KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU
Terveysala, Kotka / Hoitotyön koulutusohjelma

Teija Aurala

TYÖN KUORMITTAVUUS NEUROLOGISELLA KUNTOUTUSOSASTOLLA KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN NÄKÖKULMASTA

Opinnäytetyö 2011

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

AURALA TEIJA | Työn kuormittavuus neurologisella kuntoutusosastolla kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta
Opinnäytetyö | 52 sivua + 11 liitesivua
Toimeksiantaja | Kymenlaakson ammattikorkeakoulu Oy
Maaliskuu 2011
Avainsanat | työn kuormittavuus, kuntouttava työote, neurologinen hoitotyö

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää millaista osaamista tarvitaan laadukkaan neurologisen hoitotyön saavuttamiseksi, millaiseksi hoitajat kokevat työnsä neurologisella osastolla ja mitkä tekijät kuormittavat hoitajia heidän työssään. Tutkimus toteutettiin Kotkan terveyskeskuksen Karhulan sairaalan osasto neljällä. Tutkimukseen osallistui kymmenen kahdestatoista hoitajasta. Tutkimus on tehty kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä ja saatu aineisto on käsitelty taulukoimalla sekä aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen tuloksissa korostui laadukkaan neurologisen hoitotyön tärkeimmät piirteet kuten kuntouttava työote, vuorovaikutustaidot, potilaan sekä omaisten ohjaus ja neuvonta. Myös tiedon antaminen potilaalle, potilaan fyysisen ja henkisen toimintakyvyn tukeminen koettiin tärkeänä neurologisen potilaan hoitotyössä.

Kuormittavampina hoitotyössä pidettiin liian suurta työmäärää ja kiirettä sekä käsin tehtäviä nostoja ja siirtoja. Muita paljon kuormittavia tekijöitä olivat potilaiden moniongelmaisuus ja kommunikaatio-ongelmat potilaiden kanssa. Motivoitumattomat, väkivaltaiset ja käytöshäiriöiset potilaat sekä häirintä ja epäasiallinen kohtelu omaisten taholta koettiin myös kuormittavaksi. Hoitajat kokivat riittämättömyyden tunteita ja ajoittaista uupumusta. Hoitotyö koettiin yleensäkin melko tai erittäin raskaaksi, joskin palkitsevaksi. Kannustavaksi työssä koettiin työyhteisön ilmapiiri ja työtoverit.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU
University of Applied Sciences
Health Care

AURALA, TEIJA | Workload in Neurological Rehabilitation Ward from Rehabilitative Nursing Perspective
Bachelor's Thesis | 52 pages + 11 pages of appendices
Commissioned by | Kymenlaakson ammattikorkeakoulu Oy, University of Applied Sciences
March 2011
Keywords | workload, rehabilitative approach to work, neurological nursing

The aim of this study was to determine what kind of knowledge is needed for providing high quality neurological care, how nurses find their work on the neurological ward, and what factors in their work burden them. The study was carried out on ward four at Karhula hospital, Kotka health centre. The research was participated by ten of the twelve nurses. The quantitative research method was used and the material was analyzed by tabulation and inductive content analysis.

The results highlighted the major elements of high quality neurological nursing, such as rehabilitative approach to work, interpersonal skills, patient and family education and counselling. Providing the patient with information, supporting the patient's physical and mental capability were also regarded as important in neurological care. The most loading factors at work were considered too big and busy workload, transfers and lifts without devices. Other high-load factors were the patients' multi-problem lives and communication problems with the patients. Unmotivated, violent patients with behaviour problems as well as harassment and indiscreet behaviour from the relatives were also regarded as a burden. Nurses experienced feelings of insufficiency and intermittent fatigue. In general, nursing was regarded as fairly or very loading, but rewarding. The atmosphere at the workplace and co-workers were found encouraging.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS 5

2 TYÖN KUORMITTAVUUS 7

2.1. Sopivasti kuormittava työ 8

2.2. Alikuormittava työ 8

2.3. Ylikuormittava työ 9

2.3.1. Fyysinen kuormittuminen 9

2.3.2. Psykososiaalinen kuormittuminen 11

2.3.3. Väsyminen 13

2.4. Yhteenveto työn kuormittavuudesta 14

3 SAIRAANHOITAJAT JA LÄHIHOITAJAT NEUROLOGISEN POTILAAN KUNTOUTTAJANA 15

3.1. Kuntouttava työote 17

3.2. Hoitajan rooli 18

3.3. Fyysinen kuntoutumisen tukeminen 18

3.4. Henkisen toimintakyvyn tukeminen 20

3.5. Sosiaalisen kuntoutumisen tukeminen 21

3.6. Erityisongelmat hoitotyössä 22

3.7. Yhteenveto neurologisesta hoitotyöstä 22

4 TUTKIMUSKYSYMYKSET 24

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS 24

5.1. Tutkimusmenetelmä 24

5.1.1. Kohderyhmä ja otanta 25

5.1.2. Kysely menetelmänä ja lomakkeen laadinta 25

5.2. Tutkimusaineiston keruu 27

5.3. Tutkimusaineiston analysointi 28

6. TUTKIMUKSEN TULOKSET 29

6.1. Vastaajien taustatiedot 29
6.2. Hoitajien mielipiteitä laadukkaasta neurologisesta hoitotyöstä 29
6.3. Hoitajien kokemuksia työn fyysisestä kuormituksesta 30
6.4. Hoitajien kokemuksia työn henkisestä ja sosiaalisesta kuormituksesta 32
6.5. Hoitajien kokemuksia työn kuormituksen ilmenemisestä 34
6.6. Yleinen työn raskaus Karhulan sairaalan neurologisella osastolla 36
6.7. Yhteenveto tutkimustuloksista 38

7. POHDINTA 39

7.1. Tutkimustulosten tarkastelua 40
7.2. Tutkimuksen luotettavuus 43
7.3. Eettiset kysymykset 44
7.4. Kehittämisehdotuksia 45
7.5. Mietteitä tutkimuksen tekemisestä 46

LÄHTEET 47

LIITTEET 52

Liite 1. Tutkimustaulukko
Liite 2. Muuttujataulukko
Liite 2. Kyselylomake
Liite 4. Saatekirje
Liite 5. Tutkimuslupa

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Opinnäytetyön aihe käsittelee työn kuormittavuutta neurologisella kuntoutusosastolla kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia hoitotyön kuormittavuutta Karhulan sairaalan osasto neljällä ja miten kuormitus ilmenee. Tarkoitus on myös tutkia väsymisen merkkejä hoitajilla. Lisäksi tutkitaan hoitajien näkemyksiä laadukkaasta neurologisesta hoitotyöstä.

Nummelinin (2008, 70–74) mukaan työn kuormittavuutta voidaan mitata työn ali- tai ylikuormituksena. Sopivasti kuormittava työ pitää työntekijät virkeinä ja työ on mielekästä. Työn ylikuormitusta mitataan fyysisen ja psykososiaalisen kuormituksen näkökulmasta. Sairaanhoitajilla esiintyy työn kuormittumista fyysistä ponnistelua ja kädentaitoja vaativissa hoitotilanteissa, joihin liittyy lisäksi kiire. Potilaan tilassa tapahtuneet muutokset ja surun aiheuttama tunnekokemus aiheuttavat myös hoitajille kuormittumista. Kuormittavaksi on todettu myös yhteistyön vaikeus vaativien omaisten kanssa (Nuikka 2002, 5.)

Ajankohtaiseksi tutkimustyön tekevät mm. sairaanhoitajapula, jolloin työn kuormitus mahdollisesti lisääntyy entisestään. Sairaanhoitajien työolobarometrin mukaan sairaanhoitajien vastuulla vuodeosastoilla on keskimäärin 14 potilasta, henkilökuntaa työvuoroissa on työmäärään nähden liian vähän. Aikaa jää sairaanhoitajan asiantuntemusta vaativiin tehtäviin riittämättömästi esimerkiksi keskusteluun potilaan ja hänen omaistensa kanssa, kivun hoitoon, potilaan hygieniasta huolehtimiseen, hoitosuunnitelmien päivitykseen sekä potilasohjaukseen. Sairaanhoitajille on siirretty tehtäviä sihteereiltä ja lääkäreiltä. Hoidettavat potilaat ovat kuormittavia sekä usein moni- tai mielenterveysongelmaisia. Lisäksi potilasvahinkoja ja tapaturmia on ilmoitettu sitä enemmän, mitä enemmän sairaanhoitajilla on vastuullaan potilaita. (Partanen, Heikkinen & Vehviläinen-Julkunen 2005, 4.)

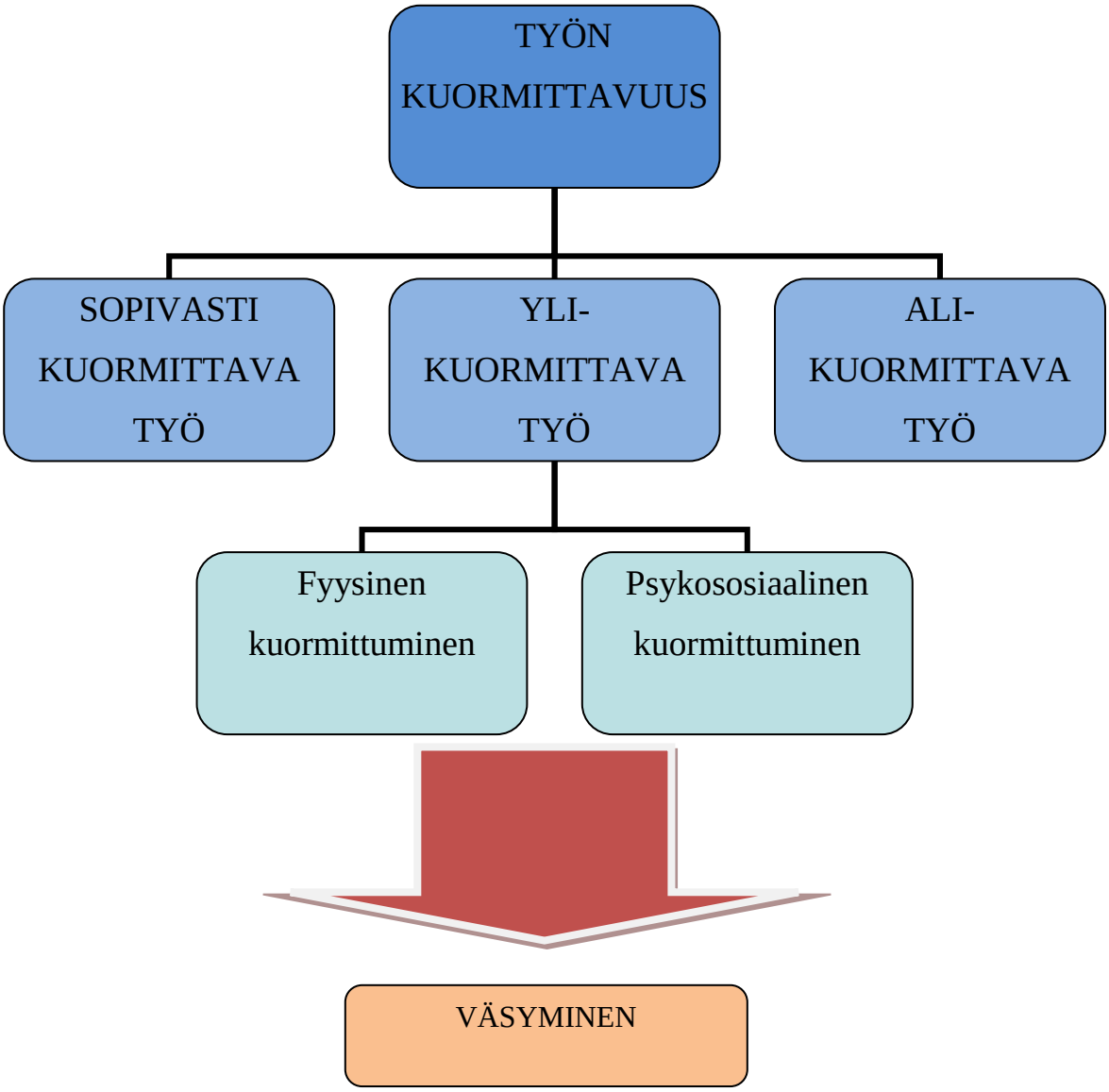
Neurologisista sairauksista aivohalvaus on yleisin Suomessa. Kolme neljästä aivohalvauksesta on aivoinfarktin seurausta. Aivoinfarktiin sairastuu vuosittain n. 14 000 suomalaista ja joka kolmas on työikäinen. (Kaste 2010; Salmenperä, Tuli & Virta, 2002, 27–29; Roine 2009.) Aivohalvauksessa osa aivokudoksesta tuhoutuu verenkierron ongelmien vuoksi. Aivohalvaus johtuu aivovaltimon tukkeutumisesta tai vuotami-

sesta. Aivovaltimon tukkeutuminen aiheuttaa hapenpuutetta verisuonen alueella, jolloin syntyy kuolio eli infarkti. Aivohalvauksen yleisin syy on aivovaltimon veritulppa. Sen syynä on useimmiten valtimoiden kovettumatauti eli ateroskleroosi. Nuorten osuus aivohalvauspotilaista kasvaa ja aivohalvaus on 55-vuotiaiden sairauskyvyttömyyseläkkeen syynä jo useammin kuin sydänveritulppa. (Roine 2009). Vaikka aivoinfarktin hoito on tehostunut viime vuosina, jää puolelle hengissä aivoinfarktista selvinneelle pysyvä haitta. Sairastuneista joka kymmenes jää kokonaan autettavaksi vuode- tai pyörätuolipotilaaksi. Aivohalvauksilla on siis kansantaloudellista merkitystä. Aivohalvauksesta voi selvitä ajoissa aloitetulla kuntoutuksella ja sillä onkin suuri merkitys aivohalvauspotilaan hoitotyössä. (Kaste 2010; Salmenperä ym. 2002, 27–29; Roine 2009.) Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan aivohalvauspotilaiden kuntoutukseen erikoistuneessa yksikössä potilaiden kuolleisuus oli 25 % vähäisempää ja potilaita kotiutettiin 28 % enemmän, kuin tavallisella vuodeosastolla. Myös hoitopäiviä oli 16 vähemmän tavalliseen vuodeosastoon verrattuna. (Kalra & Eade 1995, 1.)

Tämän tutkimuksen tutkimuspyyntö tuli Karhulan sairaalan osasto neljältä osastonhoitaja Aila Rantalalta. Kuntouttava hoitotyö on lähtökohta, jonka kautta tutkitaan hoitotyön kuormitusta. Kuntouttava hoitotyö on osasto neljän hoitoideologia. Karhulan sairaalan osasto neljä on Kotkan kaupungin terveyskeskuksen vuodeosasto, jossa hoidetaan neurologisia potilaita. Potilaat tulevat osastolle jatkohoitoon Kymenlaakson keskussairaalasta akuuttihoidon jälkeen. Osasto neljän hoidon tavoitteena on kuntouttaa potilaat kodissa tai palveluasunnossa itsenäisesti tai avun turvin pärjääviksi. Valtaosa osasto neljän potilaista on aivohalvauspotilaita. Osastolla käytetään kuntouttavassa hoitotyössä Bobath-lähestymistapaa. Bobath-lähestymistavassa keskeistä on potilaan ohjaus ja koko kehon mukaan ottaminen toimintaan. Potilas oppii toimintoja uudelleen ja ohjauksella helpotetaan potilaan liikkeitä. Lihasjänteyttä pyritään normalisoimaan aktivoimalla ja vähentämällä jännitystä. Potilasta ohjataan myös tasapainon hallintaan. (Salmenperä 2002, 55.)

2 TYÖN KUORMITTAVUUS

Työn kuormituksella tarkoitetaan yksilön fyysisten ja psyykkisten toimintojen sekä ominaisuuksien käyttöä työssä ja työprosessissa. Ihmiselle on terveyden näkökulmasta haitallista sekä yli- että alikuormitus (kuva 1). Kaikki työhön liittyvät asiat vaikuttavat yksilöön fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Myönteinen, sopiva työn kuormitus voi luoda hyvinvointia. (Lindström, Elo, Hopsu, Kandolin, Ketola, Lehtelä, Leppänen, Mukala, Rasa & Sallinen 2005, 5.)



Kuva 1. Työn kuormittavuus

2.1. Sopivasti kuormittava työ

Työn määrä ja laatu vaikuttavat työn kuormittavuuden kokemukseen. Sopivasti kuormittavaa työtä (kuva 1) on sellainen työ, jossa on haasteita riittävästi ja työn määrä on sopiva. Työhön voi vaikuttaa ja työ on sopivasti psyykkisesti vaativaa. Työssä on selkeä tavoite, se on itsenäistä sekä sisällöltään vaihtelevaa ja mielenkiintoista. Sopivasti kuormittavassa työssä voi toteuttaa itseään, oppia uusia asioita sekä kehittyä työssään. Ongelmien ollessa sopivan haasteellisia ja kun ne nähdään mahdollisuuksina, työ ei kuormita liikaa. Työn hallinnan tunne voidaan säilyttää, vaikka työ olisi psyykkisesti kuormittavaa, kun työntekijällä on mahdollisuus suunnitella ja säädellä työtahtiaan. Hallinnan tunnetta auttaa työn riittävä osaaminen ja kannustava ilmapiiri. Ne edistävät hyvää työsuoritusta ja lisäävät motivaatiota (Nummelin 2008, 69). Arvioitaessa työkuormitusta on tärkeää kartoittaa työn tavoitteiden edellyttämät työtahtivaatimukset. Myös tehokkuusvaatimukset, työn tekemistä haittaavat asiat ja edistävät voimavarat tulee kartoittaa säännöllisesti (Martimo, Antti-Poika, & Uitti 2010, 72.)

Hyvässä työilmapiirissä stressi on energisoiva voimavara. Innostus työssä virittää elimistöön myönteistä stressiä. Se parantaa ja nostaa mielialaa sekä lisää toimintakykyä. Lisäksi työyhteisössä, jossa voi tuntea itsensä arvostetuksi jäseneksi, hyvä työilmapiiri lisää myönteistä tunnelatausta. (Nummelin 2008, 70–74.)

2.2. Alikuormittava työ

Psyykkisiä vaatimuksia on vähän alikuormittavassa työssä (kuva 1). Työntekijällä ei usein ole mahdollisuutta vaikuttaa työn psyykkisiin vaatimuksiin. Alikuormittava työ on henkisesti kuormittavaa, vaikka työntekijä voi suoriutua työstä vähäisin ponnistuksin ja rutiininomaisesti. (Martimo ym. 2010,71; Nummelin 2008, 73–74.) Jos työntekijä joutuu tekemään sellaista työtä pitkään, kuluttaa se hänen voimavarojaan. Se aiheuttaa turhautumista, aloitekyvyttömyyttä ja kyllästymistä. Työstä ei saa mitään irti. Työntekijä ei voi toteuttaa itseään, taitojaan ja kykyjään. Työ ei ole haasteellista, eikä uuden oppiminen ole mahdollista. (Nummelin 2008, 73–74.) Alikuormittava työ heikentää työmotivaatiota ja työtyytyväisyyttä (Nummelin 2008, 73–74; Parvikko 2002, 5) sekä lisää syrjäytymisen riskiä työyhteisössä (Parvikko 2002, 5).

