

*HOITAJIEN AVUSTUSTAITOJEN KEHITTÄMINEN
MUISTISAIRAIDEN PÄIVITTÄISTEN TOIMINTOJEN
TUKEMISESSA KINESTETIIKKAA OPPIMALLA*

Anu Sorvisto
Kirsi Taipalus

Opinnäytetyö
Marraskuu 2015

Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) Sorvisto, Anu Taipalus, Kirsi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 09.11.2015
	Sivumäärä 81	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkajulkaisulupa myönnetty: X
Työn nimi Hoitajien avustustaitojen kehittäminen muistisairaiden päivittäisten toimintojen tukemisessa kine- tetiikkaa oppimalla.		
Koulutusohjelma Terveysalan edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) Tiina Kuukkanen, Virpi Hantikainen		
Toimeksiantaja(t) Kuusiokuntien terveystyöntekijät		
Tiivistelmä Opinnäytetyö toteutettiin osallistavana kehittämistyönä, jonka tavoitteena oli kehittää muistisairai- den asiakkaiden kanssa työskentelevien hoitajien avustustaitoja kine- tetiikkaa oppimalla. Kehittä- mistyössä oli mukana Kuusiokuntien terveystyöntekijöiden psykogeriatrisen osaston hoitajat sekä Suomen Kine- tetiikkayhdistys ry. Kehittämistyö pohjautui kine- tetiikan voimavaralähtöiseen toimin- tamalliin, jossa vuorovaikutus, ihmisen liikkuminen, ihmisen toiminnot ja ympäristö ovat keskeisessä asemassa. Kine- tetiikan tavoitteena on potilaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja kuntoutuminen sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tuki- ja liikuntaelämäntapojen terveyden ja työhyvinvoinnin tuke- minen. Kine- tetiikan vaikuttavuudesta on olemassa niukasti tutkimustietoa. Kehittämistyömme tavoitteena oli selvittää, hoitohenkilökunnan näkökulmasta henkisesti ja fyysi- sesti kuormittavia tekijöitä muistisairaiden kanssa työskennellessä ja miten kine- tetiikalla ilmen- neisiin haasteisiin voitaisiin vastata. Kehittämismenetelminä käytettiin osallistavia menetelmiä, joita olivat työpajat ja kenttäpäivät. Työpajoihin osallistui 21 osaston hoitotyötä toteuttavaa hoitajaa. Työpajojen sekä kenttäpäivien päävetäjänä toimi Suomen Kine- tetiikkayhdistys ry:n rekisteröimä kouluttaja. Tiedonkeruumenetelminä käytettiin kyselylomakkeita, päiväkirjoja sekä ryhmähaastatte- lua, joita analysoitiin teemoittelulla. Tulosten mukaan potilaiden avustustilanteet sekä siirrot olivat vaativia potilaan haasteellisen käyt- tämisen sekä toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi. Hoitohenkilökunta koki saaneensa kine- tetiik- kasta hyötyä ja helpotusta avustustilanteisiin. Kine- tetiikan käyttäminen avustustilanteissa oli ke- ventänyt hoitajien työtä ja kine- tetiikka auttoi hoitohenkilökuntaa ymmärtämään paremmin liikku- misen periaatteita. Potilaan oma osallistuminen avustustilanteisiin koettiin aktiivisempänä, jolloin haasteellinen käyttäytyminen oli vähäisempää. Useampi hoitaja motivoitui käyttämään kine- tetiik- kaa ja oli valmis muuttamaan vanhoja työskentelytapoja, saaden kine- tetiikasta uuden yhtenäisen toimintamallin avustustilanteisiin. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä muisti- sairaiden hoitotyötä.		
Avainsanat (asiasanat) muistisairas, avustaminen, kine- tetiikka, oppiminen, osallistava kehittäminen		
Muut tiedot		



Author(s) Sorvisto, Anu Taipalus, Kirsi	Type of publication Master's Thesis	Date 09.11.2015
	Pages 81	Language Finnish
		Permission for web publication: X
Title Developing the assisting skills of nurses in supporting the daily routines of people suffering memory disorder by learning the kinesthetic method.		
Degree Programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
Tutor(s) Tiina Kuukkanen, Virpi Hantikainen		
Assigned by The Kuusiokunta Municipal Federation of Health Services		
Abstract <p>This thesis was implemented as an inclusive development project in order to improve nurses' skills to assist clients suffering from memory disorders by learning the kinaesthetic method. The staff of the Kuusiokunta Municipal Federation's psychogeriatric ward and The Finnish Kinaesthetic Association took part in this project. The project was based on the empowerment-oriented model of the kinaesthetic method wherein interaction, movement and the functions of the human body combined with the environment are in a central position. The aim of the kinaesthetic method is to rehabilitate and maintain the clients' physical functions and to further support the musculoskeletal system and occupational well-being of healthcare professionals. Research data concerning the effects of the kinaesthetic method is scarce.</p> <p>The aim of our project was to examine challenging and physically demanding situations that nurses encounter while assisting their clients with memory disorders and the possible benefits gained by using the kinaesthetic method. The development process included inclusive events, such as workshops and field days. 21 nurses from the ward participated in the workshops. These events were run by a licensed instructor from The Finnish Kinaesthetic Association. The data was collected by using questionnaires, diaries and group interviews that were thematised.</p> <p>According to the results, assisting and moving the clients was demanding due to their challenging behaviour and diminished state of physical health. The nurses felt that the kinaesthetic method had brought ease and other benefits to these situations thus helping them to understand the principles of movement better. The clients were also seen as more active in taking part while being assisted and showing less reluctant behaviour. More and more of the nurses became convinced of the kinaesthetic method, and they were willing to change their old working habits in order to create a new and uniform method for assistance. The results of this thesis can be used in developing the nursing care of persons with memory disorders.</p>		
Keywords memory illness, assisting, kinaesthetic, learning, inclusive development		
Miscellaneous		

Sisältö

1 Johdanto	4
2 Muistisairaus ja sen aiheuttamat muutokset.....	8
2.1 Muistipotilaan hoitoa koskevat lait ja asetukset.....	10
2.2 Haasteellinen käyttäytyminen ja oirekuva	11
2.3 Keinoja haasteellisiin tilanteisiin	13
2.4 Fyysisen toimintakyvyn muutokset	16
3 Muistisairaahan ohjaaminen päivittäisissä toiminnoissa	18
3.1 Vuorovaikutus.....	20
3.2 Kehollisuuden ja kosketuksen merkitys	22
3.3 Kuntoutus ja toimintakyvyn ylläpitäminen	24
4 Kinestetiikka voimavaralähtöisenä toimintamallina	26
4.1 Kinestetiikka muistisairaahan avustamisessa ja ohjaamisessa	27
4.1.1 Vuorovaikutus.....	27
4.1.2 Toiminnallinen anatomia.....	29
4.1.3 Ihmisen liikkuminen, voima ja toiminnot	30
4.1.4 Ympäristö.....	31
5 Hoitajien osaamisen vahvistaminen kinestetiikkaa oppimalla	32
5.1 Työyhteisölähtöinen kehittäminen	32
5.2 Taitojen oppiminen.....	33
5.3 Työn kuormittavuus.....	35
5.4 Kinestetiikan oppiminen.....	36
6 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet.....	38
7 Toteutus	39
7.1 Kohderyhmä	39

7.2 Menetelmät	40
7.2.1 Aineiston keruu.....	42
7.2.2 Aineiston analyysi	44
8 Tulokset.....	46
8.1 Muistisairaahan avustamisen haasteita hoitajien kokemana	46
8.2 Hoitajien kokemuksia kinestetikasta	50
8.3 Tulosten yhteenveto.....	54
9 Pohdinta.....	56
9.1 Kehittämistyön luotettavuus	56
9.2 Keskeiset tulokset	57
9.3 Jatkokehittäminen	61
Lähteet.....	63
Liitteet.....	67
Liite 1. Alkukyselylomake.....	67
Liite 2. Välijakson tehtävä.....	70
Liite 3. Loppukyselylomake.....	72
Liite 4. Ryhmähaastattelu	75
Liite 5. Kuvausesimerkki hoitajien kokemuksista muistisairaasta henkilöstä	76
Liite 6. Kuvausesimerkki muistisairaahan avustamisen haasteiden analysoinnista	77
Liite 7. Kuvausesimerkki onnistuneiden avustusmenetelmien analysoinnista haasteellisessa käyttäytymisessä ennen työpajoja	78
Liite 8. Kuvausesimerkki kinestetikan hyötyjen analysoinnista	79
Liite 9. Kuvausesimerkki kinestetikan käytön haasteiden analysoinnista.....	80
Liite 10. Kuvausesimerkki kinestetikkaan liittyviä asenteiden ja oppimisen haasteiden analysoinnista	81

Kuviot

Kuvio 1. Kinestetiiikan oppiminen Hantikaisen & Lappalaisen (2011, 7–10) mukaan, mukaillen	37
Kuvio 2. Kehittämistehtävän eteneminen.....	42
Kuvio3. Potilaiden avustamisten ja siirtojen määrä työpäivän aikana. Alkukysely (n=21).....	47
Kuvio 4. Potilaiden siirroista ja avustamisesta aiheutuva riski. Alkukysely (n=21) ..	47
Kuvio 5. Avustamisen rasittavuus ja vaikeus erilaisissa hoitotilanteissa. Alkukysely (n=21).....	49
Kuvio 6. Avustustilanteet, joissa kinestetiiikka on keventänyt tai helpottanut työskentelyä (n=15)	51

1 Johdanto

Terveys 2015- kansanterveysohjelma on hoitotyön kehittämistä ja toimintaa ohjaava dokumentti, jossa painotetaan kansalaisten osallistumista omaan terveyden edistämiseen. Siinä terveys määritellään jokapäiväisen elämän voimavaraksi, ei tavoitteeksi. Määritelmä painottaa erityisesti ihmisen sosiaalisia ja persoonallisia voimavaroja ja fyysistä toimintakykyä. (Lauri 2006, 120.)

KASTE-ohjelma on Sosiaali- ja terveysministeriön pääohjelma, jonka avulla johdetaan ja uudistetaan suomalaista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Se on asettanut KASTE-ohjelman tavoitteeksi henkilöstön työhyvinvoinnin, saatavuuden ja osaamisen. Kansalliset linjaukset korostavat palveluiden kokonaisuutta, jossa painotetaan muun muassa kuntoutumista edistävää toimintaa sekä ikääntyneen aktiivista osallistumista hoitoonsa. Ohjelman tavoitteina ovat myös laitoshoidon muuttaminen vähemmän laitospolttaiseksi, muistisairauksien hoidon kehittäminen sekä vanhusten itsemääräämisoikeuden mahdollistaminen. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2012–2015 toimeenpanosuunnitelma.)

Laurin (2006, 124) mukaan Lammintakanen ja Kinnunen (2006) toteavat, että hoitajat tarvitsevat jatkuvaa osaamisen päivittämistä tiedon lisääntymisen sekä hoitokäytäntöjen että organisaatioiden muutosten vuoksi. Hoitotyön ydinosaamisen perusta saa uudenlaisia painotuksia kuten potilaiden itsehoidon ja terveyden edistämisen tukemisen sekä muutoksessa toimimaan oppimisen ja sen hallitsemisen.

Muistisairaus on yksi suurimmista ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon tarpeeseen vaikuttava tekijä, sillä noin 80 % ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevilla ihmisillä on muistioireita tai heillä on diagnosoitu muistisairaus. Ympärivuorokautisen hoidon tavoitteellisuus, lääkehoito, mielekäs tekeminen, toimintakyvyn ylläpitäminen ja kuntoutumista edistävä hoitotyö edistävät muistisairaana ihmisen hyvän elämän kokemusta kuolemaan saakka. (Eloniemi-Sulkava, Huhtamäki-Kuoppala, Kontturi, Malmivaara, Voutilainen, Erkinjuntti, Jolkkonen, Lupsakko & Olkkonen-Nikula 2012, 7, 12–13.)

Muistisairauden oirekuva muodostuu sairaudelle tyypillisistä muutoksista ja oireista. Kaikissa muistisairauksissa esiintyy käyttäytymisen muutoksia, jotka huonontavat elämänlaatua ja vaikeuttavat kanssakäymistä kuormittamalla omaisia ja hoitajia sekä aiheuttavat kärsimystä myös potilaalle itselleen ja ne ovat yleinen syy laitoshoitoon siirtymisessä. Käyttäytymisen muutokset ovat jopa suurempi haitta elämänlaadulle kuin muistivaikeudet omaisen ja sairastuneen näkökulmasta. (Hallikainen ym.2014, 44–45.)

Suomessa on hyvät valmiudet hoitaa muistisairauksia, ennaltaehkäistä muistisairauksiin sairastumista, hidastaa oireiden etenemistä sekä ylläpitää sairastuneen toimintakykyä. Näillä toimenpiteillä voidaan parantaa sairastuneen sekä hänen läheistensä elämänlaatua. Suomessa on laadittu useita suosituksia hyvästä taudinmäärityksestä ja vaikuttavista hoidoista, joiden avulla voidaan parantaa myös toimintakäytäntöjä yhä vaikuttavimmiksi. (Mts. 8.)

Kaikkien muistisairaita hoitavien ammattihenkilöiden tulee tuntee muistisairauksiin liittyvät haasteellisen käyttäytymisen oireet. Oireet korostuvat etenkin oudoissa ympäristöissä kuten sairaaloissa. On tärkeää osata välttää sellaisia toimenpiteitä, jotka lisäävät haasteellista käyttäytymistä. Laitoshoidossa tarvitaan osaamista ja oikeanlaista asennetta haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisemiseksi sekä kohdata haasteellisesti käyttäytyvä potilas. (Suhonen, Janhonen, Eloniemi-Sulkava, Juhela, Juva, Löppönen, Makkonen, Mäkelä, Pirttilä, Pitkälä, Remes, Sulkava, Viramo & Erkinjuntti 2008, 16.)

Tamminen-Peterin, Moilasen & Fagerströmin (2011, 5) mukaan Laine (2011) toteaa myös hoitajien kuormittavuuden lisääntyneen viimeisen kymmenen vuoden aikana fyysisesti. Potilasnostot ja -siirrot kuormittavat etenkin niissä hoitopaikoissa, joissa huolehditaan huonosti liikkuvien potilaiden sekä vanhusten perushoidosta.

Kehittämispainotteinen opinnäytetyömme pohjautuu kinestetiiikan toimintamallin periaatteisiin, joissa käsitteet vuorovaikutus, ihmisen liikkuminen, ihmisen toiminnot ja ympäristö ovat keskeisessä asemassa. Kinestetiiikka on amerikkalaisten käyttäyty-

mistieteilijöiden Dr. Lenny Maietta ja Dr. Frank Hatchin yhdessä sveitsiläisten, saksalaisten ja itävaltalaisien hoitotyöntekijöiden kanssa kehittämä toimintakyvyn ylläpitämistä ja kuntoutumista tukeva voimavaralähtöinen toimintamalli hoitotyöhön. Kinestetikan tavoitteena on tukea potilaan toimintakykyä ja kuntoutumista, kehittää hoitohenkilöstön vuorovaikutus- ja avustustaitoja passivoivasta aktivoivaan sekä ehkäistä hoitohenkilöstön fyysistä kuormittavuutta. (Hantikainen & Lappalainen 2011; 6–7, 10–11.)

Kinestetikan koulutus ja jalkautuminen hoito- ja terapiatyöhön aloitettiin erikoissairaanhoidossa, TtT, kinestetiikkakouluttaja Virpi Hantikaisen toimesta Suomessa vuonna 1997. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 9.) Suomen kinestetiikkayhdistys ry:n internetsivuilla (Kinestetiikka terveydenhuollossa, 2015) viitataan Tamminen-Peterin, Elo-rannan, Kivivirran, Mämmelän, Salokosken ja Ylikankaan (2007) teokseen ja kerrotaan, että Sveitsissä, Saksassa ja Itävallassa koulutetaan vuosittain n. 40 000 hoitajaa kinestetiikkaan hoitoalan peruskoulutuksissa sekä täydennyskoulutuksissa. Suomessa koulutetun ammattihenkilöstön määrä vuonna 2014 on n. 6000.

Kinestetiikkaa on muistisairaiden kohdalla tutkittu niukasti ja tutkimukset aiheesta ovat vielä kesken. Sveitsissä on tekeillä väitöskirjatutkimus; Effect of Kinaesthetics on reducing challenging behavior during the support of daily life activities (body care, moving, eating and drinking) in persons with dementia: development of complex intervention. Renz, A. (Doctoral Thesis/University of Witten Herdecke, department of nursing, Germany). Tutkimus valmistuu vuonna 2016.

Vanhustyö tarvitsee uusia toimintatapoja mikäli haluamme saada uudenlaisia tuloksia eli toimintakykyisempiä iäkkäitä, enemmän kotona asuvia ja aktiivisia ihmisiä. Uudenlainen tekeminen tarvitsee hyvää johtamista ja keskittymistä tekemään oikeita asioita. Kinestetiikka konkreettisenä toimintamallina mahdollistaa asiakaslähtöisyyden, tasavertaisuuden sekä toisen ihmisen voimavarojen huomioimisen eli juuri sen mitä vanhustyö tavoittelee. (Valvanne 1/2015, 14.)

Kehittämistyömme tavoitteena on kehittää muistisairaita avustavien hoitajien avustustaitoja kinestetikan voimavaralähtöisen toimintamallin avulla käyttämällä osallistavaa kehittämismenetelmää. Kehittämistyössä pyritään työpajojen avulla ohjaamaan hoitohenkilökuntaa kinestetikan toimintamallin mukaisiin avustuskeinoihin. Kehittämistyössä on mukana Kuusiokuntien terveystyöntekijäyhdistyksen psykogeriatrinen osasto Alavuden Kuivasjärven sairaalassa sekä Suomen Kinestetikkayhdistys ry. Tällä hetkellä osastolla laaditun hoitoideologian mukaan hoito on turvallista, yksilöllistä, potilaan tarpeet ja voimavarat huomioonottavaa sekä potilaan omatoimisuutta ja toimintakykyä tukevaa.

2 Muistisairaus ja sen aiheuttamat muutokset

Suomessa on lähes 130000 muistisairasta, joista 85000 on vähintään keskivaikeassa vaiheessa. Päivittäin diagnosoidaan noin 36 uutta sairastunutta. Työikäisenä sairastuneita on 7000–10000 ihmistä. Muistisairaudet ovat yleisempiä iäkkäillä henkilöillä ja sairautta voidaan pitää nykyään kansansairauksiin verrattavana sairautena. (Muistiliitto 2015.) Suomessa on 93000:sta keskivaikeaa ja vaikeaa muistisairasta sairastavaa ihmistä, joista 40 % asuu ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Heistä 70-80 %:lla on ainakin yksi haasteellisen käyttäytymisen ilmenemismuoto, joka rasittaa yksilön itsensä lisäksi omaisia ja hoitoyhteisöjä. Tarvitaan uusia ja innovatiivisia keinoja heidän auttamiseksi. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 8.)

Maailmanlaajuisesti arviolta 36 miljoonaa ihmistä sairastaa dementoituvia sairauksia ja määrän odotetaan lähes kaksinkertaistuvan 20 vuoden aikana. Esiintyvyys miehillä ja naisilla kaksinkertaistuu 65-ikävuoden jälkeen jokaisen viiden vuoden välein. WHO:n 2012 arvion mukaan sairastuneita tulee olemaan vuonna 2030 66 miljoonaa ja vuoteen 2050 mennessä 115 miljoonaa. (Murray 2014, 27.)

Elinaikamme on pidentynyt ja sen vuoksi myös muistisairaudet ovat lisääntyneet. Muistisairaudet eivät kuitenkaan kuulu normaaliin vanhenemiseen, vaikka ennen puhuttiin "vanhuuden höperyydestä". Muistioireita voivat aiheuttaa aivoihin kohdistuvien sairauksien tai vammojen jälkitilat tai etenevät sairaudet, joista yleisimmät ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkierron sairaudet, Lewyn kappale tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus ja otsa-ohimolohkon rappeumat. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder 2014, 13.)

Etenevillä muistisairauksilla tarkoitetaan sairauksia, jotka heikentävät muistia, kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista sekä toiminnan ohjausta. Yhteinen piirre kaikissa muistisairauksissa on kognitiiviset oireet, käyttäytymisen muutokset sekä omatoimisuuden heikkeneminen. Kognitiiviset oireet tarkoittavat tiedonkäsittelyn osa-alueiden heikentymistä, joka näkyy toiminnan ohjauksessa, käsitteellisessä ajattelussa ja paikan hahmottamisessa. Muutoksia tapahtuu myös kielellisellä alueella

kuten puheessa, lukemisessa ja kirjoittamisessa. Lisäksi kätevyys ja näönvarainen hahmottaminen heikkenevät. Muistialueen muutokset näkyvät tapahtuma- ja asiamuistamisen vaikeutena. Arvellaan, että otsa- tai ohimolohkon toiminnan muutokset aiheuttavat ongelmia mieleen painamiseen, muistissa säilymiseen sekä mieleen palauttamiseen. (Hallikainen ym. 2014, 45.)

Edetessään muistisairaudet johtavat muistin ja tiedonkäsittelyn dementia-asteiseen tilaan. Dementia ei ole erillinen sairaus vaan oireyhtymä. Se tarkoittaa useamman kognitiivisen toiminnon huonontumista aiemmasta niin, että se vaikeuttaa selviytymistä jokapäiväisissä toiminnoissa, työssä tai sosiaalisissa tilanteissa. Alzheimer on yleisin (70 %) etenevien muistioireiden ja dementian aiheuttaja. Sairaus alkaa yleensä muistin huonontumisella ja painottuu koko sairauden ajan muistioireisiin. (Käypähoito, 2010.) lääkällä esiintyy usein Alzheimerin taudin ja verenkiertohäiriöiden yhdistelmää, joka aiheuttaa dementiaa. (Muistiliitto.)

