

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Arja Rahunen

KINESTETIIKKA SAATTOHOITOPOTILAAN ASENTOHOIDOSSA
Ohje ja koulutustilaisuus Karinakotiin

Opinnäytetyö
Toukokuu 2018



OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijä

Arja Rahunen

Nimeke

Kinestetiikka saattohoitopotilaan asentohoidossa – ohje ja koulutustilaisuus Karinakotiin

Toimeksiantaja

Karinakoti

Tiivistelmä

Suomessa vuosittain noin 13 000 ihmistä tarvitsee saattohoitoa. Saattohoitoa tarvitsevat erityisesti syöpäpotilaat, mutta myös muut kroonista, etenevää sairautta sairastavat potilasryhmät. Näitä ovat sydämen vajaatoimintaa, keuhkoauhtaumatautia, munuaisten ja maksan vajaatoiminta sekä eteneviä neurologisia sairauksia ja dementiasairauksia sairastavat. Elämän loppuvaiheessa potilaat kärsivät vaikeista oireista, joita ovat muun muassa sekavuus, hengenahdistus ja uupumus. Oireita voidaan hoitaa sekä lääkkeillä että lääkkeettömästi esimerkiksi asentohoidolla ja hengitystä tukevalla asentohoidolla.

Kinestetiikka® on voimavaralähtöinen toimintamalli, jonka tavoitteena on tukea ihmistä hänen perustoiminnoissaan siten, että hän kokee toimintansa mielekkäänä ja kykenee aktiivisesti osallistumaan toimintoihinsa, myös elämän viimeisinä hetkinä. Kinestetiikan toimintamallin mukaisesti asentohoidossa ja hengitystä tukevassa asentohoidossa tavoitteena on potilaan yksilöllinen, liikkumisen ja kehonhahmottamisen tukeminen sekä turhan jännitystilän vähentäminen.

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli saattohoitokoti Karinakoti. Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä Karinakodin työntekijöiden osaamista saattohoitopotilaan asentohoidosta ja hengitystä tukevasta asentohoidosta. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa Karinakotiin ohje ja koulutustilaisuus saattohoitopotilaan asentohoidosta ja hengitystä tukevasta asentohoidosta.

Ohjetta voidaan hyödyntää sekä Karinakodin henkilökunnan työn tukena ja koulutuksessa että myös muissa saattohoitoa toteuttavissa yksiköissä.

Kieli

suomi

Sivuja 33

Liitteet 6

Liitesivumäärä 16

Asiasanat

kinestetiikka, saattohoito, asentohoito, ohje



THESIS
May 2018
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI - 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel.+ 358 13 260 600

Author

Arja Rahunen

Title

Kinaesthetics and Postural Management in End-of-Life Patients – A- Guide and Training Session for Karinakoti

Commissioned by
Karinakoti

Abstract

Annually, approximately 13 000 people need end-of-life care in Finland. Not only cancer patients but also other patient groups with chronic, progressive disease need end-of-life care. These conditions are heart failure, obstructive pulmonary disease, kidney and liver failure as well as progressive neurological and dementia diseases. In the final stage of life, these patients are suffering from severe symptoms like confusion, shortness of breath and fatigue.

Kinaesthetics is a resource-oriented approach which aims to support individuals in the activities of daily living by taking personal abilities into consideration so that the activities are perceived as meaningful and it is possible to participate in the activities also even in the last moments of life. In kinaesthetics, postural and respiratory management aim to support the individual, movement and body perception and to reduce body stress.

The thesis was commissioned by Karinakoti which provides end-of-life care. The purpose of the thesis was to increase the competence of the staff in postural and respiratory management in end-of-life patients. The thesis assignment was to provide Karinakoti with a guide and a training session on postural and respiratory management.

The guide can be used to support the employees of Karinakoti in their work and in training and in other end-of-life care units.

Language

Finnish

Pages 33

Appendices 6

Pages of Appendices 16

Keywords

kinaesthetics, end-of-life care, postural management, guide

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	5
2	Toimeksiantajan kuvaus	6
3	Saattohoito.....	7
4	Kinestetiikan perusteet.....	9
4.1	Kinestetiikan tavoite	9
4.2	Kinestetiikan käsitteet	11
4.3	Asentohoito kinestetiikassa.....	13
4.4	Hengitystä tukeva asentohoito V-A-T-I	14
4.5	Mikroasentohoito	15
4.6	Kehon hahmotusta tukeva asentohoito	16
5	Hyvä ohje ja koulutus.....	16
5.1	Hyvä ohje.....	16
5.2	Hyvä koulutus	18
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	20
7	Opinnäytetyöprosessi	20
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	21
7.2	Ohjeen ja koulutustilaisuuden suunnittelu.....	22
7.3	Ohjeen ja koulutustilaisuuden toteutus ja arviointi	25
8	Pohdinta.....	27
8.1	Opinnäytetyöprosessin arviointi	27
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	28
8.3	Ammatillinen kehittyminen	30
8.4	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehittämismahdollisuudet....	31
	Lähteet.....	32

Liitteet

Liite 1	Tiedote Karinakotiin
Liite 2	Toiveet ohjeen ja koulutustilaisuuden sisällöstä
Liite 3	Koulutussuunnitelma
Liite 4	Palautekysely
Liite 5	Toimeksiantosopimus
Liite 6	Ohje Karinakotiin

1 Johdanto

Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan palliatiivinen hoito on potilaan aktiivista kokonaihoitoa kuolemaan johtavassa tai henkeä uhkaavassa sairaudessa. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, jota toteutetaan potilaan lähestyessä kuolemaa. Saattohoito on potilaan sairauden hoitoa sen viime vaiheissa ja kuolinprosessin aikana. Sekä palliatiivisen että saattohoidon keskeisenä tavoitteena on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys ja paras mahdollinen elämänlaatu. Saattohoitoon kuuluu myös läheisten tukeminen. (Rimpiläinen & Akural 2007; Hänninen 2015a, 256 – 257.)

Palliatiivisen ja saattohoitopotilaan oireista eniten haittaavia ja häiritseviä ovat kipu, pahoinvointi ja oksentelu, sekavuus, hengenahdistus ja uupumus (Hänninen 2015b, 32). Suuri osa näistä oireista on hoidettavissa lääkkeillä, mutta lääkehoidon rinnalle tarvitaan lääkkeettömiä hoitokeinoja, joita ovat muun muassa läsnäolo ja rauhoittaminen, liikeharjoitukset, musiikin kuuntelu, riittävä ilmavirtaus, asentohoito ja hengitystä tukeva asentohoito.

Kinestetiikan® toimintamallin mukaisesti asentohoidossa ja hengitystä tukevassa asentohoidossa tavoitteena on potilaan yksilöllinen, hänen omien resurssiensa, liikkumisensa ja kehon hahmotuksensa tukeminen sekä kehon turhan jännitystilän vähentäminen (Hantikainen & Hagström 2012). Kinestetiikka on voimavaralähtöinen lähestymistapa, joka perustuu ihmisen luonnollisten liikemallien ja aistitoimintojen ymmärtämiseen, ihmistä kunnioittavaan kohtaamiseen ja näiden merkitykseen oppimiselle ja itsehallinnalle. Kinestetiikan tavoitteena on tukea ihmistä hänen perustoiminnoissaan siten, että hän kokee toimintansa mielekkäänä ja kykenee aktiivisesti osallistumaan toimintoihinsa sairaudestaan tai vammastaan huolimatta, myös elämän viimeisinä hetkinä. (Suomen Kinestetiikkayhdistys ry. 2016.)

Saattohoitokoti Karinakoti Turussa tarjoaa laadukasta, vaativan tason saattohoitoa. Suurin osa potilaista on syöpäpotilaita, mutta hoidettavana on myös sydämen vajaatoiminta- ja keuhkoauhtaumapotilaita. Hengenahdistus on näiden

potilasryhmien hankalin ja yleisin oire, johon lääkehoidon rinnalle halutaan Karinakodissa lisäkoulutusta lääkkeettömästä hengityksen tukemisesta ja helpottamisesta. Tarve lisäkoulutuksesta ja asentohoidon ohjeesta tuli esille tehdessäni syventävää harjoittelua Karinakodissa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä Karinakodin työntekijöiden osaamista saattohoitopotilaan asentohoidosta ja hengitystä tukevasta asentohoidosta. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa ohje ja koulutustilaisuus (1–2 h) saattohoitopotilaan asentohoidosta ja hengitystä tukevasta asentohoidosta kinestetiikan toimintamallin mukaisesti.

2 Toimeksiantajan kuvaus

Saattohoitokoti Karinakoti on Lounais-Suomen saattohoitosäätiön ylläpitämä ja tarjoaa 19 potilaalle yksilöllisen paikan viettää elämänsä viimeiset hetket hyvässä hoidossa. Karinakoti tarjoaa laadukasta, vaativan tason saattohoitoa yli 20 vuoden kokemuksella. Karinakoti sijaitsee meren rannalla Turun Hirvensalossa. (Lounais-Suomen syöpäyhdistys r.y. 2017.)

Karinakodissa on oma lääkäri, joka on paikalla aina arkipäivisin. Henkilökuntaan kuuluvat ammattitaitoiset lähi- ja sairaanhoitajat, pappi, keittiöhenkilökunta, toimistotyöntekijä ja arvokkaana lisänä vapaaehtoiset. Hoitokokonaisuus sisältää kuoleman lähestyessä potilaan oireiden lievityksen, ihmisarvoa kunnioittavan huolenpidon sekä läheisten tukemisen. Potilas tekee päätöksen Karinakotiin siirtymisestä yhdessä omaisten ja häntä hoitavan lääkärin kanssa siinä vaiheessa, kun parantavaa hoitoa ei voida enää antaa. (Lounais-Suomen syöpäyhdistys r.y. 2017; Karinakoti 2017.)

Karinakodin perushoitoon ja mahdollisimman hyvään kivun ja muiden oireiden lievitykseen kuuluu inhimillisyys ja pyrkimys kohdata potilas kokonaisena ihmisenä, ei hoidon kohteena. Potilaan koko elämäntilanne otetaan huomioon hoidossa, joka suunnitellaan yksilöllisesti, yhdessä potilaan ja omaisten kanssa. (Lounais-Suomen syöpäyhdistys r.y. 2017.)

Luonnonkauniilla merenrantatontilla sijaitsevasta Karinakodista aukeaa kaunis näköala merenlahdelle ja ympäröivään luontoon. Kodinomaisuutta tuovat vapaat vierailuajat, yksilöllinen päivärytmi, maittava ruoka, saunaosasto takkahuoneineen ja ulkoilumahdollisuudet meren äärellä luonnon keskellä. Karinakodissa on rauhallinen tunnelma ja arkipäivän tilanteet ovat tärkeitä. Potilaat voivat käyttää omia vaatteitaan ja tuoda huoneeseensa omia tärkeitä esineitä ja huonekaluja. Huoneet ovat yhden hengen huoneita. Huoneissa on wc ja kylpyhuone, oma terassi, tv ja jääkaappi. Läheiset voivat yöpyä joko potilaan huoneessa tai erillisessä omaishuoneessa. Myös lemmikit ovat tervetulleita Karinakotiin. (Lounais-Suomen syöpäyhdistys r.y. 2017; Karinakoti 2017.)

