



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Pia-Marika Ojala

Vammaistyön henkilöstön avustustaitojen voimavaralähtöinen kehittyminen ja työn keveneminen kinestetiiikan ohjauksen avulla

Opinnäytetyö

Kevät 2023

Sosiaali- ja terveysala (ylempi AMK), Kehittäminen ja johtaminen



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Sosiaali- ja terveystieteiden (ylempi AMK), kehittäminen ja johtaminen

Tekijä: Pia-Marika Ojala

Työn nimi: Vammaistyön henkilöstön avustustaitojen voimavaralähtöinen kehittyminen ja työn keveneminen kinestetiikan ohjauksen avulla

Ohjaaja: Katriina Kuhalampi

Vuosi: 2023

Sivumäärä: 66

Liitteiden lukumäärä: 4

Vammaisalalla työskentely on tiivistä työskentelyä asiakkaan parissa, hänen yksilöllisiä tarpeitansa tukien. Vammaisalan työ on monipuolista, kokonaisvaltaista ja tavoitteellista, mutta usein myös hoitotyöntekijöitä kuormittavaa. Raskaat siirrot ja avustustilanteet kuuluvat hoitohenkilöstön jokapäiväiseen työhön. Apua hoitotyön kuormittavuuteen voidaan hakea kinestetiikan avulla.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää vammaistyön hoitohenkilöstön voimavaralähtöisiä avustustaitoja kinestetiikan ohjauksen myötä. Tarkoituksena oli lisätä vammaistyön hoitohenkilöstön tietämystä ja taitoa voimavaralähtöisestä avustusmenetelmästä, eli kinestetiikasta, sekä tuoda sen avulla helpotusta vammaistyön fyysiseen kuormittavuuteen.

Tämä opinnäytetyö tehtiin laadullisena tutkimuksena, jossa oli piirteitä toimintatutkimuksesta. Aineisto kerättiin teemahaastatteluiden avulla. Alkuhaastatteluissa haastateltiin kaksi (2) ryhmää, joissa osallistujia oli yhteensä 11. Alkuhaastatteluiden tuloksien pohjalta pidettiin viisi (5) kinestetiikan ohjausryhmää. Ohjausryhmien jälkeen tehtiin uudet teemahaastattelut, joissa oli kaksi (2) ryhmää, yhteensä 10 haastateltavaa. Haastatteluissa kartoitettiin, mitä työntekijät olivat oppineet kinestetiikasta ja oliko kinestetiikan avulla saatu vammaistyön kuormittavuuteen apua. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tuloksista nousi esille, että vammaistyön hoitohenkilöstöä kuormitti hoitotyössä asukkaiden avustaminen ja raskaat siirrot. Myös kiireen tunne, työn hektisyys ja asukkaiden moninaiset tarpeet koettiin kuormittavuutta lisäävänä tekijöinä. Vammaistyön henkilöstö tiedosti kinestetiikan voimavaralähtöiseksi tavaksi tuoda helpotusta hoitotyöhön. Kinestetiikan periaatteiden sisäistämisen ja ohjauksen myötä hoitotyön kuormitus väheni, kun asukkaan omat voimavarat osattiin ottaa käyttöön. Kinestetiikka huomattiin olevan koko hoitotyön keskiössä ja läsnä jokaisessa kohtaamisessa.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että työ vammaisalalla on kuormittavaa niin fyysisesti, kuin psyykkisesti. Kuitenkin kinestetiikan perusajatuksen sisäistäminen yhdessä kinestetiikan harjoittelun myötä vähentävät työn kuormittavuuden tunnetta. Kinestetiikan jalkauttaminen työyhteisöön vaati kuitenkin aikaa, toistoja ja ohjausta.

¹ Asiasanat: vammaistyö, hoitotyön kuormittavuus, voimavaralähtöisyys, ohjaus, kinestetiikka

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Degree programme: Master's Degree Programme in Development and Management of Social Work and Health Care

Author: Pia-Marika Ojala

Title of thesis: Resource-driven development of disability support skills and facilitation of work through kinesthetic guidance

Supervisor: Katriina Kuhalampi

Year: 2023

Number of pages: 66

Number of appendices: 4

Working in the disability sector means working closely with the client, supporting their individual needs. Work in the disability sector is multifaceted, holistic and goal-oriented, but often also stressful for care workers. Heavy transfers and assistance situations are part of the daily work of care staff. Kinesthetics can help to reduce the stress of care work.

The aim of this thesis was to develop the resource-based assistance skills of nursing staff in disability work through kinesthetic guidance. The aim was to increase the knowledge and skills of disability nursing staff in the use of the resource-based assistance method, kinesthetics, and to provide relief from the physical strain of disability work.

This thesis was conducted as a qualitative study with features of action research. The data was collected through thematic interviews. Two (2) groups were interviewed during the initial interviews, with a total of 11 participants. Based on the results of the initial interviews, five (5) kinesthetic guidance group sessions were held. After the guidance sessions, new thematic interviews were conducted with two (2) groups, with a total of 10 interviewees. The interviews explored what the workers had learned about kinesthetics and whether kinesthetics had helped with the burden of disability work. The data was analysed using inductive content analysis.

The results showed that nursing staff in disability work were burdened by assisting residents and heavy transfers in nursing work. A sense of urgency, the hectic nature of the work and the multiple needs of the residents were also perceived as factors that increased the burden. Disability workers recognised kinesthetics as a resource-based way to bring relief to care work. By internalising the principles of kinesthetics and providing guidance, the burden of care was reduced as the resident's own resources were harnessed. Kinesthetics was found to be at the heart of all nursing and present in every encounter.

In conclusion, work in the disability sector is physically and psychologically demanding. However, the internalisation of the basic idea of kinaesthetics, together with the practice of kinaesthetics, reduces the feeling of strain in the work. However, introducing kinesthetics into the work community required time, repetition and guidance.

¹ Keywords: work with people with disabilities, the strain of care work, resource orientation, guidance, kinesthetics

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo	6
Käytetyt termit ja lyhenteet.....	7
1 JOHDANTO	8
2 HOITOTYÖ VAMMAISALALLA	10
2.1 Vammaisuus käsitteenä	10
2.2 Vammaistyötä ohjaavat lait ja säädökset	12
2.3 Vammaisalan muutoksia yhteiskunnassa.....	13
2.4 Vammaisalan hoitotyön perusteet	15
3 KINESTETIIKKA AVUKSI HOITOTYÖN KUORMITTAVUUTEEN	19
3.1 Hoitotyön haasteet ja kuormittavuus	19
3.2 Asiakkaan voimavarat ja toimintakyvyn arviointi.....	21
3.3 Vammaisalan hoitotyön voimavaralähtöisyys kinestetiiikan näkökulmasta	23
3.4 Hoitohenkilöstön toiminnallinen ohjaus kinestetiiikan avulla	28
4 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA KEHITTÄMISKYSYMYKSET	31
5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	32
5.1 Menetelmälliset valinnat	32
5.2 Kehittämistyön eteneminen	34
5.3 Kehittämistyön toimintaympäristö	36
5.4 Teemahaastattelu aineistonkeruun menetelmänä.....	37
5.5 Aineiston analyysi sisällönanalyysin avulla	38
6 TULOKSET	40
6.1 Alkutilanteen teemahaastatteluiden tulokset	40
6.1.1 Vammaistyön kuormittavat tekijät	40
6.1.2 Vammaistyön voimavaroja lisäävät tekijät	43
6.1.3 Vammaistyön henkilöstön tietämys kinestetiiikasta	44

6.2	Ohjaustilanteet tulosten mukaan	45
6.3	Tulokset ohjaustilanteiden jälkeisistä teemahaastatteluista	46
6.3.1	Vammaisalan hoitotyön keveneminen kinestetikan avulla	47
6.3.2	Vammaistyön henkilöstön tiedon lisääntyminen kinestetikasta	49
7	TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	51
8	POHDINTA.....	55
8.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	55
8.2	Kehittämistyön prosessin pohdinta.....	57
8.3	Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusehdotukset.....	58
	LÄHTEET	59
	LIITTEET	66

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Kehitysvammaiset pitkäaikaisasukkaat laitoshoidossa	15
Kuvio 2. Perus- ja lähihoitajien työn kuormitustekijät	20
Kuvio 3. Yksilöllisen toimintakyvyn osatekijät ja rakenne (AAIDD)	21
Kuvio 4. Kinestetiikan käsitteet	24
Kuvio 5. Ohjaus oppimisprosessina	28
Kuvio 6. Toimintatutkimuksen spiraalimalli	33
Kuvio 7. Kehittämistyön vaiheet	35

Käytetyt termit ja lyhenteet

THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö.
YK	Yhdistyneet kansakunnat.
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities, vammais- soikeussopimus. YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuk- sista.
Kinestetiikka	Voimavaralähtöinen ihmisen luonnolliseen liikkumiseen, aistitoimin- toihin, vuorovaikutukseen ja kehokommunikaatioon perustuva toi- mintamalli.
Kehas-ohjelma	Kehitysvammaisten asumisen ohjelma. Vuonna 2010 alkanut oh- jelma, jonka avulla laitoshoidon pyrittiin vähentämään ja kokonaan poistamaan.
TOIMI-menetelmä	Menetelmä psykososiaalisen toimintakyvyn kuvaamiseen. Käytetään vammaispalveluissa.
AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, jonka määritelmään kehitysvammaisuudesta TOIMI-menetelmä poh- jautuu.
ALLEA	All European Academies. Euroopan tiede- ja humanististen tieteiden akatemioiden liitto.
TENK	Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

1 JOHDANTO

Vammaisalalla työskentely on kokonaisvaltaista, vammaisen ihmisen elämänkaaren läpikäymistä, aina lapsuudesta nuoruuteen, vanhuuteen ja lopulta hyvään kuolemaan (Suihkonen, 2022, s. 9). Vammaisalalla työskentely on tiivistä työskentelyä asiakkaan parissa, hänen yksilöllisiä tarpeitansa tukien. Vammaistyön arki muovautuu asiakkaan tarpeiden mukaan ja tavoitteena on luoda hänelle hyvän elämä, itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta kunnioittaen. Vammaisalan työ on monipuolista, kokonaisvaltaista ja tavoitteellista, jossa jatkuva ajassa eläminen ja kehittyminen on tärkeää.

Työ vammaisalalla on usein kolmivuorotyötä ja hoitotyö on myös fyysisesti raskasta. Fagerströmin (2013, s. 62) mukaan sosiaali- ja terveysalan työntekijöillä on eniten tuki- ja liikuntaelinvaivoja verrattuna muihin aloihin Suomessa. Hoitoalan työt koetaan myös Rytkösen (2018, s. 23) teoksen mukaan kiivastahtisina ja ergonomialtaan puutteellisina huonojen työasentojen takia. Erityisesti nostot ja siirrot koetaan raskaina, eivätkä työntekijät ehdi palautumaan työn kuormituksesta vapaa-ajallaan. Hoitotyön kuormitusta täytyy pystyä vähentämään, jotta sosiaali- ja terveysalan hoitotyöntekijät pysyvät terveinä, motivoituneina ja innokkaina, sekä pystyvät tarjoamaan asiakkailleen mahdollisuuden elämisen arvoiseen, mielekkääseen ja yksilölliseen elämään.

Apua hoitotyön kuormittavuuteen voidaan hakea kinestetiikan avulla. Kinestetiikka on voimavara- ja liikunta-orientoinen, ihmisen luonnolliseen liikkumiseen, aistitoimintoihin, vuorovaikutukseen ja kehokommunikaatioon perustuva toimintamalli (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 17). Kinestetiikka on amerikkalaisten käyttäytymistieteilijöiden Lenny Maiettan ja Frank Hatchin, sekä sveitsiläisten, saksalaisten ja itävaltalaisien hoitotyöntekijöiden yhdessä kehittämä toiminnan muoto, jonka kehittäminen hoitotyön tueksi alkoi 1980-luvulla (Stenman, 2020, s. 31; Hantikainen & Byysing, 2018, s. 15). Hantikaisen ja Byysingin (2018, s. 16) mukaan kinestetiikan jalkautuminen Suomeen alkoi 1990-luvun lopulla. Sen huomattiin olevan yksi merkittävä tekijä hoitotyön fyysisen kuormittavuuden vähentämiseksi.

Kinestetiikan avulla pyritään löytämään työskentelytapoja, jotka mahdollistavat asiakkaan voimavarojen käytön ja pitävät osaltaan yllä hänen toimintakykyänsä. Kinestetiikan kehittäminen on hoitotyön saralla tärkeä aihe, jonka juurruttamiseen täytyy tukevaisuudessa panostaa. Vanhenevassa väestössä myös vammaiset asiakkaat vanhenevat ja ovat yhä enemmän

autettavia. Hoitohenkilöstön tarvitsema tuki ja ohjaustarve kinestetiikan saralla on suurta, jotta asiakkaan pienimmätkin voimavarat osataan käyttää hyödyksi työntekijöitä kuormittamatta.

Opinnäytetyön tekijä työskentelee Kuusiolinna Terveys Oy:n sosiaalipalveluissa, vammaisten asumisyksikössä palveluvastaavana ja sairaanhoitajana. Asumisyksikössä on 16 asumispaikkaa ja suurin osa asukkaista on vaikeavammaisia, paljon apua ja tukea päivittäisissä toimissa tarvitsevia. Yksikössä työskentelee noin 20 henkilöä hoitotyössä. Ammatiltaan työntekijät ovat lähihoitajia, perushoitajia, sosionomeja tai hoiva-avustajia, työnimikkeenä heillä on ohjaaja. Idea kehittämistyöhön nousi opinnäytetyön tekijän työyhteisöstä. Opinnäytetyön tekijä on osallistunut kinestetiikan tutorkurssille, jossa kinestetiikan suomalainen oppiäiti, Virpi Hantikainen rohkaisi häntä kehittämissideassaan.

Kehittämistyön tavoitteena oli kehittää vammaistyön hoitohenkilöstön voimavaralähtöisiä avustustaitoja kinestetiikan ohjauksen myötä. Tarkoituksena oli lisätä vammaistyön hoitohenkilöstön tietämystä ja taitoa voimavaralähtöisestä avustusmenetelmästä, eli kinestetiikasta, sekä tuoda sen avulla helpotusta vammaistyön fyysiseen kuormittavuuteen. Aineisto kerättiin ryhmissä tapahtuvien teemahaastatteluiden avulla. Aineistosta nousseiden teemojen pohjalta pidettiin viisi ohjaustilannetta työyhteisössä. Ohjausryhmien ja kinestetiikan jalkauttamisen aloituksen jälkeen pidettiin toiset ryhmähaastattelut, joissa kartoitettiin, mitä työntekijät olivat oppineet kinestetiikasta, kuinka he olivat sisäistäneet voimavarojen etsimisen, sekä mitä helpotusta kinestetiikka oli tuonut arkityöhön ja asukkaiden kohtaamiseen.

Kinestetiikasta oli niukasti tietoa saatavilla suomeksi ja varsinkaan sen vaikuttavuutta vammaisalalla ei ollut juurikaan tutkittu. Suurin osa kinestetiikan lähdemateriaalista oli saksaksi tai englanniksi. Vastaavia kinestetiikan tutkimuksia oli toteutettu vanhuspuolella ja osastoilla, kuten Stenmanin (2020), sekä Gattingerin (2017) väitöskirjat. Opinnäytetöitä ammattikorkean ja ylemmän ammattikorkean opinnoista vanhuspuolelle on jonkin verran, mutta niitä ei käytetty lähdemateriaalina

2 HOITOTYÖ VAMMAISALALLA

2.1 Vammaisuus käsitteenä

Kuosma (2018, s. 14) toteaa teoksessaan, vammaisia ihmisiä on arviolta 15 % maailman ihmismäärästä. Vammaiset henkilöt ovat maailman suurin ja syrjityin ryhmä ihmisiä. He joutuvat kokemaan syrjintää, poissulkemista, ennakkoluuloja ja väkivaltaa, sekä heiltä voidaan sulkea pääsy koulutukseen, terveydenhuoltoon ja yhteiskunnallisiin tapahtumiin vammaisuuden takia.

Suomen YK-liiton (2016) määritelmässä Yhdistyneiden kansakuntien (YK) yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD, vammaisoikeussopimus) on kattava, 13.12.2006 hyväksytty ihmisoikeusjulistus. Yleissopimuksen mukaan vammaisille tulee taata samat oikeudet, kuin muillekin kansalaisille. Yleissopimus korostaa vammaisten täysimääräistä yhdenvertaisuutta elämän joka osa-alueella. Suomen YK-liiton mukaan sopimus tuli kansainvälisesti voimaan 3.5.2008. Suomi allekirjoitti sopimuksen maaliskuussa 2007, ensimmäisten maiden joukossa. Sopimuksen on allekirjoittanut yli 130 maata.

YK:n vammaisoikeussopimus määrittelee vammaisuuden

Persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others (United Nations, 2006).

Vammaisiin henkilöihin kuuluvat ne, joilla on pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, jonka vuorovaikutus erilaisten esteiden kanssa voi estää heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa (Suomen YK-liitto, 2016).

Kuosma (2018, s. 19) toteaa teoksessaan, että vammaisuus määritellään fyysisen tai psyykkisen terveyden rajoitteina, joiden takia henkilöllä on vaikeuksia, tai hän ei kykene toimimaan fyysisessä tai sosiaalisessa ympäristössä. Myös vammaispalvelulaissa (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987) määritellään vammaisuus melko samoin sanoin. Laissa vammaisella henkilöllä tarkoitetaan ihmistä, jolla vamman tai sairauden takia on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän

toiminnoista. Laissa kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977) kehitysvammainen määritellään ihmiseksi, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt joko synnynnäisesti, tai sairauden tai vamman seurauksena.

Kuosman (2018, s. 21) teoksen mukaan vammaisuus voidaan jaotella sen perusteella, millä elämän osa-alueella kyseisellä ihmisellä on vaikeuksia. Kuulovammaisella ihmisellä on vaikeus kuulla normaalisti tai kuuloelin on rakenteellisesti vaurioitunut. Kuosman teoksen mukaan näkövammaisen kärsii näön vajavaisuudesta ja siitä on hänelle haittaa jokapäiväisissä toimissa. Näkövammaisuudesta voidaan hänen mukaansa jaotella esimerkiksi näön tarkkuuden ongelmat, värinäön ja kontrastien erotuskyvyn puutokset, sekä silmälihasten toiminnan ongelmat. Äikäs (2012, s. 13) toteaa väitöskirjassaan, että vammaisuuden alana kehitysvammaisuus määritellään yleensä lääketieteellisesti ja jaotellaan lievään, keskivaikeaan, vaikeaan ja syvään kehitysvammaan älykkyyden ja kehityksen mukaan. Saarinen (2012, s. 33) lisää väitöskirjassaan, että kehitysvammaisella on vaikeuksia ymmärtää asioiden abstraktia tarkoitusta, kuten ajan määrittämistä, avaruudellista hahmottamista, matemaattisia ja kielellisiä pulmia, sekä asioiden syy-seuraussuhteita.

Äikäs (2012, s.13) toteaa väitöskirjassaan, että kehitysvammaisuus todetaan yleensä lapsuudessa. Kehitysvammaisuuden syitä voi hänen mukaansa olla ennen synnytystä, synnytyksessä ja syntymän jälkeen tapahtuneet tekijät. Sikiön kehitysvaiheessa kehitysvammaisuutta voivat aiheuttaa kromosomimuutokset tai geneettiset sairaudet, kun taas synnytyksessä syynä voi olla keskushermoston vauriot. Syntymän jälkeen kehitysvammaisuutta voivat aiheuttaa muun muassa infektiot ja psykoosit.

Liikuntavammaisuus voi johtua Kuosman (2018, s. 21) teoksen mukaan esimerkiksi CP-vammaisuudesta, lihassairauksista, synnynnäisistä raajojen puutoksista, selkärangan sairauksista tai onnettomuuksista. Liikuntavamma tuo hänen mukaansa ongelmia jokapäiväiseen elämään liikkumisen ja itsenäisen elämän kannalta. Vammaisuudeksi luetellaan teoksen mukaan myös mielenterveydelliset häiriöt, jotka liittyvät toimintakyvyn heikkenemiseen, sekä neuropsykiatriset erityisvaikeudet, kuten ADHD, autismi, Aspergerin oireyhtymä ja dysfasia. Näissä neuropsykiatrisissa erityisvaikeuksissa on kyse normaaliälyisistä tai normaalia korkeampi älyisistä ihmisistä, joilla on synnynnäisiä neurologisia poikkeavuuksia.

2.2 Vammaistyötä ohjaavat lait ja säädökset

Vammaistyötä ja sen toteuttamista ohjaavat monet eri lait ja säädökset. Suomen perustuslaissa (Perustuslaki 731/1999) on vahvistettu Suomen valtiosääntö, joka turvaa jokaisen kansalaisten ihmisarvon loukkaamattomuuden, yksilön vapauden, oikeudet ja edistää yhteiskunnan oikeudenmukaisuutta. Laki turvaa jokaiselle ihmiselle yhdenvertaisen kohtelun, katso-matta sukupuoleen, ikään, alkuperään, kieleen, uskontoon, vakaumukseen, mielipiteeseen, terveydentilaan, vammaisuuteen tai muuhun henkilöön liittyvään syyhyn. Myös Sosiaalihuoltolaki (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014) edistää vammaisten asemaa yhteiskunnassa. Lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää kansalaisten hyvinvointia, sosiaalista turvallisuutta, vähentää eriarvoisuutta ja edistää osallisuutta. Lain tarkoituksena on myös turvata yhdenvertaiset, riittävät ja laadukkaat sosiaalipalvelut, sekä muut hyvinvointia tukevat toimet. Laki edistää asiakkaan oikeutta hyvään kohteluun ja palveluun sosiaalihuollossa, sekä edistää asiakas-keskeisyyttä.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista, eli niin sanottu vammaispalvelulaki (380/1987) on vanha laki vammaispalveluiden taustalla. Lain tarkoituksena on edistää vammaisen ihmisen edellytyksiä yhdenvertaiseen elämään yhteiskunnassa, sekä ehkäistä ja poistaa haittoja ja esteitä, jotka johtuvat vammaisuudesta. Laki korostaa palvelusuunnittelun merkitystä, jotta vammaisen oma mielipide tulisi huomioitua. Laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977) käsittelee paljon samoja asioita, kuin vammaispalvelulaki. Erityishuollon tarkoituksena on edistää kehitysvammaisen pärjäämistä päivittäisissä toiminnoissaan, toimeentuloa ja yhteiskuntaan sopeutumista. Erityishuollon tarkoituksena on myös turvata kehitysvammaisen ihmisen huolenpito ja hänen tarvitsemansa hoito.

Vammaispalvelulainsäädännön muutokset on ollut jo pitkään eduskunnan käsittelyssä ja hallitusohjelmassa (Eduskunta, 2022). Ohjelman mukaan vammaisten olot ovat parantuneet, mutta yhdenvertaisuus ei edelleenkaan toteudu toiveiden mukaisesti. Haasteena vammaispalveluissa ja niiden suunnittelussa on niiden oikea-aikaisuus ja yksilöllisyys. Näihin ongelmiin haetaan ratkaisua uuden vammaispalvelulain avulla.

