



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Mirella Havuluoto & Laura Jarva

# KINESTETIIKAN MERKITYS PAINEE- HAAVOJEN ENNALTAEHKÄISYSSÄ

## Oppaan laatiminen

Sosiaali- ja terveysala  
2015

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Mirella Havuluoto ja Laura Jarva
Opinnäytetyön nimi	Kinestetiikan merkitys painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Oppaan laatiminen.
Vuosi	2015
Kieli	suomi
Sivumäärä	31 + 1 liite
Ohjaaja	Taina Huusko

---

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa asentohoito-opas Vaasan keskussairaalan. Asentohoito-opas tullaan tuottamaan sähköiseen muotoon Vaasan keskussairaalan Intranettiin, josta osaston hoitohenkilökunta voi ottaa asentohoito-oppaan käyttöönsä. Tämä helpottaa asentohoito-oppaan käyttöönottoa. Asentohoito-oppaan tarkoituksena on ennaltaehkäistä painehaavojen syntymistä kinestetiikan menetelmiä käyttäen.

Kinestetiikka on voimavaralähtöinen toimintamalli, joka perustuu ihmisen luonnollisten liikeratojen ja aistitoimintojen ymmärtämiseen ja yksilöä kunnioittavaan kohtaamiseen sekä näiden merkitykseen oppimiselle ja itsehallinnalle. Kinestetiikan tavoitteena on tukea ihmistä hänen perustoiminnoissaan, hänen omat voimavarat huomioiden, jolloin ihminen kokisi toimintansa mielekkääksi ja kykenisi aktiivisesti osallistumaan omaan toimintaansa huolimatta sairaudestaan tai vammaisuudestaan.

Painehaavaksi kutsutaan ihon tai ihonalaiskudoksen paikallista vauriota, joka on aiheutunut siihen kohdistuneesta paineesta, venytyksestä tai hankauksesta. Potilaan maataessa tai istuessa, haava kehittyy tyypillisesti kohtaan, jossa on luinen uloke. Suomessa on vuosittain 55 000-80 000 potilasta, jolla on painehaava. Eurooppalaisessa selvityksessä yksi painehaava aiheuttaa noin 5 000-6 650 euron lisäkustannukset. Suomessa tämä aiheuttaisi 280-532 miljoonan euron kustannukset. Painehaavojen hoitaminen maksaa yhtä paljon kuin 2-3 % koko terveydenhuollon menoista. Tästä johtuen painehaavat ovat kymmenen kalleimman sairausr ryhmän joukossa. Akuutti sairastuminen tai liikuntakyvyn rajoittuminen lisäävät huomattavasti painehaavariskin syntyä.

Asentohoito-opas sisältää kuvia ja ohjeita kinestetiikan eri menetelmistä. Asentohoito-opas on tehty teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Kuvat oppaaseen on otettu asiantuntijan läsnä ollessa. Asentohoito-opas pyrittiin pitämään lyhyenä ja selkeänä.

Opinnäytetyön tavoitteet toteutuivat, mutta oppaan käyttämistä ei voi vielä arvioida.

## ABSTRACT

Author Mirella Havuluoto and Laura Jarva  
Title The Significance of Kinesthetics in Preventing Pressure Ulcers.  
Making a Manual.  
Year 2015  
Language Finnish  
Pages 31 + 1 Appendix  
Name of Supervisor Taina Huusko

---

The aim of this practise-based bachelor's thesis was to make a manual for position treatment for the Vaasa Central Hospital. The manual for the position treatment will be available in electronic form in the Intranet of Vaasa Central Hospital, where the nursing staff can access it easily. The purpose of this manual is to prevent the development of pressure ulcers by applying kinaesthetic methods.

Kinaesthetics is a resource oriented approach based on the understanding of natural movements and sensory functions. Encountering the individual person as well as understanding the importance of the aforementioned factors for learning and self-discipline are important as well. Kinaesthetics aims to support individuals with their activities of daily living by taking their resources and abilities into consideration so that they can regard their actions as meaningful and participate in activities despite their illnesses or disabilities.

Local skin or subcutaneous tissue damage caused by pressure, stretching or chafing is called a pressure ulcer. Typically the ulcer develops onto a spot with a bony appendage as the patient is either laying or sitting for long periods of time. There are approximately 55 000 to 80 000 patients a year who develop an ulcer in Finland. According to a European survey a pressure ulcer causes additional costs of 5 000 to 6 650 euros. In Finland this means additional costs of 280 – 532 million euros per year. The treatment of pressure ulcers costs as much as 2%-3% of all health care expenses. Due to this, pressure ulcers are among the ten most expensive disease groups. Acute illness or limitation in mobility increase the risk of the development of a pressure ulcer.

The position treatment manual contains pictures and instruction on various kinaesthetic methods. The manual is produced on the basis of a theoretical framework. The pictures for the manual have been taken in the presence of an expert. The aim was to make a guide that is clear and to the point.

The goals set for this bachelor's thesis have been met, but the use of the manual in practice cannot yet be evaluated.

---

Keywords Kinesthetics, pressure ulcer, position treatment, preven

## SISÄLLYS

### TIIVISTELMÄ

### ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	9
3	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA .....	10
	3.1 Projektin määritelmä.....	10
	3.2 Projektin vaiheet .....	10
	3.3 SWOT-analyysin määritelmä.....	11
	3.4 SWOT-analyysi omassa työssä.....	12
4	KINESTETIIKAN TAUSTAA .....	14
	4.1 Kinestetiikan tavoitteet ja tarkoitus .....	15
	4.2 Kinesteettinen toimintamalli .....	16
	4.3 Kehon hahmottaminen .....	18
	4.4 Kinestetiikka ja painehaava .....	18
	4.5 Asentohoito .....	19
	4.6 Asentohoito ja dekubituspatja.....	20
5	PAINEHAAVA .....	22
6	TUTKIMUKSEN ETIIKKA .....	24
7	OHJAUS.....	25
	7.1 Kirjallinen ohjausmateriaali.....	25
	7.2 Ohjauksen etiikka.....	26
8	PROJEKTIN TOTEUTUS .....	28
9	PROJEKTIN ARVIOINTI .....	29
	9.1 Opinnäytetyön tarkoituksen toteutuminen.....	29
	9.2 Opinnäytetyön tavoitteiden toteutuminen.....	29
	9.3 Opinnäytetyön prosessin arviointi .....	29
	9.4 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettiset kysymykset.....	30
	LÄHTEET.....	31
	LIITTEET	

**KUVIOLUETTELO****Kuvio 1.** SWOT- analyysi

s. 12

**LIITELUETTELO****LIITE 1. Asentohoito-opas**

## 1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön aiheena oli kinestetiikan merkitys painehaavojen ehkäisyssä. Kinestetiikka on voimavaralähtöinen toimintamalli, joka perustuu ihmisen luonnollisten liikeratojen ja aistitoimintojen ymmärtämiseen ja yksilöä kunnioitetaan kohtamiseen sekä näiden merkitykseen oppimiselle ja itsehallinnalle. Kinestetiikan tavoitteena on tukea ihmistä hänen perustoiminnoissaan, hänen omat voimavarat huomioiden. Lisäksi tavoitteena on edistää terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden/asiakkaiden ymmärrystä luonnolliseen liikkumiseen, ylläpitää ja edistää toimintakykyä niin avustettavalla kuin avustajalla sekä vähentää fyysistä ja psyykkistä kuormittavuutta ja lisätä työn mielekkyyttä. Kinestetiikan tarkoitus on tukea ihmistä hänen perustoiminnoissaan, jolloin ihminen kokisi toimintansa mielekkääksi ja kykenisi aktiivisesti osallistumaan omaan toimintaansa huolimatta sairaudestaan tai vammaisuudestaan. ( Suomen kinestetiikkayhdistys Ry 2014.)

