



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Anu-Maria Ebong

KINESTETIIKAN IMPLEMENTOINTI  
VAASAN KESKUSSAIRAALAN  
VUODEOSASTOHOIDON  
PALVELUALUEELLE

Sosiaali- ja terveystieteiden  
2018

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Anu-Maria Ebong
Opinnäytetyön nimi	Kinestetiikan implementointi Vaasan keskussairaalan vuodeosastohoidon palvelualueelle
Vuosi	2018
Kieli	Suomi
Sivumäärä	73 + 4 liitettä
Ohjaaja	Hanna-Leena Melender

---

Kinestetiikka on luonnolliset aistilliset ja motoriset toimintamallit huomioon otta-va voimavaralähtöinen toimintamalli, jota voidaan soveltaa kaikissa hoitotoimis-sa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla kinestetiikan implementointia Vaasan keskussairaalan vuodeosastohoidon palvelualueelle. Tavoitteena oli tuot-taa Vaasan keskussairaallalle tietoa vuosina 2011–2016 toteutuneesta kinestetiikan implementointiprosessista.

Tutkimus toteutettiin kaksivaiheisena. Ensimmäisessä vaiheessa haastateltiin viisi kinestetiikan peruskurssin suorittanutta vuodeosastohoidon palvelualueella työskentelevää hoitajaa. Haastattelut analysoitiin sisällön analyysin keinoin. Tutki-muksen toisessa vaiheessa lähetettiin kaikille Vaasan keskussairaalan vuodeosas-tohoidon palvelualueella työskenteleville hoitotyöntekijöille kutsu kyselyyn. Ky-selyyn vastasi 49 hoitajaa ja vastausprosentti oli 20,7. Kyselyllä kerätty aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS-tilasto-ohjelman avulla ja avointen kysymysten osalta sisällön analyysin keinoin.

Kinestetiikkaa oli implementoitu vuodeosastoille keskustelun avulla, näyttämällä, suunnitelmallisen ohjelman avulla ja harjoittelemalla. Toimivimmiksi keinoiksi implementoida kinestetiikka vuodeosastojen palvelualueelle todettiin kinestetiikan opiskelu, implementoinnin hyvä johtaminen, implementoijan rohkeus sekä ha-vainnot kinestetiikan onnistumisesta. Haastatellut kinestetiikan implementoijat olivat sitä mieltä, että kaikkien hoitotyöntekijöiden tulisi käydä kinestetiikan pe-ruskurssi.

Kinestetiikka vaikutti vastaajien toimintakykyyn parantamalla fyysistä jaksamista, lisäämällä työn mielekkyyttä, parantamalla työergonomiaa ja vähentämällä tuki-ja liikuntaelinvaivoja. Kinestetiikka oli yhteydessä toimintakykyyn lisäämällä jak-samista varsinkin vanhemmilla vastaajilla sekä korkeamman kinestetiikkakoulu-tuksen saaneilla vastaajilla. Kinestetiikka oli yhteydessä myös korkeamman kines-tetiikkakoulutuksen saaneiden vastaajien parempaan henkiseen jaksamiseen.

Jatkossa on suositeltavaa kehittää yhtenäinen kinestetiikkamalli vuodeosastohoi-don palvelualueelle ja tutkia sen toimivuutta.

---

Avainsanat                    kinestetiikka, osaamisen johtaminen, työhyvinvoinnin joh-taminen, näyttöön perustuva toiminta, implementointi

## ABSTRACT

Author	Anu-Maria Ebong
Title	The Implementation of Kinaesthetics in Inpatient Wards in Vaasa Central Hospital
Year	2018
Language	Finnish
Pages	73 + 4 Appendices
Name of Supervisor	Hanna-Leena Melender

---

Kinaesthetics is a resource-based approach that considers natural sensory and motoric functions. It can be used in all nursing. The purpose of this study was to describe the implementation of kinaesthetics in inpatient wards in Vaasa Central Hospital. The aim was to produce information to Vaasa Central Hospital about the implementation of kinaesthetics conducted during years 2011-2016.

The study was carried out in two phases. In the first phase five nurses who had participated in training in kinaesthetics and were working in inpatient treatment wards were interviewed. The interviews were analyzed using content analysis method. In the second phase of the study a questionnaire was sent to all nursing employees in inpatient treatment wards. The questionnaire was answered by 49 nurses. The response rate was 20,7 %. The data collected by the questionnaire was analyzed statistically using the SPSS statistical program and the open-ended questions with content analysis method.

Kinaesthetics had been implemented to inpatient treatment wards through discussion, demonstrating, with systematic programs and through practice. Studying kinaesthetics, a well-managed implementation, courage of the person implementing kinaesthetics and the perceptions of success in kinaesthetics were found to be the most useful ways to implement kinaesthetics. The respondents thought that everyone should participate in basic training in kinaesthetics.

Kinaesthetics influenced the respondents' performance by improving their physical wellbeing, making work more meaningful, improving their ergonomics and by reducing musculoskeletal disorders. Kinaesthetics improved wellbeing especially in older respondents and with those respondents that had higher training in kinaesthetics. Better mental wellbeing was connected to kinaesthetics with respondents who had higher training in kinaesthetics.

In the future it is recommended to develop a shared model of kinaesthetics into inpatient wards and to study how well it works in the wards.

---

Keywords                      Kinaesthetics, competence management, managing well-being at work, evidence-based practice, implementation

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	4
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT.....	6
3	KIRJALLISUUSKATSAUS.....	7
	3.1 Tiedonhaut.....	7
	3.2 Kinestetiikka.....	8
	3.3 Näyttöön perustuva toiminta.....	11
	3.4 Näyttöön perustuvan toiminnan implementointi.....	13
	3.5 Arvostava johtaminen.....	18
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	26
	4.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu.....	26
	4.2 Aineistojen analysointi.....	29
	4.3 Eettiset kysymykset.....	31
	4.4 Tutkimuksen luotettavuus.....	33
5	TUTKIMUKSET TULOKSET.....	36
	5.1 Haastattelujen tulokset.....	36
	5.1.1 Kinestetiikkakoulutuksen suorittaneiden hoitajien toteuttama kinestetiikan implementointi.....	36
	5.1.2 Toimivat keinot kinestetiikan implementoimiseen vuodeosastoille 40	
	5.2 Kyselyn tulokset.....	45
	5.2.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot.....	45
	5.2.2 Oma kinestetiikan tuntemus ja kinestetiikan käyttö.....	47
	5.2.3 Kinestetiikan levinneisyys työyhteisössä.....	52
	5.2.4 Kinestetiikan vaikutus toimintakykyyn.....	52
6	POHDINTA.....	62
	6.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	62
	6.2 Johtopäätökset.....	67
	6.3 Jatkotutkimusaiheita.....	68
	LÄHTEET.....	69
	LIITTEET	

**TAULUKKOLUETTELO**

- Taulukko 1.** Tietokantahakujen kuvaus
- Taulukko 2.** Keinot kinestetiikan implementoimiseksi vuodeosastoille
- Taulukko 3.** Toimivat keinot kinestetiikan implementoimiseksi vuodeosastoille
- Taulukko 4.** Kyselyyn saatujen vastausten määrä osastoittain
- Taulukko 5.** Vastaajien määrä ikäryhmittäin
- Taulukko 6.** Vastaajien saama kinestetiikkakoulutus
- Taulukko 7.** Korkein saatu kinestetiikkakoulutus
- Taulukko 8.** Kinestetiikan liikkumisen avustamismenetelmien itsenäinen harjoittelu
- Taulukko 9.** Saadun kinestetiikkakoulutuksen yhteys tutkittavien näkemykseen opetuksen riittävydestä
- Taulukko 10.** Vastaajien saama kinestetiikkaohjaus
- Taulukko 11.** Saadun kinestetiikkaohjauksen yhteys tutkittavien näkemykseen opetuksen riittävydestä
- Taulukko 12.** Kinestetiikan käyttö eri potilasryhmille
- Taulukko 13.** Saadun kinestetiikkaopetuksen yhteys hoitotoimissa käytetyn kinestetiikan määrään
- Taulukko 14.** Potilaan omien voimavarojen huomioiminen eri avustamistoiminoissa
- Taulukko 15.** Hoitotyön liikkumista tukevien avustamistoimintojen fyysinen kuormittavuus yleensä
- Taulukko 16.** Kinestetiikan vaikutus potilaan liikkumista tukevien toimintojen fyysiseen kuormittavuuteen
- Taulukko 17.** Kinestetiikan vaikutus vastaajien henkiseen jaksamiseen
- Taulukko 18.** Vastaajien kinestetiikkatietojen yhteys henkiseen jaksamiseen
- Taulukko 19.** Kinestetiikan vaikutus vastaajien työskentelytapaan
- Taulukko 20.** Kinestetiikan vaikutus vastaajien toimintakykyyn

**LIITELUETTELO**

**LIITE 1.** Kutsu haastatteluun

**LIITE 2.** Haastatteluteemat

**LIITE 3.** Kutsu kyselyyn

**LIITE 4.** Kyselylomake

## 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 -strategian mukaisesti terveydenhuollon palveluntarjoajien tulee vahvistaa ihmisten osallisuutta sekä tukea heidän terveyttään ja toimintakykyään. Kaikkien palvelujen lähtökohdiana on asiakaskeskeisyys. Varsinkin ikääntyneiden osallisuutta ja toimintakykyä on tuettava niin, että he pärjäävät omassa kodissaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Vuonna 2014 erikoissairaanhoidon potilaista 20 prosenttia oli täyttänyt 75 vuotta. He käyttivät 23 prosenttia erikoissairaanhoidon hoitopäivistä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015 a).

Myös terveydenhuollon työntekijöiden jaksamiseen ja terveyteen on sosiaali- ja terveysministeriön strategian mukaan kiinnitettävä huomiota, muun muassa parantamalla työoloja. Erityishuomio on kiinnitettävä eniten terveyttä kuormittaviin tekijöihin, kuten tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sekä mielenterveyden ongelmista johtuvaan työkyvyttömyyteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä psyykkiset sairaudet aiheuttavat yli puolet kaikista hoitotyöntekijöiden työkyvyttömyyseläkkeistä (Pensola, Gould & Polvinen 2010).

Kinestetiikka® painottaa toisen ihmisen kunnioittavaa kohtaamista aistillisten ja motoristen toimintojen luonnolliset toimintamallit huomioon ottaen. Se pohjaa ihmisen omiin voimavaroihin ja päivittäisiä toimintoja tuetaan sairaus tai vamma huomioon ottaen. Kinestetiikan lähestymistavalla voidaan hyödyntää avustettavan ja avustajan voimavaroja. Avustettavan oma osallistuminen ja toimintakyvyn ylläpito mahdollistetaan. Avustajalle kinestetiikka mahdollistaa jaksamisen ja työn mielekkyyden lisäämisen, kun kuormitus vähenee ja työn luovuus lisääntyy. Suomessa kinestetiikan asiaa ajaa Suomen Kinestetiikkayhdistys ry, jonka visio on vuoteen 2017 mennessä tehdä kinestetiikasta tunnettu ja arvostettu toimintamalli Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kinestetiikka on sovellettavissa kaikenlaiseen hoitamiseen. (Suomen Kinestetiikkayhdistys ry 2016.)

Toiminta- ja taloussuunnitelmassaan 2016–2018 Vaasan keskussairaala on päättänyt kehittää hoidon palveluja asiakaslähtöisemmiksi muun muassa siten, että vuodeosastojen hoitohenkilökunnasta 30 % osallistuu kinestetiikan peruskoulutukseen

(Vaasan keskussairaala 2016). Muulle hoitohenkilökunnalle kinestetiikka-osaamista pyritään juurruttamaan siten, että koulutuksen saaneet ohjaavat omien osastojensa henkilökuntaa.

Fringerin, Huthin ja Hantikaisen (2014, 757–766) sveitsiläisessä vanhainkodissa suorittamassa tutkimuksessa havaittiin, että vaikka hoitohenkilökunta kokee kinestetiikan toimivaksi ja hyväksi toimintatavaksi, saattaa sen käytäntöön ottamiseen liittyä haasteita.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla kinestetiikan implementointia Vaasan keskussairaalan vuodeosastohoidon palvelualueelle. Tavoitteena on tuottaa keskussairaalalle tietoa toteutuneesta kinestetiikan implementointiprosessista ja sen lopputuloksesta.

Implementoinnilla (engl. implementation) tarkoitetaan tässä tutkimuksessa toimeenpanoa, käyttöönottoa, jalkauttamista tai juurruttamista (MOT 2016). Implementointitutkimuksella tarkastellaan ja edistetään tieteellisen tutkimustiedon käyttöönottoa erilaisissa toimintaympäristöissä. Sen avulla saadaan tietoa siitä, miten näyttöä parhaiten viedään käytäntöön. (Sipilä, Mäntyranta, Mäkelä, Komulainen & Kaila 2016.)



## **2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT**

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla kinestetiikan implementointia Vaasan keskussairaalan vuodeosastohoidon palvelualueelle. Tavoitteena on tuottaa Vaasan keskussairaalalle tietoa toteutuneesta kinestetiikan implementointiprosessista ja sen lopputuloksesta. Laajemmin tämä tutkimus tuottaa tietoa siitä, miten palveluorganisaatioiden tulisi toimia, kun implementoidaan uutta toimintoa ja vain osa henkilökunnasta voidaan kouluttaa ja heidän tulisi kouluttaa muuta henkilökuntaa. Samalla tuotetaan tietoa kinestetiikan vaikutuksista Vaasan keskussairaalan hoitohenkilökunnan toimintakykyyn.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Miten kinestetiikkakoulutuksen suorittaneet hoitajat ovat toimineet implementoidakseen kinestetiikkaa vuodeosastoille?
2. Millaiset keinot kinestetiikkakoulutuksen suorittaneet hoitajat ovat todenneet toimiviksi implementoidessaan kinestetiikkaa vuodeosastoille?
3. Missä määrin kinestetiikkakoulutuksen suorittamaton vuodeosastojen hoitohenkilökunta tuntee kinestetiikkaa?
4. Missä määrin kinestetiikka on vuodeosastoilla käytössä?
5. Millaisia vaikutuksia kinestetiikalla on ollut hoitohenkilökunnan toimintakykyyn?

### 3 KIRJALLISUUSKATSAUS

Tässä luvussa raportoidaan tutkimuksen kirjallisuuskatsaukseen tehdyt tiedonhauut (taulukko 1) ja esitetään tutkimuksen taustana käytetty kirjallisuus pääkäsitteiden avulla. Tutkimuksen pääkäsitteitä ovat kinestetiiikka, näyttöön perustuva toiminta, näyttöön perustuvan toiminnan implementointi ja arvostava johtaminen.

#### 3.1 Tiedonhauut

Tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat kinestetiiikka, näyttöön perustuvan toiminnan implementointi ja osaamisen johtaminen. Tietoa niistä on haettu terveystieteen tietokannoista CINAHL, Medic, PubMed ja Cochrane sekä Melinda-tietokannasta. Taulukossa 1 esitetään hakujen yhteydessä käytetyt hakusanat, rajaukset sekä saadut tulokset. Lisäksi tehtiin käsinselausta.

**Taulukko 1.** Tietokantahakujen kuvaus

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumien määrä	Käytettyjen julkaisujen määrä
CINAHL	kines*	-	1078	2
	”implementing evidence based practice”	English, 2006–2016	216	1
	”peer assisted learning”	-	29	1
	”knowledge management” and “nursing”	02/2007-02/2017 English/ Finnish	74	3
PubMed	kinaesthetics	-	3	0
	”knowledge management”	2006-2016, englanti, humans, Me SH Major Topic	110	1
	”knowledge management” AND ”outcome of nursing performance”	English 02/2007-02/2017	41	1
Cochrane	kinaesthetic, kinaesthetics, kinaesthesia, kinesthesia, kinaesthesis	-	0	0
Medic	kines*/ kinaes*	-	6	3
	”näyttöön perustuva hoitotyö”	2006-2016	71	2
	imple*	-	0	0
	vertais*	2007–2017	198	1
	knowledge management	-	3	1
	osaami* AND johtami*	-	40	1
arvostava johtaminen	2008-2018	518	4	
Melinda	kinestetiiikka	-	3	1

## 3.2 Kinestetiikka

### Kinestetiikan historia

Kinestetiikka (engl. kinaesthetics) on 1970-luvulla amerikkalaisten käyttäytymistieteilijöiden Frank Hatchin ja Lenny Maiettan kehittämä toimintamalli (Fringer, Huth & Hantikainen 2014, 757–766), jonka muovautumiseen ovat käyttäytymistieteen lisäksi vaikuttaneet liikunta- ja tanssipedagogiset sekä keho-terapeuttiset suuntauukset. Hoitotyöhön sopivaksi toimintamallia on Hatchin ja Maiettan lisäksi muovannut sveitsiläinen sairaanhoitaja Susanne Schmidt. (Hantikainen 2007, 27–30.) Kinestetiikka on levinnyt saksankielisistä maista muualle Eurooppaan (Fringer, Huth & Hantikainen 2014, 757–766; Hantikainen 2007, 27–30). Suomeen kinestetiikka on alkanut levitä vuodesta 1997 lähtien. Kinestetiikan kattojärjestö Euroopassa on European Kinaesthetics Association ja eri mailla on omat itsenäiset yhdistykset, Suomessa Suomen Kinestetiikkayhdistys Ry. (Hantikainen 2010, 22–25.)

### Kinestetiikan toimintamalli

Kinestetiikan toimintamallissa lähtökohtana ovat yksilön omat voimavarat. Toinen ihminen pyritään kohtaamaan kunnioittavasti ymmärtäen aistitoimintoja ja luontaisia liikemalleja. Sairaana tai vammautuneena aktiivista ja mielekästä osallistumista päivittäisiin toimintoihin ja elämäänsä tuetaan avustamalla päivittäisiä toimintoja liikkeen ja kosketuksen avulla. Kinestetiikan keinot ovat konkreettinen apuväline, jota hoitajat voivat välittömästi käyttää työssään ja se on sovellettavissa kaikenlaiseen hoitamiseen. (Hantikainen 2010, 22–25.)

Kinestetiikan teoria voidaan jakaa kuuteen käsitteeseen, joista jokaista käytetään kaikessa kohtaamisessa. Käsitteitä ovat 1. vuorovaikutus (interaction), 2. toiminnallinen anatomia (functional anatomy) 3. ihmisen liikkuminen (human movement), 4. ihmisen toiminnot (human functions), 5. voima (effort) ja 6. ympäristö (environment) (Fringer ym. 2014, 757–766; Hantikainen & Lappalainen 2011, 10.)

Vuorovaikutus-käsite on perusta kaikille muille kinestetiikan käsitteille. Vuorovaikutusta tarkastellaan liikeaistin ja muiden aistitoimintojen, liikkeen elementtien ja erilaisten vuorovaikutusmallien kautta. Liike on edellytys aistien toiminnalle ja aistien avulla yksilö hahmottaa itseään, ympäristöään ja suhdettaan ympäristöön. Avustettavan oma ymmärrys vuorovaikutustilanteessa on olennaista. Liikkeen elementit ovat aika, tila ja voima. Niiden välistä suhdetta muuttamalla avustettavan tarpeita vastaavaksi, avustettava pystyy paremmin hallitsemaan omaa liikkumistaan ja osallistumistaan päivittäisiin toimintoihin. Kun ajan, tilan ja voiman käyttö vastaavat avustettavan tarpeita, myös avustettavan turvallisuuden tunne paranee. (Hantikainen ym. 2011.) Toiminnallisen anatomian käsitteessä on oleellista luiden ja lihasten toiminta liikuttaessa, painon siirrot ja liikkeen suunnat. Ihmisen liikkumisessa yhdensuuntaiset ja toisaalta spiraaliset liikemallit ovat merkityksellisiä liikkeessä. Ihmisen toiminnot -käsite sisältää ihmisen perusasennot, siirtymiseen tarvittavat painonsiirrot ja liikkumisen hallinnan. Voima-käsitteessä veto ja työntö nähdään liikkeen mahdollistajina. Ympäristössä katsotaan olevan liikkumista tukevia ja toisaalta rajoittavia tekijöitä. (Hantikainen ym. 2011; Hantikainen 2007, 27–30.)

Hoitotyössä, hoitajien avustaessa potilaita liikkumisessa, hoitajien ja potilaiden kohtaamisessa on usein kyse voiman ja liikkeen kohtaamisesta, minkä takia liikkumisen ja havaitsemisen ymmärtäminen on tärkeää. Kinestetiikka antaa tähän kohtaamiseen toimintamallin. Koulutuksella pyritään lisäämään hoitajien liikkumisen ja vuorovaikutuksen ymmärrystä. Teoriaa on tarkoitus soveltaa luovasti hoitajan avustaessa potilaan liikkumista ja osallistumista päivittäisen elämän toimintoihin. (Fringer ym. 2014, 757–766.)

### **Kinestetiikan vaikuttavuus**

Kinestetiikan vaikuttavuudesta on saatu vielä melko vähän näyttöä, mutta tehdyt tutkimukset ovat antaneet sen vaikuttavuudesta positiivisen kuvan (Fringer, Huth & Hantikainen 2015, 888-902; Imhof, Suter-Riederer & Kesselring 2015, 1-6; Fringer ym. 2014, 757–766; Hantikainen 2010, 22–25).

Tutkimuksissa on havaittu kinestetiikan käytöllä hoitotyössä olevan positiivista vaikutusta potilaiden elämänlaatuun, itsenäisyyteen ja tyytyväisyyteen (Fringer ym. 2015, 888-902) sekä toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen, koetun kivun vähenemiseen sekä sairaalassaoloaikojen lyhentymiseen. Hoitajat ovat kinestetiikan toimintamallia käyttäessään kokeneet kehollisen ymmärryksensä parantuneen ja fyysisen rasituksen vähentyneen. (Fringer ym. 2014, 757–766.) Hoitajien itsetutkiskelu sekä herkkyys ja läsnäolo suhteessa avustettaviin ja avustettavien omien voimavarojen huomioiminen ovat lisääntyneet kinestetiikan käyttöönoton myötä. Kinestetiikka saattaa lisäksi lisätä työturvallisuutta, sillä lisääntyneen liikkumisen ymmärryksen takia apua pyydetään tarvittaessa (Fringer ym. 2015, 888-902).

Kontrolloidussa interventiotutkimuksessa sveitsiläisellä neurokuntoutuslinikalla vuosina 2011–2013 todettiin kinestetiikan parantavan tehokkaasti MS- ja halvauspotilaiden liikkumista ja elämänlaatua. Kinestetiikan käyttö hoidossa osana päivittäisiä toimintoja nopeutti kuntoutusprosessia ja paransi potilaiden toiminnallisuutta merkittävästi. (Imhof ym. 2015, 1-6.)

Turun kaupungin terveystoimen hoivasairaanhoidossa hoitajien työssä jaksamiseen ja työssä kuormittumisen vähentämiseen tähtäävän hankkeen yhteydessä vuonna 2001 järjestettiin kinestetiikkakoulutus, jonka aikana hoitajien vuorovaiikutukselliset avustustaidot kehittyivät. Hankkeen tuloksena, vaikkakin hoitajien muiden kehonosien vaivat hieman lisääntyivät tutkimusvuoden aikana, vähenivät selkävaivat ja sairauslomapäivät lähes puolittuivat. (Hantikainen 2010, 22–25.)

Vanhustenhuollon geriatriisilla osastoilla Pohjanmaalla vuonna 2015 tehdyssä tutkimuksessa todettiin kinestetiikan vaikuttaneen positiivisesti hoitotyöntekijöiden työhyvinvointiin, parantaneen potilaiden saamaa yksilöllistä ja kuntouttavaa hoitoa sekä lisänneen hoitotyön suunnittelua (Stenman, Turkki, Vähäkangas, Hantikainen & Elo 2016, 106-118).

Fringer ym. (2015, 888-902) havaitsivat työyhteisön hyötyvän kinestetiikasta lisääntyneen yhteisöllisyyden muodossa, kun koko tai lähes koko työyhteisö koulutettiin kinestetiikkaan. Yksittäisten hoitajien ymmärrys kinestetiikasta syventyi ja

vahvistui keskustelemalla kinestetiikan onnistumisista ja haasteista yhdessä muiden samat kinestetiikkatiedot omaavien hoitajien kanssa.

### **Hoitajan kinestetiikkakompetenssi**

Gattingerin, Leino-Kilven, Köpken, Marty-Teuberin, Stennin ja Hantikaisen (2016) tutkimuksessa hoitajien kinestetiikkaosaamisesta tuotettiin teoreettinen malli. Teoreettisen mallin pohjalta kehitettiin havainnointimittari ja tieto-taitokyselylomake (Gattinger 2017). Hoitajan kinestetiikkakompetenssin osa-alueita ovat tiedot, taidot, asenteet ja dynaamisen tason osaaminen. Hoitajan kinestetiikkatiedot sisältävät tiedot ihmisen yksilöllisistä liikkumistavoista sekä potilaan kanssa vuorovaikutuksessa tarvittavista yksilöllisistä avustamismenetelmistä (Understanding movement and behavior control in term of cybernetics). Kinestetiikkataidot koostuvat huomioivasta läsnäolosta liikevuorovaikutustilanteissa (Attentiveness during movement interaction), ihmisen toiminnallisen anatomian käytöstä avustettaessa (Use of functional anatomy of the human body), oman kehon liikkeen havainnoinnista ja tilanteen mukaisuudesta (Differentiated perception and adaption of nurses' own movement) sekä fyysisen ympäristön muokkaamisesta potilaan itsenäisen liikkeen lisäämiseksi (Adjusting the physical environment in order to enhance independent movement of the patient). Kinestetiikan asenneosaaminen koostuu avoimesta kiinnostuksesta potilasta kohtaan (Interest and openness towards the patient) ja sitoutumisesta henkilökohtaiseen kehittymiseen ja muutokseen (Commitment to personal development and change). Kinestetiikkaosaamisen dynaaminen taso pitää sisällään kyvyn analysoida, reflektoida, kommunikoida ja dokumentoida kinestetiikan termein liikettä ja vuorovaikutusta (Ability to analyze, reflect, communicate and document motion and interaction in terms of kinaesthetics) sekä oppimistilanteiden luomisen avustajalle itselleen ja potilaille (Creating learning situations).

