



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Toni Ahonen

KOTIHOIDON HOITAJIEN
KOKEMUKSIA KINESTETIIKAN
VAIKUTUKSISTA FYYSISEEN
TYÖHYVINVOINTIIN

Sosiaali- ja terveysala
2020

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	7
3	KOTIHOITO	9
4	KINESTETIIKKA	10
	4.1 Kinestetiikan käsitteet	12
	4.2 Kinestetiikka kotihoidon työympäristöissä	16
5	FYYSINEN TYÖHYVINVOINTI.....	18
	5.1 Fyysinen ergonomia	18
	5.2 Fyysinen työkuormitus.....	19
6	TUTKIMUKSEN AIKATAULU JA TOTEUTUS.....	20
	6.1 Tutkimuksen aikataulu	20
	6.2 Aineistonkeruumenetelmä ja kohderyhmä.....	21
	6.3 Aineiston analysointi.....	22
7	TULOKSET	26
	7.1 Vastaajat	26
	7.2 Kinestetiikka kotihoitotyössä	26
	7.3 Muutokset työhyvinvoinnissa ja jaksamisessa	29
	7.4 Ongelmat kinestetiikan käyttöönotossa ja niiden ratkaisukeinot	31
	7.5 Apuvälineiden käyttö	34
8	POHDINTA	37
	8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	37
	8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	38
	8.3 Jatkotutkimusaiheet	39
	LÄHTEET	40
	LIITTEET	42

LIITELUETTELO

LIITE 1. Kutsu tutkimukseen

LIITE 2. E-haastattelulomake

LIITE 3. Palaverimuistio

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyö

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Toni Ahonen
Opinnäytetyön nimi	Kotihoidon hoitajien kokemuksia kinestetiiikan vaikutuksista fyysiseen työhyvinvointiin
Vuosi	2020
Kieli	suomi
Sivumäärä	41 + 3 liitettä
Ohjaaja	Riikka Lehesvuo

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kotihoidon hoitajat kokevat kinestetiiikan vaikuttavan heidän fyysiseen työhyvinvointiinsa kotihoidon vaihtuvissa työympäristöissä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa kinestetiiikan vaikutuksista fyysiseen työhyvinvointiin kotihoidon työtehtävissä, kuinka aktiivisesti hoitajat käyttävät kinestetiiikkaa työssään, minkälaisia ongelmia hoitajat ovat kokeneet kinestetiiikan käyttöönotossa ja miten hoitajat kehittäisivät kinestetiiikkaa nimenomaan kotihoidossa.

Tämän kvalitatiivisen tutkimuksen teoreettinen viitekehys koostuu kinestetiiikan määritelmästä, kinestetiiikan vaikutuksesta hoitotyöhön, fyysisen työhyvinvoinnin määritelmästä sekä kotihoidon määritelmästä. Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla verkkokyselyllä Tampereen kotihoidon hoitajilta, jotka olivat käyneet kinestetiiikan nelipäiväisen peruskurssin. Induktiivisessa sisällönanalyyssissä vastaukset siirrettiin tekijän tietokoneelle, pelkistettiin ja muodostettiin pelkistetyistä ilmauksista ylä- ja alaluokkia. Kotihoidon hoitajien kokemuksista kinestetiiikan vaikutuksista työhyvinvointiin muodostui seuraavat yläluokat kotihoitotyö, työhyvinvointi ja jaksaminen, ongelmat käyttöönotossa ja apuvälineet.

Tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat kokivat kinestetiiikan vähentävän työn fyysisistä kuormaa, tämä taas parantaa työhyvinvointia, työssäjaksamista sekä vähentää jo koettuja tuki- ja liikuntaelinongelmia. Kinestetiiikan koettiin lisäävän hoitajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta, asiakkaan voimavarojen huomioimista sekä asiakkaan ja hoitajan välistä kosketusta, jonka koettiin tuottavan mielihyvää sekä asiakkaalle, että hoitajalle. Kotihoidon hoitajat kehittäisivät kinestetiiikkaa kotihoidossa kouluttamalla kaikki uudet työntekijät kinestetiiikkaan ja yhtenäistämällä toimintatapoja toimivaksi koettujen toimintatapojen yhtenäisellä ja hyvällä kirjaamisella. Tutkimuksen tulosten perusteella kinestetiiikka koetaan työssäjaksamista sekä työhyvinvointia lisäävänä toimintamallina, joka mahdollistaa fyysisen auttamistyön keventämisen.

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyö

ABSTRACT

Author	Toni Ahonen
Title	Home Care Nurses Experiences about the Effects of Kinaesthetics on Physical Well-being at Work
Year	2020
Language	Finnish
Pages	41 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Riikka Lehesvuo

The purpose of this bachelor's thesis was to find out how home care nurses experience the effects of kinaesthetics on physical well-being at work in a changing work environment of the home care. The aim of this bachelor's thesis was to produce information about the effects of kinaesthetics on physical well-being at work in home care, how actively home care nurses use kinaesthetics in home care, what kind of problems nurses have experienced with the introduction of kinaesthetics and how nurses would develop the use of kinaesthetics in home care.

The theoretical framework of this qualitative research consists of the definition of kinaesthetics, its effects on nursing, the definition of physical well-being and the definition of home care nursing. The research material was collected with a semi-structured web survey, which was aimed at the home care nurses of the city of Tampere, who had participated in a four-day basic course of kinaesthetics. In inductive content analysis the responses were transferred to the author's computer and simplified. After that those simplifications were sorted into the lower and upper categories. The home care nurses' experiences on the effects of kinaesthetics on physical well-being consist of the upper categories home care nursing, well-being and coping at work, problems in the implementation of kinaesthetics and aid tools.

According to the results of this study home care nurses experienced that kinaesthetics reduces the physical workload, which improved well-being and coping at work and also reduces the experienced problems of the musculoskeletal system. Kinaesthetics was also experienced to increase the interaction between the nurse and home care clients, the consideration of the client's resources and contact between the client and nurse, which was experienced to be pleasing to both the client and the nurse. Home care nurses would develop kinaesthetics in home care by training all new nurses in kinaesthetics and by standardizing the used methods through consistent and high quality documentation. Based on the results of this survey, kinaesthetics is perceived as a working model that enhances coping and well-being at work, which allows the reduction of physical aid work.

Keywords	Kinaesthetics, home care, physical, well-being at work
----------	--

1 JOHDANTO

Kotihoito, kinestetiikka sekä kinestetiikan vaikutus fyysiseen työhyvinvointiin ovat aiheina yhteiskunnallisesti hyvin ajankohtaisia sekä mielenkiintoisia.

Työhyvinvoinnin laiminlyöntien takia tekemättä jäävän työn hinnaksi on Mankan & Mankan (2016) mukaan arvioitu ainakin 24 miljardia euroa vuodessa. Työelämä 2020-hanke on työ- ja elinkeinoministeriön koordinoima hanke, jonka tavoitteena on luoda Suomeen Euroopan paras työelämä vuoteen 2020 mennessä (Työ- ja elinkeinoministeriö 2019). Tämän hankkeen tavoitteen toteutumisen vuoksi on tärkeää kiinnittää aiempaa enemmän huomiota kotihoidon työntekijöiden työhyvinvointiin.

Kotihoidossa on tapahtunut viimeisen reilun 10 vuoden aikana enemmän muutoksia kuin laitoshoidossa. Asiakasmäärien on todettu nousseen jokaisessa työvuorossa merkittävästi ja tämän myötä työpaine on noussut muihin Pohjoismaihin verrattuna korkeimmalle tasolle. Työpaineen nousun myötä kotihoidon työntekijät ovat entisestään huolestuneempia terveydestään ja turvallisuudestaan. (Kröger; Van Aerschot & Puthenparambil 2018.) Tästä syystä onkin hyvä selvittää minkälaisia vaikutuksia kinestetiikalla voidaan saada kotihoidon hoitajien fyysisessä työhyvinvoinnissa.

Kröger ym. (2018) ovat tutkimushankkeessaan todenneet suomalaisen kotihoidon henkilökunnan olevan muita maita enemmän sairauslomilla huolimatta siitä, että työntekijät ovat maassamme nuorempia muihin maihin verrattuna. Selkäkivut ovat lisääntyneet ja henkisen uupumuksen on todettu olevan korkeimmalla tasolla Pohjoismaihin verrattuna.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia ja selvittää kotihoidon henkilökunnan kokemuksia kinestetiikan voimavaralähtöisestä toimintatavasta. Kokemusten osalta tarkoituksena oli selvittää kotihoidon henkilökunnan kokemuksia kinestetiikan vaikutuksista fyysiseen työhyvinvointiin ja minkälaisia ongelmia henkilökunta on kokenut kinestetiikan toteuttamisessa kotihoidon työympäristöissä. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, miten kinestetiikkaa voidaan kehittää kotihoidon työympäristöissä, minkälaisia vaikutuksia kinestetiikkaan liittyvillä apuvälineillä hoitajien mielestä on ja miten niiden käyttöä voidaan edesauttaa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää myös kinestetiikan käytön aktiivisuutta.

Tutkimuksen tavoitteena oli, että siitä saatua tietoa voidaan hyödyntää kinestetiikan fyysisen työhyvinvoinnin vaikutusten arvioimiseen kotihoidon työympäristöissä. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa tietoa kinestetiikan käytön aktiivisuuden arvioimiseen sekä kinestetiikan käytön kehittämiseen kotihoidon erilaisissa ja vaihtuvissa työympäristöissä.

Tämä tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Tutkija päätyi valitsemaan laadullisen tutkimuksen, koska kinestetiikasta on Suomessa melko vähän tutkittua tietoa kotihoidon osalta. Tutkimuksen aineisto kerättiin puolistrukturoidulla verkkokyselylomakkeella, jossa oli kuusi esitietokysymystä ja yhdeksän avointa kysymystä kinestetiikkaan liittyen. Verkkokyselyn maksimi vastaajamäärä oli rajattu 20 vastaajaan.

Tutkimuskysymykset johdettiin kinestetiikan teorian pohjalta. Tutkimuskysymykset olivat:

1. Minkälaisia vaikutuksia kinestetiikan voimavaralähtöisellä toimintatavalla on kotihoidon hoitajien fyysiseen työhyvinvointiin?
2. Kuinka aktiivisesti hoitajat käyttävät kinestetiikkaa kotihoidon työympäristöissä?

3. Minkälaisista apuvälineistä kotihoidon hoitajat kokevat hyötyvänsä ja miten apuvälineiden käyttöä voitaisiin lisätä?
4. Minkälaisia ongelmia hoitajat kokevat kinestetiikan käytössä työssään?
5. Miten kinestetiikan käyttöä voitaisiin kehittää kotihoidon työympäristöissä?