Muistisairaus on yksi keskeinen syy siirtyä laitoshoitoon joko hetkellisesti tai ympärivuorokautisesti. Monet muistipotilaat toivovat saada asua kotonaan mahdollisimman pitkään ja tätä tukevat myös useat strategiset terveystaloudelliset asiakirjat. Ympäri- vuorokautisessa laitoshoidossa hoito maksaa henkilöä kohti 27000 euroa vuodessa enemmän kuin kotihoidossa. Oikea aikaisella kuntoutuksella ja hoidolla pystytään parantamaan potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua kustannustehokkaasti. Suuri osa muistipotilaista hakeutuu laitoshoitoon jossain vaiheessa sairauttaan johtuen joko sairastuneesta itsestään, heidän läheisistään tai palvelujärjestelmästä ja ympäristöstä. Muistipotilaasta itsestä johtuvia syitä ovat ikä, naissukupuoli, yksin asuminen ja pitkäaikaiset sairaudet. (Lehtiranta, Leino-Kilpi, Koskenniemi, Jartti, Hupli, Stolt & Suhonen 2014, 115.)

Muistipotilaan hoito edellyttää muistisairauksiin perehtynyttä henkilökuntaa. Lääkärin tehtävä on potilaan kokonaisvaltainen hoito, johon kuuluu muun muassa potilaan käytösoireiden sekä elämän loppuvaiheen hoito. Hoitajan työ on vastuullista, tavoitteellista ja hänen tulee osata tukea muistipotilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. Yhteistyötä tehdään myös fysioterapeutin, sosiaalityöntekijän sekä sairaalapastorin

kanssa. Yhteistyön merkitys korostuu läheisten kanssa ja palvelujärjestelmän tunte-
muksesta on hoitajalle hyötyä hoitotyössään. (Eloniemi-Sulkava, Rahkonen, Erkin-
juntti, Karhu, Pitkälä, Pirttilä, Vuorio & Suhonen 2010, 3146.)

Alzheimerin taudin hoitoon suunnitellut lääkkeet mahdollisesti hidastavat sairautta,
helpottavat oireita ja tukevat kotona asumista. Parantavan lääkehoidon puuttuessa
on tullut tarve kiinnittää huomiota monipuoliseen kuntouttamiseen esimerkiksi hoi-
tolaitoksissa. Uudenlaisen ja aktivoivan kuntoutuksen avulla voidaan päästä kohti
tärkeimpiä tavoitteita eli muistisairaana kotona selviämistä, omaisten jaksamista ja
muistisairaana toimintakyvyn ylläpitämistä. (Heimonen & Voutilainen 2000, 15–16.)

2.1 Muistipotilaan hoitoa koskevat lait ja asetukset

Vuonna 2010 Sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän, jonka tarkoitus oli koota
säännökset, jotka koskevat vapaudenriistoa ja itsemääräämisoikeutta. Säännökset oli
tarkoitettu kaikille asiakkaille sosiaali- ja terveydenhuollossa, mukaan lukien muisti-
sairauksiin sairastuneet. Lainsäädännön uudistaminen oli tärkeää erityisesti muisti-
sairaiden vapauden menetyksen vuoksi eettisissä ja oikeudellisissa asioissa. Sen ta-
voitteena oli vahvistaa monialaista yhteistyötä ja palvelujen saatavuutta ja kehittä-
mistä niin, että tarve rajoittaa vapautta ja itsemääräämisoikeutta vähenee. (Al-
zheimer Europe Report 2012.)

Niissäkin tilanteissa, joissa rajoitustoimenpiteen käyttö olisi välttämätöntä sosiaali- ja
terveydenhuollon toteuttamiseksi, toimenpiteeksi tulisi valita aina lievin tilanteeseen
sopivin keino. Palveluiden tuottajilta edellytetään itsemääräämisoikeuden toteutu-
mista, potilaan itsemääräämisoikeuden arviointia sekä yksilöllisen suunnitelman laa-
dintaa. Mikäli potilaan itsemääräämiskyky todetaan alentuneeksi, hänelle tulisi laatia
yksilökohtainen suunnitelma sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista an-
netun lain tai potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukaisen suunnitelman
liitteeksi. Laki on edelleen lausuntokierroksella. (Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi
sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoi-
tustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi 2014.)

Muita lakeja, jotka koskevat erityisesti ikäihmisiä ja muistisairaita ovat Suomen perustuslaki, terveydenhuoltolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, vanhuspalvelulaki, omaishoitolaki, toimeentulolaki ja sosiaalihuoltolaki. (Näslindh-Ylispangar 2012, 118.)

2.2 Haasteellinen käyttäytyminen ja oirekuva

Käyttäytymisen muutokset ovat tyypillisiä kaikissa muistisairauksissa ja kaikissa vaiheissa. Arvioidaan, että lähes jokaisella muistisairaalla on ongelmia käyttäytymisessä, jotka ympäristö kokee haasteellisiksi. Haasteellinen käyttäytyminen on yleisempää muistisairauden keski- ja vaikeassa vaiheessa. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 17.)

Muistisairaudet aiheuttavat kognitiivisten muutoksien lisäksi myös psykologisia oireita, jotka näkyvät ympäristössä haasteellisena käyttäytymisenä. Englannin kielisessä kirjallisuudessa näistä muutoksista ja oireista käytetään termiä BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia), joka tarkoittaa käytösoiretta. Eloniemi-Sulkavan & Savikon (2011, 17) mukaan voidaan käyttää myös käsitettä haasteellinen käyttäytyminen, jota me käytämme opinnäytetyössämme.

Myös Terveys ja hoito Excellence/ Social Care Institute for Excellence (2006) suosittaa käyttämään termiä "käyttäytymismalleista, jotka haastavat" eikä käytöshäiriöt, joka on muistisairasta leimaavaa. On mielenkiintoista todeta, että kansallisten neuvoa antavien elinten yrityksistä huolimatta negatiivinen terminologia säilyy edelleen hoivaympäristössä. (Elliot 2014, 22.)

Haasteellinen käyttäytyminen ilmenee psyykkisten toimintojen ja käyttäytymisen muutoksina. Muutokset aiheuttavat usein omaisen väsymistä sekä jouduttavat laitoshoitoon siirtymistä - tämä on jo taloudellinenkin rasite yhteiskunnalle. Haasteellinen käyttäytyminen voi aiheuttaa myös lisäsairauksia potilaalle hänen esimerkiksi loukatessaan itseään. Lisäksi niihin käytetyt lääkkeet saattavat aiheuttaa joillekin haittavaikutuksia ja siten heikentävät potilaan ennustetta. (Erkinjuntti, Rinne & Soinen 2010, 92.)

Lewyn kappaleen taudissa haasteellinen käyttäytyminen saattaa näkyä merkittävästi jo sairauden alkuvaiheessa esimerkiksi näköharhoina tai mielialamuutoksina. Otsaohimolohkorappeumissa tyypillisiä oireita ovat persoonallisuuden muutokset, apatia ja estottomuus ennen kognitiivisten oireiden ilmenemistä. Nämä oireet sairauden alkuvaiheessa helpottavat diagnoosin tekemistä. (Erkinjuntti ym. 2010, 92.) Alzheimerin taudissa ja verenkiertohäiriöihin liittyvässä muistisairaudessa ensimmäiset oireet sairaudesta saattavat olla masennus sekä harhaluulot kun taas varsinaiset muistioireet näkyvät vasta 1-3 vuoden jälkeen. (Hallikainen ym. 2014, 49.)

Yleisimpiä haasteellisen käyttäytymisen ilmenemismuotoja muistisairauksissa ovat masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muutokset, uni-valverytmin häiriöt ja seksuaaliset käytösoireet. (Erkinjuntti ym. 2010, 92–95.)

Haasteelliseen käyttäytymiseen liittyviä oireita voi esiintyä useita yhtä aikaa ja niiden syntyyn vaikuttavat useat syyt. Oireet usein pahenevat muistisairauden edetessä. Oireiden syntyyn vaikuttavat neurokemialliset - ja patologiset muutokset sekä muistisairaana persoonallisuus ja ympäristö. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 133.)

Persoonallisuuden ja biologian vaikutukset perinnöllisenä seikkana haasteellisen käyttäytymisen syntyyn ovat merkittäviä eikä niitä hoidollisesti voida muuttaa. Esimerkiksi Alzheimerin taudissa esiintyvää harhaluuloisuutta voidaan pitää perinnöllisenä riskitekijänä. Henkilön taipumus ahdistua tai olla estynyt saattaa olla riski siihen, että ahdistuu ja masentuu muistisairaana muita enemmän. Epävakaa ja epäsosiaaliset piirteet ennen sairastumista näyttäytyvät muistisairailla levottomuutena ja aggressiivisena käyttäytymisenä. Muutkin persoonallisuuden piirteet voivat korostua tai saada jopa uusiakin piirteitä, jotka taas vaikeuttavat sairastuneen hoitoa. (Hallikainen ym. 2014, 48.)

Kognitiivisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemiset ilmenevät arjessa ongelmina muistaa asioita sekä ymmärtää ympärillä olevaa maailmaa. Lisäksi mui-

den ihmisten toimintojen ja puheiden ymmärtäminen tuottaa vaikeuksia, kehon liikkeiden hallinta vaikeutuu sekä ympäristön hahmotus vaikeutuu niin, että tutut kasvat ja tavarat saattavat näyttää oudoilta. Muistisairaana itsetunto on herkkä muiden ihmisten negatiiviselle ja itsenäisyyttä rikkovalle asenteelle esimerkiksi tilanteissa, joissa hänet ohitetaan tai mitätöidään. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 19.) Eloniemi-Sulkavan ja Savikon (2011, 19) mukaan Saarenheimo (2003) määrittää muistisairaana ikääntymiseen liittyvät muutokset, läheisen menetykset sekä omat sairaudet uhkaksi sairastuneen hyvinvoinnilleen.

2.3 Keinoja haasteellisiin tilanteisiin

Eloniemi-Sulkavan ja Savikon (2011, 18–19) tutkimusraportissa kansainvälinen kirjallisuus tarkastelee haasteellista käyttäytymistä enemmän sairastuneen kannalta kuin pelkästään kanssaeläjien näkökulmasta. Eloniemi-Sulkavan ja Savikon (2011, 18) mukaan Algase ja muut (1996); Kolanowski; Whall (2000) ja Whall (2004) teoksissa edustetaan käsitettä muistisairaana näkemystä "need driven dementia- compromised behaviour" ja Kitwood (1997) käsitettä "unmet needs behaviour". Molemmat käsitteet tarkoittavat sitä, että muistisairaana tarpeisiin ei ole vastattu eikä hän ole tullut ymmärretyksi. Taustafilosofian mukaan muistisairaana tarpeet tulee ottaa laajasti huomioon, hän on tunteva ja kokeva ihminen. Muistisairaana toimintaa tulisi ymmärtää niin, että hän pyrkii haasteellisella käyttäytymisellään saamaan elämänsä hallintaan ja sopeutumaan siihen sekä ylläpitämään tai parantamaan elämänlaatuaan. Se on ikään kuin hänen selviytymisstrategiansa. Kognitiiviset muutokset saavat aikaan sen, että muistisairas ei kykene ilmentämään tarpeitaan, toiveitaan eikä pyrkimyksiään muulla kuin haasteellisella käyttäytymisellä. Hän saattaa esimerkiksi käyttäytyä aggressiivisesti hoitotilanteissa sen vuoksi, että on pelokas. Kyky säädellä käyttäytymistä ja elämänhallintaa vaikeutuu ja se saattaa näyttäytyä mustasukkaisuutena, epäluuloisuutena, toisto-oireina tai levottomuutena, jotka sitten ympäristö tulkitsee häiritsevänä käyttäytymisenä.

Haasteellisen käyttäytymisen syy tulee kartoittaa ja hoitaa mikäli ne rasittavat sairastunutta, heikentävät hänen omatoimisuuttaan ja vuorovaikutustaan tai aiheuttavat

vaaratilanteita sairastuneelle itselleen tai lähimmäisille. Hoito on ensisijaisesti lääkkeetöntä hoitoa eli pyritään huolehtimaan muistisairaana tarpeista mahdollisimman hyvin. Pyritään välttämään avuttomuuden korostamista sekä turhaa rajoittamista ja tuetaan jäljellä olevaa toimintakykyä. Käypä-hoito suosituksen mukaan lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan "erilaisia psykososiaalisia hoidollisia lähestymistapoja sekä vuorovaikutukseen ja potilaan ympäristöön vaikuttamista". (Käypä-hoito 2010.)

Eloniemi-Sulkava ja Savikko (2011,19) tuovat esille Howardin ja muiden (2001) määrittelemänä, että muistisairauksien diagnostiikalla ja lääkehoidolla on mahdollisuus vaikuttaa käyttäytymiseen joko suoraan tai välillisesti. Lääkehoitoa suositellaan muun hoidon ohessa vain hetkelliseksi hoitomuodoksi. Hyviä tuloksia on saatu muistisairaana laaja-alaisesta ja yksilöllisestä tarpeisiin kohdennetusta hoidosta. Vaikuttavaa on myös henkilökunnan ja omaisten kouluttaminen, omaisten tukeminen ja ympäristön parantaminen.

Käyttäytymisen muutoksilla on aina jokin tarkoitus ja niiden ymmärtämistä auttaa sairastuneen elämäkokemuksen ja historian tunteminen. Syiden selvittäminen vaatii aikaa ja useita prosesseja, mutta helpottaa ymmärtämään mitkä asiat, tilanteet tai kohtelu saavat aikaan negatiivista ja mikä positiivista käyttäytymistä. Muun muassa muistisairaana oppimisvaikeuksien takia kaikki uusi tuntuu hänestä pelottavalta ja sen vuoksi jatkuvuus ja turvallisuus korostuvat hoitotyössä. Voidaan käyttää myös huumoria, jonka tulee olla tilanteeseen sopivaa ja harmitonta. Ajan antaminen, taukojen pitäminen ja uudelleen yrittäminen ovat keinoja kohdata käyttäytymisen muutoksia. Lisäksi huomion kiinnittäminen muualle sekä mukautuminen totuudenvastaisiin käsitelmiin kiistelemättä tai niitä ylläpitämättä, ovat keinoja suhtautua muistisairaana käyttäytymisen muutoksiin. Muistisairas saattaa reagoida yllättävästi ihan tavallissakin tilanteissa. Muistisairaana toiminnalla on kuitenkin syynsä ja sen ymmärtäminen auttaa ohjaajaa kohtelemaan häntä oikealla tavalla. Ohjaamiseen tarvitaan laaja-alaista ymmärrystä. (Hallikainen ym. 2014, 87–88, 93.) Ymmärtämistä auttaa pohdinta kuinka toivoisin itseäni kohdeltavan jos sairastuisin. (Telaranta 2014, 73.)

Omaisten rooli on aina ollut sairaalahoidossa vähäistä, vaikka heidän vastuunsa iäkään hoidosta pitäisi olla suuri. Läheisen ihmisen lähellä olo voi kuitenkin vähentää muistisairaana sekavuutta ja tuoda helpotusta haasteellisiin hoitotilanteisiin. (Jämsen ym. 2015, 983.) Hallikaisen ja muiden (2014, 92) mukaan Eloniemi-Sulkava (2011) on laatinut jäsentelyprosessin haasteellisen tilanteen ratkaisemiseksi. Siinä nimetään ja kuvataan haasteellinen tilanne yhdessä hoitavan henkilön, muistisairaana ja omaisen kanssa. Selvittely selkiyttää muistisairaana hyvinvoinnin tarpeita ja on perusta uusien tai tarkennettujen tavoitteiden laadinnalle ja suunnittelulle. Tässä kohtaa huomioidaan muistisairaana voimavarat. Tilannetta seurataan ja sovitaan jonkin ajan kuluttua uusi tapaaminen, jossa tilannetta arvioidaan.

Kognitiiviset häiriöt saattavat vaikuttaa siihen, että muistipotilas tekee virhetulkintoja kun taas yksilön ja ympäristön häiriöt voivat aiheuttaa esimerkiksi mielialahäiriöitä ja aggressiivisuutta. Ympäristöllä on suuri merkitys muistisairaana käyttäytymishäiriöiden syntymekanismissa. Turvallinen ja tuttu ympäristö vähentää haasteellista käyttäytymistä, vaikka jonain hetkenä muistisairas saattaa kokea myös tutun ympäristön vieraaksi ja tuntee olevansa eksyksissä. (Tilvis ym. 2010, 134.)

Elo, Saarnio & Isola (2013, 17–18) tutkimuksessa Sloane ja muut (2002) korostavat myös ympäristön merkitystä muistisairaana elämässä. Dementoivat sairaudet heikentävät kykyä ymmärtää ympäröivää maailmaa, ihmisiä ja tapahtumia. Samassa tutkimuksessa Johanssonin ja muiden (2009) mukaan hahmottamishäiriöt lisäävät riskiä kaatumiseen ja etenkin laitoshoidossa Jones ja van der Eerdenin (2008); van Hoofin ja muiden (2009) ja Dewingin (2009) mukaan ympäristötekijät joko vaikeuttavat tai auttavat sekavaa vanhusta. Riittäväällä valon määrällä, muistivihjeillä, sisustuksessa käytettävillä väreillä, kontrastieroilla sekä ärsykkeiden säätämällä pystytään tukemaan muistisairaana fyysisen ympäristön hahmottamista. Edelleen Lawton (2001) toteaa, että hyvin suunnitellulla ympäristöllä voidaan jopa vähentää muistisairaana ei-toivottua käyttäytymistä ja Gaspardtin ja Coxin (2012) mukaan mahdollistaa turvallisen ja laadukas hoito.

Jämsenin, Kermisen, Strandbergin & Valvanteen (2015, 982) mukaan Laurila (2012) tuo esille sen, että fyysistä rajoittamista esimerkiksi haaravyöllä ja laitojen pitämällä ylhäällä ei tarvita jos ympäristö järjestetään turvallisesti. Fyysistä rajoittamista ei tulisi käyttää hoidettaessa sekavaa potilasta. Jämsen tuo myös esille Mottin ja Kenrichin (2005) toteamana, että fyysinen rajoittaminen saattaa jopa lisätä levottomuutta, aiheuttaa komplikaatioita sekä hidastaa kuntoutusta. Lisäksi Shroll ja muut (2002) arvioivat potilaan rajoittamisen jopa lisäävän kaatumisriskiä, vaikka sillä tavoitellaan aivan toisenlaista vaikutusta.

2.4 Fyysisen toimintakyvyn muutokset

Muistisairaana fyysinen toimintakyky heikkenee vähitellen riippuen sairauden asteesta ja voimakkuudesta. Pystyasennossa pysyminen ja tasapaino heikkenevät, selkä muuttuu kumarammaksi, polvi- ja lonkkanivelet menevät koukkuun sekä pää ja olkapäät työntyvät eteenpäin. Vartalo voi kallistua eteen - tai taaksepäin samalla kun se muuttuu kankeammaksi. Tämä sekä kävelyn muuttuminen epävarmemmaksi lisää kaatumisriskiä. Kävelyn vaikeudet näkyvät joko taidon häviämisenä tai askeleen muuttumisena laahaavaksi tai lyhyeksi. Jalkojen asento saattaa olla myös leveäraiteista tai sitten ne ovat kiinni toisissaan, toisilla ne voivat aivan kuin tarrautua lattiaan kiinni. Hahmottamisen ongelmat tuovat myös lisäongelmia kävelyyn. (Hallikainen ym. 2014, 109.)

Muistisairaus häiritsee tahdonalaisten liikkeiden tekemistä ja liikkeet muuttuvat jäykemmiksi. Lihasten kimmoisuus ja voima vähenee, esiintyy vapinaa, jänteet jäykistyvät ja nivelten liikkuvuus rajoittuu. Niveliin muodostuvien virheasentojen vuoksi muistisairas kokee kipua ja saattaa pelätä liikkumista. Muistisairaana toiminnanohjauksen heikkeneminen vähentää oma-aloitteellisuutta ja tällöin sairastuneen muistuttaminen liikkumaan on usein tarpeen. (Hallikainen ym. 2014, 110.)

Toimintakyvyn arvioinnilla voidaan saada tietoa erityisesti muistisairaudesta. Toimintakyvyn arvioinnilla saadaan myös tietoa muiden sairauksien yhteisvaikutuksesta jokapäiväiseen elämään. (Jämsen ym. 2015, 977).

Jämsenin ja muiden (2015, 977–978) mukaan Spiers ja muut (2005); Jagger ja muut (2007) ja Griffith (2010) toteavat muistisairauden olevan yksi merkittävä toimintakykyä rajoittava sairaus.

Jämsen ja muut (2015, 977) tuovat esille Ferruccin ja muiden (1998) ja Kingstonin ja muiden (2012) määrittelemän jaon arkielämän toimintojen välillä päivittäisiin perustoimintoihin (ADL-toiminnot) sekä välineellisiin päivittäistoimintoihin (IADL-toiminnot). ADL-toimintoihin kuuluvat peseytyminen, liikkuminen sisätiloissa, tuolilta tai sängystä nouseminen, syöminen ja wc:ssä käyminen. IADL-toiminnot kuvaavat kodinhoitotoimia, laitteiden hallintaa sekä kodin ulkopuolella asiointia. Krooniset sairaudet heikentävät ensin toimintakykyä välineellisissä päivittäistoiminnoissa ja etenevät vähitellen myös päivittäisiin perustoimintoihin.

3 Muistisairaahan ohjaaminen päivittäisissä toiminnoissa

Muistisairaahan ohjaaminen on hoitavan henkilön ja muistisairaahan yhteistyötä, jossa korostuu sairastuneen kunnioittaminen, turvallisuus ja omatoimisuuden tukeminen. Ohjaamistilanteet liittyvät jokapäiväisiin tilanteisiin kuten ruokailu, hygienian hoito, pukeutuminen ja nukkuminen. Kuitenkaan aina molempien tavoitteet eivät ole samansuuntaiset, joten muistisairaahan kuunteleminen ja hänen toivomuksiin vastaaminen helpottaa yhteistyötä. Muistisairas saattaa tulkita tilanteita eri tavalla kuin hoitava henkilö. Hän saattaa kokea maailman pelottavana paikkana, koska ei välttämättä ymmärrä esineiden, paikkojen ja ihmisten yhteyttä tilanteisiin ja tapahtumiin. Tuntoaistimuutokset voivat vaikuttaa siihen, millaisina muistisairas kokee esimerkiksi pesutilanteet. Hän saattaa palella herkemmin, lattia voi tuntua epämiellyttävältä, suihkun ääni voi tuntua pelottavalta, paineella tuleva vesi voi tuntua iholla epämukavalta, pesuaine ja pesusieni voivat olla iholle karheita. Kokemus on aina yksilöllinen, hoitaja voi kysymällä ja havainnoimalla päästä muistisairaahan kokemusmaailmaan sisälle ja pienilläkin asioilla muuttaa tilannetta paremmaksi. Empatia auttaa hoitavaa henkilöä eläytymään muistisairaahan kokemusmaailmaan ja helpottaa ohjaamista. (Hallikainen ym. 2014, 90–91, 94)

Muistisairaahan arkielämä hidastuu, ryhtyminen ja tekeminen vievät enenevästi aikaa ja nämä vaativat kärsivällisyyttä sekä auttajalta että autettavalta. Antamalla aikaa ja tukea muistisairaalle, pidetään yllä hänen elämän jatkuvuutta, sujuvuutta ja elämänlaatua. Rutiinit helpottavat, rauhoittavat ja antavat turvallisen olon muistisairaalle. Auttamistilanteessa tulisi keskittyä siihen, mitä voimavaroja autettavalla on jäljellä eikä siihen mitä on menetetty. Apuna voi käyttää mielikuvitusta, improvisaatiota ja joustavuutta. (Hallikainen ym. 2014, 135.)