### **3.3 Näyttöön perustuva toiminta**

Hoitotyössä näyttöön perustuva toiminta alkoi esiintyä lähestymistapana työhön 1990-luvun puolivälin jälkeen (Hägman-Laitila 2009, 4-12) ja näyttöön perustuvan toiminnan käytöstä terveydenhuollossa on säädetty terveydenhuoltolaissa

vuonna 2010. Terveystieteidenhuoltolaki velvoittaa terveydenhuollon toiminnan perustamaan näyttöön, hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin sekä olemaan turvallista, laadukasta ja asianmukaisesti toteutettua. (L1326/2010.) Näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseen ja käyttämiseen on ohjannut myös hallitusohjelma 2011–2015 (Hoitotyön Tutkimussäätiö 2016).

Näyttöön perustuva toiminta (engl. evidence-based practice) on tutkitun tiedon optimaalista käyttämistä (Achterberg, Schoonhoven & Grol 2008, 302-310). Näyttöön perustuva toiminta tarkoittaa parhaan ajan tasalla olevan tiedon huolellista arviointia ja harkittua käyttöä yksittäisen potilaan, ja tämän läheisten, potilasryhmien tai koko väestön terveyttä koskevissa hoitotoimissa ja päätöksenteossa. Näyttöön perustuvan toiminnan tarkoituksena on taata hyvä ja vaikuttava hoito. Hoitopäätösten taustalla on käytettävä mahdollisimman korkeatasoista tieteellistä tutkimusnäyttöä. Myös hoitotyön asiantuntijuutta eli työntekijän omaa kokemustietoa käytetään näyttöön perustuvassa päätöksenteossa. Lisäksi potilaan oma tieto ja taito sekä käytettävissä olevat voimavarat, kuten organisaation resurssit, vaikuttavat näyttöön perustuvaan päätöksentekoon. (Hoitotyön Tutkimussäätiö 2016; Häggman-Laitila 2009, 4-12).

Näyttöön perustuva toiminta voidaan jakaa kahteen osaan: hoidon yhtenäistämiseen ja yksittäisen hoitotyöntekijän päätöksentekoon. Hoitotyön yhtenäistämällä voidaan tasa-arvoistaa potilasryhmien saaman hoidon laatua, luomalla yhtenäiset hoitokäytännöt. Yhtenäisten hoitokäytäntöjen luomiseen tarvitaan vahvaa tieteellistä näyttöä. Yhtenäiset hoitokäytännöt ja suositukset ovat myös yksittäisen hoitotyöntekijän päätöksenteon tuki, mutta yksittäinen työntekijä voi vapaammin käyttää myös yksittäisiä tutkimustietoja toimiessaan potilaansa parhaaksi. (Hoitotyön Tutkimussäätiö 2016.)

Näyttöön perustuvan toiminnan näkökulmasta kinestetikasta on saatu lupaavaa tutkimusnäyttöä, muun muassa Stenmanin ym. (2016, 106-118), Fringerin (2014) ja Hantikaisen (2010) tutkimuksista, mutta vahva näyttö puuttuu vielä.

### **3.4 Näyttöön perustuvan toiminnan implementointi**

#### **Näyttöön perustuvan toiminnan implementoinnin nykytila hoitotyössä**

Häggman-Laitila totesi katsauksessaan vuonna 2009 (Häggman-Laitila 2009, 4-12), että kokemuseräistä tietoa käytettiin suomalaisessa hoitotyössä vielä paljon enemmän kuin tutkimustietoa. Myös Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä tehdyssä näyttöön perustuvien suositusten käyttämistä erikoissairaanhoidossa selvittävässä tutkimuksessa havaittiin, että hoitotieteellisten suositusten noudattaminen oli puutteellisempaa kuin lääketieteellisten suositusten noudattaminen. Tämän arveltiin johtuvan hoitotieteellisten suositusten vakiintumattomuudesta. (Karma, Roine, Simonen & Isolahti 2015, 1467–1474.)

Näyttöön perustuvan toiminnan implementoinnissa on otettava huomioon monia samanaikaisesti vaikuttavia tekijöitä. Osa haasteista liittyy itsessään näyttöön: tutkimustiedon saatavuus ja soveltuvuus käytäntöön sekä tutkimustiedon käyttöä tukeva ympäristö ja käytännöt eivät aina ole ideaalisia. Myös monet organisaation hoitotyöntekijöihin, johtajiin ja organisaatiokulttuuriin liittyvät tekijät monimutkaistavat näyttöön perustuvan toiminnan implementointia ja tekevät siitä haasteellista. (Mattila, Melender & Häggman-Laitila 2014, 32.)

#### **Vaasan keskussairaalan sovellus YHKÄ-mallista**

Tämän tutkimuksen kohdeorganisaatiossa, Vaasan keskussairaala, on otettu käyttöön Vaasan keskussairaalan toimintaan muokatut Näyttöön perustuvan toiminnan implementoinnin ja ankkuroimisen suuntaviivat. Suuntaviivojen pohjana on käytetty Hoitotyön Tutkimussäätiön alun perin kehittämää Yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen mallia (YHKÄ) ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin siitä sittemmin yksinkertaistamaa ja käytännön toimintaan sovellettua versiota. (Salme-la, Lehti, Mannevaara, Wisur-Hokkanen & Vesimäki 2014.) Mallin tavoitteena on kuvata hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämistä näyttöön perustuvaksi (Hoitotyön Tutkimussäätiö 2016). Implementointimalli sisältää seuraavat pääperiaatteet: 1. Nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistaminen, 2. Kysymyksen asettaminen, 3. Aiheen tärkeyden määrittäminen potilashoidon, organisaation strategian ja hoi-



totyön toimintaohjelman kannalta, 4. Työryhmän muodostaminen, 5. Tutkimustiedon etsiminen systemaattisesti tieteellisistä tietokannoista, 6. Tiedon analysointi, synteesi sekä näyttöön perustuvaa toimintaa estävien ja edistävien tekijöiden tunnistaminen, 7. Organisaatioanalyysi, 8. Suunnitelma käytännön yhtenäistämisestä, 9. Yhtenäisen käytännön muodostaminen, 10. Käytännön seuranta ja arviointi sekä 11. Yhtenäisen käytännön levittäminen. (VSSHP 2013.) Tämä opinnäytetyö liittyy mallin kohtaan 10: tutkimuksella arvioitiin sitä, miten hyvin kinestetiikka on juurrutettu yhtenäiseksi käytännöksi Vaasan keskussairaalan vuodeosastoilla. Kinestetikan implementointi Vaasan keskussairaalaan oli aloitettu ennen Näyttöön perustuvan toiminnan implementoinnin ja juurruttamisen suuntaviivojen käyttöönottoa, joten mallia ei ole voitu hyödyntää kinestetikkaa implementoitaessa.

### **Näyttöön perustuvan toiminnan implementointia edistävät tekijät hoitotyössä**

Jotta hoitotyötä voitaisiin kehittää tehokkaasti, tarvitaan tietoa näyttöön perustuvaa toimintaa edistävästä tekijöistä. Tutkimustietoa on olemassa hoitotyöntekijöiden kokemuksista ja näkemyksistä näyttöön perustuvan toiminnan implementointia edistävästä tekijöistä. (Häggman-Laitila 2009, 4-12.)

Häggman-Laitilan (2009) systemoidussa katsauksessa näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistävästä tekijöistä ilmeni, että hoitajien mielestä tutkitun tiedon tulee olla paitsi korkeatasoista, myös tarkoituksenmukaista ja sovellettavissa käytännön työhön. Suositusten tulee heidän mielestään pohjautua vahvaan näyttöön. Tiedon saatavuuden helppous katsottiin myös tärkeäksi. Helposti omaksuttava ja käyttäjävällinen tieto on hoitajien mielestä selkeässä, tiiviissä muodossa ja saatavilla omalla äidinkielellä. Tietoa tulisi lisäksi levittää tehokkaasti useiden eri kanavien kautta. Kanaviksi hoitajat olivat ehdottaneet esitelmiä, julkaisuja, tiivistelmiä, työyhteisöjen kokouksia sekä laadunvarmistukseen liittyviä toimia kuten ”benchmarking” ja auditointi. (Häggman-Laitila 2009, 4-12.) Yksittäisten hoitotyöntekijöiden päätehtävä näyttöön perustuvassa toiminnassa tulisikin olla potilaille hyvän hoidon antamiseen keskittyminen (Korhonen, Holopainen, Kejonen, Meretoja, Eriksson & Korhonen 2015, 44-49).

Näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistävät henkilökunnan positiivinen asenne tutkimustietoon ja sitoutuminen sen käyttöön. Se tarkoittaa ajatusta, että tutkimustiedolla voidaan saada myönteistä vaikutusta potilaiden hoidon laatuun, hoitotyöntekijöiden osaamiseen ja päätöksentekoon sekä työn tehokkuuteen. Myös usko tutkimustiedon tasa-arvoistavaan vaikutukseen esimerkiksi yhteisesti sovittujen toimintatapojen, hoitotyön dokumentoinnin ja arvioinnin kautta edistää näyttöön perustuvan hoitotyön käyttöön ottoa. Niissä hoitotyön yksiköissä, joissa on selkeä mielikuva suositusten merkityksestä hoitotyössä, on tutkittuun tietoon perustuvan suositusten käyttöaste korkea. (Häggman-Laitila 2009, 4-12.)

Hoitotyöntekijöiden vastuullisuus ja halu ammatilliseen kehittymiseen sekä mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön ja työyhteisöön sekä potilashoitoon edistävät näyttöön perustuvan hoitotyön implementointia. Työssä jaksaminen on tärkeää, sillä ahdistuneisuus ja uupumus vähentävät kiinnostusta tutkitun tiedon hyödyntämiseen. (Häggman-Laitila 2009, 4-12.) Hoitotyöntekijöillä tulee olla osaamista käyttää näyttöä yhteistyössä yksittäisten potilaiden kanssa parhaan mahdollisen hoidon ja sen vaikuttavuuden seuraamisen takaamiseksi. Hoitotyöntekijöillä on myös oltava riittävät taidot tutkimustiedon hakuun, tutkimusraporttien ymmärtämiseen ja kriittiseen arviointiin, jotta he pystyvät toimimaan yhtenäisten käytäntöjen mukaisesti ja kehittämään niitä sekä ylläpitämään omaa ammattitaitoaan. (Korhonen, Holopainen, Kejonen, Meretoja, Eriksson & Korhonen 2015, 44-49.)

Vertaistuki ja ammatillinen yhteistyö edistävät näyttöön perustuvan hoitotyön implementointia. Edelläkävijät, muutosagentit tai yhteysairaanhoidajat, ovat henkilöitä, jotka voivat tukea toisia muutoksessa. He voivat oman innostuksensa, asian tiedollisen hallinnan ja johtamiskykyjensä avulla edistävää tutkitun tiedon käyttöönottoa. Heitä ei aina kuitenkaan riittävästi hyödynnetä organisaatioissa. Vertaisten esimerkki ja usko muutokseen kannustaa tutkitun tiedon käyttöön. Myös kouluttajilta, tutkijoilta, kollegoilta ja lääkäreiltä saatu tuki edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Yhteistyö voi olla myös organisaatorajat ylittävää. (Häggman-Laitila 2009, 4-12.)

Johtajuuteen liittyvien tekijöiden merkitys korostuu näyttöön perustuvan hoitotyön implementoinnissa. Johdon on korostettava näyttöön perustuvan toiminnan tärkeyttä ja varattava riittävät resurssit tutkitun tiedon implementointiin. Johdon on kyettävä muuttamaan asenteita ja tutkitun tiedon käyttöönoton klinistä kontekstia, myös silloin kun tutkimustieto ei tue organisaation aikaisempia toimintatapoja. Hoitotyöntekijät edellyttävät johtajilta sitoutuneisuutta ja esimerkkinä oloa aktiivisessa tutkitun tiedon hyödyntämisessä. Myös johtajien onnistunut henkilökunnan osallistaminen, muutoksen johtaminen ja palautteen annon taidot sekä implementointiprosessin hallinta edistävät tutkitun tiedon implementointia. Johdon tulee jatkuvasti tukea, rohkaista, motivoida ja antaa palautetta ja tunnustusta hoitotyöntekijöille implementointiprosessin aikana. Henkilökuntaa voidaan motivoida ja sitouttaa muun muassa keskustelu- ja reflektointitilaisuuksilla, joissa nykyisiä käytäntöjä arvioidaan suhteessa näyttöön. (Häggman-Laitila 2009, 4-12.)

### **Kinestetiikan implementointi osana näyttöön perustuvaa toimintaa**

Kinestetiikan implementoinnista hoitotyön käytäntöön on vain vähän näyttöä. Tähänastiset tutkimustulokset viittaavat siihen, ettei pelkkä tiedon antaminen koulutuksessa ole tehokas keino implementoida kinestetiikkaa, koska kinestetiikan teoreettinen perusta ja fyysisten taitojen osaamisen vaatimukset ovat laajat. (Fringer ym. 2014, 757–766.)

Työyksikön esimiehen roolin on todettu useissa tutkimuksissa (Stenman ym. 2016, 106-118; Hantikainen 2010, 22-25) olevan tärkeä kinestetiikan implementoinnin onnistumiselle. Kokkolan kaupungin vuosina 2008–2009 toteuttamassa Dementiahoitotyön kehittämissuunnitelmassa todettiin esimiehen tuen kinestetiikan käytäntöön implementoinnissa olevan erittäin tärkeää. Esimiehen rooli korostui yhtenäisten toimintamallien hyväksymisessä työyhteisöön, sillä avustettava hyötyy parhaiten, mikäli avustustilanteessa toimitaan yhtäläisesti avustajasta riippumatta. (Hantikainen 2010, 22–25.) Kinestetiikka tulisi implementoida toimintaan usealla organisaation tasolla samanaikaisesti (Fringer ym. 2014, 757–766).

Sveitsiläisessä hoitokodissa osana suurempaa interventiotutkimusta tehdyssä laadullisessa osatutkimuksessa tutkittiin hoitajien kokemuksia implementointia hait-

taavista ja edistävistä tekijöistä kinestetiikan toimintamallin implementoinnissa hoitokodin päivittäiseen toimintaan. Ryhmähaastatteluissa hoitajat kertoivat hoitokodin asukkaiden kognitiivisten taitojen puutteen, fyysisten rajoitteiden sekä haluttomuuden osallistua tai tehdä yhteistyötä haittaavan kinestetiikan implementointia. Myös aggressiivisuus, pelkoreaktiot, jännitys ja kouristelu mainittiin asukkaista johtuviksi haittaaviksi tekijöiksi. Myös hoitajien kokema ajanpuute, huoli asukkaiden turvallisuudesta ja oma epävarmuus tai kokemuksen puute haittasivat implementointia. Hoitajien motivaation huomattiin myös alkuinnostuksen jälkeen vähitellen vähenevän. Ajanpuute todettiin kriittiseksi implementointia haittavaksi tekijäksi, varsinkin kun siihen liittyi hoitajapulaa. Koettiin, että hoitajilla ei ollut tarpeeksi aikaa harjoitella niin, että toiminnosta tulisi riittävästi toistoja. Lisäksi hoitajat kokivat, etteivät ehtineet laajentaa teoreettista tietämystään. Myös se, ettei kinestetiikan toimia sisällytetty hoitotyön dokumentointiin, haittasi implementointia. Eri osastojen erilaisuus, tiedonsiirron puutteet, pelko hoitajien vähentämisestä sekä yleiset kriittiset ja negatiiviset asenteet mainittiin implementointia haittaavina. (Fringer ym. 2014, 757–766.)

Kinestetiikan implementointia edistäviksi tekijöiksi sveitsiläistutkimuksessa mainittiin varsinkin hoitajien korkea motivaatio ja kinestetiikan arvostaminen. Henkilökohtaisia motivoivia tekijöitä olivat oma halukkuus jatkuvasti oppia ja harjoitella. Hoitajien toisiltaan saama tuki, onnistumisien jakaminen ja havaittu positiivinen muutos kannustivat jatkamaan implementointia. Johdon avulla järjestetyt viikoittaiset työpajat, kinestetiikka-ohjaajan tai -tutorin läsnäolo osastolla, toimintamallin teoreettinen esittely ja käytännön harjoittelu sekä riittävä henkilöstömäärä edistivät implementoinnin onnistumista. Myös kokemusten jakaminen oman perheen kanssa mainittiin implementointia edistäväksi. (Fringer ym. 2014, 757–766.)

Tämän tutkimuksen kohdeorganisaatiossa Vaasan keskussairaalassa aloitettiin kinestetiikkakoulutus vuonna 2011. Ensimmäisenä vuonna kinestetiikan peruskurssi järjestettiin kerran. Seuraavan kerran järjestettiin yksi kinestetiikan peruskurssi vuonna 2013. Vuonna 2013 kinestetiikan perusopetusta oli lisäksi osana laajempaa kuntouttavan työotteen kurssia. Vuonna 2015 kinestetiikan peruskursseja jär-

jestettiin kolme ja vuonna 2016 pidettiin kolme peruskurssia. Kinestetiiikan syventävien kurssien järjestäminen peruskurssin käyneille on aloitettu keväällä 2017. (Hagström 2016.)

### **3.5 Arvostava johtaminen**

Arvostava johtaminen (Appreciative Management) on suunnitelmallista johtamista, tasa-arvoisuutta, osaamisen arvostamista ja työssä jaksamisen edistämistä (Harmoinen ym. 2014; 36-47).

Suunnitelmallinen johtaminen on kokonaisvaltaista, päämäärätietoista ja sitoutuvaa tulevaisuuden johtamista, jota toteutetaan vuorovaikutuksessa henkilöstön kanssa (Harmoinen 2014, 23, 45). Johtajat ovat sitoutuneita toimintaan ja rohkaisevat henkilöstön innovatiivisia ideoita. Johdolla ja henkilöstöllä on yhteinen näkemys toiminnan tavoitteista ja johtamismenetelmistä. (Harmoinen ym. 2014, 45).

Tasa-arvoisuus koostuu henkilöstön välisestä tasa-arvosta, johtajan ja työntekijän tasa-arvosta sekä kulttuurien ja sukupuolten tasa-arvosta. (Harmoinen 2014)

Osaamisen arvostaminen on ammattitaidon arvostamista. Johtajan tulee mahdollistaa oppimiskeskeinen työympäristö tunnistamalla henkilöstön osaaminen, tukemalla osaamisen kehittämistä (Harmoinen 2014, 25-26), varmistamalla ammattiryhmän näkyvyys organisaatiossa, antamalla tunnusta osaamisesta, palkitsemalla osaamista, kohdentamalla oikein voimavaroja siten, että työmäärä on sopiva sekä työhön kohdistettujen odotusten selkeällä ilmaisemisella. (Harmoinen ym. 2014, 45). Osaamiseen arvostamiseen liittyy lisäksi henkilöstön työlle annettu autonomia (Harmoinen 2014, 25-26).

Työssä jaksamisen edistäminen sisältää hyvän työilmapiirin edistämisen, hyvän työterveyden ja -turvallisuuden edistämisen sekä vuorovaikutuksen edistämisen (Harmoinen 2014). Johtaminen tapahtuu yhteistyössä henkilöstön kanssa ja on henkilöstön arvokkuuden tunnetta korostavaa ja moraalista, jolloin henkilöstö kokee tulevaisuutensa nähdyn ja kuullun ja henkilöstöstä pidetään huolta (Harmoinen ym. 2014, 45).

Arvostavalla johtamisella voidaan parantaa terveydenhuollon henkilökunnan sitoutumista työhönsä. Henkilöstön osaamisen arvostaminen osana arvostavaa johtamista puolestaan voi parantaa terveydenhuollon henkilökunnan urakehitystä. (Harmoinen, Niiranen, Helminen & Suominen 2015, 4-12.) Arvostavan johtamisen on todettu vaikuttavan merkittävästi osaamisen arvostamisen kautta henkilöstön osaamisen kehittämiseen. Työntekijöiden työssä jaksamista voidaan edistää arvostamalla heidän työtaitojaan ja mahdollistamalla heidän osallistumisensa päivittäisjohtamiseen. (Harmoinen, Niiranen, Helminen & Suominen 2014, 38.)

Arvostavaa johtamista on tutkittu vielä vähän. Sen lähikäsitteitä ovat eettinen johtaminen, osaamisen johtaminen ja työhyvinvoinnin johtaminen (Harmoinen 2014, 27; Harmoinen ym. 2010, 67–78). Näistä tässä opinnäytetyössä tarkastellaan osaamisen johtamista ja työhyvinvoinnin johtamista.

### **3.5.1 Osaamisen johtaminen**

Henkilöstön osaaminen vaikuttaa ratkaisevasti organisaation toiminnan tehokkuuteen, laatuun ja innovatiivisuuteen. Osaamisen johtamiseen sisältyy kaikki tarkoituksellinen toiminta, jonka avulla organisaation strategian vaatimaa osaamista hankitaan, kehitetään, uudistetaan ja vaalitaan (Viitala 2013, 8-9 ja 170) sekä jaetaan ja sovelletaan. Osaamisen johtamisessa keskeistä on organisaatiossa kerätyn tiedon soveltaminen toiminnan päätöksentekoon. (Simonen 2012, 27-28.)

Terveydenhuoltolaissa (L30.12.2010/1326) säädetään, että ”Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on päätöksenteon ja ratkaisujen valmistelussa arvioitava ja otettava huomioon tehtävien päätösten ja ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin.” Terveydenhuoltolaki edellyttää lisäksi, että toiminta perustuu näyttöön ja hyviin käytäntöihin. Terveydenhuollon johtamisen tulisikin olla tiedolla johtamista tai näyttöön perustuvaa johtamista (Simonen 2012, 18-19).

Suomalaiset erikoissairaanhoidon johtajat yhdistivät Simosen (2012, 5-7, 18-74) väitöstutkimuksessa vaikuttavuuden käsitteen paitsi hoidon ja toiminnan vaikutuksiin sekä hoidon lopputulokseen, myös tavoitteellisuuteen ja kustannuksiin.

Vaikuttavuustiedon käyttämisellä terveydenhuollossa pyritään aikaansaamaan mahdollisimman paljon terveyttä. Erikoissairaanhoidon johtajat käyttivät erilaisia vaikuttavuutta kuvaavia tietolähteitä tehdessään toimintaa koskevia päätöksiä. Varsinaisten vaikuttavuustutkimusten ja mittareiden käyttö oli kuitenkin edelleen vähäistä. Tietoa vaikuttavuudesta käytettiin suomalaisessa erikoissairaanhoidossa hoidon päätöstentien ja muun toiminnan taustatietona, eri yksiköitä vertailtaessa sekä toimintaa kehitettäessä, suunniteltaessa, priorisoitaessa ja resursoitaessa. (Simonen 2012, 5-7, 18-74.)

Organisaation osaaminen perustuu sen työntekijöiden osaamiseen (Viitala 2013, 8-9 ja 170-173; Li-Ying Paunova & Egerod 2016, 943-953). Li-Yingin ym. (2016, 943-953) tanskalaisilla teho-osastoilla tekemässä tutkimuksessa havaittiin tiukan hoidon laadun kontrolloimisen johtavan yksilöiden välisen tiedon jakamisen ja innovatiivisuuden vähenemiseen. Tiedon jakaminen on yksi osaamisen johtamisen tärkeimpiä osa-alueita, sillä tiedon jakamisen kulttuuri organisaatiossa on yhteydessä hoitajien parempiin työsuorituksiin (Lee, Kim & Kim 2014, 3513-3524). Vaasan keskussairaalalla on osaamisen jakamisen periaate, jonka mukaan kaikkien johonkin koulutukseen osallistuneiden oletetaan jakavan uusia tietojaan työyhteisölle esimerkiksi työpaikkakokouksissa (VSHP 2014).

Vertaisopetusta (engl. peer assisted learning) oppimisen osana on tutkittu niin lääketieteen kuin muidenkin terveystieteiden opintojen opiskelijoilla. Knoblen ym. (2009) satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa havaittiin, että opettajiksi koulutautuvat opiskelijat, joilla ei ollut aiheesta aikaisempaa kokemusta, saivat lyhyen koulutuksen ja itseopiskelun jälkeen yhtä hyviä tuloksia monimutkaisen ultraääni-tutkimuksen opettamisesta lääketieteen opiskelijoille kuin kokeneet ultraäänitutkimusten tekijät. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa on tutkittu yksinkertaisien teknisten taitojen opettamista muiden kuin ammattilaisten toimesta, on saatu positiivisia tuloksia. (Knobe, Münker, Sellei, Holschen, Mooij, Schmidt-Rohlfing, Niethard & Pape 2009, 148–155.)

Gerrishin ym. (2011) tutkimuksessa todettiin kliinisten asiantuntijasairaanhoitajien välittävän onnistuneesti tietoa näyttöön perustuvista toiminnoista kliinistä

työtä tekeville hoitajille. Näyttöön perustuvaa toimintaa juurrutettiin kliiniseen työhön muokkaamalla tietoa käytäntöön ja yhteisöön sopivaksi, opettamalla, toimimalla esimerkkinä ja auttamalla ratkaisemaan käytännön ongelmia sekä muuttamalla työyhteisön käytäntöjä. (Gerrish, McDonnell, Nolan, Guillaume, Kirshbaum & Tod 2011, 2004-2014.)

Osaamisen johtamisessa on tärkeää paitsi lisätä ja vaalia henkilöstön osaamista sekä hyödyntää sitä tehokkaasti (Viitala 2013, 8-9 ja 170-173), myös luoda sille otollinen vapaa ilmapiiri (Li-Ying 2016, 943-953). Osaamisen kehittämiseksi on samanaikaisesti kehitettävä niin johtamista, organisaation järjestelmiä, ilmapiiriä kuin henkilöstön työhyvinvointiakin. (Viitala 2013, 8-9 ja 170-173.)

