



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KINESTETIIKAN® HYÖDYNTÄMINEN HOITOTYÖSSÄ

Eeva Eklund

Essi Riipinen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

EKLUND EEVA & RIIPINEN ESSI:
Kinestetiikan® hyödyntäminen hoitotyössä

Opinnäytetyö 39 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Marraskuu 2017

Tuki- ja liikuntaelinvaivat ovat suuri menoerä terveydenhuoltoalalla. Hoitajien sairausloimat tuovat haastavuutta työn suunnitteluun ja sijaisten palkkaamiseen. Kinestetiikka® tuo pidemmällä aikavälillä säästöjä, koska toimintamalli säästää hoitotyössä avustavan kehoa ja vähentää näin tuki- ja liikuntaelinvaivoja. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kinestetiikkakoulutuksen hyötyjä hoitotyössä. Kinestetiikkakoulutus järjestettiin Tampereen kaupungin sairaalan kahden osaston henkilökunnalle. Tarve opinnäytetyölle tuli työelämästä, jossa hoitajilla esiintyi paljon tuki- ja liikuntaelinvaivoja. Korkeaan tuki- ja liikuntaelinvaivojen määrään haluttiin muutosta järjestämällä hoitajille kinestetiikkakoulutus. Opinnäytetyö tehtiin kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää käyttäen, ja aineisto kerättiin kyselyn avulla. Kysely lähetettiin 38 kinestetiikkakoulutukseen osallistuneelle hoitajalle. Ongelmia olivat iän ja työkokemuksen vaikutus tuki- ja liikuntaelinvaivoihin, koulutuksen hyötyjen selvittäminen hoitotyössä, koulutuksen vaikutukset tuki- ja liikuntaelinsairauksiin ja kinestetiikan hyödyntämisen selvittäminen hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa kinestetiikasta ja sen hyödyistä hoitajille ja terveysalan opiskelijoille. Opinnäytetyö tehtiin Tampereen kaupungin sairaalalle.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että kyselyyn vastanneista 26 hoitajasta yli puolella oli tuki- ja liikuntaelinvaivoja ennen kinestetiikkakoulutusta. Eniten vaivoja oli niska- ja hartiaseudulla sekä selässä. Koulutuksen jälkeen osastolla käytetty kinestetiikan toimintamalli vähensi hoitajien tuki- ja liikuntaelinvaivoja kolmasosalla. Kinestetiikkakoulutuksessa työntekijät oppivat eniten tapoja edistää potilaan omia voimavaroja ja uusia ergonomisia siirtotapoja. Kinestetiikkaa hyödynnettiin eniten potilassiirroissa ja potilaan avustamisessa vuoteessa. Lähes kaikki kyselyyn vastanneista hoitajista piti kinestetiikkakoulutusta hyödyllisenä ja yli puolet oli valmiita osallistumaan kinestetiikan lisäkoulutukseen. Kyselyn otos on pieni ja tulokset suuntaa antavia.

Seuraavaksi kinestetiikan osalta olisi mielenkiintoista selvittää kinestetiikan hyötyjä potilaan näkökulmasta, esimerkiksi miten potilas voisi osallistua hoitoonsa aikaisempaa enemmän kinestetiikan toimintamallia käyttämällä. Kinestetiikka on hoitotyössä toimiva toimintamalli. Tulosten mukaan se vähentää hoitajien tuki- ja liikuntaelinvaivoja sekä lisää potilaan omia voimavaroja. Kinestetiikkakoulutuksen käytännön harjoittelua pitäisi kyselyn vastausten mukaan lisätä suoraan osastoille.

Asiasanat: kinestetiikka, ergonomia, hoitotyö, kvantitatiivinen menetelmä

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Nursing

EKLUND EEVA & RIIPINEN ESSI:
Utilising Kinaesthetics® in Nursing

Bachelor's thesis 39 pages, appendices 5 pages
November 2017

The kinaesthetics® method is based on humans' natural movement patterns and it utilises the patient's own resources. Properly used kinaesthetics method relieves the strain inflicted to the musculoskeletal health of the nurses. The objective of this study was to find out from the nurses' point of view what are the benefits of kinaesthetics education in nursing, and whether kinaesthetics decreases musculoskeletal disorders.

This study was conducted employing a quantitative method and the data were collected by a questionnaire. The accompanying questionnaire was sent to the nurses with a cover letter explaining what they were supposed to participate in and why. The questionnaire was responded by 23 nurses and three test persons.

A total of 31 per cent of the respondents experienced that training reduced musculoskeletal disabilities and all respondents stated that they were using kinaesthetics in nursing. A total of 96 per cent felt that the training was useful in nursing but only 58 per cent would be willing to participate in additional training in kinaesthetics.

The findings indicate that older nurses have the most musculoskeletal disorders in the neck and back area. The number of working years also affected the prevalence of musculoskeletal disorders. The study supports the notion that kinaesthetics is an efficient method in nursing.

Key words: kinaesthetics, ergonomics, nursing, quantitative method

SISÄLLYS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 5 |
| 2 | TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE | 6 |
| 3 | TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT | 7 |
| 3.1 | Kinestetiikka® | 7 |
| 3.1.1 | Kinestetiikan käsitteet | 8 |
| 3.1.2 | Kinestetiikka hoitotyössä | 11 |
| 3.2 | Ergonomia hoitotyössä | 12 |
| 3.3 | Tuki- ja liikuntaelinsairaudet | 14 |
| 3.3.1 | Niska-hartiaseudun vaivat..... | 15 |
| 3.3.2 | Nivelrikko | 15 |
| 3.3.3 | Nivelreuma..... | 17 |
| 3.3.4 | Selkäsairaudet | 18 |
| 4 | TOTEUTUS | 19 |
| 4.1 | Määrällinen tutkimusmenetelmä..... | 19 |
| 4.2 | Aineistonkeruu ja analyysi..... | 20 |
| 5 | TUTKIMUKSEN TULOKSET | 21 |
| 5.1 | Iän ja työkokemuksen vaikutukset..... | 21 |
| 5.2 | Hoitajien tuki- ja liikuntaelinvaivat | 21 |
| 5.3 | Kinestetiikkakoulutus | 23 |
| 5.4 | Koulutuksen hyöty hoitotyössä..... | 24 |
| 6 | PÄÄTÄNTÄ | 27 |
| 6.1 | Tulosten tarkastelu | 27 |
| 6.2 | Eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu | 28 |
| 6.3 | Opinnäytetyön prosessin pohdinta..... | 30 |
| 6.4 | Johtopäätökset ja kehitysideat..... | 31 |
| | LÄHTEET..... | 32 |
| | LIITTEET | 36 |
| | Liite 1. Tiedonhaun taulukko | 36 |
| | Liite 2. Kyselylomake | 37 |
| | Liite 3. Saatekirje | 40 |

1 JOHDANTO

Kinestetiikka® on hoito- ja terapiatyöhön kehitetty ihmisen voimavaralähtöinen toimintamalli. Siinä hyödynnetään ympäristöä, ihmisen luonnollisia liikeratoja ja voimavaroja. (Hantikainen 2012; Heinonen 2017.) Voimavaralähtöisessä toimintamallissa pyritään löytämään liikuntakyvyttömän henkilön omat voimavarat ja lisäämään vuorovaikutusta avustajan ja avustettavan välillä (Betschon, Brach & Hantikainen 2011). Kinestetiikan tavoitteena on lisätä avustajan ja avustettavan tietoa luonnollisten liikeratojen merkityksestä päivittäisiin toimintoihin sekä ympäristön ja oman kehon hahmottamiseen. Toimintamallissa on kyse ihmisen avustamisesta, ei siirtämisestä (Hantikainen 2012).

Toimintamallissa työ tehdään avustettavan omia liikeratoja käyttämällä vähentäen hoitajan fyysistä kuormitusta ja parantaen ergonomiaa (Betschon, Brach & Hantikainen 2011). Tuki- ja liikuntaelinvaivat kuuluvat Suomessa kansantauteihin. Niitä esiintyy eniten työikäisillä ja ne ovat suuri menoerä työpaikoilla. (Puisto 2011.) Tuki- ja liikuntaelinvaivojen riskitekijöitä ovat raskas ruumiillinen työ ja toistuvat kuormitukset, joita kinestetiikalla on tarkoitus vähentää (Fringer, Huth & Hantikainen 2014; Mitkä TULE-sairaudet? 2016).

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kahden osaston henkilökunnalle järjestetyn kinestetiikkakoulutuksen hyötyjä. Aiheen opinnäytetyölle antoi Tampereen kaupunki, jolla oli tarve selvittää, onko kinestetiikkakoulutus vähentänyt hoitajien tuki- ja liikuntaelinsairauksia. Opinnäytetyötä tarkastellaan työikäisen hoitajan näkökulmasta ja sen tavoitteena on lisätä tietoa kinestetiikan hyödyistä hoitajille ja terveysalan opiskelijoille. Lisääntyneellä tiedolla voidaan vähentää tuki- ja liikuntaelinsairauksia. Opinnäytetyö on tehty kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää käyttäen. Olemme kiinnostuneita voimavaralähtöisestä toimintamallista ja työ hyödyttää meitä sairaanhoitajina hoitotyön kuormittavuuden vuoksi.

2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitajien kokemuksia heidän saamastaan kinesiikkakoulutuksesta eräällä Tampereen kaupungin sisätautiosastolla.

Opinnäytetyön ongelmat

1. Onko iällä ja työkokemuksella vaikutusta tuki- ja liikuntaelinvaivojen esiintyvyyteen?
2. Onko koulutuksesta ollut hyötyä?
3. Onko koulutus vähentänyt tuki- ja liikuntaelinsairauksia?
4. Kuinka paljon kinesiikkaa hyödynnetään hoitotyössä?

Tavoitteena on lisätä tietoa kinesiikasta ja sen hyödyistä hoitajille ja terveysalan opiskelijoille. Lisääntyneellä tiedolla voidaan vähentää tuki- ja liikuntaelinsairauksia.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Teoreettisiksi lähtökohdiksi valikoituivat käsitteet kinestetiikka, ergonomia ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet (kuvio 1). Niitä tarkastellaan yleisesti sekä hoitotyön näkökulmasta. Käsitteet tarkentuivat työelämäpalaverissa ja tiedonhaun aikana. Liitteenä tiedonhaun taulukko (Liite 1).



KUVIO 1. Opinnäytetyön käsitteet

3.1 Kinestetiikka®

Sana kinestetiikka tulee kreikankielisistä sanoista *kinesis* eli liike ja *aesthetic* eli arvostus (Maietta-Hatch Kinaesthetics 2007). Kinestetiikan ovat kehittäneet amerikkalaiset tanssikoreografi Maietta ja käyttäytymistieteilijä Hatch. Heidän tavoitteenaan oli selvittää, miten ihmisen keho parhaiten vastaanottaa viestejä ja miten eri kehot voivat kommunikoida keskenään. Kinestetiikan toimintamallia työssään toteuttaneet hoitajat kehittivät sitä vielä enemmän hoito- ja terapiatyöhön sopivaksi Italiassa, Sveitsissä ja Saksassa. Toimintamallia on toteutettu vuoden 1990 alusta, mutta Suomeen se saapui vasta 1997 Sveitsistä Hantikaisen tuomana. (Hantikainen 2012; Heinonen 2017.)

Kinestetiikka on kuntoutumista tukeva ja toimintakykyä ylläpitävä voimavaralähtöinen toimintamalli, jossa liike on tärkeintä. Ilman liikettä ihminen ei pysty hahmottamaan ympäristöään tai itseään, eikä toteuttamaan perustoimintojaan. Kinestetiikka perustuu ihmisen omien aistitoimintojen ja luonnollisten liikemallien mahdollisimman laajaan hyödyntämiseen avustustilanteissa, kunnioittavaan kohtaamiseen sekä näiden merkityksen oppimiseen ja itsehillintään. Kinestetiikassa on keskeistä kommunikoida liikkeen ja kosketamisen avulla. Tämän vaikutuksesta tapahtuva ihmisen liikkuminen on selkeästi strukturoitavissa, muutettavissa ja opittavissa. Toimintamallia käytettäessä pohditaan, kuinka suuri osa ihmisen liikkumisrajoituksista johtuu itse sairaudesta tai tavasta, jolla häntä avustetaan. (Hantikainen 2012; Suomen kinestetiikkayhdistys ry 2016a-b.)

3.1.1 Kinestetiikan käsitteet

Kinestetiikkaa voidaan tarkastella kuuden käsitteen näkökulmasta (kuvio 2). Käsitteet ovat ihmisen liikkeessä mukana, ja ne auttavat ihmistä luokittelemaan sekä tutkimaan omaa liikettään. Käsitteitä ovat vuorovaikutus, toiminnallinen anatomia, ihmisen liikkuminen, voima, ihmisen toiminnot ja ympäristö. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 10; Fringer, Huth & Hantikainen 2014; Fringer, Huth & Hantikainen 2015.)



KUVIO 2. Kinestetiikan käsitteet Hantikaisen ja Lappalaisen (2011) mukaan

Vuorovaikutus on pohja kinestetiikan käsitteille. Kun vuorovaikutus on laadukasta avustajan ja avustettavan välillä, tiedon vastaanotto, sen ymmärtäminen ja käyttö ovat optimaalisella tasolla. Vuorovaikutuksen on tarkoitus olla yhteistyötä avustajan ja avustettavan välillä, joten avustettavan tulisi ymmärtää, mitä hänelle ja hänessä itsessään tapahtuu. Vuorovaikutusta voidaan tarkastella kinestetiikassa aistitoimintojen, liikkeen elementtien ja vuorovaikutusmallien avulla. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 11.)

Aistien avulla ihminen muodostaa ympäröivästä maailmasta ja itsestään omat käsityksensä (Burakoff 2017). Kinestetiikassa tärkein aisti on kinesteettinen aisti eli liikeaisti. Sen avulla ihminen pystyy hahmottamaan liikkeen kehossa ja ympäristön, jossa toimii. Kinesteettisen aistin avulla mahdollistetaan samalla kosketuksen ja kivun aistiminen. Vuorovaikutuksessa kinesteettisen aistin vahvistaminen tapahtuu koskettamisen avulla, jolloin avustettava reagoi saamaansa kosketukseen. Liikkeen elementeissä liike muodostuu tilasta, voimasta ja ajasta. Liikkeen elementtejä muokkaamalla mahdollistetaan avustettavan osallistuminen toimintaansa ja hallinta omassa liikkeessään. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 12-15.)

Aisteja ja liikkeen elementtejä käyttäen muodostuu kolme vuorovaikutusmallia. Yksisuuntaisessa mallissa avustaja suorittaa toiminnon avustettavan puolesta eli määrittää tilan, ajan ja voiman käytön. Vuorottelevassa mallissa avustettavaa tuetaan niillä osa-alueilla, joilla tämä selkeästi tarvitsee apua. Avustajalta tarvitaan kykyä hyödyntää ja havainnoida avustettavan voimavaroja. Samanaikainen malli tarkoittaa avustettavan ja avustajan samanaikaisesti tapahtuvaa toimintaa ja reaktiota. Vuorovaikutusmallista riippumatta tulee aina ottaa huomioon avustettavan oikea avun tarve. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 18-19.)

Toiminnallisella anatomialla autetaan ymmärtämään ihmisen liikkumista. Sitä havainnoidaan luiden, lihasten, kehonosien ja nivelien avulla. Ihmisen kehon toimintojen ja rakenteen ymmärtäminen mahdollistaa ihmisen avustamisen liikkuvana yksilönä. Toiminnallista anatomiaa tarkastellaan luiden ja lihasten, kehonosien ja liiketilojen sekä kehon hahmottamisen ja hallinnan avulla. (Hantikainen & Lappalainen, 21.)

Kehon liikuttamisesta tulee kevyempää, kun luusto kantaa kehon painon ja jakaa sen tukipinnoille. Lihasten avulla liikutetaan luita ja kehoa sekä mahdollistetaan painon siirtyminen. Lihäsännitystä välttämällä edistetään lihasten kykyä tuottaa liike. Avustettavan kehon luiden ja lihasten hyödyntämisellä vältetään kantamiselta ja nostamiselta. Avustustilanteissa on tärkeää koskea avustettavaa luisille alueille, kuten kyynärpäähän, lonkkaan, otsaan tai takaraivoon, koska ne antavat paremman tuen ja avustettavan painonsiirto on miellyttävämpää. Kehon osia ja niiden liiketiloja huomioimalla mahdollistetaan avustettavan oma liikkuminen. Kehonosiin kuuluu seitsemän osa-aluetta: jalat, lantio, rintakehä, käsivarret ja pää. Liiketilat muodostuvat liikealueista, joita ovat lonkkanivelet, vyötärö, olkanivelet ja kaula. Ne yhdistävät kehonosat toisiinsa. Avustajan otteen ollessa kehonosilla liikkeen hallinta on helpompaa ja avustettava tuntee paremmin liikkeen suunnan. Toiminnalliseen anatomiaan kuuluu myös kehon hahmottaminen ja hallinta. Avustettavan liikkeen suuntien ja painonsiirron huomioiminen on tärkeää, jotta liikkeen suorittaminen onnistuu. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 22-30; Kinestetiikan kurssitarjonta 2017.)

Ihmisen liikkuminen on yksilöllistä, joten avustajan on tärkeää huomioida avustettavan omat liikemallit. Liikemalleja ovat yhdensuuntainen eli yhden akselin suuntainen liike sekä spiraalinen eli kolmen akselin suuntainen liike. Yhdensuuntaisessa liikkeessä ihminen käyttää ojennusta ja koukistusta, jolloin kehonosat yhdistyvät toisiinsa. Spiraalisessa

liikkeessä paino siirtyy useaan eri suuntaan, jolloin liikkeessä käytetään koukistusta, kiertoa ja ojennusta. Kiertoliikkeessä painoa voidaan siirrellä puolelta toiselle vaivattomasti, jolloin voimankäytön ei pitäisi lisääntyä. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 34.)

Voima ymmärretään yleensä määrällisenä, mutta kinestetiikan yhteydessä sillä tarkoitetaan laadullisia ominaisuuksia eli vetoa ja työntöä. Voiman saamiseksi minimiin tarvitaan ymmärrystä vedon ja työnnön vaikutuksista ihmisen toimintoihin. Työnnön ja vedon avulla kehoon muodostuu jännitysverkko, jolloin liike onnistuu paremmin. Apuvälineiden ja tukipintojen optimaalisella käytöllä lisätään avustettavan omatoimisuutta tarvittaessa sanallisia ohjeita käyttäen. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 38.)

Kinestetiikassa ihmisen toimintoja tarkastellaan ihmisen perusliikkumisen, perusasentojen, paikallaan suoritettavien toimintojen ja siirtymisen avulla. Pohjan päivittäisille toiminnoille luovat kyky pysyä hyvässä asennossa, siirtyminen asennosta toiseen ja eri asentojen hyödyntäminen siirtyessä toiseen paikkaan. Ihmisen perusasentojen avulla paino jakautuu tukipinnoille ja asennossa pysyminen vaatii painovoiman vuoksi tietynlaista keuhonhallintaa. Perusasentoja ovat selinmakuu, kyynärnoja, istuma-asento, konttausasento, toispolvisoisonta, käyntiseisonta ja tasajalkaseisonta. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 41-42.)

Ympäristö yhdistää kaikki kinestetiikan kuusi käsitettä yhteen. Kaikki toiminnot suoritetaan jossakin ympäristössä, jolloin ympäristö voi rajoittaa tai tukea avustamistilannetta ja avustettavaa. Ympäristöön kuuluu tila, jossa avustaminen tapahtuu, sekä käytettävät apuvälineet ja avustaja. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 47.)

3.1.2 Kinestetiikka hoitotyössä

Kinestetiikka ei ole pelkästään potilaan avustamiseen kehitetty toimintamalli vaan se koskettaa myös hoitajia ja potilaan omaisia. Sen tavoitteena on vähentää hoitotyössä avustajan fyysistä kuormitusta, lisätä mielenkiintoa työtä ja potilasta kohtaan sekä hyödyntää potilaan ja avustajan voimavaroja. Kaikki kinestetiikan periaatteet ovat sovellettavissa hoidollisissa toiminnoissa, kuten potilaan avustamisessa pyörätuoliin sekä muissa päivittäisissä toiminnoissa. (Suomen kinestetiikkayhdistys ry 2016b; Heinonen 2017.)

Suomessa on neljä kinestetiikan sertifikaatin saanutta hoitoyksikköä. Ne ovat Uudenkaarlepyyn sairaskoti, Kuusamon Katrinkoti, Palvelutalo Pihapihlaja ja Sastamalan Tupa-hoiva. Sertifikaatti tarkoittaa hoitoyksikön olevan laatuyksikkö kinestetiikan ja palveluidensa puitteissa liittyen työilmapiiriin ja työyhteisön toimintaan, organisaatioon sekä omaisiin ja asiakkaisiin. Kinestetiikan laatua valvoo Kinestetiikkayhdistys ry. (Suomen kinestetiikkayhdistys ry 2016c; Suomen kinestetiikkayhdistys ry 2017.) Suomessa kinestetiikkaa on alettu ensimmäisen kerran opettaa opetussuunnitelman puitteissa vuonna 2012 (Hantikainen 2012; Suomen kinestetiikkayhdistys ry 2016d).

3.2 Ergonomia hoitotyössä

Ergonomia tulee kreikankielisistä sanoista *ergo* eli työ ja *nomos* eli laki, ja siitä on tehty useita määritelmiä (Tamminen-Peter ym. 2007, 13). Se voidaan jakaa kolmeen eri osa-alueeseen. Ensimmäinen on fyysinen ergonomia, joka tarkoittaa fyysisen toiminnan sopeuttamista ihmisen anatomisiin ja fysiologisiin ominaisuuksiin. Tämä näkyy käytännössä työvälineiden suunnittelussa. Toinen osa-alue on kognitiivinen ergonomia, joka keskittyy järjestelmien sopeuttamiseen vastaamaan ihmisen tiedonkäsittelyn ominaispiirteitä. Tämä ilmenee näyttöjen ja ohjainten esittämistapojen suunnittelussa. Viimeinen eli kolmas osa-alue on organisatorinen ergonomia. Se keskittyy teknisen ja sosiaalisen järjestelmän yhteensovittamiseen. Tämä näkyy muun muassa työaikasuunnittelussa. Ergonomia kuvaa siis ihmisen, ympäristön ja teknologian välistä suhdetta ja pyrkii tuomaan tasapainoa niiden välille. (Paul 2012; Suomen ergonomiayhdistys 2017.)

Ergonomia on tieteenala, joka tarkastelee ihmisen ja toimintajärjestelmän välistä vuorovaikutusta. Tieteenalan tavoitteena on tutkia ja kehittää ihmisen hyvinvoinnin ja toimintajärjestelmän yhteensovittamista toisiinsa. Ergonomian yksi tärkeimpiä tehtäviä on sopeuttaa työ, työvälineet ja työympäristö ihmisen tarpeisiin. Tämän avulla parannetaan ihmisen turvallisuutta, terveyttä, hyvinvointia sekä tehokasta toimintaa. (Suomen ergonomiayhdistys 2017.)

Hoitotyö on muuttunut vuosien kuluessa ja on nykyään kuormittavampaa kuin ennen. Ergonomia korostuu hoitotyössä ja sen avulla pystytään vaikuttamaan monien sairauksien ehkäisemiseen ja sairaslomien esiintyvyyteen. Yleisimpiä ovat tuki- ja liikuntaelimiin kohdistuvat vaivat. Näihin pystyy vaikuttamaan ergonomisilla työskentelytavoilla, jotka korostuvat potilaan nosto- ja siirtotilanteissa. (Tamminen-Peter ym. 2007, 14-16; Paul 2012.)

Työaikasuunnittelu on tärkeä osa ergonomian toteutumista aloilla, joilla käytetään työntekijää kuormittavaa jakso- eli vuorotyötä (Tuuli 2017, 10). Tämä pystytään toteuttamaan suunnittelemalla hoitajien työvuorot yksilöllisesti ja toteuttamalla ergonomista työaika-järjestelmää. Ergonomisella työaika-järjestelmällä tuetaan työntekijän luonnollista vuorokausirytmää, joka edistää työntekijän hyvinvointia, levon riittävyyttä ja palautumista. (Epäsäännöllinen työaika ja vuorotyö 2012.)

3.3 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet eli tule-sairaudet ovat yleisiä suomalaisilla. Jopa yli miljoona ihmistä sairastaa jotakin tuki- ja liikuntaelinsairautta. Tule-sairauksille on tyypillistä, että ne kehittyvät pitkän ajan kuluessa. Myös perimä ja ympäristötekijät vaikuttavat niiden syntyyn. Hyvillä elintavoilla ja riskitekijöitä minimoimalla pystyy välttämään tule-sairauksien syntymistä ja etenemistä. Riskitekijöitä ovat esimerkiksi ylipaino, tupakointi, vähäinen liikunta, raskas ruumiillinen työ ja toistuvat kuormitukset. (Lemo ym. 2012; Mitkä TULE-sairaudet? 2016.)

Tuki- ja liikuntaelinsairauksiin kuuluvat nivelsairaudet, osteoporoosi, selkäsairaudet, niska-hartiaseudun vaivat, murtumat ja tapaturmat (Mitkä TULE-sairaudet? 2016). Hoitajien työn kuormittavuuden vuoksi tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat lisääntyneet. Potilaan avustamistilanteissa hoitaja joutuu yleensä käyttämään työasentoa, joka ei ole hänelle itselleen hyväksi. Tämä johtaa pidemmällä aikavälillä niska-hartiaseudun vaivoihin sekä lanneselän ja nivelten sairauksiin. Hoitotyössä tehtävät kierto- ja jaloille kohdistuva kuormitus lisää rasitusta alavartalolla, jonka vuoksi hoitotyön tekijöillä korostuvat polven ja lonkan nivelrikot. (Bäckmand & Vuori 2010, 8-9; Choi & Brings 2016.)

3.3.1 Niska-hartiaseudun vaivat

Niska-hartiaseudun vaivat kohdistuvat nimensä mukaan anatomisesti niska- ja hartiaseudun alueelle. Vaivat ovat yleensä lyhytaikaisia, mutta monilla ne ovat myös toistuvia. Niskakipu voi johtua monista eri syistä, esimerkiksi lihasjännityksestä, tai se voi olla osa suurempaa kipukokonaisuutta. Kipu voi myös johtua purentalihasten toimintahäiriöstä tai se voi liittyä päänsärkyyn. Niskakipua pahentaa huonot fyysiset asennot ja työskentely käsien ollessa kohoasennossa. Niskakipu säteilee useasti hartioiden alueella. (Bäckmand & Vuori 2010, 98-101.)

Hoitajilla niska- ja hartiaseudun vaivat voivat lisääntyä työn kuormittavuuden ja tietokoneella olemisen vuoksi. Hartiat ovat toiminnassa koko työpäivän ajan, minkä vuoksi ne kuormittuvat enemmän kuin muut kehon osat. Työasennolla ja potilaiden siirtotekniikoilla on vaikutusta niskan ja hartiaseudun vaivoihin. Esimerkiksi potilaan sängyn korkeus vaikuttaa käsien liikkeeseen ja näin myös hartioiden lihaksiin. (Niska-hartiaseudun vaivat 2017.)

3.3.2 Nivelrikko

Nivelsairauksista yleisimpiä ovat Suomessa nivelrikko ja nivelreuma. Myös muut sairaudet, kuten kihti, selkärankareuma ja psoriasis, aiheuttavat ongelmia nivelissä. Tämän vuoksi diagnosointi vie aikaa, ja on tärkeää katsoa sairauden kokonaiskuvaa. Nivelsairauksille yleisiä oireita ovat rasituksessa ilmenevä kipu, arkuus ja särky. Jos nivel on tulehtunut, voi edellä mainittujen oireiden lisäksi ilmetä myös kuumotusta ja turvotusta. Niveleen voi myös syntyä bakteeritulehdus, joka ilmenee vuorokauden tai tuntien aikana tulevana kipuna ja turvotuksena. Bakteeritulehdus esiintyy yleensä polven nivelessä, mutta on myös mahdollinen muissa nivelissä. Nivelen äkillinen kipu ja turvotus voi johtua tulehduksen etenemisestä. Tulehduksen eteneminen voi aiheuttaa niveleen vaurion. (Nivelsairaudet 2017.)

Nivelrikko on krooninen sairaus, jolle on tyypillistä nivelruston häviäminen nivelpinnalta ja rustopinnan rikkoutuminen. Tämä näkyy röntgenkuvassa nivelraon kaventumisena. Nivelriikon patofysiologiaa eli syntyä ei tiedetä tarkalleen. Tutkimusten perusteella voidaan

kuitenkin osoittaa, että nykyajan poikkeava mekaaninen kuormitus ja nivelen rasitus saavat aikaan biokemiallisen tapahtumasarjan, joka johtaa lopulta kipuun ja nivelvaurioon. (Bäckmand & Vuori 2010, 116.)

Nivelrikon riskitekijöitä ovat ylipaino, ikääntyminen, perimä, nivelvammat ja liian kuormittava työ. Myös virheasennot ja nivelten kehityshäiriöt voivat edistää nivelrikon syntymistä. Näistä riskitekijöistä voidaan eniten vaikuttaa ylipainoon, työkuormitukseen ja vammoihin. Jopa viiden kilon laihtuminen vähentää polven nivelrikon ilmaantuvuutta 50 prosentilla. Työtehtävissä tulisi välttää jatkuvaa kyykistelyä ja painavien tavaroiden nostelua, jotta nivelen ylikuormittuminen saataisiin vältettyä. Tärkeää on kuitenkin muistaa, ettei arkiliikunta vaikuta nivelrikon syntyyn, jos nivelessä ei ole vammaa. (Bäckmand & Vuori 2010, 117-118.)

Nivelrikko todetaan potilaan oireiden, kliinisen tutkimuksen ja röntgenkuvien perusteella. Diagnoosin tekeminen ei vaadi yleensä erikoislääkärin lausuntoa, vaan sen voi myös tehdä yleislääkäri esimerkiksi terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa. Nivelrikon yleisin oire on nivelen kipu. Nivelen rahina ja ulospäin näkyvät muutokset ovat diagnosointivaiheessa yleisiä, koska nivelrikko on voinut edetä jo pidemmälle. Ulospäin näkyvät muutokset ovat nivelen paksuuntuminen ja asentovirhe. Diagnoosia tehdessä on mahdollista, ettei oirekuva ja tutkimuksen löydökset aina kohtaa. Röntgenkuvissa voi esimerkiksi näkyä muutosta nivelen pinnassa, mutta potilaalla ei esiinny oireita. On myös mahdollista, ettei röntgenkuvissa näy muutosta, vaikka oireet viittaisivat selkeästi nivelrikkoon. (Bäckmand & Vuori 2010, 118-119; Nivelrikko 2010.)

Nivelrikko kuuluu niihin sairauksiin, joita ei pystytä parantamaan, joten hoitona käytetään oireita lievittäviä hoitomuotoja. Hoidon tavoitteena on kivun hallinta, oireiden lieventäminen ja sairauden pahenemisen estäminen. Toimintakyvyn ylläpitäminen eli sopivan liikunnan jatkaminen ja terveellisten elämäntapojen ylläpitäminen on myös tärkeä osa hoitoa. Nivelrikon hoito toteutetaan perusterveydenhuollossa, lukuun ottamatta erotusdiagnoosia ja kirurgista hoitoa vaativia tautimuotoja. Elämäntavoilla pystyy vaikuttamaan nivelrikon syntyyn ja etenemiseen, minkä vuoksi lääkehoito tulee toisena hoitovaihtoehtona. Ensisijainen lääkehoito on parasetamoli ja sen jälkeen tulehduskipulääkkeet. Yhtenä lääkevaihtoehtona on myös glukokortikoidi-pistoshoito suoraan niveleen. Paikallisesti kylmähoito vähentää kipua ja turvotusta nivelen alueella. (Bäckmand & Vuori 2010, 119-120.)

3.3.3 Nivelreuma

Nivelreuma on nivelrikon tapaan krooninen sairaus. Suomessa nivelreuma on hyvin yleinen, vuosittain jopa 1700 kansalaista sairastuu siihen. Tuntemattomasta syystä nivelreuma on naisilla kaksi kertaa yleisempi kuin miehillä. (Nivelreuma 2017.) Nivelreuma kuuluu autoimmuunisairauksiin, joissa elimistön torjunta kohdistuu omiin kudoksiin (Mustajoki 2015). Sen vuoksi nivelreuman aiheuttajaa ei tiedetä varmaksi. Kuitenkin tiedetään, että nivelreumassa tulehdussolut ja niistä erittyvät aineet vahingoittavat nivelkalvoa. Tulehdussolujen syntytapaa ei tiedetä, mutta yksi mahdollisuus on, että bakteerien tai virusten ainesosia esiintyy nivelkalvolla. Tutkimusten perusteella jotkut tekijät lisäävät riskiä sairastua nivelreumaan. Tupakka on miehillä riskitekijä, mutta naisilla tupakan ja nivelreuman yhteyttä ei ole pystytty todistamaan. Nivelreuman syntyä voivat edistää psyykkiset tekijät, kuten stressi, sekä infektiot ja nivelten vammat. Nivelreuman ei ole todettu olevan periytyvä sairaus. (Mustajoki 2015; Nivelreuma 2017.)

Nivelreuman oireet ovat samanlaiset kuin nivelrikossa. Nivelreumalle on kuitenkin tyypillisempää, että oireet alkavat vähitellen ja ovat yleensä alussa lieviä. Oireisiin kuuluu sormien jäykkyys ja arkuus, sekä yleiskunnon lasku ja väsymys. Sairauden edetessä särky voi lisääntyä ja lopulta siitä tulee yleinen oire. Nivelessä oleva tulehdus voi aiheuttaa nivelen punoitusta ja kuumotusta. (Mustajoki 2015; Nivelreuma 2017.)

Nivelreuma todetaan oirekuvan perusteella ja laboratoriotutkimuksilla. Laboratoriotutkimuksia ovat veren lasko, eli veren solujen laskeutumisenopeus ja S-CCPAb, eli sitrulliiniivasta-aineet. Sitrulliiniivasta-aineet antavat tarkan tulokset reumatekijöistä verestä. Kokeet eivät kuitenkaan aina anna sataprosenttista tulosta, koska joillakin potilailla reumatekijä voi näyttää normaalia tulosta. (Mustajoki 2015.)

Varhaisella puuttumisella voidaan ehkäistä sairauden etenemisen (Gary & Owens 2011). Diagnoosinnan jälkeen aloitetaan neljän lääkkeen perushoito. Hoidon tavoitteena on parantaa nivelissä oleva tulehdusreaktio. Ensimmäisenä lääkkeenä käytetään solunsalpaaja metotreksaattia, joka annostellaan kerran viikossa otettavaksi ja toisena lääkkeenä käytetään kortisonia, joka annostellaan pienenä määränä suun kautta otettavana. Kortisonia voidaan antaa myös pistoksena suoraan niveleen. Kaksi muuta lääkeainetta ovat sulfasalatsiini ja hydroksiklorokiini. Nämä lääkkeet estävät tulehdusta sekä tappavat bakteereja. Edellä mainitut lääkkeet auttavat suurinta osaa potilaista, mutta jotkut potilaat tarvitsevat

tehokkaamman hoidon biologisilla lääkkeillä. Biologiset lääkkeet ovat hinnaltaan kalliimpia, mutta niiden on todettu olevan myös erittäin tehokkaita. Nämä lääkkeet tehoavat vaikeissa reumatapauksissa. Kipulääkkeet kuuluvat olennaisesti nivelreuman hoitoon. Turvallisin kipulääke on parasetamoli, joka riittää useasti kivun hoidon lääkkeeksi. Lääkehoitona on myös mahdollista käyttää tulehduskipulääkkeitä, mutta niillä voi olla enemmän haittavaikutuksia kuin muilla lääkkeillä. (Gary & Owens 2011; Mustajoki 2015.)

3.3.4 Selkäsairaudet

Selkäsairaudet ovat yleinen vaiva suomalaisilla. Selän kipu ilmenee yleisimmin alaselän alueella, mikä johtuu useasti lihasten supistumisesta eli jännityksestä. Lihasten jännityksen taustalla voi olla myös nikamien tai pikkunivelten kulumat. (Saarelma 2017a.) Selän alueen kivun voi aiheuttaa myös välilevyyn tuleva pullistuma eli tyrä, joka johtuu nikamien välilevyn rappeutumisesta. Pullistuma puristaa selkäydinhermoja, mikä saa hermon ärtymään. Kipu säteilee lanneselän alueelle ja sen kautta iskiashermoon. Kivun lisäksi alarajoissa voi tuntua pistelyä, tunnottomuutta ja lihasheikkoutta. Pitkittyneen iskiaskivun syynä voi olla ahtauma selkäydinkanavassa. (Saarelma 2017b.)

Lähes kaikki välilevynpullistumat paranevat itsestään hitaasti. Paranemisen rinnalla voi käyttää kipua lieventäviä lääkkeitä, kuten parasetamolia, ja tarvittaessa tulehduskipulääkkeitä. Kivun aikana on tärkeä ylläpitää toimintakykyä mahdollisuuksien mukaan eikä jäädä vuodelepoon. (Saarelma 2017b.)

4 TOTEUTUS

4.1 Määrällinen tutkimusmenetelmä

Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän juuret ovat luonnontieteissä. Sen keskeisiä asioita ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, käsitteiden määrittely, hypoteesien eli olettamuksien esittäminen, aiemmat teorit, aineiston keruun suunnitelmat, tutkimukseen osallistuvien henkilöiden valinta, aineiston analysointi ja tulosten kuvailu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 132-134, 139-140.)

Opinnäytetyö on määrällinen. Menetelmää käytetään sosiaali- ja terveysalalla, koska sillä pystytään tutkimaan suuria ihmisjoukkoja. Se kuvaa muuttujan eli mitattavan ominaisuuksien välisiä suhteita ja niiden eroja (Vilka 2007, 13). Menetelmän valintaan vaikutti työelämän tarve opinnäytetyölle ja kinestetikkakoulutukseen osallistuneiden hoitajien määrä.

4.2 Aineistonkeruu ja analyysi

Kysely on tavallisin tapa kerätä määrälliseen tutkimukseen aineistoa, minkä vuoksi se on tärkeä osa tutkimusta (Vilka 2015, 94). Kysely (Liite 2) lähetettiin hoitajien työ sähköpostiin, jolloin kaikilla vastaajilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn työajalla (Vilka 2015, 95). Kyselylomakkeen mukana hoitajille lähetettiin saatekirje (Liite 3), jossa selitettiin mihin he vastasivat, miksi oli tärkeä vastata ja mihin kyselyllä pyrittiin. Kyselylomake sisälsi 25 kysymystä. Tarkoituksena oli selvittää iän ja työkokemuksen vaikutusta tuki- ja liikuntaelinvaivoihin, kartoittaa koulutuksen hyötyjä, selvittää oliko koulutus vähentänyt tuki- ja liikuntaelinsairauksia ja kuinka paljon kinestetiikkaa hyödynnettiin hoitotyössä.

Kyselylomake muodostui suljetuista ja avoimista kysymyksistä. Ne oli jaettu opinnäytetyön ongelmien mukaan. Kysymyksissä 1–2 vastattiin ongelmaan iän ja työkokemuksen vaikutuksesta tuki- ja liikuntaelinvaivoihin ja kysymyksissä 3–9 ongelmaan koulutuksen hyödyistä työntekijöille. Kysymykset 10–14 vastasivat ongelmaan koulutuksen vaikutuksista työntekijöiden tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Loput kysymykset, 15–25, vastasivat ongelmaan kinestetiikan hyödyntämisestä hoitotyössä. Tällä jaolla haettiin järjestelmällisyyttä ja yhtäläisyyttä opinnäytetyön ongelmien kanssa.

Täysin suljettuja kysymyksiä, joihin on ennalta päätetyt vastaukset, kutsutaan strukturoiduksi kysymyksiksi. Niissä vastaajalle on annettu vain tietyt vastausvaihtoehdot eikä omalle kirjoitukselle ole tilaa. Lomakkeessa käytettiin myös puolistrukturoituja kysymyksiä, joissa ennalta päätettyjen vastausten rinnalla oli "jos muuta, mitä?"-vastausvaihtoehto. Tähän vastaaja sai itse vastata kysymyksen mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72-77.)

Tulosten analysointi tehtiin IBM SPSS Statistics -ohjelmalla. Sähköpostin linkissä tehtyjen kyselyiden vastaukset saimme helposti SPSS-ohjelmaan, mutta paperisten versioiden vastaukset jouduimme itse viemään ja kirjoittamaan ohjelmaan. Sen vuoksi olimme varanneet analysoimiseen aikaa. SPSS eli Statistical Product and Service Solutions on tilasto-ohjelma, johon saa itse syöttää tietoja, mutta myös tuoda valmista tilastoa. Sen kautta saimme koota eri vastaukset ja pääsimme vertaamaan tietoja ristiin ja analysoimaan tulosta eri näkökulmista. (Gustafsson 2013.)

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset esitetään ongelmien mukaisessa järjestyksessä. Ensimmäinen ongelma selvitti, oliko ikä ja työkokemus vaikuttanut tuki- ja liikuntaelinvaivojen esiintyvyyteen. Toisessa ongelmassa selvitettiin, oliko koulutuksesta ollut hyötyä hoitotyön työntekijöille. Kolmas ongelma kartoitti, oliko koulutus vähentänyt hoitajien tuki- ja liikuntaelinsairauksia. Neljännessä ongelmassa selvitettiin, kuinka paljon kinestetiiikkaa hyödynnetään hoitotyössä. Vastauksia kyselyyn saatiin yhteensä 26, johon sisältyy kolme kyselyn testaajaa.

5.1 Iän ja työkokemuksen vaikutukset

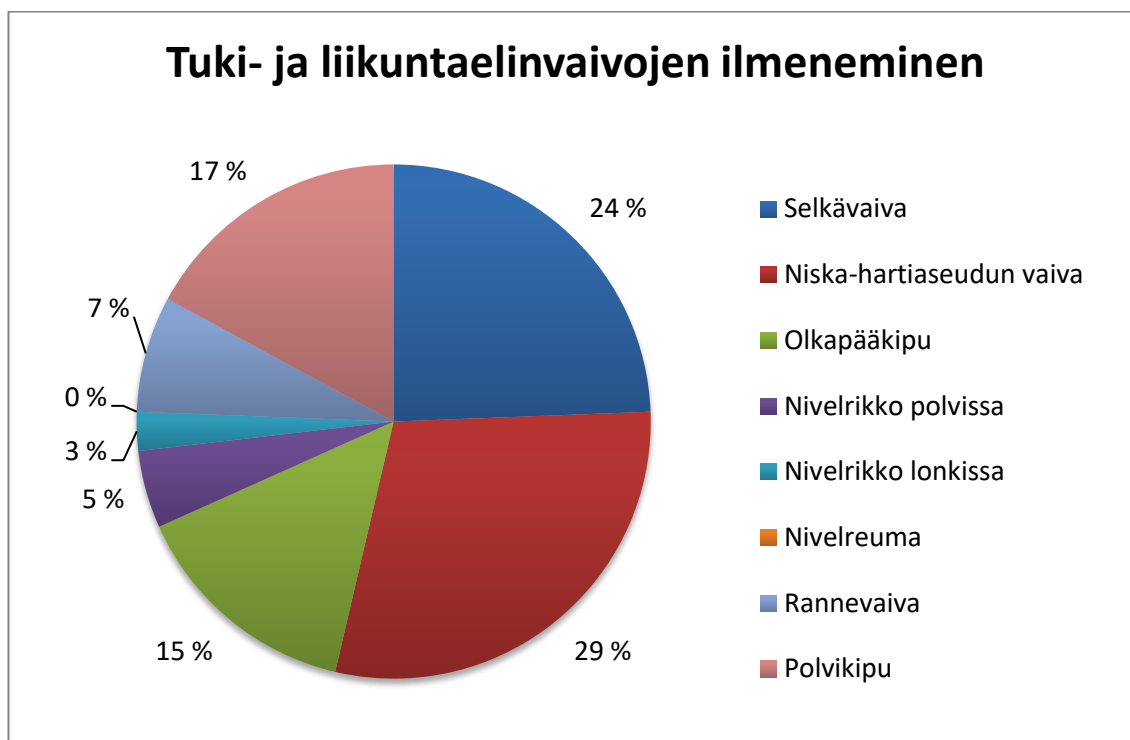
Ensimmäisessä kysymyksessä selvitettiin vastaajan ikä. Tällä kartoitettiin iän vaikutusta tuki- ja liikuntaelinvaivoihin. Vastaajista alle 25-vuotiaita oli neljä prosenttia (n=1), 26–34 vuotiaita oli 27 prosenttia (n=7), 35–44 vuotiaita oli 15 prosenttia (n=4) ja 45–54 vuotiaita 23 prosenttia (n=6). Yli 55-vuotiaita vastaajista oli enemmistö eli 30 prosenttia (n=8).

Työkokemusta selvitettiin kyselyn toisessa kysymyksessä, jotta selviäisi vaikuttiko pidempi työura tuki- ja liikuntaelinvaivojen esiintyvyyteen. Vastaajista 15,5 prosentilla (n=4) oli työkokemusta 0–3 vuotta, 4–9 vuoden työkokemus oli 15,5 prosentilla (n=4) hoitajista ja 10–15 vuoden työkokemus 19 prosentilla (n=5) hoitajista. Vastaajista 50 prosentilla (n=13) oli työkokemusta yli 16 vuotta.

5.2 Hoitajien tuki- ja liikuntaelinvaivat

Tuki- ja liikuntaelinvaivojen ilmenemiseen vastattiin kysymyksissä 3–9. Kysymyksillä haettiin vastausta toiseen ongelmaan eli onko koulutuksesta ollut hyötyä hoitotyön työntekijöille. Kysymyksessä kolme vastaajalta kysyttiin harrastaako hän liikuntaa. Vastausvaihtoehtoja oli kolme. Vastaajista 38,5 prosenttia (n=10) vastasi ”satunnaisesti” ja 61,5 prosenttia (n=16) ”säännöllisesti”. Vastaajista kukaan ei vastannut ”en ollenkaan”.

Neljäs kysymys selvitti, oliko vastaajalla ollut tuki- ja liikuntaelinvaivoja. Kysymykseen vastasi 69 prosenttia (n=18) ”Kyllä” ja 31 prosenttia (n=8) vastasi ”Ei”. Jos vastaaja vastasi ”Ei”, siirtyi hän suoraan kysymykseen 11. Viides kysymys selvitti millaisena tuki- ja liikuntaelinvaiva oli ilmennyt. Vastausvaihtoehtoja oli kahdeksan (kuvio 3).



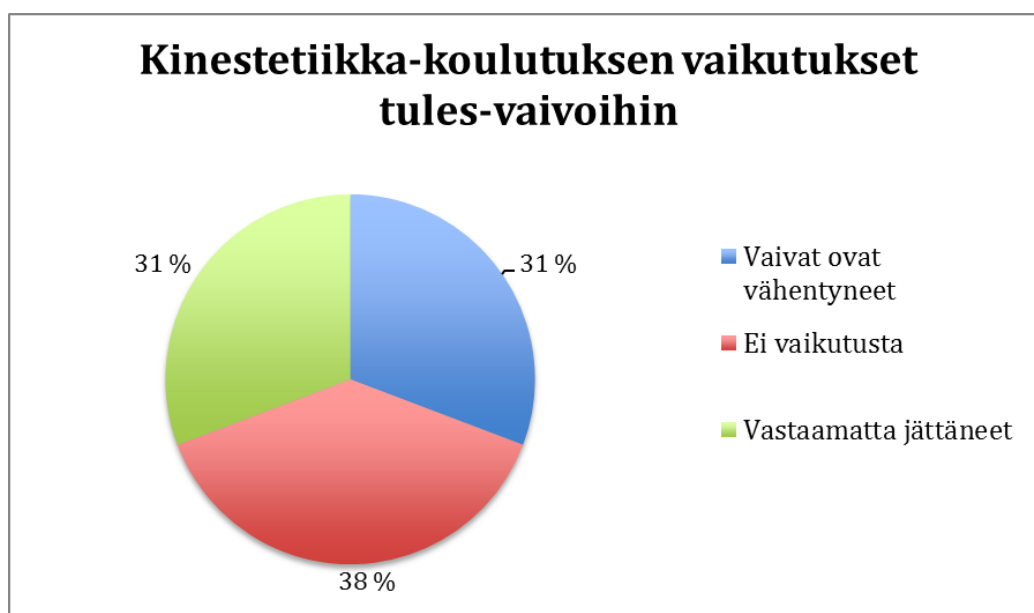
KUVIO 3. Tuki- ja liikuntaelinvaivojen ilmenemismuodot

Viidennen kysymyksen lopussa oli puoli strukturoitu kysymys ”jos muuta, mitä?”. Tähän kysymykseen oli kaksi vastausta, jotka olivat ”ajoittain särkynä” ja ”nilkkakipuna”. Kuudes kysymys selvitti kuinka kauan vaivaa oli jatkunut. Vastaajista kahdeksalla prosentilla (n=2) vaivaa oli jatkunut alle vuoden, 42 prosentilla (n=11) vastanneista vaivaa oli ollut alle viisi vuotta ja 19 prosentilla (n=5) vaivaa oli ollut yli viisi vuotta. Vastaajista kahdeksan ei vastannut kysymykseen ollenkaan. Seitsemäs kysymys selvitti, oliko vaiva jatkuvaa vai ajoittaista. Vastaajista 12 prosentilla (n=3) vaiva oli ollut jatkuvaa ja 62 prosentilla (n=16) ajoittaista. Vastaajista seitsemän jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Kahdeksannessa kysymyksessä selvitettiin, ilmenikö tuki- ja liikuntaelinvaivoja työpäivän aikana. Kysymykseen vastanneista 46 prosentilla (n=12) oli vaivoja työpäivän aikana ja 27 prosentilla (n=7) vaivoja ei ilmennyt. Vastaajista seitsemän jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Jos kysymykseen vastasi kyllä, jatkoi vastaaja kysymykseen yhdeksän. Muuten hän siirtyi kysymykseen kymmenen. Yhdeksäs kysymys selvitti, missä tilanteissa vaiva ilmeni työpäivän aikana. Vastaajista 35 prosentilla (n=9) vaiva ilmeni potilassiirtojen aikana, 23 prosentilla (n=6) potilaan avustamistilanteissa vessassa tai suihkussa, 27 prosentilla (n=7) potilaan avustamisessa vuoteessa ja kahdeksalla prosentilla (n=2) potilasta kävelyttäessä. Kysymyksen lopussa oli avoin kysymys ”Jos muussa tilanteessa, missä?”, johon oli vastannut viisi henkilöä. Vastauksia oli muun muassa ”enimmäkseen silloin, kun ei tee hoitotyötä” ja ”kipu on läsnä koko ajan, kun sitä on”.

5.3 Kinestetiikkakoulutus

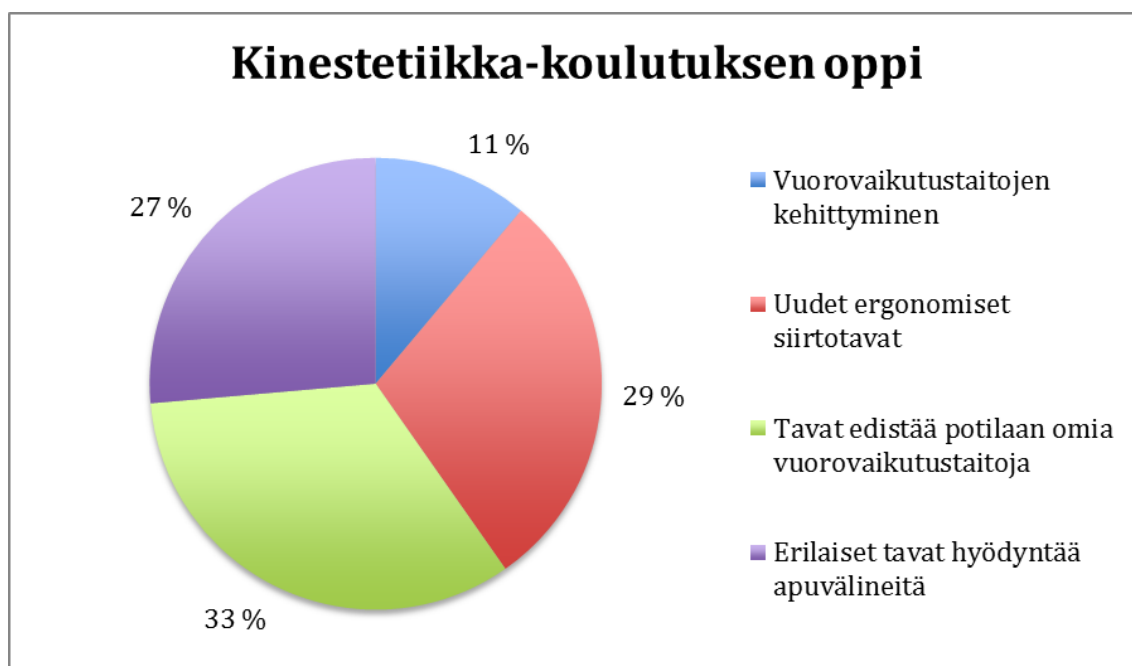
Kyselylomakkeen kysymykset 10–14 selvittivät koulutuksen vaikutuksia työntekijöille. Kysymykset vastasivat kolmanteen ongelmaan koulutuksen vaikutuksesta työntekijöiden tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Kymmenes kysymys selvitti, oliko vastaajan tuki- ja liikuntaelinvaivat vähentyneet kinestetiikkakoulutuksen jälkeen (kuvio 4). Vastaajista 31 prosentilla (n=8) vaiva oli vähentynyt ja 38 prosentilla ei (n=10). Kahdeksan vastaajista jätti vastaamatta tähän kysymykseen.



KUVIO 4. Tuki- ja liikuntaelinvaivojen vähentyminen koulutuksen jälkeen.

Yhdestoista kysymys selvitti, milloin vastaaja oli käynyt koulutuksen. Koulutuksen ajankohta selvitettiin, jotta saisimme tiedon, kuinka kauan toimintamallia oli ehditty käyttämään. Vastaajista 61,5 prosenttia (n=16) oli käynyt koulutuksen syksyllä ja 38,5 prosenttia (n=10) keväällä. Kahdestoista kysymys selvitti, oliko vastaaja ollut kinestetiikan lisäkoulutuksessa. Vastaajista vain 12 prosenttia (n=3) oli käynyt lisäkoulutuksen.

Kolmastoista kysymys selvitti oppiko vastaaja koulutuksesta jotain uutta ja kaikki vastasivat kysymykseen ”kyllä”. Neljästoista kysymys ”Jos vastasit kyllä, mitä opit?” oli jatkoa edelliselle kysymykselle (kuvio 5). Tässä kysymyksessä sai valita monta vastausta. Vastaajista 11 prosenttia (n=8) oli oppinut vuorovaikutustaitoja, 29 prosenttia (n=21) uusia ergonomisia siirtotapoja, 33 prosenttia (n=24) tapoja edistää potilaan omia voimavaroja ja 27 prosenttia (n=19) erilaisia tapoja hyödyntää apuvälineitä.

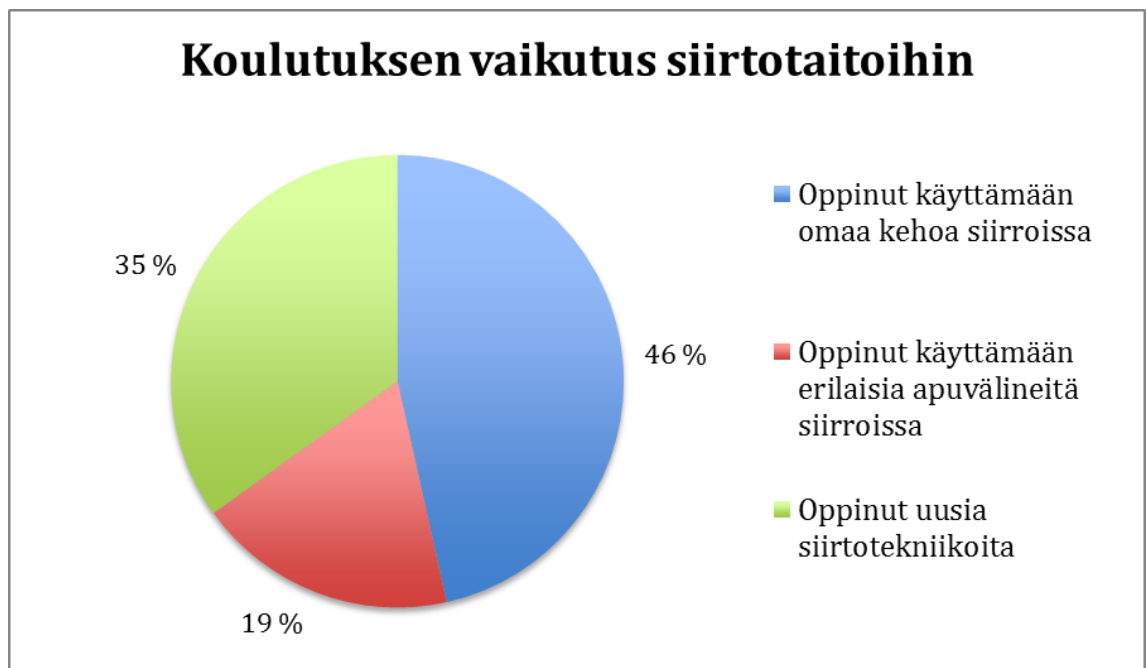


KUVIO 5. Koulutuksesta opitut taidot

5.4 Koulutuksen hyöty hoitotyössä

Kyselylomakkeen viimeiset kysymykset, 15–25, selvittivät kinestetiikkakoulutuksen hyötyä hoitotyössä. Kysymykset vastasivat kolmanteen ongelmaan kuinka paljon kinestetiikkaa hyödynnetään hoitotyössä. Viidestoista kysymys selvitti hyödyntääkö työntekijä kinestetiikkaa työssään. Kaikki vastaajista vastasivat ”kyllä”. Kuudestoista kysymys oli

jatkokysymys. Sillä selvitettiin missä tilanteissa vastaaja hyödynsi toimintamallia. Kysymyksessä sai valita monta vastausta. Vastaajista 69 prosenttia (n=18) hyödynsi toimintamallia potilassiirroissa, 35 prosenttia (n=9) hyödynsi potilaan avustamisessa suihkussa tai vessassa, 69 prosenttia (n=18) hyödynsi potilaan avustamisessa vuoteessa ja 62 prosenttia (n=16) potilaan kävelyttämässä. Seitsemästoista kysymys selvitti, oliko koulutus vaikuttanut vastaajan siirtotaitoihin. Kysymykseen vastasi 85 prosenttia (n=22) ”kyllä” ja 15 prosenttia (n=4) ”ei”. Kahdeksastoista kysymys oli jatkokysymys ”Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, miten se on vaikuttanut siirtotaitoihisi?” (kuvio 6).



KUVIO 6. Koulutuksen vaikutukset siirtotaitoihin

Kysymys 19 selvitti, oliko vastaaja oppinut hyödyntämään potilaan omia voimavaroja koulutuksen myötä. Vastaajista 88,5 prosenttia (n=23) vastasi ”kyllä” ja 11,5 prosenttia (n=3) vastasi ”ei”. Kysymys 20 selvitti hoitajan näkökulmasta, osallistuiko potilas koulutuksen myötä enemmän hoitoonsa. Vastaajista 61,5 prosenttia (n=16) vastasi ”kyllä” ja 38,5 prosenttia (n=10) vastasi ”ei”. Koulutuksen yleistä hyötyä selvitettiin kysymyksessä 21. Tähän vastaajista 96 prosenttia (n=25) vastasi ”kyllä” ja neljä prosenttia (n=1) vastasi ”ei”. Kysymys 22 oli jatkokysymys ”Jos vastasit edelliseen kysymykseen ei, kerro miksi?”. Vastauksia tähän tuli kaksi:

”Potilailla oli niin vaikeita oireita, joita ei näillä keinoilla pysty helpottamaan mm. siirtämisessä. Potilaan pitäisi pystyä olemaan enemmän itse mukana.”

”Jotain tiettyjä asioita on ollut hyvä tietää tai kerrata.”

Kysymys 23 selvitti vastaajien halukkuutta mennä kinestetiikan lisäkoulutukseen. Vastaajista 58 prosenttia (n=15) vastasi ”kyllä” ja 42 prosenttia (n=11) vastaajista vastasi ”ei”. Kysymys 24 selvitti työntekijöiden halukkuutta käyttää toimintamallia tulevaisuudessa. Tähän 96 prosenttia (n=25) vastasi ”kyllä” ja neljä prosenttia (n=1) ”ei”. Kinestetiikkakoulutuksen kehitysideoita kysyttiin viimeisessä avoimessa kysymyksessä ja vastauksia tähän tuli viisi. Alla olevat lauseet ovat lainauksia kysymyksen vastauksista.

”Koulutusta suoraan osastoilla. Myös kinestetiikan osajia kouluttamaan työparina toisia hoitajia.”

”Kinestetiikkataitoja pitäisi harjoitella niin, että sisältäisi sen omaan toimintaan. Enimmäkseen potilastyössä kuitenkin hankala toteuttaa sitä.”

”Lisätä koulutusohjelmiin osana opintoja, tehdä oppaita esim. omaisille ja omaishoitajille.”

6 PÄÄTÄNTÄ

6.1 Tulosten tarkastelu

Tuloksissa selvitettiin iän ja työkokemuksen vaikutusta tuki- ja liikuntaelinvaivojen ilmenemiseen, kinestetiikkakoulutuksen vaikutusta tuki- ja liikuntaelinvaivoihin, toimintamallin käyttöä osastolla sekä koulutuksen rakennetta ja parantamisehdotuksia. Myös koulutuksen hyötyä henkilökunnalle tarkasteltiin.

Kyselylomakkeen alussa selvitetty vastaajan ikä vaikutti tuki- ja liikuntaelinvaivojen ilmenemiseen negatiivisesti, sillä tulosten mukaan yli 45 vuotiailla vastaajilla oli määrällisesti enemmän tuki- ja liikuntaelinvaivoja kuin nuoremmilla. Puiston (2008) mukaan 55–74 vuotiailla esiintyi enemmän tuki- ja liikuntaelinsairauksia kuin nuoremmilla. Tuloksien mukaan hoitajilla esiintyi eniten selkä-, niska- ja hartiaseudunvaivoja sekä polvikipua. Myös olkapää- ja rannevaivaa esiintyi. Koskisen, Lundqvistin ja Ristiluoman (2012, 93-95) raportissa selkä-, niska-, olkapää- ja polvikipua oli määrällisesti eniten. Raportin mukaan selkä-, niska- ja polvivaivat ovat yleistyneet myös alle 45-vuotiailla ihmisillä (Ristiluoma 2012, 94). Myös Paulin (2012) mukaan iällä oli selvä vaikutus tuki- ja liikuntaelinvaivoihin.

Opinnäytetyössä selvitettiin kinestetiikkakoulutuksen vaikutusta tuki- ja liikuntaelinvaivoihin. Vastanneista kahdeksalla vaivat olivat vähentyneet koulutuksen jälkeen. Stenman ym. (2016, 110) selvitti tutkimuksessaan kinestetiikkakoulutuksen vaikutusta hoitoympäristössä. Sen mukaan kuormittavuus vähentyi hoitotyössä, joka on yhteydessä tuki- ja liikuntaelinvaivojen syntyyn. Tutkimuksen mukaan apuvälineiden tarkoituksenmukainen käyttö ja työpaikan hyvinvointi lisääntyivät koulutuksen myötä.

Kyselyn tulosten mukaan kinestetiikan toimintamallia hyödynnettiin hoitotyössä potilassiirroissa, potilaan avustamisessa vuoteessa ja kävelyttämisessä. Työntekijät kokivat myös oppineensa käyttämään uusia siirtotekniikoita ja hyödyntämään omaa kehoaan siirroissa. 31 prosenttia kyselyyn vastanneista oppi käyttämään erilaisia apuvälineitä siirroissa, mutta yksi vastaajista koki, ettei vaikeasti sairaan siirtymistä pystynyt helpottamaan kinestetiikan toimintamallia hyödyntäen. Henrikssonin (2011, 18) mukaan kineste-

tiikassa ei ole kyse tietyn siirtotekniikan oppimisesta vaan ihmisen luonnollisten liikeratojen ymmärtämisestä. Myös Stenmanin ym. (2016, 112-113) mukaan apuvälineitä tulisi käyttää ihmisen luonnollisten liikeratojen saamiseksi oikein. Tässä tutkimuksessa kattonosturin käyttö oli vähentynyt ja siirroissa käytettävä jumppapallon käyttö oli lisääntynyt. Tiimityöskentely oli lisääntynyt, jolloin potilaan kanssa työskentelyyn oli enemmän aikaa ja rauhaa.

Fringerin, Huthin & Hantikaisen (2014) mukaan kinestetiikkakoulutus rakentuu portaittain syventäen opittua tietoa. Tämä liittyy lisäkoulutuksen tarpeellisuuteen ja toimintamallin käyttöönottoa hoitotyössä. Koulutus toteutetaan simulaatioharjoituksena näyttelemällä potilastilanteet. Kyselyyn vastanneista hoitajista kolme kuitenkin toivoi koulutuksen toteutettavan hoitotyössä, jolloin potilassiirrot konkretisoituisivat käytännön työssä. Kinestetiikan kurssitarjonnan (2017) mukaan peruskurssi kestää neljä päivää. Osa vastanneista hoitajista toivoi aikaisempaa lyhyempää ja tiiviimpää koulutusta. Kinestetikasta haluttiin myös erilaisia oppaita, joita voisi jakaa omaisille ja omaishoitajille. Näin omaiset tietäisivät uudesta toimintatavasta. Kehitysideoiden vähäisyyden vuoksi vastauksia ei ole huomioitu tulosten analysoinnissa.

6.2 Eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu

Eettisestä näkökulmasta tutkimus edellyttää hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2014, 23). Hyvä tieteellinen käytäntö on tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatima ohjeistus, joka koskee kaikkia tieteenaloja (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012a.). Se antaa keskeiset ohjeet tutkimuksen tekemiselle, joita ovat rehellisyys, tarkkuus ja huolellisuus (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2017a). Tutkimusetiikka – eli tutkimuksen pelisäännöt – ohjaa työtä aiheen valinnasta työn loppuraportointiin asti (Vilka 2015, 41).

Opinnäytetyötä varten anottiin tutkimuslupa Tampereen kaupungilta ja työ tehtiin noudattaen huolellisuutta ja rehellisyyttä. Tiedonhakuun käytettiin erilaisia kansainvälisiä ja kansallisia hakukoneita, esimerkiksi Cinahlia ja Terveysporttia. Opinnäytetyössä käytettiin alle kymmenen vuotta vanhoja lähteitä, jotta tieto olisi ajantasaista. Lähteitä kohtaan oltiin kriittisiä, joka lisäsi työn luotettavuutta, eli reliabiliteettia. Opinnäytetyössä käytetyt lähteet merkittiin tekstiviitteisiin ja lähdeluetteloon Tampereen ammattikorkeakoulun

opinnäytetyön raportointiohjeiden mukaisesti. Muiden tutkijoiden saavutukset ja tekemä työ huomioitiin työssä niin, ettei tullut plagiointia eli luvaton lainausta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012b; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 24).

Luotettavien vastausten saamisessa oli riskinä vastausprosentin jääminen alhaiseksi. Tätä kutsutaan tutkimusaineiston kadoksi. (Vilka 2015, 94-95.) Tämän vuoksi opinnäytetyö esiteltiin osastoilla ja kyselyn mukana hoitajille lähetettiin saatekirje. Siinä kerrottiin kyselystä ja sen tarkoituksesta. Kyselyn vastausprosentti jäi näistä huolimatta melko alhaiseksi, joten tulosten luotettavuus on tältä osin heikko. Kyselylomaketta tehdessä halusimme vastaajan pysyvän anonyyminä, jotta vastaaja voisi vastata rehellisesti kysymyksiin eivätkä vastaukset olisi yhdistettävissä vastaajaan. Tämä varmistui kyselyn osoitteen lähettämällä sähköpostiin, jonka kautta työntekijä pääsi vastaamaan kyselylomakkeeseen Kyselylomake testattiin kolmella henkilöllä. Tällä selvitettiin kysymysten oikea muoto ja kysymysten ymmärrettävyys.

Analysointi tehtiin vastausten perusteella vastausajan päätyttyä. Vastauksista vain kolme kirjoitettiin käsin ja loput tulivat suoraan e-kyselylomakkeen kautta analysointiohjelmaan. Näin väärin vastausten kirjoittaminen minimoitiin ja työn luotettavuus lisääntyi. Vastaukset analysointiin ja ryhmiteltiin ongelmien perusteella, jolloin vastaukset vastasivat suoraan ongelmiin. Työn tuloksia verrattiin aikaisempiin tutkimuksiin ja tuloksista löydettiin yhtäläisyyksiä. Tuomen ja Sarajärven (2009, 136-141) mukaan luotettavuutta arvioidessa on hyvä pohtia, onko tutkimuksessa tutkittu luvattua asiaa ja onko tutkimustulokset toistettavissa. Tuloksia analysoidessa huomasimme kyselylomakkeen rakenteen olevan huonosti suunniteltu. Se toi haasteita vastausten luokittelussa ja jaottelussa opinnäytetyön ongelmien mukaan. Lisäksi muutamat kysymykset olisi voitu muodostaa eri tavalla vastaamaan paremmin ongelmia.

Opinnäytetyö julkaistaan Theseus-ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt julkaisu-sivustolla ja käydään esittelemässä kyselyyn vastanneille hoitajille. Opinnäytetyöprosessin aikana oltiin yhteydessä kinestetiikan maahantuojaan. Häneltä saatiin relevantteja lähteitä kinestetiikkaan liittyen ja työ lähetettiin hänelle luettavaksi opinnäytetyöprosessin loppussa.

6.3 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Opinnäytetyön aihe valikoitui sen kiinnostavuuden vuoksi. Kinestetiikka oli vain toiselle tuttu ennestään ja toista sen oppiminen kiinnosti. Ergonomia on aiheellinen hoitotyössä, koska työ on kehoa kuormittavaa. Tulevina hoitoalan työntekijöinä kinestetiikkaa voidaan hyödyntää omassa työssä ja näin estää tuki- ja liikuntaelinvaivojen syntyä. Aiheen tarkastelun jälkeen kyselylomakkeen tekeminen oli melko helppoa ja miellyttävää. Tärkeää oli myös, että opinnäytetyön aihe oli käytännönläheinen ja työelämään tarpeellinen. Työelämän edustajien kanssa yhteistyö sujui moitteettomasti ja heiltä saatiin tarvittavat tiedot opinnäytetyötä varten. Aiheen rajaus oli heidän puoleltaan selkeä ja se helpotti työn aloittamista. Opinnäytetyön käsitteet muodostuivat haasteelliseksi opinnäytetyöprosessin lopussa. Käsitteet olivat laajat ja niitä oli vaikea yhdistää haluttuun kokonaisuuteen. Tämän vuoksi jätettiin pois neurologiset sairaudet ja käytettiin vain tuki- ja liikuntaelinsairauksia ja ergonomiaa.

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin syksyllä 2016 aiheen valinnalla ja suunnitelman kirjoittamisella, jossa rajattiin teoreettiset lähtökohdat. Käsitteiden ollessa melko rajatut, tiedonhaku ja erilaisten hakukoneiden käyttö tuntui aluksi vaikealta. Tiedonhaku helpottui ja lähteet monipuolistuivat tiedonhaun työpajoihin osallistumisen jälkeen. Lähteet ovat kansainvälisiä ja suomenkielisiä kirjoja, artikkeleita ja tutkimuksia. Kansainvälisten lähteiden kanssa oli opinnäytetyötä tehdessä ajoittain ongelmia kielitaidon vähäisyyden vuoksi.

Kesällä 2017 opinnäytetyö ei edennyt suunnitelmien mukaan, koska aikataulu opinnäytetyön etenemisen suhteen muodostui meille haasteelliseksi. Syksyllä työn tekeminen alkoi muodostua säännölliseksi ja ohjausta ja kehitysehdotuksia saatiin opettajalta sekä oponoijilta. Kehitysehdotuksia tuli kattavasti ja ne olivat tarpeellisia opinnäytetyön kannalta. Opettajalla ja oponoijilla oli merkittävä vaikutus opinnäytetyön etenemiseen.

Prosessina opinnäytetyö oli haastava, mutta se on myös antanut paljon. Kinestetiikka on tullut käsitteenä tutuksi ja on ollut hienoa tehdä yhteistyötä työelämän edustajien kanssa. Kirjoitustaito on kehittynyt ja tutkimusmenetelmän käyttö on selkiytynyt. Meille oli alusta asti luonnollista käyttää tuoreita lähteitä. Lähdekriittisyys ja erilaisten hakukoneiden käyttö parantuivat prosessin aikana.

6.4 Johtopäätökset ja kehitysideat

Opinnäytetyön tulosten mukaan vanhemmilla hoitajilla oli eniten tuki- ja liikuntaelinvaivoja selän sekä niska- ja hartiaseudun alueilla. Työkokemuksella ja iällä oli selvä vaikutus tuki- ja liikuntaelinvaivojen lisääntyvyyteen. Koulutuksesta oli hyötyä 96 prosentille (n=25) kysymykseen vastanneista, mutta johtopäätöksestä huolimatta vain 58 prosenttia (n=15) olisi valmis menemään kinestetiikan lisäkoulutukseen. Tulosten mukaan 31 prosenttia (n=8) vastaajista koki tuki- ja liikuntaelinvaivojensa vähentyneen koulutuksen ansiosta ja lähes kaikki aikovat käyttää tulevaisuudessa kinestetiikan toimintamallia työssään. Tulosten mukaan kinestetiikka on toimiva toimintamalli, joka vähentää avustajan tuki- ja liikuntaelinvaivoja sekä lisää avustettavan omia voimavaroja.

Kyselylomakkeen voisi muotoilla uudelleen. Tällöin kysymysten tarkoitus ja järjestys vastaisi paremmin opinnäytetyön ongelmia. Koulutuksen vaikutusta hoitotyöhön pidemmällä aikavälillä olisi mielenkiintoista seurata, joten toisen opinnäytetyön voisi tehdä myöhemmin. Kinestetiikan käyttöä voisi kartoittaa potilaan näkökulmasta ja tehdä erilaisia oppaita.

LÄHTEET

Betschon, E., Brach, M. & Hantikainen, V. 2011. Studying feasibility and effects of a two-stage nursing staff training in residential geriatric care using a 30 month mixed-methods design. Betschon et al. BMC Nursing 2011, 10:10.

Burakoff, K. 2017. Aistit vuorovaikutuksessa. Papunet. Päivitetty 2017. Luettu 29.10.2017. <http://papunet.net/tietoa/aistit-vuorovaikutuksessa>

Bäckmand, H & Vuori, I. 2010. Terve tuki- ja liikuntaelimestö. Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Choi, S & Brings, K. 2016. Work-related musculoskeletal risks associated with nurses and nursing assistants handling overweight and obese patients: A literature review. Work 53(2): 439-448. Luettu 15.11.2017. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=113275457&site=ehost-live>

Epäsäännöllinen työaika ja vuorotyö. 2012. Terveyskirjasto. Duodecim. Luettu 13.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01013

Fringer, A., Huth, M. & Hantikainen, V. 2014. Nurses' experiences with the implementation of the Kinaesthetics movement competence training into elderly nursing care: a qualitative focus group study. Scandinavian journal of Caring Sciences 28, 757-766. Luettu 27.10.2017. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103858872&site=ehost-live>

Fringer, A., Huth, M. & Hantikainen, V. 2015. Nurses' Learning Experiences With the Kinaesthetics Care Concept Training in a Nursing Home: A Qualitative Descriptive Study. Educational Gerontology 41, 888-902. Luettu 27.10.2017. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=109907085&site=ehost-live>

Gary, M. & Owens, MD. 2011. Optimizing Treatment and Costs in the Management of Rheumatoid Arthritis. Journal of Managed Care Medicine, 14(4) 36-39. Luettu 9.11.2017. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104599570&site=ehost-live>

Gustafsson, C. 2013. Tilastollinen tietojenkäsittely STAT2100 IBM SPSS Statistics 20 for Windows. Osa 1. Vaasan yliopisto. <http://lipas.uwasa.fi/~chg/SPSS%20versio%2020%20osa%201.pdf>

Hantikainen, V. & Lappalainen, R. 2011. Kinestetiikan työkirja. Suomen kinestetiikkayhdistys ry.

Hantikainen, V. 2012. Kinestetiikka -toimintakyvyn ylläpitämistä ja kuntoutumista tukeva voimavaralähtöinen toimintamalli. THL:n RAI-seminaari 29.3.2012. Luettu 26.2.2017. <http://videonet.fi/web/thl/20120329/12/hantikainen.pdf>

Heinonen, J. kinestetiikan tutor ja Suomen kinestetiikkayhdistys ry:n hallituksen jäsen. 2017. Mitä kinestetiikka on? Sähköpostiviesti. jhe-29378@mail.kopteri.net. Tulostettu 28.2.2017.

Henriksson, A. 2011. Potilassiirtojen ergonomiakortti -koulutuksen vaikutukset potilaan siirtymisen avustamiseen hoitajien kokemana. Itä-Suomen yliopisto. Lääketieteen laitos. Ergonomia. Pro gradu -tutkielma.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. Painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kinestetiikan kurssitarjonta. 2017. Kinestetiikka. Luettu 17.9.2017. http://www.kinestetiikka.fi/wp-content/uploads/2016/02/Kinestetiikka_koulutustarjonta_2016.pdf

Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1

Lemo, A., Silva, A. G., Tucherman, M., Talerman, C., Guastelli, R. L. & Borba, C. L. 2012. Risk reduction in musculoskeletal practice assistance professional nursing pilot in semi intensive care unit. IOS press 41: 1869-1872. Luettu 18.11.2017. <http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104523024&site=ehost-live>

Maietta-Hatch Kinaesthetics. 2007. About us. Maietta-Hatch Kinaesthetics. Luettu 28.2.2017. <http://www.kinaesthetics.com/usa/mhEN.html>

Mitkä TULE-sairaudet? 2016. Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto ry. Luettu 13.2.2017. <http://tulessa.fi/maaritelma/tuki-ja-liikuntaelinsairaudet/>

Mustajoki, P. 2015. Autoimmuunisairaudet. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 5.3.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00010

Niska-hartiaseudun vaivat. 2017. Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto ry. Luettu 18.2.2017. <http://tulessa.fi/maaritelma/tuki-ja-liikuntaelinsairaudet/niska-hartiaseudun-vaivat/>

Nivelreuma. 2017. Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto ry. Luettu 5.3.2017. <http://tulessa.fi/maaritelma/tuki-ja-liikuntaelinsairaudet/nivelsairaudet/nivelreuma/>

Nivelrikko. 2010. Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto ry. Luettu 26.2.2017. <http://tulessa.fi/maaritelma/tuki-ja-liikuntaelinsairaudet/nivelsairaudet/nivelrikko/>

Nivelsairaudet. 2017. Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto ry. Luettu 26.2.2017. <http://tulessa.fi/maaritelma/tuki-ja-liikuntaelinsairaudet/nivelsairaudet/>

Paul, A. 2012. A pilot study on awareness of ergonomics and prevalence of musculoskeletal injuries among nursing professionals. *International journal of nursing education*. Jan-June 4 (1): 1-4. Luettu 18.11.2017.

<http://elib.tamk.fi/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104524207&site=ehost-live>

Puisto, T. 2008. Ikäryhmien väliset erot sairauksien esiintyvyydessä ja kustannuksissa. Tampereen yliopisto. Oikeustieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Saarelma, O. 2017a. Selkäkipu. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 12.7.2017. http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00326&p_teos=dlk

Saarelma, O. 2017b. Iskias, välilevytyrä, välilevyn pullistuma. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luettu 12.7.2017. http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00236

Stenman, P., Turkki, L., Vähäkangas, P., Hantikainen, V. & Elo, S. 2016. Kinestetikan käyttöönnottoon liittyvät muutokset vanhustenhuollossa toimivan hoitajan toimintaympäristössä. *Gerontologia* 30 (3), 106-118.

Suomen ergonomiayhdistys. 2017. Mitä ergonomia on? Luettu 10.2.2017. <http://www.ergonomiayhdistys.fi/yhdistys/uusi-sivu/>

Suomen kinestetikkayhdistys ry. 2016a. Kinestetikka. Luettu 26.2.2017. <http://www.kinestetikka.fi/kinestetikka/>

Suomen kinestetikkayhdistys ry. 2016b. Kinestetikan kehittyminen. Luettu 26.2.2017. <http://www.kinestetikka.fi/kinestetikka/kinestetikan-kehittyminen/>

Suomen kinestetikkayhdistys ry. 2016c. Yhdistys. Luettu 26.2.2017. <http://www.kinestetikka.fi/yhdistys/>

Suomen kinestetikkayhdistys ry. 2016d. Kinestetikka sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille – Kokkolan SOTE edelläkävijä! Luettu 26.2.2017. <http://www.kinestetikka.fi/testi/>

Suomen kinestetikkayhdistys ry. 2017. Laatuyksiköt. Luettu 26.2.2017. <http://www.kinestetikka.fi/yhdistys/laatuyksikot/>

Tamminen-Peter, L., Eloranta, M-B., Kiviranta, M-L., Mämmelä, E. & Salokoski, I. 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Opettajan käsikirja. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. painos. Vantaa: Hansaprint Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012a. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaamisepäilyjen käsitteleminen. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Luettu 1.2.2017. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012b. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 1.2.2017. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2017. Vilppi ja piittaamattomuus. Luettu 23.9.2017. <http://www.tenk.fi/fi/vilppi-ja-piittaamattomuus>
- Tuuli, A. 2017. Autonomisen työvuorosuunnittelun kehittäminen Tammenlehväkeskuksessa. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulu. Luettu 12.7.2017. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/129455/Tuuli_Aino.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhaun taulukko

| Hakulauseen kuvaus | Hakutyyppi/muut hakuehdot | Hakutulosten lukumäärä |
|--|---|-------------------------------|
| MH Kinesthesia OR (Kinesthesia OR Kinesthesia) | Kieli: english, Full text, 2007-2017, Academic journals | 52 kpl |
| arthritis, rheumatoid AND medication | Kieli: English, Full text, 2010-2017, Academic journals | 76 kpl |
| Musculoskeletal Diseases AND nursing | Kieli: English, Full text, 2012-2016, Academic journals | 41 kpl |
| ergonomic AND (nursing OR caring) | Kieli: English, Full text, 2010-2017, Academic journals | 71 kpl |

Liite 2. Kyselylomake

1 (3)

Kysely kinestetiikka-koulutuksesta

Lomake on ajastettu: julkisuus alkaa 10.5.2017 0.00 ja päättyy 6.6.2017 23.59

*Kiitos, että päätit osallistua kyselyyn!**Huomioithan, että tummennetut kysymykset ovat pakollisia.***Taustatiedot**

1. Ikä Alle 25 vuotta
 26-34 vuotta
 35-44 vuotta
 45-54 vuotta
 Yli 55 vuotta

2. Työkokemus 0-3 vuotta
 4-9 vuotta
 10-15 vuotta
 Yli 16 vuotta

Tuki ja liikuntaelinvaiat

3. Harrastatko liikuntaa? En ollenkaan
 Satunnaisesti
 Säännöllisesti

4. Onko sinulla ollut tuki- ja liikuntaelinvaijoja? Kyllä
 Ei

5. Jos vastasit kyllä, miten se on ilmennyt? Jos vastasit ei, jatka kysymykseen 11.

- Selkävaivana
 Niska- ja hartaseudun vaivana
 Olkapääkipuna
 Nivelrikkona polvissa
 Nivelrikkona lonkissa
 Nivelreumana
 Rannevaivana
 Polvikipuna

Jos muuna, millaisena?

2(3)

6. Kauanko vaivaa on jatkunut? Alle 1 vuoden
 Alle 5 vuotta
 Yli 5 vuotta

7. Onko vaiva ollut jatkuvaa
 ajoittaista?

8. Ilmeneekö vaivasi työpäivän aikana? Kyllä
 Ei

9. Jos vastasit kyllä, missä tilanteissa se ilmenee?

- Potilassiirroissa
 Potilaan avustamisessa, esimerkiksi suihkussa / vessassa
 Potilaan avustamisessa vuoteessa
 Potilaan kävelyttämässä

Jos muussa tilanteessa, missä?

10. Onko tuki- ja liikuntaelinvaivasi mielestäsi vähentyneet kinestetiikka-koulutuksen jälkeen? Kyllä
 Ei

Kinestetiikka-koulutus

11. Milloin kävit kinestetiikka-koulutuksen? Syksyllä
 Keväällä

12. Oletko ollut kinestetiikan lisäkoulutuksessa? Kyllä
 Ei

13. Opitko jotain uutta koulutuksessa? Kyllä
 Ei

14. Jos vastasit kyllä, mitä opit?

- Vuorovaikutustaitoja
 Uusia ergonomisia siirtotapoja
 Tapoja edistää potilaan omia voimavaroja
 Erilaisia tapoja hyödyntää apuvälineitä

Jos muussa tilanteessa, missä?

15. Hyödynnätkö kinestetiiikan toimintamallia työssäsi? Kyllä
 Ei

16. Jos valitsit kyllä, missä tilanteissa hyödynnät kinestetiiikan toimintamallia?

- Potilassiirroissa
 Potilaan avustamisessa esimerkiksi suihkussa / vessassa
 Potilaan avustamisessa vuoteessa
 Potilaan kävelyttämässä

17. Onko kinestetiiikka-koulutus vaikuttanut siirtotaitoihisi? Kyllä
 Ei

18. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, miten se on vaikuttanut siirtotaitoihisi?

- Olen oppinut käyttämään kehoani siirroissa
 Olen oppinut käyttämään erilaisia apuvälineitä siirroissa
 Olen oppinut käyttämään uusia siirtotekniikoita

19. Oletko oppinut hyödyntämään potilaan omia voimavaroja koulutuksen myötä? Kyllä
 Ei

20. Koetko, että potilas osallistuu enemmän hoitoonsa koulutuksen myötä? Kyllä
 Ei

21. Oliko koulutuksesta mielestäsi hyötyä? Kyllä
 Ei

22. Jos vastasit edelliseen kysymykseen ei, kerro miksi?

23. Olisitko valmis menemään kinestetiiikan lisäkoulutukseen? Kyllä
 Ei

24. Aiotko hyödyntää tulevaisuudessa kinestetiiikan toimintamallia? Kyllä
 Ei

25. Miten kinestetiiikka-koulutusta voisi kehittää?

Osittainen tallennus

Tahdon tallentaa täyttämäni tiedot ja jatkaa myöhemmin linkistä, joka lähetetään antamaani osoitteeseen.

Sähköpostiosoite

Tietojen lähetys

Tallenna

Liite 3. Saatekirje



Arvoisa työntekijä,

Olemme Tampereen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyömme kyselyn Hatanpään sairaalan kahdelle neurologian osastolle. Tampereen kaupunki on myöntänyt tehtävälle opinnäytetyölle luvan. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitajien näkökulmasta kinestetiikkakoulutuksen hyötyä hoitotyöhön ja onko koulutus auttanut vähentämään hoitajien tuki- ja liikuntaelinsairauksia.

Kysely sisältää 25 kysymystä, joiden täyttämiseen kuluu aikaa noin 15 minuuttia. Kysymykset muodostuvat taustatiedoista, tuki- ja liikuntaelin vaivoista ja kinestetiikkakoulutuksesta. Lomakkeessa on suljettuja kysymyksiä, sekä muutama avoin kysymys.

Vastausaikaa teillä on 30.5.2017 asti.

Toivomme teidän vastaavan kyselyyn, jotta saisimme mahdollisimman kattavan tiedon kinestetiikkakoulutuksen hyödyistä hoitotyöhön ja tuki- ja liikuntaelinvaivoihin. Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömästi, eikä vastauksia käytetä kuin tähän opinnäytetyöhön. Analysoituamme vastaukset, tulemme esittelemään tulokset osastolle.

Linkki kyselyyn: <https://lomake.tamk.fi/v3/lomakkeet/24306/lomake.html>

Jos Sinulla herää kysymyksiä opinnäytetyöstä tai kyselylomakkeesta, olethan yhteydessä meihin sähköpostitse.

Kiitos osallistumisestanne!

Ystävällisin terveisin,

Essi Riipinen
Sairaanhoitajaopiskelija
Tampereen ammattikorkeakoulu

Eeva Eklund
Sairaanhoitajaopiskelija
Tampereen ammattikorkeakoulu

Raija Kokko
Ohjaava opettaja
Tampereen ammattikorkeakoulu