

HANNELE PALTTA, LEENA WALTA &
SIRKKU KOIVUNIEMI (TOIM.)

Terveysalan kehittäminen haasteena

Opinnäytteitä
terveysalalta 2008



HANNELE PALTTA, LEENA WALTA & SIRKKU KOIVUNIEMI (TOIM.)

TERVEYSALAN KEHITTÄMINEN HAASTEENA

Opinnäytteitä terveysalalta 2008



Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 46

Turun ammattikorkeakoulu
Turku 2009

ISBN 978-952-216-090-4 (PDF)

ISSN 1459-7756 (verkkojulkaisu)

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522160904.pdf>

Verkkojulkaisun jakelu: <http://julkaisut.turkuamk.fi>

SISÄLTÖ

ESIPUHE	5
UUSIA MENETELMIÄ TERVEYDEN EDISTÄMISEEN	6
TERVEYSTARKASTUSKÄYTÄNNÖN KEHITTÄMINEN PITKÄAIKAISTYÖTTÖMILLE <i>Jaana Jalava, Katri Mäkelä ja Jaana Parkkila</i>	7
METABOLINEN OIREYHTYMÄ TUNNETUKSI TERVEYS- NEUVONNAN KEINON <i>Linda Dalbom, Johanna Lehtonen ja Elina Syrjänen</i>	13
PIENRYHMÄTOIMINTAMALLI ELÄMÄN AKTIVOIMISEEN <i>Hanne Kaleva ja Kaisa Viitanen</i>	20
TURUN EKOTORIN TERVEYSPALVELUJEN KEHITTÄMINEN <i>Maria Mattila</i>	26
TERVEYSKASVATUSMATERIAALIA LAPSILLE JA NUORILLE <i>Taru Korhonen</i>	32
SUUN TERVEYS SWASIMAASSA <i>Johanna Nurvala ja Minna Rajala</i>	39
ENSIHOITO-OSAAMISEN ARVIOINTI JA KEHITTÄMINEN	47
HOITAJIEN PERUSELVYTYSTIEDOT ALUESAIRAALAN ENSIAPUPOLIKLINIKALLA <i>Kristiina Lahti ja Anna-Kaisa Vuorio</i>	48
AKUUTISTI SAIRASTUNEEN TAI VAMMAUTUNEEN LAPSEN VANHEMPIEN TARPEET JA NIIHIN VASTAAMINEN <i>Elina Lax ja Kaisa-Maaria Sorri</i>	58
FYYSISESTI PAHOINPIDELLYN LAPSEN TUNNISTAMINEN JA HÄNEN OIKEUKSIENSA TAKAAMINEN ENSIHOITOTILANTEESSA <i>Taina Irmola ja Niina Sormunen</i>	66
KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN	73
SAIRAAHOITAJIEN NÄKEMYKSET POTILASTYÖSSÄ TARVITTAVISTA TIEDOISTA JA TAIDOISTA ORTOPEDISELLÄ OSASTOLLA <i>Sanna Aarnio ja Maija Viitanen</i>	74

ALARAAJA-AMPUTAATION KOKENEEN KOTONA SELVIYTYMINEN 80
Piritta Berg, Laura Hannula ja Elina Junnila

DEMENTOITUVIEN OMAEHTOISEN KUNTOUTUMISEN TUKEMINEN 87
Laura Pietilä

**NÄKÖKULMIA KEHITTYVÄÄN TERVEYSPALVELU-
JÄRJESTELMÄÄN 92**

RÖNTGENHOITAJAOPISKELIJOIDEN PEREHDYTTÄMINEN
HARJOITTELUSSA 93
Hanna Jalo ja Maria Korhonen

AMMATILLINEN KEHITTYMINEN TEHOHOITOTYÖSSÄ 101
Nina A. Kallio

SUUN TERVEYS OSANA IKÄÄNTYNEIDEN LAADUKASTA
KOTIHOIDON PALVELUA 109
Anu Aatola

SUUN TERVEYDENHUOLTOHENKILÖSTÖN TYÖHYVINVOINTI
JA SEN KEHITTÄMISSUUNNITELMA 118
Maija Svegin

LABORATORIOPALVELUN ASIAKASPALAUTEJÄRJESTELMÄN
KEHITTÄMINEN 124
Mikko Koskinen ja Johannes Virtanen

ESIPUHE

Asiantuntijatehtäviin valmistuvalla tulee olla valmiuksia tunnistaa oman ammattialansa kehittämiskohteita ja tarttua kehittämistehtäviin. Opinnäytetyötä tehdessään opiskelija reflektoi kaikkea koulutuksessa oppimaansa ja osoittaa kykenevänsä soveltamaan sitä alansa kehittämishaasteisiin. Siksi opinnäytetyöllä on tärkeä asema ammattikorkeakoulutuksessa.

Kaikki Turun ammattikorkeakoulun Terveysala-tulosalueella tehtävät opinnäytetyöt tehdään työelämän toimeksiannosta vastaamaan todellisiin kehittämistarpeisiin. Tutkimusviestintä, tulosten julkistaminen on tärkeä osa tutkimus- ja kehitystyötä hyvien käytäntöjen levittämiseksi. Käsillä olevassa julkaisussa tulosalueen opiskelijat esittelevät artikkeleissaan nuorten ja aikuisten tutkintoon johtavissa koulutusohjelmissa tehtyjä opinnäytetöitä sekä ylemmän AMK -tutkinnon opinnoissa laaditun opinnäytetyön ja työelämän kehittämistehtävän.

Terveysalan kehittäminen haasteena, opinnäytteitä terveysalalta 2008 -julkaisu on esimerkki siitä, miten laaja-alainen Terveysala-tulosalueen toiminta on ja miten monipuolisesti ammattikorkeakoulun opinnäytetöillä pystytään vastaamaan työelämän eri organisaatioiden kokemuksiin kehittämishaasteisiin. Terveysala-tulosalueen opinnäytetyöt toteutetaan pääsääntöisesti laajemmissa projekteissa, joissa opiskelijat saavat hyvän mahdollisuuden syventyä mahdollisten työpaikkojensa toimintamalleihin ja -ympäristöön.

Kaija Lind

Koulutusjohtaja
Turun ammattikorkeakoulu, Terveysala

**UUSIA MENETELMIÄ TERVEYDEN
EDISTÄMISEEN**

TERVEYSTARKASTUSKÄYTÄNNÖN KEHITTÄMINEN PITKÄAIKAISTYÖTTÖMILLE

Jaana Jalava, Katri Mäkelä & Jaana Parkkila

Turun ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijat ovat toteuttaneet terveystarkastuksia pitkäaikaistyöttömille. Projektit alkoivat kahden yhteistyökumppanin kanssa vuonna 2007, Turun Ekotorilla tammikuussa ja Raision Rappu-projektissa syyskuussa. Tarkoituksena on edistää pitkäaikaistyöttömien terveyttä tarjoamalla terveystarkastuksia ja terveysneuvontaa. Terveystarkastuksia tehdään kerran viikossa Ekotorilla ja Raisiossa. Toiminnan aikana katsottiin tarpeelliseksi kehittää terveydenhoitajaopiskelijoiden tarjoamia terveyspalveluja. Opinnäytetöillä terveydenhoitajaopiskelijat kartoittivat pitkäaikaistyöttömien terveyttä ja terveyskäyttäytymistä sekä terveyspalveluiden käyttöä. Lisäksi selvitettiin, miten pitkäaikaistyöttömät kokivat hyötyvänsä opiskelijoiden tarjoamista palveluista oman terveytensä edistämiseksi. Tavoitteena oli löytää terveyspalvelut, joita Ekotorin työntekijät kokivat eniten tarvitsevana.

Työttömien terveyttä on tutkittu pitkään, ja on osoitettu, että työssäkäyvien ja työttömien väliset terveyserot ovat edelleen suuria. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksesta ilmeni, että työttömät jäävät heikon taloudellisen tilanteensa ja sosioekonomisen asemansa vuoksi usein vaille terveyspalveluja. Työterveyshuolto on kohdistettu palvelemaan vain työssäkäyviä. Työttömien terveyteen ja terveyspalvelujen saannin turvaamiseen on alettu kiinnittää huomiota valtakunnallisten terveysohjelmien, toimintamallien ja erilaisten hankkeiden avulla. Opinnäytetyössä tarkastellaan työttömyyden ja syrjäytymisen vaikutuksia yksilön terveyteen. Syrjäytyminen nähdään moniulotteisena käsitteenä, joka viittaa köyhyyteen ja huono-osaisuuteen (Karjalainen 2002, 311; Poutanen 2000, 23–24). Työssä kuvataan väestön terveyserojen syntyä sosioekonomisen aseman, sairastavuuden, koetun terveyden, terveysongelmien ja terveyspalvelujen käytön suhteen. Terveyttä määritellään eri tavoin, sekä pohditaan positiivisen mielenterveyden ja koherenssin tunteen vaikutuksia työttömän hyvinvointiin. Terveyserojen kaventamiseksi toteutettuja hankkeita tuodaan esiin, ja vertaillaan Suomen terveyseroja kansainvälisesti.

Useat tutkimukset osoittavat, että työttömällä on huonompi terveys kuin työssäkäyvillä. Työttömyyden uhka ja työttömyys heikentävät terveyttä, jolloin sairastavuus lisääntyy. Vaikutus voi ilmetä epäterveellisten elintapojen, psyykkisten ongelmien ja tulojen pienenemisen myötä. Uhka työttömäksi joutumisesta voi aiheuttaa psyykkisiä ongelmia. (Aromaa ym. 2005, 63–64.) Työttömyys muuttaa usein ihmisen elämäntilannetta ja aiheuttaa kriisin. Kataja-ahon (2002, 12) mukaan tärkeitä tekijöitä kriisistä selviämiseksi ovat yksilön omat selviytymiskeinot, koherenssin tunne ja sosiaalinen tuki. Sohlmanin (2004, 41) mukaan oma elämäntilanne on suorassa suhteessa yksilön omaan terveyteen ja hyvinvointiin.

Työttömän terveyden ja työkyvyn edistäminen ja ylläpitäminen ovat tärkeitä asioita työllistymisen kannalta. Huonoa työkykyä pidetään suurena työstä syrjäytymisen riskitekijänä, ja hy-

vällä työkyvyllä on puolestaan vaikutuksia sosiaaliseen osallisuuteen. (Pensola ym. 2006, 224). Taloudelliset vaikeudet heijastuvat usein fyysisen kunnan heikentymiseen ja työkykyyn. Hyvällä työkyvyllä on suuri merkitys uudelleentyöllistymisessä. Heikentynyt työkyky ja pitkäaikainen työttömyys voivat toimia toisiaan vahvistavasti, jolloin todennäköisyys työttömyyden jatkumisesta kasvaa. (Pensola ym. 2006, 225.) Terveyspalvelujen käytössä on väestöryhmittäisiä eroja. Terveys 2000 -tutkimuksesta ilmeni, että suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on sosioekonomisesti eriarvoinen (Häkkinen & Alha 2006, 90–91). Koskisen (2004, 18) mukaan terveyspalvelut kärjistävät terveyseroja. Työttömäksi jäädessään ihminen jää vaille työterveyspalveluja.

OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön empiirinen aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella Turun Ekotorin toimipisteissä. Kokonaistutkimuksen kohderyhmän muodostivat kaikki Ekotorin silloiset työllistetyt työntekijät (N = 69). Kyselylomakkeet jaettiin työntekijöille Ekotorin eri toimipisteissä järjestetyissä informaatiotilaisuuksissa tammikuussa 2008. Palautettuja lomakkeita oli yhteensä 36. Kyselylomakkeen aihealueita olivat terveys, elämänhallinta, terveyspalvelujen käyttö ja tyytyväisyys Ekotorin terveyspalveluihin. Taustamuuttujiksi valittiin sukupuoli, ikä ja siviilisäätö. Vastaajilta kysyttiin työttömyyden kestoa ja työsuhteen pituutta Ekotorilla. Lomakkeen luomisessa käytettiin apuna aikaisempia tutkimuksia terveyspalvelujen käytöstä ja sen väestöryhmittäisistä eroista sekä terveydestä ja elämän hallinnasta. Kyselylomakkeen kysymyksissä on käytetty pohjana Kataja-ahon (2002) tutkimuksen liittyvää kyselylomaketta. Aineisto analysoitiin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 -tilasto-ohjelmalla. Tuloksia pyrittiin tulkitsemaan suhteessa koulutukseen tai siviilisäätöyn, koska näissä ryhmittymissä lukumäärät jakautuivat suhteellisen tasaisesti vastaajien kesken. Lomakkeen kysymysten tarkoituksena oli löytää vastauksia tutkimusongelmiin. Kysymyksiä pohdittiin tarkkaan, ja niillä selvitettiin tutkimuksen kannalta oleellisia asioita.

OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Enemmistö vastaajista oli miehiä. Iältään vastaajat jakautuivat 22–60 ikävuoden välille. Iän keskiarvo oli 44,4 vuotta. Koulutukseltaan 2/3 vastaajista oli jatkokoulutuksen saaneita ja 1/3 oli perus- tai kansakoulun käyneitä. Siviilisäädyltään vastaajista suurin osa oli naimattomia tai avo- tai avioliitossa. Lähes puolet koki rahan riittävän juuri välttämättömiin menoihin. Työttömyysjaksojen kestot vaihtelivat alle kuukaudesta 14 vuoteen. Työttömyyden keston tulosten mediaani oli 2 vuotta.

Lähes puolella vastaajista oli ollut satunnaisia oireita viimeisen kuukauden aikana. Pääasiassa fyysisiä oireita olivat väsymys, päänsärky, vatsavaivat, tuki- ja liikuntaelinvaivat sekä rytmihäiriöt. Psykkisinä oireina esiintyi masentuneisuutta, jännittämistä, unettomuutta ja nukahtamisvaikeuksia. Parisuhteessa elävillä ja jatkokoulutuksen saaneilla oli eniten satunnaista tuki- ja liikuntaelin oireilua, iho-oireilua, vatsavaivaa, masentuneisuutta, päänsärkyä sekä jännittyneisyyttä. Lisäksi parisuhteessa elävillä oli eniten keskittymisvaikeutta, unettomuutta, allergisia

oireita ja sydämen rytmihäiriöitä. Tapaturmia esiintyi vastaajilla enemmän kuin sairauksia, ja niitä oli eniten parisuhteessa elävillä sekä jatkokoulutuksen saaneilla. Toiseksi eniten oli tuki- ja liikuntaelinsairauksia, ja niitä esiintyi paljon jatkokoulutetuilla. Kolmanneksi eniten oli hengityselinsairauksia, varsinkin yksin elävillä oli niitä runsaasti. Verenkiertosairauksia oli neljänneksi yleisimmin, ja niitä esiintyi lähinnä peruskoulun käyneillä.

Humalahakuisesti alkoholia käytti kaksi kolmasosaa vastaajista, ja puolet vastaajista tupakoi. Yli puolet vastaajista koki terveytensä hyväksi ja lähes kaikki pitivät terveyttään tärkeänä asiana, ja he ajattelivat päivittäisen liikuntansa olevan riittävää. Lähes kaikkien vastaajien mielestä omilla valinnoilla on parantava vaikutus terveyteen. Yleisimpinä liikuntamuotoina olivat hyötyliikunta, kävely, pyöräily, lenkkeily tai uinti. Terveyspalveluista vastaajat olivat eniten käyttäneet lääkärin, sairaan- tai terveydenhoitajan palveluja. Puolet vastaajista oli käyttänyt hammashuollon palveluja, kolmasosa sairaalahoitoa, ja muutama oli hakenut apua mielenterveyden ongelmiin. Puolet vastaajista koki terveydenhoitajaopiskelijoiden tarjoamat palvelut hyödyllisiksi. Vuoro-vaikutus koettiin sujuvaksi, tilat asianmukaisiksi ja terveystarkastuksen sisältö tärkeäksi. Tarkastukseen käytettyä aikaa pidettiin sopivana ja laboratoriopalvelut nähtiin hyödyllisinä. Vastaajista noin viidesosa kaipasi lisää tietoa ja ohjausta liikunnasta, ravitsemuksesta ja päihteistä.

Noin puolella vastaajista oli ollut muutoksia elämäntilanteessaan, kuten taloudellisen tilanteen romahtaminen, asuinpaikkakunnan vaihtuminen, parisuhteen päättymisen, läheisen ihmisen vakava sairastuminen tai menehtyminen. Suurin osa koki selviytyneensä hyvin tai ajan myötä sopeutuneensa elämäntilanteen muutokseen. Selviytymiskeinoja elämänmuutoksissa olleet heidän omien sanojensa mukaan sopeutuminen, tasapainoinen ajattelu tai suhtautuminen, positiivisten puolien etsiminen, positiivinen ajattelu, ammattiauttaja, erilaiset harrastukset, asian välttely, tilanteen hyväksyminen, ”pokka” sekä päihteiden käyttö.

UUUDISTUKSET TERVEYSTARKASTUSKÄYTÄNNÖSSÄ TURUN EKOTORILLA

Opinnäytetyössä tehtyjen johtopäätösten ja kehittämisehdotusten jälkeen nähtiin tärkeänä parantaa pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuskäytäntöä. Kehittäminen kohdistettiin terveystarkastuslomakkeen muokkaamiseen, jotta se palvelisi niin yksilöllistä terveysohjausta kuin terveyden ja toimintakyvyn arviointia ja seurantaakin. Lomakkeen muutostyössä nähtiin tarpeellisenä painottaa teemoja, joihin jokainen yksilö voi omalta osaltaan vaikuttaa. Lomakkeeseen lisättiin ravitsemuksen, liikunnan ja alkoholin käyttöä täsmentäviä kysymyksiä. Elintapoihin liittyvien valintojen tärkeyttä korostettiin ravitsemusympyrällä (Ravitsemissuosituksen 2008) ja liikuntapiirakalla (UKK-instituutti 2008), joihin lomakkeen täyttävä pääsee tutustumaan jo ennen terveystarkastusta. Tarkastuksen yhteydessä selitetään asiakkaalle kyseiset asiat terveysvaikutusten näkökulmasta. Lomakkeen kysymysjärjestys muokattiin loogisesti eteneväksi, jolloin vastaaminen helpottuu. Lomakkeen monivalintakysymysten tarkoituksena on auttaa vastaajaa hahmottamaan asiakokonaisuus paremmin.

Nimeämällä terveystarkastuslomake esitietolomakkeeksi tavoiteltiin terveystarkastuskäytännön terävöittämistä. Muutoksilla tähdättiin yksilölliseen ja paremmin kohdistettuun terveysneuvontaan. Aiemmin terveydenhoitajaopiskelija täytti terveystietolomakkeen alkutarkastuk-

sen aikana, minkä jälkeen asiakas kävi laboratorionkokeissa. Laboratorionkäynnin jälkeen hän tuli uudestaan vastaanotolle, jossa hänelle kerrottiin laboratoriovastaukset ja annettiin terveysneuvontaa riippuen verinäytteiden arvoista. Käytäntöä suositellaan muutettavaksi siten, että asiakas käy ennen tarkastusta laboratoriossa ja saa esitietolomakkeen täytettäväkseen. Kun lomake on täytetty ennen terveystarkastukseen tuloa, voidaan vastaanottoaikaa parhaiten käyttää yksilöä hyödyttävään ja tarpeelliseen terveysohjaukseen.

Opinnäytetyön kehittämisehdotusten pohjalta laadittua Tiivistelmä-lomaketta suositellaan otettavaksi käyttöön Turun Ekotorin terveystarkastuksissa. Tiivistelmään kirjataan ytimekkäästi tarkastuksessa ilmenneet asiat: työntekijän terveydentila, elämäntavat, erilaiset mittaustulokset ja hoidon jatkosuunnitelma. Tiivistelmä-lomakkeen tehtävänä on antaa sekä tarkastettavalle että häntä hoitavalle lääkärille tiedot toteutetusta terveystarkastuksesta ja siinä ilmenneistä asioista ja ongelmista.

Terveystarkastuksen eri osioista on ollut saatavana ohjeet verkkoalusta Optimassa, mutta terveydenhoitajaopiskelijoilla ei ole aiemmin ollut kirjallista ohjeistusta terveystarkastuskäytännöstä. Opinnäytetyön kehittämistyön tuloksena kirjattiin aiempi, hiljaisena tietona ollut tarkastuskäytäntö sekä ohjeet uuden terveystarkastuskäytännön toteuttamiseksi. Uusien ohjeiden mukaan tarkastettavalle tehdään lisätetit (AUDIT, DEPS, DM ja puhallustesti) vain, mikäli hänellä on havaittavissa riskitekijöitä. Käytännöllä pyritään resurssien järkevään käyttöön ja yksilölliseen terveysohjaukseen.

Elintapaneuvonnassa on tärkeää saada asiakas motivoitua itsehoitoon. Asiakkaan haluttomuus muutokseen estää Jallinojan (2007, 6–7) mukaan tuloksellisen itsehoidon. Asiakkaalle suositellaan varattavaksi seurantakäynti terveystarkastuksen jälkeen, jos hänellä havaitaan terveyteen liittyviä riskitekijöitä. Tietoa ja informaatiota voi silloin jakaa pienissä osissa yksilöllisen tarpeen mukaan. Aina ei tiedon puute ole elintapojen muuttamisen esteenä. Määrällisen opinnäytetyön ja samaan aikaan tehdyn laadullisen opinnäytetyön tuloksista on havaittavissa, että Turun Ekotorin työntekijät toivoivat lisää tietoa terveydelle edullisista valinnoista.

Pitkäaikaistyöttömille tehdyissä terveystarkastuksissa toteutetaan preventiivistä hoitotyötä ja vaikutetaan asiakkaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Terveystarkastusten seurantakäynneillä voidaan panostaa prosessiin, joka etenee vaiheittain ja tähtää elintapojen pysyvään muutokseen. Päihteiden aiheuttamista haitoista tarvitaan tietoa, koska kyselytutkimuksen vastauksista huomattiin päihteiden väärinkäyttöä. Terveystarkastuksissa on osaamista päihdeneuvonnan antamisessa. Mini-interventio soveltuu terveydenhoitajaopiskelijoiden käyttöön, ja sen myötä voidaan ottaa riskikäyttäytymiseen liittyvät asiat puheeksi. Ohjauksessa on tärkeää tukea yksilön voimavaroja ja korostaa fyysisen terveyden ohella psyykkistä ja sosiaalista terveyttä. Poskiparran (2006, 14–15) esittämässä transteoreettisen muutosvaihemallin esiharkintavaiheesta siirrytään harkintaan, valmistautumiseen, toimintaan ja ylläpitoon. Toiminta- ja ylläpitovaiheissa voi tapahtua muutosta hidastavia repsahduksia, mutta riittävällä tuella voidaan saavuttaa pysyvä muutos. Kun tavoitellaan pysyviä elintapojen muutoksia, on tärkeää keskustella asiakkaan kanssa muutokseen liittyvistä asioista asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Kun pitkäaikaistyöttömälle varataan mahdollisuus useampiin käynteihin, voidaan vaikuttaa suotuisiin ja terveydelle edullisiin valintoihin.

POHDINTA

Opinnäytetyön tulosten mukaan Ekotorin työntekijöiden terveys on samansuuntainen kuin kirjallisuuskatsauksessa esitetyt tutkimukset osoittavat. Kyselytutkimus osoitti, että vastaajat kokivat terveytensä pääasiassa hyvänä, mutta elintavoissa oli havaittavissa terveyteen vaikuttavia riskitekijöitä. Esimerkiksi ravitsemukseen, liikuntaan ja päihteidenkäyttöön on tärkeää kiinnittää ohjauksessa entistä enemmän huomiota. Kirjallisuuskatsauksen, kyselytutkimuksen ja kirjoittajien omien kokemusten perusteella nähdään tarpeellisena motivoida pitkäaikaistyöttömät terveyttä edistäviin valintoihin riskitekijöiden vähentämiseksi. Työntekijöiden omien voimavarojen vahvistamista tulisi korostaa yksilöllisessä ohjauksessa huomioiden fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Terveyserojen kaventamiseksi on tärkeää kehittää yksilöä tukevia selviytymiskeinoja. Selviytymiskeinoja vahvistamalla pystytään vaikuttamaan terveysongelmiin merkittävästi. (Upanne & Lönnqvist 2002, 142–144.) Kyselytutkimuksen tulosten ja kehittämishdotusten pohjalta tehdyt muutokset ovat merkityksellisiä, sillä niiden avulla pyritään edistämään pitkäaikaistyöttömien terveyttä.

Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia tehdään tämän hankkeen puitteissa Turun Ekotorilla ja Raision Rappu-projektissa. Rappu-projektissa asiakkaat ohjataan työvoimatoimiston kautta terveystarkastukseen, ja heidän työ- ja toimintakykyään seurataan. Raisiossa toiminta on järjestelmällisempää kuin Turussa, koska mukana on kaupungin organisaatioita. Terveystarkastusta edellytetään työvoimatoimiston etuisuuksien saamiseksi. Ekotorilla terveystarkastuksiin tullaan työnjohdon ohjaamana, mutta oman terveyden seuranta ja mahdollinen jatkohoitoon meneminen on tarkastettavan omalla vastuulla.

Opinnäytetyö kohdistuu Turun Ekotorin työntekijöiden terveystarkastukseen, mutta kehitystyön tuotoksena luotu väline soveltuu käytettäväksi myös muihin samankaltaisiin yhteisöihin. Työttömien terveystarkastuskäytännön kehittäminen nähdään tarpeellisena tulevaisuudessaakin. Työttömien terveyden edistämisessä on menty eteenpäin, ja kehityssuunta on oikea. Eri-tyisryhmille suunnatuilla palveluilla tavoitellaan koko väestön terveyttä ja hyvinvointia.

LÄHTEET

Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. 2005. Suomalaisten terveys. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Häkkinen, U. & Alha, P. 2006 (toim.). Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot: Terveys 2000-tutkimus. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 90–91.

Jallinoja, P. 2007. Elintapaneuvonta ja elintapasairauksien hoidon esteet. Terveystieteitä 40(1), 6–7.

Karjalainen, J. 2002. Vapaaehtoistyö huono-osaisuuden tunnistajana. Teoksessa Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S., Manderbacka, K., Lahelma, E., Prättälä, R. & Sihto, M. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 311.

Kataja-aho, T. 2002. Työttömien elämänhallinta – kyselytutkimus työttömien koherenssin tunteesta ja selviytymiskeinojen käytöstä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Hervantasarja 3/2002. Tampere: Eräsalon kirjapaino Oy.

Koskinen, S. 2004. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Kunnallislääkäri 19(6), 16–19.

Pensola, T., Järvikoski, A. & Järvisalo, J. 2006. Työttömyyden ja muiden syrjäytymisriskien yhteys työkykyyn. Teoksessa Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J & Koskinen S. Työkyvyn ulottuvuudet – Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Hakapaino Oy.

Poskiparta, M. 2006. Muutosvaihemallin soveltaminen elintapaneuvonnassa. Terveydenhoitaja 39(6), 14–15.

Poutanen, V-M. 2000. Elämänhallintaa ilman työtä. Tutkimus pitkäaikaistyöttömyyden seurauksista ja niiden hallinnasta Suomussalmella. Kuopio: Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos.

Ravitsemussuositukset 2008. [Viitattu 23.11.2008.] http://www.avoin.helsinki.fi/materiaalit/ravitsemustiede/01_ravitsemussuositukset.shtml.

Sohlman, B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Tutkimuksia 137. Helsinki: Stakes.

UKK-instituutti 2008. Terveysliikunta - Tietoa terveystoiminnasta - Suosituksia. [Viitattu 23.11.2008.] <http://www.ukkinstituutti.fi/upload/5rqqtows.pdf>.

Upanne, M. & Lönnqvist, J. 2002. Itsemurhien ehkäisyn haaste. Teoksessa Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S., Manderbacka, K., Lahelma, E., Prättälä, R. & Sihto, M. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

KIRJOITTAJAT

Artikkelin ovat kirjoittaneet Turun ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman terveydenhoitajaopiskelijat Jaana Jalava, Katri Mäkelä ja Jaana Parkkila. Kirjoittajat ovat olleet mukana työelämälähtöisessä hankkeessa, jossa Turun ammattikorkeakoulu on tuottanut ja kehittänyt terveydenhoitopalveluja Turun Ekotorille ja Raision terveystoimelle. Hankkeet alkoivat vuonna 2007 ja jatkuvat edelleen uusien terveydenhoitajaopiskelijoiden toteuttamana, osana syventäviä opintoja.

METABOLINEN OIREYHTYMÄ TUNNETUKSI TERVEYSNEUVONNAN KEINON

Linda Dalbom, Johanna Lehtonen & Elina Syrjänen

Opinnäytetyö oli osa Turun ammattikorkeakoulun ja Turun Ekotorin Terveyspalveluja Ekotorille -hanketta, jossa terveydenhoitajaopiskelijat suorittivat terveystarkastuksia Ekotorin työntekijöille. Turun Ekotori on perustettu vuonna 1998 ja sen toiminnasta vastaa TST Kestävän kehityksen yhdistys ry. Vuosittain Turun Ekotori työllistää yli 100 henkilöä, jotka pääasiassa ovat pitkäaikaistyöttömiä ja tukityöllistettäviä. Ekotorin yhteistyökumppaneita ovat muun muassa TE-keskus, Turun kaupunki, Työvoimatoimisto ja Turun Ekopaja. Ekotorin toiminta-ajatuksena on yhdistää työllistäminen ja käytännön ympäristönsuojelutyö. (Jo yhdeksän vuotta kierrätystä Turussa, 2007.)

Opinnäytetyö oli kaksivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa tehtiin kirjallisuuskatsaus, jonka pohjalta tuotettiin CD-ROM *RISKIRAJOILLA - Metabolinen oireyhtymä tunnetuksi terveysneuvonnan keinoin*, jonka tarkoituksena on toimia terveysneuvonnan välineenä. Opinnäytetyön toisessa vaiheessa materiaalia testattiin Turun Ekotorilla, työttömien terveystarkastuksissa Raisiossa, Turun pääterveysasema Mäntymäki 2:ssa sekä Raision terveyskeskuksessa. Lisäksi opinnäytetyön toisessa vaiheessa laadittiin CD-ROM-levystä esite.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa terveyskasvatusmateriaalia, joka on tutkittuun tietoon perustuvaa, helppolukuista sekä sellaista jota voidaan osittain käyttää ilman internetyhteyttä. Materiaalin tavoitteena oli myös antaa väline terveyskasvatusohjauksen antamiseen Ekotorin vastaanotolla ja siten kehittää terveysneuvontaa. Opinnäytetyötä ohjasivat seuraavat kysymykset: Mikä on metabolinen oireyhtymä?, mitkä ovat metabolisen oireyhtymän riskitekijät ja miten sitä voidaan ehkäistä ja hoitaa?, miten työttömyys vaikuttaa ihmisen terveyteen?, millaista on hyvä terveysneuvonta ja millaista on hyvä materiaali?

METABOLINEN OIREYHTYMÄ

Metabolinen oireyhtymä on länsimaiseen elämäntyyliin liittyvä riskitekijäkausauma, jolle tunnusomaisia piirteitä ovat insuliiniresistenssi/hyperinsulinemia ja vartalolihavuus. Oireyhtymä lisää vaaraa sairastua tyyppin 2 diabetekseen ja valtimokovettumatautiin. Metabolisen oireyhtymän perussyyt ovat osin tuntemattomat, mutta sille altistavat perinnölliset tekijät, sikiökautinen tai varhaislapsuuden ravitsemushäiriö, lihavuus ja liikunnan puute. Lisäksi runsaasti kovaa rasvaa ja vähän kuitua sisältävä ruokavalio ja psykososiaaliset tekijät voivat altistaa oireyhtymälle. Terveellinen ruokavalio, laihdutus ja säännöllinen liikunta muodostavat metabolisen oireyhtymän

män tehokkaan täsmähoidon, kunhan potilasohjaus on ammattimaista. Tehokas kohdennettu lääkehoito korkeiden vaaratekijätasojen korjaamiseksi on usein tarpeen lääkkeettömien hoitomuotojen ohella. (Uusitupa 2001.)

Metabolinen oireyhtymä on useiden riskitekijöiden kasauma. Riskitekijöitä ovat tyypin 2 diabetes, kohonnut verenpaine, kohonnut kolesteroliarvot, sepelvaltimotauti, tupakointi, alkoholin suurkulutus, kaamosmasennus ja ylipaino. Metabolisen oireyhtymän diagnoosi edellyttää glukosirasituskokeen tekemistä, sillä insuliiniresistenssin suora toteaminen ei kliinisessä työssä onnistu. Periaatteessa insuliinipitoisuuden paastoarvon määrittäminen on eräs keino todeta insuliiniresistenssi, mutta siihenkin liittyvät omat ongelmansa. Metaboliselle oireyhtymälle on esitetty useita kriteereitä, eikä niistä ole saavutettu täydellistä yksimielisyyttä. Suomalaisessa väitöskirjatyössä esiintyvyydeksi todettiin miehillä 17 ja naisilla 7 prosenttia. Prevalenssi on sidoksissa lihavuuden esiintyvyyteen: mitä lihavampaa väestö on, sitä yleisempi on metabolinen oireyhtymä. Merkittävää on se, että oireyhtymän piirteitä on havaittavissa jo lapsilla ja nuorilla. (Uusitupa 2001.)

Metaboliseen oireyhtymään ei ole käytettävissä spesifistä lääkehoitoa, lukuun ottamatta diabetesta. Useissa tutkimuksissa on kuitenkin selvitetty lääkehoidon vaikutusta diabeteksen ilmaantumiseen. Diabetesta ehkäisevä vaikutus ensisijaisena päätetapahtumana on osoitettu useilla diabeteksen hyperglykemian hoidossa käytetyillä valmisteilla ja lihavuuslääkkeistä orlistaatilla. Lisäksi ACE:n estäjät ja angiotensiini II -reseptorin salpaajat näyttävät estävän diabeteksen ilmaantumista lähinnä toissijaisena päätetapahtumana. Kaiken kaikkiaan lääkkeiden vaikutukset ovat olleet tutkimusten mukaan suhteellisesti vähäisempiä kuin elintapahoitojen. Tämän vuoksi lääketutkimuksiin on tulevaisuudessa syytä liittää elintapainterventio, jotta voidaan todentaa lääkkeiden mahdollinen lisävaikutus. (Laaksonen & Niskanen 2006.)

Käytännössä metabolisen oireyhtymän ruokavalio on laihdutusruokavalio, sillä oireyhtymässä lihavuus on merkittävä ongelma. Laihdutuksen tulee olla suunniteltua ja tavoitehakuista. Keskeisintä on kasvisten, marjojen ja hedelmien runsas määrä, ravinnon monipuolisuus ja kohtuullisuus. Rasvan laatuun pitää kiinnittää huomiota. Metaboliseen oireyhtymään kuuluu korkea verenpaine, joten suolan käytön vähentäminen on tärkeää. (Uusitupa 2001.)

Metabolisen oireyhtymän eri osatekijöihin voidaan vaikuttaa liikunnan avulla. Usein toistuvalla, runsaalla ja kuormittavuudeltaan vähintään kohtalaisella fyysisellä aktiivisuudella ja liikunnalla voidaan vaikuttaa edullisesti näihin osatekijöihin. (Kukkonen-Harjula 2006a, 93.) Väestötutkimuksissa on todettu liikunnan vähentävän kuolleisuutta ja sairastavuutta suomalaisissa kansantaudeissa, kuten sepelvaltimotaudissa ja tyypin 2 diabeteksessa. Tutkimuksissa on todettu jo kävelytyyppisen liikunnan ehkäisevän tyypin 2 diabeteksen puhkeamista. (Fogelholm, Paronen, & Miettinen 2007, 22; Kiiskinen ym. 2008). Fyysinen aktiivisuus antaa suojaa erityisesti silloin, jos henkilöllä on muita metabolisen oireyhtymän riskitekijöitä. (Kukkonen-Harjula 2006b, 99; Healy ym. 2008.)

MATERIAALIN TUOTTAMINEN

Työ- ja yksityiselämän viestintätilanteet vaativat ihmisiltä monia viestinnällisiä taitoja, kuten taitoa solmia ja ylläpitää erilaisia ihmissuhteita, taitoa ilmaista ja käsitellä tunteitaan eri viestintävälineiden avulla ja taitoa vaikuttaa ja perustella asioita kussakin viestintätilanteessa siihen parhaiten sopivalla tavalla. Lisäksi on osattava valita kuhunkin tilanteeseen oikea viestintäväline. (Viherä 2000, 17.) Viestintä on useimmiten onnistunutta, kun viestittäjällä on tarkka näkemys asiasta, joka halutaan tuoda esiin ja siitä, mitä asiasta halutaan sanoa. Viestintätapahtuma vaatii viestin lähettäjän, vastaanottajan ja kanavan, jonka kautta viestiä lähetetään sekä palautteen viestin vastaanottajalta. (Keränen, Lamberg & Penttinen 2003, 20.)

Digitaalinen viestintä tarjoaa informaatiota vastaanottajalle. Digitaalisessa muodossa olevan informaation etuja ovat mahdollisuus informaation tallennukseen ja kopiointiin, nopea siirtäminen paikasta toiseen sekä kuvan ja äänen laadun paraneminen digitaalisuuden myötä. (Keränen ym. 2003, 2.) Digitaalisen aineiston etuna ovat myös sen monipuoliset soveltamismahdollisuudet ja ajan myötä syntyvät kustannussäästöt sekä se, että kerran digitoitu aineisto on helposti uudelleen käytettävissä. (Kanerva, Packalén & Puttonen 1997, 21.)

Hyvän multimedian tekemiseksi ei ole yhtä oikeaa tapaa. Tärkeää on muistaa, ettei uusi teknologia ole itseisarvo. Asiasisältö ja käyttäjän tarpeet muodostavat multimedian suunnittelun reunaehdot. Tärkeää on myös muistaa, ettei kaikkea pidä yrittää kerralla vaan on osattava hakea oikea jakeluväline ja muotokieli oikealle kohderyhmälle. Multimedian tekijän on mietittävä, miksi joku tarttuu CD-ROMiin tai avaa internetiselaimen mieluummin kuin avaa kirjan. Digitaalisen julkaisun tulee sisältää jotain sellaista, mitä ei paperilta löydy. Visuaaliset elämykset, mahdollisuus kopioida aineistoa omiin tarpeisiin, massiiviset sisällöt ja hakuominaisuudet, luovat multimedijulkaisulle lisäarvoa, jota ei voida perinteisin keinoin saavuttaa. (Kanerva, Packalén & Puttonen 1997, 21.)

RISKIRAJOILLA - Metabolinen oireyhtymä tunnetuksi terveysneuvonnan keinoin -CD-ROMin tavoitteena on metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisy niillä henkilöillä, joilla on riski sairastua oireyhtymään. CD:n tavoitteena on myös toimia neuvonnan apuvälineenä terveydenhoitajaopiskelijalle, joka antaa neuvontaa jo metaboliseen oireyhtymään sairastuneelle henkilölle. CD-ROMin tarkoituksena on antaa tietoa metabolisesta oireyhtymästä terveysneuvonnan antajalle sekä olla havainnollistamisen apuvälineenä ohjaustilanteessa. CD:n tarkoituksena on myös helpottaa terveysneuvonnan antajaa, koska levyllä on koottu tärkeimpiä linkkejä, joista saa lisätietoa. CD-ROM toteutettiin Open Office -ohjelmalla HTML-sivujen muodossa. Kuvankäsittelyssä käytettiin Paint.NET-ohjelmaa. Opinnäytetyön CD-ROM sisältää viisi osaluetta, joita ovat metabolinen oireyhtymä, ravitsemus, liikunta, materiaali ja linkit.

Metabolinen oireyhtymä -osiossa kerrotaan lyhyesti, mikä on metabolinen oireyhtymä ja mitkä ovat sen riskitekijöitä. Ravitsemus-osio sisältää metabolisen oireyhtymän ravitsemussuosituksen, lautasmallin sekä erilaisia ruokaohjeita. Ruokaohjeiksi on pyritty valitsemaan helposti valmistettavia, terveellisiä ja edullisia ruokia. Liikuntaosiossa on kuvattu UKK:n liikuntapiirakka ja se, miten sitä tulisi käyttää. Lisäksi liikuntaosiossa on listattu Turussa sijaitsevia liikuntapaikkoja. Materiaaliosio muodostuu suurimmaksi osaksi erilaisista testeistä, joita ovat diabetesriskitesti,

rasvatesti, suolatesti, naisen sydäntesti, FINNRISKI-testi ja sydän- ja verisuonitautien riskitesti. Materiaaliosioista löytyy myös alkoholi- ja BMI-laskuri. Tekijänoikeudellisista syistä suurin osa testeistä toimii vain, mikäli käytössä on internetyhteys. Diabetesriskitestiä pidettiin niin tärkeänä, että sen käyttämiseen CD-ROMilla ilman internetyhteyttä hankittiin lupa Diabetesliitolta. Materiaaliosiossa on myös oma lukunsa siitä, miten hyvää neuvontaa tulisi toteuttaa. Linkit-osi-oon on koottu kaikki CD-ROMilla käytetyt linkit, joista tarvittaessa voi hakea lisätietoja. CD-ROMia on havainnollistettu piirros- ja valokuvin. Lisäksi eri osa-alueet on merkitty eri väreillä. CD-ROM on suunniteltu siten, että se toimii parhaiten Internet Explorer 7.0 -versiolla.

MATERIAALIN TESTAUS JA ESITTEEN TUOTTAMINEN

Opinnäytetyön tuotoksena syntyneitä CD-ROM-levyä testattiin palautelomakkeen avulla Turun Ekotorilla ja työttömien terveystarkastuksissa Raisiossa, Turun pääterveysasema Mäntymäki 2:ssa sekä Raision terveyskeskuksessa. Materiaalia haluttiin testata kohderyhmän lisäksi terveysasemilla, koska haluttiin tietää kokeneiden hoitajien mielipide CD-levystä sekä selvittää materiaalin käyttökelpoisuus julkisessa terveydenhuollossa. Lisäksi haluttiin selvittää markkinoinnin tarpeellisuutta. Turun Ekotorilla ja työttömien terveystarkastuksissa Raisiossa materiaalia testasivat terveydenhoitajaopiskelijat ja Turun ja Raision terveysasemilla terveyden- ja sairaanhoitajat. Materiaalia testattiin kolmen viikon ajan. Vastauksia saatiin yhteensä 13 kappaletta, joista kuusi vastausta oli terveydenhoitajaopiskelijoilta ja seitsemän terveysasemilta.

Testauksen avulla saatiin tietoa tuotteen käyttökelpoisuudesta terveysneuvonnan apuvälineenä. Pääosin saatu palaute oli positiivista, joten tuotosta ei lähdetty muuttamaan. Vastaajista vain muutama oli käyttänyt CD-levyä asiakasilanteessa, johon materiaali on tarkoitettu. Tämä saatoi johtua vähäisestä vastaajien määrästä sekä lyhyestä testausajasta. Lyhyen testausajan aikana materiaali ei välttämättä ehdi tulla käyttäjälle tutuksi ja käyttö saattaa tämän takia jäädä vähäiseksi. CD:n tultua tutuksi sen käyttö ohjausilanteessa helpottuu ja nopeutuu, siitä voi tulostaa materiaalia asiakkaalle, sen avulla voidaan oppia uutta ja pitää tiedot ajan tasalla. Lisäksi CD:n avulla vastaanottotilanteeseen saadaan vaihtelua, ja samalla voidaan havainnollistaa asioita asiakkaalle. Osa vastaajista ilmoitti halukkuutensa hankkia tuote omaan käyttöönsä, joten voidaan ajatella, että materiaali on käyttökelpoinen myös terveysasemien hoitajien vastaanotolla.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyneestä CD-ROM-levystä tehtiin esite. Esitteen avulla Turun AMK markkinoi levyä. CD-ROM-levyä pyritään jatkossa markkinoimaan terveydenhoitajaopiskelijoille, jotka jatkavat Terveyspalveluja Ekotorille -hanketta ja hankeen kaltaisia projekteja. Lisäksi tuotetta markkinoidaan terveysasemille sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien terveysneuvonnan apuvälineeksi vastaanottotilanteissa ja mahdollisesti ryhmäohjauksissa. Esite haluttiin pitää yksinkertaisena ja selkeänä, ja siinä kerrotaan lyhyesti tuotteesta ja sen sisällöstä.

POHDINTA

Opinnäytetyön ensimmäisen vaiheen tarkoituksena oli tuottaa terveydenhoitajaopiskelijoille uudenlaista materiaalia, jolla he voivat toteuttaa tehokkaampaa ja samalla mielenkiintoista sekä

havainnollisempaa terveystarkastusta tarkastettaville. Terveystarkastuksesta asiakkaat saavat välineet, joiden avulla he pystyvät tekemään terveyttään tukevia valintoja. Silloin kun terveystarkastus on tutkittuun tietoon perustuvaa, herättelevää ja motivoivaa, se edesauttaa asiakasta tekemään terveydelleen edullisia valintoja elämässään.

Metabolinen oireyhtymä on kasvava ongelma yhteiskunnassamme. Metaboliseen oireyhtymään kuuluvien sairauksien hoito on kallista, joten erityisen tärkeää on niiden ennaltaehkäisy terveystarkastuksen avulla. Terveystarkastuksen haasteena on kehittää motivoivaa, mielenkiintoista ja asiakkaat tavoittavaa terveystarkastusta. Metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisyssä ja hoidossa ensiarvoisen tärkeitä ovat terveelliset elämäntavat. Arkipäiväisillä valinnoilla kuten hyvällä ravitsemuksella, päivittäisellä liikunnalla, tupakoimattomuudella ja alkoholin kohtuukäytöllä voidaan pienentää riskiä sairastua metaboliseen oireyhtymään. Terveellisten elämäntapojen perusta luodaan jo lapsuudessa. Tämän vuoksi terveystarkastus tulisi aloittaa mahdollisimman varhain ennen kuin ongelmia on jo syntynyt.

Opinnäytetyön tuloksena tuotetussa terveystarkastusmateriaalissa pyritään tarjoamaan sellaisia ravitsemus- ja liikuntavinkkejä, joita myös työttömällä olisi mahdollisuus toteuttaa. Materiaalissa asiat pyritään perustelemaan mahdollisimman hyvin ja esittämään ymmärrettävästi. Materiaaliksi vallittiin CD-ROM, koska se mahtuu pieneen tilaan, kulkee helposti paikasta toiseen ja siihen mahtuu paljon tietoa. CD-ROMin etuna on myös se, että siinä voidaan hyödyntää multimedian eri elementtejä, kuten kuvaa, ääntä, tekstiä ja liikkuvaa kuvaa. Näillä materiaalista saadaan havainnollisempaa ja mielenkiintoisempaa. Multimedian käyttö terveystarkastusmateriaalina on vielä melko uutta ja sen käyttö vähäistä. Tämä johtunee siitä, ettei terveystarkastuksen henkilöstö ole tottunut käyttämään vielä tietokonetta jokapäiväisenä työvälineenään.

Riskirajoilla - Metabolinen oireyhtymä tunnetuksi terveystarkastuksen keinoin -CD-ROM tehtiin Turun Ekotorilla suoritettavien terveystarkastusten avuksi. Sitä voidaan kuitenkin käyttää apuvälineenä myös kaikissa terveystarkastuksissa, esimerkiksi terveystarkastuksella ja työterveyshuollossa. CD-ROM on käyttökelpoinen myös muussa terveystarkastuksessa, esimerkiksi jos potilaalla on kohonnut verenpaine, kohonnut kolesteroliarvo, ylipaino, sydän- ja verisuonitauteja tai jos asiakkaalla on runsasta alkoholinkäyttöä tai asiakas tupakoi.

Opinnäytetyön toisessa vaiheessa materiaalia testattiin Turun Ekotorilla ja työttömien terveystarkastuksissa Raisiossa, Turun pääterveysasema Mäntymäki 2:ssa sekä Raision terveystarkastuksessa. Materiaalia testasivat Turun Ekotorilla ja työttömien terveystarkastuksissa Raisiossa Turun ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijat. Terveystarkastuksella CD-levyä testasivat terveyden- ja sairaanhoitajat. Saatua palautetta oli pääasiassa hyvää, joten materiaalia ei lähdetty muuttamaan. Opinnäytetyön toiseen vaiheeseen kuului myös esitteen teko CD-ROM-levystä. Turun ammattikorkeakoulun on tarkoitus käyttää esitettä markkinoinnin apuvälineenä opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

LÄHTEET

Fogelholm, M., Paronen, O. & Miettinen, M. 2007. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystuokunnan tila ja kehittyminen 2006. Sosiaali- ja terveystuoknisteriö. Sosiaali- ja terveystuoknisteriön julkaisuja 2007:1. Helsinki. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/02/pr1169019512649/passthru.pdf> [viitattu 15.3.2008].

Healy, GN., Wijndaele, K., Dunstan, DW., Shaw, JE., Salmon, J., Zimmet, PZ. & Owen, N. 2008. Objectively measured sedentary time, physical activity, and metabolic risk: the Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study. <http://ovidsp.uk.ovid.com> [viitattu 20.3.2008].

Jo yhdeksän vuotta kierrätystä Turussa. <http://www.turunekotori.fi/ekotori5.html> [viitattu 4.4.2007].

Kanerva, J., Packalén, J. & Puttonen, M. 1997. Ideasta multimediasi. Helsinki: Oy Edita Ab.

Keränen, V., Lamberg, N. & Penttinen, J. 2003. Digitaalinen viestintä. Porvoo: WS Bookwell.

Kukkonen-Harjula, K. 2006a. Kohonnut verenpaine. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) Terveystuoknunta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 104–111.

Kukkonen-Harjula, K. 2007. Liikunta ja veren rasvat. Työterveyslääkäri 2007. www.terveysportti.fi [viitattu 22.3.2008].

Kukkonen-Harjula, K. 2006b. Metabolinen oireyhtymä ja tyyppin 2 diabetes. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) Terveystuoknunta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 93–103.

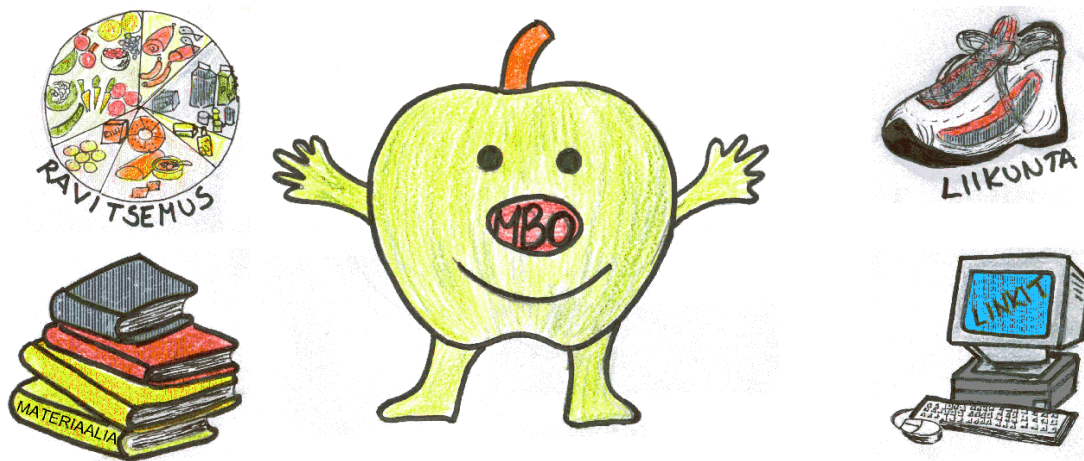
Laaksonen, D. & Niskanen, L. 2006. Metabolinen oireyhtymä ja diabetes – lihavuuden hoidon ykköskohteet. Duodecim. <http://www.terveysportti.fi/ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo95740.pdf> [viitattu 28.3.2008].

Uusitupa, M. 2001. Liikunta ja ruokavalio ovat metabolisen oireyhtymän täsmähoitoa. http://www.terveysportti.fi/ezproxy.turkuamk.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=Liikunta%20ja%20ruokavalio%20ovat%20metabolisen%20oireyhtymän%20täsmähoitoa [viitattu 7.10.2007].