3 KOTIHOITO

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelujen, sairaanhoitopalvelujen sekä näiden tukipalvelujen palvelukokonaisuutta, jolla pyritään tukemaan kotona asuvia, erikäisiä avun tarpeessa olevia, joiden toimintakyky on joko tilapäisesti tai pysyvästi alentunut. Kotihoidon palveluilla voidaan tukea kotona selviytymistä. (Ikonen 2015, 15; STM 2019.) Kotihoidon kotikäynnin kesto riippuu Ikonen (2015, 178) mukaan asiakkaan toimintakyvystä sekä hänen tarpeistaan.

Kotihoidon työntekijät ovat pääosin kodinhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia, sosionomeja, sosiaalihoitajia, fysioterapeutteja, sairaanhoitajia, terveydenhoitajia ja vanhustyön erikoisammattitutkinnon tai geronomin tutkinnon suorittaneita ammattilaisia. (Ikonen 2015, 172).

Kotihoidon asiakkaista suurimman osan avuntarve liittyy sekä hoiva- ja huolenpito- palveluihin sekä sairaanhoitopalveluihin. Kotisairaanhoidossa sekä sairaanhoitajat että lähihoitajat käyttävät entistä enemmän erilaisia laitteita, välineitä sekä tarvikkeita työnsä fyysisenä apuna. Kotihoidon työtehtävien keskeisimpiä riskitekijöitä kinestetikan näkökulmasta ovat asiakkaiden nostamiset ja siirtymisessä avustamiset, joita joissain tapauksissa joudutaan suorittamaan omaa terveyttä vaarantavalla tavalla. (Ikonen 2015, 180-181.)

Kotihoidon tarkoituksena on asiakkaan toimintakyvyn sekä elämänhallinnan tukeminen siten, että turvallinen kotona asuminen olisi mahdollista mahdollisimman pitkään (Ikonen 2015, 18). Tampereen kaupungin (2018 a) mukaan kotihoidon tavoitteena on auttaa asiakasta selviytymään päivittäisistä toiminnoistaan keskittyen erityisesti henkilökohtaiseen hoivaan ja hoitoon. Tampereen kaupungin kotihoidon strategisena tavoitteena on mahdollistaa ikäihmisten turvallinen asuminen kotonaan ennaltaehkäisevillä ja kuntouttavilla palveluilla sekä järjestämällä hoitoa tarvittaessa ympäri vuorokauden (Tampereen kaupunki 2018 b).

4 KINESTETIIKKA

Sana kinestetiikka muodostuu kreikan kielisistä sanoista kinesis eli liike sekä aesthesis eli aistimus. Kinestetiikan voimavaralähtöistä toimintamallia voidaan pitää sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimintaympäristöissä yhtenä kuntoutumista sekä toimintakykyä edistävänä mallina. (Hantikainen 2018, 15.)

Kinestetiikan voimavaralähtöisen toimintamallin ovat kehittäneet amerikkalaiset käyttäytymistieteilijät Dr. Lenny Maietta sekä Dr. Frank Hatch yhteistyössä sveitsiläisten ja saksalaisten hoitotyön ammattilaisten kanssa. Suomeen kinestetiikan on tuonut vuonna 1997 TtT Virpi Hantikainen. (Suomen kinestetiikkayhdistys RY 2016.) Kinestetiikka on lähtöisin Saksasta, Sveitsistä sekä Itävallasta, jossa se on kehitetty hoito- ja terapiatyön avuksi (Hantikainen 2012).

Jotta kinestetiikasta saa parhaan hyödyn vanhustyössä, tarvitaan toimintamalliin perehtymistä koulutuksissa. Kinestetiikan koulutukset hoitoalan ammattihenkilöille muodostuvat peruskursseista, syventävistä kursseista sekä tutorkoulutuksesta. Koulutustarjontaan sisältyy myös kurssit omaishoitajille sekä perheille. (Hantikainen & Hoivala 2017, 59.)

Kinestetiikan avulla pyritään kehittämään työtapoja sellaisiksi, että ne mahdollistaisivat asiakkaan, ammattihenkilöstön, omaishoitajien sekä läheisten voimavarojen parhaan mahdollisen hyödyntämisen päivittäisissä hoito- sekä avustamistilanteissa. Kinestetiikka ei itsessään ole valmis siirtotekniikka tai -menetelmä, vaan sen avulla hoitajat, terapeutit, omaishoitajat sekä läheiset voivat tarkastella ja tunnistaa toimivaa vuorovaikutusta, ihmisen luonnollista liikkumista sekä aistitoimintoja ja niiden merkitystä ihmisen yksilöllisessä tukemisessa. Kinestetiikan toimintamallissa pyritään korostamaan tukea tarvitsevan henkilön jäljellä olevia voimavaroja, eikä sitä mitä hän ei enää pysty tekemään. (Hantikainen & Lappalainen 2015.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL 2016) mukaan toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä sekä sosiaalisia kykyjä selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä elämänsä toiminnoista.

Kinestetiikassa tärkein elementti on liike, jota ilman avustettava ei pysty hahmottamaan itseään, ympäristöään, eikä toteuttamaan perustoimintojaan. Liikkeen puuttuminen johtaa tilanteisiin, joissa avustettavista tulee passiivisia siirreltäviä, jonka vuoksi kuntoutus vaikeutuu. Lisäksi liikkeen puuttuminen voi johtaa komplikaatioiden lisääntymiseen, sekä haastavan käytöksen lisääntymiseen. (Hantikainen 2012.)

Hantikaisen (2018, 17-18) mukaan kinestetiikan lähtökohdat ovat ihminen on elävä, liikkuva, tunteva sekä oppiva olento ja häntä tulee avustaa näistä lähtökohdista käsin. Ihmiselle on annettava ohjaustilanteessa mahdollisuus ymmärtää, mitä hänessä ja hänelle tapahtuu. Ihminen ei terveydenhuollon asiakkaaksi tullessaan muutu suoritteeksi, jota passiivisesti siirretään, nostellaan tai käänneellään paikasta tai asennosta toiseen. Kinestetiikassa keskitytään tukemaan ja avustamaan ihmistä hänen omassa liikkumisessaan.

Kinestetiikan päätavoitteena on tukea ihmisen perustoimintoja mahdollisimman mielekkäästi sekä vaikuttavasti. Lisäksi kinestetiikan tavoitteena on lisätä avustajien tietoa ihmisen luonnollisesta liikkumisesta, sen merkityksestä avustettavan kehon ja ympäristön hahmottamiseen sekä näiden myötä merkityksestä päivittäisten toimintojen kokonaisuudelle. Näiden lisäksi kinestetiikan tavoitteena on ylläpitää toimintakykyä ja kuntoutumista avustettavan voimavaroja hyödyntämällä sekä vähentää avustajien fyysistä ja psyykkistä kuormittavuutta lisäämällä luovuutta sekä työn mielekkyyttä. (Hantikainen 2012; Hantikainen & Lappalainen 2015, 8.)

Kinestetiikan tavoitteina voidaan pitää myös autettavan henkilön tukemista perustoiminnoissaan siten, että hän kokee toiminnan olevan mielekäästä ja kykenee itse aktiivisesti osallistumaan toimintoihin huolimatta hänen sairaudestaan tai vammaisuudestaan. (Hantikainen 2012; Hantikainen & Lappalainen 2015, 8.)

4.1 Kinestetiikan käsitteet

Kinestetiikassa keskeisintä on toimiva vuorovaikutus, joka saavutetaan hyödyntämällä mahdollisimman hyvin tukea tarvitsevan henkilön aistitoimintoja sekä voimavaroja. Myös kommunikointi sekä liikkeen että koskettamisen avulla korostuu. Kinestetiikan periaatteita voidaan hyödyntää kaikissa perustoimintojen tukemis- ja ohjaamistilanteissa. Lisäksi kinestetiikan avulla voimme saada perusymmärryksen siitä, kuinka ihminen toimii sekä liikkeen ja liikkumisen merkityksestä päivittäisten toimintojen mahdollistamiseksi. Jotta kinestetiikan voimavara- lähtöistä toimintamallia olisi helpompi ymmärtää ja oppia, se on jaettu useampaan käsitteeseen, joiden pohjalta voidaan käsitellä eri avustustilanteita. Kinestetiikan voimavara- lähtöisessä mallissa työskennellään kuuden eri käsitteen avulla, joita ovat vuorovaikutus, toiminnallinen anatomia, ihmisen liikkuminen, voima, ihmisen toiminnot sekä ympäristö. (Hantikainen 2018, 17-19.)

Vuorovaikutus. Kaikki avustustilanteet ovat aina vuorovaikutustilanteita. Käsitteenä vuorovaikutusta pidetään perustana kaikille kinestetiikan muille käsitteille. Päällimmäisenä tavoitteena on toimiva vuorovaikutus, joka tarkoittaa yhdessä tekemistä, ei toisen puolesta tekemistä. Jokaisessa vuorovaikutustilanteessa ihmisen tulisi ymmärtää, mitä hänessä sekä mitä hänelle tapahtuu. Vuorovaikutuksella ja sen laadulla on hyvin vahva vaikutus siihen, kuinka hyvin otamme vastaan, ymmärrämme sekä käytämme saamaamme informaatiota. Kinesteettisen ajattelumallin mukaan kosketuksella sekä liikkeen avulla tapahtuvalla vuorovaikutuksella on hyvin vahva merkitys. Mitä enemmän autettava henkilö tarvitsee apua, sitä enemmän korostuu kosketuksen sekä liikkeen kautta tapahtuva viestintä. (Hantikainen 2018, 21-22.)

Hyvällä kosketuksella voidaan rakentaa vuorovaikutusta ja helpottaa avustamistilanteita. Kosketuksella voidaan parantaa vuorovaikutusta erityisesti, jos autettavaan henkilöön on muutoin vaikeaa saada yhteyttä tai hänen kanssaan on vaikeaa tehdä yhteistyötä. Kosketuksella voidaan vaikuttaa vuorovaikutukseen myös negatiivisesti. (Lappalainen 2015.) Lappalaisen (2018, 49) mukaan vuorovaikutteisella koskettamisella voidaan myös mahdollistaa autettavan voimavarojen hyödyntäminen sekä osallistuminen, jolloin työntekijä voi säästää omia voimavarojaan ja autettavalle annetaan mahdollisuus vaikuttaa tilanteen etenemiseen.