2.3. Ylikuormittava työ

Työntekijän vaikuttamismahdollisuudet ovat pienet ylikuormittavassa työssä (kuva 1). Se on usein psyykkisesti vaativaa työtä. Kun työn määrä ja kiire lisääntyvät vaikuttamismahdollisuuksien puuttuessa, lisääntyy kuormittumisen riski ja stressi. Työntekijän vaikuttamismahdollisuudet työn tekemiseen lisäävät hallinnan tunnetta ja vähentävät stressiä. Pitkään jatkuessaan ylikuormittava työ voi aiheuttaa työn hallinnan menettämisen, ahdistuneisuutta ja johtaa noidankehään, jossa työssä kehittyminen ja oppiminen estyvät. Myös haitallinen stressi ja terveysriskit lisääntyvät. Liian suuri työmäärä tai tiukat aikataulut voivat pitkään jatkuessaan aiheuttaa haitallista stressiä. Hallinnan tunteen palauttamiseksi työntekijä tarvitsee tukea esimieheltä ja työtovereilta. (Martimo ym. 2010, 71–73; Nummelin 2008, 70–73.)

Ylikuormittava työ heikentää työn laatua ja vähentää työhyvinvointia. Työn aiheuttama kuormitus tai työvaatimusten kasvu voivat näkyä myös liian suurena työn määränä, ylitöinä ja liian vaikeiksi koettuina työtehtävinä. Työyhteisössä työn kuormittavuus voi aiheuttaa tuen ja arvostuksen sekä vaikutusmahdollisuuksien tai osallistumismahdollisuuksien puutetta. Kuormittuneisuus voi näkyä myös yksilön itselleen asettamina liian suurina odotuksina ja vaatimuksina sekä vaikeuksina priorisoida työtehtäviä. (Parvikko 2002, 6–7.)

2.3.1. Fyysinen kuormittuminen

Työn fyysisiä kuormitustekijöitä (kuva 1) ovat ruumiillisesti raskas työ, hankalat työasennot, staattinen työ, käsien voiman käyttö, taakkojen käsittely ja toistotyö. (Ketola 2003, 10–11; Martimo ym. 2010, 92.) Raskas lihastyö, jossa tarvitaan energiaa liikuttamaan oman kehon painoa, kuormittaa verenkiertoelimistöä. Nostamisessa, kantamisessa, työntämisessä ja vetämisessä suuret lihasryhmät toimivat sekä dynaamisesti että staattisesti. Työkuormitus kohdistuu tällöin sekä verenkiertoelimistöön että liikuntaelimiin, erityisesti selkään. Taakkojen käsittely, työskentely kumarassa, ruumiillisesti raskas työ ja tapaturmat ovat usein selkäoireiden taustalla. Suurten lihasryhmien dynaamista ja staattista työtä tarvitaan erityisesti hoito- ja hoiva-alalla. (Ketola 2003, 10–11.)

Ihmiset arvioivat omaa kuormittuneisuuttaan ja jaksamistaan kokemusten sekä tuntemusten avulla (Parvikko 2002, 6–7). Fyysistä kuormitusta voidaan myös kuvata ja mitata voimien sekä kehon asentojen mittaamisella. Lihasten sähköistä aktiviteettia voidaan kuvata elektromyografian eli EMG:n avulla. Tutkimusten perusteella voidaan arvioida fyysisen kuormituksen haitallisuutta yksilön kapasiteettiin. (Martimo ym. 2010, 94.)

Työn fyysinen kuormitus on lisääntynyt hoitotyössä (Laaksonen 2000, 6–7). Nuikan (2002, 76–84) Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotyössä -tutkimuksen mukaan injektion antaminen, verenpaineen mittaus, potilaan havainnointi hoitotilanteissa ja hoidon suunnittelu kuormittavat hoitajaa hoitotilanteissa. Potilaan perushoidosta kuten hygieniasta ja ravitsemuksesta huolehtiminen ovat hoitajaa kuormittavia hoitotoimenpiteitä. Myös erittämisessä ja liikkumisessa avustaminen kuormittavat hoitajia erityisesti fyysisesti. Erikoishoitotilanteet ja potilaan toimenpideyksikköön kuljettaminen koetaan niin ikään kuormittavaksi. Hoitotyö on ruumiillisesti raskasta erityisesti vuodeosastoilla, joiden henkilöstöstä kaksi kolmasosaa pitää työtään usein tai jatkuvasti fyysisesti kuormittavana. Raskaimmaksi työnsä kokevat perushoitotyötä tekevät ja sairaanhoitajat (Laine, Wickström, Pentti, Elovainio & Kaarela-Tuomaala 2005, 24).

Hoitajissa vajaakuntoisten määrä on lisääntynyt. Heillä on muun muassa nostamistyön tekemistä rajoitettu fyysisen syyn vuoksi. Työtä tulee tarvittaessa keventää. Ergonomisesti oikein valituilla ja käytetyillä työvälineillä ehkäistään ennen kaikkea tuki- ja liikuntaelinten haitallista kuormittumista ja sairauksia. (Terveydenhuollon Työsuojelun valvontahankkeen loppuraportti 2008, 41.)

Henkilöstön mitoitus ja hoitotyön laatu ovat yhteydessä toisiinsa. Vähäinen henkilöstömitoitus ja sairaanhoitajien pieni osuus hoitajista ovat yhteydessä heikkoon laatuun (Voutilainen, Isola, Backman 2005, 172). Henkilökuntaa on työvuoroissa liian vähän työmäärään nähden lähes joka toisessa työvuorossa. Se vähentää hoitoyön laatua keskimäärin 17 % (Partanen 2002, 3). Vuorotyö ei ole ihmiselle haitatonta. Se kuormittaa ihmisen elimistöä (Nykänen 2009, 33). Aamuvuoro koetaan raskaammaksi kuin ilta- tai yövuorot, vaikka aamuvuorossa on enemmän hoitajia (Nuikka 2002, 76–84).

Kiire on lisääntynyt hoitotyössä viimevuosina (Laaksonen 2000, 6-7; Nuikka 2002, 5). Hoitaja kokee olevansa ylikuormittuneessa tilanteessa, kun työt ruuhkautuvat tai mikään ei tunnu tulevan valmiiksi (Partanen ym. 2005, 40; Laine ym. 2005, 28). Jatkuva kiire ja muutokset koetaan raskaiksi (Piiroinen, Lahti, Lindqist, Hupli & Leino-Kilpi 2002, 47). Työtahtiin ei voi vaikuttaa eikä taukoja ehdi pitää. Ne aiheuttavat fyysistä ja psyykkistä kuormitusta (Martimo ym. 2010, 94; Partanen ym. 2005, 23, 37–40). Kuormituksen lisääntyminen näkyy muun muassa potilasvahinkoina (Partanen ym. 2005, 23, 37–40). Kiireinen ja ylikuormittunut hoitaja unohtelee asioita selvästi normaalia useammin (Parvikko 2002, 6-7).

Tutkimuksen mukaan hankalaa niska-hartiasärkyä, päänsärkyä ja väsymystä kokee 16 % sairaanhoitajista. Lisäksi hoitajien kokemia muita epämukavia melko lyhytaikaisia oireita ovat selkäsärky, verenpaineen kohoaminen, henkinen paine, hermostuneisuus, vatsavaivat, ummetus (Nuikka 2002, 52) ja unihäiriöt (Martimo ym. 2010, 94). Yli vuoden kestäviä kuormittumisen oireita ovat olleet selkäsärky, suonikohjut, atooppinen ihottuma sekä punasoluja virtsassa. (Nuikka 2002, 52).

2.3.2. Psykososiaalinen kuormittuminen

Psyykkistä kuormitusta (kuva 1) kuvataan hoitajan sanallisesti ilmaistujen kokemusten kautta. Kuormitusta kuvaavia käsitteitä ovat muun muassa stressi ja työtyytyväisyys (Martimo ym. 2010, 94; Terveydenhuollon työsuojelun loppuraportti 2008, 33–34). Työtyytyväisyyteen on viime aikoina liitetty myös käsite ”työn imu”. Psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät tekijät myös sosiaalisesta ympäristöstä, siksi puhutaan psykososiaalisista tekijöistä. (Martimo ym. 2010, 94.)

Psyykkinen kuormittuminen voi olla terveyttä vaarantavaa haitallista yli- tai alikuormitusta (Terveydenhuollon työsuojelun loppuraportti 2008, 33–34). Haitallisia kuormitustekijöitä ovat yhtäjaksoisesti kuormittava työ tai työn sisällöstä, puutteellisesta työn hallinnasta tai työjärjestelyistä johtuvat tekijät (Martimo ym. 2010, 94; Terveydenhuollon työsuojelun loppuraportti 2008, 33–34). Psyykkinen kuormittuminen näkyy sairauspoissaoloina ja vaikeuksina palkata henkilökuntaa, jos työpaikassa tiedetään olevan kovat työpaineet henkilökuntavajauksen vuoksi. Sairauspoissaoloja terve-

yskeskuksissa oli vuonna 2007 keskimäärin 16 päivää vuodessa /työntekijä. (Terveydenhuollon työsuojelun loppuraportti 2008, 33–34.)

Psyykkinen kuormitus on vahvasti yhteydessä fyysisten oireiden kokemisen ja tulkintaan. Mahdollisuus säädellä itse työtään ja sosiaalinen tuki vaikuttavat hoitajan psyykkiseen hyvinvointiin. Psyykkisen kuormituksen on todettu aiheuttavan hartialihaksen aktivoitumista reilusti yli sen tason, jota tarvittaisiin. Myös unihäiriöt, joiden on todettu olevan yhteydessä selkävaivoihin, liittyvät psyykkiseen kuormitukseen. (Martimo ym. 2010, 94–95.)

Kansteen, Lipposen, Kyngäksen & Ukkolan (2008, 282–284) tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijän työstään saama arvostus on yhteydessä erityisesti psyykkisiin voimavaroihin ja tyytyväisyyteen. Kolme neljästä tutkimukseen osallistuneesta oli sitä mieltä, että hänen tekemää työtään arvostetaan työyksikössä perusterveydenhuollossa. Arvostuksen puute heikentää työmotivaatiota. Hoitotyön arvostus näkyy palkassa, jonka ei koeta olevan työn vaativuuden tasolla. (Huttunen, Kvist & Partanen 2009, 24–25.)

Toisarvoiset työt vievät aikaa erityisesti vuodeosastoilla. Hoitajista 43 % kokee, että toisarvoiset työt vievät aikaa tärkeämmiltä, kuten varsinaiselta hoitotyöltä. Aikaa kuluu erilaisten asioiden hoitamiseen. Myös työtehtäviä on siirretty muulta henkilökunnalta (esimerkiksi sihteereiltä) hoitohenkilökunnalle. Nämä rasittavat varsinkin sairaanhoitajia. (Laine ym. 2005, 26.)

Potilaat ovat kuormittavia sekä usein moniongelmaisia ja mielenterveysongelmista kärsiviä (Laine ym. 2005, 17; Partanen ym. 2005, 30). He ovat myös vaikeampihoitoisia ja heidän määränsä lisääntyminen johtaa huomattavaan ylipaikoilla hoitamisen lisääntymiseen. Se lisää työpaineita ja psykososiaalista kuormittumista. (Terveydenhuollon työsuojelun loppuraportti 2008, 33–34.)

Hoitotyön nopeatahtinen kehittäminen ja jatkuvat muutokset aiheuttavat väsymystä ja työmotivaation laskua (Huttunen ym. 2009, 24–25; Laine ym. 2005, 26). Jos työn vaatimukset ja kuormitus kasvavat yli hoitajan osaamisen rajan, voi seurauksena olla stressin kokemuksia ja uupumusta. Työ houkuttaa, mutta samalla myös vie voimat ja uuvuttaa. Tilanne estää tai vaikeuttaa uuden oppimista. (Parvikko 2002, 6–7.)

2.3.3. Väsyminen

Kun työntekijä ei kestä työn aiheuttamaa haitallista psyykkistä kuormittumista, hän väsyy (kuva 1) (Terveydenhuollon työsuojelun loppuraportti 2008, 33–34). Voimakkaasta emotionaalisesta väsymyksestä kärsii hoitajista lähes joka viides. Puolella hoitajista esiintyy keskimääräistä työuupumusta. Noin kymmenesosalla työuupumus on voimakasta. (Kanste 2005, 5.) Uupumusasteista väsymystä koetaan enemmän kuin ammatillisen itsetunnon heikkenemistä ja kyynistymistä (Jalonen 2010, 18; Työterveyslaitos 2009). Työssä esiintyvistä tunteista mm. mielenkiintoa ja innostusta kokee usein kolme neljästä hoitajasta. Riittämättömyyden tunteita on erityisesti vuodeosastojen hoitajilla. (Laine ym. 2005, 32; Psyykkisesti kuormittava työ 2009.)

Ihmiset reagoivat omalla tavallaan kuormitukseen ja stressiin. Stressaantuneella ihmisellä biologinen puolustusjärjestelmä heikkenee ja juuri se altistaa ihmisen tyypillisille stressioireille ja sairauksille. Toisilla korostuvat fyysiset toisilla psyykkiset oireet. Stressaantuneella ihmisellä ajatukset kiertävät kehää ja hänellä on huono keskittymiskyky. Ahdistuneisuus, ärtyneisyys, pelko ja jännittyneisyys valtaavat ihmismielen. Muisti heikkenee ja päätöksenteko vaikeutuu. (Nummelin 2008, 75–77; Psyykkisesti kuormittava työ 2009.) Tunteiden latistuminen aiheuttaa sen, ettei mikään tunnu enää miltään. Luovuus katoaa, mielikuvat ja haaveet vähenevät. Unihäiriöt ja kyynisyys lisääntyvät. Sosiaaliset kontaktit vähenevät, ilo ja nauru katoavat. Ihminen haluaa olla yksinään ja hänen itsetuntonsa on usein heikko. Samalla kun liikunnan määrä vähenee lisääntyvät huonot ruokailutottumukset ja nautintoaineet. Fyysisinä oireina ilmenee muun muassa tuki- ja liikuntaelinvaivoja, sydänoireita, päänsärkyä ja migreenikohtauksia sekä erilaisia kipuja ja särkyjä. Ihmisen on tärkeä oppia tunnistamaan itselleen tyypilliset stressioireet, ettei kuormitus pääsisi kasvamaan liian suureksi. (Nummelin 2008, 75–77.)

Yleisin työuupumukseen johtavan kierteen syy on jatkuva kiire, joka johtaa stressiin ja uupumiseen. Kiireeseen jouduttuaan hoitaja pyrkii sopeuttamaan itseään yhä kiihtyvämpään tahtiin luopuen omasta ajastaan. (Merikallio 2005, 5.) Työuupumukselle on ominaista kokonaisvaltainen pitkäaikainen väsymys, kyynistyminen ja ammatillisen itsetunnon heikkeneminen. Kyynistyminen näkyy muun muassa työn mielekkyyden ja työnilon katoamisena sekä työn merkityksen kyseenalaistamisena Myös työn hallin-

nan tunne saattaa kadota. Hoitotyössä kyynistyminen näkyy etäiseksi ja kylmäksi muuttuneena suhtautumisena ihmisiin (Psyykkisesti kuormittava työ 2009).

Tärkeää on elämän tasapainottaminen niin, että lepoon ja rentoutumiseen jää riittävästi aikaa (Nummelin 2008, 75–77). Työn hallintaa ja jaksamista yleensä edistävät perhe, vapaa-aika (Piiroinen, Lahti, Lindqvist, Hupli & Leino-Kilpi 2002,43) ja harrastukset sekä huumori (Nykänen 2009, 35). Lisäksi ihmisten välinen ilon ja palkitsevuuden kokemuksia tuottava vastavuoroisuus suhteessa työtovereihin ja potilaisiin lisää työhyvinvointia. Tutkimuksen mukaan hoitajavastavuoroisuus, jossa on yhteisöllisyyttä, jakamista, yksilöllisyyden sallimista ja tunnevapautta lisäävät hoitajien työhyvinvointia. (Utriainen, Kyngäs & Nikkilä 2007, 320–322.)

2.4. Yhteenveto työn kuormittavuudesta

Työn kuormittavuus jakaantuu kolmeen osaan. Sopivasti kuormittavassa työssä on haasteita riittävästi ja työn määrä on sopiva. Sopivasti kuormittava työ edistää työhyvinvointia. Alikuormittavassa työssä ei ole tarpeeksi haasteita ja työ on henkisesti kuormittavaa. Ylikuormittavassa työssä on liikaa haasteita ja työn määrään ei voi vaikuttaa. Sekä ali- että ylikuormittava työ vähentävät työhyvinvointia. Ylikuormittava työ voidaan jakaa fyysiseen kuormittumiseen ja psykososiaaliseen kuormittumiseen. (Nummelin 2008, 69–74.)

Fyysisiä kuormittumistekijöitä ovat muun muassa ruumiillisesti raskas työ, hankalat työasennot, staattinen työ, käsien voiman käyttö, taakkojen käsittely ja toistotyö (Ketola 2003, 10–11; Martimo ym. 2010, 92). Erityisesti hoitajia kuormittavat lisäksi erilaiset hoitotoimenpiteet (Nuikka 2002, 76–84), henkilöstön vähäisyys (Partanen 2002, 3), vuorotyö (Nuikka 2002, 76–84; Nykänen 2009, 33) sekä kiire (Piiroinen ym. 2002, 47). Hoitotyö on ruumiillisesti raskasta erityisesti vuodeosastoilla, joiden henkilöstöstä kaksi kolmasosaa pitää työtään usein tai jatkuvasti fyysisesti kuormittavana. Raskaimmaksi työnsä kokevat perushoitotyötä tekevät ja sairaanhoitajat. (Laine ym. 2005, 24.) Fyysisen kuormittumisen merkkejä ovat muun muassa niska-hartiasärky, päänsärky, selkäsärky, väsymys, verenpaineen kohoaminen, vatsavaivat, ummetus, hermostuneisuus, unihäiriöt sekä atooppinen ihottuma (Martimo ym. 2010, 94; Nuikka 2002, 52).

