

Anne Pölhö

Marja Vihavainen

IMMOBILISAATION AIHEUTTAMAT
FYSIOLOGISET HAITAT
PIENEMMÄKSI AKTIIVISELLA
ASENTOHOIDOLLA

Elektroninen opas

Opinnäytetyö
Hoitotyön Koulutusohjelma


Marraskuu 2016




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

	Opinnäytetyön päivämäärä 2.11.2016
Tekijä(t) Pölhö, Anne Vihavainen, Marja	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidtaja, AMK
Nimeke Immobilisaation aiheuttamat fysiologiset haitat pienemmäksi aktiivisella asentohoidolla	
Tiivistelmä Opinnäytetyön tarkoituksena oli etsiä Mäntyharjun Palvelukeskus Ruskahovin hoitohenkilökunnalle tietoa vanhenemisen mukanaan tuomista fysiologisista muutoksista ja immobilisaation aiheuttamista ongelmista vuodepotilaalla. Tavoitteena on, että henkilökunta saa apua asentohoidon laadukkaaseen tekemiseen keräämämme tiedon pohjalta. Avuksi tähän teimme palvelukeskuksen omaan käyttöön sähköisen oppaan, jossa näkyy ohjeet asentohoitoon. Opinnäytetyön aihe tuli suoraan Palvelukeskus Ruskahovilta, ja se linkittyy heillä käytyyn Ikäinstituutin tarjoamaan Kunnan Hoitaja -koulutukseen. Ikääntymisen mukanaan tuomat fysiologiset muutokset koskettavat meitä kaikkia. Vuodepotilaaksi joutuminen johtaa usein täydelliseen immobilisaatioon joko akuutisti tai hitaasti. Tällöin vanhus joutuu turvautumaan hoitohenkilökunnan apuun. Järjestämällämme osastotunnilla keräsimme palautetta oppaan toimivuudesta pienimuotoisella kyselylomakkeella, joka sisälsi sekä vaihtoehtokysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Osastotunnin ja kyselystä saatujen vastausten perusteella teoretiedosta ja oppaasta tulee olemaan jatkossa hyötyä hoitohenkilökunnan työssä. Ikääntyneen ihmisen hoitotyössä eettiset periaatteet ovat samoja kuin muussakin hoitotyössä. Haluamme opinnäytetyömme osalta lisätä vanhusten hyvää hoitoa vuodepotilaiden kohdalla. Eettisyys korostuu varsinkin pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten kohdalla, koska heidän hoitonsa päävastuu on hoitohenkilökunnalla. Vanhuksen itsemääräämisoikeuden ja toiveiden kunnioittaminen on tärkeää heidän kokonaisvaltaisen hoitonsa suunnittelussa.	
Asiasanat (avainsanat) immobilisaatio, vuodepotilas, asentohoito, asentohoidon apuvälineet, fysiologia	
Sivumäärä 80 s.	Kieli suomi
Huomautus (huomautukset liitteistä) 3	
Ohjaavan opettajan nimi Sirpa Kammonen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Palvelukeskus Ruskahovi, Mäntyharju

DESCRIPTION

	<p>Date of the bachelor's thesis</p> <p>2.11.2016</p>
<p>Author(s)</p> <p>Pöhlö, Anne Vihavainen, Marja</p>	<p>Degree programme and option</p> <p>Nursing education programme Nurse, registered nurse</p>
<p>Name of the bachelor's thesis</p> <p>Minimizing the physiological damages caused by immobilization by active position management</p>	
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this study was to search for information for the staff of the Ruskahovi service center in Mäntyharju about the physiological changes that elderly people face and the problems that immobilization cause for such patients who have to stay in bed. The aim is that the information that we have collected would help the nursing staff to give proper position management. The idea for this study came directly from the Ruskahovi service center and it fits well into their training programme called "Kunnon hoitaja" which was provided by the Age Institute.</p> <p>The physiological changes that getting older makes affect all of us. Becoming a patient who has to stay in bed often leads to a total immobilization, either acutely or slowly. In such case the elderly patient has to turn to the help of the nursing staff.</p> <p>In an educational class that we arranged for the staff of Ruskahovi we collected information about the effectiveness of our guide with the help of a small questionnaire which included both multiple-choice and open-ended questions. Based on the educational class and the results of the questionnaire it can be stated that the guide will be useful for the staff in the future.</p> <p>In elderly nursing ethical principles are the same as in other nursing. We want our thesis to increase respect for good care for the elderly bed patients. Ethics is emphasized especially in the long-term treatment of elderly patients because the nursing staff has the primary responsibility for their care. Respect for elderly people's self-determination and wishes should have a large role when their holistic care is being planned.</p>	
<p>Subject headings, (keywords)</p> <p>immobilization, bed patient, position management, position management ancillary, physiology</p>	
<p>Pages</p> <p>80 p</p>	<p>Language</p> <p>finnish</p>
<p>Remarks, notes on appendices</p> <p>3 appendices</p>	
<p>Tutor</p> <p>Sirpa Kammonen</p>	<p>Bachelor's thesis assigned by</p> <p>Ruskahovi service center, Mäntyharju</p>

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	VUODELEVON VAIKUTUKSET VANHUKSEN TOIMINTAKYKYYN JA FYSIOLOGIAAN	3
2.1	Toimintakyvyn aleneminen	5
2.2	Jäykistyminen	6
2.3	Spastisuus	7
2.4	Luuston haurastuminen.....	8
2.5	Sarkopenia	9
2.6	Hengityselimistö	10
2.7	Verenkiertoelimistö	12
2.8	Virtsaneritysjärjestelmä	13
2.9	Ruoansulatuselimistö ja ummetus	14
2.10	Sekavuus ja masennus	17
2.11	Painehaavat	17
3	VUODEPOTILAAN ASENTOHOITO.....	20
3.1	Asentohoito hoitajan näkökulmasta.....	24
3.2	Selkäasento	27
3.3	Päinmakuu	29
3.4	Kylkiasento	30
3.5	Kohoasento	33
3.6	Psoas-asento.....	35
4	ASENTOHOIDON APUVÄLINEET VUODEPOTILAALLA.....	36
4.1	Sängyt	37
4.2	Patjat	38
4.3	Liukulakanat, siirtolakanat ja liukuhanska	40
4.4	Asentohoitotyynyt ja kiilatyynyt	42
4.5	Muut asentohoidon apuvälineet.....	44
4.6	Tukisukat, lääkinnälliset hoitosukat sekä tukisidokset.....	47
5	TOIMEKSIANTAJAN ESITTELY SEKÄ IÄKKÄÄN HOIDON EETTISET NÄKÖKULMAT	50
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ.....	52

7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	52
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	53
7.2	Tiedon keruu.....	54
7.3	Hyvän oppaan ominaisuudet.....	55
7.4	Oppaan kehittäminen.....	57
7.5	Osastotunti ja palaute oppaan ohjeista.....	58
8	POHDINTA	61
	LÄHTEET	66

LIITTEET

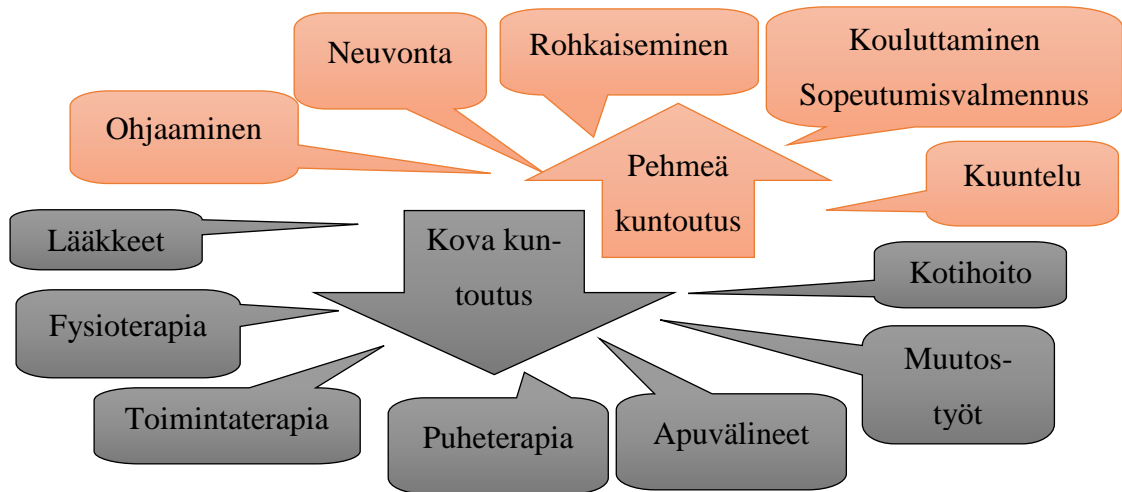
- 1 LIITE Sopimus opinnäytetyön tekemisestä
- 2 LIITE Kysely
- 3 LIITE Kunnon Hoitaja - esite

1 JOHDANTO

Jokaisella meistä on oikeus saada hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Tämä ajatus on meillä, niin kuin varmasti kaikilla valmistuvilla sairaanhoitajilla vahvasti toiminnassamme mukana. Kiinnitämme asiaan huomiota opiskelujemme aikana työskennellessämme. Molemmilla meillä on taustalla useamman vuoden työskentely asiakaspalvelussa, jonka perusteella ajatusmaailmaamme on jo juurtunut asiakaslähtöinen työskentelytapa. Toivomme tämän toteutuvan myös tulevassa työssämme ja olemmekin kiinnittäneet huomiota etenkin sellaisten vanhusten hoitoon, joilla ei enää itsellä ole kovin paljon mahdollisuutta vaikuttaa, millaista hoitoa saavat.

Gerontologisessa kuntoutuksessa yksi lähtökohta on tarkastella jo eletyn elämän tapahtumia ja suuntautua kohti tulevaisuutta määrittelemällä omia tarpeita ja kuntoutustavoitteita. Kuntoutustoiminta alkaa, kun sekundäärinen vanhenemisen ohessa ilmenevien tekijöiden, kuten sairauksien, elintapojen ja -olosuhteiden, vaikutukset nousevat primäärin vanhenemisen rinnalle. Yksilöllisen kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn palauttaminen, ylläpitäminen tai yksilöllisen sopeutumisprosessin tukeminen. (Pikkarainen 2013, 11 - 12, 17.)

Vanhusten kuntoutustoimenpiteet jaetaan John Youngin mallin (kuva 1) mukaan kovaan ja pehmeään kuntoutukseen. Kovaan kuntoutukseen luetaan fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia, lääkehoito, apuvälineet, kodin ja ympäristön muokkaaminen sekä kotihoito. Pehmeään kuntoutukseen lasketaan sopeutumisvalmennus, kouluttaminen, ohjaaminen, rohkaiseminen sekä kuunteleminen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 28.)



KUVA 1. John Youngin malli kuntoutustoimenpiteistä

Pitkään laitoshoidossa olleen vanhuksen voimavarojen vähetessä usein edessä on liikuntakyvyn heikkeneminen niin, että vaihtoehtona on täysi vuodelepo hyvin vähäisin liikkumismahdollisuuksin. Jo viikon vuodelepo vähentää lihasvoimaa useita kymmeniä prosentteja (Kelo ym. 2015). Myös pitkäaikaisessa laitoshoidossa tulee olla mahdollisuudet iäkkäiden akuutin sairauden jälkeiseen sekä toimintakykyä ylläpitävään kuntoutukseen (Hartikainen & Lönnroos 2008, 281).

Kun käveleminen tai siirtyminen pyörätuoliin on jo vaivalloista, monesti vanhus silloin jää enimmäkseen vuoteeseen hoidettavaksi. Useiden päivien yhtäjaksoinen vuoteessa makaaminen ilman kunnollista asentohoitoa heikentää vanhuksen lihaskuntoa, jäykistää niveliä ja kiristää jänteitä. Tästä kaikesta tulee pahimmillaan syöksykierre vanhuksen elämänlaadun ja elämänarvojen heikkenemiseen. Vanhuksen kokonaistilanteen ja toimintakyvyn kattava arviointi on elämänlaadun tukemisen taustalla. Hyvällä asentohoidolla voi vanhuksen kipuja helpottaa, hyvän olon tunnetta luoda, elämän arvon tärkeyttä ja itsetuntoa nostaa. Elämänlaadun kohottamiseen täytyy tunnistaa säilyneet kyvyt ja voimavarat sekä niiden tavoitteellinen tukeminen. (Voutilainen & Heimonen 2006, 57.)

Asennon tärkeys esimerkiksi ruokaillessa on kaiken a ja o. Hyvällä asentohoidolla voi ruokailun tuoma hyvän olon tunnetta korostaa sekä vähentää tai estää aspiraation mahdollisuus. Syötettäväksi joutuminen toimintakykynsä menettäneelle vuodepoti-

laalle on valitettavasti enteenä toivon menettämisestä ja luopumisesta (Anttila ym. 2015, 201).

Opinnäytetyömme aiheen saimme Palvelukeskus Ruskahovin henkilökunnalta syksyllä 2015. Ruskahovissa oli opinnäytetyön aloitusaikana käynnissä Kunnon Hoitaja -projekti (liite 3). Ajatuksena oli yhdistää opinnäytetyömme ja tämä projekti keskenään, jotta ne voisivat tukea toisiaan. Tarkoituksena oli kasata tietoa vanhenemisen fysiologisista muutoksista ja sen myötä kasata pieni opas vuodepotilaiden kuntouttamiseen nimenomaan vuoteeseen tehtävään asentohoitoon liittyen.

Ikäinstituutin Kunnon Hoitaja -koulutuksessa tuodaan työpaikoille iäkkäiden hoitajille liikuntakoulutusta ja tietoutta aiheesta. Koulutus opettaa iäkkäiden liikuntakyvyn arvioimista, laatimaan liikkumissuunnitelmaa hoito- ja palvelusuunnitelmaan liittyen, toteuttamaan tehokkaita, mutta helppoja liikkeitä iäkkäälle ja tukemaan oman työn osana iäkkään arkiliikuntaa. Kunnon Hoitaja-koulutus on osa Voimaa vanhuuteen - iäkkäiden terveystoimintasuunnitelman VoiTas -koulutusohjelmaa. (Ikäinstituutti 2016) (liite 3).

2 VUODELEVON VAIKUTUKSET VANHUKSEN TOIMINTAKYKYYN JA FYSIOLOGIAAN

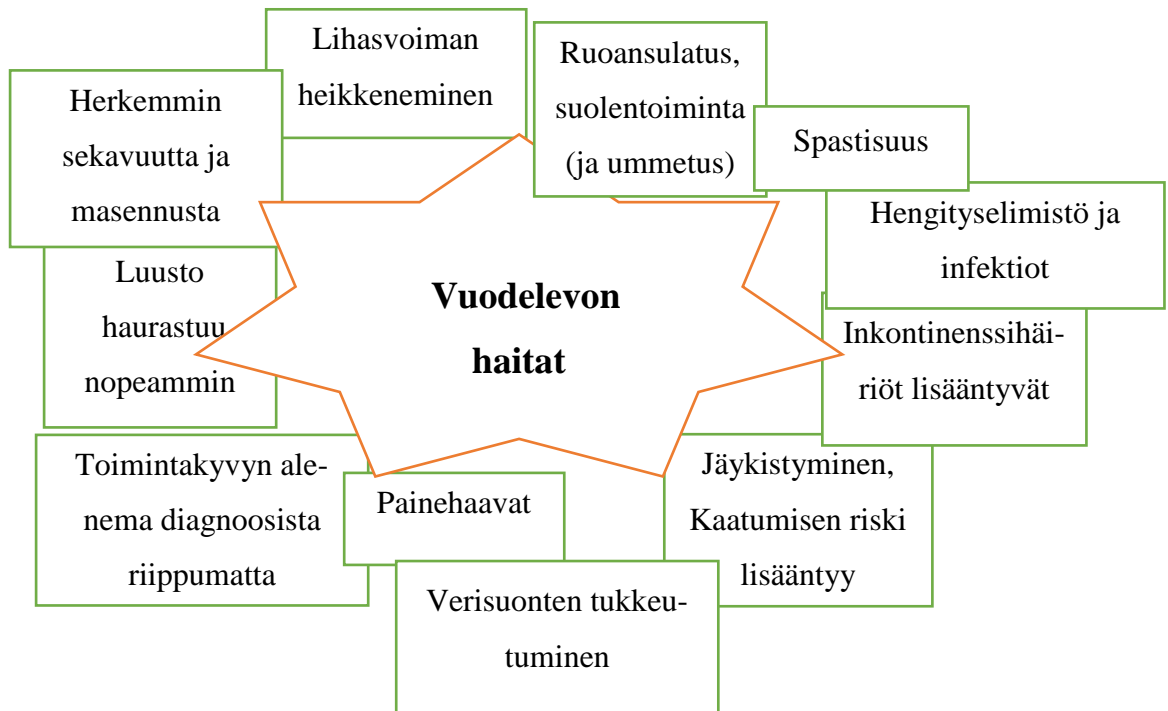
Fyysinen toimintakyky on kyky suoriutua päivittäisistä toimista, kuten juomisesta ja syömisestä, pukeutumisesta, peseytymisestä ja wc-käynneistä sekä liikkumisesta. Siihen kuuluu myös kotiaskareiden tekeminen, vapaa-ajan toiminta, työskentely ja opiskelu. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Fyysinen toimintakyky ja toiminta itsessään ovat vuorovaikutuksessa keskenään, näin ollen toiminta voi joko vahvistaa tai heikentää itse toimintakykyä. Kuormittavalla tai liian yksipuolisella aktiviteetilla voi olla heikentävä vaikutus itse toimintakykyyn. (Kelo ym. 2015.)

Vanhuusiän loppuvaiheessa tapahtuu monenlaisia anatomisia ja fysiologisia muutoksia, mm. haju- ja makuaistin heikentymistä, ruokahalun vähenemistä ja kylläisyyden tunteen korostumista, jotka vaikeuttavat sairauksien tulkintaa. Laihtuminen, verenpaineen lasku ja lämmönsäätelyjärjestelmän heikentyminen ovat yleisiä varsinkin vuode-

potilailla. (Tilvis ym. 2010, 59 - 60.) Immuunivasteen heikkeneminen, ravitsemustilan huononeminen sairastamisen myötä sekä vuodelevossa nopeasti vähenevä lihasvoima ovat esimerkkinä mekanismeista, joiden johdosta varsin normaaleista sairauksista, kuten munuaisten ja ylempien virtsateiden bakteeritulehduksista, keuhkokuumeesta tai sappirakon tulehduksesta, voi vanhukselle aiheutua romahdusmainen toimintakyvyn lasku. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 282.) Perussairauksiin kohdistuvaa infektio-riskiä nostavat esimerkiksi heikentynyt yskänrefleksi, kasvanut aspiraatiotaipumus, iho-ongelmat ja haavat sekä kaatumisten, immobilisaation ja verenkiertohäiriöiden aikaansaamat vammat (Tilvis ym. 2010, 271).

Vanhuksen joutuminen vuodepotilaaksi johtaa usein immobilisaatioon. Immobilisaatio tarkoittaa liikkumattomaksi tekemistä, lepoon asettamista (Duodecim 2016). Pitkään jatkunut immobilisaatio vaikuttaa heikentävästi lähes kaikkiin elintoimintoihin, mm. lihakset surkastuvat ja nivelet jäykistyvät nopeaan tahtiin, painehaavat aiheuttavat turhaa kärsimystä, laskimotukoksia esiintyy, hengitys heikentyy. Näiden lisäksi myös masennusta ja sekavuutta esiintyy. Hengitystoimintojen heikentymisestä johtuva alttius keuhkokuumeeseen sekä akuutit verisuonitukokset ovat vuoteeseen jääneen vanhuksen tavallisimpia kuolinsyitä. (Tilvis ym. 2010, 421.)

Tässä opinnäytetyössä immobilisaatio ymmärretään liikkumisen puutteena vanhuksella, joka on pitkään ollut vuodepotilaana. Vanhus ei itse pysty liikkumaan, vaihtamaan tai korjaamaan asentoaan, vaan on täysin hoitajien liikuteltavissa. Fyysisen toimintakyvyn laskiessa niin paljon, että vanhus ei enää pysty vaihtamaan asentoaan eikä syömään itsenäisesti, hän tulee tarvitsemaan hoitohenkilökunnan apua suoriutuakseen näistä toiminnoista. Vuodelepo aiheuttaa monenlaista haittaa vanhukselle (kuva 2).



KUVA 2. Vuodelevon haittoja

2.1 Toimintakyvyn aleneminen

Vanhuksen toimintakyvyn mahdollisimman pitkään säilyttäminen on geriatrisen ennaltaehkäisyksen keskeisimpiä tavoitteita. Päivittäisten toimintojen vaikeutuminen liittyy vanhenemiseen. Pitkäaikaissairaudet ovat useimmiten syynä toimintakyvyn alenemiseen, mutta myös harjoituksen puute voi osaltaan kiihdyttää sitä. Toimintakykyä, fyysistä, henkistä ja sosiaalista, voidaan ylläpitää toiminnan harjoitteilla sekä taustasairauksia hoitamalla. Rohkaiseminen on avainsana vanhuksen toimintakyvyn ylläpidossa. Pienikin häiriötekijä joko fyysisessä, henkisessä tai sosiaalisessa toimintakyvyssä voi johtaa vanhuksen itsenäisen toimintakyvyn menettämiseen. (Tilvis ym. 2010, 434 – 435.)

Fyysinen toimintakyky perustuu sekä hengitys- ja verenkiertoelimistön että tuki- ja liikuntaelimestön toimimiseen (Karppinen 2015, 4). Toiminnan vajaus voi syntyä joko hitaasti tai akuutisti. Hitaasti kasvava toiminnan vajaus tulee iän myötä, kun taas akuutti toiminnan vajaus voi tulla esim. lonkkamurtuman tai aivoinfarktin myötä. Toiminnan vajauksiin vaikuttavat fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös psyykinen toimintakyky, kuten esimerkiksi mieliala, ahdistuneisuus ja älyllinen toimintakyky

(kognitio) sekä sosiaalinen toimintakyky, kuten esimerkiksi sosiaalinen aktiivisuus sekä sosiaaliset verkostot. Hitaasti etenevässä toiminnanvajauksessa on taustalla usein etenevä sairaus tai lihasten käyttämättömyys, liikkumattomuus ja etenevä lihaskato sekä siihen liittyvä eriasteinen haurastuminen. Haurastumiseen voivat lisäksi myös kuulua alhainen paino, luukato eli osteoporoosi, heikentynyt tulehdusvaste, väsymys, heikkous ja pelko kaatumisesta. (Tilvis ym. 2010, 440 - 441.) Vuodepotilaalla immobilisaatioon johtaa fyysisen toimintakyvyn hidas laskeminen (Karppinen 2015, 4).

2.2 Jäykistyminen

Luitten välissä on erilaisia liitoksia, kuten esim. sideliitoksia ja rustoliitoksia. Kaikkien liikkuvimpien luiden väliset liitokset ovat nimeltään niveliä, joiden liikkuvuus vaihtelee nivelestä riippuen. Nivel on nivelpussin sisällä nivelnesteen voidellessa nivelen liikkeitä. Lihasta ympäröivä fascia eli peitinkalvo jatkuu jänteinä, jotka tarttuvat luukalvoon sekä luun kollageenisyihin. Jänteet ja sidekudoskalvot luovat kiinteän kompleksin, joka tukee lihassyitä ja estää niiden säikeitä liikkumasta erilleen estäen lihaskudoksen repeytymisen. Lihaskalvot ja jänteet muodostavat myös elastisen kokonaisuuden. (Leppäluoto ym. 2013, 94 - 95, 70.)

Ihmisen kaikkia luustolihasiston liikkeitä johtavat aivorungon ja selkäytimen alfamotoneuronit eli liikehermosolut. Alfamotoneuronien vahingoittuessa lihas halvaantuu. Mitä enemmän alfamotoneuroneita on vahingoittunut, sitä enemmän lihas on toimintakyvytön. Lihas veltostuu, koska se ei ota vastaan toimintamääräyksiä normaaliin tapaan. Alfamotoneuronin tuhoutuessa surkastuvat myös sen hermottamat lihassyt. Tällöin sidekudosta muodostuu surkastuneen lihaskudoksen tilalle. Halvauksen ollessa laaja nivel voi jäädä käyttämättömäksi sekä jäykistyä virheelliseen asentoon eli kontraktuuraan. Vanhuuden lihaskato johtuu myös osittain alfamotoneuronien eli liikehermosolujen tuhoutumisesta (Nienstedt ym. 2014, 545.) Jos vanhus ei liiku, jäykistyvät hänen nivelensä ja lihaskunto rapistuu jo muutamassa viikossa. Nivelten jäykistymistä ja lihasvoiman heikkenemistä tulee ehkäistä liikeharjoittelulla. (Anttila ym. 2014, 289.)

Vanhetessa ihmisen solu- ja kudostasolla tapahtuu kuivumista, rasvoittumista, hyytymistä ja jäykistymistä. 75 - 80 ikävuoteen mennessä ihmisen sydäimestä, aivoista,

keuhkoista, munuaisista ja lihaksiston soluista on kadonnut 20 - 40 %. Jäljelle jääneet solut suurentuvat, ja kadonneiden solujen tilalle tulee rasvasoluja. Tämä vanhenevien solujen erikokoisuus aiheuttaa omalta osaltaan jäykistymistä. (Tilvis ym. 2010, 24.) Solujen muutokset ovat biologista vanhenemista ja solujen vanheneminen on syynä fysiologisten toimintojen heikkenemiseen (Pohjolainen 2016).

Liikunnalla kehitetään lihasvoimaa, pidetään yllä nivelten liikkuvuutta ja luuston lujuutta sekä annetaan elämään sisältöä, tasapainoa ja mielihyvää (Iivanainen & Syväoja 2013, 516). Aktiviteetin vähäisyys ja raajojen jäykistyminen hiljalleen johtavat liikuntakyvyttömyyteen (Kelo ym. 2015) ja sitä myöten pikkuhiljaa kokonaan immobilisointiin. Asento- ja liikehoidolla pystytään ehkäisemään spastisuuden eli jäykkähalvauksen sekä nivelkontraaktuurien eli kutistuskouristusten kehittymisen lisäksi kiputiloja (Iivanainen & Syväoja 2013, 116). Liikeradan vaurio synnyttää jäykkyyden lisäksi myös lihasvoiman heikkoutta, lihasten kouristelua sekä alaraajojen vaurioissa myös virtsarakon ja suolen toiminnan hankaluutta (Iivanainen & Syväoja 2013, 99).

Kaatuilu johtaa välittömien vammojen lisäksi kaatumisen pelkoon, elämänpiirin kaventumiseen, elämänlaadun huononemiseen, itsenäisen selviämisen pienenemiseen sekä vauhdittaa toimintakyvyn heikkenemistä. Kun kaatuilutaipumusta ilmaantuu, on se jo merkki heikentyneestä terveydentilasta sekä huonontuneesta ennusteesta. Vanhuksen kaatuilun syissä huonon toimintakyvyn merkitys korostuu, esim. heikko lihasvoima on erityisesti iäkkäiden naisten ongelma. D-vitamiinilla on todettu olevan hyvä vaikutus lihaskoordinaation ylläpitoon ja täten kaatumisten ehkäisyyn. (Tilvis ym. 2010, 330 - 331, 351.)

2.3 Spastisuus

Spastisuus eli jäykkähalvaus johtuu pyramidi- eli liikeradan vaurioista. Synä spastisuuteen ovat aivoverenkiertohäiriöt, kasvaimet, aivo- ja selkäydinvammat tai MS-tauti. Pyramidiradan vaurioille on tavallista se, että raajan lihasta nopeasti venytettäessä liikkeen alussa tuntuu voimakas tiukka vastus, joka laukeaa venytyksen jatkuessa tai venytysvoimaa lisätessä. (Iivanainen & Syväoja 2013, 99.) Tämä lihasvastus saattaa joskus tulla yllätyksenä kokemattomammalle hoitajalle (Aivoliitto 2011, 8).

Spastisuudessa lihaksen liikenoiteen liittyvä venytysrefleksin aktiivisuus tuottaa liioitellun lihassupistuksen. Spastisen lihaksen poikkeavasti kohonnut jänteys protestoi lihaksen venymistä vastaan liikenoiteuden kasvaessa tai kun liikenoiteus tai nivelkulma ohitetaan. Spastista lihasta ei pysty hallitsemaan tahdonalaisesti, ja se vastustaa liikettä sitä enemmän, mitä nopeammin liikkeen yrittää toteuttaa. Lihaksen jänteeseen vaikuttaa lisäävästi pienikin ärsytys, kuten kosketus, asennon muutos, muiden lihasten aktivoituminen tai lämpötilan muutos. Spastisessa lihaksessa liikettä vastustava jänteys voi vaihdella kivuliaisiin ja kouristaviin lihassupistuksiin. (Aivoliitto 2011, 4.)

Immobilisaatio sekä lihasten virheasennot antavat tilaisuuden lihaksen lyhenemälle, jolloin lihasten, jänteiden ja nivelten kimmoisuus vähenee ja kankeus lisääntyy. Kun lihas kuihtuu ja lihaskudos vaihtuu sidekudosmaiseksi, se heikentää lihaksen toimintakykyä ja aiheuttaa liikeratojen supistumista. Tällöin uhkana on nivelten jäykistyminen. Jos liikeratoja ei jatkuvasti ylläpidetä, seurauksena voi olla pysyvät lihasten ja sidekudosten lyhenemät eli kontraktuurat. Lihaksen pitkäaikainen spastinen immobilisaatio johtaa nopeasti kontraktuuraan varsinkin nilkassa. (Aivoliitto 2011, 8 - 9.) Jalkaterien kontraktuurat estävät esimerkiksi pyörätuoliin tai suihkutuoliin siirtymisiä vanhuksen omia jalkoja ja jalkavoimia hyväksikäyttäen. Hyvällä asentohoidolla pystytään vähentämään tai torjumaan vanhuksen spastisuuden aiheuttamia virheasentoja (Aivoliitto 2011, 10).

2.4 Luuston haurastuminen

Luustosta ja luustoliuksista koostuu ihmisen tuki- ja liikuntaelimestö. Aikuisen luu koostuu kahdesta kerroksesta: ulkokerroksesta, joka on tiivistä putkiluuta, sekä sisäkerroksesta, joka on sienimäistä hohkaluuta. Luiden pinnalla on sidekudoksinen luukalvo, jonka alla luu paksuuntuu, sekä myös korjautuu muodostamalla tiivistä luuta. Luukudos uusiutuu noin prosentin kuukaudessa. Ravintonsa luukudoksen solut saavat luun sisältämistä verisuonista. Luukudoksen aineenvaihduntaan osallistuvia hormoneita ovat mm. kalsitoniini, joka kiihdyttää luun muodostumista sekä parathormoni, joka taas lisää luun hajoamista. Raajojen kuormittava liikunta lisää luukudosta, kun taas vuodelepo vähentää luukudoksen ja kalsiumin määrää elimistöstä. (Leppäluoto ym. 2013, 68 - 70.)

Luumassan väheneminen alkaa 40 vuoden iässä. Tämä sekä osteopenia eli luuntiheyden aleneminen sekä luun lujuuden heikkeneminen ovat osa vanhenemisprosessia, johon voidaan vaikuttaa hidastamalla sen etenemistä osteoporoosiksi. Osteoporoosi on luuston sairaus, jossa luiden lujuuden heikentyminen altistaa luunmurtumalle. Osteoporoosin ehkäisyssä on vanhuksilla jo pelkkä liikkumattomuuden välttäminen olennaista. Kalsiumin ja D-vitamiinin riittävä päivittäinen saanti ehkäisee jossain määrin osteoporoosia. (Tilvis ym. 2010, 301 – 302.)

Vanhenemiseen liittyvää luukatoa eli osteoporoosia on selitetty mm. hormonitoiminnassa tapahtuvilla muutoksilla, ravitsemuksella ja vähäisellä liikunnalla (Kelo ym. 2015, 14). Raajojen immobilisaatio pienentää soluväliaineen määrää ja johtaa nopeasti luukatoon, luumassa vähenee jo vuoden aikana noin kolmanneksen (Tilvis ym. 2010, 24). Hyvällä asentohoidolla voidaan immobilisaation aiheuttamaa luukadon syntyä hidastaa.

2.5 Sarkopenia

Iän mukana vähenevät sekä nopeat että hitaat lihassäikeet sekä lihaskimppujen väliset sidekudoskalvot paksuuntuvat ja lihasväleihin kertyy rasvaa. Lihassäikeiden paksuus on riippuvainen aina lihasten käyttöasteesta. Immobilisaatiossa lihakset surkastuvat jopa 2 % vuorokaudessa. Surkastuvasta lihassäikeestä vähenee sekä vesi että supistumiskykyiset valkuaisaineet, kuten aktiini ja myosiini, sekä lihaksissa vaikuttavat entsyymit, kuten aldolaasi ja kreatiinikinaasi. (Tilvis ym. 2010, 24.) Lihasten heikkeneminen ei ole tasaista. Helpoiten se on huomattavissa alaraajoissa. (Pohjolainen 2016.)

Sarkopenia tarkoittaa lihasmassan vähenemistä sekä lihasten toiminnan heikkenemistä, ja se kuuluu vanhuuteen. Pitkäaikaissairaudet ja vähäinen fyysinen aktiivisuus ovat usein tähän syynä. (Savela ym. 2015, 1720.) Jo muutaman päivän vuodelevosta voi siis tulla kohtalokasta, jos lihasten voima on jo heikentynyt (Sundell 2011, 338). Erietyisesti nopeat lihassolut ovat herkkiä ikääntymiselle, joten lyhyessä ajassa tapahtuva voimantuotto heikkenee vanhuksen ikääntyessä (Savela ym. 2015, 1720). Sarkopeniassa lihasten proteiinien hajoaminen ja synteesi ovat menneet epätasapainoon johtuen esim. lihas-hermomuutoksista, hormonien vähenemisestä ja tulehduksista. Näihin johtaa mm. huono ravitsemus, tulehdussairaudet ja liikunnan puute. (Tilvis ym. 2010,

25.) Hiussuoniston heikentyminen vähentää kudosten hapen ja ravinteiden saantia nopeuttaen samalla omalta osaltaan lihasten ja toisten kudosten surkastumista (Hartikainen & Lönnroos 2008, 33).

Ravinnossa olevan proteiinin imeytyminen elimistössä pienenee ikääntymisen myötä. Proteiinin saanti on vanhuksella riittävää, kun se on 15 - 20 % energiansaannista. Jo lyhytaikainenkin proteiinin saannin vähäisyys vaikuttaa epäedullisesti vanhuksen immuunipuolustukseen sekä nopeuttaa lihaskatoa. Vanhuksen suositeltava painoindeksi-alue on 25 - 30. Painoindeksin ollessa alle 25 lisääntyvät sairastuvuus sekä kuolleisuusriski. (Tilvis ym. 2010, 352, 354).

Gerastenia eli hauraus-raihnausoireyhtymä on yleistä terveydentilan heikkoutta eikä sitä voida liittää mihinkään sairauteen (Kuisma ym. 2013, 388). Gerastenian keskeisiä hoitomuotoja ovat fyysisen aktiivisuuden ylläpito sekä proteiinien ja energian riittävä saanti. D-vitamiinista on hyötyä osteoporoosin ehkäisyyn lisäksi myös lihasvoiman ja kehonhallinnan edistämiseksi. (Tilvis ym. 2010, 359.)

Vanhuksilla voidaan immobilisaation aiheuttama surkastuminen korjata säännöllisillä lihasharjoituksilla. Tämä lisää lihassäikeiden tilavuutta ja valkuais- ja entsyymipitoisuus palautuu lihasvoiman lisääntyessä samassa suhteessa. (Tilvis ym. 2010, 24.) Muutokset, joita näissä ja nivelten liikkumisessa tapahtuu, ovat fyysisen toimintakyvyn kannalta olennaisia. (Pohjolainen & Heimonen 2009, 48.) Sarkopeenisten vanhusten sairauksista toipuminen on hitaampaa (Tilvis ym. 2010, 26), mikä taas omalta osaltaan lisää vanhusten määrää vuodepotilaina.

2.6 Hengityselimistö

Hengityselinjärjestelmään kuuluvat hengitystiet, keuhkokudos sekä hengityslihakset. Hengitystiet ovat ilmavirtausta ulkoilman ja keuhkojen välillä työstävä putkisto, joka jaetaan ylempiin ja alempiin hengitysteihin, rajana kurkunpää. Ylähengitysteitä ovat nenäontelo, nenänielu, ja nielu. Alahengitysteihin kuuluvat henkitorvi ja keuhkoputket aina ensimmäisiin keuhkorakkuloihin eli alveoleihin saakka. Keuhkot sijaitsevat pareittain luisen rintakehän sisällä ja koostuvat keuhkorakkuloista. Hengityslihakset jaetaan myös kahteen, eli sisään- ja

ulohengityslihaksiin. Sisäänhengityslihaksista tärkeimpiä ovat pallea ja ulommat kylkivälilihakset ja ulohengityslihaksista sisemmät kylkivälilihakset. Apuhengityslihak-
sina toimivat kaulan ja rintakehän lihakset sekä vatsalihakset. (Leppäluoto ym. 2013, 196 - 199.)

Hengitysteiden tehtävä on toimia keuhkojen ja ulkoilman välissä lämmittämällä ja kosteuttamalla hengitysilmaa, kun se etenee kohti alveoleja. Nielun tonsillojen kanssa hengitystiet puhdistavat hengitysilman mukana kulkeutuvia epäpuhtauksia. (Leppä-
luoto ym. 2008, 201.) Tärkeimpiä vanhenemisen tuomia fysiologisia muutoksia ovat keuhkokudoksen kimmoisuuden pieneneminen, rintakehän kangistuminen sekä hengi-
tyslihasten voiman heikkeneminen (Tilvis 2010, 37). Vanhenemisen myötä maksimaa-
linen hapenottokyky vähenee vuodessa 1 % verran 30 ikävuodesta lähtien (Nienstedt
ym. 2014, 597) sekä hengityselinten puolustuskyky infektioita vastaan vähenee, mihin
johtaa yskäheijasteen heikkeneminen, aspiraatiovaaran lisääntyminen ja keuhkoput-
kien puhdistuman pieneneminen (Tilvis ym. 2010, 38). Vanhusten keuhkosairauksista
tavallisimpia ovat keuhkosyöpä, ahtauttavat keuhkosairaudet sekä keuhkokuume (Til-
vis ym. 2010, 209). mikä on esim. Alzheimerin tautia sairastavan yleisin kuolemaan
johtava syy aspiraation vuoksi (Hartikainen & Lönnroos 2008, 87).

Ruokaillessa on tärkeää ottaa huomioon hyvä asento ja tukea vanhus hyvin ruokailun
onnistumiseksi ja aspiraatoriskin vähentämiseksi. Pitkäaikainen vuodelepo vaikuttaa
hengitystilavuuteen pienentävästi ja hengitystaajuuteen suurentavasti (Anttila ym.
2015, 317). Ihmisen ikääntyessä myös keuhkojen pinta-ala pienenee sekä elastisuus
rintakehässä ja hengityslihasten voima vähenee. Keuhkorakkuloiden kokonaispinta-
ala vähenee keskimäärin 20 %, kun ihminen on täyttänyt 70 vuotta. (Pohjolainen
2016.) Vuodelevossa hengitysteihin kertyvä lima puolestaan lisää keuhkokuumeen
riskiä hengitystilavuuden pienentyessä (Anttila ym. 2015, 317). Aspiraation ehkäise-
miseksi pyritään laittamaan vanhus mahdollisimman pystyyn asentoon syötettäessä
sekä syömisen jälkeen refluksin eli närästyksen estämiseksi (Tilvis ym. 200, 219).

Ikäihmisillä keuhkokuume on yleinen ja vakava sairaus, jonka riski kasvaa iän muka-
na. Yli 65-vuotiaiden sairastumisriski on yli kolmannes aikuisryhmästä. Sairaus on
henkeä uhkaava ja vaatii yleensä aina sairaalahoidon. (Kurola ym. 2010.) Keuhko-
kuumeen oireet vanhuksilla voivat olla hyvinkin epämääräisiä ja hankalasti tulkittavia,

kuumetta ja hengitystieoireita ilmenee hyvin vähän tai ei lainkaan (Tilvis 2010, 272). Keuhkokuumeeseen menehtyy vuosittain 5 - 15 % siihen sairastuneista henkilöistä. Se on vakava infektiosairaus, jota esiintyy varsinkin vakavia perustauteja sairastavilla henkilöillä. Vanhuksella keuhkokuume voi laukaista keuhkoödeeman eli keuhkopöhnön (Kuisma ym. 2013, 324.). Influenssarokotuksia suositellaan keuhkokuumeen ehkäisyyn (Tilvis 2010, 273).

Myös huono suuhygienia voi olla keuhkokuumeen aiheuttajana. Hampaistossa ja proteeseissa olevan bakteerimassan keuhkoihin aspiroinnin seurauksena voi olla keuhkokuume. Hampaattomuus ei pienennä suutulehduksen riskiä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 231.) Laitoshoito on yksi keuhkokuumeen riskitekijöistä keuhkosairauksien, alkoholismien, immuunipuutosten ja sydänsairauksien ohella (Tilvis ym. 2010, 272).

2.7 Verenkiertoelimistö

Verenkiertoelimistöön kuuluvat keskeisinä osina sydän, valtimot, hiussuonet ja laskimot. Sydämen tehtävänä on toimia lihaspumppuna pumpaten laskimoista tuleva veri takaisin valtimoihin, joiden tehtävänä on kuljettaa veri edelleen kaikkialle elimistöön. Hiussuonissa tapahtuu verenkierron kuljettaman hapen sekä muiden aineiden vaihto solujen ja veren välillä. Hiussuonista veri siirtyy laskimoihin, joita myöten veri palautuu kudoksista takaisin sydämeen. (Leppäluoto ym. 2013, 141.)

Verenkiertoelimistön tärkeimmät ikääntymisen tuomat muutokset ovat rasvan ja sidekudoksen kertyminen sydämeen sekä verisuonten seinämien paksuuntuminen. Tästä johtuen sydämen pumppauskyky heikkenee, mikä on haitaksi varsinkin kovassa rasituksessa. Sydämen sähköisten johtoratojen vanheneminen hidastaa impulssin kulkeamista alentaen sykettä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 32.) Sydämen läpät iän kasvaessa kalkkeutuvat (Kelo ym. 2015, 13) ja verenkierto eri elimiin pienenee, mikä nostaa lievästi verenpainetta, nimenomaan systolista painetta (Terveysverkko 2013) lisäten verenkierron vastusta seurauksena sydämen pumppaustyön lisääntyminen (Hartikainen & Lönnroos 2008, 33). Verisuonten seinämät menettävät kimmoisuuttaan ja ääreisverenkierto heikkenee. Fyysisen suorituskyvyn rajoittuminen johtuu nimenomaan näistä sydämen ja verenkiertoelimistön muutoksista. (Terveysverkko 2013.)

Vanhetessa myös verisuoniston tilavuus pienenee, mikä johtuu tarpeettomaksi jääneen hiussuoniverkoston harvenemisesta solukadon myötä. Iäkkään käytettävissä olevan verisuoniverkoston koko on huomattavasti pienempi kuin nuoren. Tämä on huomiotava mm. suoneen annettavien nestesiirtojen yhteydessä, koska äkillisen keuhkopöhön vaara on iäkkäällä suurempi kuin nuorilla. (Tilvis ym. 2010, 22.)

Fysiologinen vanheneminen aiheuttaa heikompia muutoksia verenkiertoelimistössä kuin sydänsairaudet, kuitenkin ne ovat samantyyppisiä. Vanhuuden mukanaan tuomat fysiologiset muutokset ja sairastuminen, esimerkiksi lievä sydänsairaus, on iäkkään toimintakyvyille merkittävästi haitallisempi kuin nuoremmalle. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 33 - 34.)

Valtimoissa trombi eli hyytymä ilmestyy tavallisesti ateroskleroosin eli valtimokovettumataudin turmelemaan paikkaan. Laskimopuolella trombi voi syntyä minne tahansa paikkaan laskimoa, koska niissä ei esiinny ateroskleroosia. Vanhuksella trombi aiheuttaa nopeasti oireita siinä kohtaa vartaloa tai elintä, jossa se sijaitsee. Trombin vaurioittama elin jää tukoksen vuoksi osittain tai jopa kokonaan vaille verenkiertoa. Esimerkiksi aivovaltimotrombi aiheuttaa aivoinfarktin, munuaisvaltimon trombi munuaisinfarktin, sydänvaltimon trombi sydäninfarktin ja suolistovaltimon trombi suoliinfarktin. Trombin sijaitessa jossain raajan valtimossa on riskinä raajan kuolio. Trombi itsessään raajan laskimossa ei ole riski raajan menetykselle, mutta trombin kulkeutuminen mm. keuhkovaltimoon aiheuttaa vaaratilanteen, keuhkoembolian eli keuhkovertitulpan. Vuodepotilaalla tulee ottaa huomioon raajan laskimoissa sijaitsevan trombin vähäoireisuus tai täysi oireettomuus. (Iivanainen ym. 2013, 340.)

2.8 Virtsaneritysjärjestelmä

Virtsaneritysjärjestelmä on vitaali elintoiminta verenkierron ja hengityksen ohella. Virtsaneritysjärjestelmään kuuluvat munuaiset, virtsanjohdin, virtsarakko ja virtsaputki. Urea on proteiiniaineenvaihdunnan lopputuote, jonka poistaminen elimistöstä on välttämätöntä, ettei syntyisi uremiaa eli virtsamyrkytystä. Virtsaa kerääntyy virtsarakkoon varastoon täyttövaiheessa, ja aika- ajoin tyhjennysvaiheessa se tyhjenee. (Leppäluoto ym. 2013, 262 - 263, 278 - 279.)

Lantionpohjan lihaksista virtsaamiseen vaikuttavat lantion alapohjan voimakas lihas- ja sidekudoslevy, joka sijaitsee naisella virtsaputken ja emättimen ympärillä ja miehellä virtsaputken ympärillä. (Leppäluoto ym. 2013, 119.) Virtsateissä vanhuuden tuomia muutoksia ovat kudosten veltostuminen ja limakalvojen surkastuminen ja miehillä eturauhasen suurentuminen (Tilvis ym. 2010, 42). Naisilla synnytykset ja ikääntymisen saattavat heikentää lantionpohjan lihaksistoa niin paljon, että virtsarakko, kohtu ja jopa peräsuolikin putoavat alemmas kuin normaalisti (Nienstedt 2014, 156). Virtsankarkailu on yleensä merkki suuremmasta ongelmasta, johon kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen liittyy. Kun ei enää pysty hallitsemaan kehonsa toimintaa, esiintyy rinnalla myös masennusta ja häpeää. (Räihä ym. 2006, 1487.)

Antidiureettisen hormonin erityis vähenee iän myötä ja tämän seurauksena yöllinen polyuria (runsas virtsaneritys) lisääntyy. Tämä saattaa altistaa nokturialle eli yönaikaiselle virtsaamisen tarpeelle ja virtsankarkailulle yöaikaan. (Nuotio & Tammela 2005, 397 - 398.) Virtsankarkailu edistää painehaavojen syntyä ja ahdistuneisuutta sekä lisää unihäiriöitä (Räihä ym. 2006, 1487). Vähentyvä estrogeenieritys vanhenevilla naisilla altistaa pakkovirtsankarkailuun ja virtsaamispakko-oireeseen (Nuotio & Tammela 2005, 397 - 398). Pakkovirtsankarkailu tarkoittaa virtsankarkailua äkillisen virtsaamispakon yhteydessä yhtä aikaa virtsaamispakko-oireen kanssa tai heti sen jälkeen. Virtsaa karkaa tällöin runsaasti ja rakkokin voi tyhjentyä kokonaan. (Käypä hoito suositus 2016.) Lantionpohjan lihakset heikkenevät ja virtsaputki lyhenee, jolloin sisäsuolijärjestelmän toiminnan heikentyminen edesauttaa ponnistusinkontinenssin syntyä (Nuotio & Tammela 2005, 397 - 398). Ponnistusvirtsankarkailussa virtsaa karkaa pieni määrä esimerkiksi jonkin ponnistuksen, kuten aivastuksen tai fyysisen rasituksen, yhteydessä (Käypä hoito suositus 2016). Miehillä rakon yliaktiivisuutta ja pakkoinkontinenssia esiintyy, kun alavirtsateiden rakenne muuttuu eturauhasen liikakasvusta johtuen. (Nuotio & Tammela 2005, 397 - 398). Mm. Alzheimerin taudin edetessä ensin ilmaantuu pakkoinkontinenssia ja siitä vähitellen täydellistä virtsan ja myöhemmin ulosteen pidätyskyvyttömyyttä (Hartikainen & Lönnroos 2008, 87).

2.9 Ruoansulatuselimistö ja ummetus

Nielemisrefleksi on kolmeen perättäiseen vaiheeseen jaettava autonominen refleksi. Ensimmäisessä vaiheessa ruoka siirtyy kohti nielua ja nielun kosketusreseptorien akti-

voituminen laukaisee varsinaisen refleksin. Seuraavaksi pehmeä suulaki liikkuu ylöspäin limakalvopaimujen taipuessa sisäänpäin toisiaan vasten hengityksen samalla pysähtyessä hetkellisesti samalla kurkunkannen peittäen kurkunpään ja äänihuulten sulkevan ääniraon. Tämä estää ruoan joutumisen ylempiin hengitysteihin ja sitä kautta henkitorveen. Kolmannessa vaiheessa peristalttinen aalto vie ruokamassan kohti mahalaukkuun. (Leppäluoto ym. 2013, 231.) Syljen erityys vähenee vanhuksella ja suun kuivuminen on normaali huolen aihe. Niellessä kurkunkansi ei toimi aina normaalisti peittäen henkitorven yläosan, vaan ruoka tai juoma voi aiheuttaa herkästi yskimistä joutuessaan henkitorveen. (Tilvis ym. 2010, 39 - 40.)

Ruoansulatusmekanismeihin kuuluvat ruoansulatuskanavan liiketoiminta eli motiliteetti, ruoansulatuskanavan ja siihen liittyvien rauhasien erityistoiminta eli sekreetio, ravintoaineiden pilkkoutuminen eli digestio ja ravintoaineiden imeytyminen ohutsuoletta eli absorptio. (Leppäluoto ym. 2008, 224, 226.) Vanhetessa mahalaukun ja suolen peristaltiikka hidastuu ja maha tyhjentyy hitaammin. Usealla yli 65-votiaalla mahalaukun seinämän rauhaset eivät enää eritä suolahappoa. Surkastuminen mahalaukun limakalvoissa yleistyy ja suolahapon erityksen puuttuminen voi vaikuttaa mahasuolikanavan immuunijärjestelmään ja bakteerikantaan. Tällöin myös ripulin esiintyminen on mahdollista. Kun mahalaukun limakalvojen surkastumisen vuoksi suolahapon erityys vähenee, voi suoliston bakteerifloora muuttua, taudinaiheuttajissa voi tapahtua ylikasvua ja vanhus voi saada ripulin. Suoliston nukka pienenee, ja imeytymiseen tarvittava pinta vähenee hieman. Suolen imeytymistoiminnan katsotaan säilyvän hyvin, vaikka mm. kolesterolin imeytyminen voi vähetä. (Tilvis ym. 2010, 40.) Perusaineenvaihdunta hidastuu lihasmassan pienenemisen myötä. Myös kehon vesipitoisuus ja solunsisäisten elektrolyyttien varastot iän myötä pienenevät ja näin ollen normaaliina seurauksena mahdollisuus neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöille lisääntyy. (Tilvis ym. 2010, 57.)

Ikääntymisen myötä ruoan maistamisen kannalta keskeiset aistit, maku- ja hajuaisti, heikkenevät sekä elimistön toimintajärjestelmän muutokset pienentävät nälän tunnetta. Ikääntynyt ei syökään välttämättä nälkäänsä, eikä ruoka maistu enää samalta sekä kylläiseksi tulemiseen tarvitsee vähemmän ruokaa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 212.) Vanhuksilla nälän- ja janontunteen vaimeneminen selittää osaltaan alitietoisuutta aliravitsemukselle ja nestetasapainon häiriöille. Myös ruokailun tuottama mielihyvän tunne

pienenee, ja siksi onkin tärkeää toistuvasti kehottaa vanhusta syömään ja juomaan varsinkin laitoshoidossa (Tilvis ym. 2010, 57, 59).

Iäkkään ravitsemushäiriöiden kaikkein yleisimpiä syitä ovat sairaudet sekä niiden hoidot. Energian tarvetta vähentää vuodelepo ja immobilisaatio. Ikääntyessä monet anatomiset ja fysiologiset muutokset altistavat ravitsemushäiriöille ja vaikeuttavat niiden korjaantumista (Tilvis ym. 2010, 56 - 57.) Ravitsemushäiriön taustalla voi olla myös huonot hampaat tai istumattomat proteesit, purentavoiman väheneminen, lääkkeet, eri sairaudet ja psykososiaaliset syyt (Kelo ym. 2015, 37).

Jopa 20 - 60 % laitosvanhuksista kärsii aliravitsemuksesta (Kelo ym. 2015, 37). Huono ravitsemus altistaa myös ongelmiin suolen toiminnassa. Normaalisti ulostaminen on säännöllistä ja vaivatonta ja tapahtuu muutaman kerran päivässä tai jopa vain kerran viikossa. Tähän normaaliin suolen toimintaan tulee muutoksia useiden seikkojen myötä. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 289.)

Ummetus on yleisempää iäkkäillä, ja siihen vaikuttavat mm. liikkumisen vähentyminen, nesteensaannin vähyys, vähäinen kuitupitoisuus ruoassa sekä monet lääkkeet ja sairaudet. Juuri liikkumisen vähyys iäkkäiden parissa kasvattaa ummetuksen mahdollisuutta, ja sitä onkin noin kahdeksalla vanhuksella kymmenestä. (Terveyskirjasto 2016.) Ummetus voi osaltaan aiheuttaa virtsarakon tyhjenemisvaikeuksia sekä virtsaumpea ulostetäytteen peräsuolen painaessa rakkoa estäen rakon tyhjenemisen (Hartikainen & Lönnroos 2008, 167, 175.)

Immobilisaatiosta johtuen voi vuodepotilaalla esiintyä hyvinkin hankalaa ummetusta, koprostaasia, jolloin runsaita kovia ulostemassoja kertyy myös paksusuolen alueelle. Oirekuvana on tällöin ohivuotoripuli, johon voi liittyä myös ulosteinkontinenssia. Hoitona on tällöin suolen tyhjentäminen tarpeen mukaan vesiperäruiskein ja uusimisen ehkäisyksi ummetuksen estohoito elintapamuutoksin sekä ulostuslääkkein. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 167, 175.) Koprostaasiin voi liittyä myös komplikaatioita, kuten paksusuolen ja sigmasuolen kiertymää (Tilvis ym. 2010, 201).

2.10 Sekavuus ja masennus

Kun vanhenemiseen tavallisesti liittyy toimintakyvyn laskua luultavimminkin kaikilla toimintakykyalueilla, muutoksien ymmärtämiseen tarvitaan mielen voimavaroja. Vanhuksen kyky sopeutua vanhuuden mukanaan tuomiin toimintakyvyn muutoksiin on tärkeää onnistuneen vanhenemisen kannalta. Tämä tarkoittaa sitä että, vanhus pyrkii sopeutumaan ja hyväksymään vallitsevan tilanteen, ellei sen muuttaminen ole enää mahdollista. Vanhuksen mielenterveyden kannalta on tärkeää, kuinka hyvin vanhus pystyy korvaamaan heikentynyttä toimintakykyään. Yhtenä tärkeänä mielenterveyteen vaikuttavana tekijänä on vanhuksen kunnioittava ja arvostava kohtaaminen sekä yksilö- että yhteiskunnallisella tasolla. (Kelo ym. 2015, 108 - 110.)

Immobilisaatio vaikuttaa myös ihmisen vireystilaan ja on omalta osaltaan syyllinen masentuneisuuteen ja sekavuuteen. Tällöin tärkeää on turvallinen ja myötäelävä ilma-
piiri. (Tilvis ym 2010, 163.) Yleisimpiä vanhuksen äkillisen sekavuustilan syytä ovat infektiot, varsinkin virtsatietulehdus tai keuhkokuume, jotka saattavat vanhuksella olla vähäoireisia ja kuumeettomia (Hartikainen & Lönnroos 2008, 71). Sekavuustilan aikana vanhusta kannattaa puhutella omalla nimellä. Rauhallinen ja ystävällinen puheensävy on tärkeä lähestymistapa sekä varmat, mutta rauhalliset työotteet ovat eduksi. (Hartikainen & Lönnroos 2016.) Vanhuksen itsetunnon tukeminen ja ahdistavien asioiden tukea antava käsittely on ensisijaista menneen elämän tarkastelussa. Ajan-
kohtaisiin asioihin on kuitenkin keskityttävä sekä vanhuksen jäljellä olevan toiminta-
kyvyn tukemiseen ja parantamiseen. Mahdollisten perheenjäsenten mukaanotto ma-
sennuksen hoidon suunnitteluun on luonnollista. (Tilvis ym 2010, 163.)

2.11 Painehaavat

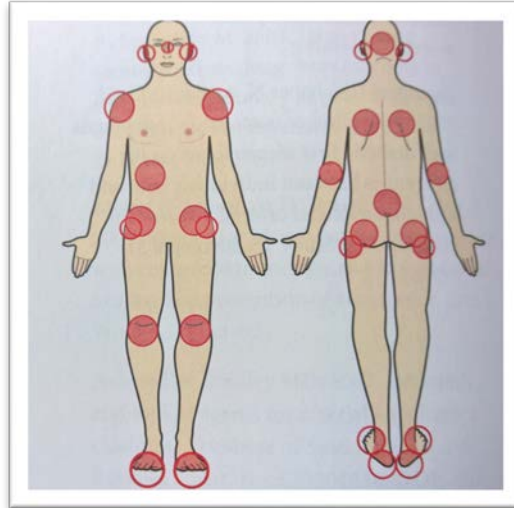
Painehaavojen eli decubitusten (kuva 3) ehkäisyssä ensisijaisen tärkeää on ymmärrys siitä, että akuutti sairastuminen tai liikuntakyvyn rajoittuminen nostaa hyvinkin nopeasti painehaavan riskiä. Suomalaisessa tuoreessa selvityksessä painehaavoja esiintyi akuuttihoidossa 13 %:lla, pitkäaikaishoidossa 16,5 %:lla sekä tehostetussa kotihoidossa 22,5 %:lla potilaista. (Soppi 2014.) Vanhuksen altistaminen painehaavoille kuuluu kaltoinkohtelun määritelmään tai ainakin huonoihin hoitokäytäntöihin, kuten myös

esimerkiksi ulkoilun laiminlyöminen ja märissä vaipoissa makuuttaminenkin (Tilvis ym. 2010, 408).

Vanhuksella iho ohenee ja haurastuu orvaskeden solumäärän vähetessä sekä siihen voi ilmaantua hyvälaatuisia kasvaimia. Orvaskeden tyviosassa ja myös verinahkan puolella sijaitsevien melanosyyttien (pigmenttisolun) määrä pienenee, ja paikoitellen ne voivat kadota kokonaan. Ihon verisuonten kollageenipitoisuus vähenee, ja verisuonet repeilevät herkemmin kolhuissa, jolloin ihonalaiset verenpurkaukset ovat tavallisia. Ihon hermopäätteiden määrä vähenee vanhetessa, joka näkyy esim. sormien tunnon heikkenemisenä. Ihon oheneminen vanhetessa näkyy myös vapaiden hermopäätteiden herkempänä ärtyvyytenä (Tilvis ym. 2010, 26 - 28.)

Ikääntymiseen liittyen sairastuvuus lisääntyy sekä liikkuminen ja vitaalitoiminnot heikkenevät, joten painehaavoista 70 % syntyy yli 65-vuotiaille. Iäkkään iho on ohuempaa, vähemmän elastista sekä hauraampaa kuin nuoren ihmisen iho. Tämän vuoksi paine, kitka ja hankaus aiheuttavat ikääntyneillä normaalia helpommin ihon vaurioitumista. Luultavasti myös ihonalaiset syvät kudokset kestävät iäkkäällä huommin hapenpuutetta sekä mekaanista kuormitusta. Ikääntyneillä kudokset eivät enää muutu alkuperäistä vastaavaksi eli regeneroidu, vaan vaurioitunut kudos korvautuu alkuperäistä heikommalla kudoksella eli arpikudoksella. Ihon vanhetessa ihossa tapahtuu useita muutoksia, joista keskeisimpiä ovat epidermisen ja dermiksen ohentuminen ja solujen määrän sekä tehokkuuden pieneneminen. Nämä aiheuttavat ihon haurastumista, haavariskin lisääntymistä sekä haavojen paranemisen vaikeutumista. (Juutilainen & Hietanen 2013, 41 - 42, 304.) Solujen tehokkuuteen vaikuttaa verenkierron mukanaan kuljettama ravintoaineiden ja hapen määrä (Leppäluoto ym. 2008, 145). Tämä kuljetus on vuodepotilaana olevilla vanhuksilla heikentynyt.

Painehaavojen syntyyn vaikuttaa vaurion taustalla oleva paine, ihon venyminen ja hankaus. Painehaava eli decubitus syntyy, kun alustaa vasten puristuksiin jäänyt iho ja luun välisen kudoksen verenkierto estyy. Verenkierron estyessä kudosalue puuttuu ja kipeytyy aloittaen kudostuhon ja näin syntyy kudoskuolio. (Anttila ym. 2015, 288.)



KUVA 3. Vartalon luu-ulokekohdat eli herkät painehaava-alueet (Juutilainen & Hietanen 2013, 300)

Yli puolet painehaavoista (kuva 3) kohdistuu lantion alueelle ristiluun eli sacrumin, istuinkyhmyjen kohdalle sekä lonkkien sivuilla ison sarvennoisen alueelle. Noin kolmannes painehaavoista sijaitsee jaloissa, etenkin kantapäissä. (Juutilainen & Hietanen 2013, 301.)

Kriittinen kudoksen vaurion syntymisen aika voi vaihdella aina 30 minuutista noin neljään tuntiin asti. Pitkittynyt hapenpuute on kudoksen vaurion synnyn ratkaisevin tekijä. Ihon pitkittynyt kosteus (hikoilu, virtsa tai uloste ja haavaeritteet) ja hiostavat asusteet, haavasidokset sekä patja- ja vuodemateriaalit altistavat myös haavautumille ja infektioille sekä lisäävät kitkaa herkistämällä ihon vaurioitumiselle. Immobilisaation lisäksi myös ravitsemushäiriö, ruumiinlämmön lasku, vanhuus sekä huonot paikalliset kudokset altistavat painehaavoille (Juutilainen & Hietanen 2013, 303 - 304).

Painehaavojen ehkäisyssä tärkeää on haavariskin arviointi, ihon kunnon tarkkaileminen, ravitsemuksen arviointi ja hoito sekä erikoisapuvälineet ja asentohoito (Juutilainen & Hietanen 2013, 312) sekä oikeanlaisen makuualustan valinta ja asentohoidosta tehty kirjattu toteutussuunnitelma (Soppi, 2014). Paineen keventämisellä ja poistamisella on suurin merkitys painehaavojen ehkäisyssä. Sopivat tukipinnat eli patjat, istuinalustat ja kevennystyynyt, apuvälineet sekä asennonvaihdot ovat sopivia hoitomenetelmiä painehaavojen ehkäisyssä. (Juutilainen & Hietanen 2013, 312.)

Proteiininpuutos altistaa vanhuksen infektioille, heikentää elimistön immuunipuolustusjärjestelmää ja hidastaa toipumista. Tämä korostuu varsinkin painehaavojen kohdalla, koska proteiini huolehtii kudosten uusiutumisesta. Toipuminen painehaavoista on huomattavasti nopeampaa, jos vitamiinien ja kivennäisaineiden saantia lisätään ravintolisillä (Kelo ym. 2015, 35, 37). Painehaavapotilailla on myös todettu olevan yleisesti sinkin ja C-vitamiinin vajausta (Juutilainen & Hietanen, 2013, 304).

3 VUODEPOTILAAN ASENTOHOITO

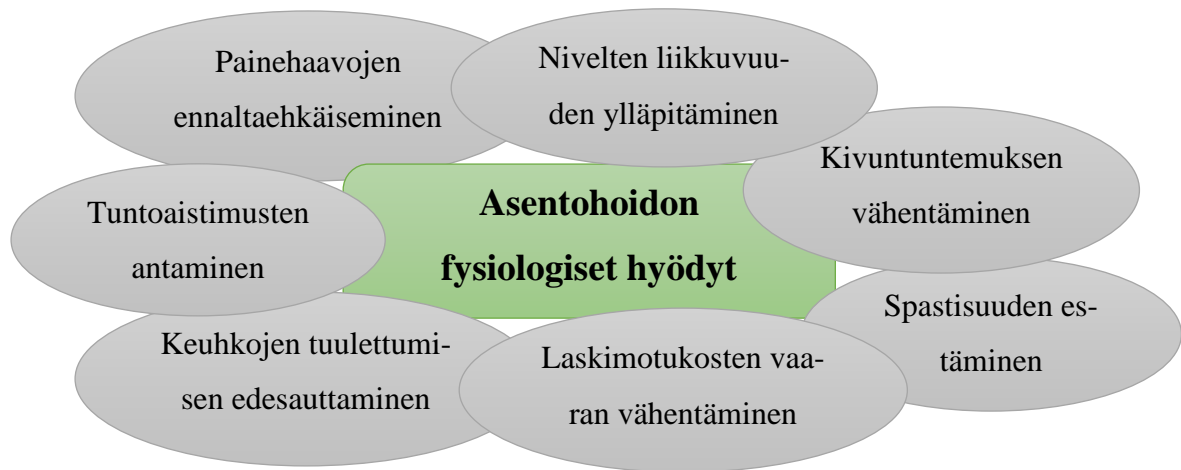
Liikuntakyvytön ei pysty vaihtamaan asentoaan vuoteessa kuten terve ihminen. Normaalisti asentoa vaihdetaan useita kertoja nukkuessa. Asentohoidon periaatteena on poistaa tai vähentää liikkumatonta vuodepotilasta uhkaavia komplikaatioita, joihin lukeutuvat painehaavat, syvät laskimotukokset, keuhkoembolia ja keuhkokuume, (Rautava-Nurmi 2012, 173) ja pyrkiä samalla säilyttämään se vähäinenkin jäljellä oleva toimintakyky. (Kuva 4.) Säännöllisen asentohoidon tärkeys korostuu, jos vuodepotilas ei itse ollenkaan kykene vaihtamaan asentoaan (Anttila ym. 2015, 321). Mm. Alzheimerin tautia sairastavasta tulee vuodepotilas keskimäärin 5 - 8 vuoden kuluttua ensimmäisten Alzheimerin taudin oireiden alkamisesta kävelykyvyn hävitessä. Tätä voidaan kuitenkin monesti estää pitämällä huolta säännöllisestä kävelystä ja kävelyttämisestä, venyttelystä sekä liikeratojen ylläpitämisestä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 87.)

Periaatteena asentohoidossa on hyvä ryhti, jolloin kiertymiä ei ole selkärangassa, hartioissa eikä lantiassa. Tässä apuna käytetään erityyppisiä asentohoitoon tarkoitettuja kiiloja ja tyynyjä. Jos vanhus oleilee pitkään vuodelevossa, se aiheuttaa tahdosta riippumattoman lihasjänteyden ja huimauksen vuoksi myös pelkoa mm. istuma-asentoon nousua kohtaan. Tätä voidaan ehkäistä tarpeeksi usein tehdyllä asentohoidolla. Vuodepotilas saa myös oikein toteutetun asentohoidon kautta aistituntemuksia erilaisista asennoista. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 173.) Asentohoidon toteuttamisessa on myös tärkeää riittävän usein suoritettava asentojen vaihto varsinkin, jos vanhuksella on suuri riski saada painehaava, sekä se, että siirtotekniikka ei ole hankaava. (Anttila ym. 2015, 288, 290).

Hyvällä asentohoidolla on myös kivuntuntemuksia vähentävä vaikutus. Asentohoito vähentää kipureseptoreihin suuntautuvaa ärsytystä ja edistää verenkiertoa. Täysin vuoteeseen hoidettavan ikääntyneen raajojen liikeradat olisi käytävä läpi ja lihaksia tulisi venyttää erilaisilla liikkeillä, jotta voidaan ehkäistä virheasennot ja kiputilat. (Kelo ym. 2015, 58.) Vuodepotilaan asentohoidolla vaikutetaan myös liman irtoamiseen keuhkoista, autetaan hapen ottoa ja sen kulkua kudoksiin ja vähennetään keuhkojen ilmattomuutta eli atelektaasia (Rautava-Nurmi ym. 2012, 324). (Kuva 4.)

Liikehoitoa voidaan suorittaa passiivisilla, avustetuilla, aktiivisilla tai vastustetuilla liikeharjoituksilla (Kari ym. 2015, 198). Näiden liikeharjoitusten tekemisestä huolehtii joko hoitaja tai fysioterapeutti. Tällä autetaan nivelien liikkuvuutta ja lihasten joustavuutta, rentoutetaan vuodepotilasta ja helpotetaan kipua. Liikeharjoituksia on tarkoitus tehdä niille raajoille ja nivelille, joita pystytään vielä liikuttelemaan. Liikkeitä voi sijoittaa säännöllisin väliajoin mm. pesujen tai vuoteensijauksen yhteyteen. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 171.) Kun vanhus on huonokuntoinen tai hänen lihasvoimansa on heikkoa eikä hän itse kykene liikuttamaan jäseniään, käytetään passiivisia liikeharjoituksia. Tällöin vanhus on muuten aktiivinen hoitajan joko aloittaessa tai lopettaessa liikkeen ja ohjattaessa vanhuksen suoritusta. Vastustettuihin liikeharjoituksiin otetaan mukaan erilaiset painot harjoituksen tehostamiseen. (Kari ym. 2015, 198.)

Asentohoitoa tehdessä kannattaa huomioida mm. vanhuksen jäykistyminen ja muut yksilölliset ominaisuudet. Kuvien noudattaminen ei voi näiden ominaisuuksien mukaan olla kirjaimellista, vaan asettelua täytyy voida pystyä muokkaamaan jokaiselle vanhukselle sopivaksi. Kuvat ovat perustana hyvälle asentohoidolle. Hyvä on myös huomioida se, että vanhusta ei jätetä valvomatta sellaiseen asentoon, jota kokeillaan ensimmäisiä kertoja. Tällainen asento on esimerkiksi päinmakuu ja psoas-asento, joita harvemmin käytetään. Tietyissä tilanteissa ovi on hyvä jättää avoimeksi, jotta ohimennen voidaan varmistaa vanhuksen olotila. Avoin ovi voi toimia samalla muistutuksena asentohoidon käynnissä olosta.

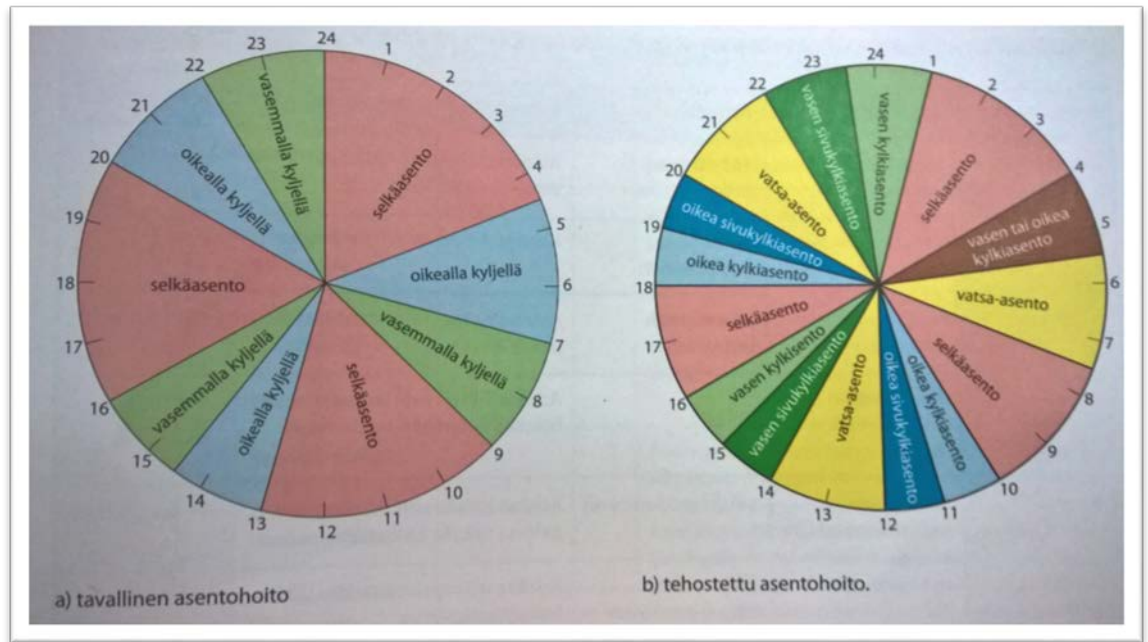


KUVA 4. Asentohoidosta saatavat fysiologiset hyödyt

Vanhuksen asentohoitoa aloitettaessa on kerrottava, mitä kulloinkin tehdään, jotta vanhus ei koe oloaan turvattomaksi (Rautava-Nurmi 2012, 173). Jos vanhuksella on vielä omia voimavaroja jäljellä, niitä kannattaa hyödyntää aktiivoimalla häntä osallistumaan. Sanallisen ohjeistuksen lisäksi kannattaa ottaa avuksi kosketus ja liike. Sivelemällä vanhuksen siirrettävää kohtaa, hän saa paremman käsityksen, mitä tulee tapahtumaan. (Tamminen-Peter & Wickström 2014, 83.)

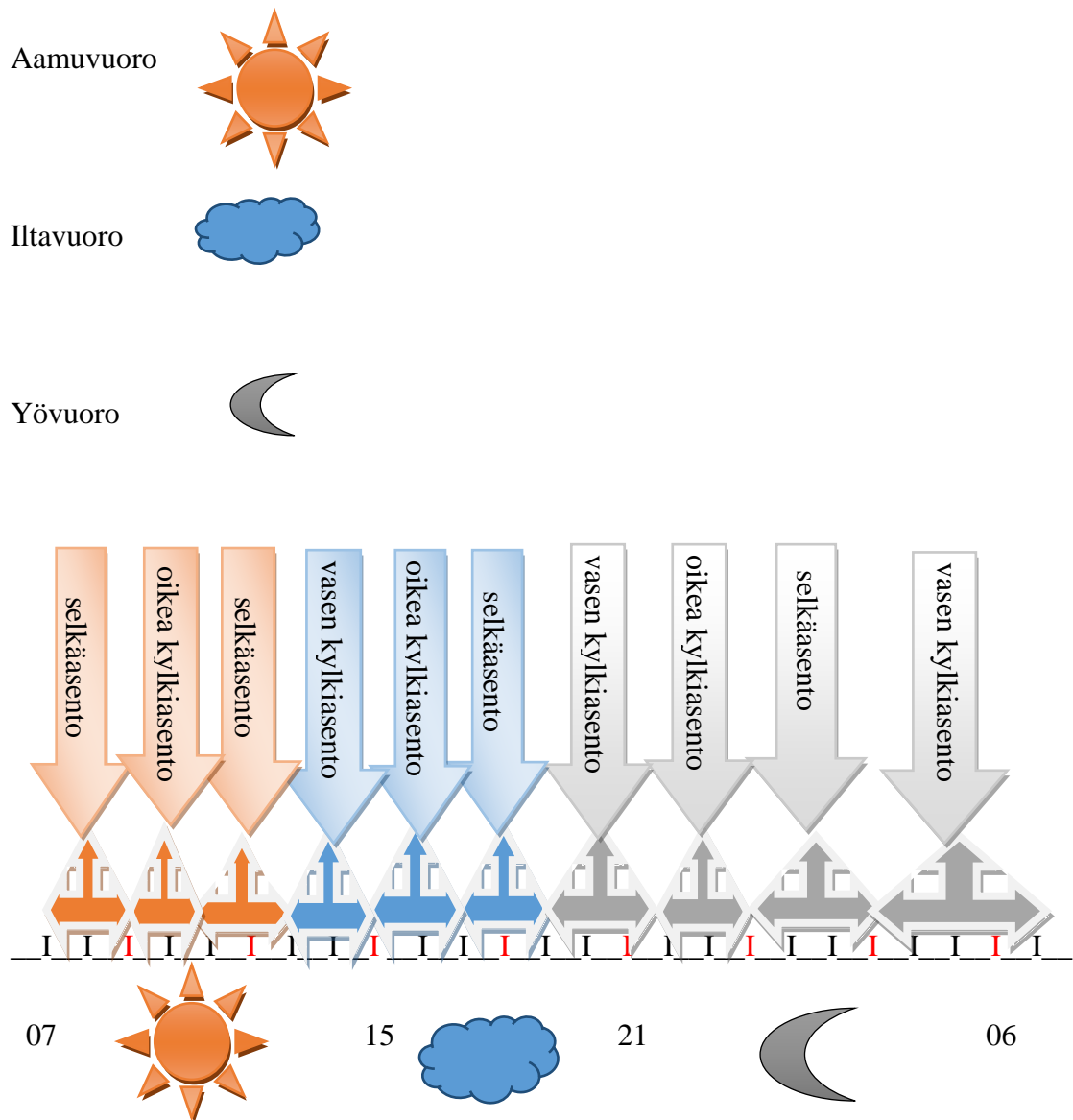
Asentojen vaihteluväliksi on päivisin järkevää olla 2 - 4 tuntia ja yöllä väli voi olla pidempi. Tehostetuksi asentohoidoksi kutsutaan asennon vaihtoa 1 - 2 tunnin välein. Kääntämiskello (kuva 5) on hyvä muistiapu. (Anttila ym. 2015, 321.) Asiantuntijat suosittelevat aikavälejä omiin työssään saamiinsa kokemuksiin perustuen (Juutilainen & Hietanen 2013, 319).

Asennonvaihtojen aikavälit ovat yksilöllisiä. Turvallisia aikarajoja ei ole, vaan alttius mm. saada painehaava on yksilöllistä. Ihon punoituksen seuranta asennonmuutosten yhteydessä on tärkeää. Asentomuutosten välisen ajan arviointi jokaisen kohdalla on toteutettava yksilöllisesti. Keskimääräisenä ohjeistuksena on suositus, että vuodepotilaan asentoa tulisi vaihtaa 1 - 2 tunnin välein, ellei painetta keventäviä apuvälineitä ole saatavana. Asentoa muutettaessa tulee myös huomioida, etteivät mahdolliset katetrit tai letkut jää puristuksiin aiheuttamaan painevauriota. (Juutilainen & Hietanen, 2013, 319.) Aina kannattaa varmistaa myös taitokset vaatteissa ja vuodevaatteissa, jotta ne eivät aiheuta painaumuksia.



KUVA 5. Kääntämiskello muistiavuksi (Anttila ym. 2015, 321)

Asennonvaihtojana Palvelukeskus Ruskahovin henkilökunnan avuksi on kuvassa 6. Asennonvaihtojanan suunnittelussa on apuna ollut työvuorojen ja ruokailujen jakotus. Ajat ovat noin- aikoja, yksilöllisesti ja tarpeen mukaan voi aikoja myös tihentää tai keventää. Esimerkiksi jos vanhus virtsaa paljon yöaikaan nimenomaan alkuyöstä, voi asento olla ensin selkääsento ja sitten kuivituksen jälkeen kylkiäsennot tai sitten päinvastoin. Jokaisen vanhuksen kohdalla on hyvä huomioida vanhuksen omat tarpeet ja toiminnot sekä näistä kannattaa keskustella ja jakaa tietoa hoitajien välillä, jotta saadaan jokaiselle vanhukselle mahdollisimmat mukavat oltavat vuoteessa.



KUVA 6. Asentohoitojana Palvelukeskus Ruskahovin hoitohenkilöstön avuksi

3.1 Asentohoito hoitajan näkökulmasta

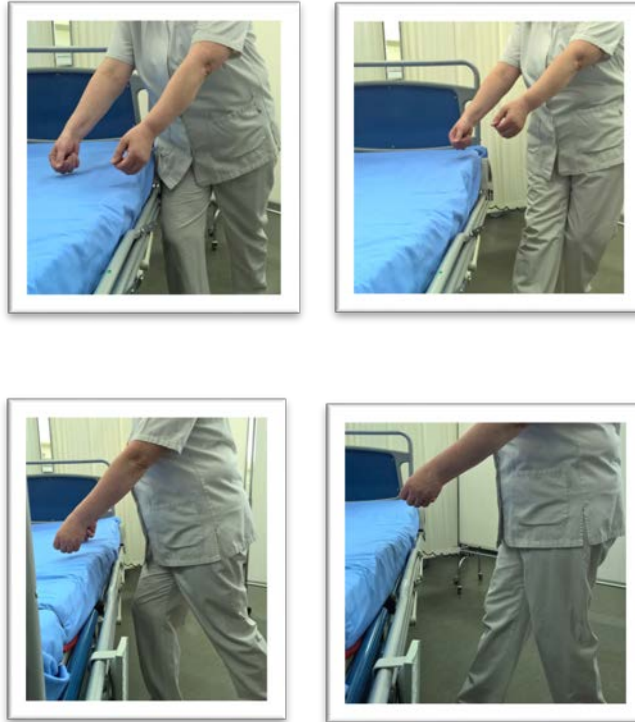
Myös hoitajien omaan ergonomiaan tulee kiinnittää huomiota asentohoitoa tehdessä (Iivanainen & Syväoja 2013, 362). Ergonomia on osa vanhuksen kokonaisuhoitoa sekä hoitajan omaa työturvallisuutta. Vuoteeseen hoidettavan vanhuksen hoitotyössä vuoteen säätämisominaisuudet ovat tärkeitä hoitajankin ergonomisen työskentelyn kannalta. Asentohoitotilanne kannattaa käydä läpi ennen varsinaista tilannetta ja poistaa tiellä olevat kalusteet ja kerätä apuvälineet valmiiksi. Vuodepotilaan asentohoidossa olisi hyvä olla kaksi hoitajaa, jotka hyödyntävät työssään liike-energiaa ja painonsiirtoa. (Tamminen-Peter & Wickström 2014, 31, 82 - 83, 130.) Vuodepotilaan asento-

hoito aloitetaan aina nostamalla vuode hoitohenkilökunnalle ergonomisesti oikealle tasolle (kuva 7) ja säätämällä vuode vaakatasoon (Anttila ym. 2015, 31).



KUVA 7. Vuoteen säätö oikeaan työskentelykorkeuteen

Oman kehon hallinta on ensisijaisen tärkeää potilassiirroissa ja asentohoidossa. Keho on hoitajan työväline, ja siitä kannattaa pitää huolta. Kehon hallinta ja huolto mahdollistavat turvallista työskentelyä avustamistilanteissa. Kun kyseessä on passiivinen vanhus, pystytään oikealla tekniikalla voiman sijaan päästä parempaan lopputulokseen. Oikeaa tapaa käyttämällä voiman määrä jopa puolittuu. Hoitaja käyttää koko kehoaan ja liikkuu itse liikkeen mukana, joutaen polvista, pitäen selän suorana ja painon jalkojen päällä (kuva 8). (Tamminen-Peter & Wickström 2014, 54-55.)



KUVA 8. Hoitajan painonsiirrot

Vanhuksen liikuttelussa käytetään liu'uttamista ja rullaamista nostojen sijaan. Näin hoitajien kuormitus vähenee. Vanhusta vältetään ottamasta kainaloista ja vaatteista kiinni ja sen sijaan käytetään nosto- ja liukulakanaa apuna. Esimerkiksi olkapäästä tehtävää laahaavaa nostoa tulisi välttää, jottei vanhukselle aiheudu mahdollisesti pehmytkudosvauriota olkapään alueelle. (Työterveyslaitos 2016.) Oikeiden avustustapojen käyttö on siis turvallista ja miellyttävää sekä potilaille että hoitohenkilökunnalle. Niiden oikeatoiminen käyttö edistää sekä potilaan hoidollisia tavoitteita että hoitohenkilökunnan hyvinvointia. (Tamminen-Peter ym. 2011, 17.)

Vanhuksen aktivointi siirroissa tuo myös hyvän olon tunnetta vanhukselle, koska hän pystyy vielä itse osallistumaan hoitotoimenpiteisiinsä edes vähän. Samoin vuoteesta välillä poistuminen antaa vanhukselle sisältöä päiviin. (Hippala 2000, 28). Tuukkasen (2013, 14) opinnäytetyön tulosten mukaan kuntouttava työote eli psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn huomioiminen keventää myös hoitajien työtä ja auttaa heitä jaksamaan paremmin työssään.

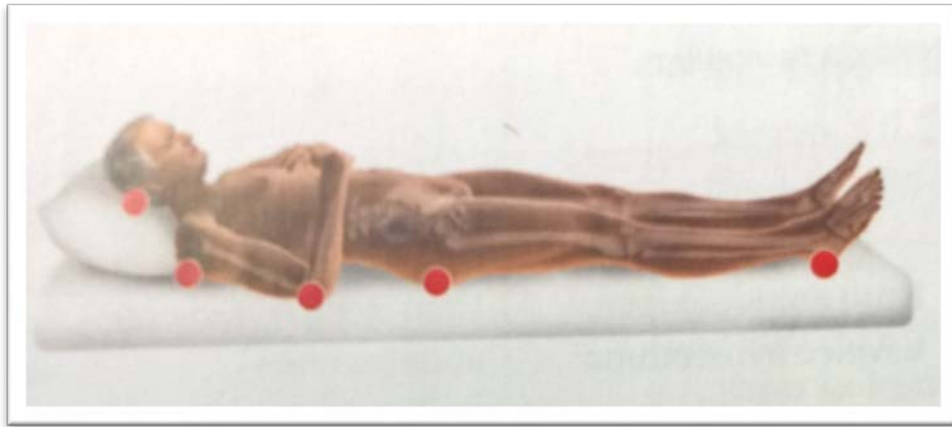
3.2 Selkäasento

Tavallisin asento vuodepotilaalla on selkäasento (kuva 10). Verenkierto- ja hengitys-ongelmia omaavalle vanhukselle se ei kuitenkaan ole soveliaain asento, koska sydänlihaskas saattaa rasittua, eikä rintakehä pääse laajenemaan vapaasti vatsan alueen painaessa keuhkoja ja palleaa. Selkäasentoon avustettaessa on huomioitava jo lyhytaikaisenkin selkäasennon aiheuttavan painaumuksia takaraivoon, lapaluille, kyynärpäiden ja ristiluun alueille sekä kantapäihin (kuva 9). Myös tajunnantason vaihteluista kärsiville vanhuksille selkäasento ei pitkään käytettynä sovi, sillä se lisää aivoverenkierron määrää ja aiheuttaa aivopaineen nousua. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 174, 328, 371.)

Selkäasennossa niskan kolmiota tuetaan nostamalla tyynyn alakulmia niin, että kaula tukeutuu molemmin puolin (Anttila 2015, 319). Kaularangan muoto ei säily, jos tyynyn asettaa hartioiden alle (Iivanainen & Syväoja 2013, 115). Käsivarret asetetaan irti vartalosta ja kyynärtaipeet suoristetaan ja koukistetaan vuorotellen tyynyihin tuettuina alaraajojen ollessa suorana erillään toisistaan. Jalat voi pitää erillään tyynyjen avulla (kuva 12). Verenkierron vilkastumisen lisäämiseksi niitä koukistetaan polvista, lyhyiksi ajoiksi kerrallaan. Polvien alle voi asettaa pienet tyynyt, jotta mahdollinen jalkojen kireys ei aiheuta kiputuntemusta. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 174.) (Kuva 11.) Polvien alle laitettavan tyynyn tulee olla mahdollisimman matala, jotta polvinivelet eivät ojennu liikaa (Iivanainen & Syväoja 2013, 115). Kiilatyynyjen avulla reisien ulkoreunoilla ehkäistään alaraajojen ulkokiertoa (kuva 11), ja kantapää pidetään ilmassa tuen, esimerkiksi tyynyjen, avulla. Jalkaterää voi tukea aika ajoin suoraan kulmaan mm. tyynyn avulla, jotta nilkka ei yliojennu. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 174.) (kuva 13.)

Jo lyhytaikainen selinmakuu saattaa aiheuttaa painaumuksia iholle, jolloin takaraivo, lapaluut, kyynärpäät, ristiluu eli sacrum ja kantapää tulee hyvin suojata (Iivanainen & Kallio, 2011). Varsinkin sacrumin alueen aktiivinen tarkkailu, puhtaanapito ja rasvaaminen ovat hoitotyöntekijöille tärkeä toiminto, sillä juuri tälle alueelle tulee herkästi punoituksien myötä ihovaurioita. Kantapäiden alle voi asettaa esimerkiksi vedellä täytetyt kertakäyttökäsineet (Iivanainen & Syväoja 2013, 15). Selinmakuulla on myös todettu olevan spastisuutta lisäävä vaikutus (Iivanainen & Kallio, 2011). Kääntyminen

ja istumaan nousu voivat tämän seurauksena vaikeutua. Selinmakuuasentoa käytettäessä on asennon symmetrisyydestä tärkeä huolehtia. (Aivoliitto 2011, 10.)



KUVA 9. Painehaava-alueet selkäasennossa (Anttila ym. 2015, 290)



KUVA 10. Perusselkäasento



KUVA 11. Tuettu selkäasento



KUVA 12. Alaraajojen erottaminen asentohoitotyynyn avulla (Respecta)



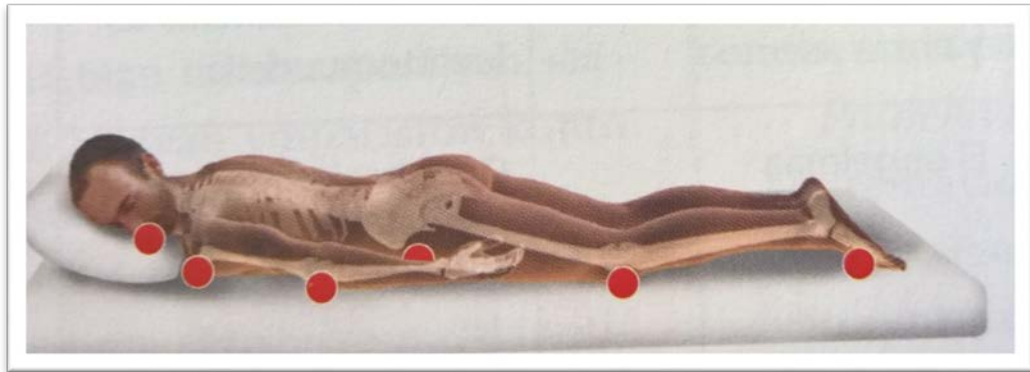
KUVA 13. Jalkaterän tukeminen

3.3 Päänmakuu

Päänmakuu (kuva 14) on sopiva asento esimerkiksi halvauksesta ja hengitysvajauksesta kärsivälle (Iivanainen & Syväoja 2013, 116). Vanhukselle asento on hyvä, koska nivelet sekä muu keho koukistuvat ihmisen vanhetessa. Jokin vanhuksella oleva vamma, kuten amputaatio ala-raajassa, voi myös lisätä alaraajan tyngän koukistumista virheelliseen asentoon. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 90.) Tämän vuoksi asento sopii hyvin juuri tyngän koukistumisen estämiseksi (Kari ym. 2015, 196). Samalla, kun asento ehkäisee lonkaniveliön koukistumista, se aktivoi myös selän lihaksia. Jos vanhus ei ole aiemmin oleillut päänmakuulla, asento voi olla aluksi epämukava. Asentoa laitettaessa varmistetaan aina mukava asento. Pää käännetään sivulle ja sen alle voidaan laittaa litteä tyyny ehkäisemään keuhkoja painumasta. (Kuva 15.) Jos vatsan alle laitetaan tyyny, varmistetaan, että vanhuksen hengitys on helppoa. Nilkkojen alle asetetaan myös tyyny ehkäisemään yliojentumista. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 174 - 175.)

Suuri vatsanseutu tai kookkaat rinnat voivat olla esteenä päänmakuuasennolle (Iivanainen & Kallio, 2011). Vanhuksilla myös sydämen toiminnan vaikeutta voi ilmentyä päänmakuulla ollessa (Kähäri-Wiik 2007, 90). Vatsallaan maaten hengitys tapahtuu

enemmän keuhkojen sivu- ja takaosilla eikä hengitys saa apua painovoimasta (Kukkonen & Piirainen 1990, 41).



KUVA 14. Painehaavoille herkät alueet päänmakuussa (Anttila ym. 2015, 290)



KUVA 15. Päänmakuu

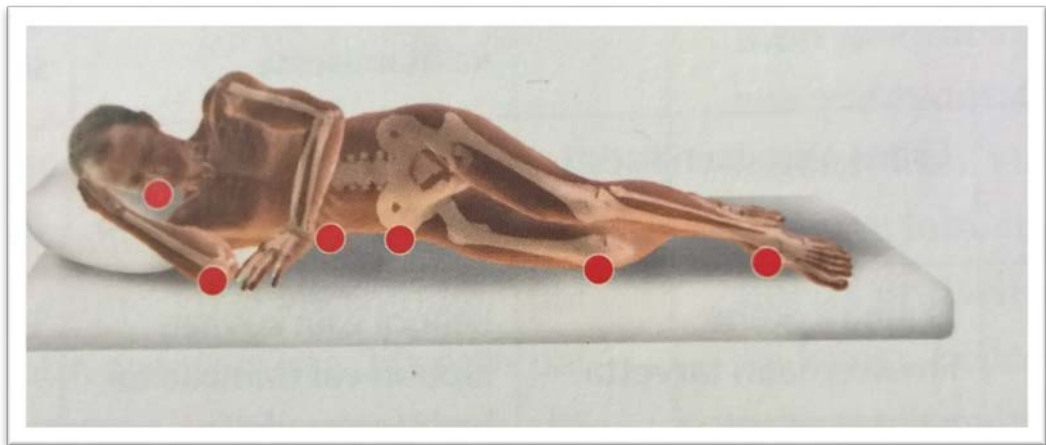
3.4 Kylkiasento

Kylkiasento on käytetyin toispuolihalvaantuneilla ja liikuntakyvyttömillä iäkkäillä. Nivelten täytyy olla oikeissa asennoissa ja autettavalla rento olo. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 175.) Kylkiasennossa kehon toinen puoli lepää sekä keho kuormittuu erilailla. Asento on sopiva selkärangalle. (Iivanainen & Syväoja 2013, 116.)

Toispuolihalvaantuneelle tulee kylkiasentoa käyttää molemmin puolin, myös halvaantuneella kyljellä (Kari ym. 2015, 197). Halvaantuneen puolen kylkiasennon aiheuttama kuormitus aktivoi aivojen kuorikerrosta ylläpitämään toimintaa halvaantuneella puolella. Kylkiasennolla ehkäistään myös halvaantuneen puolen lonkan kiertymistä

ulospäin sekä olkapään kiertymistä sisäänpäin. (Iivanainen & Syväoja 2013, 116.) Halvaantuneen puolen olkapään asento tulee aina huomioida tuntopuutosten tai havainnointihäiriöiden vuoksi (Laine 2014). Halvaantuneella kyljellä maataessa ylävartalon ja alavartalon tulee olla kiertyneenä toisiinsa nähden (Aivoliitto 2011, 10). Kylkiasennossa tyynyn reunat asetetaan niin, että ne tukevat molemmin puolin kaulaa sekä kasvojen puolelta, että takaa (Anttila ym. 2015, 319). Spastisuudesta kärsivälle suositeltavin asento on kylkiasento, johon spastinen vanhus asetellaan tyynyjen avulla huolellisesti (Aivoliitto 2011, 10).

