



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

GERONTOLOGISEN HOITOTYÖN
ASiantuntijuus ja
MOTIVAATIO TEKIJÄT
SAIRAANHOITAJAN NÄKÖKULMASTA

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Opinnäytetyö
Syksy 2013
Tiina Pellinen

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

PELLINEN, TIINA: Gerontologisen hoitotyön asiantuntijuus ja motivaatiotekijät sairaanhoitajan näkökulmasta

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 84 sivua, 10 liitesivua

Syksy 2013

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajan näkökulmasta, mitä gerontologinen hoitotyö tarkoittaa ja millainen asiantuntija sairaanhoitaja sitä tehdessään on. Opinnäytetyö kartoittaa myös gerontologisen hoitotyön motivoivia ja kuormittavia tekijöitä. Tutkimuksen tavoitteena oli myös pyrkiä herättämään keskustelua ikääntyneiden hoitotyöstä ja sen vetovoimaisuudesta tulevaisuudessa.

Tutkimusmenetelmäksi opinnäytetyöhön valittiin laadullinen tutkimus. Tämä metodi valittiin, koska laadullista tutkimusmenetelmää suositellaan käytettäväksi silloin, kun tutkimuksen kohteina ovat ihmiset, joiden ajatuksia ja kokemuksia halutaan tutkia.

Aineisto on kerätty teemahaastattelun avulla. Opinnäytetyötä varten haastateltiin yhdeltä osastolta seitsemää sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät ikääntyneiden parissa. Jokaisella haastatteluun osallistuneella oli vähintään muutaman vuoden kokemus gerontologisesta hoitotyöstä. Aineisto analysoitiin teemoittain. Keskeisiksi teemoiksi nousivat gerontologinen hoitotyö ja asiantuntijuus, työhön motivoivat sekä työn kuormittavat tekijät.

Tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajat tunnistavat oman erikoisosaamisensa ja suurimmaksi erikoisosaamisalueeksi nähtiin lääkehoito. Sairaanhoitajat käyttävät eri erikoisalojen tietoja hyväkseen tarkkaillessaan potilaan vointia ja auttaakseen häntä parhaansa mukaan. Motivaatio on jokaisen henkilökohtainen kokemus. Tässä tutkimuksessa gerontologiseen hoitotyöhön sairaanhoitajia motivoivat muun muassa moniammatillisuus, oman osaamisen hyödyntäminen hoidossa, tiimityö sekä salliva ja kehittymishaluinen työyhteisö. Työyhteisöllä ja omilla arvoilla oli suurin rooli motivaation syntymisessä. Kuormittavia tekijöitä sairaanhoitajien mukaan ovat työn fyysisyys ja henkinen raskaus ajoittain. Kiirettä ei usein tunnettu, mutta tutkimus osoitti, ettei hoitajien aika aina riitä sairaanhoidollisiin tehtäviin ja niiden tekemiseen kunnolla. Muutama hoitaja mainitsi käytöshäiriöiset potilaat kuormittavaksi tekijäksi, mutta toisaalta potilasryhmä nähtiin oman ammattiosaamisen testaamisena. Myös palkkauksen nähtiin laahaavan muita ammattikuntia jäljessä, mikä nähtiin myös negatiivisena asiana.

Asiasanat: gerontologinen hoitotyö, ikääntyneet, asiantuntijuus, motivaatio, kuormittavat tekijät, työhyvinvointi, vetovoimaisuus, laadullinen tutkimus

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

PELLINEN, TIINA: Gerontological nursing competences and motivation factors
from the perspective of nurses

Bachelor's Thesis in Nursing, 84 pages, 10 pages of appendices

Autumn 2013

ABSTRACT

The aim of this thesis was to describe from the perspective of nurses, what gerontological nursing means and what kind of professional a nurse is. The thesis aims to explain which factors bring motivation to the nurses and which are loads. The objective was also to evoke discussion about gerontological nursing and its attraction in the future.

The method of research was qualitative. It was chosen because the qualitative method is recommended when the studied objects are humans. The material for the thesis was collected with theme interviews. Seven nurses, who work in the same division with elderly people, were interviewed. Everybody who participated in the research had at least few years of experience in gerontological nursing. The interview material was divided into themes and each theme was then analysed. Four main themes were identified: gerontological nursing, professional, motivation- and load factors.

The research results showed that the nurses identified their own special expertise and it was drug treatment and medication. Nurses use knowledge from different areas to observe patient's condition and help as well as they can. Motivation is individual experience. In this research nurses are motivated from multiprofessional team, possibility to use their own knowledge, teamwork and also permissive and favorable towards development work community. The work community and nurses own values had the biggest part in creating the motivation. According to nurses the job's load factors were its physical and mental weight occasionally. Rush wasn't seen as a load the factor, but it was noticed that nurses don't have enough time to do all their tasks properly. Few nurses mentioned that patients who have some kind of behavioral problems were load factors but on the other hand it was also seen as a test to nurses' professional knowledge and skills. Also the salary seemed to be lower compared to other organizations and it was a negative thing.

Key words: gerontological nursing, elderly, competence, motivation, loads factors, work welfare, attractive, qualitative research

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	GERONTOLOGINEN HOITOTYÖ	4
2.1	Ikääntyminen	4
2.2	Gerontologia	4
2.3	Gerontologisen hoitotyön tietoperusta	7
2.4	Gerontologisen hoitotyön taidot	10
2.4.1	Kliininen osaaminen	11
2.4.2	Gerontologinen osaaminen sosiaali- ja terveysalalla	12
2.4.3	Eettinen osaaminen	14
2.4.4	Yhteistyöosaaminen ja moniammatillisuuden merkityksellisyys	17
2.5	Kehittämisen- ja vaikutusosaaminen	18
3	GERONTOLOGISEN HOITOTYÖN VETOVOIMAISUUS	21
3.1	Gerontologisen hoitotyön imago	23
3.2	Työn imu	24
3.3	Gerontologisen hoitotyön motivoivat puolet	26
3.4	Sairaanhoitajaopiskelijoiden asema	29
3.5	Gerontologisen hoitotyön kuormittavat puolet	31
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMYKSET	35
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	36
5.1	Teemahaastattelu	36
5.2	Aineiston keruu	38
5.3	Aineiston analyysi	39
6	TUTKIMUSTULOKSET	42
6.1	Sairaanhoitajien näkemys gerontologisesta hoitotyöstä	42
6.2	Gerontologinen asiantuntijuus	43
6.2.1	Gerontologisen hoitotyön edellytykset	44
6.2.2	Suomalaisen yhteiskunnan suhtautuminen vanhustyöhön	46
6.3	Motivaatiotekijät gerontologisessa hoitotyössä	47
6.3.1	Kehitysehdotuksia gerontologisen hoitotyön parantamiseksi	49
6.3.2	Sairaanhoitajien tehtäväkuva	51
6.3.3	Opiskelijoiden motivointi	52

6.4	Kuormittavat tekijät gerontologisessa hoitotyössä	54
7	JOHTOPÄÄTÖKSET TUTKIMUSTULOKSISTA	56
7.1	Gerontologinen asiantuntijuus	57
7.1.1	Gerontologisen hoitotyön edellytykset	59
7.1.2	Suomalaisen yhteiskunnan suhtautuminen vanhustyöhön	61
7.2	Motivaatiotekijät gerontologisessa hoitotyössä	64
7.2.1	Kehitysehdotuksia gerontologisen hoitotyön parantamiseksi	67
7.2.2	Sairaanhoitajien tehtävänkuva	68
7.2.3	Sairaanhoitajaopiskelijoiden motivointi	69
7.3	Kuormittavat tekijät gerontologisessa hoitotyössä	70
8	POHDINTA	75
8.1	Tutkimuksen luotettavuus	78
8.2	Tutkimuksen etiikka	81
8.3	Jatkotutkimusaiheet	83
	LÄHTEET	85
	LIITTEET	97

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysalan odotetaan kasvavan niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla, mihin vaikuttaa etenkin väestön ikääntyminen (Pitkänen, Luoma, Järvensivu & Arnkil 2009, 231). Tilastokeskuksen (2012a) ennusteen mukaan työikäisen (15–64-vuotiaat) väestön odotetaan vähenevän 117 000 työntekijällä vuoteen 2030 mennessä. Väestön huoltosuhte eli lasten ja eläkeikäisten määrä sataa työkäistä kohden tulee nousemaan lähitulevaisuudessa. Väestön keskimääräisen elinajanodotteen kasvu ja nopeiten kasvava ikäryhmä, yli 80-vuotiaat, tuovat myös oman haasteensa (LIITE 1). Suuriin ikäluokkiin kuuluvaa hoitohenkilöstöä poistuu myös hoitoalalta. Sairaanhoitajien eläköityminen on voimakkaimmillaan vuosina 2008–2017. On ennustettu että vuoteen 2025 sairaanhoitajien eläkepoistuma on 41 %. (Pitkänen ym. 2009, 232.)

Suomalaisen yhteiskunnan on otettava haaste vastaan turvaamalla terve ja aktiivinen ikääntyminen suomalaisille. Ikääntyneiden terveys ja toimintakyky vaikuttavat suuresti heidän omaan hyvinvointiinsa sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeeseen. (Tiikkainen & Voutilainen 2009, 7.) Vuoden 2010 lopussa vanhainkodeissa ja tehostetun asumisen yksiköissä oli yhteensä 44 726 asiakasta. Asiakasmäärä on ollut nousussa koko 2000-luvun ajan, mutta terveydenhuollon henkilöstömitoitus koetaan tulevan jälkijunassa. (Superliitto 2012.) Euroopan unionin jäsenmaista Suomi ikääntyy nopeimmin (Helminen & Karisto 2005, 11).

Suomalaisessa yhteiskunnassamme vallitsee perusterveydenhuollon ja palvelurakenteiden muutos sekä samalla hoitotyön resurssien vähentyminen. On selvää, että resurssien vähetessä on syytä ottaa huomioon kuinka hoitohenkilöstön laaja osaaminen ja hoitajamitoitukset saadaan sovellettua riittäviksi turvallisen ja hyvän laadun säilyttämiseksi. (Ruontimo 2009, 7.) Väestön ikääntyessä myös yhteiskunnan ja palveluiden tulee varautua, tehdä valintoja ja sopeutua ikääntyneen väestömme tarpeisiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyspalveluiden saantia halutaan turvata lainsäädännöllä. Suomessa 1.7.2013 voimaan astuneen vanhuspalvelulain tavoite on edistää ikääntyneiden hyvinvointia, kaventaa hyvinvointieroja, tukea omatoimiseen toimintakykyyn sekä edistää sitä, puuttamalla ajoissa

toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen riskitekijöihin. Vanhuspalvelulain tavoitteena on turvata ikääntyneiden palvelutarpeen arviointiin pääsy ja määrältään riittävät palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.) Pääministeri Jyrki Kataisen (2011, 60–61) hallitusohjelmassa ikäihmisten ja veteraanien palveluissa painoarvoa ovat saaneet itsenäisen toimintakyvyn ja terveyden edistämisen tärkeys väestön ikääntyessä. Katainen (2011, 60) toteaa ikääntyneiden palveluissa toimivien työntekijöiden gerontologisen asiantuntijuuden lisäämisen ja huolehtimisen laitoshoidon tarpeen mukaisesta saatavuudesta olevan myös hallitusohjelman tavoitteina. Jokaisessa sosiaali- ja terveysalan organisaatiossa on asiakkaina ikääntyneitä, jotka tarvitsevat gerontologisen hoitotyön osaamista. Gerontologiseen hoitotyöhön perehtynyt sairaanhoitaja voi ottaa kokonaisvaltaisen lähestymistavan ikääntyneeseen keskittymättä tiettyyn yksittäiseen sairauteen. Gerontologinen asiantuntija voi työskennellä akuutti- ja pitkäaikaishoitotyössä, avovastaanotolla tai esimerkiksi kotihoidossa. (Tiikkainen & Teeri 2009.)

Pitkänen ym. (2009, 249) toteavat sairaanhoitajan työn imagon olevan yleisesti arvostettu ja hyvä. Toisaalta itse sairaanhoitajat arvostavat työtään liian vähän, eikä heillä ole tarpeeksi rohkeutta vaatia oikeuksiaan, mikä vähentää puolestaan työhyvinvointia. Julkisuudessa runsaasti keskustelua on herättänyt sairaanhoitajan työnkuvan raskaus, huono palkkataso suhteessa työoloihin ja työvoimapula, joka on vähentänyt alan vetovoimaisuutta. Pääkaupunkiseudun hoiva-alan yritykset ovatkin määritelleet kasvun esteeksi osaavan henkilöstön puutteen, huonon palkkauksen, vähäisen panostamisen työhyvinvointiin, liian pienestä henkilöstömitoituksesta johtuvan houkuttelemattomuuden ja riittämättömät koulutusmäärät. (Pitkänen ym. 2009, 249, 231.)

Tutkimuksen aihe on valittu tutkijan henkilökohtaisesta kiinnostuksesta gerontologista hoitotyötä kohtaan, sekä aiheen yhteiskunnallisen ajankohtaisuuden vuoksi. Tutkimuksen tarkoituksena on pyrkiä selvittämään sairaanhoitajien näkemystä ja ajatuksia siitä, mitä tarkoittaa gerontologinen hoitotyö ja gerontologinen asiantuntijuus. Tulosten avulla voimme selvittää tunnistavatko sairaanhoitajat omaa erikoisosaamistaan ja arvostavatko he työtään gerontologisen sairaanhoitajana. Tutkimus kartoittaa myös gerontologisen hoitotyön motivoivia ja motivaatiota vähentäviä tekijöitä sairaanhoitajien

näkökulmasta. Kun työn positiiviset ja negatiiviset asiat selvitetään, on nostettuja asioita helpompi poistaa tai vaalia työhyvinvoinnin säilyttämiseksi ja alan vetovoimaisuuden lisäämiseksi.

Tutkimuksen aineisto kerättiin seitsemällä teemahaastattelulla. Haastattelut pidettiin rauhallisessa tilassa, jolloin häiriöitä välttyttiin. Haastattelutilanteessa paikalla oli vain tutkija ja haastatteluun osallistunut sairaanhoitaja. Haastattelut nauhoitettiin aineiston myöhempää tarkastelua varten.

2 GERONTOLOGINEN HOITOTYÖ

2.1 Ikääntyminen

Sairastuminen merkitsee vanhukselle elämänmuutosta. Kokonaisvaltainen, vanhusten taitava hoito merkitsee aina hänen yksilöllisen elämänkaarensa näkemistä ja vanhuksen tarpeen mukaista hoitoa. (Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2005, 127.) Vanheneminen nähdään myös matkana, joka johtaa muutoksiin ja erilaisiin diagnooseihin. Vanhenemista oletetaan seuraavan väistämättä joukko muutoksia, joita ei sinänsä voida pitää sairauden muutoksina. Muutoksia tapahtuu elimistössä ja sen toiminnoissa. (Heikkinen 2008, 450.) Lindqvistin (2002, 234) mukaan yhteiskunnan suhtautumisesta vanhenemiseen ja vanhuksiin voi päätellä, miten se itse arvostaa historiaa ja kokemusta elämästä.

Vanhenemista voidaan tarkastella biologisena, fyysisenä, psyykkisenä sekä sosiaalisena ilmiönä. Biologista vanhenemista tarkastellaan sairauksien kehittymisen näkökulmasta, fyysistä vanhenemista elinjärjestelmien vanhenemisena, voimien vähenemisenä, aistitoimintojen rappeutumisenä, ihon muutoksina sekä yleisen toimintakyvyn heikkenemisenä. Psyykkisessä ja sosiaalisessa vanhenemisessä tarkastellaan vanhenemista yksilön näkökulmasta, omaa persoonallisuutta, identiteettiä, minäkuvaa ja esimerkiksi älykkyyttä. (Medina ym. 2005, 21.) Ottamalla huomioon fyysinen, psyykkinen ja hengellinen osa-alue pystymme edistämään ikääntyneiden hyvinvointia. Käytännössä hoitosuunnitelmaan perustuva hoitotyö on ehkäisevää, hoitavaa, yksilökohtaista ja oireidenmukaista hoitoa. Jokaisen auttamismenetelmän tulee perustua näyttöön perustuvaan tietoon. (Backman, Paasivaara, Voutilainen & Isola 2002, 70–71.) Terveyspalveluiden velvollisuutena on tunnistaa vanhenemisen monimuotoisuus, lisääntyvä avun tarve ja koko potilas tulee nähdä kokonaisuutena (Barr, Kauffman & Moran 2007, 7).

2.2 Gerontologia

Gerontologia on tieteenala, joka tutkii vanhenemista ja vanhuutta. Tieteen avulla pyritään selvittämään kuinka lajit muuttuvat ikääntyessään ja millaisia seurauksia sillä on yksilön kannalta. (Heikkinen 2008a, 16; Voutilainen, Routasalo, Isola &

Tiikkainen 2009, 15.) Gerontologisella hoitotyöllä puolestaan tarkoitetaan monitieteelliseen tietoon perustuvaa, vanhenevan ihmisen terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia hoitavaa, moniammatillista toimintaa, jossa myös yhteistyötä tehdään yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa (Heikkinen 2008a, 450; Voutilainen ym. 2009, 17). Eliniän pitenemistä pidetään Suomessa yhtenä suurena yhteiskunnallisena saavutuksena. On tärkeää, että saavutetut elinvuodet olisivat mahdollisimman toimintakykyisiä ja terveitä. (Konsensuslausuma, Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2012, 3.) Gerontologinen hoitotyö on korvaamattoman tärkeä keino vanhusten paremman hoidon ja hoivan varmistamiseksi terveydenhuollossamme (Hopeapaperi, Suomen lääkärilehti 2009, 5).

Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen Kuntaliiton laatusuosituksen mukaan vanhuspoliittisena tavoitteena on tukea ikääntyneen elämänlaatua ja omatoimista selviytymistä (Vähäkangas & Kalliokoski 2005, 157). Vasta 1980-luvulta lähtien on terveyden- ja sairaanhoidossa voitu hyödyntää entistä laajemmin hoitotieteellisiä sekä gerontologista tietoa iäkkäiden hyvinvoinnin takaamiseksi ja lisäämiseksi. Gerontologinen hoitotyö on kehittynyt omaksi osaamisalueekseen hoitotyön ammatillisen kehityksen ja hoitotieteiden kehityksen rinnalla. (Heikkinen, R. 2008b, 449.) Gerontologinen hoitotyö edellyttää hoitajalta gerontologista tietoa, eettistä orientaatiota ja monenlaista menetelmätietoa ja taitoa toimia ihmisten kanssa (Heikkinen, R. 2008b, 456). Ammatillisten tietojen avulla pystymme auttamaan ja helpottamaan terveyden ongelmassa sekä tuomaan hoitoa, huolenpitoa ja lohtua menetysten ja vaikeuksien ilmetessä. Gerontologisen hoitotyön tavoitteena onkin iäkkään ihmisen terveyden vahvuuksista huolehtiminen. (Heikkinen, R. 2008b, 456-457.)

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, joka itsenäisesti hoitaa potilaita ja kehittää omaa asiantuntijuuttaan. Ammatillinen asiantuntijuus hankitaan koulutuksessa ja sitä kehitetään työelämässä jatkuvasti. Hoitotyön asiantuntijana sairaanhoitajalta vaaditaan hyvää hoitotyön tietoperustaa, vahvaa taitoperustaa, arvoperustan merkityksen ymmärtämistä, jatkuvaa oman osaamisen kehittämistä sekä käytännön kokemusta hoitotyöstä. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 22.) Perustana hyvälle, laadukkaalle hoitotyölle on asiantunteva, koulutettu ja vanhustenhoidon erityiskysymyksiin

perhetynyt henkilökunta, jota on riittävästi. Asiantuntemuksen ylläpito vaatii tietojen ja taitojen ajantasaistamista. (Backman, Paasivaara, Voutilainen & Isola 2002, 70; Vaarama 2002, 15.)

Gerontologisessa hoitotyössä painottuu sairaanhoitajien vastuu, joka edellyttää kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä sekä ongelmanratkaisukykyä. Sairaanhoitajien itsenäinen rooli ja vastuunotto sekä ikääntyneiden potilaiden terveydestä ja sen edistämisestä että pitkäaikaissairauksien hoidossa, seurannassa ja kuntoutuksessa oletetaan kasvavan. (Tiikkainen & Teeri 2009.) Sosiaali- ja terveysalalla työskentelyn todetaan edellyttävän vahvaa motivaatiota ja sitoutumista, tiimityöskentelytaitoja, hyviä vuorovaikutustaitoja, sosiaalisuutta, jämäkkyyttä ja reippautta sekä määräaikaisten työsuhteiden vuoksi sopeutumiskykyä ja joustavuutta. (Pitkänen ym. 2009, 258.) Annettavaan hoitoon ja hoivaan osallistuvien työntekijöiden on tunnistettava ja osattava hoitaa kiireelliset tilanteet. Parantavasta hoidosta on tarvittaessa kyettävä siirtymään toimintakykyä ylläpitävään hoitoon sekä saattohoitoon. (Konsensuslausuma, Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2012, 12.) Ruohotie (1995, 107) mainitsee ammatillisesti ajan tasalla olevan ammatti-ihmisen tuntevan oman alansa ja alansa uusimman tiedon, sovellutukset ja saavutukset. Ajan tasalla oleva ihminen myös tuo uusia ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi, etsii uusia sovellutuksia, ottaa vastaan haasteellisia tehtäviä ja kykenee jatkuvasti parantamaan omaa suoritustaan ja tulostaan. Asiantuntijuutta arvostetaan kollegoiden keskuudessa, jossa hän osoittaa kriittisyyttä ongelmien ratkaisuisissa ja käyttää hyväkseen tehokkaasti oman työnsä arviointia ja työstä saatua palautetta. (Ruohotie 1995, 107.)

Vanhusten laitoshoidon on ollut julkisessa keskustelussa hyvin esillä sen riittämättömien resurssien ja hoidon laadun rajallisten puitteiden takia. Yleisiä teemoja keskusteluissa ovat myös hoitajien kiire ja vanhusten yksityisyyden puute. (Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2005, 47.)

Myönteisen julkisuuskuvan luomiseksi on paljon aineksia. Suomessa hoitohenkilöstö on hyvin koulutettua. Tällä on vahva yhteys laatuun. Kyselyiden mukaan valtaosa ikäihmisistä ovat tyytyväisiä saamaansa palveluun. Lisäksi tutkimuksessa todettiin ikääntyneiden parissa työskentelyn olevan vaativaa työtä, joka tarjoaa monipuolisia ammatillisen kehittymisen mahdollisuuksia.

(Voutilainen, Isola & Routasalo 2009, 350.) Hyvän hoidon ja sen laadun kriteerit ovat siinä, miten tehtävissä on onnistuttu. Hoidon ja hyvän palvelun laatu toteutuu arjen työssä, kun sille luodaan edellytykset käytännön johtamisella. Vanhustyössä laadun sanotaan olevan aina yhteistyön tulos, jossa eri ammattiryhmillä on omat tehtävänsä ja laadun kriteerinsä. (Vaarama 2002, 11, 14.) Parantaaksemme potilaan hyvää hoitoa tarvitaan avoimet, luotettavat laadun mittarit, mitkä ovat myös potilaan hyväksymiä. Kun nämä mittarit on saatu selville, voidaan asettaa rajoja hyvälle hoidolle. Laadun mittareiden avulla voimme myös tarkastella, mikä on hyvää hoitoa tällä vuosikymmenellä ja verrata sitä tuleviin vuosiin, muihin organisaatioihin, maihin ja yhteisöihin. (Stellfox, Boyd, Straus & Gagliardi 2013.) Laatu on sairauksien hoitoa, arkipäivän kohtaamista itse asiakkaan ja omaisten kanssa, elämänhallinnan tukemista sekä oman ammattitaidon ja persoonallisuuden käyttöä näissä tilanteissa (Vaarama 2002, 11, 14). Tutkimusten mukaan henkilöstön koulutustaso vaikuttaa enemmän hoitotyön laatuun, varsinkin negatiivisilla ominaisuuksillaan. Henkilöstömitoituksella ja työn laadulla on osoitettu olevan selkeä yhteys toisiinsa. Myös sairaanhoitajien pienellä osuudella henkilökunnasta on osoitettu olevan yhteys laatuun. Pitkäaikaissairaanhoidon kehittäminen ja laadukkaan hoidon tekeminen ovat sitä, että asiakkaan tarpeet ja palautteet otetaan huomioon. (Marjasto, Markkula & Elomaa 2007, 34-35.)

Gerontologisen hoitotyön pätevä ammattilainen voi tulevaisuudessa työskennellä esimerkiksi terveystalouden itsenäisenä tuottajana, riippumattomana ammatinharjoittajana, terveyskasvattajana, tukijana, konsulttina, terveystalouden suunnittelijana sekä palveluneuvojana. Gerontologisen hoitotyön osaamista tietoineen ja taitoineen tarvitaan akuuttisairaaloissa, pitkäaikaissairaanhoitoon erikoistuneissa laitoksissa ja avoterveydenhuollon erilaisissa kehittämistehtävissä kohti asianmukaista ja osaavaa hoitoa. (Heikkinen, R. 2008b, 450.)

2.3 Gerontologisen hoitotyön tietoperusta

Hoitotyön tietoperustan katsotaan koostuvan hoitotieteen keskeisistä käsitteistä terveys, ihminen, ympäristö ja hoitotyön toiminta sekä näiden välisistä suhteista (Kassara ym. 2005, 22). Vahvan perusosaamisen päälle voidaan rakentaa

erikoisosaamista perehdytyksellä, työelämässä tapahtuvalla oppimisella ja lisäkoulutuksella (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2012). Sairaanhoitajaliitto on alkanut vuodesta 2008 myöntämään erityispätevyyksiä asiantunteville hoitajille gerontologisessa hoitotyössä (Tiikkainen & Voutilainen 2009, 20).

Tiedon ja taidon yhdistäminen on edellytys vanhuksen asiantuntevaan hoitoon (Medina ym. 2005, 12). Gerontologisen hoitotyön osaaminen muodostuu työelämän osaamisesta, hoitotyön ammattispesifisestä ydinosamisesta ja gerontologisen hoitotyön erikoisosaamisesta (Tiikkainen & Teeri 2009, Tiikkainen 2009, 316; Ruontimo 2009, 29). Päätöksenteko-osaaminen, kliininen osaaminen, geriatrinen osaaminen, eettinen osaaminen, yhteistyöosaaminen, kehittämis- ja vaikutusosaaminen, viestintä ja vuorovaikutusosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen sekä ohjaus- ja valmennusosaaminen ovat asiantuntijaverkoston laatimat gerontologisen hoitotyön osaamiskuvaukset sairaanhoitajille (Tiikkainen & Teeri 2009; Tiikkainen 2009, 316). Gerontologisen hoitotyön kokonaisuuteen kuuluvat myös hoitotyön yleiset mallit, arvot ja osaaminen, gerontologinen tieto sekä moniammatillisuuden merkityksen havaitseminen. Gerontologinen hoitotyön erikoisala on moniulotteista, ikääntyneen ihmisen mielen, elämänlaadun ja ruumiin hyvinvoinnin saavuttamista ja säilyttämistä. (Heikkinen, R. 2008b, 499-450; Luoma 2009, 75.)

Vanhusten asiantuntevassa hoidossa yhdistyvät oma henkilökohtainen tieto, hiljainen tieto, eettinen tieto, tieto vanhusasiakkaasta, menettelytapatieto, kokemustieto, järjestelmätieto ja gerontologian ja muiden tieteiden tarjoama tieto. Muita tieteitä ovat esimerkiksi geriatria, psykogerontologia, gerontologinen ravitsemustiede, geronfarmakologia, geronfysioterapia ja geroteknologia. Erilaisten tietojen yhteensovitus on laajaa tietämystä, asiantuntijuutta, ymmärrystä ja osaamista, mitä vaaditaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. (Medina ym. 2005, 12). Hoitotyön teoreettinen osaaminen vaatii sairaanhoitajalta ajantaisaista hoitotieteellistä, lääketieteellistä ja yhteiskuntatieteellistä tietoa sekä valmiuksia hankkia ja arvioida kriittisesti tietoa ja käyttää sitä omassa toiminnassaan. Tutkimusnäyttöön perustuvassa hoitotyössä on arvioitava myös omaa tietoperustaansa sekä kyettävä arvioimaan uusien tutkimustulosten hyödynnettävyyttä yksilöllisissä hoitotilanteissa. (Kassara ym. 2005, 34.)

Gerontologisessa hoitotyössä työskentelevillä sairaanhoitajilla on oltava tietoa ja erityisosaamista fyysisissä, psyykkisissä ja sosiaalisissa tekijöissä tapahtuvista muutoksista ja niiden seurauksista sekä tuntea yleisten pitkäaikaissairauksien kulku ja luonne (Heikkinen, R. 2008b, 451; Hyttinen 2009, 42; Ruontimo 2009, 35). Sairaanhoitajan tulee huomata, että iän karttuessa myös ihmisen erityispiirteet ja yksilöllisyys korostuvat (Konsensuslausuma, Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2012, 3). Vanhustyötä tekevien on myös Medina ym. (2005, 11) mukaan syytä tuntea erilaiset elämänmuutokset vanhetessa, jotta osaisivat tukea vanhusta itsenäiseen elämään, toimintakyvyn säilyttämiseen ja kuntouttaa erilaisissa sairauksissa ja niiden jälkitiloissa. Kuntouttamista tuetaan eri ammattiryhmien toimesta ja tavoitteena on palauttaa potilaan toimintakyky jopa mahdollista kotiuttamista silmälläpitäen (Noro 2005, 49). Vanhustyössä keskeistä on myös kuunnella, arvostaa ja ymmärtää vanhuksen kokemuksia ja yksilöllisiä mielipiteitä (Medina ym. 2005, 11- 12).

Henkilökohtainen tieto määritellään itsensä tuntemiseksi. Hoitaja käyttää työssään itseään välineenä ja apuna hoitotilanteissa. Henkilökohtainen tieto on ratkaisevaa siinä, miten hoitaja käyttää itseään apuna. Vanhustyössä hilaisella tiedolla voidaan saavuttaa ymmärrystä asioista, tapahtumista ja tilanteista. Hiljaisen tiedon avulla vanhusten tarpeet voidaan ymmärtää erilaisissa hoitotilanteissa. (Medina ym. 2005, 13.) Eettinen tieto hoidossa määritellään oikean ja väärän valinnaksi. Vanhushoitotyössä ihmissuhde-etiikka kuten arvot, periaatteet, päätöksenteot ja suhtautumistavat korostuvat. Ammattitaitoinen hoitaja kohtaa vanhuksen arvokkaana, tukee hänen persoonallisuuttaan, saa hänet tuntemaan olonsa turvalliseksi sekä pyrkii säilyttämään läheisten ihmissuhteiden koskemattomuuden. (Medina ym. 2005, 14.) Tieto vanhusasiakkaasta on tietoa ja kokemuksia asiakkaan elämäkulusta. Tietoja voidaan kerätä erilaisin kaavakkein, esimerkiksi tulohaastattelulomakkeella ja elämänkaaritietolomakkeella, empatialla ja kyvyllä asettua vanhuksen asemaan. (Medina ym. 2005, 14.)

Menettelytapatiedot, kuten Käypä hoito -suositukset, ohjaavat hoitajan työtä erilaisissa hoitotilanteissa. Tieto auttaa esimerkiksi päätöksenteoissa. Menettelytapatietoa ohjaavat myös oma tai muiden kokemustieto tai eettinen tieto. (Medina ym. 2005, 14.) On tärkeää huomata, että valmiit suositukset ovat tehty

kehittämisen tueksi. Kaikkea uutta tietoa ei tarvitse tuottaa itse, vaan käytössä on tietoa ja valmiita ohjeita käytäntöön sovellettaviksi. (Ilvonen 2009, 334.)

Kokemustiedolla hoitotyössä tarkoitetaan käytännön kautta saavutettua asiantuntijuutta. Hoitotyöntekijällä ei välttämättä ole niin paljon elämäkokemusta kuin kauan eläneellä potilaalla, mutta hoitotyötä ajatellen vankka kokemustieto lisää onnistuneisuutta iäkkään kohtaamisessa. Pelkkä mekaaninen hoitotyön toteuttaminen ei kartuta kokemustietoa, vaan hoitajan tulee syventää omaa osaamistaan. Kokemusperäinen tieto nähdään tärkeäksi myös, jos halutaan kehittää hoitajien, tiimien ja työyhteisöjen taitoja. (Medina ym. 2005, 12.)

2.4 Gerontologisen hoitotyön taidot

Hoitotyön taidot koostuvat hoitotyön auttamismenetelmistä ja erilaisesta osaamisesta, kuten ohjaus- ja opetusosaamisesta. Se koostuu myös kliinisestä osaamisesta, joka puolestaan käsittää vuorovaikutustaidot, päätöksenteko- ja ongelmanratkaisutaidot. Perustaitoihin kuuluvat hoitosuunnitelman tekeminen sekä lääkehoitotaidot. (Kassara ym. 2005, 22.) Taidoiksi ja osaamiseksi gerontologisessa hoitotyössä luetellaan gerontologisen tutkimuksen seuraaminen, vuorovaikutustaitojen ja kuntoutustekniikoiden hallinta, taito auttaa iäkästä osallistumaan omaan elämäänsä, taito hoitaa surevaa, taito auttaa kuolevaa ja taito auttaa asiakasta kohti tulevaisuutta, vaikka kyseessä olisikin vain seuraava päivä. (Heikkinen 2008a, 451.) Gerontologisen hoitotyön taitojen yksi ydinalueista ja laatutekijä on myös iäkkäissä itsessään piilevien voimavarojen löytäminen ja niistä huolehtiminen yhdessä vanhusten kanssa (Heikkinen 2008a, 456; Vaarama 2002, 15). Voimavarojen ja toimintakyvyn edistäminen on terveyden edistämisen osaamista, mitä sairaanhoitajalta vaaditaan. Toisaalta hoitotyö vaatii ongelmanratkaisutaitoja ikääntyneen piilossa olevien voimavarojen löytämiseksi ja tukemiseksi (Backman, Paasivaara, Voutilainen & Isola 2002, 71.) Hoitotyössä terveyttä pidetään ihmisen voimavarana, mutta voimavarat voivat olla monenlaisia- ja tasoisia: fyysisiä, materiaalisia, arvoja, asenteita, älyllisiä tai tunteisiin perustuvia (Kassara 2005, 31).