Muistisairaahan ohjaamiseen tarvitaan toista henkilöä jos hänen muisti on siinä määrin huonontunut, että hän ei enää kykene muistamaan muistitukien- tai välineiden avulla. Ilmapiirillä ja ohjaajan tunteilla on suuri merkitys ohjaamistilanteiden onnistumiselle, koska muistisairas aistii ne herkästi. Kiukku, kiire ja hermostuneisuus vaikutta-

vat negatiivisesti muistisairaahan toimintaan kun taas lempeys, rauhallisuus ja ajan antaminen edesauttavat ohjaamistilanteiden onnistumista. (Hallikainen ym. 2014, 91.)

Liikkumisen ohjaamisessa on hyvä käyttää kolmikanavaista tekniikkaa: 1. katsekontaktia 2. sanallista ohjausta 3. koskettamista. Katsekontaktissa pyritään saamaan sairastuneen huomio tapahtumaan, koska ympärillä olevat asiat jäävät sairauden takia usein huomaamatta. Jos muistisairaalla on hahmotushäiriöitä, niin viestin vastaanottaminen on vaikeampaa näköaistin kautta. Sanallisen ohjauksen tulisi olla lyhyttä ja selkeää sekä yhteydessä kehonkieleen (ilmeet, eleet, äänen painotus jne.) Tahdonalaisen liikkeen tuottamisen häiriö (apraxia) saa aikaan sen, että sairastunut saattaa tehdä jonkin toiminnon tahattomasti ilman, että sitä häneltä pyydetään. Koskettaminen tai esimerkiksi kädestä puristaminen voi auttaa löytämään oikean kehon osan tai liikkeen. Oppimista ja suoriutumista voi edistää näyttämällä mallia tai tekemällä yhdessä. Mielikuvien liittäminen liikkeeseen voi helpottaa liikkeen löytymistä. (Hallikainen ym. 2014, 111.)

Toimintakyvyn ylläpitämiseksi on tärkeää antaa muistisairaahan tehdä itse niin paljon kuin mahdollista. Tämä vaatii auttajalta kärsivällisyyttä, koska puolesta tekeminen olisi usein nopeampaa ja helpompaa. Puolesta tekeminen kuitenkin estää muistisairaahan elämän sujumista ja heikentää elämänlaatua. Omaisen kannalta on tärkeää huomata se, että muistisairaalla on kykyjä tehdä vielä monia asioita ja näin jatkaa entistä elämää sairaudesta huolimatta. Toimintakyvyn tukeminen antaa sekä muistisairaalle että myös hoitajalle voimavaroja. (Hallikainen ym. 2014, 135.)

Sairaalaympäristössä on tärkeää mobilisoida potilas heikkokuntoisenakin pienillä toimilla kuten wc-tuolille siirtyminen ja ohjaaminen istumaan vuoteen laidalle. Myös aistivajeet tulee huomioida, koska ne vaikeuttavat liikkumista. Tämän vuoksi potilaan tulee saada kuulolaite ja silmälasit käyttöön myös sairaalassa. (Jämsen ym. 2015, 982.)

3.1 Vuorovaikutus

Hohenthal-Antin (2013, 27) mukaan Körkkö (2010) ja Eloniemi-Sulkava (2006) toteavat muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa olevan tärkeämpää se miten teet kuin mitä teet. Tästä syystä vuorovaikutuksen laadun katsotaan olevan merkittävä.

Kohtaamiseen kuuluu kunnioittaminen, arvostaminen ja luottamuksen saavuttaminen. Kohtaamiseen sisältyy laaja kirjo asioita kuten empatia, toisen kuuleminen, läheisyyden säätely, välittäminen ja kärsivällisyys. Ongelmia kohtaamiseen aiheuttaa se, että muistisairas ei enää välttämättä kykene ymmärtämään toisen tarpeita eikä huomiomaan toista. Hänellä voi olla ongelmia myös itsensä ilmaisemisessa. (Hallikainen ym.2013, 86.) Sairauden alkuvaiheessa olisi hyvä kysyä sairastuneelta itseltään, kuinka toivoo itseään kohdeltavan. (Telaranta 2014, 69.)

Alzheimerin taudissa kyky tuottaa ja ymmärtää puhetta katoaa sairauden keskivaiheissa, viimeistään vaikeassa vaiheessa. (Telaranta 2014, 68.) Walsh ja muut (2012) määrittävät viestintätaitojen katoamisen johtuvan fysiologisista vaurioista aivoissa, niiden verenkiertohäiriöistä sekä aivosolujen rappeutumisesta. Veselinova kirjoittaa, että Bartlen (2007) mukaan muistisairaus heikentää puhumisen taitoa sekä puheen ymmärtämistä. Muistisairas voi poimia vääriä sanoja ilmaistessaan tuntemuksiaan, käyttää samaa merkitystä omaavia tai samalta kuulostavia sanoja, käyttää sekavia sanoja tai tuttuja sanoja toistuvasti. Veselinova tuo esille myös sen, että Walshin ja muiden (2012) mielestä ongelmat vuorovaikutuksessa voivat aiheuttaa muistisairaahan eristäytymiseen ja turhautumiseen ja sitä kautta yhteiskunnasta vieraantumiseen. Marshall ja muut (2012) ehdottavatkin hoitohenkilökunnan käyttävän yksilökeskeistä tapaa puhuessaan sairastuneelle selkeästi ja suosia ei-verbaalisia viestintämenetelmiä kuten ilmeet, eleet, katsekontakti, asento ja kosketus. Kun vuorovaikutustilanne on rento ja kehon kieli avoin, niin se kannustaa myönteiseen vuorovaikutukseen ja kuuntelemiseen. Perheen jäsenillä ja ystävillä on merkittävä rooli arvioitaessa sairastuneen tarpeita, mieltymyksiä ja toiveita. Heillä on hyvä käsitys sairastuneen käyttäytymisestä, tunteista ja viestinnän tarpeista. (ks. Veselinova 2014; 162–164, 166.)

Keskustelua tulisi jatkaa sairastuneen kanssa, vaikka selkeää vuorovaikutustilannetta ei syntyisikään - koskaan ei tiedä kuinka paljon hän ymmärtää. Muistisairas reagoi puheen ymmärtämisen sijaan puhujan äänen sävyyn, ilmeisiin, eleisiin ja kehon kieleen. Sairastuneen kohtelemisen aikuisena on tärkeää siitä huolimatta, että hän tarvitsee toisen hoivaa. (Telaranta 2014, 68–69.)

Kunnioittamisessa asetetaan muistisairaalle rinnalle ottaen huomioon hänen elämäkokemuksensa, pyritään kuuntelemaan ja tuetaan itsekunnioituksen säilymistä. Kunnioittamiseen kuuluu myös sairastuneen fyysisen ja psyykkisen oman alueen loukkaamattomuus, tämä korostuu erityisesti ohjaustilanteissa. (Hallikainen ym. 2014, 86.)

Arvostamisessa pyritään ottamaan muistisairaalle mielipide huomioon sairaudesta huolimatta. Hänen annetaan ilmaista tunteensa ja hyväksytään ne, vaikkakaan se ei aina ole helppoa hoitavalle taholle. On tärkeää, että muistisairasta kohdellaan aikuisena siitä huolimatta, että sairaus saattaa aiheuttaa rajoituksia hänen ajattelu- ja toimintakyvylle. (Hallikainen 2014, 87.)

Luottamuksen saavuttamiseen vaikuttaa sairastuneen elämänselämänsä historia, persoonallisuus sekä yleinen luottamus ihmisiin. Sairauden edetessä luottamuksen ylläpito ja vastuu siirtyy yhä enemmän toiselle osapuolelle. Muistisairauden etenemisen myötä luottamuksen saavuttaminen vaatii työtä toisinaan jopa päivittäin. Muistisairasta voidaan auttaa luomalla turvallinen ja jatkuvuutta tukeva ilmapiiri hoidettavan ja hoitajan välille sekä myös läheisten ja hoitavan tahon kesken. (Hallikainen ym. 2014, 87.)

3.2 Kehollisuuden ja kosketuksen merkitys

Näslindh-Ylispangarin (2012, 67) mukaan Laine (1993) toteaa, että ihmisten välisissä suhteissa on kyse kehollisuudesta ja aistillisuudesta. Näslindh-Ylispangar kertoo, että Rauhalan (1998) mielestä varsinkin pitkäaikaishoidossa olevan potilaan kohdalla kehollisuuden merkitys korostuu ja henkilö voi kommunikoida ympäröivän maailman kanssa aistijärjestelmän kautta. Kosketus ja hoitotoimenpiteet otetaan vastaan aistijärjestelmän välityksellä.

Kosketusaisti on varhaisin aisti ja se toimii jo kuuden viikon ikäisellä sikiöllä. Ihminen tarvitsee läheisyyttä ja kosketusta läpi elämän eikä sen tarve lopu vanhanakaan. Koskettamisella voidaan myös lohduttaa, rauhoittaa ja helliä. Vuodepotilaan tarve tulla kosketetuksi saattaa hävitä tai vähentyä ja hoitajan kosketus saattaa jäädä ainoaksi rajoittuen vain hoitotilanteisiin. (Heimonen & Voutilainen 2000, 179.)

Ikäihmistä hoidettaessa hänen kehoon kohdistuvan toiminnan tulisi olla erittäin hienotunteista. Koskettamisella välitetään tunnetta myötäelämisestä, läsnäolosta ja lämmöstä, jotka vaikuttavat tajunnan kautta joko estävästi tai edistävästi. Koskettaminen voi olla lempeää, auttavaa, kovakouraista ja vihaista tai alistavaa taputtamista. Se voi olla myös ristiriitaista, esimerkiksi hoitaja puhuu lempeästi, mutta hänen kosketus tuntuu kovakouraiselta. Negatiivisella koskettamisella hoitaja voi viestiä vallankäyttöä ja se aiheuttaa ikäihmiselle mielipahaa ja omanarvontunteen vähenemistä. Tällainen tunne voi säilyä pitkäänkin ikäihmisen mielessä. Koskettamistilanteessa hoitajan tulee aina huomioida autettavan mahdolliset kivut. Läsnäolo sekä turvallinen ja luottavainen ilmapiiri ovat hoitotapahtumassa tärkeitä. (Näslindh-Ylispangar 2012, 68–69.)

Muistisairaana avustamiseen liittyy lähes aina fyysistä koskettamista kun hoitaja auttaa pesuilla, pukemisessa ja liikkumisessa. Jos autettava tarvitsee paljon apua, kosketustilanteita on useasti ja ne kohdistuvat useampaan kehonosaa. Jokaisella ihmisellä on oma näkymätön reviiiri, jonka laajuus määrittää sen kuinka lähelle toinen ihminen saa tulla. Henkilökohtainen etäisyys on noin käden mitan päässä omasta kehosta ja

sinne päästetään vain tutut henkilöt kun taas intiimietäisyys on vain alle käden mitan päässä. Ihminen kykenee vaistoamaan toisen ihmisen läsnäolon tällä etäisyydellä näkemättään. Vieraan henkilön tulo näin lähelle koetaan uhkana ja se saa aikaan puolustusreaktion varsinkin silloin, jos autettava ei ymmärrä auttajan tarkoitusperää. Jos autettava ei kykene sanoin ilmaisemaan pelkoaan, hän turvautuu esimerkiksi lyömiseen. Muistisairas ei kykene muistamaan auttamistilanteita niiden toistuesssa ja näin saattaa puolustautua nyrkein joka kerta, kun häntä autetaan. Ajan antaminen, katsekontakti, rauhallinen puhe ja lähestyminen edesauttavat lähelle pääsemistä. (Heimonen & Voutilainen 2000, 171–172.)

Kosketuksen tulisi olla autettavan kohdalla varmaa, laajaa ja rauhallista. Autettavan tulisi nähdä auttajan käsien liikkeet ja ehtiä tajuta tulleen kosketuksi. Varmassa kosketuksessa autettava tuntee olonsa turvalliseksi eikä hänen tarvitse pelätä esimerkiksi putoavansa. On tärkeää myös se, että kosketus tuntuu riittävästi eikä ole pelkkä kutittava hipaisu, ei kuitenkaan kipua tuottavaa. Laajassa kosketuksessa autettava tuntee auttajan koko kämmenen kosketuksen sekä myös vartalon. (Heimonen & Voutilainen 2000, 176.)

Kosketustilanteeseen vaikuttavat oma persoonallisuus, lapsuuden aikana saadut kokemukset koskettamisesta sekä kulttuuri- ja tilannetekijät. Kosketus vaikuttaa aina molempiin suuntiin, myös koskettaja tulee kosketetuksi. Kosketuksen laatuun vaikuttaa molempien mieliala. Väsyneenä auttaja koskettaa vähemmän, kun taas hyvällä tuulella ollessaan hän voisi halata useampaakin avuntarvitsijaa. Koskettaminen on kuntouttavaa hoitotyötä ja tukee autettavan itsetuntoa. (Heimonen & Voutilainen 2000, 174–184.)

Muillakin kosketusmuodoilla viestimme erilaisia merkityksiä autettavalle. Olalle taputtaminen viestii kannustamista, silittäminen rauhoittamista ja kädelle taputus ymmärtämistä. Jotta viesti olisi molemmille sama, tilanteen tulisi olla otollinen molemmille kokemuksellisesti. (Heimonen & Voutilainen 2000, 175.)

3.3 Kuntoutus ja toimintakyvyn ylläpitäminen

Heimosen ja Voutilaisen mukaan (2000, 15–16) parantavan lääkehoidon puuttuessa on tullut tarve kiinnittää huomiota monipuoliseen kuntouttamiseen hoitolaitoksissa. Uudenlaisen ja aktivoivan kuntoutuksen avulla voidaan päästä kohti tärkeimpiä tavoitteita eli muistisairaana kotona selviäminen, omaisten jaksaminen ja muistisairaana toimintakyvyn ylläpitäminen.

Kuntouttavan hoitotyön menetelmät auttavat muistisairasta selviytymään arkisista askareistaan ja sosiaalisista suhteistaan mahdollisimman itsenäisesti. Pyritään siihen, että hän pystyy nauttimaan elämästään muistisairaudesta huolimatta. Kuntouttava työote edellyttää uudenlaisten työtapojen ja asenteiden omaksumista myös kaikissa vuorovaikutustilanteissa. Niissä painottuvat muistisairaana yksilöllisyyden kunnioittaminen, itsenäisyyden tukeminen, jäljellä olevien ja menetettyjen toimintojen huomiointi ja voimavarojen tunnistaminen sekä tukeminen. Kuntouttavaan hoitotyöhön kuuluu myös tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus ja systemaattisuus. (Heimonen & Voutilainen 2000, 13–14.)

Muistisairaana kunnioittaminen ainutlaatuisena yksilönä onnistuu parhaiten, jos hoitaja tutustuu muistisairaaseen yksilönä eikä vain joukkona hoidettavia. Myös muistisairas pyrkii säilyttämään itsenäisyytensä ja itsemääräämisoikeutensa niin pitkään kuin mahdollista ja hoitohenkilökunnan tulee tukea tätä pyrkimystä. Kartoittamalla jäljellä olevat ja menetettyt toiminnot, voidaan henkilökohtaisen suunnitelman avulla kohdistaa kuntoutus voimavaroihin ja jäljellä olevaan toimintakykyyn. (Heimonen & Voutilainen 2000, 14.)

Jämsenin ja muiden (2015, 980) mukaan Brown ja muut (2009) ja Pedersen ja muut (2013) toteavat, että sairaala ympäristönä altistaa potilaan passivoitumiselle ja sekä potilas että omaiset ottavat nopeasti hoidon kohteen roolin. Jopa hyväkuntoinenkin potilas saattaa viettää aikaa vuoteessa 17- 20 tuntia vuorokaudessa. Brown ja muut (2004) tuo esille, että potilaan pitäminen vuodelevossa on kuitenkin harvoin aiheellista ja vähäinen liikkuminen sairaalahoidon aikana altistaa toimintakyvyn heikentymiselle. Tiedon kerääminen toimintakyvystä ennen sairaalahoitoa hyödyttää jatko-

hoidon suunnittelussa etenkin akuutin sairauden kohdalla. Tavoitteena on palauttaa toimintakyky sairastumista edeltävälle tasolle ja mietittävä siihen vaikuttavia mahdollisia esteitä.

Sairaalahoidossa toimintakykyä voidaan ylläpitää siten, että kaikki ammattiryhmät oppivat uudenlaisen ajattelumallin ja toimintatavan. Toimintakyvyn tukeminen edellyttää hoitajilta kannustavaa ja kuntouttavaa otetta hoitotyössä. Uusi toimintatapa voi saada aikaan muutosvastarintaa kiireen vuoksi, mutta palkitsee sillä, että potilaiden kunto pysyy parempana. (Jämsen ym. 2015, 983.)

Stenmanin, Vähäkankaan, Salon, Kivimäen ja Paasivaaran (2015, 33) mukaan Routasalo ja muut (2004) ja Vähäkangas (2010) tuovat esille, että kuntoutumista edistävän hoitotyön toimintamallin avulla hoitaja edistää ikääntyneen kuntoutumista käyttämällä ammatti tietoa - ja taitoa. Tämän on todettu auttavan henkilöstön pysyvyyttä, lisäävän henkilöstön saatavuutta ja vetovoimaisuutta. Samassa tutkimuksessa Vähäkangas & Noro (2009) mainitsevat esimieheltä saadun arvostuksen ja rohkaisun auttavan toimimaan tavoitteiden suuntaisesti kuntoutumista edistävässä toiminnassa.

4 Kinestetiikka voimavaralähtöisenä toimintamallina

Kinestetiikka on voimavaralähtöinen toimintamalli potilaan/ asiakkaan avustamisessa hänen liikkumisessaan ja päivittäisissä perustoiminnoissaan. Kinestetiikka tulee sanasta Kinaesthetics, jossa sana kinesis tarkoittaa liikettä ja aesthesis aistimusta. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 6.) Kinestetiikka perustuu ihmisten luonnollisten aistitoimintojen ja liikemallien ymmärtämiseen sekä ihmistä kunnioittavaan kohtaamiseen. Kinestetiikan ajatuksena on tukea ihmistä hänen perustoiminnoissaan, että hän kokee oman toimintansa mielekkäänä vammasta tai muusta sairaudesta huolimatta. Kinestetiikka ylläpitää ja edistää potilaan voimavaroja hoitotyön työntekijän omaa hyvinvointia sekä tuki- ja liikuntaelinten terveyttä. Keskeisenä kinestetiikassa on kommunikointi liikkeen ja koskettamisen avulla. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 7; Hantikainen, Riesen, Rämö, Hirsbrunner 2006, 11–22)

Kinestetiikan kehittäjinä ovat olleet amerikkalaiset käyttäytymistieteilijät Dr. Lenny Maietta ja Dr. Frank Hatch. Kinestetiikan kehittymiseen ovat vaikuttaneet käyttäytymistieteellisen tutkimuksen näkemykset ihmisten välisestä informaation vaihdosta ja oppimisesta sekä liikunta- ja tanssipedagogiset ja kehoterapeuttiset suuntaukset. (Asmussen-Clausen 2006, 10.) Ihminen oppii läpi elämän, jos hänellä on mahdollisuus hallita ja ymmärtää, mitä hänessä itsessään tapahtuu. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 6-7.) Edellisten henkilöiden lisäksi kinestetiikan mukaan hoitotyöhön on tuonut sveitsiläinen sairaanhoitaja Susanne Schmidt 1990-luvun puolivälissä. Vuonna 1997 kinestetiikan on tuonut Suomeen TtT Virpi Hantikainen. Tavoitteeksi kinestetiikan aloittamisessa Suomessa asetettiin hoito- ja terapiahenkilökunnan vuorovaikutus- ja avustustaitojen paraneminen sekä potilaiden/ asiakkaiden omatoimisuuden tukemisen eri hoitotyön osa-alueilla. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 9.)

Ihmisen kaikki toiminnot ovat liikkumisaktiiviteetteja. Liikkuminen ei ole pelkästään paikasta toiseen siirtymistä, vaan myös kaikkea fyysisiä ja psyykkisiä toimintoja voidaan ajatella liikkeenä. (Hantikainen 2010, 22–25.) Ilman liikettä ja liikkumiskokeuksia ihminen saattaa nopeasti menettää oman kehonsa hahmottamisen. Tästä seuraa, että hänen on vaikea hahmottaa ympäristöään, ymmärtää miten hänen ke-

honsa eri osat ovat yhteydessä toisiinsa ja miten ne toimivat. Tämä aiheuttaa sen, että hänen mahdollisuutensa osallistua aktiivisesti toimintaansa on rajoittunut. Avustettavista potilaista tulee tällöin helposti passiivisia siirreltäviä ja vaikeasti kuntoutettavia. (Hantikainen 2010, 22–25.) Kinestetikalla ei opeta siirto- ja avustustekniikoita, sillä jokainen ihminen liikkuu ja toimii yksilöllisesti. Kinestetikka koostuu kuudesta eri käsitteestä: vuorovaikutus, toiminnallinen anatomia, ihmisen liikkuminen, voima, ihmisen toiminnot ja ympäristö. Nämä ovat käsitteitä, joiden avulla hoitohenkilökunta pystyy arvioimaan omaa toimintaansa avustustilanteissa, arvioimaan asiakkaan omia voimavaroja sekä suunnittelemaan ja toteuttamaan avustustilanteita yhdessä avustettavan kanssa. Kaikki nämä kuusi käsitettä ovat mukana ihmisen toiminnassa ja jokainen näistä toiminnoista antaa oman merkityksensä ihmisen liikkumisessa. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 10.)

