



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA

Laura Aalto

Niina Mannila

Opinnäytetyö  
Marraskuu 2017  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

AALTO, LAURA & MANNILA, NIINA:  
Kuntouttava hoitotyö hoitajien näkökulmasta

Opinnäytetyö 44 sivua, joista liitteitä 7 sivua  
Marraskuu 2017

---

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Tampereen kaupungin terveystalot. Tarkoituksena oli tehdä kysely erälle Tampereen kaupungin vuodeosastoille ja selvittää hoitajien näkökulma kuntouttavan hoitotyön toteutumisesta. Opinnäytetyön neljä tutkimusongelmaa olivat: mitä on kuntouttava hoitotyö? Miten hoitajat toteuttavat kuntouttavaa hoitotyötä? Millaisia esteitä on kuntoutuksen toteutuksessa? Miten kuntouttavaa hoitotyötä voidaan kehittää? Opinnäytetyössä avattiin tarkemmin asiakokonaisuuksia kuntouttava hoitotyö, itsemääräämisoikeus hoitotyössä, toimintakyvyn ylläpitäminen ja RAI-mittari hoitotyössä.

Opinnäytetyö toteutettiin määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen. Työtä varten luotiin sähköinen kyselylomake, johon työntekijät vastasivat nimettömästi työajallaan. Kysymykset olivat jaettuina seitsemään eri kategoriaan ja niissä käytettiin Likertin-asteikkoa. Yksi kysymyksistä oli avoin, ja sen vastausten sisältö analysoitiin laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Kysely toteutettiin kahteen kertaan, jotta tulokset olivat luotettavia. Kyselyyn vastasi yhteensä 49 hoitohenkilökunnan jäsentä. Kyselyn tuloksien perusteella kehittämiskohteita kuntouttavassa hoitotyössä olivat omaisten kanssa tehtävä yhteistyö, kiire, henkilöresurssit ja RAI:n käyttö. Avoimen kysymyksen myötä esille nousivat hoitajien asenteet, työtehtävien priorisointi ja organisointi, koulutuksen puute, fysioterapian lisääminen ja hoitosuunnitelmien ajantasaisuus.

Tuloksien perusteella päästiin johtopäätökseen, että kuntouttavaa hoitotyötä toteutettiin monipuolisesti osastoilla. Hoitohenkilökunta oli motivoitunutta ja kuntouttavaa hoitotyötä toteutettiin yhteisten päämäärien mukaan. Jatkotutkimusehdotuksiksi nousi omaisten kanssa tehtävän yhteistyön kehittäminen, työtehtävien priorisointi ja organisointi sekä ajankäyttö, näitä aiheita tutkimalla kuntouttavaa hoitotyötä pystyisi kehittämään lisää.

## ABSTRACT

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

AALTO, LAURA & MANNILA, NIINA:  
Rehabilitative Nursing from the Perspective of Nurses

Bachelor's thesis 44 pages, appendices 7 pages  
November 2017

---

This study was requested by Tampere city health care services. The purpose of the study was to design an enquiry to nurses working on certain wards in Tampere hospitals, and to examine these nurses' point of view regarding rehabilitative nursing. The four research problems of the study were: what is rehabilitative nursing? How do nurses implement rehabilitative nursing? What are the obstacles in implementing rehabilitation? How to improve rehabilitative nursing? The study defines more accurately the concepts like rehabilitative nursing, self-determination in nursing, maintaining the ability to function, and RAI-assessment in nursing.

This study was carried out by means of quantitative research method by using electronic forms that were filled out anonymously by the nurses. The questions were divided into seven distinct categories with Likert- scale and included one open question. This question was analysed by using qualitative research method. The enquiry was carried out on two occasions to ensure reliable results. A total of 49 nursing staff members responded to the enquiry. The results showed a need to take measures in the following areas: collaboration with relatives, staff resources and the usage of RAI. The open questions revealed the following areas that need improvement: nurses' attitude, prioritising and organising work assignments, lack of education, increasing physiotherapy and up-to-date treatment plans.

The conclusion from results was that rehabilitative nursing is implemented in various ways in wards. The nursing staff is motivated and rehabilitation was carried out with mutual goals. Further study suggestions were to improve collaboration with relatives, prioritising and organising works assignments and time management. By examining these subjects, rehabilitative nursing could be improved further!

---

Key words: rehabilitative nursing, ability to function, self-determination, RAI

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	6
2.1	Kuntouttava hoitotyö .....	6
2.2	Itsemääräämisoikeus hoitotyössä .....	8
2.3	Toimintakyvyn ylläpitäminen .....	10
2.4	RAI-mittari hoitotyössä .....	12
3	TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE.....	15
4	TOTEUTUS .....	16
4.1	Kvantitatiivinen menetelmä.....	16
4.2	Aineiston keruu ja analyysi .....	17
4.3	Kvalitatiivinen menetelmä.....	17
5	TULOKSET .....	19
5.1	Taustatietoja.....	19
5.2	Kuntouttava hoitotyö ja henkilökunta .....	20
5.3	Käsitykset osaston kuntouttavasti hoitotyöstä .....	21
5.4	Potilaan kuntoutumisen arviointi liittyen kuntouttavaan hoitotyöhön .....	23
5.5	Osaston tila ja kuntouttava hoitotyö.....	24
5.6	Omaisten näkemykset ja osallistuminen kuntouttavaan hoitotyöhön .....	25
5.7	Kuntouttavan hoitotyön kehittäminen omalla työpaikalla .....	26
6	PÄÄTÄNTÄ .....	28
6.1	Tulosten tarkastelu .....	28
6.2	Opinnäytetyön eettisyys .....	29
6.3	Opinnäytetyön luotettavuus .....	31
6.4	Opinnäytetyön prosessin pohdinta .....	33
6.5	Jatkotutkimusehdotukset ja kehittämishaasteet .....	34
	LÄHTEET .....	36
	LIITTEET.....	38
	Liite1. Saatekirje hoitotyön kyselyyn.....	38
	Liite 2. Kyselylomake.....	39

## 1 JOHDANTO

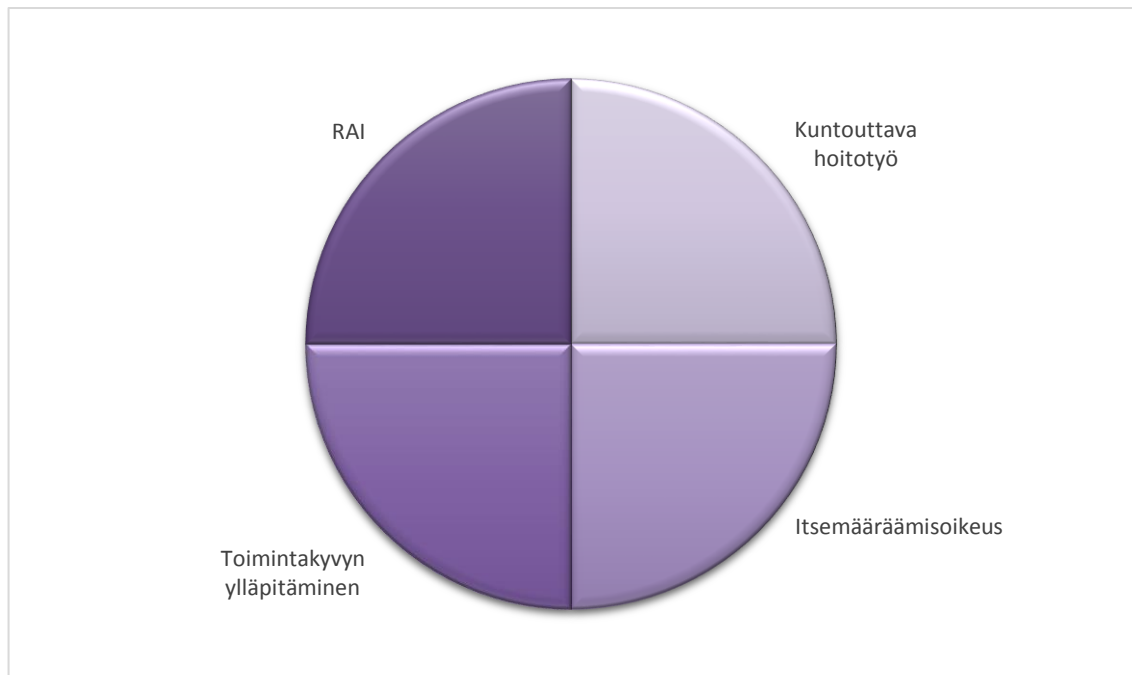
Kuntoutus käsitteenä voidaan ymmärtää monesta eri näkökulmasta ja sen merkityssisältö on laajakirjoinen. Sanaa ”kunto” ajatellaan yleisimmin fyysisenä kuntona tai kuntoutuksena. Ihmisten omat kokemukset myös vaikuttavat siihen, kuinka he ymmärtävät kuntoutuksen käsitteenä. Ihmisten ikääntyminen vaikuttaa suuresti toimintakykyyn ja tuo omat haasteensa elämään. Kuntoutukseen ja sen tukemiseen voidaan vaikuttaa positiivisesti hyvän suunnittelun ja moniammatillisen työyhteisön keinoin. Kuntoutuksen muutosprosessin tavoitteena on ylläpitää itsenäistä toimintakykyä ihmisen hyvinvoinnin ja elämässä selviytymisen vuoksi. Kuntoutus on hyvin suunniteltua ja monialaista ja sen tavoitteena on elämäntilanteen säilyttäminen. Kuntoutusprosessi saa alkunsa kuntoutustarpeesta, mistä matka jatkuu kuntoutuksen tavoitteisiin ja keinoihin. Kuntoutuksen toteuttaminen ja arviointi tapahtuvat perätysten ja viimein kuntoutus päättyy. (Suvikas, Laurell & Norman 2013, 8-12.)

Terveydenhuollon ammattilaiset tukevat kuntoutumista. Ihminen otetaan huomioon kokonaisuutena psyykkisesti, sosiaalisesti, fyysisesti sekä henkisesti. Tärkeä asia kuntoutumisessa on ihmisen omat halut ja sitoutuminen. Työntekijöiden näkökulma kuntoutumisen tukemiseen liittyy useimmiten päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen, siinä tukemiseen ja kannustamiseen. (Suvikas ym. 2013, 8-12.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitajien näkemykset kuntouttavasta hoitotyöstä. Aihe tuli Tampereen kaupungin terveystyönteistä. Tavoitteena oli toteuttaa kysely hoitohenkilökunnalle. Kyselyn avulla selvitetään haasteita kuntouttavien työntekijöiden toteutumisesta, kehitysideoita kuntouttavien työntekijöiden toteuttamiselle sekä hoitajien näkemyksiä kuntouttavasta työstä. Aineisto kerätään strukturoidulla sähköisellä kyselyllä Tampereen kaupungin vuodeosastoilla. Opinnäytetyön aiheen valitsimme, koska kuntouttavien hoitotyön toteuttaminen on molemmille tärkeää sekä aihe oli mielenkiintoinen. Kuntouttava hoitotyö on aina ajankohtainen aihe sekä siinä on aina kehitettävää.

## 2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme teoreettiset lähtökohdat ovat kuntouttava hoitotyö, itsemääräämisoikeus (potilaan oikeudet), toimintakyvyn ylläpitäminen ja RAI. Nämä teoreettiset lähtökohdat sovittiin työelämäpalaverissa työelämäyhdysenkilöiden kanssa. Kuviossa 1 on kuvattu teoreettiset lähtökohdat.



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat.

### 2.1 Kuntouttava hoitotyö

Kuntoutus voidaan määritellä monella tavalla. Määritelmät ovat näkökulmasta riippuvaisia ja tulkinnanvaraisia. Kapeasti ajateltuna kuntoutuksen merkitys voidaan nähdä sarjana korvaavia toimenpiteitä, joiden tarkoitus on saada ihminen vain toimintakykyiseksi. (Suvikas ym. 2013, 8.) Hyvä hoito, hoiva ja kuntoutus eivät ole pelkästään sairauksien hoitoa. Niiden tarkoitus on tukea osallisuutta, elämänlaatua ja toimintakykyä. (Muistiliitto 2016.) Laajemmin ajateltuna kuntoutuksen merkitys painottuu enemmän monimuotoisuuteen sekä jatkuvaksi prosessiksi, jolloin asiakkaan itsemääräämisoikeus, itsetuntemus ja elämän mahdollisuudet paranevat (Suvikas ym. 2013, 8). Tärkeää kuntoutumisen kannalta on se, että kuntoutuja on itse osallisena kuntoutuksessa sekä hänelle luodaan kuntoutumisen edellyttämä ympäristö. Kuntoutuksen avulla pystytään edistämään ihmisen terveyttä,

kohentamaan toimintakykyä sekä antamaan hänelle voimavaroja oman elämän hallintaan. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016.) Kuntoutus on moniammatillista ja suunnitelmallista toimintaa. Rutiininomainen työskentely on vastakohta kuntoutumista edistävälle hoitotyölle, jolloin pyrkimyksenä on selviytyä päivittäisestä hoitotyöstä mahdollisimman tehokkaasti ja nopeasti. Tällöin omatoimisuudelle ei anneta aikaa ja kuntoutumista ei tapahdu. (Muistiliitto 2016.) Moniammatillista osaamista vaaditaan kuntoutusprosessissa. Potilas ja omainen ovat aktiivisessa roolissa tavoitteiden asettamisessa, ja tavoitteet luodaan potilaan voimavarojen mukaan. (Kuusela, Hupli, Johansson, Routasalo & Eloranta 2010, 97.)