Viherä, M-L. 2000. Digitaalisen arjen viestintä. Miksi, millä ja miten. Helsinki: Edita.

KIRJOITTAJAT

Linda Dalbom, Johanna Lehtonen ja Elina Syrjänen ovat valmistumassa Turun ammattikorkeakoulusta terveydenhoitajiksi (AMK) ja sairaanhoitajiksi (AMK).



CD-ROM "RISKIRAJOILLA- Metabolinen oireyhtymä tunnetuksi terveysneuvonnan keinoin"

Opinnäytetyön tuotoksena luotu CR-ROM on tarkoitettu terveysneuvonnan välineeksi hoitajan vastaanotolla. CD-ROM:in tavoitteena on metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisy niillä henkilöillä, joilla on riski sairastua oireyhtymään. CD-ROM:n tarkoituksena on antaa tietoa metabolisesta oireyhtymästä terveysneuvonnan antajalle sekä olla havainnollistamisen apuvälineenä ohjaustilanteessa. CD-ROM:n sisältö perustuu uusimpaan tutkittuun tietoon. CD-ROM:a on havainnollistettu piirros- ja valokuvin. Lisäksi eri osa-alueet on merkitty eri väreillä. CD-ROM on suunniteltu siten, että se toimii parhaiten Internet Explorer 7.0 -versiolla.

- * CD-ROM sisältää seuraavat osa-alueet:
- * Metabolisen oireyhtymän riskitekijät
 - mm. DM2, kohonnut verenpaine, ylipaino
- * Metabolinen oireyhtymä ja terveystoiminta
 - UKK:n liikuntapiirakka, liikuntasuosituksia riskitekijöittäin
- * Metabolinen oireyhtymä ja ravitsemus
 - ravitsemussuositukset, lautasmalli, ruoka-ohjeita
- * Materiaalit
 - paljon erilaisia testejä, mm. dm-riskitesti, rasvatesti, suolatesti
- * Linkit
 - koottuna kaikki CD-ROM:lla käytetyt linkit lisätiedon hankintaa varten

Tiedustelut: kristiina.viljanen@turkuamk.fi

PIENRYHMÄTOIMINTAMALLI ELÄMÄN AKTIVOIMISEEN

Hanne Kaleva & Kaisa Viitanen

Artikkeli pohjautuu Turun ammattikorkeakoulussa tehtyyn opinnäytetyöhön Elämä hallintaan yhteisvoimin (Kaleva & Viitanen 2008). Opinnäytetyö toteutettiin järjestämällä toiminnallinen pienryhmäohjausiltapäivä Turun ammattikorkeakoulun tiloissa syksyllä 2008. Ajatus toiminnallisen pienryhmäiltapäivän järjestämisestä pohjautui Kalevan, Mattilan ja Viitasen (2008) Äänessä työntekijä -opinnäytetyössä tehtyihin haastatteluihin. Turun ammattikorkeakoulun ja Turun Ekotorin yhteistyönä on toteutettu terveydenhoitajaopiskelijoiden pitämiä terveystarkastuksia Ekotorin työntekijöille. Turun Ekotorin toiminta-ajatuksena on yhdistää työllistäminen ja käytännön ympäristönsuojelu. Yhteistyökumppaneina toimivat muun muassa TE-keskus, Turun kaupunki, Työvoimatoimisto ja Turun Ekopaja. Ekotorin työntekijät ovat usein tukityöllistettyjä.

Kalevan, Mattilan ja Viitasen (2008) opinnäytetyössä on kartoitettu Ekotorin työntekijöiden henkilökohtaisia kokemuksia terveyspalveluista ja niiden käytöstä sekä ehdotuksia palveluiden kehittämiseksi. Kvalitatiivinen tutkimus -tyyppinen opinnäytetyö toteutettiin haastattelemalla kuutta Turun Ekotorin työntekijää teemahaastattelun avulla. Sisällön analyysin avulla luotiin johtopäätökset, jotka tukivat aikaisemmin tehtyä kirjallisuuskatsausta. Ilmeni, että Ekotorin työntekijöiden keskuudessa esiintyy yksinäisyyttä ja ongelmia oman elämän hallinnassa. Kehittämiskohteiksi nousivat terveysneuvonnan kehittäminen yksilöllisemmäksi ja asiakaslähtöisemmäksi, terveysneuvonnan menetelmien monipuolistaminen ja yhteisöllisyyttä kasvattavien toimien lisääminen terveyspalveluihin. Näiden tuloksien perusteella Turun Ekotorin työntekijöille suunniteltiin Aktivoi elämäsi! -iltapäivä (Kaleva & Viitanen 2008) tavoitteena elämäntilanteen parantaminen. Kaleva ja Viitanen suunnittelivat toiminnallisen pienryhmätoimintamallin työikäisten elämän aktivoimiseen. Kyseinen pienryhmätoimintamalli toteutettiin suunnitellusti viidelle osallistujalle, ja toiminnalle asetettujen tavoitteiden sekä osallistujapalautteen avulla arvioitiin pienryhmätoimintamallin onnistumista kohderyhmän osalta.

RYHMÄOHJAUS TERVEYDENEDISTÄMISTYÖSSÄ

Tutkimusten mukaan terveyttä heikentävät tekijät kasautuvat usein huonossa sosiaalisessa asemassa oleville, vähän koulutetuille ja pienituloisille. Vastaavasti terveyttä vahvistavat tekijät hyödyntävät paremmassa asemassa olevia. Terveyseroihin vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa raskas ja epävarma työ, niukka toimeentulo ja köyhyys, huonot asumisolot, auttavien sosiaalisten verkostojen vähyys sekä epäterveelliset elämäntavat, kuten tupakointi, runsas alkoholinkäyt-

tö, epäterveellinen ravitsemus ja vähäinen liikunta. (Eriksson-Backa 2003 [viitattu:2.10.2008]; Ek 2005 [viitattu:10.10.2008]; Linnanmäki 2007, 8, 9.)

Ihmissuhteiden vaikutus terveyteen on tunnettu jo kauan, sillä monet väestötutkimukset ovat vahvistaneet sosiaalisen pääoman ja terveyden positiivisen yhteyden. (Hyypä 2004 [viitattu: 22.7.2008].) Terveydenhuollossa ryhmänohjaus on yksilöohjauksen ohella yksi eniten käytetyistä ohjausmenetelmistä (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson Hirvonen & Renfors 2007, 104). Ryhmänohjauksen on lisäksi koettu lisäävän voimaantumisen tunnetta, parantavan elämänlaatua ja tukevan yksilön omia selviytymiskeinoja. Ryhmässä oleminen voi siis olla sen jäsenille voimaannuttava kokemus, joka auttaa jaksamaan ja tukee tavoitteiden saavuttamisessa. (Deakin, McShane, Cade, Williams 2005 [viitattu: 17.9.2008]; Kyngäs ym. 2007, 104.)

Salminen ym. (2002) toteavat tutkimuksessaan, että riskiryhmien ohjaus voi olla yksilöneuvontaa tai ryhmissä tapahtuvaa. Mannström-Mäkelän & Saukkolan (2008) teoksessa sen sijaan osoitetaan, että vertailtaessa ryhmänohjausta ja yksilöohjausta toisiinsa ryhmänohjauksella on kuitenkin joissakin tapauksissa merkittäviä etuja. Osallistujien saattaa esimerkiksi olla helpompi hyväksyä toisten samassa tilanteessa olevien ihmisten ideoita ja kokemuksia paremmin kuin asiantuntijan esittämiä ohjeita. (Salminen, Lindström, Louheranta & Rastas 2002 [viitattu: 14.9.2008]; Mannström-Mäkelä & Saukkola 2008, 54.) Muun muassa Puumalaisen (2004) ja Deakinin ym.(2005) tutkimukset tukevat ryhmänohjauksen etuja vahvistaen, että esimerkiksi painonhallinnassa ryhmänohjauksella on suuri merkitys. (Puumalainen 2004 [viitattu: 14.9.2008]; Deakin, McShane, Cade, Williams 2005 [viitattu: 17.9.2008].)

Yksilön terveysvalinnat ovat yhteydessä elämäntapaan ja terveyteen. Elämäntapojen muuttaminen edistyy keskittämällä siihen henkilön omia voimavaroja. Tulevaisuudessa terveysalan ammattilaiselta edellytetään laaja-alaista osaamista ja kykyä hallita erilaisia työmenetelmiä terveyden edistämistyössä sekä taitoa soveltaa niitä eri tarpeiden mukaisiksi. (Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2002, 167).

PIENRYHMÄILTAPÄIVÄN TOTEUTUS

Pienryhmäiltapäivä suunniteltiin Turun Ekotorin työntekijöille tavoitteena elämäntapojen muuttaminen. Ryhmän koko rajoitettiin viiteen osallistujaan, jotta yksilöllisyys ohjauksessa toteutuisi ja keskustelua vaativat tehtävät antaisivat mahdollisimman suuren hyödyn. Tarkoituksena oli saada osallistujat aktivoitumaan, ajattelemaan ja pohtimaan omia valintojaan elämässä ja miten niitä voisi muuttaa terveellisempään suuntaan. Tavoitteena oli myös, että työntekijä tarkastelee omia ravitsemus- ja liikuntatottumuksiaan arkipäivän tilanteissa. Keskeistä iltapäivässä oli aktiivisuuden lisääminen elämässä. Tavoitteena oli antaa eväitä elämäntapojen muuttamiseen ja auttaa löytämään itselle sopivia liikuntamuotoja ja siten saamaan uutta sisältöä elämään.

Pienryhmäiltapäivän sisällössä huomioitiin kohderyhmän lähtötaso ja pyrittiin tuomaan esille sopiva määrä tietoa, jonka omaksuminen lyhyessä ajassa olisi mahdollista. Iltapäivän toteutus perustui toiminnallisuuteen. Luento-osuudet sisälsivät paljon pohdintatehtäviä, joiden ideana oli yhdistää terveelliset elämäntavat sekä omat elämäntavat ja pohtia niiden yhtäläisyyksiä ja

eroavaisuuksia. Opetusmenetelmiin lukeutuvat myös PowerPoint-esitykset, joissa huomioitiin visuaalisten oppijoiden opiskelutekniikka. PowerPoint-diat annettiin osallistujille mukaan, jotta niissä olevaa informaatiota voisi hyödyntää tarvittaessa myöhemminkin. Oppimista tukemaan oli myös paljon muita materiaaleja, kuten esitteitä. Tietoa ja ohjausta annettiin kertomalla useita käytännön esimerkkejä ja muokkaamalla tieto helposti omaksuttavaan muotoon.

Iltapäivä koostui teoriaosuudesta ja liikunnallisesta osuudesta. Teoriaosuudessa ravitsemus- ja liikunta-asioita käytiin yhdessä läpi PowerPoint-esitysten ja pohdinnallisten tehtävien avulla. Liikunnallinen osuus taas koostui kolmesta eri osiosta: alkuverryttelystä keppijumpan ja jumpapallon avulla, kuntosaliin tutustumisesta ja loppurentoutuksesta. Lisäksi liikunnallisessa osuudessa pohdittiin yhdessä kullekin osallistujalle mieluista liikuntamuotoa ja liikuntalajia sekä suunniteltiin henkilökohtaisesti lähitulevaisuuteen sijoittuvaa liikuntalajikokeilua omien voimavarojen mukaisesti. Tässä apuna toimivat Turun kaupungin liikuntapalvelukeskuksen tarjoamat matalan kynnyksen liikuntapaikat ja liikuntatunnit sekä osallistujille jaettava ilmainen kokeilukertalippu. Yhteistyötahoilta saatiin paljon materiaalia ja tuotenäytteitä ravitsemuksesta ja liikunnasta osallistujille jaettavaksi. Aktivoi elämäsi! -iltapäivää tukivat seuraavat yhteistyötahot: Arla Ingman Oy, Felix Abba Oy, Finfood - Suomen Ruokatieto ry, HK-Ruokatalo Oy, Leaf Suomi Oy, Maito ja terveys Ry, Myllyn Paras Oy, Oy Karl Fazer Ab, Saarioinen Oy, Terveiden edistämiskeskus, Turun kaupunki, Liikuntavirasto, Valio Oy ja Vaasan & Vaasan Oy.

PIENRYHMÄTOIMINTAMALLI OSOITTAUTUI MENESTYKSEKSI

Osallistujien antama palaute Aktivoi elämäsi! -iltapäivästä oli kokonaan positiivista. Koettiin, että aktivoiminen ja kannustaminen terveellisempään elämään ja oman elämän hallintaan toteutuivat hyvin. Onnistuneita tekijöitä iltapäivässä olivat vastaajien mielestä neuvot ruokatuotumusten muuttamiseen, jo entuudestaan tuttujen asioiden mieleen palauttaminen sekä se, että sai tietoa eri liikuntamahdollisuuksista ja että neuvoja sovellettiin omaan elämäntilanteeseen.

Pienryhmätoimintamallin palautteen mukaan toiminta oli työkykyä parantavaa ja edisti työyhteisön hyvinvointia. Osallistujat kokivat, että tällaisen pienryhmätoiminnan jatkaminen tulevaisuudessa jossakin muodossa olisi terveyden näkökulmasta kohderyhmän etujen mukaista ja tarpeellista. Toiminnallisuus osoittautui hyväksi keinoksi pienryhmätoiminnassa. Toiminnallinen työote mahdollisti vuorovaikutuksellisen terveysneuvonnan ryhmässä ja edesauttoi osallistujia pohtimaan omia ja toistensa terveysvalintoja ja näkökulmia. Toisten osallistujien näkemyksien peilaaminen ja perusteleminen vahvisti omaa elämäntilannetta.

Tavoitteena oli lähestyä osallistujien tilannetta henkilökohtaisella tasolla. Tämän tavoitteen saavuttamista edesauttoi esitteiden henkilökohtainen jakaminen osallistujille. Onnistunut osa iltapäivää oli esityksessä käytettyjen PowerPoint-diojen ja esitteiden saaminen mukaan kotiin, sillä tarvittaessa niiden avulla saattoi myöhemmin palata läpikäytyihin asioihin. Pienryhmä kannusti osallistujia kokeilemaan uusia liikuntalajeja. Turun kaupungin Liikuntaviraston antamat ilmaisliput liikuntaharrastukseen koettiin erittäin hyväksi ja hyödyllisiksi. Tavoite madaltaa kynnystä liikuntaharrastuksen kokeilemisessa täyttyi hyvin, sillä ilmaiset kokeilukerrat kannustivat osallistujia kokeilemaan eri lajeja. Neljä viidestä osallistujasta suunnitteli aloittavansa uu-

den liikuntamuodon, ja yksi osallistuja suunnitteli lisäävänsä jo harrastamaansa liikuntaa. Myös yksinkertaiset ja kuvien kanssa näytetyt esimerkit linkitettynä omaan arkeen olivat toimivia. Pohdinnalliset tehtävät mahdollistivat erittäin hyvin osallistujien omien ravitsemus- ja liikuntatottumusten tarkastelun.

PIENRYHMÄTOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN

Pienryhmätoimintamalli osoittautui toimivaksi ja käyttövalmiiksi kokonaisuudeksi. Toimintamallia voisi kehittää luomalla siitä jatkuvampi kokonaisuus, jolloin se ei jäisi kertaluontoiseksi kokeiluksi. Tällöin ryhmän tuoma tuki terveyden edistämässä ja elämänhallinnassa olisi pitkäaikaisempaa ja vaikutukset pitkäkestoisempia.

Kirjoittajat suosittelevat, että pienryhmän tapaamiskertoja voisi olla esimerkiksi noin kerran viikossa viiden viikon ajan. Tällöin toiminnassa olisi jatkuvuutta, mutta se ei kuitenkaan sitoisi työntekijää liian pitkäksi ajaksi. Ryhmän koko olisi hyvä pitää riittävän pienenä jatkossakin, sillä kohderyhmä tarvitsee runsaasti henkilökohtaista ohjausta ja tukemista. Pienryhmäohjaustilanteet tulisi toteuttaa toiminnallisina kokonaisuuksina hyödyntäen keskustelua, pohdintatehtäviä ja osallistujien mukaan ottamista. Pienryhmätoimintamallia kehitettäessä tulisi huomioida toiminnallisuuden säilyttäminen jokaisessa osa-alueessa. Esimerkiksi osallistujille tulisi antaa mahdollisuus kokeilla ja tehdä asioita itse. Ryhmien terveyttä edistävässä neuvonnassa tulisi huomioida keskustelua herättävien virikkeiden antamisen merkitys. Apuna tulisi käyttää myös havainnollistavia konkreettisia esimerkkejä huomioiden osallistujien lähtötaso. Tärkeää olisi pitää ilmapiiri avoimena ja suvaitsevaisena jokaisen osallistujan mielipiteille. Ryhmäohjaajien tulee kuitenkin ohjailla ja hallita keskustelua ja toteutusta.

Pienryhmätoimintamallin hyödyntäminen terveystarkastuksissa olisi tarpeellista. Turun Ekotorin ja Turun ammattikorkeakoulun yhteistyönä toteutettavissa terveydenhoitajaopiskelijoiden suorittamissa terveystarkastuksissa voisi jatkossa arvioida työntekijän terveydentilan lisäksi tarvetta pienryhmään osallistumiseen. Terveystarkastustilanteessa voisi antaa tietoa eri ryhmävaihtoehdoista ja pohtia yhdessä työntekijän kanssa hänelle sopivaa vaihtoehtoa. Laajentamalla pienryhmätoimintaa eri terveystieteen koulutusohjelmiin saataisiin monipuolisuutta terveyspalveluihin. Yhteistyön kannalta hyödyllisiä koulutusohjelmia olisivat suun terveydenhuolto, fysioterapia ja sosiaaliala. Eri koulutusohjelmien opiskelijoiden mahdollistamana voitaisiin tarjota useita erilaisia pienryhmiä tai hyödyntää osana pidempikestoista ryhmätoimintakurssia. Aiheina voisi olla esimerkiksi ergonomia, suun terveys ja lajikokeilut. Sosionomiopiskelijat voisivat kertoa sosiaalietuuksista, sosiaalipalveluista ja arkisista elämänhallintaa lisäävistä asioista esimerkiksi rahan käytöstä. Pienryhmätoimintamallia voisi myös hyödyntää tulevaisuudessa, kun suunnitellaan toimintaa samankaltaiselle kohderyhmälle. Mallia voidaan soveltaa myös muille työikäisille työkyvyn ylläpitämiseksi.

LÄHTEET

Deakin, T., McShane, CE, Cade, JE., Williams, RDRR. 2005. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD003417.

Ek, Stefan 2005. Om information, media och hälsa i en samhällelig kontext. En empirisk och analytisk studie. Åbo Akademis förlag - Åbo Akademi University Press [viitattu: 10.10.2008]. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:951-765-289-5>.

Eriksson-Backa, K. 2003. In sickness and in health: how information and knowledge are related to health behaviour. Åbo Akademis förlag - Åbo Akademi University Press. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:951-765-153-8>.

Hyyppä, M.T. 2004. Edistääkö talkoohenki terveyttä? Sosiaalisen pääoman vaikutus terveyteen. Kansanterveyslaitos. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005; 120 (19):2315–20.

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

Linnanmäki, E. 2007. Sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja voidaan kaventaa. Terveydenhoitaja-lehti 4–5 / 2007 s. 8–10.

Mannström-Mäkelä, L. & Saukkola, K. 2008. Voimaannuttavan ohjaamisen käsikirja. Kaaoksesta arjen hallintaan. Helsinki: Yliopistopaino.

Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. 2002. Terveyden edistäminen – uudistuvat työmenetelmät. Juva: WSOY.

Puumalainen, R. 2004. Työikäisten ravitsemuskasvatus. Työterveyslääkäri 2004/1 [viitattu: 14.9.2008]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=ravintotottumukset.

Salminen, V., Lindström, J., Louheranta, A. & Rastas, M. 2002. Ruokavalio- ja liikunta-neuvonta ehkäisevät diabeteksen puhkeamista. Suomen Lääkärilehti [viitattu: 14.9.2008]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=ryhmänohjaus.

KIRJOITTAJAT

Hanne Kaleva ja Kaisa Viitanen valmistuivat terveydenhoitajiksi (AMK) ja sairaanhoitajiksi (AMK) Turun ammattikorkeakoulusta joulukuussa 2008.



KUVA 1. *Hanne Kaleva ja Kaisa Viitanen.*



KUVA 2. *Aktivoi elämäsi! -iltapäivä.*



KUVA 3. *Materiaalia liikunnasta ja ravitsemuksesta.*

TURUN EKOTORIN TERVEYSPALVELUJEN KEHITTÄMINEN

Maria Mattila

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Turun Ekotorin toimipisteiden työntekijöiden terveyspalveluita heidän tarpeitaan vastaaviksi ennaltaehkäisevän terveydenhoidon ja terveyden edistämisen näkökulmasta. Opinnäytetyössä käsiteltiin toteutettavissa olevia ehdotuksia Ekotorin terveyspalvelujen kehittämiseksi ja kartoitettiin yhteistyömahdollisuuden lisäämistä Turun ammattikorkeakoulun ja Turun Ekotorin välillä. Työn tavoitteena oli arvioida, miten voidaan lisätä ja monipuolistaa Ekotorin työntekijöiden terveyspalveluja Turun ammattikorkeakoulun Ruisklinikan tarjoamilla terveyspalveluilla.

Työn aihevalinta pohjautui Ekotorin työntekijöiden haastatteluissa (Kaleva, Mattila & Viitanen 2008) esittämiin kehittämisehdotuksiin ja Turun ammattikorkeakoulun mahdollisuuksiin tarjota toivottuja terveyspalveluita. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää suuhygienisti- ja fysioterapiaopiskelijoiden mahdollisuutta osallistua yhteistyöhön Ekotorin työntekijöiden terveyspalveluiden kehittämisessä.

OPINNÄYTETYÖN KOHDE JA KESKEISET TULOKSET

Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun ja Turun Ekotorin yhteistyöprojektia. Projekti tarjoaa Ekotorin pitkäaikaistyöttömille tai tukityöllistetyille työntekijöille terveydenhoitajaopiskelijoiden toteuttamia terveystarkastuksia, joihin sisältyy lisäksi laboratoriopalveluja. Terveystarkastuksia on tehty Ekotorin eri toimipisteissä tammikuusta 2007 lähtien. Lisäksi Ekotorin työntekijöille on tarjottu mahdollisuus käyttää laboratoriopalveluja Turun ammattikorkeakoulun Ruisklinikassa.

Opinnäytetyö toteutettiin Kalevan, Mattilan ja Viitasen (2008) opinnäytetyön laadullisen tutkimuksen tulosten pohjalta. Siinä kartoitettiin teemahaastattelumenetelmällä Turun Kirkkotien Ekotorin työntekijöiden henkilökohtaisia kokemuksia opiskelijoiden tarjoamista terveyspalveluista ja niiden käytöstä sekä ehdotuksia palveluiden kehittämiseksi. Haastatteluihin osallistui kuusi henkilöä. Tuloksista selvisi, että Turun Ekotorin tarjoamat terveyspalvelut vastasivat pääsääntöisesti työntekijöiden tarpeita. Terveystarkastukset koettiin kuitenkin joiltakin osin puutteellisiksi.

Ekotorin työntekijöiden haastatteluissa tuli esille ideoita terveyspalvelujen kehittämiseksi. Nii-tä olivat esimerkiksi erilaisten fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten terveyspalveluiden lisääminen. Terveyspalveluiden monipuolistamiseksi toivottiin lääkärin ja hammaslääkärin palveluja. Haastateltujen toiveena oli myös fysioterapia- ja hierontapalvelujen sekä erilaisten liikuntapal-

velujen lisääminen. Tärkeänä koettiin psyykkisten terveyspalvelujen saaminen ja kehittäminen nykyisten terveyspalvelujen rinnalle. Haastatteluissa tuli myös esille erilaisten terveyspalvelujen lisäämisen ohella toive palvelujen maksuttomuudesta. (Kaleva ym. 2008.)

TYÖTTÖMYYDEN YHTEYS TERVEYSONGELMIIN

Viime vuosina työttömyys ja työvoimapula ovat olleet osa Suomen yhteiskunnallista kehitystä ja ovat merkittävä osa yhteiskunnallista keskustelua. Työttömien määrä kolminkertaistui 1990-luvun alun taloudellisen laman aikana 100 000 työttömästä noin 300000 työttömään, eikä työllisyys ole edelleenkään palautunut lamaa edeltävälle tasolle. Ennusteet lupaavat taloudellista kehitystä uhkaavaa työvoimavajetta suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle. Näiden tosiasioiden vuoksi tarvitaan tietoa siitä, miten työttömien hyvinvointia ja terveyttä voidaan ylläpitää, sekä toisaalta, miten vähenevästä työvoimasta saadaan työhön mahdollisimman suuri osa. (Hepo-niemi ym. 2008, 9 [viitattu 1.11.2008].)

Yhteiskunnan jäsenenä eläminen vaatii nykypäivänä sitä, että käytössä on enemmän taloudellisia resursseja kuin mitä inhimillisten perustarpeiden tyydyttäminen vaatii. Työmarkkinoilta putoamista ja lähisuhteiden puutetta pidetään yleisesti merkittävimpinä syrjäytymiselle altistavina tekijöinä. Työelämästä syrjäytyminen altistaa muun muassa köyhyydelle ja perhe- ja päihdeongelmille, jolloin huono-osaisuus kasaantuu samoille henkilöille, perheille tai alueille muodostaen syrjäytymisen noidankehän. (Moisio, Karvonen, Simpura & Heikkilä 2008, 251–252, 256.)

EHKÄISEVÄN JA TERVEYTTÄ EDISTÄVÄN TYÖN NÄKÖKULMA TERVEYSPALVELUISSA

Terveyspalveluissa olisi tärkeää ottaa nykyistä enemmän huomioon terveyden edistämisen näkökulma, koska siihen liittyvät kiinteästi yksilöä, yhteisöä ja yhteiskuntaa koskevat tekijät. Olennaista on yksilötasolla elämänlaadun edistäminen ja ylläpitäminen sekä inhimillisen kärsimyksen lievittäminen ja ehkäiseminen. (Pietilä ym. 2002, 122.) Terveyden edistämisen erityistehtävänä ja osana kansanterveystyötä ovat väestön terveydentilan seuranta ja terveydenhoitopalvelut. Terveystarkastukset määrittävät terveyden edistämisen laatusuosituksen (2006) mukaisesti. Tavoitteena terveystarkastuksissa on yksilöllisten ja kansanterveydellisten riskien kartoittamisen lisäksi väestön terveystietoisuuden lisääntyminen sekä terveyden edistäminen.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa (2007b) painotetaan terveyden edistämisen entistä laajemman näkökulman omaksumista niin yhteiskunnallisen päätöksenteon tasolla, palvelujärjestelmässä kuin järjestöissä ja yksilötasolla. Tavoitteena terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa on väestön terveydentilan parantuminen ja terveyserojen kaventuminen. Kansansairauksien keskeisiin syihin keskittymällä voidaan vähentää huomattavia kustannuksia, jotka aiheutuvat terveydenhuollon palveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä. Työikäisten terveyden ja toimintakyvyn vahvistaminen ja ylläpitäminen nostavat osaltaan taas työllisyysastetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007b, 1,2,9 [viitattu 2.11.2008]; Pietilä, Varjoranta & Matveinen 2008 [viitattu 1.11.2008].)

LIIKUNTA JA SUUN TERVEYS OSANA TERVEYDEN EDISTÄMISEN KOKONAISUUTTA

Keskeistä työkyvyn ylläpitämisessä on liikunta-aktiivisuuden lisääminen osana terveyden edistämisen kokonaisuutta. Taustalla on lisääntynyt tutkimustieto liikunnan ja kunnon terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia edistävästä merkityksestä. Työkyvyttömyyteen johtavien sairauksien syntymistä voidaan ennaltaehkäistä kohtuullisella liikunnalla. Erityisesti selvää tieteellistä näyttöä on kestävyystyyppisen liikunnan ja aerobisen kunnon terveyttä edistävästä vaikutuksista muun muassa sydän- ja verisuonisairauksien ja aineenvaihduntasairauksien ehkäisyssä.

Tärkeä tekijä painonhallinnassa näyttää olevan myös fyysisesti aktiivinen elämäntapa. Liikuntaa harrastavat kokevat usein myös psyykkisen hyvinvointinsa lisääntyvän. Voidaan siis nähdä, että liikunta ylläpitää ja edistää työntekijöiden terveyttä ja toimintakykyä sekä vahvistaa myös kykyä selviytyä työn vaatimuksista. Terveystieteiden tämän hetken haasteita ovat fyysisen toimintakyvyn näkökulmasta työntekijöiden ikääntymisestä johtuva fyysisen suorituskyvyn aleneminen, fyysisesti raskaista, hankalista tai yksipuolisista työasunnoista ja liikkeistä johtuvat erilaiset liikuntaelinten vaivat ja sairauksien yhteys vähäiseen fyysiseen aktiivisuuteen. (Työterveyslaitos 2001, 247; Moisio ym. 2008, 73–74.)

Kattavia ja vertailukelpoisia tietoja suun terveydestä on olemassa vain yksittäisistä Euroopan maista (Koponen & Aromaa 2005 [viitattu 1.11.2008]). Voidaan kuitenkin todeta useiden tutkimusten perusteella, että koulutus- ja elintason kohoaminen, terveellisemmät ruokailutottumukset sekä parantunut suuhygieniä ja nuorena väestössä myös parantunut hammashuoltopalvelujen saatavuus ja käyttö ovat vaikuttaneet selvästi hampaiston tervehtymiseen vuosikymmenien kuluessa. Aikuisten ongelmana ovat kuitenkin edelleen hoidon tarpeeseen nähden riittämätön hammashoitopalvelujen käyttö ja käytön epätasainen jakautuminen väestöryhmittäin. (Aromaa, Huttunen, Koskinen & Teperi 2005 [viitattu 1.11.2008].)

Nguyen (2008) väitöskirjan mukaan väestöryhmien hammashoitopalvelujen käytön edistämiseksi tulisi tarkastella tarjontapuoleen liittyviä tekijöitä ja kannustimia, jotka motivoisivat ihmisiä hakeutumaan hammaslääkärin hoitoon. Eriarvoisuus hammashoitopalvelujen kokonaiskäytössä ja hoitoon hakeutumisessa johtui ennen kaikkea tulotasosta ja kutsunenettelyistä. Väitöskirjan mukaan suotuisan suun terveyden tavoittamiseksi suun terveyskasvatuksen lisääminen olisi tärkeää. (Nguyen 2008, 9, 10.) Työnhakijan näkökulmasta suun terveys on tärkeä työnhaun kannalta, sillä hoitamattomat hampaat voivat olla itsetuntoon vaikuttava tai esteettinen tekijä, joka vaikuttaa sekä työttömän yleiseen terveydentilaan että yleisvaikutelmaan työnhakijasta. (Rautio-Ottman & Hakulinen 2008 [viitattu 1.11.2008].)

EKOTORIN TYÖNTEKIJÖIDEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN KEINOJA

Opinnäytetyön toteutusvaiheessa otettiin yhteyttä Turun ammattikorkeakoulun Ruisklinikan fysioterapian toiminnasta vastaavaan opettajaan. Hänen kanssaan keskusteltiin yhteistyön mahdollisuudesta Turun Ekotorin työntekijöiden ja Ruisklinikan fysioterapian opiskelijoiden kanssa sekä heidän palvelutarjonnastaan ja palveluiden kustannusarviosta. Yhteistyö nähtiin sopiva-

na liittää osaksi opiskelijoiden opintoja ja näin ollen pidempiaikaiseksi projektiksi. Yhteistyön mahdollisuuksia pohdittaessa esille nousivat kohderyhmän tarpeet ja motivoinnin haasteet. Tärkeäksi koettiin ensin selvittää työntekijöiden kiinnostus fysioterapiaopiskelijoiden palveluiden tarjontaan sekä sitoutuminen toimintaan. Fysioterapiaopiskelijoiden palvelutarjontaan kuuluvat Ruisklinikan palvelut sekä erilaisille kohderyhmille suunniteltavat terveyslunnot ja kuntotestit. Keskustelussa esille nousivat alustavina terveyspalvelujen tarjontaehdotuksina ergonomiaopastus, liikuntaluento ja aerobinen ohjaus, esimerkiksi sauvakävely, huomioiden kohderyhmän kiinnostuksen ja tarpeet. (Laajala 31.10.2008, henkilökohtainen tiedonanto.)

Kehittämissuunnitelmien perusteella otettiin yhteyttä myös suuhygienistiopiskelijoiden Ruisklinikan suun terveydenhoidon toiminnasta (Dental) vastaavaan yliopettajaan. Dentalissa suuhygienistiopiskelijat tarjoavat peruspalveluiden lisäksi kohderyhmille räätälöityjä luentoja esimerkiksi ravitsemuksen, tupakanpolton ja alkoholinkäytön yhteydestä suun terveyteen. Suuhygienistiopiskelijoiden palvelujen lisäksi asiakkailta on kerran viikossa mahdollisuus hammaslääkärin konsultointiin toimipisteessä. Suuhygienistiopiskelijoiden tarjoamat luennot nähtiin mahdolliseksi yhdistää opiskelijoiden opintoihin ja ne sopisivat myös opinnäytetöiden aiheiksi, jolloin yhteistyö Ekotorin työntekijöiden kanssa olisi suunnitelmallisempaa ja pidempiaikaista sekä palvelut olisivat maksuttomia. (Yli-Junnila 4.11.2008, henkilökohtainen tiedonanto.)

Ajankohta fysioterapiaopiskelijoiden tarjoamille terveyspalveluille olisi kevät 2009, jolloin fysioterapeuttiopiskelijat voisivat järjestää Ekotorin työntekijöille esimerkiksi UKK-kävelytestin maksimissaan kymmenelle henkilölle kerrallaan. Fysioterapiaopiskelijoiden Ruisklinikan terveyspalveluiden tarjonta on kuitenkin työntekijöillä jo heti käytössä. (Laajala 31.10.2008, henkilökohtainen tiedonanto.) Suuhygienistiopiskelijoiden terveyskasvatusluentojen ajankohtana olisi alustavasti vuosi 2009. Ruiskadun Dental tarjoaa kuitenkin terveyspalveluja jatkuvasti ja kaikille avoimesti. (Yli-Junnila 4.11.2008, henkilökohtainen tiedonanto.)

POHDINTA

Yhteistyötä Turun ammattikorkeakoulun ja Ekotorin välillä voisi laajentaa entisestään erilaisen projektien, tutkimusten ja yhteistyön kautta. Yhteistyön jatkuminen ja terveyspalveluiden kehittäminen on tärkeää, sillä Ekotorin työntekijöillä ei ole heille varsinaisesti suunnattuja terveyspalveluja Terveyspalveluja Ekotorille -projektin lisäksi. Heponiemen ym. (2008) mukaan työttömien terveyden edistämiseen on tarvetta ja säännöllisten terveystarkastusten tarjoaminen heille on perusteltua. Ekotorin työntekijät kuuluvat yhteiskunnan riskiryhmään, jossa on vaarana jäädä terveyspalveluiden ulkopuolelle. Terveystarkastuksista ja -palveluista tiedottaminen olisi tarpeellista työntekijöiden yhteisissä tiloissa, esimerkiksi ilmoitustaulun avulla. Ilmoitustaululla voitaisiin ilmoittaa terveystarkastuksista, terveydenhoitajaopiskelijoiden paikallaolosta, Ruiskadun terveyspalveluista ja niiden hinnoista, erilaisista toiminnallisista ryhmistä sekä yleisistä asioista. Tämä lisäisi tiedonkulkua työyhteisössä sekä edistäisi mahdollisesti terveyskäyttäytymistä ja aktivoisi Ekotorin työntekijöitä terveyspalvelujen ääreen.

Ekotorin terveyspalveluja voisi kehittää hyödyntämällä entisestään terveydenhoitaja- ja sairaanhoitajaopiskelijoiden ammatillista osaamista Ekotorin työntekijöiden terveyden edistämässä

esimerkiksi terveystarkastusluennoilla, -ryhmillä ja laajemmilla terveystarkastuksilla. Myös fysioterapia- ja suuhygienistiopiskelijoiden yhteistyötä voitaisiin laajentaa kysynnän ja tarpeen mukaisesti. Ekotorin muilta yhteistyökumppaneilta olisi tarpeellista selvittää, miten he voisivat osallistua työntekijöiden terveystarkastusten kehittämiseen ja millaisia pysyviä terveystarkastuksia Ekotorin työntekijöille kyettäisiin järjestämään. Lisäksi Turun lääketieteen opiskelijoiden kiinnostusta yhteistyöhön Ekotorin terveystarkastusten kehittämisessä voitaisiin kartoittaa.

Kalevan, Mattilan ja Viitasen (2008) opinnäytetyössä nousi esille erityisesti tarve psyykkisten terveystarkastusten lisäämiseen ja psyykkisen terveyden painottamiseen terveystarkastuksissa. Terveystarkastuksissa tulisi käsitellä laajemmin ja monipuolisin menetelmin psyykkistä hyvinvointia esimerkiksi erilaisten seulontatestien avulla. Terveystarkastusopiskelijoiden vapaita vastaanottoaikoja voitaisiin lisätä, jotta työntekijöillä olisi mahdollisuus vapaamuotoiseen keskusteluun haluamistaan asioista. Erilaiset keskusteluryhmät ja toiminnalliset ryhmät edesauttaisivat ryhmään kuulumista ja ehkäisisivät sairastumisen ohessa myös syrjäytymiseltä.

Ekotorin terveystarkastuksia voitaisiin edelleenkin monipuolistaa ja lisätä. Terveystarkastusten tulisi sisältää lääketieteellistä osaamista eri tasoilla, sillä tarvetta Ekotorin työntekijöillä on sekä yleislääkäri- että erikoislääkäritasoisille palveluille. Terveystarkastuksia ja terveystarkastusta tulisi kehittää edelleen yksilöllisempään ja kokonaisvaltaisempaan suuntaan, sillä tämä mahdollistaisi terveystarkastusten kehittämistä asiakaslähtöisemmiksi. (Kaleva ym. 2008.) Haasteina terveystarkastusten järjestämisessä on kohderyhmän motivointi ja innostaminen. Kohderyhmän terveystarkastusten kehittämiseksi olisi jatkossa tärkeä kartoittaa Ekotorin työntekijöiden tarvetta ja terveystarkastusten käyttäytymistä, jotta terveystarkastukset osattaisiin kohdentaa entistä paremmin.

LÄHTEET

Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. 2005. Yhteenveto väestön terveyden kehityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Suomalaisten terveys [viitattu 1.11.2008]. Saatavissa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00066.

Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio, M., Sinervo, T., Aalto, A-M. & Keskimäki, I.2008. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 14/2008 [viitattu 1.11.2008]. Saatavissa http://www.tem.fi/files/19508/temjul_14_2008_tyo_ja_yrittajyys.pdf.

Kaleva, H., Mattila, M. & Viitanen, K. 2008. Äänessä työntekijä – Turun Ekotorin terveystarkastusten kehittäminen. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu.

Koponen, P. & Aromaa, A. 2005. Suomalaisten terveys kansainvälisessä vertailussa. Suomalaisten terveys [viitattu 1.11.2008]. Saatavissa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00044.

Laajala, K. 2008. Henkilökohtainen tiedonanto 31.10.2008. Turun ammattikorkeakoulu.

Moisio, P., Karvonen, S., Simpura, J. & Heikkilä, M. 2008. Suomalaisten hyvinvointi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Nguyen, L. 2008. Dental service utilization, Dental health production and equity in dental care: the Finnish experience. STAKES tutkimusraportti 173. Vaajakoski: Gummerus.

Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) 2002. Terveysten edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Juva: Bookwell Oy.

Pietilä, A-M., Varjoranta, P. & Matveinen, M. 2008. Terveyttä edistävän toiminnan haaste on moninaisuus. Sairaanhoidajalehti [viitattu 1.11.2008]. Saatavissa http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=shk&p_haku=terveyden%20edist%E4minen.

Rautio-Ottman, T. & Hakulinen, A. 2008. Työttömän terveystarkastukset lisäävät tasa-arvoa. Sairaanhoidajalehti [viitattu 1.11.2008]. Saatavissa http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=shk&p_haku=terveyden%20edist%E4minen.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007b. Terveysten edistämisen politiikkaohjelma [viitattu 2.11.2008]. Saatavissa <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/te-ohjelma/index.htm.i371.pdf>.

Työterveyslaitos 2001. Työfysioterapia. Yhteistyötä työ- ja toimintakyvyn hyväksi. Kukkonen, R., Hanhinen, H., Ketola, R., Luopajarvi, T., Noronen, L. & Helminen, P. (toim.). Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Yli-Junnila, P. 2008. Henkilökohtainen tiedonanto 4.11.2008. Turun ammattikorkeakoulu.

KIRJOITTAJA

Maria Mattila on valmistunut Turun ammattikorkeakoulusta sairaanhoidajaksi (AMK) ja terveydenhoitajaksi (AMK) syksyllä 2008.

TERVEYSKASVATUSMATERIAALIA LAPSILLE JA NUORILLE

Taru Korhonen

Terveysneuvonnan uudet menetelmät -yhteistyöhankeen tarkoituksena oli tuottaa terveyskasvatusmateriaalia lapsille ja nuorille terveydenhoitajaopiskelijoiden opinnäytetöinä. Yhteistyöhanke alkoi Turun ammattikorkeakoulun ja Turun terveystoimen välillä keväällä 2007, jolloin kartoitettiin, millaista terveyskasvatusmateriaalia Turun terveystoimessa tarvitaan. Joulukuussa 2008 hankkeeseen liittyen valmistui kuusi opinnäytetyötä.

TAVOITTEENA LASTEN JA NUORTEN HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN

Terveysneuvonnan uudet menetelmät -yhteistyöhankkeeseen liittyvien opinnäytetöiden yhteisenä tavoitteena on lasten ja nuorten terveyden edistäminen. Terveyden edistämässä tavoitteena on vahvistaa terveyttä suojaavia sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä sekä muuttaa elämäntapoja terveellisempään suuntaan (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 8). Lapsena ja nuorena omakсутaan monet elämäntavat, tottumukset ja asenteet kuten ravitsemus- ja liikuntatottumukset, sosiaaliset taidot sekä lepo-, rentoutumis- ja virkistymistavat (Rajantie & Perheentupa 2005, 299). Kun terveelliset elämäntavat sisäistetään lapsuuden ja nuoruuden aikana, voidaan ennaltaehkäistä erilaisia aikuisiällä puhkeavia kansansairauksia ja ongelmia (Sosiaali- ja terveystoimisto 2002, 28). Koska terveyden perusta muodostuu jo lapsuudessa, on lasten ja nuorten terveyden edistämiseen kiinnitettävä erityistä huomiota.

Yhteistyöhankkeeseen liittyvät opinnäytetyöt ovat kirjallisuuspohjaisia. Opinnäytetöiden kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata aiheen kannalta olennaisen kirjallisuuden, tutkimusten ja muiden julkaisujen keskeinen sisältö. Kirjallisuuskatsauksiin poimitaan aiheeseen liittyvien tutkimusten ja muiden julkaisujen asianmukaiset ja tärkeimmät tutkimustulokset ja päätelmät. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 111–112.) Opinnäytetöinä tuotettujen materiaalien sisällöt ovat muodostuneet Turun terveystoimen edustajien esittämien ajatusten ja aiheista tehtyjen kirjallisuuskatsauksien pohjalta. Terveydenhoitajaopiskelijat ja Turun terveystoimen edustajat tapasivat hankkeen aikana kahdesti terveysohjaajan johdolla.

Opinnäytetöinä tuotetut terveyskasvatusmateriaalit keskittyvät eri-ikäisten lasten ja nuorten terveyden edistämiseen erilaisista näkökulmista. Neljän opinnäytetyön tuotoksena on koulu- ja nuorisoyhteisöille suunnatut esitteet, joita on tarkoitus käyttää terveyskasvatuksen tukena. Muut työt on suunnattu välillisesti lasten sijaan terveydenhoitajille, vanhemmille ja oppilashuoltoryhmille. Kaikkien töiden tarkoituksena on kuitenkin tehostaa terveyskasvatusta ja toimia terveydenhoitajan työn tukena terveyden edistämässä.

ENSILUOKKALAISTEN TERVEELLISTEN ELÄMÄNTAPOJEN JA VÄLITUNTITURVALLISUUDEN EDISTÄMINEN

Yhteistyöhankkeeseen pohjautuvista opinnäytetöistä kaksi kohdistui peruskoulun ensiluokkalaisten terveyden edistämiseen. Terveyskasvatusmateriaalia tuotettiin sekä ensiluokkalaisille että heidän vanhemmilleen. Materiaalit tukevat toisiaan, sillä molemmissa on keskitytty lapsen terveyden kannalta keskeisimpiin tekijöihin. *Kivaa Kattisen kanssa* -terveyskasvatusmateriaali on ensiluokkalaiselle suunnattu toiminnallinen esite hyvistä terveystottumuksista. Esite on toteutettu ensiluokkalaisten kehitystaso huomioiden ja siinä pyritään mielenkiintoisten kuvien ja lyhyiden tekstien avulla kertomaan hyvistä terveys- ja liikuntatottumuksista, unesta, suun terveydenhoidosta sekä puhtaudesta huolehtimisesta. Esitteessä kissahahmo Kattinen seikkailee päivän ajan noudattaen terveellisiä elämäntapoja. Esitteen lopussa olevan pelin ansiosta lapsi voi kerrata myös myöhemmin esitteestä oppimiaan asioita. Ensiluokkalaisten vanhemmille suunnattu opas *Terveellisen elämän avaimet* sisältää tietoa yleisimmistä lapsen terveyskäyttämiseen liittyvistä suosituksista. Oppaan tarkoituksena on tukea ja opastaa ensiluokkalaisten vanhempia terveyskasvattajina ja roolimalleina.

Ensiluokkalaiset ovat välillisenä kohderyhmänä myös *Välituntiturvallisuuden edistäminen* -materiaalikoosteessa. Materiaalikooste on toteutettu CD:n muodossa ja sen tarkoituksena on antaa tietoa välituntiturvallisuudesta oppilashuoltoryhmien käyttöön. Koosteeseen on kerätty yhteen erilaisia toimintaehdotuksia, joiden avulla välituntiturvallisuutta voitaisiin edistää kouluissa.

ESIMURROSIÄSSÄ OLEVIEN NUORTEN TUKEMINEN MUUTOSTEN KESKELLÄ

Murrosiän alkaessa nuori kokee paljon fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia. Kehossa tapahtuvat nopeat muutokset aiheuttavat nuorissa hämmennystä ja epävarmuutta. (Haverinen 2003, 10.) Terveysneuvonnan uudet menetelmät -yhteistyöhankkeen avulla pyrittiin saamaan uusia keinoja tukea nuorta ja edistää nuorten terveyttä murrosiän kynnyksellä. Hankkeen opinnäytetöistä kaksi kohdistui yläkoulun seitsemäsluokkalaisiin ja yksi alakoulun viidesluokkalaisten itsetunnon tukemiseen.

Auringonpaistetta ja ukkosmyrskyjä - murrosikäisen salattu elämä -materiaali tarjoaa esimurrosikäiselle tietoa murrosiän muutoksista ja niiden vaikutuksista nuoren itsetuntoon. Erityisesti viidesluokkalaisille suunnattu vihko käsittelee murrosikäisen muuttuvia suhteita vanhempiin, kavereihin ja vastakkaiseen sukupuoleen sekä koulukiusaamista. Materiaalin tavoitteena on tukea nuoren itsetuntoa ja psyykkistä kehitystä. Murrosiän fyysisiä muutoksia käsitellään myös lyhyesti ”terkkari vastaa” -osiossa. Lisäksi vihkonen sisältää leikkimielisen itsetunto-testin sekä ”mä en kiusaa” -passin.

Seitsemäsluokkalaisille suunnattu *Testaa ovatko sinun palasesi koossa!* - tietoa, tehtäviä ja testi on esite terveellisistä elämäntavoista. Esitteessä käsitellään nuoren ravitsemukseen, liikuntaan ja

uneen liittyviä asioita. Materiaalin tavoitteena on ohjata nuorta tekemään omassa arjessa valintoja terveellisemmän elämän puolesta. Esitteessä on annettu konkreettisia esimerkkejä aamu- ja välipalavaihtoehdoista sekä erilaisista liikuntamahdollisuuksista. Lisäksi esitteessä on terveellisiin elämäntapoihin liittyviä tehtäviä.

Harjoituksia seitsemäsluokkalaisten nuoren psyykkisen kasvun tukemiseen -materiaalikooste on tarkoitettu kouluterveydenhoitajien käyttöön seksuaalikasvatuksen tueksi. Turun terveystoimen kouluterveydenhoitajien mukaan terveystoimen Seksuaaliterveyskansio sisältää hyvää tietoa murrosiän fyysisistä muutoksista, seksistä ja sukupuolitaudeista, mutta psyykinen näkökulma on jäänyt vähäiseksi. Uuden materiaalikoosteen avulla Seksuaaliterveyskansion tärkeää tietoa voidaan syventää ja monipuolistaa. Materiaali sisältää erilaisia harjoituksia ja tehtäviä, joiden tavoitteena on tukea nuoren itsetunnon kehittymistä sekä korostaa nuoren omaa valinnanvapautta ja opettaa nuoria tunnistamaan ja välttämään median negatiivisia vaikutuksia. Materiaalin tarkoituksena on antaa terveydenhoitajille uusia keinoja käsitellä seksuaalisuuden psyykkisiä muutoksia seitsemäsluokkalaisten terveyskasvatustunneilla ja yksilövastaanotolla.

TERVEYSKAVATUSMATERIAALIT HYVÄNÄ TUKENA TERVEYDENEDISTÄMISTYÖSSÄ

Opinnäytteinä tuotettujen materiaalien valmistuttua niitä testattiin käytännössä. Testauksen tarkoituksena oli kartoittaa kohderyhmän sekä materiaalin mahdollisten muiden käyttäjien mielipiteitä ja ajatuksia materiaaleista. Tarkoituksena oli selvittää, vastaavatko materiaalit käyttötarkoitustaan. Yleisesti kaikki materiaalit saivat paljon positiivista palautetta. Myös kehittämisehdotuksia, annettiin ja joihinkin materiaaleihin tehtiin niiden mukaisia muutoksia. Testauksen mukaan Turun terveystoimen edustajat, pääasiassa kouluterveydenhoitajat, olisivat valmiita ottamaan materiaalit käyttöön oman työnsä tueksi. Positiivista palautetta saatiin myös kohderyhmän oppilailta, opettajilta ja muilta koulun edustajilta.

Terveysaineiston sopivuus vastaanottajalle on edellytys terveyskasvatusmateriaalin vaikuttavuudelle (Parkkunen 2001, 18). Materiaaleja suunniteltaessa on otettu huomioon kohderyhmän kehitystaso ja ominaisuudet. Materiaalien sisältö on pyritty tekemään mielenkiintoiseksi kohderyhmälle sopivalla tavalla, ja suurin osa materiaaleista sisältää toiminnallisia osioita kiinnostuksen lisäämiseksi. Terveyskasvatusmateriaali tukee terveyden edistämistä muun muassa vahvistamalla ja havainnollistamalla käsiteltävää aihetta (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 3).

Terveysneuvonnan uudet menetelmät -yhteistyöhankkeesta valmistuneet terveyskasvatusmateriaalit ovat hyvä tuki terveydenedistämistyössä. Terveydenhoitajan tekemien terveystarkastusten lisäksi materiaaleja voi käyttää hyödyksi myös muussa terveyskasvatuksessa kuten terveystiedon tunneilla. Terveydenhoitajan lisäksi opettajat ja myös muu koulun henkilökunta voivat hyödyntää materiaaleja oman työnsä tukena.

TERVEYSNEUVONNAN UUDET MENETELMÄT -YHTEISTYÖHANKKEEN OPINNÄYTETYÖT JA TEKIJÄT

Kivaa Kattisen Kanssa - terveyskasvatusmateriaalia ensiluokkalaisille
Taru Korhonen, Anna-Maarit Päärni, Emmi-Riina Vertanen ja Katri Vuorinen

Terveellisen elämän avaimet - opas ensiluokkalaisten vanhemmille
Jenni Elo ja Liisa Rantahalvari

Ensiluokkalaisten välituntiturvallisuuden edistäminen
Mari Mattsson, Heli Sihvonen ja Enni Toivonen

Auringonpaistetta ja ukkosmyrskyjä - murrosikäisen salattu elämä- Terveyskasvatusmateriaalia
5. luokkalaisille
Delbar Nouri Tehran, Saara Saarinen ja Sanna Suominen

Testaa ovatko sinun palasesi koossa! - tietoa, tehtäviä ja testi
Taru Suominen, Tiia Tutti ja Essi Vihermä

Harjoituksia seitsemäsluokkalaisten nuoren psyykkisen kasvun tukemiseen
Salla-Sofia Siniranta, Anni Laaksonen ja Sanna Lehtonen

Lisätietoja opinnäytetöistä ja materiaaleista: Kristiina Viljanen, Turun ammattikorkeakoulu
kristiina.viljanen@turkuamk.fi

LÄHTEET

Haverinen, K. 2003. ”Hyvä mopo!” Pedagoginen toiminta peruskoulun seitsemännelle luokalle siirtyvien oppilaiden tukemiseksi. Tampere: Tampereen yliopisto [viitattu 19.11.2008]. http://hameenpiiri.mll.fi/mp/db/file_library/x/IMG/31622/file/katriinahaverinen.pdf.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. 12. painos. Helsinki: Tammi.

Parkkunen, N. & Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Rajantie, J. & Perheentupa, J. 2005. Lasten terveys. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 299–306.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja -sarja 3/2005. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

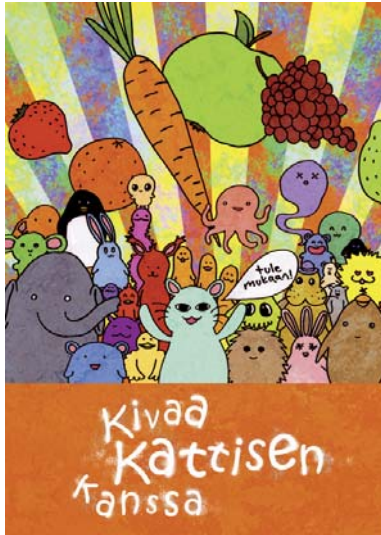
Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista. Julkaisuja 2002:12. Helsinki: STM.

KIRJOITTAJA

Taru Korhonen valmistui terveydenhoitajaksi (AMK) ja sairaanhoitajaksi (AMK) Turun ammattikorkeakoulusta joulukuussa 2008.

Terveysneuvonnan uudet menetelmät

Materiaalia terveyskasvatuksen tueksi



Kivaa Kattisen kanssa

- terveyskasvatusmateriaali ensiluokkalaisille -

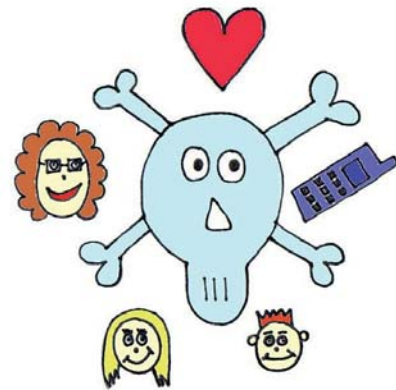
Kivaa Kattisen kanssa -esite on ensiluokkalaisille suunnattu terveyskasvatusmateriaali hyvistä terveystottumuksista. Esitteessä kissahahmo Kattinen seikkailee päivän ajan noudattaen terveellisiä elämäntapoja. Esitteessä kerrotaan kuvien ja tekstin avulla muun muassa ravitsemuksesta, unesta, liikunnasta ja hammasterveydestä. Esite sisältää myös pelin, jonka kautta lapsi voi kerrata esitteen sisältämiä asioita.

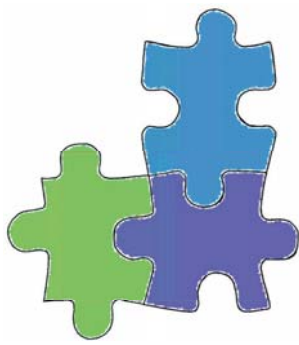
Auringonpaistetta ja ukkosmyrskyjä

- murrosikäisen salattu elämä -

Auringonpaistetta ja ukkosmyrskyjä -viikko on 5.luokkalaisille suunniteltu terveyskasvatusmateriaali.

Materiaali keskittyy lähinnä käsittelemään murrosikään liittyviä psyykkisiä muutoksia. Materiaalin punaisena lankana on itsetunto ja sen tukeminen. Materiaalista on pyritty tekemään henkilökohtainen ja toiminnallinen, joten materiaalista löytyy mm. linkkivinkkejä, kiusaamispassi sekä itsetunto-testi.





TESTAA OVATKO SINUN PALASESI KOOSSA!

Terveyskasvatusmateriaali sisältää tietoa, tehtäviä ja testin ravitsemuksesta, unesta ja liikunnasta. Materiaali on ensisijaisesti suunnattu seitsemäsluokkalaisille, mutta sitä voidaan käyttää myös muilla luokka-asteilla ja osana terveystiedon opetusta.

**TESTAA OVATKO
SINUN PALASESI KOOSSA!**
- Tietoa, tehtäviä ja testi

Seitsemäsluokkalaisten nuoren itsetunnon ja valinnanvapauden tukeminen nyky-yhteiskunnassa

Materiaali sisältää erilaisia harjoituksia ja tehtäviä, jotka ovat pääosin suunniteltu käytettäväksi terveystietotunneilla, mutta osaa niistä voi hyödyntää myös kouluterveydenhoitajan yksilövastaanotolla. Harjoitusten tavoitteena on tukea nuoren itsetunnon kehittymistä, korostaa nuoren omaa valinnanvapautta sekä opettaa nuoria tunnistamaan median luomia epärealistisia malleja ja välttämään niiden tuomia negatiivisia vaikutuksia.



SUUN TERVEYS SWAZIMAASSA

Johanna Nurvala & Minna Rajala

Afrikan maissa kariesta on perinteisesti esiintynyt suhteellisen vähän (Thorpe 2006, 9–10). Suun terveyden tilanne kuitenkin vaihtelee paljon maanosan eri maiden ja ryhmien välillä (FDI 2004, 10). Viime vuosikymmeninä kariksen on havaittu lisääntyneen huomattavasti erityisesti hyvin toimeentulevien kaupunkilaisten keskuudessa. Muutokseen ovat vaikuttaneet kulttuuriset ja ekonomiset trendit, joiden seurauksena perinteiset tärkkelyspitoiset ruuat ovat vaihtuneet sokeripitoisiin ruokiin. (Enwonwu ym. 2004, 346.) Huolestuttavaa on, että monissa Afrikan maissa suun terveydenhoitoa ei pidetä tärkeänä eikä siihen ohjata tarpeeksi resursseja, mikä johdosta yli 90 prosenttia kariestapauksista jää hoitamatta (FDI 2004, 10; Thorpe 2006, 9–10.)

Suomessa maahanmuuttajien määrä on viime vuosikymmeninä kasvanut tasaisesti (Maahanmuuttovirasto 2008), mikä näkyy monikulttuurisuuden lisääntymisenä myös suun terveydenhuollossa ja luo uudenlaisia vaatimuksia suuhygienistinkin osaamiselle. Afrikka ja kehitysmaalaisten olot ovat aina kiinnostaneet opinnäytetyön tekijäryhmän jäseniä, joihin kuuluivat Johanna Nurvala, Minna Rajala ja Maria Vieri. Syksyllä 2007 Minna Rajala ja Maria Vieri olivat Swazimaassa kolmen kuukauden harjoittelujaksolla. Tuntui siis luontevalta valita opinnäytetyölle aihe, joka hyödyntäisi sieltä saatavaa tietoa ja kokemusta sekä auttaisi Suomessa ymmärtämään muista kulttuureista, erityisesti Afrikan maista, tulevien ihmisten suun terveyttä.

SWAZIMAA JA SWAZIMAAN SUUN TERVEYDENHUOLTO

Swazimaa on pieni, noin miljoonan asukkaan kuningaskunta Etelä-Afrikan ja Mosambikin välissä. Swazimaa on yksi Afrikan rikkaimmista maista, mutta se luetaan kuitenkin kehitysmaihin, sillä 66 % maan väestöstä asuu köyhyysrajan alapuolella. (WHO 2000.) Kaupungit ovat melko moderneja ja länsimaisia, mutta maaseudulla ihmiset asuvat vielä savimajoissa. Maan pääkaupunki Mbabane sijaitsee maan itäosan vuoristossa, ja siellä asuu noin 70 000 asukasta. (Cheers 2008, 348.) Swazimaassa virallisina kielinä puhutaan siSwatia sekä englantia, joten kommunikointi paikallisten kanssa oli helppoa. Swazimaassa on maailman korkein HIV-tartuntojen määrä suhteessa väestöön, sillä noin 39 % väestöstä on HIV-positiivisia (Central Intelligence Agency 2008).

FDI World Dental Federationin (FDI) mukaan Swazimaan suun terveydenhuoltojärjestelmä koostuu julkisen ja yksityisen sektorin palveluista. Julkisen suun terveydenhuoltojärjestelmän tarjoama hoito on osittain valtion takaamaa hoitoa. (FDI 2000.) Yksityiseen suun terveydenhuoltoon hakeutuvat yleensä hyvin toimeentulevat kaupunkilaiset, joilla on varaa maksaa kallimmasta hoidosta (Sukati 1997, 760–766).

Vuonna 2000 Swazimaassa työskenteli 11 hammaslääkärinä, 2 hammashoitajaa ja 40 suuhygienistiä (FDI 2000). Vuoteen 2006 mennessä hammaslääkäreiden lukumäärä oli kasvanut 32:een (WHO 2006a), mutta suuhygienistien ja hammashoitajien vuotta 2000 uudempaa lukumäärää ei ole saatavilla. Vuoteen 2000 asti Swazimaassa oli myös suuhygienistien koulutusohjelma (FDI 2000), joka poikkesi yleisestä suuhygienistin koulutuksesta siinä, että suuhygienistit opetettiin myös poistamaan hampaita. Sitten suuhygienistien koulutus on lopetettu, eikä Swazimaassa voi opiskella muitakaan suun terveydenhuollon ammattitehtäviä.

OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa swazimaalaisten lasten suun terveydestä. Lisäksi haluttiin selvittää swazimaalaisten aikuisten suunhoito- ja ravitsemustottumuksia, heidän suun alueen ongelmiaan sekä tietoa suun terveydestä. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada uutta tietoa kehitysmaalaisten suun terveydestä Afrikassa, sillä aiemmat Swazimaan suun terveyteen liittyvät tutkimukset ovat pääasiassa 1980–1990-luvulta, eivätkä muuallakaan Afrikassa tehdyt vastaavat tutkimukset ole paljon uudempia. Lisäksi tavoitteena oli, että jatkossa Swazimaahan vaihtoon menevät suuhygienistiopiskelijat voisivat tulosten pohjalta kehittää terveydenedistämiskeinoja yhteistyökumppaneina olleille tahoille sekä tehdä jatkotutkimusta tulosten pohjalta.

TUTKIMUSTAPA JA AINEISTONKERUU

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Lasten suun terveyttä koskeva aineisto kerättiin käyttäen kliinistä tutkimustapaa tekemällä suun terveydentilan selvitys yhteensä 71:lle satunnaisesti valitulle 1–13-vuotiaalle lapselle Mahwalalan esikoulussa, St. Matthew'sin soppakeittiössä ja Sandra Leen orpokodissa. Suun terveydentilan selvityksen tekemiseen käytettiin taskulamppua ja peiliä, ja löydökset kirjattiin tarkoitusta varten luodulle statuskaavakkeelle. Suun terveydentilan selvityksessä keskityttiin pääasiassa kariksen, plakin, hammaskiven ja pehmytkudosten tilan rekisteröintiin.

Mahwalalan esikoulu oli Punaisen Ristin ylläpitämä, ja se sijaitsi Mbabanen slummialueella. Esikoulua kävi noin 80 3–6-vuotiasta lasta yhdessä pienessä luokkahuoneessa. Anglikaanisen kirkon ylläpitämän St. Matthew'sin soppakeittiön toiminta perustui vapaaehtoistyöntekijöiden työpanokseen ja ulkomaalaisavustuksiin. Soppakeittiö tarjosi ruokaa lähialueen köyhille orpolapsille aamuisin ja iltapäivisin koulun jälkeen. Sandra Leen orpokoti toimi amerikkalaisen rahoituksen ja paikallisen maatalon tuoton turvin, ja siellä oli 15 pääasiassa alle kouluikäistä lasta. Lapset olivat hyvinvoivia, eikä heillä ollut puutetta perustarpeista.

Aikuisten suunhoito- ja ravitsemustottumuksia, tietoa suun terveydestä sekä kokemuksia suun terveydentilasta selvitettiin käyttäen kyselylomaketta, joka koostui strukturoiduista ja avoimista kysymyksistä. Aineisto kerättiin harjoittelupaikkoina toimineiden hammasklinikoiden asiakailta. Kyselyyn osallistuneet henkilöt valittiin satunnaisesti, ja he saivat itse täyttää kyselylomakkeen hammashoitokäyntinsä yhteydessä. Vastauksia saatiin yhteensä 29 kappaletta.

Julkisen puolen aineistonkeruupaikkoina toimivat maaseudulla sijaitseva Dvokolwakon terveysklinikan hammashoitola, jossa toimi yksi hammaslääkäri, sekä Mbabane Government Hospital - Dental Department, jossa työskenteli neljä hammaslääkäriä ja suuhygienistiä. Julkisen puolen hammashoitoon tulivat ne, joilla ei ollut varaa yksityiseen hammashoitoon. Yleisin toimenpide oli hampaanpoisto, sillä useimmilla asiakkailla ei ollut varaa hampaan paikkaukseen, joka oli poistoa kalliimpi toimenpide. Julkisen hammashoidon ongelmana oli pula laitteista ja materiaaleista.

Yksityisen puolen aineisto kerättiin kahdella eri hammasklinikalla, jotka olivat Mbabane Clinic ja MT Dental Services. Mbabane Clinic oli Swazimaan suurin ja edistynein yksityinen sairaala, jonka yhteydessä toimi myös hammasklinikka. Hammasklinikalla oli kaksi hoitohuonetta, joissa työskenteli suuhygienisti sekä kaksi hammaslääkäriä. Lisäksi klinikalla työskenteli kaksi hammashoitajaa sekä vastaanottovirkailija. MT Dental Services oli pieni yksityinen vastaanotto, jossa oli yksi hoitohuone sekä leikkaussali. Vastaanotolla työskenteli hammaslääkäri, suuhygienisti, hammashoitaja sekä vastaanottovirkailija.

Aineiston keräämisen jälkeen lomakkeet tarkistettiin ja vastaukset muutettiin numeeriseen muotoon, minkä jälkeen aineisto kirjattiin taulukkolaskentaohjelma Exceliin analysointia varten. Tuloksista laskettiin keskiarvoja sekä prosentuaalisia osuuksia, ja keskeisiä tuloksia havainnollistettiin tekemällä niistä pylväsdigrammeja.

TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU

Tulokset osoittivat, että tutkituiden lasten suun terveydentilanne oli huono. Näkyvää plakkia oli 85 prosentilla lapsista, mikä kertoo huonosta harjauksesta ja mahdollisesti myös hampaiden puhdistusvälineiden puutteesta. Tulos on lähes sama kuin Ghanassa 1980-luvulla saatu tulos (84 %), ja hieman parempi kuin Swazimaassa 1979 tehdyssä tutkimuksessa, jossa runsasta plakkia oli yli 95 prosentilla tutkituista (Addo-Yobo ym. 1991, 155–162; Klausen & Fanoë 1983, 63–68).

Lasten kariestilanne oli huono, sillä hoitamaton kariesta ilmeni kaikkiaan 69 prosentilla lapsista. Keskimäärin karioituneita hampaita swazimaalaisilla lapsilla oli 3,8, ja DMF:n keskiarvo oli 3,9. DMF-indeksi muodostuu karioituneiden, paikattujen ja karioksen takia poistettujen hampaiden summasta (Le Bell, Autti, Meurman & Murtomaa 2006). DMF on huomattavasti korkeampi kuin Swazimaassa vuonna 1989 tilastoitu 12-vuotiaiden lasten DMF:n keskiarvo 0,91 (FDI 2000). Lukema on myös korkeampi kuin aiemmissa Afrikassa tehdyissä selvityksissä lapsilta saadut lukemat, joista korkeinkin oli 2,9 (Akpata 2004, 361–366; Kaimenyi 2004, 378–380; Van Wyk & Van Wyk, 2004). Tällä perusteella swazimaalaisten lasten kariestilanne olisi huonompi kuin muissa Afrikan maissa. Aiemmat selvitykset koostuvat kuitenkin jonkin verran vanhentuneesta tiedosta, sillä ne ovat vuosilta 1966–2003, joten tilanne on luultavasti muuttunut sen jälkeen.

Paikkoja lapsilla todettiin olevan vähän (3 %). Myös Klausen & Fanoen (1983, 63–68) vuonna 1979 suorittamassa tutkimuksessa paikkoja oli vain harvoilla, joten tilanne ei tuloksen valossa

ole juuri muuttunut. Saman tutkimuksen mukaan fluoroosia ja hypoplasiaa esiintyi kuitenkin paljon, mikä poikkeaa merkittävästi tämän opinnäytetyön tuloksesta, sillä kiillehäiriöitä löytyi vain 6 %:lta lapsista. Tämä saattaa osaltaan johtua pienemmästä otoksesta ja siitä, että painopiste oli kariksen rekisteröinnissä, jolloin osa kiillehäiriöistä saattoi jäädä huomaamatta.

Kun tuloksia verrattiin Mahwalalan, St. Matthew'sin ja Sandra Leen lasten välillä, havaittiin että Sandra Leen lasten suun terveydentila oli huomattavasti parempi, sillä heillä ei ollut lainkaan runsasta plakkia eikä kolmannen asteen kariesta. Ero näkyy myös DMF-indeksillä mitattuna, sillä Sandra Leen lasten DMF:n keskiarvo oli 1,8, kun taas Mahwalalan ja St. Matthew'sin lapsilla se oli yli 4. Tulos osoitti selvästi sosiaalisella taustalla olevan vaikutusta lapsen suun terveyteen, mikä on samansuuntainen tulos Addo-Yobon ym. (1991, 155–162) aiemman tutkimuksen kanssa.

Aikuisten kyselyn tuloksista kävi ilmi, että 88 prosenttia aikuisista pesi hampaansa vähintään kahdesti päivässä. Tulos on samansuuntainen tansanialaisen tutkimuksen kanssa, jonka mukaan suurin osa tansanialaisista harjasi hampaansa vähintään päivittäin (Nyandindi 1988). Miltei kaikki vastaajat (93 %) käyttivät hampaidensa puhdistamiseen hammasharjaa ja -tahnaa, ja vajaa puolet (41 %) puhdisti hammasvälit. Kyselyyn vastanneista 96 % söi suositellut alle kuusi kertaa päivässä, ja 79 % käytti janojuomanaan vettä. Lähes kaikki vastaajat (93 %) myönsivät kuitenkin juovansa myös virvoitusjuomia päivittäin, ja lähes puolet (48 %) joi virvoitusjuomia 3–6 kertaa päivässä. Tulos selittyy sillä, että virvoitusjuomateollisuus on yksi Swazimaan pääelinkeinoista (Cheers 2008, 348), minkä johdosta virvoitusjuomia kulutetaan maassa runsaasti.

Suurimmiksi suun alueen ongelmikseen aikuiset mainitsivat vihlonnan, kariksen sekä hammasäryn. Tulos on samansuuntainen FDI:n toimittaman raportin (2004, 10) kanssa, jonka mukaan karies on lisääntynyt viime vuosikymmenten aikana huomattavasti Afrikassa. Yleisimmät vastaajille tehdyt hammashoitotoimenpiteet olivat hampaiden puhdistus, hampaanpoisto ja paikkaus. Koska Swazimaassa on enemmän suuhygienistejä kuin hammaslääkäreitä (FDI 2000), hampaiden puhdistuksia tehdään paljon. Hampaanpoistojen suuri määrä selittyy sillä, että paikkaus maksaa Swazimaassa huomattavasti enemmän kuin hampaanpoisto, ja että hammaslääkäreiden lisäksi suuhygienistitkin saavat poistaa hampaita.

Aikuisten tiedot suun terveyteen vaikuttavista tekijöistä olivat hyvät. Aikuisista 46 % tiesi makean ja sokerin ja 42 % hampaiden harjaamatta jättämisen aiheuttavan kariesta. Muita vastauksia olivat muun muassa makeiset, huonot syömistavat, kiilteen pehmeneminen, hammashoidossa käymättä jättäminen, bakteerit ja lika. Swazimaalaisten tiedot olivat paremmat kuin Keniassa 1990-luvulla tutkittujen maaseudun asukkaiden tiedot (Kassim ym. 2006, 100–105). Tulee kuitenkin huomioida, että Kenian tutkimus on tehty yli 10 vuotta sitten, joten tilanne sielläkin voi olla parantunut. Kenialaisilla tutkituilla ei myöskään ollut koulutusta, mikä saattoi vaikuttaa heidän huonoon tietotasoonsa.

Ienverenvuotoa aiheuttavaksi tekijäksi vastattiin useimmin C-vitamiinin puutos (31 %). Vastaus vaikutti aluksi kaukaa haetulta, mutta tarkemmin ajateltuna se on hyvinkin järkevä, sillä Eerolan & Piippolan (2007) mukaan kehitysmaissa esiintyy vielä C-vitamiinin puutteesta johtuvaa keripukkia, jonka yhtenä oireena on ienverenvuoto. Voikin olla, että Swazimaassa aiheesta

puhutaan paljon, mikä selittäisi vastauksen yleisyyttä. Seuraavaksi useimmin ienverenvuodon syyksi vastattiin plakki tai ruuantähteet (19 %) sekä hampaiden harjaaminen liian kovaa tai väärin (19 %). Nämä ovat oikeita vastauksia, sillä plakki aiheuttaa ientulehdusta, jonka seurauksena ien vuotaa, ja myös kovan harjauksen tuloksena saattaa seurata ienverenvuotoa.

Hammasystävällistä ruokaa kysyttäessä vastattiin useimmin (56 %) hedelmien olevan hyväksi hampaille. Erityisesti omenaa pidettiin hyvänä vaihtoehtona. Tämä ajatus luultavasti tulee siitä, että hedelmät ovat yleisesti terveellisiä. Seuraavaksi yleisin vastaus oli kalsiumia sisältävät ruuat (36 %), sokeriton ruoka (28 %) ja vihannekset (28 %). Lähes kaikki vastaajat (96 %) tiesivät sokeripitoisten tuotteiden olevan hampaille haitallisia. Lisäksi huomion arvoista oli, että 11 % vastaajista tiesi happaman olevan hampaille vahingollista.

Kyselyyn osallistuneista 72 % sanoi pitävänsä suuhygieniää tärkeänä. Yleisin syy suuhygienian tärkeyteen oli hampaiden säilyttäminen terveinä (33 %), ja seuraavaksi yleisimmiksi syiksi vastattiin raikas hengitys (14 %) ja terveyden ylläpitäminen (14 %). Tästä on vaikea päätellä, mielsivätkö vastaajat suun terveyden yhdeksi osaksi yleisterveyttä vai tiesivätkö he, että suun terveydellä on vaikutusta myös yleisterveeyteen.

Enemmistö kyselyyn osallistuneista (93 %) vastasi hampaiden harjaamisen olevan paras keino säilyttää hampaat terveinä. Hampaiden harjaamisen tärkeyttä painotettiin myös hammashoidossa. Seuraavaksi useimmin mainittiin säännölliset hammashoitokäynnit (26 %) ja makean välttäminen (19 %). Aiemman kysymyksen perusteella lähes kaikki swazimaalaiset tiesivät kuitenkin makean aiheuttavan kariesta, mutta kaikki eivät maininneet sitä tämän kysymyksen kohdalla. Huomion arvoista oli, etteivät swazimaalaiset maininneet fluoria kertaakaan. Fluorista ei yleensä puhuttu hammashoidossa, eikä suurin osa päivittäistavarakauppojen hammastahnoista sisältänyt fluoria. Tämä johtuu luultavasti siitä, että Swazimaassa veden fluoripitoisuus on riittävä (FDI 2000), eikä sen saantia ollut tarvetta korostaa.

LUOTETTAVUUS

Lapsille tehdyn suun terveydentilan selvityksen luotettavuutta heikensivät puutteelliset työskentelytilat ja instrumentit. Jos olisi ollut mahdollisuus tehdä suun terveydentilan selvitykset lapsille vastaanotto-olosuhteissa, tulokset olisivat voineet olla tarkempia ja luotettavampia. Toisaalta selvityksiä oli aina tekemässä kaksi opinnäytetyön tekijää yhdessä, joten kriteerit olivat aina samat. Otokset kattoivat myös suurimman osan perusjoukoista eli Sandra Leen orpokodin, St. Matthew'sin soppakeittiön sekä Mahwalalan esikoulun lapsista, mikä lisää tulosten luotettavuutta.

Jälkikäteen huomattiin, että aikuisten kyselyssä muutama kysymys oli epäselvä ja huonosti muotoiltu, ja osa vastaajista oli selvästi ymmärtänyt kysymyksen eri tavalla kuin kyselyn tekijät olivat tarkoittaneet. Tämä saattoi vaikuttaa näiden kysymysten vastausten luotettavuuteen. Myös kyselyn selkeydessä olisi ollut parantamisen varaa, mihin olisi voitu vaikuttaa lomakkeen esitestauksella. Sitä ei kuitenkaan ehditty tehdä ajan puutteen vuoksi.

Kuten muissakin kyselytutkimuksissa, tässäkin opinnäytetyössä tekijät eivät voineet varmistaa, kuinka paljon vastaajat kaunistelivat vastauksiaan. Lisäksi muutamat vastaajat eivät osanneet kovin hyvin englantia, ja tulkkausvaiheessa kysymysten tai heidän vastaustensa sisältö on voinut muuttua, mikä heikentää heidän vastaustensa luotettavuutta. Kyselyn vastaukset antavat luultavasti myös todellisuutta paremman kuvan swazimaalaisten aikuisten suun terveyteen liittyvistä tiedoista ja tottumuksista. Tämä johtuu siitä, että vastaajat olivat suurimmaksi osaksi koulutettuja kaupunkilaisia, eikä kyselyyn osallistunut yhtään maaseudun asukasta, joiden tiedot todennäköisesti eivät olisi olleet yhtä hyvät.

POHDINTA

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tulokset olivat mielenkiintoisia, ja ne antavat uutta tietoa afrikkalaisten suun terveydestä. Tulosten mukaan swazimaalaisten lasten kariestilanne oli huono, ja heidän suuhygieniansa oli heikko. Elintaso heijastui kuitenkin selvästi suun terveyteen, sillä hyvin toimeentulevien lasten suun terveys oli huomattavasti parempi kuin köyhemmistä oloista olevien lasten.

Swazimaalaiset aikuiset puolestaan hoitivat suuhygieniansa kyselyn vastausten perusteella hyvin, ja heidän tietonsa suun terveyteen vaikuttavista tekijöistä olivat erinomaiset. Hyvästä tietotasosta huolimatta sokeripitoisia tuotteita, erityisesti virvoitusjuomia, kulutettiin kuitenkin runsaasti. Opinnäytetyön tulos on samansuuntainen WHO:n tekemän sokerin kulutustilaston kanssa (2005b), jonka mukaan vuonna 2005 swazimaalaisten sokerin kulutus oli 97,4 kg/henkilö/vuosi. Määrä on huomattavan suuri, sillä samana vuonna esimerkiksi EU:n sokerin kulutus oli 36,5 kg/henkilö/vuosi, ja hampaiden kannalta turvallinen sokerin kulutus on 10–15 kg/henkilö/vuosi (Enwonwu ym. 2004, 346–347; WHO 2005b). Myös FDI:n raportin (2004, 10) mukaan ruokavalio Afrikassa on muuttunut viime vuosikymmeninä sokeripitoisempaan suuntaan. Näin ollen ei ole yllättävää, että swazimaalaiset aikuiset kokivat kariksen ja vihlonnan suurimmiksi suun alueen ongelmikseen.

Opinnäytetyön tulosten pohjalta voitaisiin tehdä jatkotutkimusta ja kehittää terveydenedistämiskeinoja Swazimaassa yhteistyökumppaneina olleille tahoille. Tulevaisuudessa Swazimaahan vaihtoon menevät suuhygienistiopiskelijat voisivat Mahwalalan esikoulussa, Sandra Leen orpokodissa sekä St. Matthew'sin soppakeittiössä tutkia lasten suun terveydentilaa ja verrata tuloksia tämän opinnäytetyön tuloksiin. Lisäksi voitaisiin tutkia ja verrata maaseudulla ja kaupungissa asuvien swazimaalaisten aikuisten suun terveydentilannetta. Opinnäytetyön tuloksia olisi mielenkiintoista verrata myös suomalaisten suun terveyteen ja siihen vaikuttavaan terveystietoisuuteen.

LÄHTEET

Addo-Yobo, C., Williams, S.A. & Curzon, M.E. 1991. Oral hygiene practices, oral cleanliness and periodontal treatment needs in 12-year old urban and rural school children in Ghana. *Community Dent Health*. 8(2): 155–162.

Akpata, E.S. 2004. Oral Health in Nigeria. *International Dental Journal*. 54(6). [Viitattu 26.9.2008.] Saatavissa: http://www.who.int/oral_health/publications/orh_idj54_06_akpata.pdf.

Central Intelligence Agency 2008. *The World Factbook*. [Viitattu 14.10.2008.] Saatavissa: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2155rank.html>.

Cheers, G. (toim.) 2008. *Geographica: maailmankartasto: maanosat, maat, kansat*. Königswinter: Ullman.

Eerola, T. & Piippola, S. C-vitamiini. C-vitamiinin historia ja keripukki. [Viitattu 6.10.2008.] Saatavissa: <http://www.helsinki.fi/kemia/opettaja/aineistot/c-vitamiini/historiaa.html>.

Enwonwu, C.O., Phillips, R.S., Ibrahim, C.D., & Danfillo, I.S. 2004. Nutrition and oral health in Africa. *International Dental Journal* 54. [Viitattu 25.9.2008.] Saatavissa: https://www.who.int/oral_health/publications/orh_idj54_04_enwonwu.pdf.

FDI World Dental Federation (FDI) 2000. Swaziland. [Viitattu 25.9.2008.] Saatavissa: http://www.fdiworldental.org/resources/assets/facts_and_figures/2000/swaziland.pdf.

FDI World Dental Federation (FDI) 2004. Planning Conference for Oral Health in the African Region. Conference report. [Viitattu 25.9.2008.] Saatavissa: http://www.fdiworldental.org/public_health/assets/Activities/Nairobi/Nairobi_Report_en.pdf.

Kassim, B.A., Noor, M.A. & Chindia, M.L. 2006. Oral health status among Kenyans in a rural arid setting: dental caries experience and knowledge on its causes. *East Afr Med J*. 83(2): 100–105.

Kaimenyi, J.T. 2004. Oral health in Kenya. *International Dental Journal*. 54, 378–382. [Viitattu 30.9.2008.] Saatavissa: http://www.who.int/oral_health/publications/orh_idj54_09_kaimenyi.pdf.

Klausen, B. & Fanoë, J.G. 1983. An epidemiology survey of oral health in Swaziland. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*. 11:63–68.

Le Bell, Y., Autti, H., Meurman, J. H. & Murtomaa, H. 2006. Hammasstatus. *Therapia Odontologica*. [Viitattu 19.11.2008.] Saatavissa osoitteesta: http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=tod.

Maahanmuuttovirasto 2008. *Ulkomaalaiset Suomessa*. [Viitattu 14.10.2008.] Saatavissa: <http://www.migri.fi/download.asp?id=Ulkomaalaiset+Suomessa;1338;{DA35192C-9EBB-4970-B369-132A337FB4FE}#293,1,Ulkomaalaiset%20Suomessa%201990-2007>.

Nyandindi, U.S. 1988. Oral health habits in the district of Ilala, Tanzania. Dar es Salaam: University of Dar es Salaam (Saarijärven Offset KY).

Sukati N. A. 1997. Primary health care in Swaziland: is it working? *Journal of Advanced Nursing*. 25(4): 760–766. [Viitattu 11.9.2008.] Saatavissa: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/119155720/PDFSTART>.

Thorpe, S. 2006. Oral Health Issues in the African Region: Current Situation and Future Perspective. *Journal of Dental Education* 70(11). [Viitattu 25.9.2008.] Saatavissa: http://www.jdentaled.org/cgi/reprint/70/11_suppl/8.pdf.

Van Wyk P. J. & Van Wyk C. 2004. Oral Health in South Africa. *International Dental Journal* 54, 373–377. [Viitattu 26.9.2008.] Saatavissa: http://www.who.int/oral_health/publications/orh_idj54_08_vanwyck.pdf.

WHO 2000. WHO Country Cooperation Strategy – Swaziland 2002–2005. [Viitattu 25.9.2008.] Saatavissa: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_swz_en.pdf.

WHO 2005b. WHO Oral Health Country/Area Profile Programme. [Viitattu 25.9.2008.] Saatavissa: <http://www.whocollab.od.mah.se/expl/globalsugar.html>.

WHO 2006a. Country health system fact sheet 2006 - Swaziland. [Viitattu 7.9.2008.] Saatavissa: http://www.afro.who.int/home/countries/fact_sheets/swaziland.pdf.

KIRJOITTAJAT

Johanna Nurvala ja Minna Rajala valmistuivat suuhygienisteiksi (AMK) Turun ammattikorkeakoulusta joulukuussa 2008.

**ENSIHOITO-OSAAMISEN ARVIOINTI
JA KEHITTÄMINEN**

HOITAJIEN PERUSELVYTYSTIEDOT ALUESAIRAALAN ENSIAPUPOLIKLINIKALLA

Kristiina Lahti & Anna-Kaisa Vuorio

Potilaan peruselvytykseen kuuluu elottomuuden tunnistaminen, lisäävun hälyttäminen, verenkierron ja hengityksen turvaaminen sekä defibrillaatio (Käypä hoito -suositus 2006 [viitattu 24.1.2007].) Elvytyksen tarkoituksena onkin käynnistää pysähtynyt sydän potilailla, joita uhkaa ennenaikainen kuolema ja joiden sydämenpysähdyksen syy on hoidettavissa (Kuisma 2003, 186). Elvytykseen ja sen hoitamiseen kuuluu myös oleellisena osana vaativien kädentaitojen hallitseminen Käypä hoito -suositusten mukaisesti, sydämenpysähdykseen liittyvän patofysiologian tunteminen sekä elvytykseen liittyvien eettisten näkökohtien huomioon ottaminen (Kuisma 2003, 186). Sydämenpysähdyksen hoidon periaatteet ovat samat niin sairaalassa kuin sen ulkopuolellakin, ja henkeä pelastavan ketjun pitää toimia saumattomasti, jotta sydämenpysähdyksestä selviytyminen olisi mahdollista (Silfast & Suominen 2001, 912). Elvytystilanteen hoitaminen on elvytystilanteiden harvinaisuuden vuoksi usein vaikeaa. Tilanteen hallinta vaatii nopeita päätöksiä, ja toimia ja onnistumiseen vaikuttaa oleellisesti elvytystoimien osaaminen. On tärkeää, että jokainen terveydenhuollon ammattilainen on selvillä oman toimipaikkansa elvytysmenettelyistä, välineiden sijainnista ja käytöstä. (Ikola 2007, 11.)

Turun ammattikorkeakoulun ensihoidon koulutusohjelman opiskelijat Anna-Kaisa Vuorio ja Kristiina Lahti tutkivat opinnäytetyössään hoitohenkilökunnan peruselvytystietoja. Opinnäytetyön nimi on Hoitohenkilökunnan peruselvytystiedot aluesairaalan ensiapupoliklinikalla ja opinnäytetyö oli osa Ensihoito-osaamisen arviointi ja kehittäminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella -projektia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Salon aluesairaalan ensiapupoliklinikan hoitajien tietoja uusista elvytys suosituksista ja niiden taustalla olevista perusteista, jotka koskevat aikuispotilaan peruselvytystä. Tuloksia voidaan hyödyntää hoitohenkilökunnan elvytyskoulutustarpeen arvioinnissa ja koulutussisältöjen suunnittelussa.

SYDÄMENPYSÄHDYS JA PERUSELVYTYYS

Sydämenpysähdyksellä tarkoitetaan sydämen mekaanisen toiminnan loppumista. Tämä varmistetaan toteamalla potilaan reagoimattomuus, hengittämättömyys ja sykkeen puuttuminen. (Kuisma 2003, 186.) Sydämenpysähdyksen ilmaantuvuuden on arvioitu olevan noin 80/100 000 asukasta/vuosi. Sydämenpysähdys voidaan jakaa sydänperäisiin sydämenpysähdyksiin sekä ei-sydänperäisiin sydämenpysähdyksiin. Sydänperäiset syyt muodostavat 67 % kaikista sydämenpysähdyksen syistä, ja sydänperäisen äkkikuoleman yleisimpänä taustasairautena on sepelvaltimotauti. Sydänperäisissä sydämenpysähdyksissä alkurytminä on 80–85 prosentissa kammiovärinä tai -takykardia, vain viidesosalla potilaista on selkeä infarkti. (Kuisma 2003, 187; Koistinen 2006, 835–839.)

Sydämenpysähdyksen aikana myös aivoverenkierto on pysähdyksissä, mikä aiheuttaa vauriota aivoihin. Osa aivovauriosta syntyy sinä aikana, kun aivoverenkierto on pysähdyksissä, ja tärkeintä onkin tämän ajan minimoiminen. (Voipio & Kuisma 2000, 1142–1149.)

Sydämenpysähdyspotilaan alkurytminä voi olla joko defibrilloitava kammiovärinä tai nopea kammiotakykardia tai ei-defibrilloitava asystole tai pulssiton elektromekaaninen arytmia eli PEA (Käypä hoito -suositus 2006 [viitattu 24.1.2007]). Kammiovärinä on sydämen pumppaus-toiminnan pysäyttävä rytmihäiriö, joka hoitamattomana muuttuu asystoliaksi 10–15 minuutin kuluessa (Castrén 2005, 169). Kammiotakykardia on säännöllinen rytmi, jonka pitkittyessä ja nopeutuessa sydämen iskutilavuus pienenee, ja verenkierto voi heiketä kudosten hapentarjonnan kannalta riittämättömäksi. Tämän seurauksena pulssi lakkaa tuntumasta kaulavaltimosta. (Toivonen 2000, 752–756.) Asystolella sydämessä ei ole sähköistä toimintaa. Sitä tavataan lähinnä hukuksiin joutuneilla ja tukehtuneilla. (Kuisma 2003, 193–194.) PEA tarkoittaa monitorissa järjestäytyneeltä rytmiltä näyttävää kompleksimuodostusta, jonka taajuus on yleensä alle 100/minuutti ja jossa karotis- eli kaulavaltimopulssi ei tunnu. Tämä tarkoittaa siis sydämen sähköistä toimintaa ilman mekaanista pumppaus-toimintaa (Ikola 2007, 38).

Sydämen pysähtyessä havaitaan ensimmäisenä potilaan tajunnan menetys. Tämä tapahtuu alle 15 sekunnissa, ja siihen liittyy yleensä toonista jäykistelyä. Potilaan kasvojen väri muuttuu samalla sinertävänharmaaksi. Kun jäykistely loppuu, voi potilas jatkaa hengitysliikkeiden tekemistä jopa yli minuutin ajan. Tämä hengitys on kuitenkin luonteeltaan raskasta ja kuorsaavaa. Hengitysliikkeet harvenevat ja loppuvat kokonaan parin minuutin kuluessa. Valtimon syke ei ole tunnusteltavissa. Potilaalta tulisi tunnistella valtimosykettä kaulalta, mutta sen puuttuminen ei saa olla sydämenpysähdyksiä diagnosoimisen edellytys, koska jopa terveydenhuollon ammattihenkilöiden kyvyn tunnistella sykettä on osoitettu olevan keho. (Eberle, Dick, Schneider, Wisser, Doetsch & Tzanova 1996; Silfvast 1999, 479–483.)

Kun potilaalla on syytä epäillä sydämenpysähdyttä, on hänen reagoimistaan ravisteluun ja herättelyyn testattava ensin. Jos potilas ei reagoi ravisteluun, tarkistetaan hengittääkö hän. Potilas tulee kääntää selälleen, ja hänen hengitystiensä avataan nostamalla leukaa leuan kärjestä. Potilaan otsaa tuetaan toisella kädellä, ja samalla taivutetaan päätä taaksepäin. Hengittämättömyys todetaan asettamalla korva potilaan nenän ja suun eteen, jotta hoitaja tuntee ja kuulee mahdollisimman uloshengityksen ja näkee samalla mahdolliset rintakehän liikkeet (Silfvast & Halinen 2000, 446; Säämänen 2007a, 10–11; Käypä hoito -suositus 2006 [viitattu 24.1.2007]). Hengittämättömyyden toteamisen jälkeen terveydenhuollon ammattilaisen on luvallista todeta potilaan pulssittomuus (Käypä hoito -suositus 2006 [viitattu 24.1.2007]). Jos potilas on tajuton, hän ei hengitä eikä kaulavaltimosyke tunnu, on elvytys aloitettava välittömästi (Käypä hoito -suositus 2006 [viitattu 24.1.2007]; Säämänen 2007a, 10).

Defibrilloinnin tarkoituksena on lopettaa rytmihäiriö ja mahdollistaa sydämen normaali sähköinen toiminta ja järjestäytyneet supistelu (Castrén 2000, 1127–1131). Elvytystilanteessa tulisi hoitolaitoksissa päästä defibrilloimaan kammiovärinä kolmessa minuutissa (Käypä hoito -suositus 2006 [viitattu 24.1.2007]; Valenzuela, Roe, Nichol, Clark, Spaite & Hardman 2000; Cobb, Fahrenbruch, Walsh, Copass, Olsufka, Breskin & Hallstrom 1999). Sydämenpysähdyspotilaan peruselvytyksen tärkeimmät tavoitteet ovat sydämen toiminnan ja hengityksen palauttaminen

ja hapenpuutteesta johtuvan aivovaurion estäminen. Näin ollen tärkeää onkin mahdollisimman nopea sydämen käynnistäminen tehokkaalla painelu-puhalluselvytyksellä ja mahdollisimman varhaisella defibrillaatiolla. (Ikola 2007, 12.)

OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS JA TULOKSET

Opinnäytetyö oli kvantitatiivinen tutkimus. Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käytettäessä tavoitteena on kuvata ihmisen toimintaa numeraalisesti, kausaalisesti ja teknisesti. Sitä voidaan käyttää, jos tutkimusaineisto on muutettavissa mitattavaan ja testattavaan muotoon. (Sajama 1993, 62; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 130.) Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin hoitajien osaamista ja selvitettiin taustamuuttujien mahdollista yhteyttä peruselvytystietoihin. Mittarina toimi kyselylomake. Kyselylomakkeen monivalintakysymykset pohjautuivat sisällöllisesti peruselvytyksen Käypä hoito -suositukseen. Kohderyhmä oli valittu opinnäytetyön aiheen mukaan. Kohderyhmän valintaan vaikutti se, että tutkittavassa aluesairaalassa ei ensiapupoliklinikalla ole aiemmin tutkittu hoitajien peruselvytystietoja.

Ensiapupoliklinikan hoitajien (N = 14) keski-ikä oli 36,5 vuotta. Keskimäärin hoitajilla oli työkokemusta 12,4 vuotta. Hoitajista 11 oli tutustunut vuonna 2006 julkaistuun elvytyksen Käypä hoito- suositukseen. Kaikki hoitajat olivat osallistuneet elvytykseen työuransa aikana ja keskimäärin elvytyksiä oli ollut 25. Hoitajista yhdeksän oli osallistunut viimeisen vuoden aikana elvytykseen ja keskimäärin elvytyksiä oli ollut kolme.

Elottomuuden tunnistamiseen liittyvistä tiedoista hoitajat (N = 14) hallitsivat parhaiten oikean pulssin tunnustelupaikan ja hengittämättömyyden toteamisen. Epäselvyyttä oli siinä, kuinka kauan pulssin tunnusteluun saisi kulua aikaa. Viisi hoitajista olisi käyttänyt pulssittomuuden toteamiseen aikaa alle viisi sekuntia ja yksi hoitaja 5–20 sekuntia.

Noin kolmannes hoitajista tiesi, että hengittämättömyyden toteaminen edellyttää hengitysteiden avaamista ja puolet hoitajista tiesi, että potilaan voidaan todeta hengittävän vain, jos hengitysilman virtaus tuntuu tai kuuluu tasaisella taajuudella. Puolet hoitajista vastasi virheellisesti, että potilaan voidaan todeta hengittävän ainoastaan rintakehän liikkeiden perusteella. Neljä hoitajista vastasi virheellisesti, että hengityksen tarkistamiseen riittää rintakehän liikkeiden katsominen ja ilmapirran tunnusteleminen ja yksi hoitaja vastasi, että siihen riittää hengitysteiden avaaminen ja rintakehän liikkeiden tarkastaminen. Yksi ei tiennyt miten hengitys tulisi tarkistaa. Hengitysteiden avaamistekniikan hoitajat hallitsivat kohtalaisesti. Viisi hoitajaa tiesi, että hengitystiet avataan painamalla toisella kädellä otsasta ja nostamalla toisella kädellä leukaa leuankärjestä ylöspäin. Viisi hoitajaa olisi avannut hengitystiet painamalla toisella kädellä otsasta ja nostamalla samalla niskan alta ja yksi hoitaja ainoastaan nostamalla leuankärjestä leukaa ylöspäin.

Sydämenpysähdyspotilailla esiintyvistä rytmeistä hoitajat (N = 14) tiesivät parhaiten kammiovärinän ja asystolen. PEA:n tiesi sydämenpysähdyspotilaan rytmiksi hieman yli puolet hoitajista, kun taas kammiotakykardian valitsi vain yksi hoitaja.

Oikeaoppisen paineluelvytyksen toteuttamisen hoitajat hallitsivat teoriassa kohtalaisesti Oikean painelutaajuuden ja painelusyvyiden tiesi suurin osa hoitajista. Vain kolme hoitajaa arvioi oikean painelutaajuuden liian hitaaksi ja painelusyvyiden liian matalaksi. Oikean käsiensijoittelun paineluelvytyksen aikana tiesivät puolet hoitajista. Yksi hoitaja olisi paineluelvyttänyt rintalastan vasemmalta puolelta kaksi sormen leveyttä rintalastan kärjestä ylöspäin ja kuusi hoitajaa keskeltä rintalastan alinta kolmannesta. Noin puolet tiesi, että hallitseva käsi tulisi asettaa alimmaiseksi ja että sormien tulisi olla irti rintakehästä.

Paineluelvytyksen toteuttamisessa hoitajilla oli epäselvyyttä siinä, kuinka monta kertaa tulisi painella ventilaatiojaksojen välissä. Viisi hoitajista olisi painellut yksin elvytettäessä ventilaatiojaksojen välillä 15 kertaa ja kaksi hoitajaa 10 kertaa. Puolet hoitajista vastasi virheellisesti (15 kertaa) kysyttäessä, kuinka monta kertaa tulisi painella ventilaatiojaksojen välissä kaksin elvytettäessä. Oikein eli 30 kertaa vastasi kuusi hoitajaa. Yksi hoitaja olisi painellut ventilaatiojaksojen välissä kaksin elvytettäessä 10 kertaa. Hieman yli puolet vastaajista tiesi, että defibrillaation ja rytmintarkastuksen välissä tulisi paineluelvyttää kaksi minuuttia. Kolme hoitajaa arvioi paineluelvytysjakson liian pitkäksi ja kaksi hoitajaa liian lyhyeksi. Yksi hoitajista ei tiennyt paineluelvytysjakson pituutta. Yksi hoitaja tiesi paineluelvytyksen olevan tehokasta, kun hiilidioksidiosapaine on intuboidulla potilaalla uloshengityksestä mitattuna vähintään 1 kPa. Hoitajista 11 ei tiennyt, mitä uloshengityksen hiilidioksidiosapainearvo kertoo ja yksi hoitajista luuli virheellisesti, että potilas on silloin intuboitu ruokatorveen, ja yksi hoitajista taas, että potilasta on hyperventiloitu elvytyksen aikana.

Paineluelvytyksen tärkeyden perusteista hoitajat ($N = 14$) tiesivät parhaiten sen, että sepelvaltimoiden verenkierto on riippuvainen riittävän nopeasta painelutaajuudesta, ja sen, että paineluelvytyksen onnistuminen on ventilointia tärkeämpää, koska verenkierrossa on jo hapettunutta verta sydämenpysähdysketkellä. Melko hyvin tiedettiin myös, että hapenkulutus on normaalia vähäisempää paineluelvytyksen aikana ja että sepelvaltimoiden verenkierto on riippuvainen riittävän suuresta painelusyvydestä. Vain viisi hoitajaa tiesi, että paineluelvytyksen teho perustuu rintaontelon paineen vaihteluun ja sydämen puristumiseen painelun aikana elvytyksen alussa. Puolet hoitajista vastasi virheellisesti, että paineluelvytyksen teho perustuu ainoastaan sydämen puristumiseen painelun aikana, ja kaksi hoitajaa luuli sen perustuvan ainoastaan rintaontelon painenvaihteluun. Vaikka paineluelvytyksen toteuttamisesta hallittiinkin kohtalaisesti painelutaajuus ja oikea painelusyvyys, suurin osa hoitajista ei tiennyt, mihin ne perustuvat. Hoitajista vain kolme tiesi, että sepelvaltimoiden verenkierto on riippuvainen elvytyksen aikana aorttan kaaren ja sydämen oikean eteisen välisestä paine-erosta. Kahdeksan hoitajaa tiesi sepelvaltimoiden verenkierron riittävyden johtuvan riittävän nopeasta painelutaajuudesta ja kuusi hoitajaa riittävän suuresta painelusyvydestä. Kukaan hoitajista ei tiennyt, että sepelvaltimoiden verenkierto on elvytyksen aikana riippuvainen myös rintakehän maksimaalisesta palautumisesta painalluksen jälkeen.

Hengityksen turvaamista koskevista suosituksista hoitajat ($N = 14$) hallitsivat parhaiten ilman perillemenon ja maskin tiiviyn varmistamisen. Suurin osa hoitajista ($n/N = 11/14$) tiesi myös, että keuhkojen tyhjentymistä ei tarvitse odottaa ennen paineluelvytyksen jatkamista. Kaksi hoitajaa ei tiennyt, kuinka kyseisessä tilanteessa tulisi toimia. Maskiventilaation toteuttaminen hallittiin vaihtelevasti. Oikean ventilaatiotilavuuden tiesi vain neljä hoitajaa, mutta toi-

saalta tiedettiin hyvin, miten oikea ventilaatiotilavuus saadaan aikaiseksi. Kolme hoitajaa olisi ventiloinut potilasta maskiventilaatioissa liian pienellä kertaventilaatiotilavuudella ja yksi hoitaja liian suurella. Kuusi hoitajaa ei tiennyt tähän vastausta. Melkein kaikki hoitajat tiesivät myös, että potilasta tulisi ventiloida elvytyksen aikana 100-prosenttisella hapella, mutta vain hieman yli puolet tiesi, että se saadaan aikaiseksi käyttämällä hapenvaraajapussia. Kolme hoitajaa ei olisi käyttänyt hapenvaraajapussia elvytyksen aikana ja kolme hoitajaa ei tiennyt, tulisiko hapenvaraajapussia käyttää. Yksi hoitaja olisi ventiloinut potilasta elvytyksen aikana virheellisesti 21-prosenttisella hapella, yksi 40-prosenttisella hapella ja yksi hoitaja ei tiennyt, millä happimäärällä potilasta tulisi ventiloida. Samankaltaisia tuloksia saatiin kysyttäessä nielutuubin käyttöä ventilaation yhteydessä. Lähes kaikki hoitajat tiesivät, että nielutuubi estää kielen painumisen nieluun ja noin puolet, että nielutuubin käyttö helpottaa käsiventilaatiota. Nielutuubia olisi käyttänyt kuitenkin vain kuusi hoitajaa.