Hantikaisen (2018, 22-23) mukaan apua tarvitsevaa henkilöä koskettaessa tulee muistaa hoitoympäristöstä riippumatta seuraavat pääperiaatteet. Yksi ihminen koskettaa kerrallaan, sillä monien käsien yhtä aikaa tapahtuva kosketus voi sekoittaa viestintää sekä aiheuttaa sekavuutta ja epämiellyttävää oloa. Vältetään pinnallista kosketusta, sillä se ei anna informaatiota autettavalle henkilölle siitä, mitä hänelle ollaan tekemässä. Pinnallinen kosketus voi olla myös ärsyttävä ja tuntua epämiellyttävältä sekä lisätä kehon jännitystilaa, mikä voi vaikuttaa negatiivisella tavalla henkilön elintoimintoihin. Vältetään puristavaa otetta, sillä se aiheuttaa pelkoa ja kipua autettavassa henkilössä. Liike tulee aloittaa sekä lopettaa määrätietoisesti, jonka tarkoituksena on auttaa henkilöä hahmottamaan kehonsa osat, joita ollaan liikuttamassa, ja näin helpottaa hänen aktiivista osallistumistaan liikkeeseen. Pidetään hyvä kontakti sekä tietoinen kosketus, jolloin autettava henkilö tiedostaa, että hänen seurassaan on joku ja hänelle tai hänen kanssaan halutaan tehdä jotain. Vältetään liian nopeaa toimintaa, sillä huonokuntoinen henkilö tarvitsee paljon aikaa voidakseen reagoida sekä ymmärtää, mitä hänelle ollaan tekemässä. Nopeat kosketukset tai liikkeet voivat myös lisätä kehon jännitystä, jolloin autettavan henkilön aktiivinen osallistuminen tilanteeseen estyy. Kosketetaan rauhallisesti sekä laajalla otteella, joka rauhoittaa autettavaa henkilöä sekä luo turvallisuuden tunnetta. Tuodaan liikkeeseen rytmi, joka tukee autettavan henkilön luonnollisen liikkeen saamista kehoonsa, joka tukee kehontuntemusta sekä -tietoisuutta.

Vuorovaikutustilanteissa, joissa toista henkilöä autetaan, on tärkeää löytää oikeat aistikanavat, joiden kautta autettava henkilö parhaiten ymmärtää, mitä tilanteessa oikeasti tapahtuu. Toisille henkilöille pelkkä sanallinen ohjaus on riittävän tehokasta, joillekin on tarpeellista näyttää esimerkiksi, miten tuolista noustaan ylös. Toiset henkilöt taas hyötyvät enemmän koskettamisen ja liikkeen kautta tapahtuvasta avustamisesta. Käytettävästä aistikanavasta huolimatta henkilölle tulee kuitenkin aina muistaa kertoa mitä ollaan tekemässä. Kinesteettisellä aistilla, toisin sanottuna asento- ja liikeaistilla, on hyvin suuri merkitys viestinnässä, joka tapahtuu kosketuksen sekä liikkeen avulla. (Hantikainen 2018, 23.)

Vahvistamalla autettavan henkilön kehon tuntemusta voidaan valmistaa häntä tulossa oleviin toimintoihin ja helpottaa sekä edesauttaa näiden toteutumista, samalla voidaan myös ehkäistä kehon jäykistymistä sekä mahdollisia virheasentoja. Kehon hahmottamisen tukeminen on tärkeä osa kinestetiikkaa, jonka avuksi on kehitetty erilaisia kehonosien sivelyitä ja rullaamisia, joilla voidaan tukea autettavaa henkilöä tuntemaan oman kehonsa rajoja sekä sen, mistä kohdasta hän voi ojentaa ja koukistaa kehonsa osia. Lisäksi erilaisilla jalkapohjista tehtävillä täristelyillä voidaan auttaa henkilöä huomaamaan, miten hänen kehonosansa ovat yhteydessä toisiinsa. (Hantikainen 2018, 23-24.)

Toiminnallinen anatomia. Toiminnallisessa anatomiassa tarkastellaan kehon kohtia, joista avustamisen pitäisi tapahtua, sen mukaan avustamisen tulisi tapahtua aina kehonosista, eikä esimerkiksi kainaloista. Tämän lisäksi avustamisen tulisi aina tapahtua kehon luisista tai kovista alueista, hyvinä esimerkkeinä lapaluunseutu sekä kyynärpäät. Näin toimimalla voidaan helpottaa henkilön avustamista sekä hänen omaa osallistumistaan. (Hantikainen & Lappalainen 2015.)

Jotta avustaja osaa avustaa henkilöä luontaisten liikemallien mukaisesti, täytyy hänen hallita perusteet ihmisen kehon toiminnasta ja anatomiasta. Hallitessaan nämä perusteet avustaja pystyy myös keventämään niin avustettavan henkilön kuin omaan kehoonsa aiheutuvaa räsitusta. (Hantikainen 2018, 25).

Lisäksi ihmisen kehon toiminnan tuntemisella pystytään välttämään henkilön nostelua ja käsittelyä passiivisena kohteena, jota vain siirrellään paikasta toiseen (Hantikainen 2018, 25).

Ihmisen liikkuminen ja voima. Kinestetiikassa ihmisen liikkumisella tarkoitetaan liikemalleja, joista voidaan erotella yhdensuuntainen sekä spiraalinen liike. Yhdensuuntaisessa liikkeessä ihminen käyttää lähinnä kehon koukistamista ja ojentamista, jolloin kehon paino jakautuu tasaisesti kehon molemmille puolille. Spiraalisessa liikkeessä ihminen siirtää kehonsa painoa useaan eri suuntaan koukistamisen, kiertämisen ja ojennuksen kautta, jolloin ihminen käyttää enemmän tukipintoja hyödykseen. Hallitseva liikemalli vaihtelee yksilöittäin ja avustajan on tärkeää havaita, mitä liikemallia avustettava käyttää. (Hantikainen 2018, 26.)

Voiman käsitettä kinestetiikka tarkastelee laadullisesti. Tällä tarkoitetaan vedon ja työntönnön yhteistoimintaa sekä liikkeen moottorina toimimista. Jos emme vedä ja työntä kehomme osilla, pysymme paikoillamme. Avustustilanteissa avustajan tulee huomioida, pystyykö avustettava henkilö vetämään tai työntämään ja millä kehonsa osilla hän pystyy näin tekemään. Avustustilanteissa avustettavalla henkilöllä sekä auttavalla henkilöllä tulee olla tarttumispintoja, joita käyttää vedon tai työntönnön apuna. (Hantikainen 2018, 26-27.)

Ihmisen toiminnot ja ympäristö. Kinestetiikka tarkastelee ihmisen toimintoja perusasentojen ja perusliikkumisen sekä niin kutsuttujen paikalla suoritettavien toimintojen sekä paikasta toiseen siirtymisen kautta. Ihmisen kykyä liikkua asennosta toiseen ja pysyä hyvässä asennossa voidaan pitää perustana kaikille päivittäisille toiminnoille. (Hantikainen 2018, 27.) Siirtymistilanteissa avustajien on tärkeää tiedostaa, miten siirtymistä voidaan tukea luonnollisten liikemallien avulla. Esimerkiksi kainaloista ei saa nostaa. Myös asentohoidon toteuttaminen paranee, kun tiedetään enemmän ihmisen luonnollisista asennoista sekä sellaisista asennoista, jotka nopeasti jäykistävät henkilön. (Hantikainen 2018, 29.)

Lähtökohtaisesti ihmisen toiminnot tapahtuvat aina jonkunlaisessa ympäristössä. Ympäristöllä voi olla tukeva tai rajoittava vaikutus avustamistilanteisiin sekä avustettavan omaan osallistumiseen. (Hantikainen 2018, 30.) Hantikaisen & Lapalaisen (2015) mukaan seuraavat asiat tulisi huomioida liikkumisen ja toimintoja tukevan ympäristön mahdollistamiseksi. Avustajalla on oltava riittävästi tilaa ja tukipintoja. Avustettavalla on oltava riittävästi tilaa. Apuvälineiden on oltava sijoiteltuna oikein sekä oikealla korkeudella. Avustettavan kanssa tulee katsoa, missä hän haluaa apuvälineiden sekä avustajan olevan. On mietittävä myös minkälainen apuväline auttaa ylösnousussa? Haluaako avustettava pitää kiinni avustajasta? Lisäksi huomiota tulee kiinnittää, mitkä apuvälineet passivoivat ja mitkä aktivoivat autettavaa. Käytettäviä apuvälineitä tulee käyttää oikein. Patjojen, tuolinpäällisten sekä asentohoitomateriaalien tulee olla tarpeeksi tukevia, jotta niitä voi käyttää tukipintana kehon painoa siirtäessä.

4.2 Kinestetiikka kotihoidon työympäristöissä

Kinestetiikka työkaluna kotihoidossa tarjoaa mahdollisuuden tehdä asioita eri tavalla. Tämän avulla mahdollistetaan asiakkaan ja hoitajan voimavarojen sekä yksilöllisyyden huomioiminen päivittäisten toimintojen suorittamisessa, niissä avustamisessa ja tukemisessa. (Vallius-Hyttinen 2018, 190.) Ikosen (2015, 42-43) mukaan kotihoidon palvelujen asiakkaat ovat pääasiassa huonokuntoisia iäkkäitä, joiden avuntarpeena on yleisimmin fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen.

Kinestetiikka antaa avustajalle kotihoidossa työkaluja, joiden myötä hän pystyy mahdollistamaan voimavaralähtöisen työskentelytavan ja näin edistää paremman työergonomian säilymistä. Tämän avulla mahdollistetaan avustajan roolin pysyminen avustajana. Jos työtä tehtäisiin enemmänkin nostajana kuin avustajana, olisi koko työntekijän toimintakyky liian suurella koetuksella. (Vallius-Hyttinen 2018, 203.) Avustajan on todella tärkeää tuntea omat voimavaransa sekä kehonsa perusliikkuminen pystyäkseen hyödyntämään omia vahvuuksiaan ja vähentämään heikkouksiensa aiheuttamaa haittaa avustamistilanteissa. Kotihoidossa hoitaja auttaa myös toiminnallisen anatomian tunteminen. (Vallius-Hyttinen, 204-205.)

Vallius-Hyttisen (2018, 208) mukaan kotihoidossa kinestetikan osalta on tärkeää muistaa seuraavat asiat. Kotihoidossa tehtävä työ muokkautuu tekijänsä, erilaisten työympäristöjen ja avustettavan henkilön mukaan. Tilanteisiin ei ole yhtä ainoata oikeata ratkaisutapaa. Tilanteissa tulee käyttää luovuutta, eikä toiminnalleen saa asettaa rajoja. Tilanteet voivat muovautua toimintakyvyn, ajankohdan sekä tekijän mukana. Kotihoidon esimiehen tulee olla aktiivisesti tukemassa työntekijöidensä kinesteettistä toimintaa. Keskustelu ja tietojen jakaminen työtä tekevissä ryhmissä ja ryhmien ja työpaikkojen välillä on erityisen tärkeää. Hyvä vuorovaikutus sisältää hymyilyä ja katsekontaktia, joiden avulla voidaan voimaannuttaa avustettavaa. Uudet toimintatavat kotihoidossa vaativat harjoittelua.

