

---

# **KINESTETIIKKA HOITOTYÖSSÄ**

Kinestetiikan käyttö hoitotyössä Raitaharjun Palvelukodissa



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna 13.5.2011

Satu Aarnisalo

Paula Hjelt



Hoitotyön koulutusohjelma  
Hämeenlinna

Työn nimi                      Kinestetiikka hoitotyössä - kinestetiikan käyttö hoitotyössä  
Raitaharjun Palvelukodissa

Tekijät                         Paula Hjelt  
                                      Satu Aarnisalo

Ohjaava opettaja            Pirkko Kivi

Hyväksytty                    \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_

Arvioinnin kohteena on opiskelijan koko opinnäytetyöhön liittyvä oppimisprosessi

Hyväksyjä

HÄMEENLINNA  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

---

<b>Tekijät</b>	Paula Hjelt Satu Aarnisalo	<b>Vuosi</b> 2011
<b>Työn nimi</b>	Kinestetiikka hoitotyössä – Kinestetiikan käyttö hoitotyössä Raitaharjun Palvelukodissa	

---

## TIIVISTELMÄ

Raitaharjun Palvelukodin koko henkilökunta on koulutettu kinestetiikkamenetelmän käyttöön. Koulutuksen tavoitteena on ollut kohentaa hoitajien ergonomista osaamista ja vähentää työn fyysistä kuormittavuutta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, ovatko hoitajat vieneet kinestetiikkamenetelmän käytännön hoitotyöhön. Opinnäytetyössämme selvitimme mitkä tekijät ovat edistäneet ja mitkä tekijät haitanneet kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa.

Teoriataustassa perehdyimme kinestetiikkamenetelmän taustoihin, käsitteisiin ja aikaisempiin tutkimuksiin kinestetiikasta. Opinnäytetyön tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla, joissa oli avoimia kysymyksiä. Kyselyt osoitettiin Raitaharjun Palvelukodin kaikille hoitajille (20), jotka ovat saaneet kinestetiikkakoulutuksen. Heistä 14 vastasi kyselyyn. Vastausprosentiksi muodostui 70%.

Suurin osa hoitajista pyrkii käyttämään kinestetiikkamenetelmää hoitotyössä. Hoitajat käyttävät menetelmää enemmän yksin työskennellessään kuin parin kanssa. Kiire ja asukkaiden huono kunto osoittautuivat yleisimmiksi syiksi olla käyttämättä kinestetiikkamenetelmää. Puuttuvat ja vialliset apuvälineet sekä työtilojen toimimattomuus koettiin myös haittaaviksi tekijöiksi kinestetiikkamenetelmän käyttöön otossa.

Kinestetiikkakoulutus koettiin hyväksi ja mielenkiintoiseksi. Koulutuksesta toivottiin kertauskurssia. Menetelmän käyttöön ottoa edisti se, että koko henkilökunta on saanut kinestetiikkakoulutuksen. Halu keventää oman työn fyysistä kuormittavuutta koettiin edistäväksi tekijäksi kinestetiikkamenetelmän käyttöön otossa. Tärkeäksi on koettu asukkaan oma osallistuminen siirtoihin ja onnistunut vuorovaikutus.

**Avainsanat** Kinestetiikka, potilassiirrot, hoitotyö

**Sivut** 28 s. + liitteet 3 s.

Hämeenlinna  
Nursing programme  
Nurse AMK

---

<b>Authors</b>	Paula Hjelt <b>Year</b> 2011 Satu Aarnisalo
<b>Subject of Bachelor's thesis</b>	Kinesthetic in nursing – Kinesthetic method in Raitaharju service home

---

## ABSTRACT

The entire Raitaharju service home staff is trained to use kinesthetic method. The objective of the training has been to improve nurse's ergonomic skills and to reduce physical workload. The purpose of the thesis was to find out if the nurses have put the kinesthetic method into practice. During the thesis project it was discovered which factors advanced and which inhibited the introduction of the kinesthetic method.

In the theory part the origins of the kinesthetic method, the concepts and earlier kinesthetic researches were studied. The thesis research was executed as a qualitative research. The material was collected with inquiry forms provided with open questions. The inquiries were designated to 20 trained service home nurses. 14 of them responded the inquiry. That formed the 70% response percentage.

The majority of the responses are trying to use kinesthetic method in their work. Nurses are using the kinesthetic method more when working alone than when working with a colleague. Haste and patients' poor condition proved to be the most common reasons not to use the kinesthetic method. Missing instruments and inoperative facilities experienced also as inhibiting factors.

The experiences of kinesthetic training were good and interesting. The wish to relieve physical workload furthered the implementation of the method. The implementation of the method was furthered also by the fact that everyone in the staff had been given training. The inhabitant's own involvement in patient transfers to and succeeded interaction was experienced as important.

**Keywords**    Kinesthetic, transfer of the patients, nursing.

**Pages**        28 p, + appendices 3 p.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	RAITAHARJUN PALVELUKOTI.....	1
2.1	Raitaharjun asukkaat .....	1
2.2	Raitaharjun henkilökunta .....	2
3	ERGONOMIA.....	3
4	KINESTETIIKKA .....	3
4.1	Kinestetiikan kehittyminen.....	4
4.2	Kinestetiikan tieteellinen tausta.....	5
4.2.1	Palautekontrolli.....	5
4.2.2	Sosiaalinen seuraaminen .....	6
5	KINESTETIIKAN KÄSITTEET.....	6
5.1	Vuorovaikutus.....	7
5.1.1	Aistit.....	7
5.1.2	Liikkeen elementit .....	7
5.1.3	Vuorovaikutusmallit .....	7
5.2	Toiminnallinen anatomia.....	8
5.2.1	Luut ja lihakset .....	8
5.2.2	Massat ja liiketilat.....	9
5.2.3	Orientoituminen.....	9
5.3	Ihmisen liikkuminen .....	10
5.4	Voima kommunikaatiokeinona.....	10
5.5	Ihmisen toiminnot .....	11
5.5.1	Yksinkertaiset toiminnot .....	11
5.5.2	Kompleksiset toiminnot .....	11
5.6	Ympäristö .....	12
6	TUTKIMUKSIA KINESTETIIKASTA.....	12
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	13
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	13
8.1	Kvalitatiivinen lähestymistapa.....	14
8.2	Aineiston analyysi ja käsittely .....	15
8.3	Analyysiprosessi .....	15
8.4	Induktiivinen sisällön analyysi .....	16
8.4.1	Tulosten esittäminen .....	17
8.5	Tutkimuksen luotettavuus .....	17

---

9	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	17
9.1	Kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa edistäneet tekijät .....	18
9.1.1	Henkilökunta .....	18
9.1.2	Asukas .....	19
9.1.3	Koulutus .....	20
9.2	Kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa haitanneet tekijät.....	22
9.2.1	Työolosuhteet .....	22
9.2.2	Hoitajat.....	22
9.2.3	Asukas.....	23
10	POHDINTA.....	26
	LÄHTEET .....	28

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Kyselylomakkeet

## 1 JOHDANTO

Kyselimme opinnäytetyön aiheita työnantajiltamme keväällä 2010. Raitaharjun palvelukodilla oli tarvetta kartoittaa henkilökunnan kinestetiikkakoulutuksesta saatujen tietojen ja taitojen käyttöä hoitotyössä.

Aihe on ajankohtainen, koska Hämeenlinnan kaupungin kaikki ikäihmisten pitkäaikaishoivassa työskentelevät saavat mahdollisuuden osallistua kinestetiikkakoulutukseen. Raitaharjun Palvelukodissa koko hoitohenkilökunta on saanut koulutuksen kinestetiikkamenetelmään. Kinestetiikkakoulutuksella on mahdollisuus vaikuttaa hoitajien työssä jaksamiseen kehittämällä ergonomista osaamista ja tätä kautta vähentämällä fyysistä kuormittumista. Kinestetiikan avulla pyritään myös kohentamaan ja ylläpitämään asukkaiden toimintakykyä.

Aihe kiinnostaa myös siksi, että hoidettavat asukkaamme ovat nykyään entistä huonokuntoisempia ja enemmän apua tarvitsevia. On tilanteita jolloin joutuu yksin siirtämään asukasta ja tällöin on ensiarvoisen tärkeää osata ergonomisesti oikea tapa liikuttaa asukasta. Kinestetiikkamenetelmää käytettäessä myös asukkaalla on mahdollisuus itse osallistua siirtoihin. Tällöin siirrot ovat asukkaalle itselleenkin miellyttävämpiä ja kivuttomampia. Asukkaan itse osallistuessa siirtoihin, myös hoitajan fyysinen rasitus kevenee.

## 2 RAITAHARJUN PALVELUKOTI

### 2.1 Raitaharjun asukkaat

Raitaharjun Palvelutalo on yksi Hämeenlinnan kaupungin viidestä vanhainkodista. Raitaharjussa on kaksi osastoa, Sinisiipi ja Keltasirkku. Osastoilla on yhteensä 30 pitkäaikaispaikkaa ja yksi lyhytaikaispaikka. (Käppi, T. haastattelu 7.2.2011.)

Sinisiivessä on yhdeksän asukasta, jotka ovat pääsääntöisesti täysin vuoteeseen hoidettavia. Keltasirkussa on 21 asukasta pitkäaikaispaikalla sekä yksi lyhytaikaispaikka. (Käppi 2011.)

Lyhytaikaispaikka on tarkoitettu asiakkaille, jotka tarvitsevat akuutisti väliaikaista hoitoa, esimerkiksi omaishoitajan sairastuttua tai oman sairautensa vuoksi tarvitsee väliaikaista ympärivuorokautista hoitoa. Lyhytaikaispaikkaa käyttävät myös säännöllisesti hoitajaksoilla käyvät asiakkaat omaishoitajan loman ajan tai oman kuntoutuksensa vuoksi. (Käppi 2011.)

Pitkäaikaishoiva on tarkoitettu vanhuksille, jotka eivät enää tehostettujen palveluiden turvin selviydy kotona tai palveluasunnossa. Keltasirkussa pitkäaikaispaikalla olevat asukkaat tarvitsevat hoitajien jatkuvaa valvontaa. He ovat moni sairaita ja useat jo pitkälle dementoituneita. Useat

heistä ovat kahden hoitajan autettavia, osalle riittää avuksi yksi hoitaja. Täysin omatoimisia asukkaita ei ole, jokainen tarvitsee vähintäänkin ohjausta ja opastusta tai asioista muistuttamista. Kaikki tarvitsevat hoivaa 24 tuntia vuorokaudessa. (Käppi, 2011.)

Asukkaaksi Raitaharjun Palvelukotiin haetaan vanhainkoti hakemuskaavakkeella, johon liitetään hoito- ja palvelusuunnitelma sekä lääkärin lausunto. Hakemukset käsitellään SAS-ryhmässä. SAS= selvitä, arvioi, sijoita. SAS-ryhmä on moniammatillinen työryhmä potilasohjausyksikössä, jonka tehtävänä on koordinoita vanhuspalvelujen käyttöä sekä avo- että laitoshoidossa. SAS-ryhmään kuuluvat mm. lääkäri ja sosiaalityöntekijä sekä mahdollisesti vanhainkodin sairaanhoitaja/osastonhoitaja tai muu hoidosta vastaava asiantuntija kyseisestä yksiköstä. (Käppi 2011.)

## 2.2 Raitaharjun henkilökunta

Raitaharjun Palvelukodin henkilökuntaan kuuluu yksikön esimiehen lisäksi kaksi sairaanhoitajaa, 14 lähihoitajaa ja kaksi hoitoapulaista. Pyykkihuollosta vastaa pesulatyöntekijä ja siisteydestä Tekmen siistijä. Ruuan valmistuksesta vastaa Linnan Keittiön henkilökunta. (Käppi 2011.)