Saattohoitokotiin voi tulla kunnallisella maksusitoumuksella, jolloin hoitovuorokauden hinta on sama kuin sairaalassa ja hoitopäivämaksut kerryttävät maksukattoa. Suurin osa potilaista on turkulaisia, mutta saattohoitoon voi hakeutua mistä päin Suomea tahansa, jos kotikunnalla on valmius maksusitoumukseen. Karinakotiin voi tulla myös itsemaksavana. Karinakoti tarjoaa myös lyhyitä hoitajaksoja esimerkiksi kotona pärjäämisen tueksi. Tuki voi olla apua kivun hoitoon tai omaisten jaksamiseen. (Lounais-Suomen syöpäyhdistys r.y. 2017; Karinakoti 2017.)

3 Saattohoito

Suomessa kuolee joka vuosi noin 50 000 ihmistä, joista saattohoitoa tarvitsee 12 000 -13 000 ihmistä. Kuolevat potilaat ovat eri-ikäisiä, heidän sairautensa ja elämäntilanteensa ovat erilaiset. He myös kuolevat eri paikoissa: kotona, perusterveydenhuollon yksiköissä, erityisissä saattohoitoyksiköissä, erikoissairaanhoidon yksiköissä, tehostetussa palveluasumisessa, kehitysvammalaitoksissa, yksityisissä hoivayksiköissä ja saattohoitokodeissa. Potilaiden saattohoidon kesto on myös erilainen ja se vaihtelee päivistä muutamiin kuukausiin. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2003, 3 ; 2012, 51; Hänninen 2015a, 257.)

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, jota toteutetaan kuoleman läheisyydessä ja kuolinprosessin aikana. Saattohoito on parantumattomasti sairaan ihmisen hoitoa tilanteessa, jossa parantavasta hoidosta on luovuttu. Saattohoitoon kuuluvat potilaan toiveiden huomioiminen, mahdollisimman hyvä oireiden hoito, lähestyvään kuolemaan valmistautuminen ja potilaan läheisten huomiointi ja perheen tukeminen. Potilasta hoidetaan parhaalla mahdollisella tavalla, hänen omien toiveidensa mukaisesti, huolehditaan hyvästä perushoidosta, oireiden hoidosta ja kivun ja kärsimyksen hoidosta ja lievityksestä. Lisäksi turvataan yksilöllisyyden säilyminen ja ihmisen kunnioittaminen. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2003, 5; Hänninen 2015a, 256.)

Saattohoidon aloittaminen edellyttää saattohoitopäätöksen tekemistä. Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, jonka lääkäri tekee yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa. Liian myöhään tehty saattohoitopäätös tai sen puuttuminen luo epärealistisia odotuksia ja jopa ristiriitoja hoidon tavoitteiden ja toteutuneiden toimenpiteiden välille. Se myös heikentää potilaan ja hänen läheistensä mahdollisuuksia valmistautua lähestyvään kuolemaan. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2013, 5; Hänninen 2015a, 257.)

Suurin osa saattohoitoa saavista potilaista on syöpäpotilaita, joita on noin 12 000 vuodessa. Saattohoitoa tarvitsevat myös muut kroonista, etenevää sairautta sairastavat potilasryhmät, kuten sydämen vajaatoimintaa, keuhkoauhtaumatautia, munuaisten ja maksan vajaatoimintaa sekä eteneviä neurologisia sairauksia ja dementiasairauksia sairastavat. Kaikki nämä sairaudet ovat kuolemaan johtavia ja niihin liittyy vaikeita oireita : kipua ja hengenahdistusta. (Hänninen 2015a, 256.)

Keuhkoauhtaumataudissa, keuhkosityövässä ja keuhkofibroosissa on taudin loppuvaiheessa vaikeita oireita. Hengenahdistus on niistä hankalin ja useimmin esiintyvä oire. Hengenahdistus on epämiellyttävä lisääntyneen hengitystyön tunne, rintakehän kireys tai tukehtumisen tunne. Hengenahdistukseen liittyy usein myös ahdistuneisuutta, kipua ja masennusta. Varhaisen vaiheen hengenahdistusta voidaan lievittää avaavilla lääkkeillä ja happihoidolla.

Pahenemisvaiheessa kortisonista on hyötyä. Edenneessä sairaudessa tehokkain lääke on morfiini, jota käytetään hengenahdistukseen pienemmillä annoksilla kuin kivunhoitoon. Lääkkeettömät hoitokeinot ovat myös keskeisessä asemassa edenneen taudin hoidossa. Lääkkeettämiä hoitokeinoja ovat muun muassa läsnäolo, rauhoittaminen, riittävä ilmavirtaus, asentohoito ja hengitystä tukeva asentohoito. (Hänninen 2015c.) Tässä opinnäytetyössä keskityn asentohoitoon ja hengitystä tukevaan asentohoitoon kinestetiiikan toimintamallin mukaisesti toteutettuna.

4 Kinestetiiikan perusteet

Kinaesthetics (suomalaisessa käytännössä ”Kinestetiiikka”) on amerikkalaisten käyttäytymistieteilijöiden Dr. Lenny Maiettan ja Dr. Frank Hatchin yhdessä sveitsiläisten, saksalaisten ja itävaltalaisien hoitotyöntekijöiden kanssa kehittämä voimavaralähtöinen toimintamalli hoitotyöhön. Kinestiiikassa pyritään hyödyntämään ihmisen luonnollisia liikemalleja ja aistitoimintoja. Kinestetiiikan tieteellinen perusta on käyttäytymiskyberneettisen tutkimuksen tuottamassa tiedossa ihmisen viestintämekanismeista, vuorovaikutuksesta, käyttäytymisestä ja oppimisesta. Käyttäytymiskybernetiiikan mukaan ihminen oppii, säätelee ja hallitsee toimintojaan sensomotorisen palauteprosessin kautta. Liikkeellä ja liikkumisella on keskeinen rooli tässä prosessissa. (Hagström, Alanko, Lähdesmäki & Hantikainen 2014, 51.)

4.1 Kinestetiiikan tavoite

Kinestetiiikan tavoitteena on tukea ihmistä perustoiminnoissa siten, että hän kokee toimintansa mielekkäänä ja kykenee aktiivisesti osallistumaan niihin sairaudestaan tai vammastaan huolimatta, yksilölliset voimavarat huomioiden. Kinestetiiikan tavoitteena on edistää terveydenhuollon ammattilaisten ja asiakkaiden tietotaitoa luonnollisesta liikkumisesta, sen merkityksestä olemassaololle, oman kehon ja ympäristön hahmottamiselle sekä päivittäiselle toiminnalle. Kinestetiiikan tavoitteena on mahdollistaa sekä avustettavan että

avustajan voimavarojen ihanteellinen hyödyntäminen avustustilanteissa, ylläpitää ja edistää toimintakykyä sekä kuntoutumista. Kinestetiikan tavoitteena on vähentää avustajien fyysistä ja psyykkistä kuormitusta. Kinestetiikka lisää myös työn luovuutta ja mielekkyyttä. (Suomen Kinestetiikkayhdistys ry. 2016.)

Kinestetiikassa lähdetään liikkeelle siitä perusolettamuksesta, että ihminen on liikkuva, tunteva ja oppiva olento. Ihmistä tulee tukea ja avustaa tästä lähtökohdasta. Ihminen ei terveydenhuollon asiakkaaksi tai potilaaksi tullessaan muutu elottomaksi materiaaliksi, jota siirretään, nostetaan ja käännetään paikasta toiseen. Kinestetiikassa puhutaan asiakkaan tai potilaan tukemisesta ja avustamisesta. (Suomen Kinestetiikkayhdistys ry. 2016.)

Ihmisen kaikki toiminnot ovat liikkumisaktiiviteettejä. Ilman liikettä ihminen ei pysty havaitsemaan, reagoimaan ja työstämään ärsykeitä, eikä siten hahmottamaan itseään ja ympäristöään. Oman kehon havainnointi liikkeen ja liikkumisen kautta on edellytys sille, että pystyy reagoimaan ympäristöön ja tekemään perustoimintoja. (Suomen Kinestetiikkayhdistys ry. 2016.)

Ihminen, joka ei pysty liikuttamaan itse itseään, menettää nopeasti oman kehon hahmottamisen. Tästä seuraa se, että hänen on vaikea hahmottaa ympäristöään, ymmärtää, miten hänen kehonosansa ovat yhteydessä toisiinsa ja miten ne toimivat. Tämä rajoittaa hänen aktiivista osallistumistaan omaan toimintaansa. Näin avustettavista tulee passiivisesti siirreltäviä ja vaikeasti kuntoutettavia. (Suomen Kinestetiikkayhdistys ry. 2016.)

4.2 Kinestetiikan käsitteet

Kinestetiikassa työskennellään niin sanotun kuuden käsitteen avulla. Nämä käsitteet ovat vuorovaikutus, toiminnallinen anatomia, ihmisen liikkuminen, voima, ihmisen toiminnot ja ympäristö. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 10; Hagström ym. 2014, 51.) Tässä opinnäytetyössä kuvaan käsitteet vuorovaikutus, toiminnallinen anatomia, ihmisen toiminnot ja ympäristö, koska niillä on merkitys asentohoidon toteuttamiselle. Ilman tämän merkityksen ymmärtämistä

asentohoitoa on hankala toteuttaa kinestetiikan toimintamallin mukaisesti. Kinestetiikan käsitteet ovat mukana jokaisessa ihmisen toiminnossa ja jokaisella niistä on oma merkityksensä ihmisen liikkumisessa. Kinestetiikassa ei opita niin sanottuja siirtotekniikoita, vaan opitaan kokonaisvaltainen ja hienosäätöinen tapa tarkastella ja tunnistaa ihmisen liikkumista ja aistitoimintoja sekä niiden merkitystä yksilölliselle tukemiselle. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 10; Hagström ym. 2014, 51.)

Käsite vuorovaikutus sisältää teemat aistit, liikkeen elementit ja vuorovaikutusmallit. Jokaisella aistilla on oma tärkeä tehtävänsä informaation välittäjänä. Aistien avulla saadaan laadultaan erilaista informaatiota itsestä, toisista ja ympäristöstä. Ulkoapäin saamme tietoa näkö-, kuulo-, haju-maku- ja kosketusaistin avulla. Kinesteettisen aistin avulla saadaan tietoa itsestä ja omasta kehosta sisältäpäin ja se on tiiviissä yhteydessä kehonhahmotukseen. Kinesteettinen aisti on myös ainoa sensomotorinen systeemi, jota ilman ihminen ei voi elää. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 12; Hagström ym. 2014, 51.)

Liike muodostuu ajasta, tilasta ja voimasta. Aikaa, tilaa ja voimaa voidaan tarkastella sekä sisäisten että ulkoisten tekijöiden näkökulmasta. Sisäinen aika tarkoittaa aikaa, jonka ihminen tarvitsee liikkumiseen. Ulkoinen aika on aika, jonka avustaja antaa avustettavalle. Sisäinen tila on yksilöllinen, ulkoinen tila tarkoittaa ympäristön tarjoamaa tilaa liikkumiseen. Sisäinen voima on yksilöllinen voima, jonka kukin tarvitsee liikkumiseensa. Ulkoinen voima on avustajan käyttämä voima. Mitä paremmin sisäinen ja ulkoinen aika, tila ja voima sopivat yhteen, sitä paremmin ihminen pystyy reagoimaan siihen, mitä ollaan tekemässä. (Hantikainen & Lappalainen, 2011, 15; Hagström ym. 2014, 52.)

Vuorovaikutusmallit ovat yksisuuntainen, vuorotteleva ja samanaikainen. Yksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa avustaja tekee toiminnon avustettavan puolesta huomioimatta tämän voimavaroja tai reaktioita. Vuorottelevassa vuorovaikutuksessa toiminta ja reaktio seuraavat toisiaan eli avustettavaa tuetaan niillä alueilla, joilla hän tarvitsee tukea. Tämä vuorovaikutusmalli edellyttää avustajalta kykyä havainnoida ja hyödyntää avustettavan voimavaroja. Samanaikaisessa vuorovaikutuksessa toiminto ja reaktio tapahtuvat

samanaikaisesti ilman aikaviivettä. Avustettavan ja avustajan aika, tila ja voima ovat samanlaisia ja kehollisen vuorovaikutuksen merkitys on oleellinen. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 18.)