Lakiuudistus on hyväksytty eduskunnan toimesta 1.3.2023 ja sen on tarkoitus astua voimaan 1.10.2023 (Kehitysvammaliitto, 2023). Nykyiset lait, vammaispalvelulaki (380/1987) ja kehitysvammalaki (519/1977) ovat edelleen voimassa. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL, 2023) mukaan lakiuudistuksella on tarkoitus tukea vammaisen henkilön yhdenvertaisuutta,

osallisuutta, itsemääräämisoikeuden toteutumista ja osallistumista yhteiskunnan arkeen. THL:n (2023) mukaan lakimuutosten on tarkoitus tuoda tukea vammaiselle itsenäiseen elämään ja turvata yksilölliset, tarpeenmukaiset, laadukkaat ja riittävät palvelut. Tarkoituksena on siirtyä diagnoosin perusteella saatavista palveluista yksilöllisiin tarpeen arviointeihin. Tämä uudistus mahdollistaa uusien, esimerkiksi neuropsykiatristen ryhmien pääsyn palveluiden piiriin.

Uuden lain myötä muutoksia tulee sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin (734/1992), jossa asiakasmaksulain kohtaa muutetaan vastaamaan uuden lain palveluita (Kehitysvammaliitto, 2023). Sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) muutoksia tulee palvelusuunnittelu- ja päätöksentekoprosessien kohdalle. Uusi laki sisältää pykälän vammaisille henkilöille järjestettävistä sosiaalihuollon erityispalveluista, jolloin laki on täydennys palveluita koskevaan sosiaalihuoltolakiin. Lisäksi vammaiset henkilöt ovat myös oikeutettuja kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön mukaisiin palveluihin ja tukeen. Itsemääräämisoikeuden vahvistamista ja perusoikeuksien rajoittamista, sekä tahdosta riippumatonta erityishuoltoa koskeva pykälät jäävät kehitysvammalakiin voimaan aiemman lakimääritelmän mukaisesti.

Uutena palveluna lain myötä tulee esimerkiksi tuettu päätöksenteko (Kehitysvammaliitto, 2023). Palvelun tarkoituksena on, että vammaisen voi itse tehdä ja toteuttaa omaa elämänsä koskevia päätöksiä tarvitsemallaan avulla. Henkilökohtaisen avun ulkopuolelle jäävät vammaiset, jotka eivät pysty itse ilmaisemaan avun tarvettaan ja mielipidettään, ovat uuden lain myötä oikeutettuja erityiseen osallisuuden tukeen. Tämä erityisen osallisuuden tuki on palvelu, joka edistää vammaisen sosiaalista kanssakäyntiä, sekä osallistumista ja osallisuutta oman mieluisan vapaa-ajan harrasteen parissa. Palvelua on järjestettävä henkilön kotona tai kodin ulkopuolella.

2.3 Vammaisalan muutoksia yhteiskunnassa

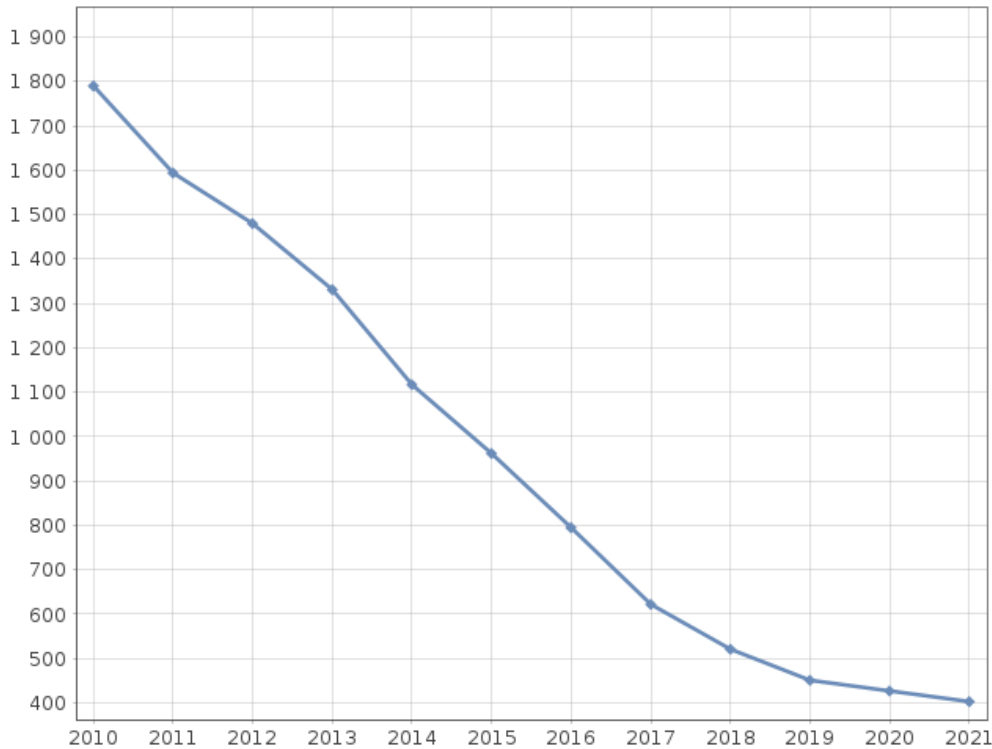
Vesala (2020, s. 13) toteaa julkaisussaan, että viimeisen 50 vuoden aikana vammaisala on muuttunut ja kehittynyt huomasti. Muutokset ovat olleen merkityksellisiä ja koskettaneet koko alaa, niin kehitysvammaisia, heidän palveluitaan ja niitä tarjoavia yrityksiä työntekijöineen. 1900-luvulla laitoshoido oli ainoa asumismuoto, johon vammaisen pystyi muuttamaan kodistaan (Seppälä, 2017, s. 16). Kodista muutettiin yleensä pois vain vaikean vammaisuuden,

käytösongelmien, tai perheen sosiaalisen tai taloudellisen tilanteen takia. Suomen itsenäistyttyä maassa oli noin 300 vaivaistaloa, joissa asui noin 3500 mielisairasta ja vammaista (Seppälä, 2017, s. 24). Mielisairaita ja vammaisia, eli synnynnäisiä tylsämielisiä, kuten silloin kehitysvammaisuus luokiteltiin, kohdeltiin yhtenä ryhmänä. Vasta 1950-luvun jälkeen kehittyvä lääkehoito toi avun mielen sairauksien hoitoon ja samalla mahdollisuuden erottaa toisistaan mielen sairaudesta kärsivät ja kehitysvammaiset.

1960–1980-luvulla suuri määrä vammaisia eli ilman kehitysvamma- tai muita sosiaalipalveluita (Seppälä, 2017, s. 16). Osa jäi ilman palveluita niiden vähyyden vuoksi, osa lievästi kehitysvammaisista pystyivät elämään yhteiskunnassa omin avuin. Siirtyminen laitosasumisesta pienempiin ja yhteisöllisiin palveluihin ja asumisyksiköihin on korostanut asiakaslähtöisyyttä ja yksilöllisyyttä (Vesala, 2020, s. 13). Laitoshoidon purkaminen Suomessa on ollut kuitenkin hidasta. 1990-luvulla laitoshoidossa olevien kehitysvammaisten määrä väheni puolella, mutta niin sanottuja keskuslaitoksia on lopetettu vasta 2000-luvulla.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2012, s. 3–4) julkaisun mukaan valtioneuvosto teki 1.10.2010 periaatepäätöksen, jonka tavoitteena oli vähentää laitoshoidoa huomattavasti 2015 vuoteen mennessä. Tämä kehitysvammaisten asumisen ohjelman (Kehas-ohjelma) laajennettiin vuonna 2012 koskevaksi vuosiin 2015–2020. Ohjelman tarkoituksena oli saada parannusta kehitysvammaisten ihmisten asumiseen ja oikeuksia vaikuttaa omiin asioihin. Tavoitteena oli myös, että vuonna 2020 kukaan kehitysvammaisen ei enää asuisi laitoksessa ja asuminen olisi suunniteltu yksilöllisesti. Julkaisun mukaan tärkeimpiä periaatteita kehitysvamma-alan muutoksissa ovat tietoisuuden lisääminen vammaisten perus- ja ihmisoikeuksista, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, sekä toimintakulttuurin ja palveluiden kehittäminen, jotta myös vaikeimmin vammaisilla on mahdollisuus asua lähiyhteisössä.

Kuviossa 1. on esitelty kehitysvammaisten pitkäaikaisasukkaisen lukumäärä vuosien 2010–2021 ajalta. THL:n (2022a) mukaan pitkäaikaisasukkaiksi määritellään asukkaat, joilla on pitkäaikaishoidon päätös tai he ovat olleet yli 90 vuorokautta hoidossa. Kuvion 1. taulukkoon on laskettu niin sanotut keskuslaitokset ja muut laitosperiaatteella toimivat yksiköt. Ryhmäkoiteja ja muita asumispalveluita ei ole otettu laskuun. Kuvioista 1. huomaa, että Kehas-ohjelma on tuonut parannusta kehitysvammaisten asumisoloihin, mutta kokonaan laitospaikkoja ei päästy vieläkkään purkamaan vuoteen 2021 mennessä ja noin 400 kehitysvammaista asui yhä laitoksissa.



Kuvio 1. Kehitysvammaiset pitkäaikaisasukkaat laitoshoidossa (Sotkanet, 2022)

2.4 Vammaisalan hoitotyön perusteet

Vammaisalalla työskennellään kokonaisvaltaisesti läpi koko vammaisen ihmisen elämänkaaren, lapsuudesta vanhuuteen ja lopulta hyvään kuolemaan (Suihkonen, 2022, s. 9). Vammaisalalla työskentely on tiivistä, työskentelyä asiakkaan parissa, hänen yksilöllisiä tarpeitansa tukien. Työn arki muovautuu asiakkaan tarpeiden mukaan ja tavoitteena on luoda hänelle hyvän elämän arki, itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta kunnioittaen. Vammaisalan työ on monipuolista, kokonaisvaltaista ja tavoitteellista, jossa jatkuva ajassa eläminen ja kehittyminen on tärkeää.

Repo ym. (2006, s. 19–20), sekä Malm ym. (2006, s. 416–417) toteavat teoksissaan, että koko sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden hyvä ammattitaito koostuu tiedosta, taidosta ja asenteesta. Heidän mukaansa tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus liittyvät vahvasti hoitotyön ammatillisuuteen. He nostavat yhdeksi sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden tärkeimmäksi osa-alueeksi hyvät vuorovaikutustaidot. Suihkonen (2022, s. 29) on teoksensa mukaan

vuorovaikutustaitojen tärkeydestä samaa mieltä. Hän toteaa, että vammaisalan henkilöstöltä vaaditaan itsemääräämisoikeuden tukemisen ja toteuttamisen lisäksi muun muassa hyviä vuorovaikutustaitoja ja vaihtoehtoisten kommunikaatiomenetelmien käyttöä, sekä yksilöllistä asiakkaan kohtaamista (Suihkonen, 2022, s. 29). Malm ym. (2006, s. 417) muistuttavat kuuntelemisen merkityksestä ja korostavat myös sanattoman viestinnän tärkeyttä. Keho, olemus, jännitystilat ja ilmeet kertovat enemmän kuin sanallinen viestintä. Sanaton viestintä korostuu monta kertaa juuri vammaistyössä, kun kommunikaation ongelmat ovat helposti läsnä arkipäivässä.

Suihkosen (2022, s. 29) mukaan vammaistyössä tulee osata kohdata myös haastavia asiakkaita ja osaaminen mielenterveys- ja päihdehoitotyössä on hyödyksi. Vammaistyöntekijän tulee olla tietoa itse vammaisuudesta, sekä vammaispalveluiden palvelujärjestelmästä, että lainsäädännöstä. Vammaisalalla työskentelevä tarvitsee myös laajaa ja erityistä osaamista lääkehoidosta. Koska asiakassuhteet ovat yleensä vammaistyössä pitkiä, läpi elämänkaaren kulkevia, myös seksuaalisuus ja ikääntyvien vammaisten hoito ja kuntoutus ovat tärkeitä asioita vammaistyöntekijän osaamisessa.

Erikssonin (2013, s.7) teoksen mukaan laitosasumisen purkamisen on ajateltu lisäävän vammaisen ihmisen itsemääräämisoikeutta. Kuitenkin asumispalveluita säätelee vahvat organisaatiokeskeiset periaatteet ja palvelujärjestelmän rakenteet. Työnteon tavat ovat helposti ruutiinomaisia ja hoivan tarpeen määrittelemiä, ilman asukkaiden omien toiveiden kunnioittamista ja huomioonottamista. Organisaation toimintakulttuurin pohjana on usein toimiva arki, mikä syntyy työntekijöiden työvuoroissa tehtävien toimintojen ympärille, eikä niinkään vammaisten asukkaiden toiveiden mukaisesti.

Teittisen (2010, s. 127) teoksen mukaan vammaistyön sudenkuopat itsemääräämisoikeuden toteutumisessa ovat työntekijöiden ja yksiköiden periaatteet, jolloin esimerkiksi turvallisuus tai terveydenhoito menevät aina asiakkaan itsemääräämisoikeuden edelle. Myös pienet jokapäiväiset valinnat voivat helposti jäädä arjen isojen, itsemääräämisoikeuden nimissä tehtyjen päätösten jalkoihin. Esimerkiksi jokapäiväiset valinnat pukeutumisessa tai ruokailussa määrittellään helposti muiden, kuin asiakkaan omasta näkökulmasta. Kommunikaation ongelmien mukana tuomaa, ymmärtämisen ja ymmärretyksi tulemisen puolta ei aina tulla ajatelleeksi, kun on kyse vammaistyön asiakastilanteesta. Saako vammaisen asiakas todella oman mielipiteensä ja äänensä kuuluviin? Tiettyjen taitojen puuttumisen ja niiden kuntoutuksen kohdalla

voidaan nähdä ongelmia, sillä ihminen nähdään juuri silloin kuntoutujana ja puutteellisena, eikä kokonaisena, ehyenä ihmisenä.

THL:n (2022b) julkaisun mukaan laitospäivätoiminnan jatkuminen on haasteena erityisesti ryhmäkodeissa. Toiminta tulisi aina rakentaa yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden perusteella ilman, että liialliset aikataulutukset ja säännöt sitä rajoittavat. Asiat tulee suunnitella yhdessä asukkaiden kanssa, eikä työntekijälähtöisesti. Myös työntekijöiden työajat tulisi suunnitella sen mukaan, milloin asukkaiden avuntarve on suurinta. Erityisesti vuorovaikutukseen tulee teoksen mukaan kiinnittää huomiota. Rajoittamistoimenpiteiden tarve johtuu usein väärinkäsityksistä ja siitä, että asukasta ei ymmärretä oikein. Ratkaisu moneen rajoittamiseen voidaan löytää vuorovaikutuksen avulla ja sen kautta päästä asioissa eteenpäin turvallisesti.

Vammaistyöntekijä ei enää vanhanaikaisesti tee asioita asiakkaan puolesta, vaan toimii niin sanottuna ohjaajana, tuen tarjoajana ja neuvonantajana (Teittinen, 2010, s. 127). Asiakslähtöisyys on yksi sosiaali- ja terveysalan keskeinen periaate. Asiakkaan kuunteleminen, kuuleminen, yhdenvertaisuus ja tarpeiden mukaan järjestettävät palvelut, kuuluvat jokaisen kansalaisen perusoikeuksiin. Erikssonin (2013, s. 66) teoksen mukaan asiakslähtöisyys vammaistyössä on yksi suuri tavoite, johon tulisi joka päivä pyrkiä. Asiakslähtöisyys nähdään tasa-vertaisen vuorovaikutuksen tuloksena, kun asiakkaan yksilölliset tarpeet, elämäntilanne ja tahtotila otetaan huomioon. Asiakslähtöinen toiminta luo laajan merkityksen asiakkaan elämäntilanteeseen, elämäntilanteeseen ja persoonallisuuteen. Se tuo mukanaan sosiaalisia suhteita, vuorovaikutusta ja osallisuutta, jotka vaikuttavat ja osaltaan muovaavat ihmisen persoonallista identiteettiä.

Moisanen (2018, s. 51) toteaa väitöskirjassaan, että asiakslähtöinen hoitotyö voidaan ajatella neljästä näkökulmasta, joista jokainen vaikuttaa osaltaan siihen, kuinka asiakas kohdataan. Ensimmäisenä vaikuttavana tekijänä on työntekijän oma ammattitaito ja ammatillisuus. Ammatillisuuteen vaikuttavat työntekijän omat arvot ja taito kohdata toinen ihminen. Työntekijän omalla työkokemuksella ja -historialla on vaikutusta siihen, kuinka hän asiakkaansa kohdataa. Hoitoympäristö on toinen näkökulma asiakslähtöisyydessä ja siihen kuuluu yhteinen päätöksenteon mahdollisuus, henkilöstön yhteistyötaidot ja organisaatiolta saatu tuki. Myös Kulmala ym. (2018, s. 101) toteavat tutkimuksessaan organisaation asiakslähtöisyyden tärkeyden. Organisaation asiakslähtöisen kulttuurin luominen ja arvojen siirtyminen esihenkilötasolta työntekijätasolle on ensiarvoisen tärkeää. Kolmantena näkökulmana Moisanen (2018, s. 51) teoksessa nähdään asiakaskeskeiset, aktiiviset hoitotapahtumat. Näiden prosessien

aikana asiakkaita sitoutetaan ja osallistetaan omien asioiden hoitoon. Neljäs näkökulma on tulokset tehokkaasti tehdystä ja asiakaskeskeisestä hoitotyöstä (Moisanen, 2018, s. 51). Niissä näkyy asiakkaiden tyytyväisyys hoitoon, hoitoon osallistuminen, hyvinolontunne ja terapeuttisen ympäristön syntyminen.

Hoitotyö vammaisalalla, kuten myös koko sosiaali- ja terveystalalla, perustuu hoitotyöntekijän vahvaan ammattietiikkaan (Malm ym. 2006, s. 412). Ammattietiikka vaikuttaa vahvasti siihen, millaista käytöstä ja toimintaa alalla toivotaan ja oletetaan saavan. Hoitotyössä ammattietiikka liittyy vahvasti ihmisten kohtaamiseen silloin, kun ihminen on avun tarpeessa tai hänen toimintakyvyssään on puutteita. Hoitotyöntekijän ammattietiikka suojelee haavoittuvia asiakkaita siltä, ettei hoitotyöntekijä käytä toimiessaan liiallista valtaa ja päätäntä. Hoitajan ammattietiikkaan liittyy vahvasti hänen ihmiskäsityksensä. Ihminen tulee nähdä voimavaroina, ei heikkouksina. Jokaisella ihmisellä on omat mahdollisuudet ja halu pyrkiä mielekkääseen elämään ja hänet tulee nähdä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Malmin ym. (2006, s. 415) teoksen mukaan hoitotyön ammattilaisen eettisinä periaatteina voidaan pitää ihmisen yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioittamista, itsemääräämisoikeuden ja itsenäisyyden tukemista, tasa-arvoista ja kunnioittavaa kohtelua, sekä kaikessa toiminnassa oikeudenmukaisuuden edistämistä.

3 KINESTETIIKKA AVUKSI HOITOTYÖN KUORMITTAVUUTEEN

3.1 Hoitotyön haasteet ja kuormittavuus

Työvoimapula tulee olemaan sosiaali- ja terveysalalla tulevaisuuden uhka, jos alan veto- ja pitovoimaan ei saada muutoksia. Vammaistyöntekijöiden sitoutuminen työhön on Hyytiäisen ym. (2015, s. 213) tutkimuksen mukaan kohtalaista. Se on kuitenkin heikentynyt kymmenessä vuodessa ja yli puolet työntekijöistä ovat harkinneet työpaikan vaihtoa vähäisten urakehitysmahdollisuuksien ja ympäristön joustamattomuuden takia. Tutkimuksen mukaan työntekijöiden ikä vaikuttaa suuresti työhön sitoutumiseen ja vanhemmat työntekijät sitoutuvat työhönsä huomattavasti paremmin kuin nuoret (mts. 218). Arvostava johtaminen, suunnitelmallisuus, tasa-arvoisuus, osaamisen arvostaminen, sekä työssä jaksamisen edistäminen lisäävät työssä pysymistä ja siihen sitoutumista (mts. 221).

Sosiaali- ja terveysalan työ on sekä fyysisesti, että psyykkisesti vaativaa (Malm ym. 2006, s. 417; Rytönen, 2018, s. 23). Työ on vuorovaikutteista ja vaatii jatkuvaa yhteistyötä eri toimijoiden kanssa (Malm ym. 2006, s. 417). Vuorovaikutuksellisuus ja sosiaalisuus kuormittaa hoitajia psyykkisesti päivittäin ja asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen on raskasta. Aina ei asiakkaan ongelmaan löydy vastausta, eikä kärsimystä pystytä poistamaan. Tämä tuo psyykkistä kuormitusta hoitotyöntekijöille ja empatiakyvyn, sekä huomioimisen rinnalla hoitajalla täytyy olla hyvä ammattitaito omien voimavarojen tiedostamiseen ja stressinhallintaan.

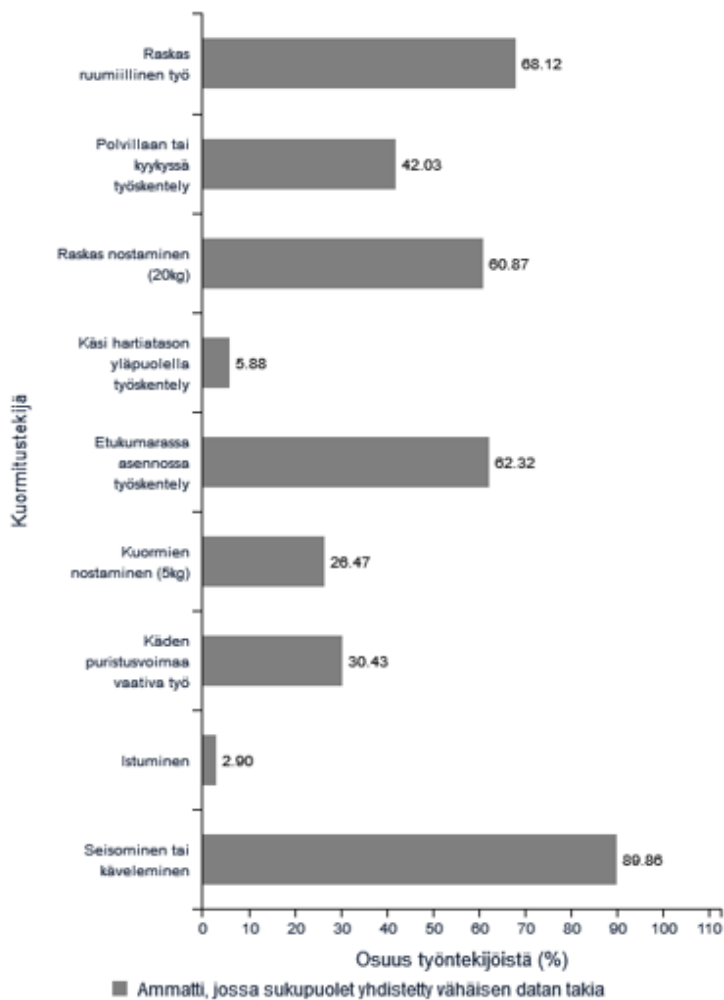
Suomalaisella hoitohenkilöstöllä, sosiaali- ja terveysalan toimijoilla, on eniten liikuntaelinvaivoja muihin aloihin verrattuna. Yleisimmät terveysongelmat ja sairauspoissaolojen syyt ovat selkä-, hartia- ja niskavaivat (Fagerström, 2013, s. 62). Myös Rytönen (2018, s.23) toteaa teoksessaan, että hoitotyö on monesti pakkotahtista ja huonoissa asennoissa, kuten kyyryssä ja kumarassa työskentelyä. Nostot ja siirrot koetaan hoitotyössä erityisen raskaina, eivätkä hoitajat ehdi palautua työn kuormituksesta ja tuntevat itsensä väsyneiksi työn fyysisyyden takia. Fagerströmin (2013, s. 52) väitöskirjan mukaan suurimpia fyysisiä kuormitustekijöitä ovat haastavat työasennot, asukkaiden avustaminen liikkumisessa ja työskentely pitkään seisoen, eli jalkojen päällä olo. Työliikkeiden toistuvuus, ahtaat työtilat ja huonot apuvälineet ovat työn fyysisyyttä lisääviä tekijöitä. Samaan tulokseen ovat tulleet tutkimuksessaan Solovieva ym. (2014, s. 29), kun he toteavat, että hoitotyötä tekevät naiset kokevat hoitotyön kuormitustekijöiksi työn fyysisyyden, raskaat nosto ja hankalat työasennot.