### **3.5.2 Työhyvinvoinnin johtaminen**

Työhyvinvoinnin johtaminen on systemaattista toimintaa: strategista suunnittelua, toimenpiteitä henkilöstön voimavarojen lisäämiseksi ja toiminnan jatkuvaa arviointia. Parhaisiin tuloksiin työhyvinvoinnin edistämiseksi päästään johdon ja henkilöstön myönteisellä vuorovaikutuksella. (Manka, Kaikkonen & Nuutinen 2007, 7.) Työhyvinvoinnin johtaminen terveydenhuollossa on erityisen tärkeää, sillä henkilöstön hyvinvointi on edellytys tehokkaalle työnteolle, kehittymiselle, uuden oppimiselle ja innovatiivisuudelle (Viitala 2013, 212). Henkilöstön hyvinvointi on tärkeää myös työn laadun ja sujuvuuden takaamiseksi (Ahola & Hakanen 2010) sekä näyttöön perustuvan toiminnan toteutumiseksi päivittäisessä hoitotyössä (Häggman-Laitila 2009, 4-12).

Työhyvinvointi on sosiaali- ja terveysministeriön käyttämän määritelmän mukaan työntekijän kykyä suoriutua päivittäisistä työtehtävistä. Se koostuu monista työntekijään itseensä, työhön ja työyhteisöön liittyvistä tekijöistä. Koska työhyvinvointi on yksilön oma tulkinta omasta tilastaan, on sen objektiivinen havainnointi tai mittaaminen vaikeaa. Onkin helpompi tarkastella työhyvinvoinnin syntyyn vaikuttavia tekijöitä: työkykyä ja työn kuormittavuutta. (Viitala 2013, 212-213.)



## **Työkyky**

Työkykyyn vaikuttavia tekijöitä on eritelty Työterveyslaitoksen Työkykytalo-mallilla. Mallilla kuvataan osa-alueita, joita organisaation tulisi edistää parantaakseen henkilöstön työkykyä. Työkykytalo-mallissa on seuraavat neljä elementtiä: 1. Terveys, 2. Osaaminen, 3. Motivaatio, asenteet ja arvot sekä 4. Työ, työyhteisö ja organisaatio. Terveydellä tarkoitetaan työkykytalo-mallissa yksilön fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä yleistä terveydentilaa. Osaaminen koostuu mallissa ammatillisesta osaamisesta ja koulutuksesta. Arvot, asenteet ja motivaatio kuvastavat yksilön kokemusta työstään, työn ja vapaa-ajan tasapainoa sekä yksilön yleistä suhdetta työhönsä. Työkykytalo-mallin kolme ensimmäistä tasoa kuvaavat työkykyä yksilön omista voimavaroista käsin. Mallin neljäs taso kuvaa varsinaista työtä ja työoloja. Työkykytalo-mallin neljä tasoa muodostavat yhdessä perustan työkyvylle. (Viitala 2013, 213.)

## **Työn kuormittavuus**

Myös työn kuormittavuus vaikuttaa työhyvinvoinnin syntyyn. Erityisen kuormittava työ vaarantaa työhyvinvoinnin. Kuormitustekijät voivat olla fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia. Erilaiset kuormitustekijät voivat olla ristikkäisiä ja lisätä toistensa vaikutuksia. (Viitala 2013, 213-216.)

Ihmisen toimintakyky on moniulotteista ja sitä jaotellaankin usein eri osa-alueisiin. Toimintakyvyn osa-alueita ovat erään tulkinnan mukaan fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015 b.) Seuraavaksi tarkastellaan hoitohenkilökunnan toimintakyvyn eri osa-alueita ja toimintakykyä uhkaavia tekijöitä.

## **Hoitohenkilöstön fyysisen toimintakyvyn määritelmä ja sitä uhkaavat tekijät**

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä liikkua ja liikuttaa itseään, silloin korostuu, lihasten, nivelten ja fyysisen kunnan merkitys. Myös kyky liikkumisen koordinointiin on fyysiselle toimintakyvylle tärkeää. Liikkumisen koordinointiin tarvitaan keskushermoston lisäksi aisteja. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015 b.)

Tuki- ja liikuntaelinoireet ovat työkykyyn vaikuttavia vaivoja. Tavallisimmin niitä on selässä, niskassa, hartioissa ja yläraajoissa, mutta niitä voi olla myös alaraajoissa. Vaivat vaihtelevat pienistä särystä aina vakavampiin sairauksiin. Kroonistuessaan vaivat voivat johtaa työkyvyttömyyteen. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet kehittyvät tyypillisesti pidemmän ajan kuluessa ja niiden syntyyn vaikuttavat useat tekijät. (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto 2016.)

Fyysisesti raskas työ määritellään työksi, jossa työntekijä käyttää isoja lihasryhmiä kehonsa tai taakan liikuttamiseen (Viitala 2013, 215). Työstä johtuvia riskitekijöitä fyysiselle toimintakyvylle ovat muun muassa toistuvat voimaa vaativat liikkeet, taakkojen nostaminen, nopeatemppoinen työ ja epämukavat tai staattiset työasennot. Myös työn suuret vaatimukset yhdistettynä ylhäältä ohjattuun päätöksentekoon sekä huono työtyytyväisyys lisäävät tuki- ja liikuntaelinsairauksien riskiä. (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto 2016.)

### **Hoitohenkilöstön psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn määritelmät ja niitä uhkaavat tekijät**

Psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky risteävät monilta osin. Psyykkinen toimintakyky koostuu elämänhallinnasta, mielenterveydestä sekä ajatteluun ja tuntemiseen liittyvistä toiminnoista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015 b.) Psyykkisesti kuormittavassa työssä työntekijällä on ristiriita omien voimavarojensa tai tavoitteidensa ja työn antamien vaatimusten ja mahdollisuuksien välillä (Viitala 2013, 215). Kognitiivisen toimintakyvyn kohdalla korostuu muistin ja oppimisen merkitys ja se on tiedonkäsittelyn eri osa-alueiden yhteistoimintaa. Sosiaalinen toimintakyky tulee esiin vuorovaikutuksessa muiden ihmisten, yhteisön ja ympäristön kanssa toimiessa. Hyvä sosiaalinen toimintakyky on aktiivista sosiaalista osallistumista sekä yhteisyyden ja osallisuuden kokemista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015 b.)

Hoitohenkilökunnan psyykkiseen toimintakykyyn on tarpeellista kiinnittää huomiota, sillä terveydenhuoltoalalla työskentelevillä on muun muassa Yhdysvalloissa, Tanskassa ja Norjassa tehdyissä tutkimuksissa todettu olevan muunlaisissa

ammateissa työskenteleviä suurempi riski sairastua masennukseen tai muihin psyykkisiin sairauksiin (Pensola ym. 2010).

Sanaa ”henkinen” voidaan käyttää ”psykkisen” synonyymina (MOT-sanakirja 2018). Psykkistä toimintakykyä ja jaksamista tarkasteltiin tässä tutkimuksessa yleisellä tasolla, käyttäen käsitteitä ”henkinen toimintakyky” ja ”henkinen jaksaminen”. Sosiaalista tai kognitiivista toimintakykyä ei erikseen tutkittu.

### **Hoitohenkilöstön toimintakyvyn ylläpitäminen**

Hoitohenkilöstön fyysistä toimintakykyä voidaan tukea organisaatioissa työn jaksottamista ja tekemistä organisoimalla ja suunnitteleamalla. Työvuorojen välillä tulisi olla riittävästi lepoa, jotta palautuminen olisi mahdollista. Yksipuolisia liikkeitä sekä kovaa räsitusta tulisi välttää esimerkiksi laitteiden ja apuvälineiden tai parempien työmenetelmien avulla. Työ tulisi suunnitella siten, että siinä olisi riittävästi vaihtelua ja monipuolista liikettä. (Viitala 2013, 230-231; Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto 2016.) Myös työntekijöiden kouluttaminen tuki- ja liikuntaelinsairauksien riskistä sekä hyvistä työskentelymenetelmistä on hyvä keino ennaltaehkäistä tuki- ja liikuntaelinsairauksien kehittymistä (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto 2016).

Ruotsalainen ym. (2015) havaitsivat systemoidussa katsauksessaan, että kognitiivisella käyttäytymisterapialla sekä psyykkisellä ja fyysisellä rentoutumisella voidaan jossakin määrin vähentää hoitotyöntekijöiden kokemaa työperäistä stressiä. Työn aikataulutukseen paneutumalla voidaan myös vähäisissä määrin vähentää hoitotyöntekijöiden työstressiä. (Ruotsalainen, Verbeek, Mariné & Serra 2015.)

Terveystenhoitoalalla työstressiin ja työuupumukseen suunnatut interventiot on useimmiten kohdistettu yksilöiden tukemiseen, sen sijaan että olisi vaikutettu stressin tai uupumuksen aiheuttajiin itse työssä. Interventioilla onkin pystytty vähentämään vain emotionaalista työuupumusta. Vaikuttaakseen laajemmin terveydenhuollon henkilökunnan työssä jaksamiseen työuupumusta ehkäisevien interventioiden tulisi olla monipuolisia. Henkilöstön osallistaminen on tärkeää sen li-

säksi, että vahvistetaan stressin hallintaa ja kehitetään organisaation toimintaa. (Ahola ym. 2010.)

### **Kinestetiikan vaikutus henkilöstön toimintakykyyn**

Kinestetiikan tavoitteena on muun muassa vähentää potilaan avustajien fyysistä ja henkistä kuormitusta sekä lisätä työssä jaksamista (Hantikainen ym. 2011, 7). Kinestetiikan on todettu keventävän työn fyysistä kuormitusta ja lisäävän työn mielekkyyttä vanhusten hoitotyössä (Hantikainen 2010, 22-25; Kujala, Wallden & Hantikainen 2015, 22-24; Fringer ym. 2014, 757-766). Turun kaupungin terveystoimen hoivasairaanhoidossa tuloksia nähtiin kinestetiikan implementoinnin jälkeen myös sairauspäivien määrän laskuna. (Hantikainen 2010, 22-25.)

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus oli lähestymistavaltaan kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen. Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä pyritään havainnoimaan ja ymmärtämään ilmiötä, siihen vaikuttavia tekijöitä ja näiden tekijöiden välisiä riippuvuussuhteita. Lisäksi pyritään selvittämään niitä merkityksiä, joita ihmiset ilmiöön liittävät. (Wisdom, Cavaleri, Onwuegbuzie & Green 2012; Kananen 2011, 12–18.) Kvantitatiivinen tutkimus perustuu tunnetun ilmiön eri muuttujien mittaamiseen. Sillä pyritään yleistämään riittävästä määrästä havaintoyksiköitä saatua tietoa tilastollisesti koskemaan koko tutkittua populaatiota. Kvantitatiivinen tutkimusote kerää määrällistä tietoa eli lukuja. (Kananen 2011, 12–18.) Käyttämällä sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista tietoa keräävää monimenetelmää saadaan tutkittavasta aiheesta kattavampi kuva kuin vain toista menetelmää käyttämällä (Wisdom ym. 2012; Kananen 2011, 15). Kahden tutkimusmenetelmän valintaan tässä tutkimuksessa vaikutti tutkittavan aiheen monipuolisuus.

Aineisto kerättiin Vaasan keskussairaalan vuodeosastohoidon palvelualueen hoitohenkilökunnalta sekä vuodeosastoilla työskentelevältä hoidonpalveluyksikön hoitohenkilökunnalta. Hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia, kätilöitä, terveydenhoitajia, apulaisosastonhoitajia ja osastonhoitajia. Tutkimus toteutettiin kaksiosaisena.

### 4.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

#### Haastattelut

Aineistonkeruun ensimmäisessä osassa toteutettiin ryhmähaastattelu neljälle hoitajalle ja yksi yksilöhaastattelu. Alun perin tarkoituksena oli järjestää kolme ryhmähaastattelua (Liite 1). Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin ryhmähaastattelut kyselyn tai yksilöhaastattelun sijaan, koska ryhmähaastattelussa saadaan tietoa paitsi yksittäisten haastateltavien vastauksista, myös kollektiivisesta, yhdessä tuotetusta puheesta ja merkityksenannoista. Ryhmässä toiset haastateltavat voivat virkistää muidenkin muistia ja laajentaa katsontakantaa. Ryhmähaastattelun tavoite on olla vapaamuotoinen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006 a.) Ryhmä-

haastattelun teemat on esitelty liitteessä 2. Teemoista ensimmäinen ja kolmas liittyvät tutkimusongelmaan 1. Teemat 2, 4 ja 5 liittyvät tutkimusongelmaan 2.

Joulukuussa 2016 lähetettiin sähköpostitse kutsu ryhmähaastatteluihin 54:lle vuodeosastohoidon palvelualueella työskentelevälle hoitajalle, jotka olivat 13.9.2011-27.10.2016 välisenä aikana suorittaneet kinestetiikan peruskurssin Vaasan keskussairaalassa. Haastattelutilaisuuksia järjestettiin tammikuussa 2017 kaksi. Haastattelut pidettiin tarkoitukseen varatussa kokoustilassa Vaasan keskussairaalassa. Ensimmäiseen ryhmähaastatteluun osallistui neljä hoitajaa. Toisella haastattelukerralla halukkaita osallistujia oli vain yksi, joten haastattelu suoritettiin yksilöhaastatteluna. Yksilöhaastattelun teemat olivat samat kuin ryhmähaastattelussa. Kinestetiikan peruskurssin suorittaneille lähetetty tutkimuskutsu (Liite 1) toimi myös tutkittavan tiedotteena. Suostumuksensa antaneita hoitajia haastateltiin heidän kokemuksistaan kinestetiikan osaamisen implementoijina (tutkimusongelmat 1 ja 2). Molemmat haastattelut kestivät alle tunnin ja haastateltavien luvalla ne nauhoitettiin. Kaikki haastatellut olivat eri työyksiköistä (viisi työyksikköä). Haastateltavilta ei kysytty muita taustatietoja.

### **Kysely**

Tutkimuksen toinen osa suoritettiin kokonaistutkimuksena, jolloin perusjoukon muodostivat kaikki Vaasan keskussairaalan vuodeosastojen (8 vuodeosastoa) sekä hoidonpalveluyksikön vuodeosastoilla työskentelevät hoitajat (N= 237). Koko perusjoukolle lähetettiin kutsu kyselyyn (Liite 3) sähköpostissa huhti-toukokuussa 2017. Se toimi myös tutkittaville annettavana tiedotteena tutkimuksen sisällöstä, tarkoituksesta ja tavoitteista.

Kysely on hoitotyön kvantitatiivisissa tutkimuksissa yleisimmin käytetty aineistonkeruumenetelmä. Kyselylomakkeen laatiminen on kvantitatiivisen tutkimuksen kriittisin vaihe. Strukturoitu kyselylomake on tehokas aineistonkeruukeino, sillä aineisto saadaan nopeasti tallennettavaan muotoon ja voidaan analysoida tilastohjelman avulla. Kyselylomakkeen täyttämiseen tulisi kulua enintään 15 minuuttia, joten kyselylomake laadittiin tiiviiksi vastaajien määrän maksimoimiseksi. Kyselyn perustana käytettiin osin aineistonkeruun ensimmäisestä osasta saatua

tietoa. Muut kysymykset perustuivat kirjallisuuskatsaukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87–88.)

Kyselylomake suunniteltiin tätä tutkimusta varten. Kyselylomakkeessa käytettiin itse laadittujen kysymysten lisäksi kinestetiikkatutkija Virpi Hantikaisen ja kinestetiikkakouluttaja Kirsi Hägströmin kanssa käydyn keskustelun yhteydessä saatuja aikaisemmin kinestetiikkatutoreiden toimintaa arvioitaessa käytettyjä kysymyksiä (Suomen Kinestetiikkayhdistys ry 2010) (kyselylomakkeen kysymykset 24–30) heidän suostumuksellaan. Osaa heidän laatimistaan kysymyksistä muotoiltiin uudelleen yhteistyössä heidän kanssaan. Kyselylomake annettiin vastaajille sekä suomen- että ruotsinkielisenä. Kyselyn vastausaika oli alun perin 33 vuorokautta. Ennen vastausajan loppumista kyselystä muistutettiin sähköpostitse ja vastausaikaa pidennettiin 16 vuorokaudella, koska vastauksia oli saatu vähän.

Kyselyssä tuotettiin tietoa hoitohenkilöstön yleisestä kinestetiikan tuntemuksesta, sekä siitä, kuinka laajasti kinestetiikan periaatteet olivat levinneet vuodeosastojen käytäntöön (tutkimusongelmat 3 ja 4). Kyselyssä selvitettiin myös kinestetiikan vaikutuksia hoitohenkilökunnan toimintakykyyn (tutkimusongelma 5). Kyselylomake on esitetty liitteessä 4. Kyselylomakkeen kysymyksistä ensimmäiset neljä kartoittivat vastaajan taustatietoja. Kysymyksillä 5-9 ja 12 kartoitettiin kinestetiikan tuntemusta ja ne vastasivat tutkimusongelmaan 4. Kinestetiikan levinneisyyttä tarkasteltiin kysymyksillä 10–11 ja 13–21 ja ne vastasivat tutkimusongelmaan 4. Kysymyksillä 22–38 selvitettiin kinestetiikan vaikutuksia hoitohenkilökunnan toimintakykyyn ja ne vastasivat tutkimusongelmaan 5. Kysymys 39 oli avoin kysymys, jossa vastaaja saattoi halutessaan vielä vapaasti kertoa kinestetiikan käytöstä.

Ennen kyselykutsun lähettämistä kyselylomake testattiin neljällä tutkimuksen kohderyhmään kuulumattomalla hoitotyöntekijällä. Esitestaajista kolme työskenteli Vaasan keskussairaalassa avohoidon ja akuuttihoiton palvelualueilla ja neljäs työskenteli toisen sairaanhoitopiirin palveluksessa. Esitestaajista kolme oli käynyt kinestetiikan peruskoulutuksen. Yhdellä esitestaajalla ei ollut aikaisempaa tietoa

kinestetiikasta. Esitestauksen perusteella tehtiin muutamia pieniä tarkentavia muutoksia kyselylomakkeeseen.

## 4.2 Aineistojen analysointi

### Haastattelut

Ryhmä- ja yksilöhaastatteluista saatu yhdistetty aineisto analysoitiin laadullisen sisällön analyysin keinoin. Sisällön analyysin avulla on mahdollista analysoida ja kuvailla erilaisia aineistoja. Sen tavoitteena on ilmiön laaja, mutta tiivis esittäminen. Tässä tutkimuksessa käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällön analyysiä. Haastatteluista saadut nauhoitukset litteroitiin tekstimuotoon. Litteroitua tekstiä saatiin 14 sivua (Times new roman 12, riviväli 1,5). Litteroitu teksti luettiin läpi useamman kerran ja sieltä poimittiin tutkimusongelmiin 1 ja 2 vastauksia antavia ilmaisuja. Analyysiyksiköiksi kelpuutettiin yksittäiset sanat, lauseet, lauseenosat tai ajatuskokonaisuudet. Haastateltujen ilmaisut muokattiin pelkistetyiksi ilmaisuiksi, jotka puolestaan ryhmiteltiin alakategorioiksi merkitystensä perusteella ja alakategoriat nimettiin sisällön perusteella. Alakategorioista muodostettiin edelleen niiden sisällön merkityksen perusteella pääkategoriat, joille annettiin sisältöä kuvaava nimi. Analyysi toteutettiin manuaalisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–137.) Esimerkkejä aineiston analysoinnista on esitetty tulokset-luvun taulukoissa 2, 3, 19 ja 20. Tulokset-luvussa esitetään kursivoituina sitaatteja vastaajien alkuperäisistä vastauksista. Joitakin sitaatteja on muokattu kielellisesti lähemmäksi yleiskieltä vastaajien anonymiteetin varmistamiseksi.

### Kysely

Kyselytutkimuksen kvantitatiivisen aineiston (monivalintakysymykset) analyysiin käytettiin tilastollista SPSS-ohjelmaa (23.0) ja vastaukset avoimiin kysymyksiin analysoitiin laadullisen sisällön analyysin keinoin. Kvantitatiivisen aineiston analysoinnin yhteydessä kysymykseen saadusta kinestetiikan opetuksesta saatuja vastauksia ryhmiteltiin siten, että niistä muodostettiin välimatka-asteikolliset luokat. ”Kinestetiikan syventävä kurssi tai muu kinestetiikan syventävä koulutus” muodosti ”kinestetiikan kertauskurssin” kanssa korkeimman koulutusluokan ”kineste-



tiikan syventävä koulutus”. ”Kinestetiikan peruskurssi” muodosti yksinään koulutusluokan ”kinestetiikan peruskoulutus”. ”Kinestetiikan informaatiotilaisuuteen”, ”non-stop-tilaisuuteen” tai ”kinestetiikkaa käsittelevälle osastotunnille osallistuminen” sekä ”kinestetiikkatutorin antama kinestetiikkaopetus” tai ”kollegan antama kinestetiikkaopetus” muodostivat koulutusluokan ”kinestetiikan alkeiskoulutus”. ”Ei kinestetiikan opetusta” muodosti yksin alimman koulutusluokan ”ei kinestetiikkakoulutusta”. Vastaukset syötettiin SPSS-ohjelmaan manuaalisesti siten, että kullekin vastaajalle tallennettiin vastaukseksi vain korkein saatu koulutus. Esimerkiksi kun vastaaja oli vastannut osallistuneensa sekä kinestetiikan peruskurssille, kinestetiikkaa käsittelevälle osastotunnille, kinestetiikan informaatiotilaisuuteen että saaneensa kinestetiikan vertaisopetusta, muodostui hänen saamakseen korkeimmaksi kinestetiikkakoulutukseksi ”kinestetiikan peruskoulutus”.

Kvantitatiivisen aineiston analyysi aloitettiin kuvailemalla aineistoa frekvenssien (f) ja prosenttien (%) avulla. Muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun käytettiin ristiintaulukointia ja korrelaatioanalyysia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 113, 116, 129.)

Ristiintaulukoinnin tarkoitus on ryhmittäisten erojen tarkastelu. Se on kaksiulotteinen frekvenssitaulukko, jota voidaan käyttää kahden luokittelu- tai järjestysasteikollisen muuttujan välisen yhteyden tarkasteluun. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 113.)

Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella voidaan tarkastella kahden muuttujan välistä yhteyttä, kun muuttuja on välimatka-asteikollinen. Tutkimuksen tuloksissa ilmoitetaan järjestyskorrelaation arvo, jota ilmaistaan r-merkillä. Kertoimen negatiivinen arvo viittaa tilanteeseen, jossa toisen muuttujan arvon kasvaessa toisen muuttujan arvo pienenee. Positiivinen kerroin viittaa tilanteeseen, jossa molempien muuttujien arvo kasvaa samansuuntaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 101, 108, 116-117.) Korrelaation vahvuus välillä  $0.20 \geq r \leq 0.39$  on heikko ja välillä  $0.40 \geq r \leq 0.59$  kohtalainen. Korrelaation vahvuus on esitetty tulokset-osiossa \*-merkillä (\* = heikko, \*\* = kohtalainen). (Statstutor 2018.)

Muuttujien välisten yhteyksien tilastollista merkitsevyyttä eli todennäköisyyttä arvioitaessa käytettiin p-arvoa. Merkitsevyyden rajaksi valittiin  $p < 0.05$ , mikä on yleisesti hoitotieteellisessä tutkimuksessa käytetty raja. Välillä  $0.01 \leq p < 0.05$  tuloksen katsotaan olevan tilastollisesti melkein merkitsevä ja välillä  $0.001 \leq p < 0.01$  tilastollisesti merkitsevä ja  $p < 0.001$  on tilastollisesti erittäin merkitsevä. P-arvot on merkitty tutkimuksen tuloksia esitteleviin taulukoihin ja tilastollinen merkitsevyys on merkitty \*-merkillä (\* = melkein merkitsevä, \*\* = merkitsevä, \*\*\* = erittäin merkitsevä). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 105-106.)

### 4.3 Eettiset kysymykset

Tutkimuksen eettisyyden takaamiseksi noudatettiin Suomen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön ohjeita (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014).

Tutkijan tulee pyrkiä tiedostamaan omat asenteensa ja uskomuksensa sekä aktiivisesti pyrkiä siihen, etteivät ne vaikuta liiaksi tutkimukseen. Tutkijan omaa ajattelua on aina jossakin määrin mukana tutkimuksessa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006 b.) Tässä tutkimuksessa tutkija on taustaltaan sairaanhoitaja ja työskentelee Vaasan keskussairaalan vuodeosastoilla, hoidonpalveluyksikön kautta kaikilla vuodeosastoilla kiertävänä varahenkilönä. Tutkija on myös itse osallistunut Vaasan keskussairaalassa järjestetyille kinestetiiikan peruskurssille syksyllä 2015. Tutkija pyrki tutkimuksessa säilyttämään objektiivisuuden, vaikka hänellä on omaa kokemusta ja tietoa aiheesta.

Tutkimuslupa anottiin Vaasan keskussairaalan vuodeosastohoidon palvelualueen ylihoitajalta. Eettistä ennakoarviontia eli ennen tutkimuksen tekoa tehtävää arviointia siitä, aiheuttavatko tutkimuksen tekeminen tai tulokset tutkituille haittaa, ei haettu, sillä tutkitut ovat täysi-ikäisiä, eikä tutkimuksen aihe ole erityisen arkaluontoinen tai kohdistunut tutkittavien koskemattomuuteen. Myöskään Vaasan keskussairaala ei tutkimukseen ennakoarviontia vaatinut. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.)