Arkisin on aamuvuorossa 6-7 hoitajaa ja iltavuorossa 4 hoitajaa. Viikonloppuisin aamuvuorossa on 5 hoitajaa ja iltavuorossa 4 hoitajaa. Yövuorossa on aina 2 hoitajaa. (Käppi 2011.)

Hoitajat työskentelevät paljon parityönä asukkaiden raskashoitoisuuden vuoksi. Parityöskentely helpottaa siirtoja ja nostoja. Hoitajien ja asukkaiden turvallisuus lisääntyy pareittain työskenneltäessä, näin voidaan välttää muun muassa asukkaiden kaatumisia ja hoitajien loukkaantumisia ja fyysistä rasittumista. (Käppi 2011.)

Hoitajat toteuttavat kuntouttavaa hoitotyötä. Asukkaita kannustetaan oma-toimisuuteen sekä käyttämään jäljellä olevia voimavaroja. Hoitajat antavat sanallista opastusta ja ohjausta tai he voivat ohjata asukasta omalla kädellään esimerkiksi viemällä asukkaan käden kasvoille kasvojen pesun yhteydessä. Apua annetaan niissä päivittäistoiminnoissa, joista asukas ei itse kykene suoriutumaan. Henkilökunnalla on käytettävissään siirtoja helpottavia apuvälineitä. Käytettävissä on mm. 2 nostolaitetta, pyörähdyslevyjä, liukulevyjä, nostovöitä, nousutukia ja erilaisia tukikahvoja. Asukkailla on käytössään liikkumista helpottavia apuvälineitä, mm. pyörätuoleja, rollaattoreita ja jousiford. (Käppi 2011.)

Raitaharjussa on jokaisella asukkaalla omahoitajapari. Kullakin omahoitajaparilla on 4-5 omaa asukasta. Omahoitajat ovat asiantuntijoita omien asukkaidensa hoidossa. He huolehtivat asukkaan asioiden tiedottamisesta omaisille ja tekevät hoitosuunnitelmat asukkaan ja omaisten toiveiden ja



asukkaan tarpeiden mukaisesti. Omahoitajat pitävät hoitosuunnitelmat ajan tasalla. Omahoitajat huolehtivat monista erilaisista asioista asukkaansa hoidossa, esimerkiksi tilaavat tarvittaessa parturin ja jalkahoitajan. (Käppi 2011.)

Yöaikaan Raitaharjun Palvelutalon yöhoitajat vastaavat omissa kodeissaan asuvien turvapuhelinasiakkaiden hälytyksiin. (Käppi 2011.)

### 3 ERGONOMIA

Ergonomia-sana tulee kreikankielen sanoista ergo = työ ja nomos = luonnonlait (Työterveyslaitos).

Ergonomia tutkii ihmisen, työn ja tekniikan vuorovaikutusta ja tuottaa tietoa ja menetelmiä, joiden avulla järjestelmät, tehtävät ja ympäristö sovitaan ihmisen ominaisuuksien, kykyjen ja tarpeiden mukaisesti. Ergonomian tavoitteena on ihmisen turvallisuus, terveys ja hyvinvointi sekä toiminnan tehokkuus ja sujuvuus. (Työterveyslaitos 2005)

Ergonomia tarkastelee tieteenalana ihmisen ja toimintajärjestelmän muiden osien vuorovaikutuksia ja soveltaa ammattialana ergonomian teoreettisia periaatteita, tietoja ja menetelmiä ihmisen hyvinvoinnin ja toimintajärjestelmän tehokkuuden optimoimiseksi (Suomen ergonomiayhdistys).

Ergonomian tavoitteena on ihmisen, työtilanteiden ja työn kehittävyys sekä työn turvallisuuden ja terveellisuuden kehittäminen. Työpaikan ergonominen toiminta on ihmisen ja työn sovittamista yhteen, jolloin työ ja tekniikka sopeutetaan ihmisen ominaisuuksiin. (Iivanainen ym. 2001, s. 191.)

### 4 KINESTETIIKKA

Kinestetiikka-termi muodostuu sanoista kinesis = liike ja aesthetis = aistimus (Suomen Kinestetiikkayhdistys ry). Kinestetiikka on voimavaraletyinen lähestymistapa, joka perustuu ihmisen luonnollisten liikemallien ja aistitoimintojen ymmärtämiseen, ihmisen kunnioittavaan kohtaamiseen sekä näiden merkitykseen oppimiselle ja itsehallinnalle (Suomen Kinestetiikkayhdistys ry).

Kinestetiikka on lähestymistapa, joka ergonomian keinoin helpottaa fyysistä kuormitusta. Se ei ole yksittäinen potilassiirtotekniikka, vaikka sitä hyödynnetään myös potilaan liikkumisen avustamisessa. Menetelmän tavoitteena on kokonaisvaltaisemmin tuottaa terveydenhuollon ammattiryhmille ja asiakkaille ymmärrys ihmisen luonnollisesta liikkumisesta ja sen merkityksestä ihmisen olemassaololle, oman kehon sekä ulkoisen ympäristön havainnoimiselle ja toimimiselle arjessa. (Hantikainen 2009.)

#### 4.1 Kinestetiikan kehittyminen

Kinestetiikan tieteellinen perusta on käyttäytymiskybermeettisen (=erilaisten järjestelmien säätö- ja viestintätapahtumia tutkiva tiede) tutkimuksen tuottamassa tiedossa ihmisen viestintämekanismeista, käyttäytymisestä ja oppimisesta. Lisäksi erilaiset liikunta- ja tanssipedagogiset sekä kehoterapeuttiset suuntaukset ovat Frank Hatchin myötä vaikuttaneet kinestetiikan kehittymiseen. (Hantikainen 2009.)

Ensimmäinen kinestetiikkakurssi järjestettiin USA:ssa 80-luvun alussa oman kehonsa tuntemisesta kiinnostuneille yliopisto-opiskelijoille. Sveitsiläinen sairaanhoitaja Susanne Schmidt sovelsi yhdessä Yhdysvaltalaisten käyttäytymistieteilijöiden Lenny Maiettan ja Frank Hatchin kanssa kinestetiikkaa hoitotyöhön. Sveitsissä ja Saksassa perus-, jatko- ja kouluttajakursseja on toteutettu 1990-luvun alusta. Suomessa, Itävallassa ja Italiassa koulutus on alkanut 1990-luvun puolivälissä. Sveitsissä, Saksassa ja Itävallassa kinestetiikan perus- ja jatkokurssin on suorittanut vuoteen 2002 mennessä 150 000 eriasteista hoitoalan työntekijää ja kurssit kuuluvat myös useiden terveydenhuoltoalan oppilaitosten opetussuunnitelmiin. Koulutuksen suunnittelusta, kehittämisestä ja laadunvarmistuksesta sekä tutkimuksesta vastaavat kansalliset kinestetiikajärjestöt (Sveitsi, Saksa, Itävalta, Italia). (Hantikainen 2009.)

Kinestetiikan koulutus alkoi Suomessa vuonna 1997. Ensimmäisten kursseiden kouluttajina toimivat sveitsiläiset ja saksalaiset kouluttajat ja Virpi Hantikainen käänsi kurssit suomeksi. Vuonna 1998 Hantikainen aloitti itse kouluttajana. Suomessa on järjestetty useita peruskursseja akuuttihoidossa, vanhustyössä sekä kehitysvammaisten hoitotyössä. Vuonna 2008 koulutettuja hoitotyöntekijöitä ja fysioterapeutteja on rekisteröity 2000. Kinestetiikkakouluttajia on Suomessa tällä hetkellä 7 ja tutoreita 20. Tutoreiden avulla pyritään turvaamaan kinestetiikan soveltaminen käytännön hoitotyössä. (Hantikainen 2009.)

Terveydenhuoltoalan oppilaitosten integroitukoulutus Suomessa on aloitettu. Perus- ja jatkokurssien lisäksi kinestetiikka tarjoaa erityiskursseja seuraavilla alueilla: teho-, lasten-, neurologinen- ja psykiatrinen hoitotyö, kivunhoito, hengityksen tukeminen ja painehaavaumia ehkäisevä ja toimintoja tukeva asentohoito. Omaishoitajille järjestetään kursseja, joihin avustettava omainen sekä omaishoitaja tai koko perhe osallistuvat yhdessä. Tetraplegia ja MS potilaiden kohdalla kurssit ovat saaneet suuren suosion Keski-Euroopassa. (Hantikainen 2009.)

Kinestetiikkakoulutuksen aloittamiseksi Suomessa on asetettu tavoitteeksi hoitohenkilökunnan vuorovaikutus- ja avustustaitojen paraneminen sekä terveydenhuollon asiakkaiden omatoimisuuden tukeminen kaikilla hoitotyön alueilla. Osoituksena kinestetiikkakoulutuksen tarpeellisuuden tarpeellisuudesta Suomessa ovat lisääntyneet peruskurssit sekä instituutioiden tilaamat jatkokurssit. Kiinnostus tutkimustiedon tuottamiseen kinestetiikan vaikuttavuudesta on alkanut sekä Suomessa että Keski-Euroopassa. Vuonna 2009 on perustettu Suomen Kinestetiikkayhdistys. Yhdistys on pe-

rustettu koko maan kattavan koulutuksen kehittämiseksi kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon alueilla. (Hantikainen 2009.)

## 4.2 Kinestetiikan tieteellinen tausta

Käyttäytymiskybernetiikan mukaan ihminen oppii ja kontrolloi käyttäytymistään ja oppimistaan sensomotorisen palauteprosessin kautta. Tutkimukset ovat osoittaneet liikkeen ja liikkumisen keskeisen roolin tässä prosessissa. Jokaisessa liikkeessä ihmisen sensoriset systeemit rekisteröivät ja järjestävät saatuja ärsykeitä. Nämä informaatiot ovat edellytyksenä seuraavan liikkeen kontrolloinnille. (Hantikainen 2009.)

Ihmisen liikkuminen ei tapahdu sattumalta vaan se on selkeästi strukturoitavissa, muutettavissa ja opittavissa. Ihminen pystyy oppimaan koko elämänsä ajan, jos hänellä on mahdollisuus kontrolloida sitä mitä hänessä ja hänelle tapahtuu. Käyttäytymiskybernetiikan teoriat palautekontrollisysteemistä (feedback-control) sekä sosiaalista seuraamista (social tracking) ovat kinestetiikan kulmakiviä. (Hantikainen 2009.)

### 4.2.1 Palautekontrolli

Palautekontrolli käsittelee positiivista sopeutumista erojen ja virheiden kautta. Kaikki elävät systeemit toimivat ns. suljettuna palautesysteeminä. Systeemiä ei voida muuttaa ulkoapäin vaan itse systeemin sisältä erilaisten kontrollimekanismien perusteella. (Hantikainen 2009.)

Ihmiskehossa tapahtuu jatkuvasti muuttuvia, itse sääteleviä ja vaikuttavia vuorovaikutustapahtumia. Elävät systeemit kontrolloivat liikkeen ja palautteen avulla sekä ympäristöä että fysiologisia tapahtumia, kuten bioenergian tuottamista, elinten aineenvaihduntaa ja aivotoimintaa. Ihmiskeho säätelee jatkuvan palautteen kautta (negatiivinen ja positiivinen seuraaminen) erilaisten systeemiensä toimintaa. Säättely tarkoittaa sitä, että muutos tai sopeutuminen yhdessä systeemissä vaikuttaa toiseen. Käyttäytymiseen sekä fysiologisiin alueisiin liittyviä toimintoja ylläpidetään ja kontrolloidaan jatkuvan ja dynaamisen motorisen toiminnan kautta. Käsite homeokineesi kuvaa muutoksessa olevaa tasapainoa, joka muodostuu jatkuvasta säätelystä käyttäytymisen, kehon liikkeiden ja fysiologisten prosessien välillä (= liikkeen kautta välittyvä kontrolliprosessi). (Hantikainen 2009.)

Kaikkia aistisysteemejä, kehoa sekä kaikkia sisäisiä vitaalitoimintoja säädellään kehon suurten lihasten aktiivisen toiminnan avulla. Kybermeettisen teorian lähtökohtana on väite, että sydämen toiminta, verenkierto ja hengitystoiminta säädellään jatkuvasti ja systemaattisesti motorisensorisen systeemin kautta. On todettu, että ulkoisen hengityksen tärkeimpiin ominaisuuksiin kuten frekvenssiin ja voluumiin voidaan vaikuttaa pikemminkin tietoisten toimintojen kuin sisäisten fysiologisten tapahtumien avulla. (Hantikainen 2009.)

#### 4.2.2 Sosiaalinen seuraaminen

Ihmisen käyttäytyminen perustuu jatkuvaan liikkeeseen, jonka aiheuttaa joko oma tai vieras liikkumissysteemi. Sosiaaliset käyttäytymismallit ovat palautekonrolloituja seuranta- ja ohjausprosesseja. Kybermeettisen mallin mukaan ihmisen käyttäytyminen sen kaikessa muodoissa, perustuu kahden tai useamman ihmisen välillä tapahtuvaan vastavuoroiseen sensorisen palautteen seurantaan. Käyttäytymisellä on biologinen perusta ja tavoitteena on yhdistää sosiaalinen palaute biologisen palautteen kanssa. (Hantikainen 2009.)

Sosiaalinen seuraaminen kuvaa kahden tai useamman ihmisen välistä vuorovaikutusta suljettuna motoris-sensorisena kiertona. Yksittäinen henkilö seuraa tilanteessa sensorista palautetta, joka muodostuu toisen henkilön motorisesta käyttäytymisestä ja yrittää omien reaktioidensa avulla seurata tapahtumaa sekä kontrolloida sitä itselleen ominaisella tavalla. (Hantikainen 2009.)

Kosketus- ja liikeaistin on todettu olevan vaikuttavin väline informaation vaihdossa kahden ihmisen välillä. Kosketus- ja liikeaistisysteemi välittää ja tulkitsee informaatiota nopeammin verrattuna muihin aistin elimiin. Kahden ihmisen ollessa kosketuskontaktissa on liikkeen ajallinen seuranta, muutokset tilassa ja tarvittava voima liikkeen suorittamiseen tarkemmin kontrolloitavissa. Tämä tarkoittaa sitä, että ihmisen kontrollia omasta toiminnastaan voidaan tukea parhaiten tilanteeseen sopivan koskettamisen ja liikkumisen kautta. (Hantikainen 2009.)

## 5 KINESTETIIKAN KÄSITTEET

Kinestetiikassa työskennellään käsitteiden vuorovaikutus, toiminnallinen anatomia, ihmisen liikkuminen, ”voima” kommunikaatiovälineenä, ihmisen toiminnot ja ympäristön merkitys ihmisen toiminnoille avulla. Nämä elementit ovat yhtä aikaa mukana jokaisessa ihmisen toiminnossa ja jokaisella niistä on oma merkityksensä ihmisen liikkumisessa. Käsitteiden avulla voidaan tarkastella ja analysoida ihmisen toimintoja yksityiskohtaisesti ja systemaattisesti. Ihmisen liikkumisen ja toimintojen tukeminen toteutuu siten, että kaikkien toimintaan osallistuvien henkilöiden kehon paino pysyy jatkuvasti luustolla. Liikkuminen tapahtuu ilman nostamista jolloin ihminen voi itse määrätä ja kontrolloida liikkumisensa etenemisen. Siten kehontuntemus paranee. (Hantikainen 2009.)

Kinestetiikassa liikkuminen ymmärretään laajasti. Liikkuminen ei rajoitu sen käsittämiseen paikasta toiseen siirtymisenä. Liikkuminen muodostuu suurista sekä erityisesti hienosäätöisistä liikkeistä. Ihmisen avustaminen istumaan, vaihtamaan asentoa, hengittämään helpommin, riisuutumaan, yskimään, jne. ovat kaikki liikkumisaktiviteettejä. Liikkumisen ensimmäinen vaihe on ihmisen hienosäätöisen liikkumisen tukeminen. Valmistautuminen liikkumistapahtumaan edellyttää mahdollisuutta havainnoida omaa kehoaan. Ennen varsinaista siirtymisaktiviteettia tulisi aina auttaa ihmistä orientoitumaan omaan kehoonsa liikkeen ja koskettamisen avulla,

etenkin tilanteissa, joissa kehon hahmottaminen on sairauden, vamman tai liikkumattomuuden vuoksi rajoittunut. Kehoon orientoituminen ylläpitää ja edistää ihmisen itsehallintaa ja tukee tämän elintoimintoja. Liikunnan toinen vaihe on oppimisvaihe, jossa ihminen huolimatta liikuntarajoitteisuudestaan oppii suoriutumaan erilaisista toiminnoista terveiden kehonosien avulla sekä integroimaan rajoittuneesti toimivat kehonosat mukaan toimintaan. (Hantikainen 2009.)

## 5.1 Vuorovaikutus

Vuorovaikutus jaetaan kinestetiikassa kolmeen alueeseen: aistit, liikkeen elementit ja vuorovaikutusmallit. Kaikki ihmisen toiminta on vuorovaikutusta sekä ihmisen kehonosien välillä että ihmisen ja ympäristön välillä. Vuorovaikutustilanteessa pyritään välttämään manipulointia eli sallitaan avustettavan suorittaa toimintansa itse niin pitkälle kuin hän pystyy. Avustustilanteessa on huomioitava kuinka paljon ja millaista tukea avustettava henkilö tarvitsee. (Hantikainen 2009.)

### 5.1.1 Aistit

Aistien avulla ihminen vastaanottaa ja työstää ärsyksiä. Ärsykkeet ovat edellytys sille, että ihminen voi käsitellä ja vaihtaa informaatiota kehonosien ja ympäristön välillä. Kinesteettinen aisti (liikeaisti) antaa ihmiselle informaatiota sisältäpäin, kun taas muiden aistisysteemien tehtävänä on vastaanottaa ärsyksiä ulkoisesta ympäristöstä. Kinesteettisellä aistilla on erityinen merkitys liikkeen, liikkumisen ja ihmisen toimintojen kontrolloinnissa. Ainoastaan kinesteettisen aistin välityksellä on mahdollista kontrolloida ihmiskehon painoa suhteessa painovoimaan, käyttää näkö-, kuulo-, haju- ja kosketusaistia tai säädellä sydämen lyöntiä ja hengitystä. (Hantikainen 2009.)

### 5.1.2 Liikkeen elementit

Aistien toiminnan edellytyksenä on liike jonka ihminen havainnoi kinesteettisen aistinsa avulla. Liike voidaan määrittellä sen havaittavissa olevien ominaisuuksien mukaan. Siten liike muodostuu ajasta, tilasta sekä voiman käytöstä. Jokainen muutos yhdessä liikkeen elementissä aiheuttaa muutoksen kahdessa muussa elementissä. Säätämällä liikkeen elementtejä, esim. liikkeen nopeutta, suuntaa ja käytetyn voiman laatua ja määrää voidaan luoda puitteet kontrolloidulle liikkumiselle. (Hantikainen 2009.)

### 5.1.3 Vuorovaikutusmallit

Aistien ja liikkeen elementtien yhteistoiminnan kautta muodostuu kolme erilaista vuorovaikutusmallia. Vuorovaikutus, joka tapahtuu samanaikaisesti, tarkoittaa toiminnan ja reaktion välitöntä tapahtumista ilman aikavivettä. Käyttäytymiskybernetiikan mukaan ihmisen mukautuminen muutokseen tapahtuu parhaiten jos palaute seuraa välittömästi ilman aikavii-

vettä. Tämä vuorovaikutusmuoto on mahdollista ainoastaan kosketusaistin ja liikkeen kautta. Samanaikaisesti tapahtuva vuorovaikutus on vaikuttavin tapa vaihtaa informaatiota ihmisten kanssa, joilla on puutteelliset kognitiiviset valmiudet ja/tai vaikea-asteisia hahmottamishäiriöitä. (Hantikainen 2009.)

Vuorovaikutusmalli, joka tapahtuu vuorottelevasti tarkoittaa toiminnan ja reaktion tapahtumista aikaviiveellä. Toisen henkilön avustamisessa tällä vuorovaikutusmallilla on suuri merkitys ihmisen kontrollille omasta toiminnastaan. Avustettava saa tukea ainoastaan niillä alueilla, joilla hän ei yksin pysty suoriutumaan. Tämä vuorovaikutusmalli vaatii avustajalta kykyä havainnoida toisen ihmisen resursseja, kykyä sallia toisen hyödyntää resurssejaan sekä kykyä käyttää eri aisteja informaation antamisessa ja vastaanottamisessa. (Hantikainen 2009.)

Kolmas malli on ns. yksisuuntainen vuorovaikutusmalli. Tämä malli voidaan käsittää negatiivisessa merkityksessä, jos toiminta tehdään toisen ihmisen puolesta huomioimatta tämän reaktiota ja sallimatta hänen kontrolloida omaa toimintaansa. Positiivisen merkityksen tämä vuorovaikutusmalli saa tilanteissa, joissa ihminen kykenee suorittamaan oman toimintansa ilman ulkopuolista apua. (Hantikainen 2009.)

## 5.2 Toiminnallinen anatomia

Ihmiskehon anatomisen rakenteen ja toiminnan tunteminen auttaa ymmärtämään ihmisen liikkumista. Painotus on liikkumisessa selkeästi havaittavissa anatomisissa tekijöissä kuten luissa ja lihaksissa, massoissa eli kehomme niissä osissa joita liikutamme sekä liiketiloissa, joissa liike tapahtuu. Ihmiskehon anatomisen rakenteen ja toiminnan tunteminen liikkumisprosessissa helpottaa kompleksisen liikkumisaparaatin käsittämistä, optimaalista liikkumista ja ihmisen toimintoja. Painopiste on liikkumisessa havainnoitavissa anatomisissa aspekteissa. Funktionaalisen anatomian tunteminen auttaa kehon painon siirtämisessä kantamisen sijasta. (Hantikainen 2009.)

### 5.2.1 Luut ja lihakset

Ihmiskehon helpoiten tunnettavissa olevat erot ovat lihasten ja luiden väliset erot. Luut ja lihakset muodostavat ihmiskehon stabiilin ja epästabiilin rakenteen. Luuston tehtävänä on kantaa kehon painoa ja luovuttaa se tukipinnoille. Lihasten avulla mahdollistetaan painon siirtyminen. Jos liikkumisessa sekoitetaan kehon luiden ja lihasten tehtävä tarvitaan liikkumiseen enemmän voimaa. Jos ihminen ei siirrä painoaan vahvan ja kantavan luustonsa päälle, niin hän rasittaa lihaksiaan, joilla on vähäinen painon sietokyky. Samoin tapahtuu, jos avustettaessa toisen ihmisen liikkumista ei tämän painoa organisoida siten, että luusto luovuttaa painon tukipinnoille. Lihakset eivät voi luovuttaa kehon painoa tukipinnoille. (Hantikainen 2009.)

### 5.2.2 Massat ja liiketilat

Luut ja lihakset ryhmitellään ns. ”massoihin” ja ”liiketiloihin”. Ihmiskehon paino jakautuu seitsemän massan alueille jotka ovat pää, rintakehä, lantio, käsivarret ja jalat. Liikkumistila muodostaa yhteyden massojen välillä sekä mahdollistaa painon siirtymisen massalta toiselle. Ihmiskehossa on kuusi liikkumistilaa: kaula, olkanivelet, vyötärö ja lonkanivelet. Jokaista ihmisen massaa voidaan liikuttaa riippumattomasti toisistaan jos liikkumistilan sallitaan vapaasti mahdollistaa painon siirto massalta toiselle. (Hantikainen 2009.)

Liikkumisen avustamisessa tulisi avustettavaa tukea aina kehon massojen alueelta sekä liikkumistiloista. Tarttumalla ihmistä liikkumistilasta lukitaan ja rajoitetaan massojen vapaa liikkuminen, jonka seurauksena avustettavan omia liikkumismahdollisuuksia ja kontrollia omasta liikkumisestaan ehkäistään. Liikkumistilojen lukitseminen muodostaa ihmiskehosta yhden massan seitsemän massan sijasta. Kontakti kehon massoihin antaa avustettavalle selkeää informaatiota niiden stabiilien ominaisuuksien kautta. Liikkumistilat ovat epästabiileja ja saatu informaatio epämääräistä. Massojen ja liikkumistilojen yhteistoiminta mahdollistaa painon yksinkertaisen liikkumisen suhteessa painovoimaan. Jokaista ihmisen massaa voidaan liikuttaa erikseen rullaamalla tai liu'uttamalla. Massoja ei tulisi koskaan nostaa, koska massat ovat painoa. Kun yhden massan liikkumistila loppuu tulevat seuraavat massat automaattisesti mukaan liikkeeseen. (Hantikainen 2009.)

### 5.2.3 Orientoituminen

Kehollinen orientoituminen kuuluu osana toiminnalliseen anatomiaan. Liikkeen suunta, jonka ihminen tuntee omassa kehossaan osoittaa hänelle missä hän on ja mihin hän päätyy. Liikkuminen vaatii vähemmän voimaa, jos liikkeen suunta on kehoon ja sen toimintoihin orientoitunut. Ihmiskehossa on aina ylin ja alin kohta, keskikohta, oikea ja vasen sekä etu- ja selkäpuoli. Orientoiduttaessa kehoon on ylin ja alin kohta aina sama oli ihminen missä asennossa tahansa suhteessa tilaan. (Hantikainen 2009.)

Kehon etupuoleksi kutsutaan kehon pehmeitä, lihaksia käsittäviä alueita, jotka muodostuvat pääosin koukistajalihaksista ja joiden tehtävä on kehon koukistaminen ja aistien vastaanottaminen. Kehon etupuoli ei kykene luovuttamaan painoa tukipinnoille. Selkäpuoli taas on kova, luinen ja suojaava ja toimii kehon ojentajana. Kehon selkäpuoli kykenee luovuttamaan painon tukipinnoille, joten avustettaessa ihmistä liikkumisessa tulisi tämän paino organisoida aina kehon selkäpuolelle. Kehon etupuolen havaitsemme epästabiilina ja selkäpuolen stabiilina. Orientoiduttaessa ihmisen kehoon siirtyy paino aina kehossa alaspäin ihmisen liikkeessä tilassa ylöspäin. Jos kehon sijasta orientoidutaan tilaan, on kyseessä painon siirtäminen ilmaan eli nostaminen. (Hantikainen 2009.)

### 5.3 Ihmisen liikkuminen

Koska ihmisen anatomia sisältää stabiileja ja epästabiileja kvaliteetteja ovat myös stabiili ja epästabiili liike keskeisiä ihmisen liikkumisessa. Ihmiskehon liikkeissä ovat mukana nämä molemmat ja stabiili liike, joka tapahtuu yhden akselin suunnassa ja toimii ns. tukiliikkeenä, nähdään perustana epästabiilille eli siirtymisliikkeelle. (Hantikainen 2009.)

Stabiili, yhden akselin suuntaan tapahtuva liike on suhteellisen raskas suorittaa, koska paino jakaantuu tasaisesti molemmille kehon puoliskoille. Tämän seurauksena kehon puoliskojen on samanaikaisesti kannatettava painoaan ja kyettävä liikkumaan. Spiraaliliikkuminen nähdään optimaalisempuna tapana liikuttaa kehoa. Hyödynnettäessä kehon liikkumistilojen (niska, olkanivelet, vyötärö, lonkanivelet) spiraalimaisia liikemahdollisuuksia tietoisesti tulevat kehon toiminnot kevyemmiksi ja vaikuttavimmiksi. Spiraaliliikkeet käyttävät stabiileja ja epästabiileja liikkeitä tasapainoisemmin hyväkseen. Ne tapahtuvat kääntämällä, koukistamalla sekä ojentamalla eri kehon osia. Täten kehon paino siirtyy kehon toiselta puoliskolta toiselle, jolloin kuormittamatonta puolta voidaan liikuttaa kevyemmin. Tällä tavalla myös sekvenssiliikkeet tulevat helpommin mahdollisiksi. Kyseessä on liikkuminen, jossa kehon massojen annetaan seurata toinen toistaan. Spiraaliliikkuminen tarvitsee vähän voimaa, on kontrolloitua ja mahdollistaa joka hetki paluun lähtöasentoon. Tietoisuus ihmisen stabiileista ja epästabiileista liikkumiskvaliteeteista auttaa tukemaan ihmisen liikkumisresursseja. (Hantikainen 2009.)

### 5.4 Voima kommunikaatiokeinona

Jokainen ihmisen toiminto edellyttää enemmän tai vähemmän voimaa. Voiman voimme kokea laadullisesti kahdella eri tavalla: vetäminen ja työntäminen. Ymmärrys vetämisen ja työntämisen vaikutuksesta ihmisen toimintoihin auttaa rajoittamaan käytetyn voiman määrän minimiin. (Hantikainen 2009.)

Vetäminen ja työntäminen ovat jokaisen liikkeen käynnistäjiä ja niiden yhteistoiminta muodostaa jännitysverkon koko kehossa. Mitä vaikuttavimmin näiden yhteistoiminta liikkumisessa huomioidaan, sitä vähemmän voimaa tarvitaan liikkeen suorittamiseen. Vetäminen ja työntäminen havaitaan kehon osien välillä sekä kehon ja ulkoisen ympäristön välillä. Liikkeeseen tarvittava voima voi tulla joko kokonaan liikkujalta itseltään, se voidaan jakaa toisen henkilön kanssa tai se voi tulla kokonaan toiselta henkilöltä. Vetämisen ja työntämisen avulla ihminen kontrolloi liikkumistaan suhteessa painovoimaan. Siksi on tärkeää, että tämä saa säädellä itse vetoa ja työntöä resurssiensa sallimissa rajoissa. (Hantikainen 2009.)



## 5.5 Ihmisen toiminnot

Ihmisen toiminnot ovat tavoitteellista liikkumista joka perustuu stabiilien ja epästabiilien liikkeiden yhteistyölle. Kinestetiikassa ihmisen toiminnot jaetaan yksinkertaisiin ja kompleksisiin toimintoihin. Esimerkiksi asennon ottaminen ja siinä pysyminen on ihmisen yksinkertaisin toiminto. Kyky ottaa ja olla tietyssä asennossa on perusta ihmisen kompleksisille toimintoille, joissa ollaan tekemisissä vähintään kahden tekijän kanssa: asennossa pysymisen ja samanaikaisesti jonkin toiminnan tekemisen. Kompleksiset toiminnot jaetaan paikalla suoritettaviin toimintoihin ja liikkumiseen paikasta toiseen. (Hantikainen 2009.)

### 5.5.1 Yksinkertaiset toiminnot

Ihmisellä on seitsemän perusasentoa: selinmakuu, kyynärnoja, risti-istunta, konttausasento, toispolviseisonta, käyntiseisonta sekä tasajalkaseisonta. Yksittäiset perusasennot määräytyvät massojen painon jakaantumisen kautta. Siirryttäessä tilassa alhaalta ylöspäin, menettävät kehon massat kosketustaan tukipintaan ja samanaikaisesti siirtyy paino alempana oleviin massoihin. Kun viimeinen perusasento on saavutettu, on kehon paino jalkaterien varassa. Ihmisen perusasunnoista selinmakuu, risti-istunta, toispolviseisonta sekä tasajalkaseisonta ovat ns. stabiileja asentoja ja soveltuvat paikaltaan suoritettavien toimintojen tekemiseen. Liikkuminen paikasta toiseen on vaikeaa, koska paino on keskittynyt kehon keskeisille massoille. Siirtymisliikettä varten ideaaleja asentoja ovat kyynärnoja, konttausasento ja käyntiseisonta. Nämä asennot ovat epästabiileja ja kehon raajat kantavat suurimman osan sen painosta. Siirtyminen paikasta toiseen on yksinkertaista, sillä jokainen raajojen kääntöliike siirtää painoa kehossa puolelta toiselle. Painosta vapaata kehon puolta voi liikuttaa vaivatta. (Hantikainen 2009.)

### 5.5.2 Kompleksiset toiminnot

Paikallaan suoritettaviin toimintoihin kuuluvat mm. vitaalit toiminnot kuten hengittäminen ja verenkierto sekä erilaiset aktiviteetit kuten syöminen, pukeutuminen, erittäminen, jne. Liikkuminen paikasta toiseen tarkoittaa kaikkien massojen painon siirtämistä toiseen paikkaan tai asennon vaihtoa. Kinestetiikka erottaa siirtymisessä kaksi muotoa: käynti, jossa painon siirto tapahtuu tukipinnoille tai hyppiminen, jossa painon siirto tapahtuu ilmaan. Siirtyminen käynnin periaattein on ihmiselle luonnollinen tapa liikua, vaatii vähemmän voimaa ja mahdollistaa kontrollin liikkumisesta.

Liikkumisrajoitteisten ihmisten kohdalla joudutaan usein tilanteisiin, joissa siirtyminen on mahdollista ainoastaan stabiileissa asunnoissa. Perustavanlaatuisen ymmärryksen siitä, mitä ihmisen kehossa tapahtuu siirryttäessä paikasta toiseen mahdollistaa aktiivisen liikkumisen jokaisessa asennossa perusasennossa. (Hantikainen 2009.)

## 5.6 Ympäristö

Ympäristö vaikuttaa ihmisen liikkumiseen, itsensä havainnoimiseen ja itsekontrolliin joko niitä tukevasti tai rajoittavasti. Terveellä ihmisellä on kaksi mahdollisuutta reagoida ympäristöön: hän sopeutuu ympäristöön tai hän muuttaa ympäristöä ja muokkaa sen tarpeitaan vastaavaksi. Liikkumisrajoitteiselle ihmiselle nämä vaihtoehdot ovat rajoitetusti mahdollisia. (Hantikainen 2009.)

Ympäristöllä on merkitys kehon jännitystilalle. Muuttamalla ympäristöä liikkumista tukevaksi voidaan helpottaa ihmisen toimintoja. Käyttämällä apuvälineitä tavalla, joka ei mahdollista ihmisen aktiivista liikkumista tai liikkeen tuntemista omassa kehossaan tekee ihmisestä passiivisen osapuolen eli hänelle ei anneta mahdollisuutta itsekontrolliin omasta liikkumisestaan ja osallistumisestaan. (Hantikainen 2009.)

## 6 TUTKIMUKSIA KINESTETIIKASTA

Tutkimuksia kinestetiikasta on tehty aikaisemmin jonkin verran. Useimmat tutkimukset, joissa kinestetiikkaa käsitellään, ovat painottuneet enemmän potilassiirtojen, ergonomian ja työn kuormittavuuden tutkimiseen. Vähemmälle huomiolle ovat jääneet kinestetiikan käsitteistä mm. vuorovaikutuksen ja ympäristön huomioiminen. Suomenkielisiä tutkimuksia ei juurikaan ole. Ergonomiasta on tutkimuksia olemassa paljon.

Tamminen-Peterin tekemässä tutkimuksessa selvitettiin Durewall- ja kinestetiikkamenetelmien sekä vallalla olevien siirtomenetelmien fyysisen kuormittavuuden eroja. Tutkimukseen osallistuvat hoitajat saivat koulutuksen molempiin uudempiin menetelmiin ja heidän siirtotaitoaan arvioitiin koulutusjaksojen päätteeksi. Käytettyjen siirtomenetelmien vaikutusta tutkittiin myös potilaiden näkökulmasta. Hoitajien siirtotaidot kehittyivät ja fyysinen kuormittuminen väheni koulutusten myötä. Menetelmien käytön myötä potilaat osallistuivat paremmin siirtotapahtumaan ja ripustautuminen hoitajaan väheni keventäen näin fyysistä kuormittumista. (Leena Tamminen-Peter 2005.)

Durewall-menetelmä perustuu nostotilanteen, ympäristön, avustettavan ja avustajan mukaan sovellettaviin periaatteisiin. Nostamisen sijasta potilasta vedetään, työnnetään tai liu'utetaan alustaa pitkin vähän kerrallaan. Siirtoon tarvittava voima saadaan painonsiirroilla, vipuvaikutusta ja liikeenergiaa hyväksi käyttämällä. Kinestetiikan tavoitteena on helpottaa sekä potilaan että hoitajan liikkumista potilaan omatoimisuutta lisäämällä ja hoitajan fyysistä kuormittumista vähentämällä. Menetelmässä painotetaan oman kehon havainnointia liikkeen ja liikkumisen kautta sekä työskennellessään vuorovaikutuksen, toiminnallisen anatomian, ihmisen liikkumisen ja toimintojen, voiman ja ympäristön käsitteiden avulla. (Eija Saarinko-Weideman, 2006.)

Eeva Saarinen on vuonna 2009 tehnyt opinnäytetyön Hämeen Ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyössään hän on tutkinut kinestetiikkakoulutuk-

sen vaikutuksia hoitotyön fyysiseen kuormittavuuteen Hämeenlinnan kaupungin vanhainkodeissa. Fyysisen kuormittavuuden osalta tuloksista voidaan todeta kinestetiikan käytön vähentävän fyysistä kuormitusta ja vähentävän näin siitä johtuvaa tuki- ja liikuntaelinoireilua omalta osaltaan. Tyypilliset avustustilanteet koetaan edelleen keskimäärin raskaiksi. Avustusmenetelmästä riippumattomat tekijät, kuten kiire, henkilökunnan vähäisyys työvuorossa, apuvälineiden riittämättömyys ja toimimattomat työtilat haittaavat kinestetiikan käyttöä ja lisäävät kuormittumista. Opinnäytetyön tuloksista ei yksityiskohtaisesti selviä, miten kinestetiikkakoulutus on vaikuttanut fyysiseen kuormittumiseen. Hoitotyön kuormittavuus on loppujen lopuksi moneneritekijänsumma. (Saarinen 2009.)

## 7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Raitaharjun Palvelukodin hoitohenkilökunta on saanut koulutuksen kinestetiikkamenetelmän käyttöön. Kinestetiikkakoulutuksella on mahdollista vaikuttaa hoitajien työssä jaksamiseen kehittämällä ergonomista osaamista ja tätä kautta vähentää fyysistä kuormittumista. Kinestetiikkamenetelmää käyttämällä pyritään myös parantamaan ja ylläpitämään asukkaiden omaa toimintakykyä mahdollistamalla asukkaalle oma osallistuminen siirtoihin.

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää ovatko kinestetiikkakoulutuksen saaneet hoitajat Raitaharjun Palvelukodilla ottaneet käytännön työhönsä kinestetiikkamenetelmän. Opinnäytetyössä selvitetään kinestetiikkamenetelmän käyttöönottoa edistäneitä ja haitanneita tekijöitä.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

1. Millaiset tekijät ovat edistäneet kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa Raitaharjun Palvelukodissa?
2. Millaiset tekijät ovat haitanneet kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa Raitaharjun Palvelukodissa?

## 8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksessamme halusimme selvittää, millaiset tekijät ovat edistäneet ja millaiset tekijät haitanneet kinestetiikkamenetelmän käyttöönottoa Raitaharjun Palvelukodissa. Opinnäytetyösopimus Raitaharjun Palvelukodin kanssa on allekirjoitettu 21.3.2011. Tutkimuslupahakemus on hyväksytty 12.4.2011. Tutkimuslupahakemuksen myönsi Raitaharjun Palvelukodin esimies. Tutkimuslupa on voimassa 31.12.2011 saakka. Yhteyshenkilöksi tutkimukseen liittyvissä asioissa Raitaharjun Palvelukodilla nimettiin yksikön esimies.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Raitaharjun Palvelukodin kaikki kinestetiikkakoulutuksen käyneet hoitajat (20 hoitajaa). Haastattelun toteutimme kyselylomakkeilla (liite 2). Kyselylomakkeiden mukana oli saatekirje, (liite 1) jossa kerroimme tutkimuksen tarkoituksesta ja vastausten käsitte-

lystä. Vastaajille on tärkeää tietää, ettei heidän vastauksistaan pysty tunnistamaan vastaajan henkilöllisyyttä.

20 Kyselylomaketta saatekirjeineen sekä lyhyt tiivistelmä kinestetiikan käsitteistä jätettiin Raitaharjun Palvelukodin henkilökunnan taukotilaan, niille osoitettuun paikkaan 24.3.2011. Vastauslomakkeita varten jätettiin myös suljettavat kirjekuoret palautusta varten.

7.4.2011 haimme kyselylomakkeet Raitaharjun Palvelukodilta. 17 hoitajaa vastasi kyselyyn. Vastausprosentiksi tuli 70%.

## 8.1 Kvalitatiivinen lähestymistapa

Tutkimuksemme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tavoitteena ymmärtää tutkimuskohdetta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta ei tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. Tutkimalla yksityistä tapausta kyllin tarkasti saadaan näkyviin myös se, mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä toistuu usein tarkasteltaessa ilmiötä yleisemmällä tasolla. (Hirsijärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007, 177.)

Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Tähän sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Tutkimuksessa on kuitenkin otettava huomioon, että todellisuutta ei voi pirstoa mielivaltaisesti osiin. Tapahtumat muovaavat samanaikaisesti toinen toisiaan, ja onkin mahdollista löytää monensuuntaisia suhteita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Yleisesti todetaan, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä pikemmin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia (totuus)väittämiä. (Hirsijärvi ym. 2007, 157.)

Laadullisessa tutkimuksessa haastateltavien määrä ei ole yhtä suuri kuin kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa. Vaikka haastateltavien määrä on pienempi, on haastateltavat kuitenkin tarkasti valittu. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista kohdejoukon harkinnanvarainen ja tarkoituksenmukainen valitseminen. Kvalitatiivisissa tutkimuksissa ei käytetä sattumanvaraisesti löydettyjä haastateltavia. Pieni haastateltavien määrä mahdollistaa tutkimuksen tulosten perinpohjaisen tarkastelun ja analysoimisen, näin ollen tutkimuksen tieteellisyyden kriteeri onkin laatu, eikä määrä. (Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus 2007; Eskola, & Suoranta 1998, 18; Laadullinen tutkimus 2007.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen, käsittely ja analysoiminen lomittuvat toisiinsa. Analyysi saattaa osoittaa, että aineistoa on täydennettävä. Aineiston rajat ovat laadullisessa tutkimuksessa avoimet, mikä tarkoittaa sitä, että tutkimuksen edetessä aineisto saattaa laajeta tai supistua. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena tulisi olla vanhojen ajatusmallien kyseenalaistaminen ja ilmiöiden selittäminen ymmärrettäväksi niin, että se antaa mahdollisuuden ajatella toisin. (Uusitalo 1991, 80; Vilka 2005, 157.)

## 8.2 Aineiston analyysi ja käsittely

Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Se on tapa järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Usein sisällön analyysi määritellään prosessina, jossa tuotetut kategoriat kvantifioidaan. Laadullinen sisällön analyysi päättyy siihen, kun kysytään, kuinka monta kertaa jokin asia ilmenee aineistossa. Kun tutkitaan, mitä silloin tapahtuu, on kyse laadullisesta sisällön analyysistä. Sisällön analyysi sopii erinomaisesti strukturoimattomaan aineistoon. Sitä voidaan käyttää päiväkirjojen, kirjeiden, puheiden, dialogien, raporttien, kirjojen, artikkeleiden ja muun kirjallisen materiaalin analyysiin. Sisällön analyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Kyngäs, H., Vanhanen, L. 1999, 4-5.)

## 8.3 Analyysiprosessi

Analyysin tekemiseksi ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä, vaan tiettyjä ohjeita analyysiprosessin etenemisestä. Sisällön analyysissä voidaan edetä kahdella tavalla joko lähtien aineistosta (induktiivisesti) tai jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä (deduktiivisesti), jota hyväksi käyttäen aineistoa luokitellaan. Ennen analyysin aloittamista tutkijan on päätettävä, analysoiko hän vain sen, mikä on selvästi ilmaistu dokumentissa vai analysoiko hän myös piilossa olevia viestejä. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys ohjaavat tutkijaa ratkaisemaan sen, millaisia sisältöjä hän analysoi. (Kyngäs ym. 1999, 5.)

Sekä induktiivisen että deduktiivisen sisällön analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Analyysiyksikön valintaa ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on yksi sana tai sanayhdistelmä, mutta se voi olla myös lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikkö voi olla myös yksi kirjain, sivujen määrä, sanojen määrä, keskusteluun osallistuneiden määrä, keskusteluun käytetty aika, pääotsikoiden koko tai piirustusten määrä tutkittavassa dokumentissa, riippuen siitä, mikä on tutkimustehtävä. (Kyngäs ym. 1999, 5.)

Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen aineisto luetaan useita kertoja läpi. Lukeminen on aktiivista lukemista ja sen tarkoituksena on luoda pohja analyysille. Tästä syystä luettaessa aineistoa, sille tehdään kysymyksiä: kuka tässä kertoo, missä tämä asia tapahtuu, milloin se tapahtui, miksi ja mitä tässä tapahtuu? Aineistoon tutustumisen jälkeen analyysin etenemistä säätelee se, ohjaako analyysiä aineisto vai ennalta valitut kategoriat, käsitteet, teemat tai käsitejärjestelmä. (Kyngäs ym. 1999, 5.)

#### 8.4 Induktiivinen sisällön analyysi

Aineistosta lähtevä analyysiprosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Ryhmitellessä aineistoa tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Abstrahoinnissa muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. (Kyngäs ym. 1999, 5-6.)

Aineistoa pelkistetään kysymällä aineistolta esimerkiksi tutkimustehtävän mukaista kysymystä. Sivun marginaaliin kirjataan asiat, jotka aineistosta löytyvät vastauksena tähän kysymykseen. Pelkistetyt ilmaukset kirjataan mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä kuin teksti on aineistossa. Marginaalista pelkistetyt ilmaukset kerätään listoiksi, joita voidaan kutsua aineiston ”pesulistoiksi” tai ”tarkastuslistoiksi”. Tämä on kategorioiden muodostamisen ensimmäinen vaihe. (Kyngäs ym. 1999, 5-6.)