Kuntouttavan hoitotyön lähtökohtana on ammattilaisen ja asiakkaan välinen hyvä vuorovaikutussuhde, ilman sitä kuntoutus on hidasta tai sitä ei tapahdu lainkaan. Kuntoutuksen alkaessa on otettava huomioon asiakkaan voimavarat ja senhetkinen tilanne. Asiakkaan kuntoutuksen tavoitteet luodaan yhteistyössä kuntouttajan kanssa. (Härkäpää, Järvikoski & Salminen 2016.) Tavoitteellinen hoitosuunnitelma on erityisen tärkeä kuntoutumista edistävässä hoitotyössä. Se perustuu potilaan voimavarojen tunnistamiseen ja toimintakyvyn arviointiin. Hoitosuunnitelman laatiminen vaatii hoitajien sitoutumista hoidon tavoitteisiin ja yhteistä näkemystä ikääntyneestä potilaasta. Hoitotyön päätöksen teossa hoitaja auttaa yhteinen käsitys kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Lähijohtajan merkitys korostuu ja hänen tehtävänä on johdattaa hoitajia kohti yhteistä kuntoutumista edistävään päämäärään. (Vähäkangas & Noro 2009, 99.)

Tavoitteena kuntouttavassa hoitotyössä on potilaan voimavarojen, toimintakyvyn ja jäljellä olevien voimavarojen sekä hyvinvoinnin tukeminen. Potilasta kannustetaan omatoimisuuteen aktivoimalla häntä liikkumaan omatoimisesti hoitajan avustamana tai apuvälineiden tukemana. Tämä on voimavaralähtöistä, jatkuvaa ja tavoitteellista toimintaa. Potilaalta vaaditaan voimavaroja, pitkäjänteisyyttä ja omaa aktiivisuutta. (Järvikoski 2013, 63.) Kuntouttavan hoitotyön tarkoituksena on tukea ja kannustaa potilasta eikä hoitajan tule tehdä asioita potilaan puolesta. Erityistä huomiota tulee kiinnittää potilaan lääkitykseen ja ravitsemukseen. Kuntouttavassa hoitotyössä on huomioitava potilaan jatkohoidon järjestäminen, jota pohditaan yhdessä moniammatillisen työryhmän voimin yhdessä omaisten ja potilaan kanssa. Näillä keinoilla turvataan potilaan hoidon jatkuvuus. (Lääkärilehti 2014.)

Eettiset ohjeet ohjaavat kuntouttavaa hoitotyötä. Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea terveydenhuollon parissa työskentelevien ammattialojen päätöksen tekoa. Eettiset ohjeet jaotellaan aiheittain: Sairaanhoitajien tehtävä, Sairaanhoitaja ja potilas, Sairaanhoitajan työ ja ammattitaito, Sairaanhoitaja ja työtoverit, Sairaanhoitaja ja yhteiskunta sekä Sairaanhoitaja ja ammattikunta. (Sairaanhoitajat 2014.) Suurimpana eettisyyden ongelmana on koettu aikapula. Hoitajien mukaan heillä ei ole tarpeeksi aikaa toteuttaa eettisesti oikeana pitämäänsä hoitoa tai keskustella eettisyyteen liittyvistä ongelmista. Ongelmilla on selkeä yhteys alalla ja työpaikassa pysymiseen, työtyytyväisyyteen, halukkuuteen edetä uralla sekä työstressiin. Eettiset konfliktit tapahtuvat yleensä silloin, kun asiakkaan tai potilaan näkemykset eettisyydestä poikkeavat hoitajan näkemyksistä. Tällöin epäeettinen toiminta voi näkyä huonona käytöksenä muita työntekijöitä tai potilaita kohtaan. Hoitotyön johtamisen merkitys korostuu konfliktitilanteissa. Tärkeää johtamisen kannalta ovat yhteiset arvot ja niihin perustuva yhteistyö sekä vastuullisuus. Johtajan tulisikin kiinnittää huomiota siihen, että eettisistä kysymyksistä keskusteltaisiin sekä seurata niiden toteutumista käytännön hoitotyössä. (Kuokkanen, Leino-Kilpi & Katajisto 2010, 26-28.)

## 2.2 Itsemääräämisoikeus hoitotyössä

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilas voi kieltäytyä häntä koskevasta hoidosta tai hoitotoimenpiteestä. Jos potilas ei pysty päättämään hoidostaan kehitysvammaisuutensa, mielenterveyshäiriön tai jonkin muun syyn vuoksi, katsotaan hänelle laillinen edustaja, joka voi tehdä päätöksen potilaan puolesta. Potilaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava, samoin potilaan päätöksiä hoitoonsa liittyen (Valvira 2015).

Itsemääräämisoikeus, voimavara- ja lähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus kuuluvat keskeisesti eettisiin periaatteisiin, jotka ovat turvaamassa ihmisarvoista vanhuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2008). Muistisaira- ja henkilön hyvinvoinnin perustana on oikeus omannäköisen elämän elämiseen, hänellä on oikeus päättää omista asioistaan ja tulla kuulluksi. Periaate hyvässä vanhusten hoidossa on, että muistisairas saa olla aidosti läsnä omassa hoidossaan. Muistisairaus aiheuttaa rajoitteita elämään, mutta siitä huolimatta saisi elää, osallistua ja toteuttaa itseään omien edellytyksien mukaan tai tuettuna. Vanhuspalvelulaissa määritellään, että



ikäihmisen ja muistisairaana ihmisen palvelutarpeeseen tulee vastata niin, että tuetaan hänen osallisuuttaan. Iäkkään ihmisen osallistuminen oman hoidon suunnitteluun ja omaisten mukaan ottaminen on iäkkään osallisuuden edellytys ja näin huomioidaan elämäns historia hoidon yhteydessä. (Muistisairaana kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta 2017.) Vanhuksen kognitiivinen toimintakyky muuttuu huonommaksi ja muistisairaudet aiheuttavat ongelmia itsemääräämisoikeuden toteutumiseen (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 552.) Mitä pidemmälle muistisairaus etenee, sen vähemmän iäkkään on mahdollista osallistua omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun. Hoitohenkilökunnan mukaan riittämätön koulutus, sekä kokemus itsemääräämisoikeuteen liittyen heijastuvat muistisairaana ihmisen saamaan hoitoon. (Muistisairaana kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta 2017.)

Potilaslaki määrittelee, että ihmisellä on oikeus vaatia tietynlaista hoitoa sekä kieltäytyä hoidosta. Perustuslain mukaan ihmisen henkilökohtaista vapautta voi rajoittaa ainoastaan lakiin perustuen sekä ilman mielivallan käyttöä. Vanhusten hoidon toiminnan perustana pitäisi olla vieläkin tarkemmat säädökset. Vanhusten liikkumiseen vaikutetaan lääkkeellisesti sekä rajoittamalla heidän liikkumistaan erilaisin keinoin, riippumatta siitä asuvatko he kotona tai laitoksessa. (Heikkinen ym. 2013, 552.)

Raportti vanhuuden ja hoidon etiikasta määrittelee, että iäkkäällä ihmisellä on oikeus osallistua päätöksentekokykyyn, koskien omaa hoitoaan ja hoitopaikkaansa. Saman raportin mukaan pienten asioiden huomiointi ja yksityisyyden kunnioittaminen kuuluvat ihmisen itsemääräämisoikeuteen. Yksityisyyden turvaaminen tulisi nähdä eettisenä velvollisuutena, kun hoidetaan ihmisiä. Oikeus yksityisyyteen kuuluu iäkkään ihmisen perustuslailliseen oikeuteen, asuu hän sitten kotona tai hoitolaitoksessa. (Heikkinen ym. 2013, 552.)

Hyvän hoidon perustana ovat tutut, turvalliset sekä ammattitaitoiset tekijät. Aikaa tulee olla riittävästi hoidon toteuttamiseen. Omaisten ja läheisten mahdollisuutta osallistua vanhuksen hoitoon tulisi parantaa entisestään. Omaisten ja läheisten rooli korostuu erityisesti silloin, kun vanhus ei ole enää kykeneväinen päättämään omista asioistaan. Päätöksenteossa tulee kuitenkin huomioida sekä kunnioittaa vanhuksen itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä. (Heikkinen ym. 2013, 552.)

### 2.3 Toimintakyvyn ylläpitäminen

Kuntouttavan hoitotyön tarkoitus on olla toimintakykyä ylläpitävää tai parantavaa toimintaa. Pääsääntöisesti toimintakyky jaetaan kolmeen eri osa-alueeseen, joita ovat sosiaalinen, fyysinen ja psyykinen toimintakyky. (Karhapää 2016.) Toimintakyky on ihmisen kykyä vastata elinympäristön asettamiin vaatimuksiin, joihin liittyy kyky hoitaa työnsä, huolehtia itsestään sekä nauttia vapaa-ajastaan. Toimintakyvyn eri osa-alueet voidaan jakaa kulttuurilliseen ja yhteiskunnalliseen ulottuvuuteen, kehon ulottuvuuteen sekä yksilöllisen toiminnan ulottuvuuteen. (Suvikas ym. 2013, 78.) Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista (980/2012) määritellään, kuinka ikääntyneen väestön terveyttä, itsenäistä suoriutumista ja hyvinvointia tulisi tukea sekä tehdä kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. Ikääntyneiden hoidon tulisi olla tavoitteellista ja tavoitteiden toteutumista tulisi arvioida säännöllisesti. Laissa määritellään kunnan tarjoamien palveluiden laatua: niiden tulisi olla hyvinvointia edistäviä ja palveluntarvetta vastaavia. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012, 5§.)

Sosiaalinen eli kulttuurillinen ja yhteiskunnallinen ulottuvuus vaikuttavat toimintakykyyn sekä siihen, miten sitä voidaan edistää. Toimintaympäristö luo edellytykset toiminnalle, mutta se voi myös luoda esteitä sille. Kulttuuriset asenteet ja arvot vaikuttavat toimintakyvyn edistämiseen. Ihminen hahmottaa itseään sekä tekee havaintoja toiminnan kautta, tämä tekee elämän tarkoituksenmukaiseksi. Ihmisen tarpeet vaikuttavat tekemisen taustalla ja perustarpeet varmistavat elannon ja eloonjäämisen. Fyysinen eli kehon ulottuvuus asettaa reunaehdot ihmisen toiminnalle. Minäkuva, identiteetti sekä kokemus itsestään yksilönä muokkautuvat kehon myötä. Psyykinen eli yksilöllisen toiminnan ulottuvuus kuvaa ihmisen toiminnan tarkoitusta ja mieltä. Ihminen ei motivoitu toimintaan, jos ei koe sitä mielekkääksi ja arvokkaaksi. Yksilölliset tarpeet, motiivit, voimavarat ja arvot ohjaavat mielekästä toimintaa. Ihminen ei pysty saavuttamaan tavoitteitaan ilman aitoa motivaatiota. (Suvikas ym. 2013, 78.)

**Sosiaalinen toimintakyky** koostuu ihmisen kyvystä toimia vuorovaikutustilanteissa sekä siitä, kuinka ihminen on aktiivisena osallistujana yhteisössä ja yhteiskunnassa. Esimerkiksi se kuinka ihminen on osa yhteisöä ja ympäristöään sekä kuinka laaja sosiaalinen verkosto hänellä on vaikuttavat siihen, kuinka vahva sosiaalinen toimintakyky hänelle muodostuu. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2016.) Ihmisellä ajatellaan olevan kaikki

hyvin, kun hän ei ole yksin maailmassa ja toisaalta yksin jäämistä pidetään terveysriskinä. Kokemus vaikutusmahdollisuudesta yhteisön ja yhteiskunnan asioihin sekä aktiivinen rooli yhteisössä lisää ihmisen hyvinvointia. (Suvikas ym. 2013, 103.)

**Fyysinen toimintakyky** merkitsee ihmisen kykyä selviytyä erilaisista arjessa esiintyvistä tehtävistä, jotka edellyttävät fyysistä voimaa. Tällaisia fyysisiä ominaisuuksia ovat liikkeen ja kehon asennon hallinta, kestävyyskunto, lihaskestävyys- ja voima sekä nivelten liikkuvuus. Niitä ohjaa keskushermoston toiminta, joka häiriintyessään vaikuttaa fyysiseen toimintakykyyn. (THL 2016.) Fyysinen toimintakyky alkaa heikentyä noin prosentin vuodessa 50 ikävuoden jälkeen. Fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen ensimmäisiä merkkejä ovat yleisen voiman ja nivelten liikkuvuuden vähentyminen sekä kehon jäykkyys. Selkeimmin fyysinen suoriutumiskyvyn heikentyminen näkyy 75 vuoden jälkeen. Fyysistä toimintakyvyn heikentymistä voi ehkäistä kuormittamalla tuki- ja liikunta- sekä sydän- ja verenkiertoelimistöä. (Suvikas ym. 2013, 82-83.) Liikuntaharjoitteiden avulla toimitaan liikuntasuosituksen mukaisesti, ja niiden tulee vastata potilaan tarpeita sekä mahdollisuuksia. Liikunta vaikuttaa positiivisesti aivojen tiedonkäsittely toimintoihin, aineenvaihdunnallisiin riskitekijöihin, tasapainoon, itseluottamukseen, elämänlaatuun, vähentää masennusta ja itsenäiseen selviytymiseen. Niin kauan kuin liikunta edistää kuntoutumista, sitä tulee jatkaa. Liikuntaharjoitteet palvelevat potilasta parhaiten, jos niitä tehdään mahdollisimman paljon päivittäisen elämän toimintoja vastaavina. (Vuori 2016, 138.)