Tutkimukseen osallistuminen perustuu aina vapaaehtoisuuteen ja riittävään tietoon (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014). Aineistonkeruun ensimmäisessä osassa tutkimukseen kutsutuille annettiin tutkittavan tiedote sähköpostitse haastatteluun kutsuttaessa. Haastateltavilta pyydettiin ryhmähaastattelujen alussa suullinen suostumus ryhmä- tai yksilöhaastattelun nauhoittamiseen. Aineistonkeruun toisessa osassa kyselylomakkeeseen liitettiin saatekirje, jossa annettiin tietoa tutkimuksesta. Täytetyn kyselylomakkeen palauttaminen tulkittiin tietoiseksi suostumukseksi. Kirjalliset tutkittavan tiedotteet sisälsivät tiedot tutkimuksen toteutuksesta ja tutkijan yhteistiedot ja ne annettiin sekä suomen- että ruotsinkielisinä (Liitteet 1 ja 3).

Tietosuoja-asiat otetaan tarkasti huomioon tutkimusta suoritettaessa ja tutkituille taataan nimettömyys (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014). Kinestetiikan peruskursseille Vaasan keskussairaalassa osallistuneiden nimet saatiin keskussairaalan sisäisestä rekisteristä ja haastattelupyynnöt lähetettiin sähköpostitse, jolloin vain tutkija ja muut ryhmähaastatteluun osallistuneet tiesivät, ketkä ovat tulleet haastatelluiksi. Ryhmähaastattelujen luottamuksellisuudesta sovittiin ryhmähaastattelun aluksi. Aineistonkeruun toisen osan kyselylomakkeet lähetettiin koko perusjoukolle ja täytetyt kyselylomakkeet palautettiin nimettöminä, jolloin tutkimukseen osallistujien henkilöllisyys pysyi täysin salassa. Aineistonkeruun ensimmäisen osan haastattelut nauhoitettiin, osallistujien luvalla, analysoinnin luotettavuuden parantamiseksi. Haastatteluäänitteissä ja niistä litteroidussa tekstissä ei käytetty haastateltujen nimiä. Sekä haastatteluaineisto että kyselyaineisto säilytettiin salassa, turvallisessa paikassa ja tuhoitiin tutkimuksen valmistuttua.

Voidaan olettaa, ettei tutkittaville tutkimuksesta koitunut haittaa tai räsitusta, mikä ylittäisi arkipäivän elämän vaihtelun. Tutkija huolehti siitä, että haastatellut ja kyselyyn vastanneet eivät olleet tunnistettavissa tutkimusjulkaisusta, joten on todennäköistä, ettei tutkittaville koitunut tutkimuksesta sosiaalista haittaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.) Aineistonkeruun ensimmäisessä osassa ryhmähaastattelut saatiin järjestymään haastateltavien työajan yhteyteen mahdollisten haastateltaville aiheutuvien haittojen vähentämiseksi. Tutkimusluvan myöntäjiltä

saatiin lupa siihen, että sekä haastatteluun että kyselyyn osallistuminen tapahtui työajalla.

#### **4.4 Tutkimuksen luotettavuus**

##### **Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus**

Kvalitatiivinen tutkimus keskittyy vastaajien määrän sijaan aineiston laatuun, se tavoittelee teoreettista yleistettävyyttä. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella esimerkiksi uskottavuuden ja siirrettävyyden kautta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83, 160.)

Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, miten tutkija on onnistunut yhdistämään käsitteellisen ajattelun empiiriseen aineistoon, sillä analyysissa tuotettujen kategorioiden tulee kuvata saatua aineistoa kattavasti. Uskottavuutta voidaan parantaa kuvaamalla selkeästi aineiston analyysi sekä tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Osallistujien valintaperusteena tärkeintä on osallistujan tietämys tutkitusta ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83, 160.) Tämän tutkimuksen haastatteluihin osallistui viisi Vaasan keskussairaalan vuodeosastojen palvelualueella työskentelevää hoitotyöntekijää, jotka olivat kaikki paitsi käyneet vähintään kinestetiikan peruskurssin, myös erittäin kiinnostuneita kinestetiikan implementoinnista vuodeosastojen käytäntöön. Haastateltavat työskentelivät eri työyksiköissä ja ryhmänä heillä oli työkokemusta kaikista tutkittavista työyksiköistä. Haastateltavat tunsivat hyvin tutkittavan aiheen ja kertoivat mielellään siitä, mikä lisää aineiston uskottavuutta. Myös kyselylomakkeen avoimiin kysymyksiin kinestetiikan vaikutuksesta vastaajien työskentelytapaan ja toimintakykyyn saatiin runsaasti vastauksia. Valtaosa vastaajista käytti kinestetiikkaa ja oli saanut siihen koulutusta eli heitä voidaan pitää luotettavina tiedonantajina. Uskottavuutta pyrittiin parantamaan siten, että aineiston sisällön analysointi on tarkasti kuvailtu ja siitä on esitetty esimerkkejä. Tutkimustulokset muodostettiin tutkittavien tuottamasta aineistosta ja tutkija on pyrkinyt tietoisesti siirtämään omat ennakkoletuksensa syrjään. Tutkijan aikaisempi tieto aiheesta on kuitenkin positiivisessa mielessä antanut ymmärrystä tutkittavaan ilmiöön. Haastattelujen luotettavuuteen on saattanut vaikuttaa se, ettei tutkijalla ollut aiempaa kokemusta tutkimushaastat-

teluista. Kokemattomuus saattoi vaikuttaa haastattelujen toteutukseen. Lisäksi on huomioitava, että haastateltavia saatiin tutkimukseen vain viisi, joten tutkimusaineisto ei päässyt saturoitumaan eli kyllääntymään. Ei ole täyttä varmuutta siitä, saturoituiko kyselyssä saatu avoimilla kysymyksillä kerätty aineisto. Vastaajien määrä vaihteli 33-36 välillä.

Siirrettävyyden arvioinnissa arvioidaan sitä, missä määrin tulokset voisivat olla siirrettävissä johonkin muuhun kontekstiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 198). Siirrettävyyden varmistaminen edellyttää huolellista osallistujien valinnan, aineiston keruun ja analysoinnin sekä taustojen ja tutkimuskontekstin kuvaamista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Tutkimustulosten siirrettävyyttä pyrittiin lisäämään kuvaamalla mahdollisimman tarkasti osallistujien valintaa, aineiston keruuta ja analysointia sekä esittämällä suoria sitaatteja haastatelluilta. Tutkijan arvion mukaan samanlaisia tuloksia voitaisiin saada myös muissa vuodeosastohoitoa tarjoavissa sairaaloissa Suomessa.

### **Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus**

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tulee tarkastella arvioimalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Mittarin sisältövaliditeetti viittaa tutkimuksessa käytetyn mittarin toimivuuteen, eli onko mitattu sitä, mitä oli tarkoitus, ja onko teoreettiset käsitteet pystytty luotettavasti operationalisoimaan muuttujiksi. Kvantitatiivisen tutkimuksen kriittisin vaihe onkin kyselylomakkeen laatiminen. Kirjallisuuskatsauksen tulisi olla riittävän kattava ja luotettava, jotta kyselystä saadaan riittävän täsmällinen ja ilmiötä kattavasti mittaava. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 88, 152-156, 166.) Kyselylomake perustui alustavaan kirjallisuuskatsaukseen. Kyselylomakkeen laatimisprosessissa saatiin apua kokeneelta kineestetiikan tutkijalta sekä kineestetiikkakouluttajalta. Mittarin sisältövaliditeettia pyrittiin parantamaan myös esitestaamalla mittari, mikä on keskeistä mittarin validiteetin lisäämiseksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tässä tutkimuksessa kirjallisuuskatsaus valmistui lopullisesti vasta kyselyn toteutuksen jälkeen. Lopullisen kirjallisuuskatsauksen perusteella kyselyä olisi muokattu jonkin verran vastaajien omien kineestetiikkatietojen tarkastelun osalta.

Kvantitatiivisen tutkimuksen ulkoista validiteettia eli tutkimustulosten yleistämistä koskemaan ulkopuolista perusjoukkoa tarkasteltaessa tehdään katoanalyysi sekä pohditaan kuinka hyvin tutkimusotos edustaa perusjoukkoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152, 156). Tutkimuksen vastausprosentti (20,7%) jäi matalaksi. Katoa pyrittiin tutkimuksessa pienentämään lähettämällä kaikille tutkittaville uusintakysely toukokuussa 2017. Kirjallisuuden mukaan uusintakyselyä tulisi käyttää enintään kahdesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 82-83). Tämän kyselyn vastausajan ollessa vielä kesken kävi ilmi, että osa kyselyn kohde-ryhmästä oli ajatellut tutkimuksen koskevan ainoastaan kinestetiikkakoulutuksen käyneitä. Erehdyksen aiheuttamaa katoa pyrittiin vähentämään käymällä jokaisessa vuodeosastojen palvelualueen työyksikössä kertomassa tutkimuksesta hoito-henkilökunnalle. Kyselyyn vastanneet jakautuivat tasaisesti vuodeosastojen palvelualueen eri työyksiköihin. Vastanneista yli puolet työskenteli sairaanhoitajana ja noin kolmasosa lähi- tai perushoitajana. Apulais- ja osastonhoitajien määrä korostui kyselyssä, sillä heitä oli vastaajista kuusi, kun tutkimuspopulaatiossa heitä oli kahdeksan. Vastaajat edustivat kattavasti eri ikäryhmiä. Tulokset saattoivat vääristyä, koska vastaajiksi valikoitui lähinnä kinestetiikkakoulutuksen saaneita hoitotyöntekijöitä. Tämän vuoksi tutkimusongelmaan 3 ei saatu suoranaisesti vastausta. Ulkoiseen validiteettiin on suhtauduttava hyvin varauksellisesti, eikä tämän tutkimuksen tuloksia voi yleistää vastaajajoukkoa laajemmalle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 82-83, 152-156.) Tulokset antoivat kuitenkin kohdeorganisaatiolle kiinnostavaa tietoa kinestetiikan implementoinnista ja vaikutuksista.

## 5 TUTKIMUKSET TULOKSET

Tässä luvussa esitetään tämän tutkimuksen tulokset. Tulokset raportoidaan tutkimusongelmien mukaisessa järjestyksessä. Alaluvussa 5.1 vastataan tutkimusongelmiin 1-2 ja alaluvussa 5.2 vastataan tutkimusongelmiin 3-5.

### 5.1 Haastattelujen tulokset

#### 5.1.1 Kinestetiikkakoulutuksen suorittaneiden hoitajien toteuttama kinestetiikan implementointi

Ensimmäiseen tutkimusongelmaan vastaamiseksi kuvailtiin ryhmä- ja yksilöhaastattelujen avulla sitä, miten kinestetiikan peruskoulutuksen suorittaneet hoitajat ovat toimineet implementoidakseen kinestetiikkaa vuodeosastoille. Haastatteluihin osallistuneet hoitajat kertoivat laajasti kinestetiikan implementoinnista vuodeosastoille. Analyysissä aineistosta muodostui neljä pääkategoriaa: kinestetiikan implementointi keskustelun avulla, kinestetiikan implementointi näyttämällä, kinestetiikan implementointi suunnitelmallisen ohjelman avulla ja kinestetiikan implementointi harjoittelemalla (Taulukko 2).

**Taulukko 2.** Keinot kinestetiikan implementoimiseksi vuodeosastoille

Pääkategoria	Alakategoria	Esimerkkejä pelkistetyistä ilmaisuista
<b><i>Kinestetiikan implementointi keskustelun avulla</i></b>	Kinestetiikan sisällön käsittely	Kertoa muille kinestetiikasta Keskustelua ihmisten kanssa Joskus varmaan kertonut Yhdessä miettiminen
	Muutosvistarinnan murtaminen	Asioita joutuu perustelemaan Yrittää sanoa kollegan väärästä toiminnasta Kannattaa tehdä näin, kun sitten on helpompaa Vastarinnan murtaminen
<b><i>Kinestetiikan implementointi näyttämällä</i></b>	Virallinen	Osastotunnin yhteydessä näytettiin Hetki peruskurssin jälkeen tulivat näyttämään, miten tehdä Non-stop näyttöjä Opiskelijoille tulee näytettyä Yhdessä (toisten peruskurssin käyneiden kanssa) näytetty U-päivinä (kehittämispäivinä) kädestä pitäen näyttäny
	Epävirallinen	Menty muille avuksi Opettaa jonkin yksittäisen asian

		Toinen on katsonut esimerkkiä Kollegojen tekemisten korjaaminen Taksikusinkin saanu opetettua
<i>Kinestetiikan implementointi suunnitelmallisen ohjelman avulla</i>	-	Perehdytysohjelma uusille ja opiskelijoille Tehty suunnitelma kinestetiikan implementoimiseksi Kinestetiikkavastaava osastolla Sen seuraaminen, että kaikki perehtyisivät kinestetiikkaan
<i>Kinestetiikan implementointi harjoittelemalla</i>	-	Harjoitushetkiä osastolla Harjoitellaan ja mietitään Treenattiin pähkinäpallolla

Seuraavassa esitetään kunkin pääkategorian sisältö.

### *Kinestetiikan implementointi keskustelun avulla*

Kinestetiikan implementointi keskustelun avulla toteutui kahdesta näkökulmasta: kinestetiikan sisällön käsittelynä ja muutosvastarinnan murtamisena. Kinestetiikan sisällöstä keskusteleminen oli haastatelluille mieleinen tehtävä, koska he saattoivat jakaa oppimaansa työyhteisössään. He kertoivat kinestetiikasta innokkaasti muille ja myös sen laajempi ajatuspohja haluttiin tuoda esille. Kinestetiikasta kerrottiin usein epävirallisissa keskusteluissa sopivalla hetkellä työn lomassa ja kollegoiden kysymyksiin aiheesta pyrittiin vastaamaan. Kinestetiikan toteutusmahdollisuuksia mietittiin yhdessä. Kertomiseen kuuluivat myös muistuttamiset kinestetiikasta.

*H3: ”No yrittäny kertoa kaikille, jotka jakaa kuunnella niin aina... Työn lomassa.”*

*H5: ”Ja sitte joka päivä siitä tulee kumminki keskustelua ja ihmisten kanssa...”*

*H4: ”Se on työn ohessa, ihan siinä käytännössä. Joku on sitte saattanu kysyä, että kuule... että kuinka sä oot nostanu tän mumman täältä sängystä.”*

Haastatellut kokivat kohtaavansa paljon muutosvastarintaa kinestetiikkaa implementoidessaan ja muutosvastarinnan murtamiseen pyrittiin asian perustelemisella



keskusteluissa. Muutosvastarinnan murtamiseksi tarvittiin haastateltujen mukaan implementoijan uskallusta ja taitoa sanoa asiasta.

*H5: ”Vielä joutuu asioita perustelemaan kyllä monen kans, että että miksi niinku näin...”*

*H1: ”Että sun ei tartte sitä nostaa, vaan me voidaan pikkuhiljaa. Mutt ei se aina onnistu. Joskus on niin kova vastustus.”*

*H5: ”Yrittää aina pikkuhiljaa sinne, että täst voi yrittää kummiski koettaa ja tehä näin...”*

### ***Kinestetiikan implementointi näyttämällä***

Kinestetiikan implementointia näyttämällä toteutettiin sekä virallisesti järjestetyissä tilaisuuksissa että epävirallisesti. Kinestetiikan tekniikoiden näyttämiseen sovitettiin osastoilla tiettyjä virallisia aikoja. Haastatellut kertoivat näyttäneensä kinestetiikan siirtotekniikoita osastotuntien, kehittämispäivien, non-stop-näyttöjen ja peruskurssin yhteyteen järjestettyjen näyttöjen yhteydessä.

*H5: ”...näitä tämmöisiä U-päiviä (kehittämispäiviä), että on mukana siellä ihan siinä käytännöntyössä sen ja käyny vähän kädestä pitäen pystyy ohjaamaan...”*

*H4: ”...heti kurssin jälkeen, ne (kinestetiikan peruskurssin käyneet) on tullu näyttämään meille näitä, näitä mitenkä tehdään.”*

Epävirallisesti kinestetiikan siirtotekniikoita näytettiin potilastyössä, sopivaksi katsotulla hetkellä, työn ohessa. Tekniikoita näytettiin paitsi kollegoille, myös opiskelijoille ja hoitotyön ulkopuolisille, kuten yhdessä tapauksessa taksinkuljettajalle. Aina mallia ei näytetty tietoisesti, vaan haastatellut kertoivat huomanneensa, että heidän esimerkkiään oli seurattu heidän tiedostamattaankin. Mallia näytettiin myös korjaamalla kollegoiden toimintatapaa.

H1: ”...jonkin asian yritän niinku opettaa jos näyttää ett on sellane hetki, että on aikaa. Että esimerkiksi kun potilasta siirretään sängystä toiseen... että tehtäiskö tämä nyt sillee kinestetiittisesti...”

H2: ”...aina opiskelijoille tulee näytettyä...”

H1: ”... joskus jonku taksikusinkin saanu opetettua miten siirtyä paari-taksiin...”

### ***Kinestetiikan implementointi suunnitelmallisen ohjelman avulla***

Kinestetiikan implementointi suunnitelmallisen ohjelman avulla oli ”virallinen” tapa antaa tietoa kinestetiikasta. Kinestetiikan implementoinnista oli tehty suunnitelmia. Suunnitelmallista ohjelmaa toteutettiin perehdytysohjelman ja informaatiotilaisuuksien muodossa. Joillakin osastoilla oli myös valtuutettu työntekijöitä kinestetiikkavastaaviksi. Yhden haastatellun mukaan kaikkien perehtymistä kinestetiikkaan pyrittiin seuraamaan.

H5: ”...perehdyttämisohje... siinä on vähän perusteita kinestetiikasta ja sitte näitä eri asioita mitä niinku huomioidaan siinä potilaan kohtaamisessa ja avustamisessa.”

H2: ”...me tehtiin oikein ohjelma siitä (kinestetiikan implementoinnista osastolle) ja suunnitelma ja kaikki...”

### ***Kinestetiikan implementointi harjoittelemalla***

Haastatellut hoitajat kertoivat myös työyhteisön keskinäisestä kinestetiikan keinojen harjoittelusta. Harjoittelua tapahtui esimerkiksi uuden kinestetiikan apuvälineen hankkimisen jälkeen.

H2: ”Sitä pähkinäpallon käyttöön me on harjoiteltu kansliassa ihan hoitajien kanssa keskenämme, että miten se toimii.”

H5: ”...tällaisia harjoitushetkiä tuolla osastolla...”

### 5.1.2 Toimivat keinot kinestetiikan implementoimiseen vuodeosastoille

Toiseen tutkimusongelmaan vastaamiseksi kuvailtiin sitä, millaiset keinot kinestetiikkakoulutuksen suorittaneet hoitajat ovat todenneet toimiviksi implementoidessaan kinestetiikkaa vuodeosastoille. Hoitajien kuvaamat toimivat keinot on esitetty taulukossa 3. Toimivia keinoja kinestetiikan implementoimiseksi vuodeosastoille olivat seuraavat: kinestetiikan opiskelu, kinestetiikan implementoinnin hyvä johtaminen, implementoijan rohkeus ja havainnot kinestetiikan onnistumisesta.

**Taulukko 3.** Toimivat keinot kinestetiikan implementoimiseksi vuodeosastoille.

Pääkategoria	Alakategoria	Esimerkkejä pelkistetyistä ilmaisuista
<b><i>Kinestetiikan opiskelu</i></b>	Peruskurssi suositeltava kaikille  Kinestetiikkaan perehdyttäminen  Kinestetiikan kertaaminen	Kaikkien pitäisi käydä kinestetiikan peruskurssi Kinestetiikan idean ymmärtää peruskurssilla Vakihenkilökunnan perehdyttäminen ja opastaminen kinestetiikasta Opiskelijoille kinestetiikkakoulutusta Pidempi kuin yhden päivän kinestetiikkakoulutus  Kinestetiikkaan perehdytystä uusille työntekijöille Perehdyttämisohje kinestetiikan perusasioista  Kinestetiikan kertaaminen Säännöllinen kinestetiikasta muistuttaminen
<b><i>Kinestetiikan implementoinnin hyvä johtaminen</i></b>	Osastonhoitaja implementoinnin mahdollistajana  Kinestetiikan priorisointi	Osastonhoitaja tukee kinestetiikan implementoinnissa Osastonhoitaja päästää koulutuksiin Osastonhoitaja kannustaa/ patistaa kinestetiikan implementointiin Osastonhoitaja muistuttaa kinestetiikan implementoinnista Osastonhoitaja mahdollistaa kinestetiikkaan liittyvät hankinnat Osastonhoitaja on tutustunut kinestetiikkaan ja suhtautuu siihen positiivisesti  Sairaalan johdon panostaminen Kinestetiikkatoiminta yhtenäiseksi sairaalassa Kinestetiikalle annettava aikaa ja tilaa Keskittyminen vastaanottavaisiin
<b><i>Implementoijan rohkeus</i></b>	-	Pitäisi olla rohkeampi Tukea (itsevarmuutta lisäävää) kinestetiikan implementointiin kollegoilta
<b><i>Havainnot kinestetiikan onnistumisesta</i></b>	-	Kun kinestetiikka onnistuu, kinestetiikan implementointi onnistuu Hoitajien on itse huomattava, että kinestetiikka toimii

Seuraavassa esitetään kunkin pääkategorian sisältö.

### *Kinestetiikan opiskelu*

Kinestetiikan opiskelu nähtiin toimivana keinona kinestetiikan implementoinnissa vuodeosastoille. Kinestetiikan opiskelua tarkasteltiin kolmesta näkökulmasta: kaikille suositeltavana kinestetiikan peruskurssina, kinestetiikkaan perehdyttämisenä ja kinestetiikan kertaamisena.

Haastatellut olivat sitä mieltä, että kinestetiikan kurssit ovat toimivin keino kinestetiikan implementoinnissa. Haastateltujen mukaan kinestetiikkakoulutuksen saaneita tarvittiin enemmän ja kaikkien tulisi käydä kinestetiikan peruskurssi. Haastatellut kertoivat todenneensa osastotunnit ja yhden päivän koulutukset liian lyhyiksi kinestetiikan idean ymmärtämiseksi ja totesivat neljän päivän peruskurssin käymisen olevan toimivampaa.

*H1: ”Kyllä se ehdottomasti se kurssitus on paras.”*

*H4: ”...niiden täytyy käydä se kurssi (kinestetiikan peruskurssi) ... sitte vasta ne tajuu.”*

*H5: ”...kyllä tämmösillä osastoilla... pitää kaikki ketä sitä työtä tekee olla (kinestetiikkaan) koulutettuja...”*

*H5: ”Sen ymmärtää sen kinestetiikan laajuuden vasta sitten, kun sä oot sen peruskurssin käyny.”*

Kinestetiikkaa haluttiin tuoda esiin perehdytyksen kautta uusille sijaisille, mutta myös vakituiselle henkilökunnalle. Varsinkin vakituisen henkilökunnan tulisi haastateltujen mukaan saada perehdytystä ja opastusta kinestetiikkaan, jotta he osaisivat opastaa uusi työntekijöitä kinestetiikassa. Myös opiskelijoilla toivottiin olevan tietämystä kinestetiikasta.

*H5: ”... meillä pitäis kaikilla vakihenkilökunnalla olla tiedot ja taidot opastaa niissä asioissa.”*

*H5: "...enemmän pitäis käyttää aikaa siihen meidän vakihenkilökunnan perehdyttämiseen ja tuota opastamiseen, että se sieltä lähtis koska nämä uudet (aloittavat hoitajat) on niitten kanssa kumminkin alkuun..."*

*H3: "...mä ihmettelen että opiskelijat ei tiedä mitään tästä (kinestetiiikasta)..."* Toisen haastateltavan kommentti edelliseen: *H1: "Ett se pitäis lähtee sielt koulutuksesta (ammattillisesta koulutuksesta)." Toisen haastateltavan kommentti edelliseen: H3: "Kyllä. Ihan niinku ehdottomasti."*

Kinestetiiikan implementoimiseksi tulisi haastateltujen mukaan uudet sijaiset perehdyttää kinestetiiikkaan. Yhden haastatellun lausumassa nousi esille osaston kinestetiiikan perehdytysohjeen toimivuus keinona kinestetiiikkaa implementoitaessa.

*H5: "...perehdyttämisohe... se koetaan hyväks. Siinä on semmoset perusasiat mitä meidän osastolla tulisi huomioida."*

Kinestetiiikan kertaaminen koettiin toimivaksi keinoksi kinestetiiikkaa implementoitaessa. Kinestetiiikan kertaaminen sisälsi niin säännöllisen muistuttamisen kinestetiiikasta, kinestetiiikan asioiden yhdessä miettimisen kuin erilliset kinestetiiikan kertauskurssitkin.

*H4: " ...sä oot hetken aikaa harjottanu tota kinestetiiikkaa ja sitten saat mennä vielä sinne näitten oikein gurujen kanssa... harjoitus mestarin tekee."*

*H2: "...kyllä sielt (kinestetiiikan kertauskurssilta) jotakin tarttuu ja jotakin mieltii ja sitte taas siit on helppo jatkaa eteenpäin."*

### ***Kinestetiiikan implementoinnin hyvä johtaminen***

Kinestetiiikan implementoinnin hyvä johtaminen nähtiin toimivaksi keinoksi kinestetiiikan implementoinnissa. Kinestetiiikan implementoinnin hyvä johtaminen jaettiin kahteen alakategoriaan: osastonhoitaja kinestetiiikan implementoinnin tukijana ja kinestetiiikan priorisointi.

Osastonhoitajan merkitys kinestetiikan implementoinnin mahdollistajana esiintyi kaikkien haastateltujen vastauksissa. Osastonhoitaja paitsi tuki, myös kannusti ja patisti implementoimaan kinestetiikkaa. Haastatelluista yksi kertoi saaneensa osastonhoitajalta tehtäväkseen kinestetiikan implementoinnin. Haastatellut kokivat toimivaksi sen, että osastonhoitaja muistutti heitä kinestetiikan levittämisestä työyhteisössä. Ilman muistuttamista haastatellut kertoivat kinestetiikan implementoinnin saattavan herkästi unohtua.