Käsite toiminnallinen anatomia sisältää teemat luut ja lihakset, kehonosat ja liikealueet ja kehon ja liikkeen hallinnan. Luusto kantaa kehon painon ja luovuttaa sen tukipinnoille. Lihaksisto liikuttaa luita ja kehoa. Mitä paremmin luusto kantaa kehon painon, sitä vähäisempi on jännitystila lihaksissa. Välttämällä lihasjännitystä edistetään lihasten kykyä tuottaa liikettä. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 22.)

Ihmisellä on seitsemän kehonosaa: pää, rintakehä, käsivarret, lantio ja jalat. Nämä ovat painavia ja kovia, ja niille voi helposti luovuttaa kehon painon. Liikealueita on kuusi: kaula, olkanivelet, vyötärö ja lonkkanivelet. Ne ovat pehmeitä ja yhdistävät kehonosat toisiinsa. Avustettaessa ihmistä otteiden tulee olla kehonosissa, jolloin on helpompi ohjata liikettä ja avustettava tietää, mihin suuntaan ollaan menossa. Kehonosia ei tarvitse nostella, vaan niitä voi liikuttaa rullaamalla ja liu'uttamalla. Kun yhtä kehonosaa liikuttaa, muut kehonosat seuraavat perästä. Jos otteet ovat liikealueissa, tapahtuu lukkiutuminen ja ihminen muuttuu yhdeksi kappaleeksi ja liikuttelusta tulee raskasta. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 26.)

Sallittuja kosketusalueita ovat luiset pinnat eli pää, olkapää, kyynärpää, kyynärvarsi, lonkka, sääri ja jalkapöytä. Kielletyt kosketusalueet ovat kaula ja niska, kainalot, kyynärtaive, ranne, vatsa, nivustaive, polvitaive ja nilkka. Nämä ovat liikkuvia, pehmeitä ja herkkiä kehon osia. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 22 - 23.) Kehon ja liikkeen hallinta on painonsiirroissa ja toiminnoissa tärkeää. Riippumatta siitä, missä asennossa ihminen on, hänen päänsä on aina kehon ylin kohta ja jalkaterät alin kohta. Kun ihminen liikkuu tai häntä liikutetaan ylöspäin, painoa siirtyy aina ylemmiltä kehonosilta alemmille. Toiminnan mahdollistava toiminnallinen keskikohta on lantion kohdalla. Tässä keskikohdassa kehon ylä- ja alaosat eriytyvät. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 29.)

Käsite ihmisen toiminnot sisältää teemat perusasennot ja perusliikkuminen, paikalla suoritettavat toiminnot ja siirtyminen. Paikalla suoritettavat toiminnot ovat avustettavan hyvinvointiin liittyviä elintoimintoja (esimerkiksi hengittäminen, verenkierto) ja arkisia rutiineja (esimerkiksi syöminen, wc-toiminnot, lepääminen). Kaikkien näiden toimintojen toteuttamiseen vaikuttaa se, missä asennossa ihminen on. Siirtyminen tarkoittaa koko kehon siirtymistä paikasta toiseen (esimerkiksi sängystä tuoliin siirtyminen, sängyssä asennon vaihtaminen). Luonnollisimmin siirtyminen tapahtuu käynnin periaatteella. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 41– 42.) Sekä toimintoja tukevissa, että lepoasunnoissa on huomioitava ihmisen luonnolliset asennot ja mahdollisuus siirtää kehonsa paino tukipinnoille. Toimintoja tukevissa asunnoissa, kuten istumisessa, on huomioitava hyvä istuma-asento ja tuki jalkojen alla. Lepoasunnoissa ihmisen on pystyttävä olemaan rentona ja myös liikkumaan, jos pystyy. (Hagström 2016.)

Käsite ympäristö sisältää teemat liikkumista tukeva tai liikkumista rajoittava ympäristö. Ympäristöön kuuluvat tilat, apuvälineet (asentohoitomateriaalit) ja avustava henkilö. Ympäristöä muokkaamalla siitä saadaan sellainen, että avustettava voi käyttää omia voimavarjojaan ja kinestetikan käsitteitä voidaan hyödyntää monipuolisesti. (Hantikainen & Lappalainen 2011, 47.)

Pehmeä alusta ja pehmeät tyynyt heikentävät avustettavan kehonhahmottamista. Pehmeä alusta lisää jännitystä kehossa ja lisää kipua, passiivisuutta sekä levottomuutta ja vaikuttaa elintoimintoihin negatiivisesti. Napakalla asentohoitomateriaalilla (rullat, kiilat, peitot, pyyhkeet) voidaan edesauttaa kehonhahmottamista ja hyödyntää avustettavan luonnollisia liikemalleja. (Hagström 2016; Hantikainen & Hagström 2012.)

4.3 Asentohoito kinestetikassa

Kinestetikassa asentohoidon tarkoituksena on ehkäistä makuuhaavoja, pneumoniaa ja kontraktuuria sekä tukea kehonhahmotusta ja toimintoja. Oikeanlaisen asentohoidon avulla pystytään vuodepotilaalle lisäämään oman kehon hahmotusta ja tukemaan elintoimintoja. Asentohoidon tarkoituksena ei ole

lukita potilasta tiettyyn asentoon, vaan hänen on kyettävä liikuttamaan itseään mahdollisuuksiensa mukaan myös asentohoidon aikana. Asentohoidon toteutuksessa avustettava tulisi huomioida yksilöllisesti, niin että hänen omat resurssinsa, liikkumisensa, kehon hahmottamisensa ja liiallisen jännityksen vähentäminen huomioidaan. (Hagström 2016; Hantikainen & Hagström 2012.)

Asentohoitoa toteutetaan usein ruutiininomaisesti, opitun kaavan mukaan ja kaikille samalla tavalla. Tällöin avustettava nähdään passiivisessa roolissa. Asentohoidon toteutuksessa käytetään pehmeitä materiaaleja, mikä heikentää potilaan kehonhahmottamista. Jos ihminen ei pysty hahmottamaan omaa kehoaan, hän ei pysty liikuttamaan itseään. Liikkumattomuus puolestaan aiheuttaa lihasjännitystä, kipua, passiivisuutta ja levottomuutta ja vaikuttaa negatiivisesti ihmisen vitaalielintoimintoihin. (Hagström 2016; Hantikainen & Hagström 2012.)

4.4 Hengitystä tukeva asentohoito V-A-T-I

V-A-T-I- asentohoito on hengitystä tukevaa asentohoitoa. Yksittäisillä asennoilla voidaan tietoisesti lisätä tuuletusta keuhkojen eri osissa. Nimitys V-A-T-I tulee tyynyjen asennosta eli siitä, miten tyynyt asentohoidon toteutuksessa asetellaan potilaan selän alle. V- asennossa ne asetellaan V- kirjaimen muotoon, A- asennossa A- kirjaimen muotoon ja T & I- asennossa T- kirjaimen muotoon. Lisäksi pään alle voidaan asettaa tyyny tukemaan päätä. Asentohoidon toteutuksessa suositellaan käytettävän napakkaa asentohoitomateriaalia edistäen potilaan kehonhahmottamista. (Standard "Pneumonieprophylaxe: V-A-T-I-Lagerungen" 2013; Hagström 2016.) Materiaalina voidaan käyttää joko varsinaisia asentohoitotyynyjä tai tavallista lättänämpiä tyynyjä, joita voidaan taitella. Myös pyyhkeet ja peitot sopivat tarkoitukseen. (Hantikainen 2018a.)

V-A-T-I- asentohoitoa toteutetaan joko potilaan ollessa selinmakuulla tai sängyn päätypuoli kohotettuna. Asentohoitoa toteutetaan 10 – 20 minuutin ajan useita kertoja päivässä. V-asennossa saadaan parempi tuuletus keuhkojen alaosiin, A-

asennossa keuhkojen yläosiin ja T & I - asennoilla sekä keuhkojen ylä- että alaosiin. (Standard "Pneumonieprophylaxe: V-A-T-I-Lagerungen" 2013; Hagström 2016.)

4.5 Mikroasentohoito

Makuulla ollessaan terve ihminen muuttaa asentoaan tunnin aikana noin 8 – 40 kertaa. Mikroasentohoito perustuu tällaiseen luonnolliseen, fysiologiseen asennonvaihdokseen. Mikroasentohoidossa tarkoituksena on vähentää painetta pään, olkapäiden, lantion ja reisien alueella. Mikroasentohoito soveltuu kaikille potilaille, kaikissa asennoissa ja sillä ehkäistään painehaavoja, keuhkokuumetta, trombooseja ja nivelten virheasentoja. Erityisesti kipupotilaat ja potilaat, joiden asentoa täytyy yöllä vaihtaa, hyötyvät tästä asentohoitovaihtoehdosta. Mikroasentohoito on helppo ja nopea toteuttaa – apuna voidaan käyttää pieniä kiiloja, pyyheliinoja tai peittoja, jotka taitetaan tai rullataan sopivaksi tueksi. Kohdat, joihin tuki mikroasentohoidossa voidaan asettaa ovat : pään takaosa, olkapää, lantio, polvi, kantapää, nämä molemmin puolin. Tuki asetetaan esimerkiksi oikean lantion alle ja seuraavalla käynnillä siirretään lapaluun alle, näin edetään myötöpäivään. (Institute for Innovations in Healthcare and Applied Nursing Science 2007.) Toimintatapaa voidaan muokata olosuhteiden ja potilaan mukaan. Esimerkiksi yöaikaan asentohoitomateriaali (esimerkiksi pyyhe) asetetaan lantion ja lapaluun alle ja sitä vedetään säännöllisin väliajoin ulospäin niin pitkään, kunnes se on kokonaan pois. (Hantikainen & Hagström 2015.)

Asentohoidon toteutuksessa tulee muistaa periaate "vähemmän on enemmän", jotta potilaan oma liikkumiskyky säilyisi. Käytäntönä voisi olla sovitun värinen pyyhe potilaalle, jonka asentohoidossa mikroasentohoitoa toteutetaan. Myös kirjaaminen potilaan hoitokertomukseen on tärkeää. (Institute for Innovations in Healthcare and Applied Nursing Science 2007.)

4.6 Kehonhahmotusta tukeva asentohoito

Kehonhahmotusta tukevassa asentoehoidossa tavoitteena on lisätä potilaan turvallisuuden tunnetta ja rauhoittaa häntä. Tavoitteena on saada potilas orientoitumaan omaan kehoon, lisätä kehontuntemusta ja helpottaa ympäristön tunnistamista. (Hagström 2016.)

Kehonhahmotusta tukevaa asentoehoittoa voidaan toteuttaa pitkällä asentoehoitotyynyllä tai käyttämällä peittoa, joka rullataan ja muotoillaan tukemaan potilaan kehon ulkosyrjiä. Näin potilas tunnistaa kehonsa rajat. Kehonhahmotusta tukevaa asentoehoittoa käytetään ihmisillä, joilla kehonkuva ja kehonhahmotus on heikentynyt tai kadonnut kokonaan. Näitä potilasryhmiä ovat kehitysvammaiset, tehohoitopotilaat, dementiaa sairastavat, syöpäpotilaat ja saattoehoitopotilaat. (Hagström 2016.)