**Psyykinen toimintakyky** on ihmisen voimavaroista koostuva kokonaisuus, jonka avulla hän kykenee selviytymään kriisitilanteista ja arjen haasteista. Se liittyy mielenterveyteen, psyykkiseen hyvinvointiin sekä elämänhallintaan. Se kattaa ajatteluun ja tunteeseen liittyviä toimintoja, joita ovat: kyky tuntea, kyky käsitellä ja vastaanottaa tietoa, kyky tehdä ratkaisuja ja valintoja omaan elämäänsä liittyen sekä suunnitella sitä, kykyä muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta ja omasta itsestä sekä kokea niitä. (THL 2016.) Psyykinen toimintakyky on kykyä suoriutua erilaisista älyllisistä sekä henkisistä työskentelyä vaativista tehtävistä. Tunne-elämä, ajattelu ja toiminta ovat kolme psyykkisen toiminnan perusaluetta. Psyykkisesti toimintakykyinen ihminen toimii järkevästi ja tehokkaasti sekä tuntee olonsa hyväksi ja arvostaa itseään. Hyvä psyykinen toimintakyky on ajattelun, toiminnan ja tunteiden hallintaa. (Suvikas ym. 2013, 99-101.)

## 2.4 RAI-mittari hoitotyössä

Asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittareita. Hoitoalalla paljon käytetty RAI-arviointi järjestelmä on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, joka on tarkoitettu asiakkaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2016.) RAI-lyhenne tulee englanninkielien sanoista Resident Assessment Instrument. Se on Yhdysvalloissa 1980-luvulla kehitetty kansainvälinen hoidon laadun arviointijärjestelmä. Asiakkaan palvelutarve saadaan selville käyttämällä RAI -arviointia, jonka luotettavuus perustuu useissa tutkimuksissa testattuihin kysymyksiin. RAI-arvioinnin avulla saadaan tietoa asiakkaan selviytymisestä arjessa, psyykkisestä hyvinvoinnista, kognitiosta, sosiaalisesta vuorovaikutuksesta ja aktiivisuudesta. (Onnistuminen–RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa 2015, 66.)

RAI on käytännönläheinen mittaristo, joka toimii apuvälineenä hoitotyössä, koska sillä saadaan kerättyä tietoa säännöllisin väliajoin. RAI-järjestelmänä on systemaattinen ja ratkaisukeskeinen. RAI:n avulla yhteistyö hoitoalan eri ryhmien kesken on saatu lisääntymään. (RAI-käsikirja 2004, 6-7.) RAI:n tuloksien avulla pystytään seuraamaan asiakkaan toimintakyvyn muutoksia. (Onnistuminen–RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa 2015, 66). RAI on suuressa roolissa asiakkaan elämän ja hoidon laadun parantamisessa. (RAI-käsikirja 2004, 6-7). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (myöhemmin THL) valvoo RAI:n toteuttamista ja sen käyttöä. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2016). THL toimittaa kaksi kertaa vuodessa palauteraportit, joiden avulla voidaan verrata hoidon laatua Suomen vastaaviin hoitopaikkoihin. (Onnistuminen–RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa 2015, 66).

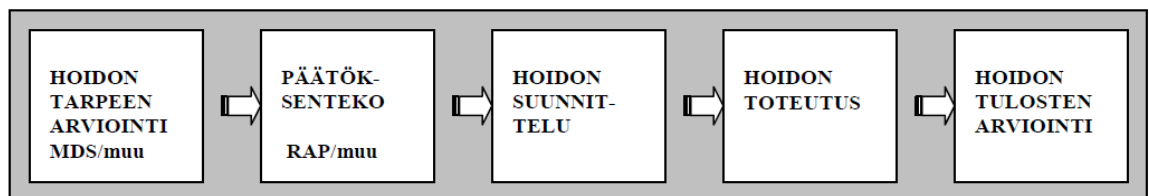
Hoitohenkilökunnalta vaaditaan moniammatillisuutta, havainnointikykyä, pätevyyttä kliinisesti sekä kykyä arvioida asiakasta kokonaisvaltaisesti. Hoitosuunnitelman tekemiseen tulee olla riittävästi tietoa asiakkaan omista jäljellä olevista voimavaroista sekä hänen tarpeistaan ja näin turvataan asiakkaalle hyvinvoinnin parhain tila. (RAI-käsikirja 2004, 6-7.) Hoitosuunnitelman pitää olla suunnitelmallinen ja tavoitteellinen, se sisältää tietoa asiakkaan voimavaroista, hoidon tarpeen määrittämisestä, tavoitteiden asettamisesta, valinnat hoitotyön keinoihin ja hoitotyön arvioinnin. (Onnistuminen–RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa 2015, 69, 127.) RAI-järjestelmän keskeisin tarkoitus on taata asiakkaalle oikeus hyvään elämään ja hoidon laatuun sekä saada aikaan tunne olevansa

arvokas ihminen. Asiakkaat, joilla on pitkäaikaishoidon päätös, ovat useimmiten hyvin riippuvaisia saamastaan hoidosta, jotta selviytyvät päivittäisistä toiminnoista. (RAI-käsikirja 2004, 6-7.)

Ympäri vuorokautisessa hoidossa ikäihmiset ovat useasti monisairaita ja heillä on toimintakyvyn alenemaa, joka tekee kuntoutumismahdollisuuden tunnistamisesta ja kuntoutuksesta haasteellista. Kuntoutumista edistävä toiminta vaatii riittävästi henkilökuntaa, jotta se voi toteutua. Tutkimusten mukaan ympärivuorokautisessa hoidossa ikäihmisten fyysisistä toimintakykyä voidaan edistää yksilöllisten harjoitteluohjelmien avulla. Yksilötasolla jatkuva kuntoutumista edistävä toiminta mahdollistaa ja parantaa tuloksia hoidon laadussa sekä vähentää vuodeosastoilla potilaiden määrää. Kokonaisvaltainen ja moniammatillinen toimintakyvyn arviointi toimii ikäihmisten kuntoutumisen mahdollisuuden arvioinnin pohjana. Lähijohtamisen ansiosta kuntoutumista edistävä toiminta mahdollistetaan. Lähiesimiehen tehtäviin kuuluu hoitotyön resurssien ohjaus ja asiakasrakenteen huomioinnilla resurssien riittävyyden varmistaminen. (Onnistuminen–RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa 2015, 141, 144.)

Yksilöllisyys hoidon suunnittelussa on parantanut ja helpottanut RAI:n myötä sekä konkretisoitunut mittaustulosten kautta. RAI:ta hyödyntämällä henkilökunta tukee asiakkaan omatoimisuutta auttamalla ja kannustamalla häntä tekemään asioita mahdollisimman paljon omien voimavarojen mukaan. (Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä 2007.)

RAI on suunniteltu niin, ettei sen käyttö lisää hoitohenkilökunnan työmäärää. RAI:n hoitoprosessimalli sisältää neljä eri kohtaa, jotka ovat mainittu kuviossa 2. (RAI-käsikirja 2004, 6-7.)



KUVIO 2. RAI:n hoitoprosessimalli (RAI käsikirja, 2004, 7)

Järjestelmänä RAI on tiedonkeruuseen ja analysointiin erinomainen hoitotyön väline, joka on systemaattinen ja ratkaisukeskeinen. Asiakkaalla on keskeisin rooli RAI-järjestelmässä, mutta omaisten ja hoitohenkilökunnan osuus on myös hyvin tärkeää. Asiakasta pyritään ottamaan mukaan oman arvioinnin tekoon, mikäli se on mahdollista. (RAI-käsikirja 2004, 7.) Hoitotyön suunnitelma tulisi luoda vastuuhoidajan johdolla yhteistyössä moniammatillisen työryhmän jäsenten kesken, asiakkaan ja omaisten kanssa. RAI-arviointitietoja käytetään pohjatietoina asiakkaan yksilöllisen hoitotyön suunnitelman luomisessa, jossa kuvataan vähintään asiakkaan liikkumiseen, ravitsemukseen ja psykososiaaliseen hyvinvointiin liittyvät hoidon tarpeet, tavoitteet ja hoitotyön toiminnot. (Onnistuminen–RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa 2015, 105.) Hoitotyön kirjaaminen on muuttunut RAI:n myötä selkeämmäksi, mikä on mahdollistanut hoitohenkilökunnan keskinäisen kommunikaation paranemisen. (RAI-käsikirja 2004, 7.)

RAI-järjestelmässä on käytössä erilaisia käsitteitä, joiden avulla hoito on yhtenevää hoitohenkilökunnan kesken arviointeja tehtäessä. RAI-järjestelmä on jaettu kolmeen perusosaan, jotka ovat minimitiedosto MDS (Minimum Data Set), asiakkaan arvioinnin protokola RAPs (Resident Assessment Protocols) sekä asiakkaan arvioinnin ohjeisto. MDS toimii arvioinnissa kliiniseen ja toiminnalliseen tiedonkoontiin eli se on arvioinnin perusta kaikelle. RAPs toimii viitekehyksenä, ja se on ongelmakeskeinen. Se tuo esille asiakkaan ongelma-alueet yksilöllisesti ja toimii hoitosuunnitelmien teon pohjana. RAI-käsikirja toimii käyttäjien oppaana, josta saa tarpeen mukaan apua ja tietoa kysymyksiin vastattaessa. RAI-arvioinnit tehdään taulukossa 3 esitetyn ohjeen mukaisesti. (RAI-käsikirja 2004, 7-8.)

TAULUKKO 1. Arviointitapa ja arviointiajankohta (RAI käsikirja, 2004, 10)

Arviointitapa	Arviointiajankohta
Ensimmäinen arviointi	Toteutetaan 14 vrk:n aikana hoitoon tulosta
Puolivuositainen arviointi	Toteutetaan 6 kuukauden sisällä edellisestä arvioinnista
Vointi on muuttunut oleellisesti	Toteutetaan 14 vrk:n sisällä siitä, kun voinnin todetaan muuttuneen oleellisesti
Oleellinen korjaus edelliseen arviointiin	Toteutetaan, jos edellisessä, lukitussa arvioinnissa havaitaan virhe
Edellisen arvioinnin toisto	Toteutetaan, jos asiakas on aikaisemmin uloskirjoitettu siten, että ”uloskirjaus on todennäköisesti lopullinen” tai hänen viimeisin arviointinsa on lukittu keskeneräisenä

### 3 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, miten hoitajat toteuttavat kuntouttavaa hoitotyötä eräillä Tampereen kaupungin vuodeosastoilla. Tavoitteena on lisätä tietoa työnantajalle siitä, missä hoitajat kokevat kuntoutuksen haasteelliseksi sekä missä asioissa olisi kehitettävää tai koulutustarvetta.

Opinnäytetyömme ongelmia ovat seuraavat:

- Mitä on kuntouttava hoitotyö?
- Miten hoitajat toteuttavat kuntouttavaa hoitotyötä?
- Millaisia esteitä on kuntoutuksen toteutuksessa?
- Miten kuntouttavaa hoitotyötä voidaan kehittää?

## 4 TOTEUTUS

### 4.1 Kvantitatiivinen menetelmä

Määrällisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat mittaaminen, tiedon strukturointi, tutkimuksen objektiivisuus, tiedon esittäminen numeroin sekä vastaajien suuri lukumäärä. Tietoa tarkastellaan numeraalisesti sekä kuvaillaan yleisesti numeroiden avulla. (Heikkilä 2014, 8.) Tutkimustieto saadaan numeroina ja olennaiset osat selitetään sanallisesti. Tarkoituksena on kuvata, selittää, ennustaa, kartoittaa sekä vertailla ihmisiä koskevia ominaisuuksia ja asioita tai luontoon liittyviä ilmiöitä. (Vilka 2007, 13–14, 19.)

Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta voidaan käyttää muun muassa muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun ja muuttujien mittaamiseen. Muuttujat voivat olla väliin tulevia, riippuvia eli selitettäviä tai riippumattomia eli selittäviä. Kvantitatiivinen tutkimusasetelma soveltuu hyvin erilaisiin lähestymistapoihin. Niitä voidaan ryhmitellä, luokitella ja nimetä monin eri tavoin. Kvantitatiiviset tutkimukset voidaan jakaa poikittais- tai pitkittäistutkimuksiin. Poikittaistutkimuksen tarkoitus on kerätä aineisto kerran, eikä sitä sen jälkeen tutkita uudelleen. Pitkittäistutkimuksessa tutkimusilmiö säilyy samana, mutta aineistoa voidaan kerätä useammin kuin kerran. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41–42.)

Kvantitatiivinen tutkimus voidaan jakaa aikaulottuvuuden perusteella. Pitkällä aikavälillä tulevaisuudessa tutkittavaa tutkimusilmiötä kutsutaan prospektiiviseksi ja takautuvasti tarkasteltavaa ilmiötä retrospektiiviseksi. Näitä tutkimustyyppjä pidetään pitkittäistutkimuksina. Kvantitatiivisia tutkimusasetelmia on monenlaisia, mutta tyypillisin tutkimus on survey-tutkimus. Survey-tutkimus koostuu valmiiksi laadituista lomakkeista, joita ovat haastattelu tai kyselylomake. (Kankkunen ym. 2009, 42.) Kvantitatiivinen tutkimus tarvitsee aina teorian tietoa pohjalle. Raportti, jossa ei ole teorian tietoa viittaa selvitykseen tai kyselyyn. (Tuomi 2007, 95.)

Valitsimme kvantitatiivisen menetelmän opinnäytetyöhömme, koska sen avulla saimme vastaukset numeerisina. Se soveltui hyvin meidän käyttötarkoitukseen suuren otannan ja kysymysmäärän vuoksi. Kvalitatiivinen menetelmä yksinään ei soveltunut opinnäytetyömme tarkoitukseen.



## 4.2 Aineiston keruu ja analyysi

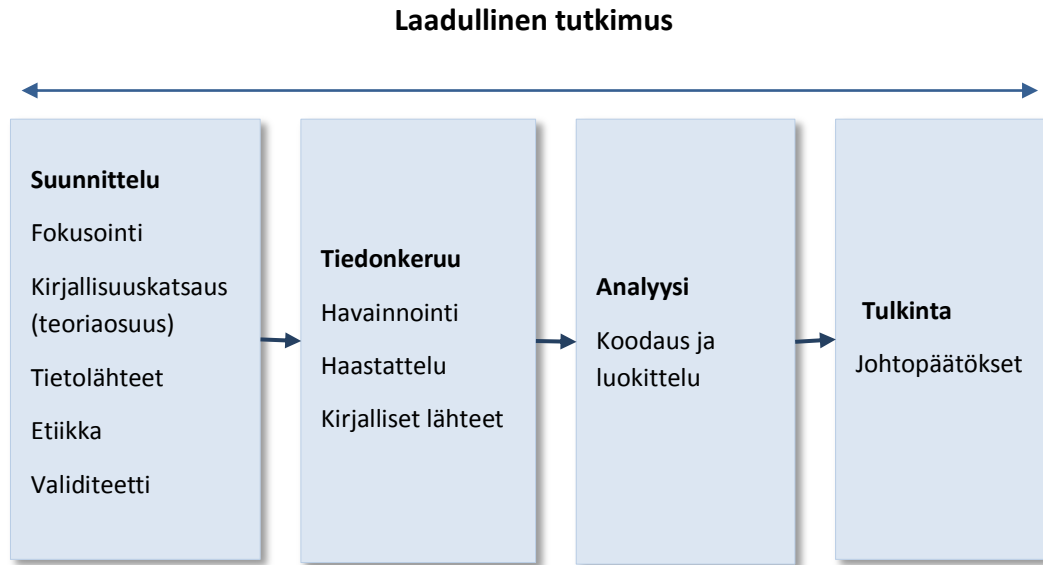
Aineiston keruu toteutettiin kyselylomakkeella. Kyselyssä kysymykset ovat standardoituja eli vakioituja. Tällä tarkoitetaan sitä, että kysymykset ovat samanlaisia kaikilla vastaajilla, ja ne ovat samassa järjestyksessä. Se on helppo tapa saada tietoa isommalta joukosta, eikä kysymyksiin vastaajien ei tarvitse olla samassa paikassa. Kyselyllä pystytään tutkimaan myös hyvin henkilökohtaisia asioita. Tärkeintä on sen toteuttamisen ajankohta sekä aineiston lähettäminen ajoissa. (Vilka 2007, 28.)

Aineistoa analysoitaessa luodaan numeraalinen havaintomatriisi. Havaintomatriisi on taulukko, jossa näkyvät muuttujia koskevat havainnot. Analysointivaiheen pitäisi olla helppo, jos kysymykset ovat olleet strukturoituja ja standardoituja. (Vilka 2007, 111–112.) Aineisto analysoidaan SPSS-ohjelmistolla, joka on tilastotieteellisen analyysin suunnitteluohjelmisto.

## 4.3 Kvalitatiivinen menetelmä

Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä etsitään tietoa uudesta ilmiöstä. Kvalitatiivinen tutkimus sisältää kaikki muut jäljelle jäävät tutkimusmenetelmät, paitsi luvut ja niiden väliset suhteet, nämä kuuluvat kvantitatiiviseen tutkimusmenetelmään. (Kananen 2010, 36–37.) Kvalitatiivisen menetelmän avulla tehdään tutkimuksia pienille joukoille tutkimuksia. Kvalitatiivinen menetelmä vastaa kysymyksiin miksi, miten ja millainen. (Heikkilä 2014, 8.)

Kvalitatiivinen menetelmä noudattaa yleistä prosessia, jota käytetään tutkimuksessa. Tutkimus saa alkunsa tutkimusongelmasta ja sen määrittämisestä, ja niitä seuraavat tutkimuskysymykset, joihin aineiston kautta saadaan vastaukset. Tutkimusprosessi jaetaan neljään eri vaiheeseen, jotka ovat tutkimuksen suunnittelu, -tiedonkeruu, -analyysi- ja tulointavaihe, nämä vaiheet kuvataan tarkemmin kuviossa 3. (Kananen 2010, 36–37.)



KUVIO 3. Laadullisen tutkimuksen prosessikaavio (Kananen, 2010, 36)

**Sisällönanalyysillä** tarkoitetaan tutkimusaineiston kuvaamista sanallisessa muodossa. Tämän laadullisen metodin kautta etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia, näitä koskeva tieto tuodaan esille sanallisesti tulkittuna. (Vilka 2009, 139–140.) Sisällönanalyysillä tehdään laaja, mutta tiivis esitys tutkittavasta ilmiöstä. Sen avulla pystytään analysoimaan erilaisia aineistoja ja muodostamaan tiivis yleistävä tuotos tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166.)

Sisällönanalyysi on mahdollista tehdä aineistolähtöisenä tai teorialähtöisenä. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitteena on uudistaa tutkittavan asian teoreettista lähtökohtaa. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi kuvaa tutkittavien merkitysmaailmaa, sen tavoitteena on ymmärtää toiminta- ja ajattelutapoja sekä uudistaa jo muodostuneita käsitteitä, luokituksia ja malleja, jotka ovat tutkimuksen aikana kehittyneet. Lisäksi on vielä fenomenologinen lähestymistapa, jossa tutkimusaineistoa tarkastellaan kokonaisuutena läpi kaikkien vaiheiden. Tutkijan merkityksenanto on keskeisessä roolissa fenomenologisessa lähestymistavassa, se on tutkimusvälineistä keskeisin. Tutkijan omaa esiymmärrystä käytetään hyödyksi. (Vilka 2009, 140–142.)

## 5 TULOKSET

### 5.1 Taustatietoja

Tuloksissa tarkastellaan kuntouttavan hoitotyön toteutumista vuodeosastoilla hoitajien näkökulmasta. Kysely jaettiin seitsemään kategoriaan. Kategoriat olivat taustatiedot, kuntouttava hoitotyö ja henkilökunta, käsitykset osaston kuntouttavasta hoitotyöstä, potilaan kuntoutumisen arviointi liittyen kuntouttavaan hoitotyöhön, osaston tila ja kuntouttava hoitotyö, omaisten näkemykset ja osallistuminen kuntouttavaan hoitotyöhön ja se, miten kuntouttavaa hoitotyötä voisi kehittää omalla työpaikalla. Kategoriat sisälsivät monimuotoisia kysymyksiä aihealueeseen liittyen. Kuusi ensimmäistä kategoriaa analysoitiin määrällisellä menetelmällä ja viimeinen kysymys laadullisella menetelmällä. Määrällisessä menetelmässä käytettiin SPSS-ohjelmistoa, jonka avulla tulokset saatiin numeerisiksi havaintomatriisin avulla. Kyselyn tuloksia tarkasteltiin yhden desimaalin tarkkuudella. Laadullisessa menetelmässä käytettiin sisällön analyysiä, jolloin tuloksia tarkasteltiin verballisessa muodossa.

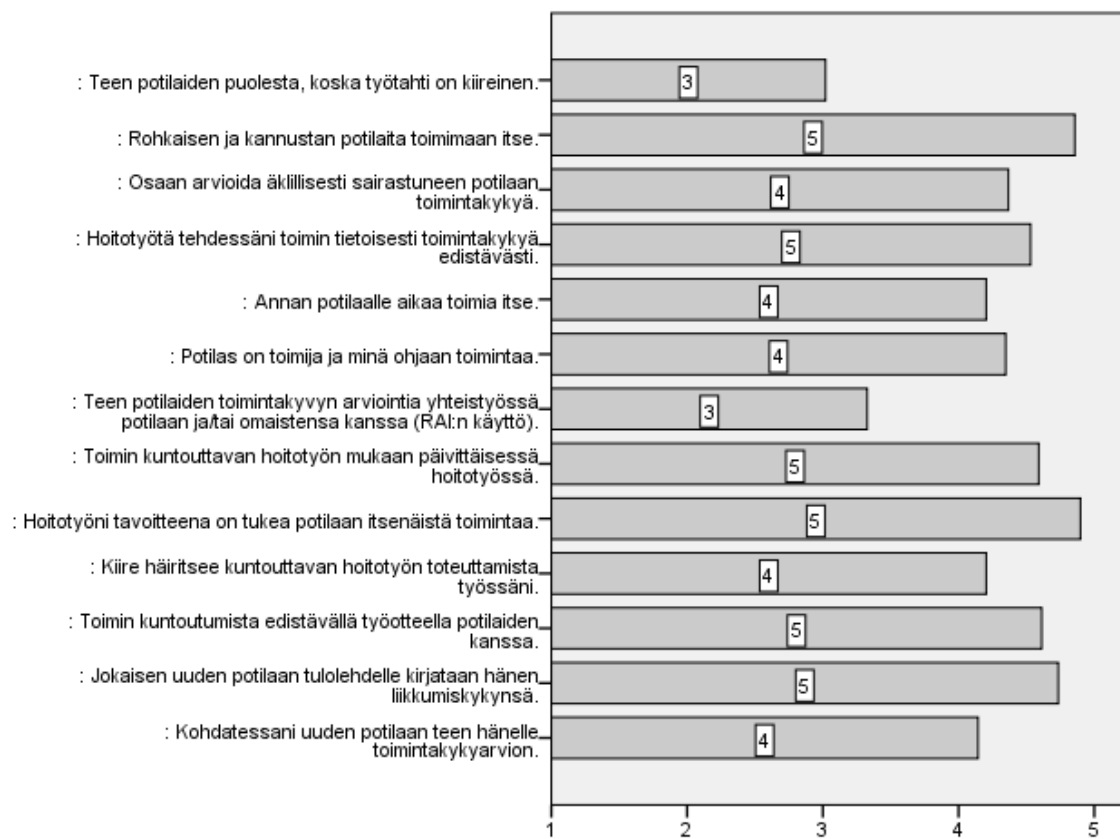
Määrällinen kysely toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Osa kysymyksistä oli luvallisesti lainattu toisesta opinnäytetyöstä ja osa kehitetty itse. Kysymyksiin vastattiin Likertin-asteikolla. Vastausvaihtoehtoja olivat 5=Täysin samaa mieltä, 4=Osittain samaa mieltä, 3=Ei samaa eikä eri mieltä, 2=Osittain eri mieltä, 1=Täysin eri mieltä. Tulokset ilmaistaan graafisilla pylvästaulukoilla ja ennen jokaista taulukkoa edeltää kirjallinen osuus, jossa ilmaistaan vastausten keskiarvot.

Kyselyyn vastasi eräiden Tampereen kaupungin vuodeosastojen hoitohenkilökunta. Kysely toteutettiin kahteen kertaan, jotta otoskoko saatiin suuremmaksi ja tulokset olisivat luotettavia. Vastauksia kertyi yhteensä 49 kappaletta, joista kaikki onnistuttiin käsittelemään.

Vastaajista 20% kuului ikäryhmään 18-29 vuotta, 31% ryhmään 30-39 vuotta, 14% ryhmään 40-49 vuotta, 29% ryhmään 50-59 vuotta ja 6% ryhmään yli 60 vuotta. Vastaajien ammatillisen koulutuksen jakauma oli 39% lähihoitajia tai perushoitajia ja 61% sairaanhoitajia. Ammatillisen kokemuksen jakauma oli seuraava: 29% 0-5 vuotta, 18% 6-10 vuotta, 19% 11-20 vuotta, 18% 21-30 vuotta ja 16% yli 30 vuotta.

## 5.2 Kuntouttava hoitotyö ja henkilökunta

Pääsääntöisesti hoitajien toiminta oli kuntouttavaa hoitotyötä edistävää. Tämän osion kysymysten keskiarvoksi muodostui 4, jonka perusteella tulkitsimme kuntouttavan hoitotyön toteutuvan hyvin kyselyyn osallistuneilla osastoilla. Kyselyn vastauksista esille nousivat erityisesti kuntouttavan työotteen käyttäminen (ka=5) sekä toimintakyvyn tukeminen (ka=5). Eniten häirtää kuntouttavan hoitotyön toteutumiselle aiheutti kiire (ka=3). RAI:n tekeminen omaisten ja potilaiden kanssa oli vähäistä (ka=3). Kuviossa 5 on esitetty ensimmäisen kategorian tuloksia vastausten keskiarvojen mukaan.