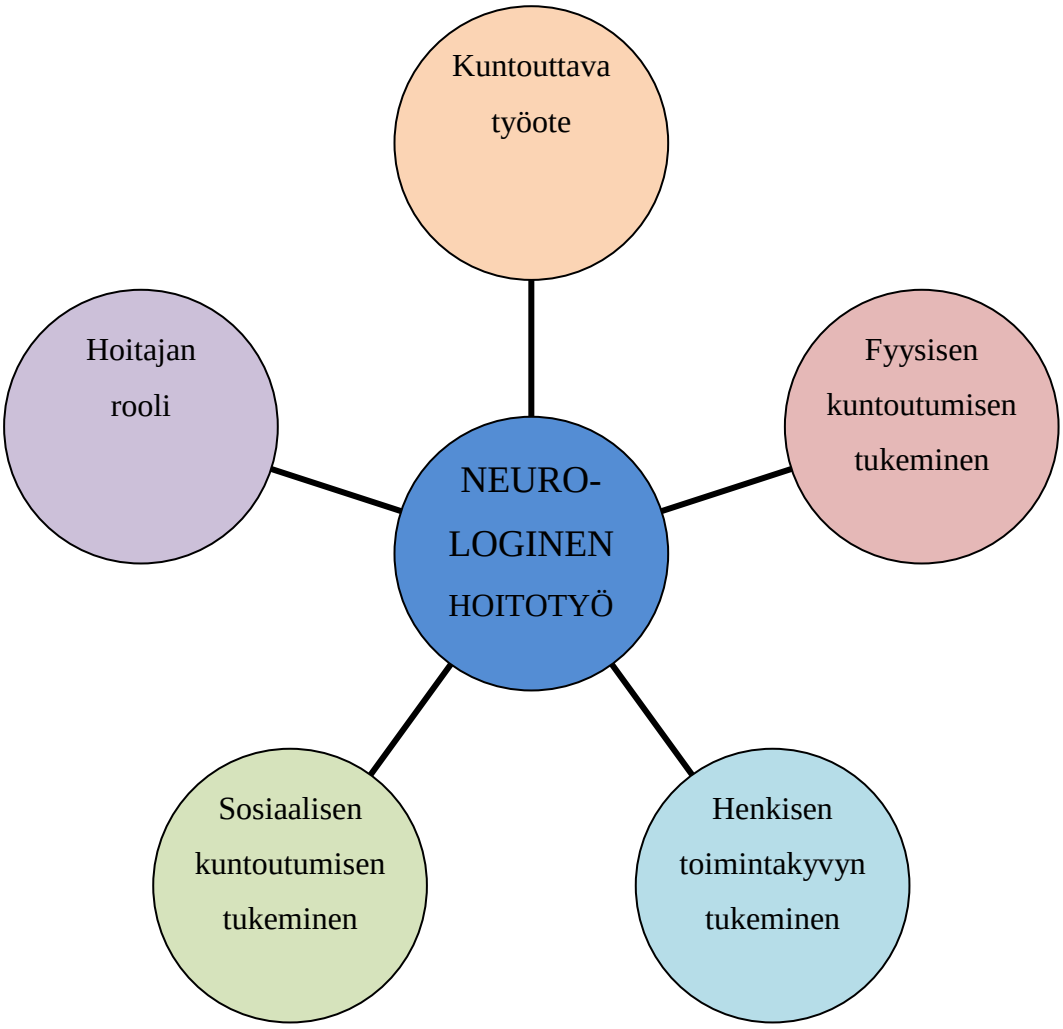
Psykososiaalisia kuormittumistekijöitä ovat yhtäjaksoisesti kuormittava työ, työn sisällöstä, puutteellisesta työn hallinnasta tai työjärjestelyistä johtuvat tekijät (Martimo ym. 2010, 94; Terveydenhuollon työsuojelun loppuraportti 2008, 33–34). Toisarvoiset työt (Laine ym. 2005,3), hoitotyön nopeatahtinen kehittäminen sekä jatkuvat muutokset kuormittavat hoitajaa henkisesti ja laskevat työmotivaatiota (Huttunen ym. 2009, 24–25; Laine ym. 2005,3).). Psykososiaalista kuormitusta lisää myös se, että potilaat ovat kuormittavia sekä usein moniongelmaisia ja mielenterveysongelmista kärsiviä (Laine ym. 2005, 17; Partanen ym. 2005, 30).

Fyysinen ja psykososiaalinen kuormittuminen työssä voidaan nähdä erilaisina väsymisen merkkeinä. Tyypillisimpiä merkeistä ovat asioiden unohtelu (Nummelin 2008, 75–77), voimakas emotionaalinen väsymys, uupumus (Kanste 2005, 5), riittämättömyyden tunteet (Laine ym. 2005, 32) ja stressi sekä muita oireita esimerkiksi ahdistuneisuus, ärtyneisyys, pelko sekä tunteiden latistuminen (Nummelin 2008, 75–77).

3 SAIRAANHOITAJAT JA LÄHIHOITAJAT NEUROLOGISEN POTILAAN KUNTOUTTAJANA

Aivovauriopotilaan kuntoutuksella rajoitetaan aivovaurion vaikutuksia jokapäiväiseen elämään käyttämällä erilaisia terapeuttisia ja ongelmaratkaisuun liittyviä menetelmiä. Kuntoutuja ja hänen läheisensä ovat kuntoutuksen aktiivisia osallistujia. Aivovauriopotilaalle tehdään kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan kuntoutujan toimintakyky, sosiaalinen tilanne, aiempi kuntoutus, kuntoutuksen tavoitteet, tiedot kuntoutuksen sisällöstä ja ajoituksesta, moniammatillisesta yhteistyöstä sekä kuntoutuksen seurannasta ja arvioinnista. Moniammatillinen kuntoutussuunnitelma laaditaan yhdessä kuntoutujan kanssa. (Wikström, Meretoja, Hietanen, Huusko, Ihalainen, Järvikoski, Karhuvaara, Kivekäs, Lindstam, Niinistö, Nyfors, Peurala, Pohjolainen, Vainikainen & Ylinen 2008, 2.) Lisäksi omien voimavarojen arviointi ja hoitotyön menetelmien nimeäminen sekä kotiutuksen varmistaminen kuuluvat kuntoutuksen suunnitteluun (Haapaniemi, Routasalo & Arve 2006, 202).

Tavoitteena aivohalvauspotilaan kuntoutuksessa on toimintakyvyn saavuttaminen ja menetettyjen taitojen uudelleen oppiminen sekä mahdollisimman hyvä elämänlaatu. On tärkeää saada kuntoutuja ymmärtämään oman kuntoutuksensa tavoitteet ja saada hänet aktiivisesti mukaan. Aivohalvauspotilaan aktiivista kuntoutusta jatketaan jopa vuoden, jos selvää edistymistä tapahtuu. (Soinila, Kaste, Somer 2001, 296–297; Salmenperä ym. 2002, 54.) Neurologinen hoitotyö koostuu monesta osa-alueesta. Näitä ovat kuntouttava työote, fyysisen kuntoutumisen tukeminen, henkisen toimintakyvyn tukeminen sekä sosiaalisen kuntoutumisen tukeminen. Hoitajan rooli eri muotoineen on tärkeä osa hoitotyötä.



Kuva 2. Neurologinen hoitotyö

3.1. Kuntouttava työote

Hoitotyön tehtävänä on selviytymisen edistäminen ja terveysongelmien haittojen lievittäminen. Kuntouttavassa hoitotyössä (kuva 2) hoitajat tukevat potilaan toimintakykyä hoitotyön menetelmiä käyttäen. Kuntoutumisen edellytyksenä on hoitajan sitoutuminen kuntoutukseen. Kuntouttava hoitotyö on moniammatillista yhteistyötä. (Routasalo & Lauri 2001, 207–216.) Hoitaja tekee tavoitteet kuntoutumiselle yhdessä potilaan ja moniammatillisen työryhmän kanssa yhteistyössä yhteisiä toimintaperiaatteita toteuttaen. Tärkeää on, että potilaan tila huomioidaan kokonaisvaltaisesti. Hänen arvot sekä tausta otetaan huomioon ja hänen itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. (Mäntynen 2007, 65–66.)

Potilaan auttaminen ja ohjaus on ympärivuorokautista. Kaikki päivittäiset toiminnot kuten peseytyminen, pukeutuminen, syöminen, liikkuminen ja wc:ssä käynti ovat kuntouttavia tapahtumia. (Mäntynen 2007, 77; Salmenperä ym. 2002, 54–55.) Hoitotyötä hallitsee kuntouttava työote (Wikström ym. 2008, 9). Hoitaja ohjaa potilasta niin, että potilas mahdollisimman paljon tekee itse. Ohjauksessa otetaan koko keho mukaan toimintaan ja samalla helpotetaan potilaan liikkeitä sekä tasapainon hallintaa. Lihasjäykkyyttä pyritään helpottamaan aktivoinnilla. Potilas on kuntoutuja, ja hänellä on toiminnallinen sekä osallistuva rooli. Hoitajat saavat potilasta ohjatessaan koko ajan tietoa hänen osallistumisestaan ja toiminnallisesta tasostaan. Yleiskunnon kasvaessa potilas saa lisää motivaatiota, jolloin sitoutuminen kuntoutukseen lisääntyy. Potilas saa myös myönteisiä elämyksiä, jotka kannustavat jatkamaan kuntoilua. Tärkeää on omatoimisuuteen tukeminen ja kannustaminen. Vuorovaikutustaidot ovat tärkeässä asemassa. Tämä jatkuva motivoiminen vaatii hoitajalta voimia ja erityisesti motivoitumattomat potilaat kuormittavat hoitajaa. (Laine ym. 2005, 20.) Hoitajien yhtenäiset työtavat edesauttavat hyviä hoitotuloksia potilaan kuntoutumisessa (Mäntynen 2007, 77; Salmenperä ym. 2002, 54–55). Mäkipeuran, Meretojan, Virta-Heleniuksen & Huplin (2007, 156) tutkimuksen mukaan hoitajien ammattipätevyys on erittäin hyvää tarkkailutehtäviin, auttamiseen, hätätilanteiden hallintaan sekä opettamiseen ja ohjaamiseen liittyvissä työtehtävissä. Utriaisen ym. (2007, 320–321) mukaan hyvän tuottaminen potilaalle ja kokemus sekä tietoisuus hyvin tekemisestä lisäävät hoitajien työhyvinvointia. Liian voimakas halu toimia potilaan hyväksi voi muodostua myös uhkatekijäksi, jos hoitaja tekee sen oman hyvinvointinsa kustannuksella.

3.2. Hoitajan rooli

Hoitajan rooli (kuva 2) kuntoutumisen tukemisessa on monesti *tiedon antaja*. Hoitaja antaa potilaalle tietoa, mitä kuntoutus on ja miten sitä edistetään hoitotyön keinoin. Hoitaja on *kanssakulkija*. Hän ottaa huomioon potilaan ja hänen omaisensa. Hän luo myönteisen ilmapiirin kuntoutumisen edistämiseksi. Hoitaja on *kannustaja*. Hän suhtautuu ystävällisesti potilaaseen, rohkaisee, käyttää huumoria työssään ja vahvistaa toivoa. Hoitaja on *auttaja*. Hoitajat käyttävät yhtenäisiä työskentelytapoja ja ovat huolellisia sekä perus- että lääkehoidossa. Hoitaja on *koordinoija*. Hän selvittää potilaan taustiedot, toimintakyvyn ja voimavarat. Hän osallistuu kuntoutumisen tavoitteiden suunnitteluun ja jatkuvaan arviointiin sekä varmistaa kotiutumisen. (Haapaniemi, Routasalo & Arve 2006, 202–204.) Mäkipeuran ym. (2007, 156–157) tutkimuksen mukaan neurologisen potilaan hoitajan työroolissa ammatti-identiteetti toimii voimavarana. Hoitaja toimii itseohjautuvasti ja hankkii melko aktiivisesti tutkittua tietoa.

3.3. Fyysinen kuntoutumisen tukeminen

Fyysisen kuntoutumisen tukeminen (kuva 2) jokapäiväisessä elämässä kuuluu sairaanhoitajan tehtäväalueeseen. Sairastumisen alkuvaiheesta lähtien on asentohoito tärkeää. Asentohoidolla on tarkoitus estää ihon painehaavaumat ja nivelten liikerajoitukset. Asentohoidolla edistetään myös liman poistumista hengitysteistä ja aspiraatiota. Asentoa vaihdetaan kyljeltä toiselle n. kahden tunnin välein. Ihon kuntoa seurataan ja tarvittaessa painetta kevennetään haavaumille alttiilta kohdilta kuten ristiselkä, kyljet, lonkat, kehräsluut, lapaluut, takaraivo ja kantapäät. Asennon vaihdoilla on myös potilasta piristävä vaikutus. (Forsbom, Kärki, Leppänen, & Sairanen, R. 2001, 77; Rissanen ym. 2008, 257; Salmenperä ym. 2002, 57.)

Potilaan liikkuminen toteutetaan vaiheittain. Ohjaus aloitetaan vähemmän vaativammista askareista edeten asteittain vaativampiin, koko ajan seuraten kuntoutumisen edistymistä: kääntyminen ja siirtyminen vuoteessa, istumaan nousu ja istumisen hallinta, seisomaan nousu ja seisonta-asennon hallinta sekä kävely. (Forsbom ym. 2001, 77–82; Salmenperä ym. 2002, 58.) Istumatasapainon ja seisonta-asennon harjoittelu kuuluu jokaiseen päivään. Istuminen pöydän ääressä on tärkeää paremman istuma-asennon vuoksi. Hoitaja auttaa potilasta nousemaan istumaan oikein: kyljen kautta,

potilas toimivalla kädellä työntäen itsensä istumaan, hoitaja hartioista ja lonkasta auttaen. Potilas siirtyy yleensä pyörätuoliin ruokailemaan. Hyvä ruokailuasento on tärkeää myös nielemisen kannalta. Kävelyharjoitukset kuuluvat hoitajalle potilaan kunnon mukaan. Potilas tarvitsee usein tukea huimausoireiden ja tasapainovaikeuksien vuoksi. Päivittäiset arkirutiinit esim. wc-käynnit tarjoavat hyvät mahdollisuudet kävelyn harjoittelulle. (Forsbom ym. 2001, 86–97; Salmenperä ym. 2002, 57; Rissanen ym. 2008, 258.) Hoitaja ohjaa ja auttaa potilasta jokaisessa kuntoutumisen vaiheessa samalla huolehtien, että potilaan halvaantunut puoli on mahdollisimman aktiivisesti normaaleissa toiminnoissa mukana. Potilaan kanssa harjoitellaan myös porraskävelyä ja lattialta ylösnousua ennen sairaalasta lähtöä. Niitä opettavat yleensä fysioterapeutit. (Forsbom ym. 2001, 77–82; Salmenperä ym. 2002, 58.) Potilaiden määrä on kasvanut, siirtojen määrä on lisääntynyt ja useimmiten työ on näiltä osin muuttunut raskaammaksi. Potilaiden siirrot ovat riippuvaisia hoidettavien määrästä ja hoitoisuusluokasta. Siirtojen määrään vaikuttavat tilojen asianmukaisuus ja apuvälineiden käyttömahdollisuus. Hoitajien vähäisen määrän vuoksi ei työparia siirtoon ole aina mahdollista saada, jolloin myös aivohalvauspotilaita joutuu siirtämään yksin. Työympäristö, esim. kuumuus lisää siirtojen kuormittavuutta. Osastoilla on yleensä lämmintä ja esimerkiksi suihkuhuoneessa on oltava erityisen lämmintä, ettei potilaita palele. (Terveydenhuollon työsuojelun loppuraportti 2008, 41.)

Pukeutuminen ja riisuminen vievät hoitajan ajasta paljon. Pukeutumisen ja riisumisen uudelleen opettelu ovat aivohalvauspotilaalle hyvää harjoitusta. Potilaalle saattaa alkuvaiheessa tuottaa vaikeuksia itsenäinen vaatteiden valinta ja pukeutuminen. Tämä voi johtua mm. havainnoinnin häiriöstä, joka voi vaikeuttaa vaatekappaleiden tunnistamista. Potilaalla saattaa olla myös vaikeuksia ymmärtää, mitä vaateilla tulisi tehdä. (Forsbom ym. 2001, 100–102.) Olisi hyvä, jos potilas voisi käyttää omia vaatteitaan myös sairaalassa. Aivohalvauspotilaalle on olemassa omat ohjeet, miten vaatteet tulisi pukea ja riisua. Periaatteena kuitenkin on, että pukeutumisessa halvaantunut raaja puetaan ensin ja riisuutumisessa halvaantunut raaja riisutaan viimeiseksi. Hoitaja auttaa ja ohjaa potilasta pukeutumaan ja riisuutumaan oikealla tavalla, jotta potilas oppisi tekemään sen myös itsenäisesti. (Forsbom ym. 2001, 100–107; Salmenperä ym. 2002, 61–63.)

Aivohalvauspotilaan hoidossa hoitajan on tärkeää kiinnittää huomiota hygieniaan, koska potilas ei välttämättä kykene siitä itsenäisesti suoriutumaan. Hoitajan tulee seurata potilaan suunhoitoa, koska monesti aivohalvauspotilaalla on nielemis- ja sylkemisvaikeuksia ja kielen liikkeiden hallinta voi olla heikkoa. Potilas viedään suihkuun yleensä suihkutuolilla, jossa hän istuu tukevasti. Pesutiloissa huolehditaan potilaan turvallisuudesta. Potilasta ohjataan riisuutumisessa, hanojen käytössä, suihkun käytössä ja peseytymisessä. Halvaantunut puoli otetaan mahdollisuuksien mukaan toimintaan ja pyritään toimimaan symmetrisesti. (Salmenperä ym. 2002, 64–66.)

Pusher-oireisto tarkoittaa potilaan toimivamman puolen käyttämistä yliaktiivisesti. Potilas kokee turvattomuutta ja siksi työntää itseään voimakkaasti muuttaakseen asentoaan. Potilas ei hahmota itseään eikä ympäristöään. Kun potilasta siirretään, pelkää hän putoavansa terveelle puolelleen ja työntää siksi vielä voimakkaammin itseään. Hoitajien tulee huolehtia potilaan turvallisuudesta tarkoin. Hyvän istumatapapainon säilyttämiseksi voidaan terveelle puolelle laittaa esim. pöytä, johon potilas voi nojata pelkäämättä kaatuvansa. Näin hän ei työnnä itseään halvaantuneelle puolelle. Myös vuoteen laittaminen seinään vasten niin, että terve puoli saa tuen seinästä, hillitsee Pusher-oireistoa. (Salmenperä ym. 2002, 70.) Potilaiden kokema hallinnan tunne siirtotilanteessa ja oma aktiivisuus siirtymisessä ovat parempia oikeanlaisella siirtotekniikalla. Potilaat kokevat menetelmät myös turvallisiksi ja miellyttäviksi. Potilaiden ottama tuki muualta kuin hoitajasta on merkittävä seikka hoitajien kuormittumisen vähenemisessä. Lisäksi kuormittumiseen selvästi vaikuttava tekijä on, että potilaat pystyvät paremmin osallistumaan siirtymiseensä, kun hoitajat aktivoivat potilaita tehokkaammin ja antavat siirtymiseen enemmän aikaa ja tilaa. (Tamminen-Peter 2005, 5.)