Vuorovaikutusta kinestetikan käsitteistä voidaan pitää perustana kaikille edellä mainituille käsitteille. Vuorovaikutuksessa on tärkeää se, kuinka me annamme, vastaanotamme, ymmärrämme ja käytämme ympäriltämme tulevaa tietoa. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 11.)

4.1 Kinestetikka muistisairaahan avustamisessa ja ohjaamisessa

Hoitotyössä muistisairaahan potilaan tukeminen ja ohjaaminen muodostavat suurimman osan päivittäisistä toiminnoista. Tavoitteena on potilaan osallistuminen mahdollisimman paljon omaan toimintaansa hänen voimavarojensa mukaan. (Hantikainen, Salo & Tervonen 2005, 25–27.) Avustamis- ja ohjaustilanteita voidaan tarkastella kinestetikan eri käsitteiden näkökulmasta ja ne ohjaavat hoitajan toimintaa muistisairasta henkilöä avustettaessa.

4.1.1 Vuorovaikutus

Muistisairaahan hoitotyössä kinestetikan käsite vuorovaikutus, joka muodostuu aisteista, liikkeen elementeistä ja vuorovaikutusmalleista, on tärkeä perusta kinestetikan muiden käsitteiden käytölle avustustilanteissa. Hoitajan on huomioitava minkä aistien avulla muistisairas pystyy parhaiten vastaanottamaan ja ymmärtämään saa-

maansa informaatiota. Sanallisessa vuorovaikutuksessa käytetään aktivoivia ilmaisuja. Potilasta ei mennä nostamaan tai ottamaan ylös, vaan tämän sijaan potilasta avustetaan siirtymisissä ja muissa päivittäisissä toiminnoissa. Sanallisen informaation on oltava yhtäpitävää kehollisen informaation kanssa. (Hantikainen 2007, 36–37; Hantikainen & Lappalainen 2011, 13–14; Asmussen-Clausen & Knobel 2013, 51–53; Asmussen-Clausen 2006, 20–21; Asmussen-Clausen 2003, 194–199.)

Avustustilanteissa muistisairaana on nähtävä ja tunnettava mihin hän on menossa. Muistisairauden edetessä avustustilanteissa korostuu kosketus- ja liikeaistin kautta välitettävä informaatio. Näiden aistien kautta muistisairas tuntee kehossaan mm. liikkeen suunnat ja kosketuksen voiman. Hoitajan ollessa kehollisessa kontaktissa muistisairaaseen henkilöön on tärkeää, että hoitaja aistii kosketuksen kautta avustettavan reaktioita kuten kehon jännitystä ja liikkeen vastustamista ja muuttaa tarvittaessa kosketuksen laatua ja paikkaa sekä liikkeen suuntaa. Avustettavan tulee tilanteissa ymmärtää mitä hänessä tai hänelle tapahtuu. (Hantikainen 2007, 36–37; Hantikainen & Lappalainen 2011, 12–13; Asmussen-Clausen & Knobel 2013, 51–53; Asmussen-Clausen 2003, 194–199.)

Muistisairaana henkilön kehonhahmottaminen saattaa olla heikentynyt sairaudesta tai liikkumattomuudesta johtuen. Kinestetikassa kehon hahmottamisen tukeminen ennen suurempia avustustoimintoja kuten siirtymisiä on tärkeää. Kehonhahmottamista voidaan tukea esimerkiksi kehonosien sivelyllä, rullaamisella ja venyttämällä. Tämä auttaa muistisairasta hahmottamaan kehonsa rajoja sekä kehonosiaan. (Hantikainen 2007, 36–37; Hantikainen & Lappalainen 2011, 13.)

Liikkeen elementit aika, tila ja voima ja niiden käyttö kuuluvat vuorovaikutus käsitteeseen. Muistisairaalla henkilöllä on oma yksilöllinen ajan, tilan ja voiman tarve toiminnoista suoriutumiseen. Muuttamalla liikkeen elementtejä avustettavan tarpeita vastaavaksi, pystyy hän paremmin hallitsemaan omaa liikkumistaan ja osallistumaan toimintaan. Erityisesti riittävän ajan antaminen muistisairaalle avustustilanteissa on oleellista. (Hantikainen 2007, 36–37; Hantikainen & Lappalainen 2011, 15–16.)

Vuorovaikutus mallit muodostuvat aistien käytön ja liikkeen elementtien yhteisvaikutuksesta avustustilanteissa. (Asmussen-Clausen, M. 2006, 22; Hantikainen & Lappalainen 2011, 18.) Muistisairaahan kohdalla tulee välttää yksisuuntaista vuorovaikutusmallia, jossa hoitaja ei huomioi avustettavalle sopivia aistikanavia eikä liikkeen elementtejä. Vuorottelevassa vuorovaikutusmallissa avustettava saa tukea ainoastaan niillä alueilla, joilla tarvitsee. Toiminta ja reaktio seuraavat toisiaan eli henkilöt sopeuttavat liikkeidensä eri osa-alueet vuorottelevasti toistensa kanssa yhteensopiviksi. Tämä vuorovaikutusmalli edellyttää avustajalta kykyä havainnoida ja hyödyntää eri aisteja ja liikkeen elementtejä avustettavan tarpeita vastaavasti. Samanaikaista vuorovaikutusmallia käytetään tilanteissa, joissa muistisairaahan informaation vastaanottaminen ja ymmärtäminen tapahtuvat parhaiten kosketus- ja liikeaistin kautta. Näissä tilanteissa hoitaja on läheisessä kehollisessa kontaktissa muistisairaaseen ja auttaa tätä oman liikkumisensa kautta tuntemaan kehossaan mitä tehdään (esim. seisomaan nousu). Avustettavan ja avustajan ajan, tilan ja voiman käyttö ovat yhtäläisiä ja toiminta ja reaktio tapahtuvat samanaikaisesti ilman aikaviivettä. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 18–19; Hantikainen 2007, 36–37; Asmussen-Clausen 2003, 194–199.)

4.1.2 Toiminnallinen anatomia

Kinestetiikan käsitteessä toiminnallinen anatomia ihmiskehon anatomisen rakenteen ja toiminnan tunteminen auttaa ymmärtämään ihmisen liikkumista. (Asmussen-Clausen, M 2006, 30; Hantikainen & Lappalainen 2011, 21.) Muistisairasta potilasta ei tule koskaan liikutella "pakettina", vaan hänen tulee antaa tuntea oma kehonsa ja käyttää kehonosiaan, jotta hänellä on mahdollisuus olla aktiivisena toimijana. (Hantikainen, Riesen, Rämö & Hirsbrunner 2006, 11–22.)

Avustajan tulisi avustaa potilasta kehonosien kovilta ja luisilta alueilta (pää, rintakehä, lantio, raajojen ulkosyrjät), koska näiden kautta välittyvä informaatio on selkeää avustettavalle. (Asmussen-Clausen, M 2006, 30; Hantikainen & Lappalainen 2011, 23.) Pehmeiltä alueilta avustaminen (kainalot, niska, raajojen sisäsyrrät) saa potilaassa helposti aikaan vastustamisen, sillä pehmeät alueet ovat intiimejä, herkkiä ja niistä avustaminen vaatii enemmän voimaa. (Asmussen-Clausen, M 2006, 30; Hantikainen

& Lappalainen 2011, 23.) Muistisairaahan henkilön kohdalla käsiin tarttumista tulisi välttää mahdollisimman pitkälle. Ihminen kontrolloi omaa liikkumistaan ja tasapaino-
aan paljolti yläraajojensa avulla ja niihin tarttuminen voidaan kokea uhkana. Avustus-
tilanteissa hoitajan on annettava muistisairaalle mahdollisuus käyttää tukipintoja,
jotta tämä pystyy toimimaan kehonsa kanssa. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 25;
Asmussen-Clausen & Knobel 2013, 51–53; Asmussen-Clausen 2003, 194–199.)

4.1.3 Ihmisen liikkuminen, voima ja toiminnot

Kinestetiikassa käsite ihmisen liikkuminen tarkoittaa liikemalleja, joissa voidaan erot-
taa yhdensuuntainen (koukistus-*ojennus*) ja spiraalinen liike (koukistus-*ojennus-*
kierto) (Hantikainen & Lappalainen 2011, 34.) Luonnollisessa liikkeessä ovat molem-
mat näistä malleista mukana, kuitenkin yksittäisillä ihmisillä toinen näistä korostuu.
(Asmussen-Clausen, M 2006, 32; Hantikainen & Lappalainen 2011, 34.)

Avustettaessa muistisairasta tuetaan hänelle ominaista liikemallia. Muistisairauden
edetessä yksisuuntainen liikemalli vahvistuu kehon jäykistymisen sekä liikkumatto-
muuden seurauksena. Hoitajan on tuettava muistisairaahan kokemuksia myös spiraalis-
ta liikemallista mahdollistamalla kehon osien rotaatiota. Siten voidaan ennaltaehkäis-
tä tai hidastaa kehon jäykistymistä. Monille muistisairaille spiraalinen liikemalli on
vahva, koska se mahdollistaa painon siirron aina tukipinnalle, on kevyempää ja halli-
tumpaa. Voimaa liikkeen moottorina tarkastellaan vedon ja työntön välisenä yhteis-
toimintana. Avustustilanteissa huomioidaan muistisairaahan kyvyt vetää tai työntää
raajoillaan. Avustajan on mahdollistettava muistisairaalle henkilölle vetäminen ja
työntäminen tarjoamalla tukipintoja sekä välttämällä näiden aktiviteettien tekemistä
hänen puolestaan. (Hantikainen 2007, 36–37; Hantikainen & Lappalainen, 2011, 38–
44; Asmussen-Clausen & Knobel 2013, 51–53; Asmussen-Clausen 2003, 194–199.)

Kinestetiikassa ihmisen toimintoja tarkastellaan perusasentojen ja perusliikkumisen
sekä ns. paikalla suoritettavien toimintojen ja paikasta toiseen siirtymisen avulla.
Ihmisen kyky liikkua asennosta toiseen sekä pysyä hyvässä asennossa on perusta kai-
kille päivittäisille toiminnoille. (Hantikainen & Lappalainen 2001, 8–9.)

Paikallaan suoritettaviin toimintoihin kuuluvat mm. vitaalit toiminnot kuten hengittäminen ja verenkierto sekä erilaiset päivittäiset aktiviteetit kuten syöminen, pukeutuminen, erittäminen, jne. Liikkuminen paikasta toiseen tarkoittaa kaikkien raajojen painon siirtämistä toiseen paikkaan tai asennon vaihtamista. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 41.)

Siirtyminen käynnin periaattein on ihmiselle luonnollinen tapa liikkua ja se vaatii vähemmän voimaa sekä mahdollistaa kontrollin liikkumiseen. Ymmärrys siitä, mitä ihmisen kehossa tapahtuu siirryttäessä paikasta toiseen mahdollistaa aktiivisen liikkumisen jokaisessa asennossa perusasennossa. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 42.)

4.1.4 Ympäristö

Ympäristö vaikuttaa ihmisen liikkumiseen, itsensä havainnoimiseen ja itsekontrolliin joko niitä tukevasti tai rajoittavasti. Kinestetiiikan käsitteistä ympäristö on käsite, joka yhdistää kaikki muut käsitteet yhdeksi kokonaisuudeksi. Ympäristöön kuuluu tilat jossa avustetaan, apuvälineet ja avustava henkilö. Avustettaessa muistisairasta, tulee ympäristön olla sellainen, että avustettava voi käyttää omia voimavarojaan hyödyntäen samalla kaikkia kinestetiiikan käsitteitä monipuolisesti. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 47.)

Ympäristöllä on merkitys kehon jännitystilalle. Ympäristöä muuttamalla liikkumista tukevaksi ja helpottavaksi, voidaan helpottaa ihmisen toimintoja. Käyttämällä apuvälineitä tavalla, joka ei mahdollista ihmisen aktiivista liikkumista tai liikkeen tuntemista hänen omassa kehossaan tekee ihmisestä passiivisen osapuolen. Hänelle ei anneta mahdollisuutta kontrolloida omaa liikkumistaan ja osallistumistaan liikkumiseen. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 47–48.)

5 Hoitajien osaamisen vahvistaminen kinestetikkaa oppimalla

5.1 Työyhteisölähtöinen kehittäminen

Työyhteisölähtöisen kehittämisen tarkoitus on tunnistaa työyhteisön tarpeita ja haasteita. Työyhteisölähtöisen kehittämisen tavoitteena on, että koko työyhteisö on kehittämisen kohde ja kehittäminen muodostuu osaksi ammattityötä. Joillakin työpaikoilla on tullut esille, että työntekijät ovat väsyneitä lyhytkestoisiin projekteihin ja toivovat muutoksella saavutettavan pysyvämpää toimintatapaa. Jotta kehittäminen vakiintuisi osaksi päivittäistä ammattityötä, kehittämisen tulisi kohdistua työn ja työyhteisön toiminnan tutkimiseen. Voidaan puhua uudesta ammatillisuudesta, joka tarkoittaa oman työn tutkimista, arviointia ja uudistamista. Kehittämisellä voidaan säilyttää ja vahvistaa työyhteisön toimintakykyä. Hyvällä toimintakyvyllä työyhteisö selviytyy vahvemmin mahdollisissa muutostilanteissa ja suoriutuu päivittäisissä perustehtävissä. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 13–17.)

Työyhteisön kehittämisen lähtökohtina voivat olla myös työntekijöiden jaksamisen ja työhyvinvoinnin parantaminen. Perinteisesti on ajateltu, että hyvä työkyky on yhtä kuin yksilön terveys ja toimintakyky. Nykytiedon mukaan yksilön työkyky ei olekaan erillinen asia vaan kytkeytyy laajempaan kokonaisuuteen, joita ovat työn mielekkyys ja sen hyvä organisointi sekä organisaation ja lähellä olevan työyhteisön toimivuus ja ilmapiiri. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 17–18.)

Hyvän työn tunnusmerkkejä ovat työn kokeminen mielekkääksi, hallinnan tunne työssä, työstä saatu arvostus ja riittävä sosiaalinen tuki. Työn kautta ihmisellä on mahdollisuus myös kiinnittyä itselle tärkeisiin ihmisiin ja asioihin. Hyvään työhön ei kuulu liiallista kuormitusta eikä myöskään kielteisiä tunteita. Hyvät ihmissuhteet työpaikalla ilmenevät avoimuutena, luottamuksena, keskinäisenä kunnioituksena ja arvostamisena. Työntekijät ovat valmiita auttamaan toisiaan sekä antamaan tarvittaessa tukea. Hyvällä työllä pystytään antamaan asiakkaalle hänen tarvitsemiaan tuotteita ja palveluita ja organisaation työ tuottaa tulosta. Tulostakin tärkeämpää on se,

että työ kasvattaa tekijäänsä tekemään hyviä tekoja kanssaihmisille ja toimimaan eettisesti. (Juuti & Salmi 2014, 38.)

Hyvän työelämän edellytys on se, että ihminen pystyy vastaamaan työnsä vaatimuksiin siinä ajassa kun hänellä on aikaa käytettävissään. Tämän lisäksi ihminen kaipaa tukea ja arvostusta työtovereiltaan ja esimieheltään. Myös työn kokeminen mielekkääksi mahdollistaa sen, että ihminen kehittää identiteettiään ja ihmisenä kasvamista. Näin tapahtuessa voidaan sanoa, että ihminen voi työssään hyvin ja kokee mielihyvää työstään. (Juuti & Salmi 2014, 37.)

Työn fyysiset ja henkiset kuormittavuudet ovat lisääntyneet erityisesti kunta-alan työpaikoilla. Henkinen väkivalta on lisääntynyt jopa asiakkaiden taholta, jotka saattavat puhua pahaa työntekijästä heidän selän takana, mitätöidä työntekijän tekemää työtä ja mahdollisesti uhkailla työntekijää. Kielteinen ilmapiiri synnyttää epävarmuutta. Erityisesti terveydenhuollossa on tärkeää huolehtia työ hyvinvoinnista ja uuden oppimisesta, koska työvoimapulan takia työtä täytyy tehdä uudella tavalla. Ahkeruuden ja älykkyyden lisäksi tarvitaan innostusta, luovuutta ja uuden oppimisista. Tämä on mahdollista saavuttaa myönteisessä ilmapiirissä, jossa näkyy kaikkien työn arvostus. Jokaisen tulee ottaa vastuu oman työnsä kehittämisestä sekä työyhteisötaitoisuuttaan, se ei ole enää vain johtajan tehtävä. (Manka 2014;130(10):998–9.)

5.2 Taitojen oppiminen

Taito käsitteenä tarkoittaa käytännöllistä kykyä, kätevyyttä, pätevyyttä, taitavuutta ja hallintaa suorituksessa. Hoitajan tulee toiminnan lisäksi myös ymmärtää, miksi toimintaan ja miten toiminta vaikuttaa. Hoitotyön toimintoihin kuuluu myös huolenpitoa, luontevaa mukanaoloa sekä empatiaa. Taidon avulla yhdistyy teoria ja käytäntö. (Lauri 2006, 92–93.)

Taitojen kokonaisvaltainen hallinta etenee oppimalla yksittäisiä osavaiheita ja harjoittelemalla. Harjoittelemalla etenkin käden taitoja ja havainnointia taito kehittyy sujuvaksi, nopeutuu ja opitut asiat automatisoituvat. Kommunikointi-, vuorovaikutus-

ja ohjaustaidot sekä potilaan psykososiaalinen tukeminen ja myötäeläminen tulee toteuttaa potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan ja välttää rutinoitumista. Tähän auttaa kun hoitaja kehittyä persoonana kohtaamaan erilaisia ihmisiä ja arvioimaan heidän tarpeitaan. (Mts.93.)

Hoitotyön osaamisen kehittymisen edellytyksiä ovat hoitajan oma aktiivisuus, motivaatio sekä oppimista ja kehittymistä tukeva työyhteisö. Hyvän tietorakenteen avulla hoitaja pystyy helpommin omaksumaan työyhteisön uuden tiedon ja soveltamaan sitä. (Lauri 2006, 94.)

Hohenthal-Antin (2013, 28) mukaan yksinomaan tiedon avulla ei kuitenkaan saavuteta muistisairaana ymmärrystä, vaan siihen tarvitaan myös henkilökohtaista kokemusta. Harjoitukset, joissa hoitaja asettuu potilaan asemaan mahdollistavat hänen kokea, miltä muistisairaasta voi tuntua. Käytännön harjoitusten avulla hoitaja saa tietoa muistisairaana kyvystä hahmottaa ja ymmärtää maailmaa. Hohenthal-Antin (2013, 28) mukaan Gibson (1998) on sanonut, että asenteet, arvot, tiedot ja taidot ovat ammatillista taustaa huomattavasti tärkeämpiä.

Lauri (2006, 115) toteaa Laurin (1997); Lehtisen (2004) ja Pitkäsen (2006) mukaisesti, että toiminnan kehittämällä pyritään muuttamaan vanhoja ja totuttuja toimintatapoja. Jotta yksikön muutos toteutuu, tarvitaan siihen myös ajattelutapojen muutosta. Pysyvään muutokseen tarvitaan pitkäjänteisyyttä, opitun toistoa sekä kykyä nähdä muutos laajemmassa kokonaisuudessa.

Muutokseen liittyy aina varautuminen siihen, että joku osallistuvista vastustaa muutosta. Kehittämistyön tekijöiden on helpompi valmistautua muutosvastarinnan kohtaamiseen, mikäli se on mahdollista tietää etukäteen. On tärkeää myös selvittää taustalla olevat syyt muutosvastarintaan. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 105.)

5.3 Työn kuormittavuus

Stenmanin ja muiden (2015, 31–32) tutkimuksen mukaan etenkin geriatrisilla osastoilla on tarvetta uusien työmallien kehittämiseen, jotta työn vaatimus ja kuormittavuus vähenisivät. Geriatrisilla osastoilla on tapahtunut muutoksia viime aikoina ja hoitohenkilökunta on kokenut ne suurina ja merkityksellisinä.

Fagerströmin (2013, 24) väitöskirjassa Laine, Kokkinen, Kaarlela-Tuomaala, Valtanen, Elovainio, Keinänen ja muut (2011) toteavat vanhustenhuollossa työskentelevien hoitajien kokevan työnsä ruumiillisesti raskaammaksi kuin muilla sosiaali- ja terveysalalla kokevat. Suomessa tehdystä sosiaali- ja terveysalalle (2008) työsuojelun valvontahankkeesta ilmenee, että hoitajien liikuntaelinaivojen, työterveyshuoltokäyntien ja työkyvyttömyyden aiheuttajina ovat potilaiden liikkumisen ja siirtymisen avustamiset.

Työ kuormittaa eniten niitä hoitajia, jotka huolehtivat työssään vanhusten ja muiden huonosti liikkuvien potilaiden perushoidosta. Potilasnostot ja siirrot sekä selän kumarat ja kiertyneet asennot aiheuttavat tutkimusten mukaan riskin selkävaivoille. Jatkuva seisominen, kävely, kiire ja työn psykososiaaliset tekijät lisäävät vielä entisestään tuki- ja liikuntaelinten oireilua ja sairauksia aiheuttaen jopa varhaista eläkkeelle jääntä. (Tamminen-Peter, Moilanen & Fagerström 2011, 5.)

Tamminen-Peterin ja muiden (2011, 7) vuosina 1997 ja 2008 tekemien kyselytutkimusten mukaan hoitajien vaivat ovat yleisimpiä niska- ja hartiaseudun sekä alaselän alueella. Alaselkävaivat ovat vähentyneet noin 10 % runsaan kymmenen vuoden aikana, mutta niska-hartiaseudun vaivoissa vähentymistä on tapahtunut vain noin 5 %. Hoitoalan työntekijöillä tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovatkin suurin syy jäädä sairauslomalle.

Fagerströmin (2013, 25) mukaan Rodriguez-Acosta, Richardson, Lipscomb, Chen, Dement, Myers ja muut (2009) toteavat, että lähihoitajat ovat alttiimpia työtapatur-

mille kuin sairaanhoitajat, koska eri ammattiryhmillä ja osastoilla on erilaiset riskiprofiilit ja lähihoitajat avustavat potilaita enemmän kuin sairaanhoitajat.