Työterveyslaitoksen (2019) tekemän tutkimuksen (kuvio 2.) mukaan perus- ja lähihoitajat kokivat suurimmiksi ammattikohtaisiksi kuormitustekijöiksi jalkojen päällä olemisen, raskaan ruumiillisen työn, etukumarassa työskentelyn ja yli 20 kg taakan nostamisen. Myös polvillaan tai kyykyssä työskentely, käden puristusvoimaa vaativa työ ja pienten taakkojen (5 kg) nostaminen koettiin kohtalaisiksi kuormitustekijöiksi.

AMMATTIKOHTAISET KUORMITUSTEKIJÄT

Valitse ammatti

51321: Perushoitajat ja lähihoitajat

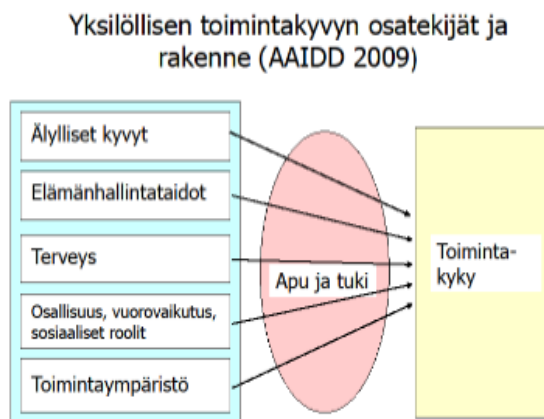


Kuvio 2. Perus- ja lähihoitajien työn kuormitustekijät (Työterveyslaitos, 2019)

3.2 Asiakkaan voimavarat ja toimintakyvyn arviointi

Jouppila-Kupiainen ym. (2014, s. 12) toteavat teoksessaan, että voimavaroja tukevan kuntoutuksen lähtökohtana on asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin ja toiveisiin vastaaminen. He toteavat, että voimavaralähtöisyys edellyttää asiakkaan olemassa olevien voimavarojen tunnistamista, käyttöönottoa ja edistämistä. Jouppila-Kupiainen ym. (2014, s. 8) mukaan toimintakyvyn kokonaisuus muodostuu fyysisistä, kognitiivisista, sosiaalisista ja psyykkisistä voimavaroista. Heidän mukaansa toimintakykyyn vaikuttaa vuorovaikutus yksilön ja ympäristön välillä. Arjen tilanteiden arviointi, asiakkaan toiveiden kuuntelu ja tarpeiden kunnioittaminen ovat oleellisia asioita voimavaralähtöisessä hoitotyössä. Kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tukemiseksi arjen pienet aktiviteetit voivat olla hyvin merkittäviä. Voimavaralähtöinen toiminta hoitotyössä korostaa yksilö- ja yhteisötasolla käyttämättömien voimavarojen etsimistä ja niiden löytämistä (mts. 13).

TOIMI-menetelmää käytetään pääasiallisesti kehitysvammaisen henkilön psykososiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa (Seppälä & Sundin, 2011, s. 5). Menetelmällä pyritään kuvaamaan jokaisen henkilön yksilökohtaista toimintakykyä ja selvittämään hänen voimavarojaan. Käyttäessä TOIMI-menetelmää, tehdään yleinen kuvaus henkilön selviytymisestä hänen asuinoloissaan tai toimintaympäristössään ja elämäntilanteessa. TOIMI-menetelmällä selvitetään henkilön taidot ja voimavarat sekä näiden käyttöä estävät tai haittaavat asiat.



Kuvio 3. Yksilöllisen toimintakyvyn osatekijät ja rakenne (AAIDD) (Seppälä & Sundin, 2011, s. 5)

Teoreettinen pohja TOIMI-menetelmälle perustuu AAIDD:n (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) työryhmän vuonna 2009 julkaisemaan

kehitysvammaisuuden määritelmäkäsikirjaan (Seppälä & Sundin, 2011, s. 5; Seppälä, 2017, s. 57). Tämän määritelmäkäsikirjan mukaisesti yksilöllisen toimintakyvyn osatekijät ovat kuvion 3. mukaisesti älylliset kyvyt, elämönhallintataidot, terveys, osallisuus, vuorovaikutustaidot, sosiaaliset roolit ja toimintaympäristö, sekä näihin asioihin henkilön tarvitseva avun ja tuen määrä.

Älylliset kyvyt määritellään Seppälän (2017, s. 39) teoksessa asiakkaan kyvyiksi käsitellä ympäristöä, siinä tapahtuvia asioita, ottaa selvää asioista ja hahmottaa omaa toimintaansa. Älylliset kyvyt ovat paljon laajempi käsite, kuin yksin akateemiset taidot, niiden suorittaminen ja niissä pärjääminen. Vajavuudet älyllisellä puolella ovat kehitysvammaisuuden yksi peruselementti (mts. 40).

Elämönhallintataidoilla tarkoitetaan Seppälän (2017, s. 40) teoksen mukaan niitä jokapäiväisen elämän taitoja, joita omaksutaan normaalisti tietystä ikävaiheessa. Elämönhallintataitojen arvioinnissa vertauskuvana voidaan käyttää normaalin, samanikäisen ihmisen suoriutumisesta arvioitavista toiminnoista tai tehtävistä. Myös sosiaaliset taidot, käyttäytymisen tavat ja vuorovaikutukseen oppiminen kuuluvat elämönhallintataitoihin. Elämönhallintataitojen opetteluun tulee antaa aikaa ja mahdollisuuksia.

Asiakkaan terveys vaikuttaa hänen toimintakykynsä väistämättä (Seppälä, 2017, s. 40). Kehitysvamman mukana tuomat sairaudet ja toimintakyvyn puutokset tulee huomioida, mutta luoda samalla asiakkaalle parhaat mahdolliset tavat osallistua ja vaikuttaa omaan elämäänsä. Hoidettavien sairauksien tasapainoon pyrkiminen ja lääkitysten sivuoireiden mahdollinen minimointi ovat tärkeässä roolissa. Myös toimintakyvyn ylläpidon muut keinot, kuten esimerkiksi fysioterapia ja toimintaterapia tulee ottaa huomioon.

Sosiaalisen ulottuvuuden mahdollisuudet, kuten sosiaaliin tapahtumiin osallistuminen, sosiaaliset vuorovaikutussuhteet ja asiakkaan oma sosiaalinen rooli, ovat yksi toimintakyvyn vaikuttava tekijä (Seppälä, 2017, s. 41). Asiakkaalle tulisi luoda mahdollisuuksia osallistua halujensa mukaan erilaisiin toimintoihin ja tapahtumiin. Vammaispalveluissa näihin osallistutaan selvästi vähemmän, kuin muissa palveluissa. Sosiaalisten tilanteiden ja roolien merkitys on suuri psykososiaaliselle toimintakyvylle ja liian suppeat mahdollisuudet rajoittavat toimintakykyä. Myös 1.3.2023 hyväksytyssä ja 1.10.2023 voimaan tulevassa uudessa vammaispalvelulaissa on kirjaus erityisen osallisuuden tuesta ja sen tärkeydestä (Kehitysvammaliitto, 2023). Se tarkoittaa, että vammaisella ihmisellä on oikeus osallistua ja tulla osalliseksi sosiaalisen

vuorovaikutusten tilanteisiin, sekä vapaa-ajan toimintaan omien toivomustensa ja elämäntilanteensa pohjalta.

Toimintaympäristöllä on suuri vaikutus toimintakykyyn (Seppälä, 2017, s. 41). Toimintaympäristöön luetaan kuuluvaksi sekä fyysiset, sosiaaliset, että asenteelliset olosuhteet, joissa asiakas elää. Toimintakykyyn, sekä toimintaedellytyksiin ja -mahdollisuuksiin vaikuttavat myös sosiokulttuuriset tekijät, kuten asiakkaan ikä, sukupuoli, etnisyys, sosioekonominen asema, koulutus ja varallisuus. Toimintaympäristön saavutettavuus ja mahdollinen esteettömyys vaikuttaa asiakkaan toimintakyvyn mahdollisuuksiin. Esteettömään toimintaympäristöön luetaan kuuluvaksi myös selkokieline tiedottaminen ja verkkopalveluiden ymmärrettävyys.

Toimintakykyyn vaikuttaa myös se, kuinka paljon asiakas tarvitsee fyysistä, käytännöllistä ja henkistä tukea ja apua arjessa pärjäämiseen (Seppälä, 2017, s.41). Tuki voi olla apua liikkumisessa, siirtymisissä, tietojen hankkimisessa tai päätöksenteossa. Tuettu päätöksenteko on koettu tärkeäksi ja se on nostettu esille myös uutta vammaispalvelulakia säädettäessä (Kehitysvammaliitto, 2023). Kehitysvammaisen henkilön toimintakyky koostuu monista eri tekijöistä ja sitä tarkastellaan hyvin moninaisesti (Seppälä, 2017, s. 42). Toimintakyvyn tarkastelu ja arviointi tulee olla yksilöllistä ja laadullista arviointia ja kaikki yllä mainitut osa-alueet tulee ottaa huomioon.

3.3 Vammaisalan hoitotyön voimavaralähtöisyys kinestetiikan näkökulmasta

Kinestetiikka on amerikkalaisten käyttäytymistieteilijöiden Lenny Maiettan ja Frank Hatchin, sekä sveitsiläisten, saksalaisten ja itävaltalaisien hoitotyöntekijöiden yhdessä kehittämä kuntoutumista ja toimintakykyä edistävä toiminnan muoto (Stenman, 2020, s. 31; Hantikainen & Byysing, 2018, s. 15). Kinestetiikkaa alettiin kehittämään hoitotyöhön 1980-luvulla. Kinestetiikka muodostuu kreikan sanoista kinesis, liike ja aesthesis, aistimus. Hantikaisen ja Byysingin (2018, s. 16) mukaan kinestetiikan rantautuminen Suomeen 1990-luvun lopulla oli yksi merkittävä tekijä hoitotyön fyysisen kuormittavuuden purkamiseksi. Kinestetiikan avulla pyritään löytämään työskentelytapoja, jotka mahdollistavat avustettavien ja avustajien voimavarojen mahdollisimman hyvän käytön ja lisäävät osaltaan avustettavan toimintakyvyn ylläpitoa ja vähentävät avustajan työn kuormitusta.

Kinestetiikka ei ole siirtotapa, vaan se on voimavaralähtöinen toimintamalli, joka perustuu ihmisen luonnolliseen liikemalliin, aistitoimintojen ymmärtämiseen, kehokommunikaatioon ja

kunnioittavaan kohtaamiseen (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 16; Kulmala, 2017, s. 58; Fringer ym. 2014). Kinestetiikassa paneudutaan asiakkaan voimavaroihin, eli siihen, mitä asiakas pystyy itse tekemään, eikä siihen, mihin hän ei itse kykene. Kinestetiikka on käsite toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja kuntouttamisen rinnalle (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 17). Kinestetiikassa ihminen nähdään fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena, jossa vuorovaikutus ja asiakaslähtöisyys korostuvat.

Kinestetiikkaa käsitellään kuuden eri käsitteen avulla. (Stenman, 2020, s. 31; Hantikainen & Byysing, 2018, s. 18; Fringer ym. 2014). Ihmisen jokainen toiminto liittyy liikkumiseen ja ilman sitä, aistihavainnointi, sekä itsensä ja ympäristönsä hahmottaminen on mahdotonta (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 18). Kinestetiikan käsitteet on avattu (kuvio 4.) Hantikaisen ja Byysingin (2018, s. 19) teoksessa. Käsitteet ovat **vuorovaikutus**, **toiminnallinen anatomia**, **ihmisen liikkuminen**, **voima**, **ihmisen toiminnot** ja **ympäristö**.



Kuvio 4. Kinestetiikan käsitteet (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 19)

Vuorovaikutus on aina mukana avustustilanteissa ja luo pohjan kinestetiikalle (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 21). Vuorovaikutustilanteet pyritään luomaan toimiviksi ja vastavuoroisiksi, joissa kosketuksen ja liikkeen merkitys korostuu (mts. 22). Kosketus on yksi vuorovaikutuksen tärkeä osa-alue, joka vaikuttaa suuresti siihen, kuinka kohtaaminen onnistuu.

Koskettamisessa on tärkeä huomioida kosketuksen laatu ja oikea-aikaisuus (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 22). Rauhallinen, oikearytmisen ja varma kosketus tuovat asiakkaalle turvallisuuden tunnetta. Vuorovaikutustilanteessa on tärkeä löytää juuri se aistikanava, jota asiakas tarvitsee (Stenman, 2020, s. 32; Hantikainen & Byysing, 2018, s. 23). Jollekin riittää puheella ohjaus, joku tarvitsee mallin tai ohjaavan koskettamisen. Asento- ja liikeaisti, eli kinesteettinen aisti aktivoituu liikkeestä ja kosketuksesta. Kinesteettinen aisti on jokaisella ihmisellä sisällä ja se säätelee kehon hahmotusta ja mahdollistaa esimerkiksi kehon jännittymisen, liikkeiden hahmotuksen ja kivuntunteen (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 23; Hantikainen & Lappalainen, 2021, s. 13).

Liikkeen elementit, aika, tila ja voima, ovat toiminnan aikana toisiinsa nähden aina tietyssä suhteessa. (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 24; Hantikainen & Lappalainen, 2021, s. 18). Tarvitsemme kaikki sisäisen ajan, tilan ja voiman, jotta liike onnistuu. Avustajan tarjoamat aika, tila ja voima ovat ulkoisia. Avustajan on erittäin tärkeä hallita ja kontrolloida ulkoisia liikkeen elementtejä, jotta esimerkiksi voiman käyttö ei ole liian suurta asiakkaan todelliseen tarpeeseen nähden. Ulkoisia liikkeen elementtejä kontrolloimalla pystytään huomioimaan asiakkaan omat voimavarat ja ottamaan ne käyttöön mahdollisimman hyvin.

Vuorovaikutus voi olla monitahoista, vuorottelevaa, samanaikaista tai yksisuuntaista (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 24; Hantikainen & Lappalainen, 2021, s. 21). Vuorottelevassa vuorovaikutuksessa huomioidaan asiakkaan omat kyvyt mahdollisimman hyvin ja apua annetaan vain tarvittaville osa-alueille. Tämä vaatii avustajalta tarkkaa havainnointia ja asiakkaan voimavarojen etsimistä. Samanaikaisessa vuorovaikutuksessa toiminto tehdään yhdessä asiakkaan kanssa, samaan aikaan, avustajan kehonliikkeitä myötäillen. Yksisuuntainen vuorovaikutus on asiakkaalle passiivista ja puolesta tekemistä, jossa avustaja määrittelee voiman, tilan ja ajan.

Toiminnallisen anatomian käsite sisältää luut ja lihakset tukipintoina, kehonosat ja liikealueet oikeilla ohjausotteilla, sekä kehon ja liikkeen hallinnan painonsiirtoa apuna käyttäen (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 25). Stenmanin (2020, s. 32) mukaan anatomian tuntemus lisää oikeanlaista avustamista ja luonnollisten liikemallien käyttöä, sekä vähentää avustettavan ja avustajan fyysistä kuormitusta. Luuston tarkoituksena on kannatella kehon painoa ja samalla siirtää painoa tukipinnoille (Hantikainen & Lappalainen, 2021, s. 34). Kun paino saadaan siirrettyä tukipinnoille, asiakkaan jännitystila helpottuu, keho rentoutuu ja liike mahdollistetaan. Samalla avustamisesta tulee kevyempää. Tukipintoja käyttämällä, kehonosia rullaamalla ja

liuttamalla välttämään nostamiselta ja kantamiselta, jolloin hoitotyön kuormittavuutta pystytään vähentämään.

Avustamistilanteissa on myös tärkeä huomioida asiakkaan eri kehonosat (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 25). Kinestetikan käsityksen mukaan ihmisen keho jaetaan seitsemään eri kehonosaan, päähän, rintakehään, lantioon, sekä ala- ja yläraajoihin. Liikealueet jaetaan kuuteen osaan, kaulaan, vyötäröön, olka- ja lonkkaniveliin. Ihmisen liikkumista avustettaessa, on avustamisen tapahduttava kehonosien luisilta ja kovilta pinnoilta, kuten olkapäältä, lavalta, kyynärvarrelta tai lonkalta, yksi liikealue kerrallaan, tukipintoja käyttäen. Nivelpinnoilta ja liikealueilta avustamista ei kinestetikan käsityksen mukaan suositella, koska silloin avustaja voi helposti jarruttaa tai kokonaan estää liikealueen toiminnan. Asiakkaan tulisi pystyä hallitsemaan omaa kehoaan mahdollisimman hyvin ja tuntea näin avustustilanteet turvallisiksi ja miellyttäviksi (Stenman, 2020, s. 32). Kehonhallinnassa on tärkeä huomioida ihmisen toiminnallinen keskikohta (Hantikainen & Lappalainen, 2021, s. 38). Toiminnallinen keskikohta, joka erittelee ihmisen ala- ja yläosan ja josta taipuminen tapahtuu, on lantio. Esimerkiksi asiakkaan istuessa, on tärkeä huomioida, että hyvän asennon saavuttamiseksi lantion tulee olla oikeassa asennossa.

Hantikaisen ja Byysingin (2018, s. 26) julkaisun mukaan kolmas kinestetikan käsite on **ihmisen liikkuminen**. Liikkumista voi tapahtua yhdensuuntaisesti koukistaen ja ojentaen tai spiraalimaisesti kiertoa apuna käyttäen. Spiraalimainen liike on liikkeistä kevyempi, koska se sisältää enemmän painonsiirtoja kehon osilta toisille. Liikkumisen mallissa tulee ottaa huomioon avustettavan asiakkaan hallitseva liikemalli. Käsitteessä **voima**, on kysymys niin sanotuista liikkeen moottoreista, vedosta ja työnnöstä (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 27). Vedon ja työnnön avulla asiakkaan ja avustajan kehonosat ja liikealueet yhdistetään toiminnalliseksi kokonaisuudeksi (Hantikainen & Lappalainen, 2021, s. 44). Ympäristön mahdollinen kitka tai liukuma, sekä apuvälineet tulee huomioida, jotta veto tai työntö voi onnistua turvallisesti ja tukevasti. Stenman (2020, s. 32) painottaa lisäksi, että asiakkaalla tulee olla tarttumispintoja, joiden avulla toteuttaa veto tai työntö. Myös Hantikainen ja Byysing (2018, s. 27) muistuttavat teoksessaan tarttumispintojen tärkeydestä ja niiden oikeasta sijoittelusta asiakkaaseen nähden.

Käsite **ihmisen toiminnot**, sisältää Hantikaisen ja Byysingin (2018, s. 27) mukaan asennot ja perusliikkumisen, millaisissa asennoissa avustettava voi olla ja mihin asentoon hän voi siirtyä. Kinestetikan käsityksen mukaan ihmisellä on seitsemän perusasentoa; selinmakuu,

kyynärnoja, istuma-asento, konttausasento, toispolviseisonta, kävelyasento ja tasajalkaseisonta. Paikallaan suoritettavat toiminnot, selinmakuu, istuma-asento, toispolviseisonta ja tasajalkaseisonta, mahdollistavat perustoimintojen ja elintoimintojen, kuten hengittämisen ja syömisen parhaan mahdollisen suorittamisen (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 29; Hantikainen & Lappalainen, 2021, s. 46). Kyynärnoja, konttausasento ja kävelyasento ovat taas asentoja, joiden avulla liikkuminen paikasta toiseen onnistuu. Stenman (2020, s. 32) muistuttaa teoksessaan myös avustajan omien asentojen ja painonsiirron huomioimista avustustilanteissa.

Kuudes ja viimeinen kinestetiiikan käsite on **ympäristö** (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 30; Hantikainen & Lappalainen, 2021, s. 24). Ympäristö voi olla asiakkaan toimintakykyä ja avustajaa tukeva tai rajoittava. Ympäristön tulee olla sellainen, että avustettava voi käyttää omia voimavarojaan mahdollisimman hyvin, sekä avustaja pystyy hyödyntämään kinestetiiikan käsitteitä mahdollisimman monipuolisesti (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 30).

Ympäristö voidaan jakaa fyysiseen-, sosiaaliseen- ja asenneympäristöön (Hantikainen & Lappalainen, 2021, s. 24). Fyysinen ympäristö pitää sisällään siirtymisen ja liikkumisen apuvälineet, kuten liukulevyt ja pyörätuolit. Apuvälineet tulisi aina suunnitella asiakkaan omat tarpeet huomioiden. Fyysiseen ympäristöön luetaan kuuluvaksi myös käytössä olevat tilat ja huoneet (mts. 27). Tilan tulee olla riittävän suuri, jotta mahdollinen avustaminen onnistuu. Kuitenkin asiakkaan pärjätessä omilla tukipinnoilla, voi esimerkiksi vessan pienellä tilalla olla merkitystä, kun tueksi käytettävät seinät ovat lähellä. Huonejärjestystä muuttamalla voidaan tukea asiakkaan omatoimisuutta (mts. 28). Fyysisen ympäristön yksi osa-alue on asentohoito (mts. 29). Oikeanlainen, luonnollisiin asentoihin perustuva asentohoito tukee asiakkaan kehonhahmottamista, aktivoi liikkumista ja ehkäisee painehaavaumia.