5 Hyvä ohje ja koulutus

5.1 Hyvä ohje

Hyvä ohje puhuttelee lukijaansa eli siinä on mietitty, kenelle se on tarkoitettu. Ohjeen suunnittelussa ja toteutuksessa pitää ottaa huomioon kieliasu, sisältö ja ulkoasu ja näiden vaikutus ohjeen ymmärrettävyyteen ja selkeyteen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35 – 36.)

Kieliasun valinnassa mietitään, miten lukijaa puhutellaan, sinutellaanko vai teititellä. Epämääräistä passiivimuotoa käyttämällä voidaan kiertää sekä sinuttelu että teitittely. Kun halutaan painottaa ohjeiden noudattamisen tärkeyttä, puhutaan ohjeessa yleensä suoraan ja tekstistä tulee helposti käskytystä. Käskyjen tilalle on toimivampaa esittää perusteluja, jolloin myös ohjeen noudattaminen on todennäköisempää. (Torkkola ym. 2002, 37 – 38.)

Hyvän ohjeen juoni on kunnossa ja tarina etenee loogisesti. Ymmärrettävyyden kannalta tärkeintä on asioiden esittämisjärjestys, joka voi olla tärkeysjärjestys, aikajärjestys tai asioiden esittäminen aihepiireittäin. (Hyvärinen 2005, 1769.) Luettavuuden kannalta tärkeimmät osat ovat pääotsikko ja väliotsikot. Pääotsikko kertoo tärkeimmän asian, ohjeen aiheen. Väliotsikot auttavat hahmottamaan, mistä asioista ohje koostuu. (Torkkola ym. 2002, 39 ; Hyvärinen 2005, 1770.) Ohjeen kuvat herättävät mielenkiintoa ja auttavat ymmärtämään ohjetta. Kuvateksti nimeää kuvan ja kertoo kuvasta sellaista, jota siitä ei voi suoraan nähdä. Kuvat on suojattu tekijänoikeuslailla, joten niiden käytölle on kysyttävä lupa kuvan tekijältä. (Torkkola ym. 2005, 40 – 42.)

Ohjeen kappalejako osoittaa, mitkä asiat kuuluvat yhteen eli yhdessä kappaleessa kerrotaan yksi asiakokonaisuus (Torkkola ym. 2002, 43). Luetteloiden avulla tekstiä saadaan jaksotettua ja pitkiä lauseita ja virkkeitä lyhennettyä. Myös tärkeitä kohtia saadaan näin esille. (Hyvärinen 2005, 1770.) Virkkeiden ja lauseiden tulisi olla kerralla ymmärrettäviä ja kielen selkeää, havainnollista yleiskieltä (Torkkola ym. 202, 42).

Hyvän ohjeen lähtökohta on taitto eli tekstin ja kuvien asettelu paperille. Hyvin taitettu, ilmava ohje houkuttelee lukemaan. Taitto alkaa suunnittelumallista, jossa ohjeen elementit, otsikot, tekstit ja kuvat asetellaan paikoilleen. Se ohjaa ohjeen kirjasintyyppin ja -koon, rivivälit, palstojen, marginaalinen ja tekstin korostuksen. Yleensä ohjeet tehdään joko pystyyn- tai vaakaan asetelluille A4-arkeille. Pystymalli toimii parhaiten yksi- ja kaksisivuisilla ohjeilla, mutta monisivuinen ohjekirjanen toimii myös vaakamallisena. Marginaalit ovat osa ohjeen rakennetta ja niissä kannattaa suosia eri leveyksiä niin, että alamarginaali on ylämarginaalia leveämpi. Tekstin voi jakaa joko yhdelle tai kahdelle palstalle. Kirjasintyyppin valinnassa tärkeintä on, että kirjaimet erottuvat selvästi toisistaan. Otsikoissa voi käyttää suuraakkosia ja leipäteksti kirjoitetaan pienaakkosilla. Otsikot voi erottaa muusta tekstistä lihavoinnilla, isommalla fonttikoolla tai toisella kirjasintyyppillä. Tekstissä paras korostuskeino on lihavointi. (Torkkola ym. 2002, 53 – 59.)

5.2 Hyvä koulutus

Koulutuksen järjestäminen on tavoitteellista toimintaa, jonka tavoitteena on lisätä osallistujien oppimista. Koulutuksen järjestäminen alkaa suunnittelulla. Määritellään kohderyhmä, jolle koulutus järjestetään. Koulutukselle määritellään tavoitteet ja niiden saavuttamiseksi päätetään sisällöt. Mietitään myös käytettävät opetusmenetelmät, joilla koulutukselle asetettuihin tavoitteisiin päästään. Koulutuksen arviointi ja palaute, joka siitä annetaan ja saadaan, tulee suunnitella osaksi koulutusta. Arvioinnin ja palautteen tulisi kohdistua koulutusprosessin lisäksi siihen, mitä osallistujat ovat oppineet. (Mykrä & Hätönen 2008, 7 – 8.)

Koulutuksen toteutuksessa kouluttajan tekemä koulutussuunnitelma alkaa ”elää”. Koulutuksen tarkoituksena on saattaa osallistujat uuden tiedon ääreen, mutta oppiakseen uutta heidän tulee tehdä se omista lähtökohdistaan. Koulutus koostuu sekä käytetyistä opetusmenetelmistä että opetustyylistä, ja molemmilla on yhtä suuri vaikutus osallistujien motivaatioon ja saavutettuun oppimiseen. Koulutuksessa kouluttaja käyttää etukäteen suunnittelemaansa opetusmenetelmiä, mutta tilanteen mukaan hän voi käyttää myös spontaanisti eri opetusmenetelmiä. Monipuolisesti havainnollistamalla, esimerkiksi demonstroimalla tai videoiden avulla, kouluttaja voi monipuolistaa, pelkistää tai konkretisoida käsiteltävää asiaa. (Mykrä & Hätönen 2008, 7 – 8.)

Koulutukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi suunnitellaan opetusmenetelmät, joita käytetään. Suunnitelman pohjalta voidaan miettiä ja soveltaa erilaisia opetusmenetelmiä ja yhdistellä niitä sopivien toimintatapojen löytämiseksi. Eri menetelmiä kannattaa yhdistellä järkeväksi kokonaisuudeksi. Näin saadaan myös osallistujien motivaatio ja kiinnostus pysymään yllä ja huomioidaan myös tyyliltään erilaiset oppijat. Joidenkin tavoitteiden saavuttamiseksi on useita hyviä menetelmiä, mutta toisaalta on myös huonosti yhteen sopivia tavoitteita ja menetelmiä. Opetusmenetelmät itsessään eivät ole toimivia tai toimimattomia ja onnistuminen tai epäonnistuminen ei riipu valitusta menetelmästä. Opetusmenetelmän toimivuuteen vaikuttavat tavoitteiden lisäksi niiden soveltaminen, kouluttajan menetelmien hallinta ja opetustyyli, annetut

ohjeet ja tehtävät, osallistujien aktiivisuus ja ympäristötekijät. (Hyppönen & Linden 2009, 34.)

Koulutustilaisuus etenee oppimisprosessin mukaisesti seuraavien vaiheiden kautta: motivointi, orientointi, sisäistäminen, ulkoistaminen, arviointi ja kontrolli. Motivoinnissa herätetään sisällöllistä mielenkiintoa käsiteltävää asiaa kohtaan. Koulutettava tiedostaa ristiriidan opittavan asian ja oman aikaisemman tiedon välillä. Orientointi tarkoittaa, että koulutettava muodostaa itselleen orientaatioperustan käsiteltävään aiheeseen. Sisäistämisessä koulutettava muuttaa aikaisempaa ajattelu- ja toimintamallia uuden tiedon avulla. Ulkoistamisessa sovelletaan opittavaa asiaa niin, että sen avulla ratkaistaan konkreettisia ongelmia. Arvioinnissa tarkastellaan kriittisesti opittavaa ajattelu- ja toimintamallia. Kontrollissa koulutettava arvioi omaa oppimistaan. (Engeström 1987, 45 – 50.)

Koulutustilaisuus alkaa yleensä lyhyellä teoriaosuudella, jota seuraavat käytännön harjoitukset. Jos koulutuksen tarkoituksena on opetella esimerkiksi asentohoidon toteutusta, asia on hyvä ensin demonstroida. Tämän jälkeen osallistujat pääsevät itse harjoittelemaan asiaa. Harjoittelussa on tärkeää, että teoria ja käytäntö kohtaavat ja osallistujat ymmärtävät näiden yhteyden. Osallistujilla tulee olla mahdollisuus esittää kysymyksiä missä tahansa kohtaa koulutusta, jos jokin asia mietityttää tai on epäselvä. Koulutustilaisuuden loppuksi osallistujille annetaan palautetta siitä, miten koulutus on mennyt. Osallistujilta myös pyydetään palautetta siitä, mitä he ovat oppineet ja miten koulutusta heidän mielestään voisi kehittää.

Engeström (1987, 161 – 163) on koonnut opetuksen ”kultaiset säännöt”, joita voidaan soveltaa myös koulutustilaisuuksiin: 1) Vähemmän on enemmän – yksi kunnolla opittu asia on arvokkaampi kuin sata näennäisesti opittua tiedonsirpaletta. 2) Valmiiden yksittäisten tietojen ja taitojen sijaan kysy miksi-kysymyksiä ja rohkaise koulutettaviakin tekemään niin. 3) Herätä koulutettavissa sisällöllinen mielenkiinto käsiteltävään asiaan. Osoita koulutettavien entisten tietojen riittämättömyys käsiteltävään aiheeseen. 4) Laadi opittavasta aiheesta orientaatioperusta yksinkertaisena mallina. 5) Pyri täydelliseen

oppimisprosessiin, joka sisältää motivoinnin, orientoinnin, sisäistämisen, ulkoistamisen, arvioinnin ja kontrollin. 6) Suunnittele koulutustilaisuus. Jaa kokemuksia toisten kouluttajien kanssa ja ole valmis muuttamaan omaa toimintaasi. 7) Kehitä itseäsi kouluttajana. Vaadi koulutettavilta riittävästi, mutta muista osoittaa kunnioitusta.

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä saattohoitokoti Karinakodin työntekijöiden osaamista saattohoitopotilaan asentohoidosta ja hengitystä tukevasta asentohoidosta. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa saattohoitokoti Karinakotiin ohje ja koulutustilaisuus (1 – 2 h) saattohoitopotilaan asentohoidosta ja hengitystä tukevasta asentohoidosta.

7 Opinnäytetyöprosessi

Minulla heräsi kiinnostus kinestetikkaan syksyllä 2010, kun näin kurssi-ilmoituksen kinestetikan peruskurssista, joka järjestettiin Joensuussa. Olin opettanut ergonomiaa ammattiopistossa lähihoitajaopiskelijoille ja kaipasin opetukseen jotakin uutta. Kinestetikka vastasi tähän tarpeeseen ja vahvisti käsitystäni ihmisestä liikkuvana, tuntevana ja voimavaraisena yksilönä. Peruskurssin käytyäni kävin kinestetikan jatkokurssin syksyllä 2011 Kankaanpäässä sekä Liikkumista ja toimintoja tukeva asentohoito - koulutuksen syksyllä 2012 Kiteellä. Kursseilta saamiani oppeja olen hyödyntänyt sekä ergonomian tai paremminkin potilassiirtojen opetuksessa että hoitotyössä niin keikkalaisena kuin harjoittelujaksoilla.

Kun Karinakodissa harjoittelua tehdessäni tuli esille tarve saattohoitopotilaan asentohoidosta ja hengitystä tukevasta asentohoidosta, oli selvää, että

kinestetiiikan näkökulma tulee siihen mukaan. Haastateltuani Karinakodin vastaavaa hoitajaa, apulaisosastonhoitajaa ja työntekijöitä päädyimme siihen, että teen ohjeen saattohoitopotilaan asentohoidosta ja hengitystä tukevasta asentohoidosta. Ohjeen käyn esittelemässä Karinakodin työntekijöille koulutustilaisuudessa toukokuussa.

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on käytännön työn ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Tuotos voi olla ohje, ohjeistus, kansio, vihko, opas, cd-rom, näyttely tai tapahtuma. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi, ja se sisältää aina raportin ja produktin. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tekemisessä on suositeltavaa, että opinnäytetyöllä on toimeksiantaja. Työelämästä saatu aihe opinnäytetyölle antaa opiskelijalle mahdollisuuksia näyttää osaamistaan laajemmin, tukee ammatillista kasvua, herättää työelämän kiinnostusta itseän ja mahdollisesti työllistää opiskelijan. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 16 – 17.)

Opinnäytetyössä työn idean ja tavoitteiden tulee olla tiedostettuja, harkittuja ja perusteltuja. Näiden näkyväksi tekemiseksi tehdään työsuunnitelma, jonka avulla vastataan kysymyksiin, mitä tehdään, miksi tehdään ja miten tehdään. Työsuunnitelman avulla opiskelija jäsentää itselleen ensiksi, mitä on tekemässä, toiseksi osoittaa, että hän kykenee johdonmukaiseen päättelyyn ja työskentelyyn, ja kolmanneksi se on lupaus siitä, mitä aiotaan tehdä. Työsuunnitelma aloitetaan yleensä lähtötilanteen kartoituksella eli selvitetään, mitä omasta ideasta on aiemmin tutkittu. Tässä vaiheessa rajataan ongelma, päätetään, millainen käytännön ongelma ratkaistaan ja mikä merkitys aiheella kohderyhmälle on. Seuraavaksi päätetään millaisilla keinoilla työlle asetetut tavoitteet saavutetaan ja mistä tarvittava teoreettinen tieto hankitaan. Opinnäytetyön aikataulu suunnitellaan myös työsuunnitelmassa. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 26 – 27.)

Toiminnallisessa opinnäyteydessä opiskelija kielellistää työprosessin valmiiksi opinnäytetyöraportiksi. Raportti on teksti, josta selviää, mitä, miksi ja miten opiskelija asioita teki, millainen prosessi oli ja millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin hän päätyi. Raportissa tulee esille myös oman prosessin, tuotoksen ja oppimisen arviointi. Opinnäytetyö on sekä ammatillisen että persoonallisen kasvun väline, ja se kertoo lukijalle opiskelijan ammatillisesta osaamisesta. Parhaimmillaan opinnäytetyöraportti on yhtenäinen ja johdonmukainen kirjallinen esitys, joka on syntynyt vaiheittain ja mahdollistaa kirjoittajan ja lukijan välisen vuorovaikutuksen. (Vilka & Airaksinen 2004, 65 – 67.)

7.2 Ohjeen ja koulutustilaisuuden suunnittelu

Toiminnallisen osuuden haluan pitävän sisällään selkeän ja helppolukuisen ohjeen, joka on konkreettinen ja hoitajien työtä tukeva. Ohjeen tueksi haluan järjestää koulutustilaisuuden, jossa ohje esitellään toimeksiantajalle. Helmikuun lopulla olin yhteydessä toimeksiantajaan, jolloin sovimme koulutustilaisuuden ajankohdan. Lähetin Karinakotiin tiedotteen (liite 1) toiminnallisesta opinnäytetyöstäni ja pyysin toiveita ohjeen ja koulutustilaisuuden sisällöstä. Vastaukset ohjeen ja koulutustilaisuuden sisällöstä sain 22.3 (liite 2). Ajatukset olivat samanlaisia kuin itsellenikin – ohjeesta haluttiin yksinkertainen, selkeä, käytännönläheinen ja siihen toivottiin kuvia asentohoidon toteuttamisesta. Koulutustilaisuudessa toivottiin käsiteltävän asentohoidon toteutusta, sängyn maksimaalista hyödyntämistä sekä hoitajan ergonomian ja turvallisuuden huomioimista.

Ennen toiminnallisen osuuden suunnittelua keräsin tietoperustan kinestetikasta saattohoitopotilaan asentohoidossa. Tietoperustan kerääminen ennen toiminnallisen osuuden suunnittelua oli luonnollinen ratkaisu, koska sillä tavalla sain päivitetyn tiedon ohjetta ja koulutustilaisuutta varten. Se myös helpotti ohjeen ja koulutustilaisuuden suunnittelua ja vähensi korjaustyötä.

Ohjeen sisällöstä ja asetelusta minulla oli selkeä näkemys alusta alkaen. Karinakodista saamani palaute ohjeen sisällöstä vahvisti tätä näkemystä.

Sisällöksi halusin lyhyen teoreettisen kuvauksen kinestetikasta ja asentohoidosta kinestetikassa. Tämän lisäksi ohjeeseen tulisi kuvat ja lyhyet teoreettiset kuvaukset eri asentohoidoista. Kuvissa halusin näkyvän asentohoidon toteutuksen sekä niin sanotuilla asentohoitotyynyillä että ilman tätä asentohoitotyynyä. Jos ja kun asentohoitotyynyä ei ole käytettävissä, ohjeen lukijalle välittyy informaatio, että asentohoitoa voi toteuttaa myös muita vaihtoehtoja käyttäen.

Ohjeen valokuvat otti lähihoitaja Sinna Rahunen Canonin järjestelmäkameralla ja mallina esiinnyn minä. Kuvissa näkyvä asentohoitotyyny ja muu asentohoitomateriaali saatiin lainaan Sinna Rahusen työpaikalta. Kuvat on otettu hänen työpaikallaan kahtena päivänä peräkkäisillä viikoilla. Kuvat halusin otettavan niin, että jokaisesta asentohoitoasennosta näkyvät tyynyjen asettelu, asiakas tyynyjen edessä ja asiakas tyynyjen päällä asennossa. Kuvakulmia mietimme yhdessä valokuvia ottaessamme ja hän kuvasi eri asennot useammasta eri kuvakulmasta. Ohjeeseen valitut kuvat valikoituivat otettujen kuvien joukosta sen perusteella, mikä palveli kokonaisuutta parhaiten. Kuvien asettelusta tein kaksi eri versiota. Ennen kuvia, sivun yläreunaan, kirjoitin jokaisesta asentohoitovaihtoehdosta lyhyen teoreettisen kuvauksen. Kuvien viereen kirjoitin havainnollistavat kuvatekstit. Ohjeen kansikuvaksi valitsin kuvan, jonka otin harjoittelujaksonei aikana Karinakodin ikkunasta. Halusin kansikuvan olevan rauhallisen ja tuovan esille sen, että ohje on tehty Karinakotiin.

Tulostin ohjeen A4-kokoon, koska siinä valokuvat ja teksti ovat helposti luettavissa ja riittävän suuret. Kunkin asennon kuvat sijoitin aina samalle sivulle. Näin asennon hahmottaminen on helpompaa ja sivun voi tarvittaessa tulostaa asiakkaan huoneen seinälle muistuttamaan asentohoidon toteuttamisesta. Halusin ohjeesta värillisen, jotta asentohoitomateriaalin asettelu tulee paremmin esille. Tekstissä käytin tummennuksia tärkeiden kohtien korostamiseksi. Muokkasinkin ohjetta sekä toimeksiantajan että opinnäytetyön ohjausryhmän palautteen perusteella, ja halusin säilyttää myös oman näkemykseni valmiissa tuotteessa.

Koulutustilaisuuden suunnittelun aloitin yhtä aikaa ohjeen suunnittelun kanssa. Koulutustilaisuudessa, jonka pidän Karinakodissa 8.5, on tarkoitus esitellä ja jalkauttaa ohje käytäntöön, joten suunnittelu eteni loogisesti yhtä aikaa. Koulutustilaisuudesta on tarkoitus tehdä sellainen, jossa tilaisuuteen osallistujat oppisivat uutta tai saisivat uusia ideoita ja näkökulmia saattohoitopotilaan asentohoidon toteutukseen. Karinakodin työntekijöistä suurin osa on työskennellyt saattohoitopotilaiden kanssa pitkään, joten aihe on heille tuttu, mutta näkökulma uusi. Koulutustilaisuudesta haluan tehdä mahdollisimman käytännönläheisen. Kun kyseessä on käytännön taito, jota opetellaan, haluan pitää teoreettisen orientaatio- osuuden mahdollisimman lyhyenä.

Haluan aktivoida osallistujia ja saada heitä nostamaan teemaan liittyviä kysymyksiä esille. Aktivointi on tarkoitus suorittaa käyttämällä opetusmenetelmänä porinaryhmää. Porinaryhmä tarkoittaa opetuksen yhteydessä käytettyä, lyhyttä 2 – 10 minuutin keskusteluhetkeä pareittain tai pienissä ryhmissä toteutettuna. Osallistujat keskustelevat teemaan liittyvästä aiheesta kysymyksen tai väittämän pohjalta. (Mykrä & Hätönen 2008, 41.)

Porinaryhmän jälkeen on tarkoitus demonstroida eri asentohoitovaihtoehdot käytännössä. Tämän jälkeen osallistujat pääsevät harjoittelemaan asentoja pareittain tai pienryhmissä. Käytännön harjoittelussa huomioin myös etukäteistoiveet sängyn hyödyntämisestä ja ergonomian huomioimisesta. Tunnin loppuun jätän aikaa kysymyksille ja keskustelulle sekä palautekyselyn täyttämiseksi. Keskustelun mahdollisuus on olemassa koko koulutustilaisuuden ajan.

Opetusmenetelmien valinnan jälkeen hahmottelin kirjallisen koulutussuunnitelman (liite 3). Koulutussuunnitelmaan kirjasin koulutustilaisuuden aihe-alueet ja keskeiset sisällöt. Tässä vaiheessa tein myös alustavan aikataulusuunnitelman. Laadin koulutustilaisuudesta palautekyselyn (liite 4). Palautekysely sisältää kuusi kysymystä, jotka liittyvät koulutustilaisuuden sisältöön, hyödynnettävyyteen ja omaan esiintymiseeni. Palautekysely jaetaan osallistujille koulutustilaisuuden alussa ja täytetään sen loppuksi. Vastaukset voi jättää joko anonymisti tai omalla nimellä varustettuna.

7.3 Ohjeen ja koulutustilaisuuden toteutus ja arviointi

Ohjeesta tuli selkeää, helposti luettava ja informatiivinen, jossa kuvat eri asentohoitovaihtoehtoista ovat keskeisessä osassa, jokainen asento omalla sivullaan. Ohjeen alkuun sijoitin suunnitelman mukaisesti lyhyen, yhden sivun mittaisen, teoreettisen kuvauksen kinestiikasta ja asentohoidosta. Ohjeen kuvien asettelusta tein kaksi versiota, jotka lähetin sähköpostitse toimeksiantajalle kommentoitavaksi. Versiossa yksi kuvat on aseteltu sivulle vinottain, aina yhden asennon kuvat samalle sivulle. Versio kaksi on muuten samanlainen kuin yksi, mutta kuvat ovat sijoitettu sivulle allekkain.

Karinakodista saamani palautteen perusteella tekstin määrä ohjeessa on sopiva ja riittävän informatiivinen. Kuvien asetteluista vaihtoehto yksi miellytti Karinakodin työntekijöitä enemmän, joten valitsin sen valmiiseen ohjeeseen. Pyörustin valokuvien reunat ja asettelin kuvat keskelle sivua niin, että marginaalit ja kuvien etäisyydet toisistaan ovat yhtä suuret. Hyväksi Karinakodin hoitajat kokivat myös sen, että jokainen asento on sijoitettu omalle sivulleen ja asennon kriittiset tekijät ovat kuvatekstissä.