Tamminen-Peter (2007) ja Rantsin (2005) toteavat, että Suomalaisten ja Yhdysvaltalaisen hoitajien avustustaidot eivät täytä kansainvälisiä suosituksia ja hoitajilla on edelleen käytössä vanhanaikaisia avustustapoja, kuten avustamista kainaloista ja halausotteella avustamista. Iakovou (2008, 48–52) määrittelee tämän johtuvan siitä, että oppilaitokset opettavat edelleen vanhoja avustustapoja. Liikuntaelinvaivat saattavat alkaa tällöin jo opintovaiheen käytännön harjoittelutilanteissa. (ks. Fagerström 2013, 25.)

Ruuhilehto (2008) toteaa, että hoitaja voi omalla käyttäytymisellään ja valitsemallaan toimintatavalla vaikuttaa siihen lisääkö vai ehkäisekö hän liikuntaelinvaivojen riskiä. Yksittäisen hoitajan toimia ohjaa myös työyhteisön kulttuuri ja toimintatapa. Kneafsey (2000) mukaan työyhteisön normit ohjaavat hoitajaa joko hyvin tai huonoihin avustustapoihin. (ks. Fagerström 2013, 24.)

Hoitajan on hyvä herkistyä kuuntelemaan oman kehonsa signaaleja työn fyysisestä kuormittuneisuudesta ja miettiä työturvallisuutta edistäviä avustustapoja uudelleen, mikäli avustaminen aiheuttaa kipua. Hyvään ammattitaitoon kuuluu myös osata valita avustusmenetelmät sen perusteella mikä on potilaan toimintakyky. (Tamminen-Peter ym. 2011, 45.)

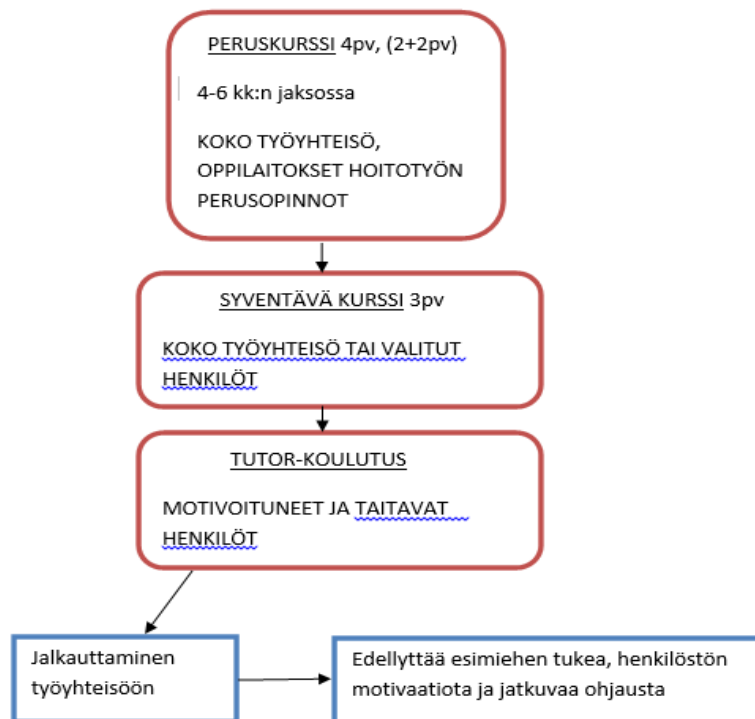
5.4 Kinestetiikan oppiminen

Kinestetiikan koulutustarjonta sisältää peruskurssin, syventävän kurssin, tutorkoulutuksen, liikkumista- ja toimintoja tukevan asentohoitokurssin, erityiskurssin tehohoitajille sekä omaishoitaja- ja perhekurssin. Kouluttajina toimivat Suomen Kinestetiikkayhdistys ry:n valtuuttamat kouluttajat. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 8–9.)

Kinestetiikan opetusmenetelmät ovat käytännönläheisiä ja perustuvat oman kokemuksen kautta oppimiseen ja ymmärtämiseen. Kurssien tavoitteena on oman kehon

hallinnan oppiminen ja ymmärtää, mikä vaikutus omalla liikkumisella on avustustilanteissa. Kurssilla opitaan tukemaan toista ihmistä tavalla, joka mahdollistaa hänen aktiivisen osallistumisen toimintaan, opitaan tuntemaan kinestetiikan käsitteitä ja käyttämään niitä apuvälineinä avustustilanteiden suunnittelussa ja toteuttamisessa. Lisäksi kehitetään omaa liikkumista avustustilanteissa tavoilla, joilla voidaan estää tuki- ja liikuntaelämistön ongelmien syntymistä. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 8.)

Kinestetiikka kursseilla tarkastellaan ihmisen toimintoja liikkeen ja liikkumisen näkökulmasta. Erilaisia avustustilanteita harjoitellaan ryhmissä ja lähtökohtana ovat omat käytännön avustustilanteet ja haasteet. Ihmisen toimintoja tarkastellaan siinä liikkumisen näkökulmasta. Kinestetiikan käsitteitä työtetään oman kehon kokemuksen ja parityöskentelyn kautta sekä annetaan kokemuksia millaista kinestetiikka on terveenä, sairaana ja liikuntarajoitteisena. Käytännönharjoituksia tehdään mahdollisten asiakkaiden kanssa kurssipäivä aikana tai päivien välissä. Oppimista tukee kattava opintomateriaali. Hantikainen & Lappalainen (2011, 7–10) ovat laatineet kinestetiikan oppimisesta kaavion (ks. kuvio 1).



Kuvio 1. Kinestetiikan oppiminen Hantikaisen & Lappalaisen (2011, 7–10) mukaan, mukailten

6 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämistyön tarkoituksena on viedä uusi innovatiivinen toiminta- ja ajatusmalli hoitotyöhön. Kehittämistyö on tutustuttaa henkilökunta liikkumista ja toimintoja tukevaan voimavaralähtöiseen toimintamalliin kinestetikkaan. Kinestetiiikan tavoitteena on tukea ihmisen päivittäisten toimintojen suorittamista siten, että potilas kokee toiminnan mielekkäänä ja hän kykenee osallistumaan aktiivisesti elämäänsä muistisairaudestaan huolimatta. Toimintamallin tavoitteena on edistää ja mahdollistaa niin potilaan kuin hoitajan voimavarojen hyödyntämisen, ylläpitää ja edistää toimintakykyä ja kuntoutumista.

Tavoitteena oli hoitohenkilökunnan vuorovaikutus- ja avustustaitojen kehittäminen sekä potilaiden omatoimisuuden tukeminen kaikilla hoitotyön alueilla (konkreettinen apuväline). Tavoitteena on myös saada henkilökunta kiinnostumaan oman työn kehittämiseen.

Kehittämistyön tarkoituksena on:

1. Selvittää hoitajien näkemyksiä siitä, mikä muistisairaahan avustamisessa on haasteellista ja fyysisesti raskasta?
2. Selvittää kinestetiiikan mahdolliset hyödyt muistisairaahan avustustilanteissa?

Työn lopputuloksena on tuottaa tietoa kinestetiiikan soveltuvuudesta ja hyödyistä muistisairaahan avustamisessa. Lisäksi tavoitteena on saada tietoa siitä, onko hoitajien työssä tapahtunut muutosta kinestetiiikan oppimisen myötä.

7 Toteutus

7.1 Kohderyhmä

Kehittämistyömme toteutettiin Kuusiokuntien terveystyöntekijäryhmän Psykogeriatrisella osastolla. Psykogeriatrisella osastolla hoidetaan ja tutkitaan ikääntyvien muistihäiriöitä, masennusta, ahdistus- ja paniikkihäiriöoireita sekä sekavuus- ja levottomuustiloja. Osastolla potilaalla on moni ammatillinen omahoitajaryhmä, joka pääasiassa vastaa potilaan hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta yhdessä osaston geriatriin kanssa.

Potilaat tulevat pääasiassa päivystyspoliklinikan kautta. Osastolla hoidetaan myös jatkohoito- ja vuorohoitopotilaita. Merkittävä osa potilaista on lyhytaikaishoidossa, joko jaksottaisessa eli intervallihoidossa tai hoidossa kotitilanteen äkillisten ongelmien vuoksi. Vuodepaikkoja osastolla on 23.

Henkilökunta koostuu koulutetusta ja osaavasta henkilökunnasta. Osaston geriatri käy osastolla kaksi kertaa viikossa. Osastolla toimii osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. Muu henkilökunta on sairaanhoitajia (2), perus- tai lähihoitajia (15), lähihoitajia varahenkilöstössä (4), sairaala-apulaisia (3) ja sosiaaliohjaajan palvelut käytettävissä. Osastolla käy fysioterapeutti noin kerran viikossa pääterveysasemalta. Työkemusta hoitohenkilökunnalla on muutamista kuukausista jopa kymmeneen vuosiin.

Kehitettävässä hoitoyksikössä vaikeasti hoidettavat dementiapotilaat vaativat hoitajilta fyysistä voimaa erilaisissa hoito- ja avustustilanteissa. Lisäksi muistisairauden aiheuttamat muutokset asettavat oman haasteensa hoitotyöhön. Organisaatiossa on tavoitteena innovatiivisuus. Hoitohenkilökunnalle on haasteellista toimia innovatiivisesti kaiken kiireen keskellä. Kehittämistyömme tavoitteena on, että koko työyhteisö on kehittämisen kohde ja kehittäminen muodostuu osaksi ammattityötä. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 13.) Tällä hetkellä osastolla laaditun hoitoideologian mukaan hoito on turvallista, yksilöllistä, potilaan tarpeet ja voimavarat huomioonottavaa sekä

potilaan omatoimisuutta ja toimintakykyä tukevaa hoitoa. Osastolta on tullut toive syventää nykyistä toiminta-ajatusta ja tuoda jotain uuttakin.

7.2 Menetelmät

Osallisuuden merkitystä korostetaan nykyisin monessa kehittämistoiminnassa. Osallistamisessa ja osallistumisessa voidaan nähdä samankaltaisuuksia. Osallistaminen antaa mahdollisuuksia ja osallistumisessa hyödynnetään näitä mahdollisuuksia. Työntekijöiden tuleminen mukaan kehittämistoimintaan on hyödyttävää. Mukaan tulemisella ei pyritä parempien tulosten saamiseksi, vaan sitä pidetään tärkeänä kehittävän toiminnan kannalta. (Toikko & Rantanen 2009, 89- 90.)

Kansan sivistystyön Liitto KSL ry: n internet sivuilla osallistavat menetelmät tuki- ja virikeaineiston (2005) mukaan osallistavat menetelmät voivat olla ohjaajan ja työntekijän työkalu tai väline toimittaessa yhdessä ryhmän kanssa kohti yhteisiä tavoitteita. Kaikilla on tällöin halutessaan mahdollisuus osallistua. Näin toiminta on rikkaampaa ja yhteisten tavoitteiden saavuttaminen helpompaa. Tärkeää osallistavissa menetelmissä on olla avoin uusille asioille ja löytää yhteinen innostus ja kiinnostus asiaan. osallistavat menetelmät ovat työkalu, jossa jokainen pääsee halutessaan vaikuttamaan toiminnan eri vaiheisiin.

Osallistamista voidaan tarkastella jopa ristiriitaisena käsitteenä. Käsite korostaa yksilön osallistumista toimintaan, mutta toisaalta siihen liittyy ulkoapäin vaikuttamista, joku joka osallistaa yksilöä. Osallistujat saattavat kokea, että heitä ohjataan, opastetaan tai jopa pakotetaan osallistumaan. Vaikkakin ulkopuolinen taho on aloitteentekijänä, toivotaan, että osallistavassa toiminnassa otetaan huomioon osallistujien itsensä määrittelemät suunnat ja ehdot. (Toikko & Rantanen 2009, 90.)

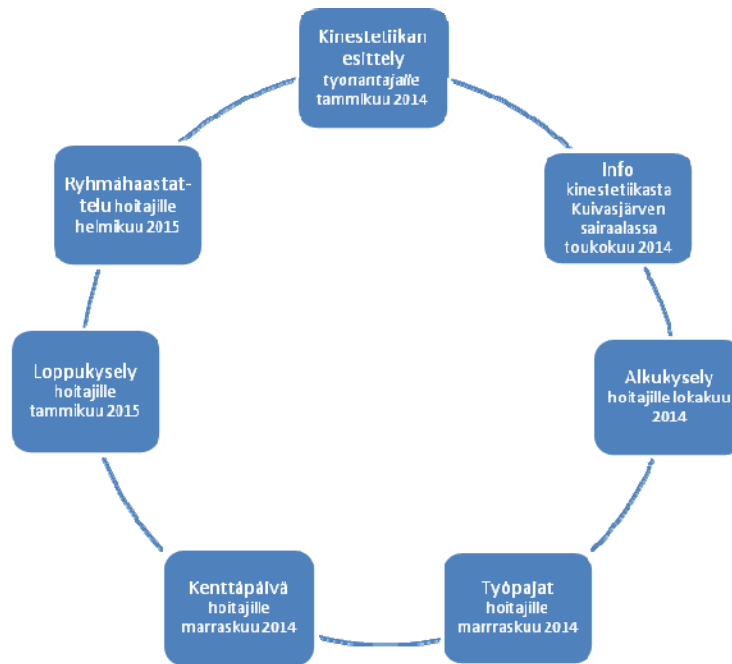
Menetelmiemme valintaa ohjaa, se minkälaista tietoa etsimme ja haemme sekä keneltä ja mistä tietoa halutaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 184.) Kohderyhmäksi kehittämistehtäväämme valitsimme psykogeriatrisen osaston sairaanhoitajat sekä lähihoitajat, koska kinestetiiikan hyötyjä muistisairaana avustamisessa on tutkittu

vähän. Menetelmiksi otimme työpajat, sillä kinestetiikkaa ei voi yksin teoriassa oppia, vaan sen oppiminen vaatii myös paljon käytännönharjoittelua.

Työnantaja päätti, että kaikki sairaanhoitajat ja lähihoitajat osallistuvat kehittämistyöhön. Kehittämistyön työpajat toteutettiin Kuivasjärven sairaalan virikehuoneessa sekä kenttäpäivät osastolla potilaiden parissa.

Työpajoja pidettiin kaksi kahdelle eri ryhmälle. Työpajat sisälsivät osa-alueita kinestetiikasta sekä käytännönharjoitteita. Ensimmäisessä työpajassa käsiteltiin kinestetiikan osa-alueista käsitteet: 1. Vuorovaikutus, johon kuuluvat aistit, liikkeen elementit ja vuorovaikutusmallit. 2. Ihmisen toiminnot, johon liittyvät asennot, perusliikkuminen, paikalla suoritettavat toiminnot ja siirtyminen. Toisessa työpajassa käsiteltiin kinestetiikan osa- aluetta toiminnallinen anatomia, johon kuuluvat luut ja lihakset, kehonosat ja liiketilat sekä kehonhahmottaminen ja hallinta. Työpajoissa käsiteltiin aluksi teoriaa ja jokaisen käsitteen jälkeen tehtiin käytännönharjoitteita oman kehonkokemuksen ja parityöskentelyn kautta. Työpajojen jälkeen henkilökunta sai tehtäväkseen käyttää ja harjoitella kinestetiikan osa-alueita välitehtävän avulla. Välitehtävässä he saivat valita potilaan, jonka avustamisen kokevat haasteelliseksi. Välitehtävä antoi henkilökunnalle mahdollisuuden syventää opittuja asioita ja etsiä tätä kautta hoitotyössään kohtaamia ongelmakohtia.

Työpajojen jälkeen henkilökunnalla oli muutamia viikkoja aikaa harjoittaa kinestetiikkaa, jonka jälkeen pidettiin molemmille ryhmille yksi kenttäpäivä. Kenttäpäivässä oli tarkoituksena välitehtävän (ks. liite 2) avulla käydä läpi hoitotyössä vastaan tulleita haasteita ja ongelmatilanteita. Kenttäpäivissä olivat mukana potilaat/ asiakkaat, joiden avustamiset tai muut päivittäiset toiminnot on koettu haasteelliseksi. Työpajoja ja kenttäpäiviä ohjasi kinestetiikka kouluttaja Seppo Hauta yhdessä kehittämistehtävän tekijöiden kanssa. Kuviossa 2. on kuvattu kehittämistehtävän eteneminen.



Kuvio 2. Kehittämistehtävän eteneminen

7.2.1 Aineiston keruu

Aineiston keruu tapahtui kyselyillä, työpajojen päiväkirjamerkinnöillä sekä ryhmähaastattelulla. Aineiston keruumenetelmistä kerroimme osallistujille etukäteen ja osastonhoitaja jakoi kyselylomakkeet hoitajille. Sovimme tietyn päivämäärän, jolloin haimme lomakkeet. Aikaa vastaamiseen oli noin kaksi viikkoa. Alkukyselyyn vastasi kaikki työpajoihin osallistuneet hoitajat 21 kpl. Loppukyselyyn vastasi 15 hoitajaa. Ryhmähaastattelussa osallistui kaikki työpajoihin osallistuneet hoitajat.

Kysely toteutettiin kaksi kertaa, alkukyselyinä ja loppukyselyinä. Kysely kohdistettiin kaikkiin työpajoihin osallistuneisiin sairaanhoitajiin sekä lähihoitajiin psykiatriosastolla. Kyselylomakkeiden laatimisessa käytimme lähteinä Kinesiteikka yhdistyksen valmiiksi laadittuja kyselylomakkeita niitä mukaillen. Testasimme kyselylomakkeet kahdella hoitajalla. Alkukyselyn tarkoitus oli kerätä tietoa siitä, mitkä asiat hoitajat kokevat haasteelliseksi muistisairaahan hoitotyössä myös fyysiseltä kannalta. Loppukysely toteutettiin työpajojen jälkeen ja kysyimme onko muistisairaahan hoitotyössä koettavissa muutosta työpajojen ja kenttäpäivien jälkeen ja onko oma työskentelytapa jollain tapaa muuttunut (ks. liite 2). Loppukyselyssä arvioitiin myös kat-

sotaanko kinestetiikasta olevan hyötyä muistisairaahan hoitotyössä (ks. liite 4). Molemmissa kyselyissä oli strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Strukturoiduissa kysymyksissä on etuna se, että vastausvaihtoehdot on rakennettu tarkasti etukäteen. (Strukturoitu haastattelu.) Osaan kysymyksistä vastaaja valitsi vaihtoehdon rengastamalla ja osaan rastittamalla. Mukana oli myös strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuotoja eli valmiiden vastausvaihtoehtojen jälkeen esitettiin avoin kysymys. Näin saimme esille uusia näkökulmia, joita emme olleet osanneet odottaa etukäteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 199.) Avoimissa kysymyksissä vastaajilla oli mahdollisuus vastata omin sanoin. Näin saimme laadullista tietoa siitä, millaiset asiat hoitajat kokevat tärkeiksi ja keskeisiksi. Avoimien kysymysten etuna on saada tietoa myös vastaajien asiaan liittyvistä tunteista. (Hirsjärvi ym. 2013, 201.)

Osallistuimme ryhmän toimintaan kinestetiikka kouluttajan apulaisina. Työpajoissa olimme osallistuvan havainnoijan asemassa. Osallistuvassa havainnoinnissa osallistuimme ryhmäläisten toimintaan heidän ehdoillaan, pyrimme jakamaan heidän kanssaan työhön liittyviä kokemuksia ja näin saimme oman roolin ryhmässä. (Hirsjärvi ym. 2013, 216.) Teimme päiväkirjamerkintöjä työpajojen ja kenttäpäivän aikana. Työpajoissa havainnoimme hoitajien kiinnostusta ja motivaatiota tehdä kysymyksiä ja osallistua käytännön harjoitukseen. Samalla saimme tietoa siitä, minkälaiset asiat hoitajat kokevat haasteelliseksi avustaessaan muistisairaita. Kirjasimme havaintoja päiväkirjaan. Päiväkirjamerkinnöillä haimme uutta tietoa ja vahvistusta alkukyselyyn. Päiväkirjamme ei sisältänyt strukturoituja kysymyksiä, joka antoi vapauden aineiston tulkintaan.

Ryhmähaastattelu toteutettiin työpajojen jälkeen molemmille työpajaryhmille erikseen samanlaisena (ks. liite 5). Nauhoitimme haastattelun ja pyysimme siihen lupaa osallistujilta korostamalla heidän anonymiteettiään. Kerroimme, että tuhoamme datan puhtaaksikirjoituksen jälkeen. (Mäkinen 2006, 94.) Laadimme ryhmähaastatteluun valmiit kysymykset, joiden avulla pyrimme saamaan ryhmän keskustelemaan. Kysymykset olivat osittain samoja kuin aiemmissa kyselylomakkeissa, mutta olimme laatineet siihen myös uusia kysymyksiä ja varautuneet tekemään myös tarkentavia

kysymyksiä. Pyrimme saamaan ryhmähaastattelulla aikaan uusia ajatuksia sekä vahvistettua loppukyselyn tuloksia.

7.2.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi alkoi aineistoon tutustumisella, järjestämisellä ja rajaamisella. Aineistoon tutustuessamme palasimme miettimään työmme alkuperäistä selvitystyötämme ja näin ollen tutkimuksen vaiheet limittyivät toisiinsa. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 12.)

Ensimmäiseksi tarkistimme kyselylomakkeista sen, että onko hoitajien vastausmerkinnot sellaisia, että voimme saada niistä luotettavaa ja oikeaa tietoa. (Hirsjärvi ym. 2013, 221.) Muutamissa lomakkeissa oli virheellisiä vastaustyyplejä, jotka jouduimme hylkäämään. Lomakkeissa osa hoitajista oli merkinnyt rastit sellaisiin kohtiin, että niitä ei voinut tulkita

Kyselylomakkeissa oli sekä laadullisia että määrällisiä kysymyksiä. Määrälliset kysymykset keräsimme standardoidussa muodossa ja analysoimme vastaukset numeraaliseen muotoon.