3.4. Henkisen toimintakyvyn tukeminen

Henkisen toimintakyvyn tukeminen (kuva 2) on tärkeää. Aivohalvauspotilaan tunne-elämän sekä käyttäytymisen muutokset ovat mahdollisia ja tunneilmaisut eivät aina välttämättä vastaa sitä, mitä hän tuntee. Hän saattaa näyttää iloiselta, vaikka onkin todellisuudessa masentunut. Potilaalla todetaan usein sietokyvyn laskua, epävarmuutta, mielialaherkkyyttä, mielialan laskua, näköalattomuutta, toivottomuutta, keskittymiskyvyttömyyttä sekä muisti- ja oppimisvaikeuksia. Sopeutuminen sairastumisen aiheuttamaan tilanteeseen on vaikeaa. (Rissanen ym. 2008, 255.) Ärtymystä aiheuttavat ih-

miset, melu, rauhattomat tilanteet ja erilaiset ympäristön äänet sekä kaaos. Hoitaja voi auttaa potilasta olemalla itse rauhallinen ja minimoida ärsyttäviä tilanteita. Masennusta voidaan hoitaa lääkityksellä. (Forsbom ym. 2001,134; Rissanen ym. 2008, 256.)

Hoidon lisäksi potilaalle ja hänen omaisilleen annetaan tietoa sairaudesta ja kuntoutusmahdollisuuksista. Potilaan toivoa ja motivaatiota tuetaan, jotta hän jaksaisi uskoa kuntoutumismahdollisuuksiinsa. Potilaan omien voimavarojen löytäminen ja vahvistaminen on tärkeää. Omat voimavarat ovat apuna omatoimisuuden tukemisessa. Myös potilaan omaisen voimavarojen vahvistaminen auttaa potilasta. (Mäntynen 2007, 67; Rissanen ym. 2008, 258.) Potilaan ja hänen omaistensa tahto ja toiveet huomioidaan yksilöllisesti sekä hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetaan (Mäntynen 2007, 83; Salmenperä ym. 2002, 54). Grantin ym. tutkimuksen mukaan omaisten hoitajille annettu koulutus ja ohjaus parantavat hoitajien mielenterveyttä ja heidän rooliin liittyviä emotionaalisia ongelmia. Omaisten koulutuksen on myös todettu vähentävän hoitajien masennusta. (Grant, Elliot, Weaver, Bartolucci, Newman & Giger 2002, 2060.)

3.5. Sosiaalisen kuntoutumisen tukeminen

Sosiaalisen kuntoutumisen tukeminen (kuva 2) on tärkeää kommunikaatiovaikeuksien vuoksi. Vasempaan aivopuoliskoon kohdistunut vaurio aiheuttaa yleensä afasian eli kielellisten kykyjen häiriön tai kielellisen kyvyn menettämistä. Tällöin puheen ymmärtäminen, sen tuottaminen, kirjoittaminen, lukeminen ja vieraiden kielten osaaminen häiriintyvät. (Salmenperä ym. 2002, 67.)

Afasian vaikeusaste ja luonne riippuvat aivovaurion paikasta ja laajuudesta. Vaikeassa häiriössä potilaan kyky ymmärtää puhetta on hyvin heikko ja hän saattaa olla täysin puhumaton. Hän ei ymmärrä kirjoitusta eikä osaa itse kirjoittaa. Lievemmissä vaurioissa haitta-aste on lievempi ja puhekyky saattaa palautua jonkin ajan kuluttua. Sanojen muistamisessa ja löytämisessä saattaa olla vaikeuksia. Afasiaa, joka vaikeuttaa puheen tuottamista kutsutaan ekspressiiviseksi. Reseptiiviseksi sanotaan afasiaa, joka vaikeuttaa puheen ymmärtämistä. (Salmenperä ym. 2002, 67.)

Kommunikoidessa potilaan kanssa, jolla on afasia, hoitajan tulee pitää häneen katsekontakti. On tärkeää, että potilas näkee hoitajan kasvot ja suun liikkeet hänen puhues-

saan. Hoitajien tulee puhua yksi kerrallaan ja selventää samalla viestiä ilmein ja elein. Hoitajan ei pidä puhua potilaan puolesta, vaan hän on tasavertainen kumppani. Hoitaja antaa aikaa potilaalle etsiä sanat ja muodostaa lauseensa. Hoitaja puhuu normaalilla äänellä ja toistaa puheensa tarvittaessa. (Salmenperä ym. 2002, 68.)

3.6. Erityisongelmat hoitotyössä

Väkivalta ja sen uhka ovat lisääntyneet sairaaloissa (Laaksonen 2000, 6–7; Terveydenhuollon työsuojelun loppuraportti 2008, 26). Potilaiden väkivaltaisuus huolestuttaa ja kuormittaa yli viidesosaa hoitajista vuodeosastoilla (Laine ym. 2005, 26). Myös huutelun ja nimittelyn kohteeksi joutuminen lisää kuormitusta työssä (Partanen ym. 2005, 30; Terveydenhuollon työsuojelun loppuraportti 2008, 32). Potilaiden ja omaisten aiheuttama sanallinen häirintä, häiritsevät puhelut sekä teksti- ja sähköpostiviestit ovat lisääntyneet. Niitä voidaan ajatella myös henkisinä väkivaltatapauksina. (Terveydenhuollon työsuojelun loppuraportti 2008, 32.) Yleisintä sekä fyysinen että henkinen väkivalta on vanhustenhuollossa terveyskeskusten vuodeosastoilla, joissa se on jopa ongelma. Terveyskeskusten osastojen hoitajia kuormittavat erityisesti käytöshäiriöiset potilaat. Kuormitus ilmenee yleensä hoitajan psyykkisenä kuormituksena. (Heponiemi, Sinervo, Kuokkanen, Perälä, Laaksonen & Elovainio 2009, 16–17.)

3.7. Yhteenveto neurologisesta hoitotyöstä

Neurologinen hoitotyö koostuu monesta osa-alueesta. Hoitotyötä hallitsee kuntouttava työote. (Wikström ym. 2008, 9.) Potilaan auttaminen ja ohjaus on ympärivuorokautista. Kaikki päivittäiset toiminnot kuten peseytyminen, pukeutuminen, syöminen, liikkuminen ja wc:ssä käynti ovat kuntouttavia tapahtumia. (Mäntynen 2007, 77; Salmenperä ym. 2002, 54–55.) Hoitaja ohjaa potilasta niin, että potilas mahdollisimman paljon tekee itse. Potilas on kuntoutuja ja hänellä on toiminnallinen sekä osallistuva rooli. Tärkeää on omatoimisuuteen tukeminen ja kannustaminen. Tämä jatkuva motivoiminen vaatii hoitajalta voimia ja erityisesti motivoitumattomat potilaat kuormittavat hoitajaa. (Laine ym. 2005, 20.) Hoitajien yhtenäiset työtavat edesauttavat hyviä hoitotuloksia potilaan kuntoutumisessa (Mäntynen 2007, 77; Salmenperä ym. 2002, 54–55).

Fyysisen kuntoutumisen tukeminen on tärkeää neurologisen potilaan hoitotyössä. Hyvä asentohoito ehkäisee muun muassa painehaavaumia ja nivelten liikerajoituksia. (Forsbom ym. 2001, 77; Rissanen ym. 2008, 257; Salmenperä ym. 2002, 57.) Potilaan liikkuminen toteutetaan vaiheittain. Ohjaus aloitetaan vähemmän vaativammista askareista edeten asteittain vaativampiin, koko ajan seuraten kuntoutumisen edistymistä: kääntyminen ja siirtyminen vuoteessa, istumaan nousu ja istumisen hallinta, seisomaan nousu ja seisonta-asennon hallinta sekä kävely. Hoitaja auttaa ja ohjaa potilasta pukeutumaan ja riisuutumaan sekä peseytymään oikealla tavalla, jotta potilas oppisi tekemään sen myös itsenäisesti. (Forsbom ym. 2001, 77–107; Salmenperä ym. 2002, 58–63.)

Henkisen toimintakyvyn tukeminen sekä sosiaalisen kuntoutumisen tukeminen on tärkeää neurologisen potilaan hoitotyössä. Potilaalla todetaan usein sietokyvyn laskua, epävarmuutta, mielialaherkkyyttä, mielialan laskua, näköalattomuutta, toivottomuutta, keskittymiskyvyttömyyttä sekä muisti- ja oppimisvaikeuksia. Sopeutuminen sairastumisen aiheuttamaan tilanteeseen on vaikeaa, siksi potilas tarvitsee paljon tukea. (Rissanen ym. 2008, 255.) Potilaan toivoa ja motivaatiota tuetaan, jotta hän jaksaisi uskoa kuntoutumismahdollisuuksiinsa. Potilaan omien voimavarojen löytäminen ja vahvistaminen on tärkeää. Myös potilaan omaisten voimavarojen vahvistaminen auttaa potilasta. Hoidon lisäksi potilaalle ja hänen omaisilleen annetaan tietoa sairaudesta ja kuntoutusmahdollisuuksista. (Mäntynen 2007, 67; Rissanen ym. 2008, 258.) Omaisten hoitajille annettu koulutus ja ohjaus parantavat hoitajien mielenterveyttä, emotionaalisia ongelmia ja masennusta (Grant ym. 2002, 2060). Sosiaalisen kuntoutumisen tukeminen on erityisen tärkeää afasiaa sairastavalla potilaalla (Salmenperä ym. 2002, 67).

Hoitajan rooli eri muotoineen on tärkeä osa hoitajan ammatti-identiteettiä sekä työvälineenä osa hoitotyötä. Haapaniemen ym. (2006, 202–204) mukaan hoitaja on tiedon antaja, kanssakulkija, kannustaja, auttaja ja hoidon koordinoija. Mäkipeuran ym. (2007, 156–157) tutkimuksen mukaan neurologisen potilaan hoitajan työroolissa ammatti-identiteetti toimii voimavarana. Hoitaja toimii itseohjautuvasti ja hankkii melko aktiivisesti tutkittua tietoa.

Väkivalta ja sen uhka ovat lisääntyneet (Laaksonen 2000, 6-7; Terveydenhuollon työsuojelun loppuraportti 2008, 26). Hoitajia kuormittaa sairaaloissa erityisesti potilaiden

väkivaltaisuus (Laine ym. 2005, 26), huutelun ja nimittelyn kohteeksi joutuminen (Partanen ym. 2005, 30; Terveydenhuollon työsuojelun loppuraportti 2008, 32) sekä käytöshäiriöiset potilaat (Heponiemi ym. 2009, 16–17). Potilaiden ja omaisten aiheuttama sanallinen häirintä, häiritsevät puhelut sekä teksti- ja sähköpostiviestit kuormittavat myös hoitajia (Terveydenhuollon työsuojelun loppuraportti 2008, 32). Yleisintä sekä fyysinen että henkinen väkivalta on vanhustenhuollossa terveyskeskusten vuodeosastoilla, joissa se on jopa ongelma (Heponiemi ym. 2009, 16–17).

4 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksella pyritään selvittämään hoitajien työn kuormitusta neurologisella kuntoutusosastolla kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta. Tavoitteena on selvittää millaista osaamista tarvitaan laadukkaan neurologisen hoitotyön saavuttamiseksi, ja millaiseksi hoitajat kokevat työnsä neurologisella osastolla. Lisäksi on tavoitteena selvittää, mitkä tekijät kuormittavat hoitajaa ja miten kuormitus ilmenee hoitajan työssä. Tässä tutkimuksessa keskitytään hoitajien subjektiivisiin näkemyksiin ja kokemuksiin työn kuormittavuudesta Kotkan terveyskeskuksen Karhulan sairaalan osasto neljällä.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaista osaamista tarvitaan neurologisen potilaan hoitotyössä?
2. Mitkä tekijät kuormittavat hoitajaa neurologisen potilaan hoitotyössä?
3. Miten kuormitus ilmenee hoitajan työssä?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1. Tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen tutkimus, jota tässä tutkimuksessa käytetään, tarkoittaa määrällistä tutkimusmenetelmää. Sen tyypillisiä piirteitä ovat kyselylomake, otanta, ihmisjoukot

ja vastaaja on tuntematon. Määrällisessä tutkimuksessa voidaan käyttää myös muiden keräämiä tutkimusaineistoja. Tietoja voi hankkia tilastoista, rekistereistä ja tietokannoista. (Vilkka 2005, 73–76.)

Työn kuormittavuuden teoriatietoon ja aikaisempiin tutkimustuloksiin on perehdytty ennen tutkimusongelmien ja tutkimuskysymysten määrittelyä. Tutkimusongelmat ja tutkimuskysymykset ovat määritelty teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Tavoitteet täsmentyivät teoriatiedon tutkimisen edetessä. Kysymykset ovat laadittu tämän tutkimuksen teoriatiedon ja tutkimusongelmien pohjalta. Tutkimusmenetelmän valinnassa on käytetty apuna tutkimuskirjallisuutta. (vrt. Heikkilä 2008, 22–25.) Tutkimusmenetelmäksi on valittu kyselytutkimus, koska se oli tutkittavien toive. Kyselylomakkeella saadun aineiston avulla pyritään kuvailemaan, selittämään ja vertailemaan työn kuormitusta. Kyselytutkimus on hyvä aineiston keruumenetelmä silloin, kun käsitellään arkaluontoisia asioita. Henkilökohtaiset kysymykset työn kuormittavuudesta voidaan kokea arkaluontoisiksi. (vrt. Hirsjärvi ym. 2009, 134; Vilkka 2005, 73–74.)

5.1.1. Kohderyhmä ja otanta

Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä oli koko Karhulan sairaalan osasto neljän hoitohenkilökunta sekä sairaanhoitajat että lähihoitajat. Hoitohenkilökuntaa on yhteensä 13, joista yksi on osastonhoitaja. Hän ei osallistu käytännön hoitotyöhön. Sairaanhoitajia on 7 ja lähihoitajia 5. Perusjoukon ja otoksen valinnassa otin huomioon koko hoitohenkilökunnan. Kyselyyn ei siis ole valittu vain sairaanhoitajia. Myöskään Kotkan Rekryn varahenkilöitä ei ole otettu mukaan tutkimukseen, vaikka monet heistä tekevät usein työtä varahenkilönä Karhulan sairaalan osasto neljällä. Kysely annettiin kaikille hoitajille, koska hoitajien määrä on pieni eikä erityistä pienempää, edustavaa pienoiskuvaa hoitajista (perusjoukko) kannattanut käyttää. Otantaa käytetään yleensä vain silloin, kun perusjoukko on suuri. (vrt. Heikkilä 2008, 33–34.)

5.1.2. Kysely menetelmänä ja lomakkeen laadinta

Tiedonkeruuvälineen rakentaminen tarkoittaa kyselylomakkeen laatimista (Heikkilä 2008, 25). Määrällisessä tutkimuksessa tärkein asia on kyselylomakkeen suunnittelu. Kyselylomakkeen perusta on hyvin tehdyssä tutkimussuunnitelmassa. Tutkimussuun-

nitelma on lähetetty tutkimuslupahakemuksen kanssa Kotkan Kaupungin hyvinvointipalvelujen terveydenhuollon vastuualueen terveysjohtajalle. Tutkimusluvan saamisen jälkeen on perehdytty kyselyn tekemiseen tutkimuskirjallisuuden avulla. (vrt. Vilkka 2005, 84.) Kyselylomakkeen muotoilu on suurimpia haasteita, joskin tutkimus on siten helppo toteuttaa. Karhulan sairaalan osasto neljällä olevan kiireen takia on päädytty kysymyslomakkeeseen, koska vastaamiseen kuluu vain vähän aikaa ja vastata voi vaikka yövuorossa. (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2000, 44–45.). Jokainen vastaaja lukee itse kirjalliset kysymykset ja vastaa niihin kirjallisesti (vrt. Vilkka 2005, 74).

Kyselylomakkeessa käytetään Likertin asteikon mielipideväittämiä sekä yhdestä kolmeen avointa kysymystä, jolla saadaan myös laadullista tietoa työn kuormituksesta. Likertin asteikossa mielipideväittämät ovat yleensä 4- tai 5-portaisen järjestysasteikon tasoinen asteikko. Toisen ääripäänä siinä on *täysin samaa mieltä* ja toisena *täysin eri mieltä*. Vastaaja valitsee asteikolta mielipidettään parhaiten vastaavan vaihtoehdon. Likertin asteikko on tässä tutkimuksessa parempi vaihtoehto kysymysten asettelussa kuin suorat *kyllä* tai *ei* vastaukset. (vrt. Heikkilä 2008, 53.)

Kyselylomakkeen avoimissa kysymyksissä vastaaja voi kirjoittaa vastauksensa vapaasti. Avoimet kysymykset ovat laadullisia kysymyksiä ja niiden tarkoituksena on saada laadullista tietoa työn kuormittavuudesta. (vrt. Vilkka 2007, 62.) Avoimien kysymysten etuna on helppous laatia sekä se, että voidaan saada vastauksia, joita ei etukäteen huomattukaan, esimerkiksi hyviä ideoita. Avoimien kysymysten huonoina puolina on vastaamatta jättämisen helppous sekä sanallisten vastausten luokittelun vaikeus. Juuri luokittelun vaikeuden tähden ei tähän kysymyslomakkeeseen tule useita avoimia kysymyksiä. (vrt. Heikkilä 2008, 49.)

Muuttuja on havaintoyksikköön liittyvä ominaisuus, joka on luontevasti mitattavissa. Tutkimusvastausten analysointi edellyttää, että muuttujille annetaan jokin arvo. Kyselylomaketta suunnitellessa on muuttujille annettu arvo ja muuttujista on tehty taulukko (liite 2). Muuttujien väittämät perustuvat aikaisempiin tutkimustuloksiin työn kuormittavuudesta. Pääasialliset tässä tutkimuksessa käytetyt tutkimukset ovat taulukoitu tutkimustaulukkoon (liite 1). Laadukkaan neurologisen osuuden väittämät perustuvat ammattikirjallisuuteen, jota on käytetty neurologisen hoitotyön osuudessa. Tässä tut-

kimuksessa käytetään myös havaintomatriisia, josta selkeästi ilmenevät väittämät ja vastaajien vastaukset. (vrt. Vilkka 2005, 89–90, 181.)

Hyvä kyselylomake on selkeä, siisti ja houkuttelevan näköinen, joten lomakkeen ulkonäköön sekä vastaamisen helppouteen on panostettu. Kyselyn pituuteen on kiinnitetty myös huomiota, ettei kyselyyn vastaaminen veisi kohtuuttomasti aikaa. Kyselyyn vastaamiseen annettiin riittävästi aikaa, jotta vastaajalla on mahdollisuus vastata kysymyksiin hänelle sopivana aikana. Erityisesti kysymysten asetteluun ja selkeisiin vastausohjeisiin on panostettu. Vain yhtä asiaa kerrallaan on kysytty ja kysymykset on yritetty laittaa mahdollisimman loogiseen järjestykseen. Avoimet kysymykset ovat viimeisinä. (vrt. Heikkilä 2008, 48–49.) Lomakkeen tulee olla tarpeeksi lyhyt, esitestattu ja sen tulee antaa vastaajalle tunne siitä, että hänen vastauksensa ovat tärkeitä. Tämän tutkimuksen kyselylomake esitestattiin yhdellä hoitajalla, joka ajoittain työskentelee Karhulan sairaalan osasto neljällä. (vrt. Heikkilä 2008, 48–49; Vilkka 2007,78–79.)