Suomessa asetettiin hoitohenkilökunnan tavoitteeksi vuorovaikutus- ja avustustaitojen kehittyminen sekä potilaiden/asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitäminen ja kuntoutuminen kinestetiikka koulutuksen avulla. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla konkreettinen apuväline työssään, jota he voisivat soveltaa välittömästi. Suomessa on järjestetty Kinestetiikan kursseja akuuttihoidossa (keskussairaalat, yliopistosairaalat), vanhustyössä (hoitokodit, kotihoito, terveyskeskusten vuodeosastot), kehitysvammaisten hoitotyössä sekä omaishoitajille. (Suomen kinestetiikkayhdistys Ry 2014.)

Vuonna 2015 koulutettuja hoitotyöntekijöitä ja fysioterapeutteja on rekisteröity n. 6000. Suomessa kinestetiikka kouluttajia on 24 ja tutoreita 70. Tutoreiden avulla halutaan tukea kinestetiikan jalkaantumista hoitotyöhön. (Suomen kinestetiikkayhdistys Ry 2014.)

Kiinnostus kinestetiikkaan heräsi ensimmäisenä opiskeluvuotena, kun koulussa käytiin läpi kinestetiikan perusteita. Kinestetiikasta ei ollut vielä paljoa tutkittua tietoa, mikä vaikeutti lähdemateriaalin löytämistä.

Aihe rajattiin painehaavoihin, koska painehaavat ovat ennaltaehkäistävissä sekä kalliita hoitaa. Suomessa on vuosittain 55 000-80 000 potilasta, jolla on painehaava. Eurooppalaisessa selvityksessä yksi painehaava aiheuttaa noin 5 000-6 650 euron lisäkustannukset. Suomessa tämä aiheuttaisi 280 -532 miljoonan euron kustannukset. Painehaavojen hoitaminen maksavat yhtä paljon kuin 2-3 % koko terveydenhuollon menoista. Tästä johtuen painehaavat ovat kymmenen kalleimman sairausryhmän joukossa. Akuutti sairastuminen tai liikuntakyvyn rajoittuminen lisäävät huomattavasti painehaava riskin syntyä. Kahdeksan tunnin sisällä potilaan hoitoon tulemisesta tulisi määrittää hänen painehaavariski ja ihon kunto sekä kirjata nämä. (Soppi 2014.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa asentohoito-opas, joka käsittelee kinestetikan merkitystä painehaavojen ennaltaehkäisyä. Opas julkaistaan Vaasan keskussairaalan sisäisillä nettisivuilla, josta osastot voivat käyttää opasta. Opinnäytetyön aihe tuli Vaasan keskussairaalan fysioterapeutilta, jonka kanssa aihe rajattiin painehaavojen ennaltaehkäisyyn.



## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa asento-hoidon toteutukseen Vaasan keskussairaalaan. Asentohoito-opas tullaan tuottamaan sähköiseen muotoon Vaasan keskussairaalan Intranettiin, josta osaston hoitohenkilökunta voi ottaa asentohoito-oppaan käyttöönsä. Tämä helpottaa asento-hoito-oppaan käyttöönottoa. Asentohoito-oppaan tarkoituksena on antaa laajempaa tietoa asentohoidosta ja ymmärrystä miten ennaltaehkäistä painehaavojen syntymistä kinestetiiikan menetelmiä käyttäen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli ennaltaehkäistä painehaavojen syntymistä asento-hoito-oppaan avulla sekä lisätä potilasturvallisuutta. Potilasvahinkolain mukaan (27.11.1998/878) 2.1 § korvausta suoritetaan henkilövahingosta, jos on todennäköistä, että se on aiheutunut tutkimuksesta, hoidosta tai muusta vastaavasta käsittelystä taikka sellaisen laiminlyönnistä, edellyttäen, että kokenut terveydenhuollon ammattihenkilö olisi tutkinut, hoitanut tai muutoin käsitellyt potilasta toisin ja siten todennäköisesti välttänyt vahingon.

Tavoitteena oli myös tutustuttaa Vaasan keskussairaalan hoitohenkilökuntaa kinestetiiikan menetelmiin ja saada heitä miettimään omia työrutiineja. Kinestetiiikan menetelmillä oman työn fyysinen kuormitus pienenee, jolloin potilaan liikuttaminen ovat sekä hoitajalle että potilaalle miellyttävämpiä. Tavoite oli tuottaa asento-hoito-opas, joka tukisi jo kinestetiiikan koulutuksen käyneiden oppimista ja ymmärrystä potilaan liikkumista ja toimintoja tukevaan asentohoitoon. Heidän kautaan, niin vanhat kuin uudetkin työntekijät sekä opiskelijat, saisivat perehdytystä asiaan, jolloin kinestetiiikan toimintamalli tulisi helpommin tutuksi ja siirtyisi konkreettiseksi tavaksi tehdä hoitotyötä.

### **3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA**

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli opastaa ja ohjeistaa toimintaa käytännössä. Alasta riippuen, se voi olla esimerkiksi käytäntöön tehty ohje tai opas. Kohderyhmän mukaan, se voidaan toteuttaa esimerkiksi kirjana, vihkona, kansiona tai oppaana. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Tässä opinnäytetyössä toteutettiin opas. Oppaan tarkoituksena oli ohjata hoitohenkilökuntaa painehaavojen ennaltaehkäisyssä kinestetiikan menetelmiä apuna käyttäen.

#### **3.1 Projektin määritelmä**

Projekti kestää tietyn ajan ja on tavoitteellista. Se voi suunnata rajattuun kertaluonteiseen tulokseen tai olla suuremman hankkeen osa. Projektin onnistumiseen vaikuttaa huolellinen organisointi, toteutus, sen seuraaminen ja arvioiminen. (Vilka & Airaksinen, 2003, 48-49.)

Ennen projektin toteutusta, täytyy tehdä suunnitelma. Siinä tulee olla projektin taustatiedot, alkutilanne ja konteksti. Lisäksi projektin tarkoitus, tavoitteet sekä rajaus tulee ilmetä suunnitelmassa. Rajauksena voidaan käyttää esimerkiksi swot-analyysiä. Resurssit tulee myös huomioida tässä vaiheessa projektisuunnitelmaa. (Vilka & Airaksinen, 2003, 48-49.)

#### **3.2 Projektin vaiheet**

Projektin suunnittelussa on kolme tasoa. Silfverberg kuvaa projektisykli-mallin avulla projektin eri vaiheita. Vaiheet ovat esisuunnittelu, projektisuunnitelman laatiminen ja aikataulutettu työsuunnittelu. (Silfverberg 2007, 10-12.)

Esisuunnittelu vaihe käsittää hankerajauksen, taustaselvitykset sekä aiheen rajauksen. Esisuunnittelun jälkeen on päätöksentekovaihe, jossa päätetään jatketaanko hanketta vai hylätäänkö se. Projektisuunnitelma tehdään onnistuneen esisuunnittelun jälkeen. Siinä määritellään projektin tavoite ja sisältö. Suunnitelmaan kuuluu taustatiedot, rahoitus ja ympäristötekijöiden vaikutus. Projektisuunnitelma ohjaa projektin kulkua ja sen toteutuksen arvioimista. (Silfverberg 2007, 10-12.)

Projektisykli on toimiva, jos projektisuunnitelmassa käy selkeästi ilmi projektin tarkoitus ja tavoitteet. Tarkempi toteutuksen kuvaus tulee vasta sen jälkeen työsuunnitelmassa. Työsuunnitteluun kuuluu arviointi- ja seurantajärjestelmä, jonka avulla arvioidaan projektin kulkua ja tavoitteiden toteutumista. Raportointi on yksi oleellinen työkalu, jolla seurataan projektin edistymistä sekä arviointia. (Silfverberg 2007, 10-12.)

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä rajattiin aihe painehaavojen ehkäisyyn kineestetiikan näkökulmasta. Työn tarkoituksena oli tuottaa asentohoito-opas, joka sisältää kuvia asentohoidosta sekä kuvatekstejä. Asentohoito-opas julkaistaan Vaasan keskussairaalan henkilökunnan intranetissä. Aihelupa-anomus on tehty ohjaavalle opettajalle aiheen rajauksen jälkeen. Aiheluvan hyväksymisen jälkeen tehtiin toiminnallisen opinnäytetyön työsuunnitelma. Työsuunnitelman hyväksymisen jälkeen jatkettiin opinnäytetyön tekemistä. Opinnäytetyö esitetään Vaasan ammattikorkeakoulussa ja julkaistaan Theseuksessa.

### **3.3 SWOT-analyysin määritelmä**

Projektin esisuunnitteluvaihetta voidaan tarkastella neljästä eri näkökulmasta. Ne ovat sisäiset vahvuudet (strengths), sisäiset heikkoudet (weaknesses), ulkopuoliset mahdollisuudet (opportunities) ja ulkopuoliset uhat (threats). ( Silfverberg 2007, 52.)

### 3.4 SWOT-analyysi omassa työssä

Kuviossa 1 on kuvattu tämän opinnäytetyön vahvuudet, mahdollisuudet, heikkoudet sekä uhat.

<p>Vahvuudet (S)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tekijöiden mielenkiinto aiheeseen</li> <li>- aiheen merkityksellisyys</li> <li>- ei aiempaa opasta aiheesta</li> </ul>	<p>Mahdollisuudet (O)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-opasta voidaan käyttää myös muilla osastoilla sekä perehdytyskansiossa uusille työntekijöille</li> <li>-kinestetiikan menetelmät tulisi enemmän käytännöntyöhön</li> <li>-tekijöiden saama hyöty tulevaisuuden työhön</li> </ul>
<p>Heikkoudet (W)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-tutkittua tietoa vähän kinestetiikasta</li> <li>-tekijöiden eri paikkakunnat</li> <li>-aikataulujen yhteensovittaminen vaikeaa</li> </ul>	<p>Uhat (T)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-oppaan käyttämättömyys</li> <li>-kinestetiikan menetelmien harjoittelu ja sisäistäminen on vaikeaa kiireisessä työympäristössä</li> <li>-aikataulun pettäminen</li> </ul>

**Kuvio 1.** SWOT-analyysi

Projektin sisäisiksi vahvuuksiksi koettiin oma kiinnostus aiheeseen. Sekä aiheen merkityksellisyys, koska tärkeimmät tavoitteet liikkuvuuden edistämässä ovat itsehoitokyvyn elpyminen ja liikkumattomuudesta johtuvien vahinkojen välttäminen (Haderer, 2006).

Sisäisiksi heikkouksiksi koettiin eri paikkakunnilla suoritettavat työharjoittelut sekä aikataulujen sovittamiset yhteen. Kinestetiikasta löytyi vähän tutkittua tietoa. Osa kinestetiikan lähdemateriaalista, jota opinnäytetyössä käytettiin, on käännetty saksan kielestä suomeksi. Lisäksi käytettiin asiantuntijoiden artikkeleita.

Ulkopuolisiksi mahdollisuuksiksi koettiin opinnäytetyössä tuotettu opas, jota voidaan käyttää kaikilla osastoilla. Opasta voidaan käyttää myös uuden työntekijän tai opiskelijan perehdytyskansiossa. Oppaan avulla kinestetiikan menetelmät voisivat tulla käytännön työhön enemmän. Opinnäytetyöntekijät kokivat oppaasta olevan hyötyä omassa työelämässä tulevaisuudessa.

Ulkopuolisiksi uhiksi voi muodostua valmiin oppaan käyttämättömyys osastoilla. Hoitajilla kinestetiikan menetelmien käytäntöön ottaminen on haastavaa kiireellisillä osastoilla, koska sen harjoittaminen ja sisäistäminen vie aluksi aikaa. Kun harjoittelee enemmän, alkaa se luonnistua, jolloin se vie vähemmän aikaa sekä vähentää hoitajan ja potilaan fyysistä kuormitusta. Lisäksi aikataulussa pysyminen on uhkana.

## 4 KINESTETIIKAN TAUSTAA

Kinestetiikka tulee kreikan kielestä ja koostuu kahdesta sanavartalosta. Kinesis, joka tarkoittaa liikettä ja aesthesis, joka tarkoittaa tietoisuutta omasta kehostaan, joka voidaan havainnoida aistien kautta. Dudenin sivistyssanakirjassa kinestetiikkaa kuvaillaan lihaskunto-opiksi, ruumiinosien kykyjen ja liikkuvuuden tiedostamaton kontrollointia ja ohjaamista. (Haderer 2006.)

Kinestetiikka tarkoittaa luonnollisten liikemallien ja aistitoimintojen ymmärtämistä. 1970-luvulla amerikkalaiset käyttäytymistieteilijät Frank Hatch sekä Lenny Maietta hyödynsivät kinestetiikkaa yliopiston liikuntaseminaareissa. 1980-luvulla tällaisia itsetuntemuskursseja kehitettiin lisää yhdessä pedagogien ja hoitajien kanssa. Ensimmäiset kinestetiikan kurssit aloitettiin vuonna 1989 hoitotyössä. Perusta tälle tuli käyttäytymistieteen tutkimustuloksista, Feldenkrais-menetelmästä, modernista tanssista ja humanistisesta psykologiasta. (Haderer 2006.)

Hatch ja Maietta ovat kehittäneet kuusi kinestetiikan toimintaperiaatetta. Kinestetiikan toimintaperiaatteet ovat: vuorovaikutus, toiminnallinen anatomia, ihmisen liikkuminen, ihmisen toiminnot, ympäristö ja voima. Nämä ovat välineitä, joilla voidaan analysoida ihmisen liikkumista ja toimintoja kuudesta eri näkökulmasta. (Haderer 2006.)

Helpottaakseen oppimista ja käytäntöä määriteltiin liikkuvuus- ja ohjauksiteerit yksittäiseksi toimintaperiaatteeksi ja sitä kautta kehitettiin oppimismalli. Tätä toimintaperiaatetta tarvittiin kattaakseen kaikkien potilaiden yksilölliset tarpeet. (Haderer 2006.)

Potilaan liikkuvuuden varmistaminen jakautuu kolmeen vaiheeseen, joilla on tarkoitus lisätä potilaan hyvinvointia ja välttää rasitusta. Tärkeimmät tavoitteet liikkuvuuden edistämisessä ovat itsehoitokyvyn elpyminen ja liikkumattomuudesta johtuvien vahinkojen välttäminen. Potilaisiin tulisi valaa luottamusta ja tietoa kinesteettisen liikkuvuuden mahdollisuuksista. (Haderer 2006.)

Tehdäkseen motoriikan opettelun prosessin sulavaksi sekä potilaalle että hoitajalle, on tärkeää, että pystytään analysoimaan toimintaa liikkumisen mahdollistamiseksi, laatimaan suunnitelma liikkuvuudesta, rakentamaan toimintaohjeita ja dokumentoimaan potilaan omatoimisen hoidon kehitystä. (Haderer 2006.)

Kun itsehoito alkaa, on helppoa eksyä tavoitteesta ja kadottaa motivaatio muutaman epäonnistuneen yrityksen jälkeen. Oppimismalli voi auttaa tässä asiassa, kun joutuu keskittymään tärkeimpiin asioihin. Sen takia pitäisi olla mieluiten tekemisissä potilaan kanssa itsehoidon aikanakin, jotta voi saada yleiskatsauksen hoidon puutteisiin ja puuttua niihin ajoissa. Keskittyminen yhteen liikkuvuuden osa-alueeseen auttaa. (Haderer 2006.)

Liikkuvuuden mahdollistaminen tarkoittaa kaikkea liikkumistoimintaa, joka on välttämätöntä tukeakseen potilasta ja aloittaakseen toipumisprosessin nopeasti ja tehokkaasti. Huonoissa hoito-oloissa liikkuvaksi tekeminen saattaa jopa rasittaa potilaita liikaa. He kokevat kipua, verenkierron ongelmia ja kyvyttömyyttä liikkua. Tämän takia potilaat voivat olla aktiviteetteja vastaan ja tuntea vastenmielisyttä hoitohenkilökuntaa kohtaan. (Haderer 2006.)

Käyttäytymistieteilijät olettavat, että liike ja liikkuminen eivät ole pelkästään meidän kehomme vaikutusta. Niihin vaikuttaa samassa määrin psyyke ja myös sosiaalinen ympäristömme. Nämä nähdään perustana, että liike on välttämätöntä ihmisen toiminnalle. (Haderer 2006.)

#### **4.1 Kinestetiikan tavoitteet ja tarkoitus**

Kinestetiikka on voimavaralähtöinen toimintamalli, joka perustuu ihmisen luonnollisten liikeratojen ja aistitoimintojen ymmärtämiseen ja yksilö kunnioittavaan kohtaamiseen sekä näiden ymmärtämiseen oppimiselle ja itsehallinnalle. Kinestetiikan tavoitteena on tukea ihmistä hänen perustoiminnoissaan, hänen omat voimavarat huomioiden. Lisäksi tavoitteena on edistää terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden ymmärrystä luonnolliseen liikkumiseen, ylläpitää ja edistää toimintakykyä niin avustettavalla kuin avustajalla sekä vähentää fyysistä ja psyyk-

kistä kuormaa ja lisätä työn mielekkyyttä. Kinestetiikan tarkoitus on tukea ihmistä hänen perustoiminnoissaan, jolloin ihminen kokisi toimintansa mielekkääksi ja kykenisi aktiivisesti osallistumaan omaan toimintaansa huolimatta sairaudestaan tai vammaisuudestaan. (Suomen kinestetiikkayhdistys Ry 2014.)

Kinestetiikassa on seuraavat perusoletukset: ihminen on elävä, liikkuva, tunteva ja oppiva olento. Ihminen tarvitsee tukea ja avustamista tästä lähtökohdasta käsin. Ihminen ei muutu terveydenhuollon potilaaksi tullessaan elottomaksi materiaaliksi, jota vain siirretään, nostetaan tai käännetään paikasta toiseen. Kinestetiikassa puhutaan potilaan tukemisesta ja avustamisesta hänen omassa liikkumisessaan ja toiminnoissaan, ei siis potilassiirroista. (Suomen kinestetiikkayhdistys Ry 2014.)

Kinestetiikka mahdollistaa avustettavan ja hoitajan välisen voimavarojen hyödyntämisen. Se huomioi yksilöllisen liikkumisen sekä toiminnoissa avustamisen. Kinestetiikassa avustettava on itse aktiivisessa roolissa, jolloin hänen fyysinen kuormitus vähenee. Kinestetiikka tukee avustettavan toimintakyvyn ylläpitämistä ja kuntoutumista. Vaikeat avustustilanteet lisäävät kinestetiikan luovuutta. Kinestetiikka lisää työn mielenkiintoa sekä jaksamista työssä. (Suomen kinestetiikkayhdistys Ry 2014.)

## **4.2 Kinesteettinen toimintamalli**

Ihmisen kaikki toiminnot ovat liikkumisaktiiviteetteja. Ihminen ei pysty havaitsemaan ärsykeitä, reagoida eikä työstää ärsykeitä ilman liikettä. Hän ei myöskään pysty hahmottamaan itseään ja ympäristöään. Oman kehon havainnoiminen liikkeen ja liikkumisen kautta on perusta ulkoisten ärsykkeiden reagoimiselle ja ihmisen toiminnoille. (Suomen kinestetiikkayhdistys Ry 2014.)

Ihminen, joka ei voi itse liikuttaa itseään menettää äkkiä oman kehonsa hahmottamisen. Tällöin myös ympäristön havaitseminen vaikeutuu ja hahmottaminen, kuinka hänen kehon osat yhdistyvät ja toimivat, jolloin hänen edellytykset osallistua aktiivisesti omaan toimintaansa on rajoittunut. Tällöin avustettavista tulee hel-



posti passiivisia siirreltäviä ja vaikeasti kuntoutettavia. (Suomen kinestetiikkayhdistys Ry 2014.)

Vuorovaikutusmallin mukaan on yksisuuntainen-, vuorotteleva- ja samanaikainen vuorovaikutus. Yksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa hoitaja tekee toiminnon avustettavan puolesta, huomioimatta avustettavan voimavaroja. Vuorottelevassa hoitaja ja avustettava sopeuttavat liikkeidensä eri osa-alueet yhteensopiviksi. Tällöin avustettava saa tukea niille osa-alueille, joihin tarvitsee. Tämä vaatii hoitajalta kykyä ja ymmärrystä avustettavan voimavaroista. Samanaikaisessa vuorovaikutuksessa toiminta ja reaktio tapahtuvat yhtä aikaa ilman aikaviivettä. Avustettavan ja hoitajan aika, tila ja voima ovat samanlaisia, jolloin avustettava tuntee hoitajan kehonliikkeistä mitä tapahtuu. (Hantikainen & Lappalainen 2011,18.)

Liikemallin mukaan eri kehonosia on seitsemän: pää, rinta, käsivarret, lantio, jalat, jotka ovat painavia ja kovia kehonosia, joille voi helposti luovuttaa kehon painon. Liikealueita puolestaan kuusi: kaula, olkanivelet, vyötärö ja lonkanivelet, jotka ovat pehmeitä ja yhdistävät kehon osia. Kun ihmistä avustetaan, otteet tullee olla kehonosissa, jolloin liikettä on helpompi ohjata ja ihminen tietää mihin suuntaan ollaan menossa. Kehon osia ei tarvitse nostella vaan voidaan liikuttaa rullamalla tai liu`uttamalla. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 26.) Mitä enemmän liiketiloja rajoitetaan, sen vähemmän ihminen pystyy itse liikkumaan. Liikuteltaessa kehonosia, toinen kehonosa seuraa toista. Liiketilat mahdollistavat liikkeen kehonosien välillä. (Hagström 2015.)

