



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Anna Rebekka Björklund

VANHUSTEN HYVÄN HOIDON JA
KOHTELUN KYMMENEN KÄSKYN
TOTEUTUMINEN
– HOITOHENKILÖKUNNAN KÄSITYKSIÄ

Sosiaali- ja terveysala

2011

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Anna Björklund
Opinnäytetyön nimi	Vanhusten hyvän hoidon ja kohtelun kymmenen käskyn toteutuminen –hoitohenkilökunnan käsityksiä
Vuosi	2011
Kieli	Suomi
Sivumäärä	50+2 liitettä
Ohjaaja	Paula Hakala

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaista vanhusten hoidon laatu ja vanhusten kohtelu on vanhusten osastoilla hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tavoitteena oli selvittää, onko vanhusten hoito ja kohtelu toteutettu niin kuin vanhusten hyvän hoidon ja kohtelun kymmenen käskyä edellyttävät.

Tutkimuksessa käytettiin kyselylomaketta, joka sisälsi strukturoituja ja avoimia mielipideväittämiä. Tutkimuksen otos koostui kolmesta Vaasan kaupunginsairaalan vanhusten kuntoutusosastosta (n=75). Tutkimusaineisto kerättiin helmikuun lopussa 2010. Vastausprosentti oli 44 (n=28). Tutkimusaineisto analysoitiin Microsoft Office Excel 2007 -ohjelmiston avulla. Mielipideväittämät käsiteltiin induktiivista sisällönanalyysia noudattaen ja niistä saadut tiedot raportoitiiin frekvenssien ja prosenttilukujen avulla.

Vanhusten hyvä kohtelu -työryhmän laatimista kymmenestä käskystä tutkimukseen valittiin viisi käskyä koskien hyvää hoitoa, kohtelua, yksilöllisyyttä, hoitohenkilökunnan osaamista ja riittävyttä sekä hyvää kuolemaa. Tutkimuksen tulosten mukaan vanhusten kohtelu ja hoito on hyvää ja riittävää, mutta vastaajista 86,4 % oli sitä mieltä, että hoitohenkilöstöä on liian vähän, minkä vuoksi yksilölliseen hoitoon ei jää tarpeeksi aikaa ja hoidon laatu heikkenee. Kuitenkin 96,4 % vastaajista piti jokaista osaston potilasta ainutkertaisena yksilönä, eikä 93,0 % vastaajista pitänyt potilasta vain hoidon kohteena. Lähes kaikki vastaajat (96,4 %) viipyivät huonossa kunnossa olevan potilaan luona tavallista pidempään, vaikka jatkuvan kiireen työssä tunsu 85,7 % vastaajista. Tämän tutkimuksen osalta selkeimmät johtopäätökset ovat, että hoitajilla on motivaatiota, pätevyyttä ja eettisyyttä hoitaa sekä kohdella vanhuspotilaita hyvin ja oikein, mutta hoitohenkilöstöä on liian vähän.

Asiasanat: vanhuus, yksilöllisyys, hyvä hoito, hyvä kohtelu, hoitohenkilöstö

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ABSTRACT

Author	Anna Björklund
Title	The Implementation of Ten Commandments of Good Care and Treatment of Elderly People – The Nursing Staff’s Views and Opinions
Year	2011
Language	Finnish
Pages	50+2 Appendices
Name of Supervisor	Paula Hakala

The purpose of this bachelor’s thesis was to find out what the level of quality of elderly care is and how elderly people are treated and the focus was on the nursing staff’s views and opinions. A further purpose was to find out if the ten commandments of good care and treatment of elderly people are followed.

A questionnaire with structured questions and open ended statements was used in this study. The target group included three geriatric rehabilitation wards (n=75). The research material was collected in the end of February 2010. The response rate was 44% (n=28). The material was analyzed with Microsoft Office 2007 – programme. The answers to statements were analyzed by using inductive content analysis and the results were reported by using frequencies and percentages.

A working group for the good treatment of elderly people has written down a list including Ten Commandments of good care and five of these were chosen for this study. These five deal with good care, good treatment, individuality, the level of skills among the nursing staff and the adequacy of staff and a good death. The results indicate that the level of care and treatment is good and adequate but 86,4% reported that there is too little nursing staff and that’s why there isn’t enough time for individual care and the quality of the care weakens. Nevertheless, 96,4% reported that they treat every patient individually and 93,0% reported that the patient isn’t just a target of the care. Almost everyone (96,4%) stayed longer than normally near by a patient who was in a bad condition, even though 85,7% felt constant hurry in their work. The most obvious conclusion in this study was that the nursing staff has the required motivation, competence and ethicality to treat and take care of the elderly people well and right, but there isn’t enough staff.

Keywords: Old age, individuality, good care, good treatment, good death

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO.....	6
2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	8
2.1 Vanhuus	8
2.1.1 Vanhuuden eri teorioita.....	9
2.1.2 Vanhuskäsityksiä	10
2.2 Ikärakenne.....	12
2.3 Kolmas ja neljäs ikä.....	14
2.4 Vanhusten yksilöllisyys	15
2.5 Hyvä hoito ja hyvä kohtelu	16
2.6 Vanhuspotilaiden oikeudet	18
2.7 Hoitohenkilöstön ammatillinen pätevyys	18
3 VANHUSTEN HYVÄN HOIDON JA KOHTELUN KYMMENEN KÄSKYÄ	21
3.1 Vanhuksella on oikeus yksilölliseen vanhuuteen	22
3.2 Vanhusta on hoidettava hyvin.....	22
3.3 Vanhusta on kohdeltava hyvin.....	22
3.4 Vanhuksella on oikeus hyvään ja riittävään hoitohenkilöstöön.....	23
3.5 Vanhuksella on oikeus hyvään kuolemaan	23
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	24
4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä hypoteesi	24
4.2 Tutkimusongelmat	24
4.3 Kohderyhmä.....	25
4.4 Tutkimusmenetelmä.....	25
4.5 Aineistonkeruu	26
4.6 Aineiston analysointitapa.....	26
5 TUTKIMUSTULOKSET.....	27

5.1	Tutkittavien taustatiedot.....	27
5.2	Yksilöllisen vanhuuden toteutuminen (käsky 3).....	29
5.3	Hyvän kohtelun toteutuminen (käsky 5).....	31
5.4	Hyvän hoidon toteutuminen (käsky 6).....	33
5.5	Hyvän ja riittävän hoitohenkilöstön toteutuminen (käsky 8).....	35
5.6	Hyvän kuoleman toteutuminen (käsky 10).....	36
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	38
7	POHDINTA.....	40
7.1	Tulosten tarkastelu.....	40
7.2	Eettisyys	44
7.3	Luotettavuus	45
7.4	Tutkimuksen tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	46
	LÄHTEET.....	48
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Äskettäin julkaistut lääninhallitusten raportit vanhusten laitoshoidon tilasta osoittavat paikoin vakavia puutteita vanhustenhoivassa. Vanhusten liikkumisesta on rajoitettu tarpeettomasti, heitä ylilääkitään esimerkiksi mielialalääkkeillä tai yhteensopimattomalla monilääkityksellä ja heidän toimintakykyään ylläpitävä viriketoiminta kärsii. Vanhusten ruokailussa on puutteita – esimerkiksi yöpaasto saattaa venyä yli 12-tuntiseksi. Hygienia on puutteellista. Eräällä vuodeosastolla vanhusta ei omaisen mukaan käytetty 1,5 viikkoon suihkussa eikä häntä ehditty avustaa ruokailussa (Filatov 2009).

Vanhustenhoidon ongelmallinen tilanne on ollut tiedossa jo pitkään. Jo viime eduskuntavaaleissa ikäihmisten palvelujen parantaminen oli keskeisimpiä teemoja ja kaikki puolueet halusivat saattaa vanhustenpalvelut kuntoon. Myös hallitusohjelmassa luvataan turvata vanhusväestön oikeus hyvään hoitoon. Tästä huolimatta ongelmiin ei ole edelleenkään riittävässä määrin puututtu.

Maassamme vanheneminen koetaan jonkinlaisena kriisin aiheena, kuitenkin onnistuneesti vanheneva yhteiskunta ei saisi pitää tiettyä ikäryhmää uhkana, taakkana tai vaivana, jota piilotellaan, laiminlyödään tai nolataan.

Hoitotyötä tehdessäni olen huomannut, että hoitohenkilökunta ei aina jaksaa tai osaa kohdella vanhuksia tuntevina yksilöinä, vaan pikemminkin persoonattomina potilaina. Tutkimusaiheeni valinta perustuu henkilökohtaiseen kiinnostukseen ja aiheen ajankohtaisuuteen. Tulevina vuosina vanhusten määrä lisääntyy merkittävästi, kun sodanjälkeiset suuret ikäluokat eli vuosina 1945–1950 syntyneet tulevat eläkeikänsä. Julkisessa keskustelussa on kannettu huolta siitä, miten yhteiskunta kestää taloudellisesti suurten ikäluokkien siirtymisen eläkkeelle. Samalla on arveltu, että tämä suuri eläkkeelle siirtyvien joukko tulee muuttamaan vallitsevia käsityksiä vanhuudesta ja vanhenemisestä. Ihmisen eliniän piteneminen merkitsee si-

tä, että yhä useampi voi elää vanhaksi. Tärkeää onkin, että pidetään huolta siitä, että vanhuuden aika on mahdollisimman hyvää.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää vanhusten hoidon nykyistä tilaa hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin Vaasan kaupunginsairaalan kolmelta eri vanhusten kuntoutusosastolta.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Teoriaosuus pohjautuu Vanhusten hyvä kohtelu -työryhmän tekemään vanhusten hyvän hoidon ja kohtelun kymmeneen käskyyn (Vanhusten hyvä kohtelu -työryhmä 1998), joista olen valinnut viisi käskyä tarkemmin pohdittavaksi.

Teoria- ja tutkimusosuutta varten on koottu tietoja aikaisemmista aihetta lähellä olevista tutkimuksista. Lähteenä on käytetty myös eri hoitotieteen alojen tutkimustuloksia ja psykologista kirjallisuutta, unohtamatta median antamaa aspektia.

Teoriaosuudessa tarkastellaan opinnäytetön kannalta tärkeitä käsitteitä. Niihin kuuluvat vanhuus, vanhuspotilaiden oikeudet, hyvä hoito, vanhusten yksilöllisyys, vanhusten kohtelu ja vanhuspotilaita hoitavien henkilöiden pätevyys ja ammattitaito.

2.1 Vanhuus

Yleisessä kielenkäytössä sanoja *vanhuus* ja *vanhus* vieroksutaan. Niiden tilalla käytetään usein kiertoilmaisuja, kuten *iäkäs*, *ikäntynyt*, *ikäihminen*. Ikääntymisen-sanaa käytetään yleisesti vanhuutta koskevissa tutkimuksissa ja asiakirjoissa. Nykyisin on tärkeää puhua vanhuudesta ja vanhuksista yhtä avoimen myönteisesti kuin nuoruudesta ja nuorista. Suhtautuminen vanhuuteen ja vanhoihin ihmisiin surettaa useita ihmisiä, sillä tänä päivänä ihmisarvo määritellään sen mukaan, onko ihminen tuloksen tekijä vai kustannusrasite. Tämän logiikan mukaan vanhukset ovat siis kustannusrasitteita yhteiskunnassa. (Kettunen 2009, 5.)

Ikääntymisellä on fyysikaalinen, biologinen, psykologinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Jokaisella maailmaan kuuluvalla oliolla on kronologinen ikä, joka luonnonlakien välttämättömyyden mukaisesti mittaa objektiivista ajankulua sen syntymisestä lähtien. (Niiniluoto 2010, 8.)

2.1.1 Vanhuuden eri teorioita

Kiinnostusta vanhenemistä kohtaan osoittaa sen, että vanhenemisen teorioita on esitetty noin kolmesataa. Ne voidaan jakaa muun muassa ohjelmoituneen vanhenemisen teorioihin, stokastisen vanhenemisen teorioihin, vanhenemisen evoluutiobiologisiin teorioihin ja vanhenemisen ekologisiin teorioihin. (Heikkinen & Rantanen 2003, 302.)

Ohjelmoidussa vanhenemisen teoriassa oletetaan vanheneminen samalla lailla geneettisesti ohjautuneeksi kuin yksilönkehitys hedelmöityksestä sukukypsyyteen saakka. Tämän teorian esitti jo vuonna 1881 saksalainen biologi August Weisman, joka oletti vanhemisen johtuvan siitä, että vanhat ja rappeutuneet yksilöt poistuvat väestöstä antaen tilaa uusille, nuorille yksilöille. Vanheneminen nähtiin siis lajille hyödyllisenä. (Heikkinen & Rantanen 2003, 302.)