5.2. Tutkimusaineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin osasto neljän hoitohenkilökunnalta kyselylomakkeella. Kohderyhmä oli tutkijalle tuttu, joten strukturoitu kyselylomake oli hyvä valinta objektiivisuuden ja anonymiteetin säilyttämiseksi. Kyselyyn vastattiin nimettömästi. Kysymyslomakkeet laitettiin suljettavaan kirjekuoreen, jotta vastaajan anonymiteetti säilyisi, eivätkä muut vastaajat voisi käsialasta tunnistaa vastaajaa. Taustatietona on työkokemus hoitoalalta ja työsuhteen kesto nykyisessä työpaikassa.

Tutkimuslomakkeeseen on sisällytetty sekä saatekirje (liite 4) että varsinainen kysymyslomake (liite 3). Saatekirjeen tarkoituksena on motivoida hoitajia täyttämään kyselylomake sekä selvittää, mihin tarkoitukseen hän tietojaan ja mielipiteitään ja mihin niitä käytetään. Koska saatekirje saattaa ratkaista, osallistuuko hoitaja tutkimukseen vai ei, on siitä tehty mahdollisimman lyhyt ja kohtelias. Vain tärkeimmät asiat on kerrottu lyhyesti ja ytimekkäästi. (vrt. Heikkilä 2008, 61; Vilkka 2007, 80–81.)

5.3. Tutkimusaineiston analysointi

Määrällisessä tutkimuksessa on tavoitteena perustella muuttujia koskevia väitteitä numeroiden ja tilastollisen yhteyden avulla. Tämä tutkimusaineisto analysoidaan ja taulukoidaan. Taulukossa on helpointa käsitellä tutkimusaineistosta saatua tietoa ja ryhmitellä aineisto sopivaan muotoon. (Vilkka 2005, 89–94.) Taulukkoa kutsutaan myös havaintomatriisiksi (Heikkilä 2008, 123; Vilkka 2005, 89–94). Havaintomatriisi on taulukko, jossa yleensä tilastoyksiköitä vastaavat vaakarivit ja pystysarakkeet muuttujia (Heikkilä 2008, 123). Tutkimusaineistoa voidaan käsitellä tietokoneella Excel- ohjelmalla, joita on käytetty taulukoissa 1–5 (vrt. Vilkka 2005, 89–94).

Kahden luokitellun muuttujan välistä yhteyttä tutkitaan *ristiintaulukoinnilla*. Ristiintaulukointi selvittää, millä tavalla ne vaikuttavat toisiinsa. Muuttujat esitetään samassa niin, että toinen muuttuja asettuu sarakkeille ja toinen asettuu riveille (sarakemuuttujat ja rivimuuttujat). *Sarakemuuttujaksi* kannattaa valita selittävä eli riippumaton muuttuja (esimerkiksi sukupuoli, ikä jne.). Tässä tutkimuksessa sarakemuuttujat ovat kuitenkin Likertin asteikon väittämiä. *Rivimuuttujaksi* kannattaa yleensä valita riippuva muuttuja eli seuraus, mutta vaakarivimuuttujina tutkimuksessa ovat riippumattomat muuttujat. Myös tällöin ovat keskenään vertailevat arvot vierekkäin (vrt. Heikkilä 2008, 210). Tutkimustuloksissa (taulukot 1-5) on viisiportaista Likertin asteikkoa yhdistetty ääripäiden mielipiteiden suhteen siten, että täysin ja jokseenkin samaa mieltä on yhdistetty sekä täysin ja jokseenkin eri mieltä on myös yhdistetty yhdeksi vastaukseksi.

Avoimissa kysymyksissä tutkimusaineiston analyysinä käytetään aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jossa tutkijan tehtävänä on löytää toiminnan logiikka tai tyypillinen kertomus. Avoimien kysymysten mielipiteet pelkistetään ja siitä erotetaan tutkimusongelman kannalta epäolennainen tieto säilyttäen kuitenkin kaikki tarpeellinen. Mikä on raskainta ja parasta työssäni? -kysymyksissä vastaukset tiivistetään ja pilkotaan osiin. Tiivistämistä ohjaavat tutkimuskysymykset. Aineisto ryhmitellään johdonmukaisiksi kokonaisuuksiksi ja analyysiyksiköiksi esim. sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Ryhmät nimetään kuvaavalla ”kattokäsitteellä”. Tuloksena muodostuu käsitteitä ja luokitteluja, jotka esitetään kirjallisesti selitettynä sekä graafisesti. (vrt. Vilkka 2005, 140.)

Tutkimuksen tulokset taulukoidaan ja selitetään kirjallisesti. Osa tuloksista esitetään graafisessa muodossa. Kuvio on nopea tapa välittää tietoa. Graafisen kuvion on oltava selkeä ja yksiselitteinen. Hyvä kuvio kertoo kuvattavan ilmiön tarinan. Hyvä tilastokuvio välittää tiedon visuaalisesti ja suuren määrän tietoa pienessä kuviossa. Se ei vääristä tietoihin liittyvää sanomaa. Se saa katsojan kiinnostumaan asiasta, rohkaisee tekemään vertailuja ja antaa monitasoisen oivalluksen. (vrt. Heikkilä 2008, 154.)

6. TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselyyn vastasi 12 henkilöstä kymmenen (N=10), joten vastausprosentiksi muodostui 83 %. Kyselyyn oli aikaa vastata kolme viikkoa. Vastaukset laitettiin suljettuun kirjekuoreen anonymiteetin säilyttämisen takia. Vastauslomakkeita ei lue kukaan muu kuin tutkija ja ne hävitetään asianmukaisesti työn valmistuttua.

6.1. Vastaajien taustatiedot

Vastaajista yhdellä oli 0 – 5 vuoden ja yhdeksällä yli 10 vuoden työkokemus hoitoalalta. Nykyisessä työpaikassaan Karhulan sairaalan neurologisella osastolla kuusi vastaajaa oli työskennellyt 0 – 5 vuotta ja neljä yli kymmenen vuotta. Kukaan ei sijoittunut kohtaan 6 – 10 vuotta, ei työkokemuksen eikä työskentelyajan osalta.

6.2. Hoitajien mielipiteitä laadukkaasta neurologisesta hoitotyöstä

Laadukkaassa neurologisessa hoitotyössä kysyttiin mielipiteitä kuntouttavasta työotteesta, potilaan ja omaisten ohjaamisesta, hoitajan roolista, potilaan kuntoutumisen tukemisesta sekä potilaan toimintakyvyn tukemisesta (liite 3).

Vastaajista kaikki kymmenen hoitajaa olivat täysin samaa mieltä siitä, että hoitotyössä on tärkeää kuntouttavan työotteen käyttäminen ja vuorovaikutustaidot potilaan kanssa. Potilaan ohjaaminen ja neuvonta koettiin niin ikään tärkeäksi. Potilaan fyysisen kuntoutumisen tukemisen tärkeydestä olivat myös kaikki kymmenen hoitajaa täysin samaa mieltä (taulukko1).

Hoitajan roolia koskevassa väittämässä ammatti-identiteetistä on voimavarana, vastaajista yhdeksän kymmenestä oli samaa tai jokseenkin samaa mieltä. Yksi ei osannut määrittää kantaansa. Sen sijaan kaikki vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että hoitajan rooliin kuuluu tiedon antaminen potilaalle. Hoitajaa piti kanssakulkijana ja auttajana seitsemän vastaajista. Kolme ei osannut määrittää kantaansa. (taulukko 1).

Kaikki vastaajat pitivät potilaan henkisen toimintakyvyn tukemista sekä omaisten ohjaamista erittäin tärkeänä. Vastaajista kolme piti melko tärkeänä omaisten ohjaamista. Sosiaalista kuntoutumisen tukemista piti yhdeksän erittäin tärkeänä. Yksi ei osannut määrittää kantaansa (taulukko1).

Taulukko 1. Laadukkaassa neurologisessa hoitotyössä on tärkeää (n=10)

Väittämä (f)	*Täysin tai jokseenkin eri mieltä*	*En samaa enkä eri mieltä*	*Täysin tai jokseenkin samaa mieltä*
Kuntouttavan työotteen käyttäminen	-	-	10
Vuorovaikutustaidot potilaan kanssa	-	-	10
Potilaan ohjaaminen ja neuvonta	-	-	10
Hoitajan ammatti-identiteetti on voimavara	-	1	9
Hoitajan rooliin kuuluu tiedon antaminen	-	-	10
Hoitaja on kanssakulkija ja auttaja	-	3	7
Potilaan fyysisen kuntoutumisen tukeminen	-	-	10
Potilaan henkisen toimintakyvyn tukeminen	-	-	10
Omaisten ohjaaminen ja neuvonta	-	-	10
Sosiaalisen kuntoutumisen tukeminen	-	1	9

6.3. Hoitajien kokemuksia työn fyysisestä kuormituksesta

Vastaajilta kysyttiin väittäminä neurologisella osastolla mahdollisesti ilmeneviä työn kuormitukseen liittyviä asioita. Väittämissä on keskitytty fyysisesti kuormittaviin asi-

oihin, perushoidollisiin töihin, potilaiden nostoihin ja siirtoihin, kuntouttavaan hoitotyöhön ja liian suureen työmäärään (liite 3), (taulukko 2).

Vähiten hajontaa vastauksissa on liian suuren työmäärän osalta, jossa täysin samaa mieltä oli kahdeksan ja jokseenkin samaa mieltä oli kaksi vastaajista. Muissa väittämissä vastaukset ovat jakaantuneet enemmän. Toisarvoiset työt vievät aikaa hoitotyöltä kuudella vastaajalla, kolme ei osannut määrittää kantaansa ja yhdellä toisarvoiset työt eivät vie aikaa hoitotyöltä (taulukko 2).

Neljän vastaajan mielestä yksin hoitaminen kuormitti erittäin tai melko paljon, neljä ei osannut määrittää kantaansa ja kahta yksin hoitaminen ei kuormittanut lainkaan. Kuntouttavan työotteen käyttäminen hoitotyössä kuormitti viittä vastaajaa. Yksi ei osannut määrittää kantaansa ja kolmea kuntouttavan työotteen käyttäminen ei kuormittanut lainkaan. Myös käsin tehtäviä nostoja ja siirtoja vastaajista yhdeksän kymmenestä piti kuormittavina ja ainoastaan yksi ei pitänyt käsin tehtäviä nostoja ja siirtoja kuormittavina (taulukko 2).

Perushoidollisissa töissä kymmenestä vastaajasta ei kokenut peseytymisessä avustamista kuormittavaksi. Kaksi vastaajista ei osannut määrittää kantaansa ja kahta peseytymisessä avustaminen kuormittaa jonkin verran. Myös syömisessä avustamista kuusi kymmenestä vastaajasta ei kokenut kuormittavaksi. Kaksi ei osannut määrittää kantaansa, ja kahta syömisessä avustaminen kuormitti jonkin verran (taulukko 2).

Potilaan asentohoito ja liikkumisessa avustaminen koettiin kuormittavaksi. Kahdeksan kymmenestä vastaajasta koki asentohoidon ja liikkumisessa avustamisen kuormittavaksi ja kaksi ei osannut määrittää kantaansa. Potilaan, jolla on Pusher-oireisto, hoitaminen koettiin kuormittavaksi. Vastaajista yhdeksän kymmenestä koki pusher-oireiston omaavan potilaan hoitamisen kuormittavaksi ja vain yksi ei osannut määrittää kantaansa (taulukko 2).

Taulukko 2. Hoitajien kokemuksia työn fyysisestä kuormituksesta (n=10)

Väittämä (f)	*Täysin tai jokseenkin eri mieltä*	*En samaa enkä eri mieltä*	*Täysin tai jokseenkin samaa mieltä*
Liian suuri työmäärä	-	-	10
Toisarvoiset työt vievät aikaa hoitotyöltä	1	3	6
Yksin hoitaminen	2	4	4
Kuntouttavan työotteen käyttäminen	3	2	5
Käsin tehtävät nostot ja siirrot	1	-	9
Potilaan peseytymisessä avustaminen	6	2	2
Potilaan syömisessä avustaminen	6	2	2
Asentohoito ja liikkumisessa avustaminen	-	2	8
Pusher-oireiston omaavan potilaan hoitaminen	-	1	9

6.4. Hoitajien kokemuksia työn henkisestä ja sosiaalisesta kuormituksesta

Hoitajilta kysyttiin väittäminä mahdollisia henkisesti ja sosiaalisesti kuormittavia asioita Karhulan sairaalan osasto neljällä. Väittämissä keskityttiin kommunikaatio-ongelmiin, väkivaltaan ja käytöshäiriöihin. Myös muutokset työpaikalla sekä kiire olivat tutkinnan kohteena (liite 3), (taulukko 3).

Kaikki kymmenen vastaajaa oli täysin samaa mieltä siitä, että kiire kuormitti heitä erittäin paljon henkisesti ja sosiaalisesti. Hoitosuunnitelman tekeminen kuormittaa viittä vastaajista ja viisi ei osannut määrittää kantaansa. Jatkuvat muutokset kuormittivat vastaajia jonkin verran. Seitsemän vastaajaa kymmenestä koki kuormittuneensa jatkuvista muutoksista. Yksi ei osannut määrittää kantaansa, ja kahta vastaajista ei jatkuvat muutokset kuormittanut lainkaan (taulukko 3).

Potilaiden moniongelmaisuus kuormitti hoitajia kohtuullisen paljon. Peräti seitsemän kymmenestä vastaajasta koki kuormittuneensa potilaiden moniongelmaisuuden takia.

Kolme ei osannut määrittää kantaansa. Kuusi kymmenestä vastaajasta koki kuormittuneensa potilaiden kommunikaatio-ongelmien takia. Kaksi ei osannut määrittää kantaansa ja kaksi ei kokenut kuormittuneensa lainkaan. Motivoitumattomat potilaat kuormittivat kahdeksaa vastaajaa kymmenestä henkisesti ja sosiaalisesti. Yksi ei osannut määrittää kantaansa, ja yksi ei koe kuormittuneensa lainkaan (taulukko 3).

Potilaiden väkivaltaisuus kuormitti henkisesti ja sosiaalisesti vastaajia heidän työssään. Vastaajista kuusi koki kuormittuneensa potilaiden väkivaltaisuudesta. Yksi ei osannut määrittää kantaansa ja kolmea ei kuormittanut potilaiden väkivaltaisuus lainkaan. Kuusi kymmenestä vastaajasta koki kuormittuneensa potilaiden käytöshäiriöistä. Kaksi ei osannut määrittää kantaansa ja kahta ei ole potilaiden käytöshäiriöt kuormittaneet lainkaan. Häirintä ja epäasiallinen kohtelu omaisten taholta on kuormittanut vastaajista seitsemää erittäin paljon. Kaksi ei osannut määrittää kantaansa ja yksi ei kuormittunut lainkaan (taulukko 3).

Taulukko 3. Hoitajien kokemuksia työn henkisestä ja sosiaalisesta kuormituksesta (n=10)

Väittämä (f)	*Täysin tai jokseenkin eri mieltä*	*En samaa enkä eri mieltä*	*Täysin tai jokseenkin samaa mieltä*
Kiire	-	-	10
Hoitosuunnitelman tekeminen	-	5	5
Potilaiden moniongelmaisuus	-	3	7
Kommunikaatio-ongelmat potilaiden kanssa	2	2	6
Motivoitumattomat potilaat	1	1	8
Potilaiden väkivaltaisuus	3	1	6
Potilaiden käytöshäiriöt	2	2	6
Häirintä ja epäasiallinen kohtelu omaisten taholta	1	2	7
Jatkuvat muutokset	2	1	7

6.5. Hoitajien kokemuksia työn kuormituksen ilmenemisestä

Hoitajien kokemuksissa työn kuormituksen ilmenemisessä keskitytään väsymisen fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin. Vastaajien piti vastata väittämiin, jossa kysyttiin viimeaikojen fyysisistä ja psyykkisistä oireista (liite 3), (taulukko 4).

Fyysisiä oireita oli vastaajilla jokseenkin vähän. Säryistä muut paitsi selkäsärky, eivät juuri haittaa Karhulan sairaalan osasto neljän hoitajia. Niska-hartiasärkyä koki vain yksi, yksi ei määrittänyt kantaansa ja seitsemän ei kokenut niska-hartiasärkyä lainkaan. Ajoittaista selkäsärkyä koki neljä kymmenestä vastaajasta. Yksi ei osannut määrittää kantaansa ja viisi kymmenestä ei kokenut selkäsärkyä lainkaan. Päänsärky ei vaivannut usein vastaajia. Kuudella kymmenestä ei ole päänsärkyä usein ja neljä ei osannut määrittää kantaansa (taulukko 4).

Verenpaine oli koholla vain kahdella kymmenestä vastaajasta. Yksi ei osannut määrittää kantaansa ja seitsemällä vastaajista verenpaine ei ole koholla. Kaksi kymmenestä ei osannut määrittää oliko heillä vatsavaivoja. Kahdeksalla kymmenestä vastaajasta ei sen sijaan ollut vatsavaivoja lainkaan (taulukko 4).

Taulukko 4. Väsymiseen liittyvä fyysisiä oireita (n=10)

Väittämä (f)	*Täysin tai jokseenkin eri mieltä*	*En samaa enkä eri mieltä*	*Täysin tai jokseenkin samaa mieltä*
Minulla on usein niska-hartiasärkyä	7	2	1
Selkääni särkee ajoittain	5	1	4
Päänsärky vaivaa minua usein	6	4	-
Verenpaineeni on koholla	7	1	2
Minulla on vatsavaivoja	8	2	-

Väsymisen psyykkisten oireiden väittämissä tulee esille yksilölliset eroavaisuudet. Vastaukset ovat jakaantuneet. Ajoittain hermostuneita oli kuusi kymmenestä vastaajasta. Yksi ei osannut määrittää kantaansa, ja kolme vastaajista ei kokenut olevansa ajoittain hermostunut. Seitsemän kymmenestä vastaajasta koki työnsä liian raskaaksi. Kaksi ei osannut määrittää kantaansa, ja yksi ei kokenut työtään liian raskaaksi. Kuusi kymmenestä vastaajasta oli ajoittain stressaantunut. Kolme vastaajista ei osannut määrittää kantaansa ja yksi ei kokenut itseään stressaantuneeksi (taulukko 5).

Väsymisen merkeistä asioiden unohtelua normaalia useammin koki vain yksi vastaaja kymmenestä. Kolme vastaajaa ei osannut määrittää kantaansa ja kuusi ei kokenut unohtelua normaalia useammin. Riittämättömyyden tunne vaivasi kahdeksaa kymmenestä vastaajasta. Kaksi ei kokenut riittämättömyyden tunteen vaivaavan heitä lainkaan. Väsymys oli jatkuvaa vain yhdellä kymmenestä vastaajasta. Kaksi vastaajaa ei osannut määrittää kantaansa ja seitsemän kymmenestä vastaajasta ei kokenut jatkuvaa väsymystä. Uupumusta tunsi joskus seitsemän kymmenestä vastaajasta. Kaksi vastaajista ei osannut määrittää kantaansa, ja yksi ei tuntenut uupumusta (taulukko 5).