Sallittuja kosketusalueita ovat kehon luiset alueet eli pää, olkapää, kyynärpää, kyynärvarsi, lonkka, sääri ja jalkapöytä. Kielletyt kosketusalueet ovat liikkuvia, pehmeitä ja herkkiä kehon alueita. Nämä alueet ovat: kaula, niska, kainalot, kyynärtaive, ranne, vatsa, nivustaive, polvitaive ja nilkka. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 23.)

### 4.3 Kehon hahmottaminen

Kehon hahmottaminen on tärkeää painonsiirroissa ja toiminnoissa. Ihmisen asennosta riippumatta, hänen päänsä on kehon ylin kohta ja jalkaterät aina alin. Kun ihmistä liikutetaan ylöspäin, paino siirtyy ylemmiltä kehonosilta alemmille. Toiminnallinen keskikohta mahdollistaa taipumisen kahtia lantion kohdalta. Keski-kohdassa kehon ylä- ja alaosat eriytyvät. (Hantikainen & Lappalainen yms. 2011, 29.)

Mikroasentohoidossa kehon painopistettä muutetaan pienillä painonsiirroilla. Terve ihminen vaihtaa makuulla tunnin aikana asentoaan noin 8-40 kertaa. Tähän luonnolliseen asennonvaihdokseen perustuu myös mikroasentohoito. Mikäli painehaava on jo syntynyt, mikroasentohoito ei yksinään riitä painehaavan hoitamiseen. (Hagström 2015.)

### 4.4 Kinestetiikka ja painehaava

Pitkään jatkunut vuodelepo, toimintakykyä heikentävä sairaus tai erilaiset vammat heikentävät ihmisen elintoimintoja. Vuodelepo aiheuttaa ruokahaluttomuutta, ummetusta, hengityksen heikkenemistä, jolloin keuhkokuumeen riski kasvaa. Lisäksi sydän- ja verisuonten toiminta heikkenee, joka altistaa riskiä saada laskimoveritulpan. Samassa asennossa pitkään makaaminen altistaa painehaavoille. Painehaavan syntymisen perussyy on aina liikkumattomuus, ei niinkään patja tai alusta millä ihminen makaa Pitkään jatkunut samaan kohtaan kohdistuva paine aiheuttaa iholle ja sen alla oleviin kudoksiin iskemiaa. Tällöin alue jää ilman veren kuljettamaa happea ja ravintoaineita, jolloin painehaava syntyy. (Hagström 2015.)

Tärkein komplikaatioiden ehkäisykeino on potilaan omatoimisuuden ja liikkumisen tukeminen yksilöllisesti alusta alkaen. Potilasta tulee aina tukea hänen sen hetkisen terveydentilansa mukaan. Tavoitteena on antaa potilaalle tunteen luonnollisesta, kevyestä ja aktiivisesta liikkeestä mikä kannustaa ja rohkaisee potilasta omatoimiseen liikkumiseen. Siksi hoitohenkilökunnalla tulisi olla kuntouttava työote ja sitoutu-

minen siihen. Potilaan liiallinen avustaminen ja puolesta tekeminen passivoi potilasta, ja heikentää hänen motivaatiota kuntoutumiseen. Samalla se lisää hoitajien työn fyysistä kuormittavuutta, joka altistaa tuki- ja liikuntaelinsairauksille. (Hagström 2015.)

Painehaava on yleinen ongelma sairaalahoidossa, joka johtaa ylimääräiseen kiipuun, pitkään sairaalajaksoon ja suuriin kustannuksiin sekä lisää kuolleisuutta lisäen infektoriskiä. Siksi painehaavojen ennaltaehkäisy on tärkeä hoitoa vaativa asia. (Hurlimann, Buhlmann, Trachsel, Bana & Frei 2011.)

Tästä syystä joukko asiantuntijoita tekivät tieteellisen taustojen tarkastuksen painehaavojen ehkäisyyn ja olosuhteisiin aikuisilla potilailla, jotka ovat akuutissa ja pitkäaikaisessa hoidossa. Pohjautuen kahteen National Institute of Clinical Excellence ohjenuoraan tehtiin systemaattinen kirjallinen arvio makuuhaavojen ehkäisystä, johon kuului 60 merkityksellistä artikkelia. Huolellinen kliininen havainnointi, päätöksenteko ja väliintulo ovat välttämättömiä hoitotyössä. Nykypäivänä ovat tiedossa yleisesti riskiarvioinnin välineet, jotka arvioivat riskin liian korkeaksi. Siksi kokonaisvaltaisessa arvioinnissa, hoitajan oma kliininen kokonaisvaltainen arviointi pitää huomioida. Ihon kunto pitää määrittää. Paine ja hankaus pitää eliminoida ja potilaan pitää pystyä vaihtamaan asentoa, jolloin paine kohdistuu eri kehon osiin. Jos potilas ei pysty itse liikkumaan, potilas täytyy asettaa oikein ja käyttää apuna painetta helpottavia materiaaleja. Dokumentoinnin pitäisi olla selkeää ja ajan tasalla, sisältäen tiedon ihon kunnosta ja kaikki tehdyt hoitotoimenpiteet. Sen takia hoitajat tarvitsevat laajan osaamisen ja ammattitaidon toteuttaakseen painehaavojen ehkäisystrategioita, jonka vuoksi tarvitsevat kunnollisen koulutuksen. Hoidon jatkuvuus voidaan taata tarkalla ja kokonaisvaltaisella dokumentoinnilla. (Hurlimann ym. 2011.)

#### **4.5 Asentohoito**

Asentohoidon tarkoituksena on erityisesti ehkäistä painehaavojen syntymistä sekä keuhkokuumeen ja kontraktuurin syntymistä. Asentohoidon avulla pystytään vuodepotilaalle lisäämään oman kehon tuntemusta sekä tukea asennoilla erilaisia toi-

mintoja. Asentohoidossa tulisi huomioida potilas yksilöllisesti eikä pelkästään hänen vammaa tai sairautta. Asentohoito toteutetaan yleensä melko rutiininomaisesti eikä mietitä, miksi näin tehdään. Potilas on tällöin usein passiivisessa roolissa, jolloin hänet laitetaan tietynlaiseen asentoon, miettimättä asentoa kovin tarkasti. Asentohoidossa käytetään paljon pehmeitä tyynyjä tukemaan erilaisia asentoja. Pehmeillä tuilla on negatiivinen vaikutus kehon hahmottamiseen. Jos ihminen ei pysty hahmottamaan omaa kehoaan, ei hän pysty myöskään tietoisesti liikuttamaan itseään. Liikkumattomuus voi lisätä myös kehon jännittyneisyyttä, kipua, passiivisuutta sekä levottomuutta ja sitä kautta heikentää kehon vitaalielintoimintoja. (Hagström 2015.)

Kinestetiikassa potilas nähdään yksilönä ja hänen voimavarat huomioidaan. Hän on sen hetkisen tilansa ja kykyjensä mukaan aktiivisesti mukana asentohoidossaan. Asentohoidossa hyödynnetään ja tuetaan ihmisen oma luonnollista liikkumista. Tämä helpottaa sekä hoitajan että asiakkaan fyysistä kuormitusta. Alustat ja tuet ovat napakkaa materiaalia, jotka helpottavat kehon hahmottamista. Ja tukevat potilaan omaa liikkumista. (Hagström 2015.)

#### **4.6 Asentohoito ja dekubituspatja**

Dekubituspatjojen vaikutusta ihmisen asentohoitoon ja kehon hahmottamisen mukaan on tutkittu. Erään pilottitutkimuksen mukaan liian pehmeät patjat rajoittavat ihmisen liikehdintää, oman kehon hahmottaminen häiriintyy, inhimilliset tekijät kuten havainnointikyky heikentyy. Tulokset ovat tärkeitä, koska erityisesti liikehdinnän väheneminen tai sen puuttuminen altistavat painehaavojen synnylle. Dekubituspatjojen on todettu vähentävän kehoon kohdistuvaa painetta verrattuna normaaliin patjaan, ja vähentäen näin makuuhaavojen syntyä. Tärkeintä on kuitenkin huomioida potilaan oma liikuntakyky hoidonarvioinnissa. (Knobel 1996.)

Kun ihmisen kehontuntemus on häiriintynyt, hän ei välttämättä enää tunnista kehon eri osia, esimerkiksi missä hänen kädet tai jalat ovat ja tällöin liikkuminen vaikeutu. Keholla täytyy olla napakka tukipinta, joka tukee kehon hahmotusta ja omatoimista liikkumista. Dekubituspatjalla potilaan liikuttaminen on vaikeampaa

ja raskaampaa myös hoitohenkilökunnalle. Dekubituspatjaa käyttäessä tulee muistaa liikuttaa potilasta ja tukea hänen omatoimista liikumistaan. Myös säännöllisen asento-hoidon toteutus on tärkeä, sillä pelkkä patja ei estä painehaavan sntyä. (Hagström 2015.)

Ihmisen sisäinen kinesteettinen aistisysteemi tarvitsee informaation kehostamme, joita saadaan kosketuksesta ja liikkeistä. Kun ihminen ei pysty tunnistamaan kehoaan, ei hän pysty myöskään liikuttamaan sitä. Siksi jokainen asennon muutos on tärkeä viesti aistisysteemillemme. (Hagström 2015.)

## 5 PAINEHAAVA

Painehaavaksi kutsutaan ihon tai ihonalaiskudoksen paikallista vauriota, joka on aiheutunut siihen kohdistuneesta paineesta, venytyksestä tai hankauksesta. Potilaan maataessa tai istuessa, haava kehittyy tyypillisesti kohtaan, jossa on luinen uloke. Myös potilaan muut taustalla olevat sairaudet saattavat aiheuttaa painevaurion. Akuutisti sairastunut potilas saa painehaavan useimmiten ensimmäisten hoitopäivien aikana. Erityisesti alttiita ovat esimerkiksi tehohoitoa tarvitsevat potilaat, jotka jäävät vuodepotilaiksi. (Juutilainen & Hietanen 2002, 186.)

Tärkein painehaavan etiologisista tekijöistä on, kun staattinen ulkoinen paine pitkittyy ja on kohtisuoraan luisen ulokkeen kohdalla. Kudospaine nousee ja ylittää kapillaarien sulkeutumispaineen, joka johtaa kudosiskemiaan, ja sen jälkeen palautumattomaan kudonekroosiin. Ihon pinta sietää paremmin paineennousua kuin lihaskudos. (Juutilainen & Hietanen 2002, 187.)

Tangentiaalisilla voimilla katsotaan myös olevan merkitystä painehaavan syntymiseen. Kun sängynpäätä nostetaan tai potilasta siirrellään sängyssä, syntyy tällaisia voimia. Tangentiaalisista voimista syntyy kitkan takia hankautumista sekä syvissä kudoksissa ilmenee venyttymistä ja verenkierron häiriöitä. (Juutilainen & Hietanen 2002, 187.)

Kun ihminen on terve, vaihtaa hän asentoa nukkuessaankin. Suurin riskitekijä painehaavan syntyyn on liikkumattomuus, joka johtuu esimerkiksi liikuntakyvyttömyydestä. Vanhusten kudokset ovat alttiimpia painehaavoille. (Juutilainen & Hietanen 2002, 188.)

Painehaavan akuuttivaiheessa iho on punoittava ja kuumottava, mutta kuitenkin ehjä. Haava syntyy vähitellen kuolioon menneen kudoksen hajotessa. Lopuksi haava saattaa olla lihakseen tai luuhun ulottuva haava. (Juutilainen & Hietanen 2002, 188,190.)

Tärkeimmät painehaavan ehkäisykeinot ovat paineen poistaminen, alentaminen ja jakaminen kudokselta. Nämä keinot mahdollistuvat hyvällä asento- ja liiketoiminnalla sekä erikoisapuvälineillä. Potilaalla tulisi kuitenkin olla päivittäin asento- ja liikehoitoja, jotta normaalit liikeradat säilyvät. Paine tulee poistaa kokonaan alueelta, josta punotus ei häviä asentoa vaihtamalla tai haava on jo muodostunut. Aluetta ei tule hieroa, koska se aiheuttaa lisää painetta ja kitkaa luun ja ihon välillä aiheuttaen kudosturvotusta sekä mahdollisesti rakkalamuodostusta. (Juutilainen & Hietanen 2002, 194-196.)

## 6 TUTKIMUKSEN ETIIKKA

Tutkimusta tehtäessä eettisyys on ydinasia kaikessa tieteellisessä toiminnassa. Normatiivinen etiikka pyrkii vastaamaan kysymyksiin oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. Tutkimuksen eettisyys on sitouduttu turvaamaan Suomessa Helsingin julistuksen 1964 mukaisesti. Tämä julistus on kansainvälisesti hyväksytty etiikan ohjeistukseksi. Tutkimusetiikka voidaan jakaa tieteen sisäiseen ja sen ulkopuoliseen. Tieteen sisäisellä etiikalla tarkoitetaan tieteenalan luotettavuutta ja todellisuutta, jolloin tarkastellaan suhdetta tutkimuskohteeseen, sen tavoitteeseen ja koko tutkimusprosessiin. Tietynlainen perusvaatimus on, ettei tutkimusaineistoa luoda tyhjästä tai väärennetä. Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka käsittelee alan ulkopuolisten seikkojen vaikuttavuutta tutkimusaiheen valintaan sekä sen tutkittavuuteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-173.)

Tutkimuksen periaatteita määrittelee kahdeksan eettisen vaatimuksen lista. Tutkijalta vaaditaan älyllistä kiinnostusta uuden informaation hankkimisesta. Tutkijan on perehdyttävä tunnollisesti alaansa, jotta tutkijan välittämä informaatio olisi luotettavaa. Tutkijan on toimittava rehellisesti, jolloin hän ei syyllisty vilppiin. Tutkimus ei saa tuottaa kohtuutonta vahinkoa. Ihmisarvoa tulee kunnioittaa huomioiden myös moraaliset arvot. Tutkijalta vaaditaan sosiaalista vastuuta, jolloin hänen tulee vaikuttaa siihen omalta osaltaan, että tieteellistä informaatiota käytetään eettisesti oikein. Tutkijan tulee edistää ammatinharjoitusta, joka puolestaan edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia. Tutkijan tulee arvostaa kollegoitaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-184.)