Hoitotyön taidoilla pyritään aina potilaan hyvään oloon, mikä lisää potilaan omaa onnellisuutta. Onnellisuus edellyttää sairaanhoitajalta kykyä välittää toisesta ihmisestä, inhimillisyyttä, ystävällisyyttä, huolepitoa, lämmintä kohtelua, rehellisyyttä sekä oikeudenmukaisuutta. Sanotaan, että onnellisuutta on mahdotonta saavuttaa, jos hoitaja ei kohtaa potilasta sydämellään tai tule hänen lähelleen. Hoitajalta edellytetään myös vastuuta puolustaessaan potilasta, jos tämä ei siihen itse pysty. (Munnukka 2004, 84; Hjelm 2004, 147-148; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 93.)

2.4.1 Kliininen osaaminen

Sairaanhoitajan kliininen osaaminen on teoreettista osaamista hoitotyöstä, anatomian ja fysiologian hallitsemista, lääketieteen ja farmakologian tietoutta, lääkelaskentaa sekä keskeisten toimenpiteiden hallintaa ja osaamista toimia lääkärin antamien ohjeiden mukaan. Ikääntyneiden hoitotyössä sairaanhoitajan tietoperustaa täydentää gerontologia. (Opetusministeriö 2006.) Hoitotyön kliininen osaaminen perustuu teoreettiseen osaamiseen, joka edellyttää ongelmanratkaisutaitoja, päätöksentekotaitoja ja monitieteisen ajankohtaisen tutkimustiedon käyttöä. Sairaanhoitajan tulee hallita potilaan kokonaishoito ja hoitotyön auttamismenetelmät. Terveiden edistämisen näkökulma sisältyy kaikkeen sairaanhoitajan kliiniseen toimintaan. (Kassara ym. 2005, 46, 382.) Sairaanhoitajan on osattava arvioida ikääntyneen fyysistä, kognitiivista, psykososiaalista toimintakykyä erilaisin menetelmin sekä hallittava gerontologisen keskeiset auttamismenetelmät, kuten lääkehoito, nestehoito, ravitsemus, ihonhoito, liikkuminen, kivunhoito, palliativinen hoito ja saattohoito (Tiikkanen & Teeri 2009; Tiikkainen 2009, 318; Kassara ym. 2005, 46-47). Kliininen osaaminen käsittää myös elvytyksen, poikkeusolojen terveydenhuollon ja eri sairauksia sairastavien hoitotyö (Kassara ym. 2005, 46). Neuvonnalla, itsehoidolla, kuntoutuksella ja itsemääräämisoikeuden tukemisella on myös tärkeä rooli (Rantanen 2008, 409).

Sairaanhoitajat tarvitsevat gerontologisessa hoitotyössä tietoutta iäkkäiden ihmisten lääkityksestä, lääkkeistä ja erityisesti monien samanaikaisten sairauksien aiheuttamista ongelmista lääkkeiden yhteiskäytössä ja lääkkeiden käyttöön

liittyvistä erityisistä haasteista (Heikkinen 2008a, 451). Medina ym. (2005, 95) mainitsee vanhuksen olevan usein monioireinen. Lääkkeet saattavat tuoda sivuvaikutusten myötä monenlaisia oireita, kuten väsymystä, huimausta, kaatuilua, pahoinvointia, ummetusta, ripulia, kaksoiskuvia, muistin heikkenemistä, käytöshäiriöisyyttä tai sekavuutta. Vanhus saattaa vähätellä ja jopa peitellä oireitaan, jolloin ulkopäin tuleva havainnointi ja tilanteen huomioinnin tärkeys korostuvat. Kivun hoitamisessa tulee huomioida erilaiset kipukokemukset kudonsvauriosta, hermovauriosta elimelliseen kudonsvaurioon ja henkilökohtaiseen kärsimyskokemukseen, joka tulkitaan ja tunnetaan kipuna. (Medina ym. 2005, 95, 108.) On arvioitu että yli 75-vuotiaista yli 80 % käyttää reseptilääkkeitä päivittäin. Pitkäaikaissairaudet kasaantuvat kaikkein vanhimmille mikä puolestaan altistaa monilääkitykselle. Mitä useampi lääke vanhuksella on, sitä enemmän esiintyy myös haitta- ja yhteisvaikutuksia. (Mäkelä, Mattila & Piensoho, 2005, 166.)

Hoitotyön prosessin vaiheet ovat asiakkaan hoidon tarpeiden määrittäminen, hoitotyön tavoitteiden asettaminen, hoitotyön menetelmien valinta, suunnitelman toteuttaminen eli hoito sekä hoidon tulosten arviointi (Vähäkangas ym. 2005, 150). Vanhuksen hoidossa terveydentilan ja toimintakyvyn arviointi on laajaa tiedonhankintaa. Normaalien vanhenemisprosessien tunteminen antaa pohjaa yksittäisen vanhuksen hoidontarpeen arviointiin. Laitoshoidossa olevan asiakkaan hoito perustuu yhdessä sovittuun ja kirjattuun hoitosuunnitelmaan, jonka tarkoituksena on välittää tietoa, kuvata potilaan hoitoa sekä toimia oikeudellisena dokumenttina. (Vähäkangas ym. 2005, 150.) Pitkäaikainen hoito pitää sisällään huolehtimisen ravinnosta, lääkkeistä, puhtaudesta, vaatetuksesta sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisestä (Sosiaali- ja terveysministeriö: laitushoito 2009).

2.4.2 Gerontologinen osaaminen sosiaali- ja terveysalalla

Gerontologinen hoitotyö liittyy luonnollisena osana lähes kaikkien hoitotyöntekijöiden tehtäväkenttään ikkäiden potilaiden sijoittumisessa lähes joka puolelle. Vanhenemisprosesseihin sekä vanhenemiseen liittyvän tiedon soveltaminen ikääntyneiden hoitotyöhön on yksi perusterveydenhuollon keskeisimmistä tavoitteista. Näin estetään sairauksien pitkittymistä, lyhennetään

laitoshoitojaksoja ja kuntoutetaan vanhuksia myös takaisin kotiin. (Heikkinen, R. 2008b, 450; Tiikainen & Teeri 2009.)

Hyvä hoito on Vähäkangas ym. (2005, 148) mukaan suunniteltua ja asiakkaan voimavaroja tukevaa, mutta samalla hyvää oloa edistävää ja toimintakykyä ylläpitävää. Vanhojen ihmisten toimintakyvyn edistämisen on oma asiantuntijuusalueensa ja poikkeekin tavoitteiltaan usein terveyden edistämisen tavoitteista. Vanhusten pitkäaikaissairauksien hallinta on keskeistä toimintakyvyn edistämisessä. (Rantanen 2008, 409.) Toimintakykyä edistävän hoitotyön lähtökohtana on gerontologinen tieto ikääntymisen tuomista muutoksista, hoitotyön tietoperusta sekä moniammatillinen yhteistyö (Vähäkangas 2009, 145). Ikääntyvän väestön terveys ja toimintakyky vaikuttavat enemmän sosiaali- ja terveystalouden tarpeeseen kuin ikääntyvien määrän kasvu (Voutilainen ym. 2009, 13). Geriatriseen osaamiseen kuuluvat yleisten geriatrinen oireyhtymien sekä akuutteihin ja kroonisiin sairauksiin liittyvien tilojen tunnistaminen ja hoitaminen. Osaamiseen kuuluvat myös monisairastavuuteen liittyvät ongelmat, kuten inkontinenssin, muistamattomuuden, kaatumisten ja masennuksen ehkäisy, tunnistaminen sekä hoitaminen. (Tiikainen & Teeri 2009.) Tiikainen (2009, 319) mainitsee myös geriatriseen osaamiseen kuuluvan erityisesti pneumonian, deliriumin, käytösoireiden sekä yksinäisyyden ja eristäytyneisyyden tunnistamisen ja hoitamisen.

Erityistaitoja ja tietämystä vaativa haaste sairaanhoitajille on dementiaa sairastava iäkäs potilas. Hyvän, inhimillisen hoidon vaatavuutta lisäävät dementialle tyypilliset oireet kuten muistamattomuus, aikaan ja paikkaan orientoimattomuus, rauhattomuus, unihäiriöt ja ajoittainen mahdollinen aggressiivisuus. (Heikkinen 2008a, 452.) Muistisairaat ovat gerontologisen hoitotyön suurin ja kasvavin asiakasjoukko, ja muistisairaiden ihmisten parissa tehtävä hoitotyö on yksi tärkeimmistä gerontologista asiantuntijuutta vaativista osa-alueista (Voutilainen ym. 2009, 14).

Toimintakyky on vanhenemisen ja vanhusten hoidon tärkeä mittari, sillä vanhenemismuutokset ja sairaudet näkyvät esimerkiksi toimintakyvyn muutoksena. Toimintakyky vaihtelee ikääntymismuutosten ja sairauksien lisäksi myös omien harjoitusten ja toimintakykyä ylläpitävien toimintojen mukaan.

(Medina ym. 2005, 57.) Toimintakykyä voidaan tarkastella joko kuvaamalla jäljellä olevaa toimintakykyä tai todettuja toiminnanvajauksia. Toimintakyvystä puhuttessa tulee muistaa, että kyse on laajasti ihmisen hyvinvointiin liittyvästä käsitteestä, josta sairaudet ovat vain osa. (Laukkanen 2008, 261.) Toimintakykyä arvioidaan asteikoin, joka kattaa niin fyysisen-, psyykkisen kuin sosiaalisen toimintakyvyn. (Laukkanen 2008, 246; Medina ym. 2005, 60; Lyyra & Tiikkainen 2009, 60; Tilvis 2010, 89.) Toimintakykyä ja hoidontarvetta määritteleviä testejä on monia, esimerkiksi RAI, RAVA, MMSE ja CERAD tuovat kaikki uutta tietoa potilaan toimintakyvystä (Medina ym. 2005, 59-60). Järjestelmistä esimerkiksi RAI on kehitetty hoidon laadun arvioimiseen ja kohentamiseen sekä voimavaratarpeiden arvioimiseen yhdessä Käypä hoito -suositusten kanssa (Noro ym. 2005, 7; Peiponen 2009, 305). Toimintakyvyn edistämisen keskeisin periaate vanhuksilla on oman aktiivisuuden ja autonomian tukeminen ja kannustaminen (Rantanen 2008, 409).

Palvelutaloissa hoitohenkiökunnasta yli 18 % uskoi pystyvänsä parantamaan omalla työpanoksellaan ja asiantuntijuudellaan asiakkaansa fyysistä toimintakykyä. Vanhainkodissa tämä lukema oli hieman yli 13 % ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla yli 17 %. (Vähäkangas ym. 2005, 149.)

2.4.3 Eettinen osaaminen

Sairaanhoitajan kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä korostuu ikääntyneiden hoitotyössä. Päätökset perustuvat hoitotieteelliseen että monitieteelliseen gerontologiseen tietoon. (Tiikkanen & Teeri 2009.) Sen lisäksi, että gerontologinen hoitotyö perustuu tutkittuihin tietoihin, se perustuu myös toimijoiden arvoihin ja eettisiin periaatteisiin (Sarvimäki 2009, 27). Eettisen osaamisen periaatteena on, että sairaanhoitaja osaa kunnioittaa ja ottaa huomioon ikääntyneen, sekä hänen perheensä: arvot, asenteet, roolit, kulttuurit, uskonnon ja elämäntyylin (Tiikkainen 2009, 316; Tiikkanen & Teeri 2009; Sarvimäki 2009, 28; Ruontimo 2009, 23). Sairaanhoitajan toimintaa ohjaavat myös ihmisoikeudet, hoitotyön eettiset ohjeet ja lainsaadäntö (Kassara ym. 2005, 382). Gerontologisessa hoitotyössä tarvittavat tiedot ja taidot viestivät myönteisestä asenteesta iäkkäitä ihmisiä kohtaan sekä eettisyydestä, jota ilman työ ei onnistu

(Heikkinen 2008a, 451). Laadukkaan ammattitaitoisen vanhustyön uhka ei ole vain resurssit, vaan myös eettiset ja moraaliset uhat (Näslindh-Ylispangar 2005, 153).

Ikääntyneiden hoidossa korostuu yksilön oma kokemus terveydestään sekä hänen tapansa hoitaa itseään ja sairauttaan (Backman ym. 2002, 70-71). Vanhustenhoidon keskeinen periaate Medina ym. (2005, 137) mukaan on vanhuslähtöisyyden periaate, joka koostuu vanhukseen keskittymisestä, vanhuksen autonomisuudesta, omatoimisuudesta, yksilöllisyydestä, elämäkulusta, hänen omasta kulttuuristaan ja ihmisen kokonaisuudesta. Eettisesti hyvälle gerontologiselle hoitotyölle ja hoitosuhteelle ominaista ovat huolenpito, turvallisuus, ihmisarvo, itsemääräämisoikeus ja yksityisyyden suoja (Sarvimäki 2009, 29). Kokonaisvaltaisen hoitamisen sanotaan olevan mahdollista vasta silloin, kun hoitaja on sisäistänyt holistisen ihmiskäsityksen. Kokonaisvaltainen hoito sisältää myös suhteiden säilyttämisen ja sosiaalisen verkon mukaan ottamisen hoitoon. (Medina ym. 2005, 137.) Vanhusten itsemääräämisoikeus johdetaan yksilön ihmisarvosta. Vanhukselle tulee antaa tilaa ja mahdollisuuksia itsenä olemiseen ja kehittymiseen sen kuitenkaan tarkoittamatta yksin, omassa varassaan olemista. (Heikkinen, R. 2008b, 454.) Hoidossa korostuvat ehkäisy ja kokonaisvaltaisuus. Vanhusten laitoshoidossa hoito sovitetaan vanhan ihmisen arkielämään, jotta passivoituminen estyy. Hoito sisältää myös erilaisten hoitojen ja tukipalveluiden järjestämistä ja yhteensovittamista. (Medina ym. 2005, 146-147.) Jos hoitaja ei itse ole tietoinen potilaan oikeuksista, omista eettisistä velvollisuuksistaan tai koe velvollisuuden tunnetta edistää potilaan hyvinvointia, ei hoitaja voi myöskään määrittellä hyvää ja laadukasta hoitotyötä (Vaartio & Leino-Kilpi 2009).

Hoitotilanteissa vanhukseen keskittyminen on hyvin tärkeää yksilöllisen hoidon saavuttamiseksi. Hoitajan tulee tiedostaa oma vastuunsa potilaalle annetusta hoidosta ja omasta osaamisestaan. Vanhukseen keskittyminen hoitotilanteissa vaatii hoitajalta kasvua ja kypsyyttä ihmisenä. (Medina ym. 2005, 12.) Vuorovaikutusta tulkitsee kukin tilanteessa olija omasta näkökulmastaan (Heikkinen, R. 2008b, 452). Asiantunteva hoitaja ymmärtää, mikä on olennaista hoitotilanteissa. Hoitajan sisäinen tunne, intuitio, joka on syntynyt hiljaisesta tiedosta, ohjaa hoitotilannetta. Intuitiivinen hoito edellyttää hoitajalta riittävää

asiantuntijuutta ja kokemusta vanhusten yksilöllisestä hoidosta. (Medina ym. 2005, 12.) Gerontologisen hoitotyön ydin on hoitava ja huolehtiva läsnäolo, kuten kaiken muunkin hoitotyön inhimillinen ydin on (Heikkinen, R. 2008b, 452).

Hoitotyössä eettinen perusta on tärkeää ja tarkoittaa hyvän hoidon antamista niille, jotka sitä tarvitsevat. Sairaanhoitajat kohtaavat työssään uusia haasteita ja välillä voi olla vaikeaa tunnistaa, mitä tulee tehdä ja mitä ei. Uusia haasteita onkin tärkeää tarkastella myös eettisestä näkökulmasta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 9.) Käytännössä ei kovinkaan usein tule miettineeksi sitä, miten hoitoa koskevat päätökset oikeastaan syntyvät (Korhonen 2010). Hoitaja tekee päivittäin päätöksiä siitä, miten ja minkälaista hoitoa antaa potilaalle. Jokainen päätös vaatii hoitajalta omien arvojen pohtimista, jotta hän antaa potilaalle parhainta mahdollista hoitoa. (Fry & Johnstone 2009, 6.)

Vanhuskäsitystä pidetään yleisesti suhtautumistapojen kokonaisuutena, yleisenä tietona vanhuudesta ja vanhenemisesta, jonka mukaan työntekijä itse määrittää suhteensa vanhustyöhön. Vanhuskäsitys näkyy siinä, mitä pidetään vanhuutena ja miten sitä kuvataan. (Medina ym. 2005, 11-12, 41.) Arkitoimintaa ja päätöksiä, joita työntekijä tekee vanhusten kanssa, ohjaa työntekijän oma vanhuskäsitys. Vanhuskäsitykseen kuuluvat myös työntekijän omat arvot ja näkemykset hyvästä vanhustenhoidosta. (Medina ym. 2005, 11-12.) Hoitajan toimintaa ohjaava periaate koostuu välittämisestä ehdoitta, eläytymisestä, vastuullisuudesta, turvallisuuden luomisesta, sairauksien ja toimintakyvyn laskun ehkäisystä, vanhuksen terveyden edistämisestä, oman arkielämän tukemisesta ja omasta ammatillisuuden periaatteesta. (Medina ym. 2005, 144.)

Hoitajan ammatillisuutta edellyttää vanhustenhoidon perustehtävän tiedostaminen. Vahva ammatti-identiteetti rakentaa hoitajalle selkeän näkemyksen siitä, mihin ammatillisuus velvoittaa omassa elämässä, työssä, työyhteisössä ja yhteiskunnassamme. Ammatti-identiteetti näkyy oman työn arvokkaaksi ja tärkeäksi tuntemisena. Kehittynyt ammatillisuus näkyy myös työntekijän haluna tehdä työnsä hyvin, sekä ammattitaidon ylläpitämisenä. Vanhustenhoitotyössä ei voi paeta tiukan ammattiroolin taakse, vaan työssä tarvitaan spontaanisuutta, lämpimyyttä sekä ihmisenä ihmiselle olemista. Oman persoonansa käyttäminen

hoitotyössä, roolittomuus ja aitous ovat esimerkiksi dementoituneen potilaan kanssa erittäin tärkeitä. (Medina ym. 2005, 143-144.)

2.4.4 Yhteistyöosaaminen ja moniammatillisuuden merkityksellisyys

Yhteistyöosaaminen käsittää sairaanhoitajan työskentelyn yhdessä muiden ammattiryhmien kanssa joustavasti (Kassara ym. 2005, 383). Hoitoyhteisöä velvoittavat periaatteet edistävät yhteiseen päämäärään/ tulokseen pyrkimistä, yhteisen vastuun kantamista ja työyhteisön ilmapiirin myönteisyyttä. Kollegiaalisuuden periaate edellyttää muun hoitohenkilöstön tuntemista, muiden vahvuuksien tuntemista ja arvostusta. Kollegiaalisuus on toveruutta ja tukea, jossa tulee olla valmis ymmärtämään, auttamaan ja joustamaan. Hoitoyhteisössä myös moniammatillisuuden periaate näkyy jokaisen työntekijän asiantuntija-alueen tuntemisena ja yhteistyön synnyttämisenä. Yhteistyö vaatii toisen asiantuntijuuden arvostamista sekä keskeisten käsitteiden merkitysten ymmärtämistä. (Medina ym. 2005, 144; Kassara ym. 2005. 383; Tiikkainen & Teeri 2009.)

Vähäkangas ym. (2005, 148) mainitsee hyvän hoitosuunnitelman perustuvan moniammatillisen hoitotiimin keskinäiseen kommunikointiin ja asiakkaan osallistumiseen. Moniammatillisen yhteistyön tarve on kasvanut vanhustenhoidossa. Sairaanhoitajilla on vastuu vaikuttaa ja osallistua päätöksentekoon sekä koordinoida hoitoa ja palveluita sekä tiedonkulkua. Valintoja ohjaa tieto järjestelmistä, palvelurakenteista, yhteistyötaidoista, palvelujen kehittämisestä ja uusien palveluiden suunnittelemisesta. (Tiikkainen & Teeri 2009; Medina ym. 2005, 14.) Sairaanhoitajien tulee tuntea ja olla selvillä yhteiskunnan tarjoamista palveluista voidakseen opastaa ikääntyviä myös muille avun lähteille (Heikkinen, R. 2008b, 451; Tiikkainen 2009, 317; Tiikkainen & Teeri 2009). Palvelukokonaisuuden rakentaminen edellyttää vahvaa ammattitaitoa, monitoimijuutta, kumppanuutta ja saumatonta yhteistyötä (Tiikkainen & Teeri 2009). Geriatrien yksiköiden tehtävänä on akuuttien sairauksien hoidon ohella vanhuspotilaiden kuntoutus ja jatkohoitomahdollisuuden selvittäminen. Yksiköissä toimii monitahoinen tiimi toimintakyvyn selvittämisessä. Hoitotyön tehokkuutta geriatrisissa yksiköissä lisäävät hyvät diagnostiset valmiudet, konsultaatioyhteydet, tehokkaat

kuntoutuskeinot, vastuu hoidosta ja hoitotyön jatkuva seuranta. (Tilvis 2008, 284-285.)

2.5 Kehittämisen- ja vaikutusosaaminen

Gerontologisessa hoitotyössä työskentelevät hoitajat tietävät, miten työn laatua voisi ja tulisikin kohentaa. Heidän tulisi nykyistä rohkeammin ja näkyvämmiin pyrkiä yhteisvoimin vaikuttamaan päättäjiin oman tietonsa varassa, sillä ikääntyneiden hyvinvointiin panostamisen sanotaan olevan oman tulevaisuutemme rakentamista. (Heikkinen, R. 2008b, 451; Kassara ym. 2005, 383.) Koko Euroopan tasolla eri maiden tulisi tukea geriatrian maailmanlaajuisia tunnustamista ja jatkuvaa kehittämistä lääketieteen erikoisalana (Hopeapaperi, Suomen lääkärilehti 2009, 5). Tutkimusten mukaan yksilölliset voimavarat sekä työn ”imua” tuntevat työntekijät voivat johtaa myönteisiin yksilöllisiin sekä yhteisöllisiin seurauksiin. Työn imua kokevat työntekijät voivat kokea itsensä entistä pystyvämmäksi ja he arvioivat työnsä enemmän uusia mahdollisuuksia sisältäviksi, sekä pystyvät luomaan ja hyödyntämään uusia työn voimavaroja. Työntekijät eivät vain reagoi työoloihin, vaan muokkaavat itse miten ja mitä he tekevät, sekä kenen kanssa ja millä tavoin he ovat vuorovaikutuksessa muiden kanssa työtä tehdessään. (Hakanen 2009, 17.)

Työelämän yhteisenä haasteena on saada työntekijät itse kehittämään osaamistaan, sekä saada opiskelijat kiinnostumaan gerontologisesta hoitotyöstä (Tiikkainen & Voutilainen 2009, 8). Gerontologisen kehittämistyön tukijalustan sanotaan olevan hoitotyöntekijöiden tiimityö. Kehittämistyö on helpompaa, jos tiimi työskentelee yhdessä osaamistaan jakaen ja toisiaan tukien. (Ilvonen 2009, 340.) Ammatillista kehittymistä ajatellen tärkeitä kannustimia ovat työn luonne ja sen järjestelyt, esimissuhde sekä työilmapiiri ja sen ihmissuhteet. Motivaatio osallistua kehittämistoimiin on korkea, mikäli sairaanhoitaja uskoo, että osallistuminen lisää kykyä selviytyä nykyisistä tehtävistä paremmin. Ammatillisen pätevyyden taso voi vaikuttaa palkkion määrään, sekä käyttäytymisen muutos johtaa yleensä toivottuihin seurauksiin, kuten palkankorotukseen, arvostuksen lisääntymiseen, esimieheltä saatuun arvostukseen tai lisääntyneeseen vapaa-aikaan. (Ruohotie 1995, 122-123.)

Väestön muuttuneisiin tarpeisiin on mahdollista vastata moniammatillisella yhteistyöllä. Hoitoketjuja suunniteltaessa ja palveluita järjestettäessä asiakkaille mahdollisimman joustaviksi moniammatillisuuden merkitys korostuu. Jokaiselta sosiaali- ja terveysalan ammattilaiselta moniammatillinen yhteistyö edellyttää yksilöllisiä ominaisuuksia ja taitoja. Näitä ovat hoitajien tunteet, asenteet, tiimi- ja projektityöskentely sekä kehittämis- ja ohjaustaidot. (Katajamäki 2012, 34.) Tervettä vanhuutta pystymme edistämään panostamalla jo varhaisessa vaiheessa sekä myös vanhuusiässä kansanterveyttä parantaviin toimiin. Toimintakyvyttömyyden ennaltaehkäisy sekä koko elämänaikaiset terveelliset elintavat lisäävät parempaa vanhuutta. (Konsensuslausuma, Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2012, 7.)

Kehittämistyön yksi tärkeä osa on arviointi, jossa mitataan sitä, ovatko asetetut tavoitteet saavutettu ja onko kehittämistyö ollut tuloksellista (Ilvonen 2009, 337). Arvioinnin kohteena ovat esimerkiksi hoitosuunnitelmassa hoitotyön tarpeet, tavoitteet, auttamiskeinot sekä niihin tarvittavat muutokset (Vähäkangas ym. 2005, 154). Hoidon arviointi edellyttää hoitajalta hyvää havainnointia, tietoperustaa, taitoja ja kykyä nähdä tilan muutoksia potilaassa. Hoitajan on myös huomioitava vanhuksen omat tavoitteet ja niissä mahdollisesti tapahtuneet muutokset. (Medina ym. 2005, 147.)

Kehittämis- ja vaikutusosaamiseen kuuluvat myös olennaisesti gerontologisen hoitotyön kehittämiskohteiden tunnistaminen, taito osallistua kehittämiseen, hyvien käytäntöjen luominen ja niihin mukaan osallistuminen. Sairaanhoitajan on kyettävä hyödyntämään työssään uutta gerontologista tutkimustietoa hoidon parantamiseksi sekä osattava muuttaa iäkkään ihmisen ympäristöä hänen tarpeitaan vastaavaksi. Taitoa tarvitaan myös kehitettäessä hoitotyön kehittämisen kriteerejä sekä havaitessa huono hoito tai kohtelu työympäristössä. (Heikkinen, R. 2008b, 451; Tiikkainen & Voutilainen 2009, 8-9; Tiikkanen & Teeri 2009.)

Ikääntyneiden kanssa työskentelevien hoitajien ammattitaidon lisääminen koulutuksella, tutkijoiden, käytännön toimijoiden ja päätöksentekijöiden verkostoituminen koko Euroopan alueella, sekä ehkäisyohjelmien toteuttaminen voisivat vähentää ja estää niin kotona asuvien, kuin pitkäaikaishoidossa asuvien vanhusten tahallisia tai tahattomista syistä johtuvia vammoja. Optimaalisen

hoidon tavoitteet voidaan saavuttaa koordinoituilla koko Eurooppaa koskevilla toimenpiteillä joko paikallisella tai kansallisella tasolla, tarjoamalla ajanmukaista tietoa näyttöön perustavasta hoidosta ja käytännöistä, jotka ovat osoittautuneet hyväksi vammojen ehkäisyssä. (Hopeapaperi, Suomen lääkärilehti 2009, 4.)

3 GERONTOLOGISEN HOITOTYÖN VETOVOIMAISUUS

Vetovoimaisella työpaikalla tarkoitetaan organisaatiota, joka onnistuu hankkimaan ja sitouttamaan työntekijöitä myönteisen työn ja työnantajakuvan avulla (Peiponen 2009, 303). Työn imu on tila, jossa työntekijällä on motivaatiota tehdä työtä. Työn imua kokevat työntekijät ovat tutkimusten mukaan terveempiä sekä heillä on parempi työkyky. (Manka, Hakala, Nuutinen & Harju 2010, 10.) Työn imun sanotaan olevan tarttuvaa. Yhdenkin työntekijän innostuneisuus työhönsä vaikuttaa koko työyhteisöön positiivisesti. (Manka ym. 2010, 10, Hakanen 2009, 13.) Motivoiva työ on itsenäistä, antaa mahdollisuuden omien töiden suunnitteluun, työmenetelmien valintaan ja ajoitukseen. Työntekijän pitäisi pystyä käyttämään taitojaan aktiivisesti hyväkseen ja työtehtävät tulisi jakaa niin, että niistä syntyisi mielekkäitä kokonaisuuksia. (Sinervo & Elovainio 2002, 190.)

Sairaanhoitajille tehdyssä tutkimuksessa työilmapiiri ja työyhteisöjen toimivuus ovat keskeisiä työpaikan valintakriteerejä (Pitkänen ym. 2009, 247, 252). Pitkänen ym. (2009, 251) toteavat, että työhyvinvointiin on viime vuosina kiinnitetty huomiota ja edistämisen puitteet ovat hyvät. Työhyvinvointia voidaan mitata esimerkiksi keskusteluin, joissa käsitellään työyhteisön ilmapiiriä (Manka ym. 2010, 49-50). Työn imua tulisi arvioida, jotta saisimme aidon kuvan työntekijöiden työhyvinvoinnista ja työoloista. Yhdessä työn imua kartoittaessa tulisi myös työuupumuksen kokemuksia kartoittaa laajan kuvan saamiseksi. (Hakanen 2009, 44.)

Gerontologisen hoitotyön vetovoimaisuus syntyy monesta asiasta. Työn täytyy olla haasteellista, tarjota tilaisuus oppimiseen ja uralla etenemiseen sekä mahdollistaa uuden hoitotyön ja teknologian käyttö. Kilpailukykyinen palkka, ikään kuin magneetin lailla puoleensa vetävä työyhteisö ja työympäristö sekä muut työnantajan tarjoamat edut lisäävät alan vetovoimaisuutta tulevaisuudessa. (Peiponen 2009, 311; Sinervo & Elovainio 2002, 190.) Hyvinvoivassa työyhteisössä työntekijöillä on tilaa ja mahdollisuuksia kokemusten ja tiedon hyödyntämiselle, uuden oppimiselle sekä yhdessä tekemiselle (Manka, Hakala, Nuutinen & Harju 2010, 3). Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Superin vuonna 2012 tekemässä tutkimuksessa todetaan 98 % lähi- tai perushoitajasta toivovan hoitajamitoituksen määrittelyä lailla. Suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että

käytännön hoitotyössä ei ole mahdollista toteuttaa hyvää hoitoa eikä ammattitaitoista hoitohenkilökuntaa ole tarpeeksi. Hoitajat olivat myös huolissaan omasta jaksamisestaan. (Superliitto 2012.)

Vetovoimaisuuden hiipussa ja sairaanhoitajien työoloja tarkasteltaessa on pystytty tutkimaan myös sairaanhoitajien alanvaihtoon liittyviä seikkoja (Pitkänen ym. 2009, 235). Alanvaihtoon osasyinä Pitkänen ym. (2009, 246) mainitsevat pitkäaikaissairaiden määrän lisääntymisen, vaatimusten kasvamisen ilman palkkauksessa tapahtuvia muutoksia sekä työn raskauden lisääntymisen niin henkisesti kuin fyysisesti. Työelämän laatu ja työyhteisön toimivuuden kehittämisen vähyys ovat olleet syitä alanvaihtoon ja rekrytointiongelmien syntyyn (Pitkänen ym. 2009, 246). Sairaanhoitajien työvoimapulaa on esiintynyt 2000-luvulta lähtien ja sen odotetaan lisääntyvän yhä sairaanhoitajien eläköitymisen sekä työmäärää lisäävän hoitotakuun vuoksi (Pitkänen ym. 2009, 235). Sairaanhoitajista on eniten puutetta erityyppisillä alueilla, kuten leikkaussaleissa ja perusterveydenhuollossa. Sairaanhoitajien on havaittu hakevan pitkäaikaissairaanhoidon välivaiheena ennen siirtymistä muunlaiseen työhön. (Pitkänen ym. 2009, 261.) Pitkänen ym. (2009, 232) mainitsevat myös sairaanhoitajapulan johtuvan terveydenhoitoalan koulutuksen suorittaneiden toimimisesta muun alan tehtävissä. Työvoimapulasta kärsivillä osastoilla tai yksiköillä on usein työolobarometrissa havaittuja vetovoimaisuutta vähentäviä tekijöitä, kuten syrjäinen sijainti, huono palkkataso, ongelmia työyhteisön toimivuudessa ja työntekijöiden vähäiset joustomahdollisuudet (Pitkänen ym. 2009, 252). Kun hoitajille suodaan mahdollisuus vastuulliseen ja itsenäiseen hoitotyöhön tasavertaisena työyhteisön jäsenenä, pystyvät korkean ammattitaidon ja eettisyyden omaavat sairaanhoitajat tuottamaan yksilöllistä ja laadukasta hoitotyötä. Tällöin työshheet ovat pitkäkestoisia ja työajat joustavia. (Näslindh-Ylispangar 2005, 155.)

Vanhusten hoidossa tulee vastaan ongelma lähivuosina. Samanaikaisesti kun palveluiden tarve kasvaa, työ käy yhä vaativammaksi hoidon kohdistuessa erittäin huonokuntoisille vanhuksille, työvoiman keski-ikä nousee, eläköityminen on huipussaan ja nuoria on vaikea saada alalle töihin. (Haapakorpi & Haapola 2008, 11; Voutilainen ym. 2009, 12-13.) Gerontologisen hoitotyön johtamisen tulevaisuuden haaste onkin turvata jollain keinolla henkilöstön saanti ja riittävät

resurssit. Hoitotyöhön tarvitaan koulutettua ja ammattitaitoista henkilökuntaa vastaamaan ikääntyneiden palvelutarpeeseen. (Peiponen 2009, 311.) Vuonna 2001 Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan sairaaloiden pitkäaikaisosastoilla resurssien vähyys ja tehottomuus näkyi liian monen sairaanhoitajan ja apuhoitajan käytöllä osastolla. Tutkimuksen mukaan tehokkaampaa olisi työllistää lähihoitajia enemmän sekä suurten yksiköiden olevan tehokkaampia kuin pienempien. (Björkgren, Häkkinen & Linna 2001.) Hoidon laatukriteerien eli henkilöstön määrän sekä heidän koulutustasonsa tulisi kuitenkin pysyä laadukkaan hoidon tasolla (Peiponen 2004, 5).