Stokastisen vanhenemisteorian mukaan oletetaan, että vanheneminen on yksinkertaisesti kulumisilmiö. Iän mukana soluihin kertyy biologisten makromolekyylien, lähinnä DNA:n virheitä ja nämä aiheuttavat virheitä makromolekyyleissä, kuten proteiineissa ja nämä taas puolestaan uusia virheitä DNA:ssa. Näin syntyy noidankehä ja lopulta virhekatastrofi, joka johtaa vanhenemiseen ja kuolemaan. Vaikka tälle teorialle ei ole kokeellista tukea, useat gerontologit ovat nykyisin stokastisen vanhenemisteorian kannattajia. (Heikkinen & Rantanen 2003, 302.)

Vanhenemisen evoluutiobiologiset teorit pyrkivät selittämään vanhenemisen evoluutiota. Vanheminen olisi kehittynyt sen vuoksi, että nuoret ja paremmin sopeutuneet yksilöt voisivat korvata vanhat ja heikot yksilöt. Tämä teoria ei kuitenkaan pidä paikkaansa nykyisin. Tällä teoriaolla on yhteydet edellä mainittuun August Weissmannin teoriaan. (Heikkinen & Rantanen 2003, 302–303.)

Vanhenemisen ekologiset teorit pyrkivät kytkemään vanhenemisen lajin yleiseen elinkiertoon ja sen ekologiseen rooliin ekosysteemissä. Yleissääntönä voidaan pitää, että toisin kuin ihmiset, eläimet panostavat energiaa joko lisääntymiseen tai

pitkääikäisyyteen. Lisääntyminen kuluttaa resursseja, mikä on poissa ruumiin ylläpitämisestä. (Heikkinen & Rantanen 2003, 303.)

2.1.2 Vanhuskäsitteitä

Biologisessa mielessä vanheneminen on monisolujen eliölajien yksilöiden ja niiden somaattisten elinten ja solujen vähittäistä muuttumista, joka lopulta johtaa kuolemaan. Vanhenemisen perustana ovat yksittäisten solujen muutokset, niiden kemiallisten reaktioiden ja solujen jakautumisen hidastuminen. Vanheneminen voidaan määritellä myös niin, että iän mukana seuraava fysiologisten toimintojen lisääntyvä huonontuminen johtaa vähentyneeseen stressin sietokykyyn ja kasvaan sairastumisalttiuteen. (Heikkinen & Rantanen 2003, 303.)

Psykologisesti ihmisen kehitystä voidaan tarkastella elämänkaaren näkökulmasta, joka korostaa kehitystä läpi elämän jatkuvana prosessina, jossa millään ikäkaudella ei ole ensisijaista asemaa kehityksen säätelyssä. Kehityksen vaatima joustavuus säilyy ihmisessä vanhuuteen asti. (Nurmi, Ahonen, Lyytinen, Lyytinen, Pulkkinen & Ruoppila 2006, 169.)

Psykologisesti vanhenemiseen ja vanhuuteen sisältyy yksilön niille antamia merkityksiä kuten vanhuuden kokeminen tai itsen määrittely vanhaksi. Ihminen on vanha silloin, kun hän tuntee itsensä vanhaksi. Usein vanhuutta kuitenkin määrittelevät muut kuin ikäihmiset itse. (Nurmi ym. 2006, 207–209.)

Professori Timo Airaksinen kirjoittaa nettiblogissaan 22.6.2010 vanhojen elämästä. Hänen mukaansa vanhuksia ei enää ole. Sanaa ”vanhus” ei saa käyttää. Se on perusteettomasti erotteleva ja sellaisena jo syrjivä. Ihminen on ensin ikääntyvä ja sitten ikääntynyt. Kun ikää karttuu, ihminen on viimeinen ikääntynyt, saavuttanut viimeisen iän.

Vanhuskäsite on aina sidoksissa vallitsevaan kulttuuriin ja yhteiskunnan rakenteeseen. Siihen sisältyy näkemys siitä, millaisena ikääntymistä, itse vanhuutta,

ikäntyneen mahdollisuuksia ja hänen asemaansa yhteiskunnassa kulloinkin pidetään. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 324)

Taulukko 1. Vanhuskäsitys yhteiskuntavaiheittain (Aejmelaeus ym. 2007, 324.)

TEOLLINEN YHTEISKUNTA	JÄLKITEOLLINEN YHTEISKUNTA (nyky-yhteiskunta)	UUDEN VANHENEMISEN PIIRTEET
Lääketieteellinen vanhenemisen malli vallitseva	Psykososiaalinen ja sosiokulttuurinen vanhenemismalli keskeisenä	Ikäkäsitykset muuttuvat
Vanhuus köyhyytenä marginaalisuutena	Vanhuus sosiaalisen yhteisön jäsenenä ja aktiivisuutena	Vanhenemisen prosessinomaisuus
Vanhuus alkaa eläkkeelle siirtymisestä	Vanhuus ainutkertaisena elämänvaiheena omine kehitystehtävineen ja elämäntilanteineen	Elämäntilanteiden muutos
Vanhat ihmiset yhtenäisenä ryhmänä	Eläkkeelle siirtyminen ja vanhuus erkaantuneet toisistaan	Monitahoinen toimintakyky
Vanhat ihmiset passiivisina palveluiden käyttäjinä	Vanhat ihmiset heterogeenisenä ryhmänä	Vanhenemisen suhteellisuus
Vanhat ihmiset huoltorasitukseksi	Vanhat ihmiset voimavarana	Vanhenemisen historiallisuus ja kulttuurisidonnaisuus
Vanhat ihmiset itsekkäinä ja vaativina	Vanhat ihmiset vaikuttajina. Vanhuus sukupolvikysymyksenä. Tulevaisuuteen suuntautuneisuus: vanhan ihmisen tulevaisuus.	Vanhenemisen globaalisuus, kansainvälisyys ja paikallisuus. Vanhenemisen yksilöllisyys ja kokemuksellisuus.

Taulukosta 1 voidaan todeta, että vanhuskäsitukset ovat pitkälti säilyneet, mutta teollisuuden edistyessä myös muuttuneet. Yhteiskunnassa ei ole enää yhtä vanhuskäsitystä, vaan niitä on samanaikaisesti useampia. Vanhuuteen liitetään nykyisinkin herkästi näkemykset huonosta taloudellisesta asemasta ja raihnaisuudesta.

ta. Vanhuskäsitykset eivät sulje pois toisiaan, vaan muodostavat yhdessä kuvan nyky-yhteiskunnassa vallitsevista vanhuskäsityksistä.

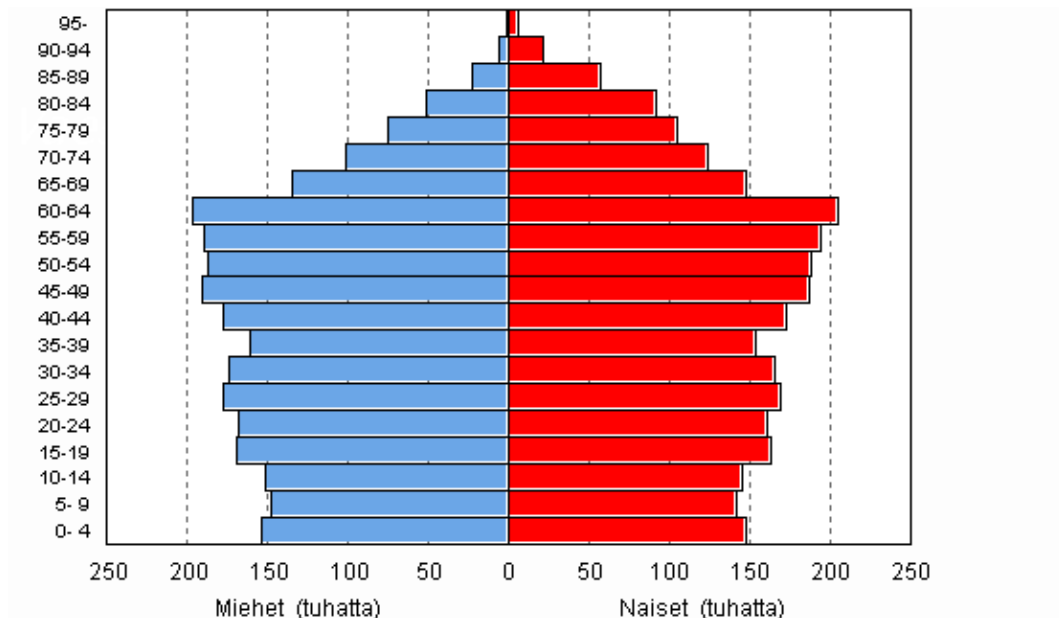
Keskeiseksi asiaksi nouseekin, mitä ja minkälaista kuvaa ikääntyneestä kulloinkin halutaan korostaa. Esimerkiksi teolliseen aikakauteen liitetty lääketieteellinen malli, jolla tarkoitetaan lääkinnällisen ajattelutavan painottumista vanhuutta tarkasteltaessa, on edelleenkin merkittävä. (Aejmelaeus ym. 2007, 325.) Vanhuksen ei tarvitse olla vain hoidon kohteena, kuten taulukko osoittaa, vaan nykyvanhukset ovat heterogeeninen ryhmä, jossa jokainen elää yksilöllisesti omaa, ainutkertaista elämänvaihettaan.

Yksinkertaisemmin määriteltynä vanheminen on iän karttumista, jolloin kyse on kronologisesta iästä. Sitä voidaan kuvata yksisuuntaisella jatkumolla syntymästä kuolemaan. Elämän ja perimän monimuotoisuus antaa erilaisia onnistuneen vanhemisen mahdollisuuksia, eikä ikääntyminen merkitse automaattisesti toimintakyvyttömyyttä ja henkisen suorituskyvyn laskua. Yhteiskunnan tarjoamia etuuksia ja palveluja määritettäessä vanhuus alkaa 65 vuoden iässä. (Hinkka, Karppi, Ollonqvist, Aaltonen, Grönlund, Puukka, Saarikallio, Salmelainen & Vaara 2004, 11.)

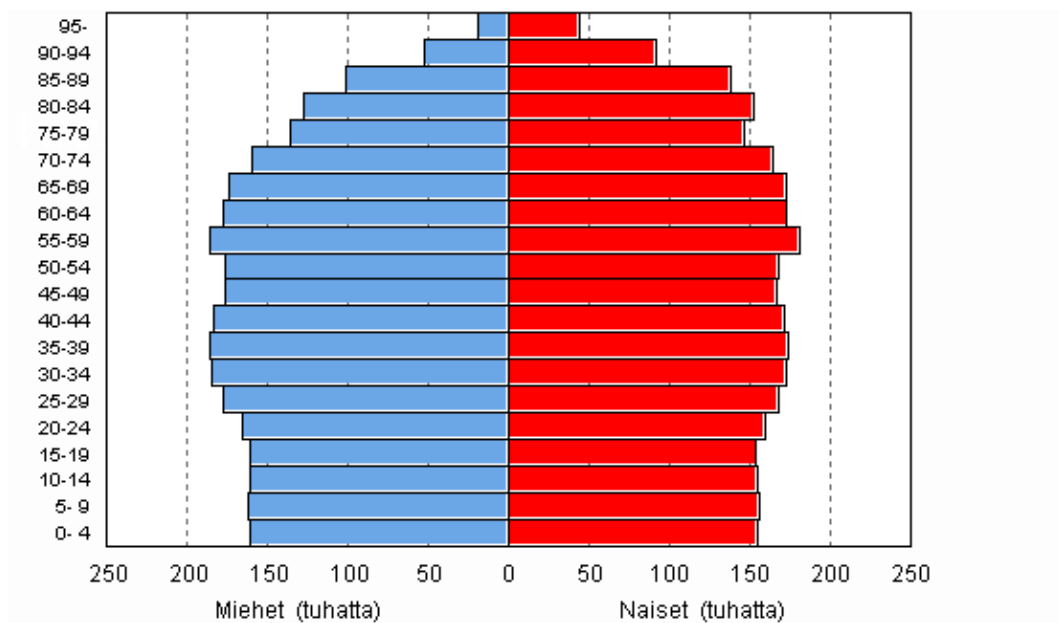
2.2 Ikärakenne

Tulevaisuudessa väestön ikääntyminen näkyy yhteiskunnan kaikilla elämänalueilla. Erityishaasteita se luo terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Palveluiden tarpeiden arvioidaan kasvavan 2020–2030-luvuilla, kun hyvin iäkkäiden määrä lisääntyy voimakkaasti. (Aejmelaeus ym. 2007, 356.)

Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 17 %:stä 27 %:iin vuoteen 2040 ja 29 %:iin vuoteen 2060 mennessä. Työikäisten (15–64-vuotiaiden) osuus väestöstä pienenee nykyisestä 66 %:sta 58 %:iin vuoteen 2040 ja 56 %:iin vuoteen 2060 mennessä. Työikäisten määrä alkoi vähentyä vuonna 2010, jolloin sotien jälkeiset suuret ikäluokat siirtyvät eläkeikään (Tilastokeskus 2009).



Kuvio 1. Väestö iän ja sukupuolen mukaan 2010, ennuste (Tilastokeskus, 2009)



Kuvio 2. Väestö iän ja sukupuolen mukaan 2050, ennuste (Tilastokeskus, 2009)

Tilastokeskuksen (2009) tekemät väestöennusteet vuosille 2010 ja 2050 (kuviot 1 ja 2) havainnollistavat, että sekä miesten että naisten eliniänodote kasvaa vuodesta 2010 vuoteen 2050. Väestön ikääntyessä on palvelujärjestelmän kannalta oleellista se, että iäkkäämpien ihmisten, eli 80 vuotta täyttäneiden, lukumäärä ja osuus väestöstä kasvavat. (Heikkinen & Marin 2002, 37.) Nykytutkimusten mukaan näyttää kuitenkin siltä, että ikääntyneiden palvelujen tarve kasvaa hitaammin ja vähemmän suoraviivaisesti kuin ikääntyneiden lukumäärä (Aejmelaeus ym. 2007, 356).

Tilastokeskuksen laskelmien mukaan väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja eläkeikäisten määrä sataa työikäistä kohden nousee nopeasti lähitulevaisuudessa. Väestöllinen huoltosuhde oli vuoden 2008 lopussa 50,3. Ennusteen mukaan vuonna 2016 huoltosuhde olisi 60,4 ja nousisi 70,5 vuoteen 2026 mennessä. Vuonna 2060 väestöllinen huoltosuhde olisi 79,1. (Tilastokeskus, 2009.)

2.3 Kolmas ja neljäs ikä

Samalla kun ihmisten elinikä on venynyt ja monet elävät entistä pidempään terveinä ja hyvävoimaisina, on alettu puhua kokonaan uudesta elämänvaiheesta – kolmannesta iästä.

Työuran jälkeen alkava kolmas ikä on monelle työelämässä pinnistelevälle houkutteleva tulevaisuudennäkymä. Se lupaillee huoletonta menoa, harrastuksia, matkustelua ja itsensä toteuttamisen mahdollisuuksia. Samaan aikaan perinteiset vanhuuden stereotypiat on siirretty niin sanottuun neljänteen ikään, eli juuri siihen elämänvaiheeseen, jossa tarvitaan muiden apua kaikkiin arkisimpiin ja intiimeimpiinkin asioihin. Neljäs ikä on riisuttu malli elämästä, karuimmillaan se pelkistyy ulkonaiseen turvallisuuteen, ravinnon saantiin ja minimaaliseen asennonvaihtoon. (Saarenheimo 2009, 23.)

2.4 Vanhusten yksilöllisyys

Nykypäivän vanhukset ovat paitsi pitkään eläneitä ja keskenään erilaisia, myös sukupolvitietoisia. Vanhus-nimityksen on todettu olevan liian homogeenisoiva ikäryhmälle, joka ulottuu 65 vuoden iästä 80:een, 90:een jopa yli 100 vuoden elinikään. Vanhus-sanaan liitetään helposti ajatuksia ihmisen raihnaisuudesta ja riippuvuudesta, samalla jätetään vähäiselle huomiolle vielä jäljellä olevat voimavarat ja toimintakykyisyys.

Elettyjen ikävuosien väliin jäävä ajanjakso on pitkä, siihen mahtuu monia yhteiskunnallisia tapahtumia sekä paljon yksilöllisiä elämäkokemuksia ja muutoksia niin yksilön omassa terveydessä, toimintakyvyssä kuin perhetilanteissa. (Heikkinen 2002, 39.)

Persoonallisuutta on tutkittu paljon ja eri persoonallisuustyyppisiä kuvaavien tutkimusten välillä on paljon yhtäläisyyksiä. Kaikissa niissä korostetaan sitä, että ihmisen persoonallisuus vakiintuu elämän varrella. Persoonallisuutta voi sopeuttaa ikääntyneenä, mutta sitä ei voi muuttaa radikaalisti. Ihminen voi vanheta useilla eri tavoilla, mutta tärkeintä on se, miten hyväksyy rajoituksia ja miten osaa luopua mahdollisuuksista ilman että kärsii menetyksen tunteesta. Koska persoonallisuus on jokaisella vanhuksella erilainen, selviävät vanhukset yksilöllisesti omasta ikääntymisestäään. (Stuart-Hamilton 1996, 138, 152–153.)

Persoonallista kehitystä säätelevät samat psykologiset lainalaisuudet koko ihmisen elämänajan. Ihminen kehittyy omaksi persoonallisuudekseen toiminnallisessa suhteessa ympäröivään maailmaan ja toisiin ihmisiin. Vanhukset käsitetään usein hyvinkin samanlaisiksi, ikään kuin olisi olemassa eräänlainen ”vanhuspersoonallisuus”. Elämäkokemus kehittää ihmistä ainutlaatuisiksi yksilöiksi, ja usein vanhuksella on rohkeutta olla oma itsensä eikä hän enää ota vastaan ympäristön häneen kohdistamia paineita.

Kaikista persoonallisuuden määritelmistä huolimatta, yksilöllisyys on enemmänkin ikuinen arvoitus kuin vastaus ihmisessä. Ihminen paljastaa itsestään jotakin,

mutta koskaan hänestä ei voi päästä täysin selville. Oleellista on selvittää, mikä ihmiselle on juuri sillä hetkellä tärkeää. (Laitinen & Karhe 2000, 33.)

Hoitotyön arjessa on tyypillistä tehdä yleistyksiä eri potilasryhmistä. Näin syntyy valmis mielikuva siitä, että esimerkiksi kaikki ”reumaatikot”, ”skitsofrenikot” ja ”vanhukset” ovat aina samanlaisia, eikä heihin tarvitse tutustua enempää. Kun hoitaja oppii tuntemaan potilaan, hän muuttuu hoitajalle ihmiseksi, persoonaksi eikä suhde voi olla enää liukuhihnamainen.

2.5 Hyvä hoito ja hyvä kohtelu

Hyvän hoidon ja hyvän kohtelun lakisääteisen pohjan perustana on ammattietiikka, joka opitaan ammatillisessa koulutuksessa, mutta joka ei pääty koulutukseen, vaan jatkuu ja kehittyy käytännön ammatissa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 281.)

Ihmisarvo on kaiken hoitamisen ytimessä ja muodostaa sen perustan ja tarkoituksen. Kristillisessä yhteiskunnassa ihminen on nähty niin arvokkaaksi, että häntä ei ole haluttu jättää sairautensa ja kärsimyksensä armoille. Ihmisarvoisen hoidon turvaaminen luo yhteisön moraalisen perustan. Ihmisarvo ei riipu ihmisen taloudellisesta tai sosiaalisesta hyödyllisyydestä, sillä kaikilla meillä on sama ihmisarvo. (De Wit 2004, 7.)

Ihmisarvo liittyy läheisesti kysymykseen ihmisoikeuksista ja sosiaalisesta oikeudenmukaisuudesta. Vaatimus yhtäläisistä oikeuksista hyvään hoitoon perustuu ajatukseen samanarvoisuudesta, joka kuuluu kaikille ihmisille. Oikeus elämään merkitsee sitä, että kaikilla ihmisillä on oikeus ihmisarvoiseen hoitoon ja huolenpitoon elämänsä päättymiseen asti. (De Wit 2004, 7.)

Elämällä ei ole merkitystä ja sisältöä, ellei jokaisen ihmisen yksilöllistä arvoa kunnioiteta. Ihmisellä on oikeus hyvään ja arvokkaaseen kohteluun tilanteessa, jossa hänen voimavaransa ja kykynsä eivät riitä vaatimaan oikeuksiaan (Alaspää 1999, 20). Tällainen ihmiskäsitys on vanhoille ihmisille elintärkeä. Vanhatkin

saavat elää pää pystyssä, varustettuina terveellä itsetunnolla niin kuin nuoremmat, vaikka voimat vähenevät ja askel lyhenee. Loppuun saakka voi elää täyttä elämää.

Hoitamisen päämäärä on aina potilaan hyvä. Se sisältää arvoperustan, joka merkitsee eri asioita eri ihmisille riippuen heidän omasta arvo- ja ihmiskäsityksestään. Tavallisesti hyvällä viitataan laatuun. Pääasiassa hyvä hoito on läsnäoloa, jossa henkilökunnan myönteinen asennoituminen potilaaseen synnyttää luottamusta hoitoon sekä hoitotyöhön. (Kaartinen 2003, 3.)

Hoitotyö on ihmisen palvelemista ja se edellyttää vahvoja ammatillisia valmiuksia ja asiantuntijuutta. Ammatillisuuden tulee välittyä lähimmäisen rakkauden kautta, mikä on hoitotyön alkuperäinen ajaton aate. Professori Katie Erikssonin kehittämä *caritas*-idea on ollut hoitamisen suunnannäyttäjänä pitkään. Teorian mukaan kärsimys ja rakkaus kuuluvat yhteen. Kun näemme kärsimyksen, myötätuntonne herää. Lähimmäisen rakkaus suuntautuu aina kärsivään ihmiseen ja ilmenee aina kärsimyksen lievittämisenä. (Kankare, Hautala-Jylhä & Munnukka 2004, 9.)

Ylihoitaja ja Tehyn asiamies Tuulariitta Ruontimon (2010) mukaan ”hyvä vanhustenhoito tarkoittaa muutakin kuin perehtymistä geriatriaan. Kyse ei ole ainoastaan lääketieteellisestä hoidosta, vaan kokonaisvaltaisesta hyvän hoidon käsitteestä. Vanhusten hoito on vaativaa, sillä sen asiakkaat ovat useimmiten monisairaita ja tavalla tai toisella omatoimisuuttaan menettäneitä.”

Ymmärtäminen hoitotyön auttamiskeinona on sekä taitoa kohdata toinen aitona itsenään että syvällistä ymmärrystä siitä, mitä terveys ja sairastaminen potilaalle merkitsevät. Se miten potilasta ja omaa vastuullisuutta hoitotyössä ymmärretään, kuvastuu tavassa, jolla lähestytään häntä. Sanalla ”ymmärtää” on monta merkitystä; myötätunnon osoitus, lohdutus tai se on vaan pinnallinen ilmaisu. Kuitenkin käsitteenä sillä tulee olla erityinen merkitys hoitotyön näkökulmasta. Aidon ymmärtämisen lähtökohtana on ihmisen ainutlaatuisuuden kunnioittaminen. Kun ymmärtäminen syvenee, ajatellaan ihmistä kokonaisuutena ja tällöin potilaan jokainen yksittäinen merkki on viesti kokonaisuudesta. Näin ollen ymmärtäminen

edellyttää hoitotyössä paneutumista ja aitoa kiinnostusta potilasta kohtaan tavalla, joka auttaa häntä hyvän olon ja terveyden edistymisessä. (Laitinen 2000, 84–85.)

2.6 Vanhuspotilaiden oikeudet

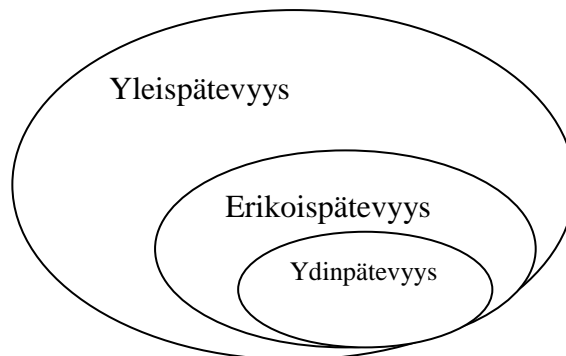
Kokkosen, Hallin ja Vasantolan (2004) mukaan Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 3§ edellyttää, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat kulloinkin terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.

Toisen maailmansodan jälkeen sairaanhoidon eettiseksi perustaksi otettiin ihmisen oikeus joko suostua lääketieteellisiin tutkimuksiin ja hoitoihin tai kieltäytyä niistä. Tämä periaate on ilmaistu selvästi meillä Suomessa vuonna 1993 voimaan astuneessa potilaslaissa (Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa 2001). Itsemäärämisen periaate suojaa vanhusta ja antaa hänelle aktiivisen roolin hoitopäätöksissä. (Lindqvist 2003, 257–258.)

2.7 Hoitohenkilöstön ammatillinen pätevyys

Filosofian tohtori Raija Hildén on pohtinut tutkimuksissaan osaavan henkilöstön ja osaamisen merkitystä hoitotyössä ja todennut, että osaava työntekijä kokee työssään varmuutta ja pystyy omalla osaamisellaan luomaan asiakkaalle/potilaalle tunteen hoitotyön hyvästä laadusta. Erityisesti hän korostaa ammatillista kasvua ja pätevyyttä hoitotyössä.

Pätevyys tarkoittaa kykyä suoriutua tehtävästä hyvin sekä ihmisen itsensä että muiden arvioimana. Kuvion 3 mukaisesti pätevyys koostuu ydinpätevyydestä, erikoispätevyydestä ja potilaan hoitoon liittyvästä pätevyydestä eli yleispätevyydestä. (Hildén 2002, 33–34.)



Kuvio 3. Pätevyyden malli (Hildén, 2002, 127.)