Kyselylomakkeen avoimia, laadullisia vastauksia, analysoimme ymmärtämiseen pyrkivällä lähestymistavalla. Laadullisia vastauksia päädyimme analysoimaan teemoittelulla, joka on yksi perusanalyysimenetelmä laadullisen aineiston analyysissä. (Hirsjärvi ym. 2013, 224.) Siinä pilkoimme aineiston, ryhmittelimme ne aihepiirien mukaan ja valitsimme teemalle sisällön. Alkuperäisestä ilmauksesta johdimme pilkkomista edelleen pelkistettyyn ilmaisuun, alaluokkaan, yläluokkaan ja pääluokkaan. Teemarunko rakentui analyysin aikana vähitellen muodostuen teorianne käsitteistä. Voidaan puhua teoriaa ohjaavasta teemoittelusta. (Opinnäytetyön pakki.) Ryhmähaastattelun aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi ja yhdistimme ne kyselylomakevastauksien kanssa yhteen.

Työpajojen ja kenttäpäivän havainnot kirjasimme päiväkirjaan ja litteroimme ne. Havainnot keskittyivät ilmapiiriin ja motivaatioon ja teemoitimme ne samoin kuin kyselylomakkeissa.

8 Tulokset

8.1 Muistisairaahan avustamisen haasteita hoitajien kokemana

Hoitajien kokemus muistisairaasta henkilöstä

Hoitajat kokivat muistisairaahan henkilön oman elämänsä asiantuntijana ja pitivät häntä tasa-arvoisessa asemassa. Huolimatta siitä, että muistisairas on sairauden takia taantumassa jälleen lapseksi lapsekkaan käytöksen vuoksi, hoitajat kohtelivat häntä aikuisena. Osa vastaajista toi esille, että muistisairaavat ovat sekä ihania että mielenkiintoisia hoidettavia. Muistisairaavat koettiin myös yksilöinä, jotka herättävät erilaisia tunteita. Yksi vastaaja toi esille, että hän yrittää ajatella muistisairaalle jokaisen päivän olevan uusi ja outo. Hoitajat kunnioittivat muistisairaahan ihmisyyttä.

"Kumma kysymys. Eihän kaikki muistisairaavat ole samanlaisia, kaikki on yksilöitä ja täten herättää erilaisia tunteita. Joku on haasteellinen, joku helppo, joku hauska, joku toinen vähemmän"

"Arvokkaana ihmisenä"

"Haastavana"

"Normaalina ihmisenä, jota muistisairaus on saattanut muuttaa"

Hoitajat pitivät muistisairaahan kuuntelemista, arvostamista ja vuorovaikutusta tärkeänä. Muistisairaahan avustustilanteissa turvallisen ympäristön, ilmapiirin ja vuorovaikutuksen merkitys korostui. Potilaat vaativat paljon ohjausta ja kärsivällisyyttä hoitajalta. Hoitajat kunnioittivat potilaan elämäkokemusta ja arvoja. Tuloksista tuli esille se, että muistisairas on arvokas ja ainutlaatuinen persoona sairautensa huolimatta (ks. liite 5).

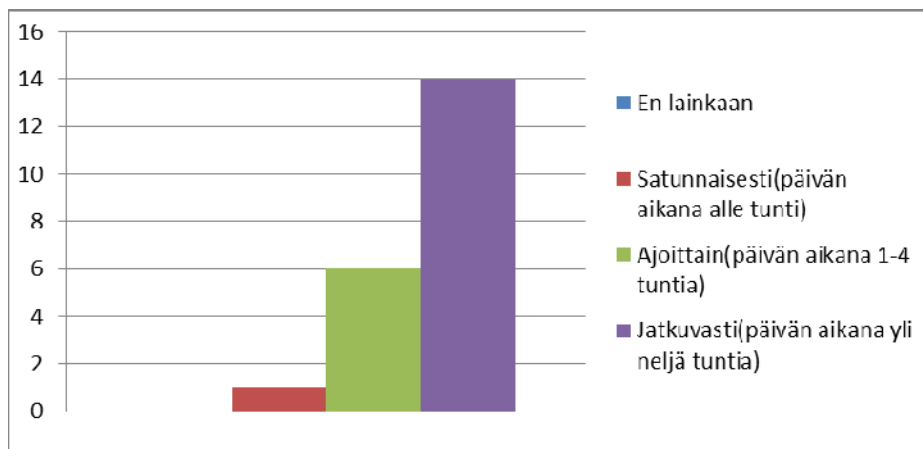
"Potilaana, jolle pitäisi luoda turvallinen olo ja ympäristö"

"Pyrin auttamaan ahdistavissa tilanteissa muistin heiketessä"

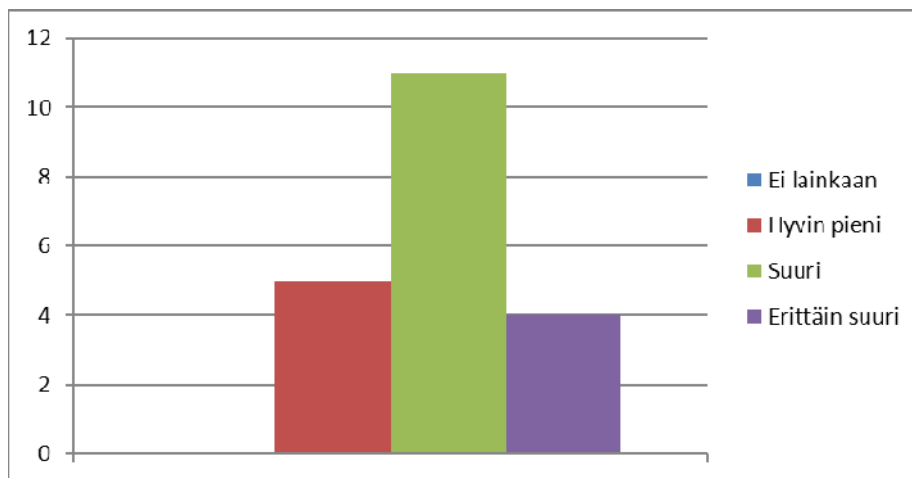
"Tarvitsee paljon ohjausta ja apua päivittäisissä toiminnoissa, jotkut ovat pelokkaita, jotkut eivät"

Muistisairaahan avustamisen haasteita

Suurin osa alkukyselyyn vastanneista hoitajista vastasi avustavansa potilaita jatkuvasti päivän aikana yli neljä tuntia (ks. kuvio 3). Kartoitimme vaihtoehtoilla montako ohjaavaa, osittain avustettavaa ja täysin avustettavaa siirto- ja avustustilannetta päivän aikana hoitajat tekivät. Kaikki hoitajat tekivät siirtoja ja avustusta päivän aikana. Ohjaavia siirtoja tehtiin jopa satoja päivässä, osittain avustettavia siirtoja enimmillään 60 ja täysin avustettavia siirtoja enimmillään 40. Kyselylomakkeella selvitimme myös potilaiden siirroista ja avustamisesta aiheutuvan riskin. Suurin osa vastaajista arvioi riskin suureksi (ks. kuvio 4).



Kuvio 3. Potilaiden avustamisten ja siirtojen määrä työpäivän aikana. Alkukysely (n=21)



Kuvio 4. Potilaiden siirroista ja avustamisesta aiheutuva riski. Alkukysely (n=21)

Hoitajilta saatiin tietoa muistisairaahan avustamisen haasteista myös laadullisilla menetelmillä. Hoitajat kokivat haasteelliseksi muistisairaahan avustamisessa vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat, kun potilaan ja hoitajan on vaikea ymmärtää toisiaan.

"Kun potilas ei ymmärrä ohjetta"

"Hoitaja joutuu miettimään suullista ilmaisuaan"

Haasteeksi koettiin myös päivittäisiin toimintoihin liittyvät yhteistyön ongelmat, kun potilas vastustaa hoitotilanteita. Lisäksi potilaan toimintakyvyn alentuminen asetti omat haasteensa avustamiseen.

"Pesutilanteissa ei anneta pestä, vastustellaan, raavitaan, lyödään, syljetään, häveliäisyys"

"Ongelmia pukeutumisessa, ruokailussa, vaipanvaihdossa, lääkkeiden otossa, wc-käyntien- sekä siirtojen yhteydessä"

Muistisairaahan avustamisessa haasteeksi katsottiin lisäksi haasteelliseen käyttäytymiseen liittyvät ongelmat. Haasteellisena käyttäytymisenä pidettiin aggressiivisuutta, erilaisia pelkotiloja, harhoja sekä sairauden tunnottomuutta (ks. liite 6).

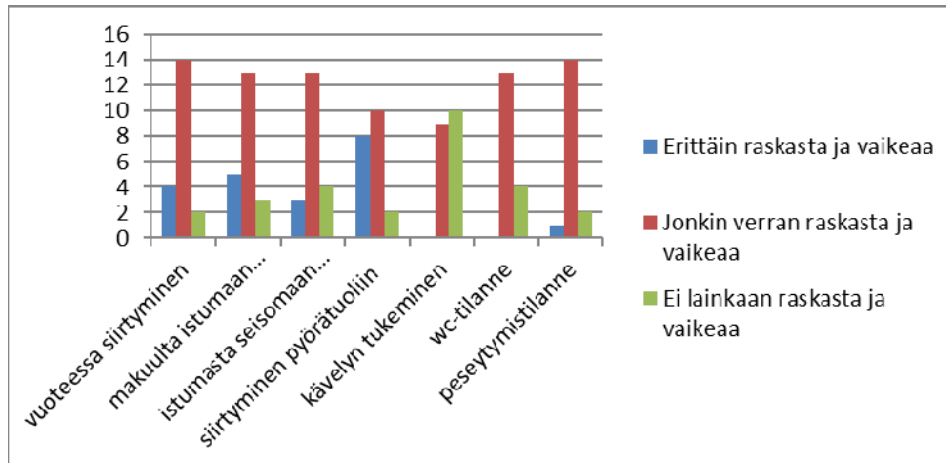
"Potilas ei tiedosta olevansa sairas, ei ymmärrä hoidon tarvetta"

"Usein mieli menneisyydessä, jopa ahdistavia tai itsetuhoisia ajatuksia"

Hoitotilanteiden vaikeus ja rasittavuus

Syksyllä 2014 ennen työpajoja hoitajat saivat arvioida kolmella eri vaihtoehdolla hoitotilanteiden ja toimintojen vaikeutta ja rasittavuutta. Hoitajat kokivat erittäin raskaaksi ja vaikeaksi potilaan siirtymisen pyörätuoliin, makuulta istumaan nousemisen, istumasta seisomaan nousemisen ja vuoteessa siirtymisen. Vähiten raskaaksi ja vai-

keaksi koettiin potilaan kävelyn tukeminen, istumasta seisomaan nousemisen, wc- ja peseytymistilanteet (ks. kuvio 5). Kaksi vastaajaa toi esille, että siirroista avustustilanteissa on koitunut stressiä.



Kuvio 5. Avustamisen rasittavuus ja vaikeus erilaisissa hoitotilanteissa. Alkukysely (n=21)

Työkykyyn vaikuttavat tuki- ja liikuntaelinvaivat ja työkyky

Hoitajilta kysyttiin onko kuluneen kuuden kuukauden aikana esiintynyt siirroista - ja avustustilanteista johtuvia kipuja. Suurimmalla osalla hoitajista kipuja esiintyi ranteissa/ käsissä sekä selän alueella. Jonkin verran kipua aiheutui hartiasseudulle ja polviin. Kysyimme hoitajilta ennen työpäjoja sen hetkistä työkykyä asteikolla 0-10. Keskiarvoksi saimme 8.4 (n=20). Työpäjojen jälkeen kysyimme sen hetkistä työkykyä uudelleen ja keskiarvoksi saimme 8.2 (n=13).

Hoitajien käyttämät onnistuneet avustusmenetelmät haasteellisessa käyttäytymisessä

Kyselyjen avulla selvitimme menetelmiä, joita hoitajat olivat käyttäneet haasteellisen käyttäytymisen ehkäisemisessä sekä onnistuneissa avustustilanteissa. Hoitajat olivat keskittyneet sanallisen ja sanattoman viestinnän merkitykseen avustustilanteissa ja korostaneet vuorovaikutuksen tärkeyttä. Äänensävyllä, elekielellä, viestinnän selkeydellä, informoinnilla ja kuuntelemisella koettiin olevan merkitystä onnistuneissa avustustilanteissa.

"Ennakkoon kertominen"

"Rauhallinen ääni"

"Selkeät, lyhyet ohjeistukset"

"Puheiden siirtäminen johonkin arkipäivän asiaan"

Hoitajat olivat käyttäneet myös luovia menetelmiä haasteellisissa tilanteissa kuten tuttuja lauluja ja huumoria. Nämä eivät kuitenkaan sopineet kaikkien potilaiden kohdalla käytettäväksi.

Hoitajan rauhallisella käytöksellä, kiireettömyydellä ja turvallisuuden tunteella koettiin olevan merkitystä onnistuneissa avustustilanteissa. Ärsykeettömän ympäristön koettiin rauhoittavan potilasta sekä potilaan jättäminen omaan rauhaan. Myös ympäristön turvallisuuteen kiinnitettiin huomiota.

"Hoitajan rauhallinen käyttäytyminen"

"Aikaa kun antaa tehdä omaan tahtiin"

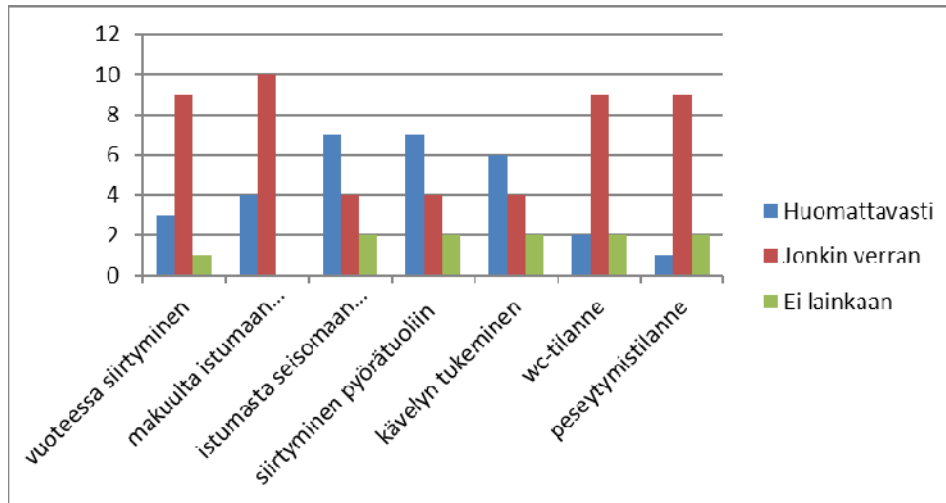
"Turvallinen ympäristö"

Osalla vastauksista tuli esille potilaiden rauhoittaminen sitomalla heitä hetkeksi vyöliseen tuoliin istumaan. Osa hoitajista kertoi saaneen helpotusta apuvälineistä haasteellisissa avustustilanteissa (ks. liite 7).

8.2 Hoitajien kokemuksia kinestetikasta

Loppukyselyssä kartoitettiin hoitajien kokemuksia kinestetikan käytöstä potilaan avustamisessa. Työpajojen jälkeen kysyimme hoitotilanteiden vaikeutta ja rasittavuutta uudelleen niin, että hoitajat saivat mahdollisuuden käyttää kinestetikkaa avustustilanteissa. Kinestetikan käyttö oli keventänyt ja helpottanut avustamista huomattavasti istumasta seisomaan siirtymisissä ja siirtymisissä pyörätuoliin sekä kävelyn tukemisessa. Jonkin verran helpotusta kinestetikalla oli saatu vuoteessa siirtymiseen, makuulta istumaan nousemiseen sekä peseytymis- ja wc-tilanteisiin.

(ks. kuvio 6). Yksi vastaajista oli kokenut, että siirtyminen vuoteesta geriatriseen tuoliin helpottui huomattavasti.



Kuvio 6. Avustustilanteet, joissa kinestetiikka on keventänyt tai helpottanut työskentelyä (n=15)

Vastauksista nousi esille myös selkeästi yhteistyön sujuvuus potilaan ja hoitajan välillä. Haasteellisuuden katsottiin vähentyneen ja potilaiden olevan enemmän osallistuvia sekä rauhallisia. Yhteistyön katsottiin edistävän avustettavan toimintakykyä ja kuntoutusta. Kinestetiikkaa käytettiin yksilöllisesti ja potilaan omia voimavaroja hyödyntäen.

"Potilaan osallistuva toiminta"

"Potilaat ystävällisiä, hoitaja ystävällinen"

"Käyttösoireiden väheneminen"

Kinestetiikan hyötynä koettiin myös oman työn keventyminen. Tähän liittyi kosketus- ja liikeaistien hyödyntäminen kinestetiikan avulla. Työn keventyminen vähensi työntekijän fyysistä toimintakykyä ja auttoi näin jaksamaan työssä. Kinestetiikka antoi

turvallisuuden tunnetta omaan työhön sekä vähensi nostoja. Kinestetiikan käyttö toi potilaalle kivuttomuutta ja lempeyttä avustustilanteisiin.

"Vähentänyt kipuja ja kuormitusta kropassa"

"Helpottaa siirtoja esim. vuoteesta pyörätuoliin"

"Nousemaan ja istumaan menot helpompia"

"Ei kiskota kainaloista ja housunkauluksesta"

Kinestetiikan kautta koettiin oman työn mielekkyyden ja työ on suunnitelmallisuuden lisääntyneen. Työskentelyssä kiinnitettiin enemmän huomiota omaan ergonomiaan ja tarkasteltiin omaa työtä uudelleen (ks. liite 8).

"Olen kiinnittänyt enemmän huomiota työskentelytapoihin ja yrittänyt miettiä, mitä voisin tehdä toisin"

"Kaikki eivät ensin halunneet itse aktivoitua ja tehdä enemmän, kun ovat tottuneet eri tyyliin"

Kinestetiikan käytön haasteet

Kartoitimme loppukyselyssä avoimilla kysymyksillä työpajoihin osallistuneilta hoitajilta, mitkä asiat kinestetiikan käytössä olivat rajoittavia tekijöitä muistisairaana henkilön avustamisessa. Haasteena käyttää kinestetiikkaa koettiin kiire ja rutiini omaan työhön.

"Varmaan joskus se, ettei ole tarpeeksi aikaa"

"Ei huomioi itse tarpeeksi mitä tekee, sä vaan meet ja teet"

Rajoittavina tekijöinä nähtiin myös oma motivaatio ja potilaan vireystila. Motivaatioksi katsottiin oma halukkuus käyttää kinestetiikkaa ja se kuinka paljon tukea kollegat antoivat kinestetiikan käytölle. Potilaan vireystila vaikutti myös kinestetiikan käyttöön. Potilas voi olla eri päivinä hyvinkin erilainen ja täten rajoittaa kinestetiikan käyttöä.

"Itsestä kiinni käyttääkö kinestetiikkaa jatkossa"

"Kollegoilta ehkä enemmän tukea, jos se työkaveri on sillä mielin, niin en mä vastaan laita"

Rajoittavana tekijänä vastauksista nousi esille myös lähellä olemisen ja koskettamisen haaste. Haasteena näissä koetaan potilaaseen liittyvät infektiot ja eritteet sängyissä sekä vaipoissa (ks. liite 9).

"Ongelmana mennä lähelle potilasta tai istua potilassängyssä" (vaipat ja märkyys)

Kinestetiikkaan liittyvien asenteiden ja oppimisen haasteet

Selvitimme hoitajien asenteita ja oppimisen haasteita päiväkirjamerkintöjemme avulla. Havaitimme osalla hoitajissa varautuneisuutta ja arkuutta aluksi olla mukana esimerkiksi käytännön harjoitustilanteissa. Osa kertoi tullessaan työpajaan, koska kehoitettiin tulemaan. Havaitimme myös epävarmuutta uutta asiaa kohtaan. Pikkuhiljaa hoitajien kiinnostus kinestetiikkaa kohtaan kuitenkin lisääntyi, joka näkyi kysymysten esittämisenä ja rohkeampana osallistumisena käytännön harjoituksiin. Työpajojen välillä hoitajat käyttivät kinestetiikkaa ja huomasivat sen helpottavan avustustilanteita.

"Herättänyt hyviä tuntemuksia"

"Totta kai luonnollinen tapa auttaa on positiivinen juttu"

Kenttäpäivään liittyvät käytännön harjoitukset potilaiden kanssa olivat antoisia. Osa hoitajista toivoi saavansa käytännön harjoitusta lisää, koska siinä oppii parhaiten. Esitettiin myös toive saada kirjallista ohjetta kinestetikasta itselle muistutukseksi. Suurin osa hoitajista oli kiinnostunut saamaan lisää tietoa kinestetikasta ja suorittamaan kinestetikan peruskurssin kokonaisuudessaan. Yksi vastaajista arveli jatkavan peruskurssin jälkeen ehkä syventävälle kurssille (ks. liite 10).

"Mielenkiinto on herännyt aiheeseen ja haluaisin oppia lisää. Opettanut uusia näkökulmia"

"Ainahan kaikki uusi tieto ja käytäntö on mukavaa"

"Koulutus alkaa, joten lisää oppeja on tulossa"

8.3 Tulosten yhteenveto

Tulokset osoittivat, että hoitajat pitivät muistisairasta arvokkaana ja ainutlaatuisena persoonana sairaudesta huolimatta. He pitivät muistisairaana kuuntelemista, arvioimista ja vuorovaikutusta tärkeinä. Vuorovaikutus koettiin haasteelliseksi sen vuoksi, että hoitajan ja potilaan oli vaikea ymmärtää toisiaan. Potilaan vastustaessa hoitotilanteita, toimintakyvyn alentuminen sekä potilaan käyttäytymisen häiriöt koettiin myös haastavina. Haasteellisissa avustustilanteissa hoitajat käyttivät sanallista ja sanatonta viestintää sekä luovia menetelmiä kuten laulua. Rauhallisella käytöksellä, turvallisen ilmapiirin luomisella ja kiireettömyydellä pyrittiin ehkäisemään ja vastaamaan haasteelliseen käyttäytymiseen. Ympäristön merkitys rauhoittavana tekijänä myös huomioitiin.

Hoitajista suurin osa arvioi potilaiden siirrosta ja avustamisesta aiheutuvan riskin suureksi. Raskaaksi ja vaikeaksi koettiin erityisesti potilaiden siirtymisen pyörätuoliin, makuulta istumaan nousemisen, istumasta seisomaan nousemisen ja vuoteessa siirtymisen.