*H1: ”Joo meillä on esimies kannustanu.”*

*H2: ”Osastohoitaja on meillä muistutellu niistä non-stopeista ja me tehtiin oikein ohjelma siitä ja suunnitelma ja kaikki, mutta se niinku vaan jäi siten. Mutta se muistutteli sitten meitä, että ootteko pitäny...”*

Kinestetiikan implementoinnin toimivuuteen vaikutti osastonhoitajan näkemys kinestetiikan tärkeydestä. Osastonhoitajan haluttiin olevan tutustunut kinestetiikkaan ja suhtautuvan siihen positiivisesti.

*H3: ”Meillä oli niinku mä sanoin nii jotenki aluksi (osastonhoitaja) vähä semmonen ei vastaan muttei niin innokaskaan mutta nyt kyllä sitte, kurssin jälkeen ja sen sen jälkeen on ollu paljo positiivisempi.”*

*H2: ”... tosi positiivinen (osastonhoitajan asenne kinestetiikkaan)... se on kuullu meiltä jotka sen on nyt käyny ett se on tosi hyvä niin se haluaa että se jatkuu...”*

Haastatellut kertoivat osastonhoitajan mahdollistavan kinestetiikan implementoinnin antamalla sille aikaa, päästämällä kinestetiikkakoulutuksiin ja mahdollistamalla kinestetiikkaan liittyvät hankinnat. Osastonhoitajan konkreettiseksi tehtäväksi kinestetiikan implementoinnissa oli erään haastatellun mukaan sovittu kinestetiikan perehdytysohjelman jakaminen uusille työntekijöille.

*H5: ”Toki mä pääsin siihen ...koulutukseen, olihan se jo sitte niinku sillälailla että tuettiin, tuettiin että pääsi siihen.”*

*H4: ”...meil on kyllä että jos me halutaan jotain tarvikkeita niin kyllä niitä sitten hankitaan.”*

Kinestetiikan priorisointia käsiteltiin haastateltavien vastauksissa. Vastaukset eivät kuitenkaan enimmäkseen suoranaisesti kuvanneet jo tapahtuneen kinestetiikan implementoinnin toimivuutta priorisoinnin avulla, vaan enemmänkin haastateltavien ehdotuksia siitä, miten kinestetiikkaa pitäisi priorisoida, jotta sen implementointi onnistuisi. Kinestetiikan priorisointia tarkasteltiin organisaation tasolla sairaalan yhtenäisinä kinestetiikkakäytäntöinä ja sairaalan johdon panostuksena kinestetiikkaan. Toisaalta kinestetiikan priorisointi nähtiin yksittäisen työntekijän työssä jokaisena päivänä työn ohessa kinestetiikalle annettavana aikana ja tilana. Haastatellut kertoivat, ettei kinestetiikkaa aina kiireen ja muun työn paineiden takia riittävästi priorisoida. Kinestetiikkaa implementoitaessa haastatellut kokivat toimivaksi keinoksi kiinnostuneisiin keskittymisen.

*H3: ”...sairaalan johdonkin pitäis oikeen kunnolla tähän alkaa panostamaan...”*

*H5: ”näitä u-päiviä (kehittämispäiviä)... (kinestetiikka)tuutorin... pitäis saada vielä enemmän... myös muualle (muille sairaalan osastoille) sieltä osastolta. Ett se olis niinku muittenkin käytettävissä... osaamista hyödyntämään.”*

*H4: ”...koska sille (kinestetiikalle) on annettava aikaa ja tilaa.”*

*H3: ”...kertoa (kinestetiikasta) kaikille, jotka jaksaa kuunnella...”*

### ***Implementoijan rohkeus***

Haastatellut kertoivat, että kinestetiikan implementoijan rohkeus vaikuttaa implementoinnin toimivuuteen. Vastustuksesta huolimatta kinestetiikan implementoijalla oli oltava riittävästi rohkeutta huomauttaa epäkohdista kollegojen työskentelyssä. Kollegoilta oli saatu tukea kinestetiikan implementointiin.

*H3: "...ku sieltä kurssilta jäi ne muutamat jutut, jotka otti ittelleen niinku, että niitä käyttää. Sit ne toiset niinku niitä ei ollu käyttäny niin on jotenki epävarma ja sitte ei ainakaan halua lähteä kokeilemaan sellasten ihmisten kanssa, ne aattelee, että mä tosta ny tuu yhtään mitään... sitä päivitystä kaipais omiin... taitoihin. Olis niinku rohkeempi."*

*H3: "Ja pitäis ehkä olla rohkeempi... mulla ei ehkä oo rohkeutta sanoa sitte jos on sellanen riuhtoja... valitettavasti meen vähä siihen mukaan, että mä en uskalla kyllä sitten sanoa että tän vois tehdä toisinkin."*

*H5: "Mulla on semmosia (kollegoja) joilta tukea saa siellä."*

### ***Havainnot kinestetiikan onnistumisesta***

Haastatellut kertoivat, että yksittäisten kinestetiikan osa-alueiden implementointi toimii, kun ihmiset saavat havaintoja kinestetiikan toimintatavan onnistumisesta. Onnistumiset kinestetiikan käytössä potilaan hoitotyössä vähensivät kinestetiikkaa kohtaan osoitettua vastarintaa.

*H1: "Se onnistuu se juurrutus silloin kun se onnistuu se tapahtuma (kinestetiikan toimintamallin mukainen toiminta) ..."*

## **5.2 Kyselyn tulokset**

### **5.2.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot**

Kyselytutkimukseen kutsuttiin kaikki 237 vuodeosastohoidon palvelualueen ja hoidonpalveluyksikön vuodeosastoilla työskentelevää hoitotyöntekijää. Kyselylomakkeita palautettiin 50. Palautetuista kyselylomakkeista yksi jouduttiin jättämään analysoinnin ulkopuolelle, koska lomake oli puutteellisesti täytetty. Vastausprosentiksi muodostui 20,7.

Vastauksia kyselyyn saatiin kaikilta Vaasan keskussairaalan vuodeosastohoidon palvelualueen osastoilta. Vastausten määrä osastoittain on esitetty taulukossa 4. Eri osastojen yhteenlaskettu edustus vastaajissa oli suurempi kuin saatujen palau-



tettujen kyselylomakkeiden määrä, sillä osa vastaajista työskenteli useammalla osastolla.

**Taulukko 4.** Kyselyyn saatujen vastausten määrä osastoittain (n = 49).

Osasto	A3	E4	E5	Onkologia	T2	T3	Y1A	Y1B
Vastausten määrä	9	7	4	9	9	10	10	6

Vastaajista 57,1 % (f = 28) ilmoitti työtehtäväkseen sairaanhoitaja. Työtehtävänsä lähi- tai perushoitajaksi ilmoitti 30,6 % (f = 15) ja loput 12,2 % (f = 6) toimivat apulaisosastonhoitajan tai osastonhoitajan tehtävissä.

Vastaajista 16,3 % oli alle 31-vuotiaita. 31-40-vuotiaita oli vastaajista 20,4 %, 41-50-vuotiaita oli 24,5 %. 51-64-vuotiaita oli 36,7 % ja yli 64-vuotiaita oli 2 %. Yli 50-vuotiaiden osuus korostui hieman, heitä oli vastaajista 38,7 %. (Taulukko 5.)

**Taulukko 5.** Vastaajien määrä ikäryhmittäin (n = 49).

Ikäryhmä	%	f
alle 31-vuotiaat	16,3	8
31-40-vuotiaat	20,4	10
41-50-vuotiaat	24,5	12
51-64-vuotiaat	36,7	18
yli 64-vuotiaat	2	1
yhteensä	100	49

Vastaajista 63,3 % ilmoitti käyneensä kinestetiikan peruskurssin. Syventävää kinestetiikan koulutusta oli saanut 30,6 % vastanneista. Kinestetiikkaa käsittelevälle osastotunnille oli osallistunut 30,6 %, kinestetiikan informaatiotilaisuuteen 12,2 %, kinestetiikan non-stop-tilaisuuteen 12,2 %, kinestetiikan kertaustilaisuuteen 14,3 % ja kinestetiikkatutorin pitämään käytännön ohjaukseen 16,3 %. Kinestetiikan vertaisopetusta kollegalta kertoi saaneensa 32,7 % vastaajista. Vastaajista 10 % ilmoitti, ettei ollut saanut lainkaan kinestetiikan opetusta. Saatu kinestetiikkakoulutus on esitetty taulukossa 6.

**Taulukko 6.** Vastaajien saama kinestetiikkakoulutus (n = 49).

Saatu kinestetiikka opetus	%	f
Kinestetiikan peruskurssi	63,3	31
Syventävä kinestetiikan koulutus	30,6	15
Kinestetiikkaa käsittelevä osastotunti	30,6	15
Kinestetiikkaa käsittelevä informaatiotilaisuus	12,2	6

Kinestetiikkaa käsittelevä non-stop-tilaisuus	12,2	6
Kinestetiikan kertaustilaisuus	14,3	7
Kinestetiikkatutorin pitämä käytännön ohjaus	16,3	8
Vertaisopetusta kinestetiikasta kollegalta	32,7	16
Ei mitään kinestetiikka opetusta	10,2	5

Vastaajien saaman kinestetiikkakoulutuksen taso oli korkea. Yli kolmasosa oli suorittanut korkeimpana koulutuksenaan kinestetiikan peruskoulutuksen ja yli kolmasosa oli saanut syventävää kinestetiikkakoulutusta. Vastaajien korkein saatu kinestetiikkakoulutus on esitetty taulukossa 7. Vastaajien ikä korreloi positiivisesti korkeimman saadun kinestetiikkakoulutuksen kanssa ( $r = .382^*$ ;  $p = .007^{**}$ ). Vanhemmat vastaajat olivat todennäköisemmin saaneet syventävää kinestetiikkakoulutusta, ero oli tilastollisesti merkitsevä.

**Taulukko 7.** Korkein saatu kinestetiikkakoulutus (n = 49)

Korkein saatu kinestetiikkakoulutus	%	f
Kinestetiikan syventävä koulutus (Syventävä kinestetiikan koulutus, Kinestetiikan kertaustilaisuus)	34,7	17
Kinestetiikan peruskoulutus (Kinestetiikan peruskurssi)	36,7	18
Kinestetiikan alkeiskoulutus (Kinestetiikkaa käsittelevä osatunti, Kinestetiikkaa käsittelevä informaatiotilaisuus, Kinestetiikkaa käsittelevä non-stop-tilaisuus, Kinestetiikkatutorin pitämä käytännön ohjaus, Vertaisopetusta kinestetiikasta kollegalta)	20,4	10
Ei kinestetiikkakoulutusta (Ei mitään kinestetiikka opetusta)	8,2	4
Yhteensä	100	49

### 5.2.2 Oma kinestetiikan tuntemus ja kinestetiikan käyttö

Kyselyyn vastanneiden tietämystä testattiin kysymällä, mikä annetuista vaihtoehdoista on kinestetiikan keskeinen käsite. 71,4 % (f = 35) vastaajista tunnisti oikein ”voimavaralähtöisyyden” kinestetiikan keskeiseksi käsitteeksi. Virheellisen vaihtoehdon ”ergonomiakoulutus” valitsi 10,2 % (f = 5) ja virheellisen vaihtoehdon ”potilassiirrot” 18,4 % (f = 9).

Omia tietojaan kinestetiikasta piti hyvinä 24,5 % (f = 12), keskinkertaisina 59,2 % (f = 29) ja huonoina 16,8 % (f = 8) vastaajista. Vastaajien ikä korreloi positiivises-

ti vastaajan arvioimien omien kinestetiikkatietojen kanssa ( $r = .348^*$ ;  $p = .014^*$ ). Vanhemmat vastaajat arvioivat kinestetiikkatietonsa paremmiksi ja ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä.

Kinestetiikan toimintamallin mukaisia liikkumisen avustusmenetelmiä oli itsenäisesti harjoitellut ainakin jonkin verran 71,4 % vastanneista. Paljon itsenäistä harjoittelua kertoi tehneensä 12,2 % vastaajista. Melko paljon itsenäisesti harjoitelleita oli 18,4 % ja jonkin verran itsenäisesti harjoitelleita oli 40,8 %. 16,8 % vastanneista kertoi harjoitelleensa itsenäisesti melko vähän ja 12,2 % vastaajista kertoi, ettei ole harjoitellut itsenäisesti ollenkaan. (Taulukko 8). Kinestetiikan avustamismenetelmien itsenäisen harjoittelun ja vastaajien ikäryhmien välillä oli positiivinen korrelaatio ( $r = .352^*$ ;  $p = .013^*$ ). Yhteys oli tilastollisesti melkein merkitsevä. Vanhemmat vastaajat olivat harjoitelleet kinestetiikan avustusmenetelmiä itsenäisesti enemmän.

**Taulukko 8.** Kinestetiikan liikkumisen avustamismenetelmien itsenäinen harjoittelu ( $n = 49$ )

Itsenäisen harjoittelun määrä	%	f
Paljon	12,2	6
Melko paljon	18,4	9
Jonkin verran	40,8	20
Melko vähän	16,3	8
Ei ollenkaan	12,2	6
yhteensä	100	49

Vastaajista 53,1 % ( $f = 26$ ) koki saaneensa sopivasti ohjausta kinestetiikkaan ja 46,9 % ( $f = 23$ ) koki saaneensa liian vähän kinestetiikkaohjausta. Kukaan ei kokenut saamaansa ohjauksen määrää liian suureksi.

Tarkasteltaessa ristiintaulukoimalla saadun kinestetiikkakoulutuksen ja tutkittavien näkemysten opetuksen riittävydestä tilastollista yhteyttä toisiinsa, havaittiin, että kinestetiikan syventävä koulutus oli tilastollisesti melkein merkitsevästi yhteydessä tutkittavien näkemykseen kinestetiikkaopetuksen riittävydestä. Syventävää kinestetiikkakoulutusta saaneet kokivat useimmin saaneensa sopivasti opetusta. (Taulukko 9.)

**Taulukko 9.** Saadun kinestetiikkakoulutuksen yhteys tutkittavien näkemykseen opetuksen riittävydestä (n = 49)

Vastaajan saama kinestetiikka koulutus / Näkemys kinestetiikkaopetuksen riittävydestä	Liian vähän	Sopivasti	Liian paljon	p-arvo
Kinestetiikan peruskurssi	38,7% f = 12	61,3% f = 19	0% f = 0	0.130
Syventävä kinestetiikkakoulutus	20% f = 3	80% f = 12	0% f = 0	<b>0.012*</b>
Kinestetiikkaa käsittelevä osastotunti	46,7% f = 6	53,3% f = 8	0% f = 0	0.980
Kinestetiikkaa käsittelevä infotilaisuus	50% f = 3	50% f = 3	0% f = 0	0.873
Kinestetiikan non-stop-tilaisuus	33,3% f = 2	66,7% f = 4	0% f = 0	0.476
Kinestetiikan kertaustilaisuus	28,6% f = 2	71,4% f = 5	0% f = 0	0.293
Kinestetiikkatutorilta saatu ohjaus	25% f = 2	75% f = 6	0% f = 0	0.174
Kinestetiikan vertaisopetus	56,3% f = 9	43,8% f = 7	0% f = 0	0.363
Ei kinestetiikkaopetusta	100% f = 5	0% f = 0	0% f = 0	<b>0.012*</b>

Kaikki vastaajat olivat saaneet kinestetiikkaohjausta joko kinestetiikkakouluttajan, kinestetiikkatutorin tai kollegan ohjaamana (taulukko 10). Osa vastaajista oli saanut ohjausta sekä kinestetiikkakouluttajalta tai kinestetiikkatutorilta että kollegalta.

**Taulukko 10.** Vastaajien saama kinestetiikkaohjaus (n = 49).

Vastaajan saama kinestetiikkaohjaus	%	f
Useita kertoja kinestetiikkakouluttajan tai kinestetiikkatutorin ohjaamana	51,0	25
Useita kertoja kollegan ohjaamana	28,6	14
Kerran tai kahdesti kinestetiikkakouluttajan tai kinestetiikkatutorin ohjaamana	22,4	11
Kerran tai kahdesti kollegan ohjaamana	18,4	9
Ei koskaan	0	0

Tarkasteltaessa ristiintaulukoinnilla saadun kinestetiikkaohjauksen ja tutkittavien näkemyksen opetuksen riittävydestä tilastollista yhteyttä toisiinsa, havaittiin, että useita kertoja kinestetiikan kouluttajalta tai kinestetiikkatutorilta saatu kinestetiikkaohjaus oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä tutkittavien näkemykseen kinestetiikkaopetuksen riittävydestä. Tutkittavat, jotka olivat saaneet kinestetiikkaohjausta useita kertoja kinestetiikan kouluttajalta tai kinestetiikkatutorilta pitivät saamansa kinestetiikkaopetuksen määrää useimmiten sopivana. Kerran tai

kahdesti kollegalta saatu kinestetiikkaohjaus oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä tutkittavien näkemykseen kinestetiikkaopetuksen riittävydestä. Kaikki tutkittavat, jotka olivat saaneet kinestetiikkaohjausta kerran tai kahdesti kollegalta pitivät saamaansa kinestetiikkaopetuksen määrää liian vähäisenä. (Taulukko 11.)

**Taulukko 11.** Saadun kinestetiikkaohjauksen yhteys tutkittavien näkemykseen opetuksen riittävydestä. (n = 49)

Saatu kinestetiikkaohjaus / Näkemys kinestetiikkaopetuksen riittävydestä	Liian vähän	Sopivasti	p-arvo
Useita kertoja kinestetiikan kouluttajan tai kinestetiikkatutorin ohjaaman	20% f = 5	80% f = 20	<b>0.000***</b>
Useita kertoja kollegan ohjaamana	28,6% f = 4	71,4% f = 10	0.103
Kerran tai kahdesti kinestetiikan kouluttajan tai kinestetiikkatutorin ohjaamana	72,7% f = 8	27,3% f = 3	0.052
Kerran tai kahdesti kollegan ohjaamana	100% f = 9	0% f = 0	<b>0.000***</b>

Yli puolet (53,1 %, f = 26) vastaajista kertoi käyttävänsä kinestetiikkaa hoitotoimissa päivittäin. Satunnaisesti kinestetiikkaa hoitotoimissa käytti 40,8 % (f = 20) vastaajista, kun taas 4,1 % (f = 2) ei käyttänyt kinestetiikkaa hoitotoimissa ollenkaan. Kysymykseen jätti vastaamatta yksi vastaaja (2 %).

Kaikkien tai lähes kaikkien potilaiden auttamisessa kinestetiikkaa käytti 49 % vastaajista ja osan auttamisessa 44,9 %. 6,1 % ilmoitti, ettei käytä kinestetiikkaa ollenkaan. (Taulukko 12.)

**Taulukko 12.** Kinestetiikan käyttö eri potilasryhmille (n = 49).

Kinestetiikan käytön määrä	%	f
Kaikille tai lähes kaikille potilaille	49,0	24
Osalle potilaista	44,9	22
Ei ollenkaan	6,1	3
yhteensä	100	49

Saadun kinestetiikkakoulutuksen yhteyttä vastaajien potilaiden avustamisessa käyttämän kinestetiikan määrään tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla (taulukko 13). Kinestetiikan peruskurssin suorittaminen oli tilastollisesti merkitsevästi ja kineste-

tiikan syventävän opetuksen saaminen oli tilastollisesti melkein merkitsevästi yhteydessä tutkittavien kinestetiikan käyttöön hoitotoimissa. Kinestetiikan peruskurssin suorittaneet ja kinestetiikan syventävää koulutusta saaneet käyttivät kinestetiikkaa useammin päivittäin hoitotoimissa.

**Taulukko 13.** Saadun kinestetiikkaopetuksen yhteys hoitotoimissa käytetyn kinestetiikan määrään. (n = 48)

Saatu kinestetiikkakoulutus / Hoitotoimissa käytetyn kinestetiikan määrä	Kinestetiikan käyttö hoitotoimissa päivittäin	Kinestetiikan käyttö hoitotoimissa satunnaisesti	Ei käytä kinestetiikkaa hoitotoimissa	p-arvo
Kinestetiikan peruskurssi	71 % f = 22	29 % f = 9	0 % f = 0	<b>0,003**</b>
Kinestetiikan syventäväkoulutus	80 % f = 12	20 % f = 3	0 % f = 0	<b>0,048*</b>
Kinestetiikkaa käsittelevä osastotunti	57,1 % f = 8	42,9 % f = 6	0 % f = 0	0,650
Kinestetiikkaa käsittelevä infotilaisuus	83,3 % f = 5	16,7 % f = 1	0 % f = 0	0,303
Kinestetiikan non-stop tilaisuus	50 % f = 3	50 % f = 3	0 % f = 0	0,810
Kinestetiikan kertaustilaisuus	83,3 % f = 5	16,7 % f = 1	0 % f = 0	0,303
Kinestetiikkatutorin antama ohjaus	71,4 % f = 5	28,6 % f = 2	0 % f = 0	0,568
Kinestetiikan vertaisopetus	46,7 % f = 7	40 % f = 6	13,3 % f = 2	0,098
Ei kinestetiikan opetusta	20 % f = 1	80 % f = 4	0 % f = 0	0,182

Suurin osa (81,6 %, f = 40) vastaajista kertoi arvioivansa potilaan omaa toimintakykyä tavanomaisen työpäivän aikana aina tai lähes aina jokaisen potilaan luona. 16,3 % (f = 8) arvioi potilaan omaa toimintakykyä satunnaisesti ainakin jonkun potilaan luona. Vastanneista 2 % (f = 1) kertoi lukevansa potilaan toimintakyvystä ainoastaan potilaskertomuksesta. Taulukossa 14 esitetään vastaajien ilmoittama potilaan omien voimavarojen huomioiminen eri hoitotyön toimintojen yhteydessä.

**Taulukko 14.** Potilaan omien voimavarojen huomioiminen eri avustamistoiminnoissa. (n = 49)

Avustamistoiminto / Potilaan omien voimavarojen huomioiminen	Huomioi potilaan omat voimavarat aina	Huomioi potilaan omat voimavarat lähes aina	Huomioi potilaan omat voimavarat satunnaisesti
Potilaan omien voimavarojen huomioiminen avustettaessa potilasta vuo-	67,3 % f = 33	26,5 % f = 13	6,1 % f = 3

teessa siirtymisessä			
Potilaan omien voimavarojen huomiointi avustettaessa potilasta makuulta nousemisessa	73,5 % f = 36	22,4 % f = 11	4,1 % f = 2
Potilaan omien voimavarojen huomiointi avustettaessa potilasta siirtymisessä pyörätuoliin	71,4 % f = 35	26,5 % f = 13	2 % f = 1
Potilaan omien voimavarojen huomiointi WC-käynnissä avustettaessa	69,4 % f = 34	28,6 % f = 14	2 % f = 1
Potilaan omien voimavarojen huomiointi lattialle kaatuneen potilaan ylös auttamisessa	55,1 % f = 27	40,8 % f = 20	4,1 % f = 2

### 5.2.3 Kinestetiikan levinneisyys työyhteisössä

Vastaajat arvioivat kinestetiikan olevan käytössä oman työyksikkönsä hoitotyössä joko satunnaisesti 49 % (f = 24) tai päivittäin 51 % (f = 25). Vastaajista enemmistö (73,5 %, f = 36) arvioi omassa työyksikössä kinestetiikkaa käyttävän noin joka toisen. 10,2 % (f = 5) vastaajista arvioi, että omassa työyksikössä kaikki tai lähes kaikki käyttävät kinestetiikkaa ja 16,3 % (f = 8) arvioi, että omassa työyksikössä ei kukaan tai vain harva käytti kinestetiikkaa.

Vastaajista 44,9 % (f = 22) arvioi, että kinestetiikkaa käytetään omassa työyksikössä kaikkien tai lähes kaikkien potilasryhmien auttamisessa, kun taas 55,1 % (f = 27) arvioi, että kinestetiikkaa käytetään osan auttamisessa.

Oman työyhteisön tiedot kinestetiikasta arvioitiin pääasiallisesti (73,5 %, f = 36) keskinkertaisiksi. Oman työyhteisön tiedot kinestetiikasta arvioi hyviksi 12,2 % (f = 6) ja huonoiksi 12,2 % (f = 6). Yksi vastaaja (2 %) ei vastannut kysymykseen.

### 5.2.4 Kinestetiikan vaikutus toimintakykyyn

Vastaajat arvioivat potilaan liikkumista tukevien toimintojen fyysistä kuormittavuutta yleensä. Jakaumat on esitetty taulukossa 15. Eri potilaan avustamistoimintojen kuormittavuus ei korreloinut vastaajien ikäryhmien kanssa.

**Taulukko 15.** Hoitotyön liikkumista tukevien avustamistoimintojen fyysinen kuormittavuus yleensä (n = 48-49)

Avustamistoiminto / Avustamistoiminnon fyysinen kuormittavuus	Ei ollenkaan raskasta	Jonkin verran raskasta	Erittäin raskasta	Puuttuva tieto
---	-----------------------	------------------------	-------------------	----------------

Potilaan avustaminen vuoteesta siirtymisessä	20,4 % f = 10	69,4 % f = 34	8,2 % f = 4	2 % f = 1
Potilaan avustaminen makuulta nousemisessa	26,5 % f = 13	67,3 % f = 33	4,1 % f = 2	2 % f = 1
Potilaan avustaminen istumasta seisomaan nousemisessa	38,8 % f = 19	59,2 % f = 29	0 % f = 0	2 % f = 1
Potilaan avustaminen siirtymisessä pyörätuoliin	20,4 % f = 10	71,4 % f = 35	8,2 % f = 4	0 % f = 0
Potilaan avustaminen WC-käynnissä	22,4 % f = 11	71,4 % f = 35	6,1 % f = 3	0 % f = 0
Lattialle kaatuneen potilaan avustaminen ylös	14,3 % f = 7	44,9 % f = 22	40,8 % f = 20	0 % f = 0

Tarkasteltaessa saadun kinestetiikkakoulutuksen yhteyttä vastaajien näkemyksiin eri avustamistoimintojen kuormittavuudesta havaittiin, että saadun kinestetiikkakoulutuksen taso oli tilastollisesti melkein merkitsevästi negatiivisessa yhteydessä istumasta seisomaan nousemisessa avustamisen kuormittavuuteen ( $r = -.292^*$ ;  $p = .044^*$ ) sekä lattialle kaatuneen potilaan ylös avustamiseen ( $r = -.359^*$ ;  $p = .011^*$ ). Korkeamman kinestetiikkakoulutuksen saaneet arvioivat kyseiset avustamistoiminnot vähemmän kuormittaviksi.