Huonoiten hallittiin se, miten hapenkulkeutumista voidaan parantaa, jos ventiloitaessa tuntuu vastusta. Kaksi hoitajaa olisi puristanut paljetta hapenkulkeutumisen parantamiseksi voimakkaammin ja lyhytkestoisemmin ja neljä hoitajaa voimakkaammin ja pitkäkestoisemmin. Yksi hoitaja olisi parantanut hapen kulkeutumista keuhkoihin puristamalla paljetta kevyemmin ja lyhytkestoisemmin. Viisi hoitajaa ei tiennyt, miten paljetta tulisi puristaa hapen kulkeutumisen parantamiseksi. Oikean kertaventilaatioajan tiesi neljä hoitajaa. Puolet hoitajista olisi ventiloinut potilasta liian pitkäkestoisesti, 2–3 sekuntia ja kaksi hoitajaa vielä pidempään, 4–5 sekuntia. Yksi hoitaja ei tiennyt oikeaa kertaventilaatioaikaa.

Kolme hoitajaa tiesi kapnometrilukeman olevan normaalia matalampi elvytyksen aikana. Kahdeksan hoitajaa ei tiennyt, onko kapnometrilukena normaalia matalampi vai korkeampi elvytyksen aikana. Hoitajat tiesivät hyvin ($n/N = 12/14$) sen, että yksin elvytettäessä tulisi ventiloida kaksi kertaa painelujaksojen välissä. Hyvin ($n/N = 13/14$) hallittiin myös se, että kaksin elvytettäessä tulisi ventiloida kaksi kertaa painelujaksojen välissä.

Elvytyksessä maskiventiloitaessa ilman joutuminen mahalaukkuun on potilaalle epäedullista. Hoitajat tiesivät parhaiten ne tekijät, jotka edesauttavat ilman joutumista mahalaukkuun ja sen, että mahalaukkuun joutunut ilma aiheuttaa pallean nousun, jolloin rintaontelon toiminnallinen tilavuus pienenee. Viisi hoitajaa tiesi mahalaukkuun joutuneen ilman aiheuttavan keuhkojen liikkeiden ja komplianssin huononemisen ja keuhkojen ventiloitumisen vähenemisen ja viisi hoitajaa rintaontelon paineen nousun. Mahalaukkuun joutunut ilma aiheuttaa myös aivoverenkierron heikkenemisen, minkä tiesi vain kaksi hoitajaa.

Välittömästi defibrilloimalla hoidettavista rytmihäiriöistä, kun potilas ei reagoi ravisteluun eikä puhutteluun, hoitajat ($n/N = 14/14$) tiesivät parhaiten kammiovärinän. Pulssittoman kammiotakykardian tiesi defibrilloitavaksi rytmiksi vain kaksi hoitajaa. Hoitajista kuusi tiesi defibrilloitavaksi rytmiksi kammiotakykardian, jonka taajuus on yli 180 minuutissa.

Defibrillaattoreissa käytettävät aaltomuodot tiedettiin huonosti. Kuusi hoitajista olisi aloittanut defibrilloinnin monofaasisella defibrillaattorilla 200 joulella, neljä hoitajaa 100 joulella ja yksi hoitaja 50 joulella. Viisi hoitajaa olisi aloittanut defibrilloinnin bifaasisella defibrillaattorilla 50–100 joulella ja yksi 250–300 joulella. Yksi hoitaja ei tiennyt, millä energialla defibrillointi tulisi aloittaa bifaasisella defibrillaattorilla. Kahdeksan hoitajaa tiesi monofaasisen ja bifaasisen

defibrillaattorin eroksi sen, että monofaasisessa laitteessa virta etenee vain yhteen suuntaan, bifaasisessa laitteessa virran suunta vaihtuu iskun aikana. Yksi hoitaja vastasi virheellisesti, että bifaasisessa laitteessa käytetään monofaasista laitetta suurempaa joulemäärää. Viisi hoitajaa ei tiennyt monofaasisen ja bifaasisen defibrillaattorin eroa.

Defibrilloinnin tarkoitus tiedettiin kohtalaisesti. Neljä hoitajaa tiesi, että defibrilloinnin tarkoituksena on pysäyttää sydämen sähköinen toiminta, 10 hoitajaa tiesi, että se mahdollistaa sydämen normaalin sähköisen toiminnan ja supistelun. Seitsemän hoitajaa oletti virheellisesti defibrilloinnin käynnistävän sydämen pumppaustoiminnan. Neljä hoitajaa tiesi, että mikäli potilaan on nähty menevän elottomaksi ja alkurytminä on kammiovärinä, tulisi potilasta defibrilloida kerran, jonka voi tarvittaessa toistaa, jos kammiovärinä jatkuu. Kolme hoitajaa olisi defibrilloinnut kerran, vaikka kammiovärinä olisi jatkunutkin defibrilloinnin jälkeen. Neljä hoitajaa olisi defibrilloinnut kolme kertaa peräkkäin. Kolme hoitajaa ei tiennyt, kuinka monta kertaa tulisi defibrilloida. Kolme hoitajaa tiesi, että jos potilaan ei ole nähty menevän elottomaksi ja alkurytminä on kammiovärinä, tulisi häntä defibrilloida kerran, vaikka kammiovärinä jatkuu defibrilloinnin jälkeen. Viisi hoitajaa olisi defibrilloinnut potilasta tässäkin tilanteessa kolme kertaa ja yksi hoitaja kuusi kertaa. Kolme hoitajista olisi defibrilloinnut kerran, jonka voi tarvittaessa toistaa kerran jos kammiovärinä jatkuu. Kaksi hoitajaa ei tiennyt, kuinka monta kertaa tulisi defibrilloida. Kolme hoitajaa tiesi, että jos potilaalla on alkurytminä asystole, joka kääntyy elvytyksen aikana kammiovärinäksi, tulisi häntä defibrilloida kerran. Tässäkin tapauksessa viisi hoitajaa olisi defibrilloinnut kolme kertaa. Kolme hoitajaa olisi defibrilloinnut kerran ja tarvittaessa toistanut sen, jos kammiovärinä jatkuu. Kolme hoitajaa ei tiennyt, kuinka monta kertaa tulisi defibrilloida.

Elvytyksen eri vaiheiden priorisointia tutkittiin kahden eri potilastapauksen avulla. Näillä potilastapauksilla pyrittiin selvittämään toimintajärjestystä elvytystilanteen alussa. Ensimmäisessä potilastapauksessa seitsemän hoitajista tiesi, että ensimmäiseksi tehdään elvytyshälytys. Kaksi hoitajaa olisi ensimmäiseksi tunnustellut sykettä, yksi tarkistanut hengityksen ja kaksi tarkistanut potilaan rytmin defibrillaattorilla. Kaksi hoitajaa ei tiennyt, miten tulisi toimia. Tämän jälkeen tulisi tarkistaa rytmi ja tarvittaessa defibrilloida, minkä tiesi viisi hoitajaa. Yhdeksän hoitajaa olisi aloittanut paineluelvytyksen. Yksitoista hoitajaa olisi tässä potilastapauksessa aloittanut paineluelvytyksen ennen defibrillointia, joka tässä tapauksessa olisi kuitenkin pitänyt suorittaa ennen paineluelvytyksen aloittamista. 13 tiesi, että paineluelvytys tulisi aloittaa ennen ventiloinnin aloittamista. Yksi hoitaja olisi aloittanut paineluelvytyksen ventiloinnin aloittamisen jälkeen.

Toisessa potilastapauksessa neljä hoitajaa tiesi, että ensimmäiseksi tulisi tehdä elvytyshälytys. Kuusi hoitajaa olisi tunnustellut ensimmäiseksi sykettä, kaksi tarkistanut hengityksen ja kaksi tarkistanut potilaan rytmin defibrillaattorilla. Seitsemän hoitajaa tiesi, että seuraavaksi tulisi aloittaa paineluelvytys. Viisi hoitajaa olisi tarkistanut rytmin ja tarvittaessa defibrilloinnut ja yksi hoitaja aloittanut puhalluselvytyksen. Yksi hoitaja ei tiennyt, miten tulisi toimia. Tässä potilastapauksessa paineluelvytyksen tärkeys tiedettiin hyvin, sillä 12 hoitajaa tiesi, että paineluelvytys tulisi aloittaa ennen defibrillointia. Kaksi hoitajaa olisi aloittanut paineluelvytyksen mahdollisen defibrilloinnin jälkeen. 13 hoitajaa tiesi, että paineluelvytys tulisi aloittaa ennen ventiloinnin aloittamista. Yksi hoitaja olisi aloittanut paineluelvytyksen ventiloinnin aloittamisen jälkeen.

POHDINTA

Elottomuuden tunnistamiseen liittyvistä tutkimustuloksista kävi ilmi, että potilaan pulssittomuus osattiin tarkistaa kaulavaltimolta, mutta siihen kuluva aika olisi joillain hoitajilla ollut liian lyhyt. Tämä saattaa aiheuttaa sen, että pulssia ei ehdi tuntea, vaikka sitä tunnustelisikin. Pulsstin tunnustelu kaulavaltimolta on haasteellista ammattihenkilöillekin (Eberle, Dick, Schneider, Wisser, Doetsch & Tzanova 1996). Hengittämättömyyden toteamisesta hoitajat tiesivät hyvin, että hengitystiet tulee avata, mutta hengitysteiden avaamistekniikka oli hallinnassa vain osalla hoitajista. Samoin hengityksen tarkistaminen oli osalle hoitajista vierasta. Jos hengitystä ei tarkisteta oikeaoppisesti, on vaarana, että hoitaja tulkitsee potilaan pelkät hengitysliikkeet riittäväksi hengitykseksi (Silfvast 1999, 479–483).

Paineluelvytyksen toteuttaminen hallittiin tutkimustulosten mukaan hyvin. Oikea painelutaajuus ja -syvyys takaa paineluelvytyksen tehokkuuden (Käypä hoito -suositus 2006 [viitattu 24.1.2007]). Sydämenpysähdyspotilailla esiintyvät rytmit hallittiin hyvin ainoastaan kammiovärinän ja asystolen osalta. Hoitajien tulisi tunnistaa elottomuuden aiheuttavat rytmit, jotta peruselvytys voidaan aloittaa riittävän nopeasti ja tehokkaasti. Ainoastaan asystolen ja kammiovärinän tunnistaminen ei riitä, sillä sairaalassa tapahtuvissa elvytyksissä vain noin 25 prosentissa lähtörytmänä on kammiovärinä (Skrifvars 2006, 4–7). Aikaisemmissa tutkimuksissa on verenkierron turvaamisen osalta saatu hieman erilaisia tutkimustuloksia. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan painelutaajuus ja -syvyys hallittiin hyvin, vaikka aikaisemmissa tutkimuksissa oli saatu päinvastaisia tuloksia. (Säämänen 2004; Lewis, Kee & Minick 1993.)

Hengityksen turvaamiseen liittyvistä tutkimustuloksista kävi ilmi, että oikea toimintatapa saadettiin tietää, mutta ei niiden perusteluja. Oikean ventilaatiotekniikan, ventilaatiotilavuuden ja kertaventilaatioajan hallitseminen teoriassa helpottaa ventilaation toteuttamista käytännössä, sillä virheet ventilaation toteuttamisessa ovat potilaalle haitallisia (Säämänen 2007b, 13–14; Wenzel, Keller, Idris, Dörge, Lindner & Brimacombe 1999; Silfvast & Suominen 2001, 916–917; Kuisma 2003, 194). Defibrillointiin liittyvistä tutkimustuloksista selvisi, että defibrilloitavat rytmit tiedettiin melko hyvin. Defibrilloinnin tarkoitus tiedettiin kohtalaisesti. Jotta potilasta voi turvallisesti defibrilloida, tulee tietää, mitä kyseisellä laitteella saadaan aikaiseksi. Tärkeää on myös tunnistaa, minkälainen defibrillaattori osastolla on käytössä ja kuinka suurta energiamäärää siinä tulisi käyttää. Oikean defibrillointienergian valinnassa tulikin esiin tutkimustulosten selkeimmät virheet. Defibrillaation toteuttaminen tulisi kuitenkin olla hallinnassa hoitohenkilökunnalla, koska elvytystilanteessa voi hoitaja joutua defibrillaattoria käyttämään. Näin ei defibrillointiviive kasva liian suureksi. (Käypä hoito -suositus 2006 [viitattu 24.1.2007]; Säämänen 2007b, 11.) Tätä asiaa voitaisiin parantaa perehdyttämällä hoitajat hyvin käytettävissä oleviin laitteisiin. Elvytyksen eri vaiheiden priorisointiin liittyvistä tutkimustuloksista selvisi, että toimintamalleja oli tulosten mukaan useita. Osa näistä oli voimassa olevien elvytys-suositusten vastaisia (Käypä hoito -suositus 2006 [viitattu 24.1.2007]). Kuitenkin hoitajien saattoi olla vaikea tuoda ilmi tutkimustilanteessa varsinaista toimintajärjestystä, sillä oikeassa tilanteessa voi asioita tehdä samanaikaisesti.

Yleisesti tuloksista kävi ilmi, että oikeat toimintamallit tiedettiin, mutta perusteluja toiminnalle ei hallittu. Jos perusteita oikealle toiminnalle ei tiedetä, voi potilaan saaman hoidon laatu laskea,

koska suosituksia on silloin helpompi jättää noudattamatta. Tämän vuoksi olisikin tärkeää, että suosituksiin perehdyttäisiin huolella ja niin, että niiden taustalla olevat perusteet ymmärrettäisiin. Tietoja kartoitettaessa kävi joissain kohdin ilmi virheitä, jotka olisivat voineet vaikuttaa potilaan selviytymiseen.

Elvytystietoja voitaisiin parantaa ensiapupoliklinikalla motivoimalla hoitajia perehtymään voimassa oleviin Käypä hoito -suosituksiin. Elvytysten määrään ei pystytä vaikuttamaan, joten on tärkeää hallita perusteet hyvin. Pelkkä elvytysten harjoittelu konkreettisesti ei riitä, jos perusteita ei hallita. Harjoitteluun pitää lisätä myös teoriaopetusta, jotta oikeat toimintamallit myös ymmärretään. Tällöin harvoin yhden hoitajan kohdalle sattuva elvytys onnistuu paremmin ja toiminta on järjestäytyneempää. Lisäksi olisi hyvä sopia työpaikalla omat pelisäännöt elvytystilanteen sattuessa, jolloin toiminta olisi mahdollisimman tehokasta. Tämä myös selkiyttäisi yhden hoitajan roolia elvytystilanteessa.

LÄHTEET

Castrén, M. 2000. Defibrillaatio elvytyksessä. *Duodecim* 2000; 116 (10) 1127–1131.

Castrén, M. 2005. Elottomuus. Teoksessa Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim) Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi, 169.

Cobb, L., Fahrenbruch, C., Walsh, T., Copass, M., Olsufka, M., Breskin, M. & Hallstrom, A. 1999. Influence of cardiopulmonary resuscitation prior to defibrillation in patients with out-of-hospital ventricular fibrillation. *JAMA* 1999; 281 (13):1182-1188.

Eberle, B; Dick, W.F., Schneider, T., Wisser, G., Doetsch, S. & Tzanova, I. 1996 Checking the carotid pulse: diagnostic accuracy of first responders in patients with and without a pulse. *Resuscitation* 1996 33:107–16.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11. painos. Helsinki: Tammi, 130.

Ikola, K. 2007. Defibrillointi. Teoksessa Ikola, K. (toim.) Elvytys ja elvytetyn hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 11–12, 38.

Koistinen, J. 2006. Elvytetyn sydänpotilaan jatkohoito. *Suomen Lääkärilehti* 2006; 61(8):835–839.

Kuisma, M. 2003. Sydämenpysähdys ja elvytys. Teoksessa Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. (toim) Uusi ensihoidon käsikirja. Helsinki: Tammi, 186–187, 193–194.

Käypä hoito -suositus 2006. Elvytys. Suomen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä 2006. [viitattu 24.1.2007]. Saatavissa www.kaypahoito.fi > Suositukset > Nimen mukaan > Elvytys.

Lewis, R., Kee, C. & Minick, M. 1993. Revisiting CPR knowledge and skills among registered nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 24, 174–179.

Sajama, S. 1993. Arkipäivän filosofiaa. Kertomus ihmisestä tiedon hankkijana ja arvovatkaisujen tekijänä. Helsinki: Kirjayhtymä, 62.

Silfvast, T. & Halinen, M. 2000. Verenkierron ja hengityksen elvytys. Teoksessa Heikkilä, J. (toim.); Huikuri, H. (toim.); Luomanmäki, K. (toim.); Nieminen, M. (toim.) & Peuhkurinen, K. (toim.) *Kardiologia*. Helsinki: Duodecim, 446.

Silfvast, T. & Suominen, P. 2001. Aikuisen elvytys. Teoksessa Rosenberg, P. (toim.); Alahuhta, S. (toim.); Kanto, J. (toim.) & Takala, J. (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. Jyväskylä: Gummerus, 912, 916–917.

Silfvast, T. 1999. Sydämenpysähdyspotilaan hoito. *Lääkärilehti* 1999; 54(5):479–483.

Skrifvars, M. 2006. Sydänpysähdys sairaalassa – Uusien elvytysohjeiden ehdotukset elvytystoiminnan parantamiseksi sairaalassa. *Spirium*; 41(1):4–7.

Säämänen Jari 2004. Sydämenpysähdyspotilaan peruselvytys sairaalassa. Elvytyskoulutuksen ja taustamuuttujien yhteys sairaanhoitajien elvytystietoihin ja -taitoihin. Turun Yliopisto. Väitöskirja, 19, 40.

Säämänen, J. 2007a. Sydänpysähdyspotilaan peruselvytys sairaalassa. Teema 1: Sydänpysähdys ja sen tunnistaminen. *Systole* 2/2007, 10–11.

Säämänen, J. 2007b. Sydänpysähdyspotilaan peruselvytys sairaalassa. Teema 2: Kudosten riittävän verenkierron ja hapensaannin turvaaminen sydämenpysädyksen aikana. *Systole* 3/2007, 11, 13–14.

Toivonen, L. 2000. Kammiotakykardiat. Teoksessa Heikkilä, J., Huikuri, H., Luomanmäki, K., Nieminen, M.S. & Peuhkurinen, K. (toim) *Kardiologia*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 752–756.

Valenzuela, T., Roe, D., Nichol, G., Clark, L., Spaite, D. & Hardman, R. 2000. Outcomes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos. *New England Journal of Medicine* 2000; 343 (17):1206–1209.

Voipio, V. & Kuisma, M. 2000. Elvytyksen jälkeinen hoito. *Duodecim* 2000; 116 (10):1142–1149.

Wenzel, V., Keller, C., Idris, AH., Dörge, V., Lindner, KH. & Brimacombe, JR. 1999. Effects of smaller tidal volumes during basic life support ventilation in patients with respiratory arrest: Good ventilation, less risk? *Resuscitation* 1999; 43: 25–9.

KIRJOITTAJAT

Kristiina Lahti ja Anna-Kaisa Vuorio valmistuivat ensihoitajiksi (AMK) ja sairaanhoitajiksi (AMK) Turun ammattikorkeakoulusta keväällä 2008.

AKUUTISTI SAIRASTUNEEN TAI VAMMAUTUNEEN LAPSEN VANHEMPIEN TARPEET JA NIIHIN VASTAAMINEN

Elina Lax & Kaisa-Maaria Sorri

Lapsen yllättävä sairaalaan joutuminen on järkytys koko perheelle, ja siksi äkillisesti sairastuneen lapsen hoitotyössä on tärkeää ottaa huomioon kaikki perheenjäsenet. Tavallisimpia lasten sairaalaan joutumisen syitä ovat erilaiset infektiotaudit, kouristelut ja tapaturmat (Ivanoff ym. 2001, 94) kuten liikenneonnettomuudet, erilaiset kotitapaturmat sekä palovammat. Myös henkinen trauma tapaturman seurauksena on usein lapsen ja hänen perheensä jokapäiväistä elämää haittaava tekijä. (Tatu ry. [Viitattu 28.3.2008].)

Hoitajan antama tuki vaikuttaa vanhempien kykyyn selviytyä lapsen sairauden aiheuttaman akuutin kriisin aikana (Miles 2003). Voidakseen auttaa vanhempia hoitohenkilökunnan on tiedostettava heidän tarpeensa (Shudy ym. 2006; Wheeler 2005). Perheen omien voimavarojen löytäminen ja tukeminen ovat keskeisiä tehtäviä lasten hoitotyössä (Just 2005). Hoitohenkilökunta ei kykene antamaan vanhemmille yksilöllistä tukea, elleivät he ole tietoisia perheen elämäntilanteesta ja voimavaroista (Sarajärvi, Haapamäki & Paavilainen 2006). Vanhempien tarpeiden mukaan vaihtuvan tuen tarjoaminen parantaa myös vanhempien tyytyväisyyttä (Just 2005).

Artikkeli perustuu kirjoittajien opinnäytetyöhön Akuutisti sairastuneen tai vammautuneen lapsen vanhempien tarpeet ja niihin vastaaminen. Opinnäytetyö oli osa valtakunnallista TATU ry:n Eheä palvelupolku lapsen tapaturman jälkeen -projektia. TATU ry on tapaturmaisesti loukkaantuneiden tai vammautuneiden lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä tukiyhdistys.

OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

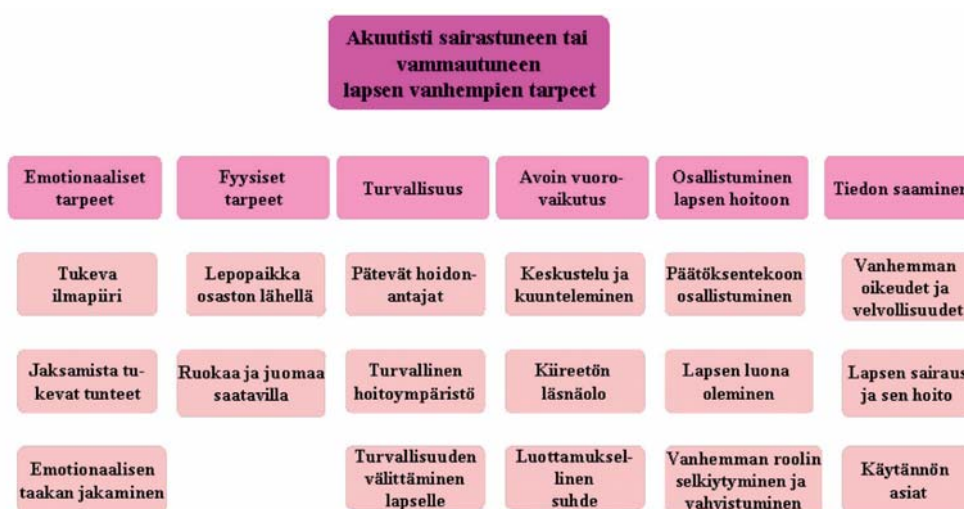
Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin aikaisemmista kirjallisuuskatsauksista ja tutkimusartikkeleista terveysalan elektronisia tietokantoja ja eri hakusanoja hyväksikäyttäen. Tiedonkeruu lopetettiin siinä vaiheessa, kun löydettyjen tutkimusten tulokset alkoivat muistuttaa toisiaan, eivätkä ne tuottaneet enää tutkimusongelmen kannalta uutta tietoa.

Sisällön analysointimenetelmäksi valittiin induktiivinen eli aineistolähtöinen analyysitapa. Analyysiyksiköksi määritettiin sanayhdistelmä, jonka jälkeen aineistoa luettiin useita kertoja läpi ja tekstistä poimittiin tutkimusongelmiin vastaavia sanayhdistelmiä. Sanayhdistelmistä muodostettiin sanalistoja, joista yhdistettiin samaa aihetta koskevat ilmaisut yhteen kategori-

aan, ja sille annettiin sisältöä kuvaava nimi. Tästä muodostui alustava luokittelu. Tämän jälkeen analyysia jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset kategoriat toisiinsa.

OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Induktiivisen sisällönanalyysin tuloksena akuutisti sairastuneen tai vammautuneen lapsen vanhempien tarpeita kuvaaviksi yläkategorioiksi muodostuivat 1. emotionaaliset tarpeet, 2. fyysiset tarpeet, 3. turvallisuus, 4. avoin vuorovaikutus, 5. osallistuminen lapsen hoitoon ja 6. tiedon saaminen (Kuvio 1.).



KUVIO 1. *Akuutisti sairastuneen tai vammautuneen lapsen vanhempien tarpeet.*

EMOTIONAALISET JA FYYSISET TARPEET

Lapsen sairaus ja sairaalahoitoon joutuminen nostattaa poikkeuksetta emotionaalisesti raskaita tunteita, joiden käsittelyssä vanhemmat tarvitsevat hoitohenkilökunnan tukea (Hopia ym. 2005). Vanhemmille on tärkeää saada jakaa emotionaalinen taakkansa hoitohenkilökunnan kanssa ja saada emotionaalista tukea lapsen sairaalassaolon aikana (Hopia ym. 2005). On myös tärkeää, että hoitohenkilökunta tunnustaa vanhempien kokemuksen vaikeuden (Miles 2003) ja kertoo vanhemmille, että heidän tunteensa ovat normaaleja (Miles 2003; Dudley & Carr 2004). Vanhemmat toivovat saavansa hoitohenkilökunnalta lohtua ja varmistuksen siitä, että lapsi saa parasta mahdollista hoitoa (Wheeler 2005). Lisäksi on tärkeää rohkaista vanhempia etsimään emotionaalista tukea esimerkiksi ystäviltä, perheeltä, papilta tai vanhempien tukiryhmiltä (Miles 2003).

Perheen terveyttä edistävässä ympäristössä surua, itkua, iloa ja naurua pidetään normaaliin jokapäiväiseen elämään kuuluvana. Tukevassa ilmapiirissä perhettä ei eristetä toisista perheistä tai sairaalan ulkopuolisesta elämästä. Hyvä ilmapiiri helpottaa perheenjäsenten vierailua sairaalassa

ja auttaa vanhempia luomaan kontakteja muiden samassa tilanteessa olevien vanhempien kanssa. (Hopia ym. 2005.)

Vanhempien fyysisiä tarpeita ei usein huomioida riittävästi, eivätkä vanhemmat itse tule pyytäneeksi esim. juotavaa, syötävää tai lepomahdollisuutta (Hallström, Runesson & Elander 2002; Aldridge 2005), joista hoitajien tulisi muistuttaa vanhempia (Zengerle-Levy 2006). Osaston lähellä tulisi olla paikka, jossa vanhemmat voivat levätä ja jossa on saatavilla ruokaa ja juomaa (Aldridge 2005).

TURVALLISUUS

Vanhempien turvallisuuden tarve tulee esille vanhempien vaatimuksena pätevään hoitohenkilökuntaan. Hoitohenkilökunnan pätevyys sisältää monia tekijöitä, kuten hyvän koulutuksen omaavat hoitotyön ammattilaiset, vanhempien ja lapsen kunnioittavan kohtelun sekä lapsen näkemisen yksilönä. (Hallström ym. 2002.)

Turvallisuuden tarve näkyy myös hoitoympäristössä. Sairaala ympäristönä aiheuttaa stressiä vanhemmille (Hopia ym. 2005). Esimerkiksi lasten teho-osasto kiireineen, yllättävine äänineen, kirkkaine valoineen ja moninaisine ärsykeineen on iso haaste vanhemmille, jotka jo valmiiksi ovat stressaantuneita lapsensa kriittisestä sairaudesta (Shudy ym. 2006; Smith, Hefley & Anand 2007). Hoitoympäristön ilmapiiriin voidaan helposti vaikuttaa esimerkiksi käyttämällä värikäitä peittoja tai asettamalla sängyn yläpuolelle lapsen näkyviin leluja (Zengerle-Levy 2006).

Vanhemmat kokevat tärkeäksi turvallisuuden välittämisen lapselle. Tämä tulee ilmi tarpeena olla lapsen lähellä sekä tekemällä luonnolliselta ja tutulta tuntuvia asioita lapsen kanssa (Hallström ym. 2002). Vanhemmilla on tarve säilyttää lapsen normaalia elämää mahdollisimman paljon lapsen ollessa sairaalassa (Wheeler 2005).

AVOIN VUOROVAIKUTUS

Vanhemmat pitävät välttämättömänä luottamuksellista suhdetta hoitohenkilökunnan kanssa lapsen sairaalassaolon aikana. Luottamuksellisen suhteen syntymiseen vanhempien ja hoitohenkilökunnan välille tarvitaan molemminpuolista avointa vuorovaikutusta. (Hopia ym. 2005.) Luottamuksellinen hoitosuhde on pohjana sille, että vanhemmat jaksavat olla lapsensa tukena sairaalassa ja huolehtia omasta jaksamisestaan sekä muusta perheestä (Suhonen & Yrjönen 2004, 261–270). Luottamuksellinen hoitosuhde on tärkeä, jotta hoitajat voivat auttaa perhettä käsittelemään lapsen sairastumiseen liittyviä negatiivisia kokemuksia ja menetyksen tunteita (Hopia ym. 2005). Kun vanhemmat luottavat hoitajaan, heidän on helpompi sallia hoitajan tekemät epämiellyttävätkin hoitotoimenpiteet, ja he pystyvät paremmin tukemaan lastaan niiden aikana. Perheen luottamusta ei voi pitää itsestäänselvyytenä, vaan se pitää ansaita. (Zengerle-Levy 2006.)

Sairaalahoitoon joutuneen lapsen vanhemmista tuntuu usein tarpeelliselta keskustella ulkopuolisen kanssa lapsen sairaudesta ja emotionaalisista kokemuksista, joita siihen liittyy. Vaikeassa tilanteessa vanhemmat tarvitsevat jonkun, jolle puhua ja joka kuuntelee. Keskusteluissa tilanne tulisi käydä läpi useampaan kertaan. (Hopia ym. 2005.) Keskustelut vanhempien, hoitohenkilökunnan ja muun tukiryhmän välillä auttavat vanhempia säilyttämään paremmin kontrollin tunteen (Aldridge 2005) ja auttavat hoitajia huomaamaan, kuinka paljon vanhemmat milläkin hetkellä tarvitsevat apua lapsen hoidossa (Just 2005). Vanhempien kanssa keskustelua koskevissa tutkimuksissa korostuu hoitajan rooli aloitteentekijänä (Dudley & Carr 2004; Hopia ym. 2005) ja hoitajan ammattitaidon ja positiivisen asenteen merkitys (Sarajärvi ym. 2006). Tilanteissa, joissa vanhempien on vaikeaa näyttää tunteitaan ja käsitellä suruaan, hoitaja voi esim. kysymyksiä esittämällä aktivoida ja rohkaista heitä puhumaan tilanteestaan ja purkamaan tunteitaan. (Hopia ym. 2005.) Vanhempien ja hoitajien välisen keskusteluyhteyden syntymiseksi on ratkaisevaa, että hoitajat luovat ja pitävät yllä jatkuvaa yhteyttä vanhempiin (Miles 2003).

Vanhemmat toivovat, että hoitohenkilökunnalla olisi enemmän aikaa kiireettömään läsnäoloon esim. kuuntelemalla, olemalla käytettävissä, tarjoamalla enemmän tietoa lapsen sairaudesta ja hoidosta sekä ottamalla perheet enemmän huomioon hoidon aikana. (Sarajärvi ym. 2006.) On tärkeää, että hoitaja on läsnä ja kuuntelee aktiivisesti vanhempia eikä vain rutiininomaisesti hoida tehtäviään (Miles 2003; Hopia ym. 2005).

VANHEMPIEN OSALLISTUMINEN LAPSEN HOITOON

Lapsen hoitoa pyritään mahdollisuuksien mukaan suuntaamaan vanhemmille niin paljon kuin mahdollista (Jokinen 1999, 18–19). Vanhemmat myös arvostavat mahdollisuutta osallistua lapsensa hoitoon sairaalassa (Sarajärvi ym. 2006). Sairaalassa vanhemmilla on monia tapoja osallistua lapsensa hoitoon. Ne vaihtelevat päivittäisissä toiminnoissa avustamisesta tärkeiden terveydenhoitoon liittyvien päätösten tekemiseen (Just 2005). Useimmat vanhemmat viettävätkin huomattavan pitkiä aikoja lastensa vierellä näiden ollessa sairaalahoidossa (Dudley & Carr 2004; Hallström & Elander 2004).

Vanhemmilla on lain mukaan oikeus osallistua alle 12-vuotiaan lapsensa hoitoa ja toimenpiteitä koskeviin päätöksiin (Jokinen 1999, 18–19). Vanhemmilla on myös tarve saada osallistua lapsen hoitoa koskevaan päätöksentekoon (Hallström & Elander 2004) sen sijaan, että heille ainoastaan kerrotaan, mitä tulee tapahtumaan (Aldridge 2005). Vanhempien päätöksien tulisi perustua ennalta annettuun ja ymmärrettävään tietoon (Jokinen 1999, 18–19). Perheet odottavat hoitajien selittävän mahdolliset vaihtoehdot ja auttavan heitä tekemään päätöksiä, jotka edistävät koko perheen terveyttä ja hyvinvointia (Hopia ym. 2005).

Vanhemmilla tulisi olla mahdollisuus lapsen luona oloon ympäri vuorokauden, jotta he voisivat osallistua aktiivisesti lapsen hoitoon (Smith ym. 2007; Aldridge 2005). Vanhempien ollessa lapsen luona sairaalassa sekä lapsen että vanhempien pelon ja levottomuuden on todettu vähenävän, lapsen yhteistyökyvyn toimenpiteiden yhteydessä paranevan, aktiivisuuden lisääntyneen ja sairaalahoitajan lyhentyneen (Just 2005; Sarajärvi ym. 2006). Henkilökunnan ja perheen

välinen jännitys on selvästi vähäisempää, kun perheenjäsenet voivat osallistua hoitoon ja he kokevat oman roolinsa selkeämmäksi (Just 2005).

Vanhemmille tulee kuitenkin selvittää, ettei heiltä odoteta tai vaadita jatkuvaa läsnäoloa lapsen luona (Smith ym. 2007). On tärkeää, etteivät hoitajat tulkitse vanhempien poissaoloa välinpitämättömyydeksi lasta kohtaan (Miles 2003). Vanhemmille tulee kertoa, että lapsen hoito jatkuu, vaikka he eivät olisikaan paikalla (Smith ym. 2007).

Lapsen joutuessa sairaalahoitoon vanhemman rooli lapsen hoitajana, lohduttajana ja suojelijana muuttuu (Smith ym. 2007). Vanhemmat tarvitsevat jatkuvaa ohjausta ja aktiivista tukea selkiyttääkseen omaa rooliaan siitä, mitä heiltä odotetaan ja mitä he voivat tehdä auttaakseen lastaan sairaalassa. (Hopia ym. 2005.) Hoitajien tulisi pystyä tukemaan vanhempia kriisistä selviytymisessä sekä auttamaan heitä löytämään oman roolinsa sairaalassa (Sarajärvi ym. 2006; Hopia ym. 2005).

On tärkeää, että hoitajat puhuvat vanhempien kanssa ja selvittävät, mitä vanhemmat haluavat, osaavat tai mitä heidän pitäisi tehdä lapsensa hyvinvoinnin edistämiseksi. Tämä auttaa vanhempia selkiyttämään omaa rooliaan ja vahvistamaan vanhemmuutta lapsen sairaalassaolon aikana. Vanhemmat luovat yksilöllisiä tapoja toteuttaa vanhemman roolia, ja he saattavat jopa luoda kokonaan uuden vanhemman roolin sairaalassa. He tarvitsevat rohkaisua, tukea itseluottamukselleen sekä positiivista palautetta vanhemmuudestaan, koska heidän täytyy jatkuvasti oppia uusia asioita. (Hopia ym. 2005.)

Vahva vanhemmuus perustuu vanhemman omaan hyvinvointiin, ja vanhemmilla on oikeus pitää hyvää huolta myös itsestään lapsen ollessa sairaalassa. Vanhemman liiallinen väsymys tulisikin huomata ajoissa, koska se voi muuttua negatiiviseksi asenteeksi lasta tai muita perheenjäseniä kohtaan. (Hopia ym. 2005.) Hoitohenkilökunnan olisi erittäin tärkeää rohkaista vanhempia huolehtimaan myös itsestään, sillä hyvinvoiva vanhempi jaksaa paremmin olla positiivinen ja toiveikas sekä tukea lastaan (Dudley & Carr 2004).

TIEDON SAAMINEN

Tiedon antaminen perheelle on yksi keskeisimmistä tuen muodoista (Sarajärvi ym. 2006). Tiedon saaminen on vanhempien tärkein selviytymiskeino lapsen sairaalahoidon aikana (Hopia ym. 2005). Vanhempien jaksaminen tulee ottaa huomioon annettaessa tietoa lapsen voinnista, koska vanhempien oman sopeutumisprosessin eteneminen vaikuttaa siihen, miten hyvin he kykenevät ottamaan lastaan koskevia tietoja vastaan (Andersson ym. 2004, 388–393).

Vanhemmille annetun tiedon määrä ja laatu tulee sovittaa jokaisen perheen yksilölliseen tilanteeseen ja tarpeisiin (Hopia ym. 2005; Sarajärvi ym. 2006) ja kaavamaisista tiedon antoa tulee välttää (Sarajärvi ym. 2006). Tiedon antamisen ajankohta tulee valita vanhempien tarpeiden mukaan (Ivanoff ym. 2001). Vanhemmille annetaan helposti enemmän tietoa hoidon alkupäivinä kuin mitä he pystyvät omaksumaan (Aldridge 2005; Hopia ym. 2005), mutta osa van-

hemmista haluaa saada tietoa lapsensa sairaudesta ja hoidosta heti ensimmäisenä hoitopäivänä sairaalassa (Hopia ym. 2005). Toiset vanhemmat eivät pysty alkuvaiheessa omaksuma tietoa lapsen sairaudesta, vaan he päinvastoin torjuvat sen (Hopia ym. 2005).

Lapsen vakava sairastuminen aiheuttaa vanhemmissa voimakkaan stressireaktion, joka heikentää keskittymiskykyä ja samalla myös tiedon käsittely vaikeutuu. (Aldridge 2005.) Vanhemmat tarvitsevat usein apua ymmärtääkseen lapsen tilasta ja hoidosta annettua tietoa ja voivat pyytää hoitajaa käymään annettua tietoa uudelleen läpi. Vanhemmat voivat myös tarvita tietoa liittyen lapsen reaktioihin sairaalaan joutumisesta ja omiin oikeuksiinsa ja velvollisuuksiinsa. (Miles 2003.)

Tiedon avulla vanhempien on mahdollista sopeutua tulevaan ja tukea lasta hoidon eri vaiheissa. (Hopia ym. 2005; Ivanoff ym. 2001.) Vanhemmille on tärkeää jatkuvasti kertoa, mitä seuraa vaksi tapahtuu. (Smith ym. 2007; Zengerle-Levy 2006.) Vanhemmat tarvitsevat hoitajilta tietoa lapselle suoritettavista tutkimuksista, koska ne ovat usein vanhemmille vieraita. (Ivanoff ym. 2001, 107.) Vanhempien on näin helpompaa valmistaa lasta tuleviin tapahtumiin (Hopia ym. 2005; Ivanoff ym. 2001).

Tiedon antaminen on välttämätöntä myös kotihoidon onnistumiseksi. Sairaalassa annettu tiedollinen tuki ei ainoastaan auta perheitä selviytymään lapsen sairaalahoidon ajan, vaan se antaa myös voimaa tulla toimeen kotona sairaalahoidon päättymisen jälkeen. (Hopia ym. 2005; Sarajärvi ym. 2006.) Vanhemmat, jotka saavat vain vähän tietoa ja käytännön ohjausta sairaan lapsen kanssa kotona selviytymiseen, tuntevat olonsa selvästi turvattommiksi ja avuttommiksi kuin vanhemmat, jotka ovat tyytyväisiä saamiinsa ohjeisiin ja neuvoihin. (Hopia ym. 2005.)

POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa akuutisti sairastuneen tai vammautuneen lapsen vanhempien tarpeita ja niihin vastaamista. Tuloksissa korostui kaikilla osa-alueilla hoitajan ammattitaidon merkitys. Hoitaja on avainasemassa vanhempien tarpeiden tunnistamisessa ja niihin vastaamisessa. Vanhemmille lapsen sairaalassaolo on usein elämässä ainutlaatuinen tilanne, jolloin he ovat stressireaktion vuoksi tavallista valppaampia ja kiinnittävät huomiota pieniinkin yksityiskohtiin hoitajan toiminnassa. Nämä asiat jäävät vanhempien mieleen pitkäksi aikaa, joten hoitajan toiminnan tulee olla akuutisti sairastunutta tai vammautunutta lasta hoitaessaan erityisen tahdikasta, ja hoitajalta vaaditaan taitoa toisten tunteiden tunnistamisessa sekä tilanetaajua. Avoimen vuorovaikutuksen syntymiseksi hoitajan tulisi kuitenkin pystyä olemaan oma itsensä ja käyttämään omaa persoonaansa työvälineenä.

Nykyisin vanhemmilla on mahdollisuus yöpyä ja olla läsnä lapsen luona ympäri vuorokauden useimmilla lasten vuodeosastoilla. Tätä mahdollisuutta ei kuitenkaan vielä ole tehohoidossa olevien lasten vanhemmilla ainakaan yleisesti Suomessa. Lasten teho-osastoja tulisi kehittää tähän suuntaan, vaikka se voikin vaatia merkittäviä uudistuksia kuten potilashuoneiden suurentamista, jotta vanhempien yöpyminen lapsen lähellä olisi käytännössä mahdollista.

Vanhempien tuen tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen lapsen sairaalassa olon aikana ovat edelleen hoitotyön kehityksen haasteita. Lasten hoitotyössä on viime vuosikymmenten aikana tapahtunut huomattavaa kehitystä perhekeskeisempään ja myös vanhempien tarpeet huomioon ottavaan suuntaan. Näitä edistysaskelia ei kuitenkaan saa jäädä liian pitkäksi aikaa ihailemaan ja ajatella, että kaikki mahdollinen olisi nyt tehty. Uusien tutkimusten myötä saadaan jatkuvasti lisää tietoa, jonka siirtyminen käytäntöön on usein valitettavan hidasta ja pitkällä viiveellä tapahtuvaa. Tätä prosessia jokainen hoitotyöntekijä voi osaltaan nopeuttaa.

LÄHTEET

Aldridge, M. 2005. Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*. 25 (6), 40–50.

Andersson, K., Elfving-Little, U. & Kokkola, E. 2004. Lapsi palovammapotilaana. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Jyväskylä: Tammi, 388–393.

Dudley, S. & Carr, M. 2004. Vigilance: The experience of parents staying at the bedside of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*. 19 (4), 267–275.

Hallström, I. & Elander, G. 2004. Decision-making during hospitalization: parents' and children's involvement. *Journal of Clinical Nursing*. 13 (3), 367–375.

Hallström, I., Runesson, I. & Elander, G. 2002. Observed Parental Needs During Their Child's Hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*. 17 (2), 140–148.

Hopia, H., Tomlinson, P., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2005 Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*. 14 (2), 212–222.

Ivanoff, P., Kitinoja, H., Palo, R., Risku, A. & Vuori A. 2001. *Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö*. Porvoo: WSOY.

Jokinen, S. 1999. Sairaalahoidon vaikutus lapseen ja perheeseen. Teoksessa Jokinen, S., Kuusela, A-L. & Lautamatti, V. (toim.) ”Sattuus se?” *Lasten kliiniset tutkimukset*. Tampere: Kirjayhtymä Oy, 9–20.

Just, A. 2005. Parent Participation in Care: Bridging the Gap in the Pediatric ICU. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 5 (4), 179–87.

Miles, M. 2003. Support for Parents During a Child's Hospitalization: A nurse's guide to helping parents cope. *American Journal of Nursing*. 103 (2).

Sarajärvi, A., Haapamäki, M. & Paavilainen, E. 2006. Emotional and informational support for families during their child's illness. *International Nursing Review*. 53 (3), 205–210.

Shudy, M., Lihinie de Almeida, M., Ly, S., Landon, C., Groft, S., Jenkins, T. & Nicholson, C. 2006. Impact of Pediatric Critical Illness and Injury on Families: A Systematic Literature Review. *Pediatrics*. 118 (3), 203–218.

Smith, A., Hefley, G. & Anand, K. 2007. Parent bed spaces in the PICU: effect on parental stress. *Pediatric Nursing*. 33 (3), 215–221.

Suhonen, L. & Yrjönen, M. 2004. Sydänsairaudet. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) *Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja*. Jyväskylä: Tammi, 261–270.

Tatu ry 2008. Mikä on Tatu? [Viitattu 28.3.2008.] Saatavissa: <http://www.tatury.fi/>.

Wheeler, H. 2005. The importance of parental support when caring for the acutely ill child. *Nursing in Critical Care*. 10 (2), 56–62.

Zengerle-Levy, K. 2006. The Inextricable Link in Caring for Families of Critically Burned Children. *Qualitative Health Research*. 16 (1), 5–26.

KIRJOITTAJAT

Elina Lax ja Kaisa-Maaria Sorri valmistuivat ensihoitajiksi (AMK) ja sairaanhoitajiksi (AMK) Turun ammattikorkeakoulusta keväällä 2008.

FYYSISESTI PAHOINPIDELLYN LAPSEN TUNNISTAMINEN JA HÄNEN OIKEUKSIENSA TAKAAMINEN ENSIHOITOTILANTEESSA

Taina Irmola & Niina Sormunen

Lapsipotilaan kohtaaminen ja hoitaminen ovat aina haasteita ensihoitotyössä. Jokainen ensihoitaja kohtaa uransa aikana lukuisia potilaita, joista vain pieni osa on lapsia. Vaikka lapsipotilaiden määrä on vain 10 prosenttia kaikista tapauksista (Jalkanen 2004, 432), ensihoitaja tulee suurella todennäköisyydellä kohtaamaan työssään myös lapsipotilaan, jonka hoitaminen rikkoo väistämättä hoidon rutiinit, sillä lasta ei koskaan tule kohdella ja hoitaa pienenä aikuisena (Hiltunen 2002, 266; Reitala 2002, 181).

Ensihoitajan joutuessa todistamaan tilannetta, jossa lapsen epäillään joutuneen fyysisen pahoinpitelyn kohteeksi, on tärkeää, että hoitajalla olisi aiheesta kattava teoretieto. Teoriatiedon hallinta auttaa ensihoitajaa ohjaamaan omaa toimintaansa lapsen pahoinpitelytapauksessa kaikkia osapuolia eteenpäin vievään suuntaan. Lapsen hoitotyössä tärkeänä osana ovat lapsen vanhemmat, joiden kanssa toimivan vuorovaikutuksen syntyminen on välttämätöntä, jotta lapselle voidaan turvata paras mahdollinen hoito (Hiltunen 2002, 266).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista lapsen fyysiseen pahoinpitelyyn liittyvää teoretietoa ensihoitajilla on kliinisistä löydöksistä ja lainsäädännöstä. Tutkimuksessa kartoitettiin lisäksi fyysisesti pahoinpidellyn lapsen ensihoitotilanteessa mukana olleiden ensihoitajien kokemuksia ja tilanteeseen liittyviä ongelmakohtia. Lapsen oikeuksien takaaminen käytännön ensihoitotilanteessa riippuu ensihoitajien lainsäädännön tuntemuksesta sekä kyvyistä soveltaa lakia käytännön työhön.

Opinnäytetyön tekijöinä olimme kiinnostuneita kartoittamaan ensihoitajien kokemuksia arkaluonteiseksi ja vaativaksi koetusta ensihoitotehtävästä. Suomessa ei ole aikaisemmin tutkittu fyysisesti pahoinpidellyn lapsen tunnistamista sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa toimivien ensihoitajien näkökulmasta. Aihe oli ajankohtainen, sillä julkisuudessa oli juuri silloin keskusteltu lisääntyneestä perheväkivallasta Suomessa (Tigerstedt-Tähtelä, 2006).

OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT

Opinnäytetyö oli sekä kvantitatiivinen eli määrällinen että kvalitatiivinen eli laadullinen. Opinnäytetyön empiirisessä toteutuksessa oli kaksi osaa. Ensimmäisessä osassa selvitettiin kvantitatiivisella tutkimusotteella, millaista lapsen fyysiseen pahoinpitelyyn liittyvää teoretietoa ensihoi-

tajilla on kliinisistä löydöksistä ja lainsäädännöstä. Toisessa osassa kartoitettiin kvalitatiivisella tutkimusotteella ensihoitajien käytännön kokemuksia ja näkemyksiä lapsen fyysisistä pahoinpitelytapauksista sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa

Määrällisen tutkimusotteen käyttö oli tämän opinnäytetyön ensimmäisessä osiossa perusteltua, koska tavoitteena ei ollut uuden teorian kehittäminen vaan tietyn ilmiön tutkiminen kyselyn avulla. Se mahdollistuu Lauri & Elomaan (1999, 103) mukaan käyttämällä määrällistä tutkimusotetta. Opinnäytetyö pohjautuu aikaisempaan tutkimustietoon, jonka pohjalta tutkimusongelmat muodostettiin. Kvantitatiivisella tutkimusotteella on mahdollista kartoittaa, kuinka hyvin ensihoitajat tuntevat lainsäädännön ja teorian tiedon, joka koskee lapsen fyysisiä pahoinpitelytapauksia sairaalan ulkopuolisissa ensihoitotilanteissa.

Tässä opinnäytetyössä aineistokeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Kyselylomakkeet kohdistettiin neljälle eri paikkakunnalle ympäri Suomea, mutta paikkakuntia ei mainita tutkimuksen missään vaiheessa. Kyselylomakkeiden kysymyksiin vastattiin nimettömänä tutkittavien anonyymiteetin varmistamiseksi. Lomakkeessa oli sekä avoimia että strukturoituja kysymyksiä. Strukturoiduilla kysymyksillä kartoitettiin kyselyyn osallistuvien taustatietoja ja avoimilla kysymyksillä ensihoitajien tietoa ja näkemyksiä lapsen fyysisestä pahoinpitelystä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Avoimet kysymykset sallivat vastaajien ilmaista itseään, ja ne osoittavat vastaajien tietämystä aiheesta, sillä avoimet kysymykset eivät ehdota vastauksia etukäteen (Hirsjärvi ym. 2001, 188). Avoimilla kysymyksillä oli mahdollista saada syvempää tietoa ensihoidon näkökulmasta liittyen lapsen fyysiseen pahoinpitelyyn.

Kyselyyn valittiin perusjoukoksi ensihoitajat. Perusjoukkoa kuvaavaksi otokseksi valittiin neljän isohkon kaupungin palolaitosten yhteydessä toimivien sairaankuljetusyksiköiden ensihoitajat. Otoksen kooksi muodostui 49 ensihoitajaa, mitä voidaan otoskokona pitää riittävänä kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Paikkakunnat valittiin ympäri Suomea, jotta tulokset antaisivat luotettavan kuvan perusjoukon tiedoista. Kvalitatiiviseen osioon vastanneet ensihoitajat olivat mukana myös kvantitatiivisessa osiossa. Kyselyyn vastaajia oli 49, ja kolmella heistä oli kokemusta lapsen fyysisestä pahoinpitelytilanteesta sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.

KYSELYN TULOKSET

Aineisto muodostui 49:stä (N = 49) sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa, sairaankuljetusyksikössä toimivasta ensihoitajasta. Ensihoitajien ikäjakauma oli 22–55 vuotta. Ensihoitajien työkokemus vaihteli muutamasta kuukaudesta useisiin vuosikymmeneihin. Ensihoitajat olivat työskennelleet alalla keskimäärin 11,5 vuotta. Kahdeksan (N = 49) ensihoitajaa oli saanut lapsen fyysiseen pahoinpitelyyn liittyvää koulutusta.

Ensihoitajien tiedot lapsen fyysiseen pahoinpitelyyn viittaavista kliinisistä merkeistä olivat vaihtelevia. Eniten mainittu kliininen löydös oli mustelmat (67 %). Ruhjeet olivat toiseksi yleisimmin mainittu (40 %) fyysinen löydös ensihoitajien vastauksissa. Ruhjeiksi luokitellaan erilaiset nirhaumat ja haavat, kuhmut, arvet ja eriaisteiset lapsen kehossa esiintyvät naarmut. Erityyppiset luunmurtumat mainittiin kolmanneksi yleisimpänä (29 %) kliinisenä löydöksenä. Vastauksissa

oli huomioitu, että murtumien tyyppi ja murtuman vammamekanismi eivät aina ole yhtenevät, kun otetaan huomioon tapauskohtaisesti lapsen ikä ja kehitystaso. Ihon punoitus tai ihon arkuus tai palovammat tulivat esiin muutamissa vastauksissa (8 %). Ensihoitajista vain murto-osa (2 %) oli maininnut puristusjäljet viitteeksi lapsen fyysisestä pahoinpitelystä. Ensihoitajat mainitsivat myös ihon turvotuksen (6 %) sekä ruhjeiden ja mustelmien poikkeavan sijainnin olevan merkki mahdollisesta lapseen kohdistuvasta fyysisestä pahoinpitelystä. Esille tuli myös hiuksista repimisen jäljet (4 %), jäsenten sijoiltaan menot (4 %), pään vammat (4 %) sekä tajunnantason lasku (4 %) mahdollisena löydöksenä siitä, että lapsi on joutunut fyysisen pahoinpitelyn kohteeksi.

Ensihoitajat mainitsivat myös lapsessa havaittavia psyykkisiä löydöksiä, jotka eivät lukeudu kliinisiin löydöksiin. Tällaisia olivat muun muassa lapsen arkuus, lapsen pelokkuus, kosketuksen kavahtaminen ja luottamattomuus. Myös se, että lapsi ei vierastanut esimerkiksi täysin vierasta ensihoitohenkilökuntaa, sai ensihoitajan epäilemään mahdollista lapsen fyysistä pahoinpitelyä.

Ensihoitajien tiedot eri viranomaisyhteistyötahoista lapsen fyysisessä pahoinpitelytapauksessa olivat pääsääntöisesti hyvät. Yli puolet ensihoitajista (N = 49) mainitsi vastauksissaan ottavansa yhteyttä useampaan kuin yhteen viranomaistahoon epäillessään lapsen joutuneen fyysisen pahoinpitelyn kohteeksi. Ensihoitajista suurin osa (30 %) mainitsi tärkeimpänä yhteistyötahona lapsen fyysisessä pahoinpitelytapausepäilyssä poliisin. Seuraavaksi yleisimpänä yhteistyötahona lapsen fyysisessä pahoinpitelytapausepäilyssä mainittiin sosiaaliviranomainen (22 %). Ensihoitajista neljäsosa olisi ilmoittanut lapsen fyysisessä pahoinpitelytapausepäilyssä asiasta lastensuojeluviranomaisille. Lähes neljännes ensihoitajista olisi ottanut yhteyttä päivystävään lääkäriin epäillessään lapsen joutuneen fyysisen pahoinpitelyn uhriksi. Ensihoitajista viidesosa ei tiennyt tai ei ollut täysin varma siitä, kehen tai keihin viranomaistahoihin olisi pitänyt ottaa yhteyttä. Viranomaisyhteistyössä koettiin tärkeäksi säännöllinen yhteydenpito eri viranomaisten välillä. Aineistosta tuli myös esille, että ensihoitajat kaipaavat avointa keskustelua lapsen fyysiseen pahoinpitelyyn puuttumisesta ensihoitotilanteesta ja asioista toivottiin puhuttavan niiden oikeilla nimillä. Viranomaisverkossa käytävään keskusteluun eli Virve-liikenteeseen toivottiin yhteisiä selkeitä pelisääntöjä lasten fyysisten pahoinpitelytilanteiden varalle.

Ensihoitajista 10 % (N = 49) mainitsi ilmoittavansa lapsen fyysisestä pahoinpitelystä eteenpäin aina niissä tapauksissa, joissa siitä on pienikin epäily. Ensihoitajista 10 prosenttia olisi tehnyt lastensuojeluilmoituksen lapsen fyysisestä pahoinpitelystä vain niissä tapauksissa, joissa lapsen fyysinen pahoinpitely on täysin varma tai selvästi osoitettavissa. Ensihoitajat toivat esille monia syitä, jotka heidän mielestään johtavat siihen, että ilmoitusvelvollisuus syrjäyttää salassapitovelvollisuuden. Ensihoitajista 12 prosenttia mainitsi lapsen alaikäisyyden olevan syynä salassapitovelvollisuuden syrjäytymiseen. Lapsen psykofyysisosiaalisen turvallisuuden puutteellisuus oli ensihoitajien mielestä (12 %) aihe salassapitovelvollisuuden väistymiseen. Osa (16 %) ensihoitajista luuli virheellisesti, että salassapitovelvollisuus väistyy ilmoitusvelvollisuuden tieltä vain niissä tapauksissa, joissa teosta olisi mahdollista saada vankeutta tai jokin rangaistus. Kaksi ensihoitajaa oli sitä mieltä, että salassapitovelvollisuutta ei ole, ja kahden ensihoitajan mielestä ilmoitusvelvollisuus ei missään tilanteessa sivuuta salassapitovelvollisuutta. Ensihoitajista 26 prosentilla ei ollut tietoa ilmoitusvelvollisuuden tuomista velvoituksista hoitohenkilökuntaa kohtaan.

Ensihoitajat toivat hyvin esille omia näkemyksiään oman turvallisuuden takaamisesta lapsen fyysisissä pahoinpitelytapauksissa. Ensihoitajat toivat esille oman turvallisuuden takaamisesta oman käyttäytymisen tärkeyden. 25 prosenttia oli sitä mieltä, että lapsen fyysisessä pahoinpitelytapauksessa ensihoitajien tulee kiinnittää huomiota omaan ammatilliseen käyttäytymiseensä tilanteen pahenemisen estämiseksi. Oman anonymiteetin ja oman selustan varmistaminen tuli esille 22 prosentissa vastauksista. 24 prosenttia olisi pyytänyt poliisin virka-apua tilanteissa, joissa epäillään lapsen joutuneen fyysisen pahoinpitelyn uhriksi ja kohteessa on mahdollisesti ensihoitajien työturvallisuutta vaarantava tekijä. Ensihoitajista 27 prosenttia ei tiennyt, miten he olisivat varmistaneet oman turvallisuutensa tilanteissa, joissa epäillään lapsen fyysisestä pahoinpitelyä.

Ensihoitajista (N =49) kolmella oli käytännön kokemusta lapsen fyysisestä pahoinpitelytapauksesta sairaalan ulkopuolisessa ensihoitotilanteessa. Lapsen fyysisen pahoinpitelytapauksen kohdanneista ensihoitajista kaksi oli kohdannut fyysisesti pahoinpidellyn lapsen sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa alle viisi kertaa ja yksi ensihoitajista vain kerran. Lapsen pahoinpitelytapauksissa oli ollut kyse sekä laiminlyönnistä että fyysisestä pahoinpitelystä, johon liittyi myös lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä. Fyysisesti pahoinpideltyjen lasten ikä vaihteli yhdestä vuodesta murrosikään. Sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa lapsen fyysisen pahoinpitelyn tunnistaminen saattaa olla hyvin ongelmallista ja vaikeaa. Tunnistamista vaikeuttavaksi tekijäksi mainittiin se, että pahoinpidellyn lapsen vanhemmat tai muut perheen jäsenet kielsivät tilanteen tai peittelivät sitä, mikä osaltaan vaikeutti pahoinpitelytilanteen tunnistamista. Lisäksi pahoinpidellyn lapsen haluttomuus puhua pahoinpitelystä vaikeutti ensihoitajien havainnointia tunnistaa pahoinpitelyn mahdollisuus ja puuttua tilanteeseen asianmukaisella tavalla.

POHDINTA

Vastausprosentiksi saatiin 61, eli 49 kahdeksastakymmenestä ensihoitajasta vastasi kyselyyn. Vastausprosentti olisi saattanut olla suurempi, jos olisimme itse päässeet paikalle valvomaan vastauksilannetta. Koska kyselylomakkeet lähetettiin tarkoituksenmukaisesti neljälle, kaukana toisistaan olevilla paikkakunnalla, emme aika- ja muiden resurssien puutteen vuoksi pystyneet itse menemään paikalle.

Vastauksista nousi esille, että ensihoitajilla oli vähäinen tietämys erilaisista lapsen fyysiseen pahoinpitelyyn viittaavista kliinisistä löydöksistä lukuun ottamatta mustelmia, ruhjeita ja murtumia. Kukaan ensihoitajista ei tuonut esille, että vammoja tutkittaessa ja niiden syntymekanismia mietittäessä tulee aina ottaa huomioon lapsen normaali kehitys. Esimerkiksi alle yksivuotiaalla lapsella havaittavien kaikentyyppisten murtumien tulee herättää epäily lapsen joutumisesta fyysisen pahoinpitelyn uhriksi. (Paavilainen & Pösö 2003, 162.) Vastausten perusteella esiin nousut ensihoitajien kapea-alainen tietämys lapsen fyysiseen pahoinpitelyyn viittaavista kliinisistä löydöksistä voi johtaa helposti lapsen hoidon laiminlyönnin ja pahoinpitelykierteen jatkumiseen. Pahimmillaan lapsen hoidon laiminlyönti saattaa aiheuttaa lapsen pysyvän vammautumisen (Paavilainen & Pösö 2003, 79).

Ensihoitaja on usein ensimmäinen ja tärkeä linkki fyysisesti pahoinpidellyn lapsen hoitoprosessin aloittamisessa (Suominen 2002, 738). Näin ollen olisi erittäin tärkeää, että ensihoitajilla olisi riittävät valmiudet toimia lapsen fyysisessä pahoinpitelytapausepäilyssä. Saatujen vastausten perusteella olisi aiheellista lisätä ensihoitajan ammattiin johtavaan koulutukseen teoriaopetusta lapsen fyysisen pahoinpitelyn tunnistamisesta, jotta lapsen etu saataisiin aina turvattua myös sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Ensihoitajan olisi tärkeää pitää mielessä pahoinpitelyn mahdollisuus kohdatessaan tapaturmaisesti loukkaantuneen lapsen; ensihoitajan tulisi osata havainnoida kohteessa oltaessa aktiivisesti fyysiseen pahoinpitelyyn viittaavia merkkejä myös ympäristöstä ja vanhempien käyttäytymisestä. Lapsen fyysisen pahoinpitelyn työssään kohdanneet ensihoitajat olivat osanneet havainnoida tunnusomaisia piirteitä vanhemmista sekä ympäristöstä.

Ensihoitajat tiesivät hyvin viranomaisyhteistyötahoista, joiden kanssa ollaan tekemisissä lapsen fyysisessä pahoinpitelytapausepäilyssä. Suurin osa ensihoitajista olisi ottanut yhteyttä sosiaali- tai lastensuojeluviranomaisiin epäillessään lapsen joutuneen fyysisen pahoinpitelyn uhriksi. Vastauksista tuli ilmi, että ensihoitajat tiesivät lapsen fyysisen pahoinpitelyn olevan rikos, jonka selvittäminen kuuluu poliisin vastuualueeseen. Ensihoitajista valtaosa olisikin pyytänyt poliisin virka-apua epäillessään lapsen fyysistä pahoinpitelyä. Epäselvissä tilanteissa ensihoitajat mainitsivat ottavansa herkästi yhteyttä päivystävään lääkäriin, jolta he toivoivat ja uskoivat saavansa lisäohjeita tapauksen hoitamiseksi. Osa ensihoitajista myönsi, ettei tiedä, kuinka lapsen pahoinpitelytilanteessa tulisi menetellä ja keihin viranomaisiin tulisi ottaa yhteyttä epäiltäessä lapsen turvallisuuden olevan uhattuna.

Vastauksista nousi esille, että ilmoituskynnys lapsen edun ollessa uhattuna oli yllättävän korkea. Osa ensihoitajista olisi tehnyt ilmoituksen lapsen fyysisestä pahoinpitelystä vain niissä tapauksissa, joissa lapsen fyysinen pahoinpitely on täysin varma tai selvästi osoitettavissa. Osa ensihoitajista luuli virheellisesti, että lastensuojeluilmoitus velvoittaa ensihoitajaa tekemään lapsesta lastensuojeluilmoituksen vain niissä tapauksissa, joissa ensihoitaja on aivan varma lapsen joutuneen fyysisen pahoinpitelyn uhriksi. Kaikilla ensihoitajilla ei ollut tietoa siitä, että jo pienikin epäily lapsen edun uhattuna olemisesta velvoittaa ensihoitajaa ilmoittamaan asiasta eteenpäin lastensuojelulain nojalla. Joihinkin viranomaisyhteistyöhön ja lainsäädäntöön liittyviin kysymyksiin oli vastattu ”ei tietoa” tai ”en tiedä”. Ei voida olla varmoja, olisivatko ensihoitajat tositilanteissa osanneet ilmoittaneet muille viranomaisille jo epäilystä lapsen joutuneen fyysisen pahoinpitelyn uhriksi. Tilanteissa, joissa ensihoitajat eivät olleet täysin varmoja lapsen pahoinpitelystä, lapsen etu olisi jäänyt turvaamatta ensihoitajien puutteellisten toimintaohjeiden ja tietojen vuoksi. Näistä ”en tiedä” -vastauksista ei voida varmuudella sanoa, eikö ensihoitajilla ollut tietoa asiasta vai oliko kyseessä vain jaksamattomuus vastata kysymyksiin.

Kyselylomakkeessa emme pyytäneet nimeämään lapsen fyysiseen pahoinpitelyyn liittyviä lakeja. Kysymyksissä oli jo valmiiksi mainittu lait nimiltä, ja kysyimme vain lakien konkreettista vaikutusta käytännön ensihoitotilanteessa lapsen fyysisessä pahoinpitelytapauksessa. Voidaan pohtia, olisivatko ensihoitajat itse osanneet nimetä ne lait, jotka ohjaavat ensihoitajan toimintaa lapsen fyysisessä pahoinpitelytilanteessa, jos niitä ei olisi jo valmiiksi mainittu kysymysten yhteydessä. Avoimissa kysymyksissä ei välttämättä tule esiin kaikki se tieto, mitä kyselyyn vastaava henkilö tietää. Asioiden passiivinen tunnistaminen voi olla hoitotilanteessa paljon laajempaa

kuin sen aktiivinen ulkoa muistaminen. Strukturoidulla lomakkeella mitattuna tietomäärä olisi todennäköisesti suurempi kuin avoimilla kysymyksillä mitattuna.

Ensihoitajat, jotka olivat käytännössä kohdanneet lapsen fyysisen pahoinpitelytapauksen, toivat esille tarpeen lisäkoulutuksesta, joka koskee lapsen fyysiseen pahoinpitelyyn liittyviä konkreettisia toimintaohjeita sairaalan ulkopuolisessa ensihoitotilanteessa. Kaikkien vastausten perusteella lisätieto lapseen kohdistuneen väkivallan aiheuttamista kliinisistä merkeistä ja lapsen fyysisen pahoinpitelyn tunnistamisesta olisi perusteltua ja tarpeellista.

Ensihoitajia, jotka olivat työssään joutuneet kohtaamaan fyysisesti pahoinpidellyn lapsen, oli vain 6 prosenttia eli kolme neljästäkymmenestäyhdeksästä. Luku ei kerro, eivätkö loput 94 prosenttia ensihoitajista olisi kohdanneet lapsen fyysistä pahoinpitelyä ensihoitotilanteessa. Lapsesta löytyneet kliiniset merkit ovat saattaneet olla pahoinpitelyn seurausta, mutta ensihoitajat ovat pitäneet niitä tapaturmaisesti aiheutuneina vammoina eivätkä ole osanneet ottaa huomioon mahdollista taustalla olevaa pahoinpitelyä. Voi myös olla mahdollista, että vastaajat ovatkin kohdanneet lapsen fyysisen pahoinpitelyn uhrina, mutta ovat kokeneet ajatuksen lapsen pahoinpitelystä emotionaalisesti liian ahdistavana ja jättäneet asian sikseen. Koska lapsipotilaiden määrä ensihoidossa on vain noin 10 prosenttia potilaista (Jalkanen 2004, 432), on myös mahdollista, että lapsen pahoinpitelyä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa on kohdattu saatujen tulosten mukaisesti vain 6 prosentissa tapauksista.

Tulosten pohjalta voidaan todeta, että ensihoitajilla on vaihtelevat tiedot niin lainsäädännöstä kuin niistä merkeistä, joiden tulisi herättää ensihoitajassa epäily siitä, että lapsi on joutunut fyysisen pahoinpitelyn uhriksi. Jos yksikin ensihoitaja meidän lisäksemme kokee saavansa tästä työstä lisätietoa käytännön ensihoitotyöhön, olemme onnistuneet tavoitteissamme.

LÄHTEET

Hiltunen, T. 2002. Heikentynyt tajunnantaso. Teoksessa Castrén, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. 2002. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 348–349.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. 6.-7. painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Jalkanen L. 2004. Lapsi ensihoidossa. Teoksessa Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. 2003. Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 432.

Lauri, S. & Elomaa, L. 1999. Hoitotieteen perusteet. 3. uudistettu painos. Juva: WSOY.

Paavilainen, E. & Pösö, T. 2003. Lapsi, perhe ja väkivaltatyö. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Reitala, J. 2002. Potilaan kohtaaminen ja tilan arviointi. Teoksessa Castrén, M., Kinnunen A., Paakkonen H., Pousi J., Seppälä J. & Väisänen O. 2002. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 181.

Suominen, P. 2002. Lapsen pahoinpitely ja laiminlyönti. Teoksessa Castrén, M., Kinnunen A., Paakkonen H., Pousi J., Seppälä J. & Väisänen O. 2002. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 736–740.

Tigerstedt-Tähtelä, E. 2006. Varatuomari, YK:n lapsen oikeuksia käsittelevän komitean jäsen 1999–2003. Lapsen kaltoinkohtelun määrittely lakiin aiheellinen. Helsingin Sanomat 13.10.2006.

KIRJOITTAJAT

Taina Irmola valmistui ensihoitajaksi (AMK) ja sairaanhoitajaksi Turun ammattikorkeakoulusta keväällä 2008. Taina Irmola on kirjoittanut tästä artikkelista Tutkimuksen tulokset -kappaleen sekä Pohdinnan yhdessä Sormusen kanssa.

Niina Sormunen valmistui ensihoitajaksi (AMK) ja sairaanhoitajaksi (AMK) Turun ammattikorkeakoulusta keväällä 2008. Niina Sormunen on kirjoittanut tästä artikkelista Opinnäytetyön lähtökohdat ja tutkimusmenetelmät sekä Tutkimuksen tulokset -kappaleet ja Pohdinnan yhdessä Irmolan kanssa.

**KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN
KEHITTÄMINEN**

SAIRAAHOITAJIEN NÄKEMYKSET POTILASTYÖSSÄ TARVITTAVISTA TIE- DOISTA JA TAIDOISTA ORTOPEDISELLÄ OSASTOLLA

Aarnio Sanna & Viitanen Maija

Sairaanhoitajan ammattipätevyyden peruslähtökohtana on tieto (Panelius & Varisto 1995, 20). Tieto ei kuitenkaan yksin riitä, vaan sairaanhoitaja tarvitsee työssään myös erilaisia taitoja. Sairaanhoitajan työn edellyttämä osaaminen kattaa monenlaisia vastuualueita. Toiminnan on oltava ammattieettistä ja potilaan oikeuksien toteutumista. Hoitotyön eettinen perusta on hallittava, kuten myös itse työn sisältö. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen neuvottelukunta 2000, 14–15.) Tietoa pidetään yleensä "hyvänä" tai tavoittelemisen arvoisena mielipiteenä. Muodostaessaan käsityksiä asioista ihminen hakee yleensä tietoa. Tiedolla tarkoitetaan sellaisen tosiseikan tietämistä, johon henkilö pyrkii muodostaessaan käsityksiä asioista. Tieto merkitsee myös niitä käsityksiä, joita henkilöllä on, kun hän tietää jotakin. (Hilpinen 1997, 13–14.)

Patrickin (1992) mukaan taidot ovat opittuja tai koulutuksen tuloksia. Taitava suoritus on organisoitua toimintaa, jolle on luonteenomaista tehokkuus, joustavuus ja tarkkuus. Taito on joustavaa ja sopeutuvaa suorittamista. Taitojen rajat ovat paljon kauempana kuin yleensä tullaan huomanneeksi. Taitavan suorituksen oppimiseen vaadittava harjoittelumäärä aliarvioidaan myös usein. Monet taidot koostuvat osataidoista, jotka ovat keskenään erilaisia. Toiset taidot ovat luonteeltaan tietoon perustuvia, kuultuun perustuvia tai päätöksentekoon perustuvia. (Keskinen 2002, 61, 90.) Asiantuntijuuden kehittymisessä on korostettu kokemustiedon ja eikäsitteellisen intuitiivisen tiedon merkitystä. Asiantuntijuus kehittyy sairaanhoitajuudessakin vähitellen viiden vaiheen kautta, joita ovat noviisi, aloittelija, pätevä, ammattitaitoinen ja asiantuntija. (Dreyfus & Dreyfus 1986, 21.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään sairaanhoitajien ortopedistä hoitotyötä koskeviin tietoihin ja taitoihin. Aiemmin on tutkittu sairaanhoitajien tietoja ja taitoja yleisesti, mutta ortopedisessä hoitotyössä tarvittavia tietoja ja taitoja ei ole paljoa tutkittu. Opinnäytetyössä lähestytään aihetta sairaanhoitajien näkökulmasta, joka on jäänyt tutkimuksella vielä kartoittamatta. Tarkoituksena on selvittää ortopedisellä osastolla työskentelevien sairaanhoitajien tietoja ja taitoja potilastyössä. Tarkoitus on selvittää myös, millaisia tietoja ja taitoja sairaanhoitajilla on ja miten he hyödyntävät niitä työssään.

Tämä työ on osa Ortopedisen potilaan hoidon kehittäminen -hanketta, jonka tarkoituksena on selvittää eri näkökulmista ortopedisen potilaan hoidon toteutumista. Tutkimuksista saatu-

jen tulosten avulla voidaan parantaa potilaan hoidon laatua. Hanke suoritetaan Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS), Turun terveystoimen ja Turun ammattikorkeakoulun yhteistyönä.

Aihe valittiin, koska oli kiinnostavaa selvittää, millaisia tietoja ja taitoja sairaanhoitajat tarvitsevat työskennellessään ortopedisten potilaiden kanssa. Tavoitteena on selvittää, millaiseksi sairaanhoitajat arvioivat omat tietonsa ja taitonsa. Tarkoitus on kartoittaa, miten teoreettiset tiedot ja taidot näkyvät käytännön työelämässä. Tämän opinnäytetyön avulla saadaan käsitys siitä, millaisia tietoja ja taitoja tarvitaan ortopedisessä hoitotyössä. Osastolle sijaiseksi menevä voi hyödyntää tätä opinnäytetyötä ja sen tuloksia. Saadulla tiedolla voidaan kehittää hoitotyötä. Tuloksia voidaan käyttää myös koulutuksen kehittämiseen. Sairanhoitajat voivat myös hahmottaa omia koulutustarpeitaan.

OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kvalitatiivista eli laadullista menetelmää käyttäen. Hoitotieteessä tehdään sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia tutkimuksia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa painottuvat yksilöllisyys, potilaskokemus ja holistisuus. (Kvale 1996, 17.) Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluna, jossa tutkija pyrkii saamaan selville vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa tätä kiinnostavat asiat, tai ainakin ne, jotka kuuluvat tutkimuksen aihepiiriin. Kyseessä on eräänlainen keskustelu, joka tapahtuu tutkijan aloitteesta ja usein tutkijan ehdoilla. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit ovat etukäteen määrättyjä. (Eskola & Vastamäki 2001, 24–27.)

Tavoitteena oli saada haastateltua 6–9 sairaanhoitajaa, joilla on yli viisi vuotta työkokemusta. Aineisto kerättiin haastattelemalla kuutta sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät kolmella eri ortopedisellä osastolla. Tavoite siis saavutettiin haastattelujen määrän osalta. Haastatellut sairaanhoitajat ovat 39–54-vuotiaita, keski-ikä oli 46,7 vuotta. Sairanhoitajina haastateltavat ovat toimineet 8,5–29,5 vuotta, keskimäärin 18,8 vuotta. Näistä vuosista he ovat työskennelleet ortopedisellä osastolla 1,5–29,5 vuotta, keskimäärin 12 vuotta. Aineisto analysoitiin käyttäen sisällönanalyysiä. Tämän avulla saadaan kerätty aineisto järjestettyä johtopäätösten tekoa varten. Sisällönanalyysi tarkoittaa pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Käsitteelliset liikkumavapaudet mahdollistuvat sisällönanalyysin avulla, mutta se edellyttää myös rajoitteiden hyväksymistä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105–109.)

Haastattelutilanteessa olivat paikalla vain haastattelija ja haastateltava. Haastateltavat saivat valita osastolta rauhallisen paikan, jossa haastattelut tehtiin. Jokaiselta haastateltavalta pyydettiin kirjallinen suostumus haastatteluun. Suullinen lupa pyydettiin haastattelujen nauhoittamiseen. Saatua tietoa käsittelevät ainoastaan työn tekijät, jotka käyttivät tietoja vain tähän tutkimukseen. Tutkittavien henkilöllisyydet eivät tulleet julki missään vaiheessa. Raportoinnissa käytetyt suorat lainaukset on muutettu yleiskielelle anonymiteettisuojaan säilyttämiseksi. Tutkimuksen valmistuttua nauhat hävitettiin ja paperimateriaali poltettiin. Teemojen avulla aineisto rajattiin

opinnäytetyön tarkoitusta vastaavaksi. Ennen varsinaisia haastatteluja kokeiltiin haastattelutekniikan ja haastatteluteemojen toimivuutta yhdellä esitutkimuksella. Nauhoitetut haastattelut litteroitiin muutamien viikkojen kuluessa haastatteluista. Haastattelurunko perustuu tutkimusongelmiin. Tästä johtuen haastatteluista saatu aineisto oli helppo jakaa luokkiin tutkimusongelmien mukaan.

Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin vähintään viisi vuotta sairaanhoitajana työskennelleiltä, joilla on kokemusta ortopedisen potilaan hoitamisesta. Tällöin heillä on tutkittavasta aiheesta tietoa ja kokemusta. Sairaanhoitajia informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta sekä suullisesti että kirjallisesti. Näin varmistuimme siitä, että heille ei jäänyt tutkimukseen liittyviä epäselvyyksiä. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista. Sairaanhoitajille kerrottiin etukäteen, etteivät haastatteluissa saadut vastaukset vaikuta heidän työhönsä jatkossa. Sairaanhoitajat allekirjoittivat suostumuslomakkeen ennen haastatteluja. Heille korostettiin, että he voivat keskeyttää tutkimukseen osallistumisen koska tahansa. Tutkimusraporttia pidetään keskeisenä luotettavuuden osa-alueena. Raportointia voikin luonnehtia laadullisen tutkimuksen kulmakiveksi. (Kiviniemi 2001, 81.) Lähdekirjallisuutta valitessamme otimme huomioon erityisesti julkaisuvuoden. Työssä on käytetty mahdollisimman uusia lähteitä. Pyrimme rajaamaan lähteiden iäksi 10 vuotta, koska tieto vanhenee nopeasti uusien tutkimusten myötä.

SAIRAANHOITAJAN TARVITSEMAT TIEDOT JA TAIDOT ORTOPEDISEN POTILAAN HOIDOSSA

Sairaanhoitajien näkemyksiä ortopedisen potilaan hoidossa tarvittavista tiedoista ja taidoista kartoitettiin kysymällä, mitä heidän mielestään sisältyy sairaanhoitajan ammattitaitoon, miten he pitävät yllä ammattitaitoaan, mitä heidän mielestään pitäisi tietää hoidettaessa ortopedistä potilasta ja miten he hyödyntävät tietojaan työssään. Kaikkien sairaanhoitajien vastauksissa tuli esille samankaltaisia asioita.

Haastateltujen sairaanhoitajien mielestä ortopedisen potilaan hoidossa tarvitaan sairaanhoitajan perustietoja ja -taitoja, joita ovat esimerkiksi kivunhoito, lääkehoito, potilastietojen kirjaaminen, anatomian tunteminen, teorian ja käytännön yhdistäminen, uusien asioiden sisäistäminen ja kaikki se, mitä sairaanhoitajan peruskoulutuksessa opetetaan. Lisäksi sairaanhoitajalla tulee olla lääketieteellistä tietoa esimerkiksi ortopediasta ja geriatriasta. Hän tarvitsee myös pre- ja postoperatiivisia hoitotaitoja valmistellessaan potilasta leikkaukseen ja kuntouttaessaan potilasta leikkauksen jälkeen. Sairaanhoitajalta vaaditaan ihmissuhdetaitoja ja ammattitaitoa. Sairaanhoitajat korostivat erityisesti moniammatillisen yhteistyön merkitystä, kuntouttavaa työtettä ja ammattitaitoa, joka kehittyy työn tekemisen myötä.

SAIRAANHOITAJIEN KÄSITYS TIEDOISTAAN JA TAIDOISTAAN ORTOPEDISEN POTILAAN HOIDOSSA

Sairaanhoitajien käsityksiä omista tiedoistaan ja taidoistaan selvitettiin kysymällä, mitkä ovat heidän vahvuuksiaan, kun he työskentelevät sairaanhoitajana ortopedisen potilaan hoidossa,

ja mitkä ovat heidän heikkouksiaan. Yleisesti sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että heillä on hyvät tiedot ja taidot ortopedisen potilaan hoitotyöstä. Jokaisen mielestä kokemus on tuonut lisää varmuutta työskentelyyn. Muuten sairaanhoitajien vahvuudet ja heikkoudet löytyivät keskenään erilaisilta osa-alueilta. Positiivisia asioita persoonallisuuteen liittyen olivat muun muassa sairaanhoitajien rauhallisuus, rohkeus ja erilaisten ihmisten kanssa toimeen tuleminen. Negatiivisena asiana eräs sairaanhoitaja toi esille oman lyhytjännitteisyytensä. Potilastyöhön liittyvissä asioissa sairaanhoitajat kokivat, että heillä on taito antaa aikaa potilaalle. Lisäksi he osaavat huomioida potilaat yksilöinä ja tietävät, mitä pitää kertoa. Ammattitaitoon liittyvissä asioissa sairaanhoitajat hallitsevat kokonaisuuksia ja osaavat kehittää hoitotyötä. Sairanhoitajat kokivat vaikeaksi heikkouksiensa nimeämisen. Tämä luultavasti johtui siitä, että heillä on niin paljon työkokemusta alalta. Vaikeana pidettiin muun muassa uusien potilasryhmien ohjausta ja työn delegointia.

Sairanhoitajien tietojen ja taitojen kehittymistä edistäviä ja estäviä tekijöitä ortopedisellä osastolla tutkittiin kysymällä, miten sairaanhoitajat kehittävät vahvuuksiaan, miten työyhteisö tukee heitä kehittämään vahvuuksiaan ja mitkä tekijät työyhteisössä eivät ole suotuisia kehittymisen kannalta. Aktiivinen kouluttautuminen ja tiedonhankinta sekä moniammatillinen yhteistyö koettiin asioina, jotka edistävät tietojen ja taitojen kehittymistä. Erittäin tärkeänä pidettiin työpaikalla saatua kannustusta ja tukemista, mutta sitä ei kuitenkaan joka paikasta saa. Henkilökohtaisiin ominaisuuksiin liittyviä asioita oli edistäviä ja estäviä. Edistäviä henkilökohtaisia ominaisuuksia olivat oma aktiivisuus, arviointikyky ja asioiden terve kyseenalaistaminen. Estävänä tekijänä pidettiin lähinnä ikää. Organisaatioon liittyvät asiat kuten kiire ja henkilökuntapula olivat lähinnä estäviä tekijöitä.

POHDINTA

Opinnäytetyö oli tarpeellinen ja kysymyksiä herättävä. Haastatelluilta sairaanhoitajilta saatu tieto antaa näkökulmia ja valmiuksia siihen, mitä tietoja ja taitoja tarvitaan ortopedisellä osastolla työskenneltäessä. Myös ortopediselle osastolle sijaiseksi menevä pystyy hyödyntämään tuloksia ja hahmottamaan, millaisia tietoja ja taitoja häneltä edellytetään. Tuloksia voidaan hyödyntää lisäkoulutuksen kehittämisessä. Viisi kuudesta sairaanhoitajasta oli tyytyväisiä lisäkoulutuksen määrään. Yksi oli sitä mieltä, että koulutus suunnitelmien tulisi olla tarkoin laadittuja piristeleisuuden poistamiseksi. Koulutusten aihealueet tulisi jakaa selkeämmin, niin että yksi hoitaja vastaa yhdestä kokonaisuudesta. Näin ollen osastolle muodostuu asiantuntijasairanhoitajia ja hoitotyön laatu paranee.

Vaikka varsinaisesti aiemmin ei ole tutkittu sairaanhoitajien tietoja ja taitoja ortopedisen potilaan hoitotyössä, sairaanhoitajien tietoja ja taitoja on tutkittu yleisellä tasolla. Peltarin (1997, 56–61) tutkimuksessa todettiin sairaanhoitajan tarvitsevan monia persoonallisuuden ominaisuuksia ja vuorovaikutus- ja kohtaamisvalmiuksia. Hänen on myös hallittava kokonaisuuksia ja toteutettava kokonaisvaltaista hoitotyötä. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat samankaltaisia kuin Peltarin saamat tulokset. Haastateltujen sairaanhoitajien mielestä ortopedisessäkin hoitotyössä hoitamisen lähtökohtana ovat sairaanhoitajan perustiedot ja -taidot. Myös Artless & Richmond (2000) ovat saaneet tutkimuksessaan samanlaisia tuloksia. Voitaneen todeta, että jo-

kainen sairaanhoitaja, jolla on hyvät perustiedot ja -taidot hoitamisesta, selviytyisi työstä myös ortopedisellä osastolla. Kuten kirurginen sairaanhoitaja yleensäkin tarvitsee myös ortopedisellä osastolla työskentelevä sairaanhoitaja pre- ja postoperatiivisia hoitotaitoja. Vaikka periaatteessa sairaanhoitaja tarvitsee jokaisella kirurgisella osastolla samanlaisia tietoja ja taitoja, ovat potilaiden tarpeet erilaisia, ja ne muokkaavat sairaanhoitajan työtä erilaiseksi eri osastoilla. Kokemuksen myötä sairaanhoitajalle kehittyy vankat tiedot ja taidot juuri siltä osa-alueelta, jolla hän työskentelee.

Tulosten perusteella voidaan tehdä jatkotutkimusta. Tuloksista ilmenee, millaisia tietoja ja taitoja sairaanhoitajalta vaaditaan ortopedisessä hoitotyössä. Monissa ORTOP-projektin tutkimustuloksissa ilmenee, etteivät potilaat ole täysin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Sairaanhoitajat olivat itse sitä mieltä, että heillä on yleisesti ottaen hyvät tiedot ja taidot ortopedisen potilaan hoidosta. Tähän liittyen voidaan tehdä jatkotutkimus, miksi sairaanhoitajan tietotaito ei täysin tavoita potilasta. Tuloksista ilmenee, että kiirettä ja henkilökuntapulaa on joka osastolla. Sairaanhoitajat kokivat nämä seikat suurimmaksi tietojen ja taitojen kehittymistä estäväksi tekijäksi. Sairaanhoitajat kokivat, että heillä on juuri ja juuri aikaa hoitaa potilaat. Tähän liittyen voi tehdä jatkotutkimuksen, miten kiire ja henkilökuntapula vaikuttavat hoitotyön laatuun. Koska kannustus koettiin tärkeänä, voi tähän liittyen tehdä jatkotutkimuksen, miten vanhemmat hoitajat kannustavat nuorempia hoitajia.

LÄHTEET

Artless, E. & Richmond, C. 2000. The art and science of orthopaedic nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing* 4/2000, 4–9.

Dreyfus, H.L. & Dreyfus, S.E. 1986. *Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: Free press.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2001. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Hilpinen, R. 1997. Mitä on tieto? Teoksessa Räikkä, J. (toim.) *Filosofia - käsitteellisen ajattelun perusteita*. Kuopio: Kustannusosakeyhtiö Puijo.

Kiviniemi, K. 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2*. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Keskinen, E. 2002. Taitojen oppiminen ja opettaminen. Teoksessa Niemi, P. & Keskinen, E. (toim.) *Taitavan toiminnan psykologia*. Turun yliopiston psykologian laitos.

Kvale, S. 1996. *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. Thousands Oaks, California: Sage.

Panelius, M. & Varisto, H. 1995. Perioperatiivisen hoito-opin perusteet. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. 2. painos. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Patrick, J. 1992. Training: Research and practice. San Diego: Academic Press Inc.

Peltari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Sta-kes Tutkimuksia 80. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta 2000. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000:15. Helsinki.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

KIRJOITTAJAT

Sanna Aarnio ja Maija Viitanen valmistuivat Turun ammattikorkeakoulusta sairaanhoidajiksi (AMK) syksyllä 2005.

ALARAAJA-AMPUTAATION KOKENEEN KOTONA SELVIYTYMINEN

Elina Berg, Laura Hannula & Elina Junnila

Alaraaja-amputaatioon päädytään trauman, tulehduksen, kasvaimen tai verenkiertosairauden vuoksi. Lääketieteen ansiosta raaja pystytään nykyään yhä useammin pelastamaan amputaatiolta. Siitä huolimatta amputaatio on vieläkin yleinen kirurginen toimenpide. (Ihlberg & Lepäntalo 2004, 591.) 1990-luvulla on tehty vuosittain 1220–1360 alaraaja-amputaatiota (Luther 1997, 1991). Kaikista amputaatioista noin 20–25 prosenttia tehdään trauman vuoksi (Suomalainen 1995, 605). Traumaperäisiä alaraaja-amputaatioita sen sijaan tehdään huomattavasti vähemmän. Esimerkiksi HYKS-piirissä vuonna 1995 traumaperäisten alaraaja-amputaatioiden osuus oli vain 4,1 prosenttia (Alaranta & Pohjolainen & Alaranta 1998, 2949).

Alaraaja-amputaation kokeneen kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen on Suomessa tutkittu ja kartoitettu vähän. Alaraaja-amputaatiosta aiheutuneen kehon muutoksen myötä jokapäiväisistä toiminnoista selviytyminen vaikeutuu, etenkin liikuntarajoitteiden vuoksi. Kuntoutuminen on hidasta ja pitkäkestoista niin fyysisesti kuin henkisesti. Lisäksi totuttautuminen proteesiin ja sen kanssa liikkumiseen vaatii aikaa ja kärsivällisyyttä. Tämä asettaa haasteita sairaanhoitajille heidän valmentautuessaan potilasta kotona selviytymiseen. Tutkimus keskittyi trauman aiheuttamiin amputaatioihin, koska niitä ei ollut Suomessa aikaisemmin tutkittu. Amputaation aiheuttama muutos aiheuttaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tasapainon järkkymisen.

Opinnäytetyö on osa ortopedisten potilaiden hoidon kehittämisprojektia (ORTOP), jota on toteutettu Turun ammattikorkeakoulun, Turun terveystoimen ja Turun yliopistollisen keskussairaalan yhteistyönä. ORTOP keskittyy hoitotyöhön potilaan jonottaessa operaatioon kotona, sairaalassa ollessa sekä sairaalavaiheen jälkeen. Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa traumaperäisen alaraaja-amputaation kokeneiden kotona selviytymiseen liittyviä ongelmia, selviytymiskeinoja sekä heidän sairaanhoitajilta saamaansa ohjausta. Tulosten avulla saatiin tietoa siitä, miten tutkittavat itse kokevat selviytymisensä uudessa elämäntilanteessaan. Tietoja voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämisessä.

OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa, miten alaraaja-amputaation kokenut selviytyy kotona arkipäivän toiminnoista ja kuinka paljon hän tarvitsee muiden apua. Kiinnostavaa oli, pystyvätkö amputaation kokeneet jatkamaan samanlaista elämää, kuin he ovat ennen traumaakin eläneet. Tarkoituksena oli myös selvittää, minkälaisia ongelmia he ovat kohdanneet jokapäiväisessä elämässään ja millaisia selviytymiskeinoja he ovat itse kehittäneet. Selviytymiskeinoilla tar-

koitetaan amputaation kokeneiden itse kehittämisiä tai muilta opittuja taitoja ja välineitä, jotka he ovat ottaneet käyttöönsä ja kokeneet hyväksi.

Hoitotyön kannalta oli olennaista selvittää, mitä alaraaja-amputaation kokeneet pitävät tärkeänä sairaanhoitajalta saamassaan ohjauksessa, kun he valmistautuvat selviytymään kotona. Oli tärkeää kartoittaa, mitä alaraaja-amputaation kokeneet halusivat sisällytettävän sairaanhoitajan antamaan ohjaukseen. Opinnäytetyöllä pyrittiin antamaan sairaanhoitajille viitteitä siitä, mitä amputaation kokeneen ohjaukseen tulisi sisällyttää. Tutkimusongelmina olivat: Miten alaraaja-amputaation kokenut selviytyy kotona arkipäivän toiminnoista? Millaisia selviytymiskeinoja alaraaja-amputaation kokenut on itse kehittänyt selviytyäkseen arkipäivän tilanteista? Mitä alaraaja-amputaation kokenut pitää tärkeänä sairaanhoitajan ohjauksessa?

AINEISTON KERUU

Aineistonkeruumenetelmä oli teemahaastattelu. Haastatteluun päädyttiin, koska tutkittavien henkilöiden haluttiin tuovan vapaasti esille itseään koskevia asioita. Lisäksi tutkimusalue oli tuntematon ja vähän kartoitettu. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35; Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2000, 191–193) Tutkimuskohteena olivat alle viisikymmentävuotiaiden henkilöiden trauman seurauksena alaraajansa menettäneiden kotona selviytyminen. Haastateltaviksi lupautui kolme henkilöä, jotka olivat 31–41-vuotiaita. Amputaatiosta heillä oli aikaa 2–9 vuotta. Kahdella haastatelluista oli toisen jalan sääriamputaatio ja yhdellä heistä tuplasääriamputaatio. Haastatelluista yksi oli nainen ja kaksi oli miehiä. Kaikkien haastateltujen terveydentila oli hyvä tai kohtalainen ennen amputaatioon johtanutta tapaturmaa. Trauman seurauksena alaraajansa menettäneen kotona selviytymisestä löytyy tutkittua tietoa vähän, mikä tekeekin aiheesta haasteellisen ja samalla merkityksellisen hoitotyölle. Tulokset antavat tietoa siitä, mitä osa-alueita ohjauksessa tulisi painottaa.

KOTONA SELVIYTYMINEN

Kotona selviytymiseen vaikuttavat kuntoutumista hidastavat tekijät, sosiaalinen tukiverkosto ja motivaatio kuntoutua. Jokainen haastateltu oli kokenut erilaisia ongelmia kotiuduttuaan sairaalasta. Jokainen oli kuitenkin ratkaissut ongelmansa omalla tavallaan ja pärjännyt kotona päivittäisissä toiminnoissa hyväksi kokemillaan selviytymiskeinoilla. Kullakin haastatellulla oli ollut ongelmia tyngän paranemisen kanssa, mikä oli vaikeuttanut proteesien käyttöä. Yhden haastatellun kokemuksesta viimeisimmän korjausleikkauksen jälkeen kuvastavat hyvin hänen omat sanansa:

”Mä sain maistaa, mitä se on sitte ku ei pysty pitämään proteesii. Kuinka se on vaikeet taas eläminen ja oleminen keppien kans, talvella liukkaalla varsinki.”

Kaikki haastatellut olivat monivammapotilaita, mikä oli pidentänyt toipumisaikaa sairaalassa. Jos amputaation kokeneella on esimerkiksi hyvin laajoja palovammoja, hoidetaan häntä palo-

vammaosastolla. Tällöin palovammat vievät huomion amputaatiolta ja potilas ei välttämättä omasta mielestään saa asianmukaista kuntoutusta. Raajan menettäminen voi olla suurempi menetys kuin ihon vaurioituminen. Eräs haastatelluista totesi, ettei traumaattisesta amputaatiosta usein selviä ilman lisävammoja. Lisäksi tyngän tulehduskierre saattaa olla jatkuva. Kukaan haastatelluista ei pysty käyttämään proteesia yhtäjaksoisesti kovinkaan pitkään. Syynä ovat tyngän heikko iho tai haavaumat sekä kivun tunne. Tämä vaikeuttaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Tilannetta vaikeuttaa myös se, että aivoissa on muistissa kuva siitä, että jalka on vielä olemassa ja esimerkiksi kaatuessa vaistomaisesti laittaa tyngän eteen.

Psyykkisillä tekijöillä voi olla suurikin merkitys kuntoutumisen kannalta. Haastatellut kokivat jo sairaalassa alkaneen masennuksen hidastavan kuntoutumista. Yksi haastatelluista piti psyykkisiä ongelmia pahimpana hidastavana tekijänä. Haastatellut toivat esille, että itsensä hyväksyminen uudenaikaisena, sinnikkyys, oikea elämänsäsenne, huumori ja kriittisyys sekä tietyt rutiinit edesauttavat selviytymään kotona. Eräs haastatelluista mainitsi myös, että katkeroituminen omasta tilanteesta ei auta eikä toisten valitteluja jaksa kuunnella. Hän koki helpottavana tapahtumaa edeltäneen työttömyyden, minkä vuoksi töistä poisjäänti ei aiheuttanut lisää masennusta. Toinen haastatelluista oli asettanut kuntoutumiselleen konkreettisia tavoitteita, kuten käveleminen ja paluu työelämään. Hän pitää myös tärkeänä soveltamiskykyä. Soveltamiskykyä ja luovuutta käyttämällä vanhoihin toimintoihin muotoutuu uudet tavat toimia.

Sosiaalisen tukiverkoston olemassaolo tai sen puuttuminen voivat vaikuttaa kotona selviytymiseen. Läheisten tuki ja olemassaolo helpottavat selviytymistä. Ei tarvitse olla yksin uudessa tilanteessa, vaan sen voi jakaa jonkun läheisen kanssa. Läheiseltä on myös luontevampi pyytää apua kuin vieraalta kotisairaanhoidon henkilöltä. Silloin avun saa, kun sitä tarvitsee, eikä joudu odottamaan tiettyä ajankohtaa. Erään haastatellun vanha ystäväpiiri pieneni huomattavasti, mihin hän suhtautui ymmärtäväisesti elämäntilanteen muututtua äkillisesti. Elämän käännekohdissa todellinen ystävyys punnitaan ja aidot, oikeat ystävyys-suhteet säilyvät muutosten jälkeenkin.

Yksi haastatelluista piti tukiverkoston puuttumista kuntoutumista hidastavana tekijänä. Hän olisi toivonut, että kotona olisi käynyt joku ulkopuolinen, jolle olisi voinut puhua, vaikka omainen asuikin hänen luonaan. Läheisen ihmisen kanssa voi olla vaikeaa puhua mieltä painavista asioista. Hän totesi, että masentunut ihminen ei osaa pyytää itse apua pahaan oloonsa. Eräs haastatelluista kertoi kokemuksistaan seuraavasti:

”Paras tuki on se, kun on itse paskana ja on toinen ketä on paskana. Ja sen kans itkee sitä kohtaloo sit siinä.”

Jokainen haastateltu on joutunut muuttamaan käytännöllisempään asuntoon alaraaja-amputaation jälkeen. Asunnoissa ongelmia ovat tuottaneet hissitön talo, oviaukkojen kapeus, tilojen ahtauteen ja toimimattomuus sekä monikerroksinen asunto. Pieni asunto koettiin sekä etuna että haittana. Etuna koettiin muun muassa lyhyet välimatkat ja haittana ahtauteen pyörätuolilla liikkua.

Yksi haastatelluista oli tyytyväinen kunnan antamaan tukeen. Kunta tuki rahallisesti asunnon hankinnassa, mutta se vaati kunnan perustelut asunnon tarpeelle. Hän on myös tyytyväinen käymäänsä kävelykouluun, jonka kunta oli järjestänyt. Kaksi muuta eivät olleet tyytyväisiä kun-

nan antamaan tukeen. Etenkin kotisairaanhoido ja kotipalvelu koettiin tunkeilevana, epäammattimaisena sekä ammattitaidottomana. Kunta oli tukenut antamalla kaikille kolmelle heidän tarvitsemiaan apuvälineitä

OMAT SELVIYTYMISKEINOT

Kaikilla haastatelluilla oli omia eli itse kehitettyjä selviytymiskeinoja. Selviytymiskeinot koostuvat niin itse kehitetyistä selviytymiskeinoista kuin muilta saaduista vinkeistä. Ne sekoittuvat keskenään ja niistä muodostuvat omat hyviksi koetut selviytymiskeinot. Tutkimuksessa ei ole eritelty täysin itse kehitetyjä muista omaperäisistä selviytymiskeinoista. Haastateltujen oli vaikea muistaa kaikkia selviytymiskeinoja, koska ne kuuluvat heidän jokapäiväiseen elämäänsä ja ovat siten muuttuneet itsestään selviksi toiminnoiksi.

Kaupassa käynti tuottaa ongelmia etenkin silloin, kun ei jostain syystä pysty käyttämään proteesia. Kynänsauvoja käyttäessään eräs haastateltu kertookin yrittäneensä ratkaista ongelman laittamalla selkärepuun vatsan puolelle. Idea on muuten toimiva, mutta ongelmia ilmenee otettaessa tavaroita alahyllyltä. Paras onkin pyytää myyjää tai toista asiakasta auttamaan tavaran saamisessa. Toinen haastateltu koki sen kuitenkin epämiellyttäväksi. Kaikkein helpoimmalla pääsee, kun antaa kauppalistan myyjälle, joka kerää tavarat. Kaupassa käydessä on syytä huomioida kauppasakäynnin ajankohta sekä kaupan suuruus.

Jotta eri harrastusmuodot olisivat mahdollisia, on käytettävä omaa kekseliäisyyttä ja luovuutta. Yhden haastatellun mielestä raajansa menettäneet ovat niin sanottu väliinputoajaryhmä, mitä tulee harrastusmahdollisuuksiin. On valittava joko terveiden tai pyörätuolia käyttävien harrastemahdollisuuksista tai kehitettävä omia vaihtoehtoja.

SAIRAANHOITAJAN ANTAMA OHJAUS

Haastatelluille on sairaanhoitajan antamasta ohjauksesta jäänyt mieleen lähinnä tyngän pesuun, hyvään hoitoon ja sidontaan liittyvät ohjeet. Myös proteesin kunnosta huolehtiminen oli tullut ohjauksessa esille. Kaikki haastatellut muistivat saaneensa sekä kirjallisia että suullisia ohjeita. Kaikki haastateltavat kokivat sairaanhoitajan antaman ohjauksen hyvin puutteelliseksi. Ohjausta antaneilla sairaanhoitajilla ei haastateltavien mukaan ole riittävä tietopohjaa amputaatiosta ja siihen liittyvistä asioista jotta he voisivat ohjata potilasta.

Haastatteluista kävi ilmi, että sairaanhoitajan odotetaan ja toivotaan kannustavan potilasta tämän suuressa elämänmuutoksessa. Tärkeää on kuunnella potilasta ja toimia hänen tarpeidensa, toiveidensa ja odotustensa mukaisesti. On hyvä toimia potilaiden ehdolla eikä kangistua vanhoihin kaavoihin. Ilmi kävi myös, että sairaanhoitajilla ei ole riittävästi aikaa keskittyä potilasohjaukseen, vaan fysioterapeutti koettiin tärkeämmäksi ja paremmaksi ohjauksen antajaksi. Sairaanhoitajan olisi kiireenkin keskellä pystyttävä hakemaan rauhallisia ohjaustilanteita ja kyettävä peittämään vaikutelma kiireellisyydestä omalla rauhallisella olemuksellaan. Eräänkin haastatellun kokemus oli:

”Siel oli niin kiire hoitajilla koko aika et fysioterapeutillahan oli melkeen aina aikaa tunti olla.”

