



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hanna Peltola

HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUK-
SIA KINESTEETTISEN TOIMINTA-
MALLIN TOTEUTTAMISESTA
GERIATRISSESSA HOITOTYÖSSÄ

Sosiaali- ja terveysala
2014

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Hanna Peltola
Opinnäytetyön nimi	Hoitohenkilökunnan kokemuksia kinesteettisen toimintamallin toteuttamisesta geriatrisessa hoitotyössä
Vuosi	2014
Kieli	suomi
Sivumäärä	51 + 4 liitettä
Ohjaaja	Elina Kajan

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia kinesteettisen toimintamallin toteuttamisesta geriatrisessa hoitotyössä. Tutkimus toteutettiin erään terveystieteiden kahdella geriatrisella osastolla. Tekijä sai idean tutkimusaiheeseensa kyseisen terveystieteiden osastonhoitajalta. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa kinesteettisen toimintamallin toteutumisesta käytännön hoitotyössä hoitohenkilökunnan kokemana.

Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella maaliskuussa 2014. Kyselylomakkeessa oli strukturoituja monivalintakysymyksiä ja muutamia avoimia kysymyksiä. Tutkimus oli laadultaan pääasiassa kvantitatiivinen. Lisäksi se sisälsi muutamia kvalitatiivisesti analysoitavia avoimia kysymyksiä. Tutkimusaineisto on analysoitu SPSS-tilasto-ohjelmalla ja sisällön analyysillä.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että kinestetiikkakoulutuksella on suuri merkitys kinesteettisen toimintamallin ymmärtämiselle ja toteuttamiselle. Suurin osa hoitohenkilökunnasta kokee hallitsevansa kinesteettisen toimintamallin peruskäsitteet ja niiden merkitykset hoitotyössä. Hoitohenkilökunta käyttää osastoilla kinesteettistä toimintamallia päivittäin hoitotyössä. Hoitohenkilökunta kokee, että vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä on parantunut kinesteettisen toimintamallin käyttöönoton jälkeen. Työn mielekkyys on myös hieman lisääntynyt. Suuri osa hoitohenkilökunnasta kokee ajan puutteen esteenä kinesteettisen toimintamallin toteuttamiselle.

Henkilökunnan kokemuksen mukaan osastoille tarvitaan enemmän aikaa kinesteettisen toimintamallin toteuttamiseen. Hoitajat tarvitsevat myös lisäohjausta kinesteettisen toimintamallin potilassiirtotekniikoista. Kyseisen sairaalan hoitajat ovat kouluttautuneita ja motivoituneita kinesteettisen toimintamallin hyödyntämiseen.

Avainsanat kinestetiikka, ikääntyminen, geriatrinen hoitotyö, geriatrinen potilas

ABSTRACT

Author	Hanna Peltola
Title	Nursing Personnel's Experiences of Implementing Kinaesthetic Approach in Geriatric Nursing
Year	2014
Language	Finnish
Pages	51 + 4 Appendices
Name of Supervisor	Elina Kajan

The purpose of the study was to examine the nursing personnel's experiences of implementing kinaesthetic approach in geriatric nursing. The study was conducted in two geriatric wards in a health centre. The author got the idea for the research topic from the charge nurse in the health centre. The purpose of the study was to obtain information about the implementation of kinaesthetic approach in practical nursing as experienced by the nursing personnel.

The study was conducted with a questionnaire in March 2014. The questionnaire had multiple-choice questions and a few open-ended questions. The study was quantitative. In addition it contained a number of open-ended questions to be analyzed qualitatively. The research data were analyzed using SPSS-statistical software and content analysis.

Based on the results it can be concluded that the kinaesthetic education is significant for understanding the kinesthetic approach and implementation. Most of the nurses feel they have a command of the basic kinaesthetic concepts and of their meaning for nursing. The nursing staff uses the kinaesthetic approach in daily nursing care. The nursing staff feels that the interaction between the caregiver and the patient has improved since the introduction of kinesthetic approach. The job satisfaction has also slightly increased. Many members of the nursing personnel experience a lack of time as a barrier for the implementation of kinaesthetic approach.

According to the nursing staff's experiences the departments need more time to implement kinaesthetic approach. The nurses also need further training in kinaesthetic transfer techniques. The hospitals nurses are educated and motivated to use the kinaesthetic approach.

Keywords Kinaesthetics, aging, geriatric nursing, geriatric patient

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	GERIATRINEN POTILAS.....	10
2.1	Ikääntymisen aiheuttamia fysiologisia muutoksia.....	10
2.1.1	Paino ja pituus.....	10
2.1.2	Sydän-, verenkierto- ja hengityselimistö.....	11
2.1.3	Lihakset, luusto ja nivelet.....	12
2.1.4	Näkö, kuulo ja tasapaino.....	13
2.2	Toimintakyvyn arviointi ja tukeminen.....	13
2.2.1	Fyysinen toimintakyky.....	14
2.2.2	Psyykkinen toimintakyky.....	14
2.2.3	Sosiaalinen toimintakyky.....	15
3	GERIATRINEN HOITOTYÖ.....	16
3.1	Geriatrisen hoitotyön arvot ja potilaan oikeudet.....	16
3.2	Geriatrisen hoitotyön periaatteet.....	19
4	KINESTEETTINEN TOIMINTAMALLI.....	20
4.1	Tavoitteet.....	21
4.2	Keskeiset käsitteet.....	21
4.2.1	Vuorovaikutus.....	22
4.2.2	Toiminnallinen anatomia.....	23
4.2.3	Ihmisen liikkuminen.....	24
4.2.4	Voima.....	24
4.2.5	Ihmisen toiminnot.....	25
4.2.6	Ympäristö.....	25
4.3	Kinestetiikka ikääntyneiden hoitotyössä ja kuntoutuksessa.....	25
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	27
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	28
6.1	Tutkimuksen kohderyhmä.....	28
6.2	Aineiston keruu.....	28
6.3	Aineiston analysointi.....	29

7	TUTKIMUSTULOKSET	31
7.1	Vastaajien taustatiedot	31
7.1	Kinesteettisen toimintamallin toteutuminen	32
7.2	Kinesteettisen toimintamallin toteutumista edistäviä tekijöitä	37
7.3	Kinesteettisen toimintamallin toteutumista estäviä tekijöitä	40
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	43
8.1	Tutkimustulosten pohdintaa	43
8.2	Tutkimuseettiset kysymykset	44
8.3	Tutkimuksen luotettavuus	45
8.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	47
8.5	Oma oppimisprosessi ja arviointi	48
	LÄHTEET	49
	LIITTEET	

KUVIOLUETTELO

- Kuvio 1.** Potilaiden nostamisien vähentyneisyys kinesteettisen toimintamalli käyttöönoton jälkeen s. 32
- Kuvio 2.** Painehaavaumien ehkäiseminen kinesteettisen toimintamallin avulla s. 33
- Kuvio 3.** Kinesteettisen toimintamallin kuntouttavuus s. 33
- Kuvio 4.** Potilaan osallistuminen omaan kuntoutukseensa s. 34
- Kuvio 5.** Potilaiden kipujen vähentyminen s. 35
- Kuvio 6.** Hoitajien fyysisen kuormittavuuden vähentyminen s. 35
- Kuvio 7.** Työn mielekkyyden lisääntyminen s. 36
- Kuvio 8.** Kinesteettisen toimintamallin peruskäsitteiden hallitseminen teoriassa s. 37
- Kuvio 9.** Peruskäsitteiden merkityksen ymmärtäminen hoitotyössä s. 38
- Kuvio 10.** Kinesteettisen toimintamallin potilassiirtotekniikoiden hallitseminen s. 38
- Kuvio 11.** Potilaan vuorovaikutuksen parantuneisuus s. 39
- Kuvio 12.** Ajan riittävyys kinesteettisen toimintamallin toteuttamisessa s. 40
- Kuvio 13.** Tuen saaminen työtovereilta s. 41

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Följebrev**LIITE 3.** Kyselylomake**LIITE 4.** Frågeformulär

1 JOHDANTO

Ihmiset ikääntyvät yksilöllisesti. Ihmisen kehossa ja fyysisessä liikuntakyvyssä tapahtuu vähitellen muutoksia. Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky vaikuttavat ikääntyneen ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Ikääntyneiden masennus ja yksinäisyys ovat hyvin yleisiä ongelmia kotona ja laitoksissa. Vähitellen toimintakyvyn sekä kuulon ja näön heiketessä saattaa ikääntyneellä olla vaikeuksia osallistua erilaisiin toimintoihin ja tilaisuuksiin. Fyysisien- ja psyykkisen- ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen lisää ikääntyneen liikuntakykyä, henkistä hyvinvointia ja mielekkyyttä elämään. (Jyväskylän kaupunki 2014.)

Liikuntakyvyn ylläpitämisellä ja kuntouttavalla työotteella, pystytään parantamaan ikääntyneiden hyvinvointia sekä itsenäistä toiminta- ja selviytymiskykyä (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2013). Hoitotyössä kinestetiikka on toimintamalli, jossa otetaan huomioon potilaan omat voimavarat (Hantikainen 2010, 23). Kinesteettinen toimintamalli perustuu ihmisen luonnollisten liikkeiden ja aistitoimintojen oivaltamiseen, aktiiviseen kosketukseen, ihmisen kunnioittavaan kohtaamiseen sekä kyseisten merkitysten oppimiseen ja ymmärtämiseen. (Suomen Kinestetiikkayhdistys ry 2014.)

Kyseisen terveyskeskuksen geriatriosastoilla on otettu käyttöön kinesteettinen toimintamalli hoitotyössä vuonna 2013. Päätös kinesteettisen toimintamallin käyttöönotosta tuli ylimmältä johdolta. Hoitohenkilökunta on saanut kinestetiikan peruskoulutusta molemmilla geriatriosastoilla kinesteettisen toimintamallin käyttöönoton yhteydessä.

Kinestetiikan avulla voivat hoitajat tukea ja ohjata potilasta liikkumisessa ja päivittäisissä toiminnoissa hyödyntäen potilaan jäljellä olevia voimavaroja. Kinesteettisen toimintamallin avulla voidaan ehkäistä liikkumattomuudesta aiheutuvia haittoja, kuten esim. vuodepotilaaksi päätymistä. Hoitajien fyysinen kuormitus vähenee, kun potilas osallistuu aktiivisesti toimintoihin omia voimavaroja hyödyntäen. (Kuittinen, Hantikainen & Vehkaoja 2014.) Kyseisillä osastoilla on pannaanostettu paljon kinesteettiseen toimintamalliin järjestämällä hoitohenkilökunnalle koulutuksia ja käytännön ohjausta. Kinestetiikkakoulutuksen avulla pyritään opet-

tamaan hoitajia ymmärtämään ihmisen luonnollisten liikkeiden merkitys. Lisäksi heillä on mahdollisuus kehittää omaa ammattitaitoaan ja löytää oman kehonsa luonnolliset liikkeet (Betschon, Brach & Hantikainen 2011).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia kinesteettisen toimintamallin toteutumisesta geriatrisessa hoitotyössä. Tekijä kiinnostui aiheesta, työskennellessään eräällä kyseisen terveyskeskuksen geriatrisella osastolla. Tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat hoitotyö, geriatrinen hoitotyö, potilas, geriatrinen potilas ja kinesteettinen toimintamalli. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa kinesteettisen toimintamallin toteutumisesta käytännön hoitotyössä hoitohenkilökunnan kokemana.

2 GERIATRINEN POTILAS

Geriatrisella potilaalla tarkoitetaan ikääntynyttä potilasta. Ikääntyneellä potilaalla tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt. Henkilön toimintakyky on korkean iän, sairauksien tai vammojen vuoksi heikentynyt. (Mattila 2013.) Tarkkaa ikärajaa ei ole asetettu milloin ikääntyminen alkaa tai koska ihmistä voi kutsua ikääntyneeksi. Edellä mainitut muutokset ovat yleisiä ja eivät koske ainoastaan geriatrasta potilasta.

Geriatrisen potilaan hoitaminen on haasteellisempaa, kun työikäisen potilaan hoitaminen. Geriatrisen potilaan hoitamisessa haasteellista ei ole ainoastaan toimintahäiriö tai sairaus. Hoidossa on otettava huomioon potilaan koko terveydentila, elämäntilanne, sosiaalinen ympäristö ja omaiset. Ikääntyneen potilaan hoidon valintaan vaikuttavat hänen fyysinen ja henkinen toimintakykynsä sekä kaikki edellä mainitut tekijät. (Sairaanhoitajaliitto 2014.) Tässä työssä tekijä on pääasiassa keskittynyt käsittelemään ikääntymisen aiheuttamia fysiologisia muutoksia.

2.1 Ikääntymisen aiheuttamia fysiologisia muutoksia

Ihmiset ikääntyvät yksilöllisesti. Ihmisen kehossa, rakenteissa ja liikuntakyvyssä tapahtuu vähitellen muutoksia. (UKK-instituutti 2013.) Ikääntymisen muutoksia tapahtuu kasvukauden päätyttyä. Fysiologisten toimintojen heikkeneminen johtuu solujen vanhenemisesta. Solujen toiminta muuttuu ja solut tuhoutuvat vähitellen. Fysiologiset muutokset eivät tapahdu samanaikaisesti ja samalla nopeudella kaikissa kehon osissa. Kaikilla ihmisen elimillä on oma vanhenemisen nopeus. (Pohjolainen 2014.) Ikääntyessä ihmisen keho kuihtuu, kuivuu ja rasvoittuu. Tämä johtuu siitä, että kudoksien tilavuus ei pienene samassa tahdissa kun solukato edellyttäisi. Jäljelle jäävät solut alkavat suurentua ja surkastuneiden solujen tilalle asettuu rasvatäytettyjä sidekudossoluja. (Pohjolainen 2014.)

2.1.1 Paino ja pituus

Pituuden väheneminen alkaa suurin piirtein 40 ikävuoden jälkeen. Pituuden vähenemiseen vaikuttaa asennon ja ryhdin muutokset, luiden kalkkikato sekä nikamavälilevyjen kokoonpuristuminen painovoiman vaikutuksesta ja reisiluun kaula-

osan kulman muuttuminen lantioon nähden. Pituuden väheneminen nopeutuu 60 ikävuoden jälkeen. (Pohjolainen 2014.)

Painon lisääntyminen alkaa jo 25 ikävuoden jälkeen. Painon lisääntyminen johtuu rasvan määrän lisääntymisestä. Paino lisääntyy 50 ikävuoteen asti. Tämän jälkeen paino ei välttämättä nouse vaikka rasvamäärä lisääntyy sillä lihaksien- ja kudoksi- en määrä vähenee. (Pohjolainen 2014.)

2.1.2 Sydän-, verenkierto- ja hengityselimistö

Sydän- ja verenkiertoelimistössä tapahtuvat ikääntymismuutokset vähentävät sydämen toimintakykyä, rajoittavat fyysistä suorituskykyä sekä heikentävät erilaisen stressien sietokykyä. Sydämen maksimisyke vähenee, sydämen iskutilavuus pienenee ja sydänlihaksen supistumiskyky heikkenee. (Pohjolainen 2014.) Sydän- ja verenkiertoelimistön muutoksien vuoksi on ikääntyneen ihmisen käytettävä enemmän fyysistä voimaa toimintoihinsa. Fyysinen rasitus vaikuttaa sydämen toimintakykyyn. (Norberg, Lundman, Santamäki Fischer 2012, 153.)

