paljon	Jonkin verran	Erittäin vähän	Ei lainkaan
3					2	6	0	0
4					2	6	0	0
5					2	6	0	0
6	0	1	7	0				
7	0	0	4	4				
8	1	2	4	1				
9	0	1	6	1				
10	0	1	6	1				
11	0	0	2	6				
12	0	0	1	7				
13	0	0	3	5				

14. Koetko tarvitsevasi tulevaisuudessa säännöllistä siirtokoulutusta työpaikallasi?

Kysymys 14	Lkm
Kuukausittain	0
Kerran puolessa vuodessa	1
Kerran vuodessa	6
Harvemmin kuin kerran vuodessa	1

(jatkuu)

15. Olisitko kaivannut ohjaustuokioon jotain lisää? Jos vastasit kyllä, niin kerro mitä olisit halunnut lisää?

Käytännön harjoittelua, oikein tehdyt siirrot olisivat jääneet paremmin mieleen, kun niitä olisi kokeiltu käytännössä

Rastita seuraavista vaihtoehdoista se, joka kuvaa parhaiten apuvälineen käytön määrää. Vain yksi rasti apuvälinettä kohti:

16. Kuinka usein käytät hoitotyön apuna seuraavia työpaikallasi olevia apuvälineitä:

	Ei koskaan	Harvemmin kuin kerran kuussa	Kerran kuussa	Kerran viikossa	Useita kertoja viikossa	Kerran päivässä	Useita kertoja päivässä
rollaattori	0	0	1	0	2	0	6
pyörätuoli	0	1	0	0	3	0	5
sähkösätky	1	0	0	0	0	1	7
henkilönostin	1	3	4	0	0	1	0
suihkutuoli	1	0	0	1	5	2	0
wc-tuoli	1	0	0	0	2	0	6
pesutaso	2	0	0	0	4	2	0
liukualusta	0	3	0	1	2	1	1
pyörähdyslevy	0	0	1	3	0	4	0
nostovyö	0	1	4	1	1	1	0
tukityyny	1	0	1	1	0	0	5