## 7 OHJAUS

Tässä luvussa käsitellään kirjallista ohjausmateriaalia sekä ohjauksen etiikkaa. Kirjallinen ohjausmateriaali käsittelee, millainen on hyvä opas. Ohjauksen etiikka määrittelee ohjaukseen liittyviä eettisiä näkökulmia. (Kynäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 124-127, 153.)

### 7.1 Kirjallinen ohjausmateriaali

Kirjallinen ohjausmateriaali käsittää erilaiset kirjalliset oppaat ja ohjeet. Niiden pituus vaihtelee yhdensivun mittaisista ohjeista useampisivuisiin oppaisiin. Ohjeiden on hyvä olla saatavana myös kirjallisena, jolloin niihin voi palata myöhemmin itseksensä. (Kynäs ym. 2007, 124.)

Kirjallisen ohjausmateriaalin on oltava selkeää ja ymmärrettävää sisällöltään ja kieliassultaan. Sanojen ja lauseiden tulee olla mahdollisimman lyhyitä. Kirjallinen ohje on selkeä ja ymmärrettävä silloin, kun siinä ilmoitetaan kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä sen tarkoitus on. Konkreettiset esimerkit ja kuvaukset selkeyttävät käsiteltävää asiaa. Jotta ohjeen sisältö pysyy rajallisena, tulee ohjeessa olla vain aiheen pääkohdat. Ohjeen tulisi vastata kysymyksiin ”mitä?”, ”miksi?”, ”miten?”, ”milloin?” ja ”missä?”. (Kynäs ym. 2007, 125-127.)

Ohjeisiin voidaan liittää kuvia, kaavioita ja taulukoita, jotta ymmärrettävyys parane (Kynäs ym. 2007, 127). Kuvat tulisi tekstittää, koska kuvatekstit helpottavat kuvan ymmärtämistä. Hyvässä kuvatekstissä esiintyy jotain sellaista, mitä ei voi suoraan nähdä kuvasta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 40.) Väreihin ja kokoon kannattaa kiinnittää huomiota ohjeen tekemisessä (Kynäs ym. 2007, 127). Värillisellä ohjeella on todettu olevan parempi vaikutus kuin mustavalkoisella (Eloranta & Virkki 2011, 76).

## 7.2 Ohjauksen etiikka

Etiikassa on kysymys hyvästä elämästä, oikeudenmukaisuudesta, ihmisarvon kunnioittamisesta, hyvän tekemisestä ja perusteltavuudesta. Moraalinen hyvä ja oikeaa koskevat käsitykset ja teoriat ovat liitetty aina etiikkaan. Etiikka tarkoittaa tottumuksia, tapoja ja rajoituksia, jotka määräävät ihmisten tekoja oikeasta ja väärästä. Etiikkaa ja moraalia on vaikea määritellä, mutta jokaisella on oma käsitys mikä on oikein ja mikä väärin. (Kyngäs ym. 2007, 153.)

Hoitajilla on oma ammattietiikkansa, joka määrittää, kuinka he kohtaavat ja hoitavat potilaansa. Lisääntynyt tiedon saanti Internetistä luo haasteita hoitotilanteisiin ja hoitajan eettiseen käyttäytymiseen. Tämä johtaa siihen, että potilaat ovat entistä tietoisempia asioista, joka vaikuttaa hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Hoitajalla on kuitenkin jo ammattinsa puolesta erilainen tietämys ja vastuu hoitosuhteessa. (Kyngäs ym. 2007, 153,155.)

Ohjaustilanteessa esiintyvät eettiset kysymykset ovat asiakkaan oikeus, yksilöllisyys, vapaus ja se mitä on hyvän edistäminen. Ohjaustilanteessa tulee miettiä, miten huomioidaan ja säilytetään potilaan hallinta omaan elämäänsä ja yksilöllisyyteensä. Potilaalla on myös vapaus valita omat arvovalinnat tietoisena seurauksista ja suojella omaa yksityisyyttään. (Kyngäs ym. 2007, 154.)

Hoitajalla on ammattilaisen vastuu omaan toimintaansa. Kun potilas ei pysty ottamaan vastuuta omasta hoidosta, esimerkiksi mielenterveys potilaat tai muistisairaat, eettiset kysymykset nousevat tällöin erittäin merkittäviksi. Toiminnan on oltava oikeaa ja eettisesti kestävää sekä näyttöön perustuvaa. Potilaalla on oikeus saada aina luotettavaa ja tutkittua tietoa. (Kyngäs ym. 2007, 154-155.)

Eettiseen työskentelyyn kuuluu eettinen tietoisuus ja kyky kohdata tilanteet pohti-en omaa työskentelyä eettisesti. Arvojen selkiyttäminen, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä harmin tuottamisen välttäminen kuuluvat eettiseen tietoisuuteen. Hoitajan ymmärrys lainsäädännöstä selkeyttää eettistä työskentelyä. Hoitajan tulee olla tietoinen omista voimavaroistaan, jotta voi edistää potilaan hyvin-

vointia. Jokainen hoitaja on itse vastuussa omasta eettisyydestään. (Kyngäs ym. 2007, 154-155.)

Hyvä eettinen ympäristö tukee hoitosuhdetta ja ohjaamista. Moniammatillisen tiimin tulee käyttää terveydenhuollon voimavaroja tarkoituksenmukaisesti. Tämä käsittää kattavan perehdytyksen ohjaukseen, käyttäen apuna erilaisia apuvälineitä, esimerkiksi ohjauksen tukena käytettävä materiaali. Eettisen ohjausympäristön tarkoituksen on taata hoidon ja ohjauksen vaikuttavuus ja tehokkuus. (Kyngäs ym. 2007, 157.)

## 8 PROJEKTIN TOTEUTUS

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin valitsemalla aihe. Opinnäytetyössä haluttiin tuottaa opas, josta on hyötyä käytännön hoitotyössä. Aihe saatiin opinnäytetyön ohjaajalta, joka ehdotti aihetta opinnäytetyön tekijöille. Tekijöillä oli jo aiempaa kiinnostusta aiheesta. Aihe rajattiin ohjaavan opettajan ja Vaasan keskussairaalan yhdyshenkilön kanssa. Osastonjohtaja hyväksyi aihelupa-anomuksen toukokuussa 2014.

Aiheen valinnan jälkeen, opinnäytetyön tekijät kävivät keskustelemassa yhdyshenkilön kanssa Vaasan keskussairaalassa oppaan sisällöstä. Tekijät osallistuivat myös kinestetiikan koulutuspäivään syksyllä 2014, johon yhdyshenkilö tekijät kutsui. Koulutuspäivässä tekijät saivat itse kokeilla kinestetiikan menetelmiä käytännössä.

Keväällä 2015 laadittiin toiminnallisen opinnäytetyön työsuunnitelma. Tekijät kävivät uudelleen tapaamassa yhdyshenkilöä ja syventämässä oppaan sisältöä sekä kinestetiikan teoria osuutta. Tutkittua tietoa kinestetiikasta löytyi niukasti. Tekijät saivat yhdyshenkilöltä saksankielisiä artikkeleita, jotka käsittelivät kinestetiikkaa ja painehaavoja. Tekijät saivat tuttavaltaan apua artikkeleiden suomentamisessa. Tekijät käyttivät paljon kinestetiikkayhdistyksen verkkosivuja, johon alan asiantuntijat ovat kirjoittaneet. Alan kirjallisuutta on käytetty runsaasti muuhun opinnäytetyön teoriatietoon. Kinestetiikan teoria osuuteen on saatu tietoa keskustelemalla kinestetiikan kouluttajan, Vaasan keskussairaalan fysioterapeutti Kirsi Hagströmin kanssa. Hagströmin koulutuksessa käytettyä luentomateriaaleja on myös käytetty.