Ydinpätevyyteen liittyvät tiedot ja taidot ovat välttämättömiä, jotta sairaanhoitaja kykenee suunnittelemaan ja toteuttamaan potilaan yksilöllistä hoitoa sekä arvioimaan potilaan tilaa. Ydinpätevyyteen voisivat kuulua muun muassa ikään liittyvien muutosten hallinta, ravitsemuksesta huolehtiminen, kivunhoidon hallinta ja kuolevan potilaan hoidon hallinta. (Hildén 2002, 35.)

Erikoispätevyyteen sisältyvät tiedot ja taidot, joita hoitotyöntekijältä edellytetään kun hän toteuttaa tarkoituksenmukaista hoitotyötä määrätyleiselle potilasjoukolle. Esimerkiksi levottomuuden hoitaminen, lääkehoito ja EKG:n ottaminen. (Hildén 2002, 36.) Potilaan hoitoon liittyvä pätevyys eli yleispätevyys kuvaa sitä, miten sairaanhoitaja osaa yhdistää ydinpätevyyden ja erikoispätevyyden suunnitellun potilaan yksilöllistä hoitoa. (Hildén 2002, 36.)

Jokaisella hoitotyötä tekevällä tulee olla laillistettu ammattitutkinto pohjalla, mikä oikeuttaa toimimaan hoitajana. Hoitajan ammattia ohjaa monet oikeudelliset normit, moraalinormit ja kansainväliset sopimukset, esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki (559/1994) ja asetus. Lain tarkoituksena on ennen kaikkea edistää potilasturvallisuutta, parantaa terveydenhuollon palveluja ja palvelujärjestelmän toimivuutta. (Kassara & Paloposki & Holmia & Murtonen & Lipponen & Ketola & Hietanen 2004, 17.)

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus TEO (nyk. Valvira) rekisteröi kaikki ammattinharjoittamisoikeuden saaneet. Nykyisin kaikki laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt löytyvät JulkiTerhikki-nimisen palvelun kautta internetistä. Huomionarvoista on se, että ammattinimike ja tutkinto eivät yksin takaa hyvää hoitoa tai hyvää hoitajaa, ellei tämä ole aidosti sitoutunut tehtäväänsä.

Hoitotyön toiminnan arvot pohjaavat sosiaali- ja terveystieteiden arvoperustaan, johon kuuluvat tärkeänä osana oikeudenmukaisuus, itsemäärämisoikeus, tasa-arvo, hyvyys, totuus ja ainutkertaisuus (Kassara ym. 2004, 12.).

Hoitotyössä hoitaja toimii toista ihmistä varten ja toisen ihmisen kanssa, tekee hoitotoimenpiteitä toiselle ja on koko ajan läsnä ihmisenä. Ammatillinen asettuminen toisen auttajaksi on eettinen valinta. Se johtaa kysymyksiin siitä, miten ja millä oikeudella toisen ihmisen asioihin ja elämään puututaan ja miten auttaminen suhteutetaan potilaan elämäntilanteeseen. (Kassara ym. 2004, 12.)

3 VANHUSTEN HYVÄN HOIDON JA KOHTELUN KYMMENEN KÄSKYÄ

Yhdistyneiden Kansakuntien yleiskokous julisti vuoden 1999 kansainväliseksi ikäihmisten vuodeksi. Suomessa kansalliseksi teemaksi valittiin *Vuosiin elämää*. YK:n ikäihmisten vuosi alkoi maailmanlaajuisesti 1.10.1998. Vuoden tavoitteena oli edistää ikääntyneitä ihmisiä koskevien YK:n periaatteiden toteutumista. Periaatteet ovat itsenäisyys, osallistuminen, hoito ja huolenpito, itsensä toteuttaminen sekä arvokkuus. Periaatteiden keskeiset alueet ovat ikääntyminen prosessina, ikääntymisen näkeminen elinikäisenä kasvuna, ikääntyvät yhteiskunnan voimavarana sekä hoidon ja huolenpidon tarvitsijoina sekä sukupolvien välinen yhteisymmärrys ja ikääntyvä yhteiskunta. (Kokkonen 1999.)

Suomen mielenterveysseura perusti 14-henkisen Vanhusten hyvä kohtelutyöryhmän, johon kutsuttiin eri alojen osajia. Suomessa vanhusten hyvän hoidon ja kohtelun kymmenen käskyä kehitettiin, jotta saataisiin aikaan keskustelua ikääntyvien asemasta Suomessa. 1990-luvulla oli jo huomattu, että tietyt itsestään selvinäkin pidetyt ihmisoikeudet eivät aina toteudu laitoksissa tai palveluissa.

Työryhmän tekemässä Vanhusten hyvän hoidon kymmenessä käskyssä on kirjattu seuraavat käskyt (Vanhusten hyvä kohtelu -työryhmä 1998):

1. Vanhuksella on oikeus hyvään elämään
2. Vanhuksella on itsemääräämisoikeus
3. Vanhuksella on oikeus yksilölliseen vanhuuteen
4. Vanhuksen yksityisyyttä on kunnioitettava
5. Vanhusta on kohdeltava hyvin
6. Vanhusta on hoidettava hyvin

7. Vanhuksella on oikeus hyvään elinympäristöön
8. Vanhuksella on oikeus hyvään ja riittävään hoitohenkilöstöön
9. Vanhuksella on oikeus omaisiinsa ja läheisiinsä
10. Vanhuksella on oikeus hyvään kuolemaan

Näistä käskyistä tarkempaan käsittelyyn tässä tutkimuksessa on valittu seuraavat:

3.1 Vanhuksella on oikeus yksilölliseen vanhuuteen

Jokaisella ihmisellä on oma elämänkaarensa, joka koostuu eletystä elämästä, toiveista, pettymyksistä, iloista, arvoista, ihanteista ja peloista, elämyksistä ja terveydestä. Ihmisten erilainen elämänselämä ja kulttuuritausta vaikuttavat väistämättä yksilön tapaan suhtautua omaan vanhuuteensa. Jokainen vanhus on ainutlaatuinen yksilö, jonka elämänarvoja, tottumuksia, tapoja ja omaisuutta on kunnioitettava. (Vanhusryhmä 1998.)

3.2 Vanhusta on hoidettava hyvin

Hyvä hoito on jokaisen oikeus. Hoidettavan henkilön ikä ei saa heikentää hoidon laatua. Vanhusta hoidettaessa on otettava huomioon vanhuksen elämänselämä ja siihen kuuluneet tapahtumat. Vanhuksen oma käsitys hyvästä hoidosta rakentuu hänen aiempien kokemustensa pohjalta. Hyvä hoito käsittää ammattitaitoisen ja riittävän henkilökunnan, vanhuksen omatoimisuuden tukemisen ja hoidon jatkuvuuden. Sairausten parantamisen rinnalla perushoito sekä kivun ja ahdistuksen lievittäminen ja poistaminen ovat päätavoitteita. Ihmisarvo on muistettava silloinkin, kun vanhus itse ei enää tavoita omaa ihmisyyttään. (Vanhusryhmä 1998.)

3.3 Vanhusta on kohdeltava hyvin

Vanhusta tulee kohdella aidosti, ihmisenä. Tämä edellyttää vanhuksen elämänselämän ja kulttuurierojen ymmärtämistä. Kunnioituksen on ilmentävä sekä fyysis-

sä että psyykkisessä läsnäolossa, sanallisessa kuin sanattomassa viestinnässä. (Vanhusten hyvä kohtelu -työryhmä 1998.)

3.4 Vanhuksella on oikeus hyvään ja riittävään hoitohenkilöstöön

Vanhuksen hoidon perusedellytyksiin kuuluvat työhönsä motivoitunut, eettisesti sitoutunut, ammattitaitoinen ja riittävä hoitohenkilökunta. Henkilökunnan aito välittäminen ja kiireettömyys edesauttavat hyvän hoidon toteutumista ja vanhuksen ymmärtämistä. Iän tuomien fyysisten ja psyykkisten toimintojen hidastumisista huolimatta henkilökunnalla tulee olla riittävästi aikaa seurustelu- ja hoitohetkiin, jolloin niistä muodostuu samalla merkittäviä sosiaalisia ja emotionaalisia hetkiä. (Vanhusten hyvä kohtelu -työryhmä 1998.)

3.5 Vanhuksella on oikeus hyvään kuolemaan

Kuolema päättää ihmisen elämänkaaren. Siksi vanhusta hoitavien ja hänen läheistensä on oltava riittävän vahvoja kulkemaan kuolevan vanhuksen rinnalla, tyydyttämään hänen perustarpeensa ja täyttämään hänen viimeiset toiveensa mahdollisuuksien mukaan. Tärkeintä on antaa tilaa ja aikaa kuolemalle. Vanhuksen kanssa voi myös puhua kuolemasta avoimesti, jos hänellä on siihen valmiuksia. Myös vanhuksen hengellisistä tarpeista on huolehdittava hänen niin halutessaan. Elämänlaadun ylläpitäminen on olennaista myös elämän loppuvaiheessa. Ihmisarvoiseen kuolemaan kuuluvat tärkeänä osana kivun ja ahdistuksen lievitys, oikeus saada omaiset ja läheiset vierelleen sekä oikeus päättää, missä haluaa kuolla. Tärkeää on kunnioittaa ihmisarvoa kuoleman jälkeenkin, hautaan saakka. (Vanhusten hyvä kohtelu -työryhmä 1998.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa käsitellään tarkemmin tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitteita, tutkimusongelmia ja hypoteesia, aineistonkeruuta sekä aineiston analysointitapaa.

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä hypoteesi

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaista vanhusten hoidon laatu ja vanhusten kohtelu on Vaasan kaupunginsairaalan vanhusten osastoilla hoitohenkilöstön näkökulmasta.

Tavoitteena oli selvittää, onko vanhusten hoito ja kohtelu toteutettu niin kuin vanhusten hyvän hoidon ja kohtelun kymmenen käskyä edellyttävät. Tutkimuksen taustalla on oletus, joka on syntynyt median ja tutkijan aikaisempien kokemusten perusteella. Tässä tutkimuksessa oletuksena on, että vanhusten hoito ja kohtelu on riittämätöntä, ja että henkilökuntaa ei ole riittävästi. Näin ollen valitut käskyt eivät toteutuisi Vanhusten hyvä kohtelu -työryhmän tarkoittamalla tavalla.

Saatavien tulosten avulla halutaan konkreettisesti edistää vanhusten hoidon laadun paranemista. Selvittämällä onko vanhuksilla riittävästi hoitohenkilökuntaa, halutaan kiinnittää huomiota tarvittaviin toimenpiteisiin tilanteen korjaamiseksi.

Tutkimus toteutettiin hoitajien näkökulmasta, sillä he ovat hoitotyön ammattilaisia ja tietoisia siitä, kuinka he osastolla vanhuspotilaita kohtelevat ja millaisena he kokevat vanhuspotilaiden hoidon ja hoidon laadun.

4.2 Tutkimusongelmat

Tutkimusongelmat perustuivat vanhusten hyvän hoidon kymmenestä käskystä valittuihin seuraaviin kohtiin.

1. Käsky 3: Kohdellaanko vanhuksia yksilöinä?
2. Käsky 5: Kohdellaanko vanhuksia hyvin?
3. Käsky 6: Hoidetaanko vanhuksia hyvin?
4. Käsky 8: Onko vanhuksilla hyvää ja riittävää hoitohenkilökuntaa ympärillään?
5. Käsky 10: Onko vanhuksella oikeus hyvään kuolemaan?

4.3 Kohderyhmä

Tutkimus toteutettiin Vaasan kaupunginsairaalan vanhusten kuntoutusosastoilla, joita ovat osastot 1, 8 ja 9. Kullakin osastolla työskenteli 25 hoitajaa, joista osa oli sairaanhoitajia ja osa lähi- tai perushoitajia. Yhteensä tutkimuksen kohderyhmään kuului 75 hoitajaa.

4.4 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusaineiston keruussa käytettiin kyselylomaketta (LIITE 1), joka sisälsi 2 osiota, mielipideväittämät ja avoimet kysymykset. Mielipideväittämien vastausvaihtoehdot olivat 5-portaisia. Vastausvaihtoehdot olivat *1= täysin samaa mieltä, 2= jokseenkin samaa mieltä, 3= en osaa sanoa, 4= jokseenkin eri mieltä ja 5 = täysin eri mieltä*. Toisessa osiossa eli avoimissa kysymyksissä vastaajat saivat vapaasti kirjoittaa ajatuksiaan. Molempien osioiden tarkoituksena oli mitata tutkimukseen valittujen käskyjen toteutumista.

Kyselylomakkeen mielipideväittämät muotoiltiin kirjallisuutta apuna käyttäen, sillä kyseisestä aiheesta ei ollut olemassa valmiita mittareita. Kyselylomaketta ei esitestattu.