Eräs haastateltava oli sitä mieltä, että tietoa ei saa väkisin tyrkyttää vaan vastaanottavan osapuolen pitää olla itse kiinnostunut asiasta. On hyvä tarjota potilaalle erilaisia mahdollisuuksia, joista tämä voi itse valita sopivaksi kokemansa vaihtoehdot. Haastatelluista yksi koki tärkeänä amputaatioon sekä fyysiseen ja psyykkiseen kuntoutumiseen liittyvien videoiden, lehtien ja kuvien näyttämisen.

”Mä ainakin kuvittelen, et olis ollu kiva nähdä jotain kuvii mis on proteeseja et mä oisin saanu siel sängyn pohjalla ihmetellä niitä ja sitte niitä ihmisiä, jotka niil proteeseilla liikkuu.”

Mielipiteet siitä, kenen tietotaitoon apuvälineet kuuluvat, vaihtelivat. Yhden mielestä apuvälineasiat kuuluvat vain ja ainoastaan fysioterapeutille. Toinen puolestaan katsoi tärkeäksi myös sen, että sairaanhoitajalla on riittävän laajasti tietoa apuvälineistä. Eriäviä mielipiteitä oli myös kommentoissa, jotka koskivat sairaanhoitajan ohjausta mahdollisista kuntoutumista hidastavista tekijöistä. Erään haastatellun mielestä nämä asiat kuuluivat fysioterapeutin toimialueeseen, kun taas kaksi muuta mielsivät ne sairaanhoitajan tehtäväksi. Yksi haastatelluista lisäsi vielä, että sairaanhoitajan olisi hyvä antaa myös ravitsemukseen liittyvää tietoa. Amputaation jälkeen potilas viettää vaihtelevissa määrin aikaa istuen pyörätuolissa tai vuoteessa leväten, jolloin elimistön energiankulutus vähenee huomattavasti. Samainen henkilö mainitsi kaivanneensa parempaa kivunhoitoa osastolla. Hän koki, ettei osastolla olevilla sairaanhoitajilla joko ollut tietoa haamukivuista tai he eivät kiinnittäneet niihin riittävästi huomiota.

OHJAUKSESSA PALJON KEHITETTÄVÄÄ

Haastatellut kolme amputaation kokenutta olivat selviytyneet kotona läheistensä avulla. Kotiuttuaan sairaalasta jokaisella oli erinäisiä ongelmia ja vastoinkäymisiä. Jokainen heistä on kuitenkin löytänyt omat keinonsa toimia. Heillä kaikilla on käytössä proteesi tai proteesit. Kukin on kokenut myös apuvälineet tärkeiksi helpottamaan jokapäiväisiä toimintoja. Sairaanhoitajan tietotaito sekä hänen antamansa ohjaus koettiin merkittäviksi.

Tyngän hoitoon liittyvät asiat koettiin tärkeänä. Päällimmäisinä esille nousivat haavahoito sekä tyngän ihon hoito. Onnistuneella hoidolla mahdollistetaan proteesin käyttö ja sitä kautta kotona selviytyminen mahdollisimman itsenäisesti. Traumaperäisen amputaation kokenutta potilasta hoidettaessa on huomioitava muut tapaturman seurauksena syntyneet vammat, sillä ne saattavat pidentää sairaalassaolo- ja kuntoutumisaikaa. Sairaanhoitajan onkin yhdessä potilaan kanssa asetettava konkreettiset ja saavutettavissa olevat tavoitteet. Pienten välitavoitteiden avulla on helpompi edetä päämäärään. Kun kotona on joku läheinen tukemassa selviytymistä, on tavoitteiden saavuttaminen vaivattomampaa.

Psyykkiseen hyvinvointiin on kiinnitettävä erityistä huomiota amputaation jälkeen. Masennus psyykkisenä ongelmana nousi fyysisten vammojen ylitse ja oli merkittävin kuntoutumista

hidastava tekijä. Tukiverkoston luominen jo sairaalassaolon aikana on henkisen hyvinvoinnin kannalta merkittävää. Sairaanhoidajan on hyvä olla luomassa sosiaalista verkostoa, sillä potilas ei välttämättä itse kykene havaitsemaan omia tarpeitaan. Varsinkin psyykkiset asiat tuntuivat vaikeilta käsitellä omaisen kanssa. Sairaanhoidaja voikin järjestää potilaan suostumuksella tapaamisen vertaistukihenkilön kanssa. Toisaalta omaisten ottaminen mukaan hoitoihin ja kuntoutukseen tuo potilaalle turvallisuudentunteen. Tässäkin asiassa on huomioitava potilaan oma tahto.

Jokainen haastateltu oli joutunut muuttamaan uuteen, käytännöllisempään kotiin. Asia luo henkisesti lisää paineita ja siihen olisikin hyvä valmistella potilasta jo ennalta. Mikäli vanhasta kodista muutto tulee eteen, on sairaanhoidajan kutsuttava sosiaalihoitaja selvittämään ja järjestelemään potilaan asioita. Haastatellut mielsivät kunnan antaman tuen rahallisiksi avustuksiksi tai terveystalviksi. Kunnan tukea kaikki haastatellut eivät kokeneet kovinkaan merkityksellisenä, eikä siihen oltu tyytyväisiä. Erityisesti kotisairaanhoido koettiin huonona. Havaittavissa oli jonkinlaista ristiriitaa, sillä toisaalta kuitenkin toivottiin jotakin ulkopuolista tahoa keskustelemaan.

Haastatellut osasivat kertoa omista selviytymiskeinoistaan yllättävän vähän. Joko he eivät mieltäneet niitä omiksi selviytymiskeinoikseen tai sitten he eivät osanneet eritellä niitä, koska ne ovat osa heidän jokapäiväistä elämäänsä. Jokaisella oli kuitenkin jokin omaperäinen ratkaisu, joka helpottaa normaalia, täysipainoista elämää. Soveltamisen taito on hyvin keskeistä, jotta yksinkertaisetkin asiat onnistuvat. Myös eri harrastusmahdollisuudet ovat avoinna, mikäli vain osaa ja haluaa soveltaa. Toisilta amputaation kokeneilta voi saada hyviä vinkkejä, ja heiltä voi oppia uusia selviytymiskeinoja. Kaikki keinot eivät sovi kaikille, joten onkin löydettävä itselle sopivat ratkaisut.

Haastatellut kokivat läheisten ja tukihenkilöiden antaman tuen lisäksi sairaanhoidajan antaman tuen tärkeänä. He toivoivat, että sairaanhoidaja olisi kannustava ja jaksaisi oikeasti kuunnella potilaan tuntemuksia, sillä potilas itse on oman elämänsä asiantuntija. Potilaan tarpeet, toiveet ja odotukset on huomioitava, ja häntä on tuettava päätöksenteossa ja vastuunottamisessa. (Laaksonen & Niskanen & Ollila & Risku 2005, 20.) Sairaanhoidajan on annettava kiireetön vaikutelma potilaan kanssa toimiessaan, sillä kiire ei ole mikään selitys huonolle hoidolle tai tekemättä jättämiselle. Hämmästyttävää onkin, että eräs haastatelluista joutui sairaalassa ollessaan itse hoitamaan haavansa, vaikka ei omasta mielestään ollut siihen vielä valmis. Tutkittavat peräänkuuluttivat yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitotyötä, joka tapahtuu potilaan ehdoilla.

Haastatellut eivät olleet tyytyväisiä sairaanhoidajan tiedolliseen ja taidolliseen osaamiseen. Osaaminen miellettiin amputaation kokeneen kokonaisvaltaisena hoitona. Sairaanhoidajan tietämyksen täytyy ulottua myös sairaalajakson jälkeiseen elämään, eikä vain sairaalan seinien sisäpuolelle. Eräs haastateltu koki, että sairaanhoidajilla oli puutteita kivun hoidossa etenkin aavesäryn osalta. Tärkeänä pidettiin, että sairaanhoidaja osaa kertoa perusasiat tukiasioista ja että hän tietää yhdistysten olemassaolosta. Sairaanhoidajan on lisäksi osattava käyttää apuvälineitä ja pystyttävä ohjaamaan oikeanlaiseen ruokavalioon. Haastatellut kokivat suullisten ohjeiden lisäksi kirjalliset ohjeet ehdottoman tärkeiksi.

Tulokset antoivat hyvin vastaukset tutkimusongelmiin pienestä otannasta huolimatta. Toiveet sairaanhoitajan antaman ohjauksen sisällöstä olivat hyvin yksimielisiä. Esille tuli kuitenkin eri näkökulmia, mutta opinnäytetyön tarkoitus täyttyi. Kerätty aineisto olisi ollut laajempi ja rikkaampi, jos haastateltavia olisi ollut enemmän. Koska kaikilla tutkittavilla oli sääriamputaatio, jäivät reisiamputaation kokeneiden kokemukset tutkimatta. Vertailua ei siis voitu tehdä näiden kahden ryhmän välillä.

Tulosten avulla voidaan kehittää sairaanhoitajan antaman ohjauksen sisältöä ja laatua tekemällä selkeät ohjeet sairaanhoitajille. Voidaan myös tehdä suullinen ja kirjallinen ohjeistus amputaation kokeneelle ja testata niitä käytännössä. Jatkotutkimusehdotuksena on, että testataan käytännössä laadittuja ohjeita ja selvitetään sekä sairaanhoitajien että potilaiden kokemuksia niistä. Tarkoituksena olisi löytää sairaanhoitajille selkeät ja laadukkaat ohjaussuositukset, joita he voisivat hyödyntää ohjatesaan amputaation kokeneita potilaita.

LÄHTEET

Alaranta, H. & Pohjolainen, T. & Alaranta, R. 1998. Alaraaja-amputaatiot HYKS-piirissä 1995. Suomen lääkirilehti 27/1998, 2947–2950.

Anttalainen, L. & Junnila, E. & Markko, P. 2005. Alaraaja-amputaation kokeneen kotona selviytyminen. Opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Terveysala.

Ihlberg, L. & Lepäntalo, M. 2004. Amputaatiot. Teoksessa Roberts, P. & Alhava, E. & Höckerstedt, K. & Kivilaakso, E. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Duodecim, 591–598.

Laaksonen, H. & Niskanen, J. & Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.

Luther, M. 1997. Suomessa amputoidaan vuosittain 500 jalkaa liikaa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 20/1997, 1991–1995.

Suomalainen, O. 1995. Amputaatiot. Teoksessa Rokkanen, P. & Slätis, P. & Alho, A. & Ryöppy, S. & Huittinen, V. M. Traumatologia. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy, 605–18.

KIRJOITTAJAT

Piritta Berg, Laura Hannula ja Elina Junnila valmistuivat Turun ammattikorkeakoulusta sairaanhoitajiksi (AMK) syksyllä 2005.

DEMENTOITUVIEN OMAEHTOISEN KUNTOUTUMISEN TUKEMINEN

Laura Pietilä

Artikkeli pohjautuu Johanna Mikkolan, Tuulia Nummelinin ja Laura Pietilän opinnäytetyöhön Omaehtoisen kuntoutumisen tukeminen. Opinnäytetyössä pyrittiin selvittämään, miten dementoituneiden omaehtoista kuntoutumista voidaan ylläpitää ja kehittää arkipäivän hoitotyössä Turun Lähimmäispalveluyhdistys ry Kotikunnaassa. Työssä esiteltiin erilaisia kuntoutusmuotoja ja pohdittiin malleja, joita voitaisiin hyödyntää Kotikunnaan yksiköissä. Opinnäytetyö oli osa Laadunhallinta kolmannella sektorilla -projektia.

Arvioiden mukaan maassamme tulee olemaan vuonna 2030 jopa 150 000 vähintään keskivaikeaa dementiaa sairastavaa henkilöä. Tilanteeseen tulisi reagoida, sillä vielä vuonna 2004 heitä oli 80 000. Suomessa dementiapotilaiden hoito on keskittynyt enemmän laitoksiin verrattuna muihin EU-maihin. Mitä pidempään dementiaan sairastuneet pysyvät toimintakykyisinä, sitä vähemmän tarvitaan myös uusia laitospaikkoja. (Backman, Isola, Paasivaara & Saarnio 2005, 146.)

Dementian suppea määritelmä on laaja-alainen älyllisten kykyjen heikentyminen, joka vaikeuttaa selviytymistä jokapäiväisestä elämästä. Dementoivat sairaudet voidaan jakaa karkeasti lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. (Heimonen & Voutilainen 2004, 13; Suomen dementiahoitoyhdistys ry 2006, 10–11.) Dementiaa aiheuttavia sairauksia tiedetään lukuisia, mutta niistä yleisimpiä ja tunnetuimpia ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappale -tauti sekä vaskulaarinen dementia. Muistiongelmät saavat niistä kärsivät masentumaan ja passivoitumaan ja näin ollen ne aiheuttavat myös ongelmia jokapäiväisessä elämässä ja vähentävät sosiaalisten suhteiden ylläpitoa. (Backman, Isola, Paasivaara & Saarnio 2005, 146.)

DEMENTOITUVIEN KUNTOUTUS HOITOTYÖN HAASTEENA

Dementiaan sairastuneen kuntoutus tulisi nähdä prosessina, jolla pyritään parantamaan sairastuneen mahdollisuuksia elää omalähtöisesti joko itsenäisesti tai tuettuna. Dementoituvaa tulisikin auttaa toteuttamaan itseään sairaudestaan huolimatta. Kuntoutuksen yhtenä tärkeimpänä tavoitteena voidaan pitää muun muassa toimintakyvylle tärkeiden alueiden vahvistamista sekä hermoverkoston uudelleen järjestäytymisen tukemista. Dementiaan sairastuneen elämään vaikuttavat monet eri tekijät kuten erilaiset sairauden mukanaan tuomat oireet, lääkitys, fyysinen ja sosiaalinen ympäristö sekä dementoituvan persoonallisuus ja minäkuva. (Heimonen & Voutilainen 2004, 11–12.)

Kuntoutukseksi voidaan mieltää potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus, jota nimitetään myös kuntoutusprosessiksi, tai vaihtoehtoisesti kuvata se palveluketjuna, johon sisältyvät kaikki potilaalle ja hänen läheisilleen osoitetut kuntoutuspalvelut sairauden eri vaiheissa. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta tarkasteltaessa kuntoutusta tulisi käsitellä kuntoutuksen palvelujärjestelmänä lakeineen ja palveluntuottajineen. Nykyaikainen näkökulma ei miellä enää kuntoutusta vajaavuuskeskeiseksi, jolloin ihmisen vajaakuntoisuus rajoittaa arjesta selviytymistä, vaan se korostaa ihmistä yksilönä osana yhteisöään ja toimintaympäristöään. Maailman terveysjärjestön (World Health Organization) ICF-toimintakykyluokituksessa (International Classification of Functioning, Disability and Health) näkyy selkeästi psyko-fyysis-sosiaalisen suhtautumisen korostuminen ihmisen toimintakykyyn. (Granö, Heimonen & Koskisuus 2006, 5.) Kuntoutus voidaankin eritellä ja toteuttaa esimerkiksi psyko-fyysis-sosiaalisella jaottelulla.

Kuntoutus on oleellisen tärkeää mm. dementoituvan elämänlaadun ja toimintakyvyn tukijana. Dementoituvalle on tärkeää tunkea itsensä merkitykselliseksi yksilöksi. Merkityksellisyyden tunne syntyy siitä, kun yksilö saa tarvitsemaansa huomiota ja hyväksyntää. Dementia aiheuttaa sitä sairastavalle afasiaa ja tunteiden ilmaisun köyhtymistä. Dementoituvat ilmaisevat itseään käyttäytymisen välityksellä. Hoitajan tulee osata tulkita vanhuksen käyttäytymistä oikein ja kehittää keinoja, joilla vanhus voi ilmaista itseään paremmin. Dementoituvan kommunikaatiota on tutkittu paljon. Tutkimustulosten perusteella on saatu selville muun muassa kommunikation piilovaikutuksia sekä dementoituvan todellisen itsetietoisuuden ja hyvinvoinnin ulottuvuuksia jopa pitkälle edenneessä sairauden vaiheessa. (Acton, Hopkins, Mayhew & Yauk 2001, 106–107; Bryant & Ouldred 2008.)

Koska dementoiva sairaus aiheuttaa muutoksia myös henkilön fysiikassa koko tautiprosessin ajan, on jatkuva fyysisen toimintakyvyn tukeminen tärkeää. Tutkimukset ovat osoittaneet, että fyysisellä kuntoutuksella, fysioterapialla sekä omatoimisella harjoittelulla voidaan parantaa arjessa selviytymistä. Fyysiset aktiviteettiharjoitteet nostavat mielialaa ja kohentavat dementoituvien elämänlaatua. (Kaunonen, Salonen & Tarkka 2005, 284.) Fyysinen aktiivisuus parantaa myös kognitiivista toimintakykyä. (Jerziewskia, Leea & Trojanowskia 2007, 106.)

Dementoituneiden laadukas laitoshoido edellyttää työntekijöiltä perehtyneisyyttä ja jatkuvaa koulutautumista. Mulgrew, Muscat ja Sullivan (2007, 137, 144, 147) tutkivat potilaiden, omaisten ja hoitajien tietoja Alzheimerin taudista. Tutkimuksen mukaan koulutustarvetta oli kaikissa ryhmissä. Brittitutkijat Pulsford, Hope ja Thompson (2006, 5-6, 10, 12–13) suosittelivatkin erityistä koulutustasovaatimusta dementoituvia hoitaville asiantuntijoille.

KUNTOUTUKSEN NYKYTILAN KARTOITUS KOTIKUNNAASSA

Opinnäytetyön ensimmäisenä tavoitteena oli selvittää Kotikunnaan henkilökunnan käsityksiä omaehtoisen kuntoutumisen toteutumisesta Dementiaryhmäkoti Kaislassa, Dementiakoti Venlassa ja Päiväpaikka Villassa. Aineistonkeruu toteutettiin jokaisen yksikön osalta sen edustajien ryhmähaastatteluina. Erityiseksi kiinnostuksen kohteeksi muotoutui omaehtoisen kuntou-

tumisen ylläpito sekä kehittäminen arkipäivän hoitotyön näkökulmasta. Myös haastateltujen työntekijöiden kehitysehdotuksia yksiköidensä kehittämiskohteiksi haluttiin tuoda esille. Aineistonkeruussa noudatettiin kvalitatiivisen tutkimuksen kriteerejä. Kvalitatiivinen tutkimus voidaan määritellä syvälliseksi, aidosti kuvaavaksi laadulliseksi tutkimukseksi, joka pyrkii ymmärtämään ja tulkitsemaan tutkittavaa ilmiötä. Laadullisen tutkimuksen tutkimusote on induktiivinen, mikä merkitsee sitä, että se päättyy yksityisistä havainnoista yleisiin merkityksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 260.) Opinnäytetyössä päädyttiin teemahaastattelun käyttämiseen tiedonkeruun välineenä, jolloin päästiin suoraan vuorovaikutukseen Kotikunnaan henkilökunnan kanssa ja saatiin hyvä kuva siitä, mitkä osa-alueet kuntoutuksessa tarvitsivat kehittämistä. Teemahaastattelun eduksi voidaan katsoa myös se, että kunkin tutkittavan yksilöllistä elämäkokemusta ja omakohtaisia tulkintoja haastateltavista aiheista arvostetaan. Haastattelutilanteessa tutkijan ei ole tarkoitus kysyä yksityiskohtaisia kysymyksiä, vaan hän etenee joustavasti keskeisten teemojen mukaan. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48.)

Teemahaastattelujen tuloksena todettiin, että Kotikunnaan yksiköissä on erilaiset toimintamallit dementoituvien omaehtoisen kuntoutumisen tukemisessa. Kuntoutumisen tukena käytetään monipuolisia menetelmiä, mutta kaikissa yksiköissä kuntoutumisen tukemista voidaan kehittää edelleen.

KUNTOUTUMISTA TUKEVAN TOIMINNAN KEHITTÄMINEN

Haastatteluaineistojen tuloksia ja aikaisempia tutkimuksia yhdisteltiin tuoden esille niiden eroja, yhtäläisyyksiä sekä kehittämiskohteita. Pohdinnan perusteella tehtiin yhteenvetona Kotikunnaan tarpeisiin sopiva kaksiosainen kuntoutuskaavio, josta selviävät dementoituvien kuntoutuksessa huomioitavat osa-alueet.

Kuntoutuskaavion ensimmäinen osa jaottelee kuntoutuksen eri osa-alueisiin, jotka kaikki tarvitaan, jotta kuntoutus olisi mahdollisimman ideaalia. Osa-alueet on koottu ympyrän malliin, joka tuo esille kuntoutuksen jatkuvuuden periaatteen ja kokonaisvaltaisuuden. Mallia voi tulkitta esimerkiksi aloittamalla sen tarkastelun työvoimaresurssit-käsitteestä, joka tarkoittaa oikein mitoitettua henkilökuntamäärää. Seuraavana kuviota myötäpäivään tarkasteltaessa tulee henkilökunnan motivaatio, jonka tulisi sisältää ainakin seuraavat piirteet: oikea asenne, avoimuus, kokeilunhalu, sitoutuneisuus ja yhteistyökyky. Tällä tarkoitetaan sitä, että on henkilökunnasta itsestään hyvin pitkälti kiinni, miten suuren panoksen he ovat valmiita antamaan työhönsä, jotta dementoituvien omaehtoinen kuntoutuminen toteutuisi. Omaiset ovat melkein yhtä tärkeitä tässä prosessissa ja näin ollen heidät on mainittu heti työntekijöiden jälkeen.

Suunnitelmallisuus ja ajankäyttö nousivat hyvin merkittäviksi osatekijöiksi työntekijöiden teemahaastatteluiden pohjalta. Näihin osatekijöihin panostamista pidettiin ensisijaisena, jotta kuntoutumisen toteuttaminen kehittyisi entisestään. Viimeinen osa-alue kaaviossa on tiedonhaku, joka sisältää alan kirjallisuuden ja tutkimukset, internetin, koulutukset sekä suullisen ja kirjallisen perehdytyksen. Tiedonhaku on ehdoton edellytys dementoituvien hoitotyön kehittämiseksi.

Kuntoutuskaavion toinen osa koostuu kolmesta kuviosta, joista ensimmäinen jakaa kuntoutuksen yleisimmin teoriassa käytettyyn jaottelumalliin. Sen mukaan kuntoutumista tapahtuu fyysisellä, psyykkisellä, sosiaalisella ja kognitiivisella tasolla. Kuntoutumisen kokonaisvaltaisen toteutuksen tulisi tapahtua arjessa tukemalla dementoituvan voimavaroja ja toimintakykyä sekä esimerkiksi taide- ja musiikkiterapiaa sisältävän viriketoiminnan avulla. Toiminta arjessa ja hie- man enemmän resursseja sitova viriketoiminta muodostavat kaavion toisen osan. Eritelty kak- siosainen kaavio on vain yksi tapa tulkita omaehtoisen kuntoutumisen toteuttamista ja se on räättälöity juuri Kotikunnaan tarpeisiin. Se edustaa opinnäytetyön tekijöiden päättelyä, mutta pohjautuu samalla tiiviisti teoriaan ja ennen kaikkea tutkimustuloksiin. Parhaimmillaan kaavio voi toimia uusien ja vanhojen työntekijöiden muistilistana heidän tukiessaan dementoituvien omaehtoista kuntoutumista.

POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoitus on toimia apuvälineenä Kotikunnaan kuntoutuksen kehittämisessä. Toivomuksena on, että siitä hyötyisivät sekä nykyiset ja tulevat työntekijät että organisaatiossa harjoittelujaksojaan suorittavat opiskelijat. Kuntouttavan työotteen ja kuntouttamista koske- vien ohjeiden päivitystä tulisi toteuttaa säännöllisesti, sillä dementoituvien määrä kasvaa lähi- vuosina tutkimusten mukaan runsaasti. Opinnäytetyön tekijöitä jäi kiinnostamaan esimerkiksi sijaisten käytön vaikutus kuntouttavan hoitotyön laatuun sekä hoitajien motivaatio kuntoutta- van työotteen käyttämiseksi, jotka aiheet olisivat hyviä jatkotutkimusta varten.

LÄHTEET

Acton, G., Hopkins, P., Mayhew, P. & Yauk, S. 2001. Communication from individuals with Advanced DAT: Can it provide clues to their sense of self-awareness and well-being? *Geriatric Nursing* 22 (2), 106–110.

Backman, K., Isola, A., Paasivaara, L. & Saarnio, R. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede* Vol. 17, no 3/05, 145-154.

Bryant, C. & Ouldred, E. 2008. Dementia care. Part 2: understanding and managing behavioral challenges. *British Journal of Nursing* 17 (4), 242–247.

Granö, S., Heimonen, S. & Koskisuu, J. 2006. Kuntoutuksen sanakirja muistihäiriö- ja demen- tiatyöhön. Helsinki: Alzheimer-keskusliitto.

Heimonen, S. & Voutilainen, P.(toim.). 2004. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.–14., osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jedrziwskia, M. Leea, V. & Trojanowskia, J. 2007. Physical Activity and cognitive health. *Alzheimer's & Dementia* 3 (2), 98–108.

Kaunonen, M. Salonen, P. & Tarkka, M-T. 2005. Veteraanien tyytyväisyys kuntoutukseen ja kuntoutuksen vaikutukset heidän toimintakykyynsä. *Hoitotiede* 17 (5), 283–293.

Mulgrew, K., Muscat, T. & Sullivan, K. 2007. Knowledge Alzheimers' s Disease Among Patients, Carers and Noncarer Adults: Misconceptions, Knowledge gaps and Correct beliefs. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 23 (2), 137–148.

Pulsford, D., Hope, K. & Thompson, R. 2006. Higher education provision for professionals working with people with dementia: A scoping exercise. *Nurse Education Today* 27 (1), 5–13.

Suomen dementiahoitoyhdistys ry. Virkola, C. & Vuori, U. (toim.). 2006. Dementiamaailma. Perusoppaat 1. 4. painos. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys ry.

KIRJOITTAJA

Laura Pietilä valmistui sairaanhoitajaksi (AMK) Turun ammattikorkeakoulusta joulukuussa 2008.

**NÄKÖKULMIA KEHITTYVÄÄN
TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄÄN**

RÖNTGENHOITAJAOPISKELIJOIDEN PEREHDYTTÄMINEN HARJOITTELUSSA

Hanna Jalo & Maria Korhonen

Perehdyttämisellä tarkoitetaan kaikkia niitä toimenpiteitä, joiden avulla tulokas oppii tuntemaan uuden työpaikkansa ja työnsä. Se on luonnollinen osaamisen siirtämisen keino, jonka avulla välittyvät niin käytännön toimintatavat kuin hiljainen tieto. (Sääskilahti & Wilska 2003 38–39.) Perehdyttämisen perimmäisenä tarkoituksena on luoda pohja työn turvalliselle suorittamiselle ja yhteistyölle työyhteisössä (Valvisto 2005, 47–48; Valtanen 2006, 98). Peruseriaatteet opiskelijan perehdyttämisessä ovat samat kuin työntekijöiden eli perehdytys suunnitellaan tarpeen ja tilanteen mukaan. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää ammattitaitoa edistävän harjoittelun pituuteen sekä opiskelijan omiin oppimistavoitteisiin. (Kangas 2004, 5.) Perehdyttäminen luo pohjan opiskelijan oppimiselle ammattitaitoa edistävän harjoittelujakson aikana. Opiskelijoille ei kustannussyistä useinkaan voida järjestää kovin laajaa perehdyttämistä. Tällöin apuna on hyvin toteutettu perehdyttämismateriaali, joka mahdollistaa harjoittelijan omaehtoisen perehtymisen. (Rainio 2005, 8–10.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisena röntgenhoitajaopiskelijoiden perehdyttäminen toteutuu Varsinais-Suomen kuvantamiskeskuksessa (VSKK) ja samalla tuoda ilmi röntgenhoitajanopiskelijoiden mielipide perehdyttämisen onnistumisesta. VSKK:ssa on UltraBra-työryhmän toimesta lanseerattu perehdytysuunnitelma sekä röntgenhoitajaopiskelijoiden että uusien työntekijöiden perehdyttämisen yhtenäistämiseksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten uuden perehdyttämissuunnitelman käyttöönotto on onnistunut eli miten röntgenhoitajaopiskelijat kokevat perehdyttämisen onnistuneen VSKK:ssa. Lisäksi opinnäytetyöllä kartoitetaan opiskelijoiden perehdyttämistä edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä.

Opinnäytetyön tuloksista selviää röntgenhoitajaopiskelijoiden mielipide siitä, miten perehdytys on käytännössä onnistunut ja mitä perehdyttämisen osa-alueita opiskelijat pitävät tärkeinä. Opinnäytetyön tuloksia on mahdollista käyttää hyväksi suunniteltaessa ja arvioitaessa perehdyttämisen sisältöä. Opinnäytetyön aihe on osa työelämälähtöistä Turun ammattikorkeakoulun ja VSKK:n yhteistyötä. VSKK esitti aihetta keväällä 2006.

AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Laakso (2004) on pro gradu -tutkielmassaan selvittänyt sairaanhoitajien perehdyttämistä verkko-oppimisympäristössä. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut kuvata sairaanhoitajien koke-

muksia verkko-oppimisympäristössä tapahtuvasta perehdyttämisestä sekä saada tietoa perehdyttämisen merkityksestä sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen kehittymiselle.

Lahden (2007) on pro gradu -tutkielman tavoitteena oli saada tietoa siitä, millainen yhteys perehdyttämisellä on sairaanhoitajien haluun sitoutua organisaatioon. Ala-Fossi ja Heininen (2003) ovat pro gradu -tutkimuksessaan tutkineet sijaisuutta ja sijaisen työhön perehdyttämistä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajan kokemuksia sijaisena olosta.

Savolainen (2004) on pro gradu -tutkimuksessaan tutkinut uuden työntekijän perehdyttämistä magneettitutkimusyksikössä. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada selville, minkälaisia oppimisnäkömymiä magneettitutkimusyksiköissä työskentelevillä perehdyttäjillä on ja miten ne vaikuttavat perehdyttämistoimintaan.

Robinson ym. (2007) ovat tutkineet opiskelijoiden perehdytystä ja perehdyttämisen merkitystä kiinnostuksen lisääjänä vanhusten hoitoon. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten perehdytys oli järjestetty opiskelijoiden harjoittelujaksoilla, ja miten se vaikutti opiskelijoiden kiinnostukseen alaa kohtaan. Sinervo ja Särkilähti (2007) ovat opinnäytetyössään tutkineet opiskelijaohjausta ammattitaitoa edistävässä harjoittelussa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää opiskelijaohjauksen eri tekijöitä, jotka vaikuttavat röntgenhoitajaopiskelijoiden oppimiseen ammattitaitoa edistävässä harjoittelussa.

Edellä esitettyjen tutkimuksien mukaan perehdyttäminen ja sen systemaattinen seuranta koetaan tärkeäksi osaksi toiminnan turvaamista ja kehittämistä. Perehdyttämisellä on ratkaiseva merkitys työtehtävissä selviämiseksi ja työviihtyvyydelle. Perehdyttäminen tulisi suhteuttaa työsuhteen pituuteen. Opiskelijoiden perehdyttäminen on erittäin tärkeää ammattitaitoa edistävän harjoittelun jaksoilla. Perehdyttäminen nopeuttaa radiografiatyössä ja sädehoidossa vaadittavien tietojen ja taitojen oppimista. Sen merkitys hoitotyön oppimisen kannalta on aikaisempien tutkimusten mukaan merkittävä.

Perehdytysprosessi alkaa perehdyttämisen suunnittelusta ja jatkuu tulokkaan työssä oppimiseen. Uuden työntekijän perehdyttämiseen vaikuttavat organisointiin liittyvät tekijät, perehdyttäjän ammattitaito, käsitykset oppimisesta ja oppimisprosessissa mukana olevien rooleista. Tutkittavat ovat nähneet oppimisen vuorovaikutuksellisen prosessina, jossa perehdytettävä on aktiivinen ja ottaa vastuun omasta oppimisestaan ja perehdyttäjän rooli on olla oppimisen tukija.

Tutkimuksissa saatujen tulosten mukaan suurimmat ongelmat uuden työntekijän perehdyttämisessä ovat kiire ja se, että perehdyttämiseen ei ollut varattu riittävästi aikaa työpaikalla. Lisäksi tuloksista selviää, että joskus perehdyttäminen on jäänyt jopa kokonaan suorittamatta tai ollut hyvin suppeaa. Tulosten mukaan syy on se, että uuden työntekijän oletetaan osaavan toimia ammatissaan työpaikan vaatimusten mukaisesti sekä se, että hänen työpanoksensa halutaan saada välittömästi käyttöön. Perehdytyksen puutteellisuuden syiksi on esitetty myös terveydenhuollon niukat resurssit sekä hoitohenkilökunnan asenteet perehdytettävää kohtaan.

OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää röntgenhoitajaopiskelijoiden näkemyksiä perehdytyksestä Varsinais-Suomen kuvantamiskeskuksessa. Opiskelija hyötyy tutkimuksesta, mikäli perehdyttämistä kehitetään edelleen ja näin autetaan hänen oppimistaan ja sopeutumistaan oppimisympäristöön. Opinnäytetyön tuloksista selviää röntgenhoitajaopiskelijoiden mielipide siitä, miten perehdytys on käytännössä onnistunut. Tuloksia on mahdollista käyttää hyväksi arvioitaessa VSKK:n perehdytysuunnitelmaa ja kehitettäessä edelleen perehdyttämisen sisältöä.

Tutkimusongelmat olivat

1. Mikä on perehdytyksessä röntgenhoitajaopiskelijoiden mielestä tärkeää?
2. Miten perehdyttäminen toteutuu Varsinais-Suomen kuvantamiskeskuksessa röntgenhoitajaopiskelijoiden kuvaamana?
3. Mitkä tekijät edistävät ja mitkä estävät perehdytyksen toteutumista röntgenhoitajaopiskelijoiden mielestä?
4. Mitä kehitettävää röntgenhoitajaopiskelijat esittävät perehdytyksen toteutukseen?

Aineiston keräämiseen on käytetty tätä opinnäytetyötä varten laadittua kyselylomaketta, jossa on sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Kyselylomake on muodostettu teoreettisen viitekehysten pohjalta vastaamaan opinnäytetyön tutkimusongelmiin. Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat ne Turun ammattikorkeakoulun toisen ja kolmannen vuoden röntgenhoitajaopiskelijat, jotka olivat syksyllä 2007 ammattitaitoa edistävän harjoittelun jaksolla Varsinais-Suomen kuvantamiskeskuksessa. Kyselylomake esiteltiin kahdella Turun ammattikorkeakoulussa opiskelevalla röntgenhoitajaopiskelijalla, jotka ovat suorittaneet harjoittelunsa VSKK:een kuulumattomilla kuvantamisosastoilla. Tutkimuslupa saatiin 7.11.2007 radiografian ja sädehoidon koulutusohjelman koulutuspäälliköltä.

Kysely suoritettiin syksyn 2007 aikana. Haastateltaville selvitettiin suullisesti sekä saatekirjeen muodossa huolellisen vastaamisen merkitys, tutkimuksesta saatava hyöty sekä tutkimustarkoitus. Heille selvitettiin vastausten luottamuksellisuus ja anonymiteetin säilyminen. Kyselyyn vastajille jaettiin lomakkeet henkilökohtaisesti. Yksi opiskelija jätti palauttamatta kyselylomakkeen, joten vastausprosentti oli 95,5. Vastaajia oli yhteensä 21 (N = 21). Strukturoidut kysymykset käsiteltiin tilastollisesti, ja avoimien kysymysten tulkinnassa käytettiin sisällön analyysiä. Tutkimuseettiset näkökulmat ohjasivat opinnäytetyön laadintaa. Vastaukset on käsitelty luottamuksellisesti ja esitetty tuloksia vääristelemättä. Lopullinen opinnäytetyöraportti on julkinen ja myös kyselyyn vastanneiden nähtävillä Turun ammattikorkeakoulun Ruiskadun toimipisteen kirjastossa. Raportin laatimisen jälkeen lomakkeet vastauksineen hävitettiin.

Aineiston analysointi aloitettiin tekemällä strukturoiduista kysymyksistä havaintomatriisi Excel-taulukkolaskentaohjelmalla, ja avoimet vastaukset litteroitiin. Strukturoiduista vastauksista tehtiin havaintomatriisin pohjalta tunnuslukutaulukko, josta nähtiin muun muassa keskiarvot, moodit ja mediaanit. Tulokset esitettiin raportissa frekvensseinä, prosentteina ja keskiarvoina sekä kuvailtiin sanallisesti. Strukturoitujen kysymysten pohjalta muodostettiin vastauksia ku-

vaavia taulukoita ja kuvioita. Avointen vastausten analysoinnissa käytettiin induktiivista analysointitapaa. Avointen kysymysten vastaukset purettiin osiin, ja niistä haettiin yhteneväisyyksiä. Kaikista avoimien kysymysten vastauksista löytyi muutama yläkategoria sen mukaan, mitkä aiheet esiintyivät useimmiten vastauksissa. Lisäksi vastauksista saatiin yläkategorioille useita alakategorioita, jotka liittyivät samaan aiheeseen.

OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Työyhteisöön, työpaikkaan ja työhön perehdyttämisen osa-alueita vastaajat pitivät enimmäkseen tärkeinä tai erittäin tärkeinä. Tärkeimpiä osa-alueita vastaajien mielestä olivat henkilökunnan esittely, työ- ja sosiaalitilojen esittely, koneiden ja laitteiden esittely sekä perehdyttäminen työpaikan toimintatapoihin. Nämä asiat olivat myös toteutuneet vastaajien mielestä erittäin hyvin tai melko hyvin. Tiedotustoimintaan perehdyttämistä sekä perehdyttämistä organisaation toiminta-ajatukseen, visioon ja strategiaan ei pidetty kovin tärkeänä, ja näihin asioihin perehdyttämisessä oli myös vastaajien mielestä puutteita.

Työturvallisuusasioihin perehdyttämistä pidettiin pääasiassa tärkeänä tai erittäin tärkeänä. Esimerkiksi perehdyttämistä kuvantamislaitteiden turvalliseen käyttöön pitivät kaikki vastaajat erittäin tärkeänä (n = 21). Kuitenkin vastaajien mielestä työturvallisuusasioihin perehdyttämisen osa-alueet eivät toteutuneet yhtä hyvin. Puutteita nähtiin muun muassa ergonomisiin työskentelytapoihin, ensiaputilanteisiin, paloturvallisuusasioihin, turvalliseen lääkehoitoon sekä hygieniaohjeisiin ja aseptiikkaan perehdyttämisessä. Säteilysuojeluun perehdyttäminen oli sen sijaan vastaajien mukaan toteutunut erittäin hyvin tai melko hyvin.

Kysyttäessä perehdyttämisen käytännön toteuttamisen tärkeyttä vastaukset olivat taas pääasiassa vaihtoehtojen ”tärkeä” ja ”erittäin tärkeä” kohdalla. Eniten hajontaa vastauksissa oli väittämään ”perehdyttämisen onnistumista arvioitiin perehdyttämisen lopussa”. Hajontaa oli paljon, kun kysyttiin, miten eri perehdyttämisen käytännön toteutumisen osa-alueisiin perehdyttäminen oli toteutunut harjoittelun jaksolla. Joukossa oli myös vastauksia vaihtoehdon ”erittäin huonosti” kohdalla.

Ammattitaitoa edistävään harjoittelujaksoon perehdyttämisestä kysyttäessä vastauksissa oli jälleen paljon hajontaa. Vastaukset olivat yhteneväisiä väittämiin ”Tunsin olevani tervetullut ammattitaitoa edistävään harjoitteluun” ja ”Osaston henkilökunnan keskuudessa oltiin tietoisia tulostani harjoitteluun”. Suurin osa oli valinnut vaihtoehdon erittäin tärkeä tai tärkeä. Eniten hajontaa oli väittämään ”Perehdytykseni toteutus kirjattiin perehdytysuunnitelmaan”, jolloin vastauksia oli myös arvioiden ”vain vähän tärkeä” ja ”ei lainkaan tärkeä” kohdalla. Kun kysyttiin, miten nämä asiat olivat käytännössä toteutuneet, vastaukset olivat melko samansuuntaiset kuin ne olivat vastaajien mielestä tärkeitäkin.

Lopuksi röntgenhoitajaopiskelijoita pyydettiin arvioimaan numeerisesti saamaansa perehdytystä ammattitaitoa edistävässä harjoittelussa vaihtoehdoilla 0-5. Kaiken kaikkiaan opiskelijat olivat tyytyväisiä saamaansa perehdytykseen, ja keskiarvoksi vastauksista muodostui 4, joka vastaa kouluarvosanaa hyvä.

Avoimissa kysymyksissä kysyttiin vastaajilta perehdyttämistä edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä perehdytyksen kehittämisehdotuksia. Perehdyttämistä edistäviksi tekijöiksi vastaajat mainitsivat perehdyttäjän ja osaston henkilökunnan (25 mainintaa), perehdyttämisen suunnitelmallisuuden (12 mainintaa) sekä osaston ilmapiirin (12 mainintaa). Perehdyttämistä estävinä tekijöinä nähtiin perehdyttäjän vaihtuvuus (7 mainintaa), kiire (5 mainintaa), perehdyttäjän motivaation puute (4 mainintaa) sekä perehdytyksen myöhäinen ajankohta (3 mainintaa). Kehittämisehdotuksina vastaajat mainitsivat perehdyttämisen suunnitelmallisuuden (9 mainintaa), ja nimetyn perehdyttäjän (4 mainintaa).

TULOSTEN TARKASTELUA

Työturvallisuuden varmistaminen yhdessä tapaturmien ehkäisyn kanssa on perehdyttämisen tärkeimpiä tavoitteita (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738). Säteilylain 27.3.1991/592 mukaan erityistä huomiota olisi kiinnitettävä tietoon säteilyn terveydellisistä haitoista sekä turvallisiin työtapoihin altistuksen minimoimiseksi. Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että kaikkiin työturvallisuusasioihin olisi kiinnitettävä perehdyttämässä huomiota. Erityisesti säteilyn turvalliseen käyttöön ja laiteturvallisuuteen liittyviä tekijöitä opiskelijat pitivät erityisen tärkeinä. Erityisen tärkeänä kaikki röntgenhoitajaopiskelijat pitivät kuvantamislaitteiden turvalliseen käyttöön perehdytystä. Säteilysuojeluun perehdyttämistä he pitivät myös erittäin tärkeänä (85 %) tai tärkeänä (15 %). Lääkehoitoon, ensiaputilanteisiin, paloturvallisuuteen ja aseptiseen työskentelyyn perehdyttämistä pidettiin myös tärkeinä.

Perehdyttämistilanteen tulisi olla häiriötön ja sen tulisi mahdollistaa vuorovaikutuksellisuus, jossa perehdyttävälle luodaan mahdollisuus oppimiseen (Penttinen & Mäntynen 2007, 2). Opiskelijat kokivat rauhallisen ja häiriöttömän perehdyttämistilanteen tärkeäksi. Perehdytyksen tulisi olla ennalta suunniteltua ja siihen olisi varattava riittävästi aikaa (Ala-Fossi & Heininen 2003, 64). Tässä opinnäytetyössä tulokset ovat täysin yhtenevät perehdyttämisen suunnitelmallisuutta ja ajankäyttöä selvitetessä. Vastaajien mielestä on tärkeää, että heillä on nimetty perehdyttäjä ja että perehdyttäjä on ystävällinen sekä kiinnostunut opiskelijasta. Nimetty perehdyttäjä pystyy seuraamaan tulokkaan oppimista ja näin edesauttaa sopeutumista työyhteisöön (Ala-Fossi & Heininen 2003, 66; Lahti 2007, 54). Perehdyttämässä tulisi vastaajien mukaan käyttää perehdyttämisuunnitelmaa, joskin soveltaen sitä opiskelijaa palvelevaksi ja ottaen huomioon osastojen erityispiirteet.

Perehdyttämisen seuranta ja arviointi on kirjallisuuden mukaan tärkeää, jotta toimintaa voitaisiin edelleen kehittää. Se on tärkeää myös tulokkaan jatkuvan oppimisen kannalta. (Kangas 2004, 16; Penttinen & Mäntynen 2007, 7.) Opinnäytetyön tuloksista selviää, että opiskelijat pitävät perehdyttämisen seurantaan tärkeänä ja he myös toivoivat saavansa esittää mielipiteensä perehdyttämisen onnistumisesta. Aikaisemmissa tutkimuksissa kiire ja ajanpuute ovat yksi yleisimmistä perehdyttämisen laiminlyönnin syistä (Laakso 2004, 50; Niemi 2006, 61). Kiire ja sen merkitys perehdyttämälle tuli ilmi myös tässä opinnäytetyössä. Opiskelijat kokivat kiireen ja ajanpuutteen perehdytystä estäviksi tekijöiksi. Vastaajat kokivat myös perehdyttäjän vaihtuvuuden vaikuttavan perehdyttämiseen negatiivisesti. Myös perehdyttäjän motivaation puute sekä perehdytyksen myöhäinen ajankohta mainittiin perehdyttämistä estävinä tekijöinä.

Kysyttäessä kehittämisehdotuksia perehdyttämisen järjestämiseksi opiskelijat mainitsivat yleisimmin perehdytyksen suunnitelmallisuuden. He toivoivat perehdytyksen tapahtuvan johdonmukaisesti ja perehdytysuunnitelman mukaisesti. Tulosten mukaan perehdytystä olisi suunniteltava myös osastokohtaisesti, ottaen huomioon osastojen erityispiirteet. Kirjallisuuden mukaan perehdytyksen suunnitelmallisuus on erittäin tärkeää (Kjelin & Kuusisto 2003, 163; Penttinen & Mäntynen 2007, 2). Perehdytysmateriaaleja olisi käytettävä monipuolisesti ja perehdytettävän ominaisuuksiin oppijana olisi niin ikään kiinnitettävä huomiota (Ala-Fossi & Heininen 2003, 61–62; Miettinen, Murtolahti & Perttunen 2003, 11).

POHDINTA

Perehdyttäminen on aiheena hyvin henkilökohtainen, koska opiskelijoina olemme itsekin kokeneet erilaisia perehdyttämistapoja. Perehdyttämistä ei ole tutkittu radiografiatyössä kovinkaan paljon, eikä lainkaan opiskelijan näkökulmasta. Tämä teki opinnäytetyömme tekemisestä erityisen mielenkiintoisen. Opinnäytetyön tulosten pohjalta saatiin vastaukset kaikkiin tutkimusongelmiin. Suurelta osin vastaukset tukivat aikaisempia tutkimuksia ja tulokset olivat hyvin samansuuntaisia. Tämä lisää tulosten luotettavuutta, ja voidaankin olettaa, että vastaajat ovat ymmärtäneet kysymykset oikein. Opinnäytetyössä on vertailuna esitetty vastaajien mielipiteitä eri perehdyttämisen osa-alueiden tärkeydestä ja siitä, miten kyseiseen osa-alueeseen on perehdytetty. Koska opinnäytetyön kohdejoukko on pieni, opinnäytetyön tekijät ovat tyytyneet esittämään tulokset kuvailuna tilastollisten testien sijaan.

Tulosten mukaan perehdyttämisen suunnitelmallisuuteen ja oikea-aikaisuuteen tulisi kiinnittää erityishuomiota. Perehdyttämässä tulisi vastaajien mukaan käyttää perehdyttämisuunnitelmaa, joskin soveltaen sitä opiskelijaa palvelevaksi ja ottaen huomioon osastojen erityispiirteet. Vastaajien mukaan olisi tärkeää, että perehdyttäjänä toimisi nimetty perehdyttäjä, joka olisi kiinnostunut tehtävästään. Asiantunteva ja ystävällinen perehdyttäjä on avainasemassa perehdyttämisen onnistumisessa, eikä tätä tehtävää tulisi antaa kenelle tahansa. Perehdyttämistä estävinä tekijöinä vastaajat ovat esittäneet samansuuntaisia perehdyttäjään liittyviä ominaisuuksia. Tärkeää olisi, että perehdyttäjä olisi motivoitunut tehtäväänsä ja ettei perehdyttäjä vaihdu jakson aikana.

Kehittämisehdotuksina opinnäytetyön tekijät esittivät, että ainakin ensimmäisen viikon opiskelijan perehdyttäjä pysyisi koko ajan samana ja että hän tekisi samoja vuoroja opiskelijan kanssa. Perehdyttäjän motivaation puute perehdyttää opiskelijaa saattaa johtua siitä, että opiskelijoita on osastolla lähes koko ajan ja he ovat eri vaiheissa opinnoissaan. Perehdyttäjän motivaatiota saattaisi lisätä se, että perehdyttäjä vaihtuisi eri opiskelijoiden kohdalla eli aina sama henkilö ei toimisi perehdyttäjänä. Tämä lisäisi vähitellen kaikkien työntekijöiden valmiuksia toimia opiskelijoiden kanssa.

Kiire ja resurssien vähyys nousivat myös tässä opinnäytetyössä perehdyttämistä vaikeuttaviksi tekijöiksi. Tilanne olisi korjattavissa, jos perehdyttäjää ei laskettaisi työvoimavahvuuteen ainaakaan opiskelijan saapuessa osastolle. Perehdyttäjälle tulisi antaa aikaa suunnitella perehdyttäminen sekä myös toteuttaa se suunnitelmansa mukaisesti. Vastaan saattaa tulla resurssien vähyys

eli kenties kaikki hoitajat tarvitaan potilastyöhön. Ehdotamme perehdytyksen kehittämiseksi, että esimerkiksi osastonhoitaja voisi selvittää ensimmäisten päivien aikana opiskelijalle yleisiä asioita, kuten organisaatiota, sairaalaa ja osastoa koskevia asioita, ja tälle perehdyttämislle olisi varattu tarpeeksi aikaa. Tämän jälkeen opiskelijaa voitaisiin vähitellen perehdyttää syvällisemmin tiettyihin, opiskelijan kannalta olennaisiin asioihin. Koululla voitaisiin järjestää ensimmäisen vuoden röntgenhoitajaopiskelijoille tiedotustilaisuus Varsinais-Suomen kuvantamiskeskuksen toiminnasta ja osastoista. Näin opiskelijoilla olisi heti opintojen alkuvaiheessa perustietoa VSKK:sta organisaationa.

LÄHTEET

Ala-Fossi & Heininen. 2003. Sijaisuus ja sijaisen perehdyttäminen. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kangas, P. 2004. Perehdyttäminen palvelualueilla. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Kjelin, E. & Kuusisto, P-C. 2003. Tulokkaasta tuloksetekijäksi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Laakso, H. 2004. Sairaanhoidajan perehdyttäminen verkko-oppimisympäristössä. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Lahti, T. 2007. Sairaanhoidajien työhön perehdyttäminen. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Miettinen, M. & Murtolahti, M. & Perttunen, J. 2003. Perehdyttäminen osaamisen lisääjänä. Sairaanhoidaja 1/2003 vol. 76 11–13.

Niemi, A. 2006. Röntgenhoitajien turvallisuuskulttuuri säteilyn lääketieteellisessä käytössä – kulttuurinen näkökulma. Acta Universitatis Ouluensis Medica D 905. Oulu: Oulu University Press.

Penttinen, A. & Mäntynen, J. 2007. Työhön perehdyttäminen ja opastus – ennakoivaa työsuojelua. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Rainio, P. 2005. Kiinnitä työhön ja tulokseen. Opas kuntatyön perehdyttäjille. (pdf-dokumentti) Helsinki: Suomen kuntaliitto. Kuntatyö 2010 projekti. [Viitattu 29.9.2007.] Saatavissa <http://hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut/pdf/p050616134741K.pdf>.

Robinson ym. 2007. Attracting students to aged care: The impact of a supportive orientation. Nurse education today 8/2007 2-9.