Vuodepotilaan 90 asteen kylkiasennon (kuva 18) välttäminen pitkäaikaisesti on tärkeää, koska uhkana on silloin mm. lonkkaseudun painehaavan riski (kuva 16). Asennon toteuttaminen kallistettuna taaksepäin tyynyjen tai säädettävän vuoteen avulla 30 asteen kulmaan on ihanteellinen, koska silloin paine jakautuu mahdollisimman laajalle lantion alueella. (Juutilainen & Hietanen 2013, 319.) (Kuva 17.) Kylkiasento on myös hyvä asento hengenahdistuksesta ja runsaasta limanerityksestä kärsivälle vanhukselle (Tilvis ym. 2010, 472).



KUVA 16. Painehaavaherkät alueet kylkiasennossa (Anttila ym. 2015, 290)



KUVA 17. Kylkiasento



KUVA 18. 90 - asteen kylkiasento lyhytaikaiseen käyttöön

Sivukylkiasennossa alempi jalka on suorana ja päällä oleva koukussa tyynyn päällä, päällimmäinen käsi kyljen päällä tai tyynyllä ja alempi sivulle asetettuna. Kylkiasentoa vaihdetaan puolelta toiselle. Huomioidaan olkapäiden, lonkkaluun ja kehräsluun kohdat mahdollisten painaumien vuoksi. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 175.) Tuetussa kylkiasennossa tulee olla rentona sekä nivelten oikeassa asennossa (Iivanainen & Kallio, 2011). (Kuva 19.)



KUVA 19. Sivukylkiasento

3.5 Kohoasento

Kohoasennolla on hengitykseen, verenkiertoon ja tasapainoainin säilymiseen edullinen vaikutus (Iivanainen & Kallio, 2011). Kohoasentoon iäkäs autetaan, jos hänen tilansa sen sallii. Lievässä kohoasennossa vuoteen yläpäätä nostetaan 30-40 astetta, jolloin vanhuksen on hyvä mm. lukea ja seurustella. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 174.) Myös hoitotoimenpiteet, kuten hampaiden pesu sekä normaalit päivittäiset toiminnot kuten virtsaaminen ja ulostaminen on helpompaa suorittaa vuodepotilaalle istumasennossa (Iivanainen & Kallio, 2011.) (Kuva 20.) Kantapäihin kohdistuvan paineen poistaminen on tärkeää. Lievä kohoasento on riittävä kantapäiden ollessa irti alustasta. Keventävä tyyny on asetettava koko säären pituudelle pohkeiden alle niin, että paine ei tule akillesjänteen päälle eivätkä polvet ole yliojennuksessa. (Juutilainen & Hietanen, 2013, 319.)

Pitkäaikaisen istuvan ja etenkin puoli-istuvan asennon välttäminen on tärkeää, koska paine ja venyminen kohdistuvat pakaroiden ja ristiluun seutuun vartalon valuessa jalkopäätä kohti (Juutilainen & Hietanen, 2013, 319). Sängyn taittaminen polvitaiteiden kohdalta selkäosan noston lisäksi estää kehon valumisen sekä kudosten venymisen (Juutilainen & Hietanen 2013, 319) eli vuoteeseen hoidettaville potilaille olisi tärkeää olla kolmipistesänky käytössä aina kun mahdollista. Verenkierto-ongelmista kärsivää

vanhusta ei saa pitää 90 - asteen istuvassa asennossa pitkiä aikoja, vain esim. ruokailun ajan, koska laskimopaluun määrä lisääntyy (Rautava-Nurmi ym. 2012, 367).

Vanhus on mm. syömisen aikana tärkeä asettaa kohoasentoon hyvin huolellisesti aspiraation ehkäisemiseksi sekä syömisen jälkeen ehkäisemään refluksia eli närästystä (Tilvis 2010, 219). Sängyn päädyn ollessa puoli-istuvassa asennossa vanhuksen leuka on rintaa vasten ja syöminen sekä nieleminen ovat hankalaa. Päädyn ollessa täysistuvassa asennossa, vanhuksen selän taakse laitettavalla tyynyllä voi vielä asentoa saada hyväksi, sekä käsien alle laitettavalla tuella asennon voi korjata jolloin syöminen helpottuu (Sufuca 2016).

Jos vuodetta ei voi kohottaa polvitaiteiden kohdalta, niin polvitaiteiden alle tulee asettaa matala tyyny (kuva 21), jotta ylävartalo ei jännity liikaa eikä elimistön hapenkulutus lisääny (Iivanainen & Syväoja 2013, 637 - 638). Istuminen 90 - asteen kulmassa helpottaa laskimopaluuta, mutta jalkojen ollessa suorassa tasossa, laskimopaluun määrän lisääntyminen ei ole hyväksi verenkierto-ongelmista kärsiville (Rautava-Nurmi ym. 2015, 371). Laskimopaluun määrän lisääntyessä, sydänlihaksen venyytys ennistä enemmän ja pumppaa tehokkaammin (Leppäluoto ym. 2013, 153). Asento ei ole tarkoituksen mukainen pitkään käytettynä tajunnantason ongelmista kärsiville, sillä asento ei lisää aivoihin tulevan veren määrää (Iivanainen & Syväoja 201, 638).

Jos vanhuksella on vaikea hallita päätään, sen tukemiseen voisi hyödyntää esimerkiksi saatavilla olevia kaarimaisia puhallettavia niskatukia kohoasentoa laitettaessa. Näin pää ei pääse retkahtamaan eteen tai sivuille.



KUVA 20. Kohoasento



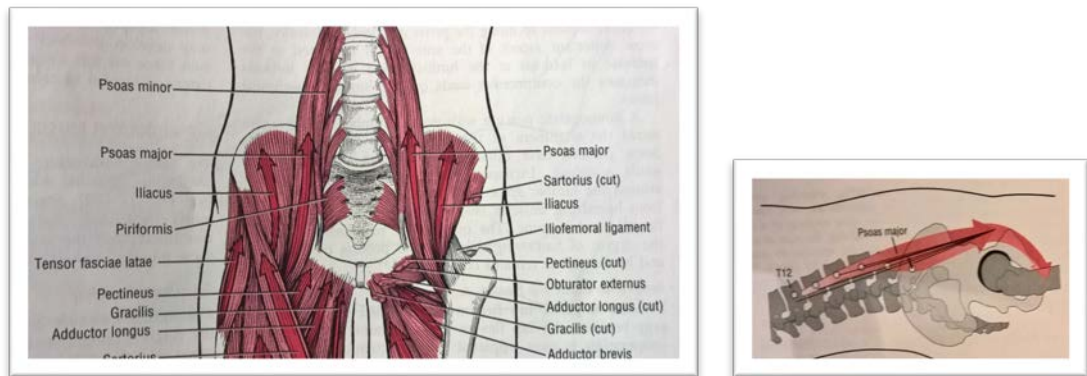
KUVA 21. Jalkojen kohotus vuoteen säädöillä tai tynnyjen avulla

3.6 Psoas-asento

Iso lannelihas eli m. psoas major ja suoliluulihhas eli m. iliacus tukevat osaltaan selkää. Yhdessä ne muodostavat lonkankoukistajalihaksen, iliopsoaksen (Suni 2016), joka kiinnittyy reisiluun pieneen sarvennoiseen koukistaen reittä tai taivuttaen vartaloa eteenpäin. (Nienstedt ym. 2014, 156). (Kuva 22.) Suoran vatsalihaksen rajoitettu liike sekä lonkankoukistajalihaksen supistus aiheuttaa huomattavan lantion kallistuksen eteenpäin. Lannerangan lordoosi eli notkon korostuminen on seurausta lantion liiallisesta kallistuksesta. Kireä lonkankoukistajalihas kääntää lantiota virheasentoon ja aiheuttaa kipua lannerankaan sekä reiden yläosaan. (Neumann 2002, 410, 413).

Psoas-asento on hyvä mm. selkäkipuiselle, vatsakipuiselle, hengitysvajaudesta kärsivälle, halvausvanhukselle sekä vanhukselle, jolla on turvotusta tai spastisuutta alaraajoissa (Iivanainen & Syväoja 2013, 117). Selkäkipuiselle tämä asento on helpotusta antava, sillä psoas- eli lonkkakoukistajalihakset saadaan rentoutumaan ja kuormitus lanneselässä vähenee. Jos vanhus on ollut pitkään vuoteenomana, asento myös rentouttaa yleisesti oloa (Rautava-Nurmi ym. 2012, 175.) sekä parantaa alaselän aineenvaihduntaa (Tampereen vaahtomuovi 2016).

Selinmakuulla olevan vanhuksen jalkojen alle laitetaan pino tynnyjä tai erillinen psoas-tyyny ja jalat asetetaan 90 asteen kulmaan. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 175.) Matalan verenpaineen omaavalla vanhuksella asento turvaa aivojen riittävän verenkierron (Iivanainen & Kallio 2011). (Kuva 23.) Psoas-asennossa ei kannata olla pitkiä aikoja kerrallaan, esimerkiksi 15 minuuttia kerrallaan parin tunnin välein (Tampereen vaahtomuovi 2016).



KUVA 22. Lonkankoukistajalihasten kiinnityskohdat (Neumann 2002, 411)



KUVA 23. Psoas-asento psoas-tyynyn avulla

4 ASENTOHOIDON APUVÄLINEET VUODEPOTILAALLA

Apuvälineeksi sanotaan välinettä, laitetta tai sellaista ratkaisua, millä voidaan edistää, tukea tai ylläpitää toimintakykyä silloin, kun vamma, sairaus tai ikääntyminen on sitä heikentänyt (THL 2014).

Usein olemme huomanneet, että tavalliset tyynyt ovat useimmin käytettyjä asentohoidossa. Tämän opinnäytetyön myötä toivomme, että erilaiset asentohoitoon tarkoitetut apuvälineet lisääntyvät käytössä, koska niiden materiaalit on myös suunniteltu siihen sopivaksi. Apuvälineiden suhteen voi jokainen kehitellä myös uusia ideoita, jotka helpottavat työtä vuoteeseen hoidettavien vanhusten parissa.

Painetta ja hankausta estäviä apuvälineitä on paljon ja ne on otettava käyttöön yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan. Apuväline ei saa olla haittana vanhuksen päivittäisten toimien hoitamisessa. (Juutilainen & Hietanen 2013, 320.) Asentohoidossa apuvälineenä käytetään erilaisia asentohoitotuotteita, joita ovat asentohoitotyyny, ilmalastat ja kämmensuojat joiden avulla on mahdollista ylläpitää miellyttävää asentoa niin vuoteessa maaten kuin tuolissa istuenkin (Respecta 2016).

Käytäntö on osoittanut, että apuvälineiden käytön opastamisen puuttuminen on suurin syy niiden yleisen käytön vähäisyyteen yksinkertaisuudestaan huolimatta. Monesti se, että pääsee itse kokeilemaan apuvälineiden käyttöä potilaan asemassa, poistaa epävarmuutta niiden käytössä ja lisää ymmärrystä niiden hyödyistä. (Tamminen-Peter & Wickström 2014, 51.)

4.1 Sängyt

Onnistuneen asentohoidon kulmakiviä on säädettävä sänky (kuva 24), mikä auttaa myös hoitajaa työssään. Jos vuode on tavallinen, voidaan käyttää korotusosia jalkojen alla ja patjan alla päädynkohottajaa. (Kähäri-Wiik ym. 2007, 89.) Säädettävää sänkyä on hyvä käyttää henkilöllä, jonka tarvitsee apua siirtymisissä ja liikkumisessa. Säädettävän sängyn avulla vaikutetaan helpottavasti sydänoireisiin ja hengitysvaikeuksiin, alaraajojen turvotukseen ja yleensä asennon helpottamiseen yöllä sekä päivällä. Sen avulla voidaan myös estää ruokailun yhteydessä ruoan nousemisen takaisin ylös ruokatorveen. Hyvin nukutun yön edellytys on tunne turvallisuudesta ja hyvästä nukkuma-asennosta. (Salminen 2010, 229.)



KUVA 24. Säädettäviä sänkyjä (Respecta)

4.2 Patjat

Hyvälaatuisen vaahtomuovisen patjan tulee olla vähintään 13 - 15 cm paksu sekä sen tulee tukea kehoa hyvin ja siinä tulee olla hygieniapäällyste. Patjat säilyttävät ominaisuutensa 2 - 3 vuotta. Patja muotoutuu jonkin verran kehon mukaan, mutta ei ole tarpeeksi keventävä luisten ulokkeiden kohdalle tulevaa painetta vastaan (Juutilainen & Hietanen 2013, 320), siksi täysin vuoteeseen hoidettavalle vanhukselle olisi tärkeää järjestää erikoispatja. Näitä patjoja kutsutaan painehaava- eli decubituspatjoiksi (Rautava-Nurmi ym. 2012, 173). (Kuvat 26 ja 27.)

Patjan valitseminen vuodepotilaalle olisi erityisen tärkeää. Käyttäjän painon pitäisi jakautua tasaisesti koko pituudelle, sekä patjan rakenteen tulisi myötäillä vartalon kaaria ergonomisesti oikein. (Järnstedt ym. 2009, 113.) Patjojen avulla pystytään ehkäisemään painehaavojen syntymistä (Salminen 2010, 230).

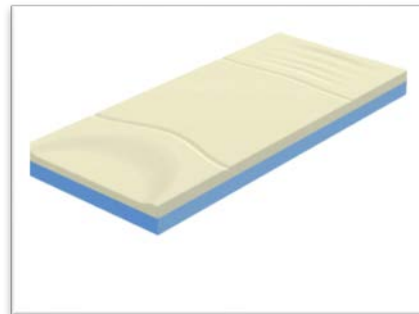
Painehaavapatjoja on sekä passiivisia että aktiivisia. Passiivinen painehaavapatja on tarkoitettu kohtalaisen riskin potilaille, jotka suurimman osan ajasta viettävät makuullaan, mutta kuitenkin pystyvät itsenäisesti vaihtamaan asentoaan ja joilla ihon tunto on normaali tai lähes normaali. Passiivisessa patjassa vartalon pintaan kohdistuva paine on staattinen eli muuttumaton potilaan pysyessä paikoillaan. Painehaavapatjan muotoutumiskapasiteetti riippuu niin patjan paksuudesta kuin sen rakennemateriaalin luontaisesta jäykkyydestä. Passiivisia painehaavapatjoja on vaahtogeelipatjoja, jotka ovat monikerroksisia sekä vaahtogeelisiä päällyspatjoja. (Juutilainen & Hietanen 2013, 321.)

Aktiiviset eli dynaamiset erikoispatjat rakentuvat ilmatäytteisistä kennoista, joiden kennonjärjestelmää ohjataan aktiivisesti koneellisesti tietyn aikasyklin mukaan. Kaikissa patjoissa tulee olla hälytysjärjestelmä paineen siirtyessä pois halutulta tasolta. Aktiivisia patjoja kutsutaan nimellä vaihtuvapaineinen patja, itsestään säätyvä minimipaine patja tai nk. nollapaine patja. (Juutilainen & Hietanen 2013, 322 - 323.) (Kuva 25.) Olemme nähneet aktiivisia erikoispatjoja käytettävän vanhuksella mm. saattohoidossa tilanteissa, kun hoitajien asentohoidon toteuttaminen on jo liian kivuliasta.

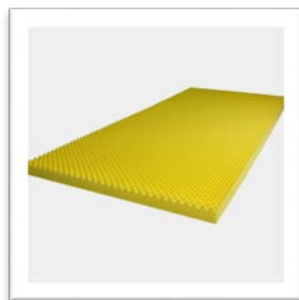
Patja-sänkyjärjestelmät ovat nykyaikaisia, kuten esim. läpivirtauspatja ja leijupeti sekä näiden yhdistelmät. Läpivirtauspatja-sänkyjärjestelmässä patja koostuu isoista ilmakannoista, joihin virtaa koko ajan ulkoilmaa ilmansäätöyksikön kautta. Ilma suodattuu kannoissa olevien reikien läpi. Paineen jakautuminen säädetään kannojen rakenteella, materiaaleilla sekä ilman kierrolla. (Juutilainen & Hietanen 2013, 323 - 324.)



KUVA 25. Vaihtuvapaineinen patja (Respecta)



KUVA 26. Painehaavoja ehkäisevä patja (Respecta)



KUVA 27. Painehaavoja ehkäisevä petauspatja (Respecta)

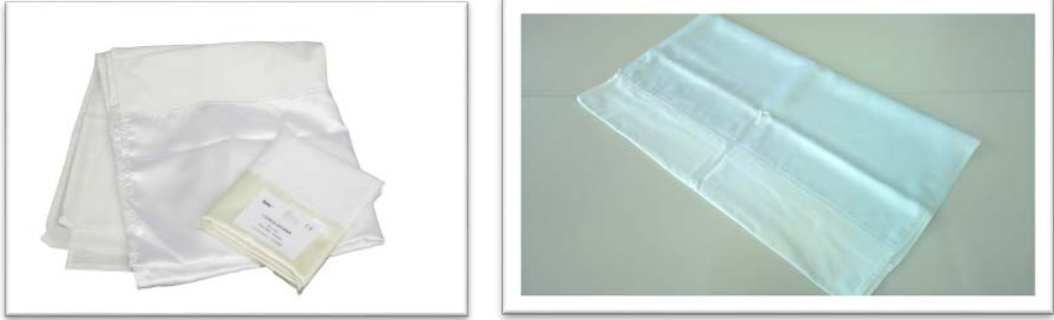
4.3 Liukulakanat, siirtolakanat ja liukuhanska

Virpi Fagerströmin (2013) väitöskirjan tulokset Fysi-lehdessä kertovat liukulakanan väärin petaamisen yleisyydestä. Yleisin virhe on, että lakana asetetaan liian alas, jalkojen alle. Kuitenkin liukulakanan oikea paikka on niskan ja takamuksen välisellä alueella eli kitkakohdassa (kuva 31). Näin siirroissa voidaan työmäärää keventää mm. kylkiasentoon käännettäessä. (Fageström 2013.)

Liukulakanan keskiosa on liukasta satiinia, joka avustaa liikkumista (kuva 28). Liukulakanan tarkoituksena on kitkan esto vanhuksen siirrossa sängyssä ylöspäin päätyä kohti sekä kyljelleen käännoissä. Liukulakanan liukkauden haittana on vanhuksen liukuminen vuoteessa alaspäin, jos sängynpääty on kohoasennossa. (Anttila ym. 2015, 309.) Eli liian alhaalle takapuolen alle sijoittuva liukulakana valuttaa vanhuksen istuma-asentoa liian alas ja pahimmassa tapauksessa huono asento painaa keuhkoja kasaan tai aiheuttaa selkäkipua. Kyljelleen käännoissä liukulakanan asettuminen hartioiden alle ehkäisee kitkaa ja kipua olkapäissä.

Perinteisen liukulakanan lisäksi on kehitetty mm. monipuolinen WendyLett-tuoteryhmä, mistä on suurta apua siirtymisissä, kääntymisissä ja muissa asennonkottamisissa. Näiden liuku- ja siirtolakanoiden (kuva 30) sekä tyynyliinojen (kuva 29) avulla vuoteeseen autettavaa voidaan liikuttaa jopa neljään eri suuntaan samalla tuotteella käyttäen apuna tuotteessa olevia kahvoja. (Respecta 2016.)

Liukuhanska on hyvä apu vuodepotilaan hoidossa vähentämällä vastusta vanhuksen ja vuoteen välissä. Sen avulla vanhuksen voi liu'uttamalla siirtää vuoteen pinnalla, eikä nostoa tarvita. Samalla vanhuksen mahdolliset voimavarat voi ottaa käyttöön, kuten jalkojen ponnistus. Käsineen sisällä oleva käsi asetellaan joko lapaluiden tai lantion alle helpottamaan siirtymistä. (Kuva 32.) Pienen kokonsa vuoksi hanska kulkee hyvin vaikka hoitajan matkassa tai voi olla edullisuutensa vuoksi henkilökohtainen jokaisella vanhuksella. (Työterveyslaitos 2016.)



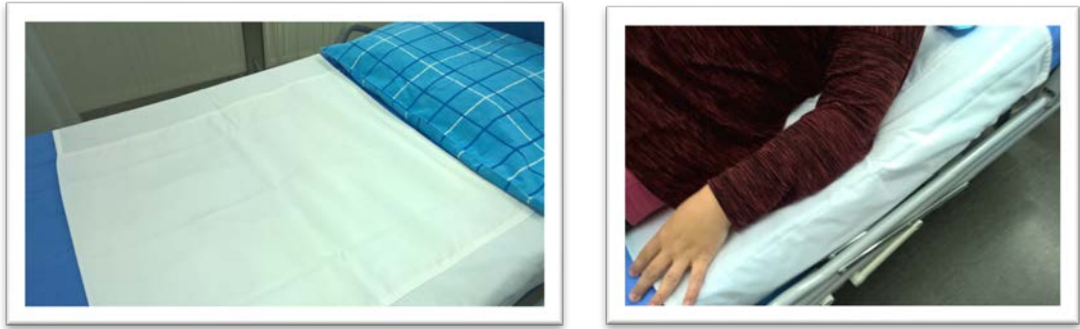
KUVA 28. Liukulakana (Respecta)



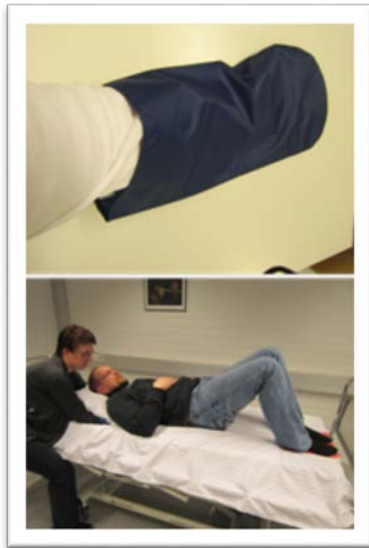
KUVA 29. WendyLett tyynyliina (Respecta)



KUVA 30. WendyLett siirtolakana (Respecta)



KUVA 31. Liukulakanan oikea sijoittaminen vuoteeseen



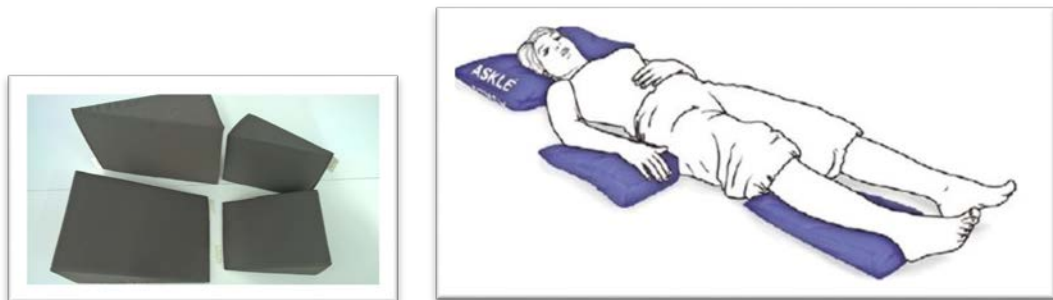
KUVA 32. Liukuhanska (Työterveyslaitos)

4.4 Asentohoitotyynyt ja kiilatyynyt

Asentohoitotyynyillä ja kiilatyynyillä (kuvat 33, 34 ja 35) pyritään vähentämään painetta herkiltä ihoalueilta sekä tasaamaan paineen jakautumista (Respecta 2016). Nukkuma-asennolle, unen laadulle ja levolle on tyynyillä iso merkitys. Niillä saa ehkäistyä myös painehaavojen syntyä. (Salminen 2010, 230.) Decubitustyynyissä (kuva 36) on painehaavoja ehkäisevä vaikutus, joka perustuu siihen, että niissä paine jakautuu laajalle alueelle esim. rouheen tai geelin avulla (Anttila ym. 2015, 290). Asentohoidossa voi käyttää apuna myös tavallisia tyynyjä.



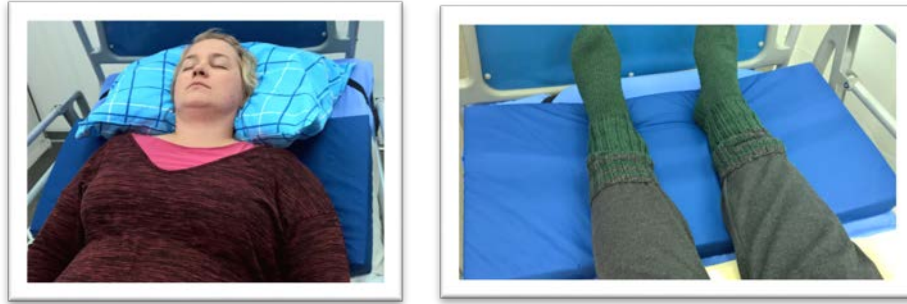
KUVA 33. Erilaisia asentohoitotyynyjä (Respecta)



KUVA 34. Kiilatyynyjä ja niiden käyttöesimerkki (Respecta)



KUVA 35. Merihevonen (Respecta)



KUVA 36. Decubitustyynyn käyttö hartioiden ja jalkojen alla

4.5 Muut asentohoidon apuvälineet

Rengastyynyt (kuva 37) ovat painehaavan ehkäisyssä käytettyjä apuvälineitä. Rengastyynyn ongelmana on kuitenkin liiallisen paineen aiheuttaminen renkaan ja kehon väliselle kosketuspinnalle sekä verenkierron heikentäminen renkaan keskellä olevalla alueella. Rengasmaista kevennystä käytettäessä tulee renkaan sisäreunat viistota siten, että paine jakautuu mahdollisimman suurelle alueelle (Juutilainen & Hietanen 2013, 325). Vuodepotilaalla näitä rengastyynyjä käytetään lähinnä kantapäiden alla (kuva 38) (Respecta 2016).



KUVA 37. Rengastyyny (Respecta)



KUVA 38. Rengastyyny kantapäiden alla

Painehaavasta kantapäässä kärsivällä voi myös käyttää *jalalle tarkoitettua kiilatyynyä* (kuva 39), joka samalla tukee nilkkaa oikeaan asentoon, ettei se yliojennu. Kohoalusta lisää myös laskimoverenkiertoa (Respecta 2016).



KUVA 39. Kiilatyynyjä jaloille (Respecta)

Henkilö, joka helposti raapii itseään tai on taipuvainen irrottamaan esimerkiksi IV-letkun, voi hyötyä *Posey-lapasista*. Ne tukevat kämmenen puolelta sormenpäihin saakka ja pitävät sormet erillään erillisten kujien avulla. Lapasen kärki on joko umpinainen tai avoin ja sen päällinen on hengittävää verkkomaista materiaalia. (RehaMed 2016.) (Kuva 40.)



KUVA 40. Posey-lapanen (Rehamed)

Kantapäähkorrhottaja-rengas auttaa pitämään nilkan irti vuoteen pinnasta. Viskoelastinen sisäkerros turvaa kantapääh verenkierroksen tasaten painetta. Yliojennuksen estämiseksi polvi on tuettava tyynyn avulla (Respecta 2016.) (Kuva 41.)



KUVA 41. Kantapäähokohottaja-rengas (Respecta)

Ilmalastoja käytetään pääsääntöisesti neurologisessa kuntoutuksessa sekä turvotuksen hoidossa (Respecta 2016). Ne auttavat raajaa pysymään hyvässä asennossa, helpottavat spastisuutta ja samalla vähentävät turvotusta. Lastan käyttöaika on 2 - 3 tuntia päivässä kahdesti päivän aikana. Lasta on helppokäyttöinen kipsaukseen verrattuna. (Kuva 42.)



KUVA 42. Erilaisia ilmalastoja (Respecta)

Kämmensuojat estävät sormien ja kynsien uppoamista kämmenpohjaan. Kämmensuojien tarkoituksena on ehkäistä kämmenen ihon rikkoutumista sekä helpottaa käsihygienian hoitoa ja kämmensuojia käytetäänkin monesti jäykän käden hoidossa. (Respecta 2016.) *Sormikotraktuuratyynyt* pitävät myös sormia erillään ja suojaavat kämmeniä kontraktuurassa (Villa Manus 2016). (Kuva 43.)



KUVA 43. Kämmensuojia ja sormikontraktuuratyynyjä (Respecta)

Mietimme, että kämmenien ja sormien erillään pitämiseen sekä kontraktuurien ehkäisyyn voisi myös käyttää erilaisia *palloja*. Ajatuksena esimerkiksi tennispallo, päällystetty sählypallo tai pehmeä kumipallo. Sählypallon reiät auttavat kättä samalla tuuletumaan, eikä kämmen haudu. Pehmeän kumipallon kanssa voi samalla tehdä pieniä puristusliikkeitä.

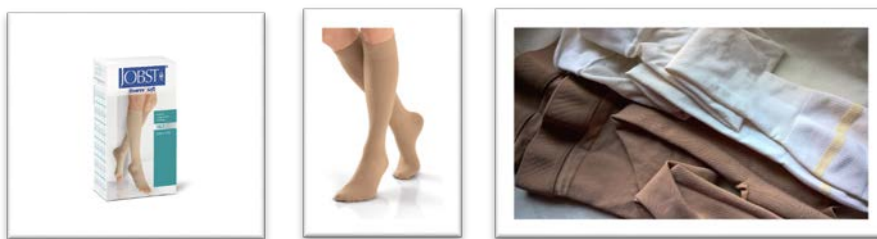
4.6 Tukisukat, lääkinälliset hoitosukat sekä tukisidokset

Läkinälliset hoitosukat mitataan jokaiselle käyttäjälle erikseen henkilökohtaisesti (Respecta 2016). Niiden avulla parannetaan laskimoveren paluuta (Harjola & Teittinen 2001, 2606). Sukkatyyppejä on kolmenlaisia: pohjesukat, reisisukat sekä sukka-housut (Anttila ym. 2015, 286). (Kuva 44.) Turvotuksen helpotukseen hoitosukat auttavat vähentämällä paine-eroa hiussuonten ja kudosten välissä sekä lisää imuteiden virtausta pienentämällä jo olemassa olevaa turvotusta. Jos vanhus kärsii jo olemassa olevista säärihaavoista, diabeteksestä, suonikohjuista tai sydän- ja verenkiertoelinsairauksista, mittojen mukaiset lääkinälliset hoitosukat ovat tällöin välttämättömät. (Terveyskirjasto 2012.) Hoitosukilla pystytään myös nopeuttamaan säärihaavojen paranemista turvotusta ja laskimoiden vajaatoimintaa vähentämällä sekä lihaspumpun toimintaa lisäämällä (Juutilainen & Hietanen 2013, 274). Läkinälliset hoitosukat vähentävät jopa puolella posttromboottisen oireyhtymän kehittymistä (Harjola & Teit-

minen 2001, 2606). Edellä mainittu oireyhtymä on laskimotukoksen myöhäiskomplikaatio, jossa alaraaja voi mm. turvota, väsyä, olla kivulias tai siihen voi jopa muodostua säärihaava (Mänttari 1998, 580). Lääkinnällisiä hoitosukkia joudutaan usein käyttämään koko loppuelämän ajan (Anttila 2015, 286). Kevyemmät tukisukat eli nk. lentosukat ovat käytettävissä terveemmissä jaloissa ja niillä pyritään ehkäisemään jalkojen turvotusta ja väsymistä. Niillä voidaan hoitaa ja ehkäistä lieviä laskimovaivoja. (Terveyskirjasto 2012.)

Paineen asteittaisella siirrolla käden ääreisosista kohti vartaloa lääkinällisiä hoitohihoa ja -hanskoja (kuva 45) käytetään turvotuksen estoon sekä trombien, lymfaödeeman eli imunestekierron häiriön, laskimovajaatoiminnan tai erilaisten leikkausten aiheuttamien turvotusten ennaltaehkäisyyn. On tärkeää, että hoitohiha tai -hanska on oikean kokoinen. (Voipio 2010, 4.)

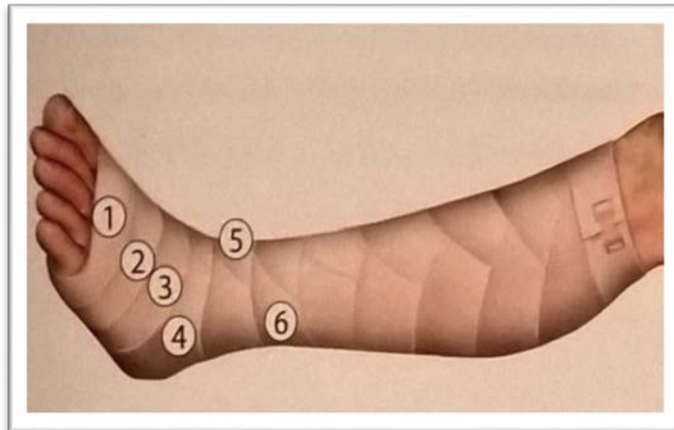
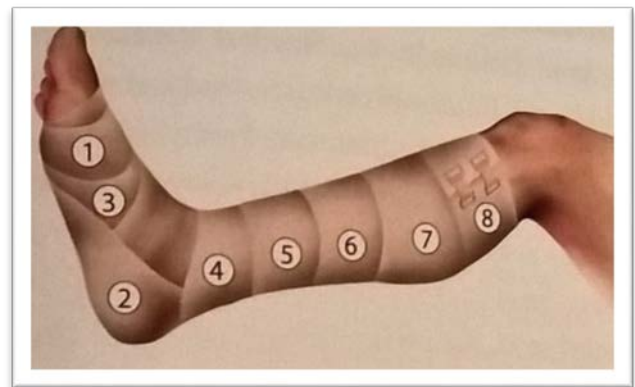
Tukisidoksia käytetään yleensä ensimmäiseksi ennen lääketieteellisiä hoitosukkia runsaan turvotuksen ja kipeän tai erittävän säärihaavan hoidossa. Tukisidostyyppejä on kolmenlaisia: vähäelastinen kompressiosidos, runsaselastinen kompressiosidos sekä monikerrossidos. Runsaselastinen sidos sopii vuodepotilaalle. Tämä sidotaan spiraali- tai tähkämällillä ja saa aikaan voimakkaan puristuksen. Tämä kuitenkin löystyy helposti. Tukisidos otetaan aina yöksi pois. (Anttila ym. 2015, 286.) (Kuva 46.)



KUVA 44. Lääkinnälliset hoitosukat (Respecta)



KUVA 45. Lääkinnällinen hoitohiha ja -käsine (Respecta)



KUVA 46. Tukisidokset ja sidontamallit (Anttila ym. 2015, 285)

5 TOIMEKSIANTAJAN ESITTELY SEKÄ IÄKKÄÄN HOIDON EETTISET NÄKÖKULMAT

Opinnäytetyömme tavoitteena on tehdä elektroninen opas iäkkään ihmisen asentohoidosta hoitotyöntekijöille sekä omaishoitajille. Olemme saaneet Palvelukeskus Ruskahovilta tärkeän aiheen pohdintaamme. Iäkkään hoidon eettisten näkökulmien huomiointi on mielestämme tärkeää hyvän asentohoidon toteuttamisessa.

Palvelukeskus Ruskahovi on Mäntyharjun kunnan omistama tehostettu palveluasumismuoto niille muistisairaille ikääntyneille, joiden toimintakyvyn aleneminen on jo siinä vaiheessa, ettei kotona asuminen enää onnistu itsenäisesti, omaisten turvin eikä kotihoidon palveluilla avustettuna. Paikat jakautuvat tehostettujen palveluasumisen yksikköjen sisällä palveluasumispaikkoihin (58 kpl), laitoshoidon paikkoihin (2 kpl) ja intervallipaikkoihin (5 kpl). (Mäntyharjun kunta 2016.)

Mäntyharjulla on tällä hetkellä pulaa tehostetun palveluasumisen paikoista. Palvelukeskus Ruskahovin henkilökunnan mukaan paikat vapautuvat luonnollisen poistumisen seurauksena seuraaville jonossa oleville.

Tehostettu palveluasuminen tarkoittaa asumismuotoa, joka on hoivan ja hoidon porrastuksessa laitoshoidon ja kodin välimaastossa. Tehostetussa palveluasumisessa on tavoitteena asukkaiden omatoimisuuden tukeminen ja turvallisen asumisympäristön luominen. Palvelukeskus Ruskahovissa tehostettua hoivaa saa ympäri vuorokauden. Asukasvalinnat Ruskahoviin tekee moniammatillinen SAS-työryhmä (SAS tarkoittaa selvitä, arvioi ja sijoita). Ruskahovin Palvelukeskuksen tavoitteena on myös omaishoitajien tukeminen mm. järjestämällä omaishoitajien lakisääteisten vapaapäivien ajaksi 1 - 2 viikon mittaisia intervallijaksoja heidän hoidettavilleen sekä omaishoidettaville kuntouttavia toimintapäiviä 3 kertaa viikossa. (Mäntyharjun Kunta 2016.)

Asiakaslähtöinen hoitotyö vanhuspalvelussa edellyttää ottamaan vanhuksen huomioon kokonaisuutena eikä vain keskittymällä hänen sairauksiinsa ja ongelmiinsa. Se, että vanhus on jo huonokuntoinen, ei oikeuta huonoon hoitoon, vaan vanhuksen odotukset ja toiveet pitäisi ottaa huomioon hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. (Eloranta

2013, 35 - 36.) Iäkkäiden hoitotyön etiikan peruslähtökohdat ovat samat kuin hoitotyössä yleensäkin. Ikääntymisen tuomat rajoitukset luovat iäkkäiden hoitoon omat erityisvaatimuksensa sekä ikä asettaa hoitotyön tavoitteen asetteluun rajoituksia (Leino-Kilpi 2014, 279). Eettisesti kestävän hoidon perustana on, että iäkästä kohdellaan yksilönä ja että hoito lähtee nimenomaan iäkkään omista tarpeista ja toiveista kunnioittaen hänen arvojaan ja arvostaen hänen näkemyksiään. Pitkäaikaisessa hoitopaikassa iäkkään toiveita, itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä on kunnioitettava samoin kuin hän olisi omassa kodissaan. Iäkkään kokonaisvaltainen hoito suunnitellaan huomioon ottaen hänen terveydentilansa ja toimintakykynsä, läheisten apu sekä iäkkään koko sosiaalinen verkosto. (ETENE 2008.) Pitkäaikaisessa hoitopaikassa asuvilla ikääntyneillä eettiset ongelmat nimenomaan korostuvat, koska heidän hoitonsa keskeinen vastuu on hoitotyöntekijöillä. Ikääntyneiden oikeuksien väheksymistä ilmenee juuri erityisesti pitkäaikaishoidossa. (Leino-Kilpi 2014, 281.)

Eettiset ongelmat, jotka liittyvät hoitotyön toimintoihin, ovat yhteydessä iäkkään ruokailuun, liikkumiseen, pukeutumiseen, hygienian hoitoon, lepoon ja lääkehoitoon. Ongelmat liittyvät pääosin potilaan itsemääräämisoikeuteen, yksityisyyteen sekä eheyden kokemiseen. Näitä kaikkia voidaan helposti loukata pitkäaikaishoidossa. (Leino-Kilpi 2014, 285.) Pitkäaikaisessa hoitopaikassa iäkkään riippuvuus hoitohenkilökunnasta vaihtelee. Kaikki iäkkäät tarvitsevat apua oman terveytensä perustarpeiden hoitamiseksi, mutta osa iäkkäistä on täysin riippuvaisia hoitohenkilökunnan avusta. Peruslähtökohtana on, että jokaisen hoitotyöntekijän on tuettava iäkkään yksilöllisiä voimavaroja pyrkien säilyttämään vielä jäljellä olevia sekä kuntouttamaan jo vähentyneitä voimia. (Leino-Kilpi 2014, 284 - 285.) Hyvän hoidon perustana ovat tuttu, turvallinen ja ammattitaitoinen hoitohenkilökunta sekä riittävä aika hoidon toteuttamiseen (ETENE 2008).

Omaishoitajien jaksamiseen pitää kiinnittää huomiota sekä heidän asemaansa tulee vahvistaa. Heille tulee antaa mahdollisuuksia osallistua iäkkään omaisensa hoitoon. Omaishoitajien osuutta osallistumisessa hoitoon tulee parantaa varsinkin silloin, kun iäkäs ei itse pysty osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon. (ETENE 2008.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kerätä ammatillista tietoa immobilisaation haitoista ja sitä kautta asentohoidon fysiologisista hyödyistä. Tämän tiedon perusteella valmistimme Palvelukeskus Ruskahoville elektronisen oppaan auttamaan hoitotyöntekijöitä sekä omaishoitajia täysin vuoteeseen hoidettavan vanhuksen hyvässä asentohoidossa. Opinnäytetyö opastaa myös omaishoitajia käyttämään hyvää asentohoitoa jatkumona omaisen intervallihoidossa saamalla hyvälle asentohoidolle. Työn sisältämän teoretiedon avulla hoitajat pystyvät myös perustelevaan asentohoidon hyötyjä niin itselleen, omaisille kuin uusille työntekijöillekin. Opinnäytetyömme on myös oiva apuväline uusien hoitajien perehdyttämisessä. Toivomme, että jokainen lukisi sen tullessaan työskentelemään Palvelukeskus Ruskahoviin. Tämä toiminnallinen opinnäytetyö antaa myös meille molemmille lisää teoretietoutta aiheesta ja enemmän valmiuksia toteuttaa hyvää asentohoitoa sekä perustella omaa toimintaamme.

Kehittämistehtävämme ovat

1. Selvittää, mitä haittoja immobilisaatiosta vuoteeseen hoidettavalle vanhukselle on.
2. Selvittää, mitä fysiologisia hyötyjä asentohoidosta täysin vuoteeseen hoidettava vanhus saa.
3. Tehdä keräämämme tiedon avulla hoitohenkilökunnalle asentohoidosta selkeä opas auttamaan hoitajia jokapäiväisessä työssään.

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Toinen meistä toimii hoitajana Palvelukeskus Ruskahovissa, mistä aihe meille suoraan tuli. Työn aihe kiinnosti itseämmekin, jolloin tartuimme siihen mielellämme. Kun opinnäytetyön aihe on peräisin työelämästä, siinä pystyy käyttämään avuksi jo saamiin oppeja ja taitoja sekä kasvamaan ammatillisesti (Vilka & Airaksinen 2003, 17).

Aluksi tapasimme Ruskahovin yhteyshenkilömme ja selvitimme hänen kanssaan, mitä toimeksiantaja haluaa opinnäytetyöltämme. Koska toiminnallisen opinnäytetyön yksi

vaaroista on sen laajeneminen suuremmaksi kuin asetetut tavoitteet kertovat (Vilka & Airaksinen 2003, 18), päädyimme yhdessä toimeksiantajan kanssa rajattuun aiheeseen keskittyen vuodepotilaiden asentohoitoon ja sen fysiologisiin hyötyihin. Päätimme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön ja oppaan. Toiminnallisen opinnäytetyön lopputuotoksena on aina jokin konkreettinen tuote, kuten esim. kirja, ohjeistus tai tapahtuma (Vilka & Airaksinen 2003, 51). Kun aihe oli lopullisesti päätetty, allekirjoitimme sopimuksen opinnäytetyön tekemisestä (liite 1).

Opinnäytetyömme teon aikana olimme sähköpostitse yhteydessä ohjaajaamme. Tapasimme myös palaverissa. Sovimme tapaamisia toimeksiantajan kanssa ja näin saimme asioita selkeytettyä jo suunnitelmavaiheessa. Suunnitelman esitysvaiheen ja hyväksymisen jälkeen aloitimme tiedon etsimisurakan ja kirjoittamistyöt kunnolla.

Saimme Palvelukeskus Ruskahovilta pyynnön järjestää pienimuotoinen osastotunti hoitajille opinnäytetyömme aiheesta. Osastotunti oli erinomainen tilaisuus testata opinnäytetyömme aikaansaannoksen toimivuutta sekä sen vaikutuksia ja samalla saimme kokemusta esiintymisestä. Ohjaajamme vinkkiin tarttuen suunnittelimme osastotunnin yhteyteen myös pienen kyselyn (liite 2), jossa henkilökunta vastasi muutama kysymykseen, jotka koskivat oppaaseen tulevia asentohoitokuvia ja ohjeita, joita heille testattaviksi annoimme.

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tulee ilmi opinnäytetyön aiheen löytyminen, työn tekeminen, tutkimuskysymykset ja niihin etsityt vastaukset. Myös tekijöiden työn aikana tekemät valinnat ilmenevät raportissa. (Vilka & Airaksinen 2003, 82.) Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää aina kaksi osuutta: toiminnallisen osuuden ja opinnäytetyöraportin, jonka tulee täyttää tutkimusviestinnän vaatimukset. Alussa täytyy selvittää, millaisesta tiedosta on hyötyä toiminnallisessa opinnäytetyössä. (Vilka 2003, 51, 57.) Omassa opinnäytetyössämme pohjana on kerättyä tietoa ihmisen fysiologiasta ja immobilisaation aiheuttamien muutosten vaikuttavuudesta fysiologian kautta vuodepotilaana olevan vanhuksen elämään. Lisäksi osastotuntiin liittyvällä pienimuotoisella kyselyllä haemme tietoa tekemämme oppaan toimivuudesta ja tämä on opinnäytetyömme laadullinen osa. Jälkikäteen täytettävää lomaketta voidaan käyttää apuna laa-

dullisessa opinnäytetyössä, eikä sen tuloksien analysoinnin tarvitse olla niin systemaattista kuin tutkimuksessa (Vilkkä & Airaksinen 2003, 57 - 58).

Kehittämistyössä pyritään aina tiettyyn tavoitteeseen (Kananen 2014, 176), ja toiminnallisen opinnäytetyön tuotos valmistetaan aina tietylle ryhmälle, jonka toiminnan tai tapahtuman selkiytymiseen oppaalla vaikutetaan (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38 - 40). Meillä tavoitteena on saada asentohoidon hyödyistä tietoa niille sairaanhoitajille ja lähihoitajille, jotka työskentelevät Palvelukeskus Ruskahovissa ja sen lisäksi saada opas päivittäiseen käyttöön heidän työnsä avuksi.

7.2 Tiedon keruu

Koska toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena syntyneen tuotoksen tulisi aina pohjata ammattiteorialle ja sen tuntemukselle (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51), etsimme tieteellisiä tutkimuksia ja tieteellisiä artikkeleita Medic- ja Cinahl- tietokannoista, Terveysportista ja hyödynsimme myös Theseusta. Tietokannat valittiin sen perusteella, että niiden kautta löytää hoitotieteen tutkimuksia. Etsimme materiaalia myös Mikkelin kirjastoista sekä internetin kautta suoraan yhdistysten ja säätiöiden sivuilta. Tutkimustietoa asentohoidosta löytyi vähän ja usein etsinnän tuloksena oli oppikirja tai vanhustyöhön liittyviä verkkosivustoja sekä hankkeita, joita myös olemme käyttäneet lähteinä työssämme. Etsimme tietoa käyttämällä mm. hakusanoja asentohoito, vuodepotilas, immobilisaatio, fyysinen toimintakyky ja apuvälineet. Käytimme hakukoneissa erilaisia hakusanayhdistelmiä sekä sanojen katkaisuja. Saimme myös omalta opinnäytetyön ohjaajaltamme ja toimeksiantajalta hyviä vinkkejä lähteisiin. Myös keskustelut työn lomassa työyhteisöissämme antoivat paljon uutta ajateltavaa ja sen kautta myös avautui uusia polkuja tiedonhakuun esimerkiksi hakusanojen osalta.

Lähteiden etsiminen oli siis omalta osaltaan haastava prosessi. Yllätyimme, kuinka vähän yleensä asentohoidosta sekä eri asentojen vaikutuksista vanhukselle löytyi tietoa. Haut eivät aina johdattaneet toivottuun kohteeseen, vaan asia tuotti joidenkin aihealueiden kohdalla enemmänkin työtä. Aina sopivan lähdevaihtoehdon löytyessä luetutimme sen toisillamme, jotta pystyimme päättämään yhdessä, onko se käyttökelpoinen opinnäytetyössämme.