Taulukko 5. Väsymykseen liittyviä psyykkisiä oireita (n=10)

Väittämä (f)	*Täysin tai jokseenkin eri mieltä*	*En samaa enkä eri mieltä*	*Täysin tai jokseenkin samaa mieltä*
Olen ajoittain hermostunut	3	1	6
Tunnen, että työni on liian raskasta	1	2	7
Unohtelen asioita normaalia useammin	6	3	1
Riittämättömyyden tunne vaivaa minua	2	-	8
Väsymys on jatkuvaa	7	2	1
Tunnen joskus uupumusta	1	2	7
Olen ajoittain stressaantunut	1	3	6

6.6. Yleinen työn raskaus Karhulan sairaalan neurologisella osastolla

Hoitajien kokemuksia työn raskaudesta kysyttiin avoimella kysymyksellä (liite 3). Avoin kysymys jakaantui kolmeen teemaan:

1. Raskainta työssäni on:
2. Parasta työssäni on:
3. Kuinka raskaaksi arvioit hoitotyön asteikolla yhdestä viiteen Karhulan sairaalan osasto neljällä?

Raskaimmaksi vastaajat kokevat työssään kiireen (n=8) sekä liian vähäisen hoitohenkilökunnan määrän (n=3). Tästä oli muun muassa seuraavanlaisia mainintoja:

”Potilaiden hoitamiseen tuntuu aikaa olevan liian vähän.”

”Ei ehdi rauhassa paneutua potilaaseen ja hänen ongelmiinsa.”

Raskaaksi työssä koettiin myös fyysinen kuormittavuus (n=2) raskashoitoiset (n=2) ja pusher-oireiston omaavat potilaat (n=1). Huutelevat (n=1) ja käytöshäiriöiset (n=1) potilaat lisäsivät työn raskautta varsinkin, jos osastolla on hoidettavana yhtä aikaa myös kuolevia potilaita. Motivoitumattomat (n=1) ja moniongelmaiset (n=1) potilaat sekä sijaisten vaihtuvuus (n=1) aiheuttivat myös sen, että työ koettiin raskaaksi. Lisäksi riittämättömyyden tunne (n=1) koettiin raskaaksi ja se vaivasi kahdeksaa hoitajaa kymmenestä.

Parhaaksi työssä koettiin työyhteisö. Työyhteisön ilmapiiri oli hyvä ja kannustava (n=3) sekä työtoverit ihania (n=7). Tästä oli seuraavanlaisia mainintoja:

”Hyvät työkaverit, asioista voi puhua niitten oikeilla nimillä.”

”Ihanat työkaverit.”

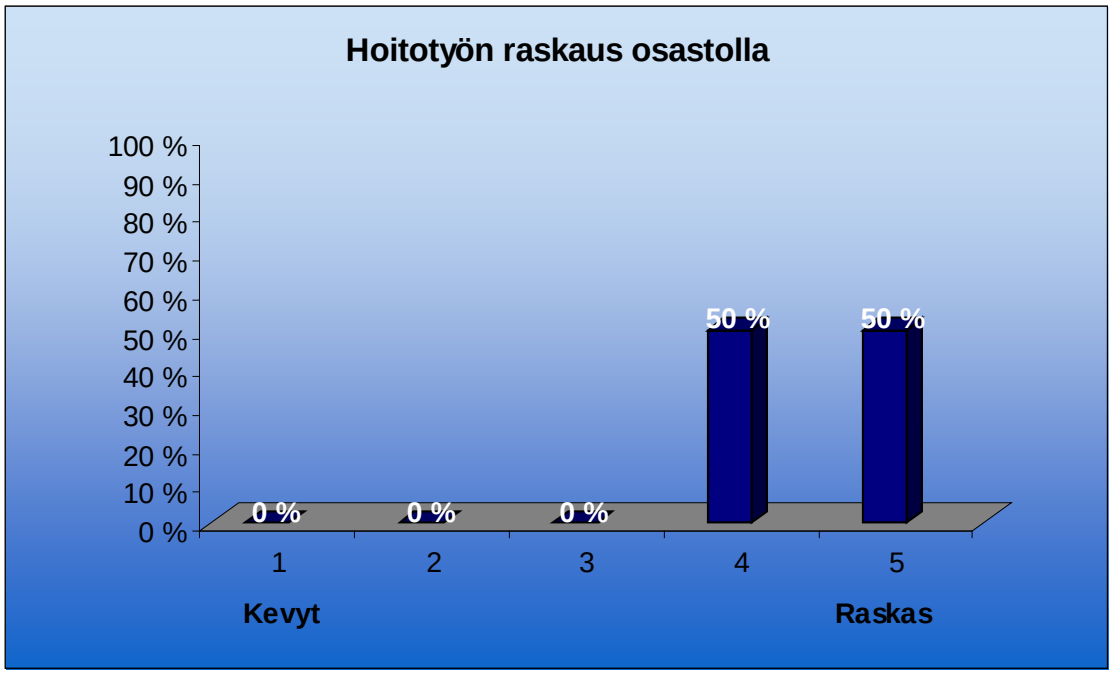
Työssä parhaaksi vastaajat kokivat myös potilaiden kotiutuminen (n=3) ja vaihtuvat potilaat (n=2). Vastaajista kaksi piti potilaita kiitollisina ja mukavina.

Vielä on mainittava kaksi erillistä vastausta, jotka kuvaavat työn parhaita puolia Karhulan sairaalan osasto neljällä:

”Näkee työnsä tulokset.”

”Saan tehdä työtä, josta pidän.”

Kysymysten lopuksi pyysin arvioimaan kuinka raskaaksi vastaaja arvioi hoitotyön Karhulan sairaalan osastolla neljä, käyttäen asteikkoa yhdestä viiteen. Toisessa ääripäässä oli arvio *”kevyt”* ja toisessa päässä arvio *”raskas”*. Vastaajan tuli ympyröidä hänen arviotaan vastaava numero. Vastaukset jakautuivat tasan kahteen osaan. Vastaajista 50 % (n=5) antoi työn raskaudesta arvion viisi. Toiset 50 % (n=5) vastaajista antoi työn raskaudesta arvion neljä. Vastaajat kokivat siis työnsä erittäin tai melko raskaaksi Karhulan sairaalan osasto neljällä (kuva 2).



Kuva 2. Hoitotyön raskaus Karhulan sairaalan osasto neljällä.

Missään edellä olevissa vastauksissa ei tullut esille yhtäläisyyksiä pitkään työkokemukseen tai osastolla työskentelyaikaan. Mitään loogista kaavaa siitä, olisiko työkokemus tai työskentelyaika vaikuttanut vastausten laatuun, ei löytynyt. Vastaukset ovat siis jakaantuneet henkilökohtaisesti, vastaajien omien mielipiteiden ja kokemusten perusteella.

6.7. Yhteenveto tutkimustuloksista

Laadukkaassa neurologisessa hoitotyössä vastaajat pitivät erittäin tärkeänä (n=10) kuntouttavan työotteen käyttämistä, vuorovaikutustaitoja potilaan kanssa sekä potilaan ohjaamista ja neuvontaa. Hoitajan roolissa ammatti-identiteettiä piti voimavarana suurin osa (n=9) vastaajista. Tiedon antamista potilaalle pidettiin erittäin tärkeänä (n=10). Hoitajaa pidettiin kanssakulkijana ja auttajana (n=7). Vastaajat pitivät erittäin tärkeänä potilaan fyysisen kuntoutumisen tukemista (n=10), potilaan henkisen toimintakyvyn tukemista (n=10) sekä omaisten ohjaamista ja neuvontaa (n=10). Myös sosiaalisen kuntoutumisen tukemista pidettiin tärkeänä (n=9).

Hoitajien kokemukset työn fyysisestä kuormituksesta jakaantuivat henkilökohtaisella tasolla. Kaikki vastaajat (n=10) pitivät työmääräänsä liian suurena. Toisarvoiset työt veivät aikaa hoitotyöltä yli puolella (n=6) vastaajista. Yksin hoitaminen kuormitti melkein puolta (n=4) ja kuntouttavan työotteen käyttäminen kuormitti puolta (n=5) vastaajista. Käsin tehtävät nostot ja siirrot kuormittivat vastaajista melkein kaikkia (n=9). Potilaiden peseytymisessä ja syömisessä avustaminen *ei* juuri *kuormittanut* (n=6) vastaajia. Sen sijaan asentohoito ja liikkumisessa avustaminen (n=8) sekä pusher-oireistoiset potilaan hoitaminen (n=9) kuormitti vastaajia.

Kokemuksissaan työn henkisestä ja sosiaalisesta kuormituksesta kaikki vastaajat (n=10) pitivät kuormittavimpana kiirettä. Hoitosuunnitelman tekeminen kuormitti vain puolta (n=5) ja jatkuvat muutokset yli puolta (n=7) vastaajista. Muita paljon kuormittavia tekijöitä olivat potilaiden moniongelmaisuus (n=7), kommunikaatio-ongelmat potilaiden kanssa (n=6), motivoitumattomat (n=8), väkivaltaiset (n=6) ja käytöshäiriöiset potilaat (n=6) sekä häirintä ja epäasiallinen kohtelu omaisten taholta (n=7).

Kysyttäessä väsymiseen liittyviä fyysisiä oireita useimpien vastaajien vastaukset olivat samansuuntaisia. Yli puolella vastaajista *ei ollut* seuraavia oireita: niskahartiasärkyä (n=7), selkäsärkyä (n=5), päänsärkyä (n=6), kohonnutta verenpainetta (n=7) ja vatsavaivoja (n=8). Sen sijaan väsymisen psyykkiset oireet näkyivät useimpien vastaajien kohdalla. Yli puolella vastaajista *oli* seuraavanlaisia oireita: ajoittaista hermostuneisuutta (n=6), tunnetta työn liiallisesta raskaudesta (n=7), riittämättömyyden tunnetta (n=8), joskus uupumuksen tunteita (n=7) ja ajoittaista stressaantumista (n=6). Yli puolella vastaajista (n=7) väsymys *ei ollut* lisääntynyttä unohtelua *eikä* väsymys *ollut* jatkuvaa (n=7).

Seuraavassa on koottuna avoimien kysymysten mielipiteitä. Raskaimmaksi vastaajat kokevat työssään kiireen (n=8) sekä liian vähäisen hoitohenkilökunnan määrän (n=3). Raskaaksi koettiin myös fyysinen kuormittavuus (n=2) raskashoitoiset (n=2) ja pusher-oireistoiset potilaat (n=1). Huutelevat (n=1) ja käytöshäiriöiset (n=1) potilaat lisäsivät työn raskautta varsinkin, jos osastolla oli hoidettavana yhtä aikaa myös kuolevia potilaita sekä motivoitumattomat (n=1) ja moniongelmaiset (n=1) potilaat. Myös sijaisten vaihtuvuus (n=1) lisäsi työn raskautta. Parhaaksi työssä koettiin työyhteisö. Työyhteisön ilmapiiri oli hyvä ja kannustava (n=3) sekä työtoverit ihania (n=7). Työssä parhaaksi vastaajat kokivat myös potilaiden kotiutuminen (n=3) ja vaihtuvat potilaat (n=2). Yleensä ottaen vastaajat kokivat työnsä erittäin (n=5) tai melko (n=5) raskaaksi Karhulan sairaalan osasto neljällä.

7. POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät kuormittavat hoitajaa neurologisen potilaan hoitotyössä sekä miten kuormitus ilmenee. Lisäksi vastausta haettiin siihen, millaista osaamista tarvitaan neurologisen potilaan hoitotyössä, millaista on laadukas neurologinen hoitotyö. Neurologisen osa-alueen väittämät kysyttiin ensin tarkoituksella, ettei työn kuormituksesta jäisi mielikuvia neurologiseen hoitotyöhön liittyviin väittämiin.

7.1. Tutkimustulosten tarkastelua

Neurologisen osa-alueen tutkimustulokset olivat samansuuntaisia teoriatiedon kanssa. Tutkimusväittämissä on keskitytty keskeisempiin neurologisen hoitotyön piirteisiin sekä hoitajan rooliin neurologisella osastolla. Vastaajat pitivät erittäin tärkeänä kuntouttavan työotteen käyttämistä hoitotyössä. Tulos on samansuuntainen tutkimustuloisten (Mäntynen 2007, 77; Routasalo & Lauri 2001, 207-216; Wikström ym. 2008, 9) kanssa. Myös Salmenperän ym. (2002, 54–55) neurologisen hoitotyön kirjallisuuden mukaan kuntouttavan työotteen käyttäminen on tärkeä osa neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyötä. Myös vuorovaikutustaidot potilaan kanssa sekä potilaan ohjaaminen ja neuvonta olivat erittäin tärkeinä pidettyjä asioita neurologisen potilaan kuntouttavassa hoitotyössä ja kuntouttavan työotteen käytössä.

Hoitajan roolin näkevät vastaajat neurologisen potilaan hoitotyössä osittain eri tavalla tutkimustulosten kanssa. Mäkipeuran ym. (2007, 156–157) tutkimuksen mukaan hoitajan työroolissa ammatti-identiteetti toimii voimavarana ja suurin osa (n=9) vastaajista olikin samaa mieltä. Haapaniemi ym. (2006) tutkivat sairaanhoitajia ja perushoitajia iäkkäiden aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutumisen edistäjinä ja löysi hoitajan rooliin erityispiirteitä neurologisella osastolla, joista osaa kysyttiin myös vastaajilta. Tutkimustulokset olivat samansuuntaiset, joskin ei täysin yhteneväiset. Tiedon antaminen kuuluu vastaajien mukaan hoitajan rooliin, eikä vain lääkärin. Vastaajat pitivät tiedon antamista potilaalle erittäin tärkeänä. Sen sijaan vain seitsemän kymmenestä vastaajista piti hoitajaa kanssakulkijana ja auttajana.

Vastaajat pitivät erittäin tärkeänä potilaan fyysisen kuntoutumisen ja henkisen toimintakyvyn tukemista. Tutkimustulokset ovat yhteneväiset aivovauriopotilaan kuntoutusta (Forsbom ym. 2001, 100–134; Rissanen ym. 2008, 255; Salmenperä ym. 2002, 57–70) käsittelevän kirjallisuuden kanssa. Fyysisen kuntoutumisen tukeminen käsittää muun muassa asentohoidon, potilaan liikkumisessa avustamisen ja perushoidon. Henkisen toimintakyvyn tukeminen tarkoittaa, että tuetaan potilasta käyttäytymisen ja mielialan muutoksien aiheuttamissa ongelmissa. Tärkeänä vastaajat pitivät myös omaisten ohjaamista ja neuvontaa, joka on yhteneväistä neurologisen hoitotyön kirjallisuuden (Salmenperä ym. 2002, 54) Mäntysen (2007, 67–83) ja Grant ym. (2002, 2060) tutkimusten kanssa. Sosiaalisen kuntoutumisen tukemisesta vastaajista lähes

kaikki (n=9) piti tärkeänä ja yksi ei osannut ilmaista kantaansa. Tutkimustulos on samansuuntainen neurologisen hoitotyön (Salmenperä ym. 2002, 67–68) kirjallisuuden kanssa. Sosiaalisessa kuntoutumisessa panostetaan kommunikaatio-ongelmien hoitoon. Neurologisella osastolla hoidetaan paljon afasiasta kärsiviä potilaita.

Tutkimustulokset olivat yhteneväiset aiempien tutkimusten (Laaksonen 2000, 6–7; Martimo ym. 2010, 94; Nuikka 2002, 5; Partanen 2002, 3) kanssa siitä, että liian suuri työmäärä ja kiire kuormittavat hoitajia paljon fyysisesti ja henkisesti. Laine ym. (2005, 2) tutkimuksen mukaan hoitajista 43 % kokee, että toisarvoiset työt vievät aikaa tärkeämmiltä, kuten varsinaiselta hoitotyöltä. Aikaa kuluu erilaisten asioiden hoitamiseen. Tutkimustulokset olivat melko samansuuntaiset, mutta tämän tutkimuksen vastaajista yli puolet (n=6) oli sitä mieltä, että aikaa kuluu liikaa muiden asioiden hoitamiseen.

Yksin hoitamisessa ja kuntouttavan työotteen käyttämisessä vastaukset olivat jakaantuneet. Kuntouttavaa työotetta pidetään tärkeänä ja sitä käytetään paljon yksin. Hoitajat ovat koulutettu yksin hoitamiseen ja kuntouttavan työotteen käyttämiseen. Kuitenkin käsin tehtävät nostot ja siirrot kuormittavat myös vastaajia. Tutkimustulokset ovat samansuuntaisia aiempien tutkimusten (Ketola 2003, 10–11; Martimo ym. 2010, 92) kanssa.

Perushoidollisten töiden kuten syömisessä ja peseytymisessä avustamisen tutkimustulokset eivät ole samansuuntaisia Nuikan (2002, 76–84) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan hoitajat kuormittuvat erityisesti ravitsemukseen, erittämiseen, peseytymiseen ja liikkumisen liittyvissä avustamisissa. Sen sijaan asentohoito ja liikkumisessa avustaminen ovat samansuuntaiset Nuikan (2002, 76–84) tutkimuksen kanssa. Myös Laine ym. (2005, 24) toteavat tutkimuksessaan, että raskaimmaksi työnsä kokevat perushoitotyötä tekevät ja sairaanhoitajat erityisesti vuodeosastoilla. Pusher-oireiston omaavan potilaan hoitaminen koettiin niin ikään raskaaksi ja kuormittavaksi.

Hoitosuunnitelmien tekeminen ei kuormita hoitajia paljon. Vain puolet (n=5) hoitajista koki sen kuormittavaksi. Kuitenkin tutkimustulokset ovat samansuuntaisia Nuikan (2002, 76–84) kanssa. Jatkuvat muutokset ja hoitotyön nopeatahtinen kehittäminen kuormittavat tutkimuksen (Huttunen ym. 2009, 24–25; Laine ym. 2005, 25) mukaan

hoitajia ja väsyttävät sekä laskevat työmotivaatiota. Samansuuntaista tutkimustulosta löytyy myös tästä tutkimuksesta. Seitsemän kymmenestä vastaajasta piti jatkuvia muutoksia henkisesti kuormittavina, ja vain kaksi oli eri mieltä asiasta. Tutkimustulokset potilaiden moniongelmaisuuden ja kommunikaatio-ongelmien henkisestä kuormituksesta ovat yhteneväisiä aiempien tutkimusten (Laine ym. 2005, 17; Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008, 33–34) kanssa, jossa todetaan, että potilaat ovat kuormittavia ja usein moniongelmaisia, mielenterveysongelmista kärsiviä sekä yleensäkin vaikeampihoitoisia.

Tutkimustulosten mukaan potilaiden väkivaltaisuus ja käytöshäiriöt ovat kuormittaneet hoitajia henkisesti ja sosiaalisesti. Vielä kuormittavampaa hoitajille on ollut häirintä ja epäasiallinen kohtelu omaisten taholta. Samansuuntaisia ovat myös aiemmat tutkimustulokset (Heponiemi ym. 2009, 16–17; Laaksonen 2000, 6-7; Laine ym. 26; Terveydenhuollon työsuojelun valvontahankkeen loppuraportti 26–32), joissa väkivallan ja sen uhan on todettu lisääntyneen ja sanallinen häirintä sekä nimittely ovat lisänneet hoitajien kuormitusta. Potilaiden käytöshäiriöiden vaikutusta hoitajien kuormitukseen pyysi tutkimaan osastonhoitaja Aila Rantala. Karhulan sairaalan osasto neljällä on käytöshäiriöisiä potilaita ajoittain. Heponiemi ym. (2009, 16–17) mukaan käytöshäiriöiset potilaat kuormittavat erityisesti terveyskeskusten vuodeosastojen hoitohenkilökuntaa. Kuormitus on psyykkistä.