Savolainen, T. 2004. Työntekijän perehdyttäminen magneettitutkimusyksikössä oppimisen näkökulmasta tarkasteltuna. Pro gradu -tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Sinervo, S. & Särkilahti, T. 2007. Opiskelijaohjaus ammattitaitoa edistävissä harjoittelussa röntgenhoitajaopiskelijoiden kuvaamana. Opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Säteilylaki 592/1991. [Viitattu 30.3.2007.] Saatavissa <http://www.finlex.fi> > Lainsäädäntö > Ajantasainen lainsäädäntö > 1991 > 27.3.1991/529.

Sääskilähti, P. & Wilska, T. 2003. Haasteena tuleva osaaminen. Valtionvarainministeriö: työryhmämuistioita 8/2003. Helsinki: Edita Prima Oy.

Työturvallisuuslaki 738/2002. [Viitattu 15.3.2007.] Saatavissa <http://www.finlex.fi> > Lainsäädäntö > Ajantasainen lainsäädäntö > 2002 > 23.8.2002/738.

Valtanen, J. 2006. Henkilöstösuunnittelu ja -prosessit. Teoksessa Henkilöstön kehittämisen opas. Turun kauppakorkeakoulu: Yritystoiminnan tutkimus- ja koulutuskeskus. Tampere: Kirjapaino Esa Print Oy.

Valvisto, E. 2005. Oikeat ihmiset oikeille paikoille. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

KIRJOITTAJAT

Hanna Jalo ja Maria Korhonen valmistuivat röntgenhoitajiksi (AMK) Turun ammattikorkeakoulusta toukokuussa 2008.

AMMATILLINEN KEHITTYMINEN TEHOHOITOTYÖSSÄ

Nina A. Kallio

Tehohoito on nopeasti uudistuva ja kallis hoitomuoto. Oikein kohdennetulla osaamisella voidaan säästää tehohoitopäiviä ja edistää potilaan toipumista vakavasta sairaudesta. Osaamista tulee jatkuvasti kehittää, jotta osaamisen taso pysyy hyvänä ja saadaan uusia päteviä tehosairaanhoitajia. Oppiminen on dynaaminen ja varsin henkilökohtainen prosessi. Sairaanhoitajille tulee tarjota oppimisen mahdollisuuksia, tukea heitä oppimisessa ja palkita osaamisesta.

Organisaation paras pääoma on sen osaava henkilöstö. Tyytyväinen henkilöstö kehittää edelleen työtä, joten myös työssä jaksamiseen ja työolosuhteisiin tulisi kiinnittää huomiota. Hyvällä johtamisella, työskentelyolosuhteilla ja ammatillisen kehittymisen edistämällä organisaation on helpompi pitää osaajat palveluksessaan (Kivimäki, Karttunen, Yrjänheikki & Hintikka 2006). Sairaanhoitajilta puuttuu selkeä ammatillisen kehittymisen malli, jossa sairaanhoitaja voi turvallisesti edetä omalla tasollaan ja kehittyä hoitotyössä.

TYKSiin aikuisten teho-osastolla toteutettiin opinnäytetyönä kehittämishanke, jonka tarkoituksena on tukea sairaanhoitajien jatkuvaa ammatillista kehittymistä ja lisätä asiantuntijuutta tehohoitotyön eri osa-alueilla. Kehittämishanke koostuu kahdesta osiosta: varsinaisesta tehohoitotyön tasomallistosta osaamisalueineen sekä sen tueksi toteutetusta tutkimusosiossa. Tässä artikkelissa kuvataan tutkimusosiossa saatuja tuloksia sekä kehittämisosiota (tasomallisto), jossa kuvataan ne tehohoitotyön alueet, joilla osaaminen on erityisen tärkeää. Tasomallin avulla pystytään eriyttämään sairaanhoitajan osaaminen kullakin alueella ja edelleen kehittämään osaamista tarvittavilla alueilla. Tasomallilla pyritään kuvaamaan myös sairaanhoitajan työuraa tehohoitotyössä. Tällä osastolla sairaanhoitajien osaamisvaatimus on erittäin laaja. TYKSin aikuisten teho-osastolla 950 on 24 tehohoitopaikkaa, ja osasto hoitaa kaikkien erikoisalojen potilaita, myös neurokirurgisia lapsipotilaita. Osastolla hoidetaan kriittisimmin sairaita potilaita, joiden hoitamista ei voida toteuttaa muutoin kuin jatkuvan monitoroinnin ja tukihoidojen avulla. Osasto on ainoa ympärivuorokautisesti ylipainehappihoitoa antava kansallinen keskus. Osastolla työskentelee noin 130 sairaanhoitajaa.

Ammatillisen kehittymisen tasomallistossa kuvataan hoitotyön erilaisia osa-alueita. Hoitotyö koostuu tässä mallistossa 1. kliinisestä hoitotyön arviointikyvystä, 2. sairaanhoitajan eettisestä, moraalista ja kulttuurisesta osaamisesta, 3. perushoitotyön osaamisesta, 4. vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamisesta sekä terveyden edistamisestä, 5. hoitotyön välineiden ja työympäristön hallinnasta sekä 6. ammatillisesta kehittymisestä, kliinisen hoitotyön kehittämisestä ja opettamisesta. Jokainen näistä osa-alueista on edelleen jaettu viiteen osaamisen tasoon hoitotyön noviiisista asiantuntijaan. Osaamisen eri tasoilla on sanallisesti kuvattu kunkin osaamisalueen sisällöllinen henkilökohtainen osaaminen.

AMMATILLINEN KEHITTYMINEN TEHOHOITOYMPÄRISTÖSSÄ

Tehohoitotyössä toimivan sairaanhoitajan tulee hallita lukuisia erilaisia hoitotyön menetelmiä. Kansainvälisesti useissa maissa tehohoitotyön osaaminen on järjestetty erillisellä tehohoitotyöhön kohdennetulla ammatillisella kurssilla, jota ennen sairaanhoitaja osallistuu pitkään perehdytysohjelmaan työyksikössään (Endacott, Scholes & Chellel 2000). Jatkuva oppiminen ja koulutus ovat pakollisia vaatimuksia, jotta kyetään ylläpitämään hyvää hoitotyön tasoa. Hoitotyössä käytettävä tieto, joka edelleen suuntautuu hoitotyön osaamiseksi, tulisi hakea näyttöön perustavalta hoitotyön alueelta, jolloin se on luotettavaa ja perustuu tutkimukseen ja kliiniseen hoitotyöhön (Flemming ; Huggins 2004).

Sairaanhoitaja toteuttaa potilaan hoitoa moniammatillisen tiimin yhtenä jäsenenä. Sairaanhoitajan tekemä hoitotyö teho-osastolla eroaa muiden siellä toimivien ammattiryhmien työstä. Sairaanhoitaja huomioi potilaan häiriötilan tai sairauden lisäksi myös potilaan tarpeet kokonaisvaltaisesti ja suunnittelee antamansa hoidon sen perusteella. (Benner, Tanner & Chesla 1996.) Sairaanhoitajan pitäisi tunnistaa potilaan tilassa tapahtuvat muutokset nopeasti ja reagoida niihin asianmukaisesti. Lisäksi sairaanhoitaja tekee päätöksiä potilaan tilasta intuitiivisesti kokemukseensa perustuen. (Christensen & Hewitt-Taylor 2005; Webb, Shapiro, Singer & Suter 1999.)

Osaamisen kehittäminen vähentää hoitotyössä tapahtuvia erehdyksiä, jotka saattavat olla potilaalle riskejä. Sairaanhoitajan todellinen osaaminen ja potilaan hoidon vaatimukset tulee kohdentaa oikein. Tämä vaatii sairaanhoitajan osaamisen tason selvittämistä. Kokeneilla tehohoitotyössä toimivilla sairaanhoitajilla on paljon ns. hiljaista tietoa, joka tulisi saada entistä paremmin työyhteisön yhteiseksi pääomaksi jakamalla tietoa. (Gould, Drey & Berridge 2006; Kivimäki, Karttunen, Yrjänheikki & Hintikka 2006.)

Monissa maissa osaamisen kehittäminen on toteutettu ammatillisten kehittymisten portaiden ("Clinical ladders") avulla. (Buchan 1999; Bjørk, Samdal, Hansen, Tørstad & Hamilton 2006; Colorado University Hospital [viitattu 2.3.2008]; Ritmala-Castren 2007.) Bennerin (1989) esittämät hoitotyön tasot 1–5 ovat olleet monien kansainvälisten mallien taustalla. Hoitotyön tasot etenevät noviisi–edistynyt aloittelija–pätevä–taitava–asiantuntija -akselilla. Benner (1989) ja Benner, Tanner & Chesla (1996) ovat hyvin selkeästi esittäneet kullakin tasolla tarvittavat valmiudet ja vaatimukset. Hoitotyön noviisi on vasta-alkaja, jonka toiminta perustuu sääntöihin, joita ilman hän ei pysty toimimaan. Edistynyt aloittelija kykenee itsenäisesti suoriutumaan toistetusti tutuiksi tulleista hoitotoimista. Pätevä sairaanhoitaja kykenee näkemään oman toimintansa tavoitteet ja suunnittelemaan omaa työskentelyään sen mukaan. Pätevä sairaanhoitaja kykenee huomaamaan, mikä on toiminnan kannalta ensisijaista ja minkä pystyy jättämään vähemmälle huomiolle. Taitava sairaanhoitaja arvioi hoitotilannetta kokonaisuutena ja luottaa kykynsä toimia oman kokemuksellisen havaintokykynsä perusteella. Asiantuntijalla on takanaan suuri määrä kokemukseen perustuvaa tietoa, ja hän toimii osittain oman intuiutionsa johdattamana. Asiantuntija erottaa potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset heti ja keskittyy olennaisen ongelman hoitamiseen vertaillen eri ratkaisuvaihtoehtoja.

TYÖTYTYVÄISYYS AMMATILISEN KEHITTÄMISEN TUKENA

Työtyytyväisyyttä voidaan tarkastella kahdesta eri näkökulmasta. Yleensä työtyytyväisyys on henkilön omien arvojen, toiveiden ja motivaation ohjaamaa. Työntekijä tekee hänelle arvokasta ja merkityksellistä työtä. Työtyytyväisyyttä voidaan arvioida myös organisaation arvojen ja toimintatapojen näkökulmasta. Organisaation asettamat tavoitteet työlle ja sen suorittamiselle ovat koventuneet tehokkuuden ja vaikuttavuuden saavuttamiseksi. Työstä saattaa tällöin hävitä sen antama ilo ja mielekkyys, ja työntekijä saattaa joutua tekemään arvovalintoja, jotka eivät ole hänen toiveidensa mukaisia. (Kivimäki, Karttunen, Yrjänheikki & Hintikka 2006; Vuori 2005.)

Sairaanhoitajat voimaantuvat, kun he voivat vaikuttaa myönteisesti oman työnsä sisältöön ja ammatilliseen kehittymiseensä (Coombs, Chaboyer & Sole 2007). Kuokkasen (2003) kuten myös Heikkilä ja Heikkilän (2001) mukaan voimaantumisen (empowerment) käsite sisältää työtyytyväisyyden sekä työhön ja organisaatioon sitoutumisen. Lisäksi siihen katsotaan kuuluvan henkilökohtainen ammatillinen osaaminen ja henkilökohtainen hyvinvointi. Voimaantumista voidaan lisätä ottamalla hoitohenkilökunta mukaan päätöksentekoon, kun kyseessä ovat työyhteisöön tai työhön liittyvät asiat.

Ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan rekrytoiminen on tulevaisuudessa yhä vaikeampaa. Englannissa on ollut jo vuosia jatkuva sairaanhoitajapula. Huolimatta laajoista rekrytointikampanjoista ja korkeammasta palkkatasosta sairaanhoitohenkilökuntaa ei ole saatu pidettyä organisaatioiden palveluksessa. Siihen johtaneita syitä on selvitetty ja todettu, että eräs syy organisaatioon sitoutumattomuuteen on jatkuvan koulutuksen ja tuen puute työsuhteen aikana. (National Health Services NHS, NHS Careers; Obrey 2002.)

KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Kirjallisuuden, julkaistujen tutkimusten ja sähköisten lähteiden avulla haettiin kattavasti eri maissa käytössä olevia osaamisen ja asiantuntijuuden tason kuvauksia. Näistä lähteistä sekä kehittämistyön empiirisen osion avulla muodostettiin kehittämistyöhön osallistuneelle tehohoitoyksikölle sekä sen kulttuuriin sopiva tehohoitotyön osaamisen tasomallisto.

Kehittämistyön empiirinen osio toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena TYKSin aikuisten teho-osastolla 950 (N = 105). Tutkimus toteutettiin Webropol-sähköisen tutkimuslomakkeen avulla ja käsiteltiin edelleen SPSS for Windows -ohjelmalla. Vastausprosentti oli 61. Kyselyllä kartoitettiin sairaanhoitajien kokemuksia omasta ammatillisen osaamisen tunteestaan, ammatilliseen osaamiseen liittyviä asioita sekä sairaanhoitajan kokemaa työtyytyväisyyttä. Vastauksia kysymyksiin verrattiin sairaanhoitajien tehotyössä saadun kokemuksen pituuteen.

EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TULOKSET

AMMATILLINEN KEHITTYMINEN

Sairaanhoitajat kokivat voivansa vaikuttaa oman työnsä sisältöön, työmenetelmiinsä sekä työyhteisön tavoitteisiin melko paljon. Toisaalta sairaanhoitajat kokivat, etteivät voi kovinkaan paljon vaikuttaa työtulosten arviointimenetelmiin. Sairaanhoitajat voivat kuitenkin osallistua hoitokäytäntöjen kehittämiseen. Tyytyväisimpiä olivat sairaanhoitajat, joilla oli työkokemusta yli 11 vuotta: tällöin sairaanhoitajat ilmoittivat voivansa kehittää työyhteisön hoitokäytäntöjä parhaiten ja osallistua usein koulutuksiin. Sairaanhoitajat kokivat, että osaston tulisi järjestää koulutusta enemmän ja kohdennetummin. Koulutusta tulisi saada myös ”bed side” -muodossa vertaiskoulutuksena. Työn kehittämiseen tulisi myöntää aikaresursseja, jotta sitä ei tarvitsisi tehdä oman työnsä ohessa.

ASIAANTUNTIJUUDEN KOKEMINEN JA TEHOSAIRAANHOITAJAN URA

Vastaajat kokivat pääsääntöisesti olevansa päteviä tai taitavia hoitotyöntekijöitä. Vastaukset noudattivat tasoluokitusta ammatillisen kehittymisen osalta. Benner (1989) on kuvannut sairaanhoitajan osaamisen kehittyvän työkokemuksen karttuessa vasta-aloittelijasta asiantuntijaksi. Sairaanhoitajat tunnistivat melko tarkkaan oman urakehityksensä vaiheet. Sairaanhoitajille annettiin mahdollisuus arvioida omaa ammattitaitoaan Bennerin esittämän asteikon mukaisesti. Tulosten perusteella työkokemuksen pituus oli merkittävä tekijä sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen tunteen kehittämisessä ja se, että se etenee tasomalliajattelun mukaisesti. Sairaanhoitajien ammattitaito kehittyi vastaajien mielestä tyydyttävästi, mutta luottamus uralla etenemiseen hiipui mitä pidempään vastaaja oli tehohoitotyössä ollut. Sairaanhoitajat kokivat vaikutusmahdollisuuksien puutteen haittaavan heidän työssä viihtymistään sekä työstä suoriutumistaan.

PALAUTTEEN SAANTI TYÖYHTEISÖSSÄ JA TYÖTYTYTYVÄISYYS

Palautetta tehdystä työstä toivottiin useassa vastauksessa. Palautteen saannin toivottiin olevan järjestelmällisempää, jotta se johtaisi osaamisen tunnistamiseen ja vaativampien työtehtävien saamiseen. Palautetta voidaan käyttää ja se on tärkein keino työn kehittämiseen. Sairaanhoitajat kuitenkin kokivat, ettei palautetta saada. Sairaanhoitajat toivoivat, että osaaminen tunnistettaisiin, joko palkkauksessa tai vaativampien tehtävien muodossa. Yhteistyötä muiden teho-osastojen kanssa toivottiin olevan enemmän, jotta verkostoituminen onnistuisi paremmin.

Luottamukseen ja avoimuuteen työyhteisössä oltiin tyytymättömiä. Sairaanhoitajat toivoivat avoimempaa ja keskusteluvampaa työyhteisöä, jossa työntekijät otetaan mukaan päätöksentekoon työyhteisöä koskevissa asioissa. Motivointikeinot todettiin riittämättömiksi samoin kuin toiminnan suunnittelun todettiin olevan riittämätöntä. Tiedonkulkuun toivottiin kiinnitettävän enemmän huomiota.

TEHOHOITOTYÖN OSA-ALUEET JA AMMATILLISEN KEHITTÄMISEN TASOKUVAUKSET

Kehittämistyön teoreettisen, empiirisen ja tehohoitotyön työkokemuksen avulla kuvattiin tehohoitotyön eri osa-alueet ja osaamisen tasomallisto. Kehittämisosio on paljolti muodostunut hoitotyön osaamista koskevan teorian mukaan. Kaikki hoitotyön osa-alueet ovat oppimisen kannalta yhtä tärkeitä. Intuitiivinen osaaminen näkyy kuitenkin juuri kliinisessä hoitotyön arviointikyvyn hallinnassa. Hoitotyön osa-alueet ovat juuri niitä osa-alueita, joiden kanssa sairaanhoitaja joutuu toimimaan päivittäin. Alueet on pyritty muodostamaan yhtenäisiksi ja kuitenkin toisistaan erillisiksi kokonaisuuksiksi.

- 1) *Kliininen hoitotyön arviointikyky*, jossa kuvataan sairaanhoitajan valmiuksia loogiseen ajatteluun ja tiedon ja taidon käyttämiseen hoitotyössä. Kliininen hoitotyön arviointikyvyn osaaminen on riippuvainen sairaanhoitajan työkokemuksen pituudesta ja työssä tapahtuneista toistoista.
- 2) *Sairaanhoitajan eettinen, moraalinen ja kulttuurinen hoitotyön osaaminen*. Tässä kuvataan sairaanhoitajan valmiuksia hallita potilaan oikeudet ja velvollisuudet, omat oikeudet ja velvollisuudet sekä kykyä käyttää eettistä, moraalista ja kulttuurista arvoperustaa hoitotyönsä tukena sekä ristiriitatilanteissa.
- 3) *Perushoitotyön osaaminen*. Perushoidossa keskitytään nimensä mukaisesti perushoidollisten valmiuksien kartuttamiseen. Sairaanhoitajan tulee myös tunnistaa se ensiarvoisen tärkeäksi hoitotyön keinoksi, joka vaikuttaa kaikkien muuhun annettavaan hoitoon. Hyvään perushoittoon kuuluvat myös turvallisen hoitoympäristön luominen sekä kuolevan potilaan hoito ja hänen omaistensa kohtaaminen.
- 4) *Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen sekä terveyden edistäminen*. Tässä kuvataan sairaanhoitajan valmiuksia edistää yksilön, yhteisön ja ympäristön terveyttä. Sairaanhoitaja tuntee ja soveltaa organisaationsa strategiaa hoitotyössään ja kohtaamisissaan. Hän pyrkii avoimeen ja moniammatilliseen vuorovaikutukseen kaikkien potilaan hoidossa mukana olevien kanssa. Hän kykenee antamaan ja saamaan palautetta.
- 5) *Hoitotyön välineiden ja työympäristön hallinta*. Suomalaisessa sairaanhoidon kulttuurissa tietotekniikka ja sen hyödyntäminen ovat korostuneita. Sairaanhoitajien tulee hallita ne tietotekniset vaatimukset, joita työyhteisössä toimiminen vaatii, ja mahdollisesti innovoida uusia käyttömahdollisuuksia. Kirjaaminen on olennainen osa potilaan hoitoa, joten sairaanhoitajan tulee hallita hyvän kirjaamisen käytännöt ja kehittää niitä edelleen. Sairaanhoitajan tulee myös hallita kaikki tekniset laitteet, joita tehohoitotyön toteuttamisessa tarvitaan.

- 6) *Ammatillinen kehittyminen, kliinisen hoitotyön kehittäminen sekä opettaminen.* Ammatillinen kehittyminen on tehohoitotyössä erittäin tärkeää, koska tieto ja käytännöt uusiutuvat nopeasti. Hoitotyön ja sen keinojen kehittämisen tulisi olla jatkuvaa ja luonnollista. Sairaanhoidajan tulee refleктоimalla kehittää omaa ja ympäristönsä osaamista. Uusien hoitotyön keinojen tulee perustua näyttöön ja tutkittuun tietoon sekä hyviin hoitotyön käytänteisiin. Opettaminen on suomalaisessa hoitotyössä arkipäivää, joten sairaanhoitajien tulee hallita myös nämä valmiudet.

Jokaisessa hoitotyön osa-alueessa on määritelty viisi erilaista tasoa sairaanhoitajan ammatillisen kehittymisen mallin mukaisesti. Tasot ovat 1) hoitotyön noviisi, perehdytettävä 2) edistynyt aloittelija, perehtyjä 3) pätevä 4) taitava ja 5) asiantuntija. Tasojen sisällä on nähtävissä sairaanhoitajalta kulloinkin vaadittava osaaminen, joka etenee Bennerin ajatusten mukaisesti.

POHDINTA

Suotuisalla, ammatilliseen kehittymiseen myönteisesti suhtautuvalla työympäristöllä on merkittävä vaikutus sairaanhoitajan osaamisen kehittymiseen. Suomessa sairaanhoitajien jatkuvaa ammatillista kehittymisistä suunnitellaan ja valvotaan varsin vähän.

Ammatillisen osaamisen mallia voidaan käyttää, kun selvitetään henkilöstön ammatillisen kehittymisen tasoa. Mallia voidaan hyödyntää kehityskeskusteluissa ja rekrytoinnissa. Kehityskeskustelussa sitä voidaan hyödyntää, kun esimies ja työntekijä yhdessä pohtivat osaamista ja sen kehittämistä henkilökohtaisella tasolla. Rekrytoinnissa se olisi erittäin hyvä apuväline, koska se antaa työtä hakeville sairaanhoitajille signaalin, että tässä työyhteisössä osaamiseen panostetaan ja siihen kannustetaan. Sairaanhoidajalle siitä on hyötyä itsearviointin apuna, jolloin hän voi edelleen suunnitella oman osaamisensa kehittymistä. Mallin käyttöönotto lisää hoitotyön laatua ja tukee osaamisen kehittymistä organisaatiossa. Tasomallisto voisi ohjata myös sairaanhoitajien urakehitystä sekä toimia palkkausmallina hoitotyön eri uravaiheissa.

Malli voidaan helposti muuntaa minkä tahansa hoitotyön yksikön malliksi. Ammatillisen osaamisen malliin tulee luoda mittari siitä, miten osaamista arvioidaan. Arviointimittarin laatimiseen tulisi osallistua kaikkien yhteistyötahojen, työntekijän ja työnantajan. Osaamiseen ja sen kehittämiseen sekä arviointiin työyksiköissä tulisi luoda myös pysyvä kansallisen tason ohjeistus, jolloin sairaanhoitajien osaaminen olisi yhdenmukaista ja vertailtavaa.

LÄHTEET

Benner, P. 1989. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Helsinki. Sairaanhoitajien koulutussäätiö.

Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C.A. 1996. Expertise in nursing practice. New York. Springer Publishing Company.

Buchan, J. 1999. Evaluating the benefits of clinical ladder for nursing staff. An international review. *International Journal of Nursing Studies*. 36. 137–144. Saatavissa. Science Direct Elsevier.

Christensen, M., Hewitt-Taylor, J. 2005. Defining the expert ICU nurse. *Intensive and Critical Care Nursing* 2006 (22) 301–307. [Viitattu 26.3.2007.] Science Direct Elsevier.

Bjørk, I., Samdal, R. B., Hansen, B. S., Tørstad, S. & Hamilton, G.A. 2006. Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey. Saatavissa. Science Direct Elsevier. [Viitattu 28.2.2008.]

Colorado University Hospital. [Viitattu 2.3.2008.] Saatavissa. <http://www.uch.edu/content/professionalresources/content.asp?index=ProgramsandServices & title=Professional % 20 Resources % 20Continuing % 20Education>.

Coombs, M., Chaboyer, W. & Sole, M. 2007. Advanced nursing roles in critical care- a natural or forced evolution. *Journal of professional nursing*, vol 23, n.o 2. pp 83–90. [Viitattu 17.07.2007.] Science Direct Elsevier.

Endacott, R., Schole, J. & Chellel, A. 2000. Balancing stakeholders needs: a review of ENB 100 and 415 Courses. *Intensive and Critical care Nursing*, vol 16, pp 3–12.

Flemming, K. The Knowledge Base for Evidence-based Nursing. A role for mixed methods research? *Advances nursing science* Vol. 30, No.1. 41

Gould, D., Drey, N. & Berridge, E-J. 2006. Nurses' experiences of continuing professional development. *Nurse education today*, doi:10.1016/j.nedt.2006.08.021. Saatavissa. Science Direct Elsevier.

Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2001. Innovatiivisuutta etsimässä, irtiottoa keskinkertaisuudesta. 5 painos. Jyväskylä. Kauppakaari ja Heikkilä Inno-Consulting Oy.

Huggins, K. 2004. Lifelong learning-the key to competence in the intensive care unit? *Intensive and Critical Care Nursing* 20, 38–44 [Viitattu 27.2.2007.] Science Direct Elsevier.

Kivimäki, R., Karttunen, A., Yrjänheikki, L. & Hintikka, S. 2006. Hyvinvointia sairaalatyöhön, terveydenhuollon kehittämishanke 2004–2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:69. Helsinki.

Kuokkanen, L. 2003. Nurse Empowerment. A model of individual and environmental factors. Department of nursing science. University of Turku.

National Health Services (NHS) Englanti, NHS Careers. [Viitattu 30.3.2008.] Saatavissa: <http://www.nhscareers.nhs.uk/details/Default.aspx?id=4>.

Obrey, A. 2002. Recruiting and retaining overseas ethnic minority nurses in the NHS. *Nursing management*. Volume 9 (5), September 2002, pp 22–25.

Ritmala-Castren, M. 2007. Kouluttautumista teho-osastolla. Sähköpostiviesti 19.1.2007.

Webb, A, Shapiro.M, Singer.M, Suter.P. 1999. *Oxford textbook of Critical Care*. Oxford. Oxford University Press.

Vuori, J. (toim.) 2005. *Terveys ja johtaminen, terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä*. Helsinki. WSOY.

KIRJOITTAJA

Nina A. Kallio valmistui Turun ammattikorkeakoulusta sairaanhoitajaksi (ylempi AMK). Aiemmalta koulutukseltaan hän on terveydenhoitaja ja sairaanhoitaja (AMK). Hän on toiminut tehohoitotyössä kahdeksan vuotta ja sitä ennen sairaanhoitajan tehtävissä monilla erikoisaloilla kansallisesti ja kansainvälisesti.

SUUN TERVEYS OSANA IKÄÄNTYNEIDEN LAADUKASTA KOTIHOIDON PALVELUA

Anu Aatola

OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN PERUSTA

Tilastojen mukaan ikääntyneiden määrä yhteiskunnassa kasvaa voimakkaasti. Eliniän piteneminen aiheuttaa monia biologisia muutoksia, joilla on vaikutusta ikääntyvän ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn sekä sosiaalisiin toimintoihin. Onnistuneen vanhenemisen ja hyvän elämänlaadun edellytyksenä on elimistön toimintakyvyn säilyminen ja tasapuolinen terveyden edistäminen. Suun terveys ja suun terveyden ylläpito kuuluvat keskeisesti ikäihmisen hyvään hoitoon, ja niiden avulla voidaan huomattavasti edistää ikääntyvän elämänlaatua ja toimintakykyä. (Laake 2001, 102–106; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 25; Voutilainen ym. 2002, 11–14; Päivärinta & Haverinen 2002, 5-6; Vehkalahti & Tilvis 2003, 711.)

Ikäihmisen terveyttä ja elämänlaatua voidaan edistää oikein kohdistetuilla palveluilla, joiden lähtökohtina toimivat asiakaslähtöinen ja kuntouttava työote. Asiakaslähtöisessä toiminnassa ikäihmistä auttavat ammattihenkilöt tietävät ikäihmisen voimavarat, joihin avuntarve suhteutetaan. Ikäihmisen palveluista kotihoito on palvelumuoto, jonka tehtävänä on ensisijaisesti ehkäistä ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn heikkenemistä ja edistää terveyttä. Kotihoiton asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa on tärkeää fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn kartoituksen lisäksi arvioida myös suun terveydentila, joka tutkimusten mukaan jää tällä hetkellä riittämättömäksi. (Voutilainen & Vaarama 2005, 29–32; Nurmijärven kunta 2007, 14.)

Hyvin toimivan ja ikäihmisen elämänlaatuun sekä toimintakykyyn positiivisesti vaikuttavan suun terveyttä edistävän yhteistyön rakentaminen on pitkäjänteistä työtä, jossa kaikilla ikäihmiä hoitavilla ammattilaisilla on tärkeä rooli. Ikääntyneen suun terveyden edistäminen edellyttää kotihoiton ja suun terveydenhuollon yhteistyöverkostossa toimivilta eri alojen ammattilaisilta saumatonta yhteistyötä, jonka edellytyksenä ovat neuvottelutaidot, kyky yhteisöjen aktivointiin, muutosten hallinta sekä ryhmässä toimiminen. Ikäihmistä kotona hoitava henkilökunta pystyy vaikuttamaan hänen suun terveytensä säilymiseen. Hoidon ensisijaisina tavoitteina tulisi olla tutkimuksissa todettujen ikääntyneiden suun terveyttä uhkaavien riskitekijöiden tunnistaminen, suun huolellinen ja säännöllinen päivittäishoito, suun kunnon säännöllinen arviointi sekä säännöllisen hammaslääkärissä käynnin järjestäminen. Yhdessä sovitut tavoitteet suun terveyden edistämiseksi ja tavoitteiden saavuttamisen arviointi, jotka ovat kirjattuina kotihoiton asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan, luovat pohjan ikäihmisen suun terveydelle. Kotihoiton henkilökunnan suunhoidon osaamista voidaan lisätä oikein kohdistetulla ja ajoitetulla koulutuksella. Suuhygienistin keskeiseksi rooliksi on tutkimusten mukaan muodostunut hoitohenkilökunnan opastaminen ja tukeminen ikäihmistien suun hoitoon liittyvissä asioissa. (Syrjälä 2000, 670–671; Suomen hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003, 28; Routasalo

2002, 114–116; Päivärinta & Haverinen 2002, 86–88; Voutilainen ym. 2002, 145–149; Aina-
mo, Lahtinen & Paavola 2003, 354; Vehkalahti & Tilvis 2003, 709; Peltola ym. 2007, 19–20;
Knuuttila & Vehkalahti 2008, 51–52.)

Tässä artikkelissa ikääntyneellä tarkoitetaan yli 65-vuotiasta henkilöä. Ikääntyneen synonyyminä käytetään termejä ikäihminen ja iäkäs.

OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyö toteutettiin Nurmijärven kunnassa, Klaukkalan kotihoidossa. Opinnäytetyö eteni vaiheittaisina prosesseina, joiden yhteisenä tavoitteena oli Nurmijärven kunnan kotihoidon asiakkaiden suun terveyttä edistävän yhteistyön ja toimintamallin luominen. Siinä kotihoidon omahoitajat ovat ikäihmisen suun terveyden edistämisen pääasiallisia tukijoita, jotka huomioivat asiakkaan omat voimavarat suunterveydenhuollon ammattilaisten opastuksella. Tutkimustehtävät olivat

1. Kotihoidon henkilökunnan suun hoidon osaamisen alkukartoitus kyselylomakkeella. Alkukartoituksen tarkennettuina tavoitteina oli selvittää:
 - * minkälaiset tiedot omahoitajilla on tunnistaa ikäihmisen suun terveyden riskitekijöitä?
 - * minkälaiset tiedot omahoitajilla on ikäihmisen suun terveyden edistämisestä ja arvioinnista?
 - * minkälaiset tiedot omahoitajilla on suun terveydenhuollon palveluista ja ikäihmisen ohjaamisesta palveluiden piiriin?
2. Alkukartoituksesta saatavien tuloksien pohjalta suun hoidon koulutustilaisuuden suunnittelu, toteutus ja arviointi kotihoidon henkilökunnalle.
3. Suun hoidon sisällyttäminen kotihoidon kirjaamiskäytäntöihin ja sitä kautta osaksi asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Opinnäytetyössä sovellettiin toimintatutkimuksen lähtökohtia. Teoriaa ja käytäntöä yhdistämällä pyrittiin etsimään ratkaisuvaihtoehto Nurmijärven kunnan kotihoidon ikäihmisten suunhoitoa koskeviin ongelmiin ja saamaan aikaan muutos suunhoitokäytänteisiin (Heikkinen, Huttunen & Moilanen 1999, 44–45; Asikainen 1999, 45). Tässä opinnäytetyössä kotihoidon asiakkaiden suunhoitokäytänteitä verrattiin tutkimustuloksiin, jotka käsittelivät mm. kotihoidon laatua, ikääntyneiden suun terveyden tilaa, suunhoidon tarvetta ja toteutusta, hoitohenkilökunnan suunhoidon osaamista ja koulutuksen merkitystä. (Mm. Luoto 2002, Pirilä 2002, Ajwani 2003, Voutilainen & Vaarama 2005, Ollikainen 2006, Peltola ym. 2007.) Näiden pohjalta jäsennettiin kotihoidon asiakkaiden suun hoidon käytänteiden muutostavoitteet kohti

parempaa yhteistyömallia. Yhteiset tavoitteet ja niiden hyväksyminen ovat toimintatutkimuksessa osallistuvien/tutkittavien yhteistyön edellytys. (Lauri 1997, 117–119.) Toiminta toteutettiin yhteistyössä Klaukkalan kotihoidon johtajan, henkilökunnan, johtavan hammaslääkärin, suun hoitotyön johtajan ja suuhygienistien kanssa. Opinnäytetyön tutkimustehtävien mukaisesti Klaukkalan kotihoidon omahoitajille suunniteltiin kyselylomake alkukartoitusta varten. Kohdejoukko koostui 23 omahoitajasta. Kyselylomakkeella saadut vastaukset suuntasivat koulutuksen sisältöä, eikä niillä haettu vastausten vertailukelpoisuutta tai tilastollisesti merkittävää tietoa (Vilkka & Airaksinen 2003, 58–62).

Kyselylomakkeella kartoitettiin opinnäytetyön tutkimustehtävien mukaisesti henkilökunnan tietoja ja toimintaa suun terveyden riskitekijöiden osalta, tietoja ja toimintaa suun terveyden edistämisen ja arvioinnin osalta sekä henkilökunnan tietoja ja toimintaa suun terveydenhuollon palvelujen osalta.

Opinnäytetyön tutkimustehtävien mukaisesti kotihoidon omahoitajille suunniteltiin, toteutettiin ja arvioitiin suunhoidon koulutustilaisuus alkukartoituksen tuloksia hyödyntäen. Koulutustilaisuuden aiheisältöjä ohjasivat lisäksi opinnäytetyön teoreettinen pohja sekä siitä alkukartoituslomakkeeksi operationalisoitu kyselylomake. Koulutuksessa hyödynnettiin soveltaen ongelmaperustaista oppimista (Problem Based Learning/PBL), jossa yritetään saada vastauksia käytännöstä nouseviin ongelmiin (Poikela 1998, 16–17).

Koulutuksessa käsiteltiin luentotyypin opetuksen lisäksi henkilökunnan esiintuomia, käytännön työstä nousseita suunhoitoon liittyviä kysymyksiä sekä ratkaistiin käytännön potilastapauksia. Koulutukseen sisältyi myös kirjaamisharjoitus, jossa osallistujat kirjasivat suuhygienistien avustuksella potilastapauksista tehdyt havainnot suunnitelluille Effica Kotihoito -ohjelman sivuille. Koulutuksen suunnitteluun ja toteutukseen osallistuivat kunnan neljä suuhygienistiä. Osallistujilta kerättiin koulutuksen päätteeksi palautetta kyselylomakkeella.

Keskeisenä tavoitteena tässä kehittämistehtävässä oli sisällyttää suunhoito kotihoidon asiakkaan kirjaamiskäytänteisiin ja sitä kautta hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Suunhoidon kirjaamisen kehittäminen tapahtui yhteistyössä kotihoidon atk-asioista vastaavan sairaanhoitajan ja kunnan tietotekniikka-asiantuntijan kanssa. Tavoitteena oli tiivistää omahoitajien käyttöön suunhoidon ydinasiat, jotka tullaan kartoittamaan kotihoidon uudelta asiakkaalta hoitosuhteen alkessa sekä liittämään asiakkaan tietoihin. Kirjaaminen suunniteltiin toteutuvaksi Nurmijärven kunnan potilashallintojärjestelmään, jonka integroitu osa Effica Kotihoito -ohjelma on. Suunhoidon kirjaaminen suunniteltiin liitettäväksi Effica Kotihoito -ohjelman voimavarakartotus-tietoihin sekä suunhoidon seurannan kirjaaminen Effica Kotihoito -ohjelman KHTOT-sivulle.

TULOKSET

ALKUKARTOITUKSEN TULOKSET

Alkukartoitus toteutettiin keväällä 2008. Alkukartoituksen tulosten mukaan kotihoidon henkilökunnalla on melko hyvät suun terveyden riskitekijöitä koskevat tiedot ja taidot. Yhteenveto-

na voidaan todeta, että ikäihmisen suun terveyden arviointiin liittyvistä tekijöistä heikoimmin kiinnitettiin huomioita hampaiden liikkuvuuteen ja hampaiden ulkonäköön. Ikäihmisen suun terveyttä heikentävistä tekijöistä vastaajat tunnistivat heikoimmin kognitiivisen toimintakyvyn ja korkean iän merkityksen. Kotona asuvilla iäkkäillä eniten esiintyviksi lääkkeillä hoidettaviksi yleissairauksiksi mainittiin diabetes sekä sydän- ja verisuonisairaudet. Yleisimmäksi ikäihmisen suussa esiintyväksi ongelmaksi arvioitiin ientulehdus ja proteeseihin liittyvät ongelmat. Ongelmat ikäihmisen suussa arvioi huomaavansa puolet vastaajista.

Omahoitajilla oli melko hyvä tiedot ikääntyneen suun terveyden edistämisestä ja arvioinnista. Eniten epävarmuutta esiintyi limakalvomuutosten ennaltaehkäisyn ohjauksessa, jonka viidesosa uskoi osaavansa. Alle puolet vastaajista uskoi suuhun katsoessaan erottavansa proteesihampaat omista hampaista. Ikäihmisen suun itsehoidon arviointiin liittyviä tekijöitä asiakkaan tietoihin kirjasi 70 prosenttia vastaajista. Hoitohenkilökunnan tiedot suun terveydenhuollon palveluista olivat pääsääntöisesti hyvät.

HOITOHENKILÖKUNNAN KOULUTUSTILAISUUS

Tulosten pohjalta suunniteltuun henkilökunnan koulutukseen osallistui seitsemän omahoitajaa. Koulutukset toteutuivat syksyllä 2008 kahtena samansisältöisenä iltapäivänä. Henkilökunnan tarpeista lähtevässä suunhoidon koulutuksen ensimmäisessä osassa kuulijat orientoitiin aiheeseen esittämällä alkukartoituksena tehdyn kyselyn tuloksia sekä käsittelemällä ikääntyneiden suun terveyden merkitystä elämänlaadulle. Koulutus jatkui ikääntyneiden suun terveyden riskitekijöiden käsittelyllä sekä suun terveydenedistämisen menetelmillä ja ohjeilla. Suun terveydenedistämisen painopisteinä käsiteltiin suun terveydenhuollon palvelut, kotihoidon ja suun terveydenhuollon yhteistyö ja kotihoidon henkilökunnan oman työpanoksen tärkeys ikäihmisen suun terveydentilan arvioinnissa ja kirjaamisessa.

Kahvitaun ja näyttelyn jälkeen koulutuksen toinen osa aloitettiin etsimällä yhdessä keskustellen vastauksia käytännön työstä nousseisiin suunhoitoon liittyviin kysymyksiin sekä ratkaisemalla ryhmässä käytännön potilastapauksia. Potilastapaukset kuvasivat kotihoidon uutta asiakasta, jolle omahoitaja tekee suun terveydentilan kartoituksen ja suunhoidon suunnitelman kysymällä ja suuhun katsomalla potilaan omat voimavarat huomioiden, tarvittaessa suuhygienistiä tai hammaslääkärinä konsultoiden. Tämän jälkeen osallistujat kirjasivat suuhygienistien avustuksella potilastapauksista tehdyt havainnot Effica Kotihoito -ohjelman sivuille.

SUUN HOIDON KIRJAAMINEN HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMAAN TERVEYTTÄ EDISTÄVÄN TOIMINTAMALLIN PERUSTANA

Klaukkalan kotihoidon omahoitajien käyttöön suunniteltiin suun terveydentilan kartoituksen ydinkysymykset hoito- ja palvelusuunnitelman pohjana olevan voimavarakartoituksen yhteyteen. Taulukossa 1 on esitetty omahoitajien mukaan kotikäynneille suunniteltu ”muistilappu” suun terveydentilan kartoituksen ydinkysymyksistä. Samat ydinkysymykset löytyvät Effica Kotihoito -ohjelmasta valmiiksi määritellystä kohdasta.

TAULUKKO I. *Suun terveydentilan kartoituksen ydinkysymykset omahoitajien käyttöön.*
(mukaillen Päivärinta & Haverinen 2002, 89.)

<i>Suun terveydentilan kartoitus</i>	
Kysymällä:	Katsomalla suuhun:
1. Onko suu kipeä?	1. Onko teillä omat hampaat vai proteesit?
2. Pystyttekö syömään kaikkia ruokia?	
3. Onko suussanne turvotuksia tai muita huomaamianne muutoksia?	2. Onko teillä limakalvohaavaumia?
4. Pystyttekö itse puhdistamaan suun/ proteesit?	3. Suuhygieniä: puhtaat/likaiset hampaat/ proteesit?
5. Milloin viimeksi olette käynyt hammaslääkärissä?	Yhteishenkilöt: Suuhygienisti Hammaslääkäri

Jotta toiminta asiakkaiden suun terveydentilan selvittämiseksi, edistämiseksi ja toteuttamiseksi olisi yhdenmukaista ja siinä otettaisiin huomioon asiakkaan omatoimisuus, suunniteltiin yhtenäinen kirjaamiskäytäntö kotihoidon käyttöön. Kirjaaminen tapahtuu Nurmijärven kunnan potilashallintojärjestelmään, jossa Effica Kotihoito -ohjelma on integroitu osa tätä järjestelmää.

Suunniteltujen ydinkysymysten pohjalta omahoitaja tekee uudelle asiakkaalle suun alkukartoituksen kotona kysymällä ja suuhun katsomalla sekä kirjaa huomiot Effica Kotihoito -ohjelman voimavarakartoitustietoihin. Voimavarakartoitustietojen alta löytyy Terveydentila ja elämäntapa -otsikko, jonka päällä samanaikaisesti ylöspäin osoittavaa näppäintä ja hiiren oikeaa näppäintä klikkaamalla saadaan esiin suun terveydentilan kartoituksen ydinkysymykset. Kysymykset voidaan siirtää voimavarakartoituksen päivityslehden sivulle niin, että niiden ollessa esillä ja niitä apuna käyttäen voidaan asiakkaan suun terveydentilan kartoituksen tiedot ja hoitosuunnitelma kirjata Terveydentila ja elämäntavat -osaan. Tulevilla hoitokäynneillä asiakkaan luona omahoitaja arvioi suunhoidon toteutumista, avuntarvetta ja mahdollista tarvetta ottaa yhteyttä hammashoitolaan. Hoitokäynneillä tehdyt huomiot tai muutokset suunhoidon suunnitelmaan kirjataan kuten muutkin päivittäisiin tai viikoittaisiin käynteihin liittyvät asiat Effica Kotihoito -ohjelman Kertomus-puolella KHTOT-lehdelle.

JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Alkukartoitus osoitti, että hoitohenkilökunnalla on melko hyvät tiedot monista ikääntyvien suun terveyteen liittyvistä osa-alueista, mutta myös epävarmuutta tiedoissa ja taidoissa esiintyi. Tulos oli samansuuntainen Pirilän (2002), Ollikaisen (2006) ja Anderssonin (2006) tutkimusten tulosten kanssa. Peltola, Vehkalahti ja Simoila (2007) osoittavat kuitenkin tutkimuksessaan, että oikein kohdistetulla ja ajoitetulla henkilökunnan koulutuksella voidaan edistää ikäihmisten suun terveydentilaa ja syyhygieniää.

Koulutuksen suunnittelun lähtökohtana oli opinnäytetyön teoriaosan pohjalta luotu kyselylomake ja kyselyn osoittama henkilöstön koulutustarve. Sen pohjalta toteutettu koulutustilaisuuden sisältöjen valinta onnistui. Saatujen palautteiden mukaan henkilöstökoulutus vastasi hyvin Klaukkalan kotihoidon henkilökunnan tarpeita ja asiasisältö koettiin tarpeellisena ja ajankohdaisena. Luento-opetuksen lisäksi käytännön potilastapaukset, arjen työstä nousseet kysymykset ja niiden yhteisöllinen pohtiminen vuorovaikutuksessa kouluttajien kanssa edesauttoivat henkilökunnan mahdollisuutta nivoa opittua asiaa käytännön työhön. Pienessä ryhmässä oppiminen sekä vuorovaikutus olivat luonteeltaan dialogisia, ja asioita käsiteltiin hyvässä ilmapiirissä kouluttajien ja henkilökunnan kanssa. (Poikela 1998, 30). Koulutuspalautteiden mukaan jonkin verran tarvetta jatkokoulutuksille ilmeni, ja myös suullisissa keskusteluissa kotihoidon henkilökunnan kanssa koulutus todettiin tarpeelliseksi. Näin ollen kotihoidolle suunnatut suunhoidon koulutukset tulisi suunnitella pidemmällä aikavälillä toisiaan tukeviksi sisältö- ja koulutuskokonaisuuksiksi

Tutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkaiden toimintakykyä ja voimavaroja arvioitaessa suun terveydentilan arviointi jää usein riittämättömäksi (Voutilainen & Vaarama 2005, 29–32). Kuitenkin on todettu, että asiakkaan hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma parantaa tiedonkulkua ikääntyneiden lähellä työskentelevien välillä, tukee iäkkään omatoimista selviytymistä suun hoidosta sekä kertoo muutoksista suun kunnossa. (Päivärinta & Haverinen 2002, 86–87). Tässä opinnäytetyössä kotihoidon omahoitajille suunniteltiin suun terveydentilan kartoituksen ydinasiat hoito- ja palvelusuunnitelman pohjana olevan voimavarakartoitustietojen yhteyteen. Effic Kotihoito -ohjelman voimavarakartoitustietojen yhteyteen liittyvä suunhoidon kirjaaminen oli perusteltua, koska voimavarakartoituksen tiedot ovat perustana hoidon ja palvelun suunnittelulle, mikäli asiakas on päätetty ottaa kotihoidon palvelun piiriin (TietoEnator 2008 [viitattu 4.8.2008]). Lisäksi kirjaamispaikka oli tuttu hoitohenkilökunnalle eikä vaadi uuden kirjaamispolun opettelua.

Opinnäytetyössä lähtökohtana oli hoitohenkilökunnan suunhoidon osaamisen lisääminen kouluttamalla, kirjaamisen kehittäminen sekä uudenlaisen yhteistyön kehittäminen suun terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa. Näin omahoitajat voivat päivittäin edistää asiakkaan terveyttä elimistön kaikilla osa-alueilla, myös suun osalta, eikä toiminta nojaa suunhoidon osalta yksittäisiin suuhygienistien suorittamiin suun terveydentilan arviointeihin. Suun terveydenhuolto ja kunnan ikäihmistien suun hoidosta vastaavat suuhygienistit toimivat nyt omahoitajien yhteistyökumppaneina opastamalla, tukemalla ja kouluttamalla. (Peltola ym. 2007, 19–20.)

Usein toimintatutkimusasetelma ei ole yleistettävissä eikä myöskään toistettavissa täsmälleen samanlaisena missään olosuhteissa (Lauri 1997, 121). Tätä tutkimusasetelmaa voidaan kuitenkin jatkossa laajennettaessa toimintakäytäntöä Nurmijärven kunnan kaikkiin kotihoidon tiimeihin vuoden 2009 aikana. Lisäksi samassa yhteydessä henkilökunta otetaan entistä tiiviimmin mukaan kaikissa toiminnan vaiheissa. Yhteiset tavoitteet ja niiden hyväksyminen ovat toimintatutkimuksessa osallistuvien ja tutkittavien yhteistyön edellytys. (Lauri 1997, 117, 122.)

Toimintatutkimusprosessin kuluessa saadaan tutkimusaineisto, jota tässä opinnäytetyössä edusti hoitohenkilökunnalle suunniteltu kyselylomake tuloksineen. Kyselylomake osoittautui sisällön osalta onnistuneeksi, ja työssä käytetyt teoriakäsitteet ja ajatuskokonaisuudet saatiin hyvin siir-

rettyä lomakkeeseen. (Vehviläinen- Julkunen & Paunonen 1997, 206–208; Vilkkä 2007, 150.) Kyselylomaketta voi käyttää kunnan muissa kotihoidon pisteissä henkilökunnan suunhoidon tietojen alkukartoitukseen, ja kyselylomakkeella voisi esimerkiksi puoli vuotta henkilökunnan koulutuksen jälkeen testata omahoitajien suun hoidon osaamista ja toimintaa, jotta voidaan verrata, onko koulutuksesta ollut hyötyä. Kyselylomakkeeseen voisi jatkossa lisätä kysymyksen henkilökunnan asenteesta suunhoitoa kohtaan.

Toiminnan arviointi ja hyväksymisvaihe, jolloin muutos mahdollisesti on vakiintunut pysyväksi toimintamalliksi, on tässä opinnäytetyössä suunniteltu vuoden 2009 aikana tapahtuvaksi. Tällöin henkilökunnan ehdotukset ja kokemukset uuden asiakkaan suun terveydentilan arvioinnista, suun terveyden edistämisen tukemista, kirjaamiskäytännöistä ja yhteistyöstä suun terveydenhuollon kanssa tulee ottaa esille. Toimintatutkimuksessa kehitettyä uutta käytäntöä pidetäänkin aina tilapäisenä, kunnes kehitetään vielä parempi tapa toimia. (Heikkinen ym. 1999, 45.)

LÄHTEET

Ainamo, A., Lahtinen, A. & Paavola, P. 2003. Ikäihmisten suun hoito - moniammatillista yhteistyötä. Suomen Hammaslääkärilehti 2003 (7), 354.

Ajwani, S. 2003. Periodontal disease in an aged population, and its role in cardiovascular mortality. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavissa <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut>

Andersson, K. 2006. Oral health in old age: perceptions among elderly persons and medical professionals. Väitöskirja. Karolinska Institutet, Stockholm. Saatavissa <http://diss.kib.ki.se>.

Asikainen, P. 1999. Yhteisön aktivointi. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Heikkinen, H., Huttunen, R., Moilanen, P. (toim.) 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY- kirjapainoyksikkö.

Knuuttila, M, Vehkalahti, M. 2008. Ikääntyneiden suun terveyden edistäminen Suomessa. Suomen Hammaslääkärilehti 2008 (4), 48–56.

Laake, K. 2001. Vanheneminen-biologisia, psykologisia ja hammaslääketieteellisiä näkökohtia. Suomen hammaslääkärilehti 2001(3), 102 - 106.