5 FYYSINEN TYÖHYVINVOINTI

Työterveyslaitoksen (2019) mukaan työhyvinvoinnilla tarkoitetaan ammattitaitoisten työntekijöiden ja työyhteisöjen tekemää työtä, joka on turvallista, terveellistä sekä tuottavaa. Kokonaisvaltainen työhyvinvointi käsittää fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen sekä henkisen työhyvinvoinnin osa-alueet (Virolainen 2012). Tässä luvussa keskitytään kokonaisvaltaisen työhyvinvoinnin fyysiseen osa-alueeseen.

Fyysisellä työhyvinvoinnilla tarkoitetaan fyysisiä työolosuhteita, työn fyysistä kuormitusta sekä työn ergonomisia ratkaisuja, kuten työasentoja. Fyysiseen työhyvinvointiin voidaan liittää osaltaan myös työpaikan siisteys, lämpötila, melu ja työvälineet. (Virolainen 2012.)

5.1 Fyysinen ergonomia

Ergonomian tarkoituksena on tutkia ihmisen, työn ja tekniikan välistä vuorovaikutusta sekä tuottaa tietoa ja menetelmiä, jotka mahdollistavat työjärjestelmien, -tehtävien ja ympäristön sovittamisen työntekijän yksilöllisten ominaisuuksien, kykyjen ja tarpeiden mukaiseksi. Ergonomian tavoitteena voidaan pitää työntekijöiden turvallisuutta, terveyttä ja hyvinvointia sekä työtoiminnan tehokkuutta ja sujuvuutta. (Virolainen 2012.) Suomen Ergonomiayhdistyksen (2011) mukaan ergonomia jaetaan kolmeen osa-alueeseen, joita ovat fyysinen ergonomia, kognitiivinen ergonomia sekä organisatorinen ergonomia.

Fyysinen ergonomia keskittyy tutkimaan ihmisen anatomisia, fysiologisia ja biomekaanisia ominaisuuksia hänen fyysisessä toiminnassaan. Fyysinen ergonomia pyrkii sopeuttamaan fyysisen toiminnan ihmisen anatomisten ja fysiologisten ominaisuuksien mukaisiksi. Fyysinen ergonomia vaikuttaa fyysisen työympäristön, työpisteiden, työvälineiden ja työmenetelmien suunnitteluun, ja sen tärkeimpiä aiheita ovat työasennot, työpisteen tilat, työn vaatimukset, työperäiset tuki- ja liikuntaelinongelmat, turvallisuus sekä terveys ja riskitekijät. (Suomen Ergonomia yhdistys ry 2011; Virolainen 2012.)

5.2 Fyysinen työkuormitus

Työn fyysisiä kuormitustekijöitä ovat: työasennot, työliikkeet, liikkuminen ja fyysisen voiman käyttäminen. Liiallisella fyysisellä kuormituksella on yhteys erilaisiin tuki- ja liikuntaelinongelmiin. Työn kuormituksen tulisi olla työntekijän kannalta sopivan kuormittavaa huomioiden työntekijän henkilökohtainen toimintakyky ja terveys. Työtehtävien fyysiseen kuormittavuuteen voidaan vaikuttaa huolehtimalla tilojen ja työtehtävien hyvällä suunnittelulla sekä tarkoituksenmukaisten työvälineiden käytöllä. (Työturvallisuuskeskus 2019.)

Joissain tapauksissa hoitajat ovat kokeneet joutuvansa kamppailemaan saadakseen asianmukaiset työolosuhteet asiakkaiden koteihin ja nämä tilanteet ovat aiheuttaneet konflikteja asiakkaiden sekä heidän omaisten ja hoitajien välille. (Martinsen, Mortensen & Norlyk 2018.) Työturvallisuuslain (23.8.2002/783) mukaan työnantajan on selvitettävä työntekijän fyysiset, henkiset ja sosiaaliset kuormitustekijät sekä auttaa työntekijää välttämään tai vähentämään työn vaaroja.

6 TUTKIMUKSEN AIKATAULU JA TOTEUTUS

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen aikataulua, sen ohjaajia, kvalitatiivista tutkimusta sekä induktiivista eli aineistolähtöistä sisälönanalyysiä.

6.1 Tutkimuksen aikataulu

Tämän opinnäytetyön aihe varmistui syksyn 2018 aikana. Opinnäytetyön aihe-lupahakemus tehtiin ja se hyväksyttiin 5.3.2019. Tutkimuksen teoreettista viitekehystä aloitettiin keräämään alkuvuodesta 2019, samalla aloitettiin myös tutkimussuunnitelman kirjoittaminen. Tutkimussuunnitelman tekeminen jatkui kevään 2019 ajan. Tutkimuslupa saatiin kohdeorganisaatiolta 17.4.2019. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin sekä kohdeorganisaation puolesta että tutkimuksen ohjaajan puolesta huhtikuussa 2019.

Helmikuussa 2019 pidettiin työelämän yhteyshenkilön Leila Mäkisen kanssa palaveri, jossa sovittiin yhteisiä linjauksia opinnäytetyölle sekä työelämän odotuksia opinnäytetyölle. Tästä palaverista tehtiin lyhyt palaverimuistio (LIITE 3). Tutkimuksen tiedonkeruu aloitettiin lokakuussa 2019. Tiedonkeruu jatkui joulukuun 2019 alkuun asti. Jonka jälkeen aloitettiin aineiston purkaminen ja analysointi tammikuussa 2020.

Opinnäytetyön ohjaajana tutkimussuunnitelman osalta toimi lehtori, TtM Ritva Alaniemi. Opinnäytetyön ohjaaja vaihtui alkuvuodesta 2020. Uutena ohjaajana aloitti tällöin Riikka Lehesvuo. Opinnäytetyön työelämän edustajana toimi Tampereen kaupungin ikäihmisten palvelulinjan palvelupäällikkö, HM, th ja sh Leila Mäkinen. Lisäksi opinnäytetyöprosessiin on kinestetiiikan teorian tarkastamisen osalta osallistunut Suomen Kinestetiiikkayhdistys ry:n puheenjohtaja esh, TtT Virpi Hantikainen.

Valmis opinnäytetyö on julkisesti nähtävissä Theseus.fi -palvelussa.

6.2 Aineistonkeruumenetelmä ja kohderyhmä

Tämä tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena verkkokyselynä. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Tampereen kaupungin kotihoidon välitöntä asiakastyötä tekevät hoitohenkilökunnan jäsenet, jotka ovat käyneet kinestetiiikan peruskurssin. Koska Tampereen kaupunki on kotihoidon osalta onnistunut kouluttamaan suuren osan hoitohenkilökunnastaan kinestetiiikan peruskurssilla, osoitettiin tämä kysely vain neljälle lähipalvelualueelle.

Kutsun saaneet lähipalvelualueet olivat Härmälän, Tammerkosken, Pispalan ja Kaukajärven lähipalvelualueet. Jokaiselle lähipalvelualueelle lähetetty verkkokysely oli asetettu sulkeutumaan viiden vastaajan jälkeen, jolloin saatiin kyselyn kokonaisvastaajien osalta maksimivastaajamäärä 20. Tutkija päätti rajata vastaajien maksimimäärän 20 vastaajaan, jolloin tutkimusaineisto pysyi kvalitatiiviselle tutkimukselle ominaisena. Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen (2013) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto on yleensä otokseltaan pienempi ja siihen liittyvä keskustelu siirtyy yleensä määrän sijasta aineiston laatuun. (Patton 2002, Burns & Grove 2009).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa osallistujat voidaan rajata henkilöihin, joilla on paljon tietoa tutkittavasta aiheesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Tässä tutkimuksessa osallistujat oli rajattu kinestetikka koulutuksen saaneisiin, jotta saatiin luotettava kuva kinestetikkaa käyttävien hoitajien kokemuksista.

Aineisto kerättiin strukturoidulla verkkokyselylomakkeella (LIITE 2), johon vastaajat saivat vastata työajallaan omassa työpisteessään tietokoneella. Tämän vuoksi tutkimus ei vaatinut tekijältään eikä tilaajaltaan fyysisiä resursseja.

Tutkimuksen tekijä päätyi verkkopohjaiseen kyselyyn, sillä työ kotihoidossa on usein ennalta-arvaamatonta, jonka vuoksi tekijä koki sopivan ja pitävän haastattelujan sopimista työntekijöiden kanssa hankalana. Tilaaja-organisaatiolta odotettiin kyselyyn vastaamisen mahdollistamista työajalla.

6.3 Aineiston analysointi

Sisällön analyysin tarkoituksena on kuvattavan ilmiön laaja, mutta samalla tiivistetty esittäminen. Tämän lopputuloksena syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. Induktiivinen sisällönanalyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen ongelmanasettelu ohjaa. Aineistolähtöisessä analyysissä sanoja luokitellaan käyttäen perustana niiden teoreettista merkitystä. Induktiivista sisällönanalyysiä pidetään aiheellisena silloin, kun tutkittavasti asiasta ei juurikaan tiedetä tai aikaisemman tiedon todetaan olevan hajanaista. Sisällönanalyysin kategoriat johdetaan aineistosta tutkimusongelmien ohjaamana. Sen tavoitteena on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus, johon aikaisemmat havainnot, tiedot eikä teoria vaikuta. Aineiston analyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin kautta vaiheittain. (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2013.)

Aineiston analysointi aloitettiin siirtämällä saadut vastaukset verkkopalvelusta tekijän tietokoneelle. Varsinaista litterointia ei tämän vuoksi vaadittu. Tämän jälkeen alkuperäisilmaisuista muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia, jotka koettiin tutkimuskysymysten kannalta merkittäviksi. Lisäksi pelkistyksistä laadittiin havainnoiva esimerkkitaulukko (Taulukko 1). Pelkistämisen jälkeen tekijä siirtyi ryhmittelemään tutkimuksen kannalta olennaista tietoa teoreettisiin käsitteisiin, jolloin pelkistetyistä ilmaisuista syntyi niitä kuvaavia alaluokkia. Alaluokkien luomisen jälkeen aineiston abstrahointia jatkettiin yhdistämällä alaluokat niitä kuvaaviin yläluokkiin, jonka jälkeen yläluokat yhdistettiin samaksi yhtenäiseksi kokonaisuudeksi eli yhdistäväksi luokaksi, jonka havainnoimiseksi laadittiin myös havainnoiva taulukko (Taulukko 2).

Taulukko 1. Esimerkki pelkistyksestä.