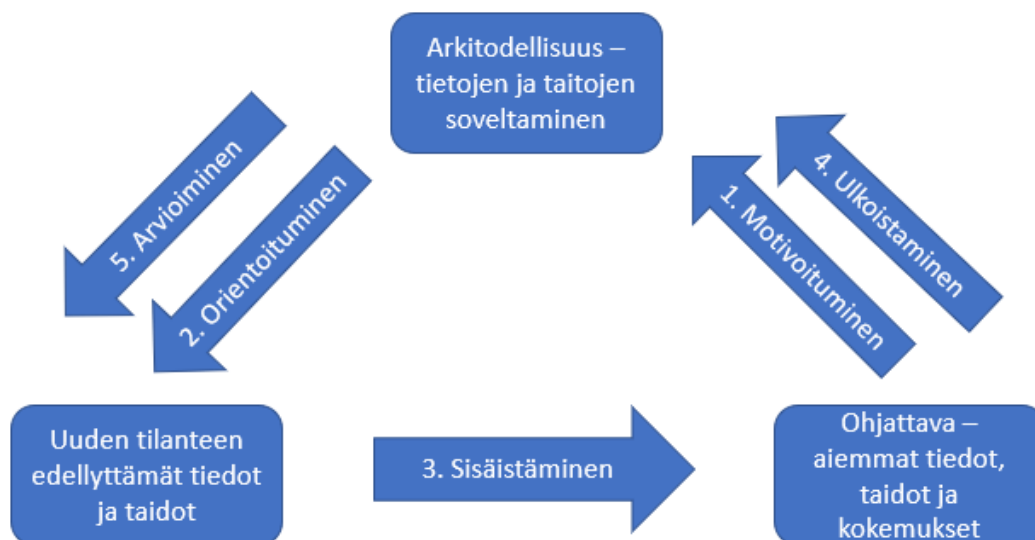
Sosiaaliseen ympäristöön luetaan kuuluvaksi asiakkaan avustajat, omaiset, ystävät ja muut ihmiset (Hantikainen & Lappalainen, 2021, s. 30). Asiakkaan omat sosiaaliset tarpeet tulee huomioida avustustilanteissa, jotta hänen itsemääräämisoikeutensa toteutuu parhaalla mahdollisella tavalla. Aidosti läsnä oleva, vuorovaikutteinen avustaja tuo asiakkaan äänen kuuluville. On myös muistettava sosiaalisten tilanteiden negatiivinen puoli, kaikki asiakkaat eivät ole yhtä sosiaalisia ja kaipaavat monesti myös omaa rauhaa.

Asenneympäristöön luetaan kinestetiiikan mukaan kuuluvaksi mielipiteet ja rutiinit (Hantikainen & Lappalainen, 2021, s. 31). Asiakasta ei tule aliarvioida, vaan kuunnella juuri hänen

omia mielipiteitään, eikä tehdä avustajan päätöksen mukaan. Rutiininomaiset toiminnot taas syövät asiakkaan mahdollisuuksia vaikuttaa oman elämänsä kulkuun ja avustamiseen (Hantikainen & Lappalainen, 2021, s. 31). Samalla toiminnalla puututaan asiakkaan itsemääräämisoikeuteen ja estetään mahdollisimman voimavaralähtöinen toiminta.

3.4 Hoitohenkilöstön toiminnallinen ohjaus kinestetikan avulla

Ohjaus on vuorovaikutuksellista ihmisten kohtaamista huomioon ottaen ohjattavien omat taidot, tiedot, tunteet ja reaktiot (Eloranta & Virkki, 2011, s. 19; Ståhlberg, 2019). Ohjaus on Onnismaan (2021, s. 7) mukaan ammatillisessa keskustelussa käytetty työmenetelmä, neuvottelua ohjaajan ja ohjattavan välillä. Parhaimmillaan se johtaa ohjattavan kehittymiseen elää tasapainoisempaa elämää ympäristön kanssa ja käyttämään omia taitojaan tavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjaus on Onnismaan (2021, s. 51) teoksessa määritelty dialogiksi, jonka avulla luodaan jotain uutta. Eloranta ja Virkki (2011, s. 28) ovat ohjauksen määrittelystä samaa mieltä, sillä heidän teoksensa mukaan ohjauksen tavoitteena on oppia jotain uutta, tuoda lisäoppia jo osattuun tai oppia pois vanhasta toimintamallista. Kuviossa 5. on esitelty ohjausprosessi vaihe vaiheelta (mts. 29).



Kuvio 5. Ohjaus oppimisprosessina (Eloranta & Virkki, 2011, s. 29).

Oppimiseen tarvitaan ohjattavan oma motivaatio ja tarve muutokselle (Eloranta & Virkki, 2011, s. 28). Ohjaajan tulee tukea ja auttaa ohjattavaa tunnistamaan omat tarpeensa oppimiselle, sekä luoda oppimiselle luottamuksellinen ja avoin ilmapiiri. Orientoituminen kirkastaa

tavoitetta, mitä ohjauksella pyritään oppimaan. Orientoitumisvaihe sisältää myös yksilölliset oppimiskeinojen määrittelyt, miten päästään tavoitteeseen (Eloranta & Virkki, 2011, s. 28). Ohjattavan oma rooli ja vastuu oppimisesta näkyy orientoitumisvaiheessa. Sisäistämisvaiheen aikana luodaan uusi malli toiminnalle tai muovataan aiempaa osaamista uutta tietoa hyväksi käyttäen. Sisäistämisvaiheen aikana ohjaajan rooli on varmistaa, että ohjattavalla on kaikki oleellinen tieto, jota hyödyntää uuden oppimisessa (mts. 29). Ulkoistamisvaiheen tarkoituksena on soveltaa opittua tietoa arkeen, eli muuntaa tietoa harjoittelun avulla osaamisen muotoon. Yksi oppimisen tärkeistä vaiheista on oppimisen arviointi. Arvioimisen tarkoituksena on tarkastella, onko opittu tieto ja taito riittävää tavoitteeseen nähden, vai pitääkö toimintamallia muuttaa tai kehittää sen saavuttamiseksi. Mikäli tavoitteiden saavuttaminen ei ole toteutunut halutulla tavalla, voidaan oppimisprosessi käynnistää uudelleen.

Ohjaaminen voi olla raskasta ja vaativaa ja ohjaajalta vaaditaan omien taitojen kehittämistä ja oman toiminnan kriittistä tulkintaa ja tutkimista (Ståhlberg, 2019). Ohjaajan on oltava valveutunut kuuntelemaan ja kuulemaan ohjattavien erilaiset signaalit ja tarvittaessa reagoimaan niihin (Ståhlberg, 2019; Onnismaa, 2021, s. 48). Ohjaajan tulee ohjata ryhmää aktiivisesti ohjaamalla, vaikuttamalla, helpottamalla ja delemoimalla ja tukea vuorovaikutuspyrkimyksiä ryhmän sisällä (Ståhlberg, 2019). Hänen tulee tarvittaessa asettaa rajat ohjauksen sisällä. Empaattisen ohjaustavan avulla ohjaaja voi luoda tilaa ryhmän sisälle ja saada hiljaiset osallistujat osallistumaan ja ryhmän avautumaan mielipiteissään (Ståhlberg, 2019; Onnismaa, 2021, s. 49). Ohjaajan omaa persoonaa pidetään yhtenä tärkeimpänä työvälineenä ryhmän ohjauksessa (Ståhlberg, 2019). Hänen asenteellaan ja arvoillaan voi olla positiivista ilmapiiriä lisäävää tai vähentävää vaikutusta ryhmässä toimijoiden näkökulmasta katsottuna. Hyvän ohjauksen on todettu toteutuvan kunnioittavan, rakentavan kohtaamisen ja dialogisen vuorovaikutuksen avulla.

Ryhmäkokoon vaikuttaa moni eri tekijä, muun muassa se, kuinka paljon vuorovaikutusta ryhmäläisten välille halutaan ja millaista ryhmätoiminnan on suunniteltu olevan (Ståhlberg, 2019). Toiminnallisen ryhmän paras koko on Ståhlbergin (2019) teoksen mukaan 4–10 henkilöä, jolloin ryhmässä päästään kuuntelemaan toisia tasavertaisesti ja vuorovaikutus on kuitenkin tarpeeksi rikasta. Tämän opinnäytetyön kinestetiikan ohjausryhmissä osallistujia oli kerrallaan kuusi henkilöä. Määrä oli juuri sopiva vuorovaikutuksellisen ryhmän syntymiseksi ja harjoitteiden tekeminen sujui hyvin pareittain. Ryhmätilanteet saattavat olla jännittäviä tilanteita ryhmään osallistuvilla (Ståhlberg, 2019). Heillä saattaa olla ennakkoluuloja ja

oletuksia ryhmän toiminnasta. Ryhmän alkutaival voi olla haastava, jos jäsenet eivät tunne toisiaan (Ståhlberg, 2019). Ryhmänohjaajan tulee olla perehtynyt ryhmätyöskentelyn aiheeseen ja olla tarvittaessa ryhmätilanteen alkuun panija. Tämän opinnäytetyön kohdalla ryhmänohjaaja oli koulutettu kinestetiiikan tutor ja kinestetikka oli hänelle tuttua ja siirtynyt omaan hoitotyön ajattelumalliin. Lisäksi kaikki ryhmäläiset tunsivat toisensa ja olivat tehneet yhdessä töitä jo usean vuoden ajan. Se vaikutti positiivisella tavalla siihen, kuinka vuorovaikeutus ja ryhmien toiminta alkoi heti toimimaan alkuhetkistä lähtien. Keskustelu ryhmissä oli avointa, dialogista ja toisiaan täydentävää.

Muutosprosessi, jossa uutta tietoa tuodaan hoitohenkilöstön arkeen ja käytäntöihin, on koko työyhteisön vastuulla (Kulmala, 2017, s. 67). Muutosprosessin haasteina voidaan yleisesti pitää muutosvastarintaa ja vaikeutta muuttaa totuttuja tapoja (mts. 61). Hoitoalalla ongelmana on usein se, että ihminen kohdataan asiakkaana, eikä ihmisenä (mts. 62). Tuolloin voimavarat jäävät helposti avustustilanteiden jalkoihin. Asiakkaan aggressiivinen käytös voi johtua siitä, kuinka häntä vallitsevan toimintakulttuurin takia hoidetaan, eikä häntä kuunnella voimavaroja omaavana yksilönä.

Kinestetiiikan ajattelutavan tärkein sisäistäminen lähtee avustajan omasta kehokokemuksesta (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 33; Kulmala, 2017, s. 60). Avustajan on välttämätöntä tunnistaa, kuinka terve ihminen liikkuu ja käyttää itseään perustoiminnoissa. Tässä opinnäytetyössä kinestetiiikan ohjausryhmät aloitettiin oman kehontulkinnan ja -tuntemuksen kautta. Tämän sisäistämisen jälkeen on helpompi ohjata ja avustaa asiakkaita, joilla voi olla puutteita joissakin osa-alueilla, esimerkiksi liikkumisessa. Kinestetikka perustuu asiakaslähtöiseen avustamismalliin, jossa avustaja on asiakkaan tukena arjen toimissa (Hantikainen & Byysing, 2018, s. 33; Kulmala, 2017, s. 60). Avustajan oman toiminnan kehittäminen kinestetiiikan pohjalta tuo helpotusta ergonomiaan ja samalla vähentää tuki- ja liikuntaelimistön kuormitusta. Kinestetiiikan sulauttaminen arkeen tuo työhön mielekkyyttä ja yhdessä tekemisen iloa (Kulmala, 2017, s. 61).

4 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA KEHITTÄMISKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää vammaistyön hoitohenkilöstön voimavaralähtöisiä avustustaitoja kinestetikan ohjauksen myötä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä tietämystä ja taitoa voimavaralähtöisestä avustusmenetelmästä, eli kinestetikasta ja tuoda sen avulla helpotusta vammaistyön fyysiseen kuormittavuuteen.

Opinnäytetyön avulla pyrittiin saamaan vastauksia kehittämiskysymyksiin, jotka olivat

1. Millaiset avustustilanteet kuormittavat vammaistyön hoitohenkilöstöä eniten?
2. Mitä vammaistyön hoitohenkilöstö tietää kinestetikasta?
3. Kuinka hoitotyön kuormitusta voitiin keventää kinestetikan avulla?
4. Mitä vammaistyön hoitohenkilöstö on oppinut kinestetikasta?

5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

5.1 Menetelmälliset valinnat

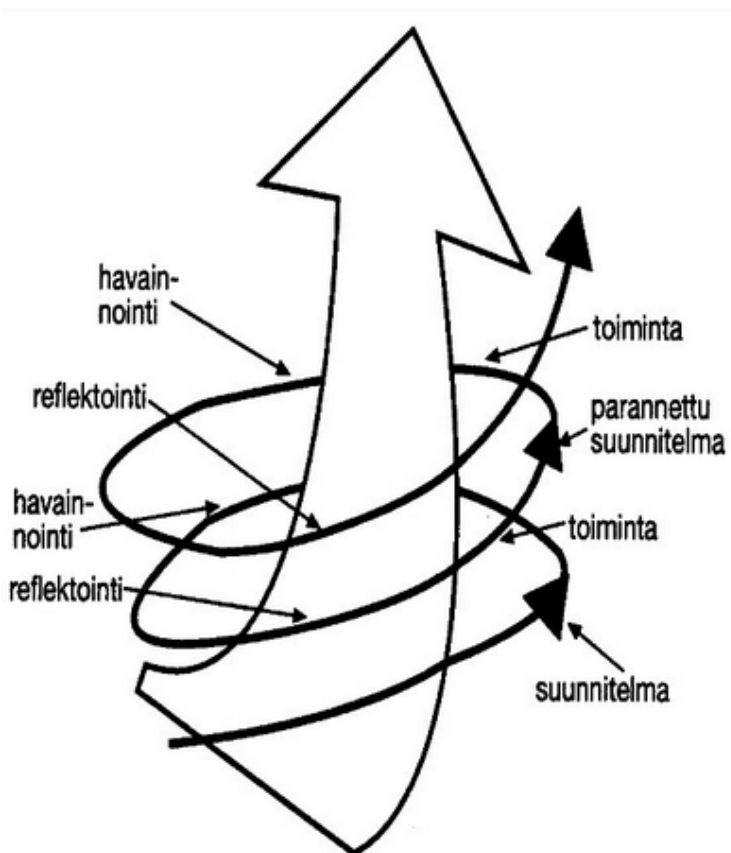
Metsämuuronen (2008, s. 9) toteaa teoksessaan metodologian olevan yleinen lähestymistapa, jolla tutkimusaihetta voidaan tutkia. Metodi määritellään tutkimustekniikaksi, joka onnistuessaan yhdistää teorian, hypoteesit, sekä metodologian. Metodologia ja metodit käsitteitä käytetään tutkimuskirjallisuudessa laajalla näkökulmalla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 17; Tuomi & Sarajärvi, 2012, s. 12). Perusajatuksena kuitenkin on, että metodologian, eli menetelmäopin avulla voidaan käsitellä todellisuutta koskevan tiedon perusajatuksia, lähtökohtaa tai maailmankatsomuksellista puolta, kun taas metodit ovat keino uuden tiedon hankkimiseen. Metodologia on tutkimuksen lähtökohta, tutkimustapa ja tapa ymmärtää maailmaa. Se tarkoittaa sääntöjä, miten metodeja käytetään tietyn päämäärän saavuttamiseksi (Tuomi & Sarajärvi, 2012, s. 13). Metodologian avulla myös kyseenalaistetaan valittuja metodeja.

Tutkimusotteena tässä opinnäytetyössä on kvalitatiivinen, eli laadullinen tutkimus. Kanasen (2017, s. 32) teoksen mukaan laadullinen tutkimus pyrkii ymmärtämään kokonaisvaltaisesti käsiteltävää ilmiötä ja tarjoaa mahdollisuuden sen hyvälle kuvaukselle. Hänen mukaansa (mts. 34) laadullinen tutkimus vaatii vuorovaikutussuhteita ja tapahtuu oikeassa ja aidossa ympäristössä. Myös Alasuutari (2014, s. 84) toteaa teoksessaan, että laadulliselle eli kvalitatiiviselle aineistolle on yleistä sen sisällöllinen rikkaus, moninaisuus ja komplektiivisuus. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, s. 65–66) teoksen mukaan laadullisessa tutkimuksessa käsitellään uskomuksia, asenteita ja käyttäytymisen muutoksia. Siinä on usein tutkimuksen kohteena ihmisten kokemukset, tulkinnat, käsitykset ja motivaatiot. Vilkkä (2021, s. 118) lisää teoksessaan, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkitaan ihmisten välistä, sosiaalista ja merkityksellistä maailmaa.

Tämän laadullisen opinnäytetyön metodologiaa käsitellään toimintatutkimuksen tavoin. Toimintatutkimus ei ole yksittäinen tutkimusmenetelmä, vaan sillä pyritään tutkimaan ja muuttamaan todellisuutta (Eskola & Suoranta, 2008, s. 127; Valli, 2018, s. 215). Toimintatutkimusta voidaan luonnehtia toiminta-, käytäntö-, muutos-, prosessi-, sekä osallisuusorientaationa, jolle toiminta on tutkimuskohde, mutta myös tutkimusväline ja päämäärä (Kallinen & Kinnunen, i.a.). Toimintatutkimuksessa on tavoitteena aikaansaada muutoksia osallistuttamalla

ihmisiä sosiaalisiin käytäntöihin, ongelmiin ja muutostarpeisiin. Toimintatutkimuksen avulla pyritään löytämään sovellettavaa ja hyödynnettävää tietoa käytäntöjen kehittämiseksi (Valli, 2018, s. 220).

Toimintatutkimuksella (action research) tiedetään olevan historiaa ainakin 1900-luvun puolesta välistä (Valli, 2018, s. 217; Kallinen & Kinnunen, i.a.). Se ajatellaan olevan John Collierin 1940-luvulla käyttöön ottama käsite, kun hän tutki maanviljelystaitojen kehittymistä intiaanireservaateissa. Varsinaisena toimintatutkimuksen oppi-isänä pidetään kuitenkin amerikkalaista sosiaalipsykologia, Kurt Lewiniä. Hän otti toimintatutkimuksesta käyttöön määritelmän "vertailevaksi tutkimukseksi sosiaalisen toiminnan erilaisten muotojen olosuhteista ja vaikutuksista ja tutkimukseksi, joka johtaa sosiaaliseen toimintaan" (Kallinen & Kinnunen, i.a.). Lewinin tiedetään tehneen toimintatutkimuksia ainakin ruokailutottumuksien muuttamisesta, yhteistoiminnallisuudesta työelämässä, demokratiasta, sekä ongelmista vähemmistöryhmissä. Lewinin kehittämässä toimintasuunnitelman perusmallissa tutkimus etenee spiraalimaisesti sykleissä (kuvio 6.).



Kuvio 6. Toimintatutkimuksen spiraalimalli (Valli, 2018, s. 223)

Toimintatutkimuksen yksi perusta on sen reflektiivisyys (Valli, 2018, s. 222). Reflektion avulla pyritään katsomaan toimintaa uudesta näkökulmasta ja kehittämään toimintaa. Toimintatutkimuksen prosessi alkaa jonkin ongelman havaitsemisesta ja tiedostamisesta, mikä johtaa suunnitelman tekoon. Mallissa toiminta ja ajattelu ovat yhteydessä toisiinsa suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin, reflektion ja uuden suunnittelun ja mahdollisen muutoksen kautta.

Toimintatutkimuksen spiraalimallissa on todettu olevan myös haasteita (Valli, 2018, s. 224). Joskus suunnittelu, toiminta ja arviointi nivoutuvat yhteen ja niitä on vaikea erottaa toisistaan. Kehittäminen ei myöskään aina etene ja kehity sykleissä eteenpäin, vaan toivottu suunta voi muuttua tai synnyttää niin kutsuttuja sivuspiraaleja, uusia kehittämisiongelmia.

Tämä Opinnäytetyö eteni toimintatutkimuksen mukaisesti. Kehittämisiongelmana voitiin pitää vammaistyön hoitohenkilöstön kokemuksia työn kuormittavuudesta ja siihen haettiin ratkaisuja kinestetiikan ohjauksen myötä. Opinnäytetyön ideana oli järjestää henkilöstölle ohjaustilanteita konkreettisesti kinestetiikan parissa, esimerkiksi asiakkaiden siirtymisessä sängyltä pyörätuoliin. Oletus oli, että ohjaustilanteiden aiheet ja tarpeet nousisivat esille ryhmissä toteutuneista teemahaastattelusta. Ohjaustilanteiden jälkeen tarkoituksena oli tehdä uudet haastattelut, joissa käsitellään ohjauksen vaikutuksia ja mahdollisia vaikutuksia työn arkeen.

Opinnäytetyön prosessin vaiheet olivat:

1. Ryhmähaastattelut ja lähtötilanteen selvitys
2. Kinestetiikan toiminnalliset ohjauksen käynnit ryhmähaastatteluiden perusteella
3. Ryhmähaastattelut avustustaitojen kehittymisestä

5.2 Kehittämistyön eteneminen

Idea kehittämistyöhön lähti itämään opinnäytetyöntekijän ollessa kinestetiikan tutorkurssilla. Omakohtaiset kokemukset siitä, kuinka kinestetiikan avulla voidaan hoitotyötä keventää ja vuorovaikutussuhde asiakkaisiin saada paremmaksi, toi innostusta tuoda kinestetiikkaa myös omalle työtiimille tutuksi. Myös kinestetiikan suomalainen oppiäiti, Virpi Hantikainen rohkaisi opinnäytetyöntekijää kehittämisehdotuksellaan.

Opinnäytetyön prosessin kulku ja vaiheet on kuvattu kuvioon 7. Kuten kuviosta käy esille, kehittämistyö aloitettiin marraskuulla 2021 ja ideapaperi oli valmis tammikuun 2022 alussa. Työyhteisöön idea kehittämistyöstä tuotiin työpaikkakokouksessa ja se otettiin vastaan innolla ja odottaen tulevaa.



Kuvio 7. Kehittämistyön vaiheet

Seuraava askel oli kehittämistyön suunnitelman teko. Suunnitelmavaiheessa kehittämistyö oli vielä hyvin suppea, mutta opinnäytetyön ohjauksen ja opiskelutovereiden vertaistuen myötä suunnitelma sai hyvät, laajemmat raamit. Erillistä tutkimuslupaa kehittämistyön yhteistyöorganisaatiolta ei vaadittu, mutta yhteistyösopimus osapuolien kanssa allekirjoitettiin.

Teoriaosuuden kirjoittaminen oli kaikista työläin osa tässä kehittämistyössä. Lähdemateriaalia etsittiin työstäen alkuun hakusanoja. Oikeita hakusanoja suomeksi ja englanniksi etsittiin Hoidokki erikoissanasto ja YSO Yleinen suomalainen ontologia, sanastojen avulla. Avainsanojen löytymisen jälkeen tehtiin perushakuja ja tarkennettuja hakuja SeAMK-finnan kautta. SeAMK:n käytössä olevista tietokannoista käytössä oli muun muassa Cinahl Ultimate ja Nursing. Haussa löydettiin laadukasta painettua tietokirjallisuutta, lehtiartikkeleita, väitöskirjoja ja tutkimuksia. Lakiasetuksia haettiin Finlexin kautta ja käytössä oli myös julkisia sivuja, kuten THL ja STM. Myös Eepos kirjastoiden kautta löydettiin painettua materiaalia.