Etsimme tietoa kirjallisista dokumenteista erilaisten asentohoitojen avulla saavutettavista fysiologisista (hengitys- ja verenkiertoelimistö, tuki- ja liikuntaelimistö) hyödyistä vuodepotilaille vanhustenhoidossa. Tässä opinnäytetyössämme keskityimme nimenomaan täysin vuoteeseen hoidettavan vanhuksen asentohoitoon, jossa vanhus ei itse pysty muuttamaan asentoaan. Emme tarkastele omana aihealueenaan psyykkisiä hyötyjä emmekä käy erikseen läpi ravinnon, lääkityksen, liikehoidon tai eri sairauksien osuutta. Näihin asioihin vain viittaamme opinnäytetyön edetessä.

Kirjoittajan täytyy myös pystyä näkemään raporttinsa teksti lukijan silmin ja osata jäsenellä se sujuvaksi, suunnitelmalliseksi ja helposti tulkittavaksi. Lähteitä läpikäydessämme teimme alussa työtä lähteiden sisällön kanssa rajaten niistä omaan opinnäytetyöhömmme kuuluvaa aineistoa, jotta saisimme lukijoillemme mahdollisimman tiiviin ja rajatun tietopaketin. (Vilka & Airaksinen 2003, 67 - 69.) Työn edetessä tiedon etsiminen oli koko ajan helpompaa, kun tiesimme, kuinka rajaamme aiheemme. Tämän ymmärtäminen onkin tärkeää, jotta tiedonkeruu helpottuu (Kananen 2012, 55).

Käytimme kirjoitustyössämme Wordia ja Word Onlinea, jolloin eteneminen oli sujuvaa ja pystyimme koko ajan pysymään reaalityönteessä etenemisen suhteen. Reaaliaikainen keskustelu opinnäytetyöstä oli myös tällä tavalla suunnattoman helppoa. Yhteyttä toisiimme pidimme myös puhelimitse, sähköpostitse ja viestein sekä muutamina päivinä kirjoitimme yhdessä toistemme kotona. Kirjoitustyö eteni välillä muutamin lausein, joskus kirjoitimme vain ajatuksiamme ylös ja jälkeenpäin muokkasimme niitä lopulliseen muotoonsa. Koko prosessin aikana kesä oli sitä aikaa, kun kirjoitustyö oli parhaimmassa vauhdissa, vaikka samaan aikaan molemmat työskentelimme täyspäiväisesti vuorotyössä. Se, että projektiin keskittyi tiiviisti pidemmän ajan kerrallaan, helpotti sen etenemistä ja omien ajatusten pysymistä kasassa aiheen parissa.

7.3 Hyvän oppaan ominaisuudet

Teksti

Hyvässä oppaassa oikeinkirjoitus on tärkeää. Tämä antaa kuvan kirjoittajan ammattitaidosta, eikä aiheuta hankaluutta ymmärtää luettua tekstiä. Myös ulkoasu on ajatelta-

va loppuun asti. Asetteltua kannattaa miettiä tarkoin, jos kyseessä on tulostettava versio oppaasta. (Hyvärinen 2005, 1772.)

Koska fontin valintaan vaikuttavat käyttötarkoitus, kohderyhmä, luettavuus ja mielikuvat, valitsimme oppaaseemme mahdollisimman selkeän ja helposti luettavan fontin. Tasapainoinen kokonaisuus muodostuu monesti selkeillä fonteilla. Kirjaimen koko on riippuvainen tilasta ja tekstin määrästä. Jos jotkin kirjaimet sekoittuvat toisiinsa, luettavuus kärsii. (Pesonen 2007, 29, 31.) Fontin kooksi valikoitui hieman suurempi koko ja sitä lihavoitettiin kuvatekstin tyyliin (Pesonen 2007, 45), jotta se on helppo lukea myös seinään kiinnitetystä ohjeesta.

Tuotoksen teksti on rakennettu niin, että sen teksti ei enää ole opinnäytetyön raportin sisältämän tutkimustekstin tyylistä, vaan on puhuttelevaa kohderyhmää kohtaan (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65). Rakensimme oppaan niin että kirjoittamamme teksti on ammattimaista, mutta helposti omaksuttavaa.

Kuvat

Toimeksiantajan tai opiskelijan itse vastatessa opinnäytetyön tehtävän kustannuksista. Tarkastelun kohteena on mm. tuotteen paperin laatu, väritys ja kuvat. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 53.) Teksti ja kuvat tukevat ja selkeyttävät toisiaan (Hyvärinen 2005, 1772). Koska kuvan vaikutus on tehokas ja jo kuvaa vilkaisemalla voi saada käsityksen tarkoitettusta asiasta (Pesonen 2007, 48), omassa tulostettavassa oppaassamme pääosassa ovat kuvat ja niiden rinnalla lyhyehköt ohjeet asentohoidon toteuttamisesta. Kuvan tehtävänä on myös huomion kiinnittäminen ja houkuttelu katsomaan sekä selkeyttää annettua viestiä (Pesonen 2007, 48).

Työn kuvamateriaalin voi hankkia useammalla tavalla. Digitaalisessa muodossa olevan kuvan voi saada kuvatoimistosta, digitaalisesta kuva - arkistosta tai ottamalla itse kuvat digikameralla. Itse otetut kuvat on helppo siirtää kuvankäsittelyohjelmaan ja niiden ottaminen määrällisesti on nopeaa ja edullista, koska kuvat voi tallentaa muistikortille eikä filmille. (Pesonen 2007, 84.) Oppaan alkusivuilla on lyhyehköksi tiivistelmäksi kasattu teoriaosuus. Laajemmin teorian kuvien takaa voi lukea opinnäyte-

työmme raportista. Ohjekuvista voidaan valita sopivat yksilöllisesti jokaiselle asukkaalle ja koota niistä esimerkiksi vanhuksen huoneen seinälle tai omaishoitajan matkaan henkilökohtainen asentohoito-ohje. Neuvonta kuuluu osana vanhuksen kokonaisuhoitoon (Torkkola ym. 2002, 24). Jokaisen vanhuksen henkilökohtaiset ohjekuvat on tarkoitus tulostaa esimerkiksi hieman vahvemmalle paperiarkille tai mahdollisesti jopa laminoida. Arkkien määrä riippuu kuvien määrästä, jotta kuvat eivät tule liian tiheään ja pysyvät selkeinä ymmärtää. Rauhallisemman ilmeen vuoksi voi paperin voi kuitenkin käyttää kokonaan välttämättä tyhjää tilaa (Torkkola ym. 2002, 41). Painettavassa julkaisussa täytyy olla laadukas kuva, joka on terävä ja resoluutioltaan riittävä (Pesonen 2007, 49).

Koska tekijänoikeudet ja valokuvan suoja vaikuttavat kuvien käyttöön ja tekijänoikeudet omaavan kuvan käyttöön täytyy saada kuvan tekijän lupa (Torkkola ym. 2002, 40 - 42), päätimme tehdä asentohoitokuvat itse. Olisimme voineet käyttää myös internetistä löytyneitä kuvia (Torkkola ym. 2002, 42), mutta omankin oppimisen kannalta halusimme itse tehdä kuvat. Päädyimme kuvaamaan itse kuvat, joissa me tekijät esiinnyimme. Kuvaus tapahtui omalla puhelimen kameralla, josta tallensimme ne tietokoneelle. Apuvälineiden kuvien käytöstä kysyimme sähköpostitse Respecta Oy:n palvelupäällikkö Katri Rastaalta, joka vahvisti luvan puhelimitse.

Sommittelu

Täynnä oleva ohjesivu voi aiheuttaa hankaluuksia ohjeiden ymmärtämisessä. Yleisimmin ohjeet ovat A4- kokoisia, vaaka- tai pystyasennossa olevia arkkeja. Pystymallinen arkkki on hyvä, jos ohje sisältää yhdestä kahteen sivua. Useampisivuiset ohjeet voivat toimia myös vaakamallisina. (Torkkola ym. 2002, 53 - 56.) Koska tekemämme opas ei ole nidottu versio, päädyimme pystyasennossa olevaan A4- kokoiseen elektroniseen arkkiin, josta kuvan voi napata cypypaste-toiminnolla.

7.4 Oppaan kehittäminen

Oppaan elektronisen tyylin valitsimme yhdessä toimeksiantajamme kanssa jo alkuvaiheessa. Sen toiveena oli helposti saatavilla olevat selkeät ohjeet aina kunkin asukkaan

tarvitseman asentohoidon mukaisesti. Tietokoneelta ohjeet on helppo tulostaa ja asettaa asukkaiden huoneiden seinille jokaisen hoitajan sekä omaisen nähtäväksi. Näin kaikilla on myös selvyys, millaista asentohoitoa ja miksi kenellekin annetaan. Oppaamme ulkonäkö on tarkoituksella melko yksinkertainen sisältäen ohjekuvia eri asentohoitoasunnoista yleisin lyhyin ohjein. Halusimme kuvien havainnollistavan opinnäytetyömme tekstiä ja olevan kertovia, jolloin jätimme tekstin osuuden itse oppaassa vähemmälle (Pesonen 2007, 48 - 49).

Suunnittelimme kuvat ja niihin sopivat kuvatestit eli ohjeet asentohoitoon itse perustaen ne lukemiimme lähteisiin. Ennen lopullista opasta halusimme tietoa Palvelukeskus Ruskahovin hoitohenkilökunnalta sen toimivuudesta ja mahdollisista muutosehdotuksista. Järjestimme osastotunnin, johon hoitajilla oli mahdollisuus osallistua.

Ottamamme kuvat tallensimme omalle koneellemme ja yhdistimme kirjoitetut ohjeet kuvien viereen tekstiruuduissa. Oppaan alkusivuille kasasimme vielä tiivistelmän teoriaosuudesta pohjustamaan asentohoidon toteuttamista kuvien avulla. Lopulta kokosimme tämän kaiken yhteen elektroniseksi oppaaksi, ja lähetimme valmiin tuotoksen toimeksiantajallemme suoraan sähköpostiin liitteenä. Sovimme, että opasta ei tule opinnäytetyöhömme liitteeksi. Se tulee kuulumaan vain Palvelukeskus Ruskahoville ja meille tekijöille. Muutoin opinnäytetyön raporttiosuus on muiden luettavana ja käytettävänä.

7.5 Osastotunti ja palaute oppaan ohjeista

Suunnittelimme osastotunnin vuoronvaihtoon, jolloin mahdollisimman monelle hallelle olisi tilaisuus osallistua siihen. Kerroimme fysiologisista muutoksista vanhusien kohdalla ja asentohoidon hyödyistä. Esimerkkien avulla kerroimme asentohoidosta asentojen ja apuvälineiden osalta. Vapaaehtoiset osallistuivat asentojen laittoon ja kun olimme käyneet ne läpi ja kerranneet niihin liittyvät hyödyt, jaoinme kuvat ohjeineen testattavaksi Ruskahovin hoitohenkilökunnalle. Hoitajille jaetuissa versioissa oli piirroskuvat teknisten ongelmien ja aikaongelmien vuoksi. Ajoitus on yksi kyselyn kulmakivistä (Vilkkä 2014, 28). Testausajaksi määrittelimme kaksi viikkoa. Näin saimme arvokasta väliaikatietoa siitä, olivatko ohjeemme toimivia vai tekisimmekö mahdollisesti vielä jotakin muutoksia.

Sisällytimme työhömmе myös pienen kyselyn henkilökunnalle järjestämämme osastotunnin jatkoksi. Palautekyselyn tarkoituksena oli kartoittaa ohjeiden toimivuutta käytännön työssä. Kyselyssämme esitimme vain 5 vaihtoehtokysymystä, joista kahteen kuului lisäksi omin sanoin vastattava avoin kysymys ensimmäisestä vaihtoehtovastauksesta riippuen. Viiteen ensimmäiseen kysymykseen pystyi vastaamaan valmiiksi annetuilla vaihtoehdoilla ”ei”, ”en osaa sanoa” tai ”kyllä”. Emme kirjoittaneet erikseen saatetta, vaan annoimme sen suullisesti osastotunnin lopussa. (Vilka 2014, 65, 67.) Oppaan testausajaksi määriteltiin kaksi viikkoa.

Teimme kyselystä tarkoitukselta selkeän, sillä joskus vastaajalle jää epäselväksi, mihin hänen pitäisi vastata. Toisaalta myös kysyjälle voi tulla ongelma tulkita vastausta. Kysymyksistä pitää saada heti kuva kysyttävästä asiasta. Olisi tärkeää pystyä seuraamaan toimintaa pitemmällä aikavälillä, varsinkin työelämässä. Tietoa työyhteisöltä voidaan pyytää uudestaan tehdyllä kyselyllä, jolloin edelliset vastaukset tallennetaan perusteellisesti. (Vilka 2015, 107 - 108.)

Saatuamme kyselylomakkeet takaisin kävimme ne läpi ja kirjoitimme tulokset tekstiksi (Hirsjärvi & Hurme 2004, 138). Ensimmäisten viiden kysymyksen osalta selkeää oli tehdä niistä taulukko, josta on nähtävissä kysymys ja siihen saadut vastaukset määrällisesti ja prosentuaalisesti. Osastotunnilla jakamaamme 25 kyselylomakkeeseen saimme vastaukset 11 henkilöltä, jolloin vastausprosentiksi tuli 44. Vastaajista 3 oli sairaanhoitajia ja lähihoitajia 8. Vastauksista kysymyksiin 1 - 5 (taulukko 1) voi päätellä, että osastotunnilla esittämämme teoriatieto ja asentohoitoon liittyvät asentokuvat ohjeineen olivat tarpeellisia ja sisälsivät myös uutta tietoa osalle hoitajista. Vähäisen vastaajamäärän vuoksi pystyimme tekemään päätelmät suoraan vastauksista (Hirsjärvi & Hurme 2004, 138). Samasta syystä myös laskemaan myös prosentuaaliset määrät ilman erillisiä lomakkeita (Vilka 2014, 111).

TAULUKKO 1. Vastaukset palautteen kysymyksiin 1 - 5

		ei	en osaa sanoa	kyllä
1.	Ovatko kuvat ja ohjeet mielestäsi helposti ymmärrettäviä?	0	1 (10 %)	10 (90 %)
2.	Jäikö kuvista tai ohjeista mielestäsi pois jotain oleellista?	4 (37 %)	5 (45 %)	2 (18 %)
3.	Oliko kuvien avulla helppo toteuttaa asentohoitoa?	0	3 (27 %)	8 (73 %)
4.	Luuletko, että kuvista ja ohjeista on työssäsi merkitystä?	0	1 (10 %)	10 (90 %)
5.	Opitko asentohoidosta jotain uutta?	0	3 (27 %)	8 (73 %)

Kahteen kysymykseen pyydetty sanalliset lisävastaukset antoivat hyvää tietoa meille oppaan laatijoille siitä, onko oppaasta tulossa toimiva ja tarvitseeko siihen tehdä mahdollisesti joitakin lisäyksiä. Kysymyksen numero 2 avoimeen lisäkysymykseen saadut vastaukset sisälsivät asioita kuvien selkeydestä, mahdollisesta videoinnista, puuttuvasta asennosta ja yhden ohjeen tarkennuksesta (vrt. Vilka 2014, 68). Näistä asioista pääsimmekin jo keskustelemaan osastotunnin yhteydessä ja pystyimme parantamaan oppaamme sisältöä jo ennen varsinaisten vastausten saamista. Kuvien epäselvyys johtui piirroskuvista osastotunnilla. Jouduimme kiireisen aikataulumme ja teknisten ongelmien vuoksi laittamaan piirrosversiot osastotunnilla jakamiimme oheisiin. Varsinaiseen oppaaseen tuli valokuvat, jotka ovatkin piirroskuvia helpompi tulkita.

90 % vastaajista oli sitä mieltä, että oppaasta tulee olemaan heille hyötyä työssään. Yli 70 % sai asentohoidon toteuttamiseen uutta tietoa. Kysymyksen numero 5 avoimista lisävastauksista ilmeni, että kertaus on opintojen äiti. Moni oli myös sitä mieltä, että teoriaosuus antaa hyvää tietoa siitä, miksi asentohoitoa kannattaa tehdä ja mihin ja miten eri asennot vaikuttavat. Moni kertoo vastauksissaan tekevänsä tulevaisuudessa

kuvien ja ohjeiden avulla enemmän asentohoitoa. Asennoista psoas-asento oli harvemmin käytetty, ja se olikin noussut vastauksissa päällimmäisien joukkoon mm. sen hyötyjen vuoksi. Myös sen kokeiluun ilmeni suurta kiinnostusta vastausten perusteella.

Saimme myös ylimääräisenä palautetta osastotunnistamme. Tämä oli mukava positiivinen lisä, vaikka emme erikseen asiasta kysyneet. Saimme kiitokset siitä, että osastotunnille oli järjestetty mahdollisuus koko hoitohenkilökunnalle. Oppaan ajatuksena on motivoida hoitohenkilökuntaa käyttämään aikaa asukkaan kanssa toteuttaen samalla hyvää asentohoitoa sekä passiivista liikehoitoa, siksi halusimme hoitajien osallistuvan tilaisuuteen.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön hyödynnettävyys sekä kehittämisideat

Opinnäytetyöstämme ja siihen kuuluvasta oppaasta hyötyvät tehostetussa palveluasumismuodossa työskentelevä hoitohenkilökunta, joka saa opinnäytetyön teoriaosuuden kautta tietoa immobilisaation haitoista, asentohoidon hyödyistä ja sen laadukkaasta käyttämisestä. Hoitohenkilökunnan motivoituessa suorittamaan hyvää asentohoitoa myös vuodelevossa olevan vanhuksen elämänlaatu paranee. Mielessämme on ollut koko opinnäytetyömme kirjoitustyön ajan lisäksi ajatus siitä, minkälaista hoitoa me tällä hetkellä työikäiset itse joskus mahdollisesti haluaisimme saada.

Osastotunnin järjestäminen ja kysely osoittivat, että tällaisella oppaalla on tarvetta ja sen olemassaolo motivoi enemmän asentohoidon tekemiseen. Oppaan testausaikana tuli jo ilmi sen tarpeellisuus ja hyödynnettävyys jokapäiväisessä työssä Palvelukeskus Ruskahovissa. Se nosti myös innostusta hoitajien keskuudessa toteuttamaan asentohoitoa ja kokeilemaan sellaistaikin, mitä ennen ei oltu kokeiltu.

Olemme pystyneet hyödyntämään työmme saavutuksia omassakin työssämme kokeilemalla kinestetiikan ja asentohoidon yhteistoimivuutta. Samalla olemme huomioineet, että hoitajien motivoiminen toimimaan kinestetiikan avulla asentohoidon parissa

toisi mielihyvää ja aktiivisuutta vanhukselle. Oppaassa on juuri siksi hyvä mainita kuvan ja asennon lisäksi millaisia positiivisia vaikutuksia asennoilla on. Mahdollinen aikarajoitus on myös tärkeä huomioida. Oppaan rinnalle voidaan liittää myöhemmin ohjeita myös kinestetikan ja taukojumpan käytöstä.

Vanheneminen on jatkuvaa fysiologista muuttumista ja johtaa myös maksimaaliseen toimintakyvyn heikentymiseen sekä haavoittuvuuden lisääntymiseen. Yksilölliset erot vanhenemisen fysiologisista muutoksista ovat suuria. (Tilvis ym. 2010, 20). Tämän vuoksi täytyy henkilökohtaista asentohoitoa ja huoneessa olevia ohjeita muokata aika ajoin. Mahdollisuuksien puitteissa pitäisi huomioida myös vanhuksen tai omaisten toiveet asentohoidon suunnittelussa.

Lisäksi hoitajien motivoituminen avoimeen ja innovatiiviseen ajatteluun esimerkiksi asentoahoitoapuvälineiden käytössä ja kehittämisessä on kaikkien hyöty. Vanhustyö on myös luovaa työtä, jossa ei tarvitse jämähtää paikalleen tekemään työtä niin kuin sitä on aina ennenkin tehty. Vain taivas on rajana ja pienistä puroista kasvaa isoja jokia. Aina vanhuksen vuoteen vierelle mentäessä tulisi lähtöajatuksena olla juuri kyseisen vanhuksen ongelmat ja hänen auttaminen mahdollisuuksien puitteissa.

Muita jatkokehittämisideoita on perehtyä aiheeseen selvittäen ja arvioiden tuotoksemme toimivuutta sekä sen vaikuttavuutta vanhusten elämänlaatuun toimeksiantajalla pitemmällä aikavälillä. Eräässä vastauksessa ehdotettiin mahdollista videon tekoa asentohoidosta, mikä voisi olla apuna hoitajien työssä. Videointi ei kuulu tähän opinäytetyöhön. Mahdollisesti sen voisi joku toinen joskus valmistaa työmme rinnalle käytettäväksi mm. uuden työntekijän perehdytykseen. Koska emme keskittyneet myöskään tärkeään aiheeseen, ravitsemuksen vaikutukseen vuodepotilaana olevien vanhusten kohdalla, myös se olisi hyvä jatkotutkimuksen aihe. Vanhusten masennus sekä kaltoinkohtelu ovat nekin tänä päivänä pinnalla kuohuvia aiheita. Toiveemme on, että jokainen vuodepotilaiden kanssa työskentelevä hoitaja ottaisi hetken ja miettisi, kuinka voisi omalta kohdaltaan parantaa ja toteuttaa hyvää ja laadukasta asentohoitoa lisätäkseen hoidettaviensa parempaa elämänlaatua.

Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetöiden lähdekirjallisuuteen täytyy aina suhtautua kriittisesti. Luotettavuuteen vaikuttaa lähteen ikä, laatu ja uskottavuusaste sekä kirjoittajan tunnettavuus. Lähteen oli hyvä olla myös melko tuore tai jopa ajankohtainen. Lähteiden määrää tärkeämpää on niiden laatu ja se, että se palvelee tehtävää opinnäytetyötä. Lähteinä voi käyttää mm. kirjallisia ja elektronisia lähteitä, haastatteluja ja esitteitä. (Vilkka & Airaksinen 2003, 72, 76 - 77.) Tärkeää on pystyä perustelemaan työssä tehdyt valinnat teoriaan pohjaten. Kehittämistutkimuksessa kohderyhmän on hyvä lukea kirjoittajan tulkintaa aiheesta. Myös teemahaastattelun kautta saadaan hyvää palautetta luotettavuudesta. (Kananen 2014, 166, 173 - 175.) Annoimmekin tekstiämme luettavaksi ohjaajallemme ja toimeksiantajamme henkilökunnalle saadaksemme palautetta jo matkan varrella.

Oman kirjoitustyön aikana täytyy ottaa huomioon myös plagioinnin vaara. Varsinkin internet-lähteiden kohdalla kopioinnin vaara täytyy huomioida. Lähdeviitteiden merkitseminen oikein on tärkeää, jotta lähteet pystytään jäljittämään. (Vilkka & Airaksinen 2003, 78.) Jos kyseessä on toisen käden lähde, sen kriittinen tarkasteleminen on hankalaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 93). Tämä ongelma tuli eteemme mm. yhdistysten ja säätiöiden materiaalia tarkastellessamme. Näissä ei oltu aina mainittu lähteitä. Voi kuitenkin olettaa, että jos materiaalin kirjoittajat ovat erilaisia hoitoalalla työskenteleviä ammattihenkilöitä, kuten erikoissairaanhoidtajia ja fysioterapeutteja, heidän aiemmat lähteensä ja tuottamansa materiaali on luotettavaa. Vertasimme myös näiden lähteiden tietoa muihinkin lähteisiimme ja totesimme niiden vastaavan toisiaan.

Ammatillinen kasvu opinnäytetyötä tehdessä

Asioiden tiivistäminen helppolukuisiksi yhtenäiseksi tekstiksi vaati hieman eri lähteiden lauseiden pyörittelyä ja yhdistelyä, mikä helpottui prosessin edetessä. Opinnäytetyöhömmä olimme varanneet aikaa riittävästi ja löysimme paljon tietoa immobilisaation haitoista sekä asentohoidon hyödyistä (Vilkka 2015, 81). Olemme erittäin tyytyväisiä lopputulokseen. Saimme koottua hyvän tietopaketin vanhustyön hoitotyöntekijöille helpottamaan sekä motivoimaan heitä vaativassa ja raskaassa työssään. Tavoit-

teena vanhusten hyvässä hoidossa on paras mahdollinen elämänlaatu (Tilvis ym. 2010, 469). Opinnäytetyöprosessin loppupuolella korostui, että opinnäytetyömme on hyvä jatkumo alussa mainitulle Ikäinstituutin Kunnan Hoitaja -projektille (Ikäinstituutti 2016). Kolmantena seikkana voi mainita osastotunnilla esille tulleen henkilökunnan kinestetikkakoulutuksen (Kinestetikka.fi 2016), joka omalta osaltaan tukee tätä vanhuksen hoitotyön kokonaisuutta.