Sydän- ja verenkiertojärjestelmän ja ääreisverenkierron muutoksien johtavat ääreisverenkierron heikkenemiseen ikävuosien lisääntyessä. Verenkierto eri elimiin vähenee. Elimistön tasapainon säilyttämiseksi nousee systolisen verenpaineen ääreisverenkierron heikentyessä. Ikääntyneen ihmisen verenkierto on sopeutunut korkeaan verenpaineeseen ja liian tehokas verenpaineelääkitys voi olla haitaksi. (Pohjolainen 2014.)

Keuhkot määräävät yhdessä sydän- ja verenkierron kanssa, kuinka tehokkaasti happi kulkee kudoksiin. Hengitystoiminnot heikkenevät keuhkoissa ja rintakehässä ikääntymisen seurauksena. Merkittäviä muutoksia ovat keuhkojen pinta-alan pieneneminen, rintakehän elastisuuden aleneminen ja hengityslihasten voiman heikkeneminen. Keuhkojen hengityskapasiteetti vähenee myös vähitellen ikääntymisen myötä. Tähän prosessiin vaikuttaa muun muassa keuhkorakkuloiden kokonaispinta-alan pieneneminen. (Pohjolainen 2014.) Keuhkojen vanhenemismuutokset aiheuttavat hengitysfrekvenssin nousun fyysisessä rasituksessa (Norberg, Lundman, Santamäki Fischer 2012, 154).

2.1.3 Lihakset, luusto ja nivelet

Rakenteellisia muutoksia tapahtuu ikääntyessä lihaksissa. Kehon lihasmassa vähenee, sidekudoksen ja rasvan määrä lisääntyy ja lihassoluihin kerääntyy kuona-aineita. Lihasten suorituskyky on parhaimmillaan 20-30 vuoden iässä ja alkaa vähitellen huonontua 50 ikävuoden jälkeen. Ikääntymisen lisäksi lihasten heikkenemiseen vaikuttaa pitkäaikaissairaudet, lääkitys, hermoston ja hormonitoiminnan muutokset, lihasten käyttämättömyys ja aliravitsemus. Lihassoiman heikkeneminen ei tapahdu samanaikaisesti kaikissa lihaksissa. Erilaiset lihasryhmät heikentyvät omassa tahdissa. (Pohjolainen 2014.)

Ikääntyvän ihmisen luusto alkaa haurastua 40 ikävuoden jälkeen. Haurastuminen (osteoporoosi) jatkuu elämän loppuun asti. Osteoporoosia esiintyy enemmän naisilla kuin miehillä. Osteoporoosi uskotaan liittyvän estrogeenin tuotannon vähenemiseen. Miehillä tapahtuu vastaavaa luukatoa. Miehillä luukato etenee hitaammin kuin heillä on enemmän luukudosta. Siksi haurastumisen oireet esiintyvät miehillä myöhemmin kuin naisilla. Luiden mineraalipitoisuus vähenee myös vähitellen 35-50 ikävuoden jälkeen. On todettu, että tupakointi ja runsas alkoholin käyttö vähentävät luun mineraalipitoisuutta. (Pohjolainen 2014.) Alhainen kalsiumin ja D-vitamiinin saanti vaikuttaa myös luuston haurastumiseen. (Norberg, Lundman, Santamäki Fischer 2012, 162.) Kohtuullinen liikunta sen sijaan, ylläpitää luun mineraalivarastoja (Pohjolainen 2014).

Nivelten liikkuvuus vähenee myös iän myötä. Tämä johtuu pääsääntöisesti nivelnesteiden määrän vähenemisestä ja sidekudoksen määrä lisääntymisestä nivelessä. Toimintakyvyn kannalta nivelten liikkuvuudella on suuri merkitys arkielämässä. Nivelten liikerajoitukset takia on monen ikääntyneen ihmisen luovuttava monista toiminnoista. Nivelten liikkuvuuden väheneminen aiheuttaa erilaisia nivelvaivoja ja liikkumisvaikeuksia. Vähäinkin liikeratojen rajoitus voi haitata ihmisen päivittäisiä toimintoja kuten portaiden nousua. (Pohjolainen 2014.)

2.1.4 Näkö, kuulo ja tasapaino

Silmän kyky tarkentaa lähietäisyydellä muuttuu vähitellen ikääntyessä. Tämä tapahtuu yleensä 40-50 iässä. Merkittävä näkömuutos on myös hämäränäön huononeminen. Kuulossa tapahtuvia muutoksia on, että korkeiden äänien erotuskyky heikkenee. Korkeiden äänien kuuleminen vaikeutuu jo 20-30 vuoden iässä. 75-vuotiaista ikääntyneistä on 65 % lievä kuulovamma. (Pohjolainen 2014.)

Ihmisen tasapainoasti sijaitsee sisäkorvassa. Sisäkorvassa on tasapainoreseptoreita jotka lähettävät impulsseja keskushermostoon. (Duodecim 2014.) Ikääntyneiden tapaturmariski kasvaa iän myötä, tasapainon- ja reaktio-nopeuden heiketessä (UKK-instituutti 2013). Pystyasennon ylläpitoon vaikuttavat monet elinjärjestelmät ja aistit. Näkö ja tasapaino ovat merkittäviä aisteja pystyasennon ylläpitämisessä. Keskeisessä asemassa ovat myös nivelten ja jalkapohjien tuntoaistit. Vartalon ja raajojen lihaksien tehtävä on huolehtivat pystyasennon ylläpitämisestä. Keskushermoston tehtävä on lähettää yhteensopivia toimintoja. Kyseisien edellä mainittujen elinjärjestelmien vanhetessa, muuttuu myös kehon asentohallinta. (Pohjolainen 2014.)

Näkötarkkuuden aleneminen, silmän valoherkkyyden huononeminen, ja adaptaatiokyvyn heikkeneminen aiheuttavat ongelmia tasapainon ylläpitämisessä. Asennon ja tasapainon ylläpitämiseen vaikuttavat myös lihaksissa, nivelissä, jänteissä, nivelsiteissä ja iholla toimivat reseptorit. Ikääntymisen myötä reseptoreiden toiminta heikkenee ja tekee asennon muutokset epätarkoiksi. Lihasten toimintakyvyn heikentyminen vaikuttaa myös tasapainoon. (Pohjolainen 2014.)

2.2 Toimintakyvyn arviointi ja tukeminen

Ihmisen toimintakykyä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Voidaan tarkastella esim. solujen ja elinten toimintakykyä. Pääsääntöisesti toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kehollisia toimintoja. Toimintakyky ilmenee käytännössä työkykenä sekä itsenäisestä selviytymisestä arjen ja vapaa-ajan askareista. Toimintakyky jaetaan kolmeen osa-alueeseen: fyysinen-, psyykkinen- ja sosiaalinen

toimintakyky. Nämä osa-alueet ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa toisiinsa. (Pohjolainen 2014.)

Ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn ylläpitäminen on tärkeää. Toimintakyvyn merkitys on lisääntynyt myös gerontologisissa tutkimuksissa. Tietoa ihmisen toimintakyvystä tarvitaan esim. väestön terveyden tason mittaamisessa, yksilöiden työkyvyn-, kuntoutus- ja avuntarpeen arvioinnissa sekä erilaisten interventio-ohjelmien vaikutusten selvittämisessä. (Pohjolainen 2014.)

2.2.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan elimistön toiminnallista kykyä selviytyä fyysisistä tehtävistä. Fyysinen toimintakyky perustuu hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön toimintaan. (Pohjolainen 2014.) Ikääntyessä ihmisen fyysinen toimintakyky muuttuu kun elimistö vanhenee. (Pohjolainen 2014.) Fyysisen toimintakyvyn alentuminen lisää ihmisen avuntarvetta. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 81.)

Arkielämässä fyysinen toimintakyky ilmenee ihmisen kyvyllä suoriutua arkielämän toiminnoista, työstä ja harrastuksista. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 81.) Ensimmäisiä ikääntymisen merkkejä voidaan huomata fyysisessä toimintakyvyssä 50 vuoden iässä, esim. nivelet menettävät liikelaajuuttaan ja raajojen liikkeet tuntuvat jäykemmiltä. Fyysisen toimintakyvyn muutokset alkavat kuitenkin vasta 75 vuoden iässä. Mitä vanhemmaksi ihminen tulee sitä tärkeämpää on ylläpitää fyysistä toimintakykyä. Kuntouttamisella on suuri merkitys ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitämiselle. Fyysistä toimintakykyä voidaan tutkia esim. havainnoimalla ja testaamalla fyysistä suorituskykyä. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 82.)

2.2.2 Psykkinen toimintakyky

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä vastaanottaa, käsitellä ja muodostaa käsityksiä ympäristöstään. Psykkinen toimintakyky sisältää myös kyvyn suoriutua erilaisista älyllisistä ja henkistä ponnistelua vaativista tehtävistä.

(Pohjolainen 2014.) Hyvä psyykinen toimintakyky perustuu tunteiden, ajattelun ja toiminnan hallintaan (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 86).

Ihminen, joka pystyy laatimaan elämälleen suunnitelmia sekä tekemään vastuullisia ratkaisuja ja valintoja elämässään, on psyykkisesti toimintakykyinen. Omien tavoitteiden lisäksi on ihmisen pystyttävä suunnittelemaan kuinka tavoitteet voisi toteuttaa. Psyykkisessä toimintakyvyssä vuorovaikutus elin- ja toimintaympäristöön on tärkeää. Ikääntyneen psyykkistä toimintakykyä voidaan parhaiten arvioida, kun tunnetaan hänen asuin- ja elinympäristö sekä sosiaalinen verkosto. (Pohjolainen 2014.)

2.2.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä tulla toimeen yhteiskunnan arvojen ja normien mukaisesti sekä selviytymään arkipäivän toiminnoista. Sosiaalinen toimintakyky sisältää myös kyvyn selvitä erilaisissa vuorovaikutustilanteissa. (Pohjolainen 2014.)

Ihmisen taloudelliset, tekniset ja kulttuuriset tekijät vaikuttavat myös sosiaaliseen toimintakykyyn. Sosiaalista toimintakykyä edistää ihmisen aktiivinen rooli yhteisössä sekä kokemus siitä, että yhteisön ja yhteiskunnan asioihin pystyy vaikuttamaan. Yksinjäätminen ja syrjintä vaikuttavat negatiivisesti ihmisen sosiaaliseen toimintakykyyn. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 88.)

Ihmisen sosiaalinen tuki perustuu esim. perheestä, sukulaisista ja ystävistä. Sosiaalista tukea voi saada myös yhteiskunnan palvelujärjestelmistä. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 88.)

3 GERIATRINEN HOITOTYÖ

Ikääntyneiden terveydenhuollossa hoidetaan yleensä yli 75-vuotiaita monisairaita ihmisiä. Tarkkaa ikärajaa ei kuitenkaan ole asetettu. Haasteellista ikääntyneiden hoidossa ovat sairauksien diagnostiikka ja optimaalisen hoidon valinta ja toteutus. (Tilvis, Hervonen, Jäntti, Lehtonen & Sulkava 2001, 32.)

Geriatrinen hoitotyö on yksi hoitotyön monista erikoisaloista. Geriatriksen hoitotyön tavoite on edistää ikääntyneen ihmisen toimintakykyä, terveyttä ja hyvinvointia. Geriatriksen hoitotyön päätehtävät ovat terveyden edistäminen ja ylläpito, toimintakyvyn tukeminen ja sairauksien hoito, toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi, toimintakykyä edistävä hoitotyö, turvallisen lääkehoidon toteutus, perhehoitotyö ja palliatiivinen hoitotyö. (Karvinen 2009.)

3.1 Geriatriksen hoitotyön arvot ja potilaan oikeudet

Hoitotyötä ohjaavat arvot perustuvat sosiaali- ja terveystieteiden arvoperustaan. Ammatillisella toiminnalla edistetään yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta, tasa-arvoa, inhimillisyyttä sekä ihmisen itsemääräämisoikeutta kaikissa elämän eri vaiheissa. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 12.)

Ihmisellä on oma merkittävä roolinsa terveytensä edistämisessä. Potilaalla on velvollisuus päättää ja osallistua omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa. Hoitotyössä auttamisen lähtökohdaksi toimii se, että jokainen ihminen on ainutkertainen ja jokaisen ihmisen elämällä on tarkoitus. Auttamisen tavoite on lisätä potilaan hyvää oloa ja terveyttä. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 12.)

Hoitotyön ihmissuhteet perustuvat seuraavista arvoista: hyvyys, oikeudenmukaisuus ja totuus. Hoitotyössä toimitaan toista ihmistä varten ja yhdessä muiden ihmisten kanssa. Ammatillinen asettuminen toisen ihmisen auttajaksi on eettinen valinta. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 12.)

Geriatrisen hoitotyön arvoja ovat esim. ihmisen kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja tasa-arvoisuus. Jokainen ihminen on arvokas ja ainutkertainen. Hänellä on oikeus hyvään elämään ja häntä tulee kunnioittaa iästä huolimatta. Geriatriasta potilasta on kohdeltava samalla tavalla kun muita potilaita. Ikääntynyt ihminen on oman elämänsä asiantuntija. Hänen tarpeensa ja toiveensa huomioidaan ensisijaisesti hoitotyössä. Jotta ikääntynyt ihminen voisi itse päättää omasta hoidostaan, on hänelle annettava riittävästi tietoa eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2009, 34.)

Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus saada terveydentilansa edellyttämää hoitoa. Kaikilla potilaalla on oikeus saada terveyden- ja sairaanhoitoa. Potilasta kohdellaan yksilöllisesti ja oikeudenmukaisesti. Hänen vakaumustaan ja yksilöllisyyttään kunnioitetaan. Hoidossa ja kohtelussa otetaan huomioon potilaan äidinkieli, kulttuuri ja yksilölliset tarpeet. Potilaan sukupuoli, ikä, terveydentila tai vamma ei aseta potilasta eri asemaan terveydenhuollossa. (Valvira 2014.)

Potilaalla on oikeus päästä kiireellisesti hoitoon, jos hänen terveyden- tai sairautentila edellyttää sitä. Hoitoon pääsyn ajankohdasta on ilmoitettava suoraan potilaalle. Mikäli ajankohta muuttuu, on siitä ilmoitettava potilaalle välittömästi. (Valvira 2014.)

Potilaalle on kerrottava hänen terveydentilastaan. Hänelle kerrotaan mitä eri hoitovaihtoehtoja hänellä on, miten hoidot vaikuttavat ja ovatko hoidoilla haittavaikutuksia. Potilas saa kieltäytyä vastaanottamasta tietoa hänen terveydentilastaan, mikäli hän haluaa. Tieto on kerrottava selkeästi niin, että potilas ymmärtää tiedon sisällön. Kaikilla potilailla on itsemääräämisoikeus. Potilas ei tarvitse vastaanottaa hoitoa, jos hän niin tahtoo. Hoidosta kieltäytymiset merkitään aina potilaan potilasasiakirjoihin. (Valvira 2014.)

Uusi Vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1.7.2013 (Valvira 2014). Lain tarkoitus on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumiskykyä. Vanhuspalvelulla tahdotaan parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuutta osallistua elinolosuhteisiin vaikuttaviin päätöksentekoihin ja palvelu-

jen kehittämiseen. Lain avulla parannetaan myös iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalvueluita sekä ohjausta palvelujen käyttöön. Tukea ja ohjausta annetaan ikääntyneelle yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja riittävän ajoissa, esim. kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää. Lain tavoitteena on vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa ja päättää hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveystalvuelujen sisällöstä ja toteuttamisesta. (L 28.12.2012/980.) Valtakunnallinen ohjaus ja valvonta varmistavat, että vanhus-tenhuollon palveluja toteutetaan aisanmukaisesti ja turvallisesti. Ikääntyneen henkilön tulee saada laadukasta ja tasapuolista palvelua, jossa hänen itsemääräämis-oikeuttaan kunnioitetaan. (Sosiaali- ja terveystalvan lupa- ja valvontavirasto 2014.)