Aloitimme opinnäytetyön analysoinnin lukemalla useita kertoja haastattelulomakkeet läpi. Aineistoon tutustumisen jälkeen kysyimme aineistolta tutkimustehtävin mukaisia kysymyksiä, jolloin aineistosta löydettiin alkuperäisilmauksia. Aineistosta löytyneet alkuperäisilmaukset alleviivasimme ja kirjoitimme edelleen uudelle erilliselle paperille, josta niiden jatkotyöstäminen oli helpompaa. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin tämän jälkeen yksittäisiksi ilmauksiksi.

Analyysin seuraava vaihe on ryhmittely. Ryhmittelyssä on kysymys pelkistettyjen ilmauksien erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsimisestä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategoriolle sen sisältöä hyvin kuvaava nimi. Muodostettaessa kategorioita induktiivisesti tutkija päättää tulkintaansa hyväksi käyttäen, mitkä asiat voidaan yhdistää samaan kategoriaan ja mitä ei voida yhdistää. Tähän vaiheeseen liittyy jo aineiston abstrahointia eli käsitteellistämistä. (Kyngäs ym. 1999, 5-6.)

Seuraavaksi analyysissä alkuperäisilmauksista tehdyt pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin yhtäläisten ilmaisujen joukoiksi. Tämä tapahtui etsimällä pelkistetyistä ilmaisuista samaa tarkoittavia ja samansisältöisiä ilmauksia. Pelkistettyjen ilmaisuiden ryhmittelyssä käytimme apuna eri värisiä alleviivauskyniä alleviivaamalla eri väreillä eri kategorioihin kuuluvia ilmaisuja. Samaan kategoriaan yhdistetyille pelkistetyille ilmauksille annettiin niiden sisältöä kuvaava nimi. Näin muodostui alakategoriat.

Analyysiä jatketaan yhdistämällä samansisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita. Yläkategorialle annetaan nimi, joka kuvaa hyvin sen sisältöä eli niitä alakategorioita, joista se on muodostettu. Abstrahointia jatketaan yhdistämällä kategorioita niin kauan kuin se on sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista. Kategorioiden nimeäminen voi olla ongelmallista. Nimeämisessä käytetäänkin usein deduktiivista päättelyä eli kategorioille annetaan nimi, joka on jo aikaisemmin tuttu käsite tai sanapari. (Kyngäs ym. 1999, 5-6.)

#### 8.4.1 Tulosten esittäminen

Tutkimuksen tuloksena raportoidaan analyysissä muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai kategoriat. Näiden lisäksi tuloksissa kuvataan kategorioiden sisällöt eli se, mitä kategoriat tarkoittavat. Sisältö kuvataan alakategorioiden ja pelkistettyjen ilmaisujen avulla. Suorien lainauksien tarkoituksena on lisätä raportin luotettavuutta ja osoittaa lukijalle se, mistä tai minkälaisesta alkuperäisaineistosta kategoriat on muodostettu. Niitä tulisi käyttää raportissa vain esimerkin omaisesti.. Tutkijan tulee varmistua siitä, että tutkittavia ei voida tunnistaa suorien lainausten perusteella. (Kyngäs ym. 1999, 10.)

#### 8.5 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuutta tutkimukseemme tuo se, että hoitajat vastaavat haastattelu-kysymyksiimme nimettöminä. Emme myöskään kysy henkilökohtaisia tietoja, esimerkiksi ikää, sukupuolta, tms. muuta sellaista joka voisi paljastaa vastaajan henkilöllisyyden. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Tulosten tarkastelun ja analysoinnin jälkeen kaikki haastatteluista saatu aineisto tuhotaan asianmukaisesti.

Laadullinen tutkimus on luotettava, kun tutkimuksen tutkimuskohde ja tulkittu aineisto ovat yhteensopivia eivätkä teorianmuodostukseen ole vaikuttaneet epäolennaiset tai satunnaiset tekijät. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan itsensä on arvioitava tutkimuksensa luotettavuutta. Luotettavuuden arviointia tulee tehdä koko prosessin ajan tulkinnassa, analysoinnissa, tutkimisessa ja johtopäätösten tekemisessä. (Vilka 2005, 158-159.)

## 9 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää millaiset tekijät ovat edistäneet ja millaiset tekijät haitanneet kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa Raitaharjun Palvelukodilla.

Päätimme kirjoittaa tekemämme kuviot auki myös tekstiin haitanneista tekijöistä ja edistäneistä tekijöistä selkiyttämään kategorioita lukijalle. Suorat lainaukset perustelevat kategorioihin asettelun. Suorat lainaukset ovat kursivoitu.

Tutkimuksemme perusteella suurin osa hoitajista Raitaharjun Palvelukodilla pyrkii käyttämään kinestetiikkamenetelmää hoitotyössä. Erityisesti asentohoidoissa korostui kinestetiikkamenetelmän käyttö. Hoitajat kokivat käyttävänsä menetelmää liian vähän. Esteinä olivat useimmiten asukkaan huono kunto, kiire ja puutteelliset apuvälineet sekä epäsoivat työtilat. Oman työn fyysisen kuormittumisen helpottaminen ja innostus kinestetiikkamenetelmää kohtaan olivat yleiset syyt käyttää hoitotyössä kinestetiikkaa.

Vastauksista käy ilmi, että monet hoitajista kokevat siirtotaitonsa kehittyneen koulutuksen myötä. Koulutus on antanut myös rohkeutta kokeilla erilaisia tapoja siirtää asukasta. Myös asukkaiden yksilöllisempi huomioiminen siirroissa on kehittynyt. Erityisesti siirrot pyörätuoliin, asennon muutokset pyörätuolissa ja sängyssä onnistuvat yhteistyössä asukkaan kanssa vähemmällä fyysisellä rasituksella kuin ennen koulutusta.

Hoitajat kokivat menetelmän helpottavan myös asukkaan oloa ja räsitätä. Asukas, joka ymmärtää viestit ja käsdyt, pystyy hyvin olemaan mukana siirroissa. Useat asukkaista ovat niin huonokuntoisia, etteivät he ymmärrä annettuja ohjeita ja näin ollen heidän kanssaan ei yhteistyössä pysty kinestetiikkamenetelmää hyödyntämään.

Vähemmistö vastaajista koki, ettei koulutuksella ole ollut mitään vaikutusta heidän siirtotaitoonsa. He kertoivat, että taidot ovat jo unohtuneet, koska koulutuksen jälkeen he eivät heti ottaneet menetelmää käyttöön. Kinestetiikkamenetelmä ei ollut heidän mielestään soveltuva vuodeosastotyöhön eikä heillä ollut mielenkiintoa menetelmää kohtaan.

Jatkokoulutukseen oli hyvin vähän kiinnostusta, mutta kertauskurssia toivoivat useat hoitajat. Jos kinestetiikkamenetelmää ei käytä päivittäin hoitotyössä, menetelmä unohtuu.

Kinestetiikan käsitteistä hoitotyössä korostui vuorovaikutus ja ympäristön huomioiminen. Vuorovaikutuksessa aistit nähtiin tärkeänä. Hoitajat kertoivat tarkkailevansa kehon kieltä ja kiinnittävänsä huomiota kosketukseen. Liikkeen elementit näkyivät ajan ja tilan antamisena asukkaalle ja näin tuettiin asukkaan omatoimisuutta. Vastauksien mukaan hoitajat pyrkivät käyttämään mahdollisimman vähän voimaa. Ympäristön huomioiminen näkyi siinä, että hoitajat halusivat luoda turvallisen ja liikkumista tukevan ympäristön.

## 9.1 Kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa edistäneet tekijät

Vastausten perusteella kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa edistäviksi tekijöiksi nousivat henkilökunta, asukkaat ja koulutus.

### 9.1.1 Henkilökunta

Henkilökunnasta johtuviksi kinestetiikkaa edistäviksi tekijöiksi paljastui työparista riippuvat tekijät ja itsestä riippuvat tekijät.

Työparista riippuvaisia tekijöitä vastaajat kuvailivat yhteisellä asialla ja toisen työntekijän paremmalla ymmärtämisellä. Työparin esimerkki kannusti käyttämään kinestetiikkamenetelmää. Myös kokemusten vertailu koettiin tärkeäksi asiaksi.

*”Kokemusten vertailu työkaverin kanssa.”*



*”... palaa mieleen kun esim. työpari käyttää menetelmää.”*

*”...asia yhteinen, ymmärtää toista työntekijää paremmin.”*

Itsestä riippuviksi tekijöiksi tutkimuksen perusteella nousivat oma rohkeus käyttää menetelmää, oma innokkuus menetelmää kohtaan ja halu säästää itseään fyysiseltä rasitukselta.

*”Kinestetiikkakoulutus antoi itsevarmuutta toimia.”*

*”Halua säästää itseään liialta rasitukselta ja voimalta...”*

*”...oma innokkuuteni käyttää kinestetiikkaa työssä on myös edistänyt menetelmän käyttöön ottoa.”*

### 9.1.2 Asukas

Asukkaasta johtuviksi kinestetiikkaa edistäviksi tekijöiksi vastausten perusteella nousivat fyysiset, psyykkiset ja inhimilliset tekijät.

Fyysisiä tekijöitä asukkaassa, jotka edistävät kinestetiikkamenetelmän käyttöä ovat mm. asukkaalla oleva voima, kehon hallinta ja tasapaino.

*”Osalla asukkailla on vielä käytössä voimavaroja, voimaa käsissä, jaloissa sekä kehonhallinnassa ja tasapainossa.”*

Psyykkisiksi edistäviksi tekijöiksi paljastui onnistunut vuorovaikutus ja suullisten ohjeiden ymmärtäminen.

*”Pitää olla niin hyväkuntoinen, että viesti menee hänelle perille.”*

*”...niin sanotusti ohjeet menevät perille eli ymmärtää ohjeet.”*

*”Jos vuorovaikutus asukkaan kanssa onnistuu ja asukas myönteinen ko-keiluun.”*

Asukkaasta johtuvina edistävänä tekijöinä inhimillisuus näkyi myötämielisyytenä ja onnistuneina kokemuksina.