4.5 Aineistonkeruu

Aineistonkeruuta varten anottiin tutkimuslupa Vaasan kaupungin sosiaali- ja terveysvirastolta 25.1.2010. Lupa tutkimuksen suorittamiseen saatiin Vaasan kaupungin sosiaali- ja terveysviraston päätöksellä 29.1.2010.

Kyselylomakkeet toimitettiin henkilökohtaisesti Vaasan kaupunginsairaalan kuntoutusosastoille 1, 8 ja 9. Kyselylomakkeiden mukana oli saatekirje (LIITE 2). Aikaa vastaamiseen annettiin kolme viikkoa. Täytetyt lomakkeet palautettiin osastolla niille varattuun laatikkoon.

4.6 Aineiston analysointitapa

Tutkimusaineisto analysoitiin Microsoft Office Excel 2007 -ohjelmiston avulla. Mielpideväättämistä saadut tiedot raportoitiin frekvenssien ja prosenttilukujen avulla. Tuloksista laadittiin taulukoita Microsoft Word 2007 -ohjelmalla.

Mielpideväättämät käsiteltiin induktiivista sisällönanalyysia noudattaen. Induktiossa päättelyn suunta on empiriasta teoriaan eli aineistolähtöistä. Induktiivisessa päättelyssä kerätään aineistoa ja niistä tehdään yleistyksiä. (Kananen 2008, 20).

Analysointitapa oli sekä kvantitatiivinen eli määrällistä tosiasiatietoa korostava että kvalitatiivinen eli ymmärtämistä ja tulkintaa korostava laadullinen menetelmä (Lauri & Elomaa 2007, 35).

5 TUTKIMUSTULOKSET

Varsinainen kyselytutkimus toteutettiin Vaasan kaupunginsairaalan kuntoutusosastoilla 1, 8 ja 9. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 64 kappaletta, joista takaisin palautui 28 kappaletta. Vastausprosentti oli 44.

5.1 Tutkittavien taustatiedot

Tutkimukseen osallistuvista kaikki 28 olivat naisia. Ammattinimikkeiltään vastaajat jakautuivat taulukko 2:n osoittamalla tavalla. Vastaajista puolet oli perushoitajia, kolmasosa sairaanhoitajia ja loput koostuivat osastonhoitajasta, terveydenhoitajasta, kuntohoitajasta sekä sairaanhoitajaopiskelijoista. Vastaajista suurin osa kuului ikäryhmiin 41–50 vuotta (32 %) sekä yli 50 vuotta (32 %). Vähiten oli 26–30 -vuotiaita (7 %).

Hoitajien työssäoloaika tutkimukseen osallistuneilla osastoilla oli taulukko 2:n mukaisesti seuraava: 0–2 vuotta osastolla työskennelleitä hoitajia oli kahdeksan henkilöä (29 %) ja enemmistö vastaajista eli 12 henkilöä (43 %) oli työskennellyt osastolla yli 10 vuotta. Loput (28 %) olivat olleet osastolla 3–10 vuotta.

Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot

Taustamuuttuja	n	%
Ammatti (n=28)		
sairaanhoitajat	8	29
perushoitajat	14	50
muut	6	21
Ikäjakauma (n=28)		
alle 25v	5	18
26-40v	2	7
31-40v	3	11
41-50v	9	32
yli 50v	9	32
Työkokemus (n=28)		
0-2v	8	29
3-5v	6	21
6-10v	2	7
yli 10v	12	43

5.2 Yksilöllisen vanhuuden toteutuminen (käsky 3)

Taulukko 3. Vanhuspotilaan yksilöllisyyden huomioiminen (n=28).

VÄITTÄMÄ	Täysin samaa mieltä % (n)	Jokseenkin samaa mieltä % (n)	En osaa sanoa % (n)	Jokseenkin eri mieltä % (n)	Täysin eri mieltä % (n)
1. Jokainen osastomme potilaista on ainutkertainen	85,7 (24)	10,7 (3)	3,6 (1)	0 (0)	0 (0)
2. Kohtaan työssäni potilaat yksilöinä	67,9 (19)	32,1 (9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
3. Tunnen mielestäni hyvin potilaiden arvomaailman	3,6 (1)	50,0 (14)	25,0 (7)	21,4 (6)	0 (0)
4. Otan potilaiden arvomaailman huomioon suunnitellessani hoitotoimenpiteitä	21,4 (6)	46,4 (13)	17,9 (5)	14,3 (4)	0 (0)

Kyselylomakkeessa esitetyillä mielipideväittämillä 1–4 sekä avoimella kysymyksellä mitattiin yksilöllisen vanhuuden arvostamista. Taulukosta 3 voidaan havaita, miten kyseisiin väittämiin on vastattu. 96,4 % vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämästä, jossa jokaista osaston potilasta pidetään ainutkertaisena yksilönä, 4 % eivät osanneet vastata. Kaikki vastaajat (100 %) kohtasivat työssään potilaat yksilöinä. Potilaiden arvomaailman tunsin hyvin 53,6 % vastaajista, 25 % eivät osanneet vastata kysymykseen ja loput olivat eri mieltä asiasta. 67,8 % vastaajista otti potilaiden arvomaailman huomioon hoitotoimenpiteitä suunnitellessaan, loput (14,3 %) olivat eri mieltä tai eivät osanneet vastata (17,9 %).

Lähes kaikki vastaajista pitivät potilasta arvokkaana yksilönä ja kohtasivat potilaan aina yksilönä. Avoimella kysymyksellä mitattuna 60 % annetuista vastauksista korosti selkeästi yksilöllisen vanhuuden arvostusta. 30 % vastauksista arvosti yksilöllistä vanhuutta, mutta jatkuvan kiireen ja resurssipulan vuoksi yksilöllisyyden huomioiminen on vaikeaa. 10 %:ssa vastauksista hoitaja olisi valmis korostamaan yksilöllistä hoitoa, mutta yksilöllisen hoidon esteeksi tulee potilaan omaiset tai hoitava lääkäri:

”Ei toteudu mielestäni osastollamme. Omaisten määräily estää potilaan itsemääräämisoikeuden tapahtumista. Järkevänkin potilaan ajatukset jäävät paitsioon, kun omaiset ja lääkäri päättävät puolesta. Turhauttavaa ja varmasti masentavaa potilaankin näkökulmasta.”

“Ikävää kyllä näin ei aina ole. Oikeus on, mutta aina lääkärit ei kuuntele potilaan toiveita.”

5.3 Hyvän kohtelun toteutuminen (käsky 5)

Taulukko 4. Vanhuspotilaan hyvä kohtelu (n=28).

VÄITTÄMÄ	Täysin samaa mieltä % (n)	Jokseenkin samaa mieltä % (n)	En osaa sanoa % (n)	Jokseenkin eri mieltä % (n)	Täysin eri mieltä % (n)
17. Minulla ja vanhuspotilaalla ei ole mitään yhteistä puhuttavaa	14,3 (4)	0 (0)	0 (0)	10,7 (3)	75,0 (21)
18. En pelkää koskea vanhuspotilasta	92,8 (26)	0 (0)	3,6 (1)	0 (0)	3,6 (1)
23. Kun tiedän potilaan olevan huonossa kunnossa, viivyn hänen luonaan tavallista pidempään	67,8 (19)	28,6 (8)	0 (0)	3,6 (1)	0 (0)

Kyselylomakkeen mielipideväittämillä 17, 18 ja 23 mitattiin vanhusten hyvän kohtelun toteutumista. Taulukosta 4 ilmenee, että 85,7 % vastaajista oli eri mieltä siitä, että hoitajalla ja potilaalla ei ole mitään yhteistä puhuttavaa, 14,3 % vastaajista oli samaa mieltä. 92,8 % vastaajista ei pelänneet koskea vanhuspotilasta, loput eivät osanneet vastata kysymykseen tai olivat eri mieltä. 96,4 % vastaajista oli samaa mieltä, että kun potilaan tiedetään olevan huonossa kunnossa, potilaan luona viivytään tavallista pidempään. Hoitajat vastasivat kohtelevansa potilaita hyvin; he uskaltavat koskea vanhusta ja puhua ja kuunnella, mitä vanhuspotilaalla on sanottavana.

Hyvää kohtelua kysyttiin toisella avoimella kysymyksellä. Tällä kysymyksellä tarkennettiin hoitohenkilökunnan käsitystä vanhusten hyvän hoidon ja kohtelun käskystä numero 5, vanhusta on kohdeltava hyvin. Vastausprosentti oli 71.

Jokainen vastaaja (100 %) allekirjoitti käskyn sisällön:

”Ehdottomasti! Kunnioittava ja ystävällinen kohtelu on tärkeää”

”Osastollamme kohdellaan vanhusta hyvin.”

”Jokaista ihmistä on kohdeltava hyvin, myös vanhuksia!”

”Itsestään selvää. Ihmisten perusoikeus. Teitittely kuuluu asiaan. Hoitajan pitää muistaa, niin metsä vastaa kuin sinne huudetaan.”

5.4 Hyvän hoidon toteutuminen (käsky 6)

Taulukko 5. Vanhuspotilaan hyvän hoidon toteutuminen (n=28).

VÄITTÄMÄ	Täysin samaa mieltä % (n)	Jokseenkin samaa mieltä % (n)	En osaa sanoa % (n)	Jokseenkin eri mieltä % (n)	Täysin eri mieltä % (n)
6. Hoidan kaikkia potilaita samalla tavalla	25,0 (7)	21,4 (6)	7,1 (2)	32,1 (9)	14,4 (4)
7. Työni on rutiininomaista	0 (0)	28,9 (8)	17,6 (5)	32,1 (9)	21,4 (6)
8. Teen hoitotyössä vain sen, mikä on välttämätöntä	3,6 (1)	7,1 (2)	3,6 (1)	35,7 (10)	50,0 (14)
10. Potilas on vain hoidon kohde	3,6 (1)	0 (0)	3,6 (1)	7,1 (2)	85,7 (24)
21. Annan potilaalle lääkettä saadakseni hänet hiljenemään	10,7 (3)	10,7 (3)	14,3 (4)	25,0 (7)	39,3 (11)

Kyselylomakkeen mielipideväittämillä 6, 7, 8, 10 ja 21 mitattiin vanhusten hyvän hoidon toteutumista. Taulukosta 5 ilmenee, että 46,5 % vastaajista oli eri mieltä siitä, että kaikkia potilaita hoidetaan samalla tavalla, lähes saman verran (46,4 %) vastaajista olivat samaa mieltä. Hiukan yli puolet (53,5 %) vastaajista oli sitä mieltä, että työ ei ole rutiininomaista, 28,9 % vastaajista oli eri mieltä. 85,7 % vastaajista oli eri mieltä siitä, että hoitaja tekee hoitotyössä vain sen, mikä on välttämätöntä, loput vastaajista olivat asiasta samaa mieltä tai eivät osanneet vastata. Lähes kaikki (93 %) vastaajat olivat eri mieltä siitä, että potilas on vain hoidon

kohde. 64 % vastaajista oli eri mieltä siitä, että he antavat potilaalle lääkettä saadakseen hänet hiljenemään ja 21 % oli samaa mieltä asiasta.

Kolmannella avoimella kysymyksellä, vanhusta on hoidettava hyvin, haluttiin selvittää hoitohenkilökunnan ajatuksia käskystä 6, vanhusten hyvästä hoidosta. Vastausprosentti tässä avoimessa kysymyksessä oli 71.

65 % vastaajista allekirjoittaa vanhusten hyvän hoidon täsmentämällä tai rajoittamalla sen vain perushoittoon:

”Perushoidon saa jokainen potilas, syötetään ruoka. Jos tarvetta on saa lääkkeet, suihkut, puhdas vuode.”

”Hoito on hyvää ja täyttää perushoidon.”

20 % vastaajista valitti resurssipulaa ja toteaa siksi hoidon heikkenevän:

”Resurssit taas, kiire saa hosumaan, ei riitä tarpeeksi aikaa hyvään kokonaisvaltaiseen hoitoon.”

”Tillräckligt, med näring och vätska. Prata ock sällskapa med dem- för lite personal.”

15 % vastaajista kertoi, että vanhuksia hoidetaan liikaa.

”Osastolla ehkä ”passataan” potilasta. jokaista on hoidettava hyvin EI YLI, eli pitää miettiä, missä on raja jatkohoitoon lähettämisen kohdalla, SIIRROT on rankkoja ja onko se aina vanhuksen paras.”

”Kaikki mahdollinen hyvä hoito, ei kuitenkaan siten, että elämänkaarta pidennetään keinotekoisesti lääkityksellä.”

Lääketieteen kehittyessä ihmisikää voidaan pidentää ja ylläpitää lääkkeillä keinotekoisesti. Liiallinen medikalisaatio koetaan näissä vastauksissa hyvän hoidon esteenä.

5.5 Hyvän ja riittävän hoitohenkilöstön toteutuminen (käsky 8)

Taulukko 6. Hyvä ja riittävä hoitohenkilöstö (n=28).