Sosiaali- ja terveystalveministeriö ja Kuntaliitto ovat laatineet ikääntyneiden hoitotyön laatusuosituksot. Ikääntyneiden laatusuosituksien tavoitteena on turvata hyvä ikääntyminen ja varmistaa ikääntyneille tarkoitettujen palvelujen riittävyys. Laatusuosituksot kohdistuvat väestö- että yksilötasolle. Laatusuositusten toteutumista seurataan valtakunnallisesti ja paikallisesti. (Sosiaali- ja terveystalveministeriö 2013.)

Laatusuositus on tarkoitettu ensisijaisesti iäkkäiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin tueksi kuntien päättäjille ja johtajille. Myös sosiaali- ja terveystalvuelujen tuottajat, alan ammattilaiset ja kolmannen sektorin toimijat voivat hyödyntää suositusta omassa toiminnassaan. (Sosiaali- ja terveystalveministeriö 2013.)

Ikääntyneiden laatusuosituksot kohdistuvat seuraaviin osa-alueisiin: osallisuus ja toimivuus, asuminen ja elinympäristö, mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, oikea palvelun mahdollistaminen oikeaan aikaan, palvelujen rakenne, hoidon ja huolenpidon turvaaminen ja johtaminen. (Sosiaali- ja terveystalveministeriö 2013.) Ikääntyneiden laatusuosituksia katsoen on kinesteettinen toimintamalli tärkeä ikääntyneen terveyden ja toimintakyvyn turvaamisessa. Liikuntakyvyn ylläpitämisellä ja kuntouttavalla työotteella, pystytään parantamaan ikääntyneiden hyvinvointia sekä itsenäistä toiminta- ja selviytymiskykyä (Sosiaali- ja terveystalveministeriö 2013).

3.2 Geriatrisen hoitotyön periaatteet

Hoitotyön periaatteet pohjautuvat hoitotyön arvoihin. Hoitotyön arvot ja hoitotyön periaatteet ovat hoitotyöntekijöiden yhdessä valitsimia päämääriä, joiden toteutusta pidetään tärkeänä potilaan hyvinvoinnin edistämiseksi. Hoitotyön periaatteet ovat konkreettisia toimintaohjeita. Hoitotyön periaatteilla tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitoa ohjaavaa johtoajatusta. Tämä pohjautuu ihmis- ja terveyskeskeisiin arvoihin. Hoitotyön periaatteet toimivat hoitohenkilökunnan apuna käytännön ongelmien ratkaisemisessa. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 13.)

Yleensä hoitoyksikössä on laadittu omat hoitotyön arvot ja periaatteet. Yksikön toiminta-ajatus pohjautuu yhdessä laadittuihin arvoihin ja periaatteisiin. Hoitotyön periaatteita ovat esim. yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, perhekeskeisyys, hoidon jatkuvuus, turvallisuus ja omatoimisuus. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 13.) Kyseiset periaatteet pätevät myös geriatrisessa hoitotyössä. Ikääntyneen ihmisen hoitotyössä huomioidaan ikääntymiseen liittyvät asenteet, arvot ja odotukset. (Tiikkainen & Teeri 2009.)

4 KINESTEETTINEN TOIMINTAMALLI

Kinesteettinen toimintamalli hoitotyössä on voimavaralähtöinen lähestymistapa, joka perustuu ihmisen luonnollisten liikemallien ja aistitoimintojen ymmärtämiseen sekä ihmisen kunnioittavaan kohtaamiseen. Kinesteettisessä toimintamallissa keskeistä on myös näiden merkitysten oppiminen ja itsehallinta. (Hantikainen 2010, 22.) Kinesteettinen toimintamalli pohjautuu hyvään kommunikaatioon ja vuorovaikutukseen hoitajan ja avustettavan henkilön kesken. (Betschon, Brach & Hantikainen 2011.) Kinestetiikka sanana on muodostettu sanoista kinesis, joka tarkoittaa liikettä ja aesthesis, joka tarkoittaa aistimusta (Hantikainen 2010, 22). Kinesteettisestä toimintamallista on olemassa vain vähän hoitotieteellistä tutkittua tietoa. Tästä syystä on tässä työssä käytetty vähän hoitotieteellisiä lähteitä.

Kinestettisen toimintamallin ovat kehittäneet amerikkalaiset käyttäytymistieteilijät Dr. Lenny Maietta ja Dr. Frank Hatch (Suomen Kinestetiikkayhdistys ry 2014 ; Betschon, Brach & Hantikainen 2011). Kinestettistä toimintamallia sovellettiin aluksi opiskelijoille, jotka olivat kiinnostuneita omista liikkeistään (Betschon, Brach & Hantikainen 2011). Kinesteettinen toimintamalli perustuu käyttäytymistieteelliseen tutkimukseen ihmisen viestintämekanismeista, käyttäytymisestä ja oppimisesta (Sairaanhoitajaliitto 2007).

Lisäksi eräät liikunta- ja tanssipedagogiset sekä kehoterapeuttiset suuntaukset ovat Dr. Frank Hatch kautta vaikuttaneet kinesteettisen toimintamallin kehittymiseen. Sveitsiläinen sairaanhoitaja Susanne Schmidt sovelsi kinesteettistä toimintamallia hoitotyöhön yhdessä Dr. Lenny Maietta ja Dr. Frank Hatch kanssa. Kinestetiikan perus-, jatko-, ja kouluttajakursseja on järjestetty Sveitsissä ja Saksassa vuodesta 1990. Kinesteettinen toimintamalli on levinnyt Euroopassa Sveitsiin, Saksaan, Itävaltaan, Italiaan ja Suomeen. (Sairaanhoitajaliitto 2007.)

Suomessa kinestetiikan periaatteisiin pohjautuva koulutus aloitettiin vuonna 1997 (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 63). Suomen Kinestetiikka yhdistys ry perustettiin vuonna 2009 ja sen tarkoitus on tukea kinestetiikan kehittämistä Suomessa (Hantikainen 2010, 25). Kinestetiikkakoulutusta järjestetään ympäri Suomea. Koulutus sopii terveydenhuollon ammattiryhmille, omaishoitajille sekä ter-

veydenhuollonopettajille ja opiskelijoille. Koulutus perustuu perus- ja syventäviä kursseista sekä käytännön ohjauksesta. (Hantikainen 2010, 25.) Suomessa kinestetiikka koulutuksen tavoitteena on parantaa hoitohenkilökunnan vuorovaikutus- ja avustamistaitoja sekä asiakkaan omatoimisuutta (Hantikainen 2010, 23).

4.1 Tavoitteet

Liikuntakyvyn ylläpitämisellä ja kuntouttavalla työotteella, pystytään parantamaan ikääntyneiden hyvinvointia sekä itsenäistä toiminta- ja selviytymiskykyä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Hoitotyössä kinestetiikka on toimintamalli, jossa otetaan huomioon potilaan omat voimavarat (Hantikainen 2010, 23).

Kinesteettisen toimintamallin päätavoitteet ovat edistää potilaan kuntoutumista ja vähentää hoitohenkilökunnan fyysistä ja psyykkistä kuormitusta (Hantikainen 2010, 23 ; Sairaanhoidajaliitto, 2007). Kinesteettisen toimintamallin keskeisiä perusoletuksia ovat; ihminen on elävä, liikkuva, tunteva ja oppiva olento. Ihminen ei muutu elottomaksi materiaaliksi, jota siirretään, nostetaan ja käännetään hänen joutuessaan terveydenhuollon potilaaksi. (Hantikainen 2010, 23.)

Kinesteettisessä toimintamallissa ei puhuta potilassiirroista, vaan potilaan tukemisesta ja avustamisesta (Hantikainen 2010, 23). Kinesteettisen toimintamallin avulla voidaan hyödyntää sekä avustettavan potilaan ja avustavan hoitajan resursseja. Potilaan yksilöllisyys huomioidaan kokonaisvaltaisesti avustamistilanteissa ja potilaalle annetaan mahdollisuus osallistua oman toimintakyvyn ylläpitämiseen ja kuntoutukseen. (Hantikainen 2010, 23.)

4.2 Keskeiset käsitteet

Kinesteettisen toimintamallin keskeiset käsitteet ovat vuorovaikutus, toiminnallinen anatomia, ihmisen liikkuminen, voima, ihmisen toiminnot ja ympäristö. Käsitteiden avulla on hoitohenkilökunnalla mahdollisuus arvioida potilaan voimavaroja sekä suunnitella ja toteuttaa kinesteettistä toimintamallia hoitotyössä. (Hantikainen 2012.)

4.2.1 Vuorovaikutus

Kinesteettisessä toimintamallissa hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta ohjaavat erilaiset aistitoiminnat, liikkeiden elementit ja vuorovaikutusmallit. Avustustilanteessa on tärkeää muistaa tukea potilaan toimintoja. Tarkoituksena ei ole tehdä kaikkia toimintoja potilaan puolesta. Vuorovaikutustilanteiden tavoite on, että potilas saa käsityksen siitä mitä ollaan tekemässä. (Hantikainen & Lappalainen, ym. 2011, 11.)

Kinesteettisessä toimintamallissa tärkeintä aistia kutsutaan liikeaistiksi. Liikeaistin avulla ihminen saa sisäistä tietoa omasta kehosta ja sen hahmottamisesta. Kinesteettisessä toimintamallissa uskotaan, että ihmisen liikkeet vaikuttavat kaikkien perusaistien toimintaan. (Hantikainen & Lappalainen, ym. 2011, 12.) Ilman liikeitä ei ihminen pysty havainnoimaan erilaisia ärsykeitä ja reagoimaan niihin. Kun ihminen ei pysty reagoimaan ja työstämään ärsykeitä, ei hän myöskään pysty hahmottamaan omaa itseään ja ympäristöään. Ihminen, joka ei pysty liikkumaan itsenäisesti menettää nopeasti oman kehonsa hahmottamisen. Tämä seurauksen on ihmisen vaikeaa tehdä havaintoja omassa ympäristössään. Ihmisen on vaikeaa ymmärtää omaa kehoansa ja sen osia sekä miten ne toimivat. Tämä johtaa siihen että avustettavasta ihmisestä tulee helposti passiivisesti siirrettävä ja vaikeasti kuntoutettava (Hantikainen 2010, 22).

Kinesteettisen liikeaistin avulla on potilaan mahdollista havaita kehon jännitykset, liikkeet, kivut ja painovoimat. Kinesteettinen liikeaisti on hyvin tärkeä kehollisessa kommunikoinnissa ja kosketuksessa. Hoitaja voi avustamistilanteissa huomioda minkä aistin avulla potilas pystyy parhaiten suorittamaan toimintansa ja vastaanottamaan tietoa. (Hantikainen & Lappalainen, ym. 2011, 12.) Kyseistä aistia voidaan hyödyntää avustamistilanteissa.

Liikkeen elementeillä tarkoitetaan aikaa, tilaa ja voimaa, jota tarvitaan liikkeen suorittamiseen. Kinesteettisessä toimintamallissa sovelletaan liikkeiden elementit potilaan tarpeita vastaavaksi. Kun elementit ovat potilaan tarpeen mukaisia, pystyy potilas paremmin hallitsemaan omaa toimintaansa ja liikkumistaan. Liikkumi-

nen helpottuu mitä enemmän liikkeitä käytetään. (Hantikainen & Lappalainen, ym. 2011, 15.)

Kinesteettisessä toimintamallissa korostetaan vuorovaikutuksen merkitystä avustamistilanteissa. Kinesteettinen toiminta perustuu kolmeen eri vuorovaikutusmalliin. Vuorovaikutusmallit ovat yksisuuntainen-, vuorotteleva- ja samanaikainen toimintamalli. Yksisuuntaisessa vuorovaikutusmallissa hoitaja tekee kyseisen toiminnan potilaan puolesta huomioimatta potilaan omia voimavaroja. Tämänkaltaisissa hoitotilanteissa hoitaja määrää potilaan aistien toiminnan sekä ajan ja voiman käytön. Vuorottelevassa vuorovaikutusmallissa hoitaja ja potilas sovittelevat liikkeitä yhteensopiviksi. Potilas saa tukea vain silloin kun hän sitä tarvitsee. Tämä vuorovaikutusmalli on hoitajalle hyvin haastava. Hoitajalta edellytetään hyvää havainnointikykyä jotta hän pystyy soveltamaan omia voimavaroja potilaan tarpeita vastaaviksi. Samanaikaisessa vuorovaikutusmallissa hoitajan ja potilaan toiminta tapahtuu samanaikaisesti. Tässä vuorovaikutusmallissa edellytetään keuhollista vuorovaikutusta. Samanaikaisessa vuorovaikutusmallissa on potilaan tunnettava ja huomioitava hoitajan kehonliikkeistä mitä seuraavaksi tapahtuu. (Hantikainen & Lappalainen, ym. 2011, 18.)

4.2.2 Toiminnallinen anatomia

Tieto ihmisen anatomisesta rakenteesta edesauttaa kehon liikkuvuuden ymmärtämistä. Kinesteettisessä toimintamallissa painotetaan kehon luiden ja lihasten sekä kehonosien ja liiketilojen hahmottamista ja hallintaa. (Hantikainen & Lappalainen, ym. 2011, 26.)

Potilaan avustamistilanteissa kiinnitetään erityisesti huomiota painonsiirtoon, luustoon ja ympäristön tarjoamiin tukipintoihin. Luuston tehtävä on kannattaa kehon painoa. Paino siirtyy luuston avulla eteenpäin kehon tukipinnoille. Keho vapautuu liikkumaan kun, lihakset eivät kannata kehon painoa. Kehon paino jakautuu päälle, ylävartalolle, lantiolle, yläraajoille ja alaraajoille. Nämä viisi kehonosaa yhdistyvät liikekohdille, jotka mahdollistavat painon siirtymistä kehonosalta toiselle. Liikekohdat ovat ihmisen nivelet kuten kaula, olkanivelet, vyötärö ja lonkkanivelet. Avustamistilanteissa vältetään liikekohtiin tarttumista, jotta

ihmisellä olisi mahdollisuus siirtää kehonpainoa kehonosalta toiselle. Liikekohtien lukitseminen sitoo kaksi liikkuvaa kehonosaa toisiinsa. Kehonosista muodostuu silloin yksi raskaasti liikutettava kehonosa. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 62.)

Liikkumisen voi aloittaa yhdestä kehonosasta. Muut kehonosat seuraavat automaattisesti mukana. Tämän seurauksena liikkumiseen ei tarvita yhtä paljon voimaa. Liikkumisen voi aloittaa esim. rullaamalla tai liu'uttamalla. (Hantikainen & Lappalainen, ym. 2011, 26.)

Kehon tiedostaminen on toiminnoissa tärkeää. Riippumatta ihmisen kehonasennosta on hänen pää aina kehon korkein kohta ja jalkaterät alin kohta. Kun ihminen nousee ylöspäin, siirtyy kehon paino yläraajoista alaraajoihin. Toiminnallinen keskikohta jakaa kehon yläosaan ja alaosaan. Keskikohta sijaitsee lantiolla. Ihmisen kehossa on myös vatsa- ja selkäpuoli. Vatsapuoli on pehmeämpi ja liikkuvampi kuin selkäpuoli. Suurin osa aisteistamme sijaitsee vatsapuolella. Selkäpuolella on suurimmissa osissa kovia luita. Selkäpuoli vastaa kehon painosta ja helpottaa liikkuvuutta. Toiminnot kuten ojennusliikkeet, alkavat selkäpuolelta (Hantikainen & Lappalainen, ym. 2011, 29).