*”Asukkaan vastustus kun asukas ei ymmärrä mitä tehdään.”*

*”...tai eivät yksinkertaisesti viitsi tai halua toimia yhteistyössä hoitajan kanssa.”*

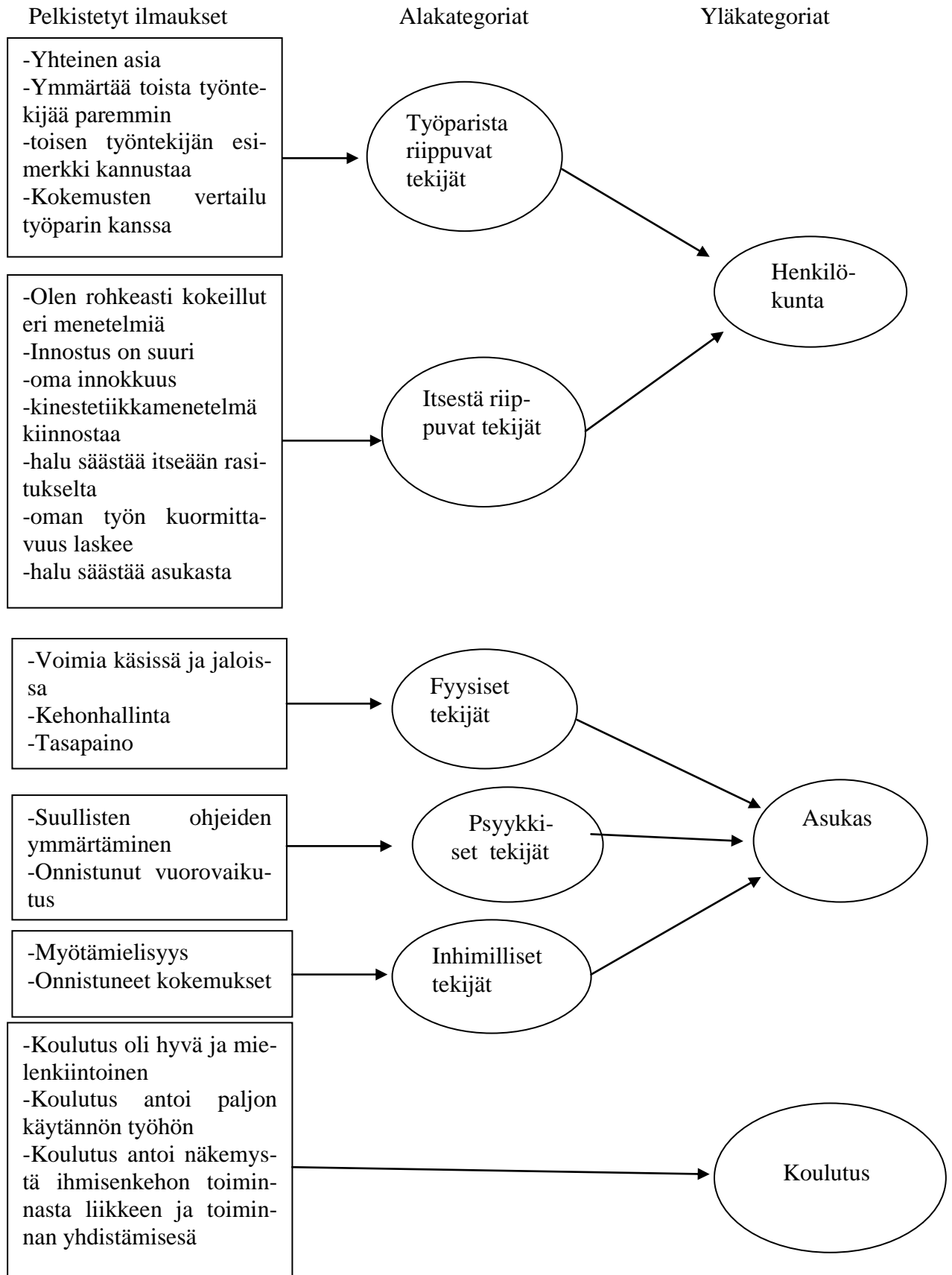
### 9.1.3 Koulutus

Vastausten perusteella kinestetiikkakoulutuksella oli iso edistävä merkitys menetelmän käyttöön otossa. Koulutus koettiin mielenkiintoiseksi ja innostavaksi. Koulutus antoi näkemystä ihmisen kehon toiminnasta sekä liikkeen ja toiminnan yhdistämisestä.

*”...koulutuksessa sai oivia niksejä siirtymiseen.”*

*”Olen rohkeasti kokeillut asukkailla erilaisia menetelmiä, mitä opittiin koulutuksessa.”*

*”Koulutus antoi itsevarmuutta toimia.”*



Kuvio 1 Kinestetiikka menetelmän käyttöön ottoa edistäneet tekijät

## 9.2 Kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa haitanneet tekijät

Vastausten perusteella kinestetiikkamenetelmäm käyttöön ottoa haitanneiksi tekijöiksi nousivat työolosuhteet, hoitajat ja asukas. Työolosuhteista johtuvia haittaavia tekijöitä ovat henkilökunnan määrä ja työn paljous sekä ympäristöstä ja työvälineistä johtuvat tekijät. Hoitajista johtuvat tekijät ovat työyhteisöstä, työparista ja itsestä riippuvat tekijät. Asukkaasta johtuvia haitanneita tekijöitä olivat psyykkiset, fyysiset ja inhimilliset tekijät.

### 9.2.1 Työolosuhteet

Työolosuhteista johtuviksi tekijöiksi vastausten perusteella nousivat henkilökunnan määrästä ja työn paljoudesta johtuvat tekijät sekä ympäristöstä ja välineistä johtuvat tekijät.

Henkilökunnan määrää ja työn paljoutta vastaajat kuvailivat henkilökunnan vähydellä ja kiireellä.

*”... töissä on aina kiire ja henkilökunnan vähyys, monesti.”*

*”Aikaa ei aina välttämättä ole.”*

*”Joskus kiireessä unohtuu.”*

Ympäristöstä ja työvälineistä johtuviksi tekijöiksi paljastui ahtaat tilat ja puuttuvat sekä vialliset apuvälineet.

*”Ahtaat tilat, puuttuvat tai epäkuntoiset apuvälineet.”*

### 9.2.2 Hoitajat

Hoitajista johtuviksi tekijöiksi vastauksista paljastui työyhteisöstä riippuvat tekijät, työparista riippuvat tekijät sekä itsestä riippuvat tekijät.

Työyhteisöstä riippuviksi tekijöiksi vastaajat kertoivat, että hoitajat rutinoituneet vanhoihin tapoihin, koko työyhteisö ei käytä menetelmää ja ettei osata hyödyntää opittuja tapoja.

*”Vanhat tavat ja tottumukset tiukassa.”*

*”Koko työyhteisön tulisi toimia kinestetiikkaa käyttäen...”*

Työparista johtuvia haittaavia tekijöitä olivat osaamattomuus sekä haluttomuus käyttää kinestetiikkamenetelmää. Esille nousi myös se, että useat käyttivät kinestetiikkamenetelmää yksin, muttei parin kanssa.

*”Työparinkin on osattava kinestetiikkaa ja oltava halukas käyttämään sitä.”*

*”Parityöskentelyssä ei tule niinkään käytettyä kinestetiikkaa.”*

*”Osa työkavereista vastustaa uutta menetelmää, joten työparin kanssa ei voi aina hyödyntää kinestetiikkaa.”*

Itsestä johtuviksi tekijöiksi vastaajat kertoivat etteivät kunnolla osaa tai että menetelmät ovat unohtuneet. Vastaajat kertoivat myös, että eivät osaa hyödyntää opittuja taitoja.

*”Koulutuksessa opitut taidot unohtuvat helposti.”*

*”Kinestetiikkamenetelmä olisi pitänyt ottaa käyttöön heti kurssin jälkeen, nyt taidot jo unohtuneet.”*

*”Kinestetiikkamenetelmä ei tule vielä selkärangasta, ei osaa hyödyntää opittua taitoa.”*

*”Ei aina osaa soveltaa kuitenkaan menetelmiä:”*

*”Se, ettei itse kunnolla osaa.”*

### 9.2.3 Asukas

Asukkaasta johtuvia haitanneita tekijöitä kinestetiikkamenetelmän käyttöön otossa olivat fyysiset tekijät, psyykkiset tekijät ja inhimilliset tekijät.

Fyysisiä tekijöitä oli asukkaan huono kunto. Vastaajat kuvailivat asukkaiden olevan jäykkiä tai että asukkailla ei ollut tarpeeksi voimia käsissä ja jaloissa.

*”Asukkaista monet ovat liian huonokuntoisia.”*

*”Kaikki asukkaat eivät pysty liikuttamaan/auttamaan ollenkaan.”*

*”Asukkaan jäykkyys.”*

Asukkaasta johtuvia kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa haitanneita psyykkisiä tekijöitä vastausten mukaan oli asukkaan alentunut kyky vuorovaikutukseen ja alentunut kyky ymmärtää annettuja ohjeita.

*”Asukkaan vastustus ja kunto kun asukas ei ymmärrä mitä tehdään.”*

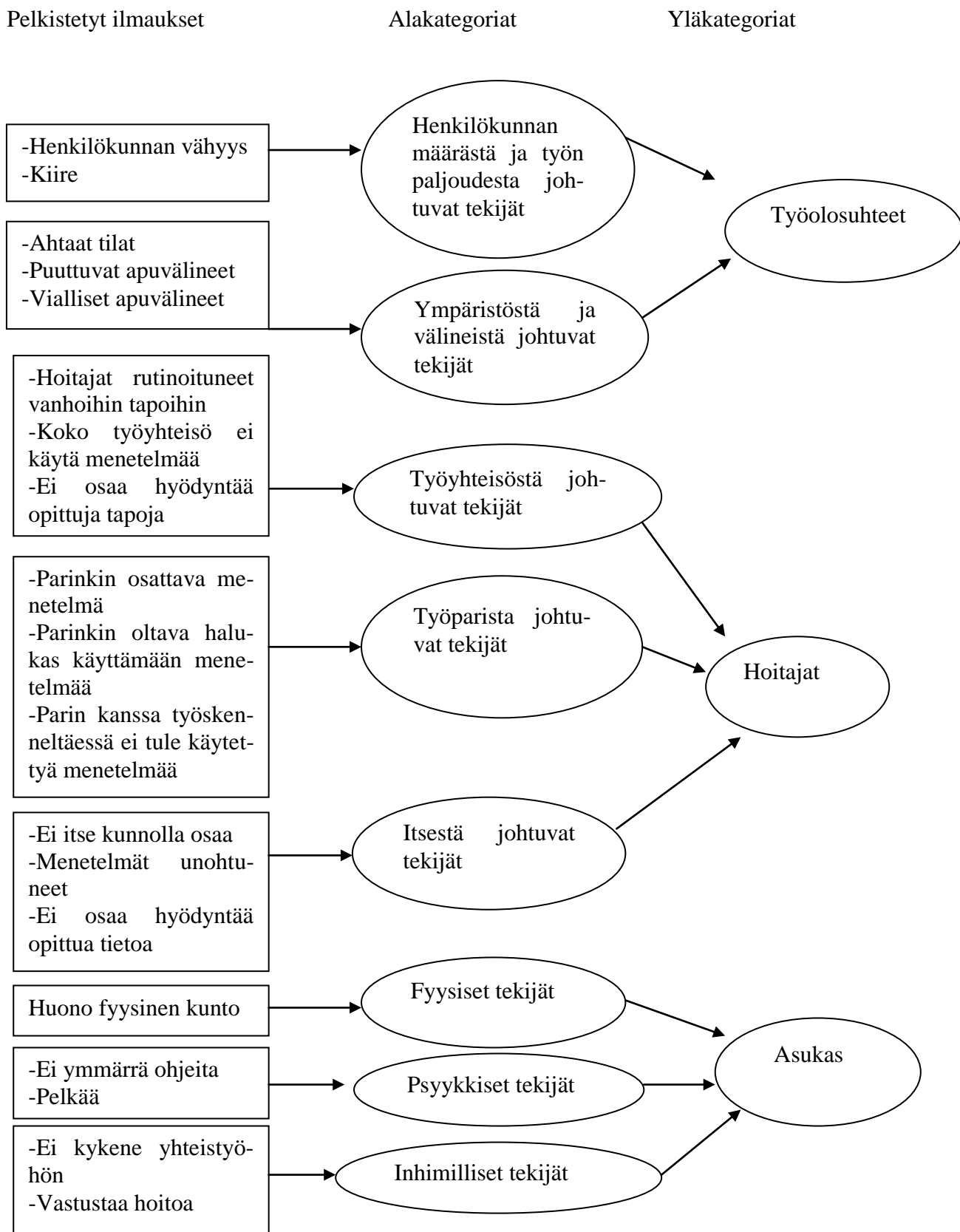
*”Jos asukas ei ymmärrä mitä tulisi tehdä niin vaikea toimia joissakin tilanteissa.”*

Asukkaasta lähtöisin olevia inhimillisiä tekijöitä, jotka haittasivat kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa, olivat asukkaan pelko, asukkaan vastahakoisuus ja se etteivät asukkaat viitsi eikä halua osallistua itse siirtoihin.