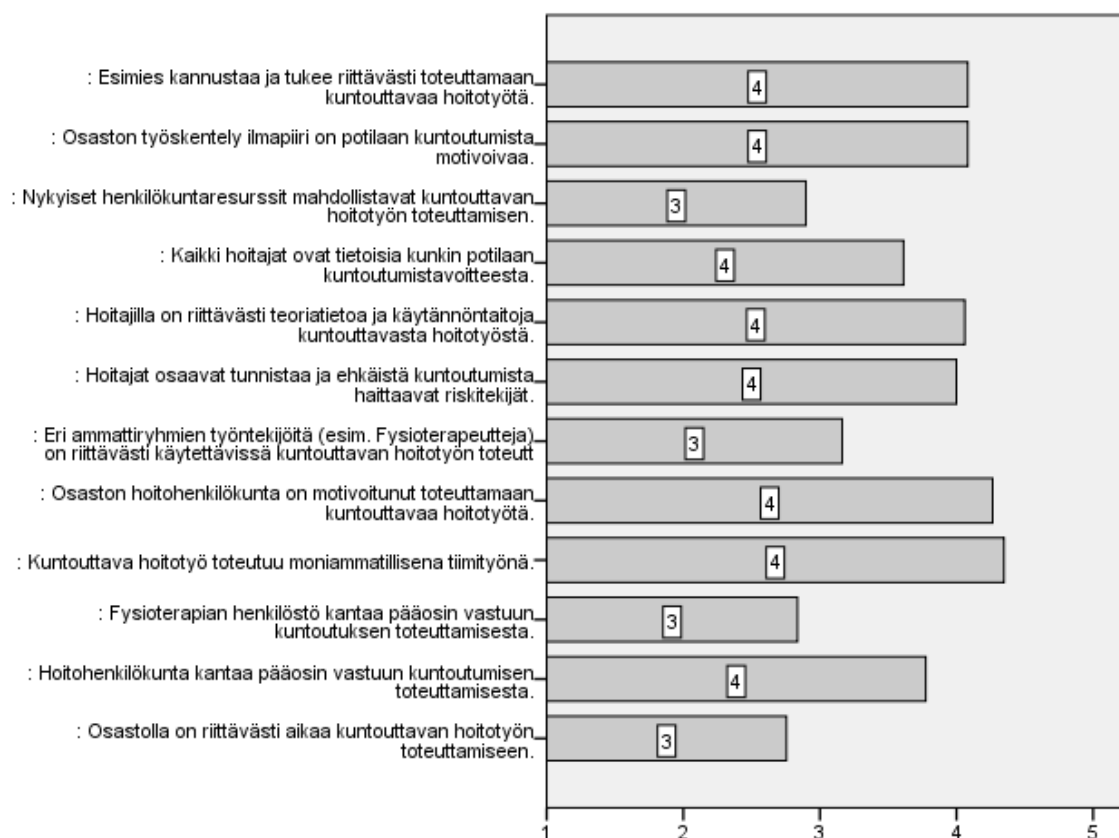
KUVIO 4. Kuntouttava hoitotyö ja henkilökunta (N=49)

(1=Täysin eri mieltä, 2=Osittain eri mieltä, 3=Ei samaa eikä eri mieltä, 4=Osittain samaa mieltä ja 5=Täysin samaa mieltä).

### 5.3 Käsitukset osaston kuntouttavasti hoitotyöstä

Seuraavassa osiossa kysymykset analysoitiin kahdessa osassa kysymysten laajan määrän vuoksi. Kuviossa 5 nähdään, että edistäviä asioita kuntouttavalle hoitotyölle olivat esimiehen rooli (ka=4), osaston työskentelyilmapiiri (ka=4), hoitajien tietoisuus potilaiden kuntoutumistavoitteista (ka=4), hoitajien teoria ja käytännöntaito kuntouttavasta hoitotyöstä (ka=4), kuntoutumista haittaavien riskitekijöiden tunnistaminen ja ehkäisy (ka=4), motivoituneisuus kuntouttavan hoitotyön toteutumiselle (ka=4), moniammatillisen tiimityön toteutuminen (ka=4) ja hoitohenkilökunta kantaa pääosin vastuun kuntoutumisen toteuttamisesta (ka=4).

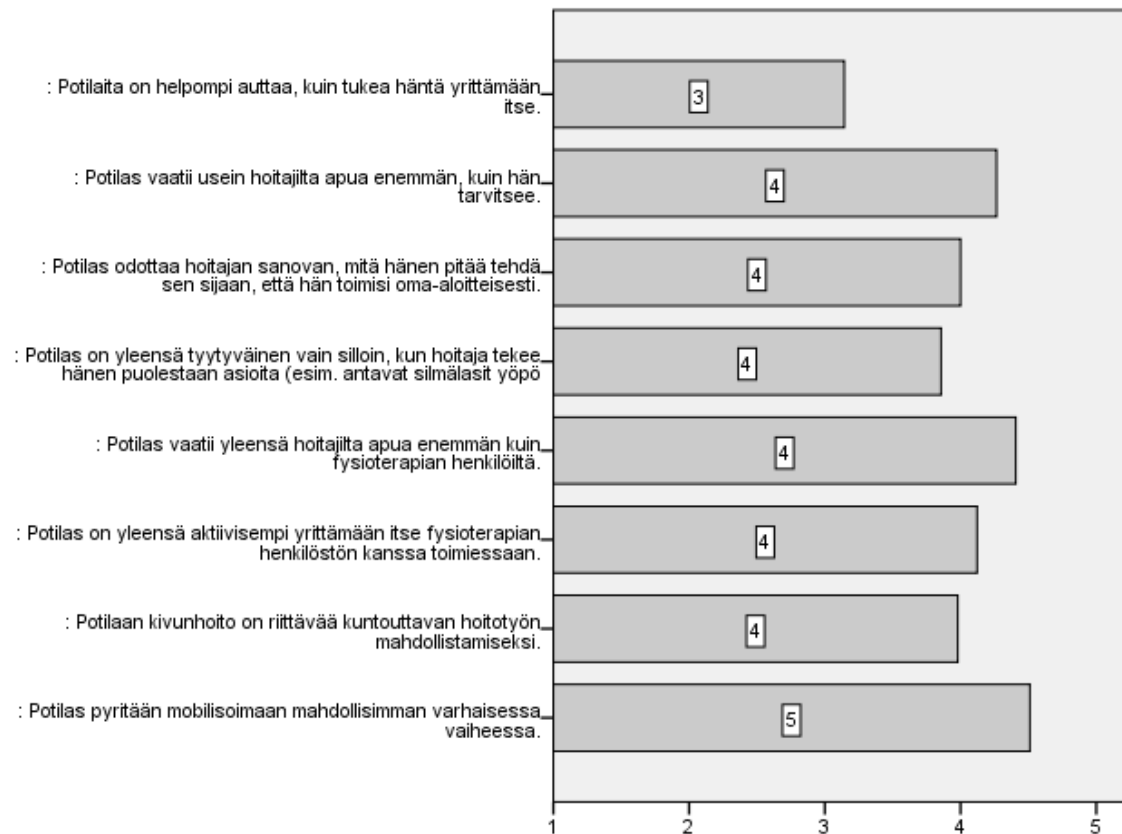
Kehitettävät asiat koskien kuntouttavan hoitotyön toteutumista näkyvät vastauksissa seuraaviin väittämiin: henkilökuntaresurssit (ka=3), eri ammattiryhmien työntekijöitä on riittävästi käytettävissä kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseen (ka=3), fysioterapian henkilöstö kantaa pääosin vastuun kuntoutuksen toteuttamisesta (ka=3) ja ajan riittämättömyys (ka=3).



KUVIO 5. Käsitksen osaston kuntouttavasta hoitotyöstä 1 (N=49)

(1=Täysin eri mieltä, 2=Osittain eri mieltä, 3=Ei samaa eikä eri mieltä, 4=Osittain samaa mieltä ja 5=Täysin samaa mieltä).

Tulokset hoitajien näkemyksistä potilaan kuntoutumisen toteutumisesta olivat yhtenäisiä (ka=4) ja näkyvät tarkemmin kuviossa 6. Kuntouttavan hoitotyön kannalta merkittävästi esille nousi väite Potilaita on helpompi auttaa, kuin tukea häntä yrittämään itse (ka=3). Tulosten perusteella kuntouttavan hoitotyön käsitykset osastoilla olivat suurimmaksi osaksi yhteneväisiä (ka=4).

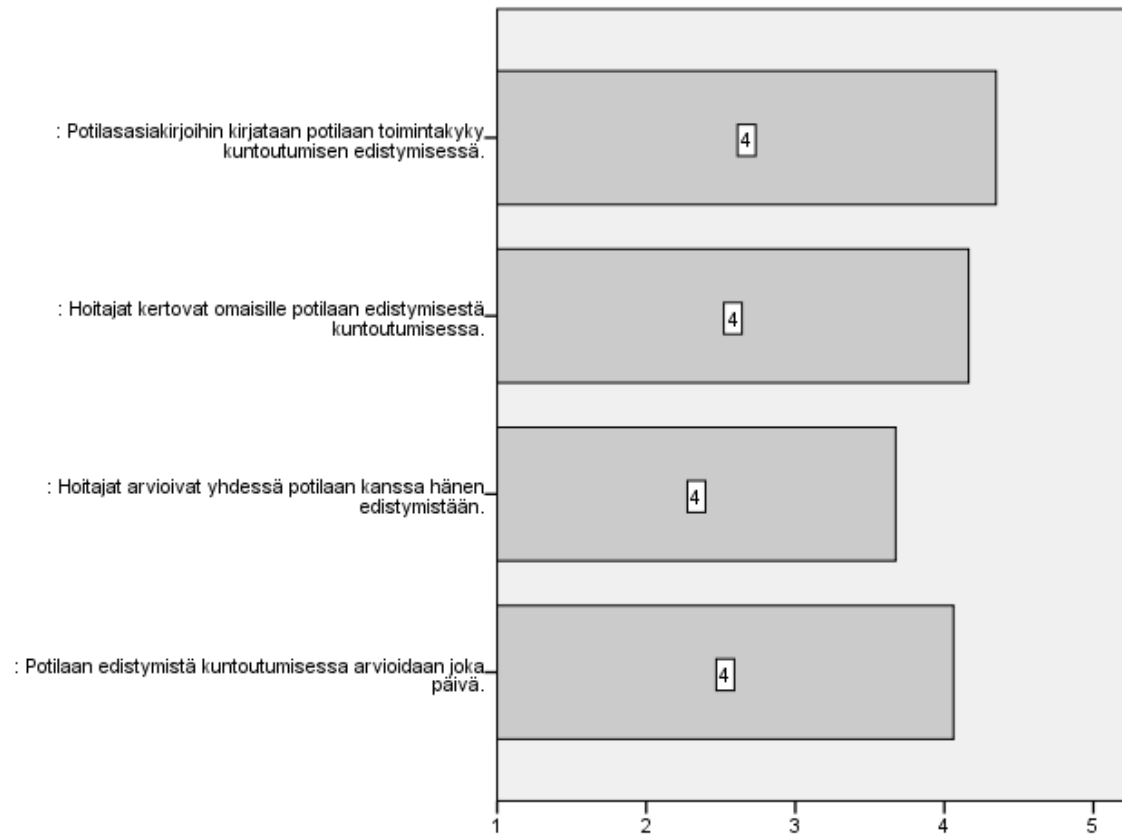


KUVIO 6. Käsitykset osaston kuntouttavasta hoitotyöstä 2 (N=49)

(1=Täysin eri mieltä, 2=Osittain eri mieltä, 3=Ei samaa eikä eri mieltä, 4=Osittain samaa mieltä ja 5=Täysin samaa mieltä).

#### 5.4 Potilaan kuntoutumisen arviointi liittyen kuntouttavaan hoitotyöhön

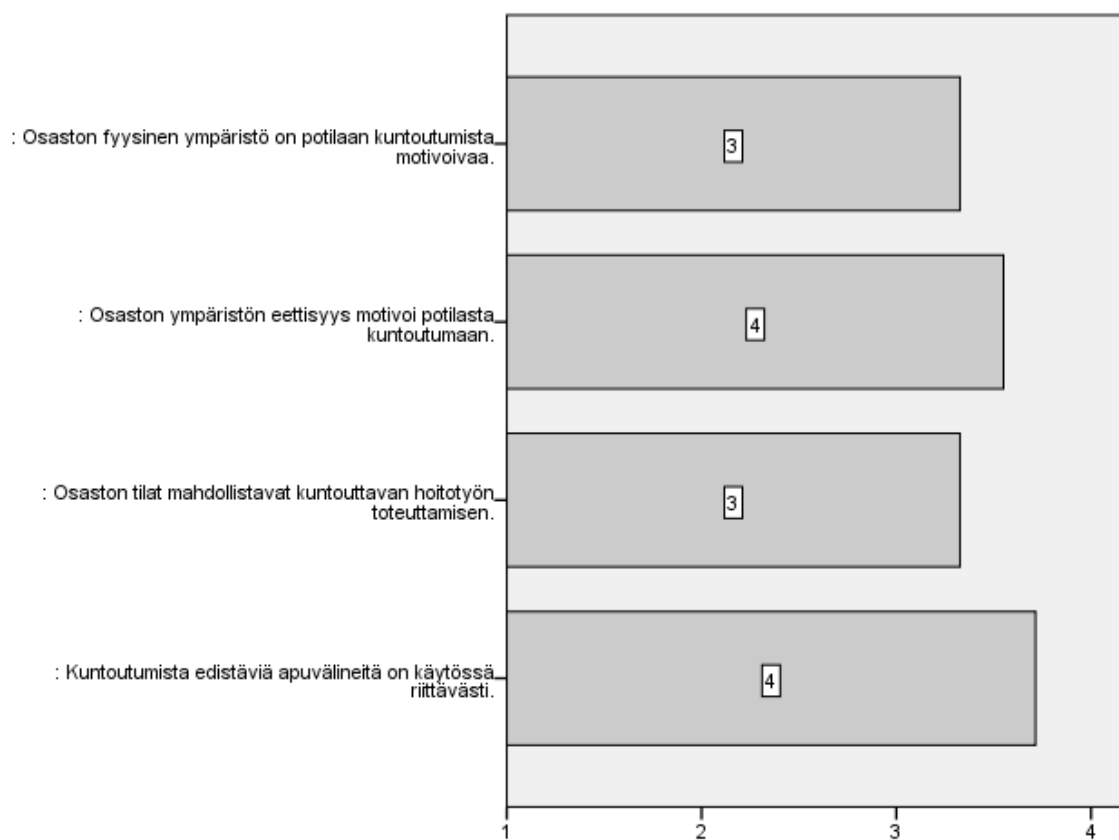
Potilaan kuntoutumisen arviointia tarkastellaan kuviossa 7. Arviointia toteutettiin päivittäin monipuolisesti (ka=4) kirjaamalla potilaan toimintakyvystä, kertomalla omaisille potilaan edistymisestä ja arvioimalla potilaan kanssa hänen edistymistään.