Tunneimme kasvaneemme ammatillisesti opinnäytetyötämme tehdessämme. Etsiesämme tietoa vanhuuden mukanaan tuomista fysiologista muutoksista saimme paljon uutta tietoa siitä, kuinka moninaisesti ihminen vanhetessaan muuttuu. Vanhenemismiöitä voidaan joskus tulkita sairauksiksi, jolloin vaarana on vanhuksen itsemääräämisoikeuden menetyks, ylihoitaminen sekä elämänlaadun heikkeneminen (Tilvis ym. 2010, 20). Vanhuksen hoivatyö on tarkkaa työtä, jossa on huomioitava mm. vanhuksen yksilöllisyys, tarpeet, mahdolliset muutokset sekä uhkat. Uhkiksi voisi mainita nimenomaan esimerkiksi painehaavat (Juutilainen & Hietanen 2013, 300) ja aspiraation (Tilvis ym. 2010, 218), jotka voivat muodostua kohtalokkaaksi, jopa hengenvaaralliseksi, ellei niiden vähentämiseen tai poistamiseen puututa.

Opinnäyteprojekti vaati meiltä molemmilta paljon. Töiden, perhe-elämän ja opinnäytetyön tekemisen sulauttaminen yhteen tapahtui kuitenkin melko helposti. Toimiva yhteistyömme oli kaiken kulmakivi ja opimme toisiltamme koko ajan uutta lukemamme materiaalin lisäksi. Oppimiseen kuului myös asioiden priorisointi, työnjako, luottamuksen kasvaminen toiseen sekä kritiikin vastaanotto ja -antaminen. Rakentava palaute helpottaa tekstin argumentointia eli omien väitteiden perustelua, päättelyä sekä tekstin jouhevuutta (Vilka 2015, 81).

Kriittinen palaute prosessin aikana oli äärettömän tärkeää. Kun jokin asia oli lähtenyt hyvin käyntiin, positiivinen palaute asiasta sai meihin entisestään vauhtia. Kriittisempi palaute taas ajoi meidät hakemaan lisää tietoa, jotta pystyimme joko perustelemaan oman kantamme tai toisessa tapauksessa luopumaan ajatuksistamme.

Osastotunnin osalta voimme todeta, että tunsimme itsessämme kehittymistä hoitotyön ammattilaisiksi huomattuaamme, että pystyimme esittämään jo pitkäänkin hoitoalalla työskennellyille ihmisille oman opinnäytetyömme saavutuksen. Vuorovaikutustai-

tomme eri ammattiryhmien välillä ovat lisääntyneet työn puitteissa. Opiskelu ja opiskeltaviin asioihin perehtyminen on selkeästi laukaissut opiskelumme alussa ollutta jännitystä uusien asioiden äärellä. Itseluottamus omaa ammatillisuutta kohtaan on vahvistunut tämän opinnäytetyön matkan aikana valtavasti. Olemme valmiimpia ottamaan vastaan sairaanhoitajan haastavan työn, tekemään työtä omina persooninamme ja samalla kasvamaan ja kehittymään edelleen sairaanhoitajina.

LÄHTEET

Aivoliitto 2011. Aivoverenkiertohäiriöt ja spastisuus. Pdf-dokumentti.
http://www.aivoliitto.fi/files/2792/Aivoverenkiertohairiot_ ja_spastisuus_web.pdf.
 Päivitetty 2011. Luettu 4.9.2016.

Anttila, Kyllikki, Kaila-Mattila, Tuulikki, Kan, Suvi, Puska, Eeva-Liisa & Vihunen, Riitta 2015. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Duodecim 2016. Terveyskirjasto. Lääketieteen sanasto. WWW-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01296. Ei päivitystietoa. Luettu 19.3.2016.

Eloranta, Sini 2013. Hoivapalvelut verkkolehti nro. 2, 35 - 36. Asiakslähtöisyys vanhustyössä. Kuuluuko vanhan ihmisen ja hänen omaisensa ääni hoidossa? WWW-dokumentti. http://www.hoivapalvelut-lehti.fi/lehtiarkisto/hp_2013_nro2/#/36/zoomed. Päivitetty 2013. Luettu 15.10.2016.

ETENE 2008. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Vanhuus ja hoidon etiikka 2008. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy.

Fagerström, Virpi 2013. Apuvälineet ja oikea ohjeistus vähentävät ratkaisevasti hoitajien tuki- ja liikuntaelinvaivoja. Fysi.fi. WWW-dokumentti. <http://www.fysi.fi/fysi-lehti/fysi-lehti-extra/935-hoitotyön-ergonomiaa-voidaan-kehittää>. Ei päivitystietoa. Luettu 12.6.2016.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Finlex. WWW-dokumentti. [://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3). Päivitetty 17.8.1992. Luettu 12.6.2016.

Harjola, Veli - Pekka & Teittinen, Jorma 2001. Laskimotukoksen ja keuhkoembolian hoitolinjat. Terveysportti. Pdf-dokumentti.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92684.pdf>. Päivitetty 2001. Luettu 7.9.2016.

Hartikainen, Sirpa & Lönnroos, Eija (toim.) 2008. Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima.

Hippala, Heli 2000. Hyvä olo vuodepotilaana olevan vanhuksen kokemana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2004. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Pdf-dokumentti. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 28.6.2016.

Iivanainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Syväoja, Pirjo 2012. Sairauksien hoitaminen. Terveyttä Edistäen. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2013. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Iivanainen, Ansa & Kallio, Heli 2011. Toiminnallisuutta ylläpitävä asentohoito. Pdf-dokumentti. http://www.medimattress.fi/images/02_pdf/toiminnallinen%20asentohoito.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 2.2.2016.

Ikäinstituutti 2016. Kunnan Hoitaja -koulutus. Pdf-dokumentti. <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/6/fid/182/>. Ei päivitystietoa. Luettu 26.1.2016.

Juutilainen, Vesa & Hietanen, Helvi (toim.) 2013. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Järnstedt, Pia, Kaivolainen, Merja, Laakso, Taina & Salanko-Vuorela, Merja 2009. Omaisen hoitajana. Omaishoitajat ja Läheiset - Liitto Ry. Helsinki: Kirjapaja.

Kananen, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kari, Outi, Niskanen, Tuula, Lehtonen, Heidi, Arslankoski, Virpi 2015. Kuntoutuksen tukeminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karppinen, Tiina 2015. Ikääntyneen toimintakykyä tukeva hoitoympäristö osastonhoitajien näkökulmasta. Turun yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/104460/TiinaKarppinenGradu2015Hoitotiede.pdf?sequence=2>. Päivitetty 2015. Luettu 27.1.2016.

Kelo, Sini, Launiemi, Helena, Takaluoma, Matleena & Tiittanen, Hannele 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kinestetiikka.fi 2016. WWW-dokumentti. <http://www.kinestetiikka.fi/>. Ei päivitystietoa- Luettu 27.10.2016.

Kuisma, Markku, Holmström, Peter, Nurmi, Jouni, Porthan, Kari & Taskinen, Tuomas 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kukkonen, Sirkka & Piirainen, Arja 1990. Ihmisen perusliikkuminen ja sen edistäminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kurola, P., Erkkilä, L., Kaijalainen, T., Palmu, AA., Hausdorff, WP., Poolman, J., Jokinen J., Kilpi, TM., Leinonen, M. & Saukkoriipi, A. 2010. Fin-CAP keuhkokuumeetutkimus. WWW-dokumentti. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/ikaihmissen-keuhkokuumeen-ehkaisyrokottein/fincap-keuhkokuumeetutkimus>. Ei päivitystietoa. Luettu 12.9.2016.

Kähäri-Wiik, Kaija, Niemi, Aira & Rantanen, Anneli 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY.

Käypä hoito suositus, 2016. Virtsankarkailu. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=7C7EDC0F7788C5EE8EEAB33046ADE3F5?id=hoi50050>. Päivitetty 16.12.2011. Luettu 8.10.2016

Laine, Soile 2014. Aivoverenkiertohäiriöiden akuuttivaiheen hoito. Ohjepankki. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. WWW-dokumentti. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2815/5079/>. Päivitetty 12.11.2014. Luettu 9.9.2016.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Leppäluoto, Juhani, Kettunen, Raimo, Rintamäki, Hannu, Vakkuri, Olli, Vierimaa, Heidi & Lähti, Sole 2008. Anatomia ja fysiologia. Rakenteesta toimintaan. Helsinki: WSOY.

Mänttari, Matti 1998. Syvän laskimotromboosin hoito. Terveysportti. Pdf-tiedosto. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo80133.pdf>. Päivitetty 1998. Luettu 7.9.2016.

Mäntyharjun kunta 2016. WWW-dokumentti. <http://www.mantynharju.fi/palvelut/116-palvelukeskus-ruskahovi>. Ei päivitystietoa. Luettu 5.1.2016.

Neumann, Donald A. 2002. Kinesiology of the musculoskeletal system. Foundations for Physical Rehabilitation. Missouri, U.S.A: Mosby, Inc.

Nienstedt, Walter, Hänninen, Osmo, Arstila, Antti & Björkqvist, Stig-Eyrik 2014. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Nuotio, Maria & Tammela, Teuvo L.J. 2005. Iäkkäiden virtsankarkailu. Suomen lääkäri-lehti 4, 397-400. Pdf-dokumentti.
<http://www.fimnet.fi.ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL42005-397.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 1.7.2016.

Pesonen, Elina 2007. Julkaisijan käsikirja. Porvoo: WS Bookwell.

Pikkarainen, Aila 2013. Ikääntyneiden aikuisten kuntoutusarki. Monialaisen gerontologisen kuntoutuksen perusteet IKKU-hankkeen toimintatutkimuksen kautta kuvattuina. Pdf-dokumentti. https://kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutuslehden_artikkelit/2013/tiet_art_pikkarainen_1_2013.pdf. Päivitetty 2013. Luettu 15.3.2016.

Pohjolainen, Pertti 2016. Fysiologinen vanheneminen. Ikäinstituutti. Pdf-dokumentti. <http://www.vapaaehtoiseksiseniorina.fi/binary/file/-/id/1/fid/58>. Ei päivitystietoa. Luettu 5.7.2016.

Pohjolainen, Pertti & Heimonen, Sirkkaliisa (toim.) 2009. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Oraita 1. Ikäinstituutti. Pdf-tiedosto. <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/1/fid/379>. Ei päivitystietoa. Luettu 5.7.2016.

Rautava-Nurmi, Hanna, Westergård, Airi, Henttonen, Tarja, Ojala, Mirja & Vuorinen, Sinikka 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

RehaMed 2016. Posey-lapaset. WWW-dokumentti. <http://www.rehamed.fi/tuotteet/antidecubitusvalineet-pehmusteet-ja-vuodetekstiilit/asentohoitotuotteet-ja-pehmusteet/posey-lapaset>. Ei päivitystietoa. Luettu 14.9.2016.

Respecta 2016. Asentohoito. WWW-dokumentti. <http://www.respecta.fi/fi/tuotteet/terapiavalueet/asentohoito/>. Ei päivitystietoa. Luettu 30.3.2016.

Räihä, Ismo, Seppälä, Maaria, & Viitanen, Matti 2006. Geriatrian jättiläiset. Duodecim 12, 1483 - 1490.

Salminen, Anna-Liisa (toim.) 2010. Apuvälinekirja. Kouvola: Solver Palvelut Oy.

Savela, Salla, Komulainen, Pirjo, Sipilä, Sarianna & Strandberg, Timo 2015. Ikääntyneiden liikunta - minkälaista ja mihin tarkoitukseen. Duodecim 131, 1719-1725. Pdf-tiedosto. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12448.pdf>. Ei päivytystietoa. Luettu 4.5.2016.

Soppi, Esa 2014. Painehaavojen ehkäisyyn pitää panostaa. Potilaan lääkärilehti nro. 46/2014. WWW-dokumentti. potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/painehaavojen-ehkaisyyn-pitaa-panostaa. Päivitetty 20.11.2014. Luettu 5.6.2016.

Sufuca 2016. Vanhuksen toimintakyvyn tukeminen taidolla ja laadulla. WWW-dokumentti. http://www.sufuca.fi/fi/p_eatingposition_in_bed_fi.html. Ei päivytystietoa. Luettu 20.7.2016.

Sundell, Jan 2011. Lihassoimaharjoittelu on liian vähän käytetty täsmälääke lihavuudessa ja vanhuudessa. Duodecim 4, 335 - 341. Pdf-tiedosto. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.fi:2048/xmedia/duo/duo99359.pdf>. Ei päivytystietoa. Luettu 29.6.2016.

Suni, Jaana 2016. Vartalon lihasten toiminnallinen anatomia. Pdf-tiedosto. <http://tuleliikunta.fi/wp-content/uploads/TULE-ABC-selan-anatomia.pdf>. Ei päivytystietoa. Luettu 14.10.2016.

Tamminen-Peter, Leena, Moilanen Aija & Fagerström, Virpi 2011. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. Tampere. Tammerprint Oy

Tamminen-Peter, Leena & Wickström, Gustav 2014. Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Helsinki: Otavan Kirjapaino.

Tampereen vaahtomuovi Oy 2016. Psoas-tyyny. WWW-dokumentti. <http://www.vaahtomuovi.net/tuote/662/psoas-tyyny-30x40x50cm-%28ot122v%29>. Ei päivytystietoa. Luettu 31.10.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Toimintakyvyn arviointi. WWW-dokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/palvelutarpeen-selvittaminen/toimintakyvyn-arviointi>. Päivitetty 29.7.2015. Luettu 21.3.2016.

Terveyskirjasto 2012. Hoitosukat. Duodecim. WWW-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=jal00164. Päivitetty 10.12.2012. Luettu 9.7.2016.

Terveyskirjasto 2016. Ummetus. Duodecim. WWW-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00092. Päivitetty 19.4.2016. Luettu 9.7.2016.

Terveysverkko 2013. Ikääntymisen vaikutukset elimistöön. WWW-dokumentti.
<http://www.terveysverkko.fi/tietopankki/senioreille/ikaantymisen-vaikutukset-elimistoon>. Päivitetty 21.11.2013. Luettu 21.6.2016.

Tilvis, Reijo, Pitkälä, Kaisu, Strandberg, Timo, Sulkava, Raimo & Viitanen, Matti (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Torkkola, Sinikka, Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Tampere: Tammer – Paino Oy.

Tuukkanen, Eija 2013. Kuntouttava työote hoitotyössä hoitajien näkökulmasta. Centria ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti. <http://docplayer.fi/13728792-Eija-tuukkanen-kuntouttava-tyoote-hoitotyossa-hoitajien-nakokulmasta.html>. Ei päivytystietoa. Luettu 7.9.2016.

Työterveyslaitos 2016. Liukuhanska hoitajan kädessä – vähentää kitkaa siirroissa asiakkaan ja vuoteen välissä. WWW-dokumentti.
<http://www.ttl.fi/fi/ratkaisupankki/Sivut/details.aspx?luokka=Ergonomia&item=522>. Ei päivytystietoa. Luettu 18.10.2016.

Työterveyslaitos 2015. Potilassiirrot. WWW-dokumentti.
http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/potilassiirrot/sivut/default.aspx. Päivitetty 5.10.2015. Luettu 9.7.2016.

Vilkka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilkka, Hanna 2014. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi. Pdf-dokumentti.
<http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>. Luettu 31.10.2016.

Vilkka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Villa Manus 2016. Käsiterapia. Valmistuet. Pdf-dokumentti.
<http://www.villamanus.com/pdf/2014-valmistuet.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 8.7.2016.

Voipio, Annu 2010. Lääkinnälliset hoitohihat yläraajan turvotuksen hoidossa. Pdf-dokumentti. <http://kasitera.asiakkaat.sigmatic.fi/wp-content/uploads/2010/07/lunatum2-10.pdf>. Luettu 14.10.2016.

Voutilainen, Päivi & Heimonen, Sirkkaliisa 2006. Avaimia arviointiin: dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita.

LIITE 1.
Sopimus opinnäytetyön tekemisestä



MAMK
University of Applied Sciences

SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ

Sopijaosapuolet:

Opinnäytetyön tilaaja: Palvelukeskus Ruskahovi

ja Mikkelin ammattikorkeakoulun terveysalan laitoksen

hoitotyön koulutusohjelman opiskelija(t) Anne Pöyhö,
Marja Vihavainen

Opinnäytetyön aihe: Vuodepotilaan kuntoutusta edistävä
hoitotyö

Opinnäytetyön ohjaajat:

Ohjaava opettaja: Sirpa Kammonen

Työelämäohjaaja: sh Hertta Tuukkanen

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika: syksy 2016

Opinnäytetyön TK-tavoitteet:

Kirjallisuuskatsauksen kautta tutkitaan aihetta (asentohoidon
ja liikeratajuman hyödyt vuodepotilaalle) ja kehitetään käytännön
opas Ruskahovin henkilökunnalle

TK-TAVOITTEET: Tutkimus- ja kehittämistoiminnalla (t&k) tarkoitetaan systemaattista toimintaa tiedon lisäämiseksi ja tiedon käyttämistä uusien sovellusten löytämiseksi. Kriteerinä on, että toiminnan tavoitteena on jotain oleellisesti uutta. Tutkimus- ja kehittämistoimintaan sisällytetään perustutkimus, soveltava tutkimus sekä kehittämissyö. Soveltavalla tutkimuksella tarkoitetaan sellaista toimintaa uuden tiedon saavuttamiseksi, joka ensisijaisesti tähtää tiettyyn käytännön sovellutukseen. Soveltavaa tutkimusta on esim. sovellusten etsiminen perustutkimuksen tuloksille tai uusien menetelmien ja keinojen luominen tietyn ongelman ratkaisemiseksi. Tuote- ja prosessikehityksellä (kehittämissyöllä) tarkoitetaan systemaattista toimintaa tutkimuksen tuloksena ja/tai käytännön kokemuksen kautta saadun tiedon käyttämiseksi uusien aineiden, tuotteiden, tuotantoprosessien, menetelmien ja järjestelmien aikaansaamiseen tai olemassa olevien olennaiseen parantamiseen. (Tilastokeskus)

Mikkelin ammattikorkeakoulussa tehdyt opinnäytetyöt julkaistaan pdf-muotoisena kokotekstisinä tiedostoina ammattikorkeakoulujen yhteisessä julkaisuarkistossa Theseuksessa (<http://www.theseus.fi/>). Opinnäytetyöt ovat pääsääntöisesti julkisia asiakirjoja. Theseuksen käyttöehtosopimuksen hyväksyminen on samalla lupa työn julkaisemiseen internetin laajuisena näkyvyytenä. Vaihtoehtoisesti opinnäytetyö voidaan julkistaa myös tekijöiden harkinnan mukaan tai opinnäytetyön ohjaajan tai toimeksiantajan suosituksesta MAMKin sisäisessä verkossa. MAMKin sisäisessä verkossa julkaistettu työ ei näy julkisena internetissä, mutta on käytettävissä MAMKin sisäisessä verkossa.

Muut sopimusehdot:

Tuotos toimitetaan sähköisenä versiona toimeksiantajalle,
näin ollen opinnäytetyöstä ei synny kuluja.

Aika ja paikka 16.10.2015 Mäntyhärvellä

Marja Vihavainen Anne Pöyhö

Hertta Tuukkanen

Opiskelijan allekirjoitus

Toimeksiantajan allekirjoitus

/opiskelijoiden allekirjoitukset

ASENTOHOITO-KYSELY OPINNÄYTETYÖTÄMME VARTEN

työnimikkeesi:

Ympyröi alla olevasta taulukosta mielestäsi sopiva vastausvaihtoehto.

	ei	en osaa sanoa	Kyllä
Ovatko kuvat ja ohjeet mielestäsi helposti ymmärrettäviä?	1	2	3
Jäikö kuvista tai ohjeista mielestäsi pois jotain oleellista?	1	2	3
Oliko kuvien avulla helppo toteuttaa asentohoitoa?	1	2	3
Luuletko, että kuvista ja ohjeista on työssäsi merkitystä?	1	2	3
Opitko asentohoidosta jotain uutta?	1	2	3

Jos vastasit kysymykseen nro 2 "kyllä", kertoisitko mitä olisit kaivannut kuviin lisää?

Jos vastasit kysymykseen nro 5 "kyllä", kertoisitko, mitä uutta opit?

Kiitos vastauksistasi!

Marja Vihavainen ja Anne Pölhö
Mikkelin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat

Liikkumisen tukeminen – avain toimintakykyyn edistämiseen

KUNNON HOITAJA –koulutus
 Ikäihmisten arki liikuttaminen ja liikuntaharjoittelu:
 välineitä liikkumiskykyyn, muistin ja mielen vahvistamiseen

KOULUTUS ON TARKOITETTU TYÖTETOISILLE

Liikkumiskykyinen ikäihminen

- terveystietoisuus ja liikuntasuorituskyky
- voima ja kestävyys
- vireä mieli ja hyvä mieliala
- voima ja kestävyys
- voima ja kestävyys
- voima ja kestävyys

Monipuolinen liikunnan sisältö
 Ihminen ja tasoittelu edistävät laajasti ikäihmisten hyvinvointia, terveyttä ja hyvää arkea.

Koulutus on tarkoitettu parhaisiin mahdollisiin, pitkäaikaisten sairauksien, terveystietoisuuden ja voima- ja kestävyystietoisuuden vahvistamiseen ja terveyden edistämiseen. Terveystietoisuus on tärkeää, että eri-ikäisten ikäihmisten ja nuorten ihmisten osallisuus koulutukseen. Esimiehenä toimii koulutusohjelman johtaja.

TOIMINTAKUULUTUS LIIKKUMISKYKYÄ EDISTÄVÄKSI

Koulutuksessa saa

- tietoa fyysisen aktiivisuuden merkityksestä ikäihmisten elämäntilanteiden ja tunteiden edistämiseksi
- tunteita ja voimaa ikäihmisten elämäntilanteiden edistämiseksi
- tunteita ja voimaa ikäihmisten elämäntilanteiden edistämiseksi
- tunteita ja voimaa ikäihmisten elämäntilanteiden edistämiseksi
- tunteita ja voimaa ikäihmisten elämäntilanteiden edistämiseksi
- tunteita ja voimaa ikäihmisten elämäntilanteiden edistämiseksi

Ikäihmisten yhteistyön
 Ikäihmisten liikunnasta edistämisen ohjelmalla koulutus on tarkoitettu koulutusohjelman johtajalle ja liikuntajärjestäjille.

Uudet toimet
 Uudet toimet on tarkoitettu koulutusohjelman johtajalle ja liikuntajärjestäjille.

OPITUT ASIAT KÄYTTÄÖN

Koulutusohjelman avulla on tarkoitus edistää ikäihmisten liikunnasta edistämisen ohjelmalla koulutusohjelman johtajalle ja liikuntajärjestäjille.

KUNNON HOITAJAN OPPIAINEKSI

Sisältö: Uusi, vanha ja nykyinen liikuntatieteiden tutkimus, liikunnan ja terveyden edistämisen merkitys, liikunnan ja terveyden edistämisen merkitys, liikunnan ja terveyden edistämisen merkitys.

KUKA KOULUTTAAN?

Koulutusohjelman johtajaksi on valittu koulutusohjelman johtajaksi.

JÄRJESTÄMME MYÖS KOULUTUKSIA KOKO KUNNALLISUUDEN ALUEELLA

Koulutusohjelman johtajaksi on valittu koulutusohjelman johtajaksi.

OTATAAN YHTEYTTÄ!

Elin Vuorola-Andersson
 P. 040 763 8605, 09-6122 1681
 elina.vuorola-andersson@kaskentamuori.fi

www.kaskentamuori.fi

info@kaskentamuori.fi