3.1 Gerontologisen hoitotyön imago

Vanhusten hoitoa ei yhteiskunnassamme pidetä kiinnostavana eivätkä asenteetkaan ole kannustavia. Tilanne kuormittaa henkilöstöä vähentäen samalla alan vetovoimaisuutta. (Marjasto, Markkula & Elomaa 2007, 34, Ruontimo 2009, 23.) Yksilöille tärkeiden henkilöiden, yhteisöjen ja esimerkiksi ystävien asenteet ja kokemukset vaikuttavat epäsuorasti myös oman asenteiden kehittymiseen (Ruohotie 1995, 118). Sairaanhoitajan työn imagon julkisella sektorilla koetaan olevan huonompi kuin erikoissairanhoidossa. Syy huonompaan imagoon koettiin johtuvan vanhustenhuollon sijoittumisesta perusterveydenhuollon puolelle. (Pitkänen ym. 2009, 249.) Imagolle ominaista on se, että se voi heijastaa todellisuutta tai poiketa siitä täysin. Organisaatio ei voi suoraan vaikuttaa imagoonsa mutta omaan identiteettiinsä ja persoonallisuuteensa se voi. Imagon rakentaminen voi johtaa positiivisempien mielikuvien syntymiseen. On todettu, että julkinen terveydenhuolto ei yleisesti ole huonompaa kuin yksityinenkään, mutta yksityisellä sektorilla on panostettu imagon sekä tavoitekuvien kehittämiseen. Julkisella sektorilla tavoitekuvien parantamiseksi tulisi esimerkiksi hoitajien tultava julkisuuteen hyviä toimintamalleja tai käytäntöjä esitellen. (Mäkisalo 2003, 171-174.)

Kun sairaanhoitajan osaamiselle annetaan tilaa ja työn imago on kunnossa, se antaa mahdollisuuden turvata laadukas potilastyö (Agge 2008). Suomessa vanhustyöntekijät ovat sitoutuneita ja melko tyytyväisiä työhönsä. Työntekijöiden vaihtuvuus on kansainvälisesti verrattuna vähäistä, sekä työstä johtuvat ongelmat

ovat usein korjattavissa työjärjestelyin. (Sinervo & Elovainio 2002, 189.) Kuntatyö 2010 –projektin tulosten mukaan kuntapuolella suurin osa työntekijöistä on tyytyväinen työhönsä (Peiponen 2009, 300). Jos työ ei ole tarpeeksi haastavaa, se voi johtaa ikävystymiseen, mutta toisaalta liian suuri vastuu puolestaan painaa (Tiikkanen & Teeri 2009).

3.2 Työn imu

Työn imua on mahdollista mitata. Työn imu -mentelmällä mitataan työntekijän tarmokkuutta, omistautumista sekä uppotumista työhön. Työn imusta on tullut keskeinen työhyvinvoinnin käsite. Suomessa ensimmäiset työn imu- mittauksen tulokset ovat julkistettu vasta vuonna 2002. Yhteiskuntamme tarvitsee työn imun keinoja, joilla voidaan edistää työhyvinvointia ja menestystä vaativammaksi käyvässä työssä. (Hakanen 2009, 4-5.) Hollannissa tehdyn tutkimuksen mukaan ryhmäkotien ja tavallisten vanhusten pitkäaikaishoitolaitosten vertailussa ryhmäkotien henkilökunnalla todettiin enemmän positiivisia vaikutuksia työstä. Kodinomaisten ryhmäkotien henkilökunta on yleisesti tyytyväisempää työhönsä, heillä oli enemmän vastuuta työstään, sekä tutkimuksen mukaan he saavat sosiaalista tukea muulta henkilökunnalta enemmän. (Boekhorst, Willemse, Depla, Eefsting & Pot 2008.) Työyhteisössä, joissa koetaan olevan imua, on voimavaroja ja hyviä käytäntöjä (Peiponen 2009, 301). Tällöin työntekijä haluaa myös panostaa työhönsä ja hänellä on sinnikkyyttä. Hoitaja kokee myös työnsä merkitykselliseksi, haasteelliseksi ja inspiroivaksi. Sanotaan, että työn imua tulisi kokea edes kerran viikossa. (Työterveyslaitos 2010e.) Hyvinvointi on perusta, jonka avulla hoitaja jaksaa tehdä työtä. Erilaiset asiat työyhteisössä ja työssä antavat voimavaroja ja tukevat hyvinvointia. Työhyvinvointi kehittyy ja toteutuu työn arjessa. Työssä on aina mahdollisuus työn pakitsevuuteen ja arvostukseen, omien vahvuuksien hyödyntämiseen ja itsensä kokemiseen arvostettuna ja hyvänä työntekijänä. Joissain työyhteisöissä on erittäin tärkeää kuulua joukkoon, kun toisessa työyhteisössä palkitsevaa on itsenäinen työ. Työntekijän vahvuuksia tukeva mielekäs työ on kuitenkin pohjana antamaan voimavaroja töihin sekä vapaa-aikaan. (Työterveyslaitos 2010d.)

Vahva tutkimusnäyttö osoittaa, että sairaanhoitajien työoloilla on myös vaikutusta potilastyytyväisyyteen sekä hoitotyön laatuun ja potilasturvallisuuteen (Sairaanhoitajaliitto 2012c). Työhyvinvoinnin sanotaan olevan kunnossa, kun kukin työyhteisössä työskentelevä henkilö tietää oman roolinsa ja tehtävänsä. Työn määrän sopivuus, töiden tasapuolinen jako, yhteisten pelisääntöjen noudattaminen ja työntekijöiden tasapuolinen kohtelu vahvistavat työhyvinvointia. Kun työhyvinvointiin on panostettu ja kiinnitetty huomioita, töihin on mukava tulla ja kukin tietää, miten työssä kohdatuissa tilanteissa edetään. Työpäivän jälkeen energiaa pitäisi jäädä myös vapaa-ajalle. Työ ei saa näännyttää hoitajaa. (Manka ym. 2010, 33.)

Suomalaisen sopimusjärjestelmän mukaan sairaanhoitajilla on oikeus neuvotella ja sopia omasta palkkauksestaan sekä alakohtaisista työehdoista kuten ylitoista, työajoista ja lomista (Sairaanhoitajaliitto 2012a). Alan vetovoimaa huonontavat asiat on saatava kuntoon tai terveydenhuolto menettää ammattitaitoisia hoitajia alalta (Sairaanhoitajaliitto 2012c).

Hoitoalalta pois siirtyminen on ollut suositumpaa viime aikoina, kuin hoitoalalle siirtyminen takaisin. Terveystenhoitoalalla rekrytointiongelmien kiteytyvät siihen ettei avoimiin työpaikkoihin ole hakijoita, työntekijöiden riittämättömään ammatilliseen koulutukseen sekä työn määräaikaaisuuteen. (Pitkänen ym. 2009, 232.) Kansainvälisen RN4CAST- tutkimuksessa kävi ilmi, että noin puolet suomalaisista sairaanhoitajista on miettinyt työpaikan vaihtoa (Sairaanhoitajaliitto 2012c).

Sairaanhoitajien kiinnostus myös vuorotyötä kohtaan todettiin vuonna 2005 tehdyssä tutkimuksessa laskeneen. Sairaanhoitajat halusivat toimia arkisin päivätyössä, mikä on vaikeasti järjestettävissä ympärivuorokautisesti apua tarvitsevien potilaiden hoidossa. Yksityisen sektorin työpaikkojen todetaan olevan vetovoimaisempia johtuen niiden mahdollisuudesta tarjota päivätyötä ja joustomahdollisuuksia työntekijöille. (Pitkänen ym. 2009, 240.) Sairaanhoitajaliiton tekemän selvityksen mukaan työyhteisönä esimerkiksi palveluasuminen, kotisairaanhoito ja kotipalvelu saavat muita työpaikkoja heikommat arvostelut työn palkitsevuudessa, asiantuntijuuden kehittämisessä, korkeatasoisen hoidon laadussa sekä työn ja yksityiselämän yhteensovittamisessa.

Näistä epäkohdista huolimatta sairaanhoitajat ovat ylpeitä ammatistaan, he pitävät työstään ja haluavat antaa oman työpanoksensa mahdollisimman hyvin. Myös vuonna 2010 tehdyn sairaanhoitajaliiton työolobarometrin mukaan sairaanhoitajat arvostavat työn päämäärää, potilaan hyvää hoitoa. (Sairaanhoitajaliitto 2012c.)

Ikääntyneiden hoidossa painottuu sairaanhoitajan työn vastuu, joka edellyttää itsenäistä päätöksentekokykyä ja ongelmanratkaisukykyä. Sairaanhoitajan itsenäinen työnkuva ja vastuunotto ikääntyneiden terveyden edistämisestä, pitkäaikashoidossa ja seurannassa on kasvanut valtavasti. Hoitotyöhön tuleekin luoda motivoivia työmahdollisuuksia, joilla työhön saadaan imua. (Tiikkainen & Teeri 2009.)

Haapakorven ja Haapolan (2008, 95-99) tekemässä tutkimuksessa havaittiin hoitotyöntekijöiden kokevan oman työnsä tyydyttäväksi silloin, kun se on luonteeltaan ja sisällöltäänkin palkitsevaa. Työn palkitsevuuden ja kuormittavuuden tulee olla tasapainossa. Muita työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä havaittiin olevan tiimityön toimivuus, ilmapiiri sekä fyysinen ja henkinen jaksaminen. (Haapakorpi & Haapola 2008, 95-99.) Kun tähdätään pidempiin työuriin, pitäisi työn imun voimavaroihin kuten itsenäisyyteen, työstä saatuun palautteeseen, selkeisiin tavoitteisiin, ihmiset huomioon ottavaan johtajuuteen, arvostukseen sekä ystävälliseen ja toisia tukevaan vuorovaikutukseen työpaikalla panostaa (Työterveyslaitos 2012).

3.3 Gerontologisen hoitotyön motivoivat puolet

Työhyvinvoinnin sanotaan rakentuvan organisaatiosta, esimiehestä, ryhmähengestä ja itse työstä. Kun organisaatiolla on tavoitteita, se antaa mahdollisuuden joustavuuteen. Yhteisten tavoitteiden avulla organisaatio kehittyy jatkuvasti, työympäristö on toimiva sekä työhyvinvointi hoitajilla lisääntyy. Esimiehen kannustava ja motivoiva johtaminen sekä työilmapiirin avoin vuorovaikutus, sekä yhteiset pelisäännöt tukevat työntekijän työhyvinvointia. Itse työhön vaikuttamismahdollisuudet, oppimisen mahdollisuus ja työn palkitsevuus ovat myös työhyvinvointia lisääviä tekijöitä. Itse työntekijän hyvinvointia lisää oma motivaatio työhön, oma osaaminen sekä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen terveydentila. (Manka ym. 2010, 8; Hakanen 2009, 12.)

Hoitajien motivaatio voidaan jakaa viiteen osa-alueeseen jotka ovat; työpaikan ominaisuudet, työolot, henkilökohtaiset ominaisuudet ja yksilölliset prioriteetit sekä oma psyykinen tila (Toode, Routasalo & Suominen 2011). Arkisemmin sanottuna työn imua kokeva ja motivoitunut työntekijä lähtee aamulla mielellään töihin, kokee työnsä mielekkääksi ja nauttii työstään. Työntekijä tuntee ylpeyttä työstään ja hän on sinnikäs vastoinkäymisiä kohdatessaan. Työntekijä on tuottava, aikaansaava ja toimii työtovereidensa sekä työpaikan hyväksi. Työn imua kokeva henkilö on myös keskimääräistä tyytyväisempi omaan henkilökohtaiseen elämäänsä sekä elämän rooleihinsa. (Hakanen 2009, 9.)

Gerontologisen hoitotyön keskeisiä asioita työssä viihtymisen ja alan houkuttelevuuden kannalta ovat hoitohenkilöstön mukaan työhyvinvointi sekä henkilöstön määrä. Palkitseminen, kuten esimerkiksi henkilöstöedut, tulospalkkiot, työajan järjestelyt sekä työsuhteen pysyvyys ja uralla etenemisen mahdollisuudet lisäävät työn houkuttelevuutta. Työhyvinvointia rakentaviksi tekijöiksi koetaan työyhteisön ja oman osaamisen kehittyminen ja kasvu sekä hyvä johtajuus. Motivoivan työn piirteiksi on todettu vaihtelevuus, itsenäisyys, työkokonaisuus, palaute työstä, kanssakäymisen määrä ja ystävystymismahdollisuudet. (Peiponen 2009, 299, 302.) Organisaatiot, joissa hoitohenkilöstö kokee moniammatillisuuden ja yhteisöllisyyden voimavarana ja edellytyksenä hoitotyölle, lähentyvät myös yksilöinä toisiaan paremmin (Näslindh-Ylispangar 2005, 157). Sosiaaliset voimavarat ja varsinkin optimistien kaltaiset yksilölliset voimavarat ovat merkityksellisiä ajateltaessa työn imua (Hakanen 2009, 13).

Sosiaali- ja terveysalalla koetaan paljon myönteisiä, positiivisia tunteita työstä mutta myös negatiivisia tunteita kuten riittämättömyyttä (Työterveyslaitos 2011b). Tutkimusten mukaan työstä palautumisella ja omasta henkilökohtaisesta elämästä, kuten perheeltä saadulla tuella oli merkitystä työmotivaatioon (Hakanen 2009, 14). Työssä heräävät tunteet vaikuttavat motivaatioon ja jaksamiseen. Positiivisten tunteiden kokeminen työssä on yksi tärkeä työn ilon, palkitsevuuden ja jaksamisen lähde. Negatiiviset tunteet altistavat kyynisyydelle ja tunnetason uupumukselle. Työssä jaksamisen tukemiseen on monia keinoja, esimerkiksi kollegiaaliselta työyhteisöltä saatu tuki sekä työnohjaus kysymysten ja tunteiden tarkasteluun. (Työterveyslaitos 2011b.) Työhyvinvoinnissa fyysisen hyvinvoinnin

ohella myös työn hallinta ja ammattitaito synnyttävät työn iloa ja innostuksen tunnetta. Oman kädenjäljen ja työn tuloksen näkeminen voivat tuottaa iloa työntekijälle. (Manka ym. 2010, 7.)

Vanhustenhuollossa osaamiseen panostaminen on olennaista, jotta hoitohenkilökunnan itsetunto sekä oman työn arvostus nousevat (Räsänen 2009). Gerontologisessa hoitotyössä sairaanhoitajalta vaaditaan omaa panosta työhön. Oma persoonallisuus, motivaatiotekijät ja kyky kehittää omaa asiantuntijuutta vaikuttavat siihen, miten tietoja ja taitoja käytetään ja mihin niitä käytetään. Merkitystä on myös sillä, miten osaaminen tunnustetaan. (Tiikkainen & Teeri 2009.) Vanhustenhoitotyö vaatii hoitajalta psyykkistä ja sosiaalista jaksamista, vaikka työ on palkitsevaakin (Haapakorpi & Haapola 2008, 11).

Luovuutta työhön saadaan yhdessä ideoimalla ja kehittämällä (Työterveyslaitos 2010a). Palkitsevia ja luovuutta tukevia asioita vanhustenhoitotyössä nähdään myös käytännön työn sujuminen ja mahdollisuus tuoda uusia ideoita esille. Hoitajat kokevat, että raskaassakin työssä voi viihtyä, jos työilmapiiri on hyvä. Palkitsevat asiat voivat olla tutkimusten mukaan pieniä, esimerkiksi potilasohjaustilanteen hallinta ja potilaalle rauhallisen olon saavuttaminen. Hoitajat kokevat, että asiakkaiden ja potilaiden tyytyväisyys hoitoon, omaisten positiiviset asenteet sekä hoitajien positiivinen asenne tukevat myös hoitajien jaksamista. (Työterveyslaitos 2010b.)

Työn iloa hoitajille tuovat arjen keskellä vanhustyön mielekkyyden ja onnistumisen tunteet, omaisilta saatu positiivinen palaute, vanhusten välittömyys ja hellyttävyys, elämästä oppiminen ja esimerkiksi henkilökunnan kahvitauot joissa ajatuksia vaihdetaan. Huumori ja hauskat hetket yhdessä niin työyhteisössä kuin potilaidenkin kanssa tuovat iloa hoitajille. (Työterveyslaitos 2010c.) Työhyvinvoinnin ytimen sanotaan löytyvän hoitajien tai hoitajan ja potilaan kesken käytävästä kommunikoinnista (Kynäs, Nikkilä & Utriainen 2011).

Osastojen hierarkisuuden väheneminen on vaikuttanut positiivisesti työoloihin ja ilmapiireihin osastoilla, sekä lisääntyneenä kiinnostuksena työpaikkoja kohtaan (Pitkänen ym. 2009, 252). Vanhustyön kehittämisen edellytyksiksi on todettu

juuri hierarkisuuden madaltaminen sekä päätöksenteon ja vastuun siirron mahdollistaminen organisaation sisällä (Näslindh-Ylispangar 2005, 153).

Sairaanhoitajien työolobarometriin vuonna 2005 vastanneiden mukaan sairaanhoitajat pitivät tehtävänsuurensa hyvinkin laajana. Tehtävänsuureukset ovat laajentuneet tehtäväalueiden siirtymisellä lääkäreiltä sairaanhoitajille. (Pitkänen ym. 2009, 246-247.) Sairaanhoitajan tehtävien laajentumista ei kuitenkaan ajatella välttämättä raskaaksi, sillä esimerkiksi vastuu ja itseohjautuvuus osastojen lääkärinkierroilla nähtiin lisäävän työn merkityksellisyyttä (Pitkänen ym. 2009, 253). Vanhusten määrän lisääntyminen sairaaloissa on tuonut hoitohenkilökunnalle lisää vastuuta myös osastojen ulkopuolelta. Fysioterapeutit, ravitsemusterapeutit ja toimintaterapeutit ovat ohjanneet hoitohenkilökuntaa vastaamaan ennen heille kuuluneista töistä. (Medina ym. 2005, 67-74.) Työtehtävien laadukas organisointi antaa kuitenkin mahdollisuuksia työhyvinvoinnin ylläpitämiseen, sillä sopiva hoitajamitoitus, työn vaativuus ja toimivat työmenetelmät eivät kuormita hoitohenkilökuntaa (Haapakorpi & Haapola 2008, 11).

3.4 Sairaanhoitajaopiskelijoiden asema

Vuoden 2000 jälkeen sairaanhoitajapula on näkynyt sairaanhoitajaopiskelijoiden yhä vilkkaampana rekrytoimisena verrattuna vuosittaisen vaihteeseen, jolloin sairaanhoitajaopiskelijat harvoin saivat hoitoalan sijaisuuksia kesäisinkään. Vastaopintojen loppusuoralla sijaisuudet olivat mahdollisia. (Pitkänen ym. 2009, 235.) Nykyinen työvoimapula on näkynyt sairaanhoitajaopiskelijoille tehtyinä työtarjouksina, parantuneena kohteluna, työllistymisenä heti valmistumisen jälkeen, pätkätyön vähentymisenä, määrääikaisten työsuhteiden pidentymisenä, mahdollisuutena esittää esimiehelle työehtoja sekä osastoilla lisääntyneenä kiireenä (Pitkänen ym. 2009, 236). Sairaanhoitajaliiton tekemän selvityksen mukaan 26-35- vuotiaat sairaanhoitajat ovat kuitenkin tyytymättömiä kokonaisuudessaankin työelämään. Työelämän toimintamallit ja työtavat ovat työyhteisöissä kiisteltyjä aiheita, jotka on otettu huomioon nuorempien ikäpolvien säilyttämiseksi alan työtehtävissä. (Sairaanhoitajaliitto, 2012c.)

Gerontologisen hoitotyön näkyvyyttä ja vetovoimaa tulisi lisätä tulevaisuudessa, sillä koulutuksen ja työelämän yhteisenä haasteena on saada opiskelijat kiinnostumaan gerontologisesta hoitotyöstä ja jo työssä olevat kehittämään osaamistaan entisestään (Tiikkainen 2009, 313). Hirvonen, Nuutinen, Rissanen ja Isola (2004, 235-242) tutkivat sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteita ikääntyneiden hoitotyötä kohtaan. Hirvonen ym. (2004, 244-245) totesivat opiskelijoiden asenteiden muuttuneen kielteisiksi ikääntyneiden hoitotyön harjoittelussa, sillä harjoittelu ohjasi opiskelijoiden näkemyksen muodostumista. Opiskelijoiden tulisi saada ensin kokemuksia terveistä ja myöhemmin sairaista ikääntyneistä. (Hirvonen ym. 2004, 235-242.) Toisaalta on arvioitu, että sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoiden on oltava soveltuvia vanhustyöhön, mutta heitä ei tule sijoittaa vanhustyöhön liian aikaisessa vaiheessa, jolloin heillä ei ole vielä teoreettista osaamista. Opiskelijoiden on oltava henkisesti riittävän kokeneita kohtaamaan vanhempia potilaita. (Näslindh-Ylispangar 2005, 157.) Tiikkainen (2009, 323) toteaa opiskelijoiden opetussuunnitelmalla olevan merkitystä hoitotieteeseen sekä käytännön hoitotyöstä saadun mallin muokkaavan näkemystä. Oppimisympäristö ja ohjaajat ovat avainasemassa luomassa kuvaa opiskelijalle gerontologisesta hoitotyöstä ja sen imagosta sekä kiinnostavuudesta. Ensimmäisellä harjoittelulla on merkitystä. Jos se on myönteinen, se edellyttää hyvää ohjaajaa. Työpaikan työfilosofia, ilmapiiri ja vuorovaikutussuhteet voivat estää opiskelijan oppimista ja myönteisen näkemyksen saamista gerontologiseen hoitotyöhön. (Tiikkainen 2009, 323.) Suunnitelmallinen työharjoittelu pitkäkestoisena on tärkeää vanhusten kannalta. Myös opiskelijoiden ymmärrys paranee vanhustyöstä, kun he palaavat opintojen eri vaiheissa syventämään omaa teoreettista ja käytännön osaamistaan vanhusten pariin. (Näslindh-Ylispangar 2005, 156.)

Vanhustyö on vaativaa ja edellyttää vankkaa ammatillista osaamista. Vanhusten parissa työskenteleviltä henkilöiltä edellytetään vahvaa ammatti-identiteettiä, somaattisten sairauksien tuntemista, psyykkistä ja hengellistä ymmärrystä sekä perhekeskeistä sosiaalista ajattelua. Vanhusten hoitotyö laitoksissa ei välttämättä ole aina laadukasta, sillä ammattitaitoista henkilökuntaa ei ole tarpeeksi ja sijaisten ja alan opiskelijoiden osuus työntekijöistä voi olla suuri. Kun työsuhteet

ovat lyhyitä, työhön ei sitouduta vastuullisesti. Sijaiset vaihtuvat usein, eikä heitä perehdytetä asianmukaisesti työhönsä. (Näslindh-Ylipangar 2005, 153- 156.)

3.5 Genrontologisen hoitotyön kuormittavat puolet

Terveydenhoitoalantyyön rasittavuutta sairaanhoitajille on vuonna 2005 tehdyn barometrin mukaan kasvattanut työn lisääntynyt vaativuus vaativamman asiakaskunnan, kuten monisairaiden määrän kasvu. Myös menetelmien ja lääkkeiden kehittyminen lisää työtä, kun aiempaakin huonokuntoisempia potilaita voidaan hoitaa. (Pitkänen ym. 2009, 245.) Suomalaisten vanhusten terveydentilasta ei ole paljon tilastotietoa. Epidemiologiset tutkimukset kuitenkin osoittavat, että raihnaantuminen ja sairauksien puhkeaminen ovat siirtyneet myöhempään ikään. (Tilvis 2010, 68.)

Medina ym. (2005, 12) mainitsee asiantuntevan hoitajan olevan selvillä muiden hoitajien taidoista ja huomaavan, milloin hoitotilanteen vaatimukset ylittävät heidän kykynsä. Tilanteet, joissa hoitaja ei voi mielestään toimia eettisesti tai huomaa jonkun muun toimivat epäeettisesti, ovat kuormittavia. Eettisesti kuormittaviksi tilanteiksi vanhainkodeissa ja palveluasumisessa koetaan intiimit tilanteet potilastyössä sekä toimiminen vaativien asiakkaiden ja heidän läheistensä kanssa. (Työterveyslaitos 2011a.) Kuormittavuutta ja ristiriitoja työyhteisöissä voi aiheuttaa myös epävarmuus tai epätietoisuus siitä, kuinka toimia kyseisissä tilanteissa (Peiponen 2009, 300).

Vanhustenhoidon suosituksissa eritellään henkilöstön määrä ja ammattijakauma eri hoitomuodoissa hyvinkin tarkasti (Medina ym. 2005, 357-358). Mäkitalo ja Launis (2007, 73-74) toteavat, että työn kuormitus lisääntyy, jos työ on suunniteltu tai mitoitettu huonosti. Nämä tekijät ovat keskeisiä laatutekijöitä jo pelkästään siitä syystä, että palkkakustannukset muodostavat suuren osan vanhustenhoidossa. Henkilöstömitoituksen sekä hoidon laadun välillä on osoitettu olevan yhteyksiä. Tutkimustulokset osoittavat, että henkilöstön ammattitaidolla on suurempi vaikutus työhön kuin henkilöstömäärällä. Laadun osoitettiin tutkimuksessa kärsivän, mikäli sairaanhoitajia oli vähän. Myös hoitohenkilökunnan väsymisen on todettu huonontavan palvelun laatua ja laadun

sisältöä, esimerkiksi omatoimisuuden säilymistä. (Finne-Soveri 2010, 77; Medina ym. 2005, 357-358.)

Tutkimuksissa on havaittu, että pitkäaikaisosastoilla työskentelevillä on ollut enemmän tuki- ja liikuntaelinoireita, väsymystä sekä alentunutta työkykyä suhteessa muihin terveydenhuollon työntekijöihin. Työn kuormitusta selitettiin työn korkeilla psyykkisillä vaatimuksilla, kuten kiireellä ja fyysisillä vaatimuksilla, kuten ergonomian puutteilla. Työn kuormittavuutta havaittiin lisäävän työyhteisön ihmissuhteiden ongelmat sekä rajallisuus vaikuttaa omaan työhön. Tutkimuksissa on todettu myös vanhainkotiasukkaiden huonon ennusteen ja toimintakyvyn sekä asukkaiden vastustelun hillitsemisen ja toiminnan häiriintymisen vaikuttavan kuormittavasti hoitohenkilökuntaan. (Mäkitalo & Launis 2007, 73-74.) Pitkänen ym. (2009, 245) totesivat fyysisiksi raskaiksi osastoiksi pitkäaikaisosastot, jotka vaativat potilaiden nostoja. Työn raskautta lisäävät osastojen asiakasmäärät, jotka ovat suurempia muihin pohjoismaihin verrattuna (Pitkänen ym. 2009, 245). Kiire, työn pakkotahtisuus ja ahtaat tilat korostavat työn fyysistä kuormitusta. Fyysistä kuormitusta voidaan vähentää oikeilla nostotekniikoilla, liinojen ja nostolaitteiden käytöllä, tilojen suunnittelulla, parityöskentelyllä sekä vähentämällä työn toistuvuutta. (Sinervo & Elovainio 2002, 191.) Manka ym. (2010, 16-17) toteavat, että työstä johtuva stressi ja henkinen kuormitus eivät ole aina pahasta. Sopiva henkinen kuormitus parantaa suorituskykyä, kehittää toimintakykyä sekä virkistää elintoimintoja. Lyhytaikainen stressi voi auttaa toimimaan kuormittavissa tilanteissa. On kuitenkin tärkeä huomioida, milloin stressistä tulee liian kuormittavaa. (Manka ym. 2010, 16-17.)

Vanhusten parissa työskentelevät hoitajat voivat kokea, että heidän työnsä on vain pesemistä, pukemista ja syöttämistä. Jos työ nähdään näin yksinkertaisena ja haasteettomana, se osoittaa, ettei ole ymmärrystä siitä, mitä tietoa ja taitoa tarvitaan nykypäivänä vaatimukset täyttävään vanhustenhoitoon. Vanhustyön näkeminen tällaisena voi johtaa myös kouluttamattoman työvoiman käyttöön. (Medina ym. 2005, 12.) Englannissa kymmenen vuotta sitten tehdyssä tutkimuksessa hoitajat kokivat myös välillä työnsä vain suorittamiseksi. Kun henkilöstöä jostain syystä oli työvuorossa liian vähän, aikaa ei jäänyt muuhun kuin välttämättömien asioiden hoitamiseen. Pelkkä työn suorittaminen kuormittaa

hoitajia niin psyykkisesti kuin fyysisestikin. (Smyer & Qualls 1999, 238.) Ihannetapaukseksi kutsutaan tilannetta, jolloin työntekijän oppimisprosessi sekä kehittyminen jatkuvat koko työikäisyyden ajan. Käytäntö on kuitenkin osoittanut, että kasvuprosessi usein loppuu jossain vaiheessa työuraa. Työmotivaatio heikkenee, työ ei tunnu enää merkitykselliseltä ja työ muuttuu rutiiniksi. Tällöin on syytä pohtia mitkä tekijät ovat laukaisseet tilanteen. Kaufmanin malli ammatillisen pätevyyden ylläpitämisestä vuodelta 1990 osoittaa, että tekijöitä voi löytää yhteiskunnasta, organisaatiosta, työroolista tai itse työntekijästä. (Ruohotie 1995, 125.) Toiminnan taantuessa, urautuessa ja muuttuessa pelkkien tehtävien suorittamiseksi tai elämän ja työn kurjuuden valittamiseksi työllä ei usein ole päämäärää tai suuntaa. Kun yksilö- että työyhteisön tavoitteet ovat realismin rajoissa tarpeeksi korkealla, tavoitteita kohti on helpompi edetä – vaikka hitaastikin. (Mäkisalo 2003, 184-185.) Työn negatiiviset, liian vähäiset tai puuttuvat voimavarat voivat aiheuttaa ”boreoutia” eli työn imun hiipumista ja työhön leipääntymistä (Hakanen 2009, 13). Runsaat työ- ja organisaatiomuutokset ja työpaikkakiusaaminen, jota sairaanhoitaja kohtaa myös asiakkaidensa taholta lisäävät myös kuormittavuutta (Pitkänen ym. 2009, 242, 244).

Vuonna 2005 tehdyn työolobarometrin mukaan sairaanhoitajista kolmannes koki sihteerien ja laitospalaisten palvelut riittämättömäksi, sillä sairaanhoitajille ei jäänyt tarpeeksi aikaa ruoanjakelun, vuoteiden petaamisen ja potilaiden kuljettamisen jälkeen esimerkiksi hoitosuunnitelmien päivittämiseen, kuntoutukseen, omaisten ja potilaiden kanssa käytäviin keskusteluihin, potilasohjaukseen tai kivun hoitoon. (Pitkänen ym. 2009, 246-247.) Kun avustavan henkilöstön osuus työntekijöistä on tasapainossa tehtäviin nähden, pystyvät sairaanhoitajat laajentamaan tehtäviään jatkuvasti kohti yksilöllistä hoitotyötä. Kiire koetaan suurimmaksi ongelmaksi niin avohuollossa kuin laitoshuollossakin. Laitoshoidossa kiireen tunne voi osaltaan olla seurausta tehtäväkeskeisestä työmallista. Työ koetaan rutiininomaiseksi, irrallisten tehtävien sarjoiksi. Työssä ei pystytä käyttämään omia kykyjä ja osaamista eikä työ ole riittävän itsenäistä. (Sinervo & Elovainio 2002, 191- 192.)

Hoitotyön uudistamisen ehdotukseksi on kaavailu sairaanhoitajan työstä pois siirrettäväksi kaikki sellaiset työt, joihin ei vaadita sairaanhoitajan koulutusta. Tämä toteutettaisiin ajan säästämiseksi. Kiireen ja raskaan työn lisäksi

sairaanhoitajat kärsivät myös siitä, etteivät ehdi tehdä työtään niin kuin haluaisivat tai näkevät oikeaksi. (Agge 2008.) Pitkäaikaishoidon vetovoimaisuutta voisi lisätä lääkärin ja eri tason hoitajien työnjaon kehittäminen niin, että työ organisoidaan tarkoituksenmukaisesti kaikkien osaamista hyödynnettäen. (Tiikkainen & Teeri 2009; Peiponen 2009, 300.)

Sairaanhoidajan keskimääräinen palkka oli vuonna 2006 2 487 euroa. Työn materiaallinen palkitsevuus koetaan muita aloja huonommaksi ja vain 15 % sairaanhoitajien työolobarometriin vastanneista oli tyytyväinen palkkaansa. Huonoa palkkaa on kritisoitu sen riittämättömyydestä ajatellen työn vastuuta ja vaatimuksia, vaativuutta ja raskautta. Työelämässä tulisi tulevaisuudessa tunnistaa gerontologisen hoitotyön osaamisen tarve ja tukea sairaanhoitajaa jatkuvaan oppimiseen ja kehittymiseen. Osaaminen tulee myös tunnustaa niin, että se näkyy palkkauksessa ja työtehtävissä. (Tiikkainen & Teeri 2009.) Myös Peiponen (2009, 300) toteaa palkalla olevan merkitystä työtyytyväisyyteen ja motivaatioon.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli pyrkiä selvittämään haastateltavien sairaanhoitajien ajatuksia ja kokemuksia siitä, mitä tarkoittavat gerontologinen hoitotyö ja gerontologinen asiantuntijuus. Tutkimus kartoitti gerontologiseen hoitotyöhön motivoivia tekijöitä ja motivaatiota vähentäviä tekijöitä niiden sairaanhoitajien näkökulmasta, jotka työskentelevät ikääntyneiden parissa. Tutkimus pyrkii herättämään keskustelua ikääntyneiden hoitotyöstä ja sen vetovoimaisuudesta tulevaisuudessa.