VÄITTÄMÄ	Täysin samaa mieltä % (n)	Jokseenkin samaa mieltä % (n)	En osaa sanoa % (n)	Jokseenkin eri mieltä % (n)	Täysin eri mieltä % (n)
24. Osastollamme on liian vähän henkilökuntaa	82,1 (23)	14,3 (4)	0 (0)	3,6 (1)	0 (0)
25. Yksilölliseen hoitoon jäisi enemmän aikaa, mikäli osastollamme olisi enemmän henkilökuntaa	92,8 (26)	3,6 (1)	3,6 (1)	0 (0)	0 (0)
26. Tunnen työväen jatkuvan kiireen	46,4 (13)	39,3 (11)	0 (0)	10,7 (3)	3,6 (1)
27. Kiire estää minua olemasta läsnä hoitotoimenpiteitä suorittaessani	14,3 (4)	42,9 (12)	7,1 (2)	25,0 (7)	10,7 (3)

Kyselylomakkeen mielipideväittämillä 24, 25, 26 ja 27 mitattiin hyvää ja riittävää hoitohenkilökuntaa. Taulukosta 6 ilmenee, että lähes kaikki vastaajista (96,4 %) oli sitä mieltä, että osastolla on liian vähän henkilökuntaa ja yksilölliseen hoitoon jäisi enemmän aikaa, mikäli osastolla olisi enemmän henkilökuntaa.

85,7 % vastaajista tunsi työssään jatkuvan kiireen, 14,3 % oli asiasta eri mieltä. Hieman yli puolet (57,2 %) oli sitä mieltä, että kiire ei estä olemasta läsnä hoitotoimenpiteitä suorittaessa, 35,7 % oli asiasta eri mieltä ja loput (7,1 %) eivät osanneet vastata kysymykseen.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että osastolla ei ole tarpeeksi henkilökuntaa ja että työssä tuntee jatkuvan kiireen. Kaikki tämä puolestaan estää hyvän ja yksilöllisen hoidon toteutumisen, sillä potilaille ei yksinkertaisesti ole aikaa.

Neljännellä avoimella kysymyksellä haettiin vastauksia vanhusten oikeuteen hyvästä ja riittävästä hoitohenkilöstöstä. Kysymykseen vastasi 75 % vastaajista. Vastaajista kaikki olivat sitä mieltä, että vanhuksella on oikeus hyvään ja riittäväan hoitohenkilöstöön, mutta käsky ei osastolla toteudu:

”Kyllä, mutta osastolla on paljon sairaslomia ja muita sijaisuusvajeita. liian pienellä porukalla yritetään pärjätä.”

”Hoitajia liian vähän, ei saada sijaisia, toimitaan alimiehityksellä. Se vaikuttaa siihen, että ei jää aikaa seurusteluun ym. muihin virikkeisiin.”

Osa vastaajista piti tilannetta jopa niin kestäättömänä, että he saattoivat todeta henkilökunnan *”palavan loppuun ja sen johtavan jatkuvaan oravanpyörään”*.

5.6 Hyvän kuoleman toteutuminen (käsky 10)

Hyvää kuolemaa mitattiin tutkimuksessa ainoastaan avoimella kysymyksellä. Vanhusten hyvä kohtelu -työryhmän (1998) mukaan hyvällä kuolemalla ei tarkoiteta tässä työssä eutanasiaa, vaan tilan antamista kuolemalle. Elämänlaadusta on huolehdittava myös sen päätösvaiheessa ja ihmisarvoa on kunnioitettava kuoleman jälkeenkin. Viides avoin kysymys oli käsky numero 10, joka käsitteli vanhuksen oikeutta hyvään kuolemaan. Vastausprosentti tässä oli 79 (n=22).

32 % vastaajista kirjoittaa saattohoidosta ja omaisten läsnäolosta osana hyvää kuolemaa:

”Pyrimme antamaan vanhukselle yksityishuoneen, omaiset voivat yöpyä osastolla.”

”Mahdollisimman hyvään ja kunnioittavaan saattohoitoon, läheisten läsnäolo suotavaa.”

22 %:lle vastaajista hyvä kuolema merkitsee rauhallisuutta ja kivuttomuutta:

”Vanhuksella on oikeus hyvään, kivuttomaan kuolemaan.

”Kyllä me pyrimme siihen, esim. hyvä kivunhoito ja perushoito, rauhallinen ympäristö.”

Lähes puolissa vastauksista tuotiin esiin hyvin olennainen asia. Vastaajat arvostaisivat hyvää ja rauhallista kuolemaa, mutta omaiset ja lääkäri toimivat esteenä *”pitkittäen elämää tipoin ja antibiootein.”*

”Kyllä, usein omaiset kuitenkin vaativat tehohoitoja ja näitä noudatetaan, vaikka vanhus haluaisi jo itse pois eletystä elämästä ja kivuista.”

”On oikeus hyvään kuolemaan. Toisinaan vaan en ymmärrä lääkäreitä.”

”Omaiset estävät normaalin kuoleman. Liikaa hoidetaan ja laitetaan letkuja. Ei luonnollista kuolemaa ole kuin ennen vanhaan! Hoitotestamentteja lisää ja että niiden mukaan hoidetaan. Täällä on yksi huono esimerkki, jossa ei testamentista välitetä.”

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen osalta selkeimmät johtopäätökset ovat, että hoitajilla on motivaatiota, kykyä ja eettisyyttä hoitaa sekä kohdella vanhuspotilaita hyvin ja oikein, mutta hoitohenkilöstöä on liian vähän. Tutkijan asettama hypoteesi ”hoitohenkilökuntaa ei ole riittävästi” pitää siis selvästi paikkaansa saatujen vastausten perusteella. Sen sijaan tutkijan asettama toinen hypoteesi ”vanhusten hoito ja kohtelu on riittämätöntä” ei pidä kokonaan paikkaansa, sillä vaikka henkilökuntaa on vähän, vanhuspotilaita hoidetaan ja kohdellaan riittävän hyvin hoitajien näkökulmasta.

Tutkimukseen valitut viisi käskyä hyvästä hoidosta, kohtelusta, yksilöllisyydestä, hoitohenkilökunnan osaamisesta ja riittävydestä sekä hyvästä kuolemasta antavat viitteitä vanhusten hoitotyön laadusta. Suurin osa vastaajista tietää, mitä edellä mainitut käsitteet tarkoittavat ja mitä ne pitävät sisällään, mutta käytännössä käskyt eivät toteudu tarpeeksi hyvin ja aina on parannettavaa. Painavin syy vanhusenhoidon epäkohtiin on juurikin hoitohenkilökunnan riittämättömyys, pätevyydestä ei ole pulaa.

Ammatti-ihmisten tulisi tietää ilman erillisiä käsikirjojakin, miten potilasta kohdellaan. Muutoin on syytä epäillä, sopivatko he lainkaan alalle. Hoitotyössä ajatus siitä, että toimii ja kohtelee potilaita siten, kuin haluaisi itseensäkin kohdeltavan, antaa oikean suunnan ja toiminnan hyvälle hoidolle ja kohtelulle. Tarkoituksettomat rutiinit tulisi vanhustenhoidossa kumota, jotta ne eivät estäisi vanhuksia nauttimasta elämästä myös hoitolaitoksessa. Näin ollen kun hoitajien ajattelu muuttuu, muuttuvat käytännötkin. Esimerkiksi jos kiireisen työvuoron aikana huomaa vanhuksen huoneen olevan siivoamatta, mutta on ehtinyt kuitenkin kuunnella pätkän vanhuksen elämäntarinaa, on se huomattavasti tärkeämpää kuin huoneen siivoaminen juuri kyseisellä hetkellä. Jos vanhukset kokevat olevansa edes pienen hetken jollekulle hoitajista joku tärkeä, hoitotyö on onnistunutta. On muistettava, että

hoitotyön ammattilaisen asiantuntijuutta ei heitetä missään vaiheessa pois kyydistä, mutta mukaan tulee ihmisyyttä.

Vanhustenhoito tarvitsee laajan asennemuutoksen koko yhteiskunnassa. Jotta tulevaisuudessakin saadaan alalle sitoutunutta henkilökuntaa, on pohdittava, miten saadaan myönteiset puolet esiin vanhuudesta elämänvaiheena ja koko vanhustenhoidosta ylipäänsä. Tällä hetkellä alimitoitettu ja alipalkattu ala ei houkuttele ihmisiä alalle. Tämän lisäksi myös jatkuvat kielteisessä sävyssä käydyt keskustelut vanhusten hoidon huonosta laadusta karkottavat hoitajia muihin tehtäviin.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Tutkijan näkökulmasta kyselyyn vastanneet hoitajat ovat vastanneet kysymyksiin rehellisesti. Kysely pyrittiin tekemään mahdollisimman yksinkertaiseksi ja vähätoiseksi vastata. Avoimilla kysymyksillä pyrittiin saamaan vastaajilta omakohtaista ja tutkimuksen kannalta olennaista tietoa.

Tutkijan tavoitteena oli saada tietoa vanhusten hyvästä hoidosta ja kohtelusta sekä niiden toteutumisesta osastoilla. Tutkijan olettamuksena oli, että vanhusten hoito ja kohtelu on riittämätöntä ja että hoitohenkilökuntaa ei ole riittävästi. Tutkimuksen vastausprosentti jäi pieneksi, mutta tutkija oli silti tyytyväinen vastausten laatuun, sillä ne tukivat selvästi tutkijan omia näkemyksiä vanhusten hoidon laadusta ja vanhusten kohtelusta sekä hoitohenkilökunnan riittämättömyydestä. Vastaukset olivat samankaltaisia ja hoitohenkilökunnalla oli yhtenäiset näkemykset tutkijan esittämiin mielipideväittämiin.

Hyvää hoitoa määriteltäessä tulee aina ottaa huomioon perushoidon rutiininomaisuuden lisäksi arvostava kohtelu, kunnioitus elettyä elämää kohtaan ja vuorovaihtaminen (Voutilainen 2002, 116). Hyvä tilanne- ja tapauskohtainen hoito on jokaisen oikeus. Hoidettavan henkilön ikä ei saa ainakaan heikentää hoidon laatua (Vanhusten hyvä kohtelu -työryhmä 1998.).

Selkeitä eroavaisuuksia väittämien kohdalla tuli vähän, mutta esimerkiksi väittämässä ”*hoidan kaikkia potilaita samalla tavalla*”, puolet vastaajista oli asiasta samaa mieltä ja puolet eri mieltä. Näin ollen hyvä hoito ei toteudu, kun kriteerinä on jokaisen potilaan yksilöllinen hoito potilaan omien voimavarojen mukaisesti. Työtä ei kuitenkaan pidetty rutiininomaisena, mikä tutkijan mielestä korostaa sitä, ettei työtä tehdä jokaisen potilaan kohdalla samalla tavalla, vaan työ tehdään kunkin potilaan edellyttämällä tavalla.

Lisäksi väittämän ”*annan potilaalle lääkettä saadakseni hänet hiljenemään*” kohdalla vastaukset jakautuivat huolestuttavasti, sillä viidesosa vastaajista oli samaa mieltä ja toinen viidesosa ei osannut vastata kysymykseen, yli puolet oli kuitenkin eri mieltä. Vanhuksia pitäisi pystyä rauhoittamaan ensiksi muilla keinoin, ennen kuin antaa esimerkiksi rauhoittavaa lääkettä. Tämä väittämä ei toisaalta todista mitään hyvästä hoidosta tai kohtelusta, sillä usein lääke on ainoa apu, jolla potilas saadaan rauhoittumaan. Näin ollen tarkoitus on hyvä, sillä sekavalla ja rauhattomalla, mahdollisesti dementoituneella vanhuksella ei ole hyvä olla itsensä kanssa, ja hän voi lisäksi käyttäytyä aggressiivisesti muita potilaita tai henkilökuntaa kohtaan.

Lähes kaikki vastaajista (96,4 %) olivat samaa mieltä, että osastolla on liian vähän henkilökuntaa, ja että yksilölliseen hoitoon jäisi enemmän aikaa, mikäli henkilökuntaa olisi enemmän. Työssä jatkuvan kiireen tunsivat 85,7 % vastaajista ja kiirettä pidettiin myös syynä olemasta läsnä hoitotoimenpiteissä. Tämä kertoo selvästi hoitohenkilökunnan vähäisyydestä tai liian suuresta työmäärästä.

Entinen oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio on tehnyt selvityksen vanhustenhoidon tilasta lääninhallituksen raporttien perusteella. Raportit paljastivat paljon epäkohtia, jotka johtivat pohdintaan siitä, tarvitseeko hoitohenkilökunnan minimimäärä säätää lailla. Asiasta on jo suositus, mutta monet kunnat eivät noudata sitä. Vanhustenhoitolain säätämällä ja vanhusten palveluiden valvonnan tehostamisella on kiire. Vuoden 2010 alussa Suomessa tehtiin aluehallinto-uudistus ja siitä lähtien Valvira on vastannut vanhusten ympärivuorokautisen hoidon valtakunnallisesta ohjauksesta ja miehityksestä. (Mäkinen 2010, 9.)