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset
”Kiinnitän enemmän huomiota työskentelyasentoihin, en nosta asiakasta tai asiakkaan raajoja, vaan avustan muulla tavoin, esim. kosketuksella, ohjaamalla. Kannustan, ohjaan ja avustan asiakasta käyttämään ja hyödyntämään omia voimavarojaan enemmän.”	Kiinnittää enemmän huomiota työskentelyasentoihin Ei avusta nostamalla, vaan koskettamalla ja ohjaamalla. Kannustaa ja ohjaa omien voimavarojen käyttämiseen.
”Olen miettinyt tarkemmin tapoja, miten autan asiakasta rasittamatta selkääni. Kinestetiikan keinoin autan myös asiakasta, palaute on ollut pääosin kiitettävää asiakailta. Liikkuminen/liikuttaminen tuntuu turvallisemmalta.”	Miettinyt, miten säästää selkäänsä avustustilanteissa. Liikkuminen ja avustaminen tuntuu turvallisemmalta.
”Olen pyrkinyt parantamaan liikettäni sellaiseksi, että se ei tee minulle huonoa ja on myös asiakkaalle hyväksi.”	Muuttanut omaa liikettään keholleen ja asiakkaalle paremmaksi.
”Asiakkaan auttamistilanteissa, keskityn enemmän liike-energian hyödyntämiseen ja mietin millä tavoin oikeasti autan asiakasta. Harvemmin aiemminkaan on tullut kainaloista autettua ylösnoousussa, mutta erityisesti kinestetiikkakurssin jälkeen tähän on kiinnittänyt huomiota.”	Keskittynyt auttamistilanteissa liike-energian hyödyntämiseen. Miettinyt, miten voi auttaa asiakasta paremmin.
”Olen tehnyt hoitotyötä niin, etten käytä omia voimiani esimerkiksi nostaessa asiakkaan jalkoja sängylle. Kannustan asiakasta itse nostamaan jalat tai opetan häntä käyttämään omia voimia siirtymisissä. Vuodepotilaan hoito muuttui huomattavasti kurssin jälkeen. Annoin asiakkaan tehdä kaiken siirtymisen itse mihin hän pystyi. Hyvin pian asiakas huomasi itsekkin miten saa sängyssä käännyttyä, miten kädet ohjautuu ja miten polvet saadaan koukkuun. Yritän huomioida asiakkaan omat voimat kaikilla kotihoidon käynneillä	Kannustaa asiakasta omatoimisuuteen. Ohjaa käyttämään omia voimia. Vuodepotilaan hoito muuttunut kurssin jälkeen. Asiakkaan voimavaroja huomioitu paremmin.

Taulukko 2. Esimerkki luokittelusta alaluokkaan kotihoitotyö.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<p>Kiinnittää huomiota työskentelyasentoihin.</p> <p>Kiinnittää huomiota omaan liikkumiseen.</p> <p>Muuttanut liikettään omalle keholleen ja asiakkaalle paremmaksi.</p> <p>Miettinyt, miten säästää selkäänsä avustustilanteissa.</p> <p>Liikkuminen tuntuu turvallisemmalta.</p> <p>Keskittyy liike-energian hyödyntämiseen.</p>	<p>Muutokset työasennoissa ja liikkumisessa</p>
<p>Tukee asiakkaita kovista kohdista ja käyttää kehon liikerataa siirtymisissä.</p> <p>Kehon liikerata tullut osaksi työskentelyä, jota ei käyttänyt ennen kurssia.</p> <p>Asiakkaan kannustaminen omatoimisuuteen.</p> <p>Ohjaa käyttämään omia voimia.</p>	<p>Muutokset avustus- ja siirtymistilanteissa</p>
<p>Asiakkaan voimavarojen huomioiminen parantunut.</p>	<p>Asiakkaan voimavarojen huomioiminen</p>
<p>Käyttää päivittäin jonkun verran.</p> <p>Ei käytä kovin aktiivisesti.</p> <p>Käyttää aina.</p> <p>Käyttää sellaisten asiakkaiden kohtaamisessa, joilla on haasteita tai rajoitteita voimavaroissa ja toimintakyvyssä.</p> <p>Pyrkii käyttämään aktiivisesti käynneillä, joissa asiakas tarvitsee apua liikkumisessa.</p> <p>Käyttää niiden asiakkaiden kohdalla, jotka tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissa.</p>	<p>Kinestetiikan käytön aktiivisuus</p>

<p>Ajan antaminen erilaisiin käytännön harjoituksiin.</p> <p>Kinestetiikkakouluttajan pitämät kertaustunnit</p> <p>Kinestetiikan työotteesta pitäisi tehdä uusi asenne, jota vietäisiin rohkeasti asiakkaille.</p> <p>Tällä hetkellä ei tarvetta kehittää.</p> <p>Kinestetiikka tutoreiden kouluttaminen jokaiseen yksikköön.</p> <p>Uusien työntekijöiden kouluttaminen.</p> <p>Hoitosuunnitelmien päivittäminen.</p> <p>Yhteiset linjat, miten yksittäistä asiakasta avustetaan.</p>	<p>Kehittämisehdotukset</p>
<p>Käyttää kinestetiikkaa avustaessa asiakkaita tuolilta tai vuoteelta ylös.</p> <p>Käyttää kehon liikerataa siirtymisissä.</p> <p>Auttaa asiakkaita kinestetiikan keinoin.</p> <p>Hyödyntää asiakkaiden ylösnousuissa kinestetiikan periaatteita.</p>	<p>Tilanteet, joissa kinestetiikkaa käytetään</p>

7 TULOKSET

Kotihoidon hoitajien kokemukset kinestetiikan vaikutuksista fyysiseen työhyvinvointiin voidaan jakaa yläluokkiin kinestetiikka kotihoitotyössä, muutokset työhyvinvoinnissa ja jaksamisessa, ongelmat käyttöönötossa ja ratkaisukeinot sekä apuvälineiden käyttö. (Taulukko 3.)

7.1 Vastaajat

Verkkokyselyyn osallistui yhteensä yhdeksän (N=9) vastaajaa. Nuorin vastaajista oli 26-vuotias ja vanhin vastaaja oli 56-vuotias. Vastaajien keski-ikä oli hieman yli 37 vuotta (n=37,44). Valtaosa (n=5) haastatelluista olivat ammatiltaan lähihoitajia, pienempi osa vastaajista olivat ammatiltaan sairaanhoitajia (n=2, 22,2%) (AMK) sekä terveydenhoitajia (n=2, 22,2%) (AMK). Hieman yli puolet vastaajista (n=5, 55,6%) kertoivat kokeneensa tuki- ja liikuntaelimiin liittyviä ongelmia. Vastaajat olivat käyneet kinestetiikan peruskurssin vuosien 2014 ja 2019 välisenä aikana. Yli puolet vastaajista (n=6, 66,6%) oli käynyt kurssin vuosien 2018 ja 2019 aikana.

7.2 Kinestetiikka kotihoitotyössä

Yläluokka kotihoitotyö muodostuu alaluokista muutokset työasentoissa ja liikkumisessa, muutokset avustus- ja siirtymistilanteissa, asiakkaan voimavarojen huomioiminen, kinestetiikan käytön aktiivisuus, kehittämis ehdotukset ja tilanteet, joissa kinestetiikkaa käytetään. (Taulukko 3.)

Muutokset työasentoissa ja liikkumisessa. Kotihoidon hoitajat kokivat kinestetiikkakoulutuksen haastavan heitä pohtimaan omia työasentojaan ja omaa liikkumistaan. Hoitajat olivat omasta mielestään muuttaneet liikkumistansa omalle ja asiakkaan keholle paremmaksi. He olivat myös pohtineet miten säästää tuki- ja liikuntaelimiä erilaisissa avustustilanteissa ja miten hyödyntää liike-energiaa asiakkaan kanssa liikkumisessa sekä hänen avustamisessaan. Osa hoitajista koki liikkumisen asiakkaan kanssa turvallisemmaksi kinestetiikan peruskurssin jälkeen.

”Kiinnitän enemmän huomiota työskentelyasentoihin, en nosta asiakasta tai asiakkaan raajoja, vaan avustan muulla tavoin, esim. kosketuksella ohjaamalla.”

”Olen miettinyt tarkemmin tapoja, miten autan asiakasta rasittamatta selkääni. Liikkuminen/liikuttaminen tuntuu turvallisemmalta.”

”Olen pyrkinyt parantamaan liikettäni sellaiseksi, että se ei tee minulle huonoa ja on myös asiakkaalle hyväksi.”

Muutokset avustus- ja siirtymistilanteissa. Hoitajat kokivat hyötывänsä kinestetiikan opeista erityisesti avustus- ja siirtymistilanteissa. Avustus- ja siirtymistilanteissa hoitajat kertoivat avustavansa asiakkaita kinestetiikan oppien mukaisesti kovista kohdista käyttäen kehon luonnollisia liikeratoja hyväkseen ja kiinnittivät huomiota aiempiin hieman kyseenalaisiin avustamistapoihin. He kertoivat myös kannustavansa asiakkaita omatoimisuuteen ja omien voimiensa hyödyntämiseen. Myös vuoteeseen hoidettavien asiakkaiden hoitamisen koettiin muuttuneen oleellisesti.

”Asiakkaan auttamistilanteissa keskityn enemmän liike-energian hyödyntämiseen ja mietin millä tavoin oikeasti autan asiakasta. Harvemmin aiemminkaan on tullut kainaloista autettua ylös nousussa, mutta erityisesti kinestetiikkakurssin jälkeen tähän on kiinnittänyt huomiota.”

”...Annoin asiakkaan tehdä kaiken siirtymisen itse mihin hän pystyi. Hyvin pian asiakas huomasi itsekin, miten kädet ohjautuu laitaan kiinni kääntyessä ja miten polvet saadaan sängyssä koukkuun.”

”...Vuodepotilaan hoito muuttui huomattavasti kurssin jälkeen.”

Asiakkaan voimavarojen huomioiminen. Hoitajat kokivat asiakkaiden voimavarojen tulevan paremmin huomioiduiksi ja heidän kuntonsa paranevan kinestetiikkakurssin jälkeen. Hoitajat kertoivat pyrkivänsä kinestetiikkakurssin jälkeen huomioimaan asiakkaiden voimavaroja monipuolisemmin jokaisella kotihoidon käynnillä.

”...Yritän huomioida asiakkaan omat voimat kaikilla kotihoidon käynneillä.”

”...Kannustan, ohjaan ja avustan asiakasta käyttämään ja hyödyntämään omia voimavarojaan enemmän.”

Kinestetiikan käytön aktiivisuus. Kinestetiikan käytön aktiivisuus vaihteli paljon eri hoitajien välillä, osa hoitajista käyttää kinestetiikkaa aktiivisesti päivittäin joka käynnillä, osa hoitajista arvioi kinestetiikan tarvetta asiakkaan avuntarpeen ja suhtautumisen mukaan.

”Joka päivä jonkin verran. Kaikkien niiden asiakkaiden kohdalla jotka tarvitsevat apua pukeutumisessa ja liikkumisessa...”

”Tarvittaessa päivittäin, riippuen siitä, onko minulla kotikäyntejä.”

”En kovin aktiivisesti...”