KUVIO 7. Potilaan kuntoutumisen arviointi liittyen kuntouttavaan hoitotyöhön (N=49) (1=Täysin eri mieltä, 2=Osittain eri mieltä, 3=Ei samaa eikä eri mieltä, 4=Osittain samaa mieltä ja 5=Täysin samaa mieltä).

## 5.5 Osaston tila ja kuntouttava hoitotyö

Kuviossa 8 tarkasteltiin osaston tilojen toimivuutta kuntouttavan hoitotyön kannalta. Hoitohenkilöstön mielestä apuvälineitä kuntoutumisen edistämiseen oli riittävästi käytössä (ka=4) ja osaston ympäristön eettisyys motivoi potilasta kuntoutumaan (ka=4). Suurimmaksi osaksi hoitajien mielestä osaston tilat mahdollistivat kuntouttavan hoitotyön toteuttamisen (ka=3), samoin fyysisen ympäristön koettiin olevan potilaan kuntoutumista motivoivaa (ka=3).



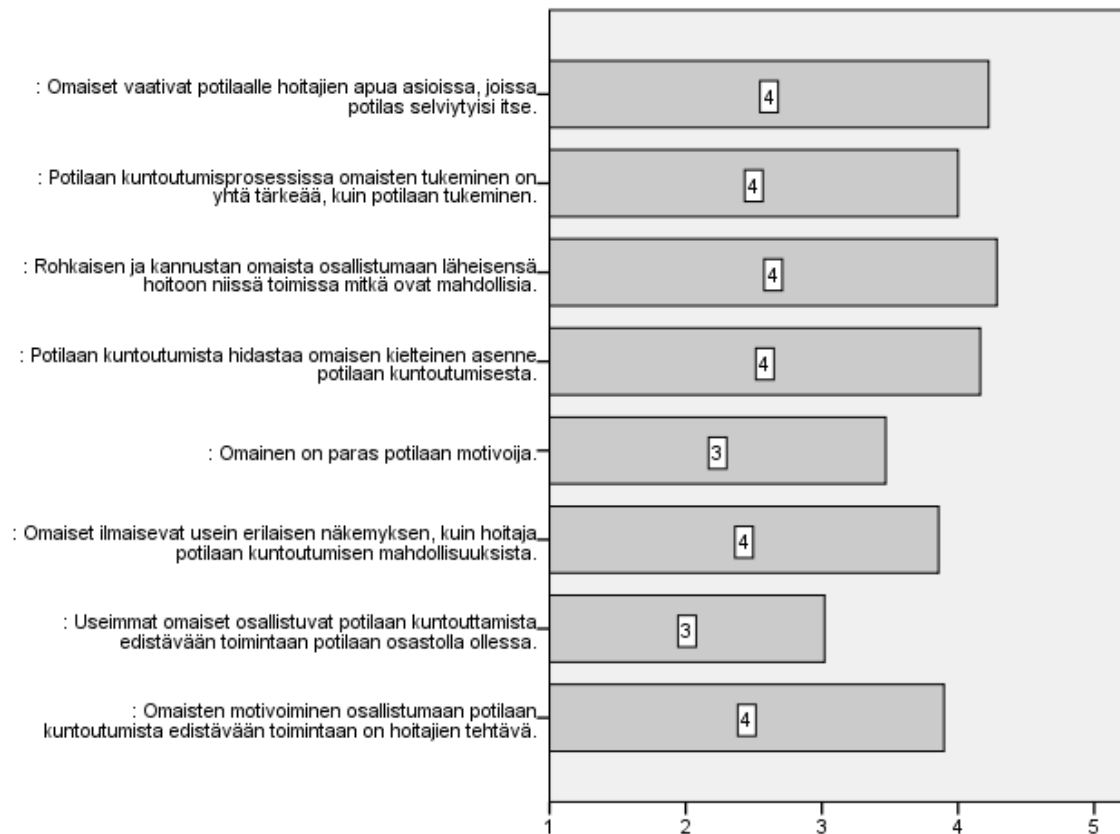
KUVIO 8. Osaston tila ja kuntouttava hoitotyö (N=49)

(1=Täysin eri mieltä, 2=Osittain eri mieltä, 3=Ei samaa eikä eri mieltä, 4=Osittain samaa mieltä ja 5=Täysin samaa mieltä).



## 5.6 Omaisten näkemykset ja osallistuminen kuntouttavaan hoitotyöhön

Omaisten osallistumista kuntouttavaan hoitotyöhön hoitajien näkökulmasta kuvataan kuviossa 9. Hoitajien mielestä kuntoutumiseen liittyvä yhteistyö omaisten kanssa vaatii kehittämistä. Omaiset vaativat potilaalle hoitajien apua enemmän, kuin he tarvitsisivat (ka=4). Tulosten mukaan koettiin parantamisen varaa jokaisen väitteen kohdalla.



KUVIO 9. Omaisten näkemykset ja osallistuminen kuntouttavaan hoitotyöhön (N=49) (1=Täysin eri mieltä, 2=Osittain eri mieltä, 3= Ei samaa eikä eri mieltä, 4=Osittain samaa mieltä ja 5=Täysin samaa mieltä).

## 5.7 Kuntouttavan hoitotyön kehittäminen omalla työpaikalla

Kuntouttavan hoitotyön kehittäminen omalla työpaikalla osio oli avoin ja sen analysointiin käytettiin sisällönanalyysiä. Avoin kysymys oli: kuinka kuntouttavaa hoitotyötä voisi kehittää omalla työpaikallasi? Tähän kysymykseen vastauksia oli tullut vain yhdeksän kappaletta (N=49).

Yhden vastauksen mukaan psyykinen hyvinvointi lisää fyysisen kuntoutumisen toteutumista. Hoitohenkilökunnan mielestä toimintakyvyn ylläpitämisen merkitys on yksi suuri osa kuntoutumista.

*Henkinen kuntoutuminen on hyvin tärkeää. Kokonaisvaltainen virkistyminen antaa paremman mahdollisuuden fyysiseen kuntoutumiseen. Tärkeää myös ylläpitävä toimintakyky.*

Suurin osa hoitohenkilökunnasta koki kiireen ja henkilökuntamitoituksen esteeksi kuntouttavan hoitotyön toteuttamiselle. Tärkeänä pidettiin myös työtehtävien organisointia ja priorisointia.

*Työtehtävien paremmalla organisoinnilla/priorisoinnilla; kiire vähenisi, niin kuntoutus helpottuisi.*

*1-2 hoitajaa lisää/vuoro auttaisi asiaa erittäin paljon.*

*Enemmän aikaa/hoitajia toteuttamaan sitä.*

*Lisää henkilökuntaa/fysioterapiaa.*

*Mahdollisuus toimia potilaan kanssa rauhassa ajan kanssa, mahdollistaisi kuntouttavan hoitotyön toteutumisen paremmin.*

Yksi vastaajista koki hoitajien sekä potilaan asenteiden ja motivaation olevan merkittävässä roolissa kuntoutukselle. Kuntoutumisen toteutuminen on monen eri tekijän summa.

*Kuntoutuminen ja sen edistyminen ovat pitkälti sekä potilaan omasta että hoitajan omasta asenteesta/motivaatiosta kiinni. Toki sairaudet otettava huomioon. Resurssit myös vaikuttavat asiaan.*

Vastauksista nousivat esille koulutuksen tärkeys, hoitajien vahvuuksien ja erilaisuuksien hyväksikäyttö sekä vapauksien lisääminen omalle toiminnalle.

*Hoitajille riittävän ja tarpeelliset koulutukset, käyttämään hoitajien vahvuudet ja erilaisuudet hoitotyön hyväksi. Hoitajille saa antaa vapaammat kädet oman toimintaan.*

Hoitosuunnitelmien ajantasaisuus ja niiden päivittäminen olivat tärkeitä hoitohenkilökunnan mielestä. Omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä kuntoutumisessa tulisi lisätä.

*Hoitosuunnitelmia tulisi päivittää useammin, pitää ajan tasalla ja keskustella siitä potilaan ja omaisten kanssa, omaisia tulisi rohkaista kannustamaan läheisensä kuntoutumista.*

## 6 PÄÄTÄNTÄ

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Kuntoutuminen on merkittävässä roolissa hoitotyössä. Kuntoutumista edistävä hoitotyö lisää potilaan toimintakykyä sen eri osa-alueilla ja ylläpitää terveyttä. Hoitohenkilöstö on pääosin vastuussa kuntoutumisen toteutumisesta, eikä potilasta voi vastentahtoisesti kuntouttaa. Kuntoutumisen toteutuminen edellyttää potilaalta sekä hoitohenkilökunnalta riittävää motivaatiota. Potilaan sairaudet tulee huomioida kuntoutumisessa, ja sairauksien tulee olla hoitotasapainossa. Kuntoutuminen tapahtuu potilaan voimavarat huomioiden.

Kuntoutuslaitoksissa kuntoutujien tila parani niiden asioiden osalta, joihin kiinnitettiin huomiota. Parhaiten kuntoutuksen vaikutukset näkyivät fyysisen suorituskyvyn alueella, mutta se vaikutti myös hyvinvoinnin muihin osa-alueisiin. Iäkkäät ihmiset hyötyivät parhaiten kuntoutuksesta, kun sen sisältö painottui kuntoutuksen tarpeisiin. (Aaltonen ym. 2010, 52.)

Opinnäytetyön kyselyn tulosten mukaan kategoriassa **kuntouttava hoitotyö ja henkilökunta** hoitohenkilökunnan toiminta oli pääosin kuntoutumista ylläpitävää. Tulosten perusteella hoitajat rohkaisivat ja kannustivat potilaita toimimaan itse sekä toimivat toimintakykyä edistävästi. Hoitotyön päivittäisissä toiminnoissa hoitajat toimivat kuntouttavan hoitotyön mukaan. Hoitajat työskentelevät hoitotyön tavoitteen mukaisesti tukien potilaan itsenäistä toimintaa, ja työote oli kuntoutumista edistävä. Uuden potilaan tulolehdelle kirjattiin hänen liikkumiskyvystään erinomaisesti. Eniten haittaa kuntoutumisen toteutumiselle aiheutti kiire. Työtahdin ollessa kiireinen, tehtiin asioita potilaan puolesta. RAI:n käytön osalta toimintakyvyn arviointia tehtäessä yhteistyö omaisten ja potilaan kanssa oli kohtalaista.

Tulosten perusteella hoitajien **käsitykset osaston kuntouttavasta hoitotyöstä** olivat pääsääntöisesti yhtenäisiä. Esimies kannusti ja tuki riittävästi hoitajia toteuttamaan kuntouttavaa hoitotyötä. Osastoilla koettiin työilmapiirin olevan positiivinen potilaan kuntoutumiselle. Henkilökunta oli suurimmaksi osaksi motivoitunutta ja kuntouttavaa hoitotyötä toteutettiin moniammatillisena tiimityönä. Osastoilla toteutettiin potilaan varhaista mobilisointia hoitohenkilökunnan mielestä erittäin hyvin. Kivunhoito osastoilla koettiin

riittäväksi siihen, että kuntouttava hoitotyö toteutui. Hoitajat kokivat esteinä kuntouttavalle hoitotyölle ajanpuutteen, eri ammattiryhmien työntekijöiden vähyyden ja vähäiset henkilökuntaresurssit. Hoitajien mielestä potilaat vaativat enemmän apua kuin tarvitsisivat, jolloin herkästi toimitaan potilaan puolesta.

**Potilaan kuntoutumisen arviointi liittyen kuntouttavaan hoitotyöhön** kategorian tulosten mukaan arviointia toteutettiin osastoilla hyvin tasaisesti ja yksimielisesti. Osastoilla koettiin kirjaamisen toteutuvan hyvin ja potilaan kuntoutumista arvioitiin päivittäin. Hoitohenkilökunnan mielestä omaisille kerrottiin kuntoutumisen edistymisestä ja yhdessä potilaan kanssa arvioitiin sitä.

**Osaston tila ja kuntouttava hoitotyö** kategoriassa tulosten myötä esille nousi, että apuvälineitä oli riittävästi saatavilla ja ympäristön eettisyys motivoi potilasta kuntoutumaan. Osastojen fyysinen ympäristö oli motivoivaa ja tilat mahdollistivat kuntoutumisen, tulokset olivat arvioitu kohtalaisiksi, mutta niissä koettiin olevan parantamisen varaa.

**Omaisten näkemykset ja osallistuminen kuntouttavaan hoitotyöhön** kategorian tulosten perusteella omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä tulisi kehittää paljon. Hoitohenkilökunnan näkökulmasta omaiset eivät osallistu tarpeeksi kuntouttavaan hoitotyöhön osastoilla ja omaiset vaativat enemmän apua hoitajilta potilaalle.

**Kuntouttavan hoitotyön kehittäminen omalla työpaikalla** avoimen kysymyksen vastausten perusteella hoitohenkilökunta koki kiireen ja henkilöstömitoituksen kuntouttavan hoitotyön esteiksi. Työtehtävien priorisoinnin ja organisoinnin koettiin olevan puutteellista. Hoitohenkilökunnan näkökulmasta omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä tulisi lisätä.

## 6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusetiikkaan eli hyvän tieteellisen käytännön pelisääntöjen noudattamiseen perustuu tutkimuksen tekeminen. Se alkaa ideoinnista ja loppuu tutkimustuloksien tiedottamiseen. Tutkimusetiikka sisältää kaikki tiedot koskien tutkimusta, keskusteluista vastaajien ammatteihin. Salassapitoa veloitetaan kaikilta osapuolilta, jotka ovat tutkimusta tekevässä. (Vilkkä 2009, 29.)