Esimerkiksi Vaasassa kaupunginsairaalassa hoitohenkilöstöä/potilas on 0,62 valtakunnallisen keskiarvon ollessa 0,66 hoitajaa/potilas. Tavoitteena on hoitohenkilöstön hyvämitoitus eli 0,70–0,80 hoitajaa/potilas. Valtakunnallisen suosituksen mukaan tätä määrää tulee lisätä 0,10–0,20 henkilöllä esimerkiksi juuri osastolla, jonka tehtävänä on antaa kuntouttavaa lyhytaikaishoitoa. (Vaasan kaupunki vanhuspoliittinen ohjelma vuosille 2003–2010.) Myös Valvira eli sosiaali- ja terveys-

alan lupa- ja valvontavirasto suosittaa ja valvoo todellista henkilöstömitoitusta hoitajien määrästä.

Merkittävää tässä tutkimuksessa oli kuitenkin huomata, että suurin osa vastaajista (96,4 %) pitää ja kohtelee jokaista osaston potilasta ainutkertaisena yksilönä, mikä kuvastaa vanhuspotilaan yksilöllisyyden toteutumista ja kuvastaa myös hyvää hoitoa. Lisäksi enemmistö vastaajista (92,8 %) piti potilasta muunakin kuin vain hoidon kohteena. Kiireestä ja vähäisestä henkilöstömäärästä huolimatta työ pyritään tekemään hyvien hoitokäytäntöjen mukaisesti, eettisesti sekä potilasta kunnioittain ja arvostaen. Ihmisellä on oikeus hyvään ja arvokkaaseen kohteluun tilanteessa, jossa hänen voimavaransa ja kykynsä eivät riitä vaatimaan oikeuksiaan. Vastauksista käy myös ilmi, että hoidon tarve ei vähennä ihmisarvoa eikä ihmisenä olemisen ydin katoa. Ihminen on kaikkina elinvuosinaan arvokas. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 24–26.)

Vaatimusten mukaan hoitajan työn vaatima hoitotyön osaaminen kattaa vastuun ammattieettisestä toiminnasta ja potilaan oikeuksien toteutumisesta. (Kilpi & Välimäki 2006, 232.) Kuitenkaan etiikka ei ole mikään erikoistapaus, vaan se näkyy joka päivä käytännön hoitotyössä ja ihmisen kohtaamisessa. Sitä ei voi teeskennellä eikä piilottaa mihinkään. Vaikka alimitoitettu henkilöstö ja huono palkka korvattaisiin runsaalla joukolla työntekijöitä ja huippupalkkoja, se ei riitä. On olemassa näyttöä siitä, ettei henkilöstön lisäys tuo välttämätöntä korjausta hoitotyön laatuun, ellei hoitaja itse sisäistä, mistä hoitotyössä on kysymys.

Tähän tutkimukseen sisältyi myös hyvän kuoleman toteutuminen osastolla. Avoimen kysymyksen kautta kävi ilmi, että vastaajille oli selvää, mitä hyvä kuolema pitää sisällään. Hyvää kuolemaa pyrittiin toteuttamaan muun muassa riittävällä kivunlievityksellä, omaisten läsnäololla, yhden hengen huoneella ja rauhallisilla hoitotoimenpiteillä. Ainoana esteenä hyvän kuoleman toteutumiselle pidettiin vanhusten liiallista tehohoitoa ja näin ollen elämän ja kärsimysten pitkittymistä. Lähinnä lääkäreitä ja omaisia pidettiin kuolevan potilaan elämän pitkittäjinä.

Vastaajat toivoivat, että hoitotestamentteja ja hoitotahtoja tehtäisiin enemmän ja niitä myös kunnioitettaisiin.

Hoitotestamentilla ilmaistaan potilaan oma tahto siitä, miten häntä tullaan hoitamaan jos hän ei joko tilapäisen tai pysyvän syyn takia pysty ilmaisemaan itse tahtoaan (Louhiala & Launis 2009,108). Hoitotahtoa tulee noudattaa, jos ei ole perusteltua syytä olettaa, että potilaan tahto olisi muuttunut.

Hoitotestamenttien kysyntä lisääntyi vuonna 1991, kun presidentti Koivisto oli laatinut oman hoitotestamenttinsa. Lomake tuntui tarpeettoman viralliselta kaksine esteettömine todistajineen ja oikeustoimikelpoisuusvakuutuksineen. Lomakkeen laadintaa ohjasivat testamentin tekijän tyypilliset toiveet ja omakohtaiset kokemukset sekä lukuisten potilaiden kanssa käydyt keskustelut. Keskusteluissa tuli toistuvasti esille ihmisten pelko tekniikan armoille joutumisesta, arvokkuuden menettämisestä ja taakkana olemisesta. Näin päädyttiin hoitolinja-asiakirjaan, eikä yksityiskohtaiseen lomakkeeseen, jossa erilaisia tilanteita ja hoitoja lueteltiin ja valittiin rastien avulla. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 78–79.) Näiden tietojen perusteella näyttää oudolta, että potilaan hoitotestamenttia/hoitotahtoa on tietoisesti rikottu osastolla ja näin ollen potilaan oikeus hyvään kuolemaan on esitetty.

Olisi epäinhimillistä jättää kuoleva yksin hätänsä ja pelkonsa keskelle. Samoin kuin elämänkaaren alkupäässä pidämme huolta lapsistamme, meidän tulee sen loppupäässä huolehtia vanhuksistamme. Lääkintähallituksen vuonna 1982 antamissa terminaalihoidon ohjeissa korostetaan, että potilaan pitää saada elää sairautensa loppuvaihe ilman vaikeita oireita ja kipuja toivomassaan ympäristössä ja läheistensä seurassa. Kaisu Pitkälä ja Juha Hänninen katsovat, että nämä yksinkertaiset, vieläkin yleismaailmallisesti edistykselliset ohjeet toteutuvat hoitojärjestelmässämme edelleen puuttellisesti. Heidän mukaansa hyvä saattohoito edellyttää keskustelemista potilaan ja omaisten kanssa heidän toiveistaan ja terminaalivaiheen hoitolinjoista. Pelkkä kivun hyvä kontrolli ja oirehoito eivät riitä. Niiden lisäksi potilas tarvitsee psykososiaalista ja hengellistä hoitoa. (Pitkälä & Hänninen

2001, 383.) ”Kuolevan hoito on kokonaisvaltaista hoivaa: kykyä olla läsnä, kuunnella, vastata potilaan tarpeisiin ja ylläpitää toivoa. Tavoitteena on paras mahdollinen elämänlaatu. Kuolevalla tulee olla mahdollisuus itsenäisyyteen ja arvokkuuteen” (Pitkälä & Hänninen 2001, 383.).

Tutkijan omien kokemusten pohjalta tutkija on huomannut, ettei ihmistä ja ihmisen arvoa aina kunnioiteta riittävästi potilaan ollessa terminaalivaiheessa ja kuoleman jälkeen. Esimerkiksi vainajaa pestessä tai kuolinvaatteeseen puettaessa vainajan fyysinen ja psyykinen kohtelu on ollut ihmisarvoa loukkaavaa. Hoitajien tulisi muistaa oma ammattietiikka ja lähimmäisen rakkaus, joka on kaiken hoitamisen syvin eettinen motiivi. (Kankare 2004, 13.)

Tutkimukseen valitut osastot ovat vanhusten kuntoutusosastoja, joissa on lähinnä lyhytaikaispotilaita, mutta myös muutamia pitkäaikaishoidon potilaita. Näin ollen kuolevien potilaiden hoito tällaisissä akuuttiyksiköissä on haastavaa, kun resursseja on rajallisesti ja joutuu valitsemaan, hoitaako kuolevan kärsimystä vai harjoittaa kuntouttavaa työtä. Hyvä saattohoito on kuitenkin mahdollista järjestää myös pienissä terveyskeskuksissa, ainostaan asenteet ja toimintatavat ratkaisevat sen onnistumisen.

7.2 Eettisyys

Tutkimusta tehtäessä on otettava huomioon tutkimustyön eettiset periaatteet. Tutkimuksen tarkoituksen pitää olla julkinen, tavoitteiden on oltava perusteltuja, eikä tutkimuksesta saatavaa tietoa saa käyttää muihin käyttötarkoituksiin. Tutkimuksen kaikki tulokset on julkaistava totuudenmukaisesti. (Koivula ym. 2002, 53.) Tässä opinnäytetyössä kaikki tulokset on julkaistu totuudenmukaisesti, tuloksia vääristelemättä. Tutkimukseen osallistuminen oli tutkittaville vapaaehtoista. Lomakkeita käsiteltiin luottamuksellisesti ja tulosten saamisen jälkeen lomakkeet hävitettiin. Tulokset raportoitiin rehellisesti ja suoraan, huomioimatta tutkijan omia mielipiteitä. Kyselylomakkeen mukana jokainen kohderyhmään kuuluva sai saatekirjeen,

jossa kerrottiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta sekä tarkat vastaus- ja palautusohjeet.

Tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimuskohteen valinnassa on tärkeää miettiä, miksi tutkimusaihe on valittu ja miksi siihen ryhdytään. (Hirsjärvi ym. 2000, 26). Koska tutkimus ei ollut aiheeltaan eikä kysymyksiltään arkaluontoinen, ei tutkimuslupaa tarvinnut anoa eettiseltä toimikunnalta. Lupa tutkimukseen saatiin Vaasan koti- ja laitoshoidon johtajalta. Työskenteleminen vanhusten parissa koko opiskeluajan ratkaisi tässä opinnäytetyössä aihevalinnan.

7.3 Luotettavuus

Tutkimuksen reliabiliteetillä eli luotettavuudella tarkoitetaan sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia, toisin sanoen sillä tarkoitetaan tutkimusmenetelmän ja mittarin kykyä saavuttaa haluttuja tuloksia (Anttila 1996, 405; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 209). Reliabeli mittausta tarkoittaa, että jos mittausta suoritetaan toisen kerran, saadaan samansuuntaisia tuloksia kuin ensimmäisellä kerralla (Koivula ym. 2002, 28–29).

Tutkimuksen validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä sillä on tarkoitus mitata (Anttila 1996, 402). Validiteettia voivat heikentää virhetilanteet, joissa tutkimus ja käsitteet kohtaavat vain osittain tai tutkimus on suppeampi kuin käsitteet (Holopainen & Pulkkinen 2002, 14). Kyselytutkimuksessa validiteettiin vaikuttaa ensisijaisesti se, miten onnistuneita mittarin kysymykset ovat (Heikkilä 2001, 186).

Ensimmäinen edellytys luotettavuudelle on, että tutkimus on tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaan (Heikkilä 2001, 185). Kvantitatiivisen tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia on syytä tarkastella myös suhteessa tuloksiin (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 210–211).

Kaikki tämän tutkimuksen kysymykset otettiin huomioon, mutta niistä tutkijan kannalta merkittävimmät kohdat otettiin tähän opinnäytetyöhön mukaan. Tutki-

muksen monipuolisuutta kuvastavat myös avoimista vastauksista otetut suorat lainaukset, jotka tulevat esiin tutkimuksen pohdintaosiossa. Lainauksista ei voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Yleisesti tutkijan mielestä vastauksissa ei ollut paljoa puutteita ja väärinymmärryksiä.

Avoimien kysymysten kohdalla jokainen vastaus otettiin huomioon analysointivaiheessa. Vastaukset listattiin paperille, tarkasteltiin ja jaettiin kokoavien teemojen alle. Tämän jälkeen vastaukset kunkin teeman alta laskettiin yhteen ja saatiin vastausten yleisyysjärjestys. Avoimet kysymykset olivat tarkoituksella kohdistettu tiettyyn mitattavaan asiaan, jolloin vastaukset olivat tarkempia ja antoivat enemmän informaatiota.

Tässä opinnäytetyössä kohderyhmä on pienehkö, joten tuloksista on mahdotonta tehdä yleistyksiä koskien vanhustenhoidon käskyjen toteutumista laajemmin. Tuloksia voi pitää kuitenkin suuntaa-antavina. Koska tieteellisessä tutkimuksessa kyselylomakkeet tulisi aina esitellä ja koska esitelmästä ei suoritettu, jää kysymysten reliabiliteetti huonoksi.

Tutkija oli tyytymätön saamiensa vastausten määrään, sillä alle puolet kyselylomakkeista palautui täytettyinä takaisin. Tutkimukseen kuului kolme osastoa ja niistä osasto, jolla tutkija itse on ollut töissä, antoi eniten kyselylomakkeita takaisin. Kaksi muuta osastoa osallistui heikosti kyselyyn. Sen vuoksi vastausprosentti jäi pieneksi ja tulokset epäluotettaviksi. Osastot, joiden henkilökunta palautti vain muutaman kyselylomakkeen takaisin, eivät olleet tutkijalle ennestään tuttuja. Tässä tutkimuksessa esiin tullut hoitajien riittämättömyys ja työn kiireinen luonne jättivät ehkä vastausprosentin pieneksi tai vastaajat eivät jostain muusta syystä olleet kiinnostuneita osallistumaan kyselyyn.

7.4 Tutkimuksen tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkija toivoo tuloksia hyödynnettävän kyselyyn osallistuneilla osastoilla sekä ylipäänsä kaikkialla, missä vanhuksia hoidetaan. Tutkija toivoo lisäksi, että erityisesti hoitohenkilökunnan riittämättömyys huomioitaisiin ylemmällä johtoportaalla

ja virkoja saataisiin lisää hoitoalalle. Tutkijan mielestä hoitohenkilökunnan määrä on selvässä yhteydessä vanhusten hyvän hoidon ja kohtelun toteutumisen kanssa, sillä riittämätön ja väsynyt hoitohenkilöstö ei jaksa panostaa työhönsä, ja näin ollen potilaat kärsivät.

Jatkotutkimusaihe voisi olla samanlainen kuin tämä opinnäytetyö, mutta esimerkiksi potilaiden tai omaisten näkökulmasta. Näin ollen saamiani tuloksia voitaisiin verrata tuloksiin, joita saataisiin toisesta näkökulmasta katsottuna. Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla se, miten konkreettisesti vanhusten hyvää hoitoa ja kohtelua saataisiin edistettyä, muutenkin kuin esimerkiksi vaan hoitohenkilökuntaa lisäämällä.

Vanhuspalvelujen laadukas toteuttaminen ei onnistu pelkillä laatusuosituksilla, hallitus on käynnistänyt vanhuspalvelulain valmistelun. Tarkoitus on saada luonnos laiksi valmiiksi kevääseen 2011 mennessä. Uudella lailla on tarkoitus nostaa osa laatusuosituksissa olevista asioista lain tasolle, koota eri laeissa olevat ikäihmisten palveluita koskevat säädökset sekä luoda valvontaviranomaisille edellytykset vanhuspalvelujen laadun valvonnalle. Lainsäädännöllä on vahvistettava asiakkaan asemaa ja itsemääräämisoikeutta. Lain säätämisen lisäksi tarvitaan myös muita muutoksia. Esimerkiksi yleisen asenneilmapiirin on muututtava vanhusmyönteisemmäksi ja ennaltaehkäisyyn ja toimintakyvyn edistämiseen on panostettava. Julkisen sektorin, järjestöjen ja yksityisen sektorin yhteistyötä sekä vanhustyön koulutusta sosiaali- ja terveystieteiden koulutuksessa on lisättävä. Lähtöleikkauksessa vanhustenhoitoon on siis tulossa lakimuutos, joten olisi mielenkiintoista tietää, miten vanhusten hoito ja hoidon laatu paranevat sen myötä.

LÄHTEET

Aejmelaeus, Riitta & Kan, Suvi & Katajisto, Kaija-Riitta & Pohjola, Leena (2007). Erikoistu vanhustyöhön. Osaamista hyvään arkeen. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Alaspää, Ari & Kuisma, Markku & Rekola, Leena & Sillanpää, Kirsi (1999). Ensihoidon käsikirja. 2. painos. Jyväskylä: Tammi Oppimateriaalit.

Anttila, P. (1995). Selviydyn. Yhteisön tuki ja selviytyminen. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Suomen mielenterveysseura, Suomen Punainen Risti. Jyväskylä: Gummerus.

De Wit, Anu (2004). Vanhusten ihmisarvon kunnioitus ensihoisossa. Julkaisematon. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Filatov, Tarja (2009). Välikysymys – Vanhustenhuollon kriisi. Eduskunnalle. SDP. [siteerattu 1.2.2011]. Saatavana internetissä: <URL: <http://www.sdp.fi/node/515>>

Heikkinen, Eino & Marin, Marjatta (2002). Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi.

Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (2003). Gerontologia. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heikkilä, Tarja (2001). Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Hildén, Raija (2002). Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammi Oppimateriaalit.

Hinkka, Katariina & Karppi, Sirkka-Liisa & Ollonqvist, Kirsi & Aaltonen, Tuula & Grönlund, Rainer & Puukka, Pauli & Saarikallio, Miia & Salmelainen, Ulla & Vaara, Mariitta (2004). KELA. Sosiaali- ja terveysalan katsauksia. Geriatrisen kuntoutuksen arviointi. IKÄ -hankkeen menetelmät ja aineistot. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2001). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holopainen, Martti & Pulkkinen, Pekka (2002). Tilastolliset menetelmät. Vantaa: Dark.

Kaartinen, M (2003). Hyvä hoito yleispäivystyksessä potilaiden arvioimana. pro gradu -tutkielma. Julkaisematon. Oulun yliopisto.

Kananen, Jorma (2008). Kananen, Jorma 2008. Kvali, Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto.

Kankare, Harri & Hautala-Jylhä, Pirjo-Liisa & Munnukka Terttu (2004). Lähimäisenrakkauten puolustus – uusvanha näkökulma hoitotyöhön. 1.-2. painos. Helsinki: Edita.

Kassara, Heidi & Paloposki, Sanna & Holmia, Silja & Murtonen, Irja & Lippinen, Varpu & Ketola, Marja-Leena & Hietanen, Helvi (2004). Hoitotyön osaaminen. 1-2. painos. Werner Söderström Osakeyhtiö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Kettunen, Raili (2009). Aino Suhola: Haluan vanhustua rauhassa. Kotimaa. N:o 44.

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. (2002). Mission: possible. Opas opinäytteen tekijälle. Pirkanman ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit Nro 1. Tampere.

Kokkonen, Paula & Holli, Tarja & Vasantola, Satu (2004). Hoitotahto – potilaan oikeudet ja lääkärin velvollisuudet. Helsinki: Talentum.

Kokkonen, Paula (1999). Vanhusten hyvä hoito ja kohtelu. Älä hylkää minua vanhuuden päivinä -seminaarin avauspuheenvuoro. Julkaisematon.

Laitinen, Heleena & Karhe, Liisa (2000). Hyvän hoitotyön kirja. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki: Monila Oy.

Lauri, Sirkka & Elomaa, Leena (2007). Hoitotieteen perusteet. 3.-5. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta (2006). Etiikka hoitotyössä. Painos 1.-3. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Lindqvist, Martti (2003). Vanheneminen, etiikka ja elämän arvot. Vanhuuden voimavarat. 2. painos. Helsinki: Tammi.

Louhiala, Pekka & Launis, Pekka (2009). Parantamisen ja hoitamisen etiikka. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Mäkinen, Terhi (2010). Turvaa vanhuksille. Tehy 4/2010.

Nieswaidomy, R. M. (1998). Foundations of Nursing Research. Third edition. Stamford. Connecticut: Appleton & Lange.

- Niiniluoto, Ilkka (2010). Filosofin ajatuksia iästä. Senioriopettaja N:o 3.
- Nurmi, Jari-Erik & Ahonen, Timo & Lyytinen, Heikki & Lyytinen, Paula & Pulkkinen, Lea & Ruoppila Isto (2006). Ihmisen psykologinen kehitys. Helsinki: WSOY.
- Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. (1997). Hoitotieteen tutkimusmetodiikkaa. Juva: WSOY.
- Pitkälä & Hänninen (2001). Eettisiä ongelmatilanteita kuolevan hoidossa. Geriatria. Duodecim.
- Ruontimo, Tuulariitta (2010). Tehyn sairaanhoitajapäivät 11.3.2010. Helsinki.
- Saarenheimo, Marja (2009). Vanhuus – vieras maa? Parempi vanhuus 1/5. Kotiliesi. N:o 23.
- STM selvityksiä 2001:1. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Stuart-Hamilton, Ian (1996). Vanhenemisen psykologia. Kustannusosakeyhtiö Puijo. Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Tilastokeskus (2009). Väestöennuste 2009-2060. [siteerattu 14.2.2011] Saatavana internetissä: <URL: http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html>
- Vaasan kaupunki Vanhuspoliittinen ohjelma vuosille 2003-2010. Vanhuspoliittinen lautakunta. [siteerattu 30.1.2011] Saatavana internetissä: <URL: <http://www.vaasa.fi/link.aspx?id=518942>>
- Vanhusten hyvä kohtelu -työryhmä: Kokkonen, Paula & Achté, Kalle & Blomqvist, Olli & Elovainio, Liisa & Kauppinen, Anni & Lahti, Pirkko & Laurila, Ritva & Ojala, Outi & Pekkanen, Matti & Pesola, Helena & Salminen, Tuula & Urponen, Kaarina & Juntunen, Kirsi & Hukkamäki, Raija (1998). Vanhusten hyvän hoidon ja kohtelun kymmenen käskyä selityksineen. 2. painos. Paintek Pihlajamäki Oy Helsinki.
- Voutilainen, Päivi & Vaarama, Marja & Backam, Kaisa & Paasivaara, Leena & Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet (2002). Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Helsinki.

LIITTEET

LIITE 1

KYSELYLOMAKE

Vanhuspotilaiden oikeuksien toteutuminen

Ympyröikää teille sopivin vaihtoehto

Taustatiedot

1. Sukupuoli	1. Nainen
	2. Mies

2. Ikä	1. < 25 vuotta
	2. 26–30 vuotta
	3. 31–40 vuotta
	4. 41–50 vuotta
	5. 50 > vuotta

3. Työssäoloaika
tällä osastolla
1. 0-2 vuotta
2. 3-5 vuotta
3. 6-10 vuotta
4. yli 10 vuotta

4. Ammattinimike	1. perushoitaja
	2. sairaanhoitaja
	3. joku muu, mikä _____

1 TÄYSIN SAMAA MIELTÄ

2 JOKSEENKIN SAMAA MIELTÄ

3 EN OSAA SANOA

4 JOKSEENKIN ERI MIELTÄ

5 TÄYSIN ERI MIELTÄ

1. Jokainen osastomme potilaista on ainutkertainen 1 2 3 4 5
2. Kohtaan työssäni potilaat yksilöinä 1 2 3 4 5
3. Tunnen mielestäni hyvin potilaiden arvomaailman 1 2 3 4 5
4. Otan potilaiden arvomaailman huomioon
suunnitellessani hoitotoimenpiteitä 1 2 3 4 5
5. Toimin jokaisen potilaan kohdalla huomioiden
hänen yksilölliset tapansa 1 2 3 4 5
6. Hoidan kaikkia potilaita samalla tavalla 1 2 3 4 5
7. Työni on rutiininomaista 1 2 3 4 5
8. Teen hoitotyössä vain sen, mikä on välttämätöntä 1 2 3 4 5
9. Vanhuspotilaita hoitaessani en ota
omia tunteitani huomioon 1 2 3 4 5
10. Potilas on vain hoidon kohde 1 2 3 4 5
11. Vanhus ja sairaudet kuuluvat mielestäni yhteen 1 2 3 4 5
12. Vanhus on erilainen potilas kuin nuori ihminen 1 2 3 4 5
13. Vanhuspotilailla on omat tapansa, jotka
eivät vaikuta työhöni 1 2 3 4 5
14. Vanhuspotilailla on erilainen arvomaailma,
jonka haluan oppia tuntemaan 1 2 3 4 5

Miten osastollanne otetaan huomioon seuraavat kohdat, kirjoita vapaasti.

1. VANHUKSELLA ON OIKEUS YKSILÖLLISEEN VANHUUTEEN

2. VANHUSTA ON KOHDELTAVA HYVIN

3. VANHUSTA ON HOIDETTAVA HYVIN

**4. VANHUKSELLA ON OIKEUS HYVÄÄN JA RIITTÄVÄÄN HOITO-
HENKILÖSTÖÖN**

5. VANHUKSELLA ON OIKEUS HYVÄÄN KUOLEMAAN

KIITOS VAIVANNÄÖSTÄNNE!!

LIITE 2

Saatekirje

Hyvä hoitohenkilökunta!

Olen Anna Björklund Vaasan ammattikorkeakoulusta. Opiskelen kolmatta vuotta terveydenhoitajaksi, ja tämän lukuvuoden aikana tulen tekemään opinnäytetyön vanhuspotilaiden oikeuksien toteutumisesta.

Tarkoitukseni on tutkia vanhusten hoidon laatua ja vanhusten kohtelua perustuen vanhusten hyvän hoidon kymmeneen käskyyn (Suomen Mielenterveysseuran Vanhusten hyvä kohtelu – työryhmän tekemä). Toteutan kyselyn lyhyehköllä kyselylomakkeella, jonka täyttäminen on vapaaehtoista, mutta erittäin suotavaa mahdollisimman luotettavan tiedon saamiseksi. Tavoitteena on saada selville millaista vanhusten hoito ja hoidon laatu on kuntoutusosastollanne.

Kyselyyn vastataan nimettömästi, ja kyselylomake käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyn tulokset tulen esittämään teille analysoituani ne.

Kyselyn voitte palauttaa kansliassa olevaan laatikkoon **keskiviikkoon 10.3.2010** mennessä.

Suuri kiitos vastauksistanne!

Anna Björklund