Tutkimuksesta saadun materiaalin avulla sairaanhoitajan työnkuvasta pitkäaikaisosastolla saadaan tietoa ja kehitysehdotuksia, joilla työnkuvaa voidaan kehittää ja työoloja parantaa. Tutkimus kartoittaa samalla myös työn imuun ja vetovoimaisuuteen vaikuttavia positiivisia, motivoivia tekijöitä sekä negatiivisia, kuormittaviakin tekijöitä sairaanhoitajan näkökulmasta.

Tulosta voidaan käyttää gerontologisen hoitotyön kehittämisessä kiinnittämällä huomiota työn negatiivisiin puoliin sekä työn kuormittavuuteen ja niiden vähentämiseen. Positiivisia puolia ja asioita, jotka motivoivat sairaanhoitajia työskentelemään gerontologisessa hoitotyössä tulisi vaalia ja ylläpitää motivaation ja työhyvinvoinnin säilyttämiseksi.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä tarkoittaa gerontologinen hoitotyö?
2. Mitä gerontologinen asiantuntijuus tarkoittaa ja pitää sisällään?
3. Mitkä koetaan gerontologisen hoitotyön positiivisina, motivoivina puolina?
4. Mitkä koetaan gerontologisen hoitotyön negatiivisina, kuormittavina tekijöinä?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä, jonka avulla yleisesti pyritään uusiin löydöksiin ilman tilastollisia menetelmiä. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää ja kuvata ilmiötä sanallisesti. (Kananen 2008, 24.) Tutkimusmetodiksi valikoontui laadullinen teemahaastattelu, sillä tutkimuksen tarkoitus oli tuottaa uutta tietoa ja vastauksia tutkijan kysymyksiin. Laadullisen tutkimuksen aineisto saa olla vähäistä. Tärkeää on kuitenkin, että tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä, joilta tietoa kerätään, on tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.) Laadullisessa tutkimuksessa ei ole olemassa sääntöä, kuinka monta havaintoyksikköä tutkimuksessa tulisi käyttää. Laadullisen tutkimuksen aineistoa voidaan pitää riittävänä, kun se toistaa itseään. (Kananen 2008, 34, 126.) Laadullinen eli kvalitatiivinen tieto voi olla sanoja, lauseita, kuvia, ääntä tai esimerkiksi nauhoitteita. Tieto on yksityiskohtaista, kattavaa sekä asiayhteyteen tarkasti liittyvää. (Kananen 2008, 11.) Tarkoituksena tutkimuksella on antaa syvällisempää ymmärrystä käsitellystä aiheesta. Tutkimuksen aikana haastattelun ja havainnoinnin kautta reaali maailman tieto suodattuu tutkijan kautta tutkimustuloksiksi. (Kananen 2008, 24-25.)

5.1 Teemahaastattelu

Aineiston keruumenetelmänä tutkimuksessa käytettiin laadullista teemahaastattelua, jossa sairaanhoitajilta hankittiin tietoa ja selvitystä heidän motivaatiostaan työskennellä ikääntyneiden parissa. Tutkimus kartoitti samalla sairaanhoitajien näkemystä ja ajatuksia siitä, mitä tarkoittaa gerontologinen hoitotyö ja mitä asiantuntijuus on gerontologisessa hoitotyössä. Tiedonantajiksi eli informanteiksi tähän tutkimukseen valittiin ikääntyneiden parissa työskentelevät sairaanhoitajat, sillä heiltä saadaan ilmiön kannalta parasta tietoa ja asiantuntijuutta. (Kananen 2008, 76.) Tutkija oli kertonut ennen haastattelua saatekirjeessään (LIITE 3) informanteille, mitä haastattelu koskee ja sen yleiset teemat, milloin ja miten haastattelu tapahtuu, mihin haastattelua käytetään, ketkä haastattelun tulokset näkevät sekä haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuuden. Saatekirjeessä mainittiin myös tutkimustulosten olevan yleiskielisessä muodossa, mikä tarkoittaa, että henkilöiden tunnistaminen on mahdotonta. Tutkimuseettinen

neuvottelukunta on laatinut ihmistieteisiin koskeville tutkimuksille eettiset periaatteet, joita noudatettiin tässä tutkimuksessa. Näitä ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen, yksityisyys ja tietosuojat. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011.)

Haastattelut suoritettiin gerontologiseen hoitotyöhön keskittyneessä sairaalassa yhdellä pitkäaikaisosastolla, jossa potilaina on paljon muistisairaita. Tutkija katsoi, ettei ole oleellista paljastaa tiettyä osastoa ja organisaatiota tässä tutkimuksessa. Haastattelu tapahtui tutkijan ja tutkimukseen osallistuvan informantin kahdenkeskisenä haastatteluna. Yksinhaastattelu valittiin, sillä aiheina olivat sairaanhoitajien omat kokemukset. Jos tutkimus olisi suoritettu ryhmähaastatteluina, tutkija olettaa, että hyvä, syvälinen ja omakohtainen pohdinta olisi jäänyt tutkimuksen aineistosta puuttumaan.

Tämän tutkimuksen teemahaastatteluissa käsiteltävät aihealueet valittiin tutkimuskysymysten, aihepiiriin perehtymisen ja tutkijan työkokemuksen pohjalta. Kuten Saarajärvi-Kauppinen ja Puusniekka (2006b) toteavat, teemahaastattelu edellyttää huolellista aihepiiriin perehtymistä. Käsiteltävät teemat valittiin tutkittavaan aiheeseen perehtymisen pohjalta (Saarijärvi-Kauppinen & Puusniekka 2006b). Haastattelun idea on Kananen (2008, 73) mielestä yksinkertainen. Tutkijan kysymykset (LIITE 2) liittyivät tutkimustehtävään, joilla pyrittiin puolestaan vastaamaan tutkijan kehittämään tutkimuskysymyksiin. Kysymysten muotoilulla tutkija voi vaikuttaa, halutaanko paljon laadukasta ja syvällistä tietoa. Haastattelua tehdessä on aluksi tarkkaan harkittava ketä, miksi ja milloin haastatella. (Kananen 2008, 54, 73.) Opinnäytetyön teemahaastattelurunko muodostui pääosin luetusta kirjallisuudesta. Vanhustenhoidon tietoperusta sekä opinnäytetyön ohajus vahvistivat teemojen valintaa. Keskeisiksi teemoiksi nousivat gerontologinen hoitotyö ja asiantuntijuus sekä hoitotyön motivoivat ja kuormittavat tekijät. Tutkimus sivuutti aiheita kuten: sairaanhoitajien edellytykset ikääntyneiden hoitotyöhön ja opiskelijoiden ja yhteiskuntamme suhtautuminen vanhustenhoitoon. Kaikille teema-alueille valmisteltiin muutamia valmiita kysymyksiä ennen haastatteluja.

Kysymysten teema-alueet olivat jokaisessa haastattelussa samat, mutta kysymysten muoto sekä järjestys vaihtelivat haastateltavasta toiseen. Hirsjärvi ja

Hurme (2000, 49-50) toteavat, että teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu. Aihepiirit sekä teema-alueet tutkimuksessa olivat rajattuja, mutta itse kysymysten järjestely ja muotoilu eivät olleet niin suunniteltuja (Hirsjärvi & Hurme 2000, 49-50; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b). Teemahaastattelun eduksi nähdään sen sitomattomuus tiettyynlaiseen kaavaan. Se ei ota kantaa haastattelujen lukumääriin tai siihen, miten syvällistä tietoa hankitaan. Haastattelu etenee keskeisten teemojen mukana, jolloin haastattelu tuo tutkittavien äänet kuuluviin. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48.) Tutkija voi haastatteluissa tyypitellä malleja syntyneistä havainnoista ja kerätä lisää tietoa tarkistaakseen jonkin kehittämänsä hypoteesin tai mallin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009.)

Teemahaastatteluissa suositellaan käytettävän ihmisiä tiedon keruun lähtökohtana. Ihmiset ovat monitahoisia ja mahdollistavat yksityiskohtaisen tarkastelun, jolloin tutkija ei pysty määräämään, mikä on tärkeää. Laadullisen tutkimuksen pyrkimys on kuitenkin löytää tai paljastaa tosiasioita, kuin todentaa jo entuudestaan tiedettyjä asioita. (Hirsjärvi 2007, 152-155.)

5.2 Aineiston keruu

Haastattelut suoritettiin helmi–maaliskuun vaihteessa vuonna 2013. Haastatteluun osallistui seitsemän sairaanhoitajaa. Haastattelupäivät valittiin vuorossa olevien sairaanhoitajien perustella ja informanttien tietotaidolla gerontologisesta hoitotyöstä. Haastattelut suoritettiin työajalla, joten informanttien ei tarvinnut osallistua vapaa-ajallaan tutkimukseen. Jokainen haastattelu kesti noin 20 minuuttia. Tutkija suhtautui haastateltaviin ennakkoluulottomasti ja yksilöllisesti, mikä korosti heidän ainutkertaisuuttaan (Hirsjärvi ym. 2009, 60). Tutkimukseen osallistuneista useimmilla informanteilla oli monien vuosien kokemus gerontologisesta hoitotyöstä. Toisilla tutkittavilla oli muutamien vuosien kokemusta hoitotyöstä erinäisillä osastoilla, joissa ikääntyneitä on ollut hoidossa. Haastattelut pidettiin kahdenkeskisesti rauhallisessa tilassa, jotta keskeytyksiltä vältyttiin. Haastattellessaan tutkija havaitsi aineiston toistavan itseään jo parin ensimmäisen haastattelun jälkeen. Laadukkaan ja monipuolisen aineiston takaamiseksi tutkija kuitenkin haastatteli vielä muutamia sairaanhoitajia.

Ennen haastattelun alkua informanteille kerrottiin, että haastattelu nauhoitetaan tutkijan käyttöön, jotta hän voi palata siihen myöhemmin aineiston analyysissä. Informanteille oli ennen tutkimusta kerrottu saatekirjeessä, mitä teemoja haastattelussa käydään läpi, joten he olivat pystyneet valmistautumaan mahdollisiin kysymyksiin. Suurin osa tutkittavista kuitenkin kyseli vielä, mitä aihetta tutkimus koskee, eivätkä he olleet erityisesti valmistautuneita tutkimukseen. Teema-haastattelun aihealueiden alle tutkija oli laatinut valmiita avoimia kysymyksiä, jotka olivat muodoltaan selkeitä ja helposti ymmärrettäviä. Tutkijan kysymykset (LIITE 2) olivat valmiita jo opinnäytetyön suunnitelmaseminaarissa, jolloin ohjaaja ja opponentit käsitelivät niitä. Opinnäytetyön suunnitelmaseminaarin jälkeen opponenteilta ja ohjaajan saadun palautteen avulla, tutkija pystyi tiivistämään ja selkeyttämään kysymyksiään muutamassa seminaarissa käsitellyssä kohdassa. Vilkan (2007, 14-15) mukaan avoimilla kysymyksillä saadaan vastaajilta spontaaneja vastuksia.

Haastatteluiden aikana materiaali nauhoitettiin, jolloin tutkija sai koko materiaalin myöhemmin tarkastelun alle. Nauhoittimena toimi Apple Ipad, jolle ladattiin sovellus nimeltä AudioMemos. Ohjelma tallensi jokaiselle haastateltavalle oman nauhoituksena. Nauhoituksien kuunteleminen ja aineiston litteroiminen helpottui huomattavasti, kun jokaisella informantilla oli oma pätkänsä.

5.3 Aineiston analyysi

Sisällön analyysillä pyritään kuvailemaan aineiston sisältö tiiviisti ja selkeässä muodossa. Sisällön aineiston käsittelyyn kuuluu yhtenä osana pelkistäminen eli redusointi. Pelkistämisvaiheessa aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen tieto pois. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-109.) Epäolennaisen aineiston karsiminen, abstrahointivaihe, kuuluu aineiston analyysin vaiheisiin (Kananen 2008, 94). Pelkistäminen voi olla joko tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Aineiston pelkistämistä ohjaavat tutkimuskysymykset, jonka mukaan aineistoa pelkistettiin koodaamalla tutkimustehtävälle olennaiset asiat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-109.) Kananen (2008, 88) toteaa koodauksen olevan yksi aineiston pelkistämisen keinoista, sekä pelkistämällä pyrittävän aineiston selkeyttämiseen ja tiivistämiseen, jotta nähtäisiin tarkemmin aineiston sisään. Erilaiset

analyysimenetelmät ovat tutkijan työskentelyä erilaisista valikoiduista näkökulmista. Tulkinnat eri tutkijoiden välillä voivat vaihdella eri tutkijoista toiseen. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarkkoja tulkintasääntöjä, kuten määrällisessä tutkimuksessa on, joten tulkinnoissa on aina mahdollisuus eroavaisuuksiin. Peruskysymys on, miten tutkija pystyy ymmärtämään, mitä aineistossa hänelle kerrotaan. (Kananen 2008, 96.) Klusterointi eli eroavaisuuksien ja samanlaisuuksien etsiminen kuuluu myös analyysiprosessiin. Klusteroinnissa samaan asiaan liittyvät käsitteet ryhmitellään. Ryhmittelyssä aineisto tiivistyy. (Kananen 2008, 94, Tuomi & Sarajärvi 2009, 110- 111.)

Tässä tutkimuksessa tutkija olettaa ymmärtäneensä informanttien kertomat ajatukset. Oma kokemus samalta osastolta ja henkilökunnan tunteminen helpottivat haastatteluiden purkamista ja analyysiä. Aineiston analyysi aloitettiin haastatteluaineiston puhtaaksikirjoittamisella eli litteroinnilla. Litterointi suoritettiin heti haastatteluiden jälkeen rauhallisessa tilassa. Litteroitua materiaalia syntyi noin 50 sivua. Haastatteluaineisto litteroitiin heti yleiskielisesti eli aineisto on muunnettu kirjakielelle. (Kananen 2008, 81.) Haastatteluista saatu nauhoitettu materiaali kuunneltiin useaan kertaan väärinkäsitysten minimoimiseksi. Aineiston teemoittelu on luonteva tapa jatkaa teemahaastattelusta. Eri teemat löytyvät kaikista haastatteluista. (Saaranen- Kauppinen & Puusniekka 2006c.)

Tutkimusraportissa aineiston teemoittelussa Kananen (2008, 91) mukaan pelkistäminen tapahtuu käyttämällä sitaatteja ja aineistosta nousseita esimerkkejä. Kunkin teeman alle kootaan teemaan liittyvät kohdat. Tutkimusraporttiin Kananen (2008, 91) suosittelee yhdistettävän teemojen yhteydessä näytepaloina aitoja vastaajien sitaatteja. Tässä tutkimuksessa sitaatit on litteroitu yleiskielisesti informanttien tunnistettavuuden minimoimiseksi. Haastateltavien vastaukset eivät ole sinäänsä vielä tutkimustuloksia, eivätkä osoita pitkälle vietyjä johtopäätöksiä. (Eskola & Suoranta 1998, 175-179.)

Tutkimuksen kannalta epäolennaista tietoa litteroitiin, mutta sisällönanalyysivaiheessa se jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Litteroitu aineisto käsiteltiin teemoittain. Jokaisesta haastattelusta tutkija otsikoi värikynällä teemat, jonka alla aiheeseen liittyvää materiaalia oli. Jokaiselle kategorialle oli eri värikoodinsa. Mikäli muun teeman alta löytyi toiseen teemaan kuuluvaa

materiaalia, se alleviivattiin sille kuuluvalla värillä tunnistamisen helpottamiseksi. Tutkija päätti tehdä tässä tutkimuksessa teemoittelun, jossa otsikoiden alla on jo valmiit johtopäätökset, ei suoria sitaatteja. Eri kategorioiden alle tutkija kokosi teemoittain tutkimuksen päätulokset tiivistetyssä muodossa (LIITE 4). Tässä tutkimuksessa nauhoituksen litteroinnin jälkeen tulokset jaoteltiin neljään eri kategoriaan, joita tutkimuskysymykset ohjasivat; gerontologinen hoitotyö ja asiantuntijuus, motivoivat sekä kuormittavat tekijät gerontologisessa hoitotyössä. Myös muille tutkimuksessa sivutuille aihealueilla laadittiin omat teemansa, joihin koottiin tutkittavien ajatuksia. Yhteisten otsikoiden alle ei koottu sitaatteja, vaan tutkijan omia johtopäätöksiä sitaateista. Vaikka teemoittain esitetyt lainaukset ovat mielenkiintoisia, ne eivät kuitenkaan osoita pitkälle vietyjä ja tutkimukselle olennaisia johtopäätöksiä (Eskola & Suoranta 1998, 175-179). Muita aiheita olivat: sairaanhoitajien edellytykset ikääntyneiden hoitotyöhön sekä opiskelijoiden ja yhteiskuntamme suhtautuminen vanhustenhoitoon. Suorasta lainauksesta pitkälle vietyyn johtopäätökseen aineisto kulki tutkijan oman viitekehyksen kautta. Liitteessä on esitelty suoran lainauksen muuttumisesta johtopäätökseksi (LIITE 5).

Luokittelu eli koodaus yksinkertaisti ja pelkisti aineistoa aineiston laadullista sisältöä hävittämättä (Kananen 2008, 88–89). Tämän tutkimuksen kategorisointi tapahtui Word-tekstinkäsittelyohjelman taulokoihin (LIITE 4). Koodaus tehtiin analysointivaiheessa aineiston selkeyttämiseksi ja tutkimustulosten kokonaisuuden hahmottamiseksi paremmin. Teemoittelun etu on vertailun mahdollisuus aineistosta lähdemateriaaliin. Teemoittelun avulla aineistosta saatiin esille erilaisuuksia ja samankaltaisuuksia, joiden vertailu teoriaan antoi mahdollisuuden monipuoliseen tulkintaan. (Eskola & Suoranta 1998, 175-179.) Kun teemoittelu oli tämän tutkimuksen kohdalla valmis, tutkija lähti lukemaan omaa tietoperustaansa samalla pitäen mielessään tutkimustulokset ja teemat. Lukiessaan tietoperustaa tutkijan oli helppo löytää teksteistä samankaltaisuutta ja eroavaisuuksia. Myös johtopäätöksien aiheet käsiteltiin teemojen avulla.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen osallistui seitsemän sairaanhoitajaa. Usealla heistä oli useiden vuosien kokemus ikääntyneiden hoitotyöstä, toisilla muutamia vuosia. Kaikki tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat olivat työskennelleet yhdessä vähintään kaksi kuukautta. Kaikilla sairaanhoitajilla on osaamista ja tietoutta ikääntyneiden hoitotyöstä. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada gerontologisen sairaanhoitajan työnkuvasta tietoa ja sairaanhoitajien esittämiä kehitysehdotuksia, joilla työnkuvaa voidaan entisestäänkin kehittää ja työoloja parantaa. Tulosten avulla voimme selvittää tunnistavatko sairaanhoitajat omaa erikoisosaamistaan ja arvostavatko he työtään gerontologisen sairaanhoitajana. Tulevaisuudessa tutkimustulosten avulla voidaan parantaa työilmapiiriä, hoitohenkilökunnan työoloja, sekä vaikuttaa gerontologisen hoitotyön imagon ja imun parantamiseen. Tutkimus suoritettiin teemahaastatteluina.

6.1 Sairaanhoitajien näkemys gerontologisesta hoitotyöstä

Sairaanhoitajat kuvailivat sanaa gerontologinen hoitotyö esimerkiksi termeillä ikäihmisten hoitotyö, vanhustenhoito ja kokonaisvaltainen hoitotyö sekä sen olevan vanhusten kanssa yhdessä työskentelyä, lääketiedettä, vanhuksille hyvän olon tuottamista sekä tarpeen mukaista hoitoa ja apua. Tulosten mukaan gerontologinen hoitotyö on lääkäreiden, hoitajien, fysioterapeuttien yhteistyössä toteuttamaa työtä vanhusten hyväksi. Sairaanhoitajien mukaan gerontologinen hoitotyö ottaa huomioon hoidossa ikääntyneen lääkityksen, hänen sairautensa ja koko eletyn elämänsä. Hoitotyö on myös päivittäisissä toimissa avustamista ja vanhenemisen huomiointia hoidossa. Gerontologista hoitotyötä kuvailtiin laaja-alaiseksi ja vaativaksi.

Hoidossa otetaan huomioon miten vanheneminen vaikuttaa hoitotyöhön. Onhan se erilaista kuin nuorella. Pitää ottaa huomioon ikääntymisen vaikutukset.

Gerontologinen hoitotyö on laajaa vanhusten hoitoa. Se sisältää tietoa vanhenemisesta sekä siihen liittyvistä psyykkisistä ja fyysisistä vaiheista.

Gerontologinen hoitotyö tarkoittaa että vanhuksilla on hyvä olla eikä heillä ole kipuja. Vanhuksia avustetaan päivittäisissä askareissa. Mitä kukin tarvitsekaan. Turvata hyvä vanhuus.

6.2 Gerontologinen asiantuntijuus

Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat pitävät perushoidon osaamisen lisäksi asiantuntijuuteen kuuluvan lääkehoidon kliinisen osaamisen, suunnittelun, vaikutuksen seurannan sekä sen arvioinnin. Sairaanhoitajan tulee tietää, miten lääkkeet vaikuttavat vanhuksiin. Lääkehoidon nähtiin tällä osastolla olevan eniten sairaanhoitajan asiantuntijuuteen kuuluvaa. Lääkehoidon kannalta kipu ja kivun lievityksen tarkkailu nousivat haastatteluissa sairaanhoitajan lääkehoidon osaamiseen useiten. Gerontologisen hoitotyön todettiin sisältävän tietoja ja taitoja esimerkiksi eri erikoisosaamisalueilta, kuten kirurgiselta ja sisätautien puolelta. Tällä osastolla tietoa todettiin tarvittavan erityisesti muistisairauksista.

Sairaanhoitajilla enemmän vastuuta lääkityksestä.

Erityisosaaminen liittyy erityisesti lääkkeisiin täällä.

Sairaanhoitajan pitää tietää miten lääkkeet vaikuttavat vanhuksiin.

Lääkehoito on myös meidän sairaanhoitajien vastuulla kun lääkäri tulee niin harvoin.

Asiantunteva hoitaja on tämän tutkimuksen mukaan myös perehtynyt erilaisiin sairauksiin ja hänellä on tietoa vanhenemisesta ja siihen liittyvistä psyykkistä ja fyysisistä vaiheista. Tietoa tällä osastolla tarvitaan myös muistisairauksista ja niiden etenemisestä. Asiantunteva sairaanhoitaja tarvitsee myös vankan kädentaitojen osaamisen työssään. Hoitajan ammattitaitoon kuuluu myös ihmisen kohtaaminen erilaisista sairauksista ja käytösoireista riippumatta. Ammattitaitoinen hoitaja tarkkailee potilasta ja huomaa, jos potilaalla on kipuja tai muita vaivoja, jotka vaikuttavat elämän laatuun. Hoitaja osaa yhdistää erilaisen oireilun johonkin fyysiseen-, psyykkiseen- tai sosiaaliseen ongelmaan.

Kun vanhukset ovat monisairaita niin sen mukaan tietenkin eri alojen osaamista ja tietoa sairauksista tarvitaan hoidossa. Niiden

myötä sitten osataan lähettää oikeaan hoitoon ja tutkimuksiin sekä konsultoida lääkäreitä.

Konkreettisesti asiantuntijuus on sitä, että asukkaita hoitaessa tietää niistä sairauksista, lääkityksestä, sivuvaikutuksista ja miten ne vaikuttavat ihmiseen. Käyttösoireet saattavat johtua jostakin lääkkeestä.

Sairaanhoitaja toimii itse työkaluna ihmisten kanssa ja antaa kaikkensa siihen. Että on se tietotaito toimia ja olla luova sitten hankalissa tilanteissa.

Tämä tutkimus osoitti, että sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu myös tehdä osastosta kodinomainen ja sosiaalinen ympäristö vanhuksille. Sairaanhoitajan tulee ymmärtää vanhuksen sosiaaliset tarpeet. Sairaanhoitaja asiantuntijana voi myös opastaa, neuvoa muita ja antaa vinkkejä hoitoon oman tietotaitonsa avulla.

Jos kutsut itseäsi gerontologisen hoitotyön asiantuntijaksi niin se on todella laaja-alaista. Siihen liittyy ihminen kokonaisuutena. Se ei ole suppea erikoisala.

Sairaanhoitaja ottaa potilaan kokonaisvaltaisesti huomioon niin, että hän ymmärtää ikääntyneen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet myös elämän viimeisillä hetkillä.

6.2.1 Gerontologisen hoitotyön edellytykset

Vanhustyön nähdään edellyttävän kykyä heittäytyä ja asettua ihmisen asemaan tasa-arvoisesti. Töitä ikääntyneiden kanssa tehdään koko keholla ja omalla persoonallisuudella. Kommunikointityylin todettiin olevan erilainen kuin muualla. Tutkimuksessa todettiin myös, että muualla käytetään omaa persoonaa työvälineenä, mutta vanhuspuolella sen ajateltiin korostuvan työssä enemmän.

Työ edellyttää tietynlaista persoonaa hoitajalta. Ei täällä kaikki viihdy, eivätkä voi kuvitellakkaan työskentelevänsä ikääntyneiden parissa.

Muistisairaahan kanssa työskenneltäessä persoonan käyttö korostuu. Olen törmännyt urani aikana sellaisiin hoitajiin, jotka eivät sovellu tälle puolelle ollenkaan.

Hoitaja tarvitsee näyttelijäntaitoja. Ei saa ottaa liian vakavasti kaikkea.

Tärkeäksi nähdään myös kiinnostus vanhuksiin ja vanhustyöhön sekä halu kehittää omaa osaamistaan. Useat hoitajat totesivat arvostavansa vanhenemista, vanhuutta ja vanhuksia, mikä nähtiin myös työn edellytyksenä. Työssä tulisi näkyä vanhuksen arvostus. Moni mainitsi hyvät suhteensa omiin vanhempiin ja isovanhempiin, minkä he asettivat myös motivoivaksi tekijäksi työlle. Gerontologinen osaaminen edellyttää myös työhön sitoutumista, sillä vanhustyö koetaan fyysisesti ja joskus henkisesti raskaaksi. Edellytyksinä koettiin myös hoitajan huumorintaju ja kyky kohdata erilaisia ihmisiä käytösoireineen ja muistisairauksineen. Gerontologista työtä tehdessä tulee tutkimuksen mukaan ymmärtää, että tällä alalla vaaditaan erilaisia asioita kuin akuutilla puolella. Erilaisten ihmisten kohtaaminen, kommunikointi potilaan ja omaisten kanssa korostuvat.

Tämäkin on oma erikoisalansa ja kun ajattelemme, että kuinka paljon nämä potilaat ovat nähneet elämänsä aikana ja olleet sodassa niin he ovat ne jotka ovat hoitonsa ansainneet.

Arvostan vanhenemista ja vanhuutta eikä vanheneminen pelota asiana.

Tälläinen arvostus tulee omasta lapsuudesta. Olen tullut aina vanhusten kanssa hyvin toimeen. Se kumpuaa sieltä.

Tiedot ja taidot lähtevät omasta itsestään ja sen pitää tulla sydäimestä.

Gerontologisen hoitotyön todettiin edellyttävän hoitajalta ”tietotaitoa” ja sen konkreettista käyttöä. Oman työn arvostus ja kärsivällisyys esimerkiksi kuunnellessa potilaita todettiin olevan edellytyksiä vanhustyöhön. Empaattisuus ja järjestelmällisyys nähtiin myös edellytyksenä gerontologiseen hoitotyöhön.

6.2.2 Suomalaisen yhteiskunnan suhtautuminen vanhustyöhön

Tutkimukseen osallistuneiden informanttien mukaan suomalaisessa yhteiskunnassa vanhustyö nähdään helposti negatiivisena ja yksi osatekijä siihen on median antama huono kuva työstä. Tutkimuksessa todettiin, että imun ja vetovoimaisuuden lisäämiseksi mediassa ei tulisi näyttää vain negatiivisia asioita hoitotyöstä. Media käsittelee paljon asioita, kuten kuinka huonoa vanhustyötä meillä Suomessa tehdään. Median antamat huonot kuvaukset työstä todettiin myyviksi, sillä todellisuus ei varmaankaan kiinnostaisi ketään, jos verrataan siihen, että annettaisiin kuva vanhustyön arjesta ja siitä, miten hyvää työtä tehdään, eivätkä veronmaksajien rahat mene hukkaan. Vanhustyöhön suhtautumista kuvailtiin usein tässä tutkimuksessa kaksipiippuisena asiana. Käsitys vanhustyöstä on sairaanhoitajien mukaan parantunut vuosien saatossa ja ikääntyneiden hoitoa huomioidaan enemmän nykyisin ja sitä arvostetaan yhä enemmän. Kehitystä nähdään tapahtuvan yhteiskunnallisella tasolla pienimuotoisesti, mutta ikääntyneiden määrän kasvu voi aiheuttaa ongelmia kehityksessä. Yksikköjen oma kehitys todettiin pysähtyneen. Aineistossa todettiin kuitenkin, että kehityksen pitäisi lähteä itse työntekijöistä.

Minulta heti kysyttiin, että miksi menet tuollaiseen paikkaan töihin ja miten jaksat olla siellä.

Kun kertoo missä on töissä, niin moni toteaa että: ”Et sitten muualle mennyt”.

Vanhustyö ei ole arvostettua mielestäni. Ne ketkä tätä työtä on tehnyt niin he kyllä arvostavat. Akuutti puolella ei.

Muut ihmiset kyselee, että miten jaksaa tehdä tätä työtä. En koe tätä raskaaksi. Saamme olla täällä kodinomaisessa ympäristössä eikä ole kiirettä ja vilskettä koko ajan. Tiettyinä päivinä säpinää.

Akuutin hoitotyön puolella mummo pissavaivansa kanssa voi olla todella rasittava. Se on toki hoitajakohtaista. He eivät ole halunneet tänne tulla töihin ja heitä ei laajassa mittakaavassa tämä kiinnostaa. Meitä, jotka ollaan täällä töissä, vanhusten hyvinvointi kiinnostaa.

Menet ja teet käännöt, vaihdat vaipat ja syötät. Annat samat lääkkeet vuodesta toiseen.

Vanhustyö nähdään sairaanhoitajien mukaan aliarvostettuna ja helppona alana varsinkin muualla työskentelevien sairaanhoitajien silmissä. Muiden kuin vanhusten kanssa työskentelevien hoitajien keskuudessa vanhustyö ajatellaan tutkimuksen informanttien mukaan yksitoikkoiseksi ja rutiininomaiseksi sekä sellaiseksi paikaksi jonne tullaan töihin, jos missään muualla ei ole töitä. Toisaalta todettiin, että eivät erikoissairaanhoidon ja akuuttityönkään imagot ole se tekijä, mikä heitä vetäisi sinne.

6.3 Motivaatiotekijät gerontologisessa hoitotyössä

Tulosten mukaan yksi motivoiva tekijä on hoitajien tiimityö, sen sisäinen sallivuus ja tiimihenkisyyt. Työyhteisöä kuvailtiin motivoivaksi, kun se on mukava toisia kohtaan sekä huumorintajuinen. Positiiviseksi nähdään myös se, että sairaanhoitajia on useampi. Tällöin he pystyvät paremmin kantamaan vastuuta yhdessä ja pohtimaan, mitä tulisi tehdä. Työyhteisö koettiin motivoivaksi, kun se tunnetaan yhteisönä, joka tekee työtään sydämellä sekä aidosti välittää ja arvostaa ihmisiä ja potilaita. Hoitajien motivaatio lisäkoulutustua ja työn kehittämisen myönteisyys nähtiin myös vaikuttavan positiivisesti hoitajiin. Myös muilta hoitajilta saatu tuki motivoi. Kun hoitajat pystyivät kahvitauoillaan purkamaan hankalia tilanteita hoitotyössä ja jakamaan kokemuksiaan, antoi se hoitajille lisää voimaa tehdä työtä. Hoitajien tietynlaiset arvot, jotka ohjaavat hoitotyötä, työyhteisön yhteiset tavoitteet ja samanlainen näkemys siitä, kuinka vanhustyötä tehdään, nähtiin myös motivoivina tekijöinä. Työyhteisössä ei kuitenkaan voida aina olla samanlaisia, mikä nähtiin positiivisenakin asiana. Työyhteisö kuvailtiin:

Hoitajien ”yhteen hiileen puhaltaminen” motivoi.

Motivaatioon vaikuttaa myös, että täällä on todella hyvä tiimihenki. Meillä jotka tätä työtä tekee ja miten se tehdään. Tämä on todella hieno paikka, pidän siitä kuinka täällä hoidetaan vanhuksia.

Työyhteisö totta kai vaikuttaa. Aina eivät kuitenkaan ihmiset tule toimeen keskenään.

Omanlainen porukka, joka aidosti arvostaa ja välittää ihmisistä ja potilaista ja haluaa hoitaa heitä hyvin. Uskaltaisin antaa omat vanhempani tänne hoitoon kun tiedän että täällä heitä hoidetaan hyvin.

Työyhteisönä motivoi sellainen porukka, jossa on kivaa. Kun hoitajilla on hyvä yhteishenki, niin kyllä sitten potilaatkin viihtyvät.

Useasti tutkimuksessa esiintyi myös työn palkitsevuus tunnetasolla. Hoitajat kokivat työnsä antoisana ja motivoivana kun he saivat siitä jotain myös itselleen. Itse tunne hoitamisesta palkitsee hoitajia. Potilaat sekä muun henkilökunnan positiivisuus koettiin motivoiviksi tekijöiksi. Siistillä, toimivilla järjestelyillä sekä hienolla, kodinomaisella työympäristöllä oli myös merkitystä työmotivaatioon. Hyvät työtilat mahdollistavat hyvät ja turvalliset työolosuhteet. Apuvälineiden runsaus ja niiden saatavuus nähdään myös positiivisena puolena työssä.

Hoitotyö motivoi, kun tuntee, että potilaalta saa jotain itselleen.

Hoitotyön rauhallisuus, sairaanhoitajan laaja tehtäväkuva, suuri vastuu potilaasta ja hänen tilanteensa muutoksista sekä omien tietojen ja taitojen käyttö motivoi myös osaa hoitajista. Motivoivaksi työssä nähtiin se, että vanhusten kanssa työskentely mahdollistaa myös hoitajille tilaisuuden, jossa he voivat itse päättää miten omaa työtään tekee. Tekeekö työtä pakonomaisesti ja rutinoituneesti vai luovemmin tehden välillä jotain perushoitoon kuulumatonta. Hoitotyötä kommentoitiin motivoivaksi kun pääsee vaikuttamaan potilaan hoitoon ja asioihin itse. Muutaman hoitaja koki motivaationsa tulevan omasta persoonastaan, joka on halukas auttamaan, pitämään huolta ja hoivaamaan. Tutkimuksessa todettiin, että joka päivä on kiva tulla töihin ja työpäivän jälkeen tuntuu, että kaikkensa on antanut ja oman työnsä tältä päivältä tehnyt. Työn palkitsevuuden ja kuormittavuuden todettiin olevan tasapainossa.

Vanhustyö on lähellä sydäntäni. Tämä on minun juttuni.

Minulla on halu auttaa.

Minulla on halu tehdä vanhusten loppuelämästä mahdollisimman hyvä.

Tunne hoitamisesta palkitsee.

Potilaat itsessään, heidän elämäkokemuksensa, sekä vanhuuden ja vanhenemisen arvostus toivat useille hoitajille motivaatiota tehdä työtä. Hoitajat kokivat, että vanhustyöstä pitäminen ja vanhusten kanssa viihtyminen lisää motivaatiota. Potilailta saatu suora palaute nähtiin myös motivoivaksi tekijäksi työssä. Tutkimuksessa selvisi, että esimerkiksi potilaiden näkeminen tyytyväisenä ja siitä mahdollisesti saatu kiitollisuus motivoi hoitajia. Potilaiden kanssa yhdessä iloitseminen, arkipäivän huumori ja keskusteleminen lisäsivät myös hoitajien motivaatiota. Hauskoihin tilanteisiin todettiin päästävän helpommin, kun hoitajien perinteinen rooli unohdettiin. Potilaiden hoitoa kuvailtiin:

Se että näen vanhuksen hyvinvoivana, iloisena ja näen että hän on tyytyväinen. Minusta on tärkeää että vanhusten viimeiset vuodet ovat onnellisia ja kivuttomia.

Ikääntyneillä on paljon elämäkokemusta. Vaikka hekin saattavat valittaa asioista se usein kumpuaa erilaista asioista ja tarpeista kuin nuoremmilla. Vanhusten valitus ei tunnu niin turhalta.

Tällaisessä nykyisessä ahneessa maailmassa kun joku sanoo: ”Kiitos, rakastan sinua”, niin kyllä se motivoi.

Välillä kun näkee hymyn ja joku sanoo että ”Sinä olet niin kiva”. Se motivoi. En usko että kukaan tätä palkan takia tekee.

Meillä on aika hauskoja tilanteita täällä. Ja kyllä muistisairaalla säilyy se huumori.

6.3.1 Kehitysehdotuksia gerontologisen hoitotyön parantamiseksi

Muussa kirjallisuudessa ja tutkimuksissa on usein todettu hoitohenkilökunnan määrällä olevan selkeä yhteys hoitotyön laatuun. Tässä tutkimuksessa suuri osa informanteista totesi, että he haluaisivat antaa aikaa potilaille, mutta siihen ei ole mahdollisuutta. Jos hoitajia olisi enemmän ja heillä olisi enemmän aikaa, he pystyisivät toteuttamaan vieläkin yksilöllisempää hoitotyötä ja panostamaan

muuhun kuin pelkästään perushoitoon. Vanhusten ja muistisairaiden määrän todettiin lisääntyvän, mikä puolestaan vaatii hoitopaikkojen sekä hoitohenkilökunnan lisäämistä. Laadun parantamiseksi toivottiin myös pienempiä hoitoyksiköitä, joissa pystyttäisiin ottamaan vanhus paremmin yksilönä huomioon.

Koulutuksen lisääminen hoitajille varsinkin lääkehoidon kohdalla olisi yksi keino vaikuttaa laadun parantamiseen. Laadun parantamiseksi nähtiin myös hyvä esimiestyö ja johtajuus. Jotta synnytetäisiin laadukasta työtä, se vaatisi esimiehiltä enemmän laadun vaatimista ja yhdessä tekemistä. Laadukasta hoitotyötä todettiin syntyvän, kun kaikki puhaltaisivat ”yhteen hiileen”. Myös lääkäreiden koulutus nähtiin suurena tekijänä laadun parantamiseksi. Jos lääkärinä olisi vanhuksiin erikoistunut geriatri, mahdollistaisi se laadukkaamman hoidon. Lääkäreiden tekemien päätöksien todettiin vaikuttavan kuitenkin paljon hoitotyöhön. Lääkärit tulisi saada innostumaan myös tästä työstä.

Mielipiteet erkanivat, kun tutkimuksessa pohdittiin muun henkilöstön käyttöä osastolla ja heidän koulutustasoaan. Osa oli sitä mieltä, että osastoille voitaisiin tuoda muuta kouluttamatonta henkilökuntaa, jotka ulkoiluttaisivat ja juttelisivat potilaiden kanssa. Osa puolestaan vaatisi heiltä jonkinlaista pientä koulutusta ja osa taas arvostaa, että kaikilla on asianmukainen koulutus.

Hoitajilla menee paljon aikaa itse hoitotyöhön ja siihen meidät on koulutettukin. Olisi ihanaa jos olisi enemmän heitä, jotka tuovat vanhuksille virikkeellisyyttä.

Muulla henkilöstöllä ei välttämättä tarvitsisi olla koulutusta. Motivaatio riittää hommaan. Vastuu heille kuitenkin siirtyy siinä vaiheessa. Se pitää ottaa vastaan.

En ehkä lähtisi täysin kouluttamatonta tänne tuomaan. Jonkinlainen koulutus voisi olla. Lähinnä sellainen koulutus, että ymmärtäisi vanhenemista ja vanhuutta. Jos ei ole tietoa, niin työ voi olla hankalaa.

*Mielestäni korkeatasoinen koulutus vastaa korkeatasoista hoitoa.
On raskasta tehdä työtä sellaisen työparina, jolla ei ole koulutusta.
Kyllähän kouluttamattomat voisivat sitten avustavia tehtäviä tehdä.*

6.3.2 Sairaanhoidajien tehtävänkuva

Pitkäaikaispuolella sairaanhoidajien tehtävänkuvien muutoksiin suhtauduttiin kielteisesti. Sairaanhoidajat haluavat tulevaisuudessakin tehdä perushoitoa. Tällöin sairaanhoidajat näkevät itse potilaan tilassa tapahtuvia muutoksia, ja pystyvät havainnoimaan potilasta, jotta he pystyvät konsultoimaan lääkäriä. Tällä osastolla potilaat eivät voi itse kommentoida omaa tilaansa ja tarvitaan sairaanhoidajan arviointikykyä potilaan tilan havainnoinnissa. Jos sairaanhoidajat eivät näkisi potilasta ollenkaan, havainnointi olisi suppeampaa ja työ yksitoikkoista ja jopa vanhanaikaista. Lähihoitoon osallistumista vaaditaan arvioidessa potilasta kokonaisvaltaisesti. Sairaanhoidajan tehtävänkuvaa kuvailtiin laajaksi ja vastuulliseksi. Sitä ei tuolloin ole tarvetta muuttaa. Osa hoitajista koki heillä olevan liiallisesti erilaisia paperitöitä ja mittareiden täyttämisiä, joihin kului liikaa aikaa.

Jos me tehtäisiin vaan noita lääkehommia ja kirjallisia töitä niin ei me siinä saataisi sitä kokonaiskuvaa. Nyt näkee sen kokonaisvoinnin ihon kunnosta lähtien ja esimerkiksi käyttäytymisen noissa hoitotilanteissa.

Sairaanhoidajista osa mainitsi olevansa valmis kuitenkin ottamaan lisävastuuta esimerkiksi lääkäreiltä. Lääkärin roolin todettiin olevan olematon. Hoitajat kuitenkin luottavat lääkäriin ja saavat välttämättömät lääkäriasiat hoidettua yhteistyössä. Sairaanhoidajilla on paljon teoria- ja kokemustietoa lääkityksistä. Tulosten mukaan ne hoitajat, joilla on kokemusta enemmän lääkehoidosta, uskaltaisivat ottaa enemmän vastuuta lääkehoidosta. Haavahoitojen painottaminen sairaanhoidajille, marevan -lääkityksen ja virtatieinfektion lääkkeen määrääminen ovat ehdotuksia lisätehtävien ottamisesta. Tulosten mukaan laboratoriokokeiden määrääminen, sekä joidenkin lääkkeiden aloitukset ja vaihdot ovat asioita, joita sairaanhoidaja pystyisi toteuttamaan. Lisävastuun ottamista perusteltiin seuraavasti:

Monestihan se on sitä kun lääkäri tulee, että sanotaan, että mikä meidän mielestä olisi hyvä jonkin lääkkeen vaihto tai aloitus ja miten se on tehonnut. Niin olisi aika sama sitten, että jos me aloitettaisiin se ja sitten voitaisiin vaikka informoida jossain välissä lääkäriä.

Haastatteluissa todettiin, että sairaanhoitajat tekevät kuitenkin paljon päätöksiä ja työ on kuitenkin itsenäistä. Lääkäri on antanut raamit hoitoon.

En haluaisi olla kokoajan lääkevälikössä tai hoitaa vain lääkeasioita.

En minä ainakaan haluaisi olla kokoajan lääkehuoneessa. Se olisi liian yksipuolista. Haluan olla läsnä ja hoitaa käsilläni potilasta.

Pidän työnkuvaani haastavana.

Moni sairaanhoitajista totesi, että sairaanhoidollisiin asioihin saisi olla enemmän aikaa. Sairaanhoitajien mukaan ajan puute nostaa virheiden mahdollisuutta. Moni totesi tuntevansa huonoa omaatuntoa hoitaessaan esimerkiksi lääkeasiota muiden tehdessä perushoitoa. He tuntevat, että heidän tulisi olla myös mukana auttamassa.

Kukaan ei ajattelisi, että taas se meni tuonne koppiin tekemään tuota. Tulee huono omatunto kun tuntuu että pitäisi olla kahdessa paikassa samanaikaisesti ja kumpikin niistä tulisi tehdä hyvin, siististi ja asianmukaisesti. Riittämättömyys voi olla stressaava tekijä.

6.3.3 Opiskelijoiden motivointi

Tämän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat huomaavat opiskelijossa vanhustyöstä aidosti kiinnostuneita, ei ollenkaan kiinnostuneita ja välimaaston sairaanhoitajaopiskelijoita. Tutkimuksessa todettiin myös, että sairaanhoitajaopiskelijoilla tulisi olla jo entuudestaan hyvä kuva ikääntyneistä, jotta he pystyisivät näkemään vanhustyön mielekkäänä. Sairaanhoitajat totesivat, että opiskelijat tulisi ottaa hyvin vastaan harjoitteluihin. Näin heille jäisi mielekäs

kuva vanhustyöstä ja hyvä kokemus, mikä madaltaisi kynnystä tulla myöhemminkin työskentelemään vanhusten pariin. Työyhteisöllä ja sillä, miten työntekijät itse olivat motivoituneet vanhustyöhön, todettiin olevan suuri vaikutus opiskelijan mielikuvan syntymiseen. Jos työntekijät ovat itse kuormittuneita työstään, he antavat huonon kuvan opiskelijalle, joka ei tämän takia pysty näkemään vanhustyötä edes mahdollisuutena. Palkan kohottaminen todettiin voivan olevan motivaatiota nostava tekijä. Palkankorotus motivoisi niin nuoria kuin jo virassa oleviakin sairaanhoitajia.

Sairaanhoitajat totesivat, että opiskelijoiden käsitys omasta ammatistaan on lennokas ja hohdokas, mitä he eivät sitten näe vanhuspuolella. He pohtivat, että suurin osa opiskelijoista haluaa valmistuttuaan akuuttipuolelle ja vasta myöhemmin kiinnostuu vanhustyöstä. Opiskelijat vertaavat työtä esimerkiksi ambulanssityöhön, jolloin vanhustyö näyttää tylsältä. Opiskelijat tulevat myös vanhuspuolelle harjoitteluun liian aikaisessa vaiheessa, jolloin opittavaksi tulevat vasta perustaidot. Hoito ei kuitenkaan vanhuspuolella rajoitu siihen. Tutkimuksessa todettiin myös, että jos harjoittelua ei saa muuten jaksotettua olisi hyvä muistutella, että syventävän jakson tekeminen myös pitkäaikaispuolella on vartenotettava vaihtoehto. Pitkäaikaispuolella voi myöhemmän vaiheen harjoittelussa soveltaa saatuja tietoja sisätaudeilta, kirurgiasta ja muista erikoisalueista. Tällöin opiskelijat saisivat itselleen enemmän sairaanhoidollista työtä harjoittelun aikana. Nyt ei osata vielä nähdä vanhustenhoitoa sairaanhoidolliselta kannalta.

Sillä jaksolla mitä he ovat tässä olleet, niin on myös ollut kiinnostuneita. Ovat havahtuneet, että hei, tähän ei ole yhtään sellaista kun moni kuvittelee.

Tutkimuksessa ehdotettiin myös, että hoitajat itse voisivat käydä kouluilla puhumassa vanhustyöstä enemmän. Vääristynyt kuva vanhustyöstä tulisi saada murrettua, jotta opiskelijoita saataisiin motivoitua myöhemmille jaksoille. Jos opiskelijat suorittaisivat myöhemmässä vaiheessa opintojaan pidemmän jakson pitkäaikaispuolella, he näkisivät mitä työ sairaanhoitajana sisältää. Ammattikorkeakouluun pääsyrajaa ehdotettiin pidettäväksi yhtä korkealla kuin

ennenkin. Ammattikorkeakoulun koulutuksen sanottiin valmistavan ”tosi hyviä ihmisiä”.

6.4 Kuormittavat tekijät gerontologisessa hoitotyössä

Työn kuormittavammaksi tekijäksi nousi tutkimuksen tulosten mukaan sen fyysinen- ja henkinen raskaus. Hoitajat olivat yleisesti huolissaan muiden ja itsensä tuki- ja liikuntaelin sairauksista ja siitä, miten oma keho tulee pärjäämään näin fyysisessä työssä kymmeniä vuosia. Itse hoitoasentoja kuvailtiin kuormittaviksi keholle. Jos hoitaja on fyysisesti huonossa kunnossa, hän ei välttämättä jaksaa suorittaa päivittäistä työtään. Tutkimuksessa ehdotettiin myös työnantajalta panostusta parantamaan hoitajien fyysistä jaksamista esimerkiksi antamalla työajasta aikaa urheiluun ja oman kunnan parantamiseen. Jos työajasta osan saisi käyttää liikuntaan, se motivoisi enemmän hoitajia liikkumaan.

Tutkimuksessa mainittiin kuormittavaksi fyysinen väkivalta, jota hoitajat kohtaavat välillä. Myös käytöshäiriöiset potilaat todettiin kuormittaviksi tekijöiksi työssä. Uhka- ja vaaratilanteissa hoitajat käyvät tilanteita läpi keskenään, sillä ulkopuolista työnohjausta ei ole. Moni kokee työn henkisesti kuormittavaksi ja pitäisikin löytää keinoja kanavoida tunteita. Hoitajat mainitsivat heiltä vaadittavan fyysisesti yhä enemmän potilastyössä, sillä osa potilaista on raskashoitoisia. Haastatteluissa selvisi, että kaikki eivät kuitenkaan koe työtä fyysisesti raskaaksi. Fyysisyys nähdään kuuluvan työhön ja kuormittavien tilanteiden ratkaiseminen nähdään ammattitaidonkin testaamisena. Ammattitaitoinen hoitaja käyttää ongelmanratkaisukykyään tilanteiden kuormittavuuden vähentämiseksi.

Apuvälineet ovat hyviä, kunhan niitä muistaisi käyttää. Tulisi muistaa että pitäisi olla työkykyinen vielä 20 vuoden kuluttuakin. Jos kysyisit kuormittavuudesta kysymyksen uudestaan kymmen vuoden päästä, vastaus voisi olla erilainen.

Useat hoitajat pohtivat hoitotyön tulevaisuutta, jossa kuormittavana tekijänä nähtiin ikääntyneiden määrän nousu lähitulevaisuudessa. Hoitajat arvelivat että vaikka potilaita tulee lisää, motivoituneita hoitajia ei ole enempää. Aikaa jäisi

uupumaan yhä enemmän sairaanhoidollisista tehtävistä, jolloin tingittäisiin perushoidosta. Kun hoitaja on välillä väsynyt työhönsä, se näkyisi myös potilaiden kohtaamisessa ja hoidossa negatiivisesti. Kiire mainittiin kuormittavaksi tekijäksi usein. Kiirettä hoitajat eivät kuitenkaan tunteneet joka päivä työssään. Tutkimuksessa todettiin myös potilaiden, jotka tarvitsevat paljon hoitoa, määrä suureksi ja liiallisten kirjallisten töiden ja erilaisten mittarien olevan kuormittava tekijä osalle hoitajista.

Hoitajien aloitekyvyttömyys ja kehittämishaluttomuus koettiin myös kuormittavana tekijänä. Jos kukaan työyhteisöstä ei ole kiinnostunut tai halukas oman työn kehittämisestä, se voi kuormittaa hoitajaa. Tutkimuksessa mainittiin, että välillä myös hoitajien keskuudessa on havaittavissa omaan työhönsä kyllästyminen, joka vaikuttaa negatiivisesti työyhteisöön. Myös työntekijöiden keskenäiset ristiriidat kuormittavat sairaanhoitajia. Kyllästymisen koettiin olevan pitkäaikaispuolen ongelmana. Muutama sairaanhoitaja kokee myös vuorotyön kuormittavaksi.

Joskus vuorotyö on kuormittavaa. Se, että lähdet täältä yhdeksän jälkeen ja palaat aamu seitsemäksi, tuntuu että tuo väli jää liian pieneksi.

Huono palkkakin nähdään yhtenä kuormittavana tekijänä. Sairaanhoitajat työskentelevät pyhät ja viikonloput vuorollaan, mutta palkassa he eivät sitä näe kuitenkaan palkitsevalla tasolla. Palkalla todettiin pärjäävän, mutta se ei motivoi hoitajia. Sairaanhoitajan palkan koettiin laahaavan muita ammattikuntia jäljessä.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET TUTKIMUSTULOKSISTA

Tutkimukseen osallistuneilla informanteilla oli kokemusta gerontologisesta hoitotyöstä, joka toi tutkimukselle olennaista tietoa hoitotyön laadusta ja vanhustyön vetovoimaisuudesta. Osallistuneet sairaanhoitajat vastasivat avoimiin kysymyksiin, joten aihetta ei rajoitettu.

Gerontologista hoitotyötä sairaanhoitajat kuvailivat laajaksi ja vaativaksi työksi, jota tehdään yhdessä vanhusten ja omaisten kanssa. Tutkimuksen sairaanhoitajat totesivat gerontologisen hoitotyön olevan moniammatillista toimintaa, joka mahdollistaa kokonaisvaltaisen hoidon vanhuksen hyväksi. Sairaanhoitajat tunnistivat hyvin hoitotyön yleiset mallit, arvot ja osaamisen, sekä pohtivat kattavasti sitä, mitä gerontologinen tieto on. He havaitsivat moniammatillisuuden merkityksen, joka kuuluu myös gerontologisen hoitotyön kokonaisuuteen. (Heikkinen, R. 2008b, 450- 499.) Voutilainen ym. (2009, 17) toteavat, että gerontologisella hoitotyön erikoisalalla tarkoitetaan iäkkään ihmisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn säilyttämistä ja saavuttamista.

Gerontologia tieteenalana tutkii vanhuutta ja vanhenemista ja pyrkii tutkimaan kuinka ihminen muuttuu ikääntyessään ja millaisia seurauksia sillä on. (Heikkinen, 2008a, 16; Voutilainen ym. 2009, 15.) Useat sairaanhoitajat painottivat haastatteluissa, että sairaanhoito ottaa huomioon ikääntymisen vaikutukset ihmiseen ja toimintakykyyn. Hoito ei ole enää samanlaista kuin nuoren, vaan hoidossa pitää soveltaa tietoa vanhenemiseen liittyvistä psyykkisistä ja fyysisistä vaikutuksista. Hyvän hoidon ydin ovat näin ollen itse hoitajat ja hoitajien asenteet, sekä kuinka he kohtaavat potilaan ja hänen omaisensa. Gerontologisen osaamisen ja siihen liittyvien tietojen ja taitojen tunnistaminen on tärkeää oman ammatti-identiteetin rakentuessa. Kun oma osaaminen tunnistetaan, on motivoituneisuutta varmasti enemmän ja ylpeys omasta työstä kohdallaan. Jos hoitajat eivät tunnista omaa erikoisosaamistaan, he voisivat nähdä työnsä merkityksettömänä ja turhauttavana. Suomalaisen yhteiskunnan silmissä vanhustyö ei kuitenkaan ole niin arvostettua kuin erikoissairaanhoito. Seuraavissa kappaleissa käsitellään jokaista teemaa erikseen.

7.1 Gerontologinen asiantuntijuus

Tutkimuksen sairaanhoitajien mukaan gerontologinen hoitotyö ei perustu pelkästään perushoittoon vaan siihen kuuluu monia muita asioita, kuten lääkehoito ja vanhenemisen huomiointi hoidossa. Heikkinen (2008b, 456-457) toteaa, että gerontologisen ammatillisten tietojen avulla hoitajat voivat minimoida, kompensoida, auttaa ja hoitaa potilasta ongelmien ilmetessä. Tiikainen ja Teeri (2009) mainitsevat, että väestön ikääntyessä gerontologisen hoitotyön asiantuntijuus korostuu entisestään. Tämän tutkimuksen osastolla sairaanhoitajat mainitsivat usein lääkehoidon kuuluvan sairaanhoitajan asiantuntijuuteen perushoidon ohella. Lääkehoidon osaaminen koostuu sen kliinisestä osaamisesta, suunnittelusta, vaikutusten seuraamisesta ja arvioinnista. Lääkehoidon kannalta myös kivun lievitys ja tarkkailu mainittiin kuuluvan lääkehoito-osaamiseen. Lääkehoidon nähtiin kuuluvan suurimpana osa-alueena sairaanhoitajan osaamiseen, sillä se on suurin poikkeavuus osastolla lähihoitajan tehtävästä. Lääkehoidolla on suuri merkitys, jota sairaanhoitaja omalla asiantuntemuksellaan toteuttaa. Sairanhoitajat pystyvät vaikuttamaan lääkitykseen ja he huolehtivat niin lääkitysten arvioinnista, seurannasta, mahdollisista lopetusten kuin aloitustenkin miettimisistä, jotka taas muualla saattavat kuulua lääkäreille. Sairanhoitajat pitkäaikaispuolella tuntevat yleisimmät vanhusten lääkitykset, että he näkevät, mikä lääke tuo minkäkinlaista oireilua potilaaseen. Kun potilaat ovat tuttuja, muutokset huomataan yhä helpommin. Uralla etenemisen tunne ja esimerkiksi ammattitaidon arvostus työyhteisössä motivoisi varmasti hoitajia entistä enemmän. Uralla etenemisen mahdollisuus voisi lisätä alan vetovoimaisuutta tulevaisuudessa.

Perustana hyvälle, laadukkaalle hoitotyölle on asiantunteva, koulutettu ja vanhustenhoidon erityiskysymyksiin perehtynyt henkilökunta, jota on riittävästi. Asiantuntemuksen ylläpito vaatii tietojen ja taitojen ajantasaistamista. (Backman, Paasivaara, Voutilainen & Isola 2002, 70, Vaarama 2002, 15.) Tiedon ja taidon yhdistäminen ovat edellytys vanhuksen asiantuntevaan hoitoon (Medina ym. 2005, 12). Sairanhoitajat totesivat gerontologiseen asiantuntijuuteen kuuluvan paljon tietoa ja taitoa monelta eri erikoisalalta. Gerontologiseen hoitotyöhön sanottiin kuuluvan ihminen kokonaisuutena, joka ei ole ollenkaan suppea

erikoisala. Tällä osastolla tietoa vaaditaan myös muistisairauksista. Muistisairaiden ihmisten kanssa tehtävä hoitotyö on yksi tärkeimmistä gerontologista asiantuntijuutta vaativista osa-alueista (Voutilainen ym. 2009, 14). Tutkimuksen mukaan asiantunteva hoitaja on perehtynyt erilaisiin sairauksiin, hänellä on tietoa vanhenemisesta sekä siihen liittyvistä psyykkisistä ja fyysisistä vaiheista. Asiantunteva hoitaja voi opastaa, neuvoa muita ja antaa vinkkejä hoitoon oman tietotaitonsa avulla. Kun kaikilla on asiantuntemusta ja sitä annetaan myös muille, se antaa perustan laadukkaalle ja hyvälle hoitotyölle. Myös jakava ja yhteen hiileen puhaltava osasto motivoi hoitajia kehittämään omaa asiantuntijuuttaan ja osaston yhteistä toimintaa. Kun kukaan ei panttaa tietoaan itsellään, työyhteisö on oppiva ja opettava kaikille. Myös sairaanhoitajaopiskelijat oppivat jaksoiltaan enemmän, kun työyhteisö on antava. Hyvät alaistaidot vaikuttavat työyhteisön ilmapiiriin, joka puolestaan vaikuttaa työmotivaatioon.

Hoitajan ammattitaitoon todettiin kuuluvan myös ihmisen kohtaaminen sairaudesta ja käytösoireista riippumatta. Hoitajan todettiin käyttävän työssään omaa persoonaansa ja sen korostuvan vanhustyössä. Medina ym. (2005, 13) mainitsevat myös hoitajien käyttävän itseään apuvälineenä hoitotyössä. Vanhustyössä hiljaisella tiedolla voidaan saavuttaa ymmärrystä asioista, tapahtumista ja tilanteista. Hiljaisen tiedon avulla vanhuksen tarpeet voidaan ymmärtää. Asiantunteva hoitaja ymmärtää mikä on oleellista hoitotilanteissa. Hoitajan sisäinen tunne, intuitio, joka on syntynyt hiljaisesta tietosta, ohjaa hoitoa. Intuitinen hoito edellyttää hoitajalta riittävää asiantuntemusta ja kokemusta vanhusten yksilöllisestä kokonaisvaltaisesta hoidosta. (Medina ym. 2005, 12- 13.) Kun ammattitaitoinen hoitaja tunnustelee potilaan mielialaa ja millä keinon hoito saataisiin saumattomasti yhteistyössä eteenpäin, se helpottaa työtä paljon. Kun työssä käytetään tietoa, taitoa ja intuitiota, hoitajat tuntevat pystyvänsä osaamisellaan vaikuttamaan työhön ja pysyvät näin myös motivoituneina. Jos tietoa, taitoa ja ammattiosaamista ei käytettäisi työssä ollenkaan, työ voisi olla raskasta, eikä se palkitsisi hoitajaakaan. Oman käden jäljen näkeminen ja onnistumisen tunteet tukevat motivaatiota.

7.1.1 Gerontologisen hoitotyön edellytykset

Gerontologisen hoitotyön asiantuntijuuteen kuuluva oman persoonan käyttö hoitotyössä nähtiin myös hoitotyön edellytyksenä. Heittäytyminen, oman kehon käyttö ja persoonallinen kommunikointitapa vanhusten kanssa todettiin olevan jopa edellytys vanhustyöhön. Kun hoitaja antaa kaikkensa työlleen ja tekee työtä omalla persoonallisuudellaan, hoitotyö voi olla helpompaa ja antoisampaa myös hoitajalle. Kun työ on antoisaa, se motivoi hoitajia pysymään työssä vanhusten parissa. Hoitajan osatessa heittäytyä, se voi näkyä esimerkiksi vastustelun vähentymisessä ja perushoidon helpottumisessa. Potilaskin viihtyy, kun hoitaja viihtyy. Hoitotyö on kuitenkin aina potilaan ja hoitajan yhteistä kommunikointia, toisin sanoen yhdessä tekemistä.

Sosaali- ja terveystalalla työskentelyn on todettu edellyttävän hoitajilta vahvaa sitoutumista ja motivaatiota, tiimityöskentelytaitoja, vuorovaikutustaitoja, sosiaalisuutta, reippautta ja jämäkkyyttä. Määräaikaisten työsopimusten takia myös sopeutumiskyky ja joustavuus mainitaan edellytyksiksi. (Pitkänen ym. 2009, 258.) Sairaanhoitajat totesivat myös työhön sitoutumisen yhdeksi edellytykseksi, sillä työn todettiin olevan fyysisesti ja välillä myös henkisesti raskasta. Määräaikaiset työsopimukset, jotka vaativat sopeutumiskykyä ja joustavuutta, ovat varmasti yksi alalta pois lähdön syitä. Työtä tiedetään olevan, mutta myös määräaikaisia työsuhteita on yhä enemmän. Voimme vain pohtia, onko sairaanhoitajaopiskelijoista motivoivaa opiskella ammattiin, jos tietää, ettei vuorotyön ja työn määräaikaisuuden takia pysty viettämään esimerkiksi vapaita viikonloppuja kun korkeitaan kerran kuussa. Vastavalmistuneilla ei ole muuta mahdollisuutta kuin tehdä annetut työt hyvän mielikuvan syntymiseksi työnantajalle, jotta mahdollinen virka avautuisi. Muilla aloilla päivätyö ja vastavalmistuneiden ottaminen heti samanarvoiseksi kuin muutkin työyhteisön jäsenet ovat vetovoimaisempia tekijöitä.

Gerontologiselta hoitotyöltä todettiin vaadittavan ymmärrystä siitä, että vanhusten kanssa tehdään erilaisia asioita kuin akuutilla puolella. Tieto ja taito toimia todettiin lähtevän hoitajista itsestään. Myös Heikkinen (2008b, 451) mainitsee, että gerontologisessa hoitotyössä tarvittavat tiedot ja taidot viestivät myönteisestä asenteesta ja eettisyydestä iäkkäitä kohtaan. Ilman näitä työ ei onnistu.

Vanhojen ihmisten toimintakyvyn edistäminen on oma asiantuntijuusalueensa ja se poikkeaa tavoitteeltaan usein terveyden edistämisen tavoitteista (Rantanen 2008, 409). Oman työn arvostus, empatia, järjestelmällisyys ja kärsivällisyys potilaiden kanssa nähtiin niin ikään edellytyksinä työhön. Tietoa vanhusasiakkaista voidaan kerätä erilaisin kaavakkein, mutta myös empatialla ja kyvyllä asettua vanhuksen asemaan hoitajat saavat tietoa vanhuksen jo eletystä elämästä ja siitä, millaista persoonaa tulisi hoitaa ja millä tavoin. (Medina ym. 2005, 14.) Hoitajat mainitsivat myös erilaisten kaavakkeiden ja mittareiden täyttämisen kuormittavaksi työssään. He halusivat mieluummin olla itse potilaan kanssa, potilastyössä keräämässä tietoa.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan huumorintajulla todettiin olevan merkitystä vanhustyössä. Huumorin todettiin säilyvän myös muistisairailta, joten miksei työstä voisi tehdä oman näköistään. Jos hoitaja piiloutuu sairaanhoitajan tiukan ja kylmänkin roolin taakse, hän ei käytä omaa persoonallisuuttaan ja huumorintajuaan työssään. Hoitajan ei tarvitse olla vain rooli. Ihmisiä tulee hoitaa ihmisinä persoonallisuuksineen. Kun työ tehdään mielekkäästi, huumorin kera, siitä nauttii varmasti niin potilas kuin hoitajakin.

Arkitoiminnassa ja päätöstenteossa, joita hoitaja tekee vanhusten kanssa, ohjaa oma vanhuskäsitys. Vanhuskäsitykseen kuuluvat hoitajan omat arvot ja näkemykset vanhusten hyvästä hoidosta. Vanhuskäsityksen on todettu muuttuvan tiedon lisääntyessä erilaiseksi. (Medina ym. 2005, 11-12.) Tässä tutkimuksessa todettiin usein, että hoitajan oma henkilökohtainen kiinnostus ja arvostus vanhuutta ja vanhuksia kohtaan ovat yksi suuri edellytys työlle. Työssä tulisi näkyä aito kiinnostus ja välittäminen vanhuksista. Vanhuksien nähtiin ansainneen hyvän hoidon arvokkaina yksilöinä ja hoidon laadun kumpuavan omista arvoista. Tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista moni vastasi arvostavansa omia isovanhempiaan ja muutenkin vanhempia ihmisiä. Omat hyvät muistot ja kokemukset vanhuksista auttavat suhtautumaan työhön positiivisemmin ja varmasti myös nostavat aktiivisuutta kehittää vanhustyötä enemmän. Hoitotyön on todettu pyrkivän yleisesti potilaan hyvään oloon, mikä lisää potilaan onnellisuutta. Onnellisuuden tuottamisen potilaalle on puolestaan todettu edellyttävän hoitajalta potilaan kohtaamista sydämellä ja olemista hänen lähellään.

(Munnukka 2004, 84; Hjelm 2004, 147-148; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 93.)

Tulosten mukaan suuri osa pitkäaikaispuolella työskentelevistä hoitajista tiedostaa, että heidän työnsä ei ole niin arvostettua kuin erikoissairaanhoidossa, mutta ovat ylpeitä siitä, mitä tekevät. He näkevät oman työnsä erilaisena erikoisosaamisalueena. Erikoissairaanhoidon puolella tai muualla kuin ikääntyneiden kanssa työskentelevät näkevät gerontologisen hoitotyön perushoitona, johon ei kuulu mitään muuta kuin päivittäisistä toiminnoista huolehtiminen. Työ nähdään pelkkänä suorittamisena. Kuten tässä tutkimuksessa todettiin, yksi työn edellytys on ymmärrys siitä, että gerontologinen hoitotyö ei ole samanlaista kuin erikoissairaanhoidossa. Gerontologinen hoitotyö keskittyy muihin asioihin, eikä työ ole niin kliinistä. Tulevaisuuden haasteena onkin, miten vanhustyö pääsee tehtäväkeskeisestä työnkuvasta ja imagosta eroon. Tällä hetkellä osaamisvaatimukset ja -tasot vaihtelevat sairaanhoitajien työtehtävien, toimintaympäristön sekä roolin mukaan. Pitkäaikaispuolella, muistisairaiden hoitotyössä vaaditaan erilaista asiantuntijuutta kuin esimerkiksi päivystyspoliklinikalla. (Tiikkainen & Teeri 2009.) Tulevaisuudessa ikääntyneitä tulee asioimaan pitkin sosiaali- ja terveystieteiden suurta kenttää, joten gerontologista asiantuntijuutta tarvitaan kaikkialla. Erikoisosaamista ikääntyneiden hoitotyöstä tarvitaan neuvoloita, synnytysosastoja ja lasten klinikoita lukuun ottamatta joka toimipisteessä.

7.1.2 Suomalaisen yhteiskunnan suhtautuminen vanhustyöhön

Tämän tutkimuksen informanttien mukaan suomalaisessa yhteiskunnassa vanhustyö nähdään helposti negatiivisena ja yksi osasyynä siihen on median antama huono kuva vanhustyöstä. Myönteisen julkisuuskuvan luomiseksi on todettu olevan paljon aineksia. Suomessa hoitajat ovat hyvin koulutettuja, jolla puolestaan on vahva yhteys laatuun. Suurin osa potilaista on tyytyväinen saamaansa palveluun ja gerontologisen hoitotyön on todettu tutkimuksissa olevan vaativaa työtä, joka tarjoaa hoitajille monipuolisia ammatillisen kehittymisen mahdollisuuksia. (Voutilainen ym. 2009, 350.) Tutkimuksen sairaanhoitajista useat totesivat, että heitä on kyseenalaistettu heidän valitessaan ikääntyneiden

hoitotyön. Työnteko ei voi olla motivoivaa, jos yhteiskunnassamme on annettu negatiivinen julkisuuskuva gerontologisesta hoitotyöstä. Vanhuus nähdään yhteiskunnassamme usein rasitteena ja vanhustyön kuva on vääristynyt. Kun vanhustyö nähdään suorittamisena, se ei vahvista sairaanhoitajien ammatti-identiteettiä. Jos suurin osa ei arvosta työtä, jota tehdään, asenne voi hoitajankin kohdalla muuttua. Hoitaja voi menettää oman mielenkiinnon vanhustyöhön ja kokea ”painostuksen” alla, että hän ei teekkään arvokasta tai laadukasta työtä. Vaikka hoitajat totesivatkin tutkimuksessa, ettei heitä haittaa ollenkaan, että muut eivät arvosta tätä työtä, on raskasta yrittää kantaa positiivista mielikuvaa ja kehittää työtä, joka ei saa arvostusta. Ei kukaan halua tehdä työtä, joka ei muille kelpaa. Vanhuspalveluiden huono imago voi vaikuttaa myös potilaiden ja omaisten negatiiviseen mielikuvaan hoidosta ja sen laadusta. Kun laatu on kuitenkin sairaanhoitajien mukaan hyvää, myös imagon yhteiskunnassa tulisi olla hyvä.

Yksikköjen oman kehityksen todettiin myös hiipuneen. Lisäksi todettiin, että työntekijöiden tulisi itse myös kehittää omaa työtään. Oman työn kehittämisen hiipumiseen syynä voi olla negatiivisena nähtävä tulevaisuus ja kehittämisen mahdottomuus. Jos työyhteisö ei anna mahdollisuutta kehittää toimintaa tai muut työyhteisön jäsenet ovat kielteisiä muutoksille, se vaikuttaa työssä viihtymiseen ja motivaatioon. Työyhteisöissä tulisikin ymmärtää, ettei muutoksilla olla tuottamassa lisätyötä, vaan kehittämässä vanhusten arkea. Kun työtä ei ole mahdollisuutta tehdä omasta mielestä hyvin, voi se olla osasy syy alan- tai työpaikan vaihtoon.

Asiakas- ja työtyytyväisyyteen pystytään vaikuttamaan työn organisoinnilla, asenteilla ja otteella, jolla työtä tehdään sekä sillä, kuinka siitä iloitaan. Positiivisen tulevaisuudenkuvan luominen myös hoitajille ja kehittämiseen osallistumisen mahdollisuus suuressa mittakaavassa saisi hoitajiin varmasti enemmän aktiivisuutta. Ruohonjuuritason kehittamisestä kaikki kuitenkin lähtee, mutta miksei media voisi levittää osastojen kehittelemiä ehdotuksia eteenpäin muille yksiköille?

Vanhustyöhön suhtautuminen nähtiin myös kaksipiippuisena asiana. Käsitys vanhustyöstä on muuttunut vuosien saatossa ja ikääntyneiden hoitoa huomioidaan

enemmän. Sairaanhoitajat totesivat näkevänsä kehitystä tapahtuvan pienimuotoisesti, mutta totesivat ikääntyneiden määrän kasvun aiheuttavan ongelmia kehityksen jatkamisessa. Ottamatta huomioon viimeaikaisia mediakohuja, voimme pohtia, onko vasta nyt alettu kehittämään vanhustyötä kun ongelmat alkavat kasaantua. Herää myös kysymys siitä, onko vanhustyö kuitenkin kehittymässä oikeaan suuntaan. Entä jos ikääntyneiden määrän kasvaessa onkin havahduttu siihen, että kaikki eivät tulekaan saamaan sitä hyvää hoitoa, jota nyt on vielä mahdollista saada.

Jokaisessa yhteiskunnassa ja yhteisössä on oma vanhuskäsityksensä. Vanhuskäsitys näkyy siinä, mitä pidetään vanhuutena ja miten sitä kuvataan. (Medina ym. 2005, 11-12, 41.) Sairaanhoitajien mukaan vanhustyö nähdään aliarvostettuna ja helppona alana varsinkin muualla työskentelevien sairaanhoitajien silmissä. Jos rako edelleen kasvaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välissä, onko nuoria sairaanhoitajia vielä vaikeampi saada kiinnostumaan vanhustyöstä? Ei ole helppoa muodostaa omaa käsitystään vanhustenhoidosta, jos joka työharjoittelupaikasta opiskeluaikoina annetaan negatiivinen kuva työstä. Tutkimuksen sairaanhoitajat totesivat, että käsitys vanhustenhoidosta on pilkkuhiljaa muuttumassa. Onko käsitys vanhustyöstä muuttumassa sen takia, että hoitajat hoitavat yhä vaativampia ja raskashoitoisempia ikääntyneitä? Aletaanko vanhustenhoito vihdoinkin nähdä vastuullisempana ja monimuotoisempana monisairaiden vuoksi?

Suomessa on havaittavissa vahva asiantuntijakulttuuri. On mahdollista, että perusterveydenhuollon puolelle sijoittuvaa gerontologista hoitotyötä ei nähdä asiantuntijakulttuurin takia erikoisosaamisena. Yleisesti erikoisosaamista ajateltaessa ihmisten ajatukset kääntyvät terveydenhuollossa vain erikoissairaanhoidon puolelle, johon jo etuliite ”erikois” viittaa. Tulisi tunnistaa suuremmassakin mittakaavassa, että myös gerontologinen hoitotyö on yksi erikoisosaamisalueensa. Ilman osaamista ei kukaan pärjäisi leikkaussalissa, mutta ei myöskään hoitaessaan kokonaisvaltaisesti monisairasta ikääntynyttä.

7.2 Motivaatiotekijät gerontologisessa hoitotyössä

Työhyvinvoinnin sanotaan rakentuvan organisaatiosta, esimiehestä, ryhmähengestä ja itse työstä. Yhteiset tavoitteet, mahdollisuus joustoon, jatkuva työyhteisön kehittyminen, oppimisen mahdollisuus, avoin vuorovaikutus ja kehittämisen näkeminen myönteisenä asiana tukevat työhyvinvointia. Hoitajan omaa hyvinvointia lisää motivaatio työhön, oma osaaminen sekä psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen terveydentila. (Manka ym. 2010, 8; Hakanen 2009, 12.) Sairaanhoidajat pohtivat tässä tutkimuksessa motivoiviksi tekijöiksi samoja asioita kun kirjallisuus. Mikäli työyhteisön sisällä on ristiriitoja ja kehittämishaluttomuutta, on siellä vaikea toimia muiden ajatusten vastaisesti. Kirjallisuudessa mainitaan myös työssä jaksamisen keinoiksi kollegiaaliselta työyhteisöltä saatu tuki sekä työnohjaus kysymysten ja tunteiden tarkasteluun (Työterveyslaitos 2011b). Tässä tutkimuksessa todettiin että työnohjausta on hankala saada, eikä sitä tällä hetkellä ole. Työkavereilta saatu tuki ja heidän kanssaan keskustelu on siis suuressa arvossa tällä hetkellä. Motivoivan työn piirteisiin kuuluvat myös ystäväystymismahdollisuudet ja riittävä kanssakäymisen määrä (Peiponen 2009, 299-302). Yhteisöt, joissa hoitohenkilöstö kokee moniammatillisuuden ja yhteisöllisyyden voimavarana ja edellytyksenä hoitotyölle, lähentyvät yksilöinä toisiaan paremmin (Näslindh-Ylispangar 2005, 157). Optimistien kaltaiset yksilölliset voimavarat ovat myös merkityksellisiä ajateltaessa työn imua (Hakanen 2009, 13).

Tutkimuksessa mainittiin myös hoitajia motivoivan puhdas, hyvin järjestelty ja kodinomainen työympäristö. Hollannissa tehdyn tutkimuksen mukaan kodinomaisten ryhmäkotien henkilökunnalla todettiin enemmän positiivisia vaikutuksia työstä. Kodinomaisten ryhmäkotien henkilökunta oli yleisesti tyytyväisempiä työhönsä, heillä oli enemmän vastuuta työstään sekä he saivat enemmän sosiaalista tukea muulta henkilökunnalta. (Boekhorst ym. 2008.) Kodinomaisuus on voimavara, jota tulisi hyödyntää entistä enemmän. Kodinomaisuutta voidaan viedä pitkällekin esimerkiksi potilaille suunnitellussa keittiössä tai viihtyisinä oleskelupaikkoina.

Tulevaisuudessa tulisi panostaa työyhteisön merkitykseen niin kehittämisessä kuin ammatti-identiteettien rakentamisessakin. Työyhteisöllä on suuri merkitys

työssä viihtymiseen ja motivaatioon. Ilman motivaatiota ja työyhteisön tukea ei kukaan viihdy työssään ja alan- tai työpaikan vaihto voi alkaa kuulostaa houkuttelevalta. Motivoivaksi tekijäksi todettiin myös usean sairaanhoitajan työskenteleminen samassa vuorossa, jolloin päätöksiä voidaan tehdä yhdessä. Raskaassakin työssä voi viihtyä, jos työilmapiiri on hyvä (Työterveyslaitos 2010b). Hakanen (2009, 9) mainitsee, että motivoitunut ja työn imua kokeva työntekijä lähtevät mielellään töihin, kokee työnsä mielekkäänä ja nauttii työstään. Työntekijä tuntee myös ylpeyttä työstään (Hakanen 2009, 9). Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että tässä työyhteisössä koetaan työn imua ja motivaatiota. Useat työntekijöistä kertoivat haastattelutilanteessa, että töihin on aina mukava tulla. Työn palkitsevuuden ja kuormittavuuden todettiin olevan tasapainossa.

Sairaanhoitajien mukaan tärkeä tekijä motivaatiota ajatellen on työn palkitsevuus tunnetasolla. Hoitajat kokevat, että työ on antoisaa, kun he saavat siitä itselleen jotain. Positiivisten tunteiden kokeminen työssä onkin yksi tärkeä työn ilon, palkitsevuuden ja jaksamisen lähde (Työterveyslaitos 2011b). Työn vaikuttamismahdollisuudet ja työn palkitsevuus ovat myös työhyvinvointia parantavia tekijöitä (Manka ym. 2010, 8; Hakanen 2009, 12). Vaikuttamismahdollisuudet motivoivat myös tämän tutkimuksen sairaanhoitajia. Sairaanhoitajat kokivat, että heillä on mahdollisuus vaikuttaa potilaan hoitoon ja mahdollisuus valita, kuinka he työtään tekevät. Toiset hoitajat voivat tehdä rutiininomaisesti työtään, mutta työ antaa jokaiselle mahdollisuuden päättää itse, miten työ tehdään. Työaikana on mahdollista tehdä jotain perushoitoon kuulumatonta, jos itse vain haluaa. Itse käytännön työn sujuminen, hyvä ilmapiiri ja mahdollisuus tuoda uusia ideoita esille ovat palkitsevia ja tukevat hoitajien luovuutta (Työterveyslaitos 2010b).

Tässä tutkimuksessa hoitajat kokivat motivoivaksi potilailta saadun palautteen ja kiitoksen. Potilaiden kanssa yhdessä iloitseminen, arkipäivän huumori ja keskusteleminen lisäsivät myös motivaatiota. Myös työterveyslaitoksen (2010c) artikkelissa todetaan, että hoitajille onnistumisen tunteet, positiivinen palaute, vanhusten välittämyys, hellyttävävyys, elämästä oppiminen ja henkilökunnan kahvitauot tuovat ilon tunteita hoitajille. Huumori ja hauskat hetket potilaiden kanssa tuovat iloa hoitajille niin tämän tutkimuksen kuin työterveyslaitoksen

(2010c) artikkelin mukaan. Tutkimuksessa todettiin, että hauskoihin tilanteisiin päästään helpommin, kun hoitajien perinteinen rooli unohdetaan. Työhyvinvoinnin ytimen sanotaan löytyvän hoitajien kesken, sekä hoitajan ja potilaan kesken käytävästä kommunikoinnista (Kynge ym. 2011).

Sairaanhoitajien tehtäväkuvien laajentumista ei ajatella tämän tutkimuksen perusteella negatiivisena ja lisävastuuta oltaisiin valmiita ottamaan lääkäreiltä. Sairaanhoitajien tehtäväkuvan laajentumisen voidaan nähdä lisäävän työn merkityksellisyyttä (Pitkänen ym. 2009, 253). Osastojen hierarkisuuden vähentyminen on vaikuttanut samalla positiivisesti työilmapiiriin sekä työpaikkojen kiinnostavuuteen (Pitkänen ym. 2009, 252). Vanhustyön kehittämisen edellytyksiksi onkin todettu hierarkisuuden madaltaminen sekä päätöksenteon ja vastuun siirtäminen organisaation sisällä (Näslindh-Ylispangar 2005, 153). Millä tahansa työpaikalla työn pakitsevuuden ja kuormittavuuden tulee olla tapapainossa. Pitkäaikaispuolella sairaanhoitajat voivat tuntea turhautumista, jos tehtäväkuva on suppea.

Lisävastuuta ei saa ajatella negatiivisena lisätyönä, vaan se tulisi nähdä kokemuksena, haastavana ja ammatilliselle kehitykselle tärkeänä etappina. Kehittyäkseen sairaanhoitajien on murrettava raja-aitoja niin paljon kuin mahdollista oman osaamisensa puitteissa. Näin työkin pysyy motivoivana ja kiinnostavana.

Oma persoonallisuus, motivaatiotekijät ja kyky kehittää omaa asiantuntijuuttaan vaikuttavat siihen, miten tietoja ja taitoja käytetään ja mihin niitä käytetään. Merkitystä on myös sillä, miten osaaminen tunnustetaan. (Tiikainen & Teeri 2009.) Hoitajien ammattitaitaidon lisääminen koulutuksilla, toisilta yksiköiltä oppiminen ja yksiköiden verkostoituminen voisivat lisätä motivaatiota kehittää työtä. Erilaiset projektit, niihin osallistuminen, oman ammattiosaamisen käyttäminen ja tiedon jakaminen tukevat hoitajien ammatti-identiteettiä. He saavat tuntea, että heidän osaamistaan tarvitaan myös. Mitä enemmän työssä on mahdollisuus kehittyä ja oppia sitä enemmän se aukaisee ovia aina eteenpäin yksilön ja organisaation tasolla. Jos motivoiviin tekijöihin ei panosteta eikä asiantuntijuutta tunnusteta, voi olla jopa mahdotonta toteuttaa asianmukaista, arvokasta ja laadukasta hoitoa. Oman asiantuntijuuden jatkuva kehittäminen ja

kehittämiseen mahdollisuuden antaminen tukevat motivaatiota. Pitkäaikaispuolella tulevaisuuden kehittäminen voisi olla sitä, että sairaanhoitajien ja lääkäreiden työtehtäviä jaettaisiin.

Vanhustenhoidossa osaamiseen panostaminen olisi olennaista, jotta hoitohenkilökunnan itsetunto ja arvostus nousevat (Räsänen 2009). Jos vanhustenhoidossa nähtäisiin myös uralla kehittymisen mahdollisuus, olisi se varmasti myös opiskelijoiden suosiossa yhä enemmän. Vanhustenhoidon hoitohenkilökunnan itsetunnon ja arvostuksen nousemiseen voidaan vaikuttaa esimerkiksi medialla. Työolojen motivoivia tekijöitä on vaalittava. Motivaatio osallistua kehittämistoimiin on korkea, mikäli sairaanhoitaja uskoo, että osallistuminen hyödyttää häntä jotenkin. Ammatillisen pätevyyden taso voi vaikuttaa palkkion määrään ja käyttäytymisen muutos johtaa yleensä toivoittuihin seurauksiin, kuten palkankorotukseen, arvostuksen syntymiseen ja lisääntyneeseen vapaa-aikaan. (Ruohotie 1995, 122-123.)

7.2.1 Kehitysehdotuksia gerontologisen hoitotyön parantamiseksi

Tutkimuksessa todettiin henkilökunnan määrällä olevan selkeä yhteys laatuun. Jos hoitajia olisi enemmän ja heillä olisi enemmän aikaa, pystyisivät he tuottamaan yhä yksilöllisempää hoitotyötä. Kun työtä tehdään hyvin ja hoitajat kokevat työnsä laadukkaaksi, se on palkitsevaa ja motivoivaa. Esimiehen kannustava ja motivoiva johtaminen sekä yhteiset pelisäännöt tukevat työhyvinvointia (Manka ym. 2010, 8; Hakanen 2009, 12). Tutkimuksessa pohdittiin laadukkaan hoitotyön syntyvän kun kaikki puhaltavat ”yhteen hiileen”.

Sairaanhoitajat mainitsivat, että kehityksen tulisi lähteä sairaanhoitajista itsestään. Sairaanhoitajien tulisikin tulevaisuudessa nykyistä rohkeammin ja näkyvämmiin pyrkiä yhteisvoimin vaikuttamaan päättäjiin oman tietonsa varassa, sillä he tietävät, miten työn laatua voisi ja tulisi kohentaa (Heikkinen, R. 2008b, 451; Kassara ym. 2005, 383). Tutkimusten mukaan työn imua tunteva työntekijä voi johtaa myönteisiin yksilöllisiin ja organisaatiollisiin seurauksiin. Työntekijät eivät vain reagoisi enää työoloihin, vaan itse muokkaisivat sitä, miten ja mitä he tekevät, kenen kanssa sekä sitä, millä tavoin he ovat vuorovaikutuksessa muiden kanssa työyhteisössä. (Hakanen 2009, 17.)

Laadun parantamiseksi tutkimuksessa nähtiin myös pienemmät hoitoyksiköt, joissa vanhuksiin pystyttäisiin keskittymään entistä yksilöllisemmin. Vanhuksilla pitäisi olla mahdollisuus osallistua enemmän arjen puuhiin, esimerkiksi ruoanlaittoon. Jotta normaalin elämän jatkaminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen voisi jatkua, vaikka ikääntynyt on joutunut laitoshoitoon, olisi syytä keskittyä yksinkertaisiin asioihin.

Pienissä työyhteisöissä voi olla helpompaa ryhmäytyä ja jakaa omaa osaamistaan. Toimintaa kehiteltäessä tulisi kuitenkin muistaa, että kehityksen pitäisi olla mahdollista myös suuremmassa mittakaavassa. Kun kehittyminen ja ryhmäytyminen tapahtuvat esimerkiksi osastojenkin välillä, olisi helpompaa lähteä ryhmäytymään ja jakamaan osaamista myös toisten organisaatioiden ja maiden välillä.

7.2.2 Sairaanhoidajien tehtäväkuva

Sairaanhoidajien tehtäväkuvien muutoksiin suhtauduttiin tällä osastolla kielteisesti. Myös sairaanhoidajat haluavat jatkossa tehdä perushoitoa. Vaikka Näslih-Ylispangar (2005, 153) mainitsee vanhustyön kehittämisen edellytyksiksi vastuun siirtämisen organisaation sisällä, haastatellut sairaanhoidajat eivät ole valmiita luopumaan mistään tehtävistään. He voisivat ottaa lisätehtäviä lääkäreiltä. Pitkänen ym. (2009, 253) toteavat, että sairaanhoidajan tehtävien laajentumista ei ajatella raskaaksi, sillä vastuu ja itseohjautuvuus lisäävät työn merkityksellisyyttä.

Moni sairaanhoidajista totesi, että heillä saisi olla enemmän aikaa sairaanhoidollisiin tehtäviin. Sairaanhoidajien mukaan ajan puute voi nostaa virheiden mahdollisuuksia. He potevat myös huonoa omaatuntoa, kun lääkeasioita hoitaessa pitäisi olla mukana myös perushoidossa. Yhtäjaksoista aikaa, jolloin olisi aikaa keskittyä tarpeeksi, ei tunnu löytyvän mistään välistä. Lähihoitajien ja sairaanhoidajien ero on hyvin kapea pitkäaikaispuolella. Sitä ei välttämättä edes huomata ennen kuin sairaanhoidaja menee jakamaan lääkkeitä. Huonon omatunnon kokeminen omista pakollisista työtehtävistä on kuormittavaa, eikä sitä saisi tuntea kukaan. Jokaisen työtehtävien ymmärtäminen ja jokaisen henkilön työtyyliin ymmärtäminen vaatii ammattitaitoa. Toinen voi nähdä vanhukselle

järjestetyn virikehetken ajan tuhlaamisena, mutta toiselle se on olennainen osa hoitoa.

7.2.3 Sairaanhoidajaopiskelijoiden motivointi

Tässä tutkimuksessa todettiin, että vaikka paikkoja olisikin pitkäaikaispuolella tarjolla, nuoret sairaanhoitajat eivät näe ikääntyneiden hoitotyötä niin ”hohdokkaana” kuin miltä työ näyttää akuuttipuolella. Sairaanhoidajaopiskelijoiden todettiin rinnastavan vanhustenhoitoa ambulanssityöhön, jonka rinnalla vanhustenhoito näyttää todella rauhalliselta. Sairaanhoidajien mukaan suurin osa opiskelijoista haluaa akuuttipuolelle heti valmistuttuaan ja vasta myöhemmin kiinnostuvat vanhustenhoidosta. Myös Pitkänen (2009, 261) totesi, että sairaanhoitajien on havaittu hakevan pitkäaikaissairaanhoidon vain välivaiheena ennen siirtymistä muunlaiseen työhön. Nuorten motivointiin esitettiin haastatteluissa esimerkiksi palkankorotusta ikääntyneiden hoitotyön piirissä. Se motivoisi niin nuoria kuin jo virassakin olevia sairaanhoitajia.

Työyhteisön positiivisuudella ja opiskelijoiden hyvällä vastaanottamisella harjoitteluihin oli suuri merkitys opiskelijoiden mielikuvien syntyyn tutkimuksessa. Tutkimuksen aineistossa usea sairaanhoitaja totesi, että työyhteisöllä ja sillä, kuinka he itse ovat motivoituneet vanhustyöhön, on merkitystä myös opiskelijalle. Kun työ näyttää mukavalta ja hoitajat viihtyvät työssään myös opiskelijan kynnys työllistyä pitkäaikaispuolelle madaltuu. Tiikkainen (2009, 232) toteaa, että oppimisympäristö ja ohjaaja ovat avainasemassa positiivisen mielikuvan luomisessa gerontologisesta hoitotyöstä ja sen kiinnostavuudesta. Työpaikan ilmapiiri, työfilosofia sekä vuorovaikutussuhteet voivat estää opiskelijan oppimista ja myönteisen kuvan saamista (Tiikkainen 2009, 232).

Sairaanhoitajat mainitsivat, että sairaanhoidajaopiskelijat tulevat liian aikaisin pitkäaikaispuolelle harjoitteluun, jolloin opittavana ovat vain perustaidot. Hoito ei kuitenkaan rajoitu vain siihen. Ikääntyneiden hoitotyössä voi myöhemmässä vaiheessa soveltaa muualta saatua erikoisosaamista ja tietoa. Alkuvaiheessa ei osata vielä nähdä vanhustenhoitoa sairaanhoidolliselta kannalta. Näslindh-

Ylispangar (2005, 157) toteaa, että sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijat ovat soveltuvia vanhustyöhön, mutta heitä ei saisi sijoittaa sinne liian aikaisessa vaiheessa. Opiskelijoiden tulisi olla henkisesti riittävän kokeneita kohtaamaan vanhempia potilaita (Näslindh-Ylispangar 2005, 157). Opiskelijoiden tulisi saada ensin kokemuksia terveistä ja myöhemmin sairaista ikääntyneistä (Hirvonen ym. 2004, 235-242). Sairaanhoidajat ehdottivat myös, että jos harjoittelua ei pystytä siirtämään myöhemmäksi, opiskelijoita olisi hyvä muistutella, että syventävän jakson tekeminen pitkäaikaispuolella on vartenotettava vaihtoehto. Sairaanhoidajien koulutusohjelma alkaa tällä hetkellä ikääntyneiden hoitotyöstä ja päättyy parhaimmillaan teho-osastolle, jossa vaaditaan täysin erilaista osaamista. Opiskelijoita ohjataan koko koulutuksen ajan siirtymään aina vaativimpiin tehtäviin, mikä toisaalta tukee oman osaamisen kehittymistä. Tämäkin osoittaa, ettei ikääntyneiden hoitotyötä nähdä samanarvoisena, vaikka se on yksi erikoisosaamisalueensa. Opiskelijoiden ymmärrys paransi vanhustyöstä, jos he palaisivat opintojen eri vaiheessa syventämään omaa teoreettista ja käytännön osaamista vanhusten pariin (Näslindh-Ylispangar 2005, 156).

Peiponen (2009, 311) toteaa hoitotyöhön tarvittavan lisää koulutettua ja ammattitaitoista henkilökuntaa vastaamaan ikääntyneiden palvelutarpeeseen. Samanaikaisesti kun palveluiden tarve kasvaa ja työ käy yhä vaativammaksi, on nuoria entistä vaikeampi saada alalle (Haapakorpi & Haapola 2008, 11; Voutilainen ym. 2009, 12-13). Vanhustenhoidon imagon nosto olisi syytä aloittaa jo nyt, etteivät ongelmat pääse kasautumaan. Vanhustenhoidon imagon uudelleenrakentaminen johtaisi positiivisten mielikuvien syntymiseen niin opiskelijoiden kuin yhteiskunnankin silmissä. Hoitajat tietävät, miten työtä tulisi kehittää ja miten työstä saataisiin tehokkaampaa ja laadukkaampaa. Miksei tätä voimavaraa käytetä enemmän? On turha miettiä palvelun tehokkuutta, sillä se ei takaa laatua. Tehokkuutta voidaan parantaa hyvällä johtamisella ja resurssien jakamisella paremmin. (Björkgren ym. 2001.)

7.3 Kuormittavat tekijät gerontologisessa hoitotyössä

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoidajat pohtivat haastatteluissa myös tulevaisuutta, jossa kuormittavana tekijänä nähtiin ikääntyneiden määrän nousu.

Hoitajat arvelivat, että vaikka potilaita tulee lisää, motivoituneita hoitajia ei riitä vastaamaan suureen hoidon tarpeeseen.

Pitkänen ym. (2009, 245) totesivat fyysisesti raskaimmiksi pitkäaikaisosastot, jotka vaativat potilaiden nostoa. Työn raskautta lisää kiire ja osastojen asiakasmäärät (Pitkäinen ym. 2009, 245). Kuormittavaksi tekijöiksi asiakasmäärän liiallisuutta ei tässä tutkimuksessa mainittu, kiirekin vain muutaman kerran. Kiirettä hoitajat eivät tunteneet päivittäin, vain ajoittain.

Vaikeat nostoasennot nähtiin kuormittaviksi, mutta apuvälineitäkin todettiin osastolla olevan riittävästi. Työn kuormittavaksi tekijäksi nähtiin sen fyysinen- ja ajoittainen henkinen raskaus. Hoitajat olivat huolissaan muiden ja itsensä tuki- ja liikuntaelinsairauksista. Sairaanhoidajien huoli on oikea, sillä on havaittu, että pitkäaikaisosastoilla työskentelevillä on enemmän tuki- ja liikuntaelinoireita, väsymystä sekä alentunutta työkykyä verrattuna muihin terveydenhuollon työntekijöihin (Mäkitalo & Launis 2007, 73-74). Sairaanhoidajilta kumpusi ehdotus, että heille annettaisiin työajasta aikaa oman fyysisen kunnan ylläpitämiseen. Se motivoisi heitä niin pysymään työssä, kuin pitämään huolta kunnostaan. Todettiin, että fyysisesti huonokuntoinen hoitaja ei välttämättä selviä koko päivän työmäärästä. Ainakaan kotiin päästyään heillä ei ole lainkaan energiaa vapaa-ajan viettämiseen.

Tutkimuksessa havaittiin kuormittaviksi tekijöiksi myös fyysinen väkivalta ja käytöshäiriöiset potilaat. Uhka- ja vaaratilanteissa hoitajat käyvät tilanteita keskenään läpi, sillä ulkopuolista työnhajausta ei ole. Moni kokeekin työn henkisesti raskaaksi. Vanhainkotiasukkaiden huonon ennusteen, toimintakyvyn laskun ja vastustelun hillitseminen ja toiminnan häiriintymisen on todettu muissakin tutkimuksissa kuormittavan hoitajia (Mäkitalo & Launis 2007, 73-74). Sairaanhoidajista osa kuitenkin totesi, että fyysisyys ja kuormittavat tilanteet kuuluvat työhön ja tilanteiden ratkaiseminen testaa hoitajan ammattitaitoa. Aineiston mukaan ammattitaitoinen hoitaja käyttää ongelmanratkaisutaitoja sekä osaamistaan esimerkiksi käytöshäiriöisen potilaan käsittelyssä. Työhyvinvoinnin fyysisen puolen ohella myös työn hallinta ja ammattitaito synnyttävät työn ilon ja innostuksen tunnetta (Manka ym. 2010, 7). Osa hoitajista totesi, että lisäkoulutus ikääntyneiden hoitotyöstä olisi tarpeellista. Vain vähän aikaa työskennelleet

hoitajat voivat olla neuvottomia käytöshäiriöisen potilaan edessä. Kuomittavuutta ja ristiriitoja työyhteisössä voi aiheuttaa epävarmuus tai epätietoisuus siitä, kuinka toimia intiimeissä tilanteissa tai vaativien asiakkaiden kanssa (Työterveyslaitos 2011a; Peiponen 2009, 300).

Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mukaan väsyneisyys ja kuormittuneisuus näkyvät negatiivisesti potilastyössä ja yleisessä kanssakäymisessä. Väsymyksen on todettu huonontavan hoitotyön laatua ja laadun sisältöä, esimerkiksi potilaan omatoimisuuden säilyttämistä (Finne-Soveri 2010, 77; Medina ym. 2005, 357-358). Vuorotyö nähtiin myös kuormittavana tekijänä tämän tutkimuksen perusteella. Vuoden 2005 työolobarometrissa todettiin myös, että kiinnostus vuorotyötä kohtaan on laskenut (Pitkänen 2009, 240). Työstä palautumisella on merkitystä työn imua arvioitaessa (Hakanen 2009, 14). Sairaanhoitajat tällä osastolla kuitenkin totesivat, että jokainen, joka tälle alalle on lähtenyt, tietää mitä on vastassa.

Hoitajien aloitekyvyttömyys ja kehittämishaluttomuus todettiin tutkimuksessa myös kuormittavaksi tekijäksi. Hoitajat mainitsivat välillä havainneensa hoitajien kyllästymisen työhönsä, mikä vaikuttaa negatiivisesti työyhteisöön. Kyllästymisen tunteet koettiin myös koko pitkäaikaispuolen ongelmana. Medina ym. (2005, 12) toteavat, että vanhusten parissa työskentelevät hoitajat voivat kokea ajoittain, että heidän työnsä on vain syöttämistä, pukemista ja pesemistä. Jos työ nähdäänkin yksinkertaisena ja haasteettomana, se osoittaa, ettei ymmärrystä siitä, mitä tietoa ja taitoa tarvitaan nykypäivänä vaatimukset täyttävään vanhustenhoitoon ole (Medina ym. 2005, 12). Sairaanhoitajat itse totesivat haastatteluissa yhden gerontologisen hoitotyön edellytyksistä olevan ymmärrys siitä, ettei vanhustenhoidossa keskitytä samanlaisiin asioihin kuin akuuttipuolella. Myös Englannissa tehdyn tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat välillä työnsä vain suorittamiseksi. Jos henkilökuntaa oli osastolla liian vähän, aikaa ei jäänyt muuhun kuin välttämättömien asioiden hoitoon. Pelkkä työn suorittaminen kuormitti hoitajia niin psyykkisesti kuin fyysisestikin. (Smyer & Qualls 1999, 238.) Tämän tutkimuksen perusteella suorittamisen tunteminen kuormittaa sekä itse hoitajaa että koko työyhteisöä. Kehittämishaluttomuus kuormittaa myös osastojen tiimihenkeä ja jos joku on kiinnostunut kehittämään toimintaa, on vaikea lähteä yksin viemään asioita eteenpäin negatiivisessa ilmapiirissä.

Sairaanhoitajien ammattiosaamiseen kuuluu kehitys- ja vaikutusosaaminen. Jos kehittymishaluttomuutta esiintyy, voidaan pohtia, onko yksi ammattiosaamisalue unohdettu? Sairaanhoitajat ovat hyvinkin motivoituneita lähtemään työelämään valmistuttuaan. Sairaanhoitajan ammattivelvollisuuksiin kuuluvat oman osaamisen ja työtapojen kehittäminen. Pitäisikö tätä painottaa vielä enemmän? Sairaanhoitaja voi itse vaikuttaa siihen, kuinka toimia potilastyössä. Omalla toiminnalla voi saada aikaan myönteisiä vaikutuksia suuremmissakin mittakaavassa.

Sosiaali- ja terveysalalla koetaan paljon positiivisia tunteita, mutta myös negatiivisia tunteita kuten riittämättömyyttä. Negatiiviset tunteet altistavat kyynisyydelle ja tunnetason uupumukselle. (Työterveyslaitos 2011b.) Vuonna 2005 työolobarometrissa on havaittu samanlaisia tuloksia. Kolmannes sairaanhoitajista totesi tuolloin, ettei heillä jäänyt sairaanhoidollisille asioille tarpeeksi aikaa vuoteiden petaamisen, syöttämisen ja ruoanjakelun jälkeen. (Pitkänen ym. 2009, 246-247.) Myös Agge (2008) on todennut että kiireen ja raskaan työn lisäksi sairaanhoitajat kärsivät myös siitä, etteivät ehdi tehdä työtään niin hyvin kuin haluaisivat tehdä. Kun sairaanhoitajat tuntevat, että he tekevät työtään hyvin ja laadukaasti, se on palkitsevaa.

Hoitotyön uudistamisen ehdotukseksi on Aggen (2008) mukaan kaavailtu sairaanhoitajan työnkuvasta poissiirotettäväksi kaikki sellaiset työt, joihin ei vaadita koulutusta. Tässä tutkimuksessa asiaan suhtauduttiin kielteisesti. Jos tulevaisuudessa tarkastellaan resurssien riittävyyttä, tämän tutkimuksen perusteella sairaanhoitajan tehtävän kuvaan voisi lisätä tehtäviä, ei vähentää niitä. He eivät halua olla perushoidosta pois, mutta haluavat kuitenkin lisää aikaa sairaanhoidollisille tehtäville. Muiden kuin ammattihenkilöiden tuominen osastoille hoitotehtäviin nähdään haastavana asiana. Se toisi lisää aikaa sairaanhoidollisille tehtäville, mutta työskenteleminen kouluttamattoman henkilön kanssa on kuormittavaa. Jos osastoille päädytään tuomaan kouluttamattomia henkilöitä, heillä tulisi olla pienimuotoinen koulutus avustaviin tehtäviin. He eivät osallistuisi ollenkaan hoitotehtäviin. Tutkimukset osoittavat, että henkilöstömitoitusten sekä hoidonlaadun välillä on yhteyksiä. Henkilöstön ammattitaidolla on suurempi vaikutus hoidon laatuun kuin henkilöstömäärällä.

Laadun osoitettiin kärsivän, mikäli sairaanhoitajia oli vähän. (Finne-Soveri 2010, 77; Medina ym. 2005, 357-358.)

Gerontologisen hoitotyön keskeisiä asioita työssä viihtymisen kannalta ovat työhyvinvointi, resurssit ja palkitseminen. Palkitseminen voi tarkoittaa henkilöstöetuuksia, tulospalkkiota, työajan järjestelyä, työsuhteen pysyvyyttä sekä uralla etenemisen mahdollisuutta. (Peiponen 2009, 299-302.) Gerontologisen hoitotyön vetovoimaisuuden lisäämisessä ja vanhustenhoidon imagon nostamisessa tulevaisuudessa on paljon tekemistä. Motivoivia, positiivisia asioita työssä tulisi vaalia ja kuormittavia tekijöitä poistaa sairaanhoitajien työnkuvasta. Uralla etenemisen mahdollisuudet voivat olla tulevaisuudessa työtehtävien lisääntyminen osaamisen kehittyessä, sekä muut henkilökohtaiset palkkiot, jotka houkuttelisivat ihmisiä vanhustyöhön. Jos motivaatiota ei ole, ei tietoa ja taitoakaan käytetä niin kuin pitäisi. Motivaatio saa hoitajan yrittämään aina paremmin ja toimimaan vanhuksen hyväksi aidosti. Työelämässä tulisi tulevaisuudessa tunnistaa gerontologisen hoitotyön osaamisen tarve ja tukea sairaanhoitajia jatkuvaan oppimiseen ja kehittymiseen. Osaaminen tulisi myös tunnustaa niin, että se näkyisi palkkauksessa ja työtehtävissä. (Tiikkainen & Teeri 2009.) Sairaanhoitajat ovat tämän tutkimuksen mukaan samaa mieltä ja palkkauksen nostaminen voisi motivoida myös nuoria alalle. Työtä ei saisi nähdä vain ”paikkana jonne mennään kun mihinkään muualle ei pääse”. Sairaanhoitajia voisi kannustaa esimerkiksi palkkalisä hyvästä hoidosta ja muu tunnustus laadukkaasta hoitotyöstä.

8 POHDINTA

Tulokset olivat hyvinkin yhtenäisiä tietoperustan kanssa ja asiat linkittyivät toisiinsa haastatteluiden aikana. Kaikki tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat arvostivat vanhuutta ja vanhenemista ja näkivät oman työnsä merkityksellisenä. Median kuvattiin antavan väärän kuvan heidän työstään. Sairaanhoitajat tunnistivat oman asiantuntijuutensa. Aineiston mukaan tiedon lisääntyessä ja siihen panostamalla koulutusten avulla pystyisimme hoitamaan ikääntyneitä entistä paremmin ja vastaamaan terveystalouden lisääntyneeseen kysyntään. Kun tietoa ja osaamista on, voimme tarjota neuvoja ja ohjausta sairauksien ilmetessä samalla lisäten terveitä ja toiminnallisia elinvuosia.

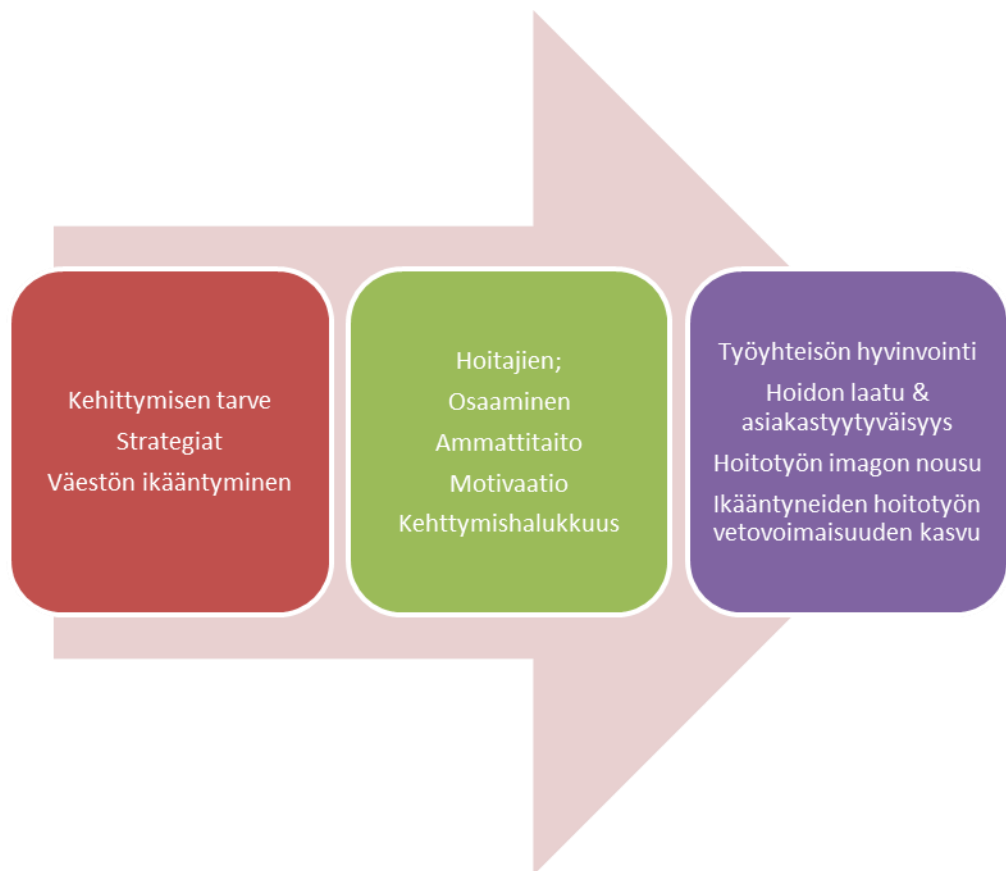
Työyhteisöillä on suuri merkitys motivaation kannalta ja ammattitaitoa kartuttaessa. Kun työyhteisö on rakennettu asiantuntevaksi, kannustavaksi ja työtehtävät on valittu niin, että kaikki hyötyvät muiden osaamisesta ja ammattitaidosta, työuria on helpompi pidentää tulevaisuudessa. Jotta palveluiden laatu säilyisi yhtä hyvänä tulevaisuudessakin, sairaanhoitajien ammattitaitoa tulisi käyttää enemmän hyväksi. Hoitajille tulisi luoda oppiva ja hyvinvoinva työyhteisö, jossa töitä on hyvä tehdä.

Asiantuntemus ja oma motivaatio vaikuttavat hoidon laatuun ja siihen, kuinka potilaat ja omaiset kokevat palvelun laadun. Kun mielikuvat ovat huonoja, palvelukin mielletään helposti huonoksi. Hoitotyön huono laatu kuormittaa hoitajia, sillä jokainen haluaa tehdä työnsä hyvin ja ammattitaidolla. Hoitajien voimavaroja tulisi vaalia ja käyttää niitä voimavaroina kohti tehokasta hoitotyötä. Tiedonjanoa ja oppimista tulisi tukea sekä työn palkitsevuuden ja kuormittavuuden olla tasapainossa.

Tulevaisuus, joka tällä hetkellä näyttää kieltämättä uhkaavalta gerontologista asiantuntevaa hoitotyötä ajatellen, on käännekohdassa. On keksittävä keinoja, joilla palvelun hyvä laatu saadaan säilytettyä ja lisäksi mietittävä muitakin asioita, kuten palvelun tehokkuutta ja kustannuksia. Sairaanhoitajilla on valtava määrä spesifistä osaamista, jota ehdottomasti tulisi hyödyntää tulevaisuudessa. Osaaminen voidaan palkita työtehtävien vastuullisuutta kasvattamalla, palkassa näkyvänä proviisiona tai esimerkiksi lisääntyvällä vapaa-ajalla. On tärkeää miettiä, miten saamme jo nyt

vanhustyön kentällä olevat hoitajat pysymään työssään ja opettamaan tulevia sukupolvia yhtä osaaviksi ammattilaisiksi. Gerontologisesta hoitotyöstä on kirjoitettu paljon, mutta vain lukemalla kirjallisuutta kokemukseräistä tietoa ei saa. Kentällä toimivat ammattilaiset ovat ne, jotka tietävät ja osaavat työnsä. Heillä on ideoita sairaanhoidollisen työn kehittämiseen ja asiakkaiden palvelun laadun parantamiseen. Hoidon laatu ei kuitenkaan ole sama asia kuin potilaan elämänlaatu. Sairaanhoitajat ovat yhteiskunnan suurin voimavara kehiteltäessä hoitotyötä ja omaa tulevaisuuttamme niin hoitajina, kuin tulevina potilainakin.

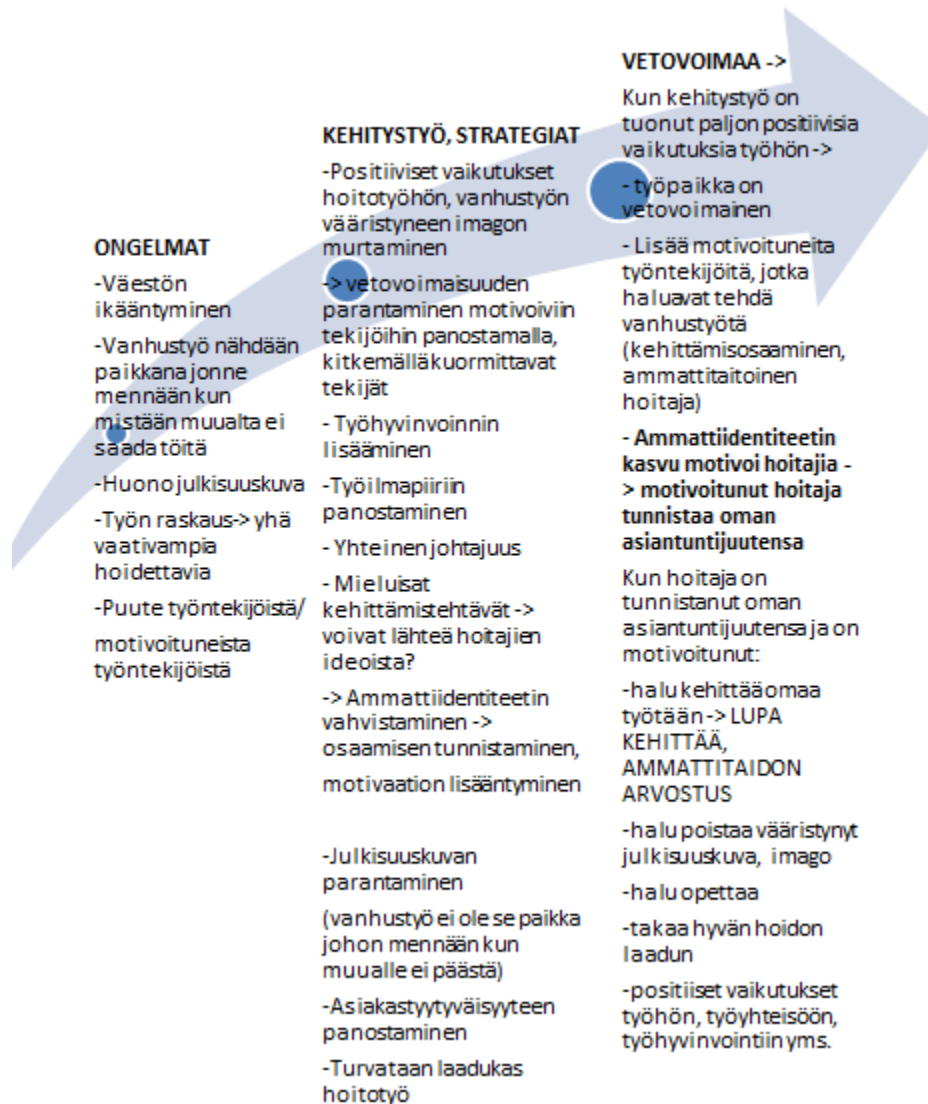
Tutkija on laatinut miellekartan tulosten ja johtopäätöksiensä havainnollistamiseksi.



Kuvio 1.

Kuviossa vasemmalla nähdään väestön ikääntyminen, joka johtaa toimenpiteisiin jotta pystyisimme vastaamaan kasvavaan palvelutarpeeseen. Suomessa vallitsee siis kehittymisen tarve, jota tuetaan strategioin. Keskimmaisessä sarakkeessa on tutkijan esittämiä toimenpiteitä kohti vetovoimaisempaa vanhustyötä. Hoitajien ammattitaidolla, osaamisella ja kehittymishalukkuudella on suuri voima. Kun

hoitaja on motivoitunut, hän haluaa kehittää omaa alaansa. Oikella on esitetty hypoteesin omaisesti mitä tapahtuisi jos kehitystyö olisi mennyt niin kuin se on suunniteltu. Työyhteisö voi hyvin, työ on hyvää, laadukasta ja riittävää. Vanhustyön imago on noussut ja alasta on tullut vetovoimaisempi.



Kuvio 2.

Toisessa kuviossa näemme erilaisen miellekartan tutkimustuloksista. Ongelmina nähdään väestön ikääntyminen ja vanhustyön olevan työpaikka, jonne mennään kun mistään muualta ei työtä saada. Vanhustyöllä koetaan olevan myös huono julkisuuskuva mistä voi johtua myös puute työntekijöistä. Työ on yhä fyysisesti raskaampaa hoitotyön kohdistuessa yhä huonokuntoisemmille vanhuksille.

Jotta Gerontologinen hoitotyö nähtäisiin vetovoimaisena ja motivoivana työpaikkana, on kehitystyötä tehtävä. Kehitystyöllä saamme aikaan positiivisia vaikutuksia ja voimme mahdollisesti murtaa vääristyneen vanhustyön imagon ja julkisuuskuvan. Vetovoimaisuutta parannamme panostamalla työntekijöitä motivoiviin tekijöihin ja kitkemällä hoitotyön kuormittavia tekijöitä. Kehitystyön tarkoituksena olisi myös työhyvinvoinnin lisääminen, työilmapiirin panostaminen, yhteinen johtajuus ja mieluisien kehitystehtävien tuominen hoitotyöntekijöille. Myös asiakastyytyväisyyteen panostaminen ja laadukkaan hoitotyön turvaaminen kuuluvat kehitystyöhön. Kun sairaanhoitajien ammatti-identiteettiä vahvistetaan se lisää osaamisen tunnistamista ja motivaation karttumista.

Kun kehitystyö ja strategiat ovat tuoneet positiivisia vaikutuksia työhön ja työyhteisöihin työpaikan oletetaan tuolloin olevan vetovoimaisempi. Siellä työskentelee onnistuneen kehitystyön ansiosta motivoituneita hoitajia jotka haluavat tehdä työtään ja kehittää omaa alaansa. Ammatti-identiteetin kasvu on motivoinut hoitajia, joka saa aikaan oman asiantuntijuuden tunnistamisen. Kun hoitaja on tunnistanut oman asiantuntijuutensa ja on motivoitunut hän halua kehittää alaa ja hänellä on lupa siihen. Hänellä on halua poistaa vääristynyt julkisuuskuva ja parantaa vanhustyön imagoa. Motivoituneella hoitajalla on halua opettaa ja hän takaa hyvän hoidon laadun. Motivoituneella ja oman asiantuntijuutensa tunnistaneella hoitajalla on positiivisia vaikutuksia koko työyhteisöön, muiden työhyvinvointiin ja itse työhön.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tässä tutkimuksessa on käytetty tarkoituksenmukaisia lähteitä ja tutkija on ollut lähdekriittinen etsiessään materiaalia tietoperustaan. Vain pieni osa lähdemateriaalista on hieman yli kymmenen vuotta vanhempaa. Tutkija ei katso lähdemateriaalin, joka on yli kymmenen vuotta vanhaa, sisällöllisesti muuttuneen vuosien saatossa. Tässä tutkimuksessa ei ole käytetty ammattikorkeakoulutasoisia opinnäytetöitä. Tiedonhakua suoritettiin Googlen ja Nelli-portaalin avulla sekä Medic ja Linda- tietokannoista. Kirjastosta lainattiin myös aiheeseen kuuluvia ja sivuuttavia artikkeleita ja kirjoja. Tiedonhakua tehtiin suomenkielellä ja

englanniksi. Käytettyjä hakusanoja olivat esimerkiksi gerontologinen hoitotyö, vanhusten hoito, ikääntyminen, motivaatio, kuormittavat tekijät työssä, työn laatu, geriatric, geriatric nursing, nursing ja elderly.

Tutkimusaineistoa on tarkasteltu objektiivisesti. Kananen (2008, 121) toteaa, että tutkijan ennakkoluulot, arvot ja uskomukset vaikuttavat aineistolähtöisessä tutkimuksessa. Objektiivisuus tutkimusmateriaalia kohtaan syntyy, kun subjektiivius tiedostetaan (Kananen 2008, 121).

Teema-alueet oli ilmoitettu informanteille etukäteen saatekirjeessä (LIITE 3), jolloin he olivat pystyneet valmistautumaan ja miettimään asioita etukäteen. Tutkijan kysymykset oli muodostettu selkeiksi. Tutkijan kysymykset olivat valmiita jo opinnäytetyön suunnitelmaseminaarissa, jolloin ohjaaja ja opponentit pystyivät antamaan kehitysehdotuksensa teema-aiheisiin ja niistä johdettuihin kysymyksiin (LIITE 2). Suunnitelmaseminaarin jälkeen tutkijan kysymyksiä muokattiin tiiviimmiksi ja selkeämmiksi palautteiden avulla.

Laadullisen tutkimuksen arviointi koostuu koko tutkimusprosessista. Tavoite on, että tutkimuksessa pystytään tuomaan ihmisten todellinen, eletty kokemus esille. (Eskola & Suoranta 1998, 211.) Tässä tutkimuksessa on käytetty avoimia kysymyksiä. Informantteja ei ole johdateltu vastaamaan mitenkään. Aineiston ja tulosten kuvaus on yksi luotettavuuskysymys. Luotettavuus edellyttää tutkijalta analyysin kuvaamista riittävän tarkasti. Taulukot ja liitteet lisäävät luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Analyysivaihetta on kuvattu liitteissä 4 ja 5. Liitteessä 5 tutkija on havainnollistanut lukijalle kuinka johtopäätös on muodostettu suorasta lainauksesta. Aineiston analyysistä ja teemahaastattelusta on kirjoitettu myös osioon ”Tutkimuksen toteutus”.

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista informanteista on työskennellyt ikääntyneiden parissa useita vuosia ja näin voidaan todeta heillä olevan tietoa ja kokemusta gerontologisesta hoitotyöstä. Vain pienellä osalla tutkimuksen informanteista oli vain vähäistä kokemusta ikääntyneiden hoidosta. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 182) mukaan aineistoa voidaan pitää riittävänä kun se alkaa toistaa itseään. Tämän tutkimuksen aineistoa voitiin pitää riittävänä, koska samat asiat alkoivat kertaantua haastatteluissa. Tutkija päätti kuitenkin

aineiston monipuolisuuden, luotettavuuden ja mielenkiinnon vuoksi jatkaa haastatteluja.

Tutkimuksen teoriaosuuteen tutustuminen ja sen kirjoittaminen ennen tutkimuksellisen osuuden suorittamista paransi haastatteluiden laatua. Tutkijalla oli ajankohtaista tietoa asiasta ja luetut asiat palasivat haastatteluissa mieleen. Teemahaastattelurunko toimi tutkijan kysymysten johdattelijana. Haastatteluiden aikana kysymysten järjestys muuttui ja välillä haastateltava kävi läpi yhden vastauksen aikana kaikki teemaan kuuluvat kysymykset. Tutkija sopeutui hyvin haastattelijan rooliin ja keskustelut olivat luontevia ja rentoja. Ensimmäiset haastattelut olivat hyvinkin samanlaisia, mutta aiheen eläessä ja tiedon jo toistaessa itseään tutkijalle tuli mahdollisuus todentaa syntyneitä hypoteeseja informanteilta. Tutkija piti haastatteluiden aikana huolta, että kaikki teemahaastattelurungossa olevat teemat käytiin läpi. Hän ei tehnyt muistiinpanoja haastatteluiden aikana, jotta haastattelutilanteesta syntyisi luontevampi. Tutkijan oli helpompi kuunnella haastateltavia, kun ei keskittynyt kirjoittamiseen. Vaikka tutkija on itse kiinnostunut gerontologisesta hoitotyöstä, hän ei kuitenkaan tuonut omia kertomuksia esille haastattelutilanteissa. Haastatteluiden aikana tutkija pysyi puolueettomana.

Tutkimusanalyysi on tehty tutkimusetiikan, teorian ja objektiivisuuden mukaisesti. Ihmistieteitä koskevat tutkimusten eettiset periaatteet, kuten tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen, yksityisyys ja tietosuoja on otettu huomioon tässä tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja vastaukset ovat käsitelty luottamuksellisesti. Sitaattien muuttaminen yleiskieliseksi kunnioittaa niin yksityisyyttäkin kuin välttää vahingoittamiselta. Aineistoa litteroidessa tutkija käytti myös haastateltavien kohdalla numeroita. Haastateltavien numeroiden esittäminen sitaateissa olisi tuonut varmuuden, että kaikkien haastateltavien vastauksia on analysoitu, mutta siihen ei päädytty. Kun haastateltavien numerot on jätetty pois, se lisää toisaalta myös tunnistamattomuutta. Missään vaiheessa tutkimuksessa ja materiaalissa ei mainittu kenenkään nimeä, työpaikkaa tai työkokemusta. Analyysivaiheessa tutkijan pysyi puolueettomana ja aineistoa on käsitelty objektiivisesti. Kenenkään haastattelua ei ole jätetty analyysistä pois.

Litteroitu materiaali ja nauhoitukset hävitettiin aineiston analyysin jälkeen luottamuksellisesti tutkijan johdosta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011.)

Kanasen (2008, 125) mukaan laadullisessa tutkimuksessa eivät yleiset luotettavuuskriteerit, reliabiliteetti ja validiteetti, toimi. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereiksi esitetään; luotettavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta. (Kananen 2008, 125.) Laadullisen tutkimuksen arviointi kohdistuu koko tutkimusprosessiin eli tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analyysiin sekä tutkimuksen raportointiin. Tavoite on, että tutkimuksessa tuodaan esille todellinen, vääristelemätön kokemus asiasta. (Eskola & Suoranta 1998, 211.) Tutkimusaineisto nauhoitettiin vain tutkijan käyttöön. Tutkijan avoimet kysymykset antoivat tutkittaville mahdollisuuden vastata avoimesti ja spontaanisti kysymyksiin. Tutkimuksesta saatu materiaali on vääristelemätön litteroitu kokonaisuus ja kaikkien haastateltavien tuottama materiaali on analysoitu. Myös litteroitu materiaali pidettiin asiaankuulumattomilta salassa. Tutkija oli perehtynyt aineiston analyysiin ja analyysimenetelmiin hyvin ennen varsinaista tutkimuksen analyysivaihetta, jolloin analyysi tapahtui teoriaan pohjaten. Analyysivaiheesta tutkija on kirjoittanut tarkan ja kuvailevan tapahtumasarjan. Tutkimuksen tulosten raportointi on tehty huolellisesti sekä päätuloksien tiivistelmä (LIITE 4) on koottu tulosten hahmottamista varten. Tutkija on myös havainnollistanut johtopäätösten syntymistä (LIITE 5) lukijalle.

Tutkimuksen johtopäätökset perustuivat koko aineistoon. Laadullisella tutkimuksella ei pyritä yleistykseen ja tämän tutkimuksen tulokset ovat yleistettävissä vain tähän tutkimukseen. Aikaisemmista tutkimuksista ja haastatteluista löytyi kuitenkin tämän tutkimuksen kanssa yhtäläisyyksiä.

8.2 Tutkimuksen etiikka

Tieteellisen tutkimuksen eettisen luotettavuuden sekä hyväksyttävyyden ja tulosten uskottavuuden edellytys on, että tutkimus on tuotettu tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkija on noudattanut tässä tutkimuksessa tiedeyhteisön toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta. (Hyvä tieteellinen käytäntö – ohje 2002.) Tutkimus noudattaa myös Lahden

ammattikorkeakoulun tutkimusohjeita. Tutkimuslupa hankittiin Lahden kaupungilta tammikuussa 2013.

Ennen haastatteluja sairaanhoitajille oli kerrottu niin saatekirjeessä kuin vielä haastatteluiden alussa tutkimuksen olevan vapaaehtoinen. Heiltä saatiin suullinen, vapaaehtoinen suostumus. He olivat tietoisia, mitä opinnäytetyö koskee ja minne haastattelun materiaali päätyy ja miten. Toivon tutkijana, että haastatteluihin osallistuminen oli sairaanhoitajille myönteinen kokemus, josta he itse pystyivät myös oppimaan. Eettisesti arvioiden tutkimus ei ollut ongelmallinen. Vaitiolo-oikeuksia ja – velvollisuuksia noudatettiin. Opinnäytetyön haastatteluissa ja tiedonhankinnassa on noudatettu Suomen lainsäädäntöä sekä alan eettistä normistoa. Kun kyseessä on vapaamuodollisempi tiedonhankintatapa tutkijan ja informantin suhde on epämuodollisempi. Tutkijalle jää moraalinen vastuu tutkimuksen eettisten kysymysten ratkaisemisessa. Tutkijalla on vastuu seurauksista, joita tutkimus voi tutkittavalle aiheuttaa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.)

Kanasen (2008,133) mukaan tutkimustyön eettisiä kysymyksiä voidaan tarkastella sen seurausten kannalta. Tutkimuksilla voi olla vaikutusta yhteiskuntaan ja sen kehittämiseen jo tutkimuksen tieteellisyyskriteerien pohjalta. Tutkijan onkin syytä pohtia pitäisikö tutkijan ottaa huomioon yhteiskunnalliset vaikutukset tutkimuksessaan. Tutkimusaiheen valinnalla on merkitystä tulosten hyödynnettävyydessä tulevaisuudessa. Tutkimustuloksilla yleisesti pyritään yhteiskunnan hyvinvoinnin kehittämiseen. (Kananen 2008, 133-134.) Tämä tutkimus tähtäsi sen tulosten hyödynnettävyyteen tulevaisuudessa, mutta sen laajuus ei valitettavasti riitä yleistettävyyteen. Tämä tutkimus on suuntaa antava. Vain tähän tutkimukseen osallistunut osasto voi suoraan hyötyä tutkimuksesta. Organisaatiolle tutkimus tuotti lisätietoa tulevaisuuden kehittämiseen.

Plagiointi tarkoittaa tekstin luvaton lainaamista. Tekstistä pitää käydä esille, mikä on omaa tekstiä ja mikä toisen omaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 26, 351.) Tämä opinnäytetyö noudattaa Lahden ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeita lähdeviitteiden ja lähdeluettelon ulkoasussa. Tässä opinnäytetyössä on noudatettu annettuja sääntöjä ja ohjeistuksia sekä tekstistä on selvästi eroteltavissa tutkijan

oma ja lainattu teksti. Epätarkka menettely ei täytä luotettavan ja täsmällisen viittaustavan mukaisia vaatimuksia. (Hirsjärvi ym. 2009, 26, 122.)

8.3 Jatkotutkimusaiheet

Osastoille suunniteltuja osaamiskuvauksia voidaan käyttää työyksiköissä apuna mietittäessä, minkälaista osaamista hoitajilta vaaditaan. Opinnäytetyönä voisi olla kirjallisuuden pohjaten esimerkiksi osaamiskuvauksen laatiminen osastolle. Työn imua voidaan mitata, tai se voitaisiin yhdistää myös työuupumuksen kokemuksiin, jolloin saataisiin laaja kuva sairaanhoitajien työhyvinvoinnista ja työoloista. Vanhustyön vetovoimaisuutta voitaisiin myös verrata esimerkiksi akuuttipuolella työskentelevien kokemaan työn vetovoimaan.

Mielenkiintoinen asia, joka tässä tutkimuksessa nousi esille, oli työhön kyllästyminen. Se on mielenkiintoinen ilmiö, joka tämän tutkimuksen mukaan on hyvin yleistä millä tahansa pitkäaikaisosastolla. Jatkotutkimus voisi olla laadullinen tutkimus, jossa tutkittaisiin kyllästymistä työhön; eli mikä kyllästymisen aiheuttaa ja miksi? Opinnäytetyöstä saatua materiaalia voidaan käyttää ikääntyneiden hoitotyöntekijöiden työilmapiirin ja ammatti-identiteetin vahvistamisessa tulevaisuudessa. Osaston tiimihenki ja yhdessä tekeminen voisivat näin voimaantua.

Tutkimuksen tiimoilta pelkän motivaation mittaaminen arkityössä olisi hyvä jatkotutkimusaihe; minkälainen motivaatio hoitajilla on mitään tehtävää kohtaan. Tulosten avulla saadaan tietoa siitä, mitkä työt eivät motivoi hoitajia ja näin jäävät usein muiden hoitajien tehtäviksi. Tuloksissa kävisi myös ilmi mielekkäimmät työt, jonne hoitajat haluaisivat purkaa energiaansa.

Tutkimuksen perusteella työyhteisöllä oli suuri merkitys hoitajien motivaatioon. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tarkastella pelkän työyhteisön vaikutuksia hoitajien motivaatioon ja sitä, kuinka motivaatio vaikuttaa hoidon laatuun, potilaisiin ja omaisten mielipiteisiin hoidosta. Tämänkin tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että tiimityö on ehdottomasti voimavara, jota tulisi vaalia.

Tiimityöllä voidaan saavuttaa monia asioita ja kehittää tulevaisuudessa hoitotyötä entistä paremmaksi.

Suomalaisen yhteiskunnan ja muiden hoitajien ajatukset vanhustenhuollosta ovat erkanavia verrattuna vanhusten parissa työskentelevien sairaanhoitajien ajatuksiin. Olisi mielenkiintoista tutkia tätä asiaa myös heidän puoleltaan. Tutkimus voisi osoittaa, mitkä tekijät ovat niitä, jotka eivät saa muualla työskenteleviä hoitajia tulemaan ikääntyneiden hoitotyöhön ja mitkä taas niitä, jotka kiinnostaisivat ikääntyneiden hoitotyössä. Myös sairaanhoitajan ammatin ulkopuolella suoritettut haastattelut toisivat hyvää kuvausta siitä, millaisena vanhustenhoito nähdään lähipiirissämme.

LÄHTEET

- Agge, E. 2008. Lisää joustoa työelämään. *Sairaanhoitaja-lehti* Vol. 4/2008 [viitattu 10.12.2012]. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/4_08/ajankohtaiskirjoitus/lisaa_joustoa_tyoelamaan/
- Backman, K., Paasivaara, L., Voutilainen, P. & Isola, A. 2002. Hyvän hoitotyön erityispiirteet ikäihmisten hoidossa – gerontologisen hoitotyön haaste. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) 2002. *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun.* Stakes. Oppaita 49. Helsinki: 2002, 70–76.
- Barr, J., Kauffman, T. & Moran, M. 2007. *Geriatric rehabilitation Manual.* Second edition. Churchill Livingstone: Elsevier Ltd.
- Björkgren, M., Häkkinen, U. & Linna, M. 2001. Measuring efficiency of long-term care units in Finland [viitattu 26.2.2013]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11519845>
- Boekhorst, S., Willemse, B., Depla, M., Eefsting, J. & Pot, A. 2008. Working in group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics. *Research Article.* [viitattu 26.2.2013]. Saatavissa: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=2153880&fulltextType=RA&fileId=S1041610208007291>
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen.* 3. Painos. Tampere: Vastapaino.
- Finne-Soveri, H. 2010. Ikääntyneiden pitkäaikaishoito. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) 2010. *Geriatría.* 2. Uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy, 76-86.
- Fry, T. & Johnstone, M. 2009. *Ethics in nursing practice. A guide to ethical decision making.* United Kingdom: Blackwell Publishing, 5-224.

Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveystalalla – esimerkkinä vanhusten kotihoito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja Vol. 35/2008, 5-112 [viitattu 9.12.2012]. Saatavissa:

www.tem.fi/files/21000/TEM35.pdf

Hakanen, J. 2009. Työn imun arviointimenetelmä (Utrecht Work Engagement Scale). Työn imu -menetelmän käyttäminen, validointi ja viitetiedot Suomessa [viitattu 25.3.2013]. Saatavissa:

www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyon_imun_arviointimentelma/Documents/Tyon_imu_arv_men.pdf

Heikkinen, 2008a. Mitä on gerontologia? Tutkimuskohde, tutkimusmenetelmät, teoriamuodostus. Teoksessa Heikkinen, T., Rantanen, T. (toim.) 2008.

Gerontologia. 2. Uudistettu painos. Keuruu: Otava, 16-27.

Heikkinen, R. 2008b. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa Heikkinen, T.,

Rantanen, T. (toim.) 2008. Gerontologia. 2. Uudistettu painos. Keuruu: Otava, 449-457.

Helminen, P. & Karisto, A. 2005. Vanhustyö muuttuvassa hyvinvointivaltiossa.

Teoksessa Noppari, E. & Koistinen, A. (toim.) 2005. Laatua vanhustyöhön. Helsinki: Tammi, 9-18.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Teemahaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 13. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi S., Remes P., & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hirvonen, R., Nuutinen, P., Rissanen, S & Isola, A. 2004. Miksi vanhustyö ei kiinnosta. Sosiaali- ja terveystalalan opiskelijoiden asenteet vanhuksia kohtaan ja

heidän käsityksiään suomalaisesta vanhustyöstä eri koulutuksen vaiheissa. *Hoitotiede* 5/2004, Vol 15. 235- 245.

Hjelm, R. 2004. Hoitotyön johtamisen, koulutuksen ja käytännön kehittämisen vaateet. *Lähimmäisenrakkaus ja välittäminen hoitotyön johtamisen ytimenä.*

Kankare, H. & Hautala-Jylhä, P. & Munnukka, T. (toim.) 2004.

Lähimmäisenrakkauden puolustus – uusvanha näkökulma hoitotyöhön. Helsinki: Edita, 143-173.

Hopeapaperi, Suomen Lääkärilehti. 2009. Vanhenemiseen liittyvät sairaudet: terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyyn, perustutkimuksen ja kliinisten näkökulmien tulevaisuus. *Suomen Lääkärilehti* 44/2009, liite 44, 1-9 [viitattu 5.2.2013]. Saatavissa: www.gernet.fi/artikkelit/hopeapaperi.pdf

Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2009. *Gerontologinen hoitotyö*. 1. painos. Helsinki: WSOY, 42-56.

Ilvonen, K. 2009. Gerontologisen hoitotyön osaaminen ja asiantuntijuus eri rooleissa. Kehittäminen. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2009. *Gerontologinen hoitotyö*. 1. painos. Helsinki: WSOY, 333- 345.

Kananen J. 2008. *Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet.* Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä.* Helsinki: WSOY pro Oy.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M. & Hietanen, H. 2005. *Hoitotyön osaaminen.* Helsinki: WSOY.

Katajamäki, E. 2012. Arvot moniammatilliseen toimintaan oppimisessa. Ranta, I. (toim.) 2012. *Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012.* Porvoo: Bookwell Oy, 25-34.

Konsensuslausuma, Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 2012. Kohti parempaa vanhuutta 2/2012, 2-21 [viitattu 4.2.2013]. Saatavissa:

http://reppu.lamk.fi/pluginfile.php/510330/mod_resource/content/2/Konsensuskokous.pdf

Korhonen, A. 2010. Asiantuntijuus tukee näyttöön perustuvaa päätöksentekoa [viitattu 21.1.2013]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=sle00097&p_haku=Asiantuntijuus%20tukee%20n%C3%A4ytt%C3%B6%C3%B6n%20perustuvaa%20p%C3%A4%C3%A4t%C3%B6ksentekoa

Kyngäs, H. Nikkilä, J. & Utriainen, K. 2011. A theoretical model of ageing hospital nurses' well-being at work. *Journal of Nursing Management*, 2011, Iss. 19, p. 1037–1046 [viitattu 19.12.2012]. Saatavissa ESBCO- Host Academic Search Elite- tietokannassa

http://content.ebscohost.com.aineistot.phkk.fi/pdf27_28/pdf/2011/81U/01Nov11/67132664.pdf?T=P&P=AN&K=67132664&S=R&D=afh&EbscoContent=dGJyMNxb4kSep7c4wtvhOLCmr0qeprFSsae4SbaWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGrs0y0qrdQuePfgex44Dt6fIA

Laukkanen, P. 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, T., Rantanen, T. (toim.) 2008. *Gerontologia. 2. Uudistettu painos.* Keuruu: Otava, 261-272.

Lindqvist, M. 2002. Vanheneminen, etiikka ja elämän arvot. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) 2002. *Vanhuuden voimavarat.* Helsinki: Tammi, 234-235.

Luoma, M. 2009. Terveys ja elämänlaatu gerontologisen hoitotyön tavoitteena. *Elämänlaatu.* Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2009. *Gerontologinen hoitotyö.* Helsinki: WSOY, 74–90.

Lyyra, T. & Tiikkainen, P. 2009. Terveys ja elämänlaatu gerontologisen hoitotyön tavoitteena. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2009. *Gerontologinen hoitotyö.* Helsinki: WSOY, 58-73.

Manka, M., Hakala, L., Nuutinen, S. & Harju, R. 2010. Työn iloa ja imua – työhyvinvoinnin ratkaisuja pientyöpaikoille [viitattu 8.3.2013]. Saatavissa: http://www.kuntoutussaatio.fi/files/391/tyhyopas_lopullinen.pdf

Marjasto, A., Markkula, M. & Elomaa, L. Hoitohenkilökunnan käsitys vanhusten hyvästä hoidosta. Teoksessa Ääri, R., Elomaa, L. & Ylönen, M. (toim.) Laatu vanhusten hoitoon. Terveysalan VAPAKE-projektin raportti. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 56. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 34-41.

Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U., Pyykkö, V. & Kivelä, S. 2005. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.

Munukka, T. 2004. Lähimmäisenä yhteistyösuhteessa. Etsin hoitajaa yhteistyösuhteeseen potilaan kanssa. Kankare, H. & Hautala-Jylhä, P. & Munnukka, T. (toim.) 2004. Lähimmäisenrakkauden puolustus – uusvanha näkökulma hoitotyöhön. Helsinki: Edita, 73-86.

Mäkelä, H., Mattila, M. & Piensoho, M. 2005. Iäkkäiden potilaiden monilääkityksen vähentäminen. Teoksessa Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Noro, A. & Vähäkangas, P. (toim.) 2005. Ikääntyneen laitoshoidon laatu ja tuottavuus-RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 166-179.

Mäkisalo, M. 2003. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Helsinki: Tammi.

Mäkitalo, J. & Launis, K. 2007. Häiriökuormitus – työn kuormittavuuden uusi muoto muuttuvassa työssä. Tapaustutkimus vanhainkotityöstä. Tapaustutkimus vanhainkotityöstä. Työterveyslaitoksen aikakausikirja 1/2007, 70–90 [viitattu 9.12.2012]. Saatavissa: www.ttl.fi/fi/tyo_ja_ihminen/.../Tyojaihminen_1_2007.pdf

Noro, A. 2005. Asiakasrakenne pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Noro, A. & Vähäkangas, P. (toim.) 2005. Ikääntyneen laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 48-63.

Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI- järjestelmä vertailukehittämisessä. Tiivistelmä. Teoksessa Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Noro, A. & Vähäkangas, P. (toim.) 2005. Ikääntyneen laitoshoidon laatu ja tuottavuus- RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. STAKES Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämisskeskus. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 7-12.

Näslindh-Ylispangar, A. 2005. Vanhuksen olemassaolon kokemuksen vahvistaminen yhteisössä. Teoksessa Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) 2005. Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Tammi, 147-160.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä Vol. 24/2006, [viitattu 5.12.2012]. Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Peiponen, A. 2004. Laatuksiteerit vanhusten hoidossa. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2004:2 [viitattu 8.3.2013]. Saatavissa: <http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/ecc318004a1563d8974af7b546fc4d01/peiponen.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ecc318004a1563d8974af7b546fc4d01>

Peiponen, A. 2009. Gerontologisen hoitotyön osaaminen ja asiantuntijuus eri rooleissa. Johtaminen – vetovoimainen gerontologinen hoitotyö. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2009. Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY, 294-312.

Pitkänen, S., Luoma, L., Järvensivu, A. & Arnkil, R. 2009. Moni-ilmeiset rekrytointiongelmät. Rekrytointiongelmien syyt työnantajan, työnhakijan ja työvoimatoimiston näkökulmasta. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja Vol. 15/2009, 5-21, 231-334 [viitattu 29.11.2012]. Saatavissa: www.tem.fi/files/22247/TEM15_09.pdf

Rantanen, T. 2008. Gerontologisen tutkimustiedon soveltaminen ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämiseksi. Teoksessa Heikkinen, T., Rantanen, T. (toim.) 2008. Gerontologia. 2. Uudistettu painos. Keuruu: Otava, 409-415.

Ruohotie, P. 1995. Ammatillinen kasvu työelämässä. Ammattikasvatussarja 8. 2. Uudistettu painos. Tampere: Tampereen Yliopisto.

Ruontimo, T. 2009. Vanhustyön vastuunkantajat. Sairaanhoidon pitkäaikaisen hoidon asiantuntijana. Lähihoitaja vanhusten hoidon erityisosaajana. Tehyn julkaisusarja B. Vol. 3/2009, 3-55. Helsinki: Multiprint Oy.

Räsänen, H. 2009. Magneettisairaalamallista vetoapua terveydenhuoltoon. [viitattu 10.12.2012]. Saatavissa:

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/2_2009/muut_artikkelit/_magneettisairaalamallista_vetoa/

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Eettiset kysymykset [viitattu 26.2.2013]. Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Teemahaastattelu [viitattu 26.2.2013]. Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006c. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Teemoittelu [viitattu 26.2.2013]. Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html

Sairaanhoitajaliitto. 2012a. Työolot ja työehdot. Sairaanhoitajat toimivat julkisella ja yksityisellä työnantajalla tai itsenäisinä yrittäjinä [viitattu 5.12.2012].

Saatavissa:

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/tyoolot_ja_tyoehdot/

Sairaanhoitajaliitto. 2012b. Sairaanhoitajan työ [viitattu 10.12.2012]. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/

Sairaanhoitajaliitto. 2012c. Vetovoimaa [viitattu 10.12.2012]. Saatavissa:
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitotyon/hoitotyon_ kehittaminen/vetovoimaa/

Sarvimäki, A. 2009. Gerontologisen hoitotyön tieto- ja eettinen perusta. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2009. Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY, 27-40.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita, 9-12, 85-93.

Sinervo, T. & Elovainio, M. 2002. Työntekijän ja työyhteisön hyvinvointi. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Helsinki: 2002, 189- 195.

Smyer, M. & Qualls, S. 1999. Ageing and mental health. United Kindom: Blackwell Publishers Ltd.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja2008:3 [viitattu 12.12.2012]. Saatavissa:
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2526-7>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukeminen ja ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvet, ns. vanhuspalvelulaki. [viitattu 13.10.2013]. Saatavissa:
http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ ja_ terveydenhuolto/ikaan_tyneet

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin – ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7 [viitattu 9.12.2012]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:958-952-00-3210-4>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011 Laitoshoito [viitattu 5.12.2012]. Saatavissa:
http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveystalvet/sosiaalitalvet/laitoshoito

Stellfox, H., Boyd, M., Straus, S. & Gagliardi, A. 2013. Developing a patient and family-centred approach for measuring the quality of injury care: a study protocol. BMC Health Services Research. [viitattu 26.2.2013]. Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/31>

Superliitto. 2012. Superin selvitys laitoshoidon tilasta: 98 % lähi- tai perushoitajista toivoo, että vanhustyön henkilöstömitoitus määriteltäisiin laissa. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Vol. 7/2012 [viitattu 10.12.2012]. Saatavissa: <http://www.superliitto.fi/fi/?newspage=785&print=1>

Tiikkainen, P. 2009. Koulutuksen rooli gerontologisen hoitotyön osaamisen kehittämisessä. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2009. Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY, 313-332.

Tiikkanen, P. & Teeri, S. 2009. Gerontologisen hoitotyön osaaminen. Sairaanhoidaja-lehti Vol. 9/2009 [viitattu 10.12.2012]. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/9_2009/teema_gerontologinen_hoitotyö/gerontologisen_hoitotyön_osaamin/

Tiikkainen, P. & Voutilainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Johdanto. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2009. Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY, 7-10.

Tilastokeskus. 2012a. Ennuste 65 vuotta täyttäneiden määrästä pienenee hieman [viitattu 29.11.2012]. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html

Tilastokeskus. 2012b. Väestöennuste 2012 iän ja sukupuolen mukaan 2012- 2060, koko maa [viitattu 29.11.2012]. Saatavissa: <http://193.166.171.75/Dialog/Saveshow.asp>

Tilvis, R. 2008. Toimintakyvyn arviointimenetelmät. Kliiniset tutkimukset. Teoksessa Heikkinen, T., Rantanen, T. (toim.) 2008. Gerontologia. 2. Uudistettu painos. Keuruu: Otava, 280-287.

Tilvis, R. 2010. Geriatriinen arviointi. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. 2. Uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy, 87-94.

Tilvis, R. 2010. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. 2. Uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy, 87-94.

Toode, K., Routasalo, P. & Suominen, T. 2011. Work motivation of nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, Feb2011, Vol. 48, Iss. 2, p. 246-257 [viitattu 19.12.2012]. Saatavissa EBSCO- Host Academic Search Elite tietokannassa:

[http://web.ebscohost.com/aineistot.phkk.fi/ehost/detail?vid=4&hid=11&sid=e6e859fa-afc8-4e3f-adc3-a70149d4d2cc%40sessionmgr4&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=57683449](http://web.ebscohost.com/aineistot/phkk.fi/ehost/detail?vid=4&hid=11&sid=e6e859fa-afc8-4e3f-adc3-a70149d4d2cc%40sessionmgr4&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=57683449)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. painos. Helsinki: Tammi.

Työterveyslaitos. 2010a. Vanhustyön ilo ja palkitsevuus [viitattu 12.12.2012]. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/vanhustyoy/ilo/sivut/default.aspx>

Työterveyslaitos. 2010b. Mikä vanhustyössä palkitsee? [viitattu 12.12.2012]. Saatavissa:

http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/vanhustyoy/ilo/mika_palkitsee/sivut/default.aspx

Työterveyslaitos. 2010c. Vanhustyön ilon aiheita [viitattu 12.12.2012].

Saatavissa:

http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/vanhustyoy/ilo/vanhustyoy_ilon_aiheita/sivut/default.aspx

Työterveyslaitos. 2010d. Vinkkejä voimavaroihin [viitattu 12.12.2012].

Saatavissa:

<http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/vanhustyoy/vinkkeja/sivut/default.aspx>

Työterveyslaitos. 2010e. Voimavarat vahvistavat työn imua [viitattu 12.12.2012].

Saatavissa:

http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/vanhusty/vinkkeja/voimavarat_vahvistavat_tyon_imua/sivut/default.aspx

Työterveyslaitos. 2011a. Eettinen kuormitus [viitattu 12.12.2012]. Saatavissa:

http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/asiakastyon_haasteet/eettinen_kuormitus/sivut/default.aspx

Työterveyslaitos. 2011b. Tunteet työssä [viitattu 12.12.2012]. Saatavissa:

http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/asiakastyon_haasteet/tunteet/sivut/default.aspx

Työterveyslaitos. 2012. Työn imu ennustaa onnellisuutta ja vähäisempää masennusta – työuupumuksella päinvastaiset vaikutukset [viitattu 9.12.2012].

Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/tiedotteet/Sivut/tiedote71_012.aspx

Vaarama, M. 2002. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, Oppaita 49. Helsinki: Gummerus, 11-18.

Valtioneuvoston kanslia. 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelma [viitattu 29.11.2012]. Saatavissa:

valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf

Vaartio, H. & Leino-Kilpi, H. 2009. Sairaanhoidaja potilaan edunvalvojana [viitattu 21.1.2013]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=sle00057&p_haku=Sairaanhoidaja%20potilaan%20edunvalvojana

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, P., Isola, A. & Routasalo, P. 2009. Tutkija gerontologisen hoitotieteen ja – työn kehittäjänä. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2009. Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY, 346- 353.

Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologisen hoitotyön tieto- ja eettinen perusta. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2009. Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY, 12-26.

Vähäkangas, P. 2009. Gerontologisen hoitotyö käytännön toimintana. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2009. Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY, 145-157.

Vähäkangas, P. 2005. Asukkaan kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittäminen – esimerkkinä Vaiho-osasto. Teoksessa Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Noro, A. & Vähäkangas, P. (toim.) 2005. Ikääntyneen laitoshoidon laatu ja tuottavuus-RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. STAKES Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 157-165.

Vähäkangas, P., Lindman, K. & Uusitalo, K. 2005. Laitoshoidossa olevan asiakkaan hoidon suunnittelu. Teoksessa Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.) 2005. Ikääntyneen laitoshoidon laatu ja tuottavuus-RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. STAKES Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 148-156.

LIITTEET

LIITE 1

Väestöennuste 65-, 70-, 75- ja 80 –vuotiaat vuosina 2012- 2035

	2012	2020	2025	2030	2035
65	79 763	72 106	69 875	69 497	62 306
70	41 003	71 403	68 865	67 166	67 166
75	41 654	60 750	66 530	64 810	63 760
80	31 902	33 726	53 347	59 402	58 709

Lähde: Tilastokeskus 2012b

LIITE 2

Teemahaastattelurunko

Aihe: Mitä tarkoittaa gerontologinen hoitotyö ja asiantuntijuus, sekä mikä motivoi työskentelmään gerontologisessa hoitotyössä sairaanhoitajan näkökulmasta.

1. Gerontologinen hoitotyö ja asiantuntijuus

Kuvaile yleisesti, mitä mielestäsi tarkoittaa gerontologinen hoitotyö?

Millaisia asioita gerontologinen asiantuntijuus sairaanhoitajan näkökulmasta sisältää?

Mitä gerontologinen hoitotyö edellyttää hoitajalta?

Mitä tietoja ja taitoja sairaanhoitaja tarvitsee työssään?

Miten koet suomalaisen yhteiskunnan suhtautuvan ikääntyneiden hoitotyöhön?

Mitkä asiat muuttaisit gerontologisessa hoitotyössä ajatellen omaa työnkuvaasi?

2. Motivaatio gerontologisessa hoitotyössä

Mikä motivoi sinua työskentelmään ikääntyneiden hoitotyössä?

Mitkä asiat näet positiivisina työssäsi?

Onko sinulla ehdotuksia gerontologisen hoitotyön uudistamiseksi?

3. Motivaatiota vähentävät tekijät

Mitkä tekijät eivät motivoi sinua työskentelmään gerontologisessa hoitotyössä?

Mitkä asiat koet omassa työssäsi kuormittaviksi?

Hei!

Teen opinnäytetyötä gerontologisen hoitotyön asiantuntijuudesta ja sairaanhoitajan motivaatiotekijöistä työskennellä ikääntyneiden parissa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa mitä gerontologinen asiantuntijuus tarkoittaa ja sisältää sairaanhoitajan näkökulmasta. Tutkimus selvittää myös samalla työn ”imuun” ja vetovoimaisuuteen vaikuttavia työn positiivisia ja negatiivisia tekijöitä. Tavoitteena on tuoda lisää tietoa gerontologiseen hoitotyöhön.

Tulosta voidaan käyttää gerontologisen hoitotyön kehittämisessä kiinnittämällä huomiota työn negatiivisiin, kuormittaviin puoliin ja niiden parantamiseen. Lisäksi tulosta hyödynnetään työn positiivisten puolten, jotka motivoivat sairaanhoitajia työskentelemään gerontologisessa hoitotyössä, vaalimiseen ja ylläpitämiseen. Tutkimustulosten avulla voidaan parantaa työilmapiiriä, hoitohenkilökunnan työoloja sekä vaikuttaa gerontologisen hoitotyön imagon parantamiseen. Aihe on valittu sen yhteiskunnallisen ajankohtaisuuden vuoksi.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimuksesta saatuja tietoja käsitellään ja säilytetään luottamuksellisesti. Saadut aineisto hävitetään analyysin jälkeen. Aineiston analyysissä haastattelut muokataan yleiskielisiksi haastateltavan yksityisyyden säilyttämiseksi. Haastattelut tapahtuvat työajalla.

Haastattelut pidetään osastollanne kahdenkeskisinä haastatteluina.

Yhteistyöstä kiittäen,

Tiina Pellinen
sairaanhoitajaopiskelija
Lahden ammattikorkeakoulu

LIITE 4

Aineiston teemoittelu

Tässä teemoittelussa ei käytetä suoria sitaatteja vaan tutkimuksen päätulokset ovat tiivistettynä. Tutkijan oma tulkinta aineistosta on teemoiteltu tulosten selventämiseksi tutkijalle ja pohdinnan helpoittamiseksi.

Teema 1. Gerontologinen hoitotyö

- Ikäihmisten hoitotyö
- Kokonaisvaltainen hoitotyö
- Hoito ottaa huomioon ihmisen kokonaisuutena
- Hoito ottaa huomioon ihmisen iän, sairauden, koko eletyn elämän, arvot
- Vanhenemisen vaikutukset hoitoon huomioon ottavaa hoitoa
- Laaja-alaista
- Vaativaa
- Vanhuksilla on hyvä olla
- Kivuton olo
- Tarpeenmukaista hoitoa ja apua
- Vanhusten kanssa yhdessä työskentelyä

Asiantuntijuus

- Lääkehoidon kliininen osaaminen, suunnittelu, vaikutusten seuranta, arviointi
- Tieto lääkkeiden vaikutuksista vanhuksiin
- Kivun lievitys, tarkkailu, lääkitys
- Tietoa eri erikoisaloilta
- Tietoa erityisesti muistisairauksista (tällä osastolla)
- Hoitaja on perehtynyt erilaisiin sairauksiin, tietää oireet, sairauden luonteen ja kulun
- Vankat kädentaidot, perushoidon osaaminen
- Erilaisten ihmisten, omaisten kohtaaminen
- Huomion kiinnittäminen ”oikeisiin asioihin” (intuitio)

- Kodinomainen, sosiaalisen ympäristön luominen potilaille
- Vanhusten sosiaalisten tarpeiden ymmärtäminen
- Muiden hoitajien ohjaaminen, neuvominen, vinkkien antaminen
- Työn kehittäminen
- Potilaan tarpeiden kokonaisvaltainen huomiointi

Teema 2. Motivaatio gerontologisessa hoitotyössä

- Moniammatillisessa työryhmässä työskentely
- Tiimityö, salliva ilmapiiri, tiimihenkiisyys
- Hyvät tilat toimia -> mahdollistavat turvalliset työolot, siistit työtilat, toimivat järjestelyt, kodinomainen työympäristö
- Apuvälineiden saatavuus
- Työkaverit, jotka tekevät työtänsä sydämellään. Hoitajat aidosti välittävät ja arvostavat ihmisiä ja potilaita
- Lisäkoulutautumisen ”tiedonjano” työyhteisössä
- Sairaanhoidajia useampi työvuorossa -> vastuunkanto ja pohdiskelu yhdessä
- Huumorintajuinen työyhteisö, potilaiden kanssa iloitseminen, arkipäivän huumori
- Työyhteisöltä saatu tuki
- Kahvihetket, jolloin työkokemuksia ja ajatuksia voi purkaa
- Hoitajien tietynlaiset arvot, jotka ohjaavat hoitotyötä, kuinka vanhustyötä tehdään, henkilökunnan positiivinen asenne
- Kaikki hoitajat eivät voi olla samanlaisia luonteeltaan, se nähtiin myös positiivisena tekijänä
- Työn palkitsevuus tunnetasolla
- Potilaat, potilaiden elämäkokemus, vanhuuden arvostaminen, potilaiden kanssa keskustelu
- Potilaita saatu palaute, kiitollisuus
- Hoitotyön rauhallisuus
- Sairaanhoidajan laaja tehtäväkuva, suuri vastuu potilaasta, potilaan tilan muutoksista

- Omien tietojen ja taitojen käyttö
- Työssä on mahdollisuus itse päättää miten työtään tekee (kiire-
rauhallisuus-rutinoituneisuus-pakonomaisuus)
- Hoitotyö motivoi kun potilaan asioihin pääsee vaikuttamaan
- Oma persoona ja asenteet motivoi
- Motivaatiota on kun joka päivä on kiva tulla töihin ja työpäivän jälkeen
tuntuu että oman työnsä on tehnyt, kaikkensa on antanut ja työn on tehnyt
hyvin

Teema 3. Motivaatiota vähentävät tekijät

- Fyysinen ja henkinen raskaus / Fyysiys nähdään myös kuuluvan työhön
ja kuormittavien tilanteiden ratkaiseminen ammattitaidon testaamisena
- Hoitajat huolissaan omista ja muiden tuki- ja liikuntelinsairauksista, miten
oma keho tulee pärjäämään monta kymmentä vuotta
- Hoitoasennot kuormittavia
- Hoitajan oma huono fyysinen kunto -> ei jaksa suoriutua päivittäisistä
töistä -> työnantajan panostus -> työajasta osa liikkumiseen ja
kehonhuoltoon (jos osan työajasta saisi käyttää liikkumiseen se motivoisi
enemmän hoitajia liikkumaan)
- Välillä koettu fyysinen väkivalta, käytöshäiriöiset potilaat (tietotaidon
puuttuessa)
- Ei työnohjausta (uhka- ja vaaratilanteet) -> ei keinoja kanavoida tunteita
- Hoitajilta vaaditaan yhä enemmän potilastyössä, potilaista yhä useampi
raskashoitoinen -> väsynyt hoitaja -> näkyy potilastyössä ja potilaan
kohtaamisessa
- Huono tulevaisuuden kuva (vanhusten määrän nousu & motivoituneiden
hoitajien vähyys)
- Lisääntyvä potilasmäärä -> ei tarpeeksi aikaa sairaanhoidollisiin tehtäviin
-> perushoidosta tinkiminen
- Liialliset paperityöt ja mittareiden täyttäminen
- Hoitajien aloitekyvyttömyys ja kehittämishaluttomuus, työyhteisön
negatiivisuus ajatellen kehittämistä

- Toisten hoitajien työhön kyllästyminen kuormittavat toisiakin
- Työyhteisön väliset ristiriidat
- Vuorotyö
- Huono palkka, ei ole palkitseva, laahaa muita ammattikuntia jäljessä

Muita tutkimuksessa sivuutettuja asioita:

Sairaanhoitajien edellytykset gerontologiseen hoitotyöhön

- Kyky heittäytyä
- Vanhuksen asemaan asettuminen, tasa-arvoisuus
- Oman kehon käyttäminen työssä, persoonallisuus, kommunikointityyli
- Kiinnostus vanhustyötä, vanhuksia kohtaan
- Vanhuuden ja vanhuksien arvostus
- Työhön sitoutuminen
- Huumorintaju, kyky kohdata ihmisiä käytösoireineen ja muistisairauksineen
- Ymmärrys, että allalla vaaditaan erilaisia asioita kuin akuutilla puolella
- Tiedon ja taitojen käyttö -> lähtee hoitajista itsestään
- Oman työn arvostus
- Kärsivällisyys, empaattisuus, järjestelmällisyys

Yhteiskunnan suhtautuminen ikääntyneiden hoitotyöhön informanttien näkökulmasta

- Vanhustyö nähdään negatiivisena
- Media antanut huonon kuvan työstä
- Vetovoimaisuuden lisäämiseksi median ei tulisi näyttää negatiivisia asioita
- Median antama kuva vain myy
- Vanhustyötä tehdään oikeasti hyvin
- Aihe kaksipiippuinen
- Käsitys vanhustyöstä muuttunut vuosien saatossa
- Kehitys hidasta ja pienimuotoista
- Yksikköjen oma kehitys pysähtynyt
- Kehityksen tulisi lähteä sairaanhoitajista itsestään

- Muiden sairaanhoitajien silmissä vanhustyö nähdään aliarvostettuna ja helppona alana, työ on yksitoikkoista, rutiininomaista ja vanhustyöhön tullaan vain jos muualla ei ole töitä

Kehitysehdotuksia gerontologisen hoitotyön parantamiseksi:

- Henkilökunnan määrällä selkeä yhteys hoidon laatuun
- Hoitajat haluaisivat antaa aikaa potilaille mutta siihen ei ole mahdollisuutta (aika) -> enemmän aikaa -> vieläkin yksilöllisempää hoitotyötä
- Pienemmät hoitotyksiköt nähtiin laadun parantajana
- Koulutuksen lisääminen nostaa laatua (lääkehoidossa kouluttautuminen)
- Esimiestyö ja johtajuus -> laadun vaatiminen, yhdessä tekeminen
- Yhteen hiileen puhaltaminen
- Lääkärinä erikoistunut geriatri
- Muiden henkilöiden kuin hoitohenkilöstön tuominen osastoille. Heillä tulisi olla jonkinlainen koulutus vaikka eivät tee hoitotyötä. Hoitotyössä oleva henkilö tarvitsisi koulutuksen -> raskas työpari toiselle

Sairaanhoitajien tehtäväkuva:

- Tehtäväkuva turha muuttaa
- Sairaanhoitajat haluavat jatkossakin tehdä perushoitoa -> näkevät potilaan tilan perusteellisesti ihon kunnosta käyttäytymiseen (havainnointi, tarkkailu) -> potilaat eivät voi itse kommentoida tilaansa
- Työ olisi suppeaa mikäli vain sairaanhoidollisia asioita tehtäisiin
- Sairaanhoitajilla liiallisesti erilaisia paperitöitä, mittareiden täyttämisiä
- Sairaanhoitajat valmiita ottamaan lisävastuuta lääkäreiltä (heillä paljon tietoa ja taitoa lääkityksistä) -> esim. marevan ja virtsatieinfektio lääkitys, haavahoidot, laboratoriokokeiden määrääminen, joiden lääkkeiden aloitukset/vaihdot
- Sairanhoidollisiin asioihin saisi olla enemmän aikaa. Kiire nostaa virhemahdollisuuksia. Hoitajille syntyy myös huonoa omatuntoa -> heidän tulisi olla kahdessa paikassa samaan aikaan.

Sairaanhoitajaopiskelijoiden motivointi, suhtautuminen gerontologiseen hoitotyöhön

- Sairaanhoitajat huomaavat opiskelijoista kiinnostuneita ja ei kiinnostuneita vanhustenhoidosta
- Sairaanhoitajaopiskelijoilla tulisi olla jo entuudestaan hyvä kuva vanhuksista, jotta kynnyksellä valita vanhustyö madaltuisi -> vanhustyön näkeminen mielekkäänsä
- Opiskelijat tulisi ottaa hyvin vastaan harjoitteluihin -> mielekäs, hyvä, positiivinen kokemus työstä
- Työyhteisön ja hoitajien omilla asenteilla merkitystä opiskelijan asenteiden muodostumiseen (jos hoitajat kuormittuneita -> antaa huonon kuvan opiskelijalle)
- Palkka ei motivoi hoitajia, ei myöskään sairaanhoitajaopiskelijoita -> Palkan kohtaus lisäisi vetovoimaisuutta
- Sairaanhoitajaopiskelijoilla on mielikuva sairaanhoitajan ammatista, joka on lennokas ja hohdokus -> eivät näe sitä vanhuspuolella, jossa hoitotyö on rauhallista
- Opiskelijat näkevät vanhustyön ”tylsänä”
- Opiskelijat tulevat harjoitteluun liian aikaisessa vaiheessa, jolloin opittavaksi tulee vasta perustaidot
- Harjoittelun jaksottaminen vaihtoehto, opiskelijoita tulisi muistuttaa että pitkäaikaisuus on vartenotettava vaihtoehto syventävälle jaksolle (tietojen ja taitojen sovellus eri erikoisaloilta)
- Hoitajat voisivat käydä koulussa puhumassa vanhustenhoidosta
- Väärentynyt kuva tulisi murtaa -> opiskelijoita tulisi saada motivoitua tulemaan harjoitteluun myöhemmillä jaksoilla
- Ammattikorkeakoulun pääsyraja hyvä

LIITE 5

Suoran lainauksen muuttuminen tutkijan viitekehysten kautta johtopäätökseksi

Suora lainaus:

Vanhustyöhön motivoituminen kumpuu lapsuudesta. Mulla oli hyvä suhde mun isovanhempiin. Ja muutenki arvostus vanhuksia kohtaan.

Johtopäätös:

Hoitaja saa motivaatiota työhönsä omasta lapsuudestaan ja suhteestaan omiin isovanhempiinsa. Hoitajan oma arvostus vanhempia ihmisiä kohtaan saa myös hänet motivoituneeksi työskentelmään vanhusten parissa.

Johtopäätös kuuluu teemaan 2. Motivaatio gerontologisessa hoitotyössä.