Tutkija osoittaa tehdyllä tutkimuksella tutkimuksessa käytettyjen menetelmien, tiedonhankinnan sekä tutkimustulosten johdonmukaista hallitsemista hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tieteelliselle tutkimukselle on asetettu tietynlaiset vaatimukset, jotka tutkimustulosten on täytettävä. Tutkimuksen avulla täytyy saada aiheesta uutta tietoa tai uudempaa tietoa yhdistettynä vanhaan. Tutkimustyön aikana tutkijan on noudatettava rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. (Vilka 2009, 30.)

Tutkijan on toimittava vilpittömästi ja kunnioittavasti muita tutkimuksen tekijöitä kohtaan. Lähteiden ja tekstiviitteiden merkitsemiseen tulee käyttää erityistä huolellisuutta ja plagiointia ei hyväksytä. Tutkijan on itse tunnistettava metodit, joiden avulla hän pystyy toteuttamaan eettisesti kestävästä tutkimusta. (Vilka 2009, 31.)

Tutkimus on suunniteltava, toteutettava ja raportoitava laadukkaasti, jotta se on tieteellisten käytäntöjen mukainen. Tutkimuksen tulee myös noudattaa avoimuutta ja kontrolloitavuutta. Tällöin tekstissä ilmenevät valmiin tutkimuksen sisältöä koskevien tietojen rahoituksen lähteet, salassapitovelvollisuus ja vaitiolovelvollisuus. Tekstissä ei saa mainita tutkittavien tai toimeksiantajien nimiä ilman asianomaisten lupaa. Tutkimuskohde ei saa joutua kuvauksien kautta vihan, pilan tai halveksunnan kohteeksi tutkimuksen aikana. (Vilka 2009, 32–33.)

Tutkimusaineiston säilyttäminen on tehtävä vaatimusten mukaisesti, jotta tiedot eivät joudu väärin käsiin. Saatekirjeessä tulisi olla riittävästi tietoa lukijalle siitä, mihin hän on tietojaan antamassa. (Vilka 2009, 36.)

Tehdystä tutkimuksesta vastuussa on tutkijaryhmä. Tutkijaryhmän on huolehdittava, että tutkimus on avoin, julkisesti nähtävillä ja siitä on tiedotettu. Tutkimuksen uskottavuus ja jatkuvuus ovat myös tutkijaryhmän vastuulla. (Vilka 2009, 37.)

Koko opinnäytetyön prosessin ajan olemme toteuttaneet hyvää tieteellistä käytäntöä. Olemme toimineet rehellisesti ja olleet avoimia työelämälle. Kyselykaavakkeen kysymysten käyttämiseen kysyimme asiaankuuluvasti luvan toisen opinnäytetyön tekijältä. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja kysely täytettiin anonyymisti. Täten olemme kunnioittaneet työntekijöiden itsemääräämisoikeutta. Kyselyn vastaukset olemme käsi-

telleet luottamuksellisesti eikä ulkopuolisten ole ollut mahdollisuutta päästä käsiksi aineiston tietoihin missään opinnäytetyön vaiheessa. Lähdeluettelomerkinnät ja tekstiviitteet olemme pyrkineet merkitsemään mahdollisimman oikein.

### 6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmasta. Validiteetti kertoo, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli alun perinkin tarkoitus mitata. Validiteetti kertoo tutkimuksen pätevyydestä eli siitä, onko teoreettiset käsitteet pystytty luotettavasti operationalisoimaan muuttujiksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.) Tutkijan tulisi tutkimuksessaan kertoa selvästi tarkasteltavista käsitteistä. Mittarin käytön tulee sijoittua oikeaan aikaan oikealla tavalla, jotta se tavoittaa kohteen. Tutkimusasetelman väärät lähtökohdat vaikuttavat olennaisesti tutkimuksen kokonaisvaliditeettiin. Validiteetille on määritelty erilaisia lajeja, kuten samanaikaisvaliditeetti, sisällönvaliditeetti, prosessivaliditeetti ja rakennevaliditeetti. Mittarin pätevyys on onnistunut tulos operationalisoinnista, jolloin käsitteet on saatu määriteltyä analyyttisiksi käsitteiksi ja niitä voidaan mitata. (Menetelmätietovaranto 2008.)

Reliabiliteetti eli tulosten luotettavuus tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Sitä voidaan arvioida käyttämällä mittaria eri aineistoissa mittaamalla tutkimusilmiötä. Tulosten ollessa samansuuntaisia, voidaan mittaria pitää luotettavana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189-190.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittarin johdonmukaisuus kertoo siitä, että mittari mittaa aina ja kokonaisuudessaan samaa asiaa. Mittarin ollessa täysin reliabeeli siihen eivät vaikuta olosuhteet tai satunnaisvirheet. Reliabiliteettia voidaan arvioida kahden eri osatekijän näkökulmasta: konsistenssin ja stabiliteetin. Konsistenssi eli yhtenäisyys tarkoittaa sitä, että jos väittämät jaetaan kahteen eri joukkoon, kumpikin väittämäjoukko mittaa samaa asiaa. Stabiiliudella tarkoitetaan mittarin ajassa pysymistä. Molemmat käsitteet ovat varsin erilaisia, ja mittarin täytyy olla myös validi, jotta sen luotettavuus säilyy. (Menetelmävaranto 2008.)

Luotettavuutta arvioidaan myös tulosten perusteella. Tällöin tarkastellaan sisäistä ja ulkoista validiteettia. Sisäinen validiteetti kertoo tuloksien johtuvan niiden asetelmasta, ei

muista sekoittavista tekijöistä. Ulkoinen validiteetti viittaa siihen, että tulokset ovat yleistettävissä. Suomessa käytetään kuitenkin harkinnanvaraista otoskokoa, jolloin tuloksia tarkasteltaessa on kriittisesti arvioitava niiden yleistettävyyttä. Tutkimukseen osallistuja saattaa muuttaa käyttäytymistään tutkimuksen aikana, jolloin tulokset saattavat olla vääriä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 195-196.)

Opinnäytetyöhömmme aineistonkeruumenetelmäksi valitsimme strukturoidun kyselylomakkeen. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 113-117) mukaan kysymysten laatiminen vaatii käsitteiden määrittelyn. Teoreettiset käsitteet puretaan muuttujiksi, jotta tutkimusilmiötä pystytään mittaamaan. Kysymysten järjestys ja sisältö ovat samat kaikille vastaajille. Näin vastaukset saadaan nopeasti tallennettavaan muotoon ja analysoitavaksi tietokoneella. Kyselylomake tehdään mahdollisimman lyhyeksi, jotta siihen vastaaminen on helppoa. Kysymykset voivat olla joko avoimia tai suljettuja kysymyksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 113-117.) Kysymysten luotettavuutta arvioidaan kriittisesti. Siihen vaikuttavat alentavasti vino kohderyhmä, väärinymmärretyt tai moniselitteiset kysymykset sekä alhainen vastausprosentti. Erityistä huomiota kiinnitetään tutkimustuloksista saatuihin kuvioihin. (Heikkilä 2014, 15.)

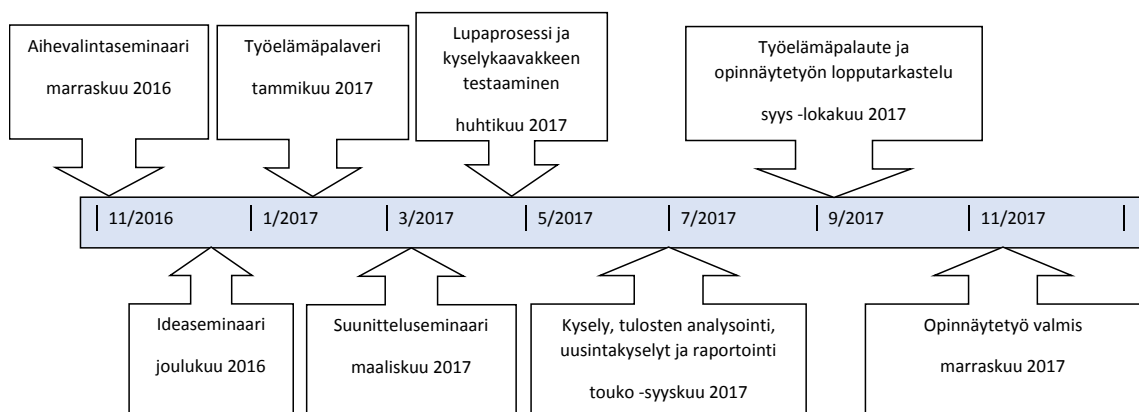
Otoksen suhde perusjoukkoon on yksi painopistealue kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Ajatuksena on, että otos edustaa mahdollisimman hyvin perusjoukkoa. Perusjoukon otoksen edustajia kutsutaan usein tilastoyksiköiksi. Otoksen voi toteuttaa joko otantatutkimuksena tai kokonaistutkimuksena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 104-105.) Opinnäytetyömme kyselyyn osallistui 49 hoitohenkilökunnan jäsentä. Osallistujat olivat ikääntyneiden vuodeosastoilla työskenteleviä hoitajia. Kysely toteutettiin useammalla osastolla, mutta siihen vastasi vain osa hoitajista. Tämän vuoksi tuloksia ei voi yleistää, koska perusjoukko oli paljon suurempi ja tulos voi olla vain suuntaa antava.

Selvitimme kyselyyn osallistujien työkokemuksen hoitoalalla ja ikäjakauman, koska ne vaikuttavat kyselyn luotettavuuteen. Esimerkiksi vähemmän hoitoalan työkokemusta omaavilla hoitajilla voi olla erilainen käsitys kuntouttavasta hoitotyöstä ja sen merkityksistä kuin pidemmän aikaa hoitoalalla työskennelleillä. Kuitenkin taas nuoremmilla voi olla ajankohtaisempaa tietoa kuntouttamisesta, kuin esimerkiksi yli 60 vuotiailla. Vastajien ikäjakauma oli kuitenkin vaihteleva, ja osastoilla työskenteli kaikenikäisiä hoitajia, mikä lisää kyselyn luotettavuutta sen moninaisten vastausten myötä. Ammatillisen koulutuksen emme kokeneet vaikuttaneen kyselyn tuloksiin.



## 6.4 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Opinnäytetyön aiheen valitsimme marraskuussa 2016. Aiheen valinnan jälkeen kävimme työelämäpalaverissa, jossa selvisi tarkemmin opinnäytetyön sisältö. Tämän jälkeen ryhdyimme tekemään opinnäytetyön suunnitelmaa, joka esitettiin suunnitelmaseminaarissa. Opinnäytetyön lupaprosessi saatiin käynnistettyä toukokuussa 2017, kun suunnitelma saatiin valmiiksi. Lupaprosessi kesti odotettua kauemmin työelämässä johtuneen tietokatkoksen vuoksi. Suunnitelmassa oli mukana valmis saatekirje ja strukturoitu kyselylomake sähköisessä muodossa. Kyselylomake oli alun perin toisesta opinnäytetyöstä luvallisesti lainattu ja sen sisältöä oli muokattu työhömmä soveltuvaksi. Ennen kyselyntoteuttamista kyselylomakkeen toimivuutta testattiin testiryhmällä. Kysely toteutettiin eräillä Tampereen kaupungin vuodeosastoilla. Osastonhoitajat jakoivat sähköisen saatekirjeen ja kyselylomakkeen eteenpäin hoitajille. Työnantaja mahdollisti kyselyyn vastaamisen työajalla. Alun perin tavoitteena oli saada noin 100 vastausta kyselyyn hoitajilta kuntoukseen liittyen. Ensimmäinen kyselykierros toteutettiin kesän alussa ja vastauksia saatiin 23 kappaletta, mikä oli paljon vähemmän kuin tavoite. Tämän vuoksi toteutettiin toinen kyselykierros kesän lopulla, jotta kyselyn tulokset olisivat luotettavampia. Kyselyn analysointi toteutettiin syyskuussa 2017 SPSS-ohjelmiston avulla. Lopullinen vastaajamäärä oli 49 kappaletta, joten alkuperäiseen tavoitteeseen ei päästy. Budjetti opinnäytetyöhön oli omakustanteinen. Omakustanteisia kuluja tuli papereiden tulostamisesta sekä bensakuluista, muita kuluja ei tullut. Opinnäytetyömme aikataulu ja prosessin eri vaiheet on kuvattu kuviossa 10. Olemme pysyneet haasteista huolimatta aikataulussa ja opinnäytetyömme valmistuu marraskuussa 2017.



KUVIO 10. Opinnäytetyön aikataulu.

Koko opinnäytetyön prosessin ajan olemme aktiivisesti hakeneet ajantasaista tutkittua teorian tietoa työtämme varten. Alkuun tiedonhaku oli hankalaa ja turhauttavaa. Vasta loppumetreillä tiedonhaku helpottui, mikä suurimmaksi osaksi johtui tiedonhaun kurssin väärästä ajankohdasta. Koimme haasteelliseksi tutkitun tiedon kirjoittamisen omin sanoin, mutta loppua kohti tämä taito kehittyi. Keskinäinen yhteistyö on ollut sujuvaa lähes koko opinnäytetyöprosessin ajan. Pääsääntöisesti olemme tehneet opinnäytetyötä yhdessä, mutta aikapulan vuoksi olemme myös jakaneet teoriaosuutta tasapuolisesti. Olemme itsenäisesti etsineet tietoa opinnäytetyön teosta ja hyödyntäneet koulun tarjoamia ohjeita. Ohjauksessa olemme käyneet tarpeen mukaan ja noudattaneet annettuja ohjeita tehokkaasti. Ohjausta olemme pyytäneet myös sähköpostitse ja puhelimitse. Olemme myös pyytäneet ohjausta ja opetusta analysointivaiheessa metodiopintojen opettajalta. Yhteistyö työelämän edustajien kanssa on ollut vähäistä. Työelämäpalaverissa ilmenivät työhön halutut tarpeet heidän näkökulmastaan, mutta muuten olemme saaneet vapaat kädet opinnäytetyön toteuttamisessa. Yhteistyö toimi sähköpostin välityksellä. Haasteista huolimatta olemme saaneet opinnäytetyön päätökseen ja oppineet paljon opinnäytetyön prosessin vaiheista.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää hoitajien näkökulmia kuntoutuksen toteutumisesta. Kyselyn avulla oli tavoitteena selvittää kuntoutuksen haasteita ja kehitettäviä asioita. Kysymykset olisi pitänyt muotoilla hieman selkeämmin, koska nyt vastauksien tulkitseminen oli haasteellista joissakin osioissa. Kuitenkin pääsimme tavoitteeseen ja saimme hyödyllisiä vastauksia työelämän edustajia varten. Mielestämme opinnäytetyömme on sopivan tiivis ja kattava kuntouttavaan hoitotyöhön liittyen.

## **6.5 Jatkotutkimusehdotukset ja kehittämishaasteet**

Tuloksia tarkasteltaessa havaitsimme, että omaisten osallistuminen kuntouttavan hoitotyön toteutukseen oli todella vähäistä. Omaiset eivät myöskään tukeneet hoitohenkilökuntaa kuntouttavan hoitotyön toteutuksessa. Jatkotutkimusehdotuksena omaisten roolia kuntoutuksen toteuttamisessa voisi tutkia lisää sekä kehittää yhteistyötä heidän kanssaan. Omaisille voisi toteuttaa kyselyn kuntouttavaan hoitotyöhön liittyen, jolloin selviäisi omaisten näkemys kuntouttavasta hoitotyöstä. Kyselyn myötä jatkotutkimusehdotuksiksi nousivat myös työtehtävien priorisointi ja organisointi sekä ajankäyttö. Hoitajien ajankäyttöä voisi seurata osastoilla sekä sitä, miten hoitajat organisoivat työtehtäviään.

Kehittämishaasteena havaitsimme omaisten tietämättömyyden siitä, mitä kuntoutus tarkoittaa. Tiedottaminen kuntouttavasta hoitotyöstä omaisille lisäisi heidän ymmärrystään kuntouttavasta hoitotyöstä ja sen kautta osallisuus kuntoutukseen lisääntyisi.

## LÄHTEET

- Aaltonen, T., Grönlund, R., Hinkka, K., Karppi, S-L., Kehusmaa, S., Ollonqvist, K., Puukka, P., Salmelainen, U. & Wallin, M. 2010. IKÄ-kuntoutus. Heikkokuntoisten ikäihmistien verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Erhola, K., Alastaro, H. & Kehusmaa, S. 2017. Muistisairaana kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.
- Heikkilä, R. & Mäkelä, M. 2015. Onnistuminen–RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa 2015. Tampere: Juvenes Print–Tampereen yliopistopaino Oy.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 2013. Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Härkäpää, K., Järvikoski, A. & Salminen, A-L. 2016. Kuntoutuminen. Duodecim Oppiportti. Luettu 14.3.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/ktm00007/do>
- Itkonen, T., Lindman, K., Corin, H. & Noro, A. 2007. Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä. Helsinki: Valopaino Oy.
- Jaakkola, K., 2016. Kuntouttavan hoitotyön toimintamalli hoitohenkilökunnan ja omaisten tueksi Hämeenkyrön terveyskeskuksen osastolle. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Karhapää, M. 2012. Valmistuvien sairaanhoitajien käsityksiä iäkkään henkilön kuntoutumista edistävästä hoidosta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Fysioterapian Pro Gradu.
- Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2010. Sairaanhoitajien kokemat eettiset ongelmat hoitotyössä. Hoitotiede 22(1), 26-35.
- Kuusela, M., Hupli, M., Johansson, K., Routasalo, P. & Eloranta, S. 2010. Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Hoitotiede 22(2), 96-107.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Luettu 14.3.2017.

Lääkärilehti. 2014. Kuntouttavahoitotyö vähensi vuodeosastopaikat kolmannekseen. Luettu 27.2.2017 <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/kuntouttava-hoitotyoyahensi-vuodepaikat-kolmannekseen/>

Menetelmätietovaranto. 2008. Mittarin luotettavuus. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tampereen yliopisto. Luettu 1.11.2017. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>

Muistiliitto. 2016. Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja. Luettu 15.10.2017. [http://www.muistiliitto.fi/files/3214/7549/6258/Hyvan\\_hoidon\\_kriteeristo\\_2016\\_interaktiivinen.pdf](http://www.muistiliitto.fi/files/3214/7549/6258/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf)

Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2016. Geriatria. Duodecim Oppiportti. Luettu 30.8.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/ger04200/do>

RAI käsikirja. 2004. interRAI. Päivitetty 8.11.2004. Jyväskylän yliopisto. Cydenius-instituutti. STAKES.

Sairaanhoitajat. 2014. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. luettu 2.9.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: AT-julkaisutoimisto Oy.

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2013. Kuntouttava lähihoito. 7 uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2016. Tietoa RAI-järjestelmästä. Luettu 14.3.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. 1.-2. painos. Jyväskylä: Kustannusyhtiö Tammi.

Valvira. 2015. Potilaan itsemääräämisoikeus. Luettu 14.3.2017. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoi-keus>

Vilkka, H. 2009. Tutki ja kehitä. 1.-3. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Kirjapaino Oy.

Vuori, I. 2016. Kohti terveempää ikääntymistä. Jyväskylä: Docendo Oy.

Vähäkangas, P. & Noro, A. 2009. Osastonhoitajana pitkäaikaisessa laitoshoidossa; kuvaus lähihoitamisen sisällöstä kuntoutumista edistävillä osastoilla. Hoitotiede 21(2), 97-108.

## LIITTEET

### Liite1. Saatekirje hoitotyön kyselyyn.

#### **Osallistu kyselyyn ja vaikuta kuntouttavan hoitotyön kehitykseen!**

Opiskelemme Tampereen ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi ja teemme opinnäytetyötä Tampereen kaupungille kuntouttavan hoitotyön kehittämiseksi. Toivomme, että käytätte hetken aikaanne vastaamalla kyselyyn, jotta saamme tarvittavat ammattilaisten näkökulmat lähtötiedoiksi kehitystyötämme varten.

Kyselyyn pääset vastaamaan oheisesta linkistä, siihen vastaamiseen kuluu noin 5 minuuttia. Pyydämme vastaamaan kyselyyn 1.6.2017 mennessä.

<https://lomake.tamk.fi/v3/lomakkeet/24047/lomake.html>

Kyselyyn vastataan nimettömänä, sähköisellä kyselylomakkeella. Työnantajanne mahdollistaa kyselyyn vastaamisen työajalla. Opinnäytetyön aiheemme on kuntouttava hoitotyö hoitajien näkökulmasta.

**Vastaamalla kyselyyn voit vaikuttaa työpaikkanne toimintatapoihin!**

**Kiitos osallistumisesta!**

Ystävällisin terveisin

Laura Aalto  
p. 040-580 6114  
laura.aalto@health.tamk.fi

Niina Mannila  
niina.mannila@health.tamk.fi

*Mielellämme vastaanotamme kysymyksiä, palautetta, mielipiteitä aiheeseen liittyen.*

*Meihin voit ottaa yhteyttä sähköpostitse tai puhelimitse.*

## Liite 2. Kyselylomake.

Alla olevassa kyselyssä haemme tietoa kuntouttavaan hoitotyöhön liittyen.

Olemme keränneet väittämiä, joihin toivomme teidän vastaavan mahdollisimman totuuden mukaisesti.

Lopussa on yksi avoin kysymys, johon haluaisimme teiltä hyviä kehittämisideoita kuntouttavaan hoitotyöhön liittyen.

Kiitoksia etukäteen vastauksistanne!

### Taustatiedot

Ikä

18-29

30-39

40-49

50-59

60-

Ammatillinen koulutus

Lähihoitaja/Perushoitaja

Sairaanhoidtaja

Ammatillinen kokemus

0-5 vuotta

6-10 vuotta

11-20 vuotta

21-30 vuotta

30- vuotta

---

<b>Kuntouttava hoitotyö ja henkilökunta</b>	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä erimieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Kohdatessani uuden potilaan teen hänelle toimintakykyarvion.					
Jokaisen uuden potilaan tulolehdelle kirjataan hänen liikkumiskykynsä.					
Toimin kuntoutumista edistävällä työotteella potilaiden kanssa.					
Kiire häiritsee kuntouttavan hoitotyön toteuttamista työssäni.					
Hoitotyöni tavoitteena on tukea potilaan itsenäistä toimintaa.					
Toimin kuntouttavan hoitotyön mukaan päivittäisessä hoitotyössä.					
Teen potilaiden toimintakyvyn arviointia yhteistyössä potilaan ja/tai omaistensa kanssa (RAI:n käyttö)					
Potilas on toimija ja minä ohjaan toimintaa.					
Annan potilaalle aikaa toimia itse.					
Hoitotyötä tehdessäni toimin tietoisesti toimintakykyä edistävästi.					
Osaan arvioida äkillisesti sairastuneen potilaan toimintakykyä.					
Rohkaisen ja kannustan potilaita toimimaan itse.					
Teen potilaiden puolesta, koska työtahti on kiireinen.					



<b>Käsitykset osaston kuntouttavasta hoitotyöstä</b>	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä erimieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Osastolla on riittävästi aikaa kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseen.					
Hoitohenkilökunta kantaa pääosin vastuun kuntoutumisen toteuttamisesta.					
Fysioterapian henkilöstö kantaa pääosin vastuun kuntoutuksen toteuttamisesta.					
Kuntouttava hoitotyö toteutuu moniammatillisena tiimityönä.					
Osaston hoitohenkilökunta on motivoitunut toteuttamaan kuntouttavaa hoitotyötä.					
Eri ammattiryhmien työntekijöitä (esim. Fysioterapeutteja) on riittävästi käytettävissä kuntouttavan hoitotyön toteuttamisessa					
Hoitajat osaavat tunnistaa ja ehkäistä kuntoutumista haittaavat riskitekijät.					
Hoitajilla on riittävästi teoretietoaa ja käytännöntaitoja kuntouttavasta hoitotyöstä.					
Potilas pyritään mobilisoimaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.					
Potilaan kivunhoito on riittävää kuntouttavan hoitotyön mahdollistamiseksi.					
Potilas on yleensä aktiivisempi yrittämään itse fysioterapian henkilöstön kanssa toimiessaan.					

Potilas vaatii yleensä hoitajilta apua enemmän kuin fysioterapian henkilöiltä.					
Potilas on yleensä tyytyväinen vain silloin, kun hoitaja tekee hänen puolestaan asioita (esim. antavat silmälasit yöpöydältä).					
Potilas odottaa hoitajan sanovan, mitä hänen pitää tehdä sen sijaan, että hän toimisi oma-aloitteisesti.					
Potilas vaatii usein hoitajilta apua enemmän, kuin hän tarvitsee.					
Potilaita on helpompi auttaa, kuin tukea häntä yrittämään itse.					
Kaikki hoitajat ovat tietoisia kunkin potilaan kuntoutumistavoitteesta.					
Nykyiset henkilökuntaresurssit mahdollistavat kuntouttavan hoitotyön toteuttamisen					
Osaston työskentely ilmapiiri on potilaan kuntoutumista motivoivaa.					
Esimies kannustaa ja tukee riittävästi toteuttamaan kuntouttavaa hoitotyötä.					

<b>Potilaan kuntoutumisen arviointi liittyen kuntouttavaan hoitotyöhön</b>	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Potilaan edistymistä kuntoutumisessa arvioidaan joka päivä.					
Hoitajat arvioivat yhdessä potilaan kanssa hänen edistymistään.					
Hoitajat kertovat omaisille potilaan edistymisestä kuntoutumisessa.					
Potilasasiakirjoihin kirjataan potilaan toimintakyky kuntoutumisen edistymisessä.					

<b>Osaston tila ja kuntouttava hoitotyö</b>	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Kuntoutumista edistäviä apuvälineitä on käytössä riittävästi.					
Osaston tilat mahdollistavat kuntouttavan hoitotyön toteuttamisen.					
Osaston ympäristön eettisyys motivoi potilasta kuntoutumaan.					
Osaston fyysinen ympäristö on potilaan kuntoutumista motivoivaa.					

<b>Omaisten näkemykset ja osallistuminen kuntouttavaan hoitotyöhön</b>	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Omaisten motivoiminen osallistumaan potilaan kuntoutumista edistävään toimintaan on hoitajien tehtävä.					
Useimmat omaiset osallistuvat potilaan kuntouttamista edistävään toimintaan potilaan osastolla ollessa					
Omaiset ilmaisevat usein erilaisen näkemyksen, kuin hoitaja potilaan kuntoutumisen mahdollisuuksista.					
Omainen on paras potilaan motivoija.					
Potilaan kuntoutumista hidastaa omaisen kielteinen asenne potilaan kuntoutumisesta					
Rohkaisen ja kannustan omaista osallistumaan läheisensä hoitoon niissä toimissa mitkä ovat mahdollisia.					
Potilaan kuntoutumisprosessissa omaisten tukeminen on yhtä tärkeää, kuin potilaan tukeminen.					
Omaiset vaativat potilaalle hoitajien apua asioissa, joissa potilas selviytyisi itse.					

**Miten kuntouttavaa hoitotyötä voisi kehittää omalla työpaikallasi?**

---



---



---



---



---