Vastaajat arvioivat kinestetiikan vaikutusta omaan fyysisen kuormittavuuden kokemukseen potilaan liikkumista tukevissa toiminnoissa. Jakaumat on esitetty taulukossa 16. Vastaajien ikäryhmä korreloi positiivisesti kinestetiikan vaikutukseen avustustoiminnon fyysiseen kuormittavuuteen makuulta nousemisessa avustettaessa ( $r = .384^*$ ;  $p = .007^{**}$ ). Yhteys oli tilastollisesti merkitsevä. Vanhemmat vastaajat kokivat todennäköisemmin potilaan avustamisen vuoteesta nousemisessa kinestetiikan avulla kevyemmäksi. Saadun kinestetiikkakoulutuksen taso korreloi positiivisesti kinestetiikan vaikutuksen avustustoiminnon fyysiseen kuormittavuuteen makuulta nousemisessa avustettaessa ( $r = .369^*$ ;  $p = .010^*$ ) ja istumasta seisomaan nousemisessa avustettaessa ( $r = .368^*$ ;  $p = .010^*$ ). Yhteydet olivat tilastollisesti melkein merkitseviä. Korkeamman kinestetiikkakoulutuksen saaneet arvioivat todennäköisemmin kinestetiikan keventävän kyseisten avustamistoimintojen fyysistä kuormittavuutta.



**Taulukko 16.** Kinestetiikan vaikutus potilaan liikkumista tukevien toimintojen fyysiseen kuormittavuuteen (n = 46-48)

Avustamistoiminto / Kinestetiikan vaikutus fyysiseen kuormittavuuteen	Paljon kevyempää	Jonkin verran kevyempää	Kinestetiikka ei vaikuta fyysiseen kuormittavuuteen	Jonkin verran raskaampaa	En osaa sanoa	Puuttuva tieto
Potilaan avustaminen vuoteessa siirtymisessä	53,1 % f = 26	36,7 % f = 18	2 % f = 1	2 % f = 1	4,1 % f = 2	2 % f = 1
Potilaan avustaminen makuulta nousemisessa	46,9 % f = 23	44,9 % f = 22	0 % f = 0	0 % f = 0	6,1 % f = 3	2 % f = 1
Potilaan avustaminen istumasta seisomaan nousemisessa	51 % f = 25	38,8 % f = 19	0 % f = 0	0 % f = 0	8,2 % f = 4	2 % f = 1
Potilaan avustaminen siirtymisessä pyörätuoliin	40,8 % f = 20	44,9 % f = 22	2 % f = 1	0 % f = 0	10,2 % f = 5	2 % f = 1
Potilaan avustaminen WC-käynnissä	36,7 % f = 18	49 % f = 24	4,1 % f = 2	0 % f = 0	8,2 % f = 4	2 % f = 1
Lattialle kaatuneen potilaan avustaminen ylös	40,8 % f = 20	42,9 % f = 21	0 % f = 0	0 % F=0	10,2 % f = 5	6,1 % f = 3

Vastaajat arvioivat kinestetiikan vaikutusta omaan henkiseen jaksamiseensa potilaan hoitotyössä. Jakaumat on esitetty taulukossa 17. Vastaajien ikä korreloi positiivisesti kinestetiikan vaikutuksen henkiseen jaksamiseen kanssa ( $r = .378^*$ ;  $p = .007^{**}$ ). Yhteys oli tilastollisesti merkitsevä. Vanhemmat vastaajat arvioivat todennäköisemmin kinestetiikan lisäävän jaksamistaan.

**Taulukko 17.** Kinestetiikan vaikutus vastaajien henkiseen jaksamiseen (n =49).

Kinestetiikan vaikutus henkiseen jaksamiseen	%	f
Jaksan paljon paremmin	38,8	19
Jaksan jonkin verran paremmin	34,7	17
Kinestetiikka ei vaikuta henkiseen jaksamiseen	26,5	13
Yhteensä	100	49

Tarkasteltaessa sitä, miten vastaajien arviot omista kinestetiikan tiedoista olivat yhteydessä heidän arvioihinsa kinestetiikan vaikutuksesta henkiseen jaksamiseen, havaittiin, että kinestetiikka lisäsi henkistä jaksamista niillä vastaajilla, jotka arvioivat omat kinestetiikkatietonsa paremmiksi. Kinestetiikkatietonsa hyväksi arvioineista vastaajista yhdeksän kymmenestä arvioi kinestetiikan lisäävän paljon omaa henkistä jaksamistaan. (Taulukko 18). Myös korkein saatu kinestetiikkakoulutus korreloi positiivisesti kinestetiikan vaikutuksen henkiseen jaksamiseen kanssa ( $r = .508^{**}$ ;  $p = .000^{***}$ ). Yhteys oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. Korke-

amman kinestetiikkakoulutuksen saaneet vastaajat arvioivat todennäköisemmin kinestetiikan lisäävän henkistä jaksamistaan.

**Taulukko 18.** Vastaajien kinestetiikkatietojen yhteys henkiseen jaksamiseen (n = 49)

Omat tiedot kinestetiikasta	Kinestetiikka ei vaikuta henkiseen jaksamiseen	Jaksan jonkin verran paremmin	Jaksan paljon paremmin	p-arvo
Hyvät	0 % f = 0	8,3 % f = 1	91,7 % f = 11	<b>0.000***</b>
Keskinkertaiset	20,7 % f = 6	51,7 % f = 15	27,6 % f = 8	
Huonot	87,5 % f = 7	12,5 % f = 1	0 % f = 0	

Monivalintakysymysten lisäksi kyselyssä esitettiin kolme avointa kysymystä, joihin saadut vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin keinoin.

### **Kinestetiikan vaikutus työskentelytapaan**

Kysymykseen ”Kuvaile miten kinestetiikka on vaikuttanut työskentelytapasi?” saatiin 36 vastausta. Analyysissä aineistosta muodostettiin seitsemän pääkategoriaa: työn suunnitelmallisuuden lisääntyminen, rauhallisempi työskentely, potilaan omien voimavarojen lisääntynyt käyttäminen, potilaan yksilöllisen kohtaamisen parantuminen, potilassiirtojen helpottuminen, yksin työskentelyn lisääntyminen ja aikaisempi työskentelytapa jo kinestetiikan mukaista (Taulukko 19).

**Taulukko 19.** Kinestetiikan vaikutus vastaajien työskentelytapaan

Pääkategoria	Alakategoriat	Esimerkkejä pelkistetyistä ilmauksista
<i>Työn suunnitelmallisuuden lisääntyminen</i>	-	Mietin enemmän helpompaa keinoa avustaa siirrossa Jag tänker mera hur patient kan använda egna krafter Auttanut ajattelemaan potilaan omia voimavaroja Aikaisemman liikkumisen vertaaminen nykyisiin voimavaroihin Ajattelee ennen kuin tekee Työskentely suunnitelmallisempaa
<i>Rauhallisempi työskentely</i>	-	Siirtoihin tullut rauhallisuutta Lungnare arbetssätt

<b>Potilaan omien voimavarojen lisääntynyt käyttäminen</b>	-	Antaa potilaan olla aktiivinen Antaa potilaalle ohjeita puolesta tekemisen sijaan
<b>Potilaan yksilöllisen kohtaamisen parantuminen</b>	Enemmän yhteistyötä potilaan kanssa  Syventynyt läsnäolo potilaskontaktissa	Enemmän aikaa potilaalle Enemmän kohtaamista potilaan kanssa, Enemmän yhteistyötä potilaan kanssa, Enemmän kommunikointia potilaan kanssa  Läsnäolo potilaan kohtaamisessa syventynyt Asettuminen potilaan asemaan lisääntynyt
<b>Potilassiirtojen helpottuminen</b>	-	Auttanut potilaan hoidossa ja potilassiirroissa Potilaita ei nosteta enää
<b>Yksin työskentelyn lisääntyminen</b>	-	Lisännyt yksin työskentelyä toisissa tilanteissa
<b>Aikaisempi työskentely jo kinestetiiikan mukaista</b>	-	Saanut tukea aikaisempaan työskentelytapaan ja ajatukseen Antanut nimen aiemmalle työskentelytavalle

Seuraavassa esitetään kunkin pääkategorian sisältö.

### ***Työn suunnitelmallisuuden lisääntyminen***

Vastaajat kertoivat työn suunnitelmallisuuden lisääntyneen kinestetiiikan avulla aikaisemmasta. Vastaajat pohtivat enemmän kuin ennen vaihtoehtojaan ja potilaan omien voimavarojen vaikutusta työtehtävään ennen työtehtävän suorittamista. Yksi vastaaja kertoi lisäksi tarkkailevansa potilaan fyysistä ympäristöä kinestetiiikan myötä aikaisempaa enemmän.

*”Mietin ennen potilaan kanssa toimimista, mitkä ovat potilaan omat voimavarat. En lähde automaattisesti auttamaan vaan pysähdyn ensin kuuntelemaan ja arvioimaan potilaan omaa toimintaa.”*

*”Fått mig att tänka efter före och inte bara hjälpa /lyfta genast.”*

*”Otan huomioon potilaan omat voimavarat ja siten työskentely on harkittua ja suunnitelmallisempaa kuin aiemmin.”*

### ***Rauhallisempi työskentely***

Kinestetiikka oli muuttanut potilassiirtoja ja koko työskentelytapaa rauhallisemmaksi. Toisaalta jotkut vastaajat kertoivat, että kinestetiikan toimintatavan käyttämiseen tarvitaan hoitajalta aikaa ja sen käyttö unohtuu herkästi kiireessä.

*”Työskentelen rauhallisemmin.”*

### ***Potilaan omien voimavarojen lisääntyneen käyttäminen***

Potilaan omia voimavaroja arvioitiin kinestetiikan toimintatavan avulla aikaisempaa enemmän ja potilaita kannustettiin omaan aktiivisuuteen.

*”En nosta omalla voimallani potilaita, vaan ohjaan potilasta käyttämään omia voimavaroja.”*

*”Jag tänker mera på hur patienten kan använda sina egna krafter.”*

*”Yritän aina, että potilas tekee itse niin paljon kuin mahdollista. Autan, kun on pakko.”*

### ***Potilaan yksilöllisen kohtaamisen parantuminen***

Vastaajat kertoivat kinestetiikan parantaneen potilaan yksilöllistä kohtaamista. Tämä tarkoitti lisääntyneitä yhteistyötä potilaan kanssa ja syventynyttä läsnäoloa potilaskontaktissa. Vastaajat kertoivat käyttävänsä enemmän aikaa potilaan kohtaamiseen, kommunikoivansa paremmin ja tekevänsä enemmän yhteistyötä potilaidensa kanssa. Potilaiden kohtaamisen kerrottiin myös olevan aikaisempaa syvällisempää.

*”...börjat mera tänka på hur det är ur patienten upplever detta, se det ur patientens synvinkel...”*

*”Potilasta passivoiva toiminta on muuttunut yhteistyöksi ja potilaan kohtaaminen, kommunikaatio ja läsnäolo syventynyt.”*

### ***Potilassiirtojen helpottuminen***

Vastaajat kokivat potilaiden liikkumisen avustamisen helpottuneen kinestetiikan toimintatavan avulla. Potilaita ei enää nostettu, vaan ohjattiin käyttämään omia voimavarojaan siirtymisissä. Vaikka työskentely kinestetiikan avulla saattoi aluksi olla hitaampaa, koettiin potilassiirtojen sujuvan helpommin niin avustajan kuin avustettavan potilaankin kannalta.

*”Auttaa paljon potilaan siirtymisessä yms. hoidossa...”*

*”Räknar inte ”1-2-3-lyft” mera. Flyttar sängpatienten lungt. Ändar benens ställning före svängning.”*

### ***Yksin työskentelyn lisääntyminen***

Yksin työskentely oli vastaajien mukaan lisääntynyt kinestetiikan mukaisen toimintatavan käyttöönoton mukana ainakin osassa tilanteista. Kinestetiikan menetelmien avulla selvittiin myös työtehtävissä, jotka aikaisemmin oli tehty kahden hoitajan voimin.

*”... (kinestetiikan) eri menetelmien avulla olen huomannut, että potilaiden kanssa pärjää myös yksin, ei tarvitse olla 2 hoitajaa per potilas...”*

*”Jag har klarat att ensam mobilisera patienten, inte krävt en annan skötare då patienten följer instruktionerna och hjälpt till själv...”*

### ***Aikaisempi työskentely jo kinestetiikan mukaista***

Osa vastaajista kertoi, että heidän työskentelytapansa oli jo ennen kinestetiikasta oppimista ollut hyvin samantapainen. He kertoivat saaneensa aikaisemmalle työskentelytavalleen ja sen taustalla oleville ajatuksilleen kinestetiikasta tukea sekä nimen, jolla työskentelytapansa kutsua.

*”... nyt mulla on vaan nimi siihen mitä olen koko ajan tehnyt.”*

*”...”Riuhtominen ja repiminen” ei ole kuulunut koskaan työskentelytapoihini ja kinestetiikka on tukenut tätä ajatusta...”*

## Kinestetiikan vaikutus toimintakykyyn

Kysymykseen ”Kuvaile millaisia vaikutuksia kinestetiikan menetelmien käyttämisellä on ollut toimintakykyysi?” saatiin 33 vastausta. Aineiston analyysissä siitä muodostettiin viisi pääkategoriaa: fyysisen jaksamisen parantuminen, työn mielekkyyden lisääntyminen, työergonomian parantuminen, vaikutukset tuki- ja liikuntaelimestöön ja toistaiseksi ei vaikutuksia toimintakykyyn (Taulukko 20).

**Taulukko 20.** Kinestetiikan vaikutus vastaajien toimintakykyyn

Pääkategoria	Alakategoriat	Esimerkkejä pelkistetyistä ilmaisuista
<i>Fyysinen jaksamisen parantuminen</i>	-	Jaksaa fyysisesti paremmin Kunnat bibehålla egen funktionsförmåga utan skador Fyysinen työkuormitus vähentynyt Potilassiirrot vähemmän raskaita
<i>Työn mielekkyyden lisääntyminen</i>	-	Lisännyt työn mielekkyyttä
<i>Työergonomian parantuminen</i>	-	Oma ergonomia parantunut Oman ergonomian parempi huomiointi
<i>Vaikutukset tuki- ja liikuntaelimestöön</i>	Kipujen väheneminen  Tuki- ja liikuntaelinten parempi toimintakunto  Ennaltaehkäisee tuki- ja liikuntaelinvaivoja	Vähentänyt selkäkipua Niska-hartiaseudun kivut vähentyneet  Lonkat paremmat Niska paremmassa kunnossa Selkä paremmassa kunnossa  Lonkkien säästyminen Selän säästäminen Säästää omaa kehoa rasitukselta
<i>Toistaiseksi ei vaikutuksia toimintakykyyn</i>	-	Ei vaikutuksia toimintakykyyn Tulevaisuudessa tulee varmaan säästämään omaa toimintakykyä

Seuraavassa esitetään kunkin pääkategorian sisältö.

### *Fyysinen jaksamisen parantuminen*

Kinestetiikka oli parantanut työssäjaksamista tekemällä työskentelystä helpompaa ja kevyempää. Työn fyysisen kuormittavuuden kerrottiin kinestetiikan avulla vähentyneen, joten työ ei ollut enää fyysisesti yhtä rasittavaa vastaajille. Kinestetiikan avulla oli pystytty säilyttämään omaa työkykyä ja toimintakykyä.

*”Förflyttningar avpatienter är inte lika tungt.”*

*”Jag har kunnat bibehålla min egen funktionsförmåga utan skador med kinestetikmetoden.”*

### ***Työn mielekkyyden lisääntyminen***

Kinestetiikan koettiin tekevän työstä mielekkäämpää, mikä osaltaan auttoi työssä jaksamista.

*”Keventää omaa työtäni, tekee työn huomattavasti mielekkäämmäksi...”*

*”Kinestetiikka on mahdollistanut toimimisen nykyisessä työssäni. Se on tuonut myös paljon mielekkyyttä hoitotyöhön ja sen haasteisiin.”*

### ***Työergonomian parantuminen***

Vastaajat kertoivat, että kinestetiikan mukainen toimintatapa oli saanut heidät kiinnittämään paremmin huomiota työergonomiaansa. Työergonomia oli kinestetiikan toimintatavan avulla parantunut aikaisemmasta.

*”Se on auttanut siihen, etten nostaisi selällä.”*

*”Oma ergonomia parantunut.”*

*”Kinestetiikan avulla ... työskentelyasennot on paremmat.”*

### ***Vaikutukset tuki- ja liikuntaelimistöön***

Kinestetiikasta oli ollut apua vastaajien tuki- ja liikuntaelinvaivojen vähentymiseen. Kinestetiikan toimintatavalla oli ollut positiivista vaikutusta niska- ja hartia-seudun, selän ja lonkkien kipujen vähenemiseen sekä niiden parempaan toimintaan ja kuntoon. Vastaajat arvioivat kinestetiikan myös ennaltaehkäisevän mahdollisia tulevia tuki- ja liikuntaelinvaivoja.

*”Vähentää selkäkipua vaikeissa siirroissa...”*

*”Niska /hartia seudun –sekä selkä kivut vähentyneet.”*

*”Spara på kroppen, mindre on i ryggen”.*

***Toistaiseksi ei vaikutusta toimintakykyyn***

Osa vastaajista ei kokenut kinestetiikan vaikuttavan toimintakykynsä mitenkään. Toisaalta hekin arvioivat, että kinestetiikalla saattaa olla positiivista vaikutusta toimintakykyyn tulevaisuudessa.

*”Ei vaikutuksia tällä hetkellä toimintakykyyni. Mutta tulevaisuutta ajatellen varmasti säästää toimintakykyäni.”*



## 6 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla kinestetiikan implementointia Vaasan keskussairaalan vuodeosastohoidon palvelualueelle. Tavoitteena oli tuottaa Vaasan keskussairaalalle tietoa toteutuneesta kinestetiikan implementointiprosessista ja sen lopputuloksesta. Kinestetiikka ei vielä ollut kaikkien hoitajien käytössä ja näin voidaan ajatella, että implementointiprosessi on vielä kesken.

Vaasan keskussairaalassa näyttöön perustuvan toiminnan implementoinnin apuna käytettävää YHKÄ-mallista sovellettua Näyttöön perustuvan toiminnan implementoinnin ja juurruttamisen suuntaviivat -mallia ei ollut sellaisenaan käytetty kinestetiikan implementoinnissa ennen tämän tutkimuksen tekoa, sillä kinestetiikan implementointi Vaasan keskussairaalaan oli aloitettu ennen sen käyttöönottoa. Tämän opinnäytetyön voidaan kuitenkin katsoa liittyvän mallin kohtaan 10. ”käytännön seuranta ja arviointi”. Tämä tutkimus antaa myös tietoa kohtiin ”nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistaminen” (mallin kohta 1.), ”tutkimustiedon etsiminen systemaattisesti tieteellisistä tietokannoista” (mallin kohta 5.) ja ”tiedon analysointi, synteesi sekä näyttöön perustuvaa toimintaa estävien ja edistävien tekijöiden tunnistaminen” (mallin kohta 6). Tutkimuksen tuloksista välittyi vahvasti osallistujien kokema tarve organisaation yhtenäiselle kinestetiikkakäytännölle. Tätä tutkimusta voidaankin käyttää jatkossa apuna implementoitaessa kinestetiikkaa vuodeosastojen palvelualueelle.

### 6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Potilashoidossa työskentelevillä hoitotyöntekijöillä on keskeinen rooli paitsi näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamisessa, myös yhtenäisten käytäntöjen kehittämistarpeiden tunnistamisessa ja kehittämisessä (Korhonen, Holopainen, Kejonen, Meretoja, Eriksson & Korhonen 2015, 44–49). Tämä tutkimus toi hyvin esille vuodeosastojen palvelualueella työskentelevien hoitotyöntekijöiden innostuksen kehittää päivittäistä hoitotyötään ja saada siihen koko organisaation kattavia yhtenäisiä käytäntöjä. Hoitajat tunnistivat hyvin kinestetiikan implementoimista estävät tekijät ja antoivat omia kehitysideoitaan niiden korjaamiseksi. Suurimpina

esteinä kinestetiikan implementoinnille nähtiin priorisoinnin ja resurssien puute sekä kinestetiikan kohtaama muutosvastarinta. Samankaltaisia tuloksia saatiin myös Stenmanin ym. (2016, 106-118) tutkimuksessa.

Kinestetiikkaa oli implementoitu vuodeosastoille keskustelun avulla, näyttämällä, suunnitelmallisen ohjelman avulla ja harjoittelemalla. Aikaisempaa tutkimustietoa kinestetiikan implementoinnin keinoista ei löydetty, joten nämä olivat uusia havaintoja.

Avoin vuorovaikutus ja työntekijöiden väliset viralliset (osastotunnit) ja epäviralliset (huomauttaminen) keskustelut ja pohdinnat sekä esimerkin näyttäminen edistivät Stenmanin ym. (2016, 106-118) geriatriisilla osastoilla tekemässä tutkimuksessa kinestetiikan käyttöönottoa. Tässä tutkimuksessa taas toimivimmiksi keinoiksi implementoida kinestetiikka vuodeosastojen palvelualueelle todettiin kinestetiikan opiskelu, implementoinnin hyvä johtaminen, implementoijan rohkeus sekä havainnot kinestetiikan onnistumisesta. Haastatellut kinestetiikan implementoijat olivat sitä mieltä, että kaikkien hoitotyöntekijöiden tulisi käydä kinestetiikan peruskurssi. Samanlaiseen tulokseen päädyttiin Fringerin ym. (2014, 757-766) tutkimuksessa, jossa todettiin, ettei pelkkä tiedon antaminen koulutuksessa tai yksittäisten toimintamallien näyttäminen ole riittävä keino implementoida kinestetiikkaa. Kinestetiikan teoreettinen perusta ja soveltamismahdollisuudet ovat liian laajat opittaviksi ilman laajempaa koulutusta. Myös Stenmanin ym. (2016, 106-118) ja Fringerin ym. (2015, 888-902) tutkimuksissa todettiin kaikkien saaman kinestetiikan peruskoulutuksen edistävän kinestetiikan implementointia.

Kinestetiikan koulutuksen suorittaneet haastatellut toivoivat myös kinestetiikan kertauskursseja jo kinestetiikan perusteisiin tutustuneelle hoitohenkilökunnalle. Kinestetiikan implementoinnissa on tärkeää varmistaa kinestetiikkakoulutus sekä kinestetiikan osaamisen kehittäminen. Tällä tavoin lisätään ja vaalitaan henkilökunnan osaamista osaamisen johtamisella. (Viitala 2013, 8-9, 170-173.)

Implementoinnin hyvä johtaminen tuli vastauksissa esille vahvasti varsinkin organisaation esimiehiltä saatavan tuen tärkeytenä. Aikaisemmin samanlaisia tuloksia ovat saaneet Stenman ym. (2016, 106-118), Hantikainen (2010, 22-25) ja Fringer

ym. (2014, 757-766). Tämän tutkimuksen sekä aikaisempien tutkimuksien perusteella voidaan todeta, että kaikkien organisaation eri tasoilla tulisi olla tutustunut kinestetiikkaan ja lähiesimiehen positiivinen suhtautuminen kinestetiikkaan on ensiarvoisen tärkeää onnistuneelle kinestetiikan implementoinnille. Tämä ilmentää arvostavaa johtamista (Harmoinen 2014; Harmoinen ym. 2014, 45), jonka periaatteina ovat muun muassa johdon ja henkilöstön välisen vuorovaikutuksen edistäminen, henkilöstön osaamisen tunnistaminen ja arvostaminen sekä johdon ja henkilöstön yhteinen näkemys toiminnan tavoitteista.

Tämän tutkimuksen tuloksissa esitetty kinestetiikan implementoijalta vaadittava rohkeus tuli esille myös Fringerin ym. (2015, 888-902) tutkimuksessa, jossa sitä pidettiin implementoinnin perusedellytyksenä.

Kyselyyn vastanneet olivat saaneet paljon kinestetiikkakoulutusta, sillä jopa 71,4 % oli suorittanut vähintään kinestetiikan peruskoulutuksen. Vain neljä ilmoitti, ettei ollut saanut mitään kinestetiikan koulutusta. Yli puolet arvioi omat kinestetiikkatietonsa keskinkertaisiksi. Saadun kinestetiikkakoulutuksen määrän riittävyydestä kysyttäessä vajaa puolet koki, että on saanut liian vähän kinestetiikkakoulutusta. Kinestetiikkaopetuksen määrän sopivaksi kokivat todennäköisimmin syventävää kinestetiikkakoulutusta saaneet sekä kinestetiikkaohjausta useita kertoja kinestetiikan kouluttajalta tai kinestetiikkatutorilta saaneet vastaajat. Kukaan vastaajista ei kokenut saamaansa ohjauksen määrää liian suureksi. Kinestetiikan käyttö oli päivittäistä joka toiselle vastaajalle. Lähes kaikki muut vastaajat käyttivät kinestetiikkaa satunnaisesti ja vain kaksi vastaajaa kertoi, ettei käytä kinestetiikkaa hoitotoimissa ollenkaan. Kinestetiikan käyttö hoitotoimissa oli todennäköisempää peruskurssin suorittaneilla ja syventävää koulutusta saaneilla. Tarvittavasta koulutuksen määrästä ei löytynyt aiempaa tutkimusta tai ohjeistusta, mutta tämän tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että myös kinestetiikkakoulutusta jo saaneet vuodeosastojen palvelualueella työskentelevät hoitajat tarvitsevat lisää kinestetiikan kertauskoulutusta.