Kehittämisehdotukset. Kinestetiikan kehittämiseen saatiin monenlaisia ehdotuksia. Hoitajien mielestä työnantajan tulisi antaa hoitajille aikaa kokeilla erilaisia kinestetiikan keinoja rauhassa ilman kiirettä. Myös kotihoidon tiimipalavereihin kaivattiin kinestetiikkakouluttajaa vierailuille, jolloin voitaisiin yhdessä pohtia kinestetiikkaan liittyviä ongelmia ja kysymyksiä sekä kerrata opittuja taitoja. Myös kinestetiikkatutoreita toivottiin koulutettavan jokaiseen työyksikköön. Kinestetiikan mukaisesta työotteesta toivottiin tulevan uusi asenne hoitotyöhön, jota vietäisiin rohkeasti eteenpäin asiakkaille. Joidenkin hoitajien mielestä kinestetiikkaa ei tarvitse kehittää enempää kotihoidossa. Hoitajien mielestä myös hoitosuunnitelmien systemaattinen päivittäminen ja yhteisistä asioista sopiminen tiimeittäin sekä näistä asioista kiinnipitäminen mainittiin kehittämiskohteiksi. Myös uusien työntekijöiden kouluttaminen kinestetiikkaan mainittiin tärkeäksi tekijäksi.

”Antamalla aikaa hoitajille kokeilla erilaisia keinoja käytännön harjoituksilla.”

”Kotihoidon tiimipalaverieihin voisi joskus tulla kinestetiikkakouluttaja pitämään kertaustuntia. Kinestetiikan työotteesta pitäisi ottaa uusi asenne, mitä vietäisiin rohkeasti eteenpäin asiakkaille.”

”Ei ole nyt tarvetta sen enempää...”

”Olisi mahtavaa, jos tutoreita koulutettaisiin jokaiseen yksikköön ja heitä olisi mahdollista käyttää konsultaatio- ja ohjausapuna. Tärkeää on uusien työntekijöiden kouluttaminen kinestetiikkaan...”

Tilanteet, joissa kinestetiikkaa käytetään. Kotihoidon hoitajat kertoivat kinestetiikan käyttönsä keskittyvän lähinnä erilaisiin fyysisiin avustamistilanteisiin, kuten sängyltä tai tuolilta ylösnousemisen avustamiseen sekä asiakkaan liikkumisen tukemiseen.

”...Ymmärrän hyödyntää asiakkaiden ylösnousun avustamisessa kinestetiikan periaatteita”

”...Kinestetiikan keinoin autan myös asiakasta...”

”Siirrot.”

”Käytän kinestetiikan peruskurssilla oppimaani tekniikkaa avustaessa asiakkaita tuolilta/vuoteelta ylös..”

”...Pyrin käyttämään kinestetiikkaa, kun olen asiakaskäynnillä, jossa asiakas tarvitsee paljon apua liikkumisen suhteen.”

7.3 Muutokset työhyvinvoinnissa ja jaksamisessa

Yläluokka muutokset työhyvinvoinnissa ja jaksamisessa muodostuu alaluokista työhyvinvoinnin paraneminen, työssäjaksamisen paraneminen ja tuki- ja liikuntaelinongelmat. (Taulukko 3.)

Työhyvinvoinnin paraneminen. Kinestetiikan vaikutuksista työhyvinvointiin saatiin pääasiassa positiivisia vastauksia. Hoitajat kokivat työhyvinvoinnin parantuneen, kipujen vähentyneen ja työn fyysisen kuormittavuuden vähentyneen. Osan

mielestä kinestetikalla ei ollut selkeää muutosta oman työn luonteen vuoksi, tässä tapauksessa hoitaja nosti esiin työnsä olevan pääasiassa toimistotyötä. Myös jo pelkän tiedon olemassa olevista kinestetikan keinoista todettiin edesauttavan työhyvinvointia. Myös joidenkin asiakkaiden kerrottiin olevan mielissään uudesta siirtymistekniikasta, joka on taas tuonut hyvän mielen hoitajille. Myös sairauslomien uskottiin vähenevän tulevaisuudessa, kun hoitajat eivät kuluta itseään loppuun.

”...Asiakkaatkin ovat mielissään uudesta siirtymistekniikasta, joka tuo käynnin aikana hyvän mielen itselle asiakkaan luona.”

”...Sairaslomat todennäköisesti vähenee, jos ihmiset ei kuluta itseään loppuun.”

”Keventänyt fyysistä kuormaa.”

”Itselläni on aika vähän fyysistä asiakkaan auttamista päivittäisessä työssä, joten selkeää muutosta ei ole tullut.”

”Pelkkä tieto kinestetikan keinoista helpottaa, että tietää voivansa hyödyntää sitä tarpeen mukaan.”

Työssäjaksamisen paraneminen. Kinestetikan vaikutukset työssäjaksamiseen koettiin hoitajien mielestä positiivisina. Hoitajat kokivat jaksamisensa lisääntyneen kinestetikan ansiosta, kun omien voimien käyttäminen on vähentynyt. Myös työn kuormittavuuden todettiin vähentyneen asiakkaan käyttäessä enemmän omia voimavarojaan. Uusien asioiden oivaltaminen ja asiakkaiden toimintakyvyn paraneminen koettiin myös positiivisena työssäjaksamista edistävänä asiana. Kipujen väheneminen koettiin kohentuneena mielialana ja asiakkaan koskettamisesta koettiin mielihyvää.

”...On mielenkiintoista yrittää miettiä asioita kinestetikan näkökulmasta ja oivaltaa välillä uusia asioita ja saa mielihyvän tunnetta, kun tulee onnistumisia ja huomataan, kuinka jonkun asiakkaan toimintakyky on parantunut...”

”Mieliala on parempi, kun selkä ei oirehdi.”

”Päivittäiseen työssä jaksamiseen ei ole vaikuttanut työn luonteen vuoksi.”

”Jaksan paremmin, koska kannustan asiakkaita enemmän ja käytän omaa voimaani vähemmän...Myös kosketus asiakkaaseen antaa myös itselle hyvän mielen.”

7.4 Ongelmat kinestetiikan käyttöönotossa ja niiden ratkaisukeinot

Yläluokka ongelmat kinestetiikan käyttöönotossa muodostuu alaluokista asiakkaasta johtuvat ongelmat, työyhteisöstä johtuvat ongelmat, työympäristöstä johtuvat ongelmat, työnantajasta johtuvat ongelmat ja ongelmien ratkaisukeinot. (Taulukko 3.)

Asiakkaasta johtuvat ongelmat. Asiakkaasta johtuvista ongelmista hoitajat raportoivat asiakkaan passiivisuuden ja haluttomuuden opetella uusia tapoja. Monilla asiakkailla kerrottiin olevan tiettyjä vanhoja toimintatapoja, joita he eivät suostu muuttamaan. Hoitajat toivat esiin myös joidenkin asiakkaiden negatiivisen suhtautumisen uuteen toimintamalliin. Hoitajat kertoivat joidenkin asiakkaiden oletettavan hoitajien tekemän asioita heidän puolestaan, sillä he maksavat saamastaan hoidosta. Hoitajien mukaan osa asiakkaista ei ymmärrä mitkä toimintatavat ovat heidän toimintakykynsä säilymisen kannalta hyviä. Toisaalta taas osa asiakkailta saaduista palautteista olivat kiitettäviä.

”Asiakkaan passiivisuus ja haluttomuus opetella uusia tapoja. Monilla on oma, tietty tapa toimia, jota ei muuteta sitten millään.”

”Asiakas sitä mieltä, että hoitajan kuuluu tehdä asiat asiakkaan puolesta vaikka hän itsekin pystyisi niistä suoriutumaan...”

”...Osa asiakkaista kuitenkin olettaa, että hoitajan kuuluu tehdä asiakkaan puolesta myös niitä asioita, jotka hän itse pystyy tekemään, koska hän maksaa hoidosta, joten välillä joutuu käyttämään paljon aikaa ja

energiaa saadakseen asiakkaan ymmärtämään, mikä on hänen oman toimintakykynsä säilymisen kannalta hyväksi ja saa myös välillä kuulla kunniansa siitä kuinka huono hoitaja on, kun ei tee kaikkea asiakkaan puolesta.”

Työyhteisöstä johtuvat ongelmat. Työyhteisöstä johtuvista ongelmista hoitajat raportoivat kirjallisten ohjeiden puutteen ja systemaattisen käyttämisen vaikeuden hoitajien suuren vaihtuvuuden vuoksi. Hoitajat mainitsivat myös sen, ettei hyväksi havaittuja tapoja ole kirjattu ylös hoitosuunnitelmaan. Hoitajat pitivät haastavana myös sen, jos kaikki hoitajat eivät noudata samoja ohjeita sekä toimintatapoja. Myös työyhteisön osittain negatiivinen asenne koettiin ongelmana.

”...Haasteena on jos koko hoitajatiimi ei noudata samoja ohjeita. Toinen tekee täysin puolesta ja toinen ei. Hoitosuunnitelmat pitäisi olla hyvin päivitetty myös tässä asiassa. Siellä ei lue toimintatavoista juuri mitään. Ainoastaan lukee omatoimisuuteen kannustaminen, joka ei avaa tarpeeksi miten asiakasta autetaan.”

”Työyhteisön osittain negatiivinen asenne...”

”Systemaattisuutta on hankala taata, kun hoitajissa on vaihtuvuutta eikä hyväksi havaittuja kinestetiikan menetelmiä ole kirjattu hoitosuunnitelmaan...”

”Kirjallisten ohjeiden puute.”

Työympäristöstä johtuvat ongelmat. Työympäristöstä johtuvista ongelmista hoitajat mainitsivat kotihoidon erilaiset työympäristöt, jotka tuovat haasteita työasennoissa. Toisaalta kinestetiikan kerrottiin tuovan myös vastauksia näihin ongelmiin.

”Joskus kotihoidon työympäristöt tuovat haasteita, joihin kinestetiikka voi tuoda helpotusta.”

Työnantajasta johtuvat ongelmat. Työnantajasta johtuvista ongelmista hoitajat nostivat esiin apuvälineiden kustannusten olevan asiakkaiden vastuulla, jolloin tarvittavat apuvälineet jäävät ostamatta asiakkaan rahatilanteen vuoksi.

”...Kaikilla asiakkailla ei ole varaa ostaa esim. jumppapalloa, jotka sitä kuitenkin tarvitsisivat esim. lattialta ylösnousussa avustaminen sujuisi joidenkin kotona hyvin jumppapallon kanssa.”

Ongelmien ratkaisukeinot. Ongelmien ratkaisukeinoista hoitajat nostivat esiin asiakastilanteiden läpikäymisen viikottain hoitotyön tunneilla, hyväksi havaittujen toimintatapojen kirjaaminen hoitosuunnitelmaan, koko hoitohenkilökunnan kouluttaminen kinestetiikkaan sekä yhteistyö omaisien kanssa esimerkiksi apuvälineiden ostamisen suhteen.

”Pyydetty omaisia ostamaan jumppapalloja...”

”Puhumalla tiimeissä...”

”Esimiehen puuttuminen asiaan. Esimieheni käynyt esimiehille suunnatun kinestetiikkakurssin.”