Ensimmäiset teemahaastattelut, aineiston litteroinnit, sekä analysoinnit tehtiin syksyn 2022 aikana. Teemahaastatteluista nousseiden teemojen mukaiset ohjausryhmät pidettiin

tammikuun 2023 aikana. Työryhmä sai pureskella kinestetikan oppeja ja harjoitella niitä käytännössä. Helmikuussa 2023 pidettiin toiset haastattelut, joissa teemahaastattelun avulla pyrittiin selvittämään, mitä kinestetikasta oli opittu ja oliko sen käyttö tuonut helpotusta hoitotyön kuormittavuuteen. Materiaalista koostettiin tämä kehittämistyö. Valmiin tuotoksen pohjalta voidaan suunnitella ohjauskäyntejä myös toisiin yksiköihin ja mahdollisesti asiakkaiden kotiin.

5.3 Kehittämistyön toimintaympäristö

Kuusiolinna Terveys Oy on Kuusiokunnissa toimiva yksityinen sosiaali- ja terveystalouden tuottaja (Kuusiolinna Terveys Oy, i.a). Yritys on Pihlajalinna konsernin ja Kuusiokuntien yhteisyrittäjä, joka on tuottanut palveluita 1.1.2016 alkaen, 2015 solmitun sote-ulkoistussopimuksen mukaisesti. Kuusiolinna Terveys Oy:n omistussuhteesta on 90 % Pihlajalinnalla ja 10 % kunnilla. Kunnat, joissa Kuusiolinna Terveys Oy toimii, ovat Alavus, Ähtäri, Kuortane ja Soini. Työntekijöitä Kuusiolinna Terveys Oy:n palveluksessa oli vuoden 2020 tilaston mukaan 1075, joista vakituisia 87 %. Kuusiolinna Terveys Oy tuottaa 22700 alueen asukkaalle sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. 1.1.2023 alkaen Kuusiokunnat ovat osa Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialuetta ja Kuusiolinna Terveys Oy:n tuottamat palvelut jatkuvat ennallaan.

Kehittämistyö suuntautui Kuusiolinna Terveys Oy:n sosiaalipalveluihin, kohdennettuna vammais- ja terveyspalveluihin, ympärivuorokautiseen asumisyksikkö Raikulaan. Yksikössä on 16 asumispaikkaa aikuisille kehitysvammaisille, jotka tarvitsevat hoivaa ja huolenpitoa koko vuorokauden ympäri. Asumisyksikkö Raikulassa työskentelee yhteensä noin 20 ohjaajaa, jotka ovat ammatiltaan lähihoitajia, perushoitajia, sosionomeja tai hoiva-avustajia. Yksikön esihenkilö on ammatiltaan sairaanhoitaja. Työ yksikössä on kolmivuorotyötä.

Asumisyksikkö Raikulan hoitotyö perustuu humanistiseen ihmiskäsitykseen (sisäinen tiedonlähde, 16.3.2022). Yksikössä tehdään hoitotyötä kuntouttavalla työotteella, yksilölliset ja yhteisölliset periaatteet huomioiden. Asukkaiden yksilökeskeisissä elämän- ja hoitosuunnitelmissa huomioidaan heidän psykofyysis-sosiaalinen kokonaisuutensa ja työtä tehdään ihmisarvoa kunnioittaen. Asukkaat ovat itse mukana suunnitelmien teossa ja osallistuvat päivittäisiä, arkea tukevia tavoitteita koskeviin suunnitteluihin. Asukkaita kohdellaan tasavertaisina yksilöinä, heidän fyysisistä ja psyykkisistä ominaisuuksistaan ja sosiaalisista taidoistaan huolimatta. He ovat yhdenvertaisia henkilökuntaan ja toisiinsa verrattuna. Kaikessa yksikön

toiminnassa huomioidaan asukkaiden omat mielipiteet ja heille annetaan valinnan mahdollisuus. Myös tärkeää yhteistyötä omaisten kanssa tehdään asukas ja hänen hyvinvointinsa keskipisteenä (sisäinen tiedonlähde, 16.3.2022).

5.4 Teemahaastattelu aineistonkeruun menetelmänä

Haastattelulla pyritään kuvaamaan haastateltavan ajatuksia, käsityksiä ja kokemuksia käsiteltävästä aiheesta (Hirsjärvi & Hurme, 2014, s. 41). Haastattelu on vuorovaikutteinen tapahtuma, jonka avulla kerätään tietoa ennalta suunniteltuun päämäärään (mts. 42). Tämän kehittämistyön aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joka määritellään Hirsjärven ja Hurmeen (2014, s. 44) teoksessa strukturoidun ja lomakehaastattelun välille. Kanasen (2017, s. 90) mukaan teemahaastatteluiden avulla pyritään ymmärtämään ilmiö, joka koostuu ihmisestä ja hänen tekemisestään. Hänen mukaansa ilmiötä pyritään avaamaan teemojen avulla. Kanasen (2017, s. 95) teoksen mukaan teema on laajempi kokonaisuus, kuin pelkkä kysymys. Se on aihe, josta ryhmässä keskustellaan. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, s. 125) toteavat teoksessaan, että teemahaastattelussa korostuu haastateltavien asioille antamat merkitykset ja tulkinnat.

Teemahaastattelu perustuu Hyvärisen ym. (2017), sekä Hirsjärven ja Hurmeen (2014, s. 48) mukaan siihen, että valmiita kysymyksiä ei lyödä lukkoon, vaan haastattelu etenee valmiiksi määriteltujen teemojen mukaan. Teemahaastattelu voidaan pitää yksilö- tai ryhmähaastatteluna (Hirsjärvi & Hurme, 2014, s. 61). Ryhmähaastattelua voidaan pitää hedelmällisenä, jos ryhmän dynamiikka on oikeanlainen, eikä valtahierarkia vaikuta vuorovaikutuksellisiin tilanteisiin (mts. 63). Haastattelijan tulee tarkkailla ryhmän toimintaa ja tarvittaessa tukea ryhmän dialogisuutta jakamalla puheenvuoroja hiljaisemmille (Vilka, 2021, s. 126). Hyvärisen ym. (2017) ja Alasuutarin (2014, s. 151–153) mukaan ryhmähaastattelun avulla ei etsitä valmiita vastauksia, vaan pyritään saamaan aikaan vuorovaikutteista, pohdiskelevaa ja ideoivaa keskustelua ryhmän kesken. Alasuutarin mukaan (2014, s. 155) ryhmähaastattelut tuottavat parhaimmillaan tutkittavaa materiaalia monesta eri näkökulmasta.

Tässä kehittämistyössä teemahaastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina. Hyvänä ryhmän kokona pidetään 5–10 henkilön ryhmää (Hyvärinen ym., 2017). Työyhteisössä, johon kehittämistyö suuntautui, oli noin 20 työntekijää. Tavoitteena oli koota kaksi ryhmää satunnaisella

jaolla. Kaikki työntekijät kohderyhmästä olivat naisia, iältään 20–70-vuotiaita. Vuorotyön ja äkillisten poissaolojen vuoksi kaikkia työntekijöitä ei ollut mahdollista haastatella.

Tässä kehittämistyössä oli tarkoitus teemahaastattelun avulla selvittää, millaiset avustustilanteet kuormittavat vammaistyön henkilöstöä eniten ja mitä vammaistyön henkilöstö tietää kinestetikasta (Liite 1.). Alkukartoituksen ryhmähaastattelut tehtiin kahdessa ryhmässä, ensimmäisessä oli viisi haastateltavaa, toisessa kuusi. Haastattelut olivat kestoiltaan 1 tunti ja 9 minuuttia, sekä 59 minuuttia. Litteroitavaa tekstiä kertyi yhteensä 15 A4 kokoista sivua, kirjoittaen Arial tyylillä, fonttikokona 12, rivinvälinä 1.

Kinestetiikan ohjauskertojen jälkeen järjestettiin uudet ryhmähaastattelut, joiden avulla haluttiin selvittää, kuinka hoitotyön fyysistä kuormitusta voitiin keventää kinestetiikan avulla ja mitä vammaistyön hoitohenkilöstö on oppinut kinestetikasta (Liite 2.). Haastateltavia ryhmiä oli jälleen kaksi. Ryhmät jakautuivat tällä kertaa epätasaisesti äkillisten poissaolojen takia, mutta lähes kaikki haastateltavat osallistuivat molempiin haastatteluihin, alku- ja loppuhaastatteluihin. Ensimmäisessä ryhmässä oli kahdeksan ja toisessa kaksi osallistujaa. Haastattelut kestivät 49 minuuttia ja 38 minuuttia. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 10 ½ A4 kokoista sivua, kirjoittaen Arial tyylillä, fonttikokona 12, rivinvälinä 1.

5.5 Aineiston analyysi sisällönanalyysin avulla

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, s. 163–164) toteavat teoksessaan, että laadullisen aineiston analyysi aloitetaan jo aineiston keruun yhteydessä. Heidän mukaansa analyysi aloitetaan kirjoittamalla haastattelut sanasta sanaan, eli litteroimalla. Haastateltavat voidaan myös merkitä, esimerkiksi O1 (ohjaaja 1) ja O2 (ohjaaja 2), jolloin käy selville, milloin sama henkilö puhuu. (Hyvärinen ym. 2017). Litteroinnin jälkeen alkaa valmisteluvaihe, jolloin valitaan analyysiyksikkö (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 168). Analyysiyksikkö voi olla yksi sana tai laajempi, useita lauseita ja merkityksiä sisältävä teema. Hirsjärven ja Hurmeen (2014, s. 173) mukaan teemoittelu on aineistosta nousevien yhtenäisten piirteiden tarkastelua.

Tämän kehittämistyön aineisto analysoitiin induktiivisella, eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä analysoidaan haastattelun puhuttua sisältöä ja tuotetaan yksinkertaisia aineiston kuvauksia, merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 166.) Sisällönanalyysillä tutkimusaineistosta etsitään merkityssuhteita ja -

kokonaisuuksia teemoittelun avulla (Vilkkä, 2021, s. 163). Induktiivinen aineiston analyysi kulkee jatkumona pelkistämisestä, eli epäoleellisen materiaalin karsimisesta ryhmittelyyn ja abstrahointiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 167). Tässä opinnäytetyössä analyysi oli selvästi induktiivista alateemoihin saakka, mutta yläteemat nojautuivat lisäksi opinnäytetyön teoriapohjaan.

Teemahaastatteluiden suoria lainauksia käytettiin opinnäytetyön tuloksissa sisältöä rikastuttamassa. Suorista lainauksista jätettiin pois haastateltavien merkitsemiset, esimerkiksi ohjaaja 1 (OH1). Opinnäytetyön tekijän mielestä niiden merkitseminen olisi lisännyt huomattavasti haastateltavien tunnistettavuutta pienten ryhmien takia.

6 TULOKSET

6.1 Alkutilanteen teemahaastatteluiden tulokset

Toiminnallisen kehittämistyön ideana oli järjestää henkilöstölle konkreettisia ohjaustilanteita kinestetiikan parissa, esimerkiksi asiakkaiden siirtymisessä sängyltä pyörätuoliin. Oletus oli, että ohjaustilanteiden aiheet ja tarpeet nousisivat esille ryhmissä toteutuneista teemahaastatteluista. Alkutilanteen teemahaastatteluiden perusteella muodostui eri kysymysten alle yhteensä viisi yläteemaa (Liite 3.). Kysymyksenä oli, mikä kuormittaa henkilöstöä hoitotyössä ja mistä saadaan voimavaroja, sekä mitä hoitohenkilöstö tietää kinestetiikasta, Yläteemoiksi muodostui kinestetiikasta kokonaisvaltaisesti voimavaroja asukkaalle, kinestetiikan ohjauksesta apua hoitohenkilöstölle, työn fyysinen kuormitus, työn psyykinen kuormitus, sekä toimiva ja voimavaraistava työyhteisö.

6.1.1 Vammaistyön kuormittavat tekijät

Haastatteluista nousi esille, että hoitotyöntekijät odottivat saavansa kinestetiikan ohjauksesta apua hoitotyön haasteisiin. Haasteellisena pidettiin konkreettisia asukkaiden siirtämissä ja kääntelyitä päivittäisessä työssä. Haasteet oman kehon hallinnassa ja luovuuden puutteessa koettiin haittaavan kinestetiikan käyttöön ottoa. Myös epävarmuus omista taidoista nousi haastatteluissa esille ja uusien tapojen opettelua pidettiin pelottavana. Osa haastateltavista nosti esille huomion, että tekee kinestetiikan ohjeistuksen mukaisesti tiedostamattaan. Hoitotyöntekijöiden keskuudesta nousi kuitenkin vahvasti esille, että kinestetiikan ottaminen mukaan hoitotyöhön vaatii ohjausta ja kertaamista.

Oli vähän vaikean näköistä silloin, polviseisonnasta nousi pyörätuoliin. Pitää itse päästä kyykkyyhin ja ulottuvuudet loppuu helposti. Näytti kyllä hankalalta.

Mä jotenkin pelkäänkin, kun joku pyöräyttää asukkaan tuolista sänkyyn, että meneekö niskat. Kun menee naamallaan siellä.

Kun tekee sitä vaan tietyllä tavalla, tiedostamattaan. Niin kuin lakanaa vaihtaa sängyssä ja pyörittelee asukasta laidalta toiselle. Niin asukas kysyikin, että mitä sä aina vaan pyörittelet.

Sitten mä koen, että tarvii siihen vertaistukea, miten tää ihminen nyt saadaan tästä näitisti siirrettyä. Välttämättä ei osaa itse ajatella sitä. Että miten ei tarvitse omia voimia käyttää vaan asukas saataisiin näitisti siirtymään.

Hoitotyö yksikössä koettiin sekä fyysisesti, että psyykkisesti kuormittavana. Puutteet ergonomian osaamisessa korostui huonojen työskentely asentojen kautta. Toistuvat, hankalat siirrot, kääntelyt ja asukkaiden avustamiset koettiin rasittavan pääasiassa käsiä, ranteita, olkapäitä, hartioita, selkää ja jalkoja. Kuormittavina siirtoina pidettiin jokapäiväisiä siirtymisiä, kuten sängyllä siirtämiset, pyörätuoliin avustamiset, lattialta ylös nostamiset. Apuvälineitä, kuten henkilönosturi ja liukulevy, oli yksikössä saatavilla, mutta niitä ei käytetty. Apuvälineistä käytössä oli asukkaiden henkilökohtaiset liikkumisen apuvälineet, kuten pyörätuolit ja rullaattorit, sekä sängyllä avustamiseen luikulakanat.

Joo siinä kyllä huomaa, kun on huono asento ja liikaa etukumarassa vääntää.

Mä olin monta päivää samalla puolella ja mulla tuli kädet tosi kipeäksi ja mietin, mikähän niihin tuli. Mutta lähinnä se yhden asukkaan punnaaminen ja vääntäminen. Ettei jää vinoon sängylle. En oikein tiedä, miten sen siihen sais sitten. Mutta kyllä mä monesti sitäkin ajattelen, että kun oikein ajan kanssa ja miettii sitä miten saa siirrettyä, ettei tarvi vääntää.

Asukkaiden toimintakyvyn rajoitteet pidettiin kuormitusta lisäävänä tekijänä. Haastatteluista nousi esille, että asukkaiden voivaroja ei osattu hyödyntää parhaalla tavalla ja nostot tehtiin työntekijälähtöisesti. Myös uusien asukkaiden voimavarojen etsiminen pidettiin hankalana.

Mun mielestä tän asukkaan nosto, kun se on niin raskas. Vaikka toinen ottaa jaloista ja toinen yläpäästä, se pitää saada hyvin siihen tuoliin. Ja vähän vinosti nostaa, kiertoliikkeellä.

Kun pitää tunnustella, kuinka asukas toimii.

Haastattelun mukaan hoitotyön fyysistä kuormitusta lisäsi myös työn hektisyys ja nopeatempoisuus. Jatkuva jalkojen päällä olo ja liikkuminen koettiin raskaana. Asumisyksikön asukashuoneiden sijaitseminen etäällä toisistaan, lisäsi osaltaan liikkumisen tarvetta ja fyysistä kuormitusta. Myös vuorotyö koettiin lisäävän kuormitusta pitkien työputkien sattuessa kohdalle.

Jos on monta vuoroa toisessa päässä, jalat väsyvät kun aina huomaa että jotain puuttuu ja paljon tulee askelia kun kävelee edestakaisin.

Riippuu miten on mennyt. Joskus on yhden vuoron jälkeen ihan poikki, joskus kolmannen vuoron jälkeen jaksaisi vieläkin vuoron.

Psyykkistä kuormitusta lisäsi haastatteluiden mukaan töiden kasaantumisen ja riittämättömyyden tunteen mukanaan tuoma kiireen tunne. Vaikka hoitotyöntekijät pitivät työstä juuri sen takia, että työpäivät oli kaikki erilaisia, tiettyjä työpäivän rutiineja pidettiin tärkeinä. Samat toistuvat työtehtävät nousivat kuitenkin myös yhdeksi psyykkiseksi kuormitustekijäksi.

Kun pitää pienessä ajassa tehdä sitä, tätä ja tuota ja vielä ne omatkin hommat.

Kun kaikilla on asiaa, eikä tiedä ketä seuraavaksi kuuntelisi.

Joskus kolmannen vuoron jälkeen samalla puolella on ihan poikki henkisesti.

Haastatteluiden mukaan epämiellyttävät asukaskohtaukset olivat yksi kuormitusta lisäävä tekijä hoitotyössä. Asukkaiden aggressiivinen käytös koettiin henkisesti raskaaksi. Asukkaiden henkilökohtaisista ominaisuuksista johtuva voimakas äänenkäyttö koettiin myös arkea hankaloittavina ja kuormittavina tekijöinä. Tilanteissa koettiin epätoivoa, kun ei osattu helpottaa asukkaan oloa huutamisen vähenemiseksi. Myös omat virheet ja kokemuksen puute nostettiin haastatteluissa kuormittavuutta lisääviksi tekijöiksi. Epäonnistumisen pelko nosti psyykkistä kuormitusta.

Kun toinen ei voi itselleen mitään.

Joskus kaksikin huutaa yhtä aikaa.

Oli kaikki paikatkin rikki kun riehui.

Vaatii itseltään vaan enemmän.

Tulee sellainen syyllisyys, että voisi tehdä paremmin.

6.1.2 Vammaistyön voimavaroja lisäävät tekijät

Haastatteluiden avulla haluttiin tuoda esille myös voimavaroja lisääviä tekijöitä vammaistyön arjesta. Yläteemaksi muodostui toimiva ja voimavaraistava työyhteisö, johon haastateltavat liittivät konkreettisen työn, työkaverit ja asukkaat. Haastateltavat pitivät omaa työtään monipuolisena ja palkitsevana ja kokivat, että heillä oli työhön vaadittavaa osaamista. He myös pitivät vuorotyötä hyvänä asiana asukkaiden hoidon jatkuvuuden kannalta. Työstä pääsi helpommin irrottautumaan, kun tiesi että aina joku jatkoi päivän töitä seuraavassa vuorossa.

Kun se työ on tuttu ja turvallinen ja ei tarvitse hirveästi opetella uusia asioita.

Onneksi on puhelin keksitty. Voi pistää viestiä tai soittaa jos joku asia jää painamaan. Ei mulla niin kuin yöuniin mene, mutta se on se työvuoron jälkeinen aika.

Työkavereiden tuki ja luottamus pidettiin tärkeinä asioina voimavaraistavassa työyhteisössä. Työyhteisössä autettiin toisia työntekijöitä ja apua tarjottiin pyytämättäkin. Myös uusien työntekijöiden tulo yksikköön pidettiin voimavaroja kasvattavana tekijänä. Rikkautena pidettiin myös sitä, että vuorotyössä työkaverit vaihtuivat vuorojen mukaan.

Että tuetaan toisia ja puhalletaan yhteen hiileen, vähän tilanteiden mukaan ja autetaan eikä paneuduta vaan niihin omiin juttuihin. Niin kuin tänäänkin toinen työntekijä tuli mua auttamaan ja sanoi, että mene nyt sä vaan kirjaamaan. Että sitten kuin helposti unohtuu tekemään vaan omia juttujaan.

Sitten on kiva kun meitä on niin paljon, että aina on eri kaverit töissä. Eri ihmisten kanssa, porukka vaihtuu. Oon ollut sellaisessakin työssä, jossa on aina samat naamat, ei siinäkään mitään vikaa oo, mutta kiva kun vaihtuu.

Haastatteluiden mukaan asukkaat olivat suuri voimavaroja tuova asia vammaistyössä. Asukkaiden tyytyväisyys ja ilo nähtiin voimavaraistavina tekijöinä myös raskaassa hoitotyön arjessa. Palaute, jota vammaistyö asukkailta saatiin, oli välitöntä ja aitoa. Pitkäaikaisiin asukkaisiin oli ehditty luomaan kiintymyssuhteita ja työyhteisöä pidettiin jopa toisena kotina.

Kyllä se on se kun näkee, että asukas on tyytyväinen ja näkee oman työn, että on saanut jotain aikaiseksi.

Mä oon ainakin kiintynyt asukkaisiin vuosien mittaan. Sieltä saa voimaa. Tuo nainenkin sanoi, että mä niin tykkään susta tai kiva kun tulit töihin.

Palautteen saa asukkailta, se on ihan kiva. Kun on ollut tuolla vanhuspuolellakin, ei siellä sitä niin saa. Täällä kyllä saa heti, hyvän ja huonokin palautteen.

6.1.3 Vammaistyön henkilöstön tietämys kinestetikasta

Hoitohenkilöstön tietämys kinestetikasta oli vaihtelevaa. Osa oli tutustunut kinestetikkaan työvuosien aikana, osalle käsite oli melko uusi asia. Haastatteluissa kuitenkin korostui, että hoitohenkilöstön mielestä kinestetikan avulla saadaan asukkaiden voimavaroja käyttöön kokonaisvaltaisesti. Haastatteluaineistosta nousi esille niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisenkin puolen tärkeys. Kinestetikan tiedostettiin tuovan asukkaalle parempaa keuhonhallintaa ja sen avulla jokapäiväisen elämän tarpeet, kuten erittäminen helpottuu.

Oman keuhon tuntemista ja kyllähän siinä verenkierto paranee ja keho herää. Joskus vähän käännelläänkin tahallaan, niin vatsakin toimii paremmin.

Haastatteluista nousi esille, että asukkaiden psyykkinen huomioiminen pidettiin tärkeänä asiana. Läheisyydellä ja koskettamisella kuvattiin olevan merkitystä asukkaiden hyvinvointiin ja niiden koettiin vaikuttavan rauhoittava elementtinä esimerkiksi jännittyneeseen tai kiihtyneeseen asukkaaseen. Kosketuksen todettiin vaikuttavan myös voimavarojen ja omien taitojen aktivoinnissa. Asukkaiden pienienkin voimavarojen huomioiminen koettiin lisäävän tämän psyykkistä hyvinvointiaan.