Väsymisen fyysisiä oireita kuten niska-hartiasärkyä, päänsärkyä ja vatsavaivoja ei tutkimustulosten mukaan vastaajilla ilmennyt. Ainoastaan selkäsärkyä oli hieman enemmän (n=4). Myöskään kohonnutta verenpainetta ei ilmennyt suurimmalla osalla. Tutkimustulokset ovat yhteneväisiä Nuikan (2002, 52), jossa hankalaa niska-hartiasärkyä ja päänsärkyä koki vain 16 % sairaanhoitajista. Kuitenkin selkäsärky oli kestänyt osalla jopa yli vuoden.

Väsymisen psyykkisiä oireita oli hieman enemmän kuin fyysisiä oireita. Hoitajat olivat tutkimustulosten mukaan jonkin verran hermostuneita ja stressaantuneita. Vielä enemmän tutkittavilla oli joskus uupumuksen tunteita, riittämättömyyden tunteita sekä tunteita siitä, että työ on liian raskasta. Kuitenkaan tyypillisistä väsymisen psyykkisistä oireista kuten asioiden unohtelusta ja jatkuvasta väsymyksestä ei kärsinyt kuin yksi kymmenestä vastaajasta. Tutkimustulokset olivat vain osittain yhteneväisiä aikaisem-

min tehtyjen tutkimusten kanssa. Kansteen (2005, 5) tutkimuksen mukaan voimakkaasta emotionaalisesta väsymyksestä kärsii joka viides hoitaja ja puolella hoitajista esiintyy keskimääräistä työuupumusta sekä kymmenesosalla voimakasta työuupumusta.

Tutkimustulosten mukaan työ on erittäin tai melko raskasta Karhulan sairaalan osasto neljällä. Asteikolla yhdestä viiteen 50 % vastasi arvosanan viisi ja 50 % arvosanan neljä. Raskaimmiksi asioiksi vastaajat nimesivät kiireen ja vähäisen hoitohenkilökunnan määrän. Parhaimmiksi asioiksi vastaajat nimesivät työyhteisön, työtoverit ja ilmapiirin osastolla. Työ on todettu raskaaksi, mutta silti työntekijät jaksavat ja viihtyvät, eikä osastolla ole suurta vaihtuvuutta henkilökunnassa. Tutkimustulokset ovat samansuuntaiset Nummelinin (2008, 70–74) mukaan. Hänen perusteella hyvässä työilmapiirissä stressi on energisoiva voimavara. Se parantaa ja nostaa mielialaa. Työyhteisössä, jossa voi tuntea itsensä arvostetuksi jäseneksi, se lisää myönteistä tunnelatausta.

7.2. Tutkimuksen luotettavuus

Hirsjärvi & Hurme (2000, 189) toteavat: ”Tutkijan on pystyttävä dokumentoimaan, *miten* hän on päätynyt luokittamaan ja kuvaamaan maailmaa, juuri niin kuin hän on tehnyt. Hänen on pystyttävä perustelemaan menettelynsä uskottavasti, mutta toinen tutkija voi silti päätyä erilaiseen tulokseen ilman, että sitä on välttämättä pidettävä tutkimusmenetelmän heikkoutena tai edes tutkimuksen heikkoutena”.

Tutkimuksen validiteetti eli pätevyys merkitsee tutkimusmenetelmän kykyä mitata, mitä tutkimuksessa oli tarkoitus mitata. Pätevässä tutkimuksessa ei saa olla virheitä, jotka vääristävät tuloksen, esimerkiksi tutkittavat ymmärtävät kysymykset eri tavalla kuin tutkija. Se vääristää tutkimustulokset. Yksi tapa osoittaa pätevyys on muuttujaluettelo ja toinen lähteiden luotettavuus. Muuttujaluettelo on tutkimuksen liitteenä (liite 2). Lähteisiin on erityisesti kiinnitetty huomiota. Ne ovat korkeatasoisia ja luotettavia. Lähteinä on käytetty muun muassa ammattikirjallisuutta ja väitöskirjoja. (Hirsjärvi ym. 2000, 189; Vilkka 2005, 161.)

Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tulosten toistettavuutta. Tutkimus on toistettavissa, eivätkä tulokset ole sattumanvaraisia. (Hirsjärvi ym. 2000, 189; Vilkka 2005, 161.)

Luotettavuus koskee sitä, onko tutkimus tehty oikein. Onko kaikki käytettävissä oleva aineisto otettu huomioon ja onko tiedot litteroitu oikein. Tämän tutkimuksen kysymykset ja väittämät perustuvat aikaisempien tutkimusten tärkeimpien aiheeseen liittyviin tutkimustuloksiin. Tärkeää on, että tutkittavien mielipiteet tulevat ilmi tutkimuksen vastauksissa. Näin ollen tulokset ovat vertailukelpoisia aikaisempien tutkimustulosten kanssa, jossa myös on kysytty hoitajien mielipiteitä. Saatekirjeellä on pyritty turvaamaan samanlainen informaatio tutkimuksesta kaikille tutkimukseen osallistuville. Tutkimuksen tulokset edustavat koko perusjoukkoa. (vrt. Hirsjärvi ym. 2000, 189.)

Tyypillisimpiä virheitä määrällisessä tutkimuksessa ovat: tutkija ei tunne tutkimuskohdettaan, tietoa ei ole saatu riittävästi tai tutkija ei ole ollut huolellinen tutkimuksen tekemisessä. Virheitä on pyritty eliminoimaan juuri sillä, että tutkittava kohde on tutkijalle tuttu ja tutkimustyön tekemisessä on noudatettu huolellisuutta. Tutkimuksen tarkoituksena ei ole ollut tuottaa tutkimuskohteelle eikä tiedeyhteisölle vahinkoa. (vrt. Vilkka 2007, 100–101.)

7.3. Eettiset kysymykset

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleisesti sovittujen pelisääntöjen noudattamista suhteessa tutkimuskohteeseen, kollegoihin, toimeksiantajaan ja suureen yleisöön. *Hyvällä tieteellisellä käytännöllä* tarkoitetaan, että tutkija käyttää tutkimuksessaan sellaisia eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jotka tiedeyhteisö on hyväksynyt. (Vilkka 2005, 29–30.) Hyvään tieteelliseen tapaan kuuluu myös varuillaan olo ja herkkyys eettisten kysymysten suhteen sekä yleinen huolellisuus ja tarkkuus. Luottamuksellinen tiedon kerääminen sekä avoimuus tulosten julkaisemisessa vaativat myös herkkyyttä ja varuillaan oloa. (Vilkka 2007, 91.) Tutkijan on toimittava rehellisesti ja vilpittömästi kunnioittaen toisten tutkijoiden työtä. Toisen tutkijan tutkimustuloksia ei saa käyttää väärin omiin tarkoituksiin. (Vilkka 2005, 29–30.) Tutkijan tehtävänä on myös minimoida tutkimuksen haitat suhteessa hyötyihin esimerkiksi kysymyksiin vastaaminen vie liian kauan aikaa tai anonymiteetti murtuu. (Vilkka 2007, 91.)

Tässä tutkimuksessa on noudatettu tutkimusetiikkaa ja hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimusmenetelminä on käytetty sellaisia menetelmiä, joissa tutkittavien anonymiteetti on säilynyt. Vastaukset ovat käsitelty objektiivisesti, eikä johtopäätöksiä ole ase-

tettu valmiiksi. Tutkimusta tehtäessä on kiinnitetty erityistä huomioita tarkkuuteen, huolellisuuteen ja rehellisyyteen. Tutkimuksen apuna on käytetty tutkimuskirjallisuutta tutkimustavan oikeellisuuden varmistamiseksi. Tutkimuksen eettisiin seikkoihin kuuluu myös se, että kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Tutkittavilla on ollut oikeus kieltäytyä vastaamasta kyselyyn. Kyselyn vastauslomakkeita ei julkisteta, vaan ne hävitetään asianmukaisesti silppurissa tutkimuksen valmistumisen jälkeen, koska tutkimuksen yksityisyyttä koskevat normit ovat yhteneväisiä lainsäädännön kanssa ja koskevat siten kaikkia tutkijoita. (vrt. Vilkka 2007, 92–101.)

7.4. Kehittämisehdotuksia

Tässä tutkimuksessa kyseltiin vain pintapuolisesti voimavaroja ja jaksamiseen liittyviä asioita. Tämä tutkimus on keskittynyt ennemminkin työn kuormittavuuteen osasto neljällä, eikä työssä jaksamiseen. Tutkijaa jäi mietityttämään mistä kaikista osa-alueista ja asioista koostuvat ne voimavarat, jolla hoitohenkilökunta jaksaa tehdä työtään näin raskaalla osastolla? Mikä on se jokin? Toinen mietityttämään jäänyt asia on: millä keinoilla työn kuormitusta voitaisiin vähentää? Olisiko apuvälineistä tai nosto ja siirtolaitteista apua? Kenties lisää koulutusta? Millaista koulutusta? Näitä kysymyksiä voitaisiin kysyä seuraavassa tutkimuksessa Karhulan sairaalan osasto neljällä. Niistä vastauksista voisi saada koulutusmateriaalia työssä jaksamiseen muille raskaille tai vähemmän raskaille osastoille ja työpaikoille. Kehittämisehdotuksina tutkimuksesta nousi seuraavia asioita:

1. Henkilökunnan määrän lisääminen
2. Nosto- ja siirtokoulutukset
3. Nosto- ja siirtolaitteiden lisääminen
4. Selvä työtehtävien jako
5. Mahdollisesti ryhmätyönohjaus
6. Tutustumiskäynnit vastaaviin hoitopaikkoihin
7. Työnantajan taloudellinen tuki työn ja voimavarojen kehittämiseen

7.5. Mietteitä tutkimuksen tekemisestä

Opinnäytetyön tekeminen on ollut erittäin haastavaa, mutta myös antoisaa ja opettavainen prosessi. Opinnäytetyön tekemisen avulla sain valmiuksia tieteelliseen ajatteluun ja tutkimuksen tekemiseen. Opinnäytetyön tekeminen kehitti valmiuksiani hakea näyttöön perustuvaa tietoa ja soveltaa sitä käytäntöön. Opinnäyteyön tekeminen opetti kriittisyyttä lähteiden valinnassa. Työn kuormittavuus on käsitteenä todella laaja ja tämän projektin avulla opin aiheen rajaamisen tärkeyden. Seuraavassa tutkimuksessa osaan väistää suurimpia karikoita tutkimuksen tekemisessä.

LÄHTEET

Elo, A-L., Leppänen, A., Lindström, K. & Ropponen, T. 1990. TSK. Miten käytät työstressikyselyä. Helsinki: Työterveyslaitos.

Forsbom, M-B., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Grant, J., Elliot, T., Weaver, M., Bartolucci, A. & Newman Giger, J. 2002. Telephone Intervention With Family Caregivers of Stroke Survivors After Rehabilitation. University of Alabama School of Nursing. Stroke 33 s. 2060–2065.

Grönfors, S., Sinervo, T. & Elovainio, M. 2001. Työtyytyväisyys, työ- ja organisaatiotekijät sekä hoidon laatu. Hoitotiede 13 s. 227–237.

Haapaniemi, H., Routasalo, P. & Arve, S. 2006. Sairaanhoitajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjänä. Hoitotiede 18 (4) s. 197–208.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heponiemi, T., Sinervo, T., Räsänen, K., Vänskä, J., Halila, H. & Elovainio, M. 2008. Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys – laaja kohorttitutkimus – hankkeen loppuraportti. Stakes raportteja 35/2008. Helsinki.

Heponiemi, T., Sinervo, T., Kuokkanen, L., Perälä, M-L., Laaksonen, K. & Elovainio, M. 2009. Sairaanhoitajien kokema väkivalta ja halu vaihtaa työtä. Tutkiva Hoitotyö 7 (1), 11–18.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistokirjapaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Huttunen, A., Kvist, T. & Partanen, P. 2009. Sairaanhoitajien työmotivaatio ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Tutkiva Hoitotyö, 7 (2), 21–26.

Hämäläinen, J. & Niemelä, P. 2006. Jaksamisen edistäminen vaativissa sosiaalialan tehtävissä työyhteisöjä kehittämällä. Kuopion Yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 37. Kuopion Yliopisto. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Kuopio.

Hänninen, O., Koskelo, R., Kankaanpää, M. & Airaksinen, O. 2005. Ergonomia terveydenhuollossa. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Jalonen, S. 2010. Työn ja perheenvälisten ristiriitojen ja palautumisen yhteydet työuupumukseen. Pro gradu – tutkielma. Tampereen Yliopisto.

Kalra, L. & Eade, J. 1995. Role of Stroke Rehabilitation Units in Managing. Severe Disability After Stroke. King's College School of Medicine and Dentistry. London. UK.

Kanste, O. 2005. Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Kanste, O., Lipponen, K., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Terveydenhuoltohenkilöstön työhyvinvointi kunnallisessa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 20 (5) s. 278–287.

Kauppinen, T., Hanhela, R., Heikkilä, T., Kasvio, A., Lehtinen, S., Lindström, K., Toikkanen, J. & Tossavainen, A. 2007. Työ ja terveys Suomessa 2006. Helsinki: Työterveyslaitos.

Kaste, M. 2010. Aivohalvauspotilaat nuorentuvat. Mediuutiset. Saatavissa: http://www.mediuutiset.fi/uutisarkisto/article393610.ece. [Viitattu 17.4.2010].

Ketola, R. 2003. Työn fyysinen kuormitus ja sen arviointi. Työterveiset 2/2003, 10–11.

Kettunen, R., Kähärä-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Laaksonen, K. 2000. Mitä kaikkea sairaanhoitajat jaksavat? Sairaanhoitaja 73 (3) s. 6–7.

Laine, M., Wickström, G., Pentti, J., Elovainio, M. & Kaarlela-Tuomaala, A. 2005. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla. Työterveyslaitos.

Lehikoinen, H. 2009. Terveydenhuollon ja pelastusalan ammattilaisten arviointia työkyvystään ja liikuntaharrastuneisuudestaan. Pro gradu – tutkielma. Kuopion Yliopisto.

Lindsröm, K., Elo, A.-L., Hopsu, L., Kandolin, I., Ketola, R., Lehtelä, J., Leppänen, A., Mukala, K., Rasa, P.-L. & Sallinen, M. 2005. Kuormituksen arviointimenetelmä, Tikka. Työterveyslaitos. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Martimo, K.-P., Antti-Poika, M. & Uitti J. 2010. Työstä terveyttä. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Merikallio, A. 2005. Loppuun ei tarvitse palaa. Nurmijärvi: Kirjakas Ky.

Mäkipeura, J., Meretoja, R., Virta-Helenius, M. & Hupli, M. 2007. Sairaanhoitaja neurologisessa toimintaympäristössä. Ammatillinen pätevyys, toiminnan tiheys ja täydennyskoulutuksen haasteet. Hoitotiede 19 (3) s. 152–161.

Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Väitöskirja. Kuopion Yliopisto.

Nuikka, M.-L. 2002. Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto.

Nummelin, T. 2008. Stressi haastaa työkyvyn – varhainen puuttuminen esimiehen työkaluna. Juva: WSOYpro Oy.

Nykänen, E. 2009. Eroon työstressistä. Jyväskylä: WSOY pro Oy.

Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopion Yliopisto.

Partanen, P., Heikkinen, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2005. Sairaanhoitajien työolobarometri 2004. Suomen Sairaanhoitajaliitto ry:n jäsenkysely. Sairaanhoitajaliitto ry.

Parvikko, O. 2002. Opas työn kuormittavuuden arvioimiseen. Työministeriö. Saatavissa: http://www.mol.fi/jaksamisohjelma/tutkimukset. [Viitattu 25.11.2009].

Peiponen, A., Koivisto, T., Muurinen, S. & Rajalahti, E. Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi. Tammi. Tampere: Tammer-paino Oy.

Piiroinen, T., Lahti, S., Lindqvist, L., Hupli, M. & Leino-Kilpi, H. 2002. Henkilökunnan jaksaminen muuttuvassa työyhteisössä – kuvaus työn koetusta hallinnasta yliopistosairaalan iho- ja sukupuolitautien klinikalla. Turun Yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:38/2002. Turku

Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Roine, R. 2009. Aivoinfarkti. Lääkärin tietokannat/Lääkärin käsikirja. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi. [Viitattu 15.3.2010].

Routasalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Gerontologia 15 s. 207–216.

Räsänen, K. & Lestinen, J. 2006. Kyllin hyvä. Työterveyslaitos. Vammalan Kirjapaino Oy.

Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Sihvo, T. 2002. Työ ja parisuhde: Tuleeko stressaantuneesta työntekijästä myös pahantuulinen puoliso? Jyväskylän Yliopiston perhetutkimusyksikön julkaisuja 13.

Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. 2001. Neurologia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tamminen-Peter, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – kolmen siirtomenetelmän vertailu. Väitöskirja. Turun yliopisto.

Tamminen-Peter, L., Eloranta, M-B., Kivivirta, M-L., Mämmelä, E., Salokoski, I. & Ylikangas, A. 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Opettajan käsikirja. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Terveydenhuollon työsuojelun valvontahankkeen loppuraportti 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä.

Psyykkisesti kuormittava työ 2006. Työterveyslaitos. Saatavissa: http://www.ttl.fi. [viitattu 25.10.2009].

Ylikuormituksen ja työuupumuksen merkkejä 2009. Työterveyslaitos. Saatavissa: http://www.ttl.fi. [viitattu 25.10.2009].

Utriainen, K., Kyngäs, H. & Nikkilä, J. 2007. Ikääntyvien sairaanhoitajien työhyvinvointi: grounded theory – tutkimus. Hoitotiede 19 (69) s. 314–323.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Otavan Kirjapaino Oy.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa – määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Gummerus Kirjapaino Oy.

Wikström, J., Meretoja, A., Hietanen, M., Huusko, T., Ihalainen, R., Järvikoski, A., Karhuvaara, A., Kivekäs, J., Lindstam, S., Niinistö, L., Nyfors, H., Peurala, S., Pohjolainen, T., Vainikainen, T. & Ylinen, A., 2008. Konsensuslausuma. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Suomen Akatemia.

Voutilainen, P., Isola, A. & Backman, K. 2005. Laadulla on tekijänsä – Katsaus ikääntyneiden parissa toimivan henkilöstön määrään ja rakenteeseen. Hoitotiede 17 (3) s. 166–174.