4.2.3 Ihmisen liikkuminen

Kinesteettisessä toimintamallissa pyritään suorittamaan kolmiulotteisia spiraaliliikkeitä. Kolmiulotteisissa spiraaliliikkeissä kehon toinen puoli vapautuu painosta ja helpottaa siten liikkuvuutta. Kolmiulotteiset liikkeet ovat optimaalisempia kuin kaksiulotteiset liikkeet, sillä ne ovat kevyempiä suorittaa. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 63.) Kinesteettisessä toimintamallissa pyritään suorittamaan myös yhdensuuntaisia liikkeitä. Yhdensuuntaisiin liikkeisiin tarvitaan kuitenkin enemmän voimaa ja liikekontrollia. Liikkeet ovat pääasiassa koukistus- ja ojennusliikkeitä. (Hantikainen & Lappalainen, ym. 2011, 34.)

4.2.4 Voima

Vetäminen ja työntäminen käynnistävät jokaisen liikkeen. Yhdessä nämä muodostavat ja käynnistävät jännityksen kehoon. Tämän avulla kehonliikkeissä ei tarvita

yhtä paljon voimaa. Lihasten kuormitus vähenee, kun kehon painoa siirretään tukipinnoille ja vapautetaan liikekohdat. Lisäksi ympäristön tarjoamat tarttumispinnat mahdollistavat optimaalisen liikkuvuuden. (Tamminen-Peter & Wickström 2013, 63.)

4.2.5 Ihmisen toiminnot

Ihmisen asennot ja liikkuminen vaikuttavat päivittäisien toimintojen suorittamiseen. Ihmisen liikkeet perustuvat paikalla suoritettaviin toimintoihin ja liikkuviin toimintoihin. (Hantikainen & Lappalainen, ym. 2011, 41-42.) Asentojen vaihto ja hyvän asennon löytäminen on tärkeää. Jokainen asento edellyttää ihmiseltä keuhonhallintaa. Asennot vaikuttavat myös päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Paikalla suoritettava asento on esim. istuma-asento. Perusasentoja tarvitaan liikkuvien toimintojen suorittamiseksi. Liikkuvat toiminnot perustuvat paikasta toiseen siirtymiseen. Siirtyminen voi tapahtua esimerkiksi konttaamisen tai kävelyn avulla. (Hantikainen & Lappalainen, ym. 2011, 41-42.)

4.2.6 Ympäristö

Ympäristöllä on suuri merkitys vuorovaikutukselle, toiminnalliselle anatomialle, ihmisen liikkuvuudelle, voimalle ja ihmisen toiminnalle. Ympäristö muodostuu tiloista, apuvälineistä sekä hoitajista. Avustustilanteissa ympäristö vaikuttaa potilaan mahdollisuuksiin. Ympäristö voi tukea ja rajoittaa potilaan toimintaa. Hyvässä ympäristössä on potilaalla mahdollisuus käyttää omia voimavarojaan vapaasti. Hoitotila ja sen tarjoamien tukipintojen riittävyys on huomioitava avustamistilanteissa. Avustamistilanteissa käytettävien apuvälineiden tulee olla myös oikealla kohdalla ja korkeudella, jotta ne tukisivat potilaan toimintaa. Apuvälineet valitaan myös niin, että ne auttavat potilasta aktivoitumaan. (Hantikainen & Lappalainen, ym. 2011, 47.)

4.3 Kinestetiikka ikääntyneiden hoitotyössä ja kuntoutuksessa

Geriatrisessa hoitotyössä ikääntyneen potilaan tukeminen ja ohjaaminen päivittäisissä toiminnoissa on tärkeää. Avustamisen tarkoituksena on tukea potilasta toiminnoissa, joita hän ei omatoimisesti pysty suorittamaan sairauden tai vamman

vuoksi. Potilaan tukeminen edistää hänen itsenäistä toimintakykyä ja kuntoutusta. (Suomen Kinesteetikayhdistys ry 2014.)

Pitkäaikaishoidossa hoidettavat geriatriset potilaat menettävät usein nopeasti oman toimintakykynsä, jos päivittäiset toiminnot tehdään hänen puolestaan. Ikääntynyttä potilasta voi olla haasteellista ohjata sanallisesti, mikäli hänen kognitiiviset valmiutensa ovat heikentyneet. Ohjaaminen voi tapahtua muiden aistien avulla. Kinesteettisessä toimintamallissa käytetään kosketus- ja liikeaistia. (Suomen Kinesteetikayhdistys ry 2014.)

Kinesteettisen toimintamallin avulla on mahdollista tukea ja ohjata ikääntynyttä potilasta liikkumisessa ja päivittäisissä toiminnoissa hyödyntäen hänen jäljellä olevien voimavarojaan. (Suomen Kinesteetikayhdistys ry 2014.)

Toiminnallisuuden säilyttäminen ehkäisee vuodepotilaaksi päätymistä ja liikkumattomuudesta johtuvia komplikaatioita. Kinesteettisessä toimintamallissa huomioidaan ihmisen luonnolliset liikkumismallit ja yksilölliset tarpeet. Liikkumisesta tulee ikääntyneelle mielekkäämpää silloin, kun hän itse pystyy osallistumaan toimintaan. Hoitajan fyysinen kuormitus vähenee, kun potilas osallistuu aktiivisesti. Kinesteettinen toimintamalli soveltuu kaikille ammattiryhmille. Hoitohenkilökunnan yhtenäiset avustamistavat edistävät vanhuksen toimintakykyä ja kuntoutumista. (Suomen Kinesteetikayhdistys ry 2014.)

Tamminen-Peterin, Hantikaisen ja Tuomiston (2003) hankkeen avulla tahdottiin minimoida muun muassa hoitajien fyysistä kuormitusta hoitotyössä. Hankkeen aikana lihasten kuormittavuus väheni mitatuissa lihaksissa. Tuki- ja liikuntaelimestön oirekartoituksessa selkävaivat vähenivät. Hanke suoritettiin vuonna 2000 Turun kaupungin pitkäaikaissairaiden ikääntyneiden hoitotyössä työskenteleville hoitajille. (Hantikainen 2010, 23-24.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia kinesteettisen toimintamallin toteuttamisesta hoitotyössä. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa kinesteettisen toimintamallin toteutumisesta hoitohenkilökunnan kokemana käytännön hoitotyössä.

Tutkimustiedon avulla voidaan kehittää kinesteettisen toimintamallin käyttöä hoitotyössä. Tutkimustiedolla voidaan parantaa hoitohenkilökunnan ergonomiaa ja toimintatapoja. Toteuttamalla kinesteettisen toimintamallia hoitotyössä voidaan edistää ikääntyneiden potilaiden hyvinvointia sekä itsenäistä liikunta-, toiminta- ja selviytymiskykyä.

Tutkimuksen tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Miten kinesteettinen toimintamalli toteutuu geriatriisessa hoitotyössä hoitohenkilökunnan arvioimana?
2. Mitkä tekijät edistävät kinesteettisen toimintamallin toteuttamista geriatriisessa hoitotyössä?
3. Mitkä tekijät estävät kinesteettisen toimintamallin toteuttamista geriatriisessa hoitotyössä?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa esitetään tutkimuksen kohderyhmä, aineiston keruu ja aineiston analyysi.

6.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimus toteutettiin erään terveystieteiden kahdella geriatrisella osastolla. Kyseisen sairaalan geriatrisilla osastoilla on otettu kinesteettinen toimintamalli käyttöön hoitotyössä vuonna 2013. Kyseisillä osastoilla oli panostettu huomattavasti kinesteettiseen toimintamalliin järjestämällä hoitohenkilökunnalle koulutuksia ja käytännön ohjausta.

Tutkimuksen kohderyhmänä toimii koko hoitohenkilökunta kyseisillä osastoilla. Tutkimus on osoitettu kaikille hoitotyöntekijöille (n=69 hoitajaa). Tutkimuksen tarkoitus on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia kinesteettisen toimintamallin käytöstä geriatrisessa hoitotyössä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tekijä sai myönteisen tutkimusluvan opinnäytetyötä varten kohdeorganisaatiosta 7.3.2014. Tutkimusluvan myönsi kyseisten osastojen ylihoitaja ja vanhusuollon päällikkö.

6.2 Aineiston keruu

Osastoille toimitettiin suomen ja ruotsinkieliset kyselylomakkeet (LIITE 3, LIITE 4). Jokaiseen kyselylomakkeeseen oli liitetty saatekirje (LIITE 1, LIITE 2). Kyselylomakkeet saatekirjeineen toimitettiin osastoille 11.3.2014. Täytetyt kyselylomakkeet palautettiin suljettuun osastoille jätettyyn pahvilaatikkoon. Viimeinen vastaamispäivä kyselylomakkeeseen oli 24.3.2014.

Kyselylomakkeessa oli strukturoituja ja muutama avoin kysymys. Strukturoidut kysymykset olivat monivalintakysymyksiä. Kyselylomakkeeseen oli mahdollista vastata suomen tai ruotsin kielellä. Vastaminen toteutui anonymisti ja luottamuksellisesti, jotta yksittäiset vastaajat eivät olisi tunnistettavissa. Hoitohenkilökunnalla oli vajaa kaksi viikkoa aikaa vastata kyselylomakkeeseen osastoilla. Tut-

kimuksen toteutuksen jälkeen, kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisesti paperisilppurilla.

Opinnäytetyön tekijä haki kyselylomakkeet osastoilta 25.3.2014. Tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta koostui: perushoitajista, lähihoitajista ja sairaanhoitajista. Kyselylomakkeeseen oli vastannut 48 hoitajaa. Vastausprosentti oli 69,6.

6.3 Aineiston analysointi

Tutkimus oli laadultaan pääasiassa kvantitatiivinen. Lisäksi se sisälsi muutamia avoimia kvalitatiivisesti analysoitavia kysymyksiä. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa voidaan käyttää joko kvantitatiivista tai kvalitatiivista tutkimusmenetelmää (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 2006, 19). Näitä tutkimusmenetelmiä voidaan myös yhdistää (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 2006, 19). Tutkittava ilmiö ja tutkimusongelmat määräävät tutkimusmenetelmän (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 2006, 20).

Kvantitatiivisen tutkimuksessa aineiston keruu on strukturoitua. Tutkittavan ilmiön objektiivinen havainnointi ja mittaaminen korostuvat. Kvantitatiivisen tutkimuksessa merkittävää on otoksen koko, satunnaistaminen ja edustavuus. Tutkimus aineisto analysoidaan tilastollisia menetelmiä käyttäen. (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 2006, 20.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yritetään kuvata, selittää ja ymmärtää ilmiöitä ja niiden välisiä suhteita tutkittavien näkökulmasta. Aineiston keruussa käytetään esim. teema- ja syvähaastatteluita tai havainnointia. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto on induktiivinen ja sanallinen. (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 2006, 20.)

Sisällön analyysillä tutkitaan lähinnä kielellistä aineistoa. Tutkija pyrkii sisällön avulla analysoimaan tutkittavaa ilmiötä ja siihen liittyvää sisältöä ja rakennetta. (Seitamaa-Hakkarainen 2014.)

Tekijä analysoi tutkimusaineiston. Tutkimuslomakkeen strukturoidut monivalintakysymykset analysoitiin SPSS-ohjelmalla. SPSS-ohjelmaa käytetään tilastolliseen tietojenkäsittelyyn ja analysointiin. (Valtari 2006, 1.)

Kyselylomakkeen avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysillä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67). Tekijä on toteuttanut sisällön analyysin lukemalla kaikki kyselylomakkeen avoimien kysymyksien vastaukset. Tekijä on poiminut ja yhdistänyt vastaajien kertomia merkittäviä mielipiteitä, niin että tekijä saisi kokonaiskuvan hoitajien kokemuksista kinesteettisen toimintamallin toteutumisesta geriatrisessa hoitotyössä. Vastaukset on analysoitu niin, että niiden alkuperäinen tarkoitus säilyivät.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa esitetään tutkimuksen tulokset. Kyselylomakkeeseen oli vastannut 48 hoitajaa. Vastausprosentti oli 69,6.

7.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeeseen vastanneiden hoitajien keski-ikä oli 46-60 vuotta (56,3 %). Vastanneista hoitajista 22,9 % oli 31-45-vuotiaita ja 18,8 % oli alle 30-vuotiaita. Kyselylomakkeeseen ei vastannut kukaan hoitaja, joka oli 61 vuotta tai vanhempi.

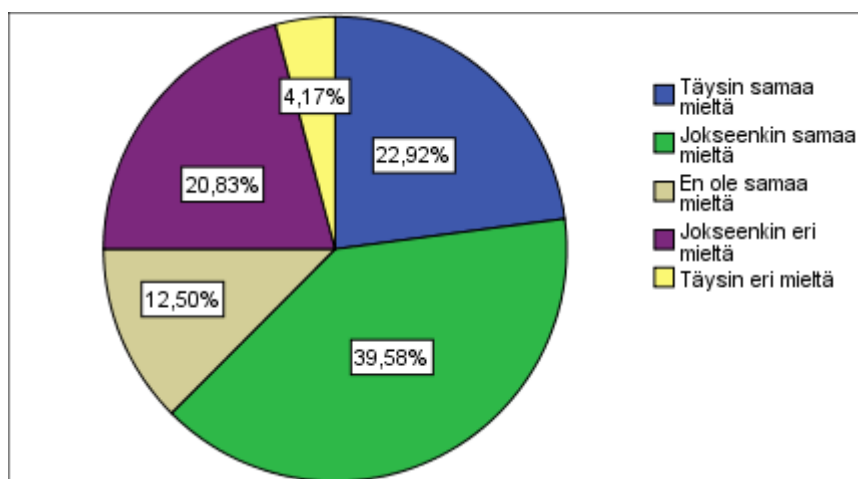
Hoitoalan ammattiryhmistä olivat lähihoitajaryhmä vastaajista suurin (41,7 %). Toiseksi eniten vastasivat perushoitajat (33,3 %). Vähiten kyselylomakkeeseen vastasi sairaanhoitajat (22,9 %).

Suurin osa vastanneista hoitajista oli työskennellyt hoitolalla 1-10 vuotta (36,2 %). Toiseksi eniten vastanneista hoitajista oli työskennellyt hoitoalalla 21–30 vuotta (29,8 %). Kolmanneksi eniten on työskennellyt hoitoalalla 11–20 vuotta (25,5 %). Vähiten vastaajista oli työskennellyt hoitoalalla 31 vuotta tai enemmän (8,5 %).

Vastanneista hoitajista 70,8 % oli osallistunut kinestetiikkakoulutukseen työpäivänsä ja 27,1 % ei ollut osallistunut. Hoitajista 2,1 % ei ollut vastannut kysymykseen. Vastanneista hoitajista 60,4 % oli kiinnostunut kinestetiikan jatkokoulutuksesta ja 33,3 % ei ole kiinnostunut ja 6,3 % hoitajista ei vastannut kysymykseen.

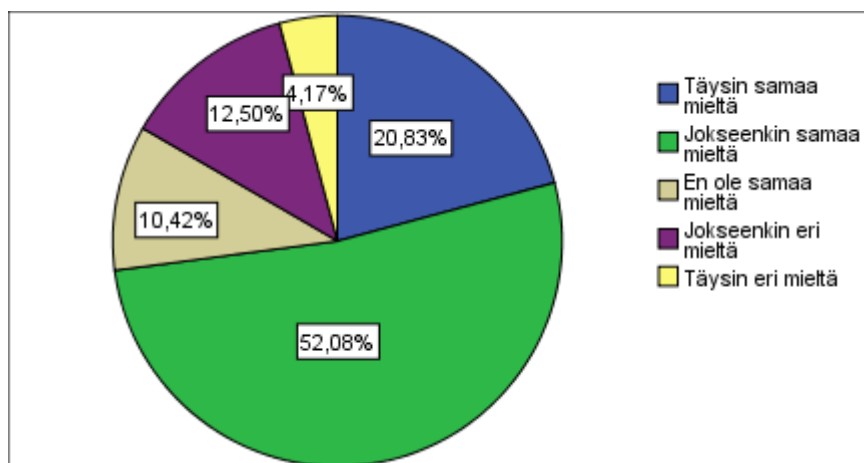
7.1 Kinesteettisen toimintamallin toteutuminen

Kuviossa 1. esitetään vastaajien näkemyksiä potilaiden nostamisten vähentymisestä kinesteettisen toimintamalli käyttöönoton jälkeen. Suurin osa vastaajista 39,6 % (f=19) oli sitä mieltä että, potilaiden nostamiset ovat vähentyneet kinesteettisen toimintamalli käyttöönoton jälkeen. Vastaajista 22,9 % (f=11) oli täysin samaa mieltä, 20,8 % (f=10) jokseenkin eri mieltä, 12,5 % (f=6) ei ole samaa mieltä ja 4,2 % (f=2) täysin eri mieltä siitä, että potilaiden nostamiset ovat vähentyneet kinesteettisen toimintamalli käyttöönoton jälkeen. Vastaajista 46-60-vuotiaat hoitajat kokivat eniten, että nostamiset ovat vähentyneen kinesteettisen toimintamallin käyttöönoton jälkeen.



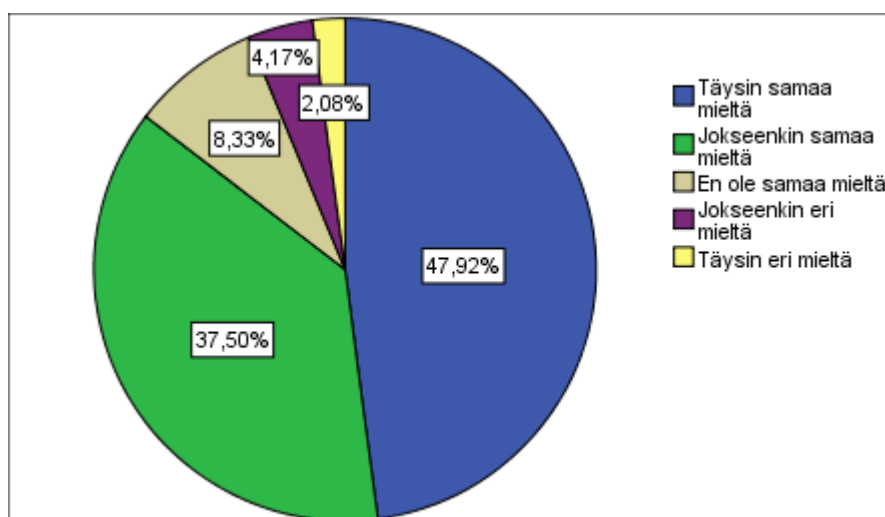
Kuvio 1. Potilaiden nostamisten vähentyminen kinesteettisen toimintamallin käyttöönoton jälkeen (n=48).

Kuviossa 2. esitetään vastaajien näkemyksiä potilaiden painehaavaumien ehkäisystä kinesteettisen toimintamallin avulla. Suurin osa vastaajista 52,1 % (f=25) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että potilaiden painehaavaumien syntymistä oli pystytty ehkäisemään kinesteettisen toimintamallin avulla. Vastaajista 20,8 % (f=10) oli täysin samaa mieltä, 12,5 % (f=6) jokseenkin eri mieltä, 10,4 % (f=5) ei ole samaa mieltä ja 4,2 % (f=2) täysin eri mieltä siitä, että potilaiden painehaavaumien syntymistä oli pystytty ehkäisemään kinesteettisen toimintamallin avulla.



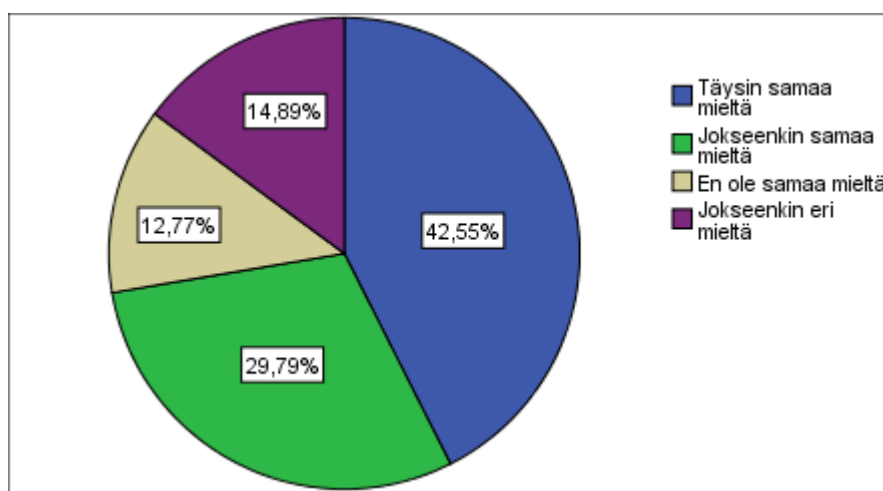
Kuvio 2. Painehaavaumien ehkäiseminen kinesteettisen toimintamallin avulla (n=48).

Kuviossa 3. esitetään vastaajien näkemyksiä kinesteettinen toimintamalli kuntouttavuudesta. Suurin osa vastaajista 47,9 % (f=23) oli täysin samaa mieltä siitä, että kinesteettinen toimintamalli oli kuntouttavampaa, kun perinteisen hoitotyön menetelmien käyttö. Vastaajista 37,5 % (f=18) oli jokseenkin samaa mieltä, 8,3 % (f=4) ei ole samaa mieltä, 4,2 % (f=2) jokseenkin eri mieltä ja 2,1 % (f=1) täysin eri mieltä siitä, että kinesteettinen toimintamalli oli kuntouttavampaa, kun perinteisen hoitotyön menetelmät. Lähihoitajat kokivat eniten, että kinesteettinen toimintamalli oli kuntouttavampaa.



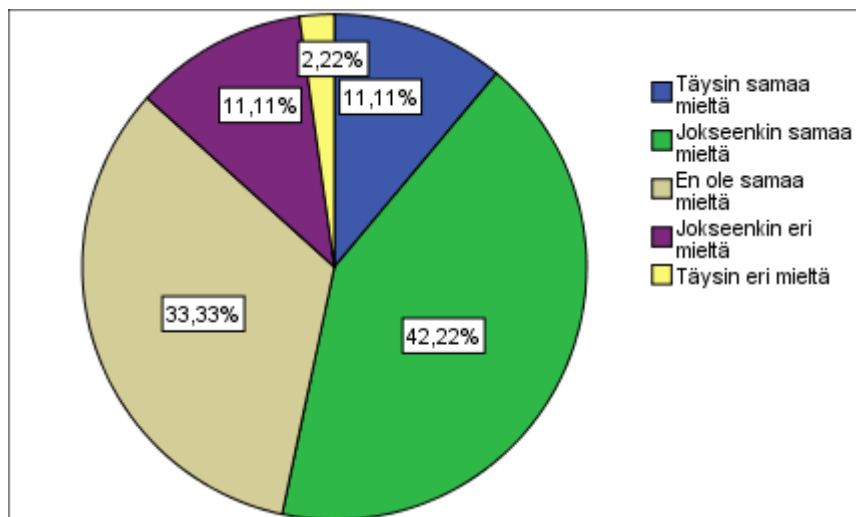
Kuvio 3. Kinesteettisen toimintamallin kuntouttavuus (n=48).

Kuviossa 4. esitetään vastaajien näkemyksiä potilaan osallistumisesta omaan kuntoutukseensa. Suurin osa vastaajista 41,7 % (f=20) oli täysin samaa mieltä siitä, että potilas osallistuu aktiivisemmin omaan kuntoutukseensa, kun käytetään kinesteettistä toimintamallia. Vastaajista 29,2 % (f=14) oli jokseenkin samaa mieltä, 14,6 % (f=7) ei ole samaa mieltä ja 12,5 % (f=6) jokseenkin eri mieltä siitä, että potilas osallistuu aktiivisemmin omaan kuntoutukseen, kinesteettistä toimintamallia käyttäessä.



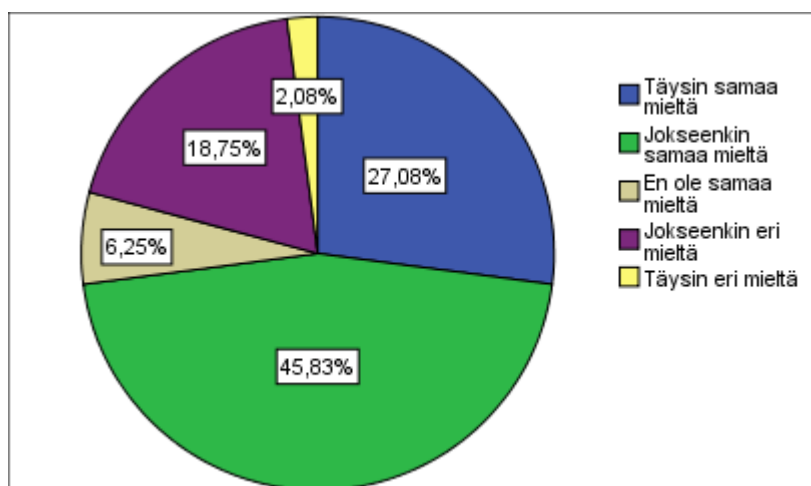
Kuvio 4. Potilaan osallistuminen omaan kuntoutukseensa (n=47).

Kuviossa 5. esitetään vastaajien näkemyksiä potilaiden kipujen vähentymisestä. Suurin osa vastaajista 39,6 % (f=19) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että potilaiden kivut ovat vähentyneet, kun toteutetaan kinesteettistä toimintamallia hoitotyössä. Vastaajista 31,3 % (f=15) ei ole samaa mieltä, 10,4 % (f=5) täysin samaa mieltä, 10,4 % (f=5) jokseenkin eri mieltä ja 2,1 % (f=1) oli eri mieltä siitä, että potilaiden kivut olivat vähentyneet, kun toteutetaan kinesteettistä toimintamallia.



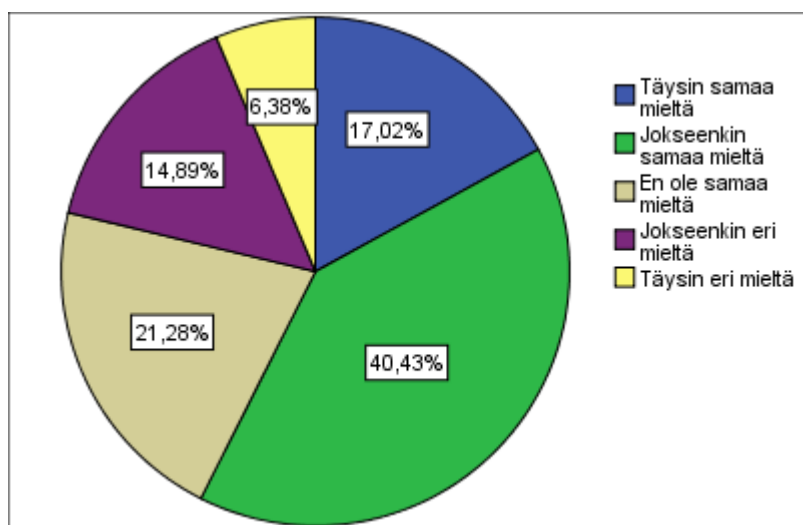
Kuvio 5. Potilaiden kipujen vähentyminen (n=45).

Kuviossa 6. esitetään vastaajien näkemyksiä hoitajien fyysisen kuormittavuuden vähentymisestä. Suurin osa vastaajista 45,8 % (f=22) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoitajien fyysinen kuormittavuus oli hoitotyössä vähentynyt, kun potilasta hoidetaan kinesteettisen toimintamalla hyödyntäen. Vastaajista 27,1 % (f=13) oli täysin samaa mieltä, 18,8 % (f=9) jokseenkin eri mieltä, 6,3 % (f=3) ei ole samaa mieltä ja 2,1 % (f=1) täysin eri mieltä siitä, että hoitajien fyysinen kuormittavuus oli hoitotyössä vähentynyt, kun potilasta hoidetaan kinesteettisen toimintamalla hyödyntäen.



Kuvio 6. Hoitajien fyysisen kuormittavuuden vähentyminen (n=48).

Kuviossa 7. esitetään vastaajien näkemyksiä työn mielekkyyden lisääntymisestä. Suurin osa vastaajista 39,6 % (f=19) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että kinesteettinen toimintamalli oli lisännyt työn mielekkyyttä. Vastaajista 20,8 % (f=10) ei ole samaa mieltä, 16,7 % (f=8) täysin samaa mieltä, 14,6 % (f=7) jokseenkin eri mieltä ja 6,3 % (f=3) täysin eri mieltä siitä, että kinesteettinen toimintamalli oli lisännyt työn mielekkyyttä. Hoitajat, jotka olivat työskennelleet hoitoalalla 21-30 vuotta kokivat eniten työn mielekkyyden lisääntyneen kinesteettisen toimintamallin käyttöönoton jälkeen.



Kuvio 7. Työn mielekkyyden lisääntyminen (n=48).

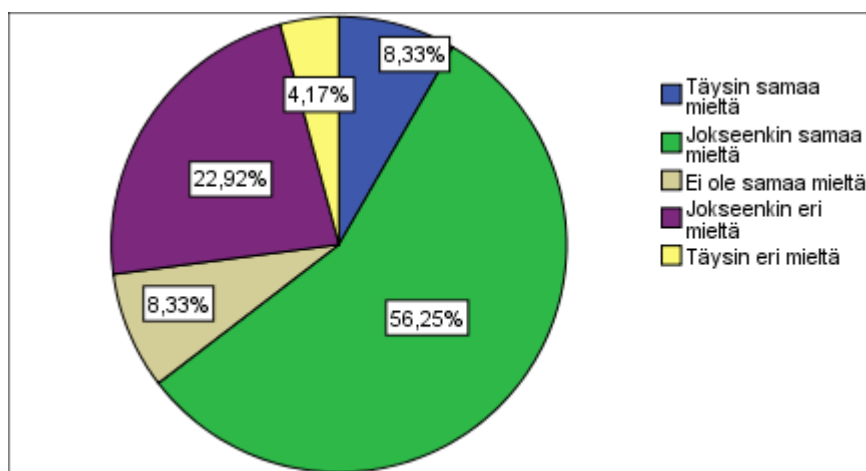
Vastaajat kertoivat käyttävänsä kinestetiikkaa päivittäin hoitotilanteissa, kuten aamupesuisissa, suihkutuksissa, potilaan kohtaamisessa, asentohoidossa ja potilassiirtotilanteissa. Suurin osa vastaajista kertoi käyttävänsä kinestetiikkaa avustaessa potilasta sängystä pyörätuoliin.

”Kääntäessäni potilaan sängyssä”

”Potilaan noustessa ylös seisomaan”

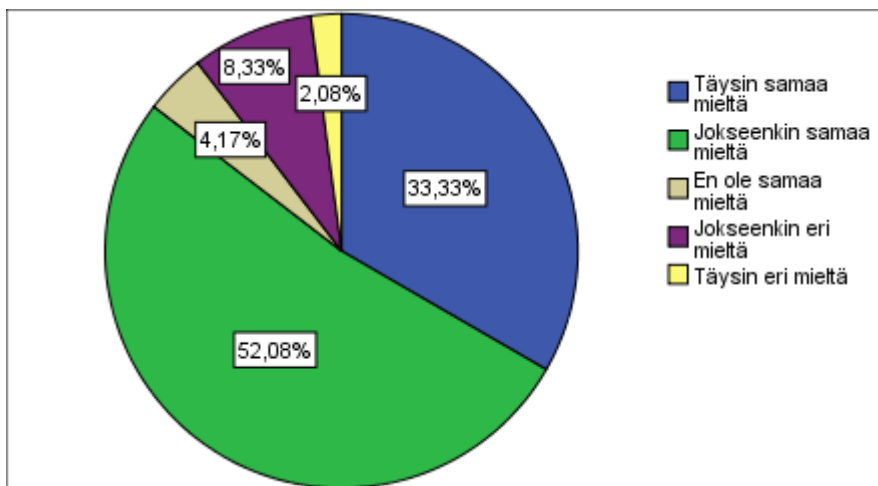
7.2 Kinesteettisen toimintamallin toteutumista edistäviä tekijöitä

Kuviossa 8. esitetään vastaajien näkemyksiä kinesteettisen toimintamallin peruskäsitteiden hallitsemisesta. Suurin osa vastaajista 56,3 % (f=27) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he hallitsevat kinesteettisen toimintamallin peruskäsitteet. Vastaajista 22,9 % (f=11) ovat jokseenkin eri mieltä, 8,3 % (f=4) täysin samaa mieltä, 8,3 % (f=4) ei ole samaa mieltä ja 4,2 % (f=2) täysin eri mieltä siitä, että he hallitsevat kinesteettisen toimintamallin peruskäsitteet. Vastanneiden kesken ei ole havaittavissa merkittäviä eroja iän ja peruskäsitteiden hallitsemisessä.



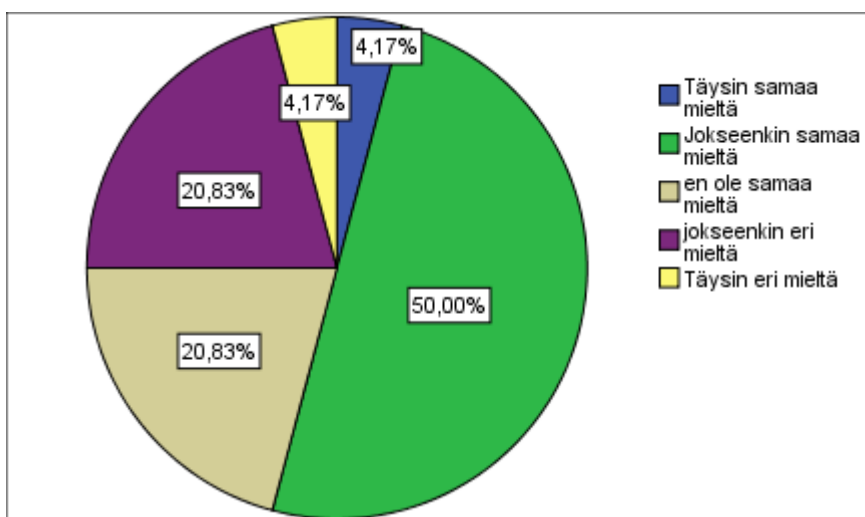
Kuvio 8. Kinesteettisen toimintamallin peruskäsitteiden hallitseminen teoriassa (n=48).

Kuviossa 9. esitetään vastaajien näkemyksiä kinesteettisen toimintamallin peruskäsitteiden merkityksen ymmärtämisestä hoitotyössä. Suurin osa vastaajista 52,1 % (f=25) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he ovat ymmärtäneet peruskäsitteiden merkityksen hoitotyössä. Vastaajista 33,3 % (f=16) oli täysin samaa mieltä, 8,3 % (f=4) jokseenkin eri mieltä, 4,2 % (f=2) ei ole samaa mieltä ja 2,1 % (f=1) täysin eri mieltä siitä, että he hallitsevat kinesteettisen toimintamallin peruskäsitteet hoitotyössä.



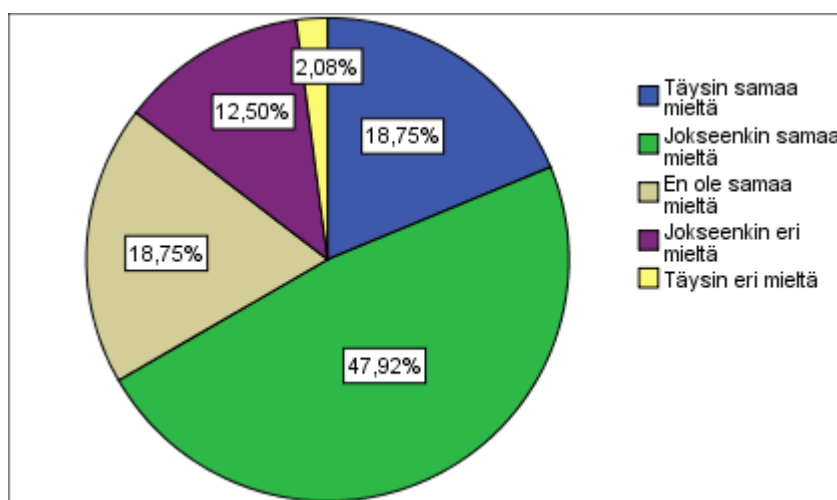
Kuvio 9. Kinesteettisen toimintamallin peruskäsitteiden merkityksen ymmärtäminen hoitotyössä (n= 48).

Kuviossa 10. esitetään vastaajien näkemyksiä kinesteettisen toimintamallin potilassiirtotekniikoiden hallitsemisesta. Puolet vastaajista 50,0 % (f= 24) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he hallitsevat kinesteettisen toimintamallin potilassiirtotekniikat. Vastaajista 20,8 % (f=10) ei ole samaa mieltä, 20,8 % (f=10) jokseenkin eri mieltä, 4,2 % (f=2) täysin samaa mieltä ja 4,2 % (f=2) täysin eri mieltä siitä, että he hallitsevat kinesteettisen toimintamallin potilassiirtotekniikat.



Kuvio 10. Kinesteettisen toimintamallin potilassiirtotekniikoiden hallitseminen (n=48).

Kuviossa 11. esitetään vastaajien näkemyksiä potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen parantumisesta kinesteettisen toimintamallin toteuttamisella. Suurin osa vastaajista 47,9 % (f=23) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että vuorovaikutus on parantunut potilaan kanssa toteuttamalla kinesteettistä toimintamallia. Vastaajista 18,8 % (f=9) oli täysin samaa mieltä, 18,8 % (f=9) ei ole samaa mieltä, 12,5 % (f=6) jokseenkin eri mieltä ja 2,1 % (f=1) täysin eri mieltä siitä, että vuorovaikutus oli parantunut potilaan kanssa toteuttamalla kinesteettistä toimintamallia. Vastanneiden kesken voidaan todeta, että potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus oli parantunut eniten, kun hoitajalla oli pidempi työkokemus hoitoalalta.



Kuvio 11. Potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen parantuminen (n=48).

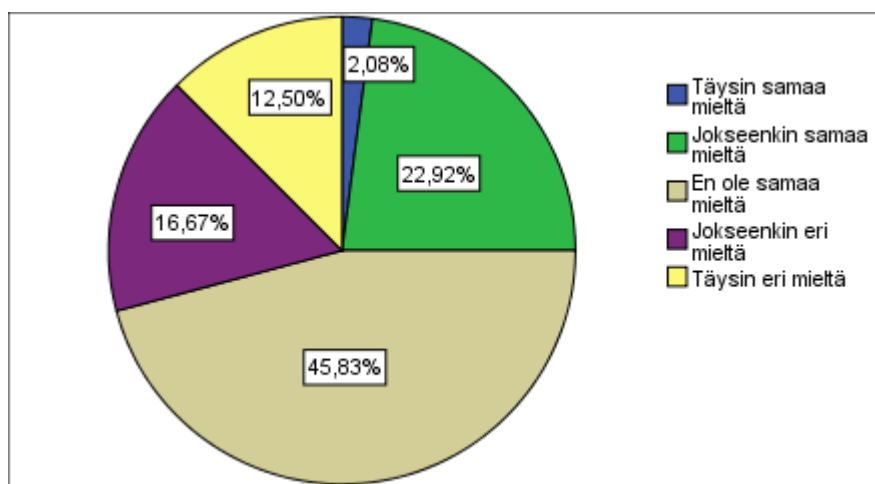
Vastaajat kokevat, että kinesteettisen toimintamallin käyttämistä osastolla edistää: esimiehen aktiivinen osallistuminen, työyhteisön yhteinen päämäärä, työtovereiden antama tuki, yhteiset kinestetiikka harjoitukset ja hoitajan positiivinen asenne. Vastaajat kokivat myös, että kinestetiikan erilaiset apuvälineet edistävät kinestetiikan käyttämistä osastolla.

”Meillä on hyvä työyhteisö sekä kannustava ohjaaja”

”Kun potilas oivaltaa pystyvänsä enempään kuin hän luulee”

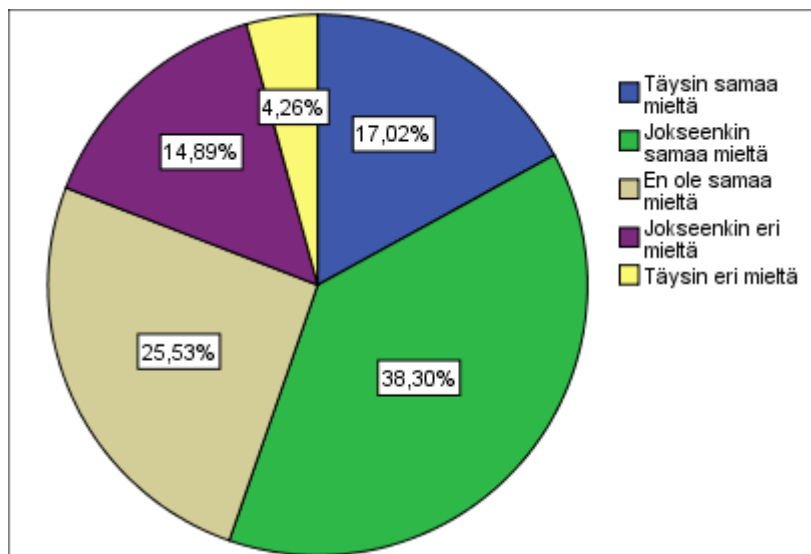
7.3 Kinesteettisen toimintamallin toteutumista estäviä tekijöitä

Kuviossa 12. esitetään vastaajien näkemyksiä ajan riittävydestä kinesteettisen toimintamallin toteuttamisessa. Suurin osa vastaajista 45,8 % (f=22) ei ole samaa mieltä siitä, että heillä oli riittävästi aikaa toteuttaa kinesteettistä toimintamallia hoitotyössä. Vastaajista 22,9 % (f=11) oli jokseenkin samaa mieltä, 16,7 % (f=8) jokseenkin eri mieltä, 12,5 % (f=6) täysin eri mieltä ja 2,1 % (f=1) oli täysin samaa mieltä siitä, että heillä on riittävästi aikaa toteuttaa kinesteettistä toimintamallia hoitotyössä.



Kuvio 12. Ajan riittävyys kinesteettisen toimintamallin toteuttamisessa (n=48).

Kuviossa 13. esitetään vastaajien näkemyksiä riittävän tuen saamisesta työtovereilta kinesteettistä toimintamallia hyödyntäessä. Suurin osa vastaajista 37,5 % (f=18) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he saavat riittävästi tukea työtoveriltaan, kun potilasta hoidetaan kinesteettistä toimintamallia hyödyntäen. Vastaajista 25,0 % (f= 12) ei ole samaa mieltä, 16,7 % (f=8) täysin samaa mieltä, 14,6 % (f=7) jokseenkin eri mieltä ja 4,2 % (f=2) täysin eri meiltä siitä, että he saavat riittävästi tukea työtoveriltaan, kun potilasta hoidetaan kinesteettistä toimintamallia hyödyntäen. Vastaajista 46-60-vuotiaat hoitajat kokivat saavansa vähiten tukea työtovereiltansa kinesteettistä toimintamallia hyödyntäessä.



Kuvio 13. Tuen saaminen työtovereilta kinesteettistä toimintamallia hyödyntäessä (n=47).

Hoitohenkilökunta koki ajan puutteen, kiireen ja stressin olevan ensisijaisesti estäviä tekijöitä kinesteettisen toimintamallin toteuttamiselle. Esteenä koettiin myös hoitohenkilökunnan epätietoisuus kinesteettisestä toimintamallista, erilaiset työtavat ja se, että kaikki työntekijät eivät ole saaneet vielä koulutusta kinestetikasta. Pienet potilashuoneet ja potilaan passiivisuus tai huonokuntoisuus koettiin myös merkittäväksi esteeksi kinesteettisen toimintamallin käyttämiselle. Hoitohenkilökunta toivoo, että perinteisen hoitotyön menetelmiä ei unohdeta kokonaan.

”Kinestetiikan toteuttaminen vie aikaa”

”Huonokuntoisia potilaita, liian suuret odotukset”

”..nosturi on paikallaan ja tarpeen.”

Hoitohenkilökunta haluaa kehittää kinesteettisen toimintamallin hyödyntämistä hoitotyössä. Ensisijaisesti suurin osa vastaajista toivoo että, kaikki hoitajat saavat käydä kinestetikan peruskurssin. Kinestetikalle pitää löytää enemmän resursseja ja toteuttamisaikaa. Vastaajat kertovat myös, että potilaan hoito tulee suunnitella yhdessä ja potilaslähtöisesti. Hoitohenkilökunta toivoo, että yhteisiä ja säännöllisiä

siä harjoituksia kinesteettisen toimintamallin keskeisistä potilaan avustamistekniikoista toteutettaisiin osastoilla.

”Enemmän resursseja ja koulutusta henkilökunnalle”

”Jatkaa samaan tapaan ja pitää toimintamalli elävänä”

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia kinesteettisen toimintamallin toteuttamisesta geriatrisessa hoitotyössä. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa kinesteettisen toimintamallin toteutumisesta käytännön hoitotyössä. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös selvittää mitkä tekijät edistävät ja estävät kinesteettisen toimintamallin toteutumista geriatrisessa hoitotyössä.

8.1 Tutkimustulosten pohdintaa

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa hoitohenkilökunnan kokemuksia kinesteettisen toimintamallin toteutumisesta geriatrisessa hoitotyössä. Kyselylomakkeeseen oli vastannut 48 hoitajaa. Tästä voidaan päätellä, että tutkimusaihe oli hoitohenkilökunnalle ajankohtainen ja tärkeä. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista oli saanut työpaikallaan kinestetiikkakoulutusta. Vastaajista 60,4 % on myös kiinnostuneita kinestetiikan jatkokoulutuksesta.

Suurin osa hoitohenkilökunnasta kokee hallitsevansa kinesteettisen toimintamallin peruskäsitteet ja niiden merkitykset hoitotyössä. Nämä ovat merkittäviä asioita kinesteettisen toimintamallin ymmärtämiselle. Hoitohenkilökunta käyttää osastoilta kinesteettistä toimintamallia päivittäin hoitotyössä. Monet hoitoajat käyttävät kinesteettistä toimintamallia järjestelmällisesti hoitotyössä.

Suurin osa hoitohenkilökunnasta on sitä mieltä, että vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä on parantunut kinesteettisen toimintamallin käyttöönoton jälkeen. Kinesteettisen toimintamallin peruskäsitteissä painotetaan nimenomaan hoitajan ja potilaan välistä kommunikaatiota ja vuorovaikutusta avustamistilanteissa. Potilaan kivut, jäykkyys ja levottomuus ovat vähentyneet hoitohenkilökunnan mukaan. Hantikaisen (2000) tutkimuksessa ilmeni samankaltaisia tuloksia. Ikääntyneiden terveydenhuollossa työskentelevät kinestetiikkakoulutuksen saaneet hoitajat kokivat, että potilas osallistuu aktiivisemmin toimintaansa ja potilaiden jäykkyys, kivut ja levottomuus olivat vähentyneet. (Hantikainen 2010, 23.)

Painehaavaumien syntymistä on myös pystytty ehkäisemään kinesteettisen toimintamallin avulla. Hoitohenkilökunnan vastauksien perusteella voidaan todeta, että kinesteettinen toimintamalli on potilaalle kuntouttavampaa kuin perinteiset hoitotyönmenetelmät. Potilas osallistuu myös aktiivisemmin omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa omilla voimavaroillaan. Osa hoitohenkilökunnasta toivoo kuitenkin, että huonokuntoisten potilaiden hoidossa käytettäisiin edelleen perinteisen hoitotyön menetelmiä, kuten nosturia ja tyynyjä.

Hoitohenkilökunta kokee, että fyysinen kuormitus on hoitotyössä vähentynyt kinesteettistä toimintamallia hyödyntäen. Tamminen-Peterin, Hantikaisen ja Tuomiston (2003) hankkeessa ilmeni samankaltaisia tuloksia. Kinesteettisen toimintamallin yksi päätavoitteista on vähentää hoitohenkilökunnan fyysistä raskautta hoitotyössä. Kinestetiikka on myös lisännyt hieman hoitajien työn mielekkyyttä.

Suuri osa vastaajista koki ajan puutteen esteenä kinesteettisen toimintamallin toteuttamiselle. Myös kiire ja stressi koettiin estävinä tekijöinä. Henkilökunnan mukaan osastoille tarvitaan enemmän resursseja ja toteuttamisaikaa kinestetiikalle, sillä hoitajat ovat kouluttautuneita ja motivoituneita kinestetiikkaan.

Hoitohenkilökunnan vastauksien perusteella voidaan todeta, moni hoitaja tarvitsee vielä lisäohjausta kinesteettisen toimintamallin potilassiirtotekniikoissa. Osa hoitohenkilökunnasta tarvitse vielä lisää tukea työtovereiltaan hyödyntäessään kinesteettistä toimintamallia hoitotyössä. Tutkimuksen perusteella voidaan myös todeta, että kinestetiikkakoulutuksella on suuri merkitys kinesteettisen toimintamallin ymmärtämiselle ja toteuttamiselle.

8.2 Tutkimuseettiset kysymykset

Tekijä lähetti tutkimuslupasanomuksensa erääseen terveyskeskukseen helmikuussa 2014. Tutkimuslupa opinnäytetyötä varten myönnettiin terveyskeskuksesta 7.3.2014. Tutkimusluvan myönsi kyseisen terveyskeskuksen osastojen ylihoitaja sekä vanhushuollon päällikkö.

Tutkimuseettiset kysymykset ovat tärkeitä niissä tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa, kuten esim. hoitotieteessä. Tutkimusetiikan kannalta on tärkeää

huomioida seuraavat asiat. Tutkimuksen johtajalla on päävastuu koko tutkimusprosessista. Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa henkilöä fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava suurempi kuin haitan. Tutkimuksen on oltava vapaaehtoinen ja sen tulee saada keskeyttää koska tahansa. (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 2006, 26-27.)

Tutkimukseen osallistuva hoitohenkilökunta sai tietoa tutkimuksesta saatekirjeessä, joka oli liitettyä jokaiseen kyselylomakkeeseen (LIITE 1, LIITE 2). Saatekirje oli laadittu hyvää tutkimuseettistä käytäntöä noudattaen. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Vastaaminen tapahtui nimettömänä niin, että yksittäiset vastaajat eivät ole tunnistettavissa. Tutkimusaineisto tulee ainoastaan tutkijan halluun analysoitavaksi. Tutkimuksen valmistuttua kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti paperisilppurilla.

Saatekirjeessä oli tutkijan ja hänen ohjaavan opettajansa yhteystiedot. Tutkittavilla oli mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkijaan tai hänen opettajaan tutkimukseen liittyvissä kysymyksissä. Saatekirjeessä mainittiin myös missä tutkimustulokset julkaistaan ja raportoidaan tutkimuksen valmistuttua.

8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimuksen ratkaisut ja tulokset ovat luotettavia. Erityisesti tutkimuksessa käytettävän mittarin luotettavuus on tärkeä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytettävän mittarin tulee olla niin tarkka, että se rajaa ja erottelee tutkittavan käsitteen herkästi. Tärkeintä kvantitatiivisessa tutkimuksessa on saada tietoa tutkimusongelmasta. (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 2006, 206-207.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta ei arvioida yhtä selkeillä kriteereillä kun kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta. Kvalitatiivisen tutkimusaineiston luotettavuuden arviointi kohdistuu pääsääntöisesti tutkimusaineiston keräämiseen, analysointiin ja raportointiin. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus heikkenee, jos tutkimusaineisto ei anna vastausta tutkimuskysymykseen tai aineiston keräämisessä on puutteita. (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 2006, 215-216.)

Kyselylomake on tekijän laatima. Kyselylomake laadittiin kinestetikan kirjallisuuteen huolellisen perehtymisen jälkeen. Kyselylomake esitettiin kolmella hoitajalla, jotka eivät kuuluneet tutkittaviin. Kyselylomakkeeseen tehtiin esitetauksen jälkeen muutoksia kieliasuun, jotta kysymykset olisivat selkeämpiä. Tutkimus oli laadultaan kvantitatiivinen. Lisäksi se sisälsi muutamia kvalitatiivisesti analysoitavia kysymyksiä. Tekijä laati kyselylomakkeeseen strukturoituja monivalintakysymyksiä, jotta tekijä saisi yleisen käsityksen kinestetisen toimintamallin toteuttamisesta geriatrisessa hoitotyössä. Tekijä laati kyselylomakkeeseen myös muutamia avoimia kysymyksiä niin, että vastaajat saivat kertoa omin sanoin omista kokemuksistaan.

Kyselylomakkeeseen vastasi kohderyhmän hoitajista (n=69) yhteensä 48 hoitajaa. Vastausprosentti oli 69,6. Vastaajilla oli noin kaksi viikkoa aikaa vastata kyselylomakkeeseen osastoilla. Analyysivaiheessa tekijä havaitsi, että kyselylomakkeen strukturoituihin monivalintakysymyksiin oli vastattu paljon. Avoimiin kysymyksiin oli vastattu heikommin. Tämä johtuu mahdollisesti siitä, että avoimiin kysymyksiin ei ollut riittävästi vastaamisaikaa ja ne vaativat enemmän paneutumista ja vaivannäköä.

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että tutkimuksessa käytetty kyselylomake esitettiin ennen sen käyttöönottoa. Vastaajilla oli myös mahdollisuus vastata kyselylomakkeeseen joko suomen tai ruotsin kielellä, joka vähensi kysymysten väärinymmärtämistä kielellisistä syistä. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi myös tutkimuksen korkea vastausprosentti. Tekijä on suorittanut kyselylomakkeiden analysoinnin kaksi kertaa, jotta vastaukset olisi luotettavia. Tekijä analysoi sekä kvantitatiiviset että kvalitatiiviset vastaukset kaksi kertaa.

Tutkimuksen luotettavuutta heikensi se, että puoleksi täytettyjä lomakkeita oli palautettu. Strukturoituihin monivalintakysymyksiin oli muutamassa lomakkeessa vastattu ympyröimällä kaksi eri vaihtoehtoa tai kahden eri vaihtoehdon väliin. Myös avoimissa kysymyksissä oli muutamassa kyselylomakkeessa yksi tai useampi kohta, jota ei ollut täytetty. Tekijä analysoi puoleksi täytetyt kyselylomakkeet, mutta epäselvät vastaukset tai tyhjät kohdat jätettiin analysoimatta.

Tutkimustulokset raportoidaan Vaasan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön esitysseminaarissa. Tutkimustulokset raportoidaan myös lopullisessa opinnäytetyössä, joka julkaistaan Theseus tietokannassa osoitteessa www.theseus.fi. Tutkimukseen osallistuneet osastot saavat myös opinnäytetyöstä oman paperiversion kiitokseksi osallistumisesta.

8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Suurin osa hoitohenkilökunnasta on saanut kinestetiikkakoulutusta työpaikallaan ja he ovat myös kiinnostuneita jatkokoulutuksesta.
2. Koulutuksella on suuri merkitys kinesteettisen toimintamallin ymmärtämiselle ja toteuttamiselle.
3. Hoitohenkilökunta kokee hallitsevansa kinesteettisen toimintamallin peruskäsitteet ja niiden merkitykset hoitotyössä.
4. Hoitohenkilökunta tarvitsee lisäohjausta kinesteettisen toimintamallin potilassiirtotekniikoista.
5. Suurin osa hoitohenkilökunnasta käyttää järjestelmällisesti kinesteettistä toimintamallia päivittäin hoitotyössä.
6. Hoitohenkilökunnalla ei ole riittävästi aikaa toteuttaa kinesteettistä toimintamallia hoitotyössä.
7. Vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä on parantunut kinesteettisen toimintamallin käyttöönoton jälkeen.
8. Hoitohenkilökunta kokee, että kinesteettinen toimintamalli on potilaalle kuntouttavampaa kuin perinteiset hoitotyönmenetelmät. Potilas osallistuu aktiivisemmin kuntotutukseen omilla voimavaroillaan.
9. Potilaiden kivut, jäykkyys ja levottomuus ovat vähentyneet.
10. Hoitohenkilökunta kokee, että heidän oma fyysinen kuormitus on hoitotyössä vähentynyt kinesteettisen toimintamallin käyttöönoton myötä ja työn mielekkyys on hieman lisääntynyt.
11. Osa hoitohenkilökunnasta tarvitse vielä lisää tukea työtovereiltaan hyödyntäessään kinesteettistä toimintamallia hoitotyössä.

Jatkotutkimusehdotuksina kyseisen tutkimuksen voi toteuttaa hoitohenkilökunnalle, joka ei ole saanut kinestetiikka koulutusta. Tutkimuksen avulla saisi enemmän tietoa siitä, kuinka suuri merkitys kinestetiikkakoulutuksella on kinesteettisen toimintamallin toteuttamiselle. Myös potilaiden kokemuksia voidaan tutkia. Potilailta voi tiedustella onko heillä enemmän mahdollisuuksia osallistua omaan liikumiseensa ja kuntoutukseensa silloin, kun hoitaja toimii kinesteettistä toimintamallia hyödyntäen.

8.5 Oma oppimisprosessi ja arviointi

Tekijä sai idean tutkimuksen aiheeseen eräältä kyseisen terveyskeskuksen osastonhoitajalta kesällä 2013. Tekijä haki syyslukukauden alussa koulun osastonjohtajalta opinnäytetyön aihelupaa. Osastonjohtaja myönsi aiheluvan 17.9.2013.

Hoitotieteellistä tietoa kinesteettisestä toimintamallista on olemassa hyvin vähän. Tekijä on tehnyt tiedonhakuja Medic, PubMed, Chinal ja Linda-tietokantaan. Tekijä on ollut henkilökohtaisesti yhteydessä Hantikaiseen, joka vahvisti tekijän omia havaintoja hoitotieteellisen kirjallisuuden niukkuudesta. Hoitotieteellisen tiedon vähäisyyden vuoksi on tekijä käyttänyt työssään lähteenä erilaisia internet-aineistoja ja kirjallisuutta.

Analyysivaiheessa tutkija sai apua koulun opettajalta SPSS-ohjelman käytöstä, sillä tekijällä ei ollut aikaisempaa kokemusta SPSS-ohjelman käytöstä. Kyselylomakkeiden kvantitatiivisten kysymysten analysointi mahdollistui SPSS-ohjelman avulla.

Tekijä on oppinut opinnäytetyö ja tutkimus prosessin aikana paljon uutta. Tutkija on oppinut uutta geritrisesta hoitotyöstä, geriatriisesta potilaasta, ikääntymisestä ja kinesteettisestä toimintamallista. Tekijä on oppinut myös tekemään hakuja erilaisiin tietokantoihin ja käyttämään SPSS-ohjelmaa.

Opinnäytetyön tekeminen oli haasteellista muun opiskelun ohella. Tutkimussuunnitelman ja opinnäytetyön kirjoittaminen aloitettiin vasta tammikuussa 2014. Kiirein aikataulu toimi kuitenkin motivoivana tekijänä koko opinnäytetyöprosessin ajan.

LÄHTEET

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2009. Sairaanhoido ja huolenpito. 7 uud. painos. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Betschon, E., Brach M. & Hantikainen, V. 2011. Studying feasibility and effects of a two-stage nursing staff training in residential geriatric care using a 30 month mixed-methods design. BMC Nurse. 10: 10. Viitattu 23.1.2014.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3127836/>

Gerontologinen hoitotyö. 2014. Katsaus Sairaanhoidajaliiton verkkosivuilla. Viitattu 3.2.2014.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoidajan_tyo/gerontologinen_hoitotyö/

Hantikainen, V. & Lappalainen, R., yhteistyössä Suomen Kinestetiikkayhdistyksen Kinestetiikka Kouluttajien ja tuutoreiden kanssa. 2011. Kinestetiikan peruskurssin työkirja. Suomen Kinestetiikkayhdistys ry.

Hantikainen, V. 2010. Kinestetiikka. Pro terveys. 5, 38, 22–25.

Hantikainen, V. 2012. Kinestetiikka – toimintakyvyn ylläpitämistä ja kuntoutumista tukeva voimavaralähtöinen toimintamalli. 2012. Katsaus Terveiden ja hyvinvointilaitoksen verkkosivuilla. Viitattu 4.3.2014.
http://www.thl.fi/attachments/rai/2012/Kinestetiikka_29032012.pdf

Pohjolainen, P. 2014. Ihmisen fysiologinen vanheneminen. Katsaus Ikäinstituutin verkkosivuilla. Viitattu 11.3.2014.
<http://www.vapaaehtoiseksiseniorina.fi/binary/file/-/id/1/fid/58>

Ikääntyminen ja liikunta. 2013. Katsaus UKK-instituutin verkkosivuilla. Viitattu 2.2.2014.
http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikkumaan/aloittajan_liikuntaopas/ikaantymisen_ja_liikunta

Karvinen, M. 2009. Vanhuspotilasta on hoidettava monialaisesti. Katsaus Sairaanhoidajaliiton verkkosivuilla. Viitattu 9.2.2014.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/9_2009/moniammatillisuus/vanhuspotilasta_on_hoidettava_mo/

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. 1.-2 painos. Werner Söderström Osakeyhtiö. WSOY.

Kinestetiikka tukee kuntouttavaa työtettä. 2007. Katsaus Sairaanhoidajaliiton verkkosivuilla. Viitattu 5.3.2014.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/11_2007/muut_artikkelit/kinestetiikka_tukee_kuntouttavaa/

Kinestetiikan kehittyminen ja periaatteet. 2014. Katsaus Suomen kinestetiikkayhdistys ry:n verkkosivuilla. Viitattu 23.1.2014.
<http://www.kinestetiikka.fi/page18.php>

Kuittinen, J., Hantikainen, V. & Vehkaoja, T. 2014. Kinestetiikka vanhusten hoidotyössä ja kuntoutuksessa. Katsaus Kinestetiikkayhdistys ry:n verkkosivuilla. Viitattu 23.1.2014. <http://www.kinestetiikka.fi/page50.php>

L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 20.3.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013. Katsaus sosiaali- ja terveystministeriön verkkosivuilla. Viitattu 23.3.2014. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelujen_laatu/laatusuositus

Mattila, Y. 2013. Ikälain sisältö. Katsaus Kelan verkkosivuilla. Viitattu 7.3.2014. <http://www.kela.fi/documents/10180/243147/Mattila/2c955d4a-0b64-410f-b09b-1bacf13e732d>

Norberg, A., Lundman, B. & Santamäki Fischer R. 2012. Det goda åldrandet. 1 painos. Lund. Studentlitteratur AB.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. Painos. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Potilaan keskeisimmät oikeudet. 2014. Katsaus Valviran verkkosivuilla. Viitattu 3.2.2014.
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet

Seitamaa-Hakkarainen, P. 2014. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Katsaus Academia.edu. verkkosivuilla. Viitattu 29.3.2014.
http://www.academia.edu/589363/Kvalitatiivinen_sisallon_analyysi

Sisäkorvan tasapainoasti. 2014. Katsaus Duodecimin verkkosivuilla. Viitattu 12.3.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=tasapaino&p_artikkeli=ltt03155

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2006. Kuntouttava lähihoito. 1 painos. Helsinki. Edita Prima Oy.

Tamminen-Peter, L. & Wickström, G. 2013. Potilassiirrot. Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. 1 painos. Helsinki. Työterveyslaitos.

Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. 2001. Geriatria. 1 painos. Hämeenlinna. Duodecim.

Tiikkainen, P. & Teeri S. 2009. Gerontologisen hoitotyön osaaminen. Katsaus sairaanhoitajaliiton verkkosivuilla. Viitattu 21.3.2014.

https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/9_2009/teema_gerontologinen_hoitotyö/gerontologisen_hoitotyön_osaaminen/

Toimintakyky. 2014. Katsaus Jyväskylän kaupungin verkkosivuilla. Viitattu 9.2.2014. <http://www3.jkl.fi/sotepa/vanhuspoliittinenstrategia/toimintakyky.html>

Valtari, M. 2006. SPSS-perusteet. Katsaus Helsingin yliopiston verkkosivuilla. Viitattu 27.4.2014. <http://www.helsinki.fi/~komulain/Tilastokirjat/04.%20Valtari-Spss-opas.pdf>

Vanhustenhuollon sosiaali- ja terveystyö. 2014. Katsaus Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston verkkosivuilla. Viitattu 30.3.2014. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/vanhustenhuolto

Vaasan ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajaopiskelija:
Hanna Peltola

SAATEKIRJE

Vaasan ammattikorkeakoulu
Ohjaava opettaja:
Elina Kajan

HYVÄ HOITOTYÖNTEKIJÄ,

Olen sairaanhoitajaopiskelija Hanna Peltola ja opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyötäni hoitohenkilökunnan kokemuksista kinesteettisen toimintamallin toteuttamisesta hoitotyössä. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia kinesteettisen toimintamallin toteuttamisesta geriatriassa hoitotyössä. Tutkimusluvan olen saanut osaston ylihoitajalta. Toivon, että jaatte kokemuksenne kinesteettisestä hoitotyöstä.

Tutkimusaineisto kerätään kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeessa on monivalintakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Osastolla on suljettu pahvilaatikko, johon täytetyt kyselylomakkeet palautetaan. Kyselylomakkeet palautetaan 24.3.2014 mennessä. Tutkimuksen avulla voidaan kehittää kinesteettisen toimintamallin toteuttamista osastolla.

Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä. Yksittäiset vastaajat eivät ole tunnistettavissa. Vastaukset tulevat ainoastaan tutkijan haltuun analysoitavaksi. Tutkimuksen valmistuttua kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti.

Tutkimustulokset raportoidaan Vaasan ammattikorkeakoulussa. Tutkimustulokset raportoidaan myös lopullisessa opinnäytetyössä, joka julkaistaan osoitteessa www.theseus.fi. Opinnäytetyö valmistuu mahdollisesti huhtikuussa 2014.

Pyydän teitä ystävällisesti vastaamaan kysymyksiin. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 5-10 min.

Kiitän etukäteen vastauksistanne.

Hanna Peltola

Vaasan ammattikorkeakoulu
Sjukskötarstuderande:
Hanna Peltola

FÖLJEBREV

Vaasan ammattikorkeakoulu
Handledande lärare:
Elina Kajan

BÄSTA VÅRDARBETARE,

Jag är sjukskötarstuderande Hanna Peltola från Vaasan ammattikorkeakoulu. Jag skriver ett slutarbete om vårdpersonalens upplevelser av det kinestetiska tillvägagångssättet i vårdarbetet. Med denna undersökning vill jag undersöka hurdana erfarenheter vårdpersonalen har av det kinestetiska tillvägagångssättet i det geriatriska vårdarbetet. Avdelningens överskötare har gett ett tillstånd att utföra undersökningen. Jag önskar att ni kunde dela med er av er erfarenhet av det kinestetiska vårdarbetet.

Undersökningen genomförs med hjälp av ett frågeformulär. Frågeformuläret innehåller flervalsfrågor och öppna frågor. På avdelningen finns en stängd pafflåda dit man lämnar in frågeformuläret. Frågeformulären lämnas in senast den 24.3.2014. Med hjälp av undersökningen kan vi utveckla användningen av kinestetik på avdelningen.

Det är frivilligt att delta i undersökningen. Man svarar anonymt, så inga enskilda svarare kan identifieras. Endast forskaren kommer att kunna analysera frågeformulären. Efter att undersökningen blivit klar, kommer alla frågeformulär att förstöras.

Resultaten av undersökningen presenteras i Vaasan ammattikorkeakoulu. Resultaten redovisas även i det slutliga lärdomsprovet, som kommer att publiceras på internetadressen www.theseus.fi. Det slutliga lärdomsprovet kommer möjligen att bli färdigt i april 2014.

Hoppas att ni vänligen svarar. Det tar ungefär 5-10 min. att fylla i frågeformuläret.

Tack på förhand för era svar.

Hanna Peltola

**HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA KINESTEETTISEN TOIMINTA-
MALLIN TOTEUTTAMISESTA GERIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ****KYSELYLOMAKE**

Rastita mielestäsi oikea vaihtoehto kysymyksissä 1-5. Vastaa monivalintakysymyksiin 6-25 ympäröimällä sopiva vaihtoehto. Avoimiin kysymyksiin 26-29 voit vastata sanallisesti kertomalla omista kokemuksistasi ja mielipiteistäsi.

Taustatiedot

1. Mikä on ikäsi?

Alle 30 vuotta _____
31-45 vuotta _____
46-60 vuotta _____
61 vuotta tai yli _____

2. Mikä on ammattinimikkeesi?

Perushoitaja _____
Lähihoitaja _____
Sairaanhoitaja _____
Jokin muu, mikä? _____

3. Mikä on työkokemuksesi hoitoalalla:

0-10 vuotta _____
11-20 vuotta _____
21-30 vuotta _____
31 vuotta tai yli _____

Kinestetiikkakoulutus

4. Oletko osallistunut kinestetiikkakoulutukseen työpaikallasi?

Kyllä _____
Ei _____

5. Olisitko kiinnostunut kinestetiikan jatkokoulutuksesta?

Kyllä _____
Ei _____

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En ole samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Kinesteettinen toimintamalli					
6. Hallitsen teoriassa kinesteettisen toimintamallin peruskäsitteet	5	4	3	2	1
7. Olen ymmärtänyt peruskäsitteiden merkitykset hoitotyössä	5	4	3	2	1
8. Hallitsen kinesteettisen toimintamallin potilassiirtotekniikat	5	4	3	2	1
Kinestetikka hoitotyössä					
9. Käytän kinesteettisen toimintamallin hoitomenetelmiä päivittäin	5	4	3	2	1
10. Minulla on riittävästi aikaa toteuttaa kinesteettistä toimintamallia hoitotyössäni	5	4	3	2	1
11. Toteutan kinesteettistä toimintamallia järjestelmällisesti hoitotyössäni	5	4	3	2	1
12. Vuorovaikutus potilaan kanssa on parantunut toteuttamalla kinesteettistä toimintamallia	5	4	3	2	1
13. Potilaiden nostamiset ovat vähentyneet kinesteettisen toimintamallin käyttöönoton jälkeen	5	4	3	2	1
14. Potilaiden painehaavaumien syntymistä pystyy ehkäisemään kinesteettisen toimintamallin avulla	5	4	3	2	1
Potilas ja kinesteettinen toimintamalli					
15. Kinesteettinen toimintamalli on potilaalle pehmeämpää, kun perinteisen hoitotyönmenetelmät	5	4	3	2	1

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En ole samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
16. Kinesteettinen toimintamalli on kuntouttavampaa, kun perinteisen hoitotyönmenetelmät	5	4	3	2	1
17. Osallistuuko potilas aktiivisemmin oman kuntoutukseen, kun käytän kinesteettistä toimintamallia hoitotyössä	5	4	3	2	1
18. Potilaiden kivut ovat vähentyneet, kun olen toteuttanut kinesteettistä toimintamallia hoitotyössäni	5	4	3	2	1
19. Potilaiden jäykkyys on vähentynyt, kun toteutan kinesteettistä toimintamallia hoitotyössäni	5	4	3	2	1
20. Potilaiden levottomuus on vähentynyt, kun toteutan kinesteettistä toimintamallia hoitotyössäni	5	4	3	2	1
21. Potilaat ovat tyytyväisempiä, kun heidän omia voimavarojaan otetaan paremmin huomioon	5	4	3	2	1
Hoitaja ja kinesteettinen toimintamalli					
22. Hoitajan fyysinen kuormittavuus hoitotyössä vähenee, kun potilasta hoidetaan kinesteettistä toimintamallia hyödyntäen	5	4	3	2	1
23. Kinesteettinen toimintamalli on vähentänyt lihasten kuormittavuutta	5	4	3	2	1
24. Kinesteettinen toimintamalli on lisännyt työni mielekkyyttä	5	4	3	2	1
25. Saan riittävästi tukea työtoveriltani, kun hoidan potilasta hyödyntäen kinesteettistä toimintamallia	5	4	3	2	

Kinesteettinen toimintamalli osastolla

26. Minkälaisissa hoitotilanteissa käytät kinesteettistä toimintamallia?

27. Mitkä tekijät edistävät kinesteettisen toimintamallin käyttämistä osastollasi?

28. Mitkä tekijät estävät kinesteettisen toimintamallin käyttämistä osastollasi?

29. Miten haluaisit kehittää kinesteettisen toimintamallin hyödyntämistä hoitotyössäsi?

Kiitos vastauksistasi!

VÅRDPERSONALENS UPPLEVELSER AV DET KINESTETISKA HANDLINGS- SÄTTET I DET GERIATRISKA VÅRDARBETET

FRÅGEFORMULÄR

Kryssa i det svarsalternativ du tycker passar bäst i frågorna 1-5. Svara i flervalfrågorna 6-25 genom att ringa in det svarsalternativ som passar bäst. I de öppna frågorna 26-29 kan du svara skriftligt och berätta om dina egna erfarenheter och åsikter.

Bakgrundsinformation

1. Vad är din ålder?

- Under 30 år _____
31-45 år _____
46-60 år _____
61 år eller äldre _____

2. Vad är din yrkesbenämning?

- Primärskötare _____
Närvårdare _____
Sjukskötare _____
Någon annan, vilken? _____

3. Din arbetserfarenhet inom vård-branschen?

- 0-10 år _____
11-20 år _____
21-30 år _____
31 år eller mer _____

Kinestetik utbildning

4. Har du deltagit i en kinestetik kurs på din arbetsplats?

- Ja _____
Nej _____

5. Är du intresserad av en fortsättningskurs i kinestetik?

- Ja _____
Nej _____

	Helt av samma åsikt	Delvis av samma åsikt	Inte av samma åsikt	Delvis av annan åsikt	Helt av annan åsikt
Kinestetiskt tillvägagångssätt					
6. Jag behärskar kinestetikens grundprinciper	5	4	3	2	1
7. Jag förstår vilken mening kinestetikens grundprinciper har i mitt vårdarbete	5	4	3	2	1
8. Jag behärskar kinestetikens patientförflyttningstekniker	5	4	3	2	1
Kinestetiken i vårdarbetet					
9. Jag använder kinestetik i vårdarbetet dagligen	5	4	3	2	1
10. Jag har tillräckligt med tid att utföra kinestetiskt vårdarbete	5	4	3	2	1
11. Jag använder kinestetiken systematiskt i mitt vårdarbete	5	4	3	2	1
12. Växelverkan med patienten har blivit bättre, då jag använder kinestetik i vårdarbetet	5	4	3	2	1
13. Lyftandet av patienterna har minskat efter att man tagit i bruk kinestetiken	5	4	3	2	1
14. Med hjälp av kinestetiken kan man förebygga uppkomsten av trycksår hos patienterna	5	4	3	2	1
Patienten och kinestetiken					
15. Kinestetiken är mjukare för patienten än de traditionella vårdmetoderna	5	4	3	2	1
16. Kinestetiken är mera rehabiliterande för patienten än de traditionella vårdmetoderna	5	4	3	2	1

	Helt av samma åsikt	Delvis av samma åsikt	Inte av samma åsikt	Delvis av annan åsikt	Helt av annan åsikt
17. Patienten deltar mera aktivt i sin egen rehabilitering när jag använder kinestetik i vårdarbetet	5	4	3	2	1
18. Patienternas smärtor har minskat när jag använder kinestetik i vårdarbetet	5	4	3	2	1
19. Patienternas stelhet har minskat när jag använder kinestetik i vårdarbetet	5	4	3	2	1
20. Patienternas orolighet har minskat när jag använder kinestetik i vårdarbete t	5	4	3	2	1
21. Jag anser att patienterna är mera nöjda då deras egna resurser tas i beaktande i vårdarbetet	5	4	3	2	1
Vårdaren och kinestetiken					
22. Vårdarens fysiska belastning i vårdarbetet minskar, då man vårdar patienten med hjälp av kinestetik	5	4	3	2	1
23. Kinestetiken har minskat på belastningen av muskulaturen	5	4	3	2	1
24. Kinestetiken har ökat mitt välbefinnande i arbetet	5	4	3	2	1
25. Jag får tillräckligt med stöd av mina arbetskamrater då jag vårdar patienten med hjälp av kinestetiken	5	4	3	2	1

Användningen av kinestetik på avdelningen

26. I hurdana vårdsituationer använder du kinestetik?

27. Vilka faktorer främjar användningen av kinestetik på avdelningen?

28. Vilka faktorer hindrar användningen av kinestetik på avdelningen?

29. Hur skulle du vilja utveckla användningen av kinestetik i ditt vårdarbete?

Tack för dina svar!