Ja musta tuntuu, että hankalakin asukas rauhoittuu, kun koskettaa poskia, tekee pesuja ja rasvauksia. Se auttaa paranemaankin, kun tulee hyvä olo. Ja illallakin huutelee hei, vaikka ei muuten puhu.

Me ollaan ainoat ihmiset, jotka heitä koskettaa, näitä meidän asukkaita. Että justiin kun silittää päätä. Tänäänkin tämä yksi naisasukas niin ihanasti tykkäsi ja hymyili, kun silitin päätä.

Vuorovaikutuksen tärkeys ja sen yhteys kinestetikkaan osattiin jo haastatteluissa nostaa esille. Hoitotyö perustuu hyvään vuorovaikutukseen asukkaan kanssa ja sen avulla asukkaan kohtaaminen on luontevaa ja arvostavaa. Haastattelussa tuli esille, että hoitohenkilöstölle on tärkeää, että asukkailla on yksikössämme yhteenkuuluvuuden tunne. Tunne siitä, että asukkaat saavat olla osallisena omassa elämässään ja sen suunnittelussa.

Sit jotenkin vois ajatella, että he kokevat olevansa osallisena siinä toiminnassa, ettei vaan nosteta että yks kaks ja menoksi. Vaan ovat itse toimijana tapahtumassa.

Jumppaahan se on asukkaalle. Asukas saa ohjaajan siinä, sanotaanko nyt että on vuorovaikutteinen tilanne kun on mukana siinä.

6.2 Ohjaustilanteet tulosten mukaan

Ensimmäisten teemahaastatteluiden perusteella vammaistyö koettiin fyysisesti raskaaksi ergonomian puutteellisen osaamisen takia. Asukkaiden siirtämiset ja päivittäiset toimet kuormittivat hoitotyöntekijöitä jatkuvasti. Fyysiseen kuormittavuuteen pyrittiin hakemaan ratkaisuja kinestetiikan ohjauksen turvin. Ohjaustilanteet järjestettiin tammikuun 2023 aikana. Ohjauskertoja oli yhteensä viisi, joiden aiheet nousivat haastatteluista. Ohjauskerrat olivat pituudeltaan 30–45 minuuttia ja niihin osallistui jokaiseen kuusi ohjaajaa työvuorojen mukaan. Kaikki ohjaajat eivät osallistuneet jokaiseen ohjauskertaan vuorotyönsä takia.

Ohjauskerroilla pysähdyttiin miettimään avustamista ja liikkumista oman liikkeen ja havaintojen avulla. Ohjauskerroilla tavoitteena oli, että jokainen ohjaaja sai olla sekä avustajan, että avustettavan roolissa, jotta voivat samaistua myös asukkaidemme rooliin. Vuorovaikutuksen tärkeyttä ja asukkaiden pienimpienkin voimavarojen käyttöönottoa korostettiin joka ohjauskerrolla. Ohjauskerrat aloitettiin huomioimalla ympäristö, missä avustaminen tapahtuu. Koska ohjauskerrat tapahtuivat normaaleissa asumisyksikön tiloissa, niistä saatiin hyvin todennäköisiä.

Ensimmäisellä ohjauskerralla teemaksi otettiin **siirrot sängyllä ylöspäin** kahvallisen, liukuvan vuodesuojan avulla. Aluksi siirrot tehtiin vanhalla tavalla, hoitohenkilöstön käsivoimia käyttäen, joka kuormitti käsiä, olkapäitä ja selkää. Toinen siirto tehtiin uudella tavalla, ottaen huomioon oma liike käyntiaskeleen avulla. Ohjaustilanteessa käytiin läpi myös passiivisen asukkaan siirto ja asukkaan ohjaus aktiiviseksi. Jokainen sai kokeilla siirtämistä itse ja olla myös asukkaan asemassa. Toinen esimerkki siirroista oli **sängyllä sivusuunnassa siirtyminen** avustettuna kyljen kautta keventäen. Ohjauskerran lopuksi tehtiin jokaiselle myös kehon ”putkitus”, jolla saadaan kehotuntemusta ja turvallisuuden tunnetta lisättyä laittamalla kehon reunoille tukeva putkityyny/ päiväpeitosta tehty rulla.

Toisen ohjaukerran pääpaino oli **tuolissa siirtymiselle ja avustaminen taaksepäin**. Aluksi havainnollistettiin omalla istuma-asennolla, kuinka tyypillisesti istutaan, korjataan asentoa, käytetään painonsiirtoa ja kevennystä hyväksi. Apuna käytettiin myös liukua, tällä kertaa muovipussia. Ohjaukerralla avustettiin toisia istumaan pyörätuolissa parempaan istuma-asentoon, käyttäen apuna painonsiirtoa ja raajojen keventämistä. Huomioitiin myös, kuinka usein normaalisti asentoa vaihdetaan, verrattuna pyörätuolissa passiivisina istuviin asukkaisiimme.

Kolmas ohjaukerta koostui **liikkumisesta alhaalta ylöspäin**. Ohjauksella harjoiteltiin lattialta ylös nousemista ja siinä avustamista. Ensin havainnollistettiin oman kehon huomioiminen, kuinka nousee ylös lattialta, pysähtyen eri asentoihin ja miettien liikkeen suuntaa ja painonsiirtoa. Esimerkkiasukkaiden avulla harjoiteltiin avustamista lattialta, erilaisia avustustapoja käyttäen. Yksi asukas nousi ylös ohjattuna polviseisonnan kautta edessä olevan penkin avulla, jolloin hoitohenkilöstön tehtävä oli lähinnä rauhoittaa äkkinäistä liikettä ja suunnata liikettä oikeaan suuntaan. Toinen asukas nousi lattialta pähkinäpallon avulla, työntekijä selän takana avustaen istumaan ja rollaattorille. Avustustilanteessa toinen työntekijä oli etupuolella varmistamassa liikkeen suunnan oikeaan. Kolmas asukas nousi lattialta syväkyykyn kautta, kinesteettista aistia, liikeaistia aktivoiden, samalla ponnistaen, kun paino tuli luille ja päkiöille.

Neljäs ohjaukerta harjoiteltiin **avustamista pyörätuolista sänkyyn ja takaisin pyörätuoliin**. Eri tapoina kokeiltiin sylin kautta siirtämistä, liukulevyn avulla siirtämistä ja omaa liikerrataa hyväksi käyttäen, sänkyyn ja takaisin tuoliin pyörähtämistä. Ensin kokeiltiin siirtoja toisilla työntekijöillä, jonka jälkeen esimerkkiasukkailla. Ohjaustilanteen lopuksi pohdittiin yhdessä, mikä tapa kenellekin asukkaalle sopisi luonnollisesti. Huomioitiin, että sylissä istuminen oli hyvää vuorovaikutusta ja läheisyyden tunnetta lisäävää, eikä avustajalle ollenkaan raskasta.

Viidennellä ohjaukerralla kerrattiin sängystä ylös nousemista ja pyörätuoliin siirtymistä sylin kautta ja peppu edeltä pyörähtämällä. Tämä tehtiin esimerkkiasukkaan avulla. Uutena asiana harjoiteltiin **sängystä pesulaverille siirtämistä** liukuvan lakanan avulla, avustettava huomioiden, kyljen kautta keventäen.

6.3 Tulokset ohjaustilanteiden jälkeisistä teemahaastatteluista

Kinestetiikan ohjaukertojen jälkeen hoitotyöntekijöitä kannustettiin käyttämään opittuja taitoja ja pohtimaan yhdessä mahdollisia haasteellisia tilanteita. Kinestetiikan tutor oli

työyhteisössä läsnä, jolloin ohjausta oli saatavilla myös jatkossa. Toiset teemahaastattelut tehtiin helmikuussa 2023. Haastattelussa pyrittiin saamaan vastauksia kysymyksiin, saatiinko kinestetiikan ohjauksista apua työn kuormittavuuteen ja mitä hoitotyöntekijät ovat oppineet kinestetiikasta. Yläteemoiksi (Liite 4.) muodostui haastatteluiden perusteella voimavarainen ja ennakoiva hoitotyön yhteisö ja asukaslähtöinen avustaminen.

6.3.1 Vammaisalan hoitotyön keveneminen kinestetiikan avulla

Haastateltavat toivat esille, että kinestetiikan ohjauksen myötä siirtymiset tuntuivat helpommilta ja pehmeämmiltä. Toisten hoitotyöntekijöiden apu ja yhdessä asioiden tekeminen koettiin vahvistavan yhteishenkeä, mutta myös auttavan raskaissa siirroissa. Toiset hoitotyöntekijät omasivat paremmat taidot kinestetiikan saralla kuin toiset ja osaamista osattiin käyttää hyödyksi. Osa haastateltavista koki, että eivät olleet saaneet vielä tarpeeksi rohkeutta harjoitella kinestetiikan ajatuksen mukaisesti ja vaativat selvästi enemmän rohkaisua ja ohjaamista kuin toiset. Omakohtaiset kokemukset siirtymisistä ja avustettavana olemisesta koettiin haastattelujen perusteella ajatuksia avaaviksi ja mielenkiintoisiksi.

Nuo osaavat tosi hyvin, otettiin niistä mallia.

Kyllä mä sanon, että se on helpompaa ja kevyempää kun sen oikeasti oppii. Ei se alkuun ole, mutta kun oppii. Ja on nopeaa. Ja läsnä olevampaa. Mutta huomaa, että kynnyks nousee, kun ei tee.

Se putkittaminen oli ainakin kiva kun siinä tuli se turvallisuuden tunne. Kun laitetaan ne rullat vaikka pyyhkeestä tai päiväpeitosta kehonosien ulkopuolelle.

Ei sitä muuten voi tietää. Ja huomaa miltä tuntuu, kun kainaloista revitään.

Mun mielestä oli tosi hyvä kun oli täysin konkreettista ja menttiin vuorotellen itse asukkaan rooliin sängylle ja sitten otettiin asukkaitakin mukaan. Vuorotellen, jokainen siirtää ja on siirrettävänä.

Haastatteluista nousi vahvasti esille ennakointi ja töiden suunnittelun tärkeys, sekä ympäristön muokkaus kinestetiikkaa mahdollistavaksi. Yksikön toimitilat vaativat muokkausta siirtojen onnistumiseksi. Esimerkiksi asuinhuoneiden ollessa pienet, oli tärkeä miettiä sängyn oikea sijoittaminen ja liikuttamisen mahdollisuus avustamisen helpottamiseksi. Myös ergonomian kannalta huomioitavat asiat, kuten sängyn oikea korkeus nousi haastatteluissa esille.

Joo ja kun tuolla toisessa päässä paljon tekee yksin, kannattaa miettiä ensin miten tekee. Säästää itseään.

Mä joudun monesti sanomaa, että oota nyt, kun mä nostan sängyn korkeammalle. Vaikka mä oon nopea liikkeissä, niin joudun sanoa, että odota niin valmistaudutaan ja mietitään eikä vaan tehdä.

Pitää muokata se ympäristö sille sopivaksi, tyynyt ja siirtää sänkyä puolelta toiselle.

Kyllä mä saan ihan hyvin tuoliin tuon asukkaan. Saa asentoa korjattua, kun ympäristöä on muunneltu ja jalkalaudat pois esimerkiksi.

Haastatteluista nousi esille, että kinestetika on asukaslähtöistä avustamista, jossa huomioidaan asukkaan voimavarat ja vuorovaikutuksellisuus pehmeiden siirtymisten aikana. Haastateltavat toivat esille, että kiireettömän tilanteen luominen asukkaalle oli tärkeää, jolloin asukas ehti tuomaan omia voimavarojaan esille. Jokaisen asukkaan kohdalla tulisi miettiä yksilöllisesti hänen mahdollisuuksiaan olla osallisena siirtymisissä ja oman elämän arjessa.

Ja mitä se on, kaikilla on erilaiset voimavarat ja mahdollisuudet. Mitä tarkoittaa kenenkään kohdalla.

Tää toinen auttaa ja saa pyllyä nousee. Ja pitää itsensä ryhdissä.

Kyllä se aktivointi, tulee sellaista erilaista liikettä, ei vaan passiivista siirtämistä. Pääsee itse osallistumaan siihen.

Ja miettii sitä, että sieltä asukkaalta voi tulla apua. Ajatus siinä asukkaassa.

Konkreettisia siirtoja oli harjoiteltu myös kinestetikan ohjaustilanteiden jälkeen. Siirrot sängyllä ja sängyltä tuoliin koettiin jo helpompina ja hoitohenkilöstön kehoa säästävänä. Myös lattialta ylös avustamisia oli tilanteen tullen harjoiteltu kinestetikan ajatuksella. Vanha tapa, jolla asukas yritettiin nostaa ylös lattialta hoitohenkilöstön voimin, oli syrjäytetty ja tilalle otettu oikeanlaiset apuvälineet, asukkaan omat voimavarat ja luonnolliset liikemallit. Myös tukipinnan ja kitkan merkitys nousi haastatteluissa esille. Haastateltavat olivat yhdessä miettineet keinoja haasteellisten arkikokemusten ratkaisemiseksi. Epäonnistuneet kokemukset siirroista eivät vieneet intoa opetella, vaan toivat esille uusia ideoita, joilla tilanteet voitaisiin seuravalla kertaa ratkaista.

Kyllähän siinä, kun pitkällä tähtäimellä miettii, oikeasti säästää itseään. Selkää ja käsiä. Kun tekee ja hallitsee, ei nosta vaan siirtää. Sitä joskus ajattelee, että äkkiä vaan näin, niin kyllä sattuukin

Kyllä mä oon halunnut opetella näitä uusia. Ja tuota asukasta mä nosta monesti sillä nosturilla. Se selvästi tykkää siitä ja heiluttelee jalkojaan.

Ja lattialta ylös auttaminen, se oli mulle hyvä, eli jos oli jalkoja niin sillä pallon avulla. Niin kuin tän asukkaan kanssa, kun se oli seisomatelineessä ja otin sitä pois siitä ja ei ollutkaan lukossa niin lähti karkuun se teline. Siitä laskin hänet lattialle istumaan ja nostin sen pallon avulla uudelleen seisomaan. Se meni hyvin. Sain sen ihan yksin kun oon oppinut.

Yksi asukas silloin kaatui lattialle, kyllä me se siitä saatiin ylös kun oli neljä työntekijää. Saatiin se pallon kautta, mutta ei ottanut jaloilleen. Niin siinä se tulikin, että mitäs sitten. Minä pidin tuolia ja tuo yritti kiskoa. Tuli siinä varmaan vähän myös kainaloista, mutta saatiin kuitenkin. Liukulevy olis voinut olla siinä apuna.

6.3.2 Vammaistyön henkilöstön tiedon lisääntyminen kinestetiikasta

Kinestetiikka koettiin olevan paljon ajatukseen liittyvää asiaa ja asioiden yhdessä pohtiminen koettiin helpottavan sen käyttöönottoa. Kinestetiikka huomattiin olevan myös tuttua hoitotyön ydintä, sitä ei ole vain ajateltu kinestetiikka käsitteen kautta. Harjoitteluiden ja sisäistämisen avulla kinestetiikka on tullut lähemmäksi hoitotyön arkea.

No mulle ainakin, että se ei olekaan niin vaikeaa ja sellainen irrallinen osa, vaan se on just tätä hoitotyötä sen kinestetiikka. Sitä on ajatellut sellaisena peikkona, että pitää tehdä yksin. Mut kun ajattelee ja alkaa vaan tekemään, niin ei se olekaan niin ihmeellistä.

Eihän se olekaan niin vaikea siirtää tuoliin ja sänkyyn. Ja se on kuitenkin nopee siirtää sylin kautta. Siitä mä oon oikeastaan yllätynyt, miten nopee se on. Ja helpoa kun asukas kuitenkin itse kannattelee ryhtiään.

Mä oon aina miettinyt, että se ei oo enää se kinestetiikka niin kuin täällä jossain, vaan se on tullut mukaan ja sisälle siihen hoitotyöhön.

Kyllä se on käytännössäkin tullut, että miettii esimerkiksi Kuinka saa paremmin siirrettyä ylöspäin.

Haastatteluista nousi esille vuorovaikutuksellisen suhteen ylläpitämisen tärkeys. Hoitohenkilöstö korosti, että yksikössä työskennellään asukkaita varten asukasystävällisessä

ympäristössä. Asukkaiden ja hoitohenkilöstön välinen vuorovaikutuksellinen suhde loi asukkaan arkeen turvaa ja tyytyväisyyttä. Asukkaiden välitön palautteenanto hoitohenkilöstölle koettiin haastatteluiden perusteella tärkeäksi vuorovaikutuksen osaksi. Hoitohenkilöstössä koettiin, että sekä asukkaat, että henkilökunta olivat tärkeitä ihmisiä toisilleen.

Onhan se, kun ottaa syliin tuolta sängystä, niin itsellekin hyvä olo, mä oon sellainen halailija ja tykkään siitä. Asukkaalle tuo läheisyyttä, kosketusta. Se että teet rauhallisesti, on hyvä ja turvallinen olla.

Lähikontaktissa ollaan ja tykätään.

Joo on mietitty ja kyllähän asukkaat auttaa itsekin paremmin, kun sanoo mitä tekee.

Joo mutta kyllä sekin tykkää tosi paljon olla sylissä ja sillä on tosi hauskaa kun sitä siirtää sylin kautta.

Haastatteluiden perusteella hoitohenkilöstö koki innostusta kinestetiikan oppimisesta ja sisäistämisestä. Haastatteluiden aikana tuli useita kertoja esille ideoita kinestetiikan kehittämiseen kyseiseen asumisyksikköön. Haastattelut onnistuivat opinnäytetyöntekijän mielestä hyvin ja tutkimuskysymyksiin saatiin vastauksia.

7 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan vammaisalan hoitotyössä oli sekä fyysisiä, että psyykkisiä kuormitustekijöitä. Fyysiset kuormitustekijät liittyivät asukkaiden päivittäisiin hoitotilanteisiin, avustamisiin ja siirtämisiin. Toistuvat siirrot sängyllä ja asukkaiden liikuttelut paikasta toiseen kuormitti hoitotyöntekijöitä, jolloin he kokivat rasitusta eniten käsissä ja selässä. Myös jatkuva jaloilla oleminen koettiin fyysisesti raskaaksi. Asukkaiden ominaisuudet, kuten vaikeavammaisuus, koettiin raskaaksi sekä fyysisesti, että psyykkisesti. Fyysisesti painavia asukkaita oli raskasta ja työlästä käsitellä, kun taas henkisesti raskaat asukkaat aiheuttivat jatkuvaa melua aggressiivisuudellaan tai äänekkäällä käytöksellään. Osaamisen puutteet esimerkiksi aggressiivisen asukkaan kohtaamisessa koettiin lisäävän työn kuormitusta.

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitohenkilöstö koki kiireen takia riittämättömyyden tunnetta ja olisivat halunneet tehdä työnsä paremmin. Myös Lehto-Niskalan (2021, s. 66) tutkimuksen tuloksista oli nähtävissä, että hoitajat kokivat kiireen takia painetta, koska eivät pystyneet olemaan läsnä niin hyvin, kuin olisivat halunneet olla. Tässä opinnäytetyössä vuorotyön koettiin lisäävän kuormitusta sekä fyysisesti, että psyykkisesti, jos työvuoroja oli samassa työpisteessä useita peräkkäin. Vuorotyön koettiin kuitenkin myös tuovan monipuolisuutta ja vaihtelua hoitotyöntekijöiden arkeen.

Tämän opinnäytetyön tuloksia tarkasteltaessa voidaan todeta, että vammaistyön hoitohenkilöstö tiesi perusasioita kinestetiikasta jo ennen ohjaustuokioita. Kinestetiikka tiedettiin tuovan apua hoitotyön avustustilanteisiin asukkaan omia voimavaroja käyttäen. Se ajateltiin oleva pehmeä tapa siirtoihin ja kääntelyihin, sekä tuovan asukkaalle oman kehon hahmotukseen helpotusta. Kinestetiikkaan liitettiin myös asukkaiden aistituntemuksien mahdollistaminen ja turvallisuuden tunteen kokeminen.

Opinnäytetyön tulosten mukaan kinestetiikka ajateltiin olevan myös hankalaa, teknistä ja aikaa vievää, mistä syystä sitä ei uskallettu heti ottaa käyttöön. Myös Stenmanin (2020, s. 56) tutkimuksen tulokset ovat saman suuntaisia, kun hän totesi, että osa hoitajista oli varautuneita kinestetiikan käyttöönotosta. Tämän opinnäytetyön tuloksista nousi esiin, että osa hoitohenkilöstöstä piti omia fyysisiä ominaisuuksiaan kinestetiikan käyttöönottoa estävinä tekijöinä. Kinestetiikan sisäistäminen tiedettiin vaativan harjoittelua ja perehtymistä. Osa opinnäytetyön haastatteluun osallistujista oli osallistunut kinestetiikan tutoreiden työpajoihin, kinestetiikan muuhun ohjaukseen, tai nähnyt kinestetiikkaa käytettävän esimerkiksi siirroissa.

Tämän opinnäytetyön tuloksista tuli ilmi, että osa tiesi tekevänsä hoitotyötä kinestetiiikan periaatteiden mukaisesti, vaikka ei ollut sitä aiemmin kinestetiiikaksi tiedostanut.

Opinnäytetyön tulosten mukaan kinestetiiikan ohjausryhmät toivat lisää tietoa ja osaamista kinestetiiikan saralle. Ohjausryhmistä koettiin saavan konkreettista apua siirtoihin ja oman kehon kautta oppimista pidettiin tärkeänä. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että hoitotyöntekijät saivat kokeilla sekä avustettavina, että avustajina oloa. Kinestetiiikan ohjausryhmien jälkeen hoitotyöntekijöiden mielenkiinto kinestetiiikkaa kohtaan kasvoi ja he oppivat jakamaan ajatuksiinsa työyhteisössä. Kokemusten jakaminen ja yhdessä harjoittelu nousivat myös Fringerin ym. (2014, s. 761) tutkimuksen tuloksista esille tärkeinä asioina kinestetiiikan juurruttamisessa.

Opinnäytetyössä haastateltavana olleet hoitotyöntekijät kokivat, että kinestetiiikan ohjausryhmät toivat yhteisöön parempaa me-henkeä ja auttamisen kulttuuria. Muiden osaamista ja kinestetiiikan tutorin läsnäoloa osattiin käyttää paremmin hyödyksi. Samanlaisiin tuloksiin ovat päässeet Stenman ym. (2016, s. 110), sekä Stenman (2020, s. 53) tutkimuksissaan, kun heidän mukaansa kinestetiiikan ajatuksen istuttaminen työyhteisöön toi hoitajien keskuuteen lisää yhteishenkeä, sekä vuorovaikutuksellista ja kannustavaa ilmapiiriä. Myös heidän tutkimuksiensa mukaan kinestetiiikka lisäsi ryhmän ideointia asukkaiden siirtotilanteisiin ja jokapäiväiseen toimintaan.