Lauri, S. 1997. Toimintatutkimus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen- Julkunen, Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Luoto, L. 2002. Kotihoidon laatutekijöiden toteutuminen – asiakkaiden ja heidän läheistensä näkökulma. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

- Nurmijärven kunta. 2007. Vanhustyön suunnitelma 2007–2015. Julkaisematon lähde.
- Ollikainen, M. 2006. Laitoshoidossa olevien ikääntyneiden suun terveys ja kuvaus suun hoidosta. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.
- Peltola, P., Vehkalahti, M. & Simoila, R. 2007. Effects of 11 month interventions on oral cleanliness among the long-term hospitalised elderly. *Gerodontology* 24(1), 14–21. Saatavissa <http://www.blackwell-synergy.com/toc/ger/24/1>.
- Pirilä, R. 2002. Laitoshoidossa olevien vanhusten suun hoito. Väitöskirja. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.
- Poikela, S. 1998. Ongelmaperustainen oppiminen. uusi tapa oppia ja opettaa? Tampere: Jäljenpalvelu.
- Päivärinta, E., Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oppaita 52. Jyväskylä: Gummerus.
- Routasalo, P. 2002. Terveysten edistäminen vanhusten palveluissa. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 2003*, Terveysten edistäminen. Tammer- Paino Oy, Tammi. 109–118.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001. Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskeva laatusuositus. Oppaita 2001:4. Saatavissa <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/ikaihminen/ikaihminen>.
- Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä. 2003. Ikäihmisen suun hoito. Opas sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle. Hammaslääkäriliiton Kustannus Oy.
- Syrjälä, A-M. 2000. Ikääntyvien ikenet kuntoon. *Suomen hammaslääkärilehti* 2000 (12), 670–674.
- Tietoenator. Vanhustenhoito- ja kotihoito. 2008. Saatavissa: <http://www.tietoenator.fi/default.asp?Path=408,410,16095,1132,8548>.
- Vehkalahti, M., Tilvis, R. 2003. Suugerontologia. Teoksessa Meurman, J., Murtomaa, H., Le Bell, Y. & Autti, H. 2003. *Therapia Odontologica*. Hammaslääketieteen käsikirja. Hollola: Salpausselän kirjapaino Oy. 709–724.
- Vehviläinen – Julkunen, K., Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen- Julkunen, *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY.
- Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus.

Vilkka, H., Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H. (toim) 2002. Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakes. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus.

Voutilainen, P., Vaarama, M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakes. Raportteja 7 / 2005. Helsinki: Stakesin monistamo.

KIRJOITTAJA

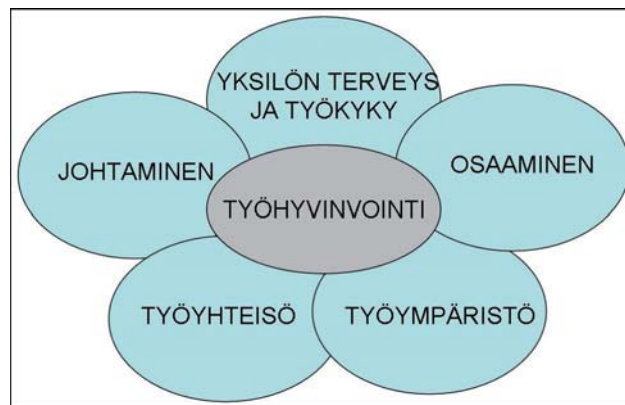
Anu Aatola valmistui Turun ammattikorkeakoulusta suuhygienistiksi (AMK) joulukuussa 2008.

SUUN TERVEYDENHUOLTOHENKILÖSTÖN TYÖHYVINVOINTI JA SEN KEHITTÄMIS- SUUNNITELMA

Maija Svegin

Työhyvinvoinnista huolehtiminen on lakisääteinen velvollisuus, jonka toteuttamista ohjaavat muun muassa työturvallisuuslaki (738/2002) ja työterveyshuoltolaki (1383/2001). Yksinkertaisimmillaan työhyvinvointi tarkoittaa sitä, että henkilöstö voi hyvin työssään. Vaikka työhyvinvointi on yksilöllinen kokemus, siihen vaikuttaa niin oma työyhteisö, johtaminen kuin koko organisaation ohjaus- ja toimintakulttuurikin. (Tuomi & Viljanen 2008, 96 [viitattu 12.4.2008].) Eniten työhyvinvointiin vaikuttavat kuitenkin yksilön terveys, fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, jotka ovat Ilmarisen (2008, 490) mukaan myös työkyvyn tärkein alue.

Opinnäytetyön viitekehystenä käytettiin Tuomen (2007, 4 [viitattu 25.4.2008]) työhyvinvoinnin osa-alueet -kuvaa, jossa hän esittelee työhyvinvointiin vaikuttavat osa-alueet (kuva 1) johtaminen, yksilön terveys ja työkyky, työympäristö, osaaminen sekä työyhteisö.



KUVA 1. Työhyvinvoinnin osa-alueet (Tuomi 2007, 4 [viitattu 25.4.2008]).

Työhyvinvointitutkimuksista, joihin tässä opinnäytetyössä viitataan, löytyvät työhyvinvoinnin yhteiset tekijät. Ne liittyvät niin läheisesti toisiinsa, että niitä kaikkia pitää tarkastella ja kehittää yhdessä. Työhyvinvointia lähdetäänkin kehittämään tukemalla juuri näitä yhteisiä tekijöitä eli työhyvinvoinnin osa-alueita. Nämä osa-alueet (kuva 1) ovat työympäristö, työ ja työolot sekä työn fyysinen kuormitus, työyhteisö, toimiva vuorovaikutus ja hyvät ihmissuhteet työpaikalla, johtaminen ja organisaatio, yksilön ammatillinen osaaminen, riittävältä tuntuvat vaikutusmah-

dollisuudet oman työn tekemiseen, yksilön arvot, asenteet ja motivaatio sekä yksilön terveys ja työkyky eli fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä työelämän ja muun elämän yhteensovittaminen ja omat asenteet työntekoon. (Leivo 2007, 2 [viitattu 12.3.2008]; Tuomi 2007, 4 [viitattu 25.4.2008]; Tuomi & Viljanen 2008, 96 [viitattu 12.4.2008]; Ilmarinen 2008, 490.)

OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena oli Tammisaaren kaupungin suun terveydenhuollon henkilökunnan työhyvinvoinnin kehittäminen. Selvitys tehtiin vastaavan hammaslääkärin pyynnöstä ja yhteistyössä työterveyshuollon kanssa. Opinnäytetyö oli työelämän kehittämistehtävä, ja sen lähtökohtana oli oman työpaikan tarve. Se toteutettiin läheisessä yhteistyössä työyhteisön, työterveyshuollon ja vastaavan hammaslääkärin kanssa.

Opinnäytetyössä selvitettiin Tammisaaren kaupungin suun terveydenhuollon työntekijöiden työhyvinvointia ja heidän käsityksiään työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä sekä laadittiin työhyvinvoinnin kehittämissuunnitelma. Opinnäytetyössä mukana olevia suun terveydenhuollon työntekijöitä oli 18, joista 14 (78 %) oli vastannut kyselyyn. Vastaajina oli yksi mies ja 13 naista, joista 5 oli hammaslääkäreitä, 8 hammashoitajia ja yksi oli suuhygienisti (opinnäytetyön tekijä ei vastannut kyselyyn). Keski-ikä oli 45 vuotta.

OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA TULOKSET

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyö oli työelämän kehittämistehtävä. Aineistonkeruumenetelmänä toimi tutkimusta varten Ergonetin ([viitattu 1.2.2008]) kehittämisen avaimet -opintojaksolle laadittu kyselylomake, joka muodostui 48:sta työhyvinvointiin liittyvästä väittämästä, joihin vastattiin viisiportaisella Likert-asteikolla, 5 = asia kunnossa, 1 = paljon parannettavaa. Kyselylomake koostui kahdesta eri osiosta. Ensimmäisessä osiossa arvioitiin omaa työkykyä, ammatillista osaamista ja hyvinvointia työssä oman työn vaatimusten kannalta. Toisessa Kehittämiskohteet työpaikalla -osiossa oli lueteltu asioita, joihin työpaikan kehittämiskohteet saattaisivat liittyä. Siinä oli määritelty viisi eri osaluetta, joissa voisi olla parannettavaa työssä tai työpaikalla. Kyselylomakkeen avulla selvitettiin työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä, fyysistä kuormitusta työssä, työympäristön, työyhteisön, johtamisen, osaamisen sekä yksilön terveyden ja työkyvyn kehittämistarvetta, ja niiden pohjalta laadittiin kehittämissuunnitelma. Aineisto kerättiin keväällä 2008, ja saatu tieto oli kvantitatiivista. Mittaustulosten analysoinnissa käytettiin Microsoft Office Excel 2003 -taulukko-ohjelmaa. Tulokset esiteltiin frekvensseinä väittämittäin. Lisäksi keskeiset tulokset kuvattiin pylväs-kuvioina (diagrammeina).

Opinnäytetyön ensimmäisessä vaiheessa selvitettiin kyselytutkimuksella henkilöstön käsityksiä ja mielipiteitä omasta työhyvinvoinnistaan sekä työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Toisessa vaiheessa työterveyshuolto ja opinnäytetyötä tekevä suuhygienisti valitsivat kehittä-

miskohteet kyselylomakkeiden vastausten perusteella, ja näitä verrattiin työterveydenhuollon aikaisempiin tutkimustuloksiin. Kolmannessa vaiheessa Tammisaaren suun terveydenhuollon työntekijöiden kokouksessa näistä valittiin vielä tärkeimmät kehittämistä vaativat kohteet, minä jälkeen laadittiin henkilöstön työhyvinvoinnin kehittämissuunnitelma.

Ensimmäisessä vaiheessa käytettiin kaksiosaista kyselylomaketta. Ensimmäisen osion tulokseksi saatiin, että ammatillinen osaaminen oli enemmistön mielestä kehitettävä alue. Työkykyyn taas oltiin yleisesti tyytyväisiä. Kyselylomakkeen toisen osion tuloksiksi saatiin, että Fyysinen kuormitus työssä -osiossa kehitettävät alueet olivat työasennot, työliikkeet ja työtasojen ja istuimien sopivuus työhön. Tyytyväisimpiä oltiin työn tauotuksiin ja työvälineiden sopivuuteen työssä. Työympäristö-osiossa rakennusten kosteusvaurio- ja ilmanvaihtoasioissa oli parannettavaa. Liikkumisen turvallisuuteen, siisteyteen ja järjestykseen sekä Tärinä työtilassa, istuimessa tai työvälineessä -kohtiin oltiin tyytyväisimpiä. Työyhteisö-osion alueelta löytyi paljon asioita, joita olisi mahdollista kehittää, kuten työssä väsymiseen ja uupumiseen puuttuminen, työn määrä, ryhmän tai tiimin toiminnan arviointi, yhteistyön sujavuus, palautteen saaminen esimieheltä ja tiedonkulku. Tyytyväisimpiä oltiin työn jatkumisen turvaan, johtamisen oikeudenmukaisuuteen ja työilmapiiriin. Osaaminen-osiossa oman osaamisen arviointi ja toiminnan laadun kehittäminen olivat alueita, joita voisi vielä parantaa. Työn haasteellisuuteen oltiin tyytyväisiä. Yksilö-osiossa eniten kehitettävää löytyi oman fyysisen kunnon ja työn fyysisen kuormituksen osalta. Parhaiten hallinnassa oli henkinen kuormittuminen työssä. Avoimella kysymyksellä ei saatu yhtään vastausta.

Toisessa vaiheessa opinnäytetyön tuloksia verrattiin samasta työyhteisöstä puoli vuotta aikaisemmin tehtyyn työterveyshuollon tutkimukseen. Työterveyshuollon tutkimukseen verrattaessa työyhteisö-osion kohdalla opinnäytetyön tulokset yllättivät. Kehitettävää olisi ryhmän tai tiimin toiminnan arvioinnissa ja yhteistyön sujavuudessa sekä uupumisen ja väsymisen ehkäisyssä, kun taas työterveyden aikaisemmat kyselyt vuonna 2007 syksyllä terveystarkastuksen yhteydessä antoivat kuvan, että työntekijät viihtyvät ja voivat hyvin työssään (Ahlgren 2007, 1–2).

Kolmannessa vaiheessa työntekijöille esitettiin opinnäytetyön tutkimuksen tulokset sekä tutkijan että Ahlgrenin (2007, 1–9) parannusehdotukset osioittain. Jokaisesta osiosta he valitsivat tärkeimmät kehittämiskohteet, jotka he asettivat vielä tärkeysjärjestykseen seuraavasti:

1. Työyhteisön, ryhmän tai tiimin toiminnan arviointi ja yhteistyön sujavuus.
2. Työasennot, työliikkeet ja työtasojen ja istuimien sopivuus työhön (Työn fyysinen kuormitus).
3. Fyysinen kunto ja ammatillinen osaaminen (Yksilön kehittämiskohteet).
4. Rakennusten kosteusvaurioiden poistaminen ja ilmanvaihdon parantaminen (Työympäristö).

Tärkeimmät kehittämiskohteet selvisivät tutkimuksen tuloksista, joiden pohjalta laadittiin kehittämissuunnitelma. Kehittämissuunnitelma toteutetaan vuosien 2008–2010 aikana.

SUUN TERVEYDENHUOLTOHENKILÖSTÖN TYÖHYVINVOINNIN KEHITTÄMISSUUNNITELMA VUOSILLE 2008–2010

Kehittämissuunnitelman toteuttaminen aloitettiin keväällä 2008, jolloin Työterveyslaitos kävi kartoittamassa rakennuksen/keskusvastaanoton kunnan ja sisäilman laadun. Ilmastointikanavien puhdistus tehtiin elokuussa. Lokakuussa aloitettiin yhteiset keskustelutilaisuudet ryhmän/ tiimin yhteistyön parantamiseksi, ja työnohjaajaan on otettu yhteyttä.

TAULUKKO I. *Yhteenveto kolmannessa vaiheessa valituista kehittämiskohteista, jotka Tammisaaren kaupungin suun terveydenhuoltohenkilöstö valitsivat tärkeysjärjestyksessä.*

Osiot	Kehittämiskohteet	Parannusehdotukset
Työyhteisö	– ryhmän/tiimin toiminnan arviointi ja yhteistyön sujuvuus	– yhteistyön sujuvuuden parantaminen – yhteiset keskustelut – kehityskeskustelut – hankitaan työnohjaaja
Fyysinen kuormitus työssä	– työasennot ja työliikkeet sekä työtasojen ja istuimien sopivuus työhön	– työasentojen videointi ja analyysi sekä työpisteiden ergonomian tarkistus ja parantaminen
Yksilö	– fyysinen kuormittuminen työssäni ja oma fyysinen kuntoni	– omien fyysisten voimavarojen tunnistaminen ja arvioiminen sekä työssä, että yksityiselämässä
Osaaminen	– ammatillinen osaaminen	– koulutus / työnohjaustarpeet arvioidaan
Työympäristö	– rakennusten kosteusvauriot	– keskushammashoitolan saneerauksen nopeuttaminen mahdollisuuksien mukaan

POHDINTA

Länsi-Uudellamaalla vuoden 2009 alussa Karjaan, Pohjan ja Tammisaaren kunnat yhdistyvät Raaseporin kaupungiksi, mikä on haaste tiedonkululle. Henkilöstö ei kuitenkaan pitänyt tiedonkulkua tärkeänä. (Suominen 2006, 1 [viitattu 16.11.2008].) Vertailukohteena oli vuoden 2000 alusta fuusioitunut Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Hyks ja Helsingin erikoissairaanhoido. Kinnusen & Lindströmin (2005, 1 [viitattu 1.10.2008]) vuonna 2002 tekemän seurantatutkimuksen mukaan HUS-kuntayhtymän muodostaminen oli henkilöstölle suuri, jatkuva muutos, joka synnytti pelkoja ja uhkakuvia.

Salomäen (2002, 66) mukaan työn organisoinnissa voi esiintyä muitakin ongelmia monista erisistä. Ongelmia voivat aiheuttaa esim. henkilöstön vähäisyys sekä ryhmän ja tiimityön osaa-

misen riittämättömyys, jotka voivat aiheuttaa työn mielekkyyden menettämisen ja työhönkettymisvaikeuksia. Ongelmaksi voi tulla myös rahoitus, mikäli suunnitelman toteutukseen ei varata määrärahaa eikä aikaa sen toteuttamiseen.

Osaamisella katsotaan olevan suuri merkitys työhyvinvoinnin muodostumisessa. Ilman osaamista laatu heikkenee, jokainen opettelee mitä luulee tarvitsevansa, mutta oikeaa asiaa ei osaa kukaan. (Ahonen & Ojala 2003a, 30.)

Työnantajatkin pitävät työhyvinvointia tärkeänä. Kuntatyö 2010 -työhyvinvointitutkimuksessa toimenpiteet jaoteltiin työyhteisön ja organisaation kehittämiseen, osaamisen kehittämiseen, terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen sekä työympäristön kehittämiseen. (Saari, Harkonmäki & Väänänen 2006, 8 [viitattu 10.4.2007].) Suomeen on tulossa työvoimapula suurien ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle. Näin ollen työhyvinvoinnin edistämällä on suuri vaikutus eläköitymisajankohtaan. Kun työntekijät viihtyvät työssään ja ovat motivoituneita tekemään työtään organisaation hyväksi, he pysyvät kauemmin töissä ja tuottavat myös verotuloja. (Ahonen & Ojala 2003b, 25–31, Ilmarinen 2008, 490.)

Kuntatyö 2010 -tutkimuksen mukaan yhteistyön työhyvinvointitoimintaan liittyvissä asioissa naapuri- ja lähikuntien välillä arvioidaan olevan hyödyllistä ja yhteistyötä toivotaan lisättävän. Tutkimuksessa oli myös suositus yhteistyöstä työhyvinvointiasioissa naapurikuntien kanssa. (Saari ym. 2006, 8 [viitattu 10.4.2007].) Tulevassa Raaseporin kaupungissa on hyvät lähtökohdat tällaisen työhyvinvointitoiminnan kehittämiseen.

LÄHTEET

Ahlgren, T. 2007. Företagshälsovårdens rapport över arbetsplatsutredning. Ekenäs social-och hälsovårdcentral. Ekenäs.

Ahonen, G. & Ojala, L. 2003a. Työhyvinvointi tuloksen tekijänä. Juva: WS Bookwell Oy. 2. uudistettu painos.

Ahonen, G. & Ojala, L. 2003b: Työhyvinvointi tuloksen tekijänä. Porvoo. WSOY.

Ergonetti, Kuopion avoin yliopisto: Ergonomian ja työhyvinvoinnin perusopintokokonaisuus verkossa. [viitattu 1.2.2008]. Saatavissa: <https://www.oppi.uku.fi/ergonetti/>.

Ilmarinen, J. 2008. Ikääntyvän työvoiman työkyvyn ylläpitäminen. Teoksessa Gerontologia. Toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T. Duodecim. Tampere.

Kinnunen, J., Lindström K., (toim.). 2005. Rakenteellisen ja toiminnallisen muutoksen vaikutukset HUSin johtamiseen ja henkilöstön hyvinvointiin. Kuopion yliopiston julkaisuja E [viitattu 1.10.2008]. Saatavissa: <http://www.tsr.fi/tutkimus/tutkittu/hanke.html?id=100057>.

Leivo, P. 2007. Työhyvinvoinnin toimintalinjat ja hyvät käytännöt -suositus kunta-alalle. Kunnallinen työmarkkinalaitos yleiskirje 11/2007 [viitattu 12.3.2008]. Saatavissa: http://www.keva.fi/Table_pict/cid3/Info_txt/id4973/Tyhysuositus_KT_yleiskirje_2007.pdf.

Saari, P., Harkonmäki, K. & Väänänen, J. 2006. Työhyvinvoinnin muutos kunnissa 2003–2006. Kuntatyö 2010 -tutkimuksen kunta-aineiston seurantaraportti. Kuntatyö 2010 -tutkimuksen raportteja 3/2006 [viitattu 10.4.2007]. Saatavissa: http://www.keva.fi/Table_pict/cid3/Info_txt/id4241/K2010_kuntarap_03-06.pdf.

Salomäki, J. 2002. Tiimit ja työhyvinvointi. Forssan kirjapaino Oy. Forssa.

Suominen, S., 2006. Johtaminen tulevaisuuden Suomessa. Johtaminen muutoksessa. Päättötyö. Delfoi-akatemia-johtamisvalmennus [viitattu 16.11.2008]. Saatavissa: <http://www.pyk.hkkk.fi/delfoiakatemia/SatuSuominenDA1.pdf>.

Tuomi, T., 2007. Kuntatyö kunnossa – yksikön kehittämispäällikkö. Kuntien eläkevakuutus. 2007: Työhyvinvointi strategisena toimintana, pdf-tiedosto [viitattu 25.4.2008]. Saatavissa: http://www.keva.fi/Table_pict/cid3/Info_txt/id4973/Tyhy_strategisena_toimintana_diat.pdf, Rinnet, M., Tyhyn osa-alueen kuva [tulostettu 25.4.2008]. msvegin@ekenas.fi.

Tuomi, T. & Viljanen, O. 2008. Strategioista tuloksiin. Kunta- ja henkilöstöstrategiat sekä henkilöstöraportti työhyvinvointijohtamisen ohjaimina. Teoksessa Forma P., Harkonmäki, K., Saari, P. & Väänänen, J. (toim). Ketkä tekevät kuntatyön tulevaisuudessa. Kuntatyö 2010-tutkimus. Kuntien eläkevakuutus, Helsinki [viitattu 12.4.2008]. Saatavissa: http://www.keva.fi/Table_pict/cid3/Info_txt/id4241/Ketka_tekevat_kuntatyon_kirja.pdf.

Työterveyshuoltolaki (1383/2001). Opas työterveyshuoltolain soveltajille. STM julkaisut. 2004. Helsinki. 136 s. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita, 2004:12 [viitattu 1.2.2007]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/10/pr1097754690393/passthru.pdf>.

Työturvallisuuslaki (738/2002) [viitattu 25.4.2008]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>.

KIRJOITTAJA

Maija Svegin valmistui suuhygienistiksi (AMK) Turun ammattikorkeakoulusta joulukuussa 2008.

LABORATORIOPALVELUN ASIAKAS- PALAUTEJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMINEN

Mikko Koskinen & Johannes Virtanen

Bioanalytiikan tärkeimpiä tehtäviä ovat muun muassa asiakaspalvelu ja terveysalan laboratorio-toiminnan kehittäminen (Opinto-opas 2007). Mattilan (1999) mukaan Dutka (1994) kertoo, että asiakaspalautteen kerääminen on tärkeä osa toiminnan kehittämistä ja sen avulla selvitetään asiakkaiden mielipiteitä ja palvelukokemuksia. Asiakaspalautteen avulla henkilölle annetaan mahdollisuus tuoda esille mielipiteensä, jolloin hän saa tilaisuuden vaikuttaa hoitoonsa (Vuori 1993). Lisäksi asiakkaiden odotukset ja vaatimukset palvelun laadulle sekä palauteherkkyys ovat lisääntyneet koulutustason ja tietoisuuden kasvun myötä (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999).

Turun ammattikorkeakoulun terveysalan Ruisklinikan laboratorioita varten haluttiin kehittää hyvä kyselylomake, jonka avulla saadaan palautetta laboratorion asiakkailta. Tämän opinnäytetyön tuloksena Ruisklinikan laboratorio sai käyttöönsä välineen, jolla sen toimintaa voidaan arvioida ja kehittää. Opinnäytetyön aihe saatiin Turun ammattikorkeakoulun bioanalytiikan koulutusohjelmalta. Koulutusohjelma sai ehdotuksen aiheesta alun perin Työrukkaset-oppimispajaprojektilta, jonka tarkoituksena on luoda moniammatillinen oppimisympäristö bioanalytikko-, röntgenhoitaja- ja suuhygienistiopiskelijoille.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia Leino-Kilven (1994) HYVÄ HOITO -mittariin pohjautuva kyselylomake Ruisklinikan laboratorion asiakkaille luotettavan asiakaspalautteen saamiseksi. HYVÄ HOITO -mittari muokattiin Ruisklinikan laboratoriotyötoiminnalle sopivaksi. Mittari esiteltiin laboratorion asiakkaille, ja sitä korjattiin saadun palautteen avulla. Kyselylomaketta aiotaan käyttää jatkossakin asiakaspalautteen keräämisessä laboratorion asiakkailta.

ASIAKASPALVELU LABORATORIOPALVELUPROSESSISSA

Asiakas voidaan määritellä organisaation palveluja käyttäväksi henkilöksi. Yleensä kyseessä on yksityinen henkilö, mutta kyseessä voi olla myös ryhmä. (Kangas 1994; Grönroos 2000.) Terveystieteiden alalla asiakas on useimmiten palveluja käyttävä henkilö. Palvelun toteuttamisessa pyritään huomioimaan asiakkaan yksilölliset palvelutarpeet, halut, toiveet ja elämäntilanne. (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999.) Palveluita hankittaessa asiakkaalla on tiettyjä odotuksia palvelun suhteen. Näihin vaikuttavat asiakkaan tarpeet ja toiveet. (Kangas 1994; Pesonen 2002; Zemke & Anderson 2002; Bucher 2004.) Asiakkaan odotuksiin vaikuttavat myös niin sanotut kuulopuheet sekä organisaatiokuva (Kansanen & Väistö 1994; Grönroos

2000; Bucher 2004). Palveluorganisaation tarkoituksena on ensisijaisesti tyydyttää asiakkaan tarpeet (Kangas 1994; Pesonen 2002; Zemke & Anderson 2002; Bucher 2004). Tarpeiden lisäksi asiakkaalla on myös toiveita palvelun järjestämisen suhteen. Toiveet voivat liittyä muun muassa siihen, miten häntä tulisi palvella, miten nopeasti palvelu tulisi saada, miten asiakaspalveluhenkilöstön tulisi käyttäytyä ja kuinka monen eri tahon kanssa hänen on asioitava palvelun saamiseksi. (Grönroos 2000.)

Palvelussa on kyse monimutkaisesta ilmiöstä. Se voidaan käsittää henkilökohtaisena palveluna tai tuotteena. (Grönroos 2000; Bucher 2004.) Palvelu on prosessi, sarja toimintoja, joka muodostaa asiakkaalle palvelukokonaisuuden (Grönroos 2000). Terveystieteiden palveluprosessista voidaan käyttää termiä palvelulinja tai palveluketju. Palvelulinjaksi kutsutaan organisaation sisällä tapahtuvaa palvelukokonaisuuden tuottamista. Usein asiakkaan haluaman palvelun tuottamiseen tarvitaan useampien yksiköiden yhteistyötä. Tätä kutsutaan palveluketjuksi. (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. 1999.) Palvelulle on tyypillistä, että se tuotetaan ja kulutetaan yleensä samanaikaisesti (Grönroos 2000). Palvelu on asiakkaan ja palveluhenkilöstön välillä syntyvä tapahtuma (Pesonen 2002). Tärkeää asiakkaan palvelukokemuksen kannalta on se, millaiseksi kontakti organisaation kanssa muodostuu. Palveluiden perusteeseen kuuluu myös, että asiakas ei ole vain palvelun käyttäjä, vaan hän osallistuu usein myös palvelun tuottamiseen. Tällöin puhutaan asiakkaasta tuotantoresurssina. Asiakkaan on tällöin itse suoritettava tiettyjä toimintoja palvelun saamiseksi. (Grönroos 2000.)

Asiakaspalvelun eräs tärkeimmistä tehtävistä on saada asiakas tyytyväiseksi. Tärkeää on saada asiakas kokemaan laatu ja tuntemaan, että hän saa asiantuntevaa, luotettavaa, nopeaa ja henkilökohtaista palvelua. (Lehtonen 2002.) Asiakaspalvelija voidaan määritellä asiakkaan kohtaamaksi organisaation henkilöksi, joka käyttäytymisellään vaikuttaa asiakkaan mielikuvaan organisaatiosta. Asiakaspalvelija voi kohdata työssään asiakkaan esimerkiksi kasvokkain, puhelimesta tai sähköpostitse. (Grönroos 2000; Lehtonen 2002; Zemke & Anderson 2002.) Yksi asiakaspalvelijan tärkeimmistä taidoista asiakkaan kohtaamisessa on asiakkaan näkökulman ymmärtäminen eli empatia (Kangas 1994; Kansanen & Väistö 1994; Lehtonen 2002; Zemke & Anderson 2002). Asiakaskontaktissa asiakaspalvelijalta odotetaan myös seuraavia ominaisuuksia: ystävällisyys, kohteliaisuus, palveluhalu, joustavuus, kärsivällisyys, kontaktikyky ja luotettavuus (Kangas 1994; Kansanen & Väistö 1994).

Palautteen saamisessa on useimmiten kyse tiedon tuottamisesta, johon liittyy usein erilaisia tiedon intressejä. (Fowler 1995; Pohjola 1997; Salmela 1997a.) Niitä ovat esimerkiksi aidon palauttavan, parempaa ymmärtämistä tuottavan, hallintoa tukevan tai käytäntöjä vahvistavan tiedon hankkiminen. Tiedonintressien keskeisimpiä kysymyksiä ovat, mihin palautetta tarvitaan ja miksi sitä tarvitaan. (Pohjola 1997; Salmela 1997a.) Asiakkaan antama arviointi antaa enemmän tietoa silloin, kun hän kokee arvioitavan asian omakseen. Osallistuessaan palvelutapahtumaan toimijana asiakas pystyy arvioimaan palvelua paremmin. (Pohjola 1997.) Asiakas voi arvioida palvelukokemuksiaan koko palveluprosessin ajan. Saatu palaute voi koskea prosessin etenemistä, tapahtumia tai asiakkaan saamaa kohtelua. Jokaisen palveluntuottajan tulisi kehittää toimiva asiakaspalautejärjestelmä. Rakentava asiakaspalaute auttaa toiminnan kehittämisessä ja työntekijöiden oman työskentelyn arvioinnissa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999.)

Lumijärven (1994) mukaan nykyaikaisessa asiakaspalvelussa asiakastyytyväisyys kuvastaa aina jollain tavalla palvelukokemusten yhteyttä palveluun ennalta kohdistuneisiin odotuksiin (Matti 1999). Tyytyväisyys rakentuu asiakkaan omista odotuksista, arvostuksista sekä hänen käsityksistään omista oikeuksistaan (Vuori 1993; Leino-Kilpi, Walta, Helenius, Vuorenheimo & Välimäki 1994). Kyselytutkimukset ovat yleisimpiä menetelmiä asiakkaiden tyytyväisyyden selvittämiseksi (Vuori 1993; Kangas 1994; Bucher 2004). Asiakastyytyväisyyteen vaikuttaa kyselyn henkilökohtaisuus ja ajankohta sekä asiakkaan yleinen luottamus palvelujärjestelmään (Vuori 1993).

Laatu määritellään monen eri ominaisuuden muodostamaksi kokonaisuudeksi, joka vaikuttaa tuotteen tai palvelun arvostukseen (Lumijärvi 2006). Laatutoiminnan tavoitteena on palvelun suorituskyvyn, tuottavuuden, tehokkuuden, kustannussäästöjen sekä asiakastyytyväisyyden parantaminen (Paulin & Välimäki 1995). Laadun parantaminen perustuu asiakkaiden tarpeisiin, kokemuksiin ja mielipiteisiin (Quality Management 1996). Asiakkaan arvioidessa palvelun laatua hänelle on tärkeää vuorovaikutuksen suhde palvelun tarjoajaan. Tähän koettuun laatuun vaikuttaa tekninen laatu ja toiminnallinen laatu. Tekninen laatu kuvaa sitä, mitä asiakas saa palvelutilanteesta ja mitä hänelle jää palvelusta. Toiminnallinen laatu kuvaa sitä, kuinka asiakas saa palvelun ja millaiseksi hän kokee palvelutilanteen. (Grönroos 2000; Pesonen 2002.)

Laboratoriopalveluprosessi lähtee liikkeelle päätöksestä tehdä asiakkaalle laboratorio-tutkimus, ja se päättyy luotettavan laboratoriotutkimustuloksen hyödyntämiseen asiakkaan terveydentilan seurannassa (Makkonen & Tuokko 1998; Ammatinkuvaus 2007). Laboratoriopalveluprosessin tavoitteena on, että laboratoriotutkimustulokset ovat vertailukelpoisia ja että ne kuvaavat asiakkaan tilaa mahdollisimman luotettavasti (Tapola 2004c; Ammatinkuvaus 2007; Opinto-opas 2007). Laboratoriopalveluprosessi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: preanalytiikkaan, analytiikkaan ja postanalytiikkaan (Laitinen 2004; Ammatikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006; Ammatinkuvaus 2007; Opinto-opas 2007).

Turun ammattikorkeakoulun Ruisklinikan tavoitteena on tarjota laadukkaita ja edullisia terveysalan palveluja Turussa. Palvelut tuotetaan opiskelijatyönä opettajien ohjauksessa ja valvonnassa. Osa palveluista on mahdollista tuoda myös asiakkaiden luo koteihin, työpaikoille tai hoitokoteihin. (Palvelutoiminta 2006.) Ruisklinikan laboratoriotyötoiminta aloitettiin vuonna 1994. Asiakasmäärä on nykyään noin 1000 lukukautta kohden. Pääasiassa palvelua käyttävät yksityiset henkilöt ja ammattikorkeakoulun henkilökunta sekä opiskelijat. (Nikkonen 8.11.2007.) Työtoiminnan aikana bioanalytiikko-opiskelija testaa ja kehittää tietojään ja taitojään laboratoriotutkimusprosessin eri vaiheissa (Opinto-opas 2007).

OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tutkimus tehtiin määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Hirsjärven, Remeksen & Sajavaaran (2003) mukaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa hyödynnetään aikaisempia tutkimuksia ja teorioita, esitetään hypoteeseja ja määritellään käsitteitä. Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeinen ja kriittinen vaihe on käytettävän mittarin luonti eli operationalisointi. (Koivula, Suihko & Tyrväinen 2002.) Tässä vaiheessa tutkijan on pohdittava millaista mittaria hän käyttää

tiedon hankkimiseen. Lomakekyselyissä tietoa hankitaan tarkoitusta varten laadituilla kyselylomakkeilla. (Koivula ym. 2002; Hirsjärvi ym. 2003; Brace 2004.)

Tutkimus toteutettiin syksyn 2007 ja kevään 2008 välisenä aikana Turun ammattikorkeakoulun Ruiskadun toimipisteessä. Tutkimuslupa saatiin Turun ammattikorkeakoulun bioanalytiikan koulutusohjelman koulutuspäälliköltä. Lupa HYVÄ HOITO -mittarin (1994) käyttöön saatiin professori Helena Leino-Kilveltä. Opinnäytetyössä käytetyn kyselylomakkeen laadinnassa pohjana oli Leino-Kilven (1994) HYVÄ HOITO -mittarin potilasosa. Kyselylomakkeen suunnittelu aloitettiin käymällä läpi alan kirjallisuutta ja HYVÄ HOITO -mittaria. HYVÄ HOITO -mittarin (Leino-Kilpi 1994) muokkaaminen aloitettiin poistamalla laboratoriopalveluun soveltumattomia kysymyksiä, jotka käsittelivät selkeästi potilaan hoitoa. Kyselylomakkeesta poistettiin lisäksi HYVÄ HOITO -mittarin G-osa, sillä se sisälsi vain paranemista koskevia väittämiä. Leino-Kilven ym. (1994) mukaan yksittäisen osion poistaminen HYVÄ HOITO -mittarista ei vaikuta merkittävästi mittarin laatuun. Kyselylomakkeen väittämät pyrittiin muokkaamaan mahdollisimman yksiselitteisiksi. Jäljelle jääneet kysymykset muokattiin laboratoriopalveluprosessiin ja laboratoriotyötoimintaan sopiviksi. Leino-Kilven (1994) HYVÄ HOITO -mittarin osat nimettiin uudelleen laboratorion toimintaan sopiviksi. Lisäksi uudelleen nimetyt osat jaettiin alaosioihin. Alustavan kyselylomakkeen laatimisen jälkeen siihen lisättiin väittämiä koko laboratoriopalveluprosessin kattamiseksi.

Kyselylomakkeen laadinnassa otettiin huomioon ohjaavalta opettajalta saatu palaute. Palautteen perusteella kyselylomaketta muokattiin edelleen ymmärrettävyyden ja väittämien muotoilun parantamiseksi. Tämän jälkeen laadittua kyselylomaketta esiteltiin ensimmäisen kerran tammikuussa 2008. Ensimmäiseen esitestaukseen osallistuneille (n = 5) selvitettiin tutkimuksen luonne suullisesti ja heiltä pyydettiin suullinen suostumus. Suostumuksen saatuaan opinnäytetyön tekijät antoivat heille koko kyselylomakkeen esiteltäväksi. Osallistujat arvioivat kyselylomaketta itsenäisesti ja antoivat palautetta opinnäytetyön tekijöille. Tässä vaiheessa vastausten saaminen väittämiin ei ollut tärkeää. Sen sijaan osallistujia pyydettiin keskittymään väittämien ymmärrettävyyden arviointiin. Saadun palautteen avulla väittämiä ja kyselylomakkeen ulkoasua muokattiin selkeämmiksi ja ymmärrettävämmiksi.

Kyselylomakkeen käytännön toimivuutta esiteltiin muokkauksen jälkeen toistamiseen. Toinen esitestaus toteutettiin satunnaisesti valituilla laboratorion asiakkailla (n = 20) heidän asioidessaan Ruisklinikan laboratoriossa. Toiseen esitestaukseen osallistuneita pyydettiin ensimmäisen esitestauksen tavoin keskittymään myös väittämien rakenteeseen ja selkeyteen. Lisäksi he saivat halutessaan vastata väittämiin. Valituille asiakkaille selvitettiin tutkimuksen luonne sekä suullisesti että kirjallisesti, ja heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus. Suostumuksen saatuaan opinnäytetyön tekijät antoivat asiakkaalle kyselylomakkeen osion esiteltäväksi. Asiakkaat täyttivät annetun osion itsenäisesti laboratorion odotusaulassa. Täytetyt kyselylomakkeen osat palautettiin taitettuna suljettuun palautuslaatikkoon.

Kyselylomake oli jaettu pienempiin osiin toista esitestausta varten, koska se oli sellaisenaan liian pitkä täytettäväksi laboratoriokäynnin aikana. Jokainen asiakas sai keskimäärin kolme sivua kyselylomakkeesta arvioitavaksi, jolloin kyselylomake tuli esiteltäväksi viisi kertaa. Osalle toiseen esitestaukseen osallistuneista asiakkaista (n = 7) annettiin kyselylomakkeesta osio kotiin esites-

tattavaksi. Yksi asiakas ei kuitenkaan palauttanut osiota. Virtsanäytteen antoa ja sydänfilmin rekisteröintiä käsittelevää H-osaa ei testattu toisessa esitestausvaiheessa. Lopullisen kyselylomakkeen laadinnassa otettiin huomioon asiakkailta saadut palautteet ja kehitysehdotukset. Vastauksia käsiteltiin luottamuksellisesti ja niitä käytettiin vain kyselylomakkeen kehittämiseen. Esitestausten tulokset hävitettiin opinnäytetyön valmistuttua.

KYSELYLOMAKE

Kyselylomakkeen kysymyksiin on usein annettu valmiit vastausvaihtoehdot ja asteikot, joita käyttäen asiakas vastaa esitettyihin kysymyksiin. Kyselylomakkeessa voi olla myös avoimia kysymyksiä, joissa vastaajalla on mahdollisuus kertoa asiasta vapaamuotoisesti tai täydentää vastausta omin sanoin. (Koivula ym. 2002; Hirsjärvi ym. 2003; Brace 2004.) Hyvä kyselylomake on rakenteeltaan selkeä ja looginen. Kyselylomake ei myöskään saa olla liian pitkä. Kysymysten tulee olla lyhyitä, yksiselitteisiä ja kysyä vain yhtä asiaa kerrallaan. (Hirsjärvi ym. 2003.) Hyvä kysymys on sellainen, jonka kaikki vastaajat ymmärtävät samalla tavalla. Vastaajien on myös ymmärrettävä kysymys kyselylomakkeen laatijan tarkoittamalla tavalla. (Fowler 1995.)

Kyselylomakkeiden avulla voidaan kerätä tietoja tosiasioista, käyttäytymisestä, toiminnasta, arvoista, asenteista, uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä. Kyselylomakkeiden etuna pidetään sitä, että niillä saadaan usein kerättyä tehokkaasti laaja tutkimusaineisto. (Hirsjärvi ym. 2003.) Kyselyjen etuja ovat myös edullisuus ja tulosten vertailtavuus (Salmela 1997a). Saatu aineisto voidaan myös nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida tietojenkäsittelyohjelmilla (Salmela 1997a; Hirsjärvi ym. 2003). Lisäksi kyselyyn osallistuja voi pysytellä anonyyminä (Salmela 1997a). Kyselylomakkeiden heikkouksina voidaan pitää seuraavia asioita: vastaajien epävarma suhtautuminen tutkimuksiin, vastausvaihtoehtojen väärinymmärrykset ja kato eli vastaamattomuus. Laadukkaan kyselylomakkeen laatiminen vie myös aikaa ja vaatii tutkijalta monenlaista tietoa ja taitoa. (Hirsjärvi ym. 2003.)

Opinnäytetyössä laadittu kyselylomake on kokonaisuudessaan 16-sivuinen. Se sisältää yhteensä 120 väittämää ja kysymystä. Kyselylomakkeen väittämiä arvioidaan pääasiassa 7-portaisella Likert-asteikolla: 1 = aina, 2 = erittäin usein, 3 = usein, 4 = harvoin, 5 = erittäin harvoin, 6 = ei koskaan ja 0 = en osaa sanoa. Asiakkaalla on lisäksi mahdollisuus perustella vastauksiaan joidenkin väittämien kohdalla. Lähes jokainen osio sisältää myös avoimen kysymyksen.

Kyselylomake on jaettu osioihin, jotta sitä olisi tulevaisuudessa helpompi hyödyntää. Eri osaluokkiin jaettuina kyselylomake soveltuu laboratoriotutkimuksen yhteydessä täytettäväksi. Jaettu kyselylomake mahdollistaa myös tiedon hankkimisen tiettyä osa-aluetta tarkastellen. Eri osien väittämiä pystytään vertailemaan esimerkiksi vertailtaessa opiskelijoiden toimintaa näytteenotossa ja ilmoittautumispisteessä. Kyselylomakkeen käyttö kokonaisuudessaan on myös mahdollista. Kyselylomake jakaantuu kahdeksaan yläosioon, joista kolme jakaantuu edelleen alaosiointiin. Esimerkki kyselylomakkeen sivusta on liitteenä 1.

Kyselylomakkeen A-osassa kysytään asiakkaan taustatietoja, kuten ikää, sukupuolta, koulutusta, työtilannetta ja siviilisäätyä. Lisäksi kysytään laboratoriotutkimuksen ajankohtaa sekä mistä asiakas

on saanut tietoa laboratoriosta ja onko asiakas ensimmäistä kertaa laboratoriossa. B-osa käsittelee asiakkaita palvelleiden opiskelijoiden asiakaspalvelutaitoja ja luonteenpiirteitä. Osio B on jaettu kolmeen osaan, jotka käsittelevät opiskelijoiden ominaisuuksia erikseen puhelimesta, ilmoittautumispisteessä ja näyttötilanteessa. Kyselylomakkeen C-osan väittämät koskevat ennen laboratoriokäyntiä ja sen aikana tapahtuneita erilaisia toimintoja. Osio on jaettu kahteen osaan, jotka käsittelevät laboratoriopalveluun liittyviä toimintoja ilmoittautumispisteessä ja näyttötilanteessa. D-osan väittämät koskevat asioita, jotka ovat edellytyksiä palvelun toteuttamiselle. E-osa käsittelee näyttötilanteen jälkeistä maksullista ruoka- ja juomatarjoilua. Laboratorioympäristön viihtyisyyttä, soveltuvuutta ja toimivuutta tiedustellaan F-osassa odotusalan, ilmoittautumispisteen ja näyttötilanteen osalta. Laboratoriopalveluprosessin etenemisen sujuvuutta selvitetään kyselylomakkeen G-osassa. H-osa sisältää väittämiä, jotka koskevat virtsanäytteen antoa ja sydänfilmin rekisteröintiä. Kyselylomakkeen viimeinen osa on tarkoitettu annettavaksi tai lähetettäväksi asiakkaalle kotiin. Sillä kerätään tietoa asiakkaan havaitsemista komplikaatioista sekä kotiin lähetettyjen paperien ymmärrettävyydestä ja mahdollisista puutteista.

POHDINTA

Opinnäytetyötä tehtäessä pohdittiin tutkittavan alueen laajuutta ja sen täsmentämistä. Teoriaosuuden rajaaminen laboratoriotyötoiminnan kannalta oleellisiin osiin oli haastavaa. Siitä olisi helposti voinut kasvaa liian suuri, joten sen rakentamisessa pyrittiin ottamaan huomioon vain oleellisimmat seikat.

Lyhyen palvelukontaktin vuoksi jotkut asiakkaat saattavat kokea opiskelijoiden ominaisuuksien arvioinnin vaikeaksi. Opinnäytetyössä laaditun kyselylomakkeen väittämät on kuitenkin pyritty esittämään helposti ymmärrettävästi ja selkeästi, jotta arviointi olisi mahdollisimman helppoa. Vaikka palvelutilanne olisikin lyhyt, on palvelun kehittämisen kannalta tärkeää saada palautetta jokaiselta osa-alueelta. Väittämien yksiselitteisyys nousee erittäin tärkeäksi lyhyen palvelukontaktin takia.

Opinnäytetyön tekijät pohtivat myös 5-portaisen asteikon käyttöä kyselylomakkeessa, mutta sen avulla saatava tieto ei olisi ollut yhtä tarkkaa. Arviointiasteikon muuttaminen HYVÄ HOITO -mittarista poikkeavaksi saattaisi heikentää kyselylomakkeen validiteettia. Arviointiasteikon luokittelun (aina, erittäin usein, usein, harvoin, erittäin harvoin, ei koskaan ja en osaa sanoa) soveltuvuutta mittaamiseen arviointiasteikkoa oli vaikea soveltaa väittämiin ensimmäisellä käyntikerralla. Tällöin esimerkiksi ”aina”-vaihtoehdon käyttäminen voi joidenkin asiakkaiden mielestä olla hankalaa. Noin 90 % asiakkaista käyttää Ruisklinikan laboratorion palveluja useamman kerran, joten arviointiasteikon rakenne tuskin hankaloittaa kyselylomakkeen käyttöä (Nikkonen 9.4.2008). Asteikon arviointiasteikkoa oli soveltuvaan tarkoitukseen. Lisäksi HYVÄ HOITO -mittarin testauksessa asteikko oli todettu hyväksi, joten sen muuttaminen koettiin tarpeettomaksi.

Esitestauksissa todettiin, että opinnäytetyössä laadittu kyselylomake soveltuu tarkoitukseen. Sillä saadaan samoja tuloksia eri mittauskerroilla ja se mittaa haluttua asiaa. Opinnäytetyön

teon aikana perehdyttiin muun muassa laboratoriopalveluprosessin erityiskysymyksiin, eettisiin ongelmiin, laadunhallintajärjestelmään ja Ruisklinikan laboratoriotoiminnan organisointiin. Opinnäytetyöprosessi lisäsi tekijöiden käsitystä asiakaspalvelun haasteista ja vaatimuksista sekä kyselylomakkeen tekemisestä. Opinnäytetyöprosessiin syventyminen lisäsi tekijöiden kriittistä ajattelutapaa. Palautekyselyjen avulla vahvistetaan asiakkaiden oikeutta tulla kuulluksi ja annetaan mahdollisuus osallistua palvelujen kehittämiseen.

LÄHTEET

Ammatinkuvaus 2007. Suomen Bioanalytikkoliitto ry. [Viitattu 14.10.2007.] Saatavissa: http://www.bioanalytikkoliitto.fi/tietoa_liitosta_ja_ammattista/ammattinkuvaus/.

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon: Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006: 24. Opetusministeriö. [Viitattu 28.3.2008.] Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>.

Bucher, J. 2004. The metrology handbook. United States of America: American Society for Quality.

Dutka, A. 1994. AMA handbook for customer satisfaction. Lincolnwood: NTC Business Books.

Fowler, F. 1995. Improving survey questions: design and evaluation. United States of America: SAGE publications.

Grönroos, C. 2000. Nyt kilpaillaan palveluilla. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Dark Oy.

Kangas, P. 1994. Tavoitteena tyytyväinen asiakas. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Kansanen, A. & Väistö, R. 1994. Palvelu puhuttaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2002. Mission: Possible. Opas opinnäytteen tekijälle. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Laitinen, M. 2004. Laboratoriotoiminta Suomessa. Teoksessa Penttilä, I. (toim.) Kliiniset laboratoriotutkimukset. Porvoo: WS Bookwell Oy, 9–15.

Lehtonen, J. 2002. Henkilökohtainen esiintyminen asiakaspalvelussa. Teoksessa Pesonen, H-L., Lehtonen, J. & Toskala, A. Asiakaspalvelu vuorovaikutuksena: Markkinointia, viestintää, psykologiaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 59–134.

Leino-Kilpi, H., Walta, L., Helenius, H., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO -mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Stakes. Raportteja 151.

Lumijärvi, I. 1994. Laadun arviointi sosiaali- ja terveystieteiden palveluyksikössä. Tutkimuksia 186. Hallintotiede 17. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja.

Lumijärvi, I. 2006. Laatu perusterveydenhuollossa. Käsitteiden määrittelyä. Mitä laatu on? Tampere: Tampereen yliopisto. [Viitattu 26.3.2008.]. Saatavissa: <http://www.tay.fi/laitokset/tsph/perttu/pdf/Lumijarvi.pdf>.

Makkonen, S. & Tuokko, S. 1998. Näytteenotto. Helsinki: Oy Edita Ab.

Mattila, H. 1999. Lomakekysely asiakaspalautteen hankkimismenetelmänä. KELA. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 48. Helsinki: Kelan omatarvepaino.

Nikkonen, R. Lehtori. Suullinen tiedonanto. 8.11.2007 ja 9.4.2008. Turun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden ala. Turku.

Opinto-opas 2007–2011. Turun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden ala. Koulutusohjelmakuvaus. [Viitattu 5.10.2007.] Saatavissa: <http://marconi.hallinto.turkuamk.fi/db/opintoo8.nsf/b337df4e6342bb03c22567c100403665/c2257205001c882fc2256fd500539198?OpenDocument>.

Palvelutoiminta 2006. Turun ammattikorkeakoulu. [Viitattu 13.10.2007.] Saatavissa: <http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=7739&culture=fi-FI&contentlan=1>.

Paulin, R. & Välimäki, S. 1995. Koulutuksen tuloksellisuus ja koulutusjärjestelmä. Teoksessa Leino-Kilpi, H., Hupli, M. & Räisänen, A. Terveystieteiden koulutuksen tuloksellisuus ja laatu. Opetushallitus. Helsinki: Yliopistopaino Oy, 67–99.

Pesonen, H-L. 2002. Peruspaketti palveluista ja niiden markkinoinnista. Teoksessa Pesonen, H-L., Lehtonen, J. & Toskala, A. Asiakaspalvelu vuorovaikutuksena: Markkinointia, viestintää, psykologiaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 17–58.

Pohjola, A. 1997. Asia asiakkaalta. Teoksessa Salmela, T. (toim.) Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta. Jyväskylä: Atena Kustannus Oy, 168–186.

Quality Management in Social Welfare and Health Care. 1996. Stakes. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Salmela, T. 1997a. Asiakaspalautteen haaste: Menetelmiä ja esimerkkejä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. 1999. Valtakunnallinen suositus. Helsinki: Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Suomen Kuntaliitto. [viitattu 27.3.2008] Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/laadunhallinta2000.pdf>.

Tapola, H. 2004c. Tutkimuspyyntö ja potilaan valmistautuminen tutkimuksiin ja toimenpiteisiin. Teoksessa Penttilä, I. (toim.) Kliiniset laboratoriotutkimukset. Porvoo: WS Bookwell Oy, 20–24.

Vuori, H. 1993. Terveydenhuollon laadunvarmistus. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Zemke, R. & Anderson, K. 2002. Delivering knock your socks off service. United States of America: Performance Research associates.

KIRJOITTAJAT

Mikko Koskinen valmistui Turun ammattikorkeakoulusta bioanalyttikoksi (AMK) keväällä 2008. Hän syventyi opinnoissaan histologiaan ja sytologiaan.

Johannes Virtanen valmistui bioanalyttikoksi (AMK) Turun ammattikorkeakoulusta keväällä 2008. Hän syventyi opinnoissaan solu- ja molekyylibiologiaan.