*”Asukkaan vastahakoisuus”*

*”Eivät yksinkertaisesti viitsi tai halua toimia hoitajan kanssa.”*

*”Asukas huusi ja pelkäsi koko ajan. Asukas liian sairas ymmärtämään, ehkä oli uuttakin, koki pelottavaksi.”*



Kuvio 2 Kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa haitanneet tekijät

## 10 POHDINTA

Tarkastellessamme tutkimustuloksia Eeva Saarisen opinnäytetyöhön ”Fyysinen kuormittuminen hoitotyössä - Kysely kinestetiikkakoulutuksen vaikutuksista työ fyysiseen kuormittavuuteen Hämeenlinnan kaupungin vanhainkodeissa” havaitsimme, että vastauksista löytyi paljon yhtäläisyyksiä. Hän on omassa tutkimuksessaan tullut myös tulokseen, että työtilat vaikuttavat ergonomiseen työskentelyyn. Uusissa ja toimivissa tiloissa hänen tutkimuksensa mukaan tilat helpottavat ergonomista työskentelyä mutta vanhat ja toimimattomat työskentelytilat vaikeuttavat ergonomista työskentelyä siinä määrin, ettei kinestetiikan käyttö ole samalla tavalla mahdollista kuin toimivissa tiloissa.

Myös asukkaiden huonokuntoisuus oli hänen mukaansa yksi tekijä työn kuormittavuuden kannalta. Molemmissa tutkimuksissa asukkaiden huono kunto näkyi sekä fyysisenä että psyykkisenä asiana. Tämän takia korostuu hoitajan herkkä havainnointikyky ja ymmärrys siitä, miten dementoiva sairaus edetessään ihmiseen vaikuttaa. Kinestetiikka on varsinkin aluksi paljon opettelua vaativaa ja tästä syystä vastaajien mielestä sopimaton menetelmä kiireiseen työhön. Varsinkin sellaisten asukkaiden kanssa, joilla ei mene ohjeet perille, on kinestetiikkaa mahdotonta käyttää, saman on todennut Eeva Saarinen omassa opinnäytetyössään.

Yhteistä molemmissa tutkimuksissa oli myös se, että kinestetiikkakoulutukseen oltiin tyytyväisiä ja hoitajat pitivät tärkeänä sitä, että koko henkilökunta on saanut koulutuksen.

Sopivien apuvälineiden saatavuus koettiin myös tärkeäksi tekijäksi kinestetiikkamenetelmän käyttöön otossa. Apuvälineiden puuttuminen tai se, että ne olivat toimimattomia, koettiin kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa haittaavaksi tekijäksi.

Tutkimustuloksia tarkasteltaessa voidaan todeta, että kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa edistäviä tekijöitä ovat henkilökunnasta johtuvat tekijät, asukkaasta johtuvat tekijät ja koulutuksesta johtuvat tekijät. Työparin vaikutus kinestetiikkamenetelmän käyttöönottoon on merkittävä. Jos työpari käyttää menetelmää, se helpottaa molempien työskentelyä. Työpari voi olla myös kannustava esimerkki kinestetiikan käytössä ja työparin kanssa voi vertailla eri menetelmien käyttöä. Oma innokkuus kinestetiikkamenetelmää kohtaan koettiin edistäväksi tekijäksi. Halu säästää itseään fyysiseltä kuormittumiselta kannusti käyttämään kinestetiikkamenetelmää ja rohkeasti kokeilemaan eri menetelmiä kinestetiikassa.

Asukkaasta johtuvia tekijöitä olivat asukkaan fyysiset, psyykkiset ja inhimilliset tekijät. Osalla asukkaista on vielä jäljellä sen verran voimaa ja taspainoa, että heidän kanssaan kinestetiikkamenetelmän käyttö onnistui hyvin. Tärkeäksi koettiin se, että kinestetiikka onnistuakseen asukkaan kanssa vaatii asukkaalta kykyä vastaan ottaa ohjeita ja käskyjä. Inhimillisiin tekijöihin vaikuttaa asukkaan myötämielisyys ja yhteistyökyky hoitajan kanssa.



Yksi tärkeä kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa edistävä tekijä oli mielenkiinto koulutusta kohtaan. Koulutus pääosin todettiin antoisaksi ja hyväksi. Hoitajat kertoivat saaneensa koulutuksesta paljon hyviä ohjeita työelämään. Kertauskoulutukselle todettiin olevan tarvetta.

Kinestetiikkamenetelmän käyttöönottoa haitanneiksi tekijöiksi nousi työolosuhteista johtuvat tekijät ja hoitajista johtuvat tekijät. Työolosuhteista vaikuttavin haitannut tekijä oli kiire. Hoitajat kokivat, etteivät he kiireen vuoksi pysty kinestetiikkaa hoitotyössä käyttämään. Kinestetiikkamenetelmä, varsinkin opetteluvaiheessa, vie enemmän aikaa asukkaahan kanssa. Ahtaat tilat ja puutteelliset apuvälineet olivat myös kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa haitanneita tekijöitä.

Hoitajista johtuvia kinestetiikkamenetelmän käyttöön ottoa haitanneita tekijöitä olivat itsestä johtuvat tekijät, työparista johtuvat tekijät ja työyhteisöstä johtuvat tekijät. Hoitajat kokivat, että he käyttävät kinestetiikkamenetelmää enemmän yksin kuin työparin kanssa. Esteitä menetelmän käytölle työparin kanssa oli mm. työparin osaamattomuus, mm. sijaiset eivät välttämättä ole saaneet koulutusta menetelmään tai työpari ei halua käyttää menetelmää. Hoitajat kokevat osittain myös etteivät itse osaa käyttää menetelmää ja soveltaa tietoja käytännön työhön.

Sisällön analyysiä tehdessämme huomasimme, että jotkut kysymyksistämme olimme muotoilleet väärin. Tästä johtuen emme saaneet kyseisistä kysymyksistä tehtyä hyvää sisällön analyysiä. Laadullista tutkimusta tehdessä pitäisi huomioida se, ettei vastaajalla olisi mahdollisuutta vastata kyllä tai ei, ehkä, tms. Kysymys tulisi olla sellainen, että vastaajalla on mahdollisuus vastata kokonaisilla lauseilla käyttäen kuvailevia sanoja.

Vastauksista kävi ilmi, että hoitajat toivovat työyhteisössä käytettävän kinestetiikkaa enemmän kuin mitä sitä nyt käytetään. Osa hoitajista toivoi enemmän yhteistä keskustelua työyhteisössä kinestetiikkamenetelmän käytöstä.

Tätä opinnäytetyötä tehdessämme olemme saaneet perehtyä kinestetiikkamenetelmään. Asia on ollut mielenkiintoinen ja siksi opinnäytetyötä on ollut mukava tehdä. Opinnäytetyön tekemistä on helpottanut se, että meillä molemmilla on kokemusta vanhusten hoitotyöstä. On ollut helpompi ymmärtää mitä eri käsitteet ja sanat sekä lauseet kyselyn vastauksissa tarkoittavat käytännössä.

Olemme tyytyväisiä kyselyyn vastanneiden määrään. Raitaharjun Palvelukodin henkilökunta osallistui runsaslukuisesti kyselyihin vastaamiseen, vastausprosentti oli 70. Yhteistyö Raitaharjun Palvelukodin kanssa sujui hyvin.

## LÄHTEET

- Hantikainen, V. 2009. Luentomateriaali 19. Hattulan kunta. Satu Kananen, 2009.
- Hirsijärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M., & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi.
- Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. 2007. Tilastokeskuksen julkaisu.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1/99, 3-12.
- Käppi, T. 2011. Sairaanhoidtaja. Raitaharjun Palvelukoti. Haastattelu 7.2.2011.
- Saarinen, E. 2009. Fyysinen kuormittuminen hoitotyössä – kysely kinestetiikkakoulutuksen vaikutuksista työn fyysiseen kuormittavuuteen Hämeenlinnan kaupungin vanhainkodeissa. Hämeen Ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Saarinko-Weideman, E. 2006. Potilassiirtojen kuormittavuus – Hoitajien fyysisen kuormittumisen ja potilassiirtotaitojen arviointi. Kuopion yliopisto, Biolääketieteen laitos. Kandidaatin tutkielma.
- Suomen Ergonomiayhdistys ry  
[www.ergonomiayhdistys.fi](http://www.ergonomiayhdistys.fi) > 5.3.2011
- Suomen Kinestetiikkayhdistys ry  
[www.kinestetiikka.fi](http://www.kinestetiikka.fi) > 5.3.2011
- Tamminen-Peter, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – kolmen siirtomenetelmän vertailu. Tutun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.
- Uusitalo, H. 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma, johdatus tutkielman maailmaan. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

KYSELY KINESTETIIKKAMENETELMÄN KÄYTTÖÖNOTOSTA RAITAHARJUN  
PALVELUKODISSA

Hei!

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Hämeen ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa ja teemme opinnäytetyötä kinestetiiikkamenetelmän käyttöönotosta Raitaharjun Palvelukodissa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää ovatko kinestetiikkakoulutuksen käyneet hoitajat vienneet koulutuksesta saaneita tietoja ja taitoja käytännön työelämään. Opinnäytetyömme tarkoituksena on myös selvittää mitkä tekijät ovat edistäneet ja mitkä tekijät haitanneet tietojen ja taitojen käyttöön ottoa työelämässä.

Kyselyyn voivat vastata ne hoitajat, jotka ovat käyneet vähintään kinestetiiikan peruskurssin.

Kyselylomakkeet palautetaan suljetuissa kuorissa niille osoitettuun paikkaan henkilökunnan taukokuoneeseen.

Vastausaikaa on 7.4.2011 saakka.

Lomakkeet käsitellään luottamuksellisesti. Vastauksista ei pysty tunnistamaan vastaajan henkilöllisyyttä.

Kiitos kaikille vastanneille!

Hämeenlinnassa 23.3.2011

Paula Hjelt ja Satu Aarnisalo

Jos sinulla on kysyttävää opinnäytetyn kyselyyn liittyen, voit ottaa yhteyttä Paulaan, puhelinnumero 045-1199396 tai Satuun, puhelinnumero 050-5306697

KYSELY KINESTETIIKKAMENETELMÄN KÄYTTÖÖNOTOSTA RAITAHARJUN  
PALVELUKODISSA

1. Käytätkö kinestetiikkamenetelmää käytännön hoitotyössä? \_\_\_\_\_

---

---

---

2. Miten työssäsi näkyy kinestetiikan käsitteet: vuorovaikutus, toiminnallinen anatomia, ihmisen liikkuminen, voima kommunikaatiovälineenä, ihmisen toiminnot ja ympäristö? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Mitkä tekijät ovat edistäneet kinestetiikkamenetelmän käytäntöön ottoa? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

4. Mitkä tekijät ovat haitanneet kinestetiikkamenetelmän käytäntöön ottoa? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Onko kinestetikkakoulutus vaikuttanut siirtotaitoosi, jos, miten? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

6. Pystyvätkö asukkaat osallistumaan siirtoihin käyttäessäsi kinestetikkamenetelmää, jos, miten se näkyy? Jos ei, mistä syystä? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

7. Olisiko sinulla kiinnostusta opiskella lisää kinestetikkamenetelmäs-  
tä? \_\_\_\_\_

---

---

---

Vastauksia voi jatkaa lomakkeen toiselle puolelle.

Kiitos vastauksistasi!