Lehto-Niskalan (2021, s. 64) väitöskirjassa todettiin, että toimintakyvyn ylläpitäminen lisäsi asukkaiden elämän mielekkyyttä. Toimintakyvyn ylläpitämisen yksi tärkein asia päivittäisen toiminnan lisäksi oli hänen tutkimuksensa mukaan vuorovaikutus (mts. 66). Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella huomio asukkaiden tyytyväisyyteen vuorovaikutuksen avulla kasvoi. Hoitotyöntekijät kokivat saaneensa ideoita asukkaiden voimavarojen etsimiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen. Asukkaissa huomioitiin ilo ja hyväntuulisuus, kun hoitotyöntekijä antoi heille kahdenkeskeistä aikaa. Myös sylissä oleminen ja läheisyyden kokemus huomattiin vaikuttavan asukkaiden mielialaan positiivisesti. Asukkaiden tyytyväisyys omaan elämänsä heijastui koko yksikköön ja lisäsi samalla hoitohenkilöstön kokemusta työn mielekkyydestä. Myös Stenmanin (2020, s. 70) tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat työnsä mielekkäämmäksi kinestetiiikan käyttöönoton myötä. Hoitajat saivat onnistumisen tunnetta, kun osaamistaan hyödyntäen kokivat auttavansa asukkaita päivittäisissä toimissa.

Stenmanin (2020, s. 52) tutkimuksessa hoitotyön kuormitus väheni kinestetiikan käyttöönoton myötä. Hänen tulostensa mukaan hoitajat kiinnittivät enemmän huomiota omaan liikkumiseen ja ergonomiaan. Myös tämän opinnäytetyön tuloksista tuli ilmi, että kinestetiikkaan pohjautuva ajattelu oli otettu avuksi asukkaiden avustustilanteisiin ja siirtoihin. Kinestetiikan avulla siirtymiset asukkaan voimavaroja hyödyntäen, luonnollista liikemallia ja tukipintoja hyväksi käyttäen, koettiin myös tässä opinnäytetyön tuloksissa tuovan helpotusta hoitotyön kuormittavuuteen. Siirtojen kohdalla huomattiin myös se, että kinestetiikassa ei ole yhtä ja oikeaa tapaa siirtää, vaan kaikki tehdään asukkaan omien voimavarojen ja mahdollisuuksien mukaan yksilöllisesti. Kinestetiikka huomattiin olevan parhaimmillaan kevyttä, helppoa ja jopa nopeaa.

Stenman (2020, s. 52) toteaa omassa tutkimuksessaan, että kinestetiikan käyttöönoton myötä apuvälineiden tarkoituksellinen käyttö hoitajien keskuudessa lisääntyi. Tämän opinnäytetyön tuloksista oli nähtävissä sama johtopäätös, kun kinestetiikan rinnalle uskallettiin ottaa käyttöön myös siirtoja ja liikkumista helpottavia apuvälineitä, kuten liukulevy ja pähkinäpallo. Vähäkangas (2010, s. 84) puolestaan toteaa tutkimuksessaan, että oikealaiset apuvälineet auttoivat asiakkaita säilyttämään toimintakykynsä ja helpottavan hoitajien työn kuormittavuuteen. Hänen tutkimuksessaan kuntouttavassa hoitotyössä tärkeäksi asiaksi nostettiin asiakkaan toimintakyvyn huomioiminen ja arviointi, sekä voimavarojen tukeminen.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että

1. Vammaistyön hoitohenkilöstöä kuormittavat tekijät voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin kuormitustekijöihin. Fyysisesti hoitotyössä kuormittaa asukkaiden avustaminen päivittäisissä toimissa. Asukkaan liikuttaminen sängyllä, siirtymiset sängystä pyörätuoliin ja takaisin sänkyyn, sekä avustaminen lattialta ylöspäin koetaan fyysisesti raskaiksi. Puutteet ergonomian osaamisessa lisäävät työn kuormittavuuden tuntua. Psyykkiseen kuormittavuuteen voidaan liittää kiireen tunne, työn hektisyys ja asukkaiden moninaiset tarpeet.
2. Vammaistyön hoitohenkilöstö osaa liittää kinestetiikkaan ajatuksen voimavaraistavasta ja pehmeästä tavasta kohdata asukas yksilöllisesti. Kinestetiikasta tiedetään olevan apua hoitotyön avustustilanteisiin ja siirtoihin.
3. Onnistuneella kinestetiikan ohjauksella voidaan saada hoitotyön kuormittavuuteen helpotusta. Jotta kuormitusta voidaan vähentää, vaatii se kuitenkin hoitotyöntekijöiltä

kinestetiikan periaatteiden sisäistämistä ja käsitystä ihmisen luonnollisesta liikemallista. Onnistunut kinestetiikan jalkauttaminen työyhteisöön on hidasta ja vaatii paljon ohjausta ja toistoja, mutta se tuo mukanaan yhteisöllisyyttä ja lisää työssä viihtymistä.

4. Kinestetiikan periaatteiden mukaisesti asukkaiden voimavaralähtöinen avustaminen on koko vammaisalan hoitotyön ydin. Kinestetiikka ei ole irrallinen asia, vaan se on läsnä jokaisessa hoitotyön kunnioittavassa kohtaamisessa.

8 POHDINTA

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunnan (TENK, 2023, s. 6) mukaan tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava, sekä tulokset uskottavia vain silloin, kun tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön mukaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereinä voidaan pitää tutkimuksen luotettavuutta, eli todellisuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta, vahvistettavuutta ja kylläntymistä (Kananen, 2015, s. 352). Kun määrällisen tutkimuksen tärkein luotettavuuskriteeri on sen yleistettävyyden, on laadullisessa tutkimuksessa kyse ilmiön ymmärtämisestä.

All European Academies:n (ALLEA, 2020, s. 4) mukaan hyvät tutkimuskäytännöt nojaavat tutkimuseettisiin periaatteisiin. Periaatteet ohjaavat tutkijaansa tutkimustyössä ja auttavat käytännön eettisten ja älyllisten ongelmien ratkaisussa. Perusperiaatteita on luotettavuus laatuun, suunnitteluun, menetelmiin, analyysiin, sekä rehellisyys ja avoin viestintä, oikeudenmukaisuus, puolueettomuus, sekä arvostus osallistujia, ympäristöä ja yhteiskuntaa kohtaan. Tutkijan täytyy kantaa vastuu tutkimuksestaan koko prosessin ajan. Tämä opinnäytetyö on tehty tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti. Opinnäytetyön tekijä tarkasteli tutkimuksen luotettavuutta jokaisessa työvaiheessa, suunnittelussa, haastatteluiden toteutuksessa, aineiston analyysissä ja tutkimustulosten auki kirjoittamisessa. Opinnäytetyön tekijä toi rehellisesti esiin tutkimuksen tavoitteet ja tarkoituksen ja viestintä kohdeyksikköön oli avointa koko prosessin ajan.

Jo tutkimustyön alussa, aihetta valittaessa, tulee olla huolellinen ja noudattaa eettisyyttä. Tämä opinnäytetyö suuntautui vammaistyön yksikköön, jossa kinestetiiikan ohjauksen vaikutusta seurattiin vammaisten avustustilanteissa. Kuten Leino-Kilpi ja Välimäki (2014, s. 366) teoksessaan toteavat, haavoittuvaisten ryhmien, kuten vaikeavammaisten liittäminen tutkimukseen, on jo eettinen päätös. Myös TENK (2019, s. 10) esittää julkaisussaan, että vajaa-kykyisten tutkittavien itsemääräämisoikeutta ja vapaaehtoisuutta on kunnioitettava. Kuitenkin tässä opinnäytetyössä vaikeavammaiset olivat niin sanottu sidosryhmä. Opinnäytetyössä haluttiin selvittää, kuinka hoitotyöntekijöiden työskentely muuttui kinestetiiikan ohjauksen myötä ja kuinka heidän vuorovaikutuksensa asukkaita kohtaan parani voimavarojen etsimisen kautta.

TENK (2019, s. 8) toteaa julkaisussaan, että tutkijan tulee perehtyä ennakkoon yhteisöön, sen kulttuuriin ja historiaan, jonka parissa tutkimus tehdään. Julkaisussa esitetään, että tutkija ollessa tietoinen ja perehtynyt yhteisön tavoista, vältetään tarpeettoman haitan aiheuttaminen. Tämä opinnäytetyö tehtiin tekijän omaan työyhteisöön ja siitä oli prosessissa suuri hyöty. Työntekijät ja asukkaat olivat kaikki opinnäytetyön tekijälle tuttuja. Työntekijöiden suhtautuivat opinnäytetyöhön ja sen tekijään avoimesti ja luottavaisin mielin. Vaikka opinnäytetyön tekijä toimi yksikössä esimiehenä, sillä ei uskottu olevan merkitystä tuloksiin. Esimies työskenteli vammaistyön yksikössä myös hoitotyöntekijänä samoissa tehtävissä, kuin haastateltavat. Sen uskottiin päin vastoin lisäävän haastateltavien avoimuutta ja vuorovaikutuksellista keskustelua,

Leino-Kilpi ja Välimäki (2014, s. 369) painottavat, että tutkimustyöhön osallistuminen tulee perustua vapaaehtoisuuteen ja siitä on voitava myös kieltäytyä. Tutkimustyössä on kiinnitettävä huomiota vastaajien oikeuksiin ja heitä on kohdeltava rehellisesti ja kunnioitettavasti. Tutkimukseen osallistuvalla tulee kertoa tutkimuksen tarkoitus ja sisältö ja hänellä tulee olla mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä ja saada tietoon tutkimustulokset (mts. 368; Kuula, 2011, s. 64). Tutkimukseen osallistujan tulee halutessaan voida keskeyttää tutkimus omalta osaltaan kesken tutkimuksen, ilman että siitä koituu hänelle harmia (TENK, 2019, s. 8). Tutkittavaa ei tule pystyä tunnistamaan vastauksista (Leino-Kilpi & Välimäki, 2014, s. 368).

Tämä opinnäytetyö toteutettiin eettisten periaatteiden ja luotettavuuden mukaisesti. Haastatteluun osallistuneille kerrottiin opinnäytetyön prosessista vaihe vaiheelta. Heille kerrottiin myös se, miten tutkimuksen tuloksia tullaan käyttämään julkaisussa. Hoitotyöntekijät saivat mahdollisuuden kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Materiaalit nauhoitettiin ja käsiteltiin luottamuksellisesti ja haastateltavien tunnistamattomuuteen kiinnitettiin huomiota. Haastattelun materiaalit kirjoitettiin sanasta sanaan avoimiksi ja ne hävitettiin oikeaoppisesti analysoinnin jälkeen. Tuloksiin kirjoitetuista suorista lainauksista jätettiin pois haastateltavien merkitsemiset, esimerkiksi ohjaaja 1 (OH1). Opinnäytetyön tekijän mielestä merkitseminen olisi vaikuttanut tunnistettavuuteen pienten haastatteluryhmien takia. Opinnäytetyön lähteinä käytettiin mahdollisimman uutta, tutkimuksellista materiaalia, väitöskirjoja ja laadukasta tietokirjallisuutta. Lähdemerkintöihin kiinnitettiin huomiota, eikä lähdemateriaalista saatua tietoa esitetty omana.

Leino-Kilpi ja Välimäki (2014, s. 370) toteavat, että tutkimustulosten julkaisun kannalta on eettisesti tärkeää, että materiaalin analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti ja siihen

käytetään koko tutkimuksen aineistoa. Tutkijalla ei tule olla ennakkoluuloja tutkimustuloksista, ja hänen täytyy pystyä laittamaan itsensä ja omat mielipiteensä sivuun. Kylmä ym. (2003, s. 612–613) kirjoittavat tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista. He korostavat, että tutkimuksen arvioinnissa paneudutaan koko tutkimusprosessiin, aina lähtökohdista merkityksen perusteluun, tutkimuskysymyksiin, aineiston keruuseen, analysointiin ja tuloksiin.

Tämä opinnäytetyö on tehty tieteellisesti luotettavasti ja koko haastatteluista saatu aineisto on käsitelty ja analysoitu. Opinnäytetyön tekijän omat odotukset ja mielipiteet eivät ole vaikuttaneet tutkimustuloksiin.

8.2 Kehittämistyön prosessin pohdinta

Kehittämistyön prosessi oli aikaa vievä ja jatkui lähes koko opiskeluiden ajan. Tekijän ollessa arkityössä 100 % työajalla, opinnäytetyö oli pitkään suunnitelma vaiheessa ilman edistymistä. Loppuajalla tekijä oli kuukauden ajan opintovapaalla, jolloin opinnäytetyö valmistui vauhdilla. Jälkikäteen ajatellen, opintovapaata olisi voinut ottaa jo aiemminkin opintojen loppuunsaattamiseksi nopeammin.

Kinestetiikan vaikutusta ei ole juurikaan tutkittu vammaisalalla ja siitä syystä opinnäytetyön tekijä halusi kehittämistyönsä suunnata juuri tähän aiheeseen. Kinestetiikan korostaminen vammaistyössä osoittautui tärkeäksi asiaksi. Opinnäytetyön tekijän oma palo kinestetiikkaan ja sen eteenpäin viemiseen antoi voimaa hankalissa kehittämistyön vaiheissa. Kehittämistyön teoriaosuus hioutui vammaistyön ja sen tekijöiden, kinestetiikan, sekä ohjaamisen aihealueisiin. Teoriaa löytyi laajasti kaikista muista aihealueista, paitsi kinestetiikasta. Kinestetiikasta löytyi kuitenkin muutama hyvä perusteos, jossa aihetta oli käsitelty riittävästi. Lisäksi löytyi väitöskirjoja kinestetiikan vaikutuksesta vanhusalalla. Opinnäytetyön tekijä kirjoitti teoriaa osissa, välillä pureutuen työn toiminnalliseen osaan, teemahaastatteluihin ja niiden pohjalta tehtyihin kinestetiikan ohjausryhmiin. Teemahaastattelut sujuivat odotusten mukaisesti. Haastattelutilanteet olivat vuorovaikutukseltaan rikkaita ja materiaalia tuli riittävästi.

Myös kinestetiikan ohjausryhmät onnistuivat odotetusti. Ohjausten aiheet nousivat haastatteluista, mutta muuten ohjausryhmät etenivät omalla painollaan vuorovaikutteisissa tilanteissa, ryhmäläisten ollessa innolla mukana kokeilemassa ja oppimassa uutta. Ryhmien ohjauksen ja teorian kirjoittamisen vuorotellessa, opinnäytetyön tekijä sai muodostettua yhtenäisen ajatuksen siitä, että kinestetiikan jalkauttaminen yksikköön oli toteutunut juuri oikealla tavalla.

Kehittämistyön tavoitteena oli kehittää vammaistyön hoitohenkilöstön voimavaralähtöisiä avustustaitoja kinestetiikan ohjauksen myötä. Tarkoituksena oli lisätä vammaistyön hoitohenkilöstön tietämystä ja taitoa voimavaralähtöisestä avustusmenetelmästä, eli kinestetiikasta, sekä tuoda sen avulla helpotusta vammaistyön fyysiseen kuormittavuuteen. Tavoite ja tarkoitus saatiin toteutettua ja hoitohenkilöstö koki saaneensa apua hoitotyön kuormittavuuteen ohjauksen myötä. Hoitohenkilöstö huomasi myös oppineensa havainnoimaan avustustilanteissa kinestetiikan ajattelumallin mukaisesti, sekä huomioimaan oman liikkumisen ja keuhonhallinnan tärkeyttä. Tutkimuskysymyksiin saatiin kehittämistyössä kattavat vastaukset.

Opinnäytetyön tekijä piti kehittämistyön aihetta erittäin tärkeänä ja koko sosiaali- ja terveysalalla sovellettavana. Vammaistyön ja koko sosiaali- ja terveysalan houkuttelevuutta voitaisiin lisätä juuri kinestetiikan osaamisen ja hoitotyöhön juurruttamisen avulla.

8.3 Kehittämishaasteet ja jatkotutkimusehdotukset

Kinestetiikan juurruttaminen vammaistyön hoitoyksikköön ei lopu tämän kehittämistyön päättyessä. Kinestetiikan tuominen jokapäiväiseen hoitotyön arkeen vaatii aikaa ja oikeita tekijöitä, jotta samaan vanhaan avustamismalliin ei palata. Kinestetiikka ja sen sisäistäminen vaatii toistoja, mutta myös muutoksia hoitotyön kulttuurissa ja johtamisessa. Kinestetiikka on paljon sitä, mitä kuntouttavassa ja osaavassa hoitotyön yksikössä jo tehdään, mutta liian usein asukkaiden tai asiakkaiden omat todelliset voimavarat jätetään huomioimatta esimerkiksi kiireeseen vedoten.

Jatkotutkimuksen aiheena olisi hyvä tarkkailla kinestetiikan juurtumista hoitotyöhön pidemmällä aikavälillä. Jatkotutkimuksena voisi tutkia myös kinestetiikan käyttöönoton pidempi aikaisia vaikutuksia työn kuormittavuuden vähenemiseen ja hoitajien jaksamiseen, sekä pysymiseen työelämässä. Yhteistyössä työterveyslaitoksen kanssa voisi tutkia, vähentääkö kinestetiikan käyttöönotto tuki- ja liikuntaelin vaivoja. Myös asukkaiden arjen muuttuminen ja rikastuttaminen voimavaralähtöisen avustusmallin ja vuorovaikutteisen elinympäristön avulla, olisi hyvä jatkotutkimusaihe.

LÄHTEET

Alasuutari, P. (2014). *Laadullinen tutkimus 2.0*. 5. painos. Vastapaino.

All European Academies (ALLEA). (2020). *Tutkimusetiikan eurooppalaiset käytännöt ja ohjeistus*. https://allea.org/wp-content/uploads/2020/08/Finnish_European_Code_of_Conduct_digital-final.pdf

Eduskunta. (28.9.2022). Hallituksen esitys HE 191/2022 vp. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_191+2022.aspx

Eloranta, T., & Virkki, S. (2011). *Ohjaus hoitotyössä*. Tammi.

Eriksson, S. (2013). *Laitoskulttuurista itsemääräämiseen: Tutkimus henkilökohtaisesta budjetoinnista vammaispalveluissa*. Kehitysvammaliitto. <https://www.kehitysvammaliitto.fi/wp-content/uploads/laitoskulttuurista-itsemaaraamiseen.pdf>

Eskola, J., & Suoranta, J. (2008). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 8. painos. Vastapaino.

Fagerström, V. (2013). *Asukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä: Monitasoinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa*. [Väitöskirja]. Turun yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-5324-0>

Fringer, A., Huth, M., & Hantikainen, V. (2014). Nurses' experiences with the implementation of the Kinaesthetics movement competence training into elderly nursing care: a qualitative focus group study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2014 (28), 757–766.

Gattinger, H. (2017). *Development and evaluation of two instruments to assess nursing staff's competence in mobility care based on kinaesthetics*. [Väitöskirja]. Turun yliopisto.

Hantikainen, V., & Byysing, P. (2018). *Kinestetiikka: Toimintamalli voimavarojen ylläpitämiseen liikkeen avulla*. PS-kustannus.

Hantikainen, V., & Lappalainen, R. (2021). *Kinestetiikka. Kinestetiikan peruskurssi – oppimateriaali*. Suomen Kinestetiikkayhdistys ry.

- Hirsijärvi, S., & Hurme, H. (2014). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hyvärinen, M., Nikander, P., Ruusuvoori, J., & Aho, A. L. (2017). *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Vastapaino.
- Hyytiäinen, K., Roos, M., Astala, L., Harmoinen, M., & Suominen, T. (2015). Työhön sitoutuminen, ammatista lähteminen, urakehitys ja joustavuus kehitysvammahuollossa – Yhteys arvostavaan johtamiseen. *Hoitotiede*, 27(3), 213–224.
- Jouppila-Kupiainen, E., Kammonen, S., Kirvesniemi, T., Kuru, T., Mikkonen, H., Piirainen, A., Rautasalo, E., Reunanen, M., & Utriainen, S. (2014). *Ammatti-ihmiset vanhusten asialla: Gerontologinen erityisosaaja kehittäjänä*. Mikkelin ammattikorkeakoulu.
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-588-474-9>
- Juuti, P., & Vuorela, A. (2015). *Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi*. 5. uudistettu painos. PS-kustannus.
- Kallinen, T., & Kinnunen, T. (i.a.) Etnografia. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Haettu 11.4.2023. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusasetelma/toimintatutkimus/>
- Kananen, J. (2012). *Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas*. Juvenes Print.
- Kananen, J. (2017). *Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä*. Juvenes Print.
- Kananen, J. (2015). *Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun*. Juvenes Print.
- Kankkunen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). *Tutkimus hoitotieteessä*. (3. uudistettu painos.). Sanoma Pro Oy.
- Kehitysvammaliitto. (2.3.2023). *Vammaispalvelulaki tuo monia parannuksia, mutta myös korjattavaa jäi*. <https://www.kehitysvammaliitto.fi/vammaispalvelulaki-tuo-monia-parannuksia-mutta-myos-korjattavaa-jai/>

- Kulmala, J. (2017). *Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen*. PS-kustannus.
- Kulmala, S., Roos, M., & Suominen, T. (2018). Palvelujen asiakaslähtöisyyden turvaaminen hoitotyön johtajien ydintehtävänä. *Hoitotiede*, 31(2), 99–110.
- Kuosma, T. (2018). *Kansainväliset vammaisoikeudet*. Atrain & Nord.
- Kuula, A. (2011). *Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. 2. uudistettu painos. Vastapaino.
- Kuusiolinna Terveys Oy. (i.a.). *Tietoa meistä*. Haettu 26.5.2022, <https://www.kuusiolinna.fi/tietoa-meista>
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K., & Lähdevirta, J. (2003). Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim*, 119(7), 609–615. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>
- Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050566>
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1977/19770519>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920734>
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1987/19870380>
- Lehto-Niskala, V. (2021). *Toimintakyky hoivapolitiikan ja hoidon arjen risteyksessä: Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon asukkaiden, heidän perheenjäsentensä sekä hoitajien käsityksiä toimintakyvystä ja kuntoutuksesta*. [Väitöskirja]. Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-2054-6>
- Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2014). *Etiikka hoitotyössä*. 8. uudistettu painos.

- Malm, M., Matero, M., Repo, M., & Talvela, E.-L. (2006). *Esteistä mahdollisuuksiin, Vammaistyön perusteet*. WSOY
- Metsämuuronen, J. (2008). *Laadullisen tutkimuksen perusteet*. 3. uudistettu painos. International Methelp Ky.
- Mielenterveyslaki 1116/1990. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1990/19901116>
- Moisanen, K. (2018). *Asiakaslähtöisen osaamisen johtaminen vanhustalvissa*. [Väitöskirja]. University of Eastern Finland. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2775-0>
- Mäkisalo-Ropponen, M. (2016). *Kohti yhdessä tekemisen kulttuuria*. 1. painos. Draamatyö.
- Onnismaa, J. (2021). *Ohjaus- ja neuvontatyö: Aikaa, huomiota ja kunnioitusta*. 3. painos. Gaudeamus.
- Ranta, R. (2021). *Kehittämisen käytännöt. Jatkuva parantaminen – Dialoginen johtaminen – Ryhmätahtajohtaminen*. rtr-consulting.
- Rasa, M. (2019). *Vammaisen vanhemman toimijuus: Hyväksytyä ja kyseenalaista*. [Väitöskirja]. Lapin yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-167-5>
- Repo, M., Talvela, E., Malm, M., & Matero, M. (2006). *Esteistä mahdollisuuksiin: Vammaistyön perusteet*. 1.–2. painos. WSOY.
- Rytkönen, A. (2018). *Hoivatyöntekijöiden työn kuormittavuus ja teknologian käyttö vanhustyössä*. [Väitöskirja]. Tampere University Press. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0829-2>
- Saarinen, M. (2012). *Sosiaalisen elämän kehukset: Kampus-ohjelman opiskelijoiden sosiaalinen asema tuetussa aikuisopiskelussa ja vapaa-ajalla*. [Väitöskirja]. Jyväskylän yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4629-6>
- Sarajärvi, A., Mattila, L., & Rekola, L. (2011). *Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen*. 1. painos. WSOY.

