

HOITAJIEN VOIMAANTUMINEN JA EETTISTEN PERIAATTEIDEN
NOUDATTAMINEN VANHUSTEN HOITOTYÖSSÄ

Pro gradu-tutkielma
Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Toukokuu 2006
Jonna Ruoho
Opisk.nro 63377

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Hoitotieteen laitos

RUOHO JONNA: Hoitajien voimaantuminen ja eettisten periaatteiden noudattaminen vanhusten hoitotyössä

Pro gradu-tutkielma, 97 sivua, 11 liitesivua

Ohjaaja: Raatikainen Ritva, VTT, THT, dosentti

Hoitotiede

Toukokuu 2006

Tarkoituksena oli tutkia hoitajien voimaantumista ja eettisten periaatteiden noudattamista vanhusten hoitotyössä. Tutkimustehtävänä oli kuvata, miten vanhusten hoitajat kokevat työyhteisönsä, esimiehensä johtajuuden, ammatillisuutensa ja voimaantumisen sekä miten nämä asiat ovat yhteydessä hoitajien ihmisarvon kunnioittamiseen, hyvän tekemisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteiden noudattamiseen vanhusten hoitotyössä.

Tutkimusaineisto kerättiin kyselynä kolmessa eri vanhainkodissa ja siihen vastasi 221 vanhusten hoitajaa. Koulutukseen osallistumista, työyhteisöä, johtajuutta ja voimaantumista mitanneista kysymysarjoista tehtiin summamuuttujia ja niiden yhteyksiä toisiinsa sekä muihin muuttujiin tutkittiin. Tilastomenetelminä käytettiin ristiintaulukointia ja χ^2 -testiä. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysi-menetelmällä käyttäen induktiivista lähestymistapaa.

Vanhusten hoitajat kokivat työyhteisössään ilmapiirin ja sitoutumisen hyväksi, mutta alle puolet piti vaikutusmahdollisuuksiaan hyvinä. Osastonhoitajan johtajuudessa parhaimmaksi arvioitiin hallittu johtaminen ja heikoimmaksi ihmisosaaminen. Arvioidessaan omaa ammatillisuuttaan selvästi yli puolet vanhusten hoitajista koki korkean tavoitetason, kollegiaalisuuden ja kollektiivisuuden sekä itsensä kehittämisen hyväksi, mutta vain kolmannes hyödynsi työssään hoitotieteellistä tietoa. Voimaantumista mitanneiden kysymysten kohdalla alle puolet vastaajista piti tulosten saavuttamistaan, työn merkityksellisyyden kokemistaan ja asiantuntemustaan hyvänä. Alle kolmannes arvioi itsetuntonsa hyväksi. Sairaanhoitajat olivat muita ammattiryhmiä voimaantuneempia. Vähintään 50-vuotiaat, pitkään hoitotyötä tehneet ja vakituiset hoitajat noudattivat eettisiä periaatteita parhaiten. Hoitotyön lisäkoulutukseen osallistuneet noudattivat periaatteita useammin kuin koulutukseen osallistumattomat vanhusten hoitajat. Työyhteisön ja esimiehen kannustus ammatilliseen kehittymiseen paransi hoitajien hoitotyön eettisten periaatteiden noudattamista. Vanhusten itsemääräämisoikeuden noudattaminen ristiriitatilanteissa omaisten kanssa ja kiire aiheuttivat useimmin eettisesti hankalia tilanteita vanhusten hoitotyössä. Näissä tilanteissa hoitajat puolustivat vanhusten itsemääräämisoikeutta ja pyrkivät löytämään kaikkien kannalta parhaimman ratkaisun pohtimalla eri toimintavaihtoehtoja. Suurin tuki oli työyhteisössä käydyt keskustelut ja yhteisten toimintaperiaatteiden sopiminen työtovereiden kanssa.

Johtopäätöksinä todetaan, että toimivalla työyhteisöllä ja hyvällä johtajuudella on mahdollista lisätä vanhusten hoitajien voimaantumista. Voimaantuminen, hoitotyön lisäkoulutus ja kokemus voivat vahvistaa eettisten periaatteiden noudattamista vanhusten hoitotyössä. Hoitotyön johtajat ovat avainasemassa tarkasteltaessa vanhusten hoitajien voimaantumista. Voimaantumisen mahdollistaminen on tärkeä keino pyrittäessä turvaamaan vanhusten hoitotyön korkea eettinen taso kasvavan työvoima- ja resurssipulan keskellä. Lisätutkimusta tarvitaan erityisesti voimaantumiseen yhteydessä olevista henkilökohtaisista tekijöistä.

Asiasanat: Voimaantuminen ja hoitotyön eettiset periaatteet.

SUMMARY

UNIVERSITY OF TAMPERE

Department of nursing science

RUOHO JONNA: The nursing staff empowerment and implementation of ethical principles in the care of elderly people

Master's thesis, 97 pages, 11 appendices

Supervisor: Raatikainen Ritva, DSocSc, PhD, docent

Nursing Science

May 2006

The purpose of this study was to examine the nursing staff empowerment and implementation of ethical principles in the care of elderly people. The goals of the study were to describe how the nursing staff experience their working unit, charge nurse leadership, their own professionalism and empowerment as well as how these factors are connected with implementing the principles of human dignity, beneficence and justice in the care of elderly people.

The data were collected by a questionnaire in three different nursing homes, and 221 nursing staff members responded to it. The questions that measured participation in further education, working unit, leadership and empowerment were grouped into sum variables. Connections between these sum variables and with other variables were examined. Cross-tabulation and chi-square test were used as statistical analysis. The open-ended questions were analysed by using inductive content analysis.

The nursing staff in the care of elderly people experienced that the atmosphere and commitment to work were good in their working unit, but less than half of them considered their chances to influence good. Controlled management was valued to be the best asset and knowledge of staff members the less implemented asset in the charge nurses leadership. While estimating their own professionalism well over half of the nursing staff in the care of elderly people found highly-set goals, collegiality and collectivity as well as self-development good, but only one third of them utilized in their work information, that was produced by nursing science. As regards the questions that measured empowerment, less than half regarded their achievement of results, experiencing their work significant and expertise as good. Less than a third considered their self-esteem good. Nurses were more empowered than other professional groups. Ethical principles were best implemented among those aged 50 years or more, those with long experience in nursing and the ones having regular jobs. The nursing staff members who had participated in further education implemented ethical principles more often than those with no further education. The encouragement to professional development by working unit and charge nurse increased the implementation of ethical principles. Complying with the autonomy of elderly people within conflict with relatives and haste were in most cases causing ethically difficult situations in the care of elderly people. In these situations the nursing staff members stood up for the elderly peoples' right to autonomy and tried to find a solution that was best for all parties involved by considering different alternatives. The biggest support were the conversations within the working unit and agreeing upon common principles of action with co-workers.

In conclusion it can be said that with a functioning working unit and good leadership it is possible to empower nursing staff in the care of elderly people. Empowerment, further education and experience can strengthen the implementation of ethical principles. The nursing leaders are in a key position considering the empowerment of nursing staff in the care of elderly people. Enabling the empowerment is an important method when aiming at securing the high ethical level of elderly care in the middle of increasing lack of manpower and resources. Further study is needed especially of the personal factors that are in connection with empowerment.

Key words: Empowerment and the ethical principles of nursing.

SISÄLTÖ

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	1
2. TUTKIMUSTEHTÄVÄT	2
3. KIRJALLISUUSKATSAUS	3
3.1. VOIMAANTUMINEN	3
3.1.1 Voiman määrittelyä ja siihen liittyviä näkökulmia kirjallisuudessa	3
3.1.2 Voima-käsitteen määrittelyä hoitotieteessä	6
3.1.3 Voiman hyödyntäminen	7
3.1.4 Vallankäyttö	9
3.1.5 Voimaantumisen määrittelyä	11
3.2. VOIMAANTUMISEEN YHTEYDESSÄ OLEVIA TEKIJÖITÄ	13
3.2.1 Työyhteisö	13
3.2.2 Johtajuus	14
3.2.3 Ammatillisuus	15
3.3. HOITOTYÖN EETTISET PERIAATTEET	16
3.3.1 Eettisten periaatteiden luokitus	16
3.3.2 Ihmisarvon kunnioittamisen periaate	17
3.3.3 Hyvän tekemisen periaate	19
3.3.4 Oikeudenmukaisuuden periaate	20
3.4. TUTKIMUKSESSA KÄYTETTÄVÄT KÄSITTEET JA NIIDEN VÄLISET SUHTEET	22
3.5. AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA	24
3.5.1 Voimaa käsitteleviä tutkimuksia	24
3.5.2 Voimaantumista käsitteleviä tutkimuksia	29
3.5.3 Hoitotyön eettisiä periaatteita käsitteleviä tutkimuksia	35
3.5.4 Aikaisempien tutkimusten yhteenveto	41
4. AINEISTO JA MENETELMÄT	42
4.1. TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄ JA AINEISTON KERUU	42
4.2. MITTARI	42
4.3. AINEISTON KÄSITTELY JA ANALYYSI	43
4.4. EETTISET KYSYMYKSET	45
5. TUTKIMUSTULOKSET	47
5.1. TAUSTATIEDOT	47
5.2. TYÖYHTEISÖ	50
5.3. JOHTAJUUS	52
5.4. AMMATILLISUUS	54
5.5. VOIMAANTUMINEN	57
5.6. IHMISARVON KUNNIOITTAMISEN PERIAATE	60
5.6.1. Itsemäärääminen	60
5.6.2. Yksityisyys	63
5.6.3. Rehellisyys	66
5.7. HYVÄN TEKEMISEN PERIAATE	67
5.8. OIKEUDENMUKAISUUDEN PERIAATE	71
6. POHDINTA	73
6.1. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	73
6.2. TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU	76
6.2.1 Taustatiedot	76
6.2.2 Työyhteisö	77
6.2.3 Johtajuus	78
6.2.4 Ammatillisuus	79
6.2.5 Voimaantuminen	80
6.2.6 Eettisten periaatteiden noudattaminen	81

7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN MERKITYS.....	85
LÄHTEET	88
LIITTEET	94

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Vanhusten hoitotyöhön ja erityisesti sen eettisyyteen on alettu kiinnittää huomiota, koska julkisuuteen on noussut esimerkkejä vanhusten huonosta kohtelusta hoitolaitoksissa. Paunio (2001, 25) mukaan vanhusten kaltoinkohtelu laitoksissa voi pitää sisällään nesteen ja ravinnon saannista, perushygieniasta sekä turvallisuudesta huolehtimisen laiminlyöntejä. Lisäksi kaltoinkohtelu voi olla tönkyttä, välinpitämättömyyttä ja epäystävällisyyttä vanhuksia kohtaan. Vanhusten hoitotyö on monella tavoin vaativaa ja eettisesti haastavaa. Tästä huolimatta vanhuksia hoitaa terveydenhuollossa alhaisimmin koulutettu henkilökunta. Sinivaaran ym. (2001) mukaan hoitohenkilökunta ja omaiset käyttävät huomattavasti enemmän valtaa vanhuksiin kuin muihin potilaisiin.

Hoitotyölle ominainen tiedon luonne ja voima, jota hoitotyön käytännössä harjoitetaan, ovat jatkuvasti filosofien, sosiaalitieteilijöiden, antropologien ja hoitotyötä tekevien kiinnostuksen kohteena (Henderson 1994). Voimaa käytetään useissa hoitotyön tilanteissa sekä hoitajiin että heidän toimestaan (Du Plat-Jones 1999). Hillan (1993) on kirjoittanut eettisistä asioista, jotka liittyvät dementoituneiden vanhusten hoitoon. Hänen mukaansa kaikissa terveydenhuollon ammattiteissa on keskeistä tapa, jolla voimaa harjoitetaan: voimaa voidaan käyttää ihmisiin tai jakaa se heidän kanssaan. Myös Suominen ym. (1997) painottavat hoitotyön kulttuurissa tärkeintä olevan hoitajan ja potilaan välillä oleva näkymätön voimasuhde. Gilbert (1995) pitää voimaa keskeisenä tekijänä yritettäessä ymmärtää hoitotyön käytäntöä.

Hoitotyöntekijöiden voima ja sen hyödyntämisen tavat ovat vahvasti eettisiä asioita. Vanhukselle vanhainkodin ympäristö ja kulttuuri saattavat olla vieraita, ja omaan terveydentilaan liittyvät asiat voivat viedä suuren osan hänen voimavaroistaan. Hoitaja toimii tällöin vanhuksen asianajajana ja käyttää omaa voimaansa hyödyksi hoitosuhteessa. Voima ja voimaantumisen liittyvät keskeisesti myös työyhteisön toimivuuteen ja ihmissuhteisiin. Tapa, jolla kukin työyhteisön jäsen voimaansa käyttää, voi vaikuttaa joko myönteisesti tai kielteisesti ilmapiiriin. Useimmiten voima ja sen käyttö liitetään johtamiseen, niin myös hoitotieteessä. Johtamisen tapa riippuu siitä, millainen käsitys johtajalla on omasta voimastaan ja sen jakamisesta.

Vanhainkodeissa tehdään päivittäin pieniä, mutta vanhusten kannalta merkittäviä päätöksiä. Mukana on aina myös eettinen näkökulma ja ratkaisut kuvastavat hoitajien sekä tiedostettuja että tiedostamattomia asenteita ja arvoja (Mattiasson ja Hemberg 1998.) Ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja oikeudenmukaisuus ovat vastavuoroisia, toisiaan edellyttäviä ja välttämättömiä periaatteita. Potilaan kokonaishyvää ei voi edistää, mikäli toimitaan vastoin yhtäkään näistä (Raatikainen 1997.) Lindqvistin (2001, 19) mukaan etiikan konkretisointi arkeen sekä pätevän ja monipuolisen tiedon hankkiminen vallitsevista olosuhteista ja käytännön vaihtoehtojen kartoittaminen ovat hyvin tärkeitä asioita. Tässä tutkimuksessa selvitetään tapaa, jolla hoitotyöntekijöiden voimaantuminen on yhteydessä eettisten periaatteiden noudattamiseen vanhusten hoitotyössä.

2. TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tässä tutkimuksessa mielenkiinnon kohteena on hoitotyöntekijöiden voimaantuminen ja sen yhteys eettisten periaatteiden noudattamiseen vanhusten hoitotyössä. Kirjallisuuden perusteella hoitotyöntekijöiden voimaantumiseen on yhteydessä erityisesti se, miten heihin on käytetty voimaa. Tärkeänä tekijänä on myös se, miten hoitotyöntekijät kokevat hoitamisen. Tämän tutkimuksen tehtävinä on:

1. kuvata, miten hoitotyöntekijät kokevat työyhteisönsä, esimiehensä johtajuuden ja ammatillisuutensa.
2. kuvata, millainen on hoitotyöntekijöiden kokemus omasta voimaantumisestaan.
3. kuvata, miten hoitotyöntekijät noudattavat eettisiä periaatteita (ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja oikeudenmukaisuus) vanhusten hoitotyössä.
4. tutkia työyhteisöä, johtajuutta ja ammatillisuutta koskevien tekijöiden yhteyttä hoitotyöntekijöiden voimaantumiseen ja eettisten periaatteiden noudattamiseen vanhusten hoitotyössä.

3. KIRJALLISUUSKATSAUS

3.1. Voimaantuminen

3.1.1 Voiman määrittelyä ja siihen liittyviä näkökulmia kirjallisuudessa

Voimaan liittyvässä kirjallisuudessa on esitetty joitakin määritelmiä power-käsitteelle. Lisäksi on löydettävissä voiman käytön eri muotoja sekä voiman lähteitä. Koska voimaa käsitellään usein hallintoa ja johtamista koskevilla kirjoituksilla, on vallan näkökulma vahvasti mukana. Englanninkielisessä kirjallisuudessa ja artikkeleissa termiä "power" käytetään sekä voiman että vallan merkityksessä ja usein tarkoitetaan molempia näkökulmia. Asiasyistä on kuitenkin helposti tulkittavissa, kumpi merkitys on kyseessä. Voima voidaan luokitella käyttötajensa perusteella positiiviseen voimankäyttöön (power to/with, empowerment) ja negatiiviseen voimankäyttöön (power over). Tässä tutkimuksessa positiivisesta voimankäytöstä käytetään käsitettä voiman hyödyntäminen ja negatiivisen voimankäytön yhteydessä käytetään vallankäytön käsitettä.

Useat voimaa käsittelevät tieteelliset artikkelit pohjaavat voima-käsitteen määrittelynsä ranskalaisen filosofin Michel Foucaultin ajatuksiin. Foucaultin (1980, 52, 59 ja 89) mukaan voimaa ei ole ilman tietoa eikä tietoa ole ilman voimaa. Voima myös tuottaa tietoa, fysiologinen tieto ruumiin toiminnasta ei ollut mahdollista, ennenkuin ruumis itse oli alistettu ihmisen voimalle (power over). Hän painottaa, ettei voimaa voi antaa, vaihtaa tai elvyttää, sitä voidaan ainoastaan harjoittaa: voima näkyy vain toiminnassa.

Voimaa ei voi kukaan myöskään omistaa. Se on koneisto, johon kuuluu yhtä paljon voiman harjoittaja kuin se, johon sitä käytetään. Voima esiintyy kaikissa sosiaalisissa rakenteissa: miehen ja naisen välillä, perheenjäsenten keskuudessa sekä niiden välillä, jotka tietävät ja niiden, jotka eivät tiedä. Se on avoin ja enemmän tai vähemmän koordinoitu suhteiden koostuma, jonka analysoiminen on ongelmallista (Foucault 1980, 156, 187 ja 199.)

Doobin (1983, 193) mukaan tarvitaan eettistä harkintaa, kun voima ja auktoriteetti ovat kyseessä. Voimaa voidaan käyttää väärin sekä silloin, kun sitä hyödynnetään että silloin, kun sitä ei hyödynnetä. Useimmat ihmiset kuitenkin uskovat, että voimaa tulisi käyttää niin säästävällisesti kuin mahdollista ja vain sopivissa tilanteissa, kuten hallinnossa. Lasswell (1967, 9) kuvaa voimalla olevan monia vivahteita, joista läheskään kaikilla ei ole pahaa

tarkoitusta. Hyvät ja vahvat ihmiset voivat käyttää voimaa arvokkaisiin tarkoituksiin. Ihmiskunnan historia pitää sisällään monia suurmiehiä, jotka ovat hyödyntäneet voimaansa hyviin tarkoituksiin.

Ardendt (1986, 69 ja 71) kirjoittaa voiman ja väkivallan kulkevan käsi kädessä, vaikka ne ovatkin eri asioita. Kun nämä kaksi asiaa ovat yhdessä, on voima dominoiva, tilannetta määrittelevä tekijä. Voima ja väkivalta ovat toistensa vastakohtia, kun toinen on vallalla, toinen on poissa. Väkivaltaa esiintyy silloin, kun voima on vaarassa.

Voima voi olla myös potentiaalista. Henkilöllä voi olla voimaa, jota hän ei ehkä koskaan käytä muihin ihmisiin, esimerkiksi saadakseen heidät tekemään jotakin. Useimmiten voimana pidetään kuitenkin tarkoituksellista vaikuttamista, jolla voi olla eri muotoja: väkivaltaa, manipulointia, suostuttelua tai auktoriteettiä. Auktoriteetti voi edelleen perustua pakottamiseen (poliittinen voima) tai houkutukseen (esimerkiksi taloudellinen voima). Legitimiteettiin perustuva auktoriteetti merkitsee, että henkilöä totellaan, koska hänellä on oikeus määrätä ja muilla velvollisuus totella. Auktoriteetin perustuessa pätevyyteen on voima lähtöisin henkilön tiedosta ja osaamisesta. Mikäli auktoriteetti on persoonallista, haluavat muut toimia miellyttääkseen auktoriteetin omaavaa vain tämän luonteeseen perustuvien ominaisuuksien vuoksi. Voiman harjoittajan kannalta on edullista käyttää hyväksi eri voiman muotoja ja näiden yhdistelmiä. Voimaa voidaan tarkastella myös eri näkökulmista. Jotkut ihmiset pitävät voimaa keinona saavuttaa henkilökohtaisia tavoitteita, toiset taas keinona yhteisöllisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Voimaa voidaan joskus tavoitella myös sen itsensä takia (Wrong 1980, 7, 45, 49, 53, 60, 71, 231, 233.)

Russel (1986, 19) määrittelee voiman tarkoitettujen vaikutusten tuottamiseksi. Jos kaksi henkilöä tavoittelee samoja asioita ja toinen saavuttaa niistä enemmän kuin toinen, on hänellä enemmän voimaa. Kahden ihmisen voimaa ei kuitenkaan voi verrata keskenään, koska siihen ei ole olemassa luotettavaa mittaria. Dahlin (1986, 45) mukaan samankaltaiset lähtökohdat (varakkuus, sosiaalinen status) omaavat ihmiset saattavat erota hyvinkin paljon heillä olevan voiman käytössä. Tätä voivat selittää esimerkiksi yksilölliset kyvyt ja ominaisuudet. Henkilöillä on myös erilaisia motivaatioita voimansa kasvattamisessa.

Khoshkish (1991, 41, 44, 46 ja 49) luettelee erilaisia voiman lähteitä. Asema antaa voimaa, joka perustuu aseman takaamaan muodolliseen auktoriteettiin. Myös suostuttelu ja toiseen

ihmiseen vaikuttaminen antavat onnistuessaan voimaa ja ovat samalla voiman käyttöä. Itseluottamus, karisma ja maine ovat itsessään voiman lähteitä ja antavat mahdollisuuden hyödyntää myös muita voiman lähteitä. Tietoisuus voimasta ja tahto saada sitä ovat olennaisia tekijöitä, samoin erityistietämys ja taidot.

Voimamotiivien ilmaiseminen on erilaista eri ihmisillä. Joku saavuttaa voiman tunteen voittaessaan väittelyn, olkoon aihe mikä tahansa. Toinen taas auttaa toista ihmistä ja saa siitä voimaa, joka ei perustu täysin altruismiin; hän saattaa tuntea tällöin hallitsevansa autettavaa. Myös alkoholin tai huumeiden käyttö on joillekin keino voiman tavoittelussa. Niiden vaikutuksen alaisena voi saavuttaa hetkellisen voiman tunteen (Doob 1983, 69.)

Voima on usein liitetty joihinkin historiallisiin henkilöihin, suurmiehiin tai -naisiin. Mahatma Gandhin oppi totuuden voimasta ja väkivallattomuudesta on hyvä esimerkki voiman positiivisesta käyttötavasta. Gandhi osoitti, että siveellinen voima on raakaa voimaa suurempi ja aseista riisuminen voidaan muuttaa voimaksi. Hänen kannattajansa uhmasivat sortavia ja ihmisyyden kanssa ristiriidassa olevia lakeja, kunnes ymmärrettiin, ettei totuuden voimaa voida kukistaa edes vankiloilla. Gandhin hiljainen voima on herättänyt ihmetystä, sitä on vaikeaa ymmärtää. Kuitenkin sen ymmärtäminen olisi tärkeää, koska sen avulla saamme käsityksen voimista, jotka ohjaavat maailman kehitystä (Sormunen 1962, 17, 18, 22 ja 25.)

Voimaa on tarkasteltu myös menestyvien naisten näkökulmasta. Helena Sormunen 1989, 12, 132, 142 ja 143) pitää hyvän johtajan tunnusmerkkinä voimakasta persoonallisuutta ja muut ihmiset mukaansa tempaavaa tahtoa. Hänen haastattelemansa suomalaiset naisjohtajat ovat pohtineet omia näkemyksiään menestymisensä perusteista. Toimitusjohtaja Irja Lindqvist-Vaenerberg mainitsee omassa haastattelussaan motivaationsa olevan jo syntymässä sisäänrakennettu ja perustuvan energiaan. Hän kokee ihmisen valtavana voimanlähteenä edellyttäen, että ihminen ottaa omat voimavaransa käyttöönsä. Lindqvist-Vaenerberg ei usko minkään ulkoisen voiman voivan motivoida tai kontrolloida ihmistä, sillä voima ja energia ovat ihmisen sisäisiä asioita.

Se, miten voimaa käytetään hoitoalan ammateissa, riippuu ammattia harjoittavasta henkilöstä, ja siitä, koetaanko hoitaminen vakaumuksena vai tehtävänä. Ammatinharjoittaja ei itse välttämättä tiedosta käyttävänsä voimaa ja voi jopa kieltää sen. Tästä huolimatta voimaa käytetään kaikissa ammateissa, eri ammattien välillä ja palveluammateissa erityisesti

palvelujen saajiin. Ammatinharjoittaja voi käyttää voimaansa hallitakseen asiakastaan (power over), mutta myös määritelläkseen, kuka asiakas on tai millainen hänen tulisi olla (ideologinen voiman käyttö). Hoitoalan ammattiteissa voi olla vaikeaa jakaa voimaa asiakkaille, koska hoidon tarve saattaa viestiä kyvyttömyydestä suoriutua täysin omasta sosiaalisesta roolista. Voiman käyttöön liittyy erilaisten resurssien kontrollointi. Materiaalisten resurssien lisäksi voidaan säädellä ajankäyttöä ja käytettävissä olevista asiakkaan tarpeiden mukaan. (Hugman 1991, 10, 11, 33, 41, 42, 113, 121, 125, 129.)

Williamson (1992, 3 ja 5) määrittelee voiman keinoksi turvata yksilön oma etu ja tarpeet tavoiteltavissa asioissa. Vaikka ihmisiltä joskus puuttuu voimaa tai tietoa, heillä on kuitenkin tarpeita. Kun näihin tarpeisiin vastataan, ei yksilön tarvitse käyttää voimaa niiden turvaamiseen.

Yksilöllä voi olla voimaa myös sen vuoksi, että hän on johtavassa asemassa tai hän toimii jonkin ryhmän edustajana. Tieto siitä, että hänellä on takanaan professionaalisen organisaation vahvuus, antaa johtajalle huomattavan määrän voimaa. Professionaaliseen ryhmään kuulumisen antaa myös kaikille ryhmän jäsenille voimaa (Nelson 1989, 112 ja 162.)

Voima on usein kirjallisuudessa määritelty kyvyksi saavuttaa tavoitteita. Ihmiset käyttävät tätä voimaa eri tavoin ja heillä on omat voimanlähteensä. Vaikka voima on väärin käytettynä vahingollista, voi sen avulla saada myös paljon hyvää aikaan.

3.1.2 Voima-käsitteen määrittelyä hoitotieteessä

Sairaanhoitajan voimaa on paljon käsitelty englanninkielisissä tieteellisissä julkaisuissa. Voiman käsitettä ei kuitenkaan ole määritelty kovinkaan usein. Power-termin käyttäjä saattaa tarkoittaa samanaikaisesti sekä valtaa että voimaa, usein molemmat näkökulmat liittyvät käsiteltävään asiaan.

Hokanson Hawks (1991) on tehnyt käsiteanalyysin power-termistä käyttäen Kingin teoreettista viitekehystä. Hänen määrittelemänään voima on olemassaolevaa tai potentiaalista kykyä saavuttaa tavoitteita ihmisten välisessä prosessissa, jossa tavoitteet ja keinot ovat

yhdessä sovittuja ja työstettyjä. Käsiteanalyysin perusteella voiman empiirisiä tarkoituksia ovat tulosten saavuttaminen, voiman lähteiden tunnistaminen, voimavarat ja voimaan orientoituminen sekä itsetuottamus.

Useat kirjoittajat ovat esittäneet eri voiman muotoja. Hokanson Hawksin (1991) analyysissä tuli esille kyky toimia tai saada asioita tehdyksi (power to) ja kyky harjoittaa kontrollia (power over). Suomisen ym. (1997) mukaan voima voi olla joko näkyvää tai näkymätöntä. Toisaalta se voidaan luokitella myös fyysisiin, henkisiin ja taloudellisiin osatekijöihin. Voimaa voidaan pitää joko suhteena tai kykynä. Ihmiset, jotka käyttävät voimaa, luovat ihmisten välisiä siteitä.

Buchmann (1997) luokittelee hoitotyössä esiintyvän voiman asiantuntijavoimaan (expert power) ja itseisvoimaan (referent power). Asiantuntijavoima on ihmissuhteeseen tuotavaa sosiaalista voimaa, joka muodostuu koulutuksen, tiedon, taitojen ja kokemuksen kautta. Itseisvoima taas muodostuu hoitosuhteessa potilaan tulkitessa hoitajan hänelle antamaa hoitoa ja häntä kohtaan osoittamaa kiinnostusta. Sairaanhoidajan itseisvoiman kasvaessa myös potilaan itsetunto ja itsehoito paranevat.

Sairaanhoidajan voima on usein sidottu tieteellisissä kirjoituksissa tietoon. Tämä asiantuntijuuteen perustuva voima on kuitenkin vain yksi voiman muoto. Voima voi olla lähtöisin myös hoitosuhteesta tai pitää sisällään useita, vaikeasti eriteltäviä tekijöitä. Vaikka voima voi tuottaa tietoa, Henderson (1994) muistuttaa, ettei käytännössä ilmenevä voima välttämättä tuota tietoa, joka olisi keskeistä professionaalissa hoitotyössä. Tuotetussa tiedossa ei aina ole voimaa, joka olisi tarkoituksellista hoitajan ja potilaan välisen suhteen kannalta.

3.1.3 Voiman hyödyntäminen

Useissa voimaa käsittelevissä kirjoituksissa (esim. Hokanson Hawks 1991) power-käsite on luokiteltu kahteen alakäsitteeseen: power to ja power over. Sillon, kun voimaa käytetään positiivisella tavalla, voidaan puhua power to-näkökulmasta. Kyse onkin voiman käyttötavoista, siitä miten ja millaisiin tarkoituksiin ihminen hyödyntää voimaansa.

Kaikilla ihmisillä on asiantuntijavoimaa, koska he ovat oman elämänsä asiantuntijoita. Tämän lisäksi joillakin saattaa olla myös asemaan perustuvaa voimaa. Itsensä ja muiden kokeminen energian ja tiedon lähteenä kasvattaa sekä itsekunnioitusta että muiden ihmisten kunnioitusta. Tällöin ihmisen aloitekyky ja valmius toimintaan kasvaa (Vogt ym. 1983, 219.)

Työskentelemällä yhteistyössä potilaiden kanssa sairaanhoitajat voivat parhaiten edustaa heidän tarpeitaan ja jakaa voimaa kaikkien hyväksi. Edustaminen voi olla joko asianajajana toimimista (advocacy) tai voimaannuttamista (empowerment). Sairaanhoitaja voi antaa potilaalle mahdollisuuden tehdä päätöksiä ja hänellä on velvollisuus esittää potilaan ilmaisemat toivomukset. Itsensä ja potilaan edustamisen kautta sairaanhoitajat voivat joko vahvistaa tai heikentää imagoaan ja voimaansa yhteiskunnassa (Du Plat-Jones 1999.)

Sekä sairaanhoitaja että potilas käyttävät asiantuntijavoimaansa ja itseisvoimaansa hoitosuhteessa. Potilas tuo hoitosuhteeseen tietoa, jota sairaanhoitaja voi käyttää hyväksi tämän hoitamisessa ja sairaanhoitajalla on erityistietämyksensä antamaa asiantuntijavoimaa. Hoitoprosessissa potilas ja hoitaja jakavat voimaa, jolloin molempien itsetunto ja sekä asiantuntijavoima että itseisvoima kasvavat. Jos sairaanhoitajalla on runsaasti itseisvoimaa ja potilaalla on huono itsetunto, voi potilas tuntea syyllisyyttä siitä, ettei hän kykene vastaamaan hoitajan odotuksia. Sairaanhoitajan olisikin kasvatettava potilaan itsetuntoa ja itseisvoimaa pientenkin saavutusten avulla ja vältettävä suurien tavoitteiden asettamista. Itseisvoiman avulla on mahdollista ennustaa myös potilaan hoitomyöntyvyyttä, mutta tämä vaatisi objektiivisia itseisvoiman mittareita (Buchmann 1997.)

Sinesin (1994) mukaan vain harvat hoitotyön johtajista ovat ymmärtäneet, miten monimutkaista on siirtyminen näennäisen professionaalisesti johdetusta hoitotyöstä aitoon voiman jakamiseen potilaiden ja asiakkaiden kanssa. Se pitää sisällään riskitekijöiden harkintaa ja potilaiden itse valitsemien toimintojen tukemisesta. Vogt ym. (1983, 75) kuvaavat demokraattisen johtajan toimintatapaa vaikuttavaksi, ei kontrolloivaksi. Demokraattinen johtaja hajauttaa valtaa ja ohjaa työntekijöitä heidän omassa päätöksenteossaan avoimuudella, luottamuksella ja kaksisuuntaisella vuorovaikutuksella. Hän myös yrittää laajentaa alaistensa näkökulmaa jakamalla tietonsa heidän kanssaan.

Smith (1997) esittää vaihtoehtoa voiman niukkuusmallille, jonka mukaan voimaa on tietty määrä ja sen pois antaminen vähentää omia voimavaroja. Voiman jakamisen paradigma on

vastakkainen näkökulma: yhteisön rikastuminen ja rakenteellinen vahvistuminen ovat mahdollisia vain, jos voimaa jaetaan ihmisten kesken. Voiman jakaminen vahvistaa päätöksentekoa, koska siihen osallistuu useampi ihminen ja tiimityössä kehittyy hyödyllisiä ihmissuhteita.

Sekä hoitosuhteessa että työyhteisössä on keskeistä voiman jakaminen. Tämä tarkoittaa voiman käyttämistä niin potilaiden kuin työtovereiden kanssa yhdessä, ei kohdistuen sitä heihin. Toisten ihmisten asiantuntijuuden hyödyntäminen ja voiman jakaminen vahvistavat kaikkia osapuolia ja kasvattavat entisestään heillä olevaa yhteistä voimaa.

3.1.4 Vallankäyttö

“Power over” on voiman negatiivista käyttöä, josta tässä työssä käytetään nimitystä vallankäyttö. Sen vaikutukset saattavat olla omien tavoitteiden kannalta toivottuja, mutta muiden ihmisten näkökulmasta usein kielteisiä. Vaikka voimasta kirjoittaneet aina eivät ole käyttäneet power over-termiä, on voiman käytön motiiveista ja tavoista melko helppo erottaa, milloin on kyseessä vallankäyttö.

Tuskin mikään aiheuttaa yhtä paljon erimielisyyksiä organisaatioissa kuin valta, sen väärinkäyttö ja pelko. Kilpaileva valta estää todellisen tiimityön. Jos kaikki osapuolet keskittyvät vain oman valtansa ylläpitämiseen, koetaan toiset kilpailijoina yhteistyökumppaneiden sijaan (Vogt ym. 1983, 217.)

Vaikka sairaanhoitajat ovat pahoillaan lääkäreiden heihin kohdistamasta vallankäytöstä, nämä ovat taipuvaisia käyttämään samankaltaista valtaa hoitamiinsa potilaisiin. Potilaat haluavat useimmiten vähintään minimistandardien toteutuvan saamassaan hoidossa, sairaanhoitajat taas haluavat säilyttää päätösvaltansa. Osapuolten etujen ollessa ristiriitaiset on tilanne ongelmallinen, jos sairaanhoitajan voima ja potilaan voima eivät ole tasapainossa. Sairaanhoitaja saattaa asettaa oman etunsa potilaan edun edelle ja taivuttaa potilaan uskomaan oman etunsa olevan myös potilaan kannalta parasta. (Williamson 1992, 5, 36.)

Pyrkimys professionaalisuuteen ja hoitotieteellisen tiedon kehittäminen ovat olleet keskeisessä asemassa hoitotyössä ja hoitotieteessä käytävässä keskustelussa jo pitkään.

Kehitettäessä tietoa hoitotyön erikoisaloilla saattaa muodostua uusia voiman muotoja. Asiantuntijat sekä tuottavat tietoa että saavat siitä voimaa. Samanaikaisesti ne, jotka eivät ole jakamassa tätä uutta tiedon muotoa, saattavat tuntea itsensä lannistetuiksi ja heidän voimansa vähenee (Cotton 1997.)

Potilaiden kokeminen passiivisina terveydenhuollon palveluiden vastaanottajina perustuu uskomukseen sairaanhoitajien oikeutetusta asemasta terveydenhuollon asiantuntijoina. Hoitomyöntymättömyyden (non-compliance) käsite perustuu ideologiaan, joka korostaa asiantuntijavoimaa. Hoitomyöntymättömät potilaat saatetaan tällöin kokea poikkeavina, järjettöminä ja ongelmallisina (Playle ja Keeley 1998.)

Vallankäyttö voi ilmetä tekojen lisäksi myös puheessa. Niin kirjoitetun kuin lausutunkin sanan voima vaikuttaa siihen, miten ihminen kokee itsensä ja muut, sekä miten hän tulkitsee näitä kokemuksia. Kun sairaanhoitaja määrittelee ja tulkitsee potilaan tuntemuksia, voi seurauksena mahdollisesti olla potilaan voimaantumisen väheneminen (disempowerment) ja sairaanhoitajan oman asiantuntija-aseman vahvistuminen (Crowe 1998.)

Esimiehillä on asemansa puolesta erityistä voimaa, ja johtamistyyli perustuu tämän voiman käyttötapaan. Itsevaltaiset johtajat eivät epäröi käyttää valtaa alaisiinsa. He pyrkivät keskittämään voimansa ja vähentämään työntekijöiden liikkumavaraa töiden järjestämisessä. He saattavat myös pitää yllä suurta määrää sääntöjä, jotka ohjaavat alaisten käyttäytymistä. Itsevaltaiset johtajat tarkkailevat työntekijöiden toimintaa huolellisesti, jotta pystyvät seuraamaan heidän käyttäytymistään ja tuloksellisuuttaan (Vogt ym. 1983, 75.)

Hoitotyössä voimaa voidaan käyttää myös negatiivisella tavalla, jolloin on kyse vallankäytöstä. Sairaanhoitajan asiantuntijuus antaa hänelle voimaa, jolla saattaa olla myös kielteisiä vaikutuksia hoitotyössä riippuen siitä, miten tätä voimaa käytetään. Korostuneen asiantuntijuuden ja sairaanhoitajan voiman kasvun myötä potilaalla oleva voima saattaa heikentyä ja potilas voidaan kokea oman asiantuntijuuden toteuttamisen kohteena.

3.1.5 Voimaantumisen määrittelyä

Hoitotieteellisissä julkaisuissa on tarkasteltu sairaanhoitajan voimaa myös voimaantumisen (empowerment) näkökulmasta. Empowerment-käsitettä määriteltäessä tai voimaantumista kuvattaessa on usein kuitenkin tarkasteltu voiman (power) käsitettä. Empowerment on voiman käyttämistä positiivisella tavalla, mutta voimaannuttamisen lisäksi se sisältää myös oman voimaantumisen. Voimaantuminen on sekä voiman hyödyntämistä että sen seurausta.

Voimaantumisen käsitettä on käytetty laajasti, mutta sitä ei ole kuitenkaan tarkoituksenmukaisesti määritelty. Joissakin tutkimuksissa voimaantuminen on määritelty niin laajasti ja summittaisesti, että siitä on tullut miltei synonyymi hoitotyön käsitteelle. Voimaantuminen on ollut sopiva käsite kattamaan ammatillisen kehityksen hoitotyössä (Kuokkanen ja Leino-kilpi 2000) Myös Gilbert (1995) on huolissaan siitä, miten hoitotyöntekijät ovat mieltyneet voimaantumisen käsitteeseen, vaikka sitä ei ole tarkasti määritelty. Voimaantumista käsittelevässä keskustelussa on olennaista sen suhde voimaan, erityisesti voiman vaikutusten tunnistaminen. Gilbert varoittaa pitämästä voimaa inhimillisen tietoisuuden tuotteena ja ajattelemasta toiminnan olevan kokonaisuudessaan ennalta määriteltyä ja tämän vuoksi sisältävän voiman.

Rodwell (1996) on tehnyt käsiteanalyysin voimaantumisen (empowerment) käsitteestä käyttämällä Walkerin ja Avantin mallia. Hänen mukaansa voimaantumista voidaan tarkastella voiman siirtämisen prosessina, joka sisältää myönteisen itsetunnon kehittymisen. Sairaanhoitajat kokevat voimaantumisen ihmisten välisenä vuorovaikutuksena, kun taas johtajat kokevat sen voiman ja kontrollin palauttamisena työntekijöille. Voimaannuttaminen on auttamisprosessi, jossa ryhmälle ihmisiä annetaan mahdollisuus muuttaa tilannetta sekä taidot, voimavarat ja valtaa toteuttaa tämä muutos. Henkilö voi valita, osallistuuko hän tähän voimaantumisen prosessiin vai ei.

Rodwell (1996) herättelee keskustelua siitä, ovatko terveydenhuollon ammattilaiset valmiita käyttämään voimaantumisen strategioita. Voimaantumisessa keskeisenä tekijänä on hänen mukaansa asiantuntijavoiman vähentäminen. Hoitajien johtamisen ja opetuksen olisikin tuettava voimaantumista ja rohkaistava hoitajia siihen. Ennakkoehtoina voimaantumiselle hän esittää molemminpuoleisen luottamuksen ja kunnioittamisen, koulutuksen ja tuen sekä osallistumisen ja sitoutumisen. Voimaantumisesta on seurauksena myönteinen itsetunto,

kyky asettaa tavoitteita, kontrollin tunne omassa elämässä ja muutosprosesseissa sekä toivon tunne. Myös Lanara (1996, 69) korostaa hoitajien vastuullisuutta ja voimaantumista sekä koulutuksen ja johtamisen merkitystä niiden kannalta. Voimattomuuden tunne on todellinen uhka, koska se voi johtaa välinpitämättömyyteen ja välinpitämättömään hoitamiseen.

Falk (1996) on käsitellyt aihetta voiman ja hoitamisen (caring) välisen konfliktin näkökulmasta. Hän tunnistaa näiden asioiden välisessä suhteessa kolme kerrostumaa. Määräykseen perustuvassa hoidossa (ordered caring) voima ja hoitaminen ovat toistensa vastakohtia. Jos sairaanhoitajat on määrätty hoitamaan, he eivät pysty vaikuttamaan sosiaalisiin ja poliittisiin muutoksiin, jotka ovat välttämättömiä potilaiden kannalta. Määräysten mukainen potilaan hoito sallii vain hyvin rajoittuneen hoidon, josta puuttuvat tieto, voima ja etiikka. Yhtenäistetty hoito (assimilated care) perustuu koulussa opittuihin ohjeisiin, jolloin voima on käytettävissä vain sulautettuna lääketieteen normeihin. Voimaantunut hoito (empowered caring) lisää henkilökohtaista kontrollia. Tällöin voima ei ole rajoittunut vain vallankäyttöön, mutta vallankäyttöä ei myöskään täysin kielletä vaikutuskeinona.

Voimattomuuden tunne tarkoittaa, että hoitaja ei voi aina antaa potilaille parasta apua. Hoitajat voivat kuitenkin oppia voimaannuttamaan itseään ja myös auttaa potilaita heidän voimaantumiseensa. Kirjallisuudessa painotetaan hoitajan ja potilaan välisen voimasuhteen tasapainoisuutta. Tämä on erityisen tärkeää hoidettaessa dementiaa sairastavia vanhuksia, koska heidän kykynsä voimaantumiseen ja kielelliseen kommunikointiin on heikentynyt. Hoitajan ilmeet ja kehonkieli voivat kuitenkin tarjota tarvittavaa voimaantumisen tunnetta (Aoki 2002).

Faulknerin (2001) mukaan voimaannuttava hoito edistää potilaiden riippumattomuutta. Hoitajien voimaannuttavat toiminnot auttavat potilaita säilyttämään tunteen oman elämänsä hallinnasta ja samalla altistavat tilanteille, joissa potilaat voivat oppia selviytymään. Potilaan voimaannuttaminen yhdessä asiassa auttaa häntä onnistumaan myös monessa muussa tehtävässä.

Sinesin (1994) mukaan sairaanhoitajien voimaannuttaminen auttaisi heitä vastaamaan potilaidensa todellisiin tarpeisiin ja ottamaan vastaan tasa-arvoisen aseman terveydenhuollon ammatillisessa työryhmässä. Hän painottaa vielä asianajajan roolissa toimimisen keskeisenä

asiana potilaan voimaantumisen. Sairaanhoidaja voimaannuttaa potilasta, jotta tämä pystyy ottamaan vastaan aktiivisen roolin päättäessään tulevaisuudestaan.

Vaikka sairaanhoitajat olisivat itse voimaantuneita, he eivät välttämättä auta potilaita voimaantumisessa. Jos voimaantuminen otetaan todesta sekä käsitteenä että käytäntönä, hoitajat muodostavat liittoja ja sitoutuvat työskentelemään potilaiden kanssa pyrkimyksenä muuttaa tilanteita. Voimaantuminen on ennen kaikkea poliittista toimintaa (Skelton 1994.)

Rylesin (1999) mukaan voimaantumisen määrittelyn epämääräisyys on seurausta sairaanhoitajien haluttomuudesta tarkastella työtänsä poliittisesta näkökulmasta ja tehdä meta-analyysia voiman ja vallan käsitteistä. Hän korostaa hoitotyössä voimaantumisen yhteisöllisyyttä yksilöllisyyden korostamisen sijaan, koska voimaantumisen todellinen seuraus on juuri yhteisöllisessä toiminnassa, joka yhdistää ihmisiä yhteisen tarkoituksen perusteella.

Vaikka voimaantumista ei ole selkeästi määritelty hoitotieteessä, on sen edellytyksistä ja vaikutuksista kirjoitettu paljon. Voimaantumisella on monia myönteisiä vaikutuksia prosessin kaikkiin osapuoliin. Se vaatii kuitenkin onnistuakseen paljon sekä yksittäisiltä ihmisiltä että organisaatiolta.

3.2. Voimaantumiseen yhteydessä olevia tekijöitä

3.2.1 Työyhteisö

Hyvä työyhteisö ei aseta rajoituksia työntekijöiden persoonallisten voimavarojen käytölle, jolloin sekä tehtävien hoito- että ihmissuhdetaitoja voidaan kehittää tasapuolisesti. Se myös edistää lujan, yhteisen arvoperustan rakentamista. Yhtenäisen ja yhteisvastuullisen työyhteisön muodostuminen edellyttää, että jokaisella työntekijällä on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa yksikkönsä toiminnan suunnitteluun, kehittämiseen ja tuloksellisuuden arviointiin (Pirnes 1992, 106 ja 165.)

Kauppinen (1999, 148 ja 149) luettelee sellaisia työyhteisötekijöitä, jotka joko estävät tai edesauttavat hyvän tuloksen syntymistä. Kovia tekijöitä ovat valitut strategiat, määritelty

organisaatorakenne, tavoitteiden asettamisjärjestelmä, päätökset siitä, mitä mitataan ja palkkiostrategiat. Nämä ovat luonteeltaan johdon päätöksiä, rakenteita ja järjestelmiä, jotka ohjaavat työyhteisön energiaa ja toimintaa. Pehmeät tekijät ohjaavat ihmisten ajattelua, näkemyksiä ja asenteita. Ne ovat luonteeltaan näkymättömiä ja vaikeampia mitata ja ohjata kuin kovat tekijät, mutta kuitenkin tuloksiin vaikuttavia. Pehmeitä tekijöitä ovat uskomukset, organisaatiokulttuuri, yhteistyö, ilmapiiri, ihmisten sitoutuminen ja jäsenten osaaminen.

Ilmapiiri on keskeinen työyhteisön hyvinvointia kuvaava tekijä. Pirnesin (1992, 12, 44) mukaan työyhteisön ilmapiiriin vaikuttavat voimakkaasti työn tarjoamat henkisen kasvun mahdollisuudet sekä esimiehen riskinottovalmiudet. Henkisen jouston ja ihmissuhteiden hallinta ovat avainasemassa. Johtajan käyttäytyminen vaikuttaa yhtäältä työyhteisön ilmapiiriin ja toisaalta hänen kokemuksensa ilmapiiristä vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä. Aulan (2000, 74) mukaan tavat, joilla organisaation jäsenet ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa, ovat yhteydessä siihen, mitä organisaatio tuottaa. Organisaatiossa voi syntyä kulttuureja, luovuutta ja taloudellista menestystä.

3.2.2 Johtajuus

Pirnesin (1992, 12, 97 ja 115) mukaan johtajuus on muuttamista ja muuttumista. Johtaminen on käyttäytymistä, joka aikaansaa johdettavassa tietynlaisia reaktioita ja käyttäytymistä. Hyvä johtajuus edellyttää tilanteen arviointitaitoa eli havaintoherkkyyttä, käyttäytymisen muuntamistaitoa, hallittua tilanteiden johtamista eli vaikuttamista sekä kokemuksesta oppimista. Sveiby (1990, 90) luonnehtii hyvän johtajan sellaiseksi, joka selviytyy moniselitteisistä tilanteista ja pystyy luomaan selkeyttä ryhmälleen. Ympäristön muuttuessa jatkuvasti ovat tietyt kiinnostuskohdat, kuten yhteinen visio, yhteiset arvot ja hyvin määritellyt toimeksiannot tärkeitä.

Johtajuuteen sisältyy sekä leadership että management. Managementilla tarkoitetaan johtamisprosessia, jossa pääpaino on tiedon hankinnalla, päätöksenteolla, organisoinnilla ja seurannalla. Leadership taas keskittyy yhteisen tavoitteen ja tarkoituksen löytämiseen, sitouttamiseen ja työntekijöiden korkean motivaation säilyttämiseen (Kauppinen 1999, 37.)

Peruslähtökohta on, että organisaatio on inhimillisen vuorovaikutuksen verkosto. Johtaminen taas on tämän verkoston hoitamista (Aula 2000, 42.) Kun johtaja ymmärtää ja ottaa huomioon, että ihmiset ovat erilaisia, hän kykenee johtamaan ja motivoimaan erilaisia ihmisiä eri tavoin. Tietoisuus alaisten ajatusmalleista, uskomuksista, olettamuksista ja arvoista sekä niiden huomiominen auttaa johtajaa vaikuttamaan näiden toimintaan toivotulla tavalla (Grönfors 1996, 80 ja 115). Yksi johtajan tärkeimmistä ominaisuuksista on ihmisosaaminen. Tämä ei tarkoita pelkästään sitä, että on ystävällinen ja tulee toimeen erilaisten ihmisten kanssa. Ihmisosaaja saa ihmiset liikkeelle kohti tavoitetta. Johtaja on energianlähde, joka käynnistää omalla energiallaan tarvittavan energian myös muissa (Kauppinen 1999, 204 ja 220).

Kommunikointi vaikuttaa kaikessa johtamisessa. Johtajan kommunikoinnin laatu, tarkkuus ja tehokkuus määräävät onnistumisen asteen silloin, kun hän haluaa kommunikoida visioon tai tavoitteisiin liittyvistä asioista tai antaa palautetta työntekijöille (Grönfors 1996, 97.) Objektiivisesti annettu ja oikein vastaanotettu palaute on hyvä keino pitää sekä esimiehen että työntekijöiden mielikuvat itsestä ja toisista realistisina (Pirnes 1992, 126).

Kauppinen (1999, 20, 198 ja 218) kirjoittaa, ettei nykyisissä työyhteisöissä ole mahdollista erottaa johtamisroolia ja johtajan omaa persoonaa toisistaan samoin kuin hierarkkisissa organisaatioissa. Johtaja ei voi antaa sellaista, mitä hänellä ei itsellään ole, ei suuntaa, ei innostusta eikä itseluottamusta. Johtaja ei voi uskottavasti johtaa, jos hän ei tiedä, mihin on viemässä joukkojaan.

Työyhteisössä, jossa ei ole todellista johtajaa, pääsevät sisäiset voimat vapaiksi. Tällöin toiminta ohjautuu sisäisen valtarakenteen mukaan eli epävirallinen organisaatio ottaa vallan. (Sveiby 1990, 57).

3.2.3 Ammatillisuus

Ammatillisuus on Stylesin (1982, 8 ja 121, 135, 137, 142-143 ja 149) mukaan saavutettavissa hoitotyössä vain hoitajien professiotietoisuuden kautta. Siihen sisältyvät sosiaalinen merkityksellisyys, pyrkimys ehdottomuuteen tehtävän täytössä ja kollegiaalisuus sekä kollektiivisuus. Sosiaalinen merkityksellisyys on varmuutta työn tärkeydestä ja ehdottomuus sitoutumista tekemään parhaansa työssä. Kollegiaalisuus tarkoittaa identiteetin jakamista ja

henkistä veljeyttä, kollektiivisuus taas positiivista ryhmähenkeä. Styles (1994) on kirjoittanut ammatillisuudesta myös eräänlaisena työssä voimaantumisenä. Tällainen voimaantuminen on mahdollista saavuttaa avoimella, proaktiivisella, aggressiivisella, rohkealla ja innovatiivisella suhtautumisella hoitamiseen

Simmsin ym. (1985, 4-9 ja 96) mukaan ammatillisuus voidaan määritellä eri tavoin, mutta tietyt kriteerit, kuten autonomia, tieteellinen tietoperusta ja kollegoiden yhteisö ovat kaikissa professioissa. Hoitajien ammatillinen rooli on laajentunut, jolloin myös koulutus on muuttunut monipuolisemmaksi ja elinikäinen hoitajan uraan sitoutuminen korostunut.

Lanara (1996, 68 ja 153) pitää hoitotyötä elämäntapana. Hoitaja tuo hoitotyöhön itsensä ihmisenä ja hänen henkilökohtainen arvomaailmansa näkyy kaikissa hänen toimissaan. Hoitotyö vaatii sitoutumista, koska välittäminen ei ole mahdollista ilman sitä. Hoitotyö on vastuullinen ammatti ja sitä voivat tehdä menestyksekkäästi ainoastaan sellaiset hoitajat, jotka tuntevat olevansa henkilökohtaisesti vastuussa teoistaan.

3.3. Hoitotyön eettiset periaatteet

3.3.1 Eettisten periaatteiden luokitus

Hoitotyötä ei ole tarpeen ohjeistaa erilaisilla säännöillä, mutta hoitajia voidaan ohjata periaatteilla. Toisten ihmisten kohtelemiseen liittyvien eettisten peruskysymysten ymmärtäminen on välttämätön edellytys hoitotyössä esiin tulevien, vaativien kysymysten, kuten kuoleman ja resurssien hyödyntämisen käsittelemiselle (Milner 1993.)

Davisin ym. (1997, 56) mukaan tarkasteltaessa päätöksentekoa terveydenhuollossa on kolme periaatetta, joita ei voi jättää huomioimatta. Nämä ovat ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja oikeudenmukaisuus. Myös useat muut kirjoittajat ovat käyttäneet tätä periaatteiden luokitusta (mm. Raatikainen 1997 ja Thompson ym. 1995). Tässä tutkimuksessa nämä periaatteet on valittu tarkastelun kohteiksi, koska ne sisältävät keskeisimmät hoitotyön etiikkaa käsittelevässä kirjallisuudessa esiintyvät hoitotyön periaatteet.

Thompson ym. (1995, 59) korostavat, että vaikka ihmisarvon kunnioittaminen toimii terveydenhuollossa keskeisenä periaatteena, se ei ole riittävä muodostamaan johdonmukaista eettistä järjestelmää. Tähän tarvitaan myös hyvän tekemisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteita.

3.3.2 Ihmisarvon kunnioittamisen periaate

Lanaran (1996, 70 ja 80) mukaan ihmisarvon kunnioittaminen on hoitotyön perusarvo, jota ilman hoitotyö ei voi olla yksilöllistä tai humaania. Hoitaja, joka kunnioittaa muiden ihmisten ihmisarvoa, ei vertaa hoitamiensa yksilöiden persoonia toisiinsa, eikä pidä heidän yhteiskunnallista asemaansa tai sattumanvaraisia ominaisuuksiaan hoidon edellytyksinä. Thompson ym. (1995, 60) pitävät ihmisen kunnioittamista periaatteena, joka tarkoittaa potilaiden kohtelemista ihmisinä, joilla on oikeuksia. Tähän sisältyy potilaiden itsemääräämisen kunnioittaminen sekä niiden potilaiden suojeleminen, jotka eivät itse kykene päättämään asioistaan. Ihmisen kunnioittaminen merkitsee myös potilaiden perusoikeuksien, kuten oikeuden tietoon, yksityisyyteen ja hoitoon, kunnioittamista. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa (1996) ihmisen kunnioittamisen periaate kuvastuu kehoituksesta kohdata potilas arvokkaana ihmisenä ja luoda yksilön arvot, vakaumus ja tavat huomioonottava hoitokulttuuri. Sarvimäen (1996, 48 ja 53) mukaan ihmisarvon kunnioittaminen merkitsee ihmisten kunnioittamista persoonana, heidän kohtaamistaan ainutkertaisina yksilöinä, joilla on arvo sinänsä. Periaatteeseen sisältyy myös muiden kohteleminen vastuullisina olentoina, joilla on omat moraalikäsitkset ja arvostukset.

Itsemäärääminen tarkoittaa oikeutta ja voimaa toimia omien halujensa mukaan. Se on jokaisen ihmisen “moraalista omaisuutta”, seurausta kyvystä tehdä itsenäisiä päätöksiä ja toimia niiden mukaan (Husted & Husted 1991, 28 ja 29.) Sairaanhoidajan kunnioittaessa potilaan itsemääräämisoikeutta hän järjestää tälle mahdollisuuksia osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996).

Balloun (1998) mukaan itsemäärääminen on abstrakti käsite, johon kuuluu itsensä hallitseminen, kyvykkyys, päätöksenteko, kriittinen reflektointi, vapaus ja itsekontrolli. Ballou määrittelee käsiteanalyysissään itsemääräämisen kyvyksi ja mahdollisuudeksi päättää omista toimista itsenäisen valinnan perusteella yleisten periaatteiden ja lakien mukaan.

Itsemääräämistä määritteleviä tekijöitä ovat kyky päättää omista toimista ja toimia päätöstensä perusteella, toimien ja päätösten perustuminen kriittiseen reflektointiin, toimien ja päätösten yhdenmukaisuus yksilön sisäistämien periaatteiden kanssa sekä päätösten tekeminen ilman ulkoista kontrollia. Välimäen (2001) mukaan itsemääräämisellä on useita erilaisia merkityksiä, kuten tahdonvapaus, itsehallinto, yksityisyys, yksilöllinen valitseminen, oman käyttäytymisen aikaansaaminen, omana itsenä oleminen ja oikeus vapauteen.

Davies ym. (1997) tuovat esiin hoitajan tarpeen arvioida potilaan tai asiakkaan persoonallisuutta, jotta pystyisi paremmin edistämään tämän itsenäisyyttä ja itsemääräämistä. Heidän mukaansa mahdollisuus tehdä pieniäkin omia päivittäisiä toimintoja koskevia päätöksiä saattaa vahvistaa merkittävästi erityisesti iäkkäiden potilaiden tunnetta tilanteen hallinnasta. Potilaan itsemääräämistä edistäviä tekijöitä ovat yksilöllistä arviointia ja monitieteellistä potilaan hoidon suunnittelua painottava hoito-organisaatio, yritykset rohkaista potilaita osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, kontrollia ja negatiivista voimankäyttöä estävät kommunikointitavat sekä itsemääräämistä ja riippumattomuutta edistävän ympäristön luominen.

Ihmisarvon tunnustamiseen kuuluu myös potilaan yksityisyyden suojeleminen. Yksityisyys tarkoittaa potilaan oikeutta tulla suojelluksi kaikenlaisilta tunkeilevilta kontakteilta eikä hän menetä tätä oikeuttaan tullessaan terveydenhuollon asiakkaaksi. Tähän sisältyy myös salassapitovelvollisuus, koska potilasta koskeva tieto on hänen omaisuuttaan. (Husted & Husted 1991, 50 ja 51.) Myös Sairaanhoitajan eettiset ohjeet (1996) tuo esille salassapitovelvollisuuden. Se tarkoittaa potilaan antamien luottamuksellisten tietojen salassapidon lisäksi harkinnan siitä, milloin on tarpeellista keskustella niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Bäckerin ja Wikbladin (1998) mukaan hoitotyössä on monia haavoittuvia ja intiimejä tilanteita, joissa hoitaja voi loukata potilaan yksityisyyttä. Tämän estäminen edellyttää hoitajalta kunkin potilaan yksityisyyteen liittyvien tarpeiden ja toivomusten tiedostamista. Myös Mattiasson ja Hemberg (1998) painottavat hoitajan kykyä arvioida tilanteita niin, että hän kykenee säilyttämään tasapainon läheisyyden ja yksityisyyden välillä. Kun potilasta ei pakoteta intiimimpään tilanteeseen kuin hoidon kannalta on välttämätöntä, niin tämä kykenee säilyttämään kontrollin tunteen.

Raatikaisen (1997) mukaan vapauden arvostaminen luo edellytykset ihmisarvon kunnioittamiselle. Vapaus tarkoittaa mahdollisuutta toimia itsenäisesti. Vapaa ihminen voi

suunnitella ja toimia tavoitteidensa mukaisesti sekä suunnitella tulevaisuuttansa. Potilaalle vapaus merkitsee, ettei hänelle tehdä mitään ilman hänen suostumustaan. Potilaan vapauden rajoittaminen on toimimista hänen ihmisyytään vastaan (Husted & Husted 1991, 46.) Hoitaja voi joko vahvistaa tai heikentää potilaan yksilöllisyyttä, riippumattomuutta, itsemääräämistä ja henkilökohtaista kasvua riippuen siitä, kuinka paljon vapautta hän potilaalle antaa (Raatikainen 1989). Sarvimäki (1996, 64) muistuttaa, että ihmisten vastuullinen vapauden harjoittaminen ei vaaranna toisten ihmisten vapautta ja turvallisuutta.

Thompson ym. (1995, 59) sisällyttävät ihmisarvon kunnioittamisen periaatteeseen myös rehellisyyden ja luotettavuuden. Husted ja Husted (1991, 30) pitävät rehellisyyttä edellytyksenä hoitajan ja potilaan välisille sopimuksille, jotta potilas voi luottaa siihen, että hoitaja puhuu hänelle totta. Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan sairaanhoidajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Luottamus edellyttää sitoutumista hoitajana toimimiseen ja siihen liittyviin velvollisuuksiin. Hoitajan ja potilaan välisessä suhteessa se tarkoittaa yhteisten sopimusten kunnioittamista (Husted & Husted 1991, 32.)

Davis ym. (1997, 51) pitävät ihmisarvon kunnioittamista vahvasti yhteisöllisenä periaatteena. Yksilöt ovat osa yhteisöä ja useat yksilön tekemistä päätöksistä vaikuttavat suoraan tai epäsuorasti moniin muihin ihmisiin. Ihmisten kunnioittaminen yksilöinä ja yhteisön jäseninä edellyttää yksilöön kohdistuvien velvollisuuksien harkinnan lisäksi myös yhteisöllisten velvollisuuksien huomioonottamista.

3.3.3 Hyvän tekemisen periaate

Hyvän tekemisen periaate sisältää pyrkimyksen saada aikaan hyvää ja välttää toisten ihmisten vahingoittamista. Se on myös velvollisuutta suojella heikkoja ja haavoittuvia, sekä toimia heidän asianajajanaan (Thompson ym. 1995, 60 ja 61.) Davisin ym. (1997, 52) mukaan hyvän tekemisen periaatetta voidaan tarkastella asteikkona, jonka toisessa päässä on vahingon aiheuttamisen välttäminen ja toisessa hyvän tekeminen. Nämä kaksi näkökulmaa voidaan nähdä myös erillisinä periaatteina, jotka ovat yhtä tärkeitä ottaa huomioon käytännön hoitotyössä. Myös Frankena (1973, 47) tarkastelee hyvän tekemisen periaatetta asteikkona, jossa on neljä porrasta: ihminen ei aiheuta pahaa toiselle, ihminen estää pahan aiheutumisen

toiselle, ihminen poistaa jo aiheutuneen pahan tai lievittää sitä sekä ihminen aiheuttaa ja edistää toisen hyvää.

Hyvän tekemisen periaate on tärkeä tarkasteltaessa hoitotyötä suhteessa hoidon tavoitteisiin. Periaate tarkoittaa potilaan hyvän olon ylläpitämistä, jolloin ihmisen fyysisyys, psyykkisyys, sosiaalisuus ja hengellisyys ovat yhtä arvokkaita (Raatikainen 1997.) Milnerin (1993) mukaan hyvän tekemisen periaatetta noudattaessaan hoitaja järjestää potilaan tarvitsemat hoitotoimenpiteet, lääkityksen, ohjauksen ja avun antamisen. Siihen liittyy myös hoitajan pätevyys ja ystävällisyys, hyvä kommunikointi ja kirjaaminen sekä hoidon laatustandardit. Potilaan vahingoittamisen välttämiseen kuuluvat kaikki ehkäisevät toimenpiteet kuten riskien hallinta ja aseptinen työote.

Lanaran (1996, 68, 148 ja 154) mukaan lähimmäisen rakkaus rikastuttaa hoitotyötä ja antaa sille merkityksen. Hoitotyö ilman rakkautta on kylmää, teknistä ja tyhjää. Hoitajalle tämä merkitsee väsymistä ja rutiininomaista työskentelyä. Lähimmäisen rakkaus ei rajoitu välittömään potilaan hoitoon. Hoitaja, jota motivoi rakkaus ihmiseen, näkee koko hoitoprosessin ja huomaa, miten potilaita voitaisiin auttaa paremmin. Tarvittaessa hän yhdistää voimansa muiden kanssa luodakseen mahdollisimman hyvää palvelua ehkäistäessä sairauksia, tarjottaessa kattavaa hoitoa, edistettäessä toipumista sekä kehitettäessä terveystyöntöjä ja terveydentilaa.

Hyvän tekemisen periaatteen mukaan ihminen on moraalisesti vastuussa sekä teoistaan että tekemättä jättämisistään. Hoitaja on vastuussa tietoisesti toiselle ihmiselle aiheuttamastaan hyvästä tai pahasta, mutta myös siitä, ettei tehnyt joitakin asioita tai yrittänyt estää niiden tapahtumista (Bunge 1989, 109.)

3.3.4 Oikeudenmukaisuuden periaate

Rawlsin (1971, 62) mukaan oikeudenmukaisuus tarkoittaa, että kaikki sosiaaliset arvot, kuten vapaus ja mahdollisuus, tulot ja varallisuus sekä itsekunnioituksen perusteet jaetaan tasan yksilöiden kesken. Epätasa-arvo on oikeutettua vain silloin, kun se on hyödyllistä kaikkien yksilöiden kannalta. Bunge (1989, 193) nimeää vapauden, veljeyden ja tasa-arvon oikeudenmukaisuuden edellytyksiksi, niiden puuttuessa ei voi olla oikeudenmukaisuutta.

Oikeudenmukaisuuteen kuuluu tasa-arvoisuus lain edessä sekä sosiaalinen oikeudenmukaisuus eli etujen ja haittojen jakautuminen tasaisesti yhteisön jäsenten kesken.

Miller (1999, 231) erottaa kaksi tasa-arvon muotoa. Ensimmäinen on yhteydessä oikeudenmukaisuuteen ja sisältää tiettyjen etujen, kuten oikeuksien jakautumisen tasaisesti ihmisten kesken. Oikeudenmukaisuudesta riippumaton tasa-arvo, eli sosiaalinen tasa-arvo taas tarkoittaa toisten ihmisten kohtelemista tasavertaisina itsen ja muiden kanssa.

Oikeudenmukaisuuden idea on sosiaalisen järjestelmän ja sen vuoksi myös terveydenhuoltopalvelujen järjestämisen perusta (Davis ym. 1997, 53). Von Wrightin (2001, 336) määrittelemänä oikeudenmukaisuus tarkoittaa teoriassa sitä, ettei yhdenkään yhteisön jäsenistä pidä saada osaansa yhteisön hyvästä, ellei hän hoida omaa osuuttaan tämän yhteisön hyvän edistämiseksi. Käytännössä tämä ei ole kaikille, kuten sairaille mahdollista. Terveyspalveluissa oikeudenmukaisuus tarkoittaa tasavertaista mahdollisuutta saada palveluita ja hyötyä niistä. Se on oikeutta välttää rotuun, sukupuoleen, ikään, uskontoon tai muuhun ominaisuuteen perustuvalta syrjinnältä tai hyväksikäytöltä (Thompson ym. 1995, 60.) Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan oikeudenmukaisuus tarkoittaa, että sairaanhoitaja hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta tai hänen henkilökohtaisista ominaisuuksistaan.

Oikeudenmukaisuuteen kytkeytyy tasa-arvo, joka merkitsee avun puolueetonta antamista kunkin potilaan tai väestöryhmän tarpeen mukaisesti sekä taloudellisten ja taidollisten voimavarojen tasa-arvoista osoittamista eri potilasryhmille. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa myös tasa-arvoista suhtautumista erilaisiin ihmisiin. Vaikka ihmiset olisivat kuinka erilaisia hyvänsä, heillä on yhtäläinen oikeus elämään, vapauteen ja turvallisuuteen. (Raatikainen 1989 ja 1997.)

Käytännössä oikeudenmukaisuuden periaate tarkoittaa, että hoitaja kohtelee potilaita, heidän perheitään, työtovereita ja muita yhteistyökumppaneita reilusti ja tasavertaisesti. Tämä edellyttää muiden arvojen ja uskomusten kunnioittamista sekä onnistunutta vuorovaikutusta ja tiimityöskentelyä (Milner, 1993.)

3.4. Tutkimuksessa käytettävät käsitteet ja niiden väliset suhteet

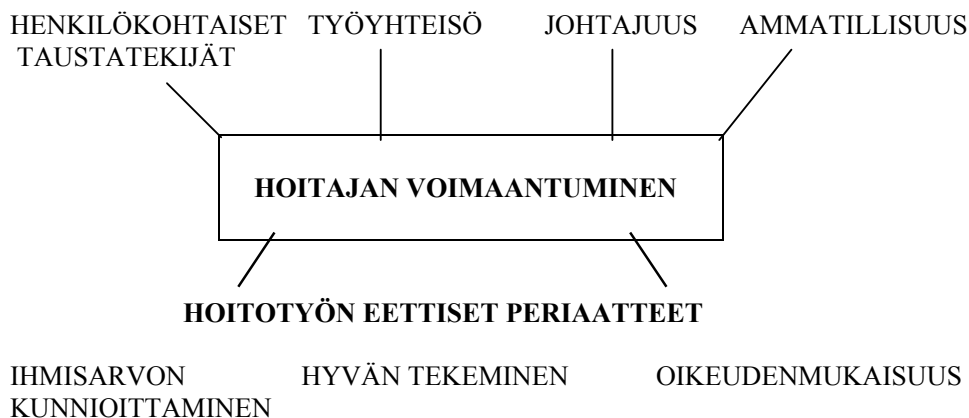
Tässä tutkimuksessa voimaantumista pidetään sisäisenä voiman tunteena, omien mahdollisuuksien ja kykyjen tiedostamisena sekä edellytyksenä hoitajien voiman hyödyntämiselle. Työyhteisöt ovat vanhainkodin osastoja, joissa ilmapiiri, yhteistyön sujuvuus sekä työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet ja sitoutuminen ovat yhteydessä työyhteisön toimivuuteen. Johtajuus on vanhainkodin osastonhoitajien hallittua tilanteiden johtamista, jossa korostuvat kommunikointi, ihmisosaaminen sekä osastonhoitajan itsetunto ja luottamus alaisiin. Ammatillisuus on työssä voimaantumista ja koostuu vanhusten hoitajien tieteellisen tiedon hyödyntämisestä, itsensä kehittämisestä, kollegiaalisuudesta ja kollektiivisuudesta sekä korkeasta tavoitetasosta. Ihmisarvon kunnioittamisen periaate sisältää tässä tutkimuksessa itsemääräämisoikeuden, yksityisyyden ja rehellisyyden. Hyvän tekemisen periaate sisältää turvallisuuden ylläpitämisen, vanhusten henkisestä, fyysisestä ja hengellisestä hyvinvoinnista huolehtimisen sekä välittämisen. Oikeudenmukaisuutta tarkastellaan tasa-arvoisen kohtelun sekä tarvittavien palvelujen ja riittävän hoidon saamisen näkökulmasta.

Yksilöiden näkökulmasta tarkasteltuna korkea eettisyys on voiman hyödyntämistä ja kasvattamista. Vuorovaikutuksessa muihin ihmisiin se on yhdessä voimaantumista. Syrjintä ja hyväksikäyttö ovat seurausta yksilöiden kyvyttömyydestä jakaa voimaa toisten ihmisten kanssa. Sosiaalisissa järjestelmissä etiikka liittyy sopiviin voimasuhteisiin, voiman harjoittamisen tapoihin ja vallankäyttöön. Hoitotyössä moraalinen muotoutuminen, henkilökohtainen kasvu ja ammatillinen kehittyminen ovat sidoksissa toisiinsa (Thompson ym. 1995, 45.)

Raatikaisen (1997) hoitotyön kehitysvaiheita kuvaavassa mallissa hoitajien voimakkuus yhdistyy eettisten periaatteiden toteutumiseen hoitotyössä. *Perinteisessä hoitotyön mallissa* hoitajan tiedot ja taidot liittyvät hoitotoimenpiteistä suoriutumiseen ja hän toimii lähinnä lääkärin avustajana. Työmotivaatio tulee tehtävien määrästä ