

**Forslund Oili ja Mäkipelto Iina**

**KINESTETIIKKA GERIATRISILLA OSASTOLLA**

**Hoitajien kokemuksia kinestetiiikan vaikutuksesta fyysiseen työhyvinvointiin**

**Opinnäytetyö  
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Maaliskuu 2016**

**TIIVISTELMÄ  
ABSTRACT  
SISÄLLYS**

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA</b> .....	<b>3</b>
2.1 Geriatria ja gerontologinen hoitotyö .....	3
2.2 Työhyvinvointi.....	5
2.3 Fyysinen työhyvinvointi ja gerontologisen hoitotyön kuormittavuus .....	7
2.4 Ergonomia gerontologisessa hoitotyössä.....	8
2.5 Kinestetiikka gerontologisen hoitotyön apuna .....	10
<b>3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT</b> .....	<b>15</b>
<b>4 TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA KOHDERYHMÄ</b> .....	<b>16</b>
<b>5 TUTKIMUSMENETELMÄ, AINEISTON KERUU JA ANALYYSI</b> .....	<b>17</b>
5.1 Kvalitatiivinen tutkimus .....	17
5.2 Teemahaastattelu.....	18
5.3 Induktiivinen sisällönanalyysi .....	19
<b>6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA</b> .....	<b>21</b>
<b>7 OPINNÄYTETYÖN ETENEMINEN JA AIKATAULU</b> .....	<b>24</b>
<b>8 TULOKSET</b> .....	<b>26</b>
8.1 Kinestetiikan vaikutus fyysiseen työhyvinvointiin geriatrisella osastolla .....	26
8.2 Kinestetiikan kehittäminen geriatrisella osastolla .....	28
8.3 Kinestetiikkakoulutus .....	29
<b>9 JOHTOPÄÄTÖKSET</b> .....	<b>31</b>
<b>10 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSHAATEET</b> .....	<b>33</b>
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>35</b>
<b>LIITTEET</b>	

**TIIVISTELMÄ**

<b>Yksikkö</b> Kokkola – Pietarsaaren yksikkö	<b>Aika</b> Maaliskuu 2016	<b>Tekijä/tekijät</b> Oili Forslund ja Iina Mäkipelto
<b>Koulutusohjelma</b> Hoitotyön koulutusohjelma		
<b>Työn nimi</b> KINESTETIIKKA GERIATRISILLA OSASTOLLA. Hoitajien kokemuksia kinestetiiikan vaikutuksesta fyysiseen työhyvinvointiin		
<b>Työn ohjaaja</b> TtM Riitta Ala-Korpi	<b>Sivumäärä</b> 37 + 6	
<b>Työelämäohjaaja</b> Vanhushuollon Pällikkö Pirjo Knif		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten hoitajat ovat kokeneet kinestetiiikan vaikuttaneen heidän fyysiseen työhyvinvointiinsa geriatrisella osastolla. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä kinestetiiikan käyttöä gerontologisessa hoitotyössä. Tutkimus oli laadullinen. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Haastatteluun osallistui neljä perus- ja lähihoitajaa. Haastattelut tehtiin marraskuussa 2015. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tuloksista tuli ilmi, että kinestetiiikka oli vaikuttanut monipuolisesti työhyvinvointiin geriatrisella osastolla. Fyysiset terveysongelmat ja työn kuormittavuus olivat vähentyneet. Fyysinen työhyvinvointi oli parantunut. Hoitajat kokivat voivansa myös psyykkisesti paremmin. Hoitajat olivat saaneet aivan uuden näkökulman hoitamiseen. Kinestetiiikka oli vaikuttanut positiivisesti hoitajien vuorovaikutussuhteisiin. Myös vuorovaikutus potilaiden kanssa oli tullut paremmaksi.</p> <p>Tutkimuksessa selvisi myös, että kinesteettisten taitojen ylläpitäminen ja kehittäminen on tärkeää ammattitaidon ylläpitämisen vuoksi. Merkittäväksi koettiin työkavereiden tuki hoitotilanteissa, koska silloin kyettiin yhdessä miettimään parasta mahdollista työskentelytapaa. Kinestetiiikasta oli tullut yhteinen toimintatapa, joka loi yhteenkuuluvuuden tunnetta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että myös potilaat olivat aktiivisesti mukana kinesteettisessä työskentelyssä.</p> <p>Tutkimus on työelämälähtöinen, ja se on tehty Pietarsaaren kaupungin vanhushuollon tarpeeseen. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää vanhushuollossa ja laajemminkin.</p>		
<b>Asiasanat</b> Ergonomia, fyysinen työhyvinvointi, gerontologinen hoitotyö, kinestetiiikka		

**ABSTRAC**

<b>CENTRIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES</b> Kokkola – Pietarsaari	<b>Date</b> March 2016	<b>Author/s</b> Oili Forslund and Iina Mäkipelto
<b>Degree programme</b> Nursing		
<b>Name of thesis</b> KINESTHETIC AT GERIATRIC WARD		
Nurses' Experiences of the Impact of Physical Well-being at Kinesthetic		
<b>Instructor</b> MNSe Riitta Ala-Korpi	<b>Pages</b> 37 + 6	
<b>Supervisor</b> Elderly care Manager Pirjo Knif		
<p>The purpose of this study was to find out how the nurses have experienced that kinesthetic have affected their physical well-being at geriatric ward. The aim of this study was that the information obtained from research can be utilized in developing the use of kinesthetic in the gerontological nursing. The study was qualitative. The data was collected using theme interviews. We interviewed four enrolled and practical nurses. The interviews were conducted in November 2015. The data was analyzed using inductive content analysis.</p> <p>The results indicated that kinesthetics influenced widely on the work well-being at geriatric ward. Physical health problems and the workload was diminished. Physical well-being had improved. The nurses felt also psychologically better. The nurses had gained a whole new perspective to nursing. Kinesthetics had a positive impact on nurses' interactions. Also, the interaction with the patients had improved.</p> <p>The study also revealed that the maintenance and development of kinesthetic skills is important, for the sake of maintaining professionalism. The support of co-workers in the nursing situations was seen as a major factor, because then nurses could consider the best way working together. Kinesthetics had become a common way of working together and had created a feeling of fellowship. Furthermore the study also revealed that the patients were also actively involved in the kinesthetics at the work.</p> <p>The study is work oriented and has been made for the town of Pietarsaari and for their needs in elderly care services. The results of the study can be exploited in elderly care services and also more widely.</p>		

<b>Key words</b> Ergonomics, gerontological nursing, kinesthetic, physical well-being
--

## 1 JOHDANTO

Hoitotyössä potilaan tai asiakkaan tukeminen ja ohjaaminen päivittäisissä toiminnoissa muodostaa suuren osan hoitamisesta. Avustamisen tarkoituksena on tukea ihmistä niissä toiminnoissa, joista hän ei pysty sairauden tai vamman vuoksi suoriutumaan omatoimisesti. Gerontologinen hoitotyö intervalli- ja pitkäaikaisosastoilla on kuormittavaa niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Kuormittavuutta lisää se, että hoitajan on hallittava laajasti erilaisien sairauksien hoito ja kuntoutus sekä samalla huomioitava myös omaa jaksamistaan ja hyvinvointiaan (Heikkinen 2008). Työn fyysinen kuormittavuus alalla on kasvanut viimeisen kymmenen vuoden aikana, ja kuormittavinta työskentely on terveyskeskusten vuodeosastoilla, kotipalvelussa sekä vanhainkodeissa ja palvelutaloissa (Laine, Wickström, Pentti, Elovainio, Kaarlela-Tuomaala, Lindström, Raitoharju & Suomala 2006, 6).

Fyysisen työhyvinvoinnin ylläpitäjinä ovat työn kuormittavuuden minimointi, työn mielekkyys ja viihtyisä työympäristö, joka antaa haasteita työntekijälle. Hyvässä työyhteisössä työympäristö on viihtyisä ja työ mielekäs. Nämä asiat saavutetaan, kun työntekijä saa pärjäämisen kokemuksia sekä tuntee yhteenkuuluvuutta ja itsenäisyyttä työssään. Merkitsevää on myös, että tavoitteet ja vastuun tuntee työntekijä pystyy hyödyntämään kannustavassa ja innostavassa työympäristössä vahvuuksiaan ja osaamistaan. (Hannonen 2016.) Oikeat työskentelytavat ovat keskeisessä asemassa, kun mietitään fyysistä työhyvinvointia. Jotta hoitaja voi siirtää potilasta mahdollisimman turvallisesti ja miellyttävästi, säästää samalla omaa kehoa ylimääräiseltä rasitukselta, on hänen hallittava ergonomisesti oikeat työskentelytavat (Tamminen-Peter 2005, 91). Ergonomian hallinta ja hyvä siirtotaito auttavat hoitajaa tukemaan potilaan toimintakykyä. Näillä taidoilla hoitaja pystyy myös säilyttämään oman fyysisen toimintakykynsä parempana.

Hoitotyöhön tarvitaan jatkuvasti uusia ja käytännössä toimivia menetelmiä. Menetelmien avulla hoitotyöntekijät ja omaishoitajat voivat edistää hoidon tarpeessa olevan henkilön omien voimavarojen ylläpitämistä ja edistämistä, sekä oman tuki- ja liikuntaelimistönsä terveyttä. Kinestetiikka on yksi toimintatapa, jolla pyritään osaltaan edistämään tämän toteutumista. Kinestetiikka tukee ihmistä hänen perustoiminnoissaan siten, että hän kokee toimintansa mielekkäänä ja kykenee aktiivisesti osallistumaan toimintoihinsa huolimatta sairaudestaan tai vammaisuudestaan. Se mahdollistaa avustettavan ja

avustajan voimavarojen ihanteellisen hyödyntämisen sekä yksilöllisyyden huomioimisen liikkumisen ja toimintojen avustamisessa. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 7.)

Työhyvinvointiin on alettu panostaa kaikilla aloilla, ja myös hoitotyössä sen merkitys on huomattu. Työhyvinvointiin lasketaan kuuluvaksi fyysinen, psyykkinen sekä sosiaalinen hyvinvointi. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten hoitajat ovat kokeneet kinestetiikan vaikuttaneen heidän fyysiseen työhyvinvointiinsa geriatrisella osastolla. Tavoitteena oli, että tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä kinestetiikan käyttöä gerontologisessa hoitotyössä.

Hoitotyössä työhyvinvoinnin tulisi olla keskeisessä asemassa. Hoitajan työhyvinvointi heijastuu moniin asioihin, ja sillä on vaikutusta myös hoidon laatuun. Työhyvinvoinnin kaikki alueet ovat tärkeitä, mutta fyysisellä työhyvinvoinnilla on vahva vaikutus myös psyykkiseen työhyvinvointiin. Fyysistä työhyvinvointia edistävä toiminta koetaan tärkeäksi, ja työelämä on kiinnostunut siitä, miten sitä voidaan parantaa. Tarve tälle tutkimukselle on lähtenyt työelämästä. Opinnäytetyössä olemme tutkineet kinestetiikan vaikutusta fyysiseen työhyvinvointiin hoitajan näkökulmasta.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

Tässä luvussa käsittelemme tietoperustaa. Tietoperustassa tuomme esille opinnäytetyöhön sisältyvät keskeisimmät asiat. Joita ovat geriatria, gerontologinen hoitotyö, työhyvinvointi, fyysinen työhyvinvointi, ergonomia ja kinestetikka.

### 2.1 Geriatria ja gerontologinen hoitotyö

Iäkkäiden hoidon lääketieteellinen erikoisalan, geriatrian, perinteet ulottuvat maailmalla 1930-luvulle asti. Väestön vanhenemisen myötä myös Suomessa kiinnostus geriatriaan on herännyt. Suurien ikäluokkien myötä Suomen väestö vanhenee ennätysvauhtia ja iäkkäiden osuus nousee tästä syystä nopeammin kuin missään muussa Euroopan maassa. Hyvän geriatrisen hoidon toteuttamisessa on huomioitava monia asioita, kuten vanhenemismuutoksien ja sairauksien oirekuvan ymmärtämisen tärkeys, kuntoutuksen laaja-alaisuuden huomioiminen, sekä iäkkään elämän kokonaisuuden sisäistäminen sosiaalisine viitekehyksineen. Geriatriassa hoidon kohteena on kokonainen ihminen psyykkisine ja fyysisine vaivoineen, ei yksi elin tai elinjärjestelmä. Ydinosaamista geriatrian alueella on, että ymmärretään ikääntymisen aiheuttamat muutokset ja niiden merkitys, tunnistetaan sairaudet, hoidetaan ja kuntoutetaan kokonaisvaltaisesti. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 12–13.)

Geriatricassa kokonaisvaltaisella arvioinnilla voidaan saavuttaa hyviä tuloksia, kun yritetään lykätä iäkkään ihmisen siirtymistä laitoshoidon. Iäkkäiden ihmisten kliinisten sairauksien diagnosointiin keskittyminen estää usein iäkkäillä ihmisillä esiintyvien ja toisiinsa kytkeytyvien ongelmien havaitsemisen. Geriatricassa on nykyään vakiinnuttanut asemansa kokonaisvaltaisesti arvioitava fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky, sekä selvitys asuinympäristöstä. Iäkäs ihminen tulisi nähdä aktiivisena toimijana, eikä hoidon passiivisena vastaanottajana. Kuntoutuminen onnistuu vain, jos kuntoutuja itse sitoutuu tavoitteisiin ja toteutukseen. Lähdettäessä kuntouttamaan ikäihmistä, joka kärsii toiminnan vajauksesta, pyritään tavoitteisiin välitavoitteiden kautta ja varmistetaan, että tavoitteet ovat tarkoituksenmukaisia ongelmiin nähden. Tavoitteiden tulee olla merkityksellisiä ikäihmisen omasta näkökulmasta sekä linjassa hänen toiveidensa kanssa. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2010, 442, 448.)

Gerontologinen hoitotyö on eettisesti hyvää, kun siinä on huomioitu huolenpito ja turvallisuus sekä ihmisen itsemääräämisoikeus, yksityisyys ja koskemattomuus. Tärkeimmät ja keskeisimmät arvot ovat huolenpito ja ihmisarvo. Huolenpidossa toteutetaan sitä, mikä on hyvää, ja vältetään pahaa, eli luodaan turvallisuutta, suojellaan ja tuetaan. Ihmisarvon kunnioittaminen tarkoittaa, että huomioidaan ikäihmisen oikeus päättää omasta elämästään ja omista asioistaan, sekä annetaan hänelle oikeus suojata yksityisyyttään ja koskemattomuuttaan. (Sarvimäki 2009, 29.)

Ikääntymiseen liittyy monenlaisia prosesseja, jotka heikentävät toimintakykyä ja terveyttä. Henkinen arviointikyky ei välttämättä vähene, vaikka fyysinen haurastuminen heikentäisi liikkumista. Psykykinen vanheneminen saattaa tuoda mukanaan dementiaa ja muistisairautta, mutta toisaalta se kasvattaa elämäkokemusta ja viisautta. Fyysisesti hyväkuntoisen ikäihmisen arviointi- ja päätöksentekokykyä heikentää muistisairauden eteneminen, josta taas aiheutuu monenlaisia itsemääräämisongelmia. Joissakin tapauksissa ikääntyvältä henkilöltä, joka on vielä päätöksentekokykyinen, voidaan viedä oikeus päättää omista asioistaan. Toisaalta taas ikääntyvälle henkilölle, jolla on jo heikentynyt päätöksentekokyky, voidaan antaa vapauksia, joilla saattaa olla surullisiakin seurauksia. (Sarvimäki 2009, 34.)

Ihmisen ikääntyessä muutokset eivät tapahdu nopeasti eivätkä niihin vaikuta ensisijaisesti ulkoiset syyt. Muutokset ovat luonteeltaan palautumattomia ja vaikuttavat toimintakykyyn heikentäen sitä lieväasteisesti. Lisäksi ne heikentävät stressitilanteissa elimistön puolustuskykyä, sekä näin myös sen haavoittuvuutta. Rakenteelliset muutokset voivat olla osittain helposti havaittavia, mutta osa ilmenee vasta kriisitilanteissa. Ikäihmisillä voidaan havaita liikkumisen hidastumista ja suorituskyvyn heikkenemistä fyysisen ponnistelun yhteydessä. Ikäihmisen ryhdin muuttuminen etukumaraksi, liikkeiden hidastuminen, vapina ja lisääntynyt jäykkyys, aiheuttavat ikääntyvälle korostuvan epävarmuuden ja huimauksen tunteen. (Hyttinen 2009, 47–48.)

Gerontologiseen hoitotyöhön osallistuvilla sairaanhoitajilla sekä muilla hoitotyöhön osallistuvilla henkilöillä on oltava perustaitojen lisäksi tietoa ikääntymisen mukanaan tuomista fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tekijöistä. Näiden tekijöiden lisäksi pitää olla tietoa muutosten aiheuttamista seurauksista sekä yksilöille että heidän perheilleen. Hoitotyöhön osallistuvien tulee tuntea iäkkäiden ihmisten tavallisimmat pitkäaikaissairaudet sekä niiden luonne ja kulku. Heidän on myös tunnettava



yhteiskunnan tarjoamat palvelut ikääntyville, jotta he voivat opastaa ikääntyviä avunsaannin mahdollisuuksista ja oikeuksista palveluihin. Hoitotyöhön osallistuvilla on myös oltava tietoa iäkkäiden ihmisten lääkehoidossa käytettävistä lääkkeistä, ongelmista lääkkeiden yhteiskäytössä, sekä muista lääkkeiden käyttöön liittyvistä haasteista. Gerontologiseen hoitotyöhön osallistuvat hoitajat tarvitsevat paljon tietoa niin fyysisen kuin psyykkisen terveyden edistämisestä, sekä halua ja taitoa jakaa näitä tietoja niitä tarvitseville. (Heikkinen 2008, 451.)

Toimintakykyä edistävä työote on tärkeää, sillä se perustuu yhteisesti sovittuihin toimintaperiaatteisiin ja filosofiaan eli moniammatilliseen yhteistyöhön sekä terveyslähtöiseen, tavoitteelliseen ja tasa-arvoiseen toimintaan. Toimintakykyä edistävää työtettä käyttävä hoitaja on sitoutunut yhdessä sovittuihin hoitotyön suunnitelman tavoitteisiin, mikä näkyy siinä, että hoitaja valitsee sellaisia käytännön toimintatapoja, joilla hän edesauttaa ikääntyvää saavuttamaan parhaan toimintakykynsä. (Vähäkangas 2008, 153.)

## **2.2 Työhyvinvointi**

Työhyvinvoinnin käsite on laajentunut nykyaikana suhteellisen nopeasti. Aikaisemmin työhyvinvointia on tarkasteltu fyysisen terveyden sekä työsuojelun työkykypainotteisen näkemyksen pohjalta. Tarkastelukulma on laajentunut työkuormituksen, työsuojelun ja stressin alueille. On alettu puhua myös työn ilosta, onnellisuudesta sekä työn imusta, joilla on suurta merkitystä työhön ja työhyvinvointiin. Tarkastelun kohteena työhyvinvoinnissa on nykyaikana työn kuormittavuus, mutta myös mielekkyyden ja onnellisuuden kokemukset, joita työstä voi saada. Kaikki asiat, joilla havaitaan olevan hyvinvointi vaikutuksia, voivat olla kehittämisen kohteina. (Laine 2014, 11.)

Työssä voi olla vaatimuksia ja toiveita usein enemmän, kuin työntekijä niitä jaksaa ja pystyy täyttämään. Silloin on itse tunnistettava omat rajansa ja osattava ottaa vastuu omasta henkilökohtaisesta hyvinvoinnista. Tämä edellyttää sitä, että osaa tarvittaessa sanoa ”ei” rehellisesti. Jokaisen ihmisen jaksamisen sekä uupumisen kokemukset ovat henkilökohtaisia. Jos ihminen ei itse tunnista omia rajojaan, jotka jokaisella ne ovat erilaiset, on hänellä vaarana uupua työssään. Työhyvinvointia heikentävä uupumus saattaa aiheutua oman elämän vaikeuksista. Itsensä johtamisessa on tärkeää olla

tietoinen asioista eikä syyllistää työtovereita, esimiestä tai työpaikkaa oman henkilökohtaisen elämän aiheuttamasta uupumuksesta tai väsymyksestä. (Mäkisalo-Ropponen 2014, 113.)

Moni ihminen olettaa, että työkavereiden käsitykset työstä ja työyhteisöstä ovat samanlaiset kuin hänellä itsellään. Totuus on kuitenkin, että työyhteisössä toimii erilaisia ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa ja heillä on aivan erilainen käsitys työstä ja elämästä. Työyhteisössä voi olla vaikeaa kohdata ja hyväksyä erilaisia tavoitteita. Työkavereiden kanssa pitää tulla toimeen, on pystyttävä keskustelemaan heidän kanssaan, vaikka he eivät olisi ystäviä eikä heistä pitäisi. Jokainen ihminen näkee asiat omista lähtökohdista ja taustasta käsin, eikä kenenkään totuus ole ainoa totuus. Tämän vuoksi on tärkeää tuoda erilaiset näkökulmat esille työyhteisössä, ja näin saada keskustelua aikaan. (Mäkisalo-Ropponen 2014, 118.)

Nopeasti muuttuvassa yhteiskunnassa vanhusten hoitotyön on jatkuvasti muovattava omaa ydinsisältöään vastaamaan tulevaisuuden tarpeita. Vanhusten hoitotyön ennakoidaan monimuotoistuvan entisestään vanhusten erilaisten hoitomuotojen ja muuttuvien tarpeiden myötä. Hoitajalla on oltava kyky pohtia omaa työtään, ja tämä seikka muodostuu entistä tärkeämmäksi. Paasivaaran väitöskirjan tuloksista ilmenee, että hoitajan tietoinen toiminta auttaa vanhuksen hoitotyön ydinsisällön jäsentämisessä ja hoitotyön edelleen kehittämisessä. (Paasivaara 2002, 168.)

Kun puhutaan vanhustyöstä, tulee kuva henkisesti ja fyysisesti raskaasta työstä, jossa on usein kiire. Työntekijät kokevat työtahdin lisääntyneen siitä johtuen, että henkilöstöresursseja ei ole riittävästi. Eettisen toiminnan esteenä koetaan rajalliset resurssit, jotka johtavat siihen, että työtä ei voida tehdä niin hyvin kuin halutaan. Kuitenkin 80 prosenttia vanhustyössä työskentelevistä hoitajista kokee työnsä olevan mielekästä ja kiinnostavaa, sen tekee sellaiseksi työn pitäminen arvokkaana. (Laine 2014, 13.)

Hoitotyössä hyvän toimintaympäristön on todettu olevan yhteydessä työtyytyväisyyteen sekä sairaanhoitajien pysymiseen ammatissaan. Hoitotyön hyvään toimintaympäristöön kuuluvat riittävä henkilöstö, hyvä yhteistyö eri ammattiryhmien välillä, johtajuuden kehittäminen, hoitajien osallistuminen päätöksentekoon, laadun korostaminen, hoitajien itsehallinta työssään, toimintatapojen kehittäminen jaetussa johtajuudessa sekä johdon tuki hoitotyölle. (Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä

2014, 57.) Työhyvinvointi on siis laaja-alainen käsite, johon vaikuttaa ihminen itse omine tulkintoineen, työ, ilmapiiri, johtaminen sekä organisaation toimintatapa (Manka, Kaikkonen & Nuutinen 2007, 3).

### **2.3 Fyysinen työhyvinvointi ja gerontologisen hoitotyön kuormittavuus**

Työelämässä työntekijän tärkein pääoma on hänen työkykynsä. Toimintakyvyssä ja terveydessä tapahtuvat muutokset heijastuvat työkykyyn. Fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia voidaan ylläpitää ja edistää fyysisellä aktiivisuudella, sekä näin säilyttää työkyky pitkälle eläkevuosiin asti. Parhaimmillaan tuki- ja liikuntaelinten terveyttä sekä työhyvinvointia edistävä toiminta on silloin, kun samanaikaisesti ja koordinoitusti kehitetään työntekijän terveyttä, toimintakykyä, osaamista, työympäristöterveellisyyttä, turvallisuutta sekä työyhteisön toimintatapoja. (Martimo & Pehkonen 2015.)

Työpaikalla, jossa on päätetty ehkäistä tuki- ja liikuntaelinvaivoja, ovat avainasemassa toimenpiteet, jotka liittyvät ergonomiaan ja työjärjestelyihin. Myös hyvä johtaminen ja positiivinen ilmapiiri sopivassa suhteessa olevan työkuormituksen kanssa edistävät tuki- ja liikuntaelinterveyttä. (Viikari-Juntura 2013.)

Yleisimpiä työn fyysisiä kuormitustekijöitä ovat raskas ruumiillinen työ, painavien esineiden käsittely, hankalat ja staattiset työskentelyasennot, pitkään paikallaan istuminen, toistotyö sekä käsien voiman käyttö. Verenkiertoelimistöä kuormittaa erityisesti raskas dynaaminen, suurilla lihasryhmillä tehtävä lihastyö. Työntämisen, nostamisen, vetämisen sekä kantamisen aikana suuret lihasryhmät toimivat niin staattisesti kuin dynaamisestikin, ja työkuormitus kohdistuu silloin verenkiertoelimistöön, liikuntaelimiin sekä erityisesti selkään. Eri ammateissa, kuten rakennustöissä, kuljetustehtävissä, maa- ja metsätaloudessa, hoito ja hoiva-alalla, sekä esimerkiksi palomiehen ja poliisin työssä, joudutaan käyttämään suurten lihasryhmien staattista ja dynaamista työtä. (Lindholm 2015.)

Työn fyysisestä kuormittavuudesta on tullut työhyvinvointia uhkaava sekä koko ajan kasvava ongelma. Työterveyshuollolla onkin työhyvinvoinnin edistäjänä merkittävä rooli, mutta se ei kuitenkaan poissulje sitä tosiseikkaa, että jokaisella työnantajalla ja työntekijällä on vastuu oman työympäristön parantamisesta. (Risikko 2011.) Vuonna 2006 työhön ja terveyteen liittyvässä haastattelututkimuksessa on tullut esille, että terveys- ja sosiaalipalvelujen työntekijät, yhdessä kaupan ja korjauksen alan kanssa, käyttivät vähiten apuvälineitä työn helpottamiseksi (Ketola 2006, 19).

Hoitotyössä ihmisen keho on työväline, ja se edellyttää hyvää kehon ja liikkeiden hallintaa. Potilaan liikkumisen avustamistilanteissa hoitajan on sopeutettava oma liikkumisensa potilaan liikkumiseen sekä varauduttava siihen, että potilaan voimat voivat mahdollisesti pettää (Tamminen-Peter ym. 2007, 24).

## **2.4 Ergonomia gerontologisessa hoitotyössä**

Ergonomia-käsite tulee kreikan kielen sanoista ergo joka tarkoittaa sanaa työ, ja nomos, joka tarkoittaa luonnonlakeja. Ergonomian määritelmä tarkoittaa tiivistettynä ihmisen ja toimintajärjestelmän vuorovaikutuksen tutkimusta ja kehittämistä, jolla parannetaan ihmisen hyvinvoinnin ja järjestelmän suorituskykyä. Ergonomian avulla sopeutetaan työympäristö, työ ja työvälineet vastaamaan ihmisen tarpeita ja ominaisuuksia. Sen avulla parannetaan ihmisen hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta sekä järjestelmän tehokasta ja häiriötöntä toimintaa. (Launis & Lehtelä 2011, 19.)

Työtä tulisi tarkastella kokonaisuutena, jossa ergonomian avulla työympäristö ja työvälineet järjestetään suunnitelmallisesti vastaamaan ihmisen tarpeita, ominaisuuksia ja mahdollisuuksia. Muutokset, jotka ovat yksittäisiä, eivät useinkaan ole riittäviä. Työpaikalla, jossa on ergonomisilla toimenpiteillä parannettu henkilöstön turvallisuutta, hyvinvointia ja terveyttä, sujuu toiminta tehokkaasti ja häiriöttömästi. (Martimo & Pehkonen 2015.)

Olisi luonnollista olettaa, että terveydenhuollossa, missä työskentelee sairauksien ehkäisemisen ja hoidon ammattilaisia, ergonomiaan liittyvät asiat huomioitaisiin riittävästi. Todellisuudessa kuitenkin

suuri osa ongelmista odottaa vielä ratkaisuaan. Kun tietoa oikeista työskentelytavoista ei ole, ja työtä teetetään vastoin parempaa tietoa, heijastuu se ongelmina ja oireina. (Hänninen, Koskelo, Kankaanpää & Airaksinen 2005, 111.)

Virta on omassa opinnäytetyössään, (hoitajien ergonomia potilaan siirtymisen avustamisessa) tuonut esille, että ergonomia koetaan vähintäänkin tärkeäksi. Tämä antaakin edellytykset sille, että myös hoitotyössä ergonomiakoulutuksella voidaan saada kevennystä potilassiirtoihin. (Virta 2010, 27.)

Vuodeosastoilla ergonomia on tärkeässä asemassa. Sillä on ratkaiseva merkitys päivittäisaskareiden tekemisessä sekä suuri vaikutus potilaan elämänlaatuun. Potilasaineistossa on tapahtunut muutos suuntaan, jossa hoidettavana on yhä enemmän vuodepotilaita. Tämä lisää työn määrää ja kuormittavuutta. Hoitohenkilökunnan vähyys johtaa siihen, että potilaita hoidetaan kaksin tai joskus jopa yksin, mikä voi johtaa vääriin työasentoihin, liialliseen kuormitukseen sekä tuki- ja liikuntaelin vaurioihin. (Hänninen ym. 2005, 115.)

Jotta potilasta voidaan mahdollisimman pienellä avustuksella auttaa siirtymään turvallisesti ja miellyttävästi, on hoitajan osattava työskennellä ergonomisesti oikein eli hallittava siirtotaito, joka auttaa tunnistamaan potilaan voimavarat ja pystyy hyödyntämään niitä. Hoitajan tulee tehdä työ tasapainoisessa asennossa, jossa hän hyödyntää avustusympäristöä sekä siirron apuvälineitä tarkoituksenmukaisesti. (Tamminen-Peter ym.2007, 25 [Tamminen-Peter 2005].)

Tutkimuksessaan Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – kolmen siirtomenetelmän vertailu Tamminen-Peter (2005) sai tulokseksi, että perinteiselläkin tavalla tehdyt siirrot olivat kevyempiä kuin 18 kg:n nyrkkeilysäkin nosto tuolilta. Koulutuksen jälkeen kuormitus laski oleellisesti, kun ne tehtiin uusia menetelmiä hyödyntäen. Voidaankin olettaa käsin tehtyjen potilassiirtojen olevan hoitajalle siedettävä riski, jos hoitajan siirtotaito on hyvä ja potilas kannattelee osan painostaan ja on aktivoitavissa osallistumaan siirtoonsa. (Tamminen-Peter 2005, 91.)

## 2.5 Kinestetiikka gerontologisen hoitotyön apuna

Kinestetiikka on innovatiivinen ihmisen liikkumista ja toimintoja tukeva voimavaralähtöinen toimintamalli, joka perustuu ihmisen luonnollisten liikemallien ja aistitoimintojen ymmärtämiseen, ihmisen kunnioittavaan kohtaamiseen sekä näiden merkitykseen oppimiselle ja itsehallinnalle. Se kehitettiin Keski-Euroopassa hoito- ja terapiatyössä käytettäväksi. Kinestetiikan kehittivät yhdysvaltalaiset käyttäytymistieteilijät Lenny Majetta ja Frank Hatch 30 vuotta sitten. Käyttäytymistieteilijöiden ajatuksia kehollisesta vuorovaikutuksesta alkoivat soveltaa hoitotyöhön sveitsiläiset sairaanhoitajat. Nykyään menetelmä on laajasti käytössä Keski-Euroopassa ja saksankielisissä maissa, sekä Pohjois-Italiassa. Kinestetiikkaa on käytetty Suomessa pääasiassa vanhusten ja vammaisten avustamisessa. Suomeen kinestetiikan on tuonut erikoissairaanhoitaja-kouluttaja Virpi Hantikainen, ja hänen mielestään toimintamalli tulisi ulottaa koko hoitoketjuun. (Ojala 2015.)

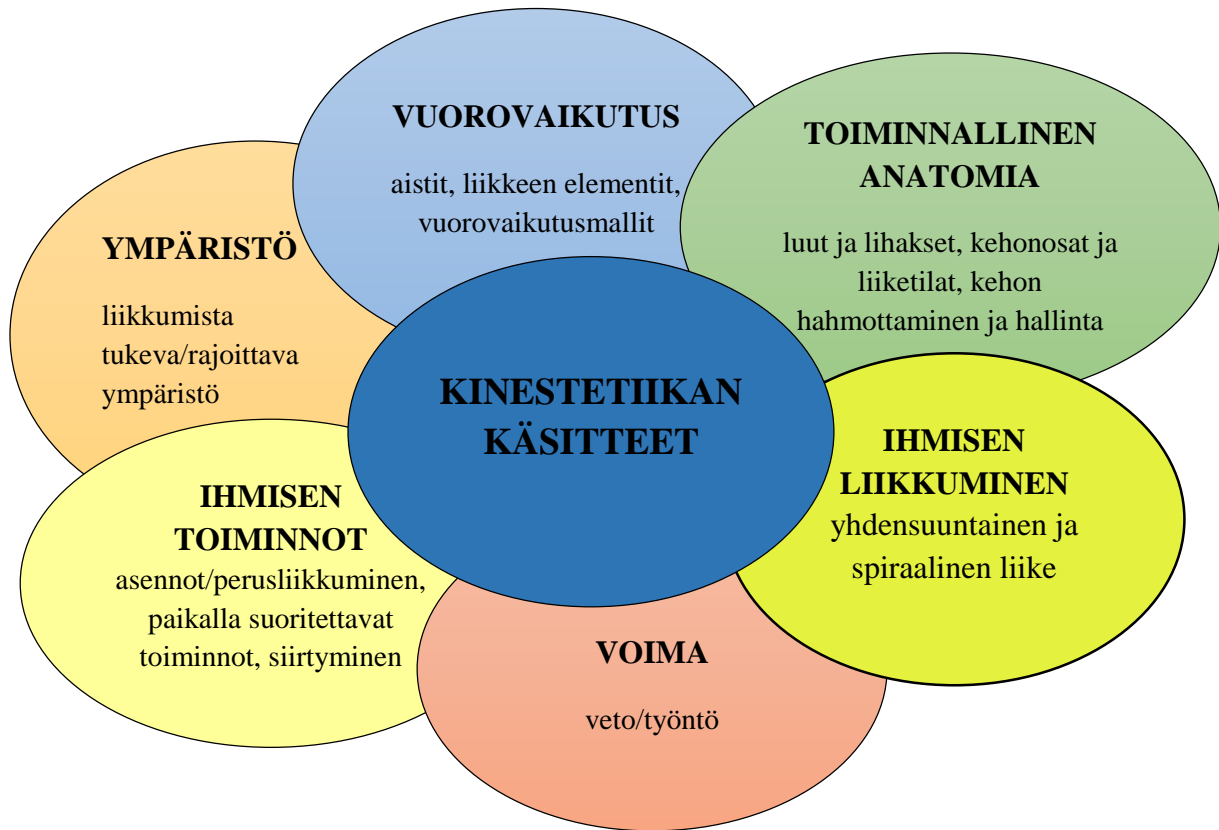
Perusolettamuksena kinestetiikassa on se, että ihminen on tunteva, oppiva, liikkuva ja elävä olento, ja hänen toimintojaan on avustettava sekä tuettava näistä lähtökohdista käsin. Tullessaan terveydenhuollon asiakkaaksi tai potilaaksi ihminen on edelleen elävä yksilö, ja häntä tulee avustaa omat voimavarat huomioiden eikä vain käännellä, nostella ja siirrellä paikasta toiseen. (Hantikainen 2012.)

Kinestetiikka mahdollistaa avustettavan aktiivisen osallistumisen ja oppimisen sekä avustettavan toimintakyvyn ylläpitämisen ja kuntoutumisen. Se myös vähentää avustettavan fyysistä kuormittavuutta, parantaa luovuuden mahdollisuutta vaikeissa avustustilanteissa sekä lisää työn mielekkyyttä ja työssä jaksamista. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 6–8.) Kinesteettisillä taidoilla hoitajat eivät pelkästään välttä työvirheitä vaan parantavat myös ammatillista osaamistaan. He voivat olla merkittävänä tukena potilaan terveyden edistämiseksi parantaessaan sellaisia taitojaan ja tapojaan, jotka aktivoivat potilaan resursseja. Hoitajan ensisijainen tehtävä on auttaa potilasta tämän päivittäisissä askareissa ja siten auttaa häntä selviytymään elämän perustoiminnoissa. (Widmoser 2004, 4–5 [Hatch & Majetta 2003].)

Kinestetikkaa ei voida pitää terapiamuotona, vaan se on perustavanlaatuista ymmärrystä tekijöistä, jotka liittyvät ihmisen toimintoihin. Sen tavoitteena on ihmisen perustoimintojen suorittaminen ja tukeminen siten, että tämä on kykenevä toimimaan aktiivisesti ja osallistumaan mielekkäästi elämäänsä, sairaudestaan tai vammaisuudestaan huolimatta. Keskeistä kinestetikassa on koskettamisen ja liikkeen avulla kommunikointi. Ihmisen liikkuminen on selkeästi muutettavissa, opittavissa sekä jäsennettävissä, eikä se tapahdu sattumalta. Kaikkiin hoidollisiin toimintoihin voidaan yhdistää kinestetikan periaatteet. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 9.)

Ihmisen kaikki toiminnot luetaan liikkumisaktiviteetteihin, ilman liikkumiskokemuksia ja liikettä menetetään nopeasti kehon hahmottaminen. Seurauksena tästä ympäristön hahmottaminen vaikeutuu ja ihmisen on vaikea ymmärtää, miten kehonosat toimivat ja ovat yhteydessä toisiinsa, ja tästä syystä hänen mahdollisuutensa aktiiviseen toimintaan rajoittuvat. Ympäristön hahmottamisen vaikeutumisen seurauksena tulee avustettavasta henkilöstä helposti passiivisesti siirrettävä sekä vaikeasti kuntoutettava. (Hantikainen 2012.)

Ihmisen toimintoja voidaan tarkastella yksityiskohtaisesti ja systemaattisesti käsitteiden ja niihin kuuluvien alakäsitteiden avulla. Käsitteitä ovat ympäristö, vuorovaikutus, toiminnallinen anatomia, ihmisten toiminnot, voima sekä ihmisen liikkuminen. Ympäristö voi olla liikkumista tukevaa tai rajoittavaa. Vuorovaikutus sisältää aistit, liikkeen elementit ja vuorovaikutusmallit. Toiminallista anatomiaa ovat luut, lihakset, kehonosat, liiketilat, sekä kehon hahmottaminen ja hallinta. Ihmisen toimintoihin sisältyy asennot ja perusliikkuminen, paikalla suoritettavat toiminnot sekä siirtyminen. Voima, käsittää veto ja työntöliikkeet. Ihmisen liikkuminen on yhdensuuntaista tai spiraalista liikettä. (Hantikainen 2011.)



Kuvio 1. Kinestetiikan käsitteet (mukaillen Hantikainen & Lappalainen 2011, 10)

Laadullisesti merkittävää on, miten otamme vastaan, käytämme ja ymmärrämme informaatiota, kun olemme vuorovaikutuksessa toisen ihmisen kanssa. Avustettavan ihmisen toimintojen tukeminen on tärkeää, ja tämä tulisi avustajan aina muistaa. Avustettavan henkilön tulisi saada vain se apu, jota hän tarvitsee, ja häntä tulisi aktivoida omat voimavarat huomioiden. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 11.) Myös ikääntyneen omatoimisuuden tukemisessa on tärkeää, että hänelle annetaan aikaa suoriutua päivittäisistä toiminnoista omien kykyjensä mukaan (Vähäkangas 2008, 154).

Oman kehon hahmottaminen on yhteydessä kinesteettiseen aistiin eli liikeaistiin. Sen avulla ihminen saa tietoa sisältäpäin. Se miten avustettava ihminen reagoi avustajan kosketukseen, riippuu siitä miten, häntä kosketetaan. Kinesteettinen aisti on erittäin tärkeässä asemassa kehollisessa kommunikoinnissa. Tärkeää on, että vuorovaikutustilanteessa avustettava ymmärtää, mitä hänen kanssaan ollaan tekemässä ja mitä hänelle tapahtuu. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 11.)

Ihmiselimistöille muodon antavat luut, jotka nivELYVÄT liitosten ja nivelten välityksellä toisiinsa. Lihakset saavat aikaan liikkeen supistamalla ja lähentämällä luita toisiinsa. (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2014, 104.)



Kun tunnetaan ihmiskehon anatomia ja rakenne, ymmärretään, miten ihminen liikkuu. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 21). Luusto on kehon tukirakenne, joka kantaa kehon painon sekä luovuttaa painon tukipinnoille. Lihaksia tarvitaan liikuttamaan luita ja kehoa. Jotta kehon liikuttaminen olisi kevyttä, on luuston kannettava kehon paino sekä luovutettava se tukipinnoille. Kehon luiset osat ovat tukevampia kuin pehmeät alueet, mistä syystä avustustilanteissa tulisi koskea luisille osille, jotta painonsiirto olisi miellyttävämpää ja helpompaa avustettavalle. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 26.)

Ihmisellä on kehossaan seitsemän osaa: pää, rintakehä, käsivarret, lantio ja jalat. Näille painaville luisille, koville ja stabiileille eli vakaille alueille voidaan helposti luovuttaa kehonpaino. Kehonosien lisäksi ihmisellä on kuusi liikealuetta: kaula, olkanivelet, vyötärö ja lonkkanivelet. Nämä liikealueet yhdistävät kehonosat toisiinsa ja ovat pehmeitä sekä labiileja eli epävakaita. Avustettavasta tulee raskas liikuteltava ja jäykkä, jos auttajan otteet ovat liikealueissa. Liikealueiden lukkiutuminen muuttaa kropan seitsemän kehonosan sijasta yhdeksi kappaleeksi. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 21–22, 26.)

Ihmisen liikkumisessa erotetaan yhdensuuntainen ja spiraalinen liike. Näillä tarkoitetaan liikemalleja. Yksi näistä liikemalleista voi olla hallitseva. Jokaisella onkin oma hallitseva liikemalli, mutta useimmiten liikkumistilanteissa on kuitenkin vaikutteita molemmista. Yhdensuuntainen liike vaatii enemmän liikekontrollia ja voimaa. Painon jakautuessa tasaisesti molemmille puolille kehoa ei lantiossa ja rintakehässä ole rotaatiota eli kiertoliikettä. Spiraalinen liike on vähemmän kuormittava, koska kiertoliike antaa mahdollisuuden siirtää painopistettä kehon eri puolille, jolloin kevennettyä kehon puolta on helpompi liikuttaa. Liikkeestä tulee kevyempi ja sujuvampi. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 34.)

Tavallisesti ymmärrämme voiman määrällisesti (vähän/paljon voimaa). Voimme kuitenkin tarkastella voiman käsitettä, laadullisten ominaisuuksien näkökulmasta vedon ja työntön avulla. Kun puhutaan vetämisestä, on olennaista, että käytössä on tukipinta, mistä veto voidaan tehdä. Työntämisessä paino siirtyy kontaktipisteen suuntaan, ja siinä olennaista on taas saada tukipinta, mistä työntää. Avustettavalle on annettava mahdollisuus käyttää omia kehon osia vetoon ja työntöön esim. apuvälineiden oikean sijoittelun ja käytön avulla. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 38.)

Ihmisellä on seitsemän perusasentoa, ja ne ovat: selinmakuu, kyynärnoja, istuma-asento, konttausasento, toispolviseisonta, käyntiseisonta ja tasajalkaseisonta. Kun tarkastelemme paikasta toiseen siirtymisen avulla toimintoja kinestetiikan näkökulmasta, kuuluvat siihen perusasennot ja perusliikkuminen, toimintojen suorittaminen paikalla, kuten hengittäminen, ruokailu sekä wc-toiminnot. Perusta ihmisen

päivittäisille toiminnoille lähtee siitä, että hänellä on kyky pysyä hyvässä asennossa, siirtyä asennosta toiseen sekä se, että hän pystyy hyödyntämään eri asentoja siirtyessään paikasta toiseen. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 41.)

Ympäristö on kinestetiikan viimeinen käsite ja yhdistää kaikki muut käsitteet yhdeksi kokonaisuudeksi. Vuorovaikutus, toiminnallinen anatomia, ihmisen liikkuminen, voima ja ihmisen toiminnot tapahtuvat aina jossakin ympäristössä. Ympäristöön kuuluvat tilat, apuvälineet sekä avustava henkilö. Ympäristö voi tukea tai rajoittaa avustamista sekä avustettavan osallistumista. Ympäristön tulee olla sellainen, että avustettava voi käyttää omia voimavarojaan monipuolisesti, hyödyntäen kaikkia kinestetiikan käsitteitä. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 47.) Hoitaja tukee ikääntyneen henkilön kuntoutumista, kun hän on järjestänyt turvallisen ja esteettömän ympäristön apuvälineiden käytölle ja liikkumiselle (Vähäkangas 2008, 155).

Kinestetiikka ei tarkoita vain potilaan siirtoa, vaan se on potilaan avustamista ja tukemista hänen omilla toiminnoillaan ja liikkumisellaan (Hantikainen 2012). Hoitotyössä käytetään monenlaisia siirtomenetelmiä, tavallisimmin käytetty menetelmä, ns. ”nykykäytännön menetelmä”, on Manual handling, eli käsin tehty työ, joka tarkoittaa taakkojen lihasvoimalla tapahtuvaa siirtämistä vetäen, laskien, nostaen, työntäen, rullaten tai kantaen (Tamminen-Peter 2005, 30 [Health & Safety Executive 1998]).

Tamminen-Peter (2005) on väitöskirjassaan verrannut erilaisia siirtomenetelmiä, tutkimuksen tuloksista selvisi että kinestetiikan käyttö paransi hoitajien siirtotaitoa. Kaikissa mitatuissa muuttujissa, osoittautui kinestetiikan menetelmä nykykäytännön mukaista menetelmää paremmaksi. Muuttujiksi luettiin hoitajan koettu ja mitattu fyysinen kuormittuminen, potilaan kokema turvallisuuden, miellyttävyyden ja hallinnan tunne, sekä potilaan käyttämä aktiivisuus avustustilanteessa. Avustettaessa potilasta siirtymään pyörätuolista sängyn reunalle istumaan ja siitä takaisin pyörätuoliin, oli fyysinen kuormittuminen hoitajalle vähäistä. (Tamminen-Peter 2005, 94.)

### **3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT**

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaisia kokemuksia hoitajilla on kinestetikan vaikutuksesta fyysiseen työhyvinvointiin geriatrisella osastolla.

Opinnäytetyön tavoitteena on että tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä kinestetikan käyttöä gerontologisessa hoitotyössä.

1. Miten hoitajat ovat kokeneet kinestetikan vaikuttaneen fyysiseen työhyvinvointiinsa geriatrisella osastolla?
2. Millaisia kehittämismahdollisuuksia hoitajat ovat havainneet kinesteettisessä työskentelytavassa geriatrisella osastolla?

#### 4. TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA KOHDERYHMÄ

Toimintaympäristö, jossa haastattelut tehtiin, oli geriatrinen vuodeosasto. Osastolla on intervallipotilaita sekä pitkäaikaispotilaita, ja osa heistä myös vuodepotilaita. Osasto on kuntoutusosasto, jossa potilaita aktivoidaan ja kuntoutetaan henkilökohtaisten hoitosuunnitelmien mukaisesti. Henkilökuntaan kuuluu lääkäreitä, sairaanhoitajia, perus- ja lähihoitajia, sekä siellä työskentelee säännöllisesti myös fysioterapeutti ja tarvittaessa sosiaalihoitaja. Kohderyhmänä tutkimuksessa oli geriatrisella osastolla työskentelevä kinestetiikkaan koulutettu hoitohenkilökunta. Haastattelemamme hoitajat olivat joko perus- tai lähihoitajia, he olivat käyneet kinestetiikkakurssin, ja osa heistä oli ollut myös jatkokurssilla.

Tutkimuksessa käytettiin valikoivaa otosta. Tutkimukseen haluttiin sellaisia henkilöitä haastateltaviksi, joilla on paljon tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67.) Ensimmäinen kriteeri valinnassa oli, että haastatteluun osallistuneet hoitajat ovat käyneet kinestetiikkakoulutuksessa. Toinen kriteeri oli, että heillä on kokemusta kinestetiikan käytöstä ainakin kahden vuoden ajalta. Toivottavaa oli myös, että tutkittavat käyttivät kinestetiikkaa työssä päivittäin ja heillä on vakituinen työsuhde osastolla. Annoimme geriatrisen osaston osastonhoitajalle tutkimustiedotteen (LIITE 1). Osastonhoitaja jakoi tiedotteen osastolla työskenteleville. Osastonhoitaja pyysi kiinnostuneita ottamaan yhteyttä häneen ja valitsi kiinnostuneiden joukosta haastatteluun osallistuvat hoitajat.

Haastateltavien valinnassa on huomioitava itsemääräämisoikeus eli heitä ei voida pakottaa tutkimukseen osallistumiseen. Heillä pitää myös olla oikeus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietojaan ja tahtonsa mukaan keskeyttää oma osallistumisensa tutkimukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198, 218–219.) Haastateltaville oli tehty kirjallinen haastatteluun suostumuslomake (LIITE 2). Suostumuslomakkeen hoitajat allekirjoittavat ennen haastattelua. Hoitajat olivat saaneet luettavaksi tutkimustiedotteen, ja heille annetaan myös mahdollisuus esittää tutkijoille suullisesti kysymyksiä tutkimuksen tarkoituksesta sekä tavoitteesta ennen haastatteluun suostumista.

## 5 TUTKIMUSMENETELMÄ, AINEISTONKERUU JA ANALYYSI

Kuvaamme tässä luvussa tutkimuksessa käytettävän metodin, tavan sekä analyysimenetelmän, jolla opinnäytetyö on toteutettu. Tähän tutkimukseen valittiin kvalitatiivinen lähestymistapa. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluna ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Luvussa olemme kuvanneet edellä mainitut asiat sekä reflektoineet niitä teorian tietoon pohjaten.

### 5.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa pyritään saamaan sellainen harkinnanvarainen otos henkilöistä, jotka edustavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman hyvin sekä monipuolisesti, otoksen sijaan laadullisessa tutkimuksessa puhutaan usein myös käsitteestä näyte (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67). Menetelmä sopii hyvin, kun halutaan paljon tietoa sellaisilta ihmisiltä, joilla on tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110). Kvalitatiivista tutkimusta käytetään, kun halutaan kuvata tutkimusalueita, joista ei ole vielä paljon tietoa. Kvalitatiivinen tutkimusote sopii myös jo olemassa olevaan tutkimusalueeseen, kun epäillään teorioiden ja käsitteiden merkitystä, tutkimustuloksia tai aiemmin käytettyä metodiikkaa. Lisäksi tutkimusote sopii, jos halutaan saada uusi näkökulma tutkittavasta alueesta tai ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66.)

Kun tiedetään millaista tietoa tavoitellaan ja mikä on tutkimuksen teoreettinen tavoite, määrittävät nämä kysymykset tutkimusmenetelmän valinnan. Tutkimuksen kannalta on tärkeää, että valitaan tutkimusmenetelmä, joka on tutkimukseen sopiva. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66.) Valitsimme tämän tutkimuksen tekemiseen kvalitatiivisen eli laadullisen menetelmän, koska koimme näin saavamme yksityiskohtaista ja monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä eli siitä, miten hoitajat ovat kokeneet kinestetiiikan vaikuttaneen fyysiseen työhyvinvointiinsa geriatrisella osastolla. Kvalitatiivisen tutkimusotteen uskomme antavan myös uusia näkökulmia tutkittavasta aiheesta.

Tutkimuksessa relevanssi tarkoittaa sitä, että saadaan keskeiset prosessit tutkittavasta ilmiöstä näkyviksi. Tämän saavuttamiseksi edellytetään tutkijalta kykyä löytää aineistosta merkitykselliset piirteet ja sitä, että pidättäytyään aineistossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 70.) Haastatteluaineisto käydään tässä tutkimuksessa läpi useaan kertaan. Aineistosta etsitään asioita, joilla on merkitystä tämän tutkimuksen kannalta.

## 5. 2 Teemahaastattelu

Aineistoa voidaan kerätä monin eri menetelmin, kuten kysymällä ihmisiltä, jotka vastaavat suullisesti, elämänhistorioilla, päiväkirjoilla, kirjeillä, valokuvilla, piirustuksilla ja virallisilla asiakirjoilla. Ihmisiä havainnoidaan ulkopuolisena tai osallistuvalla havainnoinnilla, sekä havainnoidaan kontekstia eli asiayhteyttä kenttämuistiinpanoilla, kartoilla, videoimalla ja nauhoittamalla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 121.) Laadullinen tutkimus sisältää paljon erilaisia lähestymistapoja, jotka ovat usein myös päällekkäisiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65). Tässä tutkimuksessa päädyttiin teemahaastatteluun. Teemahaastattelu on avoimen ja strukturoidun haastattelun välimuoto. Kysymysten esittämisjärjestys ja tarkka muoto puuttuvat, mutta aihepiirit ja teemat ovat tiedossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125.)

Haastattelutilanteessa kysymykset esitetään teemarunon mukaisesti, mutta kuitenkin niin, että vastaaja pystyy kertomaan vapaasti myös muista asiaan liittyvistä kokemuksista. Teemarunko muodostui niin, että meillä oli aluksi muutama alustava kysymys, joilla selvitettiin, miten kinestetiikka oli tullut hoitajille tutuksi ja millaisia ajatuksia se oli heissä herättänyt, kun he olivat kuulleet siitä ensimmäisen kerran. Tämän jälkeen esitimme varsinaiset kysymykset, jotka liittyivät fyysiseen työhyvinvointiin sekä kinestetiikka työskentelytavan kehittämiseen geriatrisella osastolla. Vuorovaikutustilanteessa saadut vastaukset ovat moniulotteisempia kuin esimerkiksi täytettävällä kyselylomakkeella olisi voitu saada. Teemahaastattelussa on kuitenkin pitäydyttävä etsimään vastauksia tutkimustehtävän mukaan. Toteutus ei kuitenkaan ole strukturoitu, vaan kysymyksiä voidaan täydentää ja jopa esittää eri järjestyksessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 126). Olemme tehneet haastattelurunkoon lisäksi tarkentavia kysymyksiä ja esitämme niitä, jos emme saa johonkin kysymykseen vastausta tai vastaus jää epäselväksi.

Haastattelun aikana on pidettävä huoli siitä, että haastattelija ei vaikuta omalla toiminnallaan tai mielipiteillään tulokseen. Haastattelurunkoon tutkijat ovat laatineet valmiit aihepiirit ja teemat. Teemahaastattelussa korostuvat merkitykset ja tulkinnat, joita ihmiset ovat asioille antaneet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125.) Esitämme kysymykset selkeästi ja pyrimme siihen, että haastateltavat vastaavat esitettyihin kysymyksiin. Koska kyseessä on haastattelutilanne, voivat vastaajat kertoa asioita myös kysymysten ulkopuolelta, ja siihen on heille annettava mahdollisuus. Tutkijoille jää vastuu siitä, että tutkimuksen kannalta tärkeisiin kysymyksiin saadaan vastaus.

Haastattelutilanteissa olivat läsnä haastateltavat ja molemmat tutkijat. Haastattelut tehtiin kolmena päivänä. Haastatteluihin oli varattu aikaa yksi tunti yhtä haastateltavaa kohden, ja tämän ajan käytimme kokonaisuudessaan. Haastattelut tehtiin niin, että tutkijat haastattelivat molemmat kahta hoitajaa. Haastattelutilanteissa vain haastattelija ja haastateltava keskustelivat. Toisella tutkijalla oli näin mahdollisuus havainnoida ja seurata tilannetta.

### **5.3 Induktiivinen sisällönanalyysi**

Induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käytettäessä pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus tutkimusaineistosta niin, että analyysiä eivät ohjaa aikaisemmat tiedot, teorit tai havainnot (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Sisällönanalyysin ideaa käytetään useissa eri kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymistavoissa ja menetelmissä. Se on aineiston perusanalyysimenetelmä, jonka prosessin vaiheita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. Pelkistäminen auttaa, kun aineistosta aletaan etsiä samaa tarkoittavia lauseita, joita yhdistetään alakategorioihin ja nimetään mahdollisimman hyvin sisältöä kuvaavaksi. Alakategorioita yhdistelemällä muodostetaan yläkategorioita, minkä jälkeen liittämällä ne yhteen saadaan pääkategoria. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163, 165–166, 169.)

Haastattelutilanteista nauhoitetusta materiaalista saimme litteroitua tekstiä 10 sivua. Litteroinnilla tarkoitetaan haastattelunauhojen materiaalin auki kirjoittamista tekstiksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163). Tässä tutkimuksessa tutkijoiden litteroima aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi tehtiin vaiheittain: Autenttiset eli alkuperäiset ilmaisut kirjoitettiin luettelomaisesti, minkä jälkeen ne pelkistettiin. Pelkistetyistä sanoista tai lauseista muodostettiin alakategorioita yhdistämällä samaa tarkoittavat asiat, ja näistä taas muodostui yläkategorioita (LIITE 4). Tämän jälkeen lopputuloksena saatiin pääkategoria. Pelkistämisen, luokittelun ja ryhmittelyn tekivät tutkijat ensin yksin. Luokiteltua materiaalia kertyi kolmetoista sivua. Saatuamme sisällönanalyysin lopputuloksena pääkategorian, lähdimme yhdessä vertaamaan tuloksia ja sen pohjalta kirjoittamaan tutkimuksen tulososiota. Pääkategoriaan muodostui erilaisia työhyvinvointiin vaikuttavia asioita, kuten parantunut toimintakyky, fyysinen ja psyykkinen hyvinvointi, toimintatapa, työtyytyväisyys, yhteenkuuluvuus, työviihtyvyys ja kehittyminen.



## 6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA

Yleisiä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteerejä käytetään edelleen tutkimusraporteissa. Näitä kriteereitä ovat uskottavuus, riippuvuus, siirrettävyys ja vahvistettavuus. Uskottavuuden edellytyksenä on, että lukijan on ymmärrettävä, miten tutkimuksen analyysi on tehty, mitkä ovat rajoitteet ja vahvuudet. Tästä syystä analyysin kuvaamisen tulisi olla mahdollisimman yksityiskohtaista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen yksi vallinnan kriteeri on aineiston saturaatio. Saturaatio määritellään niin, että tietoa kerätään, kunnes uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä ei enää saada, ja se saavutetaan keräämällä aineistoa sen verran, että saadaan teoreettinen perusnäkökulma huomioiden tutkimuksen laajuus, tutkittavan ilmiön luonne, aineiston laatu ja tutkimuksen asetelma. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110.) Tässä tutkimuksessa haastateltiin neljää perus- ja lähihoitajaa, jotka vastasivat kysymyksiin haastattelurungon mukaisesti. Haastateltavien määrä ei ollut tässä merkitsevä tekijä, vaan se millaisia vastauksia saatiin. Luotettavuuden näkökulmasta tärkeää oli se, että vastaajilla on paljon tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Näin haastatteluista voidaan saada riittävästi aineistoa tutkimustuloksen kannalta.

Tässä tutkimuksessa haastateltava kohderyhmä on koulutettu käyttämään kinestetiikkaa ja on käyttänyt sitä työssään. Näin ollen he ovat pystyneet luotettavasti vastaamaan kysymyksiin, miten kinestetiikka on vaikuttanut heidän fyysiseen työhyvinvointiinsa. Tutkimuksessa pyritään siihen, että tuloksia pystytään hyödyntämään myös muissa tutkimuksissa, jolloin siirrettävyyden kriteerit täyttyvät. Aineisto, joka haastattelusta saadaan, tallennetaan ja siihen palataan tutkimuksen aikana useita kertoja.

Eettisyyden näkökulmasta katsottuna tutkijalla tulee olla kiinnostus tutkimuksen tekemiseen ja hänen täytyy olla aidosti kiinnostunut uuden informaation hankkimisesta sekä tunnollisesti paneutua alaan, jota tutkimus koskee. Näin tutkimuksesta saatu tieto ja informaatio on mahdollisimman luotettavaa. Tutkija ei saa syyllistyä vilpin harjoittamiseen. Hänen tulee pidättäytyä sellaisesta tutkimuksesta, joka voi

tuottaa kohtuutonta vahinkoa. Hän ei saa loukata ihmisarvoa, ja hänen tulee varmistua siitä, että informaatiota käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Tutkijan tulee myös toimia sillä tavalla, että hän edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia, sekä suhtautuu toisiin tutkijoihin arvostavasti eikä väheksy heitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Tutkimusta tehdessämme olemme tutustuneet erilaisiin julkaisuihin. Materiaalit, joita olemme hyödyntäneet tutkimuksen tekemisessä, ovat väitöskirjoja, opinnäytetöitä, www-sivustoja, raportteja, oppimateriaaleja, artikkeleita sekä kirjoja. Julkaisuissa on käsitelty gerontologista hoitotyötä, kuormittavuutta, ergonomiaa, työhyvinvointia, fyysistä työhyvinvointia sekä kinestetiikkaa. Teoriatiedon olemme merkinneet asianmukaisesti tekstiin viitteillä. Olemme pyrkineet huomioimaan lähdekritiikin laadullisen tutkimuksen näkökulmasta niin hyvin kuin se on ollut mahdollista. Loppuun olemme laatineet lähdeluettelon. Olemme käyttäneet tutkimuksessa tutkittua tietoa emmekä ole toimineet vilpillisesti toisten tietoa omimalla.

Etiikan näkökulmasta tutkijan on varmistettava, että tutkittavat eivät ole tekstistä tunnistettavissa esim. murteen perusteella. Tämä edellyttää sitä, että kirjoitettu teksti mukautetaan yleiskielelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Tutkimuksen tulososioon valittiin sellaiset autenttiset ilmaisut, että niistä ei voida tunnistaa haastateltavaa.

Hoitajat, jotka olivat haastateltavina tässä tutkimuksessa, ovat antaneet kirjallisen suostumuksensa (LIITE 2) tutkimukseen osallistumisesta. Heille annettiin tutkimustiedote (LIITE 1) luettavaksi, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Haastateltavien kohdalla tutkijat ovat varmistaneet, että tutkittavien henkilöllisyys pidetään salassa, vain valitsija eli osastonhoitaja ja tutkijat tietää sen. Haastateltaville tehtiin myös selväksi, että heidän mielipiteensä ovat arvokkaita sekä merkityksellisiä ja niitä käytetään vain tutkimuksen tekemiseen. Haastattelutilaksi valittu raporttihuone oli sellainen paikka, missä haastateltavat ja tutkijat ovat voineet luottamuksellisesti ja rauhassa keskustella aiheesta, ilman ulkoisia häiriötekijöitä. Haastattelut nauhoitettiin osastonhoitajan ja haastateltavien luvalla sisällönanalyysiä varten. Haastatteluihin kului aikaa yhteensä 4 tuntia.

Haastattelut sujuivat hyvin ja käytimme haastattelujen aikana molempia kotimaisia kieliä. Toisen kotimaisen kielen käyttö aiheutti jonkin verran tulkinnallisia haasteita. Saaduista vastauksesta ilmeni, että jotkin kysymykset oli saatettu ymmärtää hiukan eri tavalla, kun tutkijat olivat tarkoittaneet. Pääsääntöisesti kysymysten esittäminen ja niihin vastaaminen sujui hyvin, kun tutkijat esittivät muutamia tarkentavia kysymyksiä. Olemme tutkineet aihetta teorian tiedon ja haastattelujen pohjalta niin hyvin kuin on mahdollista. Tutkimuksen tekeminen on vienyt paljon aikaa, mutta olemme sitoutuneet tutkimuksen tekemiseen.

## 7 OPINNÄYTETYÖN ETENEMINEN JA AIKATAULU

Opinnäytetyön tekemisen olemme aloittaneet tammikuussa 2015 valitsemalla aiheen aihepankista. Tutkimuksen aihe oli saatu aihepankkiin Pietarsaaren kaupungin vanhushuollon puolelta. Hyväksyimme aiheen yliopettajalla, minkä jälkeen aloitimme opinnäytetyön suunnitelman kirjoittamisen keväällä 2015. Esitimme suunnitelman seminaarissa huhtikuussa 2015. Kirjoitimme ja täydensimme suunnitelmaa kevään ja kesän 2015 aikana ja lähetimme sen hyväksyttäväksi. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen anoimme tutkimuslupaa.

Tutkimusluvan olemme hakeneet Pietarsaaren kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnalta syyskuussa 2015. Lähetimme opinnäytetyön suunnitelman vanhustyön päällikölle luettavaksi, ja myöhemmin kävimme henkilökohtaisesti viemässä tutkimuslupahakemuksen (LIITE 5) hänelle. Kun olimme saaneet tutkimusluvan (LIITE 6), otimme yhteyttä geriatrisen osaston osastonhoitajaan ja esitimme hänelle opinnäytetyön suunnitelman ja pyysimme saada tehdä haastattelut osastolla. Kerroimme haastatteluun osallistuvia koskevat kriteerit, eli osallistuneen hoitajan tulisi olla käynyt kinestetikkakurssin ja hänen olisi tullut käyttää kinestetikkaa työssään, jotta hän voi luotettavasti vastata esitettyihin kysymyksiin koskien kinestetikan vaikutusta fyysiseen työhyvinvointiin geriatrisella osastolla. Osastonhoitaja antoi luvan haastatteluille, ja hän vei tiedotteen tutkimuksesta osastolle ja valitsi kiinnostuneiden joukosta osallistujat tutkimukseen edellä mainittujen kriteerien pohjalta.

Haastattelut olemme tehneet geriatrisella osastolla Pietarsaassa marraskuussa 2015. Haastatteluihin osallistui neljä perus- ja lähihoitajaa, jotka olivat olleet kinestetikkakoulutuksessa ja olivat käyttäneet kinestetikkaa työssään. Valitettavaa oli, että yhtään sairaanhoitajaa ei tutkimukseen osallistunut. Haastattelussa esitettiin muutama alustava kysymys, joilla pyrittiin saamaan myös kuva siitä, millaisia fyysiseen työkykyyn liittyviä ongelmia hoitajilla oli aikaisemmin ollut. Haastattelu eteni tämän jälkeen sujuvasti varsinaisiin tutkimuskysymyksiin. Tässä tutkimuksessa tutkijat haastattelivat yhdessä valittuja hoitajia haastattelunrunon (LIITE 3) mukaisesti. Haastattelutila oli osaston raporttihuone, jossa haastattelut voitiin tehdä rauhassa. Haastattelut nauhoitettiin osastonhoitajan ja haastateltavien luvalla sisällönanalyysiä varten.

Tämän jälkeen siirryimme litteroimaan nauhoitettua aineistoa. Litteroiminen eli haastattelujen materiaalin kirjoittaminen tekstiksi vei muutaman päivän. Paperille auki kirjoitetut haastattelut purimme ja siirryimme analysointivaiheeseen. Sisällönanalyysivaihe vei paljon aikaa. Siinä ryhmittelimme ensin vastaukset esitettyjen kysymysten perusteella, jotka olimme laatineet teeman mukaisesti. Molemmat tutkijat pelkistivät kaikki ilmaisut ensin yksin, jaottelivat pelkistetyt ilmaisut ala- ja yläkategorioihin. Lopuksi tutkijat tekivät yhdessä luokittelun (LIITE 4), jonka tuloksena saatiin pääkategoria. Analyysistä saadut tulokset kirjoitettiin tutkimuksen tulososaan, jossa esitettiin myös tutkittavien autenttisia eli alkuperäisiä ilmauksia. Tämän asian olemme käsitelleet myös luotettavuusosiossa.