Koulutustilaisuuden ohjeen tueksi ja jalkauttamiseksi pidin Karinakodissa 8.5 klo 13.30 – 14.40. Koulutustilaisuuden ajankohdan sovin Karinakodin apulaisosastonhoitajan kanssa helmikuun lopulla. Toukokuun alkuun se sijoittui Karinakodissa alkuvuonna tapahtuvien organisaatiomuutosten takia. Tiistaisin vuoroviikoin Karinakodissa on vuoron vaihtuessa joko työpaikkapalaveri tai työnohjaus, joten päivä ja kellonaika olivat luonnollinen valinta. Vuoron vaihtuessa myös henkilökunnan määrä on suurimmillaan ja koulutuksen kattavuus parhaimmillaan. Päädyimme apulaisosastonhoitajan kanssa yhteen koulutustilaisuuteen siksi, että matka Turkuun on pitkä ja Karinakodissa ei ole mahdollisuutta järjestää koulutusta kahtena peräkkäisenä päivänä.

Koulutustilaisuus eteni ja toteutui suunnitelman (liite 3) mukaisesti. Suunnitellun kahden tunnin sijaan tilaisuus kesti hieman reilun tunnin. Lyhempi kesto johtui siitä, että koulutustilaisuuteen osallistuneet hoitajat eivät olleet halukkaita kokeilemaan asentohoitoasentoja toisillaan. Koulutustilaisuuteen osallistui viisi

hoitajaa ja yksi opiskelija, joka ei vastannut palautekyselyyn. Maksimissaan koulutustilaisuuden osallistujamäärä olisi voinut olla seitsemän, mutta kaksi aamuvuorossa ollutta hoitajaa eivät omien aikataulujensa vuoksi osallistuneet siihen.

Porinaryhmässä nousi heräsi keskustelua siitä, että mikroasentohoidon toteuttaminen vie käytännössä paljon aikaa. Tämä ajatus hälventyi kuitenkin asentohoitojen demonstraatiovaiheessa, kun hoitajat näkivät miten pienillä asentohoitomateriaalien siirroilla saadaan asentoa muutettua. Asentohoitojen demonstraation osallistujat kokivat erityisen antoisana. Demonstraation yhteydessä kävimme osallistujien kanssa vilkasta keskustelua asentohoitojen toteuttamisesta ja eri vaihtoehdoista. Osallistujat esittivät kysymyksiä tilaisuuden kuluessa, aina kysymyksen mieleen tullessa.

Palaute koulutustilaisuudesta oli positiivista. Kaikki vastaajat kokivat oppineensa uutta. Erityisesti V-A-T-I- asentohoito oli uutta ja toisaalta myös se, että pienillä asioilla (mikroasentohoito) on merkitystä. Yksi vastaaja oli aikaisemmin käyttänyt pieniä asennonvaihtoja ja painonsiirtoja omassa työssään, mutta hän ei tiennyt, että sitä kutsutaan mikroasentohoidoksi. Koulutustilaisuus vastasi kaikkien vastaajien/osallistujien odotuksia ja ylittikin ne. Yksi osallistuja toivoi, että koulutuksessa olisi lisäksi ollut potilassiirtoja kinestetikan näkökulmasta. Koulutustilaisuuden antia, varsinkin V-A-T-I- asentohoitoa, osallistujat aikovat hyödyntää käytännön potilastyössä. Koulutustilaisuuden tiedon osallistujat ajattelevat siirtyvän koko työyhteisön käyttöön sillä, että itse aktiivisesti kokeilevat ja käyttävät asentohoitoja ja kertovat niistä koko työyhteisölle. Vastaajat olivat sitä mieltä, että on hyvä, että ohjekirja ja varsinkin kuvalliset ohjeet jäävät Karinakotiin. Koulutustilaisuuden rakennetta ja asioiden esittämistä osallistujat pitävät loogisena ja selkeänä. Esiintymistäni osallistujat pitivät selkeänä, rauhallisena ja asiantuntevana.

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ohje ja koulutustilaisuus saattohoitokoti Karinakotiin saattohoitopotilaan asentohoidosta ja hengitystä tukevasta asentohoidosta kinestetiikan näkökulmasta. Ohje jää kirjallisena tuotoksena Karinakotiin. Kävin pitämässä koulutustilaisuuden Karinakodissa 8.5 klo 13.30 - 14.40. Ohjekirjan ja koulutustilaisuuden tavoitteena oli lisätä saattohoitokoti Karinakodin työntekijöiden osaamista saattohoitopotilaan asentohoidosta ja hengitystä tukevasta asentohoidosta.

Opinnäytetyön aihe tuli esille tehdessäni syventävää harjoittelua loka-joulukuussa 2017 saattohoitokoti Karinakodissa. Aihe nousi esille etsiessäni aihetta palliatiivisen hoidon kehittäminen- kurssin kehittämistehtävään. Tuon kehittämistehtävän tein kuitenkin saattohoitopotilaan suunhoidosta, mutta ajatus asentohoidosta jäi mieleeni. Haastateltuani Karinakodin työntekijöitä päädyimme yhdessä siihen, että teen opinnäytetyöni saattohoitopotilaan hengitystä tukevasta asentohoidosta. Opinnäytetyön olisi voinut tehdä niin sanotusta perinteisestä näkökulmasta, mutta halusin tehdä sen kinestetiikan näkökulmasta. Kinestetiikan toimintamallin mukaisesti työskennellessäni ja siitä työntekijöille kertoessani heräsi heillä kiinnostus mallia kohtaan. Koska toimintamalli ei ole työntekijöille entuudestaan tuttu, oli selvää, että teen työn kinestetiikan näkökulmasta. Kinestetiikan näkökulma ja toimintamalli eivät poissulje saattohoitopotilaan hengityksen helpottamista niin sanotuin perinteisin keinoin, vaan nämä vaihtoehdot tukevat toisiaan.

Joulukuussa 2017 tein alustavia tiedonhakuja aiheesta. Pohdin tuolloin vielä niin sanotun perinteisen asentohoidon ja kinestetiikan toimintamallin mukaisen asentohoidon vertaamista. Päädyin kuitenkin selkeyden vuoksi ottamaan työhön mukaan pelkästään kinestetiikan näkökulman. Opinnäytetyön aihesuunnitelman kirjoitin tammikuussa 2018, jolloin myös opinnäytetyön teoreettiseksi lähtökohdiksi valikoituivat kinestetiikka, asentohoito sekä hyvä ohje ja

koulutustilaisuus. Teoriaa aloin kirjoittaa tammikuun lopulla, ja tammi-helmikuu 2018 oli aktiivista teorian kirjoittamisen aikaa. Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin helmikuun lopussa. Maaliskuussa työ ei paljoakaan edennyt töiden ja muiden kiireiden vuoksi. Huhtikuussa tyttäreni otti kanssani ohjeen valokuvat, ja jatkoin teorian kirjoittamista. Kokosin ohjeen ja suunnittelin koulutustilaisuutta yhtä aikaa, koska koulutustilaisuus tukee ohjetta ja on tarkoitettu ohjeen tueksi. Toukokuussa (8.5) pidin koulutustilaisuuden, jolloin myös toimeksiantosopimus (liite 5) allekirjoitettiin. Koulutustilaisuuden pitämisen jälkeen oli vuorossa koulutuksen arviointi, ohjeen (liite 6) viimeistely ja raportin kirjoittaminen loppuun. Opinnäytetyön esitys tapahtui toukokuussa ja työn viimeistely esityksen jälkeen. Työn on tarkoitus olla valmis toukokuussa.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä käytetyt lähteet ovat tuoreita, alle 10 vuotta vanhoja. Vanhempia lähteitä ovat toiminnallisen opinnäytetyön menetelmäkirja (2004), potilasohjeiden kirjoittamisen kirjat (2002, 2005) ja Engeströmin (1987) kirja opetuksesta. Näissä vanhemmissa lähteissä oleva tieto on edelleen ajantasaista, ja toisaalta uudempia kirjoja toiminnallisesta opinnäytetyöstä ja potilasohjeista ei ole ilmestynyt. Engeströmin kirja on klassikkoteos, jonka asiat ovat edelleen paikkaansa pitäviä, vaikka oppimiskäsitykset muuttuvat koko ajan.

Kuntouttava ja voimavaralähtöinen näkökulma hoitotyössä on tärkeää ja kinestetiikka tarjoaa siihen hyviä välineitä. Virpi Hantikaisen on tuonut kinestetiikan vuonna 1997 Suomeen Sveitsistä ja Suomen kinestetiikkayhdistys ry. on perustettu vuonna 2009 (Suomen Kinestetiikkayhdistys ry. 2016). Kinestetiikan peruskurssin käyneitä hoitajia ja fysioterapeutteja on noin 7000, ja määrä kasvaa koko ajan (Hantikainen 2015). Syventävän kurssin käyneitä on noin 1000, tutoreita 80 ja kinestetiikkakouluttajia 11 (Hantikainen 2015; Jyväskylän koulutuskuntayhtymä 2016). Suomen Kinestetiikkayhdistys järjestää avoimia kursseja, joihin voivat osallistua kaikki kinestetiikasta kiinnostuneet hoitotyöntekijät. Tämän lisäksi järjestetään työpaikkakohtaisia koulutuksia, jotka on tarkoitettu tietyn työyhteisön jäsenille. Tutorkoulutuksen käyneiden tehtävänä

on ohjata ja tukea hoitotyöntekijöitä kinestetiikan periaatteiden soveltamisessa heidän omissa työyksiköissään. (Suomen Kinestetiikkayhdistys ry. 2016.) Jos kinestetiikan halutaan muuttuvan oikeasti käytännöksi työpaikalla, tarvitaan työyksiköissä näitä tutoreita. Kinestetiikkakoulutuksen sisällyttäminen ammatilliseen perus- ja jatkokoulutukseen tavalla, joka mahdollistaa laadullisesti korkeatasoisen kinestetiikan opetuksen, on suunnitteilla (Hantikainen 2015). Kinestetiikan näkyminen opetussuunnitelmassa edellyttää opettajilta vähintään tutortason koulutusta (Jyväskylän koulutuskuntayhtymä 2016).

Raportin teoriaosuuteen hain tutkittua tietoa sekä kotimaisista että ulkomaisista tietokannoista. Tutkimuksia löytyi saattohoidosta ja asentohoidosta paljon, kinestetiikasta jonkin verran, mutta yhdistettynä toisiinsa hyvin vähän. Kinestetiikasta on kirjoitettu englanniksi, mutta melkein kaikissa tutkimusartikkeleissa se on yhdistetty hoitajien ergonomiaan tai siirtymisen avustamiseen. Kinestetiikasta on tehty yksi väitöskirja (Gattinger 2017), jossa kehitettiin ja evaluoitiin kaksi mittaria hoitohenkilökunnan osaamisperustan arviointiin liikkumisen avustustilanteissa. Saksaksi kinestetiikasta on kirjoitettu enemmän, mutta oma saksan kielen taitoni on niin huono, että näitä saksankielisiä artikkeleita en ottanut työhöni mukaan.

Saattohoitopotilaan asentohoitoa kinestetiikan näkökulmasta ei ole missään tutkittu, eikä tietooni ole tullut, että saattohoitopotilaan asentohoidosta olisi pidetty koulutusta. Suomen Kinestetiikkayhdistys ry. (2016) on omassa koulutusmateriaalissaan sivunnut saattohoitopotilaan asentohoitoa, mutta omana kokonaisuutenaan siitä ei ole kirjoitettu tai sitä ei ole tutkittu. Suomen Kinestetiikkayhdistys on kirjoittamassa uutta asentohoito-opasta ja kirjaa, jossa saattohoitopotilaan asentohoito tulee esille. Näitä materiaaleja ei ole vielä käytettävissä. (Hantikainen 2018b.)

Saattohoitopotilaan asentohoidosta löysin yhden opinnäytetyön (Heimonen 2014), jossa asentohoitoa on tarkasteltu niin sanotusta perinteisestä näkökulmasta. Kinestetiikan merkitys painehaavojen ehkäisyssä (Havaluoto & Jarva, 2015) -opinnäytetyössä tarkasteltiin kinestetiikan merkitystä painehaavojen ehkäisyssä ja tässä työssä yhtenä osa-alueena oli asentohoito,

mutta sitä käsiteltiin osana painehaavojen ehkäisyä, joten käsittely oli suppeampaa kuin omassa työssäni. Muita opinnäytetöitä, joissa asentohoitoa olisi kinestetiikan näkökulmasta tarkasteltu, en löytänyt.

Kinestetiikan lähteinä käytin Suomen Kinestetiikkayhdistyksen verkkosivuja, joilla kirjoittajina toimivat kinestetiikan kouluttajat ja asiantuntijat. Lähteinä minulla oli myös kinestetiikan perus- ja jatkokurssin sekä asentohoitokoulutuksen kurssimateriaalit, jotka olen saanut osallistuttuani koulutuksiin. Olen ollut sähköpostitse yhteydessä Kinestetiikkayhdistyksen puheenjohtajaan, kinestetiikkakouluttaja, esh, TtT Virpi Hantikaiseen, jolta sain ideoita lähteisiin ja työn sisältöön. Virpi Hantikainen on myös tarkistanut asioiden oikeellisuuden kinestetiikan osalta. Opinnäytetyö on kirjoitettu Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukaisesti. Olen ottanut huomioon plagiointisäännökset ja lähdemerkinnät on tehty asianmukaisesti.

Olen raportoinut opinnäytetyön vaiheet järjestelmällisesti. Käytetyt hakusanat olen kirjoittanut itselleni muistiin ja internetlähteet tallentanut muistitikulle. Näin niihin voi tarvittaessa palata. Valokuvissa esiinnyn itse, ja kuvaajana toimi tyttäreni, lähihoitaja Sinna Rahunen. Asentohoitotyön sain lainaksi tyttäreni työpaikalta ja valokuvat on otettu kyseisessä hoivakodissa.

8.3 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyön tekeminen yksin on ollut haasteellista, kun ei ole ollut työparia, jonka kanssa olisi voinut pohtia asioita. Ratkaisut ja valinnat olen joutunut tekemään yksin. Tukea oikeiden asioiden tekemiseen olen saanut opinnäytetyön ohjausryhmältä ja kinestetiikan toimintamallin asiantuntijalta. Asetin opinnäytetyön valmistumiselle aikataulutavoitteen, joka ei täysin toteutunut. Tämä opetti minulle, että yllätyksiin tulee varautua ja aikataulut saattavat muuttua itsestä riippumattomista syistä.

Opinnäytetyön tekeminen on prosessi. Olen oppinut työskentelemään prosessissa, jolloin asiat on voinut jättää tarvittaessa taka-alalle ikään kuin

”hautumaan”. Niihin on voinut sitten palata silloin, kun itsellä on ollut aikaa ja intoa. Tieto kinestetikasta ja asentohoidosta sekä hengitystä tukevasta asentohoidosta on lisääntynyt ja syventynyt. Ymmärrys ja luottamus omaan osaamiseen ja laaja-alaiseen osaamiseen on vahvistunut työn tekemisen aikana.

8.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehittämismahdollisuudet

Opinnäytetyötä ja sen tuotoksena toteutettua ohjetta voidaan hyödyntää Karinakodissa koko henkilökunnan työn tukena sekä henkilökunnan koulutuksessa. Ohjetta voidaan hyödyntää myös muissa saattohoitokodeissa, saattohoitoyksiköissä ja hoitolaitoksissa, joissa saattohoitopotilaita hoidetaan. Opinnäytetyön jatkokehittämismahdollisuutena voisi olla niin sanotun perinteisen asentohoidon ja kinestetikan mukaisen asentohoidon vertailu tai opinnäytetyö ja ohje, jossa molemmat ovat mukana. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, miten hyvin saattohoitopotilaan asentohoito on toteutunut Karinakodissa kinestetikan toimintamallin mukaisesti.

Lähteet

- Engeström, Y. 1987. Perustietoa opetuksesta. Helsinki: Valtionvarainministeriö. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10224/3665/engestr%C3%B6m1-175.pdf?sequence=2>. 24.2.2018.
- Gattinger, H. 2017. Development and evaluation of two instruments to assess nursing staff's competence in mobility care based on kinaesthetics. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Sarja D osa- tom. 1310. Väitöskirja.
- Hagström, K. 2016. Liikkumista ja toimintoja tukeva asentohoito. Seinäjoki. Suomen Kinestetiikkayhdistys ry.
- Hagström, K., Alanko, C., Lähdesmäki, I. & Hantikainen, V. 2014. Kinestetiikka tehohoitopotilaan kuntoutuksessa. Tehohoito 32 (1), 50 – 54.
- Hantikainen, V. 2015. Puheenjohtajan terveiset. Kinestetiikkayhdistys ry. Jäsenlehti 3/2015. http://www.kinestetiikka.fi/wp-content/uploads/2017/04/Kine_Lehti_2015_3.pdf. 19.5.2018.
- Hantikainen, V. 2018a. Opinnäytetyö. [virpi.hantikainen\(at\)bluewin.ch](mailto:virpi.hantikainen@bluewin.ch). 5.4.2018.
- Hantikainen, V. 2018b. Asentohoito. [virpi.hantikainen\(at\)bluewin.ch](mailto:virpi.hantikainen@bluewin.ch). 5.2.2018.
- Hantikainen, V. & Hagström, K. 2012. Liikkumista ja toimintoja tukeva asentohoito. Seinäjoki. Suomen kinestetiikkayhdistys ry.
- Hantikainen, V. & Hagström, K. 2015. Kinestetiikka intraoperatiivisessa hoitotyössä. Spirium 50 (2), 28 – 31.
- Hantikainen, V. & Lappalainen, R. 2011. Kinestetiikan peruskurssi työkirja. Seinäjoki. Suomen kinestetiikkayhdistys ry.
- Havaluoto, M. & Jarva, L. 2015. Kinestetiikan merkitys painehaavojen ehkäisyssä. Oppaan laatiminen. Vaasan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Heimonen, H. 2014. Kivun määrittäminen, asentohoidot ja passiiviset liikehoidot palliatiivisessa ja saattohoidossa. Opas omaisille. Karelia-ammattikorkeakoulu. Fysioterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Hyppönen, O. & Linden, S. 2009. Opettajan käsikirja – opintojakson rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi. Espoo. Teknillisen korkeakoulun Opetuksen ja opiskelun tuen julkaisu 4/2009.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Helsinki. Duodecim 121 (16), 1769 – 73.
- Hänninen, J. 2015a. Saattohoitoa kenelle, milloin ja missä. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 256 – 259.
- Hänninen, J. 2015b. Oireiden esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 32 – 34.
- Hänninen, J. 2015c. Vaikeasti hengityssairaana elämän loppuvaiheen hoito. <http://www.hengityskanava.fi/arkisto/katsele/vaikeasti-hengityssairaana-elaman-loppuvaiheen-hoito.html>. 23.1.2018.
- Institute for Innovations in Healthcare and Applied Nursing Science 2007. Micro-positioning – A supportive measure for the prevention of secondary diseases. <http://www.thevo.info/en/downloads/dl-finland/nursinginfos-fin/151-nursinginfo-6-fin>. 23.1.2018.

- Jyväskylän koulutuskyntäyhtymä 2016. Aikuisopisto toi kinestetiiikan koulutuksen Keski-Suomeen. <https://www.jao.fi/news/Aikuisopisto-toi-kinestetiiikan-koulutuksen-Keski-Suomeen/25020/13efdba9-320d-4a5a-be3d-6802b5271b3f>. 19.5.2015.
- Karinakoti, 2017. Saattohoitoa Karinakodissa. <https://www.karinakoti.fi> 12.2.2018.
- Lounais-Suomen syöpäyhdistys, 2017. Ihmisarvoista saattohoitoa. Issy.fi/karinakoti/. 12.2.2018.
- Mykrä, T. & Hätönen, H. (toim.) 2008. Opas opetusmenetelmistä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Rimpiläinen, R. & Akural, E. 2007. Palliatiivinen hoito elämän loppuvaiheessa. *Finnanest* 40 (4), 325.
- Suomen Kinestetikkayhdistys ry. 2016. Kinestetiiikan kehittyminen. www.kinestetikka.fi. 5.2.2018.
- Standard "Pneumonieprophylaxe: V-A-T-I-Lagerungen", 2013. <https://pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-vati.htm> 8.2.2018.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2003. Saattohoito. Työryhmäraportti. <http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>. 8.2.2018.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 JA 2012. Suunnitelmat ja toteutus. ETENE- julkaisuja 36. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3270-8>. 20.5.2018.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Tiedote Karinakotiin

Olen sairaanhoitajaopiskelija Arja Rahunen Karelia-ammattikorkeakoulusta Joensuusta. Teen opinnäytetyöni Karinakotiin ja työn aiheena on Kinestetiikka saattohoitopotilaan asentohoidossa.

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja sen tarkoituksena on lisätä Karinakodin hoitotyöntekijöiden osaamista saattohoitopotilaan asentohoidosta ja hengitystä tukevasta asentohoidosta. Tarkoituksena on myös herätellä/lisätä henkilökunnan kiinnostusta kinestetiikkaan ja omiin työskentely- ja toimintatapoihin. Opinnäytetyön tehtävänä on 1) tuottaa ohje saattohoitopotilaan asentohoidosta ja hengitystä tukevasta asentohoidosta, 2) järjestää koulutustilaisuus (8.5.2018 klo 13.30 - 15.30) asentohoidon toteuttamisesta.

Ohjeen ja koulutuksen suunnittelua varten tarvitsen teidän mielipiteitä ja toivonkin teidän vastaavan seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Millaisia toiveita teillä on asentohoidon ja hengitystä tukevan asentohoidon ohjeelle? Mitä asioita siinä pitäisi olla?
- 2) Millaisia toiveita teillä on asentohoitokoulutukselle?
- 3) Mihin asioihin erityisesti haluatte koulutuksessa perehdyttävän?

Vastausaika on 5.3 - 18.3.2018

Kiitos vastuksistanne!

Kesälahdella 1.3.2018

Arja Rahunen
sairanhoitajaopiskelija

████████████████████
████████████████████
████████████████████

Toiveet ohjeen ja koulutustilaisuuden sisällöstä

Vastaukset ohjeen ja koulutustilaisuuden sisällöstä:

- Yksinkertaisia, käytännönläheisiä ohjeita
- Tavallisimpia tapoja eli asentoja, esim. limaisen potilaan asentohoito ja käytännössä näyttö + kuva ohjekirjaan
- Sängyn/sähköpatjan maksimaalinen hyödyntäminen
- Hoitajan ergonomian/turvallisuuden huomioiminen
- Ohjekirja ei liian pitkä, että jaksaa lukea/perehtyä. Alkuun perustietoa ja sitten eri asentohoidot kuvineen + mitä itse tärkeäksi koet

Koulutussuunnitelma

Koulutussuunnitelma 8.5.2018 klo 13.30 - 15.30

Aihe	Käytettävä aika
Tilaisuuden aloitus	
Itseni ja koulutustilaisuuden aiheen ja aiheen esittely	5 min
Palautelomakkeen esittely ja jakaminen	5 min
Orientaatio aiheeseen, keskeiset käsitteet	30 min
<ul style="list-style-type: none">- kinestetiikka- asentohoito- liikkumista ja toimintoja tukeva asentohoito	
Porinayhmä – ajatukset ja kysymykset orientaatiosta	5 min
Asentohoidon toteutus käytännössä – demonstraatio ja käytännön harjoittelu	45 min
<ul style="list-style-type: none">- eri vaihtoehdot- limaisen potilaan asentohoito – V-A-T-I- sängyn ja patjan säätöjen hyödyntäminen- hoitajan ergonomian huomioiminen	
Keskustelu aiheesta ja kysymykset	10 min
Palaute koulutustilaisuudesta	5 min
<ul style="list-style-type: none">- palaute osallistujille- palautekyselyn täyttäminen	

Palautekysely

Palautekysely

Tämä Kinestetiikka saattohoitopotilaan asentohoidossa - koulutustilaisuus on osa opinnäytetyötäni, ja se toteutetaan 8.5.2018 klo 13.30 - 15.30

Toivon palautetta pidetystä koulutustilaisuudesta ja sen sisällöstä, jotta voin arvioida sen hyödyllisyyttä. Kiitos osallistumisesta!

1. Mitä uutta opit saattohoitopotilaan asentohoidosta ja hengitystä tukevasta asentohoidosta?
2. Vastasiko koulutustilaisuus odotuksiasi? Miksi ja miksi ei?
3. Mitä muuta olisit toivonut koulutustilaisuudessa käsiteltävän?
4. Miten aioit hyödyntää koulutustilaisuudessa esitettyjä asioita omassa työssäsi?
5. Miten ajattelet koulutustilaisuuden ja ohjeen tiedon siirtyvän koko työyhteisöön ja työyhteisön käytännöksi?
6. Miten arvioisit koulutustilaisuuden rakennetta ja asioiden esittämistä? Entäpä kouluttajan esiintymisestä?

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIAOTOSOPIMUS
Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä,
joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi Karinakoti Yhteystiedot Satu Nurmela, Seiskarinkatu 37 20900 Turku, 02- 2657 622, satu.nurmela(at)lssy.fi	
	Työn aihe Kinestetiiikka saattohoitopotilaan asentohoidossa - Ohjekirja Karinakotiin	
Tekijä	Nimi Arja Rahunen	Opiskelijanumero 1600209
	Katuosoite Aittovaarantie 3A	Postinumero 59800
	Puhelin 0500 549779	Postitoimipaikka Kesälähti
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoitaja AMK	Sähköpostiosoite arja.t.rahunen(at)edu.karelia.fi
Karelia-amk	Yhteyshenkilön nimi (Ohjaaja) Sami Arola Hanish Bhurtun	Ryhmätunnus STHAK16
	Toimipaikka ja osoite Karelia-ammattikorkeakoulu, Tikkarinne, Tikkarinne 9, 80200 Joensuu	Tehtävänimike Lehtori Lehtori
	Puhelin 050 3109 497 050 4364 497	Sähköpostiosoite Sami.Arola(at)karelia.fi hanish.bhurtun(at)karelia.fi
Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja Ohjaaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Karelia-amk:ssa toteutetaan avointa toimintakulttuuria, mikä tarkoittaa, että myös opinnäytetöiden aineistot ja tulokset avataan soveltuvin osin erillisen ohjeistuksen mukaisesti (ml. avoin julkaiseminen). Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukainen kirjallinen raportti, joka julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa tai josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon. Työ arkistoidaan Karelia-amk:n kirjastoon sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus hyödyntää tuloksia omassa opetuksessa ja tutkimus- ja kehittämistoiminnassaan. Sopijaosapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos Tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ensisijaisesti Toimeksiantajan tai niiden puuttuessa ammattikorkeakoulun keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyyssmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaajalla ja opinnäytetyön Tekijällä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin viiden vuoden ajan. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) saman sisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Joensuu 2.5.2018 Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Satu Nurmela	
Tekijä	Arja Rahunen	
Karelia-amk	Sami Arola	
	Hanish Bhurtun	

Ohje Karinakotiin

KINESTETIIKKA SAATTOHOITOPOTILAAN ASENTOHOIDOSSA

Ohje Karinakotiin



Ohje Karinakotiin

Kinestetiikka saattohoitopotilaan asentohoidossa Ohje Karinakotiin

Ohje on tehty opinnäytetyönä Karelia-ammattikorkeakoulussa keväällä 2018.

Toimeksiantaja:
Saattohoitokoti Karinakoti, Turku

Tekijä:
Arja Rahunen

Kannen kuva:
Arja Rahunen

Oppaan kuvat :
Sinna Rahunen

Kuvissa potilaana:
Arja Rahunen

© Arja Rahunen

Ohje Karinakotiin

Kinestetiikka

- Voimavara- ja lähtöinen toimintamalli
- Tavoitteena potilaan yksilöllinen, hänen omien resurssien, liikkumisen ja kehon hahmotuksen tukeminen ja kehon turhan jännitystilan vähentäminen
- Perustuu ihmisen luonnollisten liikemallien ja aistitoimintojen ymmärtämiseen, ihmistä kunnioittavaan kohtaamiseen ja näiden merkitykseen oppimiselle ja itsehallinnalle
- Tavoitteena on tukea ihmistä hänen perustoiminnoissaan siten, että hän kokee toimintansa mielekkäänä ja kykenee aktiivisesti osallistumaan toimintoihinsa sairaudestaan tai vammastaan huolimatta, myös elämän viimeisinä hetkinä

Kinestiikan käsitteet

- Vuorovaikutus – aistit, liikkeen elementit, vuorovaikutusmallit
- Toiminnallinen anatomia – luut ja lihakset, kehonosat, liikealueet, kehon ja liikkeen hallinta
- Ihmisen liikkuminen
- Voima
- Ihmisen toiminnot - perusasennot/perusliikkuminen, paikalla suoritettavat toiminnot, siirtyminen
- Ympäristö - liikkumista tukeva tai liikkumista rajoittava ympäristö

Asentohoidon tarkoitus

- Makuuhaavojen ehkäisy
- Pneumonian ehkäisy (hengitystä tukeva asentohoito, V-A-T-I)
- Kontraktuurien ehkäisy
- Kehonhahmotuksen tukeminen
- Toimintojen, kuten istumisen, syömisen, erittämisen tukeminen

Liikkumista ja toimintoja tukeva asentohoito

- Potilas/asiakas nähdään aktiivisessa roolissa
- Huomioi yksilöllisesti ihmisen voimavaroja
- Hyödyntää ihmisen luonnollisia liikemalleja
- Asentohoidon tarkoituksenmukaisuus mietitään yksilöllisesti
- Helpompaa sekä avustajalle että avustettavalle
- Asentohoitomateriaali on napakkaa ja edesauttaa kehon tunnistamista

Ohje Karinakotiin

Hengitystä tukeva asentohoito V-A-T-I

- V-A-T-I- asentohoito on hengitystä tukevaa asentohoitoa. Yksittäisillä asennoilla voidaan tietoisesti vaikuttaa tiettyihin keuhkojen osiin
- V = parempi keuhkotuuletus keuhkojen alaosille
- A = parempi keuhkotuuletus keuhkojen yläosille
- T & I = parempi keuhkotuuletus keuhkojen ylä- ja alaosille
- Toteutetaan 10-20 min kerrallaan useita kertoja päivässä



V-asentohoito
venyttää
alarintakehää



Parempi keuhkotuuletus
keuhkojen alaosille



Ohje Karinakotiin



V-asentohoito
venyttää
alarintakehää



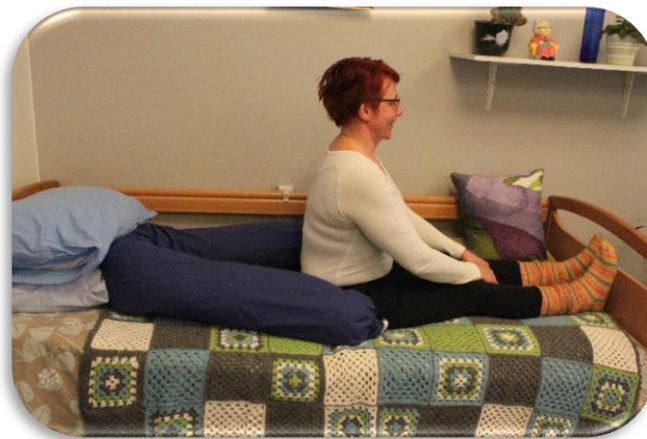
Parempi keuhkotuuletus
keuhkojen alaosille



Ohje Karinakotiin



A-asentohoito
venyttää
ylärintakehää



Parempi keuhkotuuletus
keuhkojen yläosille



Ohje Karinakotiin



A-asentohoito
venyttää
ylärintakehää



Parempi keuhkotuuletus
keuhkojen yläosille



Ohje Karinakotiin



T & I- asentohoito
venyttää koko
rintakehää



Parempi keuhkotuuletus
sekä keuhkojen
ylä- että alaosille



Ohje Karinakotiin



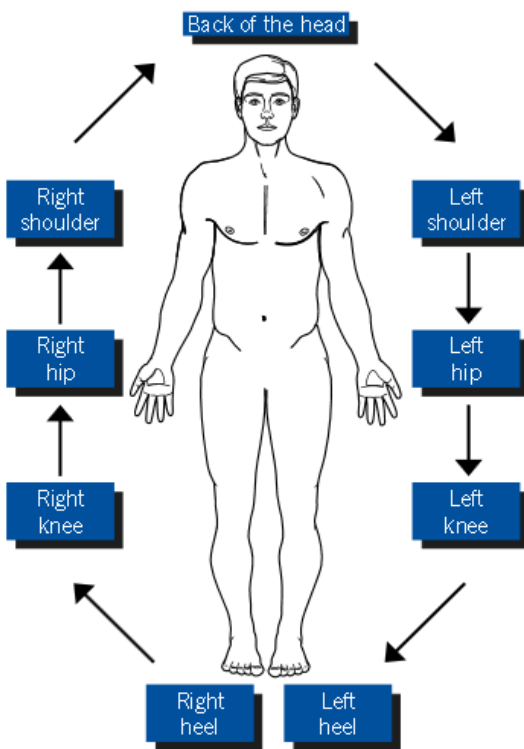
T & I- asentohoito
venyttää koko
rintakehää



Parempi keuhkotuuletus
sekä keuhkojen
ylä- että alaosille



Ohje Karinakotiin



Mikroasentohoito

- Perustuu luonnolliseen, fysiologiseen asennonvaihdokseen
- Käytetään apuna pieniä kiiloja, pyyheliinoja tai peittoja taitettuina tai rullattuina
- Erityisesti kipupotiaat ja potilaat, joiden asentoa on yöllä vaihdettava, hyötyvät tästä vaihtoehdosta

Kohdat, joihin tuki voidaan asettaa
Edetään myötöpäivää



Kehon painopistettä
muutetaan pienillä
painonsirroilla



Ohje Karinakotiin

Kehonhahmotusta tukeva asentohoito

- pitkä asentohoitorulla tai peitto, joka rullataan ja muotoillaan tukemaan potilaan kehoa
- tavoitteena turvallisuuden tunne, orientoituminen omaan kehoon, ympäristön tunnistaminen, kehontuntemuksen lisääminen