”...Asioista keskustellaan hoitajien kesken ja mietitään ja suunnitellaan yhdessä toimintatapoja...”

”Pyritty käsittelemään asiakastilanteita yhdessä viikottaisilla hoitotyön tunneilla hoitajien kanssa ja kirjaamaan hoitosuunnitelmaan mikäli jokin toimintatapa on asiakkaan kohdalla huomattu toimivaksi. Koko henkilökunta on koulutettu kinestetiikkaan.”

7.5 Apuvälineiden käyttö

Yläluokka apuvälineiden käyttö muodostuu alaluokista toimivaksi havaitut apuvälineet ja apuvälineiden käytön lisääminen. (Taulukko 3.)

Toimivaksi havaitut apuvälineet. Toimivaksi havaituiksi apuvälineiksi hoitajat kertoivat muun muassa pallot, matot ja sähkösängyt, erilaiset jumppa- ja papupallo sekä pyyhkeet ja lakanat. Osa hoitajista kertoi, ettei heillä ole käytössään kinestetiikkaan liittyviä apuvälineitä.

”Toistaiseksi ei ole ollut käytössä apuvälineitä.”

”Pallot, matot ja sähkösängyt.”

”Jumppapalloja ja papupalloja olemme tiimiin hankkineet, ja niillä on asiakkaiden kanssa jumpattu. Myös erilaisia pyyhkeitä ja lakanoita on hyödynnetty.”

”Papupallo olisi hyvä, aina välillä joku asiakas on kaatuneena ja sen avulla voisi helpottaa ylösnousua.”

”Sairaalasänky on hyvä esim. katetroinnissa, säästää hoitajien selkää kun sängyn saa ylös...”

”Jumppapallolla asiakkaan kanssa liikkuminen.”

Apuvälineiden käytön lisääminen. Kinestetiikkaan liittyvien apuvälineiden käytön lisäämisestä kysyttäessä hoitajat kertoivat toivovansa työnantajan tukevan apuvälineiden hankkimista esimerkiksi hankkimalla jumppapalloja apuvälinelainaamon valikoimaan. Apuvälineiden hankkimista tiimeille pidettiin myös tärkeänä. Apuvälineiden käytön lisäämisen haasteena hoitajat kertoivat kotihoidon vaikeudet kuljettaa apuvälineitä hoitajien mukana kotikäynneillä. Osa hoitajista kertoi työnantajan tukeneen apuvälineiden saamista riittävästi. Myös esimiehen asenne kinestetiikkaa kohtaa nostettiin vaikuttavaksi tekijäksi.

”Saamme asiakkaillemme lähes kaikki apuvälineet apuvälinelainaamosta. Jumppapalloja apuvälinelainaamosta ei vielä ainakaan saa. Olisi hyvä muutos lisätä jumppapallot apuvälinelainaamon valikoimaan.”

”Hankkimalla tiimeihin niitä...”

”...Kotihoidossa haasteena haasteena vain on se, että välineet, kuten esim. papupallo pitäisi olla asiakkaalla omana. Hankala kuljettaa mukana.”

”Olemme jo saaneet apuvälineitä käyttöön työpaikalle.”

”On jo auttanut, ollaan saatu mm. pähkinäpallot käyttöön.”

”...Esimiehen asenne on kaikista tärkeintä!...”

Taulukko 3. Luokittelu ala- ja yläluokkiin.

Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä tekijä
Muutokset työasennoissa ja liikkumisessa Muutokset avustus- ja siirtymistilanteissa Asiakkaan voimavarojen huomioiminen Kinestetiikan käytön aktiivisuus Kehittämisehdotukset Tilanteet, joissa kinestetiikkaa käytetään	Kinestetiikka kotihoitotyössä	<i>Kotihoidon hoitajien kokemuksia kinestetiikasta</i>
Työhyvinvoinnin parantaminen Työssajaksamisen parantaminen	Muutokset työhyvinvoinnissa ja jaksamisessa	
Asiakkaasta johtuvat ongelmat Työyhteisöstä johtuvat ongelmat Työympäristöstä johtuvat ongelmat Ongelmien ratkaisukeinot	Ongelmat kinestetiikan käyttöönotossa ja ratkaisukeinot	
Toimivaksi havaittuja apuvälineitä Apuvälineiden käytön lisääminen	Apuvälineiden käyttö	

8 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan opinnäytetyön tuloksia, johtopäätöksiä, tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta sekä tuodaan esille jatkotutkimusaiheita.

8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa kinestetiikasta, jota voidaan hyödyntää kinestetiikan fyysisen työhyvinvoinnin vaikutuksien arvioimiseen kotihoidon työympäristöissä, kinestetiikan käytön aktiivisuuden arvioimisessa, sekä kinestetiikan käytön kehittämisessä kotihoidon erilaisissa ja vaihtuvissa työympäristöissä.

Kyselyn vastausten perusteella kinestetiikan kuvailtiin parantavan hoitajien työsjaksamista sekä työhyvinvointia tarjoamalla tietoa ihmisen luonnollisista liikeradoista ja tarjoamalla näin mahdollisuuden uudensuunniteltuihin työskentelytapoihin sekä -asentoihin, joilla hoitajat kokevat voivansa keventää fyysistä avustamistyötä. Lisäksi kinestetiikan koettiin tuovan apua kotihoidon hoitajien jo olemassa oleviin tuki- ja liikuntaelimiin kohdistuviin kipuihin, joita ovat aiheuttaneet aikaisemmin toteutettu fyysisesti raskas nostamis- ja avustamistyö. Lisäksi hoitajat kuvailivat kinestetiikan lisäävän hoitajan ja asiakkaan välistä kosketusta, jonka kuvailtiin lisäävän työstä saatavaa mielihyvää. Näitä havaintoja tukee aikaisemmin tehty tutkimus (Stenman, Turkki, Vähäkangas, Hantikainen & Elo, 2016), jossa hoitajat kertoivat työn kuormittavuuden vähentyneen, kokeneensa työnsä miellyttävämpänä, kiinnittävänsä enemmän huomiota omaan liikkumiseensa ja työasentoihinsa kinestetiikan käyttöönoton jälkeen. Lisäksi kinestetiikan kuvailtiin lisäävän asiakkaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta sekä kosketusta, joka koettiin mielihyvää sekä asiakkaalle että hoitajalle lisäävänä tekijänä.

Kyselyn vastausten perusteella hoitajat kuvailivat käyttävänsä kinestetiikkaa hyvin aktiivisesti päivittäin, toisaalta osa hoitajista kuvaili arvioivansa kinestetiikan hyödyllisyyttä ja tarpeellisuutta yksittäisen asiakkaan voimavarojen ja hoidontarpeiden perusteella ja tekevänsä päätöksen kinestetiikan käytöstä näiden asioiden perusteella.

Kinestetiiikan käyttöönottoon liittyvien ongelmien suhteen hoitajat nostivat esiin työyhteisön negatiivisen suhtautumisen kinestetiiikkaan ja tietynlaisen muutosvas-
taisuuden, jota tukee aikaisemmin tehty tutkimus (Stenman ym. 2016), jossa hoi-
tajat kertoivat joidenkin hoitajien suhtautuneen epäluuloisesti uuden toimintamal-
lin käyttöönottoon.

Tulevaisuuden kehitystoiveiksi kotihoidon hoitajat kuvailivat kinestetiikkatutorei-
den lisäämisen, koko henkilökunnan kouluttamisen kinestetiiikkaan, jolloin työ-
menetelmät saataisiin yhtäläisiksi eri alueiden ja tiimien välillä, sekä toimivien
toimintamallien parempi kirjaaminen, jolloin myös uudetkin hoitajat tietäisivät,
mikä toimintamalli kyseisen asiakkaan kohdalla on jo todettu toimivaksi, eikä jo-
kaisen pitäisi erehdysten kautta löytää oikeaa ja tämän asiakkaan kohdalla toimi-
vaa toimintatapaa.

Apuvälineiden käyttöä kyselyyn vastanneet hoitajat kuvailivat vaihtelevasti, osa
hoitajista kuvaili käyttävänsä apuvälineitä hyvin aktiivisesti ja saavansa niistä
suuren hyödyn kinestetiiikan toteuttamisessa. Parhaimmaksi apuvälineeksi koettiin
papupallo, jota tukee myös aikaisempi tutkimus (Stenman ym. 2016), jonka tulos-
ten perusteella hoitajat kokivat pallon hyväksi apuvälineeksi.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kinestetiiikan vaikutuksien arvi-
oimisessa kotihoidon vaihtuvissa työympäristöissä, kinestetiiikan käytön aktiivi-
suuden arvioimisessa sekä kinestetiiikan kehittämisessä kohdeorganisaatiossa.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa otetaan huomioon Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) oh-
jeet. Tutkimusta varten tarvittavat tutkimusluvut anottiin kohdeorganisaatiolta asi-
anmukaisesti. Haastattelulomakelinkin mukana vastaajille toimitettiin kutsukirje
(LIITE 1), jossa heille avattiin kirjallisesti sekä ymmärrettävästi tutkimuksen tar-
koitus, tutkittavan anonymiteetin säilyminen ja tutkimukseen osallistumisen va-
paaehtoisuus. Tutkimuksen aikana vastaajien anonymiteetti säilytettiin koko tut-
kimusprosessin ajan ja heidän nimensä ei tullut missään vaiheessa tekijän eikä
muidenkaan tietoisuuteen. Aineiston analysoinnin ja raportoinnin jälkeen vas-

tausmateriaalit hävitettiin e-lomake-palvelusta sekä tekijän tietokoneelta asianmukaisesti.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä voidaan pitää uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013).

Tutkimuksen uskottavuuden edellytyksenä on, että tulokset on kuvattu niin ymmärrettävästi, että lukija ymmärtää kuinka analyysi on tehty ja mitkä seikat ovat tutkimuksen vahvuuksia ja heikkouksia. Täten voidaan tarkastella sekä analyysiprosessia että tulosten validiteettia. Uskottavuus kattaa myös sen, miten hyvin tutkijan muodostamat luokitukset ja kategoriat kattavat koko aineiston. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Tämän tutkimuksen tulokset pyrittiin esittämään ymmärrettävästi ja selkeästi, lisäksi analyysiprosessin avaamiseksi käytettiin taulukoita, jotka helpottavat prosessin etenemisen seuranta.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä missä määrin tulokset ovat siirrettävissä johonkin muuhun tutkimusympäristöön. Siirrettävyyden takaamiseksi tutkimuskonteksti tulee kuvailla aina mahdollisimman tarkasti, osallistujien valinta ja taustat selvittää ja aineistonkeruu sekä analysointi kuvataan mahdollisimman seikkaperäisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

8.3 Jatkotutkimusaiheet

Tekijän mielestä mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheiden teemoja olisivat kotihoiton asiakkaiden, heidän omaisten, kotihoiton esimiestyötä tekevien sekä opiskelijoiden kokemukset kinestetikasta. Mielenkiintoista olisi myös selvittää minkälaisia ajatuksia kinestetikan peruskurssin aloittavilla hoitajilla on ennestään kinestetikasta ja sen vaikutuksista ja vertailla näitä ajatuksia jo kinestetikan peruskurssin käyneisiin.

LÄHTEET

Hantikainen, V. 2018. Kinestetiikka voimavaralähtöisenä toimintamallina – pienikin voimavara on mahdollisuus. Teoksessa Kinestetiikka toimintamalli voimavarojen ylläpitämiseen liikkeen avulla, 15-40. Toim. Hantikainen, V. Jyväskylä. PS-kustannus.

Hantikainen, V. 2012. Kinestetiikka – toimintakyvyn ylläpitämistä ja kuntoutumista tukeva voimavaralähtöinen toimintamalli [seminariesitys]. RAI – seminaari 29.3.2012. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

Hantikainen, V. & Lappalainen, R. 2015. Kinestetiikan oppimateriaali. 4. painos. Seinäjoki. Suomen kinestetiikkayhdistys ry.

Hantikainen, V. & Hoivala, T. 2017. Uusien toimintatapojen käyttöönotto – esimerkkinä kinestetiikan hyödyntäminen. Teoksessa Parempi vanhustyö, 54-69. Toim. Kulmala, J. Jyväskylä. PS-kustannus.

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. painos. Keuruu. Otava.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kröger, T., Van Aerschot, L. & Puthenparambil, J. M. 2018. Hoivatyö muutoksessa: suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. NORDCARE2-tutkimushanke. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 26.2.2019.
<https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/57183#>

L23.8.2002/738. Työturvallisuuslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 19.3.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Lappalainen, R. 2018. Aidosti vuorovaikutteinen koskettaminen. Teoksessa Kinestetiikka toimintamalli voimavarojen ylläpitämiseen liikkeen avulla, 41-72. Toim. Hantikainen, V. Jyväskylä. PS-kustannus.

Lappalainen, R. 2015. Kosketusopas hoitohenkilökunnalle asiakkaan liikkumisen avustamiseen. Savonia ammattikorkeakoulu. Fysioterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 24.2.2019.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/91150/Lappalainen_Raimo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Manka, M-L. & Manka, M. 2016. Työhyvinvointi. Helsinki. Talentum Pro.

Martinsen, B., Mortensen, A. S. & Norlyk, A. 2018. Nordic homecare nursing from the perspective of homecare nurses – a meta-ethnography. *British Journal of Community Nursing*. Vol. 23, No 12, 590-595. Mark Allen Group. London. SE24 0PB. United Kingdom. Viitattu 18.3.2019.
<https://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/bjcn.2018.23.12.597>

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

STM 2019. Kotihoito ja kotipalvelut. Viitattu 8.3.2019. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Suomen Ergonomiayhdistys ry. 2011. Mitä on ergonomia? Viitattu 20.3.2019. <http://www.ergonomiayhdistys.fi/yhdistys/uusi-sivu>

Suomen kinestetiikkayhdistys ry. 2016. Kinestetiikan kehittyminen. Viitattu 20.2.2019. <https://www.kinestetiikka.fi/kinestetiikka/kinestetiikan-kehittyminen>

Tampereen kaupunki 2018 a. Kotihoito. Viitattu 25.2.2019.

<https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihmisten-palvelut/kotona-asuvalle/kotihoito.html>

Tampereen kaupunki 2018 b. Kotihoidon palvelujen myöntämisen kriteerit ikäihmisten palveluissa. Viitattu 26.2.2019.

https://www.tampere.fi/tiedostot/k/p1y4zYDMr/Kotihoidon_kriteerit_.pdf

TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 26.2.2019.

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Mitä toimintakyky on? Viitattu 6.2.2019.

<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

Työturvallisuuskeskus 2019. Fyysinen työkuormitus. Viitattu 18.3.2019.

https://ttk.fi/tyoturvallisuus_ja_tyosuojelu/tyoturvallisuuden_perusteet/tyoymparisto/fyysinen_tyokuormitus

Työterveyslaitos 2019. Työhyvinvointi. Viitattu 5.3.2019.

<https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi>

Työ- ja elinkeinoministeriö 2019. Työelämä 2020-hanke. Tietoa hankkeesta. Viitattu 5.3.2019. http://www.tyoelama2020.fi/tietoa_hankkeesta

Vallius-Hynninen, M. 2018. Kuntouttavaa kotihoitoa – pienillä muutoksilla suuria saavutuksia. Teoksessa *Kinestetiikka toimintamalli voimavarojen ylläpitämiseen liikkeen avulla*, 189-209. Toim. Hantikainen, V. Jyväskylä. PS-kustannus.

Virolainen, H. 2012. *Kokonaisvaltainen työhyvinvointi*. Helsinki. BoD – Books on Demand.

LIITTEET

LIITE 1. Kutsukirje

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä hoitotyön koulutusohjelmassa, sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Opinnäytetyönäni teen tutkimuksen kinestetiikan vaikutuksista kotihoidon hoitajien fyysiseen työhyvinvointiin Tampereen kaupungin kotihoidossa. Tutkimuksen avulla voidaan arvioida kinestetiikan vaikutuksia hoitohenkilökunnan fyysiseen työhyvinvointiin ja kehittää kinestetiikkaa kotihoidon erilaisissa työympäristöissä. Lisäksi tutkimus tarjoaa työnantajalle tärkeää tietoa kinestetiikan vaikutuksista työhyvinvointiin.

Opinnäytetyö toteutetaan verkkokyselynä, johon ystävällisesti kutsun Teidät osallistumaan. Osallistumisella tarkoitetaan oheiseen kyselylomakkeeseen vastaamista. Kyselyyn osallistumisesta ei makseta palkkiota. Osallistuminen kyselyyn on täysin vapaaehtoista sekä luottamuksellista. Huomioitthän, että kysely on suunnattu kinestetiikan peruskurssin käyneille kotihoidon välitöntä asiakastyötä tekeville työntekijöille. Tutkimuksen kokonaisvastaajamäärä on rajoitettu 20 vastaajaan.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu Tampereen kaupungin asianmukainen lupa. Antamanne vastaukset käsitellään täysin nimettöminä ja luottamuksellisesti. Vastauksissa ei paljastu kenenkään tietoja. Kyselyyn vastaamiseen on aikaa kahdeksan viikkoa.

Ohessa löydätte linkin, jota kautta pääsette osallistumaan verkkokyselyyn tietokoneellanne. Jos päätätte osallistua kyselyyn, pyydän teitä vastaamaan kyselyyn viimeistään 1.12.2019 mennessä.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii lehtori TtM Ritva Alaniemi Vaasan ammattikorkeakoulusta. Valmistuttuaan opinnäytetyö tullaan julkaisemaan internetissä osoitteessa www.theseus.fi.

Linkki kyselyyn: XXX

Ystävällisin terveisin

Toni Ahonen

Sairaanhoitajaopiskelija

e1700901@edu.vamkf.i

LIITE 2. Verkkokyselylomake

Esitiedot

Ikä

Ammattinimike Lähihoitaja Kodinhoitaja Sairaanhoitaja (AMK) Terveystenhoitaja (AMK) Muu Mikä? _____**Minä vuonna olette käynyt kinestetiikan peruskurssin?**

Oletteko kokenut tuki- ja liikuntaelimiinne liittyviä ongelmia työssänne? Kyllä En En osaa sanoa**Jos vastasitte kyllä, minkälaisia ongelmat ovat olleet?**

Kinestetiikan aiheuttamat muutokset työtavoissa ja työhyvinvoinnissa

Kinestetiikan peruskurssin käytyänne, minkälaisia muutoksia olette tehnyt työta-voissanne ja missä tilanteissa?

Minkälaisia muutoksia kinestetiikka on aiheuttanut työhyvinvointiinne liittyen?

Minkälaisia vaikutuksia kinestetiikalla on ollut jaksamiseenne liittyen?

Kuinka aktiivisesti käytätte kinestetiikkaa työssänne?

Kinestetiikan käyttöön liittyvät ongelmat

Minkälaisia ongelmia kinestetiikan käyttöönottoon liittyen olette kokenut omassa työssänne?

Miten mahdollisia ongelmia on ratkottu?

Apuvälineiden käyttö

Minkälaisista kinestetiikkaan liittyvistä apuvälineistä koette hyötyvänne työssänne kotihoidossa?

Miten työnantaja voisi edesauttaa kinestetiikkaan liittyvien apuvälineiden käyttöä työssänne?

Kinestetiikan kehittäminen

Millä tavalla kehittäisitte kinestetiikkaa omassa työssänne kotihoidossa?

LIITE 3. Palaverimuistio

Muistio opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen aloituspalaverista 28.2.2019 klo 10.30-11.30 Koukkuniemen hallinnossa Tampereella.

Paikalla Tampereen kaupungin ikäihmisten palvelulinjan palvelupäällikkö HM, th ja sh Leila Mäkinen sekä sairaanhoitajaopiskelija Toni Ahonen.

Palaverissa käytiin läpi ”Kotihoidon hoitajien kokemuksia kinestetikan vaikutuksista fyysiseen työhyvinvointiin” -opinnäytetyön tavoitteita sekä työelämän edustajan toiveita opinnäytetyöhön liittyen. Palaverissa käytiin läpi myös opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen aikataulua sekä siihen käytettäviä aineistonkeruutapoja.

Palaverissa päätettiin seuraavasti:

- Yhteiset linjaukset ja työelämän edustajan odotukset opinnäytetyötä kohtaan.
- Opinnäytetyön työelämän edustajana toimii Tampereen kaupungin ikäihmisten palvelulinjan palvelupäällikkö HM, th ja sh Leila Mäkinen.
- Suomen kinestetikka yhdistyksen puheenjohtaja Virpi Hantikainen ilmaissut halukkuutensa osallistua opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen ohjaukseen ja arviointiin kinestetikkaa käsitteleviin osioihin. Alustavasti sovittu, että Virpi tarkistaa kinestetikkaa käsittelevän teoriaosuuden ennen valmiin opinnäytetyön julkaisua.
- Opinnäytetyön aikataulu: tutkimussuunnitelma hyväksyttynä kevään/kesän 2019 aikana, jonka jälkeen tehdään tutkimuslupa-anomus Tampereen kaupungille, aineistonkeruu ja mahdollisesti analysoinnin aloitus syksyllä 2019 sekä opinnäytetyön valmistuminen kevään 2020 aikana.
- Opinnäytetyönä tehtävä tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, joka suoritetaan strukturoituna verkkokyselynä.
- Seuraavan palaverin ajankohtaa ei sovittu, koska sille ei tällä hetkellä ole tarvetta, yhteydenpitoa jatketaan kuitenkin työelämän edustajan kanssa aktiivisesti.