Olemme kirjoittaneet opinnäytetyön tietoperustaa syksyn aikana ja jatkaneet kirjoittamista joulukuun 2015 sekä tammikuun 2016 aikana. Olemme käyneet opinnäytetyönohjauksessa säännöllisesti ohjaavan opettajan luona. Tavoitteiden mukaisesti olemme esittäneet opinnäytetyön seminaarissa helmikuussa 2016.

## 8 TULOKSET

Tutkimuksessa saadut tulokset avaamme tässä luvussa haastattelurungon mukaisesti. Haastattelun aluksi esitettiin muutama alustava kysymys. Tämän jälkeen teemaan liittyen kysyttiin, millaisia työkykyyn ja fyysiseen työhyvinvointiin vaikuttavia ongelmia hoitajilla oli ollut aikaisemmin. Seuraavaksi esitettiin kysymys, miten kinestetiikka oli vaikuttanut työkykyyn ja työhyvinvointiin. Olemme tehneet sisällönanalyysin valitsemiemme teemojen pohjalta ja näin saaneet vastaukset tutkimuskysymyksiin. Kinestetiikasta hoitajat, olivat kuulleet työpaikalla ja tutustuneet kinestetiikkaan paremmin koulutuksen aikana. Myös hoitajat, jotka eivät heti päässet kurssille, kiinnostuivat ja halusivat päästä mahdollisimman pian kurssille.

### 8.1 Kinestetiikan vaikutus fyysiseen työhyvinvointiin geriatrisella osastolla

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat olleet kinestetiikkakoulutuksessa ja käyttivät kinestetiikkaa päivittäin. Osalla hoitajista oli ollut tuki- ja liikuntaelinongelmia, ja niihin he olivat kokeneet saaneensa helpotusta, kun olivat käyttäneet kinestetiikkaa. Hoitajat olivat sitä mieltä, että kinestetiikka on vähentänyt työn fyysistä kuormittavuutta. Kuormittavuuden vähenemisen myötä he kokivat fyysisen työhyvinvointinsa parantuneen.

Minulla on ollut niska- ja selkävaivoja.

Vaivoja ei ole ollut sen jälkeen kun aloitimme kinestetiikan käytön.

Fyysinen työkyky ja hyvinvointi laajasti parempi

Kinestetiikasta oli tullut uusi työskentelytapa joka yhdistää heitä, ja he tuntevat olevansa vastuullisia käyttämään sitä työssään päivittäin. Ajattelutapa työskentelystä ja auttamisesta oli muuttunut. Hoitajat ihmettelivät, miten olivat voineet tehdä aikaisemmin asiat niin eri tavalla. Uusi työskentelytapa auttoi heitä näkemään asioita eri tavalla, ja avustamistilanteista saatiin myös mielihyvää.

Mietin aina miten tämän voisi tehdä kinestetiikan tavoin.

Mielihyvää tuottaa, kun huomaa miten voi auttaa potilaita itse tekemään asioita.

Kinestetiikan hoitajat kokivat aluksi aikaa vievänä ja vaativana, mutta kun sen oli oppinut, ei se tuntunut enää vaikealta. Useilla hoitajilla oli monen vuoden työkokemus ja entiset työtavat olivat olleet käytössä pitkään. Näin ollen työtapojen muuttaminen tuntui haastavalta. Osa hoitajista oli nuoria, ja he taas kokivat, että työskentelytavan muuttaminen ei ollut vaikeaa. Hoitajat olivat sitä mieltä, että uusien asioiden oppiminen oli hyödyllistä, varsinkin kun niillä voidaan vähentää työn kuormittavuutta.

Työtavan muuttaminen ei onnistu tuosta vaan, kun on kymmeniä vuosia tehnyt työtä samalla tavalla.

Harvoin kuulee, että joku haluaisi palata vanhaan systeemiin.

Kinestetiikan myötä työstä oli tullut mielekkäämpää, eikä se ollut enää pelkkää suorittamista, jollaiselta se oli aikaisemmin tuntunut. Työ oli tullut kevyemmäksi, ja se vaikutti positiivisesti fyysiseen työhyvinvointiin. He pitivät tärkeänä sitä, että kaikki hoitajat pääsivät kinestetiikkakoulutukseen. Näin asiasta tulee koko osaston yhteinen projekti, ja vastuu sen käyttämisestä on kaikilla. Heidän mielestään se on myös lisännyt hoitohenkilökunnan yhteenkuuluvuuden tunnetta. Ilmapiirin he kertoivat olleen aikaisemminkin hyvä. Kinestetiikan tultua osaksi työskentelyä oli ilmapiiri säilynyt hyvänä. Kinestetiikan käyttäminen auttoi heitä voimaan paremmin niin fyysisesti kuin psyykkisesti.

On alkanut voimaan paremmin sekä fyysisesti, että psyykkisesti.

Jaksaa paremmin minun mielestä, voi paremmin niin fyysisesti kuin psyykkisesti.

Yhteinen projekti, luo yhteenkuuluvuutta.

Itse koen että ilmapiiri on ollut hyvä, mutta olen kokenut myös aikaisemmin, että on ollut hyvä ilmapiiri.

Kinestetiikka auttoi hoitajia huomioimaan potilaita yksilöllisesti ja antoi heille paljon uusia näkökulmia potilaiden avustamisesta niin pyörätuolipotilaiden siirroissa kuin vuodepotilaiden hoitamisessa. Kinestetiikka oli antanut heille myös mahdollisuuden kehittää omaa työskentelytapaa, huomioimaan paremmin oman vartalon käyttöä työvälineenä niin, että työskentelytapa ei rasita sitä liikaa. He olivat myös sitä mieltä, että työ ei tuntunut yhtä raskaalta kuin aikaisemmin.

Miettii aina myös omaa työasentoa, kun alkaa auttamaan potilasta.

On oppinut käyttämään omaa kroppaa niin, että työskentelytavat eivät sitä rasita.

Hoitohenkilökunta oli huomannut kinestetiikan vaikuttaneen myös potilaisiin. Potilaat tulivat iloisiksi, kun he pystyivät tekemään asioita itse. Potilaiden tyytyväisyys lisäsi myös hoitajien tyytyväisyyttä.

Näkyvät hyvin työssä miten kinestetiikka on vaikuttanut myös potilaisiin.

Potilas tulee iloiseksi kun pystyy itse tekemään asioita.

## **8.2 Kinestetiikan kehittäminen geriatrisella osastolla**

Tutkimuksessa saatiin selville, että hoitajat pitivät tärkeänä oman kehittymisen kannalta sitä, että taitoja ylläpidetään jatkuvasti, ja koulutuksia järjestetään säännöllisesti. Työnantajan järjestämät jatkokurssit sekä osastoilla pidettävät harjoitustilaisuudet koettiin erittäin tärkeiksi. Kinestetiikka antoi heille mahdollisuuden pohtia auttamistapoja yhdessä, sillä näin he pystyivät auttamaan ja tukemaan toisiaan työssään. Työkavereiden kanssa yhdessä voidaan käydä läpi erilaisten potilaiden auttamismenetelmiä ja kokeilla uusia tapoja. Näin he pystyvät kehittämään omaa osaamistaan kinestetiikasta ja hyödyntämään sitä ajatellen hoitajien fyysistä työhyvinvointia.

Tärkeää on että, aktiivisesti käytetään kinestetiikkaa, ettei työskentelytapa unohdu.

Voidaan katsoa videonpätkiä ohjelmasta, joka on meillä tietokoneella.

Säännöllisesti järjestetään pikkukursseja, olemalla niissä mukana voi kehittyä koko ajan.

Työkavereiden tuki tuli esille useissa vastauksissa ja sen koettiin olevan tärkeä asia. Yhdessä tehtävä arviointi erilaisten potilaiden auttamismenetelmistä antoi erilaisia näkökulmia ja auttoi pohtimaan asioita uudella tavalla. Vuorovaikutuksen koettiin toimivan hyvin. Työkaverin pyytäminen avuksi vaikeiden potilaiden kohdalla oli tullut uuden työskentelytavan myötä helpoksi, ja näin työn fyysinen kuormittavuus väheni. Heille oli tullut tavaksi keskustella ja miettiä yhdessä enemmän asioita sekä käydä läpi tapoja, joilla voidaan auttaa potilaita. Myös avoimuus työkavereiden kesken oli parantunut.

Mietitään jotakin potilasta, ja sitä miten voitaisiin saada hänet esimerkiksi ylös ja siirrettyä parhaalla mahdollisella tavalla.

Saadaan paljon tukea toisiltamme, voimme vaikeiden potilaiden kohdalla kysyä toiselta, voitko tulla mukaan auttamaan.

Päivittäin mietimme ja olemme avoimia, keskustelemme enemmän asioista ja tavoista auttaa potilaita.



Kinestetiikasta oli tullut tapa toimia, ja hoitajat kertoivat, että he eivät aina huomaa käyttävänsä työssään kinestetiikkaa. Hoitajat toivat myös esille, että muualla työskennellessään he olivat huomanneet työskentelytavan kehittyneen paljon. Hoitajien mielestä potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus oli parantunut kinestetiikan käyttöön ottamisen myötä. Potilasta pystyttiin huomioimaan paremmin, kun voitiin yhdessä potilaan kanssa miettiä parasta tapaa siirtymiseen ja näin myös helpottaa hoitajan työskentelyä.

Välillä ajattelee, että käyttääkö aina kinestetiikkaa, mutta kun on ollut jossain muualla niin huomaa kyllä, että tapa työskennellä on muuttunut ja kehittynyt paljon.

Pystyy enemmän yksin hoitamaan potilasta, hoitaja potilas suhteelle hyvä.

Nyt pystyy huomioimaan potilasta paremmin, kun voi yhdessä potilaan kanssa miettiä asioita.

Työskentelytapojen kehittyminen on mahdollistanut sen, että potilaita jaksetaan nyt paremmin ottaa ylös sekä aktivoidaan myös niitä potilaita, jotka ovat sängyssä. Vaikka potilaat eivät kykenisi kävelemään, voidaan heitä kinestetiikkatyöskentelytavan sekä apuvälineiden oikean käytön avulla aktivoida esim. wc käynneissä ja ruokailussa.

Ajatellaan enemmän, miten autetaan ja miten tuetaan potilaan omaa liikkumista.

Yritetään saada kaikki potilaat ylös, huomioiden kuitenkin heidän kuntonsa.

Jos potilas ei jaksa ylös, yritämme huomioida viemällä heitä esim. wc:hen ym.

Syömisasennot on saatu osastolla erittäin hyväksi.

### **8.3 Kinestetiikkakoulutus**

Haastattelun lopuksi hoitajilta kysyttiin kenelle heidän mielestään kinestetiikkakoulutukset tulisi suunnata. Kysymykseen saatiin paljon erilaisia vastauksi. Tärkeäksi koettiin ennen kaikkea intervallipotilaiden kohdalla se, että myös omaishoitajat voisivat saada kinestetiikkakoulutusta. Kotihoidon henkilökunnalle koulutuksesta uskotaan myös olevan hyötyä. Vastauksista voitiin selvästi havaita, että hoitohenkilökunta kaikissa paikoissa hyötyisi kinestetiikkakoulutuksesta. Tutkimuksessa tuli selville myös se, että myös hoitoalalle opiskelevien henkilöiden opetuksessa olisi hyvä huomioida kinestetiikkakoulutus.

Omaisille, potilaat jotka tulevat intervalliin, niin olisi hyvä jos kotona omaishoitajat osaisivat kinestetiikan työskentelytavat.

Vanhusten parissa työskentelevät, nyt kun pitää asua pitempään kotona niin kotihoitajat.

Kaikkiin hoitoyksiköihin, missä sitä vain on mahdollista käyttää.

Tutkimustuloksista on saatu selville hoitajien kokemuksia kinestetiikasta sekä siitä, miten hoitajat ovat kokeneet kinestetiikan vaikuttaneen omaan työhönsä geriatriisella osastolla. Tämän tutkimuksen perusteella olisi tärkeää huomioida kinestetiikan hyödyllisyys hoitotyön kehittämisessä sekä hoitotyön ammattilaisten koulutuksessa.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten hoitajat olivat kokeneet kinestetiikan vaikuttaneen heidän fyysiseen työhyvinvointiinsa geriatrisella osastolla. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä kinestetiikan käyttöä gerontologisessa hoitotyössä. Toimeksiantaja tässä työssä oli Pietarsaaren kaupungin vanhushuolto. Tutkimuksesta saatiin tietoa siitä, miten hoitajat olivat kokeneet kinestetiikan vaikuttaneen omaan fyysiseen työhyvinvointiinsa, ja näitä tuloksia voidaan hyödyntää vanhushuollossa sekä laajemminkin.

Tutkimus tehtiin laadullisena, ja tuloksista selvisi, että kaikki tutkimukseen osallistuneet kokivat kinestetiikan olleen hyödyllistä ajatellen hoitajien fyysistä työhyvinvointia sekä tunsivat voivansa paremmin myös psyykkisesti. Hoitajilla oli ollut aikaisemmin tuki- ja liikuntaelinongelmia, jotka olivat vähentyneet kinestetiikan käytön myötä. Myös Tamminen-Peter (2005) on väitöskirjassaan saanut selville, että kinestetiikan käyttö vähentää hoitajien fyysistä kuormittumista merkittävästi, verrattuna nykykäytännön mukaiseen menetelmään (Tamminen-Peter 2005, 94).

Kinestetiikka oli vaikuttanut kokonaisvaltaisesti hoitajiin; he olivat saaneet uuden näkökulman hoitamiseen. Kehittyneen työskentelytavan myötä he kokivat avustustilanteiden muuttuneen kevyemmiksi. Oma työ tuntui nyt mielekkäämmältä ja potilaiden auttamistilanteet olivat tulleet helpommiksi. Hoitajat kokivat fyysisen rasituksen vähentyneen ja jaksoivat nyt paremmin työssä. Sorvisto ja Taipalus (2015) ovat opinnäytetyössään saaneet tuloksia, joista ilmeni, että hoitajat ovat kokeneet kinestetiikkatoimintamallin tekevän avustustilanteista kivuttomampia ja turvallisempia potilaalle, sekä saaneet turvaisuudentunnetta myös omaan työhön, jolloin hoitajien työssä jaksaminen on parantunut (Sorvisto & Taipalus 2015, 55).

Tutkimuksessamme tuli esille hoitajien kokemukset siitä, että kinestetiikalla oli vaikutusta myös potilaiden hyvinvointiin. Potilaat pystyivät itse osallistumaan ja se motivoi heitä yrittämään enemmän. Tamminen-Peterin (2005) tutkimuksessa on saatu myös samankaltaisia tuloksia. Potilaat olivat kokeneet kinestetiikan käytön miellyttävämmäksi sekä enemmän turvaa tuovaksi menetelmäksi kuin

nykykäytännön mukaisen menetelmän. Heidän mielestään oma hallinnan tunne oli parempi kinestetiikkaa käytettäessä. (Peter – Tamminen 2005, 94.)

Tutkimuksessamme saatiin selville, että hoitajat kokivat kinestetiikan mahdollistavan paremman vuorovaikutuksen sekä potilaiden että työkavereiden välillä. Ilmapiiri työyhteisössä oli hyvä, ja kinestetiikan koettiin olevan yhteinen työn kuormittavuutta vähentävä asia, joka yhdisti työntekijöitä. Kinestetiikan myötä toiminta oli tullut tavoitteelliseksi, ja tämä lisäsi mielenkiintoa työn tekemiseen. Aarnisalo ja Hjelt (2011) ovat omassa opinnäytetyössään saaneet selville, että oma innokkuus kinestetiikkaa kohtaan koettiin työntekoa edistäväksi tekijäksi, ja halu säästää itseään fyysiseltä kuormittumiselta kannusti käyttämään kinestetiikka sekä rohkaisi kokeilemaan kinestetiikan eri menetelmiä (Aarnisalo & Hjelt 2011, 19).

Tutkimuksessa saatiin vastaus kaikkiin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen kirjoittaminen vaati tutkijoilta paljon aikaa niin varsinaisen kirjoittamisen kuin myös sisällönanalyysin osalta. Tärkeää kuitenkin oli se, että tutkimuksessa saatiin haastattelujen avulla vastaukset kysymyksiin sekä tulokset, jotka voidaan esitellä työn tilaajalle sekä hyödyntää niitä myös muissa tutkimuksissa.

## 10 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSHAATEET

Geriatrinen hoitotyö ja siihen liittyvä fyysinen työhyvinvointi on tärkeää, koska hoitotyö on hyvin usein kuormittavaa. Tärkeää on myös se, että on hyvät työkalut ja menetelmät, joilla hoitoa voidaan toteuttaa. Hoitajien osaaminen sekä oman terveyden ja hyvinvoinnin huomioiminen riippuu siitä, miten he osaavat hyödyntää tuloksia, joita erilaisista tutkimuksista on saatu. Koko hoitoalan ollessa erittäin suuressa muutoksessa havaitsimme tämän tutkimuksen myötä, että myös geriatrisessa hoitotyössä tarvitaan jatkuvaa kehitystyötä. Kehitystä pitää tapahtua kaikilla alueilla, jotta voidaan saavuttaa paras mahdollinen hoito ikääntyvälle väestölle sekä vähentää työn kuormittavuutta.

Ikäihmisten toimintakyvyn tukeminen tulee entistä tärkeämmäksi, kun resurssit vähenevät ja yhä huonokuntoisemmat ihmiset joutuvat pärjäämään kotona. Tärkeää on huomioida yhteiskunnallisella ja kunnallisella tasolla tapahtuvat muutokset sekä organisaatiossa ja työympäristössä tapahtuvat muutokset. Työhyvinvoinnin edistäminen ei ole yksinkertaista, vaan siihen liittyy paljon erilaisia asioita. Fyysisen työhyvinvoinnin tekijät korostuvat silloin, kun työ on raskasta ja kuormittavaa. Väsyneenä ihmisen on vaikea saada työstä tyydytystä ja usein motivaatio vähenee, jos työstä tulee pelkkää suorittamista. Tutkimustulosten perusteella yhtenä merkittävänä tekijänä voidaankin pitää sitä, että kinestetiikalla on tutkimuksen mukaan fyysistä työhyvinvointia parantava vaikutus yhdessä muiden työhyvinvointia edistävien tekijöiden kanssa.

Tämän opinnäytetyön tekijöillä ei ollut aikaisempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä. Tutkimuksen tekeminen on ollut erittäin opettavaista ja kiinnostavaa, välillä hiukan haastavaakin. Aikaisempaa tietoa kinestetiikasta tutkijoilla on ollut jonkin verran, mutta tieto kinestetiikasta on lisääntynyt tutkimuksen tekemisen myötä. Tutkimuksen tekeminen on lähtenyt työelämän tarpeesta. Henkilökohtaisella tasolla kiinnostusta on lisännyt se, että asia on ollut hyvin paljon esillä omassa työssä vanhusten parissa sekä myös opiskelujen aikana erilaisissa työympäristöissä.

Omaa käsitystä tai mielipidettä kinestetiikan hyödyllisyydestä, ajatellen hoitajan fyysistä työhyvinvointia, ei tutkijoilla aluksi ollut. Laadullisessa tutkimuksessa käytettävä menetelmä on vaatinut paljon aikaa, mutta tutkimuksen tekeminen on kuitenkin opettanut arvioimaan asioita monesta eri

näkökulmasta. On ollut kiinnostavaa saada huomata, että hoitotyö vaatii jatkuvaa kehitystä, ja kaikki asiat, millä voidaan vaikuttaa hoitajien työhyvinvointiin ja jaksamiseen, ovat tärkeitä. Kun on kysymys hoitajien fyysisestä työhyvinvoinnista, on hyvä asia, kun hoitoalalle tulee uusia tutkittuja työskentelytapoja helpottamaan hoitotyötä. Tutkimuksen tekeminen opetti myös sen, miten tärkeää on, että hoitajat itse kehittävät omia työskentelytapojaan sekä kouluttavat itseään jatkuvasti muuttuvien tarpeiden mukaan.

Opinnäytetyö on antanut myös uudenlaisia näkökulmia erilaisiin hoitotilanteisiin tutkijoiden omassa työssä. Tutkitun tiedon myötä on käynyt ilmi, kuinka kinestetiikkaa käyttämällä päästään parempaan vuorovaikutukseen potilaan kanssa. Toimiva ja molemminpuolinen kunnioittaminen sekä vuorovaikutus potilaan ja hoitajan kesken on avain toimivaan ja laadukkaaseen hoitosuhteeseen. Potilaan kohtaamisesta tulee paljon kokonaisvaltaisempaa ja hoitotilanteista mielekkäämpiä sekä hoitajalle että hoidettavalle. Tutkimuksen tekeminen on opettanut myös pitkäjänteisyyttä sekä taitoa osata hoitaa yksi asia sekä osio kerrallaan.

Käsitys kinestetiikasta on auennut aivan eri tavalla kuin aikaisemmin. Se on laaja käsite, joka pitää sisällään asioiden tarkastelua monista eri perspektiiveistä. Nykypäivänä monessa työpaikassa on huutava pula hoitoalan ammattilaisista. Hoitaminen on myös keholle raskaampaa, kun resurssit ovat vähäiset. Yhä nuoremmat hoitajat kärsivät fyysisistä ongelmista, jotka johtavat sairauslomiin. Oli mielenkiintoista tutkia aihetta, joka todisti, että kinestetiikan käytöllä on pystytty vähentämään fyysistä ja psyykkistä kuormittavuutta työpaikalla sekä lisäämään kokonaisvaltaista työhyvinvointia.

Tässä tutkimuksessa keskityttiin siihen, miten kinestetiikka on vaikuttanut hoitajan fyysiseen työhyvinvointiin. Tästä asiasta saimmekin paljon tietoa. Merkittävää on kuitenkin huomioida se, että myös potilaiden hyvinvointi on tärkeässä asemassa, kun toteutetaan hoitotyötä. Tästä syystä kiinnostava jatkotutkimus olisi, miten potilaat ovat kokeneet kinestetiikan vaikuttaneen toimintakykynsä ja sitä kautta hyvinvointiinsa.

## LÄHTEET

- Aarnisalo, S. & Hjelt, P. 2011. Kinestetiikka hoitotyössä. Kinestetiikan käyttö hoitotyössä Raitaharjun Palvelukodissa. Häme: HAMK ammattikorkeakoulu. Opinnäyte.  
Saataavissa: [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/31964/Kinestetiikka\\_hoitotyossa.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/31964/Kinestetiikka_hoitotyossa.pdf?sequence=1). Viitattu 13.4.2015.
- Flinkman, M., Leino – Kilpi, H. & Salanterä, S. 2014. Sairaanhoidajan työhyvinvointi ja johtaminen. Teoksessa I. Ranta & T. Tilander (Toim.) Työhyvinvoinnin keinot. Porvoo: Bookwell Oy, 143–161.
- Hannonen, H. 2016. Työyhteisön hyvinvointi. Työterveyslaitoksen sivut. Pdf-tiedosto. Saataavissa: [http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/terveyden\\_edistaminen\\_tyopaikalla/tyoyhteison\\_tyohyvinvointi/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/terveyden_edistaminen_tyopaikalla/tyoyhteison_tyohyvinvointi/sivut/default.aspx). Viitattu 17.1.2016.
- Hantikainen, V. 2012. Kinestetiikka toimintakyvyn ylläpitämistä ja kuntoutumista tukeva voimavaralähtöinen toimintamalli. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Pdf-tiedosto. Saataavissa: [http://www.thl.fi/attachments/rai/2012/Kinestetiikka\\_29032012.pdf](http://www.thl.fi/attachments/rai/2012/Kinestetiikka_29032012.pdf). Viitattu 10.2.2015.
- Hantikainen, V. 2011. Potilassiirroista kohti vaikuttavaa liikkumisen ja toimintojen tukemista. Seminaariesitys. Pdf-tiedosto. Saataavissa: <http://www.hokuli.fi/uploads/tiedostot/Virpi%20Hantikaisen%20esitys.pdf>. Viitattu 17.1.2016
- Hantikainen, V & Lappalainen, R. 2011. Kinestetiikka. Kinestetiikan työkirja. Seinäjoki: Suomen kinestetiikayhdistys ry.
- Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima
- Hatch, F. & Maietta, L. 2003. Kinästhetik, Gesundheitsentwicklung und menschliche Aktivitäten. Springer. 2. Auflage. München: Urban & Fischer.
- Health & Safety Executive. 1998. Manual Handling Operations Regulations 1992. 2-nd ed. Norwich: Crown, Her Majesty's Stationary Office.
- Heikkinen, R – L. 2008. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (Toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 449–457.
- Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkanen (Toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 42–56.
- Hänninen, O., Koskelo, R., Kankaanpää, M. & Airaksinen, O. 2005. Ergonomia terveydenhuollossa. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro
- Ketola, R. 2006. Ergonomia ja työn fyysinen kuormitus. Työ ja terveys – haastattelututkimus 2006 taulukkoraportti. Tammerpaino Oy: Tampere.
- Laine, P. 2014. Työhyvinvoinnin kehittäminen – mission inbossible? Teoksessa I. Ranta & E. Tilander (Toim.) Työhyvinvoinnin keinot. Porvoo: Bookwell Oy, 9–25.
- Laine, M., Wickström, G., Pentti, J., Elovainio, M., Kaarlela-Tuomaala, A., Lindström, K., Raitoharju, R. & Suomala, T. 2006. Pdf-tiedosto. Saataavissa: [http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/sosiaali\\_ ja\\_ terveysala/Documents/Tyoolot\\_ ja\\_ hyvinvointi\\_ sosiaali\\_ ja\\_ terveysalalla\\_2005.pdf](http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/sosiaali_ ja_ terveysala/Documents/Tyoolot_ ja_ hyvinvointi_ sosiaali_ ja_ terveysalalla_2005.pdf). Viitattu 17.1.2016.

- Launis, M. & Lehtelä, J. 2011. Ergonomia. Tammerprint Oy: Tampere.
- Lindholm, H. 2015. Fyysinen toimintakyky ja kuormittuminen. Työterveyslaitos. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/liikuntaelimet\\_terveys/fyysinen\\_toimintakyk/sivut/default.lt.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/liikuntaelimet_terveys/fyysinen_toimintakyk/sivut/default.lt.aspx). Viitattu 13.4.2015.
- Manka, M-L., Kaikkonen, M-L., & Nuutinen, S. 2007. Hyvinvointia työyhteisöön. Eväitä kehittämistyön avuksi. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://www.uta.fi/jkk/synergos/tyohyvinvointi/tyhyopas.pdf>. Viitattu 17.1.2016.
- Martimo, & Pehkonen. 2015. Työterveyslaitos. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/liikuntaelimet\\_terveys/tuleterveyden\\_edistaminen/sivut/default.asp](http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/liikuntaelimet_terveys/tuleterveyden_edistaminen/sivut/default.asp). Luettu 17.1.2016.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2014. Työhyvinvoinnin keinot. Teoksessa I. Ranta & E. Tilander (Toim.) Porvoo: Bookwell Oy, 108–124.
- Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2014. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 18.–19. painos. Sanoma Pro: Helsinki
- Ojala, U. 2015. Kinestetiikka. Omin avuin. 1-2015, 42. Artikkel. Saatavissa: <http://www.tehylehti.fi/lehti/20150113/#>. Viitattu 10.2.2015.
- Paasivaara, L. 2002. Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta. Suomalaisen vanhusten hoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulla. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514269012/isbn9514269012.pdf>. Viitattu 17.1.2016.
- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2010. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Sandberg, R. Sulkava & M. Viitanen (Toim.) Geriatria. Porvoo: WS Bookwell Oy, 438–456.
- Risikko. 2011. Työn fyysinen kuormittavuus työhyvinvoinnin suurin uhka. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1568203>. Viitattu 13.4.2015.
- Sarvimäki, A. 2009. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkanen (Toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 27–40.
- Sorvisto, A. & Taipalus, K. 2015. Hoitajien avustustaitojen kehittäminen muistisairaiden päivittäisten toimintojen tukemisessa kinestetiikkaa oppimalla. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Opinnäyte. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/100184/opinn%C3%A4ytety%C3%B6%2026%2011%202015.pdf?sequence=3>. Viitattu 17.1.2016
- Tamminen-Peter, L., Eloranta, M-B., Kivivirta, M-L., Mämmelä, E., Salokoski, I. & Ylikangas, A. 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Pdf-tiedosto. Saatavissa: [http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia\\_eri\\_aloille/terveydenhuolto/potilassiirrot/potilaansiirtyminen/Documents/Jul\\_2007\\_6\\_Potilaansiirtymisen\\_ergonominen\\_avustaminen.pdf](http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/ergonomia_eri_aloille/terveydenhuolto/potilassiirrot/potilaansiirtyminen/Documents/Jul_2007_6_Potilaansiirtymisen_ergonominen_avustaminen.pdf). Viitattu 13.4.2015.



Tamminen-Peter, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – kolmen siirtomenetelmän vertailu. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, työterveyshuolto. Väitöskirja. Saatavissa: <https://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2003/103047TamminenPeterC228.pdf>. Viitattu 17.1.2016.

Virta, E-P. 2015. Hoitajien ergonomia potilaan siirtymisen avustamisessa. Hämeen ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäyte. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7104/virta\\_emma.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7104/virta_emma.pdf?sequence=1). Viitattu 13.4.2015.

Viikari-Juntura, E. 2013. Tuki- ja liikuntaelin terveys. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/liikuntaelimet\\_terveys/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/liikuntaelimet_terveys/sivut/default.aspx). Viitattu 13.4.2015.

Vähäkangas, P. 2008. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkanen (Toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit, 145–156.

Widmoser Roswitha. 2004. Kinästhetik – Gesundheitsentwicklung in der Hauskrankenpflege. Pdf-tiedosto. Saatavissa: [http://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/sa04-widmoser.pdf](http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/sa04-widmoser.pdf). Viitattu 4.2.2016.



## Tutkimustiedote

Kinestetiikka geriatriisella osastolla – Hoitajien kokemuksia kinestetiikan vaikutuksesta fyysiseen työhyvinvointiin

- Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää millaisia kokemuksia hoitajilla on kinestetiikan vaikutuksesta fyysiseen työhyvinvointiin geriatriisella osastolla.
- Tutkimuksen tavoitteena on että tutkimuksesta saatua tietoa hyödynnetään kehitettäessä kinestetiikan käyttöä gerontologisessa hoitotyössä.

Tutkimuksessa haastatellaan hoitajia, jotka ovat käyttäneet työssään kinestetiikkaa ja voivat näin luotettavasti kertoa miten se on vaikuttanut omaan fyysiseen työhyvinvointiin. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hoitotyössä ja siksi tutkimukseen kannattaa osallistua. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

### Tutkimuksen toteutus ja luottamuksellisuus

Tutkimus toteutetaan haastattelemalla, työajalla työnantajan tiloissa, eikä siitä makseta erillisiä korvauksia. Haastattelussa esitetään kysymyksiä liittyen kinestetiikan käyttöön työpaikalla sekä hoitajien kokemuksiin kinestetiikan vaikutuksesta omaan fyysiseen työhyvinvointiin ja ovatko he havainneet toimintatavassa kehittämismahdollisuuksia.

Aineiston on käytössä vain tutkijoilla. Tutkijat eivät luovuta tietoja vastaajan työpaikalle/työnantajalle. Tutkimustulokset käsitellään niin, että yksittäisiä vastaajia tai tahoja ei voi tunnistaa eikä osallistujan henkilöllisyys tule tietoon, tunnistetiedot poistetaan analysointivaiheessa. Tutkimuksessa saatuja tietoja säilytetään lukituissa tiloissa ja lukituissa kaapeissa. Tutkimuksen tuloksia esitellään eri osastoilla järjestettävissä tiedotustilaisuuksissa. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta rahallisia tai muita korvauksia osallistuville henkilöille tai yrityksille.

Lisätietoa tutkimuksesta:

Oili Forslund puh. 045-1209610

Iina Mäkipelto puh. 050-3575833

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Centria ammattikorkeakoulusta Kokkolasta. Teemme opinnäytetyönä laadullisen tutkimuksen, jonka aiheena on kinestetiikan vaikutus hoitajien fyysiseen työhyvinvointiin.

Opinnäytetyömme nimi on: Kinestetiikka geriatriisella osastolla – Hoitajien kokemuksia kinestetiikan vaikutuksesta fyysiseen työhyvinvointiin.

Haastattelusta saatu tieto nauhoitetaan ja sitä analysoidaan vain tutkijoiden kesken, haastatteluaineisto hävitetään analysointivaiheen jälkeen. Valmis opinnäytetyö on kaikkien luettavissa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää gerontologisessa hoitotyössä ja siksi tutkimukseen kannattaa osallistua.

Suostun, kyseessä olevaan tutkimukseen.

Päiväys: \_\_\_\_\_ Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

yhteystiedot: \_\_\_\_\_

Ystävällisin terveisin

Sairaanhoitaja (AMK)-opiskelijat:

Oili Forslund ja Iina Mäkipelto

Centria ammattikorkeakoulu, Kokkola

puhelinnumerot:

sähköpostiosoiteet:

## Haastattelurunko

1. Miten paljon tiesit aikaisemmin kinestetiikasta, ja missä yhteydessä kuulit siitä ensimmäisen kerran?
  - millaisia ajatuksia sinussa heräsi?
  - olitko heti kiinnostunut?
  
2. Miten osaamisesi kinestetiikasta on kehittynyt koulutuksen aikana ja sen jälkeen?
  - käytätkö säännöllisesti työssäsi?
  - millaista on ollut muuttaa työskentelytapaa?
  
3. Onko sinulla ollut tuki- ja liikuntaelin ongelmia työssäsi geriatrisella osastolla?
  - millaisia ongelmia?
  - miten ne ovat vaikuttaneet työhösi?
  
4. Miten kinestetiikka on vaikuttanut fyysiseen työkykyysi ja hyvinvointiisi geriatrisella osastolla?
  - millainen vaikutus jaksamiseen?
  - millainen vaikutus työviihtyvyyteen?
  
5. Miten työn kuormittavuus geriatrisella osastolla on muuttunut, kinesteettisen työskentelytavan myötä?
  - mihin eniten vaikuttanut?
  
6. Miten hoitajana voit kehittää omia kinesteettisiä työskentelytapoja työssäsi geriatrisella osastolla?
  - millaisia mahdollisuuksia kehittää?
  - miten voit itse vaikuttaa?
  
7. Minkälaista kinestetiikka koulutuksen pitäisi olla?
  - kenelle tulisi suunnata?
  - millaisiin yksiköihin?

## Esimerkki luokittelusta

AUTENTTINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
”on oppinut käyttämään omaa kroppaa niin, että työskentelytavat eivät sitä rasita”	Kroppaa käytetään niin ettei työskentely rasita sitä	Kehittynyt toimintatapa	Toimintatapa
”jaksaa paremmin minun mielestä, voi paremmin niin fyysisesti kuin psyykkisesti”	Fyysinen ja psyykinen jaksaminen parempaa	Työssä jaksaminen parantunut	Toimintakyky
”minulla on ollut niska ja selkävaivoja, vaivoja ei ole ollut sen jälkeen kun aloitimme kinestetiikan käytön”	Niska ja selkäongelmat vaivanneet, vaivat loppuneet kinestetiikan käyttöön ottamisen jälkeen	Muutokset toimintakyvyssä	Toimintakyky
”työ on tullut mielenkiintoisemmaksi, kinestetiikka metodi auttaa kehittymään ja se on mielestäni hauskaa”	Työ mielenkiintoisempaa ja hauskaa, metodi mahdollistaa kehittymisen	Työssä kehittyminen	Kehittyminen
”mielihyvää tuottaa, kun huomaa miten voi auttaa potilaita tekemään asioita”	Tuo mielihyvää kun potilas kykenee omatoimisuuteen	Työ tuottaa mielihyvää	Hyvinvointi

## Tutkimuslupahakemus



Social- och hälsovårdsverket  
Sosiaali- ja terveysvirasto

## TUTKIMUS- JA OPINNÄYTETYÖLUPA-ANOMUS

<b>Yleistiedot tutkimuksesta</b>	<p>Hakijan nimi: Forslund Olli, Mäkipelto Iina</p> <p>Osoite: _____ Puh: _____</p> <p>Opettajan nimi, koulutusohjelma Centria-AMK, hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja</p> <p>Tutkimuksen nimi: Kinestetiikka geriatrisella osastolla</p> <p>Tutkimuksen tilaaja: Pietarsaaren kaupunki, vanhustyö</p> <p>Tutkimuksen ohjaaja: _____ Yhteystiedot: _____</p> <p>Riitta Ala-korpi</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus: Selvittää hoitajien kokemuksia kinestetiikan vaikutuksesta fyysiseen työhyvinvointiin</p> <p>Tutkimuksen kohderyhmä (henkilökunta, potilaat, muut): Hoitohenkilökunta</p> <p>Tutkimuksessa käytettävät menetelmät (tiedonkeruu ja analyysimenetelmät): Haastattelut ja havainnointi</p> <p>Tutkimuksen tiedonkeruu ja valmistumisajankohta: Lokakuu 2015 <span style="float: right;">Marraskuu 2015</span></p>
<b>Liitteet</b>	<p>Tutkimussuunnitelma <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Tiedote tutkimukseen osallistujalle (suomi/ruotsi) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Tutkimukseen suostumuslomake (suomi/ruotsi) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Malli kyselylomakkeesta (suomi/ruotsi) <input type="checkbox"/></p>
<b>Hakijan allekirjoitus</b>	<p>7.9.2015 <i>Olli Forslund Iina Mäkipelto</i></p> <p>Päiväys ja allekirjoitus</p>
<b>Luvan myöntäminen</b>	<p>Lupa myönnetty <input checked="" type="checkbox"/> Lupaa ei myönnetty <input type="checkbox"/></p> <p>Lupa myönnetty seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/></p> <p>Perustelut</p>
<b>Yhteys-henkilö</b>	<p>Tutkimuksen yhteyshenkilö sosiaali- ja terveysvirastossa:</p>
<b>Luvan myöntäjän allekirjoitus</b>	<p>9.9.2015 <i>Mikko Kumpulainen</i></p> <p>Päiväys ja allekirjoitus</p> <p>johtava lääkäri/hoitotyön päällikkö vanhushuollon päällikkö/sosiaalihuollon päällikkö</p>
<b>Päätös-pykälä</b>	<p>§ 49/15 Päiväys 9.9.2015 <i>Mikko Kumpulainen</i> <span style="float: right;">Käsittelijä</span></p>
<b>Jakelu</b>	

## Tutkimuslupa



STADEN JAKOBSTAD  
Social- och hälsovårdsnämnden  
Tjänstemannabeslut

PIETARSAAREN KAUPUNKI  
Sosiaali- ja terveyslautakunta  
Viranhaltijapäätös

Sida/Sivu  
1(2)

Datum 9.9.2015  
Paragraf 49/2015

Päivämäärä 9.9.2015  
Pykälä 49/2015

**Sakägare/  
Asianosainen**

Oili Forslund ja Iina Mäkipelto

**Ärende/  
Asia**

**Tutkimuslupa/Oili Forslund ja Iina Mäkipelto**

Tutkimuslupa-anomus. Oili Forslund ja Iina Mäkipelto, jotka ovat vakituisessa toimessa vanhushuollossa, opiskelevat sairaanhoitajiksi hoitotyön koulutusohjelmassa Centria ammatti-korkeakoulussa. Koulutukseen kuuluvan opinnäytetyön aiheeksi he ovat valinneet kinestetikan käytön geriatrisella osastolla. He tutkivat haastattelujen avulla hoitajien kokemuksia kinestetikan vaikutuksesta fyysiseen työhyvinvointiin. Aihe on ajankohtainen ja tutkimustuloksia voidaan hyödyntää vanhushuollossa ja laajemminkin. Tutkimus valmistuu marraskuussa 2015. Tutkimuksen tuloksista annetaan palautetta henkilöstölle opiskelijoiden toimesta.

**Beslut/  
Pååtös**

Myönnetään tutkimuslupa Oili Forslundille ja Iina Mäkipeltole opinnäytetyöhön liittyvän tutkimuksen tekemiseen suunnitelman mukaisesti.

**Underskrift/  
Allekirjoitus**

Pirjo Knif  
chef för äldreomsorgen/vanhushuollon päällikkö

**Delgivning/  
Tiedoksianto**

Oili Forslund, Iina Mäkipelto, Pirkko Härkänen, Marketta Koskela, Pia Vähäkangas

Staden Jakobstad  
Social- och hälsovårdsnämnden

Pietarsaaren kaupunki  
Sosiaali- ja terveyslautakunta