Kinestetiikan käyttäminen avustustilanteissa oli keventänyt ja helpottanut hoitajien työtä. Kinestetiikka oli myös auttanut hoitajia ymmärtämään paremmin liikkumisen periaatteita, jolloin avustamistavat olivat pehmeämpiä ja miellyttävämpiä hoitajalle. Potilaan oli voitu nähdä osallistuvan aktiivisemmin avustustilanteisiin, jolloin haasteellinen käyttäytyminen oli vähäisempää. Yhteistyön katsottiin edistävän avustettavan toimintakykyä ja kuntoutusta. Hoitajat kokivat, että kinestetiikalla avustaminen oli kivuttomampaa ja turvallisempaa potilaalle, lisäsi turvallisuuden tunnetta myös omaan työhön sekä paransi työssä jaksamista.

Kinestetiikan käytön haasteiksi hoitajat kokivat kiireen ja rutiinin omassa työssään, jonka vuoksi työtä tehtiin vanhalla kaavalla ja oli vaikea ottaa uutta tilalle. Haasteena nähtiin myös oma motivaatio. Motivaationa pidettiin omaa halukkuutta käyttää kinestetiikkaa ja myös se kuinka paljon tukea sai omilta kollegoilta kinestetiikan käytössä. Potilaan päivittäinen vireystila vaikutti myös kinestetiikan käyttämiseen. Haasteena nähtiin lähellä oleminen ja koskettaminen, infektiot ja erilaiset eritteet sängyssä sekä vaipoissa.

9 Pohdinta

9.1 Kehittämistyön luotettavuus

Tietoa opinnäytetyöhön kerättiin laajasti eri tietokannoista ja tietoa haluttiin erityisesti muistisairaista ja kinestetikasta. Rajasimme hakuja Ebsco Academissa, Cinahlissa, Pubmedissa Free Full Text, Nelli, Metalib ja vapaasti googlettamalla. Ongelmaksi osoittautui vähäinen aineiston saanti kinestetikan käytöstä muistisairaiden avustamisessa, koska aihetta on tutkittu vasta vähän ja tutkimukset aiheesta ovat vielä kesken.

Hoitohenkilökunnalle kerrottiin infotilaisuuden alussa, että työ liittyy opinnäytetyöhön. Alavuden Kuusiokuntien terveystyöntekijä kysyi, hoitohenkilökunnan mielipidettä lähteä mukaan opinnäytetyöprosessiin, kukaan ei ilmaissut negatiivista kantaa ääneen. Hoitohenkilökunnalle tulee antaa mahdollisuus päättää osallistumisensa tai osallistumattomuutensa, joka pätee koko kehittämistyön ajan. (Kuula 2011, 87). Prosessin alussa teimme sopimuksen opinnäytetyöyhteistyöstä yhdessä Kuusiokuntien terveystyöntekijä ja Jyväskylän ammattikorkeakoulun kanssa. Me kehittämistyöntekijät noudatimme huolellisuusvelvoitetta ja laadimme alku- ja loppukyselylomakkeiden kysymykset siten, että vastaajien yksityisyyden suoja ei vaarantunut. (Mts. 87.) Kyselylomakkeet lähetettiin sähköisesti osastonhoitajalle, joka lupautui jakamaan lomakkeet työpajoihin osallistuville hoitajille. Sovimme myös ajankohdan, jolloin haimme lomakkeet osastolta.

Aineiston keruussa ja tietojen säilytyksessä noudatimme hyviä ja eettisiä tutkimuskäytäntöjä. Kyselylomake on tehokas tapa kysyä asia monelta henkilöltä samanaikaisesti ja sen käsittely on mahdollista analysoida nopeasti. Ongelmalliseksi kyselymenetelmissä voi olla kuitenkin vastaajien huolellisuus ja rehellisyys. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Analysoitaessa kyselylomakkeita jouduimme hylkäämään sellaiset vastaukset, joihin oli vastattu epätarkasti tai tietoisuus aiheesta oli vähäinen.

Halusimme lisätä avoimuutta sillä, että kerroimme osallistujille kehittämistyön tarkoituksen. Huomioimme tietoja kerätessämme ja niitä raportoidessamme sen, että vastaajia ei ollut niistä mahdollisuus tunnistaa. Kysyimme myös lupaa ryhmähaastattelun nauhoittamiseen ja kerroimme nauhan hävittämisestä opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

Työpajat osoittautuivat hyväksi tavaksi kehittää uusia työmenetelmiä. Hoitohenkilökunnan innostuneisuutta ja kiinnostusta kinestetikasta lisäsi se, että he saivat tuoda työpajoihin omia kokemuksiaan haasteellisista tilanteista avustaa muistisairasta. Työpajoissa hoitajat tulivat kuulluksi ja saivat osallistumisellaan itse vaikuttaa hoitotyön avustamisen kehittämiseen. Oma osallistuminen ja sen kautta vaikuttaminen työhön usein lisää innostuneisuutta ja kiinnostusta oman työn kehittämiseen. Työnteon tavoite oli ennen saattaa työ loppuun ja tehdä se hyvin. Järvensivun (2010, 53) mukaan Alasoini (2006) ehdottaa uutta sopimusmallia, jossa työnantajan hyvä johtaminen ja organisointi mahdollistaisivat työntekijälle haasteellisen työn ja siinä kehittymisen. Työntekijän panos olisi kiinnostua oppimisesta ja kehittymisestä ja näin edistää työllistymistään.

Kehittämistyömme tarkoitus tarkentui kehittämistyönprosessissa tehdyn tarkemman analyysin myötä. Myös tässä työssä meidän oli vaikea tarkalleen informoida työpajoihin osallistuneita hoitajia siitä, millainen kehittämistyömme sisällöltään tulee olemaan. Tämä lienee tyypillistä kehittämistyön prosessille. (Kuula 2011, 106).

9.2 Keskeiset tulokset

Kehittämistyöhömmme osallistuneiden hoitajien innostuneisuus kinestetikkaan oli vaihtelevaa. Toiset osoittivat kovasti kiinnostusta ja halua oppia kinestetikkaa, toiset eivät kokeneet sitä niin innoittavana asiana. On ymmärrettävää, että kehittämistyösämme kinestetikkaa käytiin läpi lyhyesti niin teoriassa kuin käytännössä, jolloin hoitajat eivät saaneet välttämättä riittävästi aikaa ja harjoitusta toteuttaa kinestetikkaa omassa työssään.

Hoitajat kokivat muistisairaana henkilön arvokkaana ja ainutlaatuisena persoonana muistisairaudesta huolimatta. Muistisairasta pidettiin oman elämän asiantuntijana ja tasavertaisena muiden ihmisten kanssa. Heimosen & Voutilaisen (2000, 14) mukaan muistisairas pyrkii säilyttämään itsenäisyytensä ja itsemääräämisoikeutensa niin pitkään kuin mahdollista ja hoitohenkilökunnan tulee tukea tätä pyrkimystä. Hoitaja kunnioittaa muistisairasta parhaiten siten, että tutustuu muistisairaaseen yksilönä eikä vain joukkona hoidettavia.

Muistisairaana avustustilanteet pyrittiin luomaan turvalliseksi sekä hoitajat kiinnittivät huomiota hyvään ilmapiiriin. Hoitajat kokivat haasteelliseksi muistisairaana avustamisessa vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat, kun potilaan ja hoitajan on vaikea ymmärtää toisiaan ja täten potilas helposti vastustaa hoitotilanteita. Veselinovan (2014; 162–164, 166) mukaan Marshall ja muut (2012) ehdottavat hoitohenkilökunnan käyttävän tapaa puhua sairastuneelle selkeästi ja suosia ei-verbaalisia viestintämenetelmiä kuten ilmeet, eleet, katsekontakti, asento ja kosketus. Hoitajat käyttivät joidenkin potilaiden avustustilanteissa luovia menetelmiä kuten laulua ja huumoria kuten Hallikainen ja muut (2014, 87) suosittaa, kunhan se on tilanteeseen sopivaa ja harmitonta.

Hantikaisen (2007, 36–37) mukaan sanallisessa vuorovaikutuksessa käytetään aktiivisia ilmaisuja, ei puhuta passiivisesti potilaasta. Potilasta avustetaan siirtymisissä ja muissa päivittäisissä toiminnoissa kehollisella vuorovaikutuksella, ei vain mennä nostamaan tai ottamaan ylös vuoteesta.

Haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa ja tilanteen ehkäisemisessä hoitajat pyrkivät käyttäytymään rauhallisesti sekä pyrkivät järjestämään ympäristön turvalliseksi ja rauhalliseksi. Hallikaisen ja muiden (2014, 87–88, 93) mukaan käyttäytymisen muutoksilla on aina jokin tarkoitus ja syiden selvittäminen auttaa jatkossa paremmin ymmärtämään sairastuneen käyttäytymistä.

Myös potilaan toimintakyvyn alentuminen koettiin haasteeksi avustamisessa. Hallikaisen ja muiden (2014, 109) mukaan muistisairaana toimintakyvyn heikkenemiseen

vaikuttaa pystyasennon ja tasapainon huonontuminen, vartalon muuttuminen kankeammaksi sekä kävelyn vaikeudet. Lisäksi hahmottamisen ongelmat huonontavat kävelyä. Jämsenin ja muiden (2015, 977) mukaan Ferrucci ja muut (1998) ja Kingston ja muut (2012) määrittelevät arkielämän toiminnot päivittäisiin perustoimintoihin (ADL-toiminnot) sekä välineellisiin päivittäistoimintoihin (IADL-toiminnot). Kroonisissa sairauksissa toimintakyky heikkenee ensin välineellisissä toiminnoissa edeten vähitellen myös perustoimintoihin.

Hoitajat kokivat erittäin raskaaksi ja vaikeaksi potilaan siirtymisen pyörätuoliin, makuulta istumaan nousemisen, istumasta seisomaan nousemisen ja vuoteessa siirtymisen. Suurimmalla osalla hoitajista esiintyi kipuja ranteissa, käsissä sekä selän alueella. Tamminen-Peter, Moilanen & Fagerström (2011, 5) mukaan työ kuormittaa eniten hoitajia, jotka omassa työssään huolehtivat vanhusten ja muiden huonosti liikkuvien potilaiden perushoidosta. Tutkimukset osoittavat, että potilasnostot ja siirrot sekä selän kumarat ja kiertyneet asennot aiheuttavat riskin selkävaivoille. Pitkäaikainen seisominen, kävely, kiire ja työn muut psykososiaaliset tekijät lisäävät vielä entisestään tuki- ja liikuntaelinoireilua ja sairauksia aiheuttaen jopa varhaista eläkkeelle jääntiä.

Havaintojemme mukaan kehittämistyön aikana tapahtui muutoksia ja parannuksia kinestetiikan käytössä. Kinestetiikka oli tullut hoitajien tietoisuuteen ja he uskalsivat käyttää sitä rohkeammin potilaiden kanssa. Hoitajien kesken keskusteltiin erilaisista vaihtoehdoista avustaa potilasta sekä myös tiedostettiin paremmin omat työskentelytavat. Olennaisia asioita, joissa kinestetiikasta koettiin olevan hyötyä, olivat seuraavanlaisia: kinestetiikan käyttäminen avustustilanteissa oli keventänyt hoitajien työtä ja kinestetiikka auttoi hoitajia ymmärtämään paremmin liikkumisen periaatteita, jolloin avustustilanteet olivat pehmeämpiä ja miellyttävämpiä sekä hoitajalle että potilaalle. Myös potilaan oma osallistuminen avustustilanteisiin koettiin aktiivisempana, jolloin haasteellinen käyttäytyminen oli vähäisempää. Hohenthal-Antin (2013,27) mukaan Körkkö (2010) ja Eloniemi-Sulkava (2006) pitävät muistisairaana kohtaamisessa on tärkeämpänä sen miten teet kuin mitä teet.

Loppukysely osoitti, että kinestetiikan käyttö oli keventänyt ja helpottanut avustamista huomattavasti istumasta seisomaan siirtymisissä ja siirtymisissä pyörätuoliin sekä kävelyn tukemisessa. Jonkin verran helpotusta kinestetiikalla oli saatu vuoteessa siirtymiseen, makuulta istumaan nousemiseen sekä peseytymis- ja wc-tilanteisiin. Yllättävä tulos oli se, että hoitajat olivat saaneet helpotusta potilaan kävelyttämiseen kinestetiikan avulla, vaikka eivät kokeneet sitä aikaisemmin raskaaksi. Tämä osoittaa, että hoitajat käyttivät kinestetiikkaa monipuolisesti avustustilanteissa.

Muistisairaahan avustamiseen päivittäisissä toiminnoissa esimerkiksi peseytymisissä ja liikkumisessa liittyy fyysistä läheisyyttä ja koskettamista. Muistisairaahan on vaikea muistaa toistuvia avustamistilanteita, jolloin käyttäytyminen voi olla usein haasteellista. Riittävä ajan antaminen, rauhallisuus ja hellä koskettaminen edesauttavat lähelle pääsemistä ja avustustilanteita. (Heimonen & Voutilainen 2000, 171–172.) Yhteistyön sujuvuus potilaan ja hoitajan välillä vähensi potilaan haasteellisuutta ja potilaat olivat enemmän osallistuvia sekä rauhallisia. Yhteistyön katsottiin edistävän avustettavan toimintakykyä ja kuntoutusta.

Motivaatio kinestetiikan käytössä nähtiin tärkeänä. Hoitajat pitivät motivaationa omaa halukkuuttaan käyttää kinestetiikkaa ja myös sitä kuinka paljon tukea kollegat ja esimies antavat kinestetiikan käytölle. Jos useampi innostuu käyttämään kinestetiikkaa ja on valmis muuttamaan opittuja työskentelytapoja, saadaan kinestetiikasta yhtenäinen toimintamalli avustustilanteisiin. Työpajat ja välitehtävä antoi mahdollisuuden harjoittaa kinestetiikkaa avustustilanteissa, jotka olivat haasteellisia. Tämä oli osaltansa lisäämässä kiinnostusta ja halua tietää kinestetiikasta lisää. Hohenthal-Antin (2013, 28) mukaan yksinomaan tiedon avulla ei kuitenkaan saavuteta muistisairaahan ymmärrystä, vaan siihen tarvitaan myös henkilökohtaista kokemusta. Harjoitukset, joissa hoitaja asettuu potilaan asemaan mahdollistavat hänen kokea, miltä muistisairaasta voi tuntua. Käytännön harjoitusten avulla hoitaja saa tietoa muistisairaahan kyvystä hahmottaa ja ymmärtää maailmaa.

Hoitajat jatkoivat kinestetiikan opiskelua työpajojen jälkeen siten, että saivat peruskurssin suoritetuksi. Opinnäytetyömme tulos olisi ollut luultavasti erilainen, jos olisimme suorittaneet loppukyselyt vasta peruskurssin jälkeen.

9.3 Jatkokehittäminen

Kinestetiikka mahdollistaa sekä avustettavalle että avustajalle voimavarojen ihanteellisen hyödyntämisen, liikkumisen ja toimintojen tukemisen yksilöllisyyden sekä avustettavan oman aktiivisen osallistumisen. Kinestetiikka vähentää avustajan fyysistä kuormittumista, lisää luovuutta avustustilanteisiin ja auttaa työssä jaksamisessa. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 8-9.)

Kinestetiikkaa sovelletaan menestyksekkäästi eri hoitotöissä esimerkiksi vanhus-, kehitysvamma- ja akuuttihoitotyössä. Kinestetiikalla autetaan löytämään ihmiselle uusia liikkumismahdollisuuksia samalla edistään potilaan ja avustajan välistä vuorovaikutusta. (Mts. 8)

Terveyden ja omatoimisuuden ylläpitämiseen ja kehittämiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota hoitotyön tavoitteita asetettaessa. Ei riitä, että määritellään vain hoitotyön tarpeita vaan pitäisi ottaa huomioon myös potilaan omat voimavarat ja mahdollisuudet osallistua omaan hoitoonsa, terveytensä ylläpitämiseen ja sekä sairauksien ehkäisyyn. (Lauri 2006, 101.)

Uutta tietoa hoitotyöhön saadaan kun esimerkiksi tarkastellaan uusia ja vanhoja toimintatapoja samanlaisissa työtilanteissa erilaisissa hoitoyksiköissä. Tietoa saadaan myös haastatteleamalla ja kysymällä potilailta miten erilaiset interventiot ovat vaikuttaneet heidän terveydentilaan. Työssä voidaan käyttää vaikkapa opiskelijoita, joiden tutkimusten tuloksia voidaan yhdistää ja näin saada näyttöön perustuvaa tietoa käytännön hoitotyöhön. Paljon tehdään erilaisia selvityksiä toiminnoista, mutta saatuja tuloksia ei tarpeeksi paljon hyödynnetä käytännön työssä. (Lauri 2006, 125.)

Tarkoituksena kinestetiikkayhdistyksellä on edistää ja kehittää kinestetiikan käyttöä sekä tunnettavuutta sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. Suomen kinestetiikkayhdistys ry:n internetsivuilla (Kinestetiikka missio ja visio 2015) todetaan, että Kinestetiikkayhdistyksen visiona on vuoteen 2017 saada kinestetiikasta tunnettu ja arvostettu toimintamalli sosiaali- ja terveysalalla.

Kuten Valvanne (2/2015) toteaa: "Ei riitä, että muutetaan toimintatapoja, vaan pitää itsekin muuttua. Vapautua hallitsevasta hoitajaminästä ja uskaltautua kokeilla uusia tapoja tehdä tuttuja asioita".

Lähteet

Alzheimer Europe Report. 2012. Ethical issues linked to restrictions of freedom of people with dementia. Viitattu 26.1.2015. <http://alzheimer-europe.org/Publications/Alzheimer-Europe-Reports>

Asmussen-Clausen, M. & Knobel, S. 2013. Demenz und Bewegungskompetenz: Leben mit Demenz. Lebensqualität, Die Zeitschrift für Kinaesthetics 2, 51–53.

Asmussen, M. 2006. Praxisbuch Kinaesthetics: Erfahrungen zur individuellen Bewegungsunterstützung auf Basis der Kinästhetik. München: Elsevier, Urban Fischer.

Asmussen-Clausen, M. 2003. Bewegungen analysieren und individuell unterstützen. Die Schwester der Pfleger 3, 42, 194–199.

Elliot, V. 2014. Supporting staff to care for people with dementia who experience distress reactions. Art & Sciency 7, 22. Viitattu 23.1.2015. <Http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Cinahl.

Elo, S., Saarnio, R. & Isola, A. 2013. Hoitajien näkemyksiä muistisairaana fyysisestä hoitoympäristöstä. Tutkiva hoitotyö 3, vol 11, 18.

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2011. Mielen Muutos muistisairaiden ihmisten hoidossa. Käyttösoireiden hoidosta muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 3.

Heimonen, S., Voutilainen, P. 2000. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Monila Oy.

Eloniemi-Sulkava, U., Huhtamäki-Kuoppamäki, M., Kontturi, J., Malmivaara, A., Voutilainen, P., Erkinjuntti, T., Jolkkonen, J., Lupsakko, T. & Olkkonen-Nikula, A. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020 Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10.

Eloniemi-Sulkava U., Rahkonen T., Erkinjuntti T. ym. 2010. Moniammatilliset tietotaidot ovat muistisairauksien hyvän hoidon edellytys. Suomen Lääkärilehti 65: 3144–3146.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Duodecim. Porvoo: Bookwell Oy.

Fagerström, V. 2013. Asukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä - monitasoinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa. Väitöskirja. Turun Ylipisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Kliininen laitos, Työterveyshuolto. Viitattu 8.7.2015.

https://www.tsr.fi/c/document_library/get_file?folderId=13109&name=DLFE-8805.pdf

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Viitattu 27.1.2015

<https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2014/20140108>

Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari T. & Forder, M. 2014. Muistisairaankuntouttava hoito. Porvoo: Bookwell Oy.

Hantikainen, V & Lappalainen, R. 2011. Kinestetiikan työkirja, 3. painos, Suomen Kinestetiikkayhdistys Ry.

Hantikainen, V. 2007. Kinestetiikka tukee kuntouttavaa työtä. Sairaanhoidajalehti 11/2007. vsk 80.

Hantikainen, V., Salo, M. & Tervonen, P. 2005. Kinaesthetics - Liikkumisprosessien tunteminen oppimisen, itsehallinnan ja osallistumisen edistäjänä Who Cares? Congress in the City of Lahti, in Finland, 25–27 Aug, 2005.

Hantikainen, V. Kinestetiikka. Pro Terveys: Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat ry 2010; 5.

Hantikainen, V., Riesen, S., Rämö, B. & Hirsbrunner, T. Die Bedeutung von Bewegungsunterstützung nach Kinästhetik® auf die Entwicklung und Förderung von Körperwahrnehmung, Bewegungsfähigkeiten und funktioneller Unabhängigkeit bei Alterspatienten. Pflege 2006: 19(1).

Heimonen, S-L. & Voutilainen, P. 2000. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Monila Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 2013. 18. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Hohenthal-Antin L. 2013. Muistellaan. Luovat menetelmät muistisairaiden tukena. PS-kustannus. Juva: Bookwell Oy.

Juuti, P. & Salmi, P. 2014. Tunteet ja työ. Uupumuksesta iloon. PS-kustannus. Juva: Bookwell Oy.

Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei. Suomen Lääkärilehti 14–15/ 2015 vsk 70.

Järvensivu, A. 2010. Tapaus työelämä. 2. p. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Kinestetiikka missio ja visio 2015. Verkkosivu. Suomen kinestetiikkayhdistys ry. Viitattu 26.8.2015. Saatavana: <http://www.kinestetiikka.fi/index.php/home/missio-ja-visio>

Kinestetiikka terveydenhuollossa. 2015. Verkkosivu. Suomen kinestetiikkayhdistys ry. Viitattu 22.1.2015. Saatavana: <http://www.kinestetiikka.fi/index.php/kinestetiikka3/81-kinestetiikka3/20-kinestetiikka-terveydenhuollossa>

Osallistavat menetelmät, tuki- ja virikeaineisto 2005. Kansan sivistystyönliitto KSL ry. Viitattu 25.5.2015. Saatavana <http://www.ksl.fi/images/osallistavatmenetelmat.pdf>

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä. Bookwell Oy.

Käypä-hoito, 2010. Muistisairaudet. Viitattu 24.1.2015
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>

Lehtiranta, S., Leino-Kilpi, H., Koskenniemi, J., Jartti, L., Hupli, M., Stol, M. & Suonen, R. 2014. Muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoidon siirtymistä jouduttavat tekijät. Hoitotiede 2, vol 26, 115.

Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Manka, M-L. 2014. Työ hyvinvoinnista uutta virtaa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 130(10):998–9. Viitattu 4.2.2015. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Duodecim.

Muistiliitto. Viitattu 10.9.2015. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/>

Murray, A. 2014. The effect of dementia on patient informal carers and nurses. Art & Scency vol 26. 5, 27. Viitattu 23.1.2015. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Cinahl.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski. Gummerus kirjapaino oy.

Näslindhl-Ylispangar, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Porvoo: Bookwell Oy.

Opinnäytetyöpakki. Viitattu 12.3.2015.
<http://193.167.122.14/Opari/ontTukiLadullTeemoittelu.aspx>

Osallistavat menetelmät, tuki- ja virikeaineisto 2005. Kansan sivistystyönliitto KSL ry. Viitattu 25.5.2015. Saatavana <http://www.ksl.fi/images/osallistavatmenetelmat.pdf>

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysi. Tampere. Osuuskunta vastapaino.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. WSOYproy.

Seppänen-Vataja R. & Vataja, K. 2009. Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. Juva. Bookwell Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1
 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma
 KASTE 2012–2015.

Stenman, P., Vähäkangas, P., Salo, P., Kivimäki, M. & Paasivaara, L. 2015. Henkilöstön työtyytyväisyys vanhusten huollossa - kohti kuntoutumista edistävän hoitotyön toimintamallin käyttöönottoa. Hoitotiede 1, vol 27, 31–2.

Strukturoitu haastattelu. Viitattu 6.3.2015. <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/01/>

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R, Viramo, P. & Erkinjuntti, T. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti 10/ 2008 vsk 63.

Tamminen-Peter, L., Moilanen, A. & Fagerström, V. 2011. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. Tammerprint Oy. Tampere.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. Duodecim. Porvoo: Bookwell Oy.

Toikko, T. & Rantanen, T, 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkö- kulmia kehittämisprosessiin osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.

Valvanne, J. 2015. Suomen Kinestetiikkayhdistys ry:n jäsenlehti 1/2015. Viitattu 20.7.2015. www.kinestetiikka.fi

Valvanne, J. 2015. Suomen Kinestetiikkayhdistys ry:n jäsenlehti 2/2015. Viitattu 15.8.2015. www.kinestetiikka.fi

Veselinova, C. 2014. Influencing communication and interaction in dementia. Nursing & Residential Care 3, 162. Viitattu 23.1.2015.
[Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Cinahl.

Liitteet

Liite 1. Alkukyselylomake

1. Ammatti _____

2. Hoitoalantyökokemus vuosina _____

3. Millaisia haasteita muistisairaahan hoitamiseen liittyy?

4. Millaisissa tilanteissa haasteellista käyttäytymistä esiintyy?

5. Millaiset auttamismenetelmät auttoivat hoitotilanteiden onnistumista?

6. Millaisien auttamismenetelmien olet kokenut ehkäisevän haastavan käyttäytymisen syntymistä?

7. Millaisena koet muistisairaahan henkilön?

8. Avustatko ja siirrätkö potilaita työpäiväsi aikana?

- 0 en lainkaan
 1 satunnaisesti (päivän aikana alle tunti)
 2 ajoittain (päivän aikana 1-4 tuntia)
 3 jatkuvasti (päivän aikana yli 4 tuntia)

9. Minkälaiset hoitotilanteet koet vaikeiksi/raskaiksi

	Erittäin raskasta ja vaikeaa	Jonkin verran raskasta ja vaikeaa	Ei lainkaan raskasta ja vaikeaa
vuoteessa siirtyminen			
makuulta istumaan nouseminen			
istumasta seisomaan nouseminen			
siirtyminen pyörätuoliin			
kävelyn tukeminen			
wc-tilanne			
Peseytymistilanne			
muu, mikä?			

10. Arvioi päivän aikana tekemäsi siirto- ja avustustilanteet?

- 0 en tee lainkaan siirtoja
 1 siirrot ovat ohjaavia, montako? _____
 2 siirrot ovat osittain avustettavia, montako? _____
 3 asiakkaat ovat täysin avustettavia, montako? _____

11. Miten arvioisit potilaiden siirroista/ avustamisista aiheutuvan riskin?

- 0 ei lainkaan
 1 hyvin pieni
 2 suuri
 3 erittäin suuri

12. Onko sinulla ollut kuluneen kuuden kuukauden aikana siirroista/ avustustilanteista johtuvia kipuja?

0 selässä

1 hartioissa

2 muualla raajoissa, missä? _____

3 onko siirroista/avustustilanteista koitunut sinulle stressiä? _____

13. Miten koet tämänhetkisen työkykyysi asteikolla 0-10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

täysin

työkyky

työkyvytön

parhaimmillaan

Antamasi tiedot ovat luottamuksellisia, kiitos vastauksistasi ja ajastasi!

Liite 2. Välijakson tehtävä

Suomen Kinesiteiikkayhdistys Ry

Välijakson tehtävä

Liikkumisanalyysi ja –suunnitelma

Tehtävän suorittaja/suorittajat _____

Asiakas / potilas _____

Liikkumisrajoitteet ja niiden syyt _____

1. Päätä avustustilanne suunnitelmaa ja analyysiä varten

Avustustilanne	Tavoite / tavoitteet

2. Toiminta

Kuvaile mitä tilanteessa tapahtui	Avusta asiakasta / potilasta suunnittelemassasi tilanteessa

3. Suunnitelma

Mieti erilaisia vaihtoehtoja avustustilanteeseen ja kokeile niitä asiakkaan / potilaan kanssa

4. Arviointi

Kokemukseni? Muutokset avustustilanteessa asiakkaan / potilaan ja avustajan näkökulmasta. Tavoitteiden saavuttaminen?

	Analyysi	Asiakas/potilas	Asiakas/potilas	Avustaja	Avustaja
Vuorovaikutus	Aistit	Minkä aistin avulla asiakas / potilas pystyy kommunikoimaan? Minkä aistin avulla ymmärtää parhaiten informaatiota?		Mitä aisteja avustajan tulisi hyödyntää avustus-tilanteessa? Miten voin tukea kehon-hahmottamista ja liikkumista?	
	Liikkeen elementit	Miten asiakas / potilas käyttää aikaa, tilaa ja voimaa suoriutuakseen aktiviteetista?		Miten avustaja voi tukea ihanteellista ajan, tilan ja voiman käyttöä?	
	Vuorovaikutusmallit	Kuinka paljon asiakas / potilas tarvitsee tukea liikkumisessaan (samanaikainen, vuorotteleva, yhdensuuntainen)?		Mikä vuorovaikutusmalli on tämän asiakkaan / potilaan kohdalla sopivin?	
Toiminnallinen anatomia	Luut / lihakset	Liikkuuko asiakas / potilas siten, että kehon paino jää tukipinnoille? Minkä kehonosien avulla hän voi tukeutua tukipintaan?		Miten voit avustaa asiakasta / potilasta käyttämään tukipintoja? Miten kehonosia?	
	Kehon osat / liiketilat	Siirtääkö asiakas / potilas painoaan ylösnousteissaan kehon alemmille osille?		Miten avustaja voi tukea painonsiirtoa oikeaan suuntaan?	
Ihmisen liikkuminen	Yhdensuuntainen ja spiraaliliike	Liikkuuko asiakas / potilas yhdensuuntaisesti vai spiraalimaisesti?		Miten avustaja voi tukea avustettavan yksilöllistä liikemallia?	
Voima	Veto / työntö	Voiko asiakas vetää ja / työntää? Millä kehonosilla?		Miten avustaja voi tukea avustettavan vetämistä ja työntämistä?	
Ihmisen toiminnot	Perusasennot / perusliikkuminen	Missä asennossa asiakas / potilas voi olla? Mistä asennosta mihin hän voi siirtyä?		Miten avustaja voi tukea asiakkaan / potilaan asentoja ja siirtymistä asennosta toiseen?	
	Paikalla suoritettavat toiminnot	Millaista tukea asiakas / potilas tarvitsee perustoiminnoissa?		Miten avustaja voi tukea paikalla suoritettavia toimintoja?	
	Siirtyminen	Millaista tukea asiakas / potilas tarvitsee siirtymisissä?		Miten avustaja voi tukea asiakkaan / potilaan siirtymistä?	
Ympäristö	Ympäristö	Onko asiakkaan / potilaan ympäristö toimintoja tukevaa. Miten hyödyntää ympäristöä liikkumisessa?		Miten avustaja voi muuttaa ympäristöä asiakkaan / potilaan liikkumista tukevaksi?	

Liite 3. Loppukyselylomake

1. Miten olet pystynyt soveltamaan kinestetiiikkaa työpajojen aikana oppimisesi taitoja?

.....
.....
.....

2. Minkälaisia ajatuksia/tuntemuksia kinestetiiikka on sinussa herättänyt?

.....
.....
.....

3. Miten potilaat ovat reagoineet avustustilanteissa kun toimit kinestetiiikan periaatteiden mukaan?

.....
.....
.....

4. Miten kinestetiiikan käyttö näkyy koko henkilökunnan toiminnassa?

.....
.....
.....

5. Millä tavalla avustustilanteet/haastava käyttäytyminen ovat muuttuneet työpajojen jälkeen?

a) Hoitajan kannalta

.....
.....

b) Potilaan kannalta

.....

6. Mikä on mielestäsi kinestetiiikan suurin anti haasteellisesti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa?

.....

7. Onko kinestetiiikan käyttö keventänyt/helpottanut työskentelyäsi seuraavissa hoitotilanteissa? Rastita sopivin vaihtoehto.

	Huomattavasti	Jonkin verran	Ei lainkaan
vuoteessa siirtyminen			
makuulta istumaan nouseminen			
istumasta seisomaan nouseminen			
siirtyminen pyörätuoliin			
kävelyn tukeminen			
wc-tilanne			
Peseytymistilanne			
muu, mikä?			

8. Oletko kokenut, että tuki- ja liikuntaelimestöön kohdistuva rasitus on vähentynyt kinestetiiikan myötä?

a) Kyllä, miten.....

b) Ei, miksi.....

9. Miten koet tämänhetkisen työkykysi asteikolla 0-10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
täysin työkyky
työkyvytön parhaimmillaan

10. Onko kinestetiikka tuonut työhösi lisää mielekkyyttä?

.....

11. Haluatko oppia lisää kinestetiikasta ja miten toivoisit sen tapahtuvan?

.....

.....

12. Haluaisitko vielä sanoa jotain sinulle tärkeää?

.....

.....

Paljon kiitoksia yhteistyöstä!

Lähde: Mukailten Kinestetiikkayhdistys ry. 2009

Liite 4. Ryhmähaastattelu

Aika Ryhmä 1 Ti 10.2.2015
Ryhmä 2 Ti 17.2.2015

Paikka Kuivasjärven Sairaala/ Psykogeriatrinen osasto
Kuusiokuntien Terveyskuntayhtymä

Aihe:

Miten henkilökunta kokee kinestetiikan uutena työvälineenä (toimintamallina) psykogeriatrisella osastolla?

1. Miten kinestetiikka on koettu osastolla hoitotyössä?
2. A. Mitkä asiat mielestäsi tukevat kinestetiikan käyttöä muistisairaiden hoitotyössä?
B. Mitkä asiat rajoittavat kinestetiikan käyttöä päivittäisessä työssä muistisairaita avustettaessa?
3. Miten kinestetiikka näkyy omassa työssäsi/työyhteisössä tällä hetkellä?
4. Oletko saanut tukea esimieheltäsi ja kollegoiltasi kinestetiikan käyttämisessä?
5. Kuinka kinestetiikan käyttö voisi jatkua käytännössä tulevaisuudessakin?

Lähde: Mukailen Suomen kinestetiikkayhdistys ry, 2009

Liite 5. Kuvausesimerkki hoitajien kokemuksista muistisairaasta henkilöstä

Teoriaohjaava sisällön analyysi: Alkukyselylomake

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä
Potilaana, jolle pitäisi luoda turvallinen olo ja ympäristö	Turvallisuus, ympäristön merkitys	Kuunteleminen, arvostus, vuorovaikutus	Muistisairaahan avustustilanteissa turvallisen ympäristön ja ilmapiirin sekä vuorovaikutuksen merkityksen korostuu	Muistisairas on arvokas ja ainutlaatuinen persoona sairaudesta huolimatta
Tarvitsee paljon ohjausta/apua päivittäisissä toiminnoissa	Avuntarve			
Vaativat paljon ohjausta ja kärsivällisyyttä	Ohjaus, kärsivällisyys			
Pyrin auttamaan ahdistavissa tilanteissa muistin heiketessä	Ahdistuksen lievitys			
Osastolla aivan ihania potilaita	Ihania persoonia	Muistisairas on oman elämän asiantuntija ja tasa-arvoisessa asemassa	Ihmisyys kunnioittaminen	
Persoonallisuus tulee hyvin esille	Persoonallisuus			
Mielenkiintoisina	Kiinnostava			
Normaalina vanhuksena	Ikäihminen			
Kaikki on yksilöitä ja täten herättää erilaisia tunteita	Yksilöllisyys			
Ihmisenä, tottakai	Ihminen			
Ihmisenä, joka on sairauden takia taantumassa jälleen lapseksi	Lapsekkuus			
Yritän ajatella, että muistisairaalle jokainen päivä ja hetki on aina uusi ja outo	Ymmärtäminen			
Arvokkaana ihmisenä	Arvokas			
Haastavana	Haasteellisuus			
Kunnioitan hänen elämäkokemustaan ja arvojaan.	Kunnioitus			

Liite 6. Kuvausesimerkki muistisairaana avustamisen haasteiden analysoinnista

Teoriaohjaava sisällön analyysi: Alkukyselylomake ja ryhmähaastattelu

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä
Haasteita kommunikaatiossa	Vuorovaikutusongelmat	Potilas ja hoitaja eivät ymmärrä toisiaan	Avustamiseen liittyvä vuorovaikutusongelma	Avustamisen haasteet
Kun potilas ei ymmärrä ohjetta	Ymmärryksen puute			
Hoitaja joutuu miettimään suullista ilmaisuaan	Hoitajan ilmaisu			
Jatkuva samojen asioiden toistelu	Hokeminen			
Pesutilanteissa ei anneta pestä, vastustellaan, raavitaan, lyödään, syljetään, häveliäisyys	Vastustus, häveliäisyys	Potilas vastustaa hoitotilanteita, toimintakyky alenee	Päivittäisiin toimintoihin liittyvä yhteistyön ongelma	
Ongelmia pukeutumisessa, ruokailussa, vaipanvaihdoissa, lääkkeiden otossa, wc-käyntien sekä siirtojen yhteydessä	Tarvitsee apua eri askareissa			
Fyysisten voimavarojen ehtyminen	Voimattomuus			
Potilas ei tiedosta olevansa sairas, ei ymmärrä hoidon tarvetta	Sairauden tunnottomuus	Potilaan käyttäytymisen häiriöt	Haasteelliseen käyttäytymiseen liittyvät ongelmat	
Potilaan aggressiivinen käytös	Aggressiivisuus			
Potilaan pelkotilat	Pelot			
Harhat	Harhat			
Saada luottamus potilaaseen	Luottamuksen puute			
Usein mieli menneisyydessä, jopa ahdistavia tai itsetuhoisia ajatuksia	Ahdistavat ajatukset Muistamattomuus			

Liite 7. Kuvausesimerkki onnistuneiden avustusmenetelmien analysoinnista haasteellisessa käyttäytymisessä ennen työpajoja

Teoriaohjaava sisällön analyysi: Alkukyselylomake

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä
Keskustelu	Keskustelu	Sanallinen ja sanaton viestintä	Vuorovaikutus	Onnistuneita avustusmenetelmiä
Ennakkoon kertominen	Informointi			
Rauhallinen ääni	Äänensävy			
Selkeät lyhyet ohjeistukset	Viestinnän selkeys			
Potilaan kuunteleminen	Kuunteleminen			
Elekieli	Nonverbaalinen viestintä			
Puheiden siirtäminen johonkin arkipäivän asiaan	Huomion kiinnittäminen muualle			
Huumori	Huumori	Huumori	Luovuus	
Tutut laulut	Laulaminen	Laulut		
Hoitajan rauhallinen käyttäytyminen	Rauhallisuus	Hoitajan käytös, ympäristö, kiireettömyys ja turvallisuus	Hoitajan käytökseen liittyvät seikat, ympäristön merkitys	
Aikaa kun antaa tehdä omaan tahtiin	Ajan antaminen			
Turvallisuuden tunteen luominen	Turvallisuus			
Ärsykkeen minimointi/poisto	Ärsykeettömyys			
Turvallinen ympäristö	Turvallinen ympäristö			
Omaan rauhaan jättäminen	Oma rauha			
Hetkeksi vyölliseen tuoliin istumaan	Potilaan rauhoittaminen	Sitominen	Fyysinen rajoittaminen	
Apuvälineet	Siirtojen onnistuminen apuvälineillä	Apuvälineet	Apuvälineet	

Liite 8. Kuvausesimerkki kinestetiiikan hyötyjen analysoinnista

Teoriaohjaava sisällön analyysi: Loppukyselylomake ja ryhmähaastattelu

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä
Potilaan osallistuva toiminta	Yhteistyön sujuvuus	Yhteistyön sujuvuus	Yhteistyö	Avustettavan toimintakyky ja kuntoutus edistyy, avustajan fyysinen kuormittavuus vähenee. Haasteellinen käyttäytyminen vähenee.
Potilaat rauhallisia ja omatoimisuuttakin löytyy	Rauhallisuus, omatoimisuus			
Potilaat ystävällisiä. Hoitaja ystävällinen	Hyväntuulisuus			
Vähentänyt kuormitusta ja kipuja kropassa	Työn keventyminen	Kosketus/liikeaistin hyödyntäminen, työn keventyminen	Potilas turvallisuus/työergonomia	
Helpottaa siirtoja esim. vuoteesta pyörätuoliin	Työn keventyminen			
Nousemiset ja istumaan menot helpompia	Työn keventyminen			
Helpottaa sängyssä kun käännellään potilasta	Turvallisuus, vähemmän nostoja			
Ei kiskota kainaloista/housunkauluksesta	Kivuttomuus, lempeys			
Pienissäkin avustustilanteissa olen yrittänyt hyödyntää kinestetikkaa	Luovuus	Idearikas työskentelytapa	Työn mielekkäisyys ja suunnitelmallisuus	
Olen kiinnittänyt enemmän huomiota työskentelytapoihin ja yrittänyt miettiä, mitä vois tehdä toisin	Ergonomia, työn uudelleen tarkastelu, suunnitelmallisuus			
Kaikki eivät ensin halunneet itse aktivoitua ja tehdä enemmän, kun ovat tottuneet eri tyyliin	Rutiinin välttäminen			
Käyttöoireiden väheneminen	Haasteellisen käyttäytymisen väheneminen	Yksilöllisyys, haasteellisen käyttäytymisen ehkäiseminen	Yksilöllinen voimavarojen tunnistaminen	
Tiettyjen potilaiden kanssa kinestetikka on hyödyllistä	Kinestetikkaa sovelletaan yksilöllisesti			
Pystyy hyödyntämään potilaan omia voimavaroja	Potilaan voimavarojen hyödyntäminen			

Liite 9. Kuvausesimerkki kinestetiiikan käytön haasteiden analysoinnista

Teoriaohjaava sisällön analyysi: Loppukyselylomake ja ryhmähaastattelu

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä
Vaihtelevasti sehän niin kuin siis toimii ja riippuu tietenkin asiakkaasta ja päivistä	Vaihtelevasti kokeiltu, päivien erilaisuus	Kiire, rutiinit, motivaatio ja potilaan vireystila	Yhteistyöhön ja ajankäyttöön liittyvät syyt	Kinestetiiikan käyttöä rajoittavia tekijöitä
Varmaan joskus se, ettei ole tarpeeksi aikaa	Ajanpuute			
Ei huomioi itse tarpeeksi mitä tekee, <u>sä</u> vaan <u>me</u> et ja teet	Rutiininomaisuus			
Kollegoilta ehkä enemmän tukea, jos se työkaveri on sillä mielin, niin en <u>mä</u> vastaan laita	Kollegan tuki ja halukkuus käyttää			
Itsestä kiinni käyttääkö <u>kinestetiiikkaa</u> jatkossa	Oma motivaatio sitoutuminen			
Ongelmana mennä lähelle potilasta tai istua potilassängyssä (<u>vaijat ja märkvyt</u>)	<u>Potilaaseen liittyvät</u> infektiot, uloste- ja virtsankarkailu	Lähellä olemisen ja koskettamisen ongelma	Kosketus-, pisara, ilmatartunta	

Liite 10. Kuvausesimerkki kinestetikkaan liittyviä asenteiden ja oppimisen haasteiden analysoinnista

Teoriaohjaava sisällön analyysi: Työpajat, kenttäpäivä, loppukyselylomake

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä
Aluksi varautunutta	Pidättyneisyys	Epävarmuus	Ennakkoluulo uuteen asiaan	Uusi, innovatiivinen lähestymistapa kokeilemalla ja oppimalla
Osa sanoi tulleen pakotettuna	Kehotettu tulemaan			
Arkuutta olla esimerkkitalanteissa mukana	Arkuus			
Kiinnostus lisääntyi työpajojen aikana	Kiinnostus	Kiinnostuminen, halu tietää kinestetikasta lisää	Motivaatio	
Mielenkiinto on herännyt	Kiinnostus			
Osa esitti kysymyksiä, osa oli hiljaa	Kyseleminen			
Työpajojen välillä innostuneet kokeilemaan kinestetikkaa	Kokeilunhalu			
Saaneet kinestetikasta helpotusta joihinkin hoitotilanteisiin	Kinestetikka helpottanut hoitotilanteissa	Käytännössä kokeilu, hyviä tuntemuksia	Onnistumisen kokemukset	
Kinestetikka on herättänyt hyviä tuntemuksia	Hyvät tuntemukset			
Positiivisia tuntemuksia	Hyvät tuntemukset			
Haluaisin oppia lisää	Lisäoppi	Halu oppia lisää	Jatkokouluttaminen	
Kaipaavat harjoitusta lisää	Lisäharjoitus			
Olisi ollut kiva saada jotain paperista ohjetta itselle muistutukseksi	Kirjalliset ohjeet			