Tutkija ja tutkimusaihe	Aineistot ja menetelmät	Keskeiset tulokset
Haapaniemi H., Routasalo P. & Arve S. 2006. Sairaanhoitajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjänä. Tutkimustyö Hoitotiede 18 (4), 197–208.	Vuoden kestävä intervention jälkeen sairaan- ja perushoitajilta n=16 lomakkeella kerättyyn aineistoon sekä tutkijan tutkimuspäiväkirjamerkintöihin. Analysointi sisällönanalyysilla.	Esille nousi viisi hoitajan toimintatapaa: - koordinoija - tiedonantaja - kanssakulkija - kannustaja - auttaja
Kanste Outi 2005. Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos Väitöskirja	Hoitohenkilöstö n = 627 (Hoitajat ja hoitotyön esimiehet). Analyysissä käytetty tilastollisina kuvailevina menetelminä ristiintaulukointia, kontingenssikerrointa, χ^2-testiä, Pearsonin tulomomenttikorrelaatiokerrointa, t-testiä, Mann-Whitney U-testiä, Wilcoxonin testiä, yksi- ja kaksisuuntaista varianssianalyysiä sekä Kruskal-Wallisin testiä. Monimuuttujamenetelminä olivat rakenneyhtälömallitus ja lineaarinen regressianalyysi.	- Puolella hoitohenkilöstöstä esiintyi keskimääräistä ja noin kymmenesosalla voimakasta työuupumusta. Voimakkaasta emotionaalisesta väsymyksestä kärsi lähes joka viides. - Hoitotyön johtajuudella on sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia hoitohenkilöstön työuupumuksen kannalta. - Palkitseva muutosjohtajuus ja työntekijöiden aktiivinen valvominen toimivat työuupumukselta suojaavina tekijöinä ja passiivinen välttäminen työuupumukselle altistavana tekijänä
Laine M, Wickström G, Pentti J, Elovainio M, Kaarlela-Tuomaala A 2005. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla. Työterveyslaitos	Otos 5000 henkilöä työssäkäyntirekisteristä. Valtakunnallinen kyselytutkimus. Selvitettiin alan työoloja sekä henkilöstön hyvinvointia ja terveyttä. Analyysissä käytettiin painokertoimia korjaamaan osuudet koskemaan koko sosiaali- ja terveysalaa.	Työn kuormittavuutta lisäsi: - asiakkaiden moniongelmaisuus - potilaiden väkivaltaisuus - jatkuvat muutokset - työn ruumiillinen raskaus ja rasittuminen työssä - jatkuva monimutkainen ongelmanratkaisu - motivoitumattomat potilaat - vastuu potilaista - toisarvoiset työt vievät aikaa tärkeämmältä

Mäkipeura J, Meretoja R, Virta-Helenius M, Hupli M 2006. Sairaanhoitaja neurologisessa toimintaympäristössä. Ammatillinen pätevyys, toiminnan tiheys ja täydennyskoulutuksen haasteet. Tutkimustyö Hoitotiede Vol. 19 no 3/07	Sairaanhoitajat n=75. Kyselylomake, Suomessa validoitu sairaanhoitajien ammattipätevyysmittari. Tilastollinen analysointi ja sisällön analyysi.	Sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä seitsemällä osa-alueella: - tarkkailutehtävä - auttaminen - opettaminen ja ohjaaminen - tilannehallinta - työrooli - hoitotoimien hallinta - laadunvarmistus
Mäntynen Raija 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopion Yliopisto Hoitotieteen laitos Väitöskirja	Sairaanhoitajat n = 31. Perushoitajat n = 26. Teemahaastattelu Sisällön analyysi	Työntekijöiden voimavarojen vahvistaminen: - omahoitajakäytännön toteuttaminen - työntekijöiden persoonallisten toimintatapojen salliminen - kuntoutusta edistävän hoitotyön koulutuksen järjestäminen - hoitotyön johtamisen asiantuntijuus - työntekijän omien ja työn asettamien tavoitteiden vastaavuus
Nuikka Marja-liisa 2002. Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Tampereen Yliopisto Hoitotieteen laitos Väitöskirja	Sairaanhoitajat n = 43. 24–45 –vuotiaita sairaanhoitajia. Sydämen syketaajuusmittaus hoitotilanteissa. Niska-hartiaseudun lihasjännitys ihon pinnalta Muscle Tester ME3000 EMG-laitteella. Viivakoodilomakkeella tunnekokemuksia. Teemahaastattelu Analysointi ristiintaulukoinnin, neliötestin ja yksisuuntaisen varianssianalyysin avulla. Teemahaastattelu sisällön analyysin avulla.	Eri tutkimusmenetelmät osoittivat, että sairaanhoitajat kuormittuivat: - perushoidossa ja liikkumisessa avustamisen - injektion antamisen ja verenpaineen mittauksen - erikoishoitotilanteiden - hoitosuunnittelun ja potilaan havainnoinnin hoitotilanteissa aikana - kuormittumiseen liittyi kiire aamuvuoro koettiin raskaimmaksi

Partanen Pirjo 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion Yliopisto Hoitotieteenlaitos Väitöskirja	Sairaanhoitajat ja perushoitajat n = 92. Toimintolaskenta -menetelmällä henkilöt itsehavainnoivat tekemiään toimintoja 10 min. välein. Tiedonkeruu strukturoidulle lomakkeelle. Analysointi frekvenssi- ja prosentuaalisia jakaumia ja ristiintaulukointia käyttäen.	- hoitotyön henkilöstömitoitus oli arvioitu riittämättömäksi lähes joka toisessa työvuorossa - riittämätön henkilöstömitoitus heikensi hoitotyön laatua keskimäärin 17 % - potilaat arvioivat hoidon laadun kiitettäväksi
Partanen P, Heikkinen T, Vehviläinen-Julkunen K. 2005. Sairaanhoitajien työolobarometri 2004. Suomen Sairaanhoitajaliitto ry:n jäsenkysely. Raportti. Sairaanhoitajaliitto ry.	Kliiniset hoitotyöntekijät otos n = 1192 Analysointi ristiintaulukoinnein.	- sairaanhoitajien vastuulla vuodeosastoilla keskimäärin 14 potilasta - henkilökuntaa työvuoroissa työmäärää nähden liian vähän - sihteerien ja laitosapulaisten palvelut riittämättömät - aikaa jäi riittämättömästi sairaanhoitajan asiantuntemusta vaativiin tehtäviin kuten: potilasohjaukseen, potilaita ja omaisia tukevaan keskusteluun, hygieniasta huolehtimiseen, kuntoutukseen, hoitosuunnitelmien päivitykseen ja kivun hoitoon. - Sairaanhoitajille oli siirretty tehtäviä sihteereiltä sekä lääkäreiltä - hoidettavat potilaat olivat kuormittavia usein moni- tai mielenterveysongelmaisia - potilasvahinkoja ja tapaturmia ilmoitettiin sitä enemmän, mitä enemmän sairaanhoitajalla oli vastuullaan potilaita

Sosiaali- ja terveysmisnisteriön selvityksiä 2008. Terveydenhuollon työsuojelun valvontahankkeen loppuraportti. Hankeryhmä työsuojelu tarkastajista.	n = Suomen 20 sairaanhoitopiiriä n. 69 000 terveydenhuollon työntekijää ja 260 terveyskeskusta n. 129 000 terveydenhuollon työntekijää. Tutkimuksessa käytettiin haastatteluja kolmessa eri vaiheessa sekä selvitettiin sairauspoissaolot ja tapaturmat.	- väkivaltatilanteet ovat lisääntyneet, erityisesti vakavat väkivaltatilanteet → selviä haittavaikutuksia - häirintä ja epäasiallinen kohtelu (sanallinen, puhelut, viestit, omaiset) - haitallinen henkinen kuormittuminen (sairauspoissaoloina ja vaikeuksina palkata työvoimaa, työntekijän väsyminen) → merkittäviä haittavaikutuksia - käsin tehtävät raskaat nostot ja siirrot (suuret potilasmäärät, raskashoitoiset potilaat, siirtoapuvälineiden puuttuminen, yksin hoitaminen, sisätilojen lämpötila) → merkittäviä haittavaikutuksia

Tutkimusongelmat & muuttujat	**Sivunumero**	**Kyselylomakkeen kysymykset** ja väittämät
Taustamuuttujat		**1. Työkokemuksesi hoitoalalla** **2. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä työpaikassasi?**
1. Minkälaista osaamista tarvitaan neurologisen potilaan hoitotyössä? Muuttujat: Kuntouttava työote Potilaan ja omaisten ohjaaminen Hoitajan rooli Potilaan kuntoutumisen tukeminen Potilaan toimintakyvyn tukeminen	18 18 18 19 18 18 19 21 22 22	**3. Minusta laadukkaassa neurologisessa hoitotyössä on tärkeää:** 1. Kuntouttavan työotteen käyttäminen hoitotyössä 2. Vuorovaikutustaidot potilaan kanssa 3. Potilaan ohjaaminen ja neuvonta 4. Hoitajan ammatti-identiteetti on voimavara 5. Hoitajan rooliin kuuluu tiedon antaminen potilaalle 6. Hoitaja on kanssakulkija ja auttaja 7. Potilaan fyysisen kuntoutumisen tukeminen 8. Potilaan henkisen toimintakyvyn tukeminen 9. Omaisten ohjaaminen ja neuvonta 10. Sosiaalisen kuntoutumisen tukeminen
2. Mitkä tekijät kuormittavat hoitajaa neurologisen potilaan hoitotyössä? Muuttujat: Fyysisesti kuormittavat asiat Perushoidolliset työt Potilaiden nostot ja siirrot Kuntouttava hoitotyö Liian suuri työmäärä	10 12 20 18 20 20 19 19 21	**4. Minua ovat työssäni neurologisella osastolla fyysisesti kuormittaneet seuraavat asiat:** 1. Liian suuri työmäärä 2. Toisarvoiset työt vievät aikaa hoitotyöltä 3. Yksin hoitaminen 4. Kuntouttavan työotteen käyttäminen hoitotyössä 5. Käsin tehtävät potilaiden nostot ja siirrot 6. Potilaan peseytymisessä avustaminen 7. Potilaan syömisessä avustaminen 8. Potilaan asentohoito ja liikkumisessa avustaminen 9. Pusher-oireiston omaavan potilaan hoitaminen

Muuttujat: Psykososiaalisesti kuormittavat asiat Kommunikaatio-ongelmat Väkivalta Käytöshäiriöt Muutokset Kiire	 11 10 12 22 21 22 23 23 12	**5. Minua ovat työssäni neurologisella osastolla henkisesti ja sosiaalisesti kuormittaneet seuraavanlaiset asiat:** 1. Kiire 2. Hoitosuunnitelman tekeminen 3. Potilaiden moniongelmaisuus 4. Kommunikaatio-ongelmat potilaiden kanssa 5. Motivoitumattomat potilaat 6. Potilaiden väkivaltaisuus 7. Potilaiden käytöshäiriöt 8. Häirintä ja epäasiallinen kohtelu omaisten taholta 9. Jatkuvat muutokset
3. Miten kuormitus ilmenee hoitajan työssä? Muuttujat: Väsymisen fyysisiä oireita Väsymisen psyykkisiä oireita	 11 11 11 11 11 11 11 11 13 13 13 13	**6. Minulla on ollut viimeaikoina seuraavanlaisia oireita:** 1. Minulla on usein niska-hartiasärky 2. Selkääni särkee ajoittain 3. Päänsärky vaivaa minua usein 4. Verenpaineeni on koholla 5. Olen usein hermostunut 6. Minulla on vatsavaivoja 7. Tunnen, että työni on liian raskasta 8. Unohtelen asioita normaalia useammin 9. Riittämättömyyden tunne vaivaa minua 10. Väsymys on jatkuvaa 11. Tunnen joskus uupumusta 12. Olen ajoittain stressaantunut
Muuttujat: Yleinen työn raskaus Karhulan sairaalan osasto neljällä		**7. Raskainta työssäni on:** **8. Parasta työssäni on:** **9. Kuinka raskaaksi arvioit hoitotyön asteikolla yhdestä viiteen Karhulan sairaalan osasto neljällä?**

KYSELYLOMAKE

Pyydän Sinua ystävällisesti vastaamaan alla oleviin kysymyksiin joko rengastamalla sinulle parhaiten sopivan vaihtoehdon tai vastaamaan sanoin avoimiin kysymyksiin.

1. **Työkokemuksesi hoitoalalla**
   1) 0-5 v
   2) 6-10 v
   3) yli 10 v

2. **Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä työpaikassasi?**
   1) 0-5 v
   2) 6-10 v
   3) yli 10 v

Arvioi seuraavien väittämien paikkaansa pitävyyttä omalla kohdallasi asteikolla 1-5. Ympyröi sopivin vaihtoehto.

5 = Täysin samaa mieltä

4 = Jossain määrin samaa mieltä

3 = En samaa enkä eri mieltä

2 = Jossain määrin eri mieltä

1 = Täysin eri mieltä

3. **Minusta laadukkaassa neurologisessa hoitotyössä on tärkeää:**

1) Kuntouttavan työotteen käyttäminen hoitotyössä	1	2	3	4	5
2) Vuorovaikutustaidot potilaan kanssa	1	2	3	4	5
3) Potilaan ohjaaminen ja neuvonta	1	2	3	4	5
4) Hoitajan ammatti-identiteetti on voimavara	1	2	3	4	5
5) Hoitajan rooliin kuuluu tiedon antaminen potilaalle	1	2	3	4	5
6) Hoitaja on kanssakulkija ja auttaja	1	2	3	4	5
7) Potilaan fyysisen kuntoutumisen tukeminen	1	2	3	4	5
8) Potilaan henkisen toimintakyvyn tukeminen	1	2	3	4	5
9) Omaisten ohjaaminen ja neuvonta	1	2	3	4	5
10) Sosiaalisen kuntoutumisen tukeminen	1	2	3	4	5

4. **Minua ovat työssäni neurologisella osastolla fyysisesti kuormittaneet seuraavat asiat:**

1)	Liian suuri työmäärä	1	2	3	4	5
2)	Toisarvoiset työt vievät aikaa hoitotyöltä	1	2	3	4	5
3)	Yksin hoitaminen	1	2	3	4	5
4)	Kuntouttavan työotteen käyttäminen hoitotyössä	1	2	3	4	5
5)	Käsin tehtävät potilaiden nostot ja siirrot	1	2	3	4	5
6)	Potilaan peseytymisessä avustaminen	1	2	3	4	5
7)	Potilaan syömisessä avustaminen	1	2	3	4	5
8)	Potilaan asentohoito ja liikkumisessa avustaminen	1	2	3	4	5
9)	Pusher-oireiston omaavan potilaan hoitaminen	1	2	3	4	5

5. Minua ovat työssäni neurologisella osastolla henkisesti ja sosiaalisesti kuormittaneet seuraavanlaiset asiat:

1)	Kiire	1	2	3	4	5
2)	Hoitosuunnitelman tekeminen	1	2	3	4	5
3)	Potilaiden moniongelmaisuus	1	2	3	4	5
4)	Kommunikaatio-ongelmat potilaiden kanssa	1	2	3	4	5
5)	Motivoitumattomat potilaat	1	2	3	4	5
6)	Potilaiden väkivaltaisuus	1	2	3	4	5
7)	Potilaiden käytöshäiriöt	1	2	3	4	5
8)	Häirintä ja epäasiallinen kohtelu omaisten taholta	1	2	3	4	5
9)	Jatkuvat muutokset	1	2	3	4	5

6. Minulla on ollut viimeaikoina seuraavanlaisia oireita:

1)	Minulla on usein niska-hartiasärkyä	1	2	3	4	5
2)	Selkääni särkee ajoittain	1	2	3	4	5
3)	Päänsärky vaivaa minua usein	1	2	3	4	5
4)	Verenpaineeni on koholla	1	2	3	4	5
5)	Olen ajoittain hermostunut	1	2	3	4	5
6)	Minulla on vatsavaivoja	1	2	3	4	5
7)	Tunnen, että työni on liian raskasta	1	2	3	4	5
8)	Unohtelen asioita normaalia useammin	1	2	3	4	5
9)	Riittämättömyyden tunne vaivaa minua	1	2	3	4	5
10)	Väsymys on jatkuvaa	1	2	3	4	5
11)	Tunnen joskus uupumusta	1	2	3	4	5
12)	Olen ajoittain stressaantunut	1	2	3	4	5

7. Raskainta työssäni on:

_____

_____

_____

_____

8. Parasta työssäni on:

_____

_____

_____

_____

9. Kuinka raskaaksi arvioit hoitotyön asteikolla yhdestä viiteen Karhulan sairaalan osasto neljällä?

Kevyt	1	2	3	4	5	**Raskas**

KIITOS VASTAUKSESTASI!

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEKAKOULU
Terveysala, Kotka
Hoitotyön koulutusohjelma

SAATE

20.12.2010

ARVOISA VASTAAJA!

Opiskelen sairaanhoitajaksi Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa, terveysalan yksikössä, Kotkassa. Teen opintoihini kuuluvaa opinnäytetyötä hoitajien työn kuormittavuudesta Karhulan sairaalan osasto 4:llä.

Opinnäytetyössäni pyrin selvittämään millaista osaamista tarvitaan neurologisen potilaan hoitotyössä sekä niitä tekijöitä, jotka kuormittavat hoitajaa neurologisen potilaan kuntouttavassa hoitotyössä ja miten kuormitus ilmenee. Tutkimus tulee osasto 4:n käyttöön.

Aineisto kerätään oheisilla kyselylomakkeilla. Kysely toteutetaan 20.12.2010 - 5.1.2011 välisenä aikana.

Pyydän sinua tutustumaan kyselylomakkeeseen ja vastaamaan kysymyksiin omien henkilökohtaisten näkemyksiesi mukaan, sillä juuri **Sinun vastauksesi on tärkeä!** Vastattuasi kyselyyn palauta se mukana olevassa kirjekuoressa suljettuna siniseen kansioon ke 5.1.2011 mennessä.

Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti. Kenenkään yksittäisen tiedot eivät paljastu tuloksista.

Luvan tutkimuksen suorittamiseen olen saanut terveysjohtaja Anne Hiireltä 2.11.2010. Opinnäytetyötäni ohjaa Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen.

Etukäteen vastauksistanne kiittäen!

Teija Aurala

KOTKAN KAUPUNKI Hyvinvointipalvelut Terveydenhuollon vastuualue Terveysjohtaja	VIRANHALTIJAPÄÄTÖS	§	Sivu
	2.11.2010	112	1

Dnro SOTE: 64 /2010

Tutkimuslupahakemus/Teija Aurala

Valmistelija: Terveysjohtaja Anne Hiiri

Teija Aurala on anonut tutkimuslupaa aiheesta "Työn kuormittavuus neurologisella kuntoutusosastolla kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta". Opinnäytetyön toimeksiantajana on Karhulan sairaala, osasto 4, yhteyshenkilö osastonhoitaja Aila Rantala. Opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Terveysala, Takojantie 1, 48220 Kotka.

Tutkimuslupahakemus päätöksen liitteenä.

Päätös: Tutkimuslupa myönnetään anomuksen mukaisesti.

Toimeenpano:

Ote: Teija Aurala, Alahovintie 1 as. 12, 48600 Kotka

Oikaisuvaatimusohjeet

Terveysjohtaja Anne Hiiri

Tämä pöytäkirja on yleisesti nähtävänä 7.12.2010, kaupungintalo, 4. kerros