Työsuunnitelma lähetettiin Vaasan keskussairaalan opetusylihoitajalle kesällä 2015, jolloin työsuunnitelma myös hyväksyttiin. Opinnäytetyö tehtiin syksyllä 2015.

## **9 PROJEKTIN ARVIOINTI**

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön edistymistä ja toteutumista. Opinnäytetyön edistyminen on ollut hidasta, koska tekijät ovat viettäneet paljon aikaa eri paikkakunnilla, muun muassa työharjoitteluiden ja töiden vuoksi. Opinnäytetyötä alettiin työstämään kunnolla keväällä 2015 ja jatkettiin syksyllä.

### **9.1 Opinnäytetyön tarkoituksen toteutuminen**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa asentohoito-opas Vaasan keskussairaalan sisäisille verkkosivuille kinestetiikan merkityksestä painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Asentohoito-opas julkaistaan intranetissä, josta osastot voivat ottaa sen käyttöön.

### **9.2 Opinnäytetyön tavoitteiden toteutuminen**

Opinnäytetyön tavoitteena oli ennaltaehkäistä painehaavojen syntymistä asentohoito-oppaan avulla sekä lisätä potilasturvallisuutta. Tekijät ovat tuottaneet asentohoito-oppaan, jonka käyttöön ottamista ei voida vielä arvioida. Tekijät ovat itse tyytyväisiä oppaaseen ja sen selkeyteen.

### **9.3 Opinnäytetyön prosessin arviointi**

Opinnäytetyön tekijät tekivät SWOT-analyysin, joka löytyy luvusta 3. Tässä luvussa käsitellään SWOT-analyysin toteutumista.

SWOT-analyysissa kerrotut vahvuudet ovat pysyneet samoina koko opinnäytetyöprosessin ajan. Tekijöiden mielenkiinto aiheeseen on kasvanut opinnäytetyön edetessä. Aihe on edelleen ajankohtainen, eikä aiempaa opasta aiheesta löydy.

SWOT-analyysissa kerrotut heikkoudet ovat toteutuneet opinnäytetyöprosessissa. Tutkittua tietoa aiheesta ei vielä ole, ja tekijät saivat apua saksankielisten lähteiden suomentamiseen tuttavaltaan. Tekijöiden eri paikkakunnat sekä yhteisen aikataulun löytäminen on ollut erittäin haastavaa.

SWOT-analyysissa kerrotut mahdollisuudet ovat parantuneet opinnäytetyön aikana. Alun perin asentohoito-opas piti tuottaa vain tietyille osastoille, projektin edetessä opas päätettiin julkaista intranetissä. Tällöin myös kustannukset pysyvät alhaisena ja mahdollisimman moni hyötyy oppaasta. Tekijät ovat kokeneet opinnäytetyöstä olevan hyötyä käytännössä, kuten viime kesän kesätoissa.

SWOT-analyysissa kerrotut uhat ovat osittain pienentyneet, koska opas julkaistaan sisäisillä verkkosivuilla, jolloin kaikki osastot voivat käyttää opasta. Oppaan käyttämättömyys koettiin aluksi uhaksi. Aikataulussa pysyminen oli haastavaa niin kuin alussa tekijät pohtivat.

#### **9.4 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettiset kysymykset**

Opinnäytetyössä on neljä lähdettä, jotka ovat julkaistu ennen vuotta 2010. Tekijät ovat kokeneet lähteet kuitenkin tärkeiksi ja teorian olevan ajantasainen. Kinesteetikasta on vähän lähteitä, jonka vuoksi tekijät ovat käyttäneet vanhempia lähteitä. Alan kirjallisuutta on käytetty. Lähteiden käytössä on pyritty välttämään plagiointia. Tekijät ovat tehneet opinnäytetyön Vaasan ammattikorkeakoulun kirjallisten ohjeiden mukaan. Tekijät testasivat asentohoito-oppaan ymmärrettävyyttä muutamalla hoitoalalla työskentelevällä.

Eettisyyttä on opinnäytetyössä noudatettu. Opinnäytetyön tekijät ovat olleet kiinnostuneita aiheesta. Tekijät ovat olleet aktiivisesti yhdyshenkilön kanssa yhteydessä, osallistuneet koulutuspäiviin sekä ottaneet oppaan valokuvat asiantuntijan läsnä ollessa. Opinnäytetyön tekeminen ei ole aiheuttanut vaaraa tai haittaa ihmiselle eikä ympäristölle. Opinnäytetyössä on varmistettu asiantuntijoilta, että teoriatieto on luotettavaa. Opinnäytetyön tekijät ovat suhtautuneet toisiinsa arvostavasti. Asianosaisilta on kysytty lupa nimien julkaisemiseen opinnäytetyössä. Saksankieliset lähteet on pyritty suomentamaan mahdollisimman hyvin. Opinnäytetyön kääntäjällä on kymmenen vuoden opiskelutausta saksan kielestä.

## LÄHTEET

- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki. Tammi.
- Haderer, G. 2006. Schriftliche Abschlussarbeit im Rahmen der Sonderausbildung in der Intensivpflege. Lenzing.
- Hagström, K. Luentomateriaali. 2015. Vaasan keskussairaala.
- Hantikainen, V. & Lappalainen, R., yhteistyössä Suomen Kinestetiikkayhdistys ry:n Kinestetiikka Kouluttajien ja tuutoreiden kanssa. 2011. Kinestetiikan peruskurssin työkirja. Suomen Kinestetiikkayhdistys ry.
- Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2002. Haava. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hurlimann, B., Buhlmann, J., Trachsel, E., Bana, M. & Frei, I. 2011. Dekubitusprophylaxe bei erwachsenen Patienten – wissenschaftliche Grundlagen. Viitattu 8.5.2015. [https://www.unispitalbasel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Ressorts/Entw\\_Gesundheitsberufe/Abteilungen/Publikationen/2011/dekubitusprophylaxe-artikel-printernet-092011.pdf](https://www.unispitalbasel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Ressorts/Entw_Gesundheitsberufe/Abteilungen/Publikationen/2011/dekubitusprophylaxe-artikel-printernet-092011.pdf).
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Knobel, S. 1996. Wie man sich bettet, so bewegt man. Viitattu 6.5.2015. <http://www.kinaesthetics.ro/fachartikel/Wie%20man%20sich%20bettet,%20so%20bewegt%20man2.pdf>.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- L 25.7.1986/585. Potilasvahinkolaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 6.5.2015. <http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilasvahinkolaki>
- Silvferberg, P. 2007. Ideasta projektiksi projektinvetäjän käsikirja. Helsinki. Konsulttitoimisto Planpoint Oy. Viitattu 6.5.2015 <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>.
- Soppi, E. 2014. Ehkäise painehaavan syntyminen. Suomen lääkärilehti. 46, 3038
- Suomen Kinestetiikkayhdistys Ry 2014.