- Seppälä, H., & Sundin, M. (2011). *TOIMI. Menetelmä psykososiaalisen toimintakyvyn kuvaamiseen*. Kehitysvammaliitto ry. Helsinki
- Seppälä, H., & Vehmanen, M. (2017). *Erilaiset eväät: Kirja kehitysvammaisuudesta*. Kehitysvammaliitto ry. Helsinki
- Solovieva, S., Pehkonen, I., Pensola, T., Haukka, E., Kausto, J., Leivategija, T., Shiri, R., Heiliövaara, M., Burdorf, A., Husgafvel-Pursiainen, K., & Viikari-Juntura, E. (2014). *Development of physical and psychosocial job exposure matrices*. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135076/Development%20of%20physical%20and%20psychosocial%20job%20exposure%20matrices.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2012). *Valtioneuvoston periaatepäätös kehitysvammaisten henkilöiden yksilöllisen asumisen ja palvelujen turvaamisesta*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012:15. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71490/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226062.pdf?sequence=1>
- Sotkanet. (14.6.2022). *Kehitysvammaislaitosten pitkäaikaisasukkaat 31.12. yhteensä*. Valitut muuttajat: 2010–2021, koko Suomi, yhteensä. https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/kaavio?indicator=s_YIAQA=®ion=s07MBAA=&year=sy5ztk7W0zUEAA==&gender=t&t=line
- Stenman, P. (2020). *lääkäiden hoitotyössä toimivan henkilöstön kokemuksia työtyytyväisyydestä ja toimintaympäristöstä kinestetiiikan käyttöönoton aikana*. [Väitöskirja]. Oulun yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526227016>
- Stenman, P., Turkki, L., Vähäkangas, P., Hantikainen, V., & Elo, S. (2016). Kinestetiiikan käyttöönottoon liittyvät muutokset vanhustenhuollossa toimivan hoitajan toimintaympäristössä. *Gerontologia*, 30(3), 106–118.
- Ståhlberg, L. (2019). *Pienryhmäohjaajan opas*. PS-kustannus.
- Suihkonen, P. (2022). *Vetovoimaa vammaisalalle. Uusia opintopolkuja, osaamisen kehittämistä ja vaikuttamista*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-396-4>

Suomen perustuslaki 731/1999. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990731>

Suomen YK-liitto. (2016). *YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja valinnainen pöytäkirja*. https://www.ykliitto.fi/sites/www.ykliitto.fi/files/vammaisten_oikeudet_2016_net.pdf

Teittinen, A. (2010). *Pois laitoksista! Vammaiset ja hoivan politiikka*. Palmenia Helsinki University Press.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). (20.4.2022a). *Vammaispalveluiden käsikirja. Vammaisuus yhteiskunnassa. Vammaisuus*. Haettu 6.2.2023. <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/vammaisuus-yhteiskunnassa/vammaisuus>

Terveyden ja hyvinvoinnintaitos (THL). (15.12.2022b). *Vammaispalveluiden käsikirja. Tuki ja palvelut. Itsemääräämisoikeuden tukeminen*. Haettu 2.3.2023. <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/tuki-ja-palvelut/itsemaaramisoikeuden-tukeminen#itsemaaramisoikeus>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). (26.1.2023). *Vammaispalvelujen käsikirja. Vammaispalvelulainsäädännön uudistus*. Haettu 6.2.2023. <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/ajankohtaista/vammaispalvelulainsaadannon-uudistus#lakiehdotus>

Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2012). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 9. uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (1.10.2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa*. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf

Työterveyslaitos. (7.10.2019). *Työelämätiето. Työn fyysiset kuormitustekijät*. <https://tyoelamatiето.fi/fi/dashboards/physical-exposure>

United Nations. (13.12.2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.
<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Valli, R. (2018). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. 5. uudistettu painos. PS-kustannus.

Vesala, H. (2020). *Kehitysvamma-alan lähityöntekijöiden ammatti-identiteetti ja työhyvinvointi laitoshoidon lakkauttamisprosessissa. Seurantatutkimuksen loppuraportti*. Helsingin ASU-hanke. Espoo. Kehitysvammaliiton tutkimuksia 10. <https://www.kehitysvammaliitto.fi/wp-content/uploads/2020/01/kehitysvammaliiton-tutkimuksia-10-verkko.pdf>

Vilka, H. (2021). *Tutki ja kehitä*. 5. päivitetty painos. PS-Kustannus.

Vähäkangas, P. (2010). *Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa*. [Väitöskirja]. Oulun yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:9789514262319>

Äikäs, A. (2012). *Toiselta asteelta eteenpäin: Narratiivinen tutkimus vaikeavammaisen nuoren aikuisen koulutuksesta ja työllistymisestä*. [Väitöskirja]. University of Eastern Finland. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0776-9>

LIITTEET

Liite 1. Alkukartoituksen teemahaastattelurunko

Liite 2. Loppukartoituksen teemahaastattelurunko

Liite 3. Teemahaastatteluaineiston analyysin taulukot, alkuhaastattelu

Liite 4. Teemahaastatteluaineiston analyysin taulukko, loppuhaastattelu

Liite 1. Alkukartoituksen teemahaastattelurunko

Teemahaastattelurunko – alkukartoitus

Millaiset avustustilanteet kuormittavat vammaistyön henkilöstöä eniten?

- Ajatellaanpa teidän työpaikkaanne, millaista arki on vuoron alusta alkaen? Mitä konkreettista päivään kuuluu?
- Mitä hyvää on työpaikassanne? Mistä saa voimavaroja?
- Mitkä asiat kuormittavat ja tuntuvat raskailta työssä?
- Konkreettiset siirrot, mitä siirtoja tulee päivän aikana?
- Miten siirretään? Apuvälineillä vai ilman? Mitkä ovat parhaat apuvälineet? Jos siirretään ilman, kuinka siirretään?
- Mitkä kehonosat rasittuvat eniten siirroissa?
- Millaisia rasitusvammoja on tullut töissä? Miten niitä voisi estää?
- Millaisia parannuksia on jo tapahtunut työpaikalla työn helpottamiseksi ja asukkaiden voimavarojen huomioimiseksi?

Mitä vammaistyön hoitohenkilöstö tietää kinestetikasta?

- Mitä sana kinestetikka tuo mieleen?
- Minkä verran kinestetikan ohjausta/ koulutusta on ollut työpaikallasi? Miten niihin on osallistuttu?
- Mihin kinestetikkaa voidaan käyttää?
- Miten kinestetikka näkyy työpaikallasi?
- Mitä hyötyä kinestetikasta voisi olla asukkaille?
- Mitä hyötyä kinestetikasta voisi olla työntekijöille?
- Miten kinestetikkaa hyödynnetään jo nyt työpaikallasi?

Liite 2. Loppukartoituksen teemahaastattelurunko

Teemahaastattelurunko – loppukartoitus

Kuinka hoitotyön fyysistä kuormitusta voitiin keventää kinestetiikan avulla?

- Miten kinestetiikkaa voidaan käyttää avuksi hoitohenkilöstölle?
- Miten kinestetiikan käyttö on vaikuttanut asukkaisiin?
- Miten kinestetiikka on otettu käyttöön?
- Mitä konkreettisia oppeja on otettu käyttöön?
- Millaista apua kinestetiikasta on saatu siirtoihin?
- Mikä vaikutus kinestetiikalla oli hoitotyön kuormittavuuteen entiseen verrattuna?

Mitä vammaistyön hoitohenkilöstö on oppinut kinestetiikasta?

- Mitä yleistä on opittu kinestetiikasta?
- Mitä sana kinestetiikka tuo nyt mieleen?
- Mitä opit kinestetiikan ohjausryhmistä?
- Mitä oppia tarvitaan, että kinestetiikka siirtyy arkeen?

Liite 3. Teemahaastatteluaineiston analyysin taulukot, alkuhaastattelut

Mitä hoitohenkilöstö tietää kinestetiikasta?

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTYS	ALATEEMA	YLÄTEEMA
<p><i>"Verenkierto paranee ja keho herää"</i></p> <p><i>"Oman kehon tunteminen"</i></p> <p><i>"Vatsa toimii paremmin kun käänтелеe"</i></p> <p><i>"Jumppaa asukkaalle"</i></p>	<p>Kehonhallinta</p> <p>Kehon herättely</p> <p>Erittäminen</p> <p>Somaattinen olento</p>	<p>Fyysinen huomioiminen</p>	<p>Kinestetiikasta kokonaisvaltaisesti voimavaroja asukkaalle</p>
<p><i>"Me ollaan ainoat ihmiset, jotka koskettaa"</i></p> <p><i>"Tykkäsi kun päästä si- litti"</i></p> <p><i>"Hankalakin asukas rauhoittui kun kosketti kasvoja ja teki rasvausta"</i></p> <p><i>"Auttaa paranemiseen kun tulee hyvä olo"</i></p> <p><i>"Tykkää kun haluaa, haluaa olla lähellä"</i></p>	<p>Hyvinvointi</p> <p>Läheisyys</p> <p>Kehoviestintä</p> <p>Rauhoittava vaikutus</p> <p>Voimavarat</p>	<p>Psyykinen huomioiminen</p>	
<p><i>"Asukas saa ohjaajan siinä kokonaan"</i></p> <p><i>"Saa olla itse mukana, vaikka ohjaaja tekisikin"</i></p> <p><i>"Tulee vuorovaikutusta asukkaan kanssa"</i></p> <p><i>"Me aina yhdessä ruokailaan illalla"</i></p>	<p>Vuorovaikutus</p> <p>Osallisuus</p> <p>Kahden keskeistä aikaa</p> <p>Kohtaaminen</p> <p>Yhteenkuuluvuus</p>	<p>Sosiaalinen huomioiminen</p>	

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTYS	ALATEEMA	YLÄTEEMA
<p><i>"Helpotusta siirtämi- seen"</i></p> <p><i>"Vaatii loogista ajatte- lua"</i></p> <p><i>"Ja ne kääntelyt ja muut"</i></p> <p><i>"Ei siinä niin itse rasitu"</i></p> <p><i>"Ennen ottanut rantei- siin ja selkään"</i></p>	<p>Hankalat siirrot</p> <p>Hankalat kääntelyt</p> <p>Omaa kehoa säästävää</p>	<p>Helpotusta hoitotyön fyysisyyteen</p>	<p>Kinestetiikan ohjauk- sesta apu hoitohenki- löstölle</p>
<p><i>"On vaikean näköistä"</i></p> <p><i>"Pitäisi itse päästä kyyk- kynn"</i></p> <p><i>"Loppuu ulottuvuudet it- seltä"</i></p> <p><i>"Sattuuko asukasta kun pyöräytetään sängylle"</i></p> <p><i>"Oma koordinaatiokyky on huono"</i></p> <p><i>"Iso kynnyks jos kukaan ei ole varmistamassa"</i></p>	<p>Oman kehon haasteet</p> <p>Pelottava</p> <p>Tarvitsee apua</p> <p>Ei taitoja</p> <p>Ei luovuutta</p>	<p>Epävarmuus taidoista</p>	
<p><i>"Kyllä sitä tekee vaikka ei mietikään kinestetiik- kaa olevan"</i></p> <p><i>"Varmaan tehdäänkin sen mukaisesti"</i></p>	<p>Tekee tietämättään</p>	<p>Tiedostamatonta osaa- mista</p>	

Hoitotyön kuormittavuus

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTYS	ALATEEMA	YLÄTEEMA
<p><i>"Aina olla siirtämässä johonkin"</i> <i>"Sängystä vessaan auttaminen, kädet on kovilla"</i> <i>"No kaikki siirrot ja avustamiset"</i> <i>Pyörätuolista sänkyyn ja takaisin siirtäminen on raskasta"</i> <i>"Ihan vaipanvaihto sängyllä, kun pitää vääntää"</i> <i>"Ihan niin kuin sängyllä tapahtuvat siirrot"</i> <i>"Yksin siirtäminen on raskaita"</i> <i>"Punnaaminen ja vääntäminen"</i> <i>"Huono asento kun etukumarassa vääntää"</i></p>	<p>Huonot työskentely- asennot Toistuvat siirrot Huonot apuvälineet</p>	<p>Puutteet ergonomiassa</p>	<p>Fyysinen kuormitus</p>
<p><i>"Kävelemättöminen hoito"</i> <i>"Kun ei saa yhtään itse autettua"</i> <i>"Jos ei ole hoitanut aikoihin tätä asukasta"</i> <i>"Kun pitää tunnustella kuinka asukas toimii"</i></p>	<p>Huonokuntoiset asukkaat Täysin avustettavat asukkaat Asukkaiden kunnon vaihtelut Uudet asukkaat</p>	<p>Haastava asukasmateriaali</p>	
<p><i>"Kun ollut pari päivää töissä, sen kyllä tuntee kropassaan"</i> <i>"Jos monta vuoroa toisessa päässä"</i> <i>"Tulee askelia paljon päivässä"</i> <i>"Kun on ollut monta päivää B-puolella, on ihan poikki"</i></p>	<p>Jatkuva jalkojen päällä olo Pitkät työputket Työpisteiden välimatkat</p>	<p>Työn hektisyys</p>	

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTYS	ALATEEMA	YLÄTEEMA
<p><i>"Kun kaikilla on asiaa, eikä tiedä ketä seuraavaksi kuuntelisi"</i></p> <p><i>"Kun näkee, että kaikki ei ole hyvin, mutta ei ehdi juttelemaan"</i></p> <p><i>"Kun oli vaan syöttämistä ja vaipanvaihtoa liukuhihnalla"</i></p> <p><i>"Kun tulee kaikkea ylimääräistä päivään"</i></p> <p><i>"Kun pitää pienessä ajassa tehdä sitä, tätä ja tuota ja vielä ne omatkin hommat"</i></p> <p><i>"Sellainen jatkuva melu ja hälinä rasittaa"</i></p> <p><i>"Riippuu siitä miten on mennyt, joskus on ihan poikki kun on tehnyt juosten"</i></p> <p><i>"Tulee liikaa asioita, jotka pitäis tehdä pienessä ajassa"</i></p>	<p>Töiden kasaantuminen</p> <p>Riittämättömyden tunne</p>	<p>Kiireen tunne</p>	<p>Psyykinen kuormitus</p>
<p><i>"Joskus kolmannen vuoron jälkeen samalla puolella on ihan poikki henkisesti"</i></p> <p><i>"Jos huonoja päiviä on monta putkeen"</i></p>	<p>Sama työpiste pitkään</p> <p>Samat toistuvat työt</p> <p>Pitkä työputki</p>	<p>Toistot työssä</p>	
<p><i>"Joskus kaksikin huutaa yhtä aikaa"</i></p> <p><i>"Pitää tunnustella ja lukea asukasta"</i></p> <p><i>"Täällä ei ole ikinä hiljaista"</i></p> <p><i>"Kun toinen ei voi itselleen mitään"</i></p> <p><i>"Osa tuo asukaskin huutaa ja kirota"</i></p> <p><i>"Oli kaikki paikatkin rikki, kun riehui"</i></p> <p><i>"Asukkaalla on niin kova ääni"</i></p>	<p>Asukkaiden huutelu</p> <p>Asukkaiden aggressiivinen käytös</p> <p>Asukkaiden hermostuminen</p>	<p>Epämiellyttävät asukas-kohtaamiset</p>	
<p><i>"Harmittaa kun tekee virheen"</i></p> <p><i>"Vaatii itseltään vaan enemmän"</i></p> <p><i>"Tulee hitaaksi kun vanhenee"</i></p> <p><i>"Harmittaa kun tulee moka"</i></p> <p><i>"Tulee sellainen syyllisyys, että voisi tehdä paremmin"</i></p> <p><i>"Itsellä ei ole kokemusta sellaisesta"</i></p>	<p>Omat virheet</p> <p>Kokemuksen puute</p> <p>Uskallus kokeilla uutta</p> <p>Koulutuksen puute</p>	<p>Epäonnistumisen pelko</p>	

Voimavaroja hoitotyöhön

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTYS	ALATEEMA	YLÄTEEMA
<p><i>"Tuttu ja turvallinen työ, ei tarvitse opetella hirveästi uutta"</i></p> <p><i>"Pääsee irrottautumaan töistä vapaalla"</i></p> <p><i>"Koti on koti, tämä on työ"</i></p> <p><i>"Täällä aina joku saatavilla"</i></p> <p><i>"Oppii uusia asioita"</i></p> <p><i>"Erilaiset päivät"</i></p> <p><i>Vaikka raskasta, myös palkitsevaa"</i></p>	<p>Osaaminen</p> <p>Monipuolisuus</p> <p>Vuorotyö</p> <p>Palkitsevaa</p>	<p>Konkreettinen työ</p>	<p>Toimiva ja voimavaraistava työyhteisö</p>
<p><i>"Puhalletaan yhteen hiileen"</i></p> <p><i>"Tulee uusia työkavereita"</i></p> <p><i>"Autetaan toisia"</i></p> <p><i>"Osataan antaa apua, vaikka ei pyydetäkään"</i></p> <p><i>"Työkaverit vaihtuu, eri kaverit töissä"</i></p>	<p>Tuki ja luottamus</p> <p>Autetaan toista</p> <p>Uusiutuva</p> <p>Sopiva koko</p>	<p>Työkaverit</p>	
<p><i>"Voimavaroja tulee asukkaista"</i></p> <p><i>"Asukkaiden palaute"</i></p> <p><i>"Kun näkee, että asukas on tyytyväinen"</i></p> <p><i>"Asukas halaa ja sanoo että tykkään susta"</i></p> <p><i>"Kun haluaa iltarukouksen ja pitää kädestä"</i></p> <p><i>"Asukkaisiin kiintyy vuosien mittaan"</i></p> <p><i>"Palutteen saa heti, hyvän ja huononkin"</i></p>	<p>Kuin toinen perhe</p> <p>Palaute</p> <p>Asukkaiden tyytyväisyys, ilo ja aitous</p> <p>Kiintymyssuhde asukkaisiin</p>	<p>Asukkaat</p>	

Liite 4. Teemahaastatteluaineiston analyysin taulukot, loppuhaastattelut

Mitä hoitohenkilöstö oppi kinestetikasta?

ALKUPERÄISILMAISU	PELKISTYS	ALATEEMA	YLÄTEEMA
<p><i>"Paljon helpottaa ja on pehmeitä siirtymisiä"</i></p> <p><i>"Toiset tuli avuksi niin onnistuttiin"</i></p> <p><i>"Nuo osaavat tosi hyvin, otettu mallia"</i></p> <p><i>"Yhdessä mietitään"</i></p> <p><i>"Ollaan eri vaiheessa oppimisessa"</i></p> <p><i>"Putkittaminen oli turvallisen tuntuista"</i></p>	<p>Toisten huomioiminen</p> <p>Toisten kannustaminen</p> <p>Yhteistyön lujittuminen</p> <p>Avunanto ja -tarjoaminen</p> <p>Itse kokeilemalla</p>	<p>Yhteistyö</p> <p>hoitohenkilöstön kesken</p>	<p>Voimavara-</p> <p>nen ja enna-</p> <p>koiva hoito-</p> <p>työn yhteisö</p>
<p><i>"Yölläkin ajattelee, ennen kuin riuhtaisee"</i></p> <p><i>"Ei käytä voimaa, vaan ajattelee"</i></p> <p><i>"Kannattaa ensin ajatella mitä tekee"</i></p> <p><i>"Ei ole enää mikään peikko hoitotyössä tää kinestetikka"</i></p> <p><i>"Ei olekaan mitään ihmeellistä"</i></p>	<p>Enemmän ajatusta työhön</p> <p>Hoitotyön ydin</p> <p>Ajatus asukkaassa</p> <p>Mielikuvaharjoittelu</p> <p>Itse kokeilemalla</p> <p>Selkiytyminen</p>	<p>Ajatuksen ta-</p> <p>solla</p>	
<p><i>"Sänky pitää kyllä siirtää edes takaisin"</i></p> <p><i>"Ei muista miten jarrut päälle tai pois"</i></p> <p><i>"Aina tuoli väärässä paikassa"</i></p> <p><i>"Oma asento huono niin ei onnistu"</i></p>	<p>Ympäristön muokkaus</p> <p>Ennakointi ympäristön suhteen</p>	<p>Oikeanlainen ympäristö</p>	
<p><i>"Asukas nostaa pyllä, säästää hoitajaa"</i></p> <p><i>"Pitää ryhtiä ja kannattelee itseään"</i></p> <p><i>"Ajatus mitä asukas pystyy tekee, eikä mitä ei"</i></p> <p><i>"Asukkaan omalla painolla siirto"</i></p>	<p>Asukkaiden voimavarat</p> <p>huomioiden</p> <p>Ajan antaminen</p> <p>Yksilöllistä harjoittelua</p> <p>Kohtaaminen</p> <p>Lähikontakti asukkaaseen</p>	<p>Voimavara-</p> <p>lähtöinen</p>	<p>Asukaslähtö-</p> <p>inen avustami-</p> <p>nen</p>
<p><i>"Saanut siirrettyä paremmin sängyllä ylös"</i></p> <p><i>"Säästää käsiä ja selkää, kun siirtää oikein, ei nostamalla"</i></p> <p><i>"Papupallon avulla ollaan nostettu lattialta"</i></p> <p><i>"Liukulautaa on käytetty"</i></p> <p><i>"Siirrot sängylle tuntuu helpolta"</i></p> <p><i>"Asukkaat muuttuneet kevyiksi kun painovoima apuna"</i></p> <p><i>"Lattialta sain ylös"</i></p>	<p>Hoitajan kehon käyttö</p> <p>Apua käytännön siirtoihin</p> <p>Nopea tapa</p> <p>Tukipinnat</p> <p>Kitka</p> <p>Liikkeen suunta ja voima</p> <p>Luonnolliset liikeradat</p> <p>Oikeanlaiset apuvälineet</p>	<p>Pehmetä siirtymiset</p>	
<p><i>"Asukkaalle turvallinen olo"</i></p> <p><i>"Nauraa kun saa olla sylissä"</i></p> <p><i>"Mukava kokeilla itsekin"</i></p> <p><i>"Lukee tahtia niin kuuntelee"</i></p> <p><i>"Läheisyys ja kosketus"</i></p>	<p>Asukasta varten</p> <p>Miellyttävä asukkaille</p> <p>Asukasystävällinen</p>	<p>Vuorovaikutuksellinen</p>	