Vanhemmat vastaajat erottuivat tutkimusaineistosta kinestetiikan koulutuksen ja kinestetiikan harjoittelun suhteen siten, että he olivat todennäköisemmin saaneet

syventävää kinestetiikkakoulutusta ja olivat harjoitelleet kinestetiikan avustusmenetelmiä itsenäisesti enemmän. He myös arvioivat kinestetiikkatietonsa paremmiksi. Aiheesta ei löytynyt aikaisempaa tutkimusta, mutta on luonnollista, että vanhemmilla työntekijöillä on ollut uransa aikana enemmän mahdollisuuksia kouluttautua ja kehittää itseään. Toisaalta, nykyään valmistuvat hoitajat saavat kinestetiikan koulutusta usein ammatillisissa opinnoissaan.

Tietoa kinestetiikan levinneisyydestä vuodeosastojen palvelualueella ja kinestetiikan koulutusta saamattoman hoitohenkilökunnan kinestetiikkaosaamisesta saatiin tässä tutkimuksessa rajoitetusti. Saadun tiedon puutteellisuuteen vaikutti se, että kyselyn vastausprosentti jäi matalaksi ja kyselyyn vastaajat olivat lähinnä kinestetiikkakoulutuksen saaneita. Kaikki vastaajat arvioivat kinestetiikan olevan käytössä omassa työyksikössään ainakin satunnaisesti. Enemmistö (73,5 %) vastaajista arvioi myös, että omassa työyksikössä noin joka toinen käyttää kinestetiikkaa. Kinestetiikan käytön arvioi yleiseksi 10,2 % vastaajista ja harvaksi 16,3 % vastaajista. Oman työyhteisön tiedot kinestetiikasta arvioitiin pääasiallisesti keskinkertaisiksi. Kinestetiikan käytön määrästä ei löytynyt aikaisempaa tutkimusta. Kuitenkin tiedetään, että sitä käytetään Suomessa (esim. Stenman ym. 2016; Hantikainen 2010).

Kinestetiikka vaikutti varsinkin vanhempien vastaajien toimintakykyyn lisäämällä jaksamista. Tutkimuksen kvantitatiivisessa osassa vanhemmat vastaajat ilmoittivat kinestetiikan keventävän potilaan avustamista vuoteesta nousemisessa. Korkeamman kinestetiikkakoulutuksen saaneet arvioivat kinestetiikan keventävän fyysistä kuormitusta vuoteessa siirtymisessä avustettaessa, makuulta nousemisessa avustettaessa ja istumasta seisomaan nousemisessa avustettaessa. Henkistä jaksamista kinestetiikka lisäsi niillä vastaajilla, jotka olivat saaneet korkeamman kinestetiikkakoulutuksen tai jotka arvioivat omat kinestetiikkatietonsa hyviksi. Tutkimuksen kvalitatiivisessa osassa tutkittavat kertoivat kinestetiikan vaikuttaneen heidän toimintakykyynsä parantamalla fyysistä jaksamista, lisäämällä työn mielekkyyttä, parantamalla työergonomiaa ja vähentämällä tuki- ja liikuntaelinvaivoja. Osa vastaajista kertoi, ettei kinestetiikka ollut ainakaan vielä vaikuttanut heidän toimintakykyynsä. Myös aikaisemmat vanhustenhoidossa tehdyt tutkimukset

(Hantikainen 2010, 22-25; Kujala, Wallden & Hantikainen 2015, 22-24; Fringer ym. 2014, 757-766; Stenman ym. 2016, 106-118) ovat todenneet kinestetiikan keventävän hoitotyön fyysistä kuormitusta ja lisäävän hoitotyön mielekkyyttä. Sekä tämän että aiempien tutkimusten tulosten valossa kinestetiikka voidaan suositella käytettäväksi osana terveydenhuollon henkilökunnan työssä jaksamisen parantamista. Näin se olisi osa työhyvinvoinnin johtamista (Manka ym.2007, 7).

Saadut tutkimustulokset kinestetiikan vaikutuksista vastaajien työskentelytapaan olivat hyvin samankaltaisia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Myös Stenmanin ym. (2016, 106-118) tutkimuksessa nousi esille, että kinestetiikka oli lisännyt hoitotyön suunnitelmallisuutta, rauhoittanut työskentelyä (työilmapiiriä), lisännyt potilaan omien voimavarojen käyttämistä ja kuntouttavaa työtettä, parantanut potilaan yksilöllistä kohtaamista ja vuorovaikutusta potilaskontaktissa sekä lisännyt yksin työskentelyä. Avustettavien omien voimavarojen havaitseminen lisääntyi myös Fringerin ym. (2015, 888-902) tutkimuksessa samalla, kun hoitajien herkyys avustettavien suhteen lisääntyi ja läsnäolo asukassuhteissa parantui. Sekä Stenmanin ym. (2016, 106-118) että Fringerin ym. (2015, 888-902) tutkimuksissa hoitajat kertoivat lisäksi käyttävänsä enemmän erilaisia menetelmiä potilaan avustamisessa ja että perinteinen ”nostaminen” jäi kinestetiikan käytön myötä pois. Myös tässä tutkimuksessa potilaan avustamisen erilaisissa siirtotilanteissa katsottiin helpottuneen kinestetiikan ansiosta, minkä voidaan arvella johtuvan siirtotekniikoiden yksilöllisemmästä käyttämisestä. Tässä tutkimuksessa lisäksi osa vastaajista kertoi, että heidän aikaisempi työskentelytapansa oli ollut kinestetiikan mukaista jo ennen kuin he olivat saaneet toimintamallille nimen.

Vaikka tutkimustuloksissa tuotiin esille hoitotyön suunnitelmallisuuden parantuminen, kuitenkin hoitotyön dokumentointia ei tuotu esille missään. Kinestetiikan toteutuksen dokumentointi olisi kuitenkin tärkeää, jotta kinestetiikka olisi osa hoitosuunnitelmaa. Tämä voisi olla yksi tutkimus- ja kehittämiskohde tulevaisuudessa.

## 6.2 Johtopäätökset

Kinestetiikka on näyttöön perustuvaa toimintaa ja tutkimukset ovat todistaneet sen positiivisia vaikutuksia niin potilaiden kuin hoitohenkilökunnankin hyvinvointiin. Kinestetiikan avulla voidaan Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 -strategian mukaisesti vahvistaa ihmisten osallisuutta sekä tukea heidän terveyttään ja toimintakykyään sekä sosiaali- ja terveysministeriön strategian mukaisesti parantaa terveydenhuollon työntekijöiden jaksamista ja kiinnittää huomiota varsinkin tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Kinestetiikan implementointi hoitotyön käytäntöön on moneneen muuhun näyttöön perustuvaan toimintaan verrattuna yksinkertaista, sillä olemassa oleva tutkimustieto on helposti saatavilla ja sitä voidaan soveltaa lähes sellaisenaan käytäntöön. Kinestetiikalla voidaan olettaa olevan lisäksi usein laaja tuki käytännön hoitotyöntekijöiden kesken, koska kinestetiikka on lähellä arjen työtä ja jokapäiväistä toimintaa.

Riittäväällä tiedollista ja taidollista oppiainesta sisältävällä kinestetiikkakoulutuksella on iso merkitys implementoitaessa kinestetiikkaa vuodeosastoille. Kinestetiikan implementoiminen vuodeosastojen palvelualueelle ei onnistu pelkällä osaamisen jakamisella vertaisopetuksen keinoin. Kaikkien vuodeosastoilla hoitotyötä tekevien tulisi päästä kinestetiikan peruskurssille ja kertauskoulutusta tulisi järjestää peruskurssin käyneille säännöllisesti. Erikoissairaanhoidolle tyypillisen potilaiden nopean vaihtuvuuden ja lääketieteellisen toiminnan monipuolisuuden ja haastavuuden takia on tärkeää, että kaikilla erikoissairaanhoidon hoitotyöntekijöillä on pohjana vankka kinestetiikkakoulutus, sillä kinestetiikan opettelu työn ohessa on haastavaa.

Kinestetiikan toteutuminen hoitotyössä vaatii priorisointia niin yksittäisiltä hoitotyöntekijöiltä kuin organisaation johdoltakin. Kinestetiikan käyttöön päivittäisessä toiminnassa tulisi resursoida aikaa, sillä työn kiireellisyyden takia kinestetiikkaa ei aina ehditä tai muisteta ottaa huomioon. Kiire ei saisi viedä resursseja kinestetiikan käytöltä. Tämän takia myös lähiesimiesten olisi suositeltavaa tutustua siihen esimerkiksi suorittamalla kinestetiikan peruskurssi. Kinestetiikan implementoiminen vaatii lähiesimiehen positiivista kannustusta ja tukea onnistuakseen. Myös

lähiesimiehen rooli kinestetiikkakoulutukseen pääsyn mahdollistajana on merkittävä. Myös sairaalan johdolta toivottiin tässä tutkimuksessa positiivista suhtautumista kinestetiikkaa kohtaan. Vuodeosastoille toivottiin yhtenäistä periaatetta kinestetiikan käytöstä. Kinestetiikasta toivottiin sairaalan yhtenäistä käytäntöä, jolle olisi sairaalan johdon hyväksyntä.

Kinestetiikan avulla on mahdollista parantaa vuodeosastojen hoitotyöntekijöiden fyysistä ja henkistä jaksamista. Kinestetiikan onnistunut implementointi osaksi koko vuodeosastojen palvelualueen toimintaa voidaankin nähdä myös osana sairaalan työterveystoimintaa ja työhyvinvoinnin johtamista.

Kinestetiikan toimintatapa yhdistyy hyvin arvostavaan johtamiseen. Johdon ja henkilöstön näkemys toiminnan asiakaslähtöisyydestä ja vuorovaikutuksellisuudesta kohtaa kinestetiikan mukaisessa toiminnassa. Arvostavan johtamisen ja kinestetiikan yhteys näkyy varsinkin työssä jaksamisen edistämässä. Hyvän työilmapiirin edistäminen, hyvän työterveyden ja -turvallisuuden edistämisen sekä vuorovaikutuksen edistäminen on niille molemmille yhteistä. Sairaalan johto pystyy vaikuttamaan hoitohenkilöstön kinestetiikkaosaamisen kehittämiseen tunnistamalla osaamisen, sallimalla henkilöstön tehdä itse työtään koskevia päätöksiä ja kohdentamalla voimavaroja siten, että työmäärä on sopiva sekä työhön kohdistetut odotukset on ilmaistu selkeästi.

### **6.3 Jatkotutkimusaiheita**

Tämän tutkimuksen perusteella jatkotutkimusaiheiksi esitetään seuraavia:

- kinestetiikan toteutuksen kirjaaminen työyksiköiden sisällä ja siirrettäessä potilasta hoito-organisaatiosta toiseen: kinestetiikan kirjaamisen kehittäminen ja sen toimivuuden tutkiminen
- yhtenäisen kinestetiikkamallin kehittäminen vuodeosastohoidon palvelualueelle ja sen toimivuuden tutkiminen
- esimiesten näkemykset kinestetiikan implementoinnista
- kinestetiikan vaikutus hoitokulttuuriin ja työyhteisön jäsenten välisiin suhteisiin.

## LÄHTEET

- Achterberg, T. van, Schoonhoven, L. & Grol, R. 2008. Nursing Implementation Science: How Evidence-Based Nursing Requires Evidence-Based Implementation. *Journal of nursing scholarship* 40, 302-310.
- Ahola, K. & Hakanen, J. 2010. Terveysammattilaisten työuupumus: erityisenä haasteena vuorovaikutus auttamistyössä. *Duodecim* 126, 2134–2146.
- Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto. 2016. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Viitattu 2.11.2016. <https://osha.europa.eu/fi/themes/musculoskeletal-disorders>
- 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.
- Fringer, A., Huth, M. & Hantikainen, V. 2015. Nurses' Learning Experiences With the Kinaesthetics Care Concept Training in Nursing Home: A Qualitative Descriptive Study. *Educational Gerontology* 41, 888-902.
- Gattinger, H., Leino-Kilpi, H., Köpfe, S., Marty-Teuber, S., Stenn, B. & Hantikainen V. 2016. Nurses' competence in kinaesthetics. A concept development. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. DOI 10.1007/s00391-016-1126-x
- Gattinger, H. 2017. Development and evaluation of two instruments to assess nursing staff's competence in mobility care based on Kinaesthetics. Väitöskirja. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos.
- Gerrish, K., McDonnell, A., Nolan, M., Guillaume, L., Kirshbaum, M. & Tod, A. 2011. The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *Journal of advanced nursing* 67, 2004-2014.
- Hagström, K. 2016. Kinestetiikkakouluttaja. Vaasan keskussairaala. Haastattelu 28.10.2016.
- Hantikainen, V. 2007. Kinestetiikka tukee kuntouttavaa työtä. *Sairaanhoitaja-Sjuksköterskan* 80, 27–30.
- Hantikainen, V. 2010. Kinestetiikka. *Pro terveys* 5, 22–25.
- Hantikainen, V. & Lappalainen, R. 2011. Kinestetiikka. Kinestetiikan työkirja. Suomen Kinestetiikkayhdistys ry.
- Harmoinen, M. 2014. Arvostava johtaminen terveydenhuollossa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö.



- Harmoinen, M., Niiranen, V., Helminen, M. & Suominen, T. 2015. Arvostava johtaminen sitoutumisen, urakehityksen ja joustavuuden edistäjänä terveystalossa. *Tutkiva hoitotyö* 13, 4-13.
- Harmoinen, M., Niiranen, V., Helminen, M. & Suominen, T. 2014. Arvostava johtaminen terveydenhuoltoalan henkilökunnan ja johtajien näkökulmasta. *Tutkiva hoitotyö* 12, 36-47.
- Harmoinen, M., Suominen, T. & Niiranen, V. 2010. Kirjallisuuskatsaus arvostavaan johtamiseen. *Hoitotiede* 22, 67-78.
- Hoitotyön Tutkimussäätiö. 2016. Näyttöön perustuva toiminta. Vaikuttavuutta terveydenhuoltoon. Viitattu 5.10.2016. <http://www.hotus.fi>
- Häggman-Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistävät tekijät - systemoitu katsaus hoitotyöntekijöiden käsityksiin. *Tutkiva Hoitotyö* 7, 4-12
- Imhof, L., Suter-Riederer, S. & Kesselring, J. 2015. Effects of Mobility-Enhancing Nursing Intervention in Patients with MS and Stroke: Randomised Controlled Trial. *Hindawi Publishing Corporation International Scholarly Research Notices*, 1-6. Viitattu 14.2.2018 <http://dx.doi.org/10.1155/2015/785497>
- Kananen, J. 2011. Kvantti - Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Karma, P., Roine, R., Simonen, O. & Isolahti, E. 2015. Näyttöön perustuvien suositusten toteutuminen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Noudatetaanko hoitosuosituksia erikoissairanhoidossa? *Duodecim* 131, 1467–1474.
- Knobe, M., Münker, R., Sellei, R., Holschen, M., Mooij, S., Schmidt-Rohlfing, B., Niethard, F-U. & Pape, H-C. 2009. Peer teaching: a randomised controlled trial using student-teachers to teach musculoskeletal ultrasound. *Medical Education* 44, 148–155.
- Korhonen, T., Holopainen, A., Kejonen, P., Meretoja, R., Eriksson, E. & Korhonen, A. 2015. Hoitotyöntekijän tärkeä rooli näyttöön perustuvassa toiminnassa. *Tutkiva Hoitotyö* 13, 44-49.
- Kujala, P., Wallden, A. & Hantikainen, V. 2015. Kinestetiikasta voimia asiakkaille ja henkilöstölle. *Pro terveys* 43, 22-24.
- L30.12.2010/1326. Terveystalolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 5.3.2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

- Lee, J.L., Kim, H.S. & Kim, H.Y. 2014. Relationships between core factors of knowledge management in hospital nursing organisations and outcomes of nursing performance. *Journal of Clinical Nursing* 23, 3513-3524.
- Li-Ying, J., Paunova, M. & Egerod, I. 2016. Knowledge sharing behaviour and intensive care nurse innovation: the moderating role of control of care quality. *Journal of nursing management* 24, 943-953.
- Manka, M-L., Kaikkonen, M-L. & Nuutinen, S. 2007. Hyvinvointia työyhteisöön. Eväitä kehittämistyön avuksi. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos, Tampereen yliopisto & Euroopan Sosiaalirahasto. Tampere. Viitattu 18.3.2018  
<http://www.uta.fi/jkk/synergos/tyohyvinvointi/tyhyopas.pdf>
- Mattila, L-R., Melender, H-L. & Häggman-Laitila, A. 2014. Tutkimusklubi näyttöön perustuvan hoitotyön edistämässä ja implementoinnissa – järjestelmällinen katsaus. *Tutkiva Hoitotyö* 12, 32.
- MOT kielikone. 2016. Kielikone. Viitattu 5.11.2016. <https://mot-kielikone-fi.ezproxy.puv.fi/mot/Vaasanamk/netmot.exe>
- MOT sanakirja. 2018. Viitattu 18.3.2018. <https://mot-kielikone-fi.ezproxy.puv.fi/mot/Vaasanamk/netmot.exe>
- Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H. Mäkelä, M. Roine, R. & Lappalainen, J. 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Vammala.
- Pensola, T., Gould, R. & Polvinen, A. 2010. Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Masennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki. Viitattu 5.11.2016.  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111777/URN%3aNBN%3afi-fe201504225040.pdf?sequence=1>
- Ruotsalainen, JH., Verbeek, JH., Mariné, A. & Serra, C. 2015. Preventing occupational stress in healthcare workers (Review). The Cochrane Collaboration.
- Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka, A. 2006a. Ryhmähaastattelu. Kvali-MOTV. Viitattu 12.9.2016.  
[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_3\\_4.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_4.html)
- Saaranen- Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. Tutkijan asema. KvaliMOTV. Viitattu 6.11.2016. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_2.html)
- Salmela, S., Lehti, A-M., Mannervaara, B., Wisur-Hokkanen, C. & Vesimäki, G. 2014. Evidensbaserad vård inom Vsud – Riktlinjer för implementering och förankring evidensbaserad vård. Julkaisematon moniste. Vaasan keskussairaala.

Simonen, O. 2012. Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.

Sipilä, R., Mäntyranta, T., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Kaila, M. 2016. Implementointia suomeksi. *Duodecim* 132, 850–857.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2010. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Viitattu 8.3.2016.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112320/URN%3aNBN%3afi-fe201504223250.pdf?sequence=1>

Statstutor. 2018. Spearman's correlation. Viitattu 17.3.2018.

<http://www.statstutor.ac.uk/resources/uploaded/spearmans.pdf>

Stenman, P., Turkki, L., Vähäkangas, P. Hantikainen, V. & Elo S. 2016. Kinestetiikan käyttöönottoon liittyvät muutokset vanhustenhuollossa toimivan hoitajan toimintaympäristössä. *Gerontologia* 30, 106-116.

Suomen Kinestetiikkayhdistys ry. 2016. Pienikin voimavara on mahdollisuus. Viitattu 6.3.2016. <http://www.kinestetiikka.fi/>

Suomen Kinestetiikkayhdistys ry. 2010. Kinestetiikkatutoreiden toiminnan arviointiin käytetyt kysymykset. Keskustelu Virpi Hantikaisen ja Kirsi Hagstömin kanssa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a. Sosiaali ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2015. Viitattu 7.11.2016.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129792/Sosiaali%20ja%20terveysalan%20tilastollinen%20vuosikirja%202015%20web.pdf?sequence=5>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b. Päivitetty 13.8.2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Viitattu 1.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 6.3.2016. [www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta](http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta)

Vaasan keskussairaala. 2016. Toiminta- ja taloussuunnitelma. Viitattu 5.3.2016. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/talous/toiminta--ja-taloussuunnitelma-2016-2018.pdf>

VSHP. 2014. Vaasan sairaanhoitopiirin osaamisen kehittämisen ohjelma.

Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen: Strateginen kilpailutekijä. Edita Publishing Oy. Helsinki.

VSSHP. 2013. Näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisen malli. Mukailtu Hotus: Yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen malli.

Wisdom, J. P., Cavaleri M. A., Onwuegbuzie, A. J. & Green, C. A. 2012. Methodological Reporting in Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Health Services Research Articles. *Health Services Research*. 47. 721-745.

**LIITE 1.**

KUTSU HAASTATTELUUN

Vaasa 13.12.2016

Hyvä vastaanottaja,

Kutsun sinut osallistumaan Kinesiteiikan implementointi Vaasan keskussairaalan vuodeosastojen palvelualueelle –tutkimukseen.

Tutkimus tehdään opinnäytetyönä Vaasan ammattikorkeakoulun ylempään ammattikorkeakoulututkintoon (YAMK) johtavassa sosiaali- ja terveystieteiden kehittämissä ja johtamisen koulutusohjelmassa. Opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja Hanna-Leena Melender.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla kinesiteiikan implementointia Vaasan keskussairaalan vuodeosastojen palvelualueelle. Tutkimuksessa tarkastellaan sitä, miten peruskurssin käyneet hoitajat ovat juurruttaneet kinesiteiikkaa vuodeosastoilla, missä määrin kinesiteiikka on vuodeosastoilla otettu käyttöön ja millaisia vaikutuksia kinesiteiikalla on ollut hoitohenkilökunnan toimintakykyyn. Tutkimukseen on saatu asianmukainen lupa sairaalalta.

Tutkimus on kaksiosainen. Sinut on valittu kutsuttavaksi tutkimuksen ensimmäiseen osaan, koska työskentelet vuodeosastolla ja osallistuit kinesiteiikan peruskurssille Vaasan keskussairaalassa 13.9.2011 - 27.10.2016 välisenä aikana. Yhteistietosi on saatu Vaasan keskussairaalan sisäisestä rekisteristä. Tutkimuksen jälkimmäinen osa toteutetaan kyselynä keväällä 2017.

Tutkimuksen ensimmäinen osa, johon sinut nyt kutsun, suoritetaan ryhmähaastatteluinä joulukuusta 2016 tammikuuhun 2017 välisenä aikana. Ryhmähaastattelukertoja järjestetään kolme ja osallistujien kanssa neuvotellaan niiden ajankohdasta ottaen huomioon, että haastattelut järjestetään arkipäivisin klo 14.00–16.00 välisenä aikana. Ryhmähaastattelun kesto on noin 1,5 tuntia ja osallistuminen tapahtuu työajalla. Haastattelutilanteeseen osallistuu kerralla 2-10 henkilöä. Haastattelut äänitetään. Ryhmähaastattelu on lähtökohtaisesti suomenkielinen, mutta voit vapaasti käyttää myös ruotsin kieltä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Ryhmähaastatteluun osallistujien nimet ovat vain tutkijan ja ryhmähaastatteluun osallistujien tiedossa. Haastattelujen vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Haastattelusta saatu ääninauha on vain tutkijan käytössä ja hävitetään tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen opinnäytetyöraportti julkaistaan Theseus-tietokannassa, jonka osoite on [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)

Halutessasi osallistua tutkimukseen, voit ilmoittaa suostumuksesi joko vastaamalla tähän sähköpostiin tai soittamalla minulle 22.1.2017 mennessä. Vastaa mielelläni kysymyksiin joko sähköpostissa tai puhelimesta.

Ystävällisesti,

Anu-Maria Ebong, sairaanhoitaja, YAMK-opiskelija

## KALLELSE FÖR ATT DELTA I EN FORSKNINGSSSTUDIE Vasa 13.12.2016

Bästa mottagare,

Jag inbjuder dig att delta i en forskningsstudie om Implementeringen av kinestetik i serviceområdet för bäddavdelningarna vid Vasa centralsjukhus.

Studien genomförs som ett lärdomsprov i utbildningsprogrammet utveckling och ledarskap inom det sociala området och hälsovården. Det är en högre yrkeshögskoleexamen. Den handledande läraren till lärdomsprovet är överläraren Hanna-Leena Melender.

Syftet med studien är att beskriva implementeringen av kinestetik i serviceområdet för bäddavdelningarna. Man undersöker hur skötare, som har genomgått en grundkurs i kinestetik, implementerar kinestetik på bäddavdelningar, i vilken utsträckning kinestetik används i bäddavdelningar och hurdan inverkan kinestetik har haft till vårdpersonalens funktionsförmåga. Ett forskningstillstånd har beviljats av sjukhuset.

Forskningsstudien har två delar. Du har blivit vald till att delta i den första delen eftersom du arbetar på en bäddavdelning och har varit på en grundkurs i kinestetik vid Vasa centralsjukhus mellan 13.9.2011 och 27.10.2016. Kontaktuppgifterna har erhållits ur Vasa centralsjukhusets interna register. Den andra delen av studien genomförs som enkätstudie under våren 2017.

Den första delen av forskningsstudien, som du nu är inbjuden till, genomförs som gruppintervjuer under tiden december 2016 – januari 2017. Sammanlagt organiseras det tre gruppintervjuer och tidpunkten kommer att vara på vardagar mellan klockan 14:00 – 16:00. Den exakta tidpunkten förhandlas med studiedeltagarna. Gruppintervjun tar ca. 1,5 timmar, man deltar under arbetstiden och gruppens storlek varierar mellan 2–10 personer. Alla intervjuer bandas in. Intervjuerna genomförs på finska men du kan helt fritt använda också svenska.

Deltagandet i studien är frivilligt. Endast forskaren och deltagarna vet vem har deltagit i gruppintervjun. Alla svaren behandlas konfidentiellt. Intervjumaterialet används bara av forskaren, och förstörs efter studien har blivit färdig. Efter slutförandet av studien publiceras en forskningsrapport i Theseus databasen, [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Om du vill delta i forskningsstudien, kan du ge ditt samtycke antingen genom att svara på detta mail eller genom att ringa mig senast den 22 januari 2017. Jag svarar gärna på eventuella frågor via mail eller per telefon.

Med vänliga hälsningar,

Anu-Maria Ebong, sjukskötare (högre YH-examen)

**LIITE 2.**  
**HAASTATTELUKESKUSTUKSET**

1. Kertokaa roolistanne kinestetiikan juurruttajina?
2. Kertokaa lähiesimiehenne roolista kinestetiikan juurruttamisen mahdollistajana?
3. Kertokaa, miten olette juurruttaneet kinestetiikkaa osastoillanne?
4. Kertokaa, miten olette kinestetiikan juurruttamisessa onnistuneet?
5. Kertokaa mitkä ovat mielestänne parhaat keinot juurruttaa kinestetiikkaa käytäntöön?

**LIITE 3.**  
KUTSU KYSELYYN

Vaasa 28.04.2017

Hyvä vastaanottaja,

Kutsun Sinut osallistumaan Kinestetiikan implementointi Vaasan keskussairaalan vuodeosastojen palvelualueelle -tutkimukseen.

Tutkimus tehdään opinnäytetyönä Vaasan ammattikorkeakoulun ylempään ammattikorkeakoulututkintoon (YAMK) johtavassa sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen koulutusohjelmassa. Opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja Hanna-Leena Melender.

Tutkimuksen tarkoitus on kuvailla kinestetiikan implementointia Vaasan keskussairaalan vuodeosastojen palvelualueelle. Tutkimuksessa tarkastellaan sitä, miten kinestetiikan peruskurssin käyneet hoitajat ovat juurruttaneet kinestetiikkaa vuodeosastoille, missä määrin kinestetiikka tunnetaan ja on vuodeosastoilla otettu käyttöön ja millaisia vaikutuksia kinestetiikalla on ollut hoitohenkilökunnan toimintakykyyn. Tutkimukseen on saatu sairaalalta asianmukainen lupa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimusaineisto käsitellään täysin luottamuksellisesti, eivätkä yksittäisen henkilön vastaukset ilmene tuloksista. Opinnäytetyöraportti julkaistaan tutkimuksen valmistuttua Theseus-tietokannassa, jonka osoite on [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Tutkimukseen osallistuminen tapahtuu vastaamalla oheiseen kyselyyn. Aikaa vastaamiseen kuluu noin 15 minuuttia. Vastausaika 31.5.2017 saakka.

Tutkimuksen avulla voidaan kehittää henkilöstön osaamista ja täydennyskoulutuksia ja siksi toivon sinun olevan halukas osallistumaan kyselyyn.

Vastaan mielelläni kysymyksiin sähköpostitse tai puhelimitse.

Ystävällisesti,  
Anu-Maria Ebong, Sairaanhoidaja, YAMK-opiskelija



Vasa 28.04.2017

Bästa mottagare,

Jag inbjuder dig att delta i en forskningsstudie om Implementeringen av kinestetik i serviceområdet för bäddavdelningarna vid Vasa centralsjukhus.

Studien genomförs som ett lärdomsprov i utbildningsprogrammet utveckling och ledarskap inom det sociala området och hälsovården. Det är en högre yrkeshögskoleexamen. Den handledande läraren till lärdomsprovet är överläraren Hanna-Leena Melender.

Syftet med studien är att beskriva implementeringen av kinestetik i serviceområdet för bäddavdelningarna. Man undersöker hur skötare, som har genomgått en grundkurs i kinestetik, implementerar kinestetik på bäddavdelningar, i vilken utsträckning kinestetik används i bäddavdelningar och hurdan inverkan kinestetik har haft till vårdpersonalens funktionsförmåga. Ett forskningstillstånd har beviljats av sjukhuset.

Deltagandet i studien är frivilligt. Alla svaren behandlas konfidentiellt och de individuella svaren framkommer inte i resultaten. Efter slutförandet av studien publiceras en forskningsrapport i Theseus databasen, [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Om du vill delta i forskningsstudien, kan du svara på frågor. Du kan delta i undersökningen genom att svara på följande enkät. Det tar ca 15 minuter att svara på frågorna. Du har tid till den 31.5.2017.

Med hjälp av studien kan man förbättra personalens kunnande och utveckla fortbildningskurser. Därför skulle jag önska att du skulle delta i undersökningen.

Jag svarar gärna på eventuella frågor via mail eller per telefon.

Med vänliga hälsningar,  
Anu-Maria Ebong, sjukskötare (högre YH-examen)

## **LIITE 4.**

### **KYSELYLOMAKE**

#### **Kinestetiikan implementointi vuodeosastoille**

Vastaa ohessa oleviin kysymyksiin valitsemalla mielestäsi sopivin vaihtoehto.

Kysymyksissä 1, 4, ja 7 voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon.

Kysymykset 22, 23 ja 39 ovat avoimia kysymyksiä ja voit kirjoittaa vastauksesi vapaamuotoisesti kysymysten ohessa oleviin vastauslaatikoihin.

Täytettyäsi lomakkeen valitse ”Tallenna”.

#### **Taustatiedot**

1. Millä Vaasan keskussairaalan vuodeosastolla työskentelet? (voit merkitä kaikki vuodeosastot, joilla pääsääntöisesti työskentelet)
  - A3
  - E4
  - E5
  - Onkologian vuodeosasto
  - T2
  - T3
  - Y1A, Päivystysosasto
  - Y1B, Sydänosasto
2. Missä tehtävässä työskentelet?
  - Sairaanhoitaja
  - Lähihoitaja tai perushoitaja
  - Osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja
  - Muu

    Jos vastasit tehtäväksi ”Muu”, kirjoita tähän mikä? \_\_\_\_\_
3. Mihin seuraavista ikäryhmistä kuulut?
  - < 31 -vuotta
  - 31–40 -vuotiaat

- 41–50 -vuotiaat
- 51–64 -vuotiaat
- > 64 vuotta

4. Millaista kinestetiikan opetusta olet saanut? (voit valita myös useamman vaihtoehdon)

- Olen suorittanut kinestetiikan peruskurssin
- Olen suorittanut kinestetiikan syventävän kurssin tai saanut muuta syventävää koulutusta kinestetiikasta
- Olen osallistunut osastotunnille, jossa kerrottiin kinestetiikasta
- Olen osallistunut kinestetiikan informaatiotilaisuuteen
- Olen osallistunut kinestetiikan non-stop-tilaisuuteen
- Olen osallistunut kinestetiikan kertaustilaisuuteen
- Olen osallistunut kinestetiikkatutorin (kinestetiikan tutor-koulutuksen käynyt henkilö) pitämään käytännön ohjaukseen
- Olen saanut vertaisopetusta kollegalta
- En ole saanut kinestetiikan opetusta.

Jos vastasit, että et ole saanut kinestetiikan opetusta, voit kirjoittaa tähän mikset ole saanut. \_\_\_\_\_

### **Oma kinestetiikan tuntemuksesi ja kinestetiikan käyttösi**

5. Mikä seuraavista on kinestetiikan keskeinen käsite?

- Ergonomiakoulutus
- Potilassiirrot
- Voimavaralähtöisyys

6. Millaisiksi arvioit omat tietosi kinestetiikasta?

- Hyvät
- Keskinkertaiset
- Huonot

7. Kuinka paljon olet saanut ohjausta kinestetiikan liikkumista tukeviin avustumenetelmiin? (voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon)

- Useita kertoja kinestetiikan kouluttajan tai kinestetiikkatutorin ohjaamana (3 kertaa tai useammin)

- Useita kertoja kollegan ohjaamana (3 kertaa tai useammin)
- Kerran tai kahdesti kinestetiikan kouluttajan tai kinestetiikkatutorin ohjaamana
- Kerran tai kahdesti kollegan ohjaamana
- En koskaan.

8. Kuinka paljon olet harjoitellut kinestetiikan liikkumisen avustusmenetelmiä itsenäisesti?

- Paljon
- Melko paljon
- Jonkin verran
- Melko vähän
- En ollenkaan

9. Kuinka paljon koet saaneesi kinestetiikan ohjausta?

- Liian paljon
- Sopivasti
- Liian vähän

10. Missä määrin käytät kinestetiikkaa hoitotoimissa?

- Päivittäin
- Satunnaisesti
- En ollenkaan

11. Käytätkö kinestetiikkaa eri potilasryhmille?

- Kaikille tai lähes kaikille potilasryhmille
- Osalle potilasryhmistä
- En ollenkaan

12. Miten tavanomaisen työpäiväsi aikana arvioit potilaan toimintakykyä?

- Aina tai lähes aina jokaisen potilaan luona
- Satunnaisesti ainakin jonkun potilaan luona
- Luen potilaan toimintakyvystä ainoastaan potilaskertomuksesta
- En hanki tietoa potilaan toimintakyvystä

Missä määrin huomioit potilaan omia voimavaroja seuraavissa tilanteissa?

13. Potilaan avustaminen vuoteessa siirtymisessä?

- Huomioin potilaan omat voimavarat aina
- Huomioin potilaan omat voimavarat lähes aina
- Huomioin potilaan omat voimavarat satunnaisesti
- En erityisesti huomioi potilaan omia voimavaroja

14. Potilaan avustaminen makuulta nousemisessa?

- Huomioin potilaan omat voimavarat aina
- Huomioin potilaan omat voimavarat lähes aina
- Huomioin potilaan omat voimavarat satunnaisesti
- En erityisesti huomioi potilaan omia voimavaroja

15. Potilaan avustaminen siirtymisessä pyörätuoliin?

- Huomioin potilaan omat voimavarat aina
- Huomioin potilaan omat voimavarat lähes aina
- Huomioin potilaan omat voimavarat satunnaisesti
- En erityisesti huomioi potilaan omia voimavaroja

16. Potilaan WC-käynnissä avustaminen?

- Huomioin potilaan omat voimavarat aina
- Huomioin potilaan omat voimavarat lähes aina
- Huomioin potilaan omat voimavarat satunnaisesti
- En erityisesti huomioi potilaan omia voimavaroja

17. Lattialle kaatuneen potilaan auttaminen ylös?

- Huomioin potilaan omat voimavarat aina
- Huomioin potilaan omat voimavarat lähes aina
- Huomioin potilaan omat voimavarat satunnaisesti
- En erityisesti huomioi potilaan omia voimavaroja

### **Kinestetiikan levinneisyys työyhteisössäsi**

18. Arvioi kuinka moni sinun työyksikössäsi käyttää kinestetiikkaa säännöllisesti hoitotyössä?

- Kaikki tai lähes kaikki
- Arviolta puolet
- Harva tai ei kukaan

19. Missä määrin kinestetiikka on käytössä työyksikössäsi?

- Päivittäin
- Satunnaisesti
- Ei lainkaan

20. Käytetäänkö kinestetiikkaa eri potilasryhmille työyksikössäsi?

- Kaikille tai lähes kaikille potilasryhmille
- Osalle potilasryhmistä
- Ei ollenkaan

21. Millaiseksi arvioit työyhteisösi tiedot kinestetiikasta?

- Hyvät
- Keskinkertaiset
- Huonot
- En osaa sanoa

## **Kinestetiikan vaikutus toimintakykyysi**

Seuraaviin kysymyksiin voit vastata kirjoittamalla vastauksesi oheiseen vastauslaatikkoon.

22. Kuvaile miten kinestetiikka on vaikuttanut työskentelytapaasi?

---

23. Kuvaile millaisia vaikutuksia kinestetiikan menetelmien käyttämisellä on ollut toimintakykyysi?

---

Miten kuormittaviksi koet alla esitetyt hoitotyön toiminnot?

24. Potilaan avustaminen vuoteessa siirtymisessä?

- Erittäin raskasta
- Jonkin verran raskasta
- Ei lainkaan raskasta

25. Potilaan avustaminen makuulta nousemisessa?

- Erittäin raskasta
- Jonkin verran raskasta
- Ei lainkaan raskasta

26. Potilaan avustaminen istumasta seisomaan nousemisessa?

- Erittäin raskasta
- Jonkin verran raskasta
- Ei ollenkaan raskasta

27. Potilaan avustaminen siirtymisessä pyörätuoliin?

- Erittäin raskasta
- Jonkin verran raskasta
- Ei ollenkaan raskasta

28. Potilaan WC-käynnissä avustaminen?

- Erittäin raskasta
- Jonkin verran raskasta
- Ei ollenkaan raskasta

29. Lattialle kaatuneen potilaan auttaminen ylös?

- Erittäin raskasta
- Jonkin verran raskasta
- Ei ollenkaan raskasta

30. Jos haluat kertoa vielä jonkin potilaan avustamistoiminnon fyysisestä kuormittavuudesta, kirjoita sen nimi tähän ja arvioi sen kuormittavuutta valitsemalla sopiva vaihtoehto \_\_\_\_\_

- Erittäin raskasta
- Jonkin verran raskasta
- Ei ollenkaan raskasta

Miten koet kinestetiikan toimintamallin vaikuttavan alla esitettyjen hoitotoimenpiteiden fyysiseen kuormittavuuteen?

31. Potilaan avustaminen vuoteessa siirtymisessä?

- Paljon kevyempää
- Jonkin verran kevyempää
- Kinestetiikka ei vaikuta fyysiseen kuormittavuuteen
- Jonkin verran raskaampaa
- Paljon raskaampaa
- En osaa sanoa

32. Potilaan avustaminen makuulta nousemisessa?

- Paljon kevyempää
- Jonkin verran kevyempää
- Kinestetiikka ei vaikuta fyysiseen kuormittavuuteen
- Jonkin verran raskaampaa
- Paljon raskaampaa
- En osaa sanoa

33. Potilaan avustaminen istumasta seisomaan nousemisessa?

- Paljon kevyempää
- Jonkin verran kevyempää
- Kinestetiikka ei vaikuta fyysiseen kuormittavuuteen
- Jonkin verran raskaampaa
- Paljon raskaampaa
- En osaa sanoa

34. Potilaan avustaminen siirtymisessä pyörätuoliin?

- Paljon kevyempää
- Jonkin verran kevyempää
- Kinestetiikka ei vaikuta fyysiseen kuormittavuuteen
- Jonkin verran raskaampaa
- Paljon raskaampaa
- En osaa sanoa

35. Potilaan avustaminen WC-käynnissä?

- Paljon kevyempää
- Jonkin verran kevyempää
- Kinestetiikka ei vaikuta fyysiseen kuormittavuuteen
- Jonkin verran raskaampaa
- Paljon raskaampaa
- En osaa sanoa

36. Lattialle kaatuneen potilaan auttaminen ylös

- Paljon kevyempää
- Jonkin verran kevyempää



- Kinestetiikka ei vaikuta fyysiseen kuormittavuuteen
- Jonkin verran raskaampaa
- Paljon raskaampaa
- En osaa sanoa

37. Jos haluat arvioida kinestetiikan vaikutusta vielä jonkin hoitotyön toiminnon fyysiseen kuormittavuuteen, kirjoita hoitotyön toiminnon nimi tähän ja arvioi vaikutusta hoitotyön fyysiseen kuormittavuuteen valitsemalla sopiva vaihtoehto \_\_\_\_\_

- Paljon kevyempää
- Jonkin verran kevyempää
- Kinestetiikka ei vaikuta fyysiseen kuormittavuuteen
- Jonkin verran raskaampaa
- Paljon raskaampaa
- En osaa sanoa

Miten koet kinestetiikan työskentelytavan vaikuttavan henkiseen jaksamiseen potilaiden hoitotyössä?

38. Miten kinestetiikka vaikuttaa henkiseen jaksamiseen potilastyössä?

- Jaksan paljon paremmin
- Jaksan jonkin verran paremmin
- Kinestetiikka ei vaikuta henkiseen jaksamiseen
- Jaksan huonommin

### **Sana on vapaa**

39. Jos haluat kertoa kinestetiikan käytöstä vielä jotain muuta, voit kirjoittaa vapaasti oheiseen tilaan. Jos kirjoitat johonkin tiettyyn edellä esitettyyn kysymykseen liittyvää lisätietoa, merkitse ystävällisesti näkyviin kysymyksen numero. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kiitos vastauksestasi!

## FRÅGEFORMULÄR

### Implementering kinestetik på bäddavdelningar

Vänligen svara på nedandående frågor genom att med musens vänstra tangent klicka på det alternativ som passar bäst.

I frågorna 1, 4, och 7 kan du välja en eller flera svarsalternativ.

Frågorna 22, 23 och 39 är öppna frågor. Du kan skriva dina svar i svarsrutan vid frågan.

Efter du har fyllt formuläret klicka på ”Skicka uppgifterna”.

### Bakgrundsinformation

1. På vilken bäddavdelning på Vasa Centralsjukhus arbetar du? (du kan välja alla de bäddavdelningar du främst arbetar vid)
  - A3
  - E4
  - E5
  - Onkologiska bäddavdelningen
  - T2
  - T3
  - Y1A, Jouravdelningen
  - Y1B, Hjärtavdelningen
2. Vad är din yrkesbeteckning?
  - Sjukskötare
  - Närvårdare eller primärskötare
  - Avdelningesskötare eller biträdande avdelningsskötare
  - Någonting annat

Om du svarat ”Någonting annat” på yrkesbeteckning, vad? \_\_\_\_\_
3. Till vilken åldersgrupp tillhör du?
  - < 31 år

- 31-40 år
- 41-50 år
- 51-64 år
- > 64 år

4. Hurdan undervisning i kinestetik har du fått? (du kan välja flera olika svar)

- Jag har genomgått grundkursen i kinestetik
- Jag har genomgått fördjupad kurs i kinestetik eller fått någon annan typ av fördjupad undervisning i kinestetik
- Jag har varit på en avdelningstimme som behandlat kinestetik
- Jag har deltagit i ett informationstillfälle om kinestetik
- Jag har deltagit vid ett non-stop tillfälle om kinestetik
- Jag har deltagit vid ett repetitionstillfälle om kinestetik
- Jag har deltagit vid ett praktiskt övningstillfälle ledd av en kinestetiktutor (en person som genomgått kinestetiktutorutbildningen)
- Jag har fått handledning av en kollega
- Jag har inte fått någon undervisning i kinestetik.

Om du svarat att du har inte fått undervisning i kinestetik, kan du skriva här varför \_\_\_\_\_

### **Ditt egna kunnande om kinestetik och användningen av kinestetik i vardagen**

5. Vad är det centrala konceptet inom kinestetik?

- Undervisning i ergonomi
- Patientförflyttningar
- Orientering i patientens egna resurser

6. Hur skulle du bedöma dina kunskaper om kinestetik?

- Goda
- Medelmåttliga
- Dåliga

7. Hur mycket har du fått handledning inom kinestetik om rörelse handlednings metoder? (du kan välja flera svarsalternativ)

- Flera gånger med en kinestetiktränare eller med en kinestetiktutor (3 gånger eller mera)
  - Flera gånger med handledning av en kollega (3 gånger eller mera)
  - En eller två gånger med en kinestetiktränare eller med en kinestetiktutor
  - En eller två gånger med handledning av en kollega
  - Aldrig
8. Hur mycket har du självständigt övat på de kinestetiska stödmotoderna för rörelse?
- Mycket
  - Ganska mycket
  - En del
  - Ganska lite
  - Inte alls
9. Hur mycket upplever du att du har fått utbildning i kinestetik?
- Alldeles för mycket
  - Lämpligt mycket
  - För lite
10. Hur mycket använder du kinestetik vid vårdåtgärder?
- Dagligen
  - Ibland
  - Inte alls
11. Använder du kinestetik med olika patientgrupper?
- Med alla eller nästan alla patienter
  - Med en del av patienterna
  - Inte alls
12. Hur bedömer du patientens funktionsförmåga under en vanlig arbetsdag?
- Alltid eller nästan alltid då jag befinner mig hos patienten
  - Tidvis då jag befinner mig hos någon patienten
  - Jag läser om patientens funktionsförmåga endast i patientjournalen
  - Jag bedömer inte patientens funktionsförmåga

Hur mycket tar du i beaktad patientens egna resurser vid följande situationer?

13. Vid hjälp av förflyttning av patienten i sängen?

- Jag tar alltid i beaktan patientens egna resurser
- Jag tar i beaktan patientens egna resurser nästan alltid
- Jag tar tidvis i beaktan patientens egna resurser
- Jag tar oftast inte i beaktad patientens egna resurser

14. Vid hjälp då patienten skall lyfta upp från sängen?

- Jag tar alltid i beaktan patientens egna resurser
- Jag tar i beaktan patientens egna resurser nästan alltid
- Jag tar tidvis i beaktan patientens egna resurser
- Jag tar oftast inte i beaktad patientens egna resurser

15. Då patienten skall förflytta sig till rullstol?

- Jag tar alltid i beaktan patientens egna resurser
- Jag tar i beaktan patientens egna resurser nästan alltid
- Jag tar tidvis i beaktan patientens egna resurser
- Jag tar oftast inte i beaktad patientens egna resurser

16. Vid hjälp av patienten på WC?

- Jag tar alltid i beaktan patientens egna resurser
- Jag tar i beaktan patientens egna resurser nästan alltid
- Jag tar tidvis i beaktan patientens egna resurser
- Jag tar oftast inte på i beaktad patientens egna resurser

17. Då en patient som fallit på golvet skall hjälpas upp?

- Jag tar alltid i beaktan patientens egna resurser
- Jag tar i beaktan patientens egna resurser nästan alltid
- Jag tar tidvis i beaktan patientens egna resurser
- Jag tar oftast inte i beaktan patientens egna resurser

### **Spridning av kinestetik på din arbetsplats**

18. Uppskatta hur många av personalen på din arbetsenhet använder kinestetik regelbundet i vårdarbetet?

- Alla eller nästan alla
- Ungefär hälften

- Få eller ingen

19. Hur ofta används kinestetik på din arbetsenhet?

- Dagligen
- Tidvis
- Inte alls

20. Används kinestetik med olika patientgrupper på din arbetsenhet?

- Med alla eller nästan alla patientgrupper
- En del av patientgrupperna
- Kinestetik används inte alls på min arbetsenhet

21. Hur skulle du bedöma din arbetsgrupps kunnande om kinestetik?

- Goda
- Medelmåttliga
- Dåliga
- Jag kan inte säga

### **Kinestetikens påverkan på din funktionsförmåga**

Du kan svara på följande frågor genom att skriva ditt svar i svarsrutan bredvid.

22. Beskriv hur kinestetiken har påverkat dina arbetsmetoder:

\_\_\_\_\_

23. Beskriv hurdana effekter användning av kinestetiska metoder har haft i din funktionsförmåga? \_\_\_\_\_

Hur fysiskt ansträngande upplever du följande vårdåtgärder?

24. Hjälp av förflyttning av patienten i sängen?

- Väldigt tungt
- Ganska tungt
- Inte alls tungt

25. Att hjälpa patienten upp från sängen?

- Väldigt tungt
- Ganska tungt
- Inte alls tungt

26. Att hjälpa patienten upp och stå?

- Väldigt tungt

- Ganska tungt
- Inte alls tungt

27. Att hjälpa patienten att förflytta sig till rullstol?

- Väldigt tungt
- Ganska tungt
- Inte alls tungt

28. Att hjälpa patienten vid WC besök?

- Väldigt tungt
- Ganska tungt
- Inte alls tungt

29. Att hjälpa en patient som fallit på golvet tillbaka upp?

- Väldigt tungt
- Ganska tungt
- Inte alls tungt

30. Om du ännu vill berätta om någon annan vårdåtgärd, beskriv vårdåtgärden och hur fysiskt ansträngande du upplever den. \_\_\_\_\_

- Väldigt tungt
- Ganska tungt
- Inte alls tungt

Hur upplever du att den kinestetiska verksamhetsmodellen påverkar vårdåtgärder-  
nas fysiska belastning?

31. Att hjälpa patienten att förflytta sig i sängen?

- Mycket lättare
- Lite lättare
- Kinestetik påverkar inte alls min fysiska belastning
- Lite tyngre
- Mycket tyngre
- Jag kan inte säga

32. Att hjälpa patienten upp från sängen?

- Mycket lättare
- Lite lättare

- Kinestetik påverkar inte alls min fysiska belastning
- Lite tyngre
- Mycket tyngre
- Jag kan inte säga

33. Att hjälpa patienten upp och stå?

- Mycket lättare
- Lite lättare
- Kinestetik påverkar inte alls min fysiska belastning
- Lite tyngre
- Mycket tyngre
- Jag kan inte säga

34. Att hjälpa patienten att förflytta sig till rullstol?

- Mycket lättare
- Lite lättare
- Kinestetik påverkar inte alls min fysiska belastning
- Lite tyngre
- Mycket tyngre
- Jag kan inte säga

35. Att hjälpa patienten vid WC besök?

- Mycket lättare
- Lite lättare
- Kinestetik påverkar inte alls min fysiska belastning
- Lite tyngre
- Mycket tyngre
- Jag kan inte säga

36. Att hjälpa upp en patient som fallit på golvet?

- Mycket lättare
- Lite lättare
- Kinestetik påverkar inte alls min fysiska belastning
- Lite tyngre
- Mycket tyngre



- Jag kan inte säga

37. Om du vill bedöma hur kinestetiken påverkar den fysiska belastningen vid någon annan vårdåtgärd kan du kort beskriva vårdåtgärden här och bedöma hur den påverkar fysiska belastningen. \_\_\_\_\_

- Mycket lättare
- Lite lättare
- Kinestetik påverkar inte alls min fysiska belastning
- Lite tyngre
- Mycket tyngre

Hur upplever du att det kinestetiska arbetssättet påverkar din psykiska funktionsförmåga att orka i patientarbete?

38. Hur påverkar kinestetiken ditt mentala välbefinnande i patientarbete?

- Jag orkar mycket bättre
- Jag orkar lite bättre
- Kinestetik har ingen påverkan på min mentala förmåga
- Jag orkar sämre

### **Skriv fritt**

39. Om du vill berätta något mera om användning av kinestetik, kan du berätta fritt här nedan. Om du vill tillägga något om de föregående frågor, skriv gärna även numret på frågan.

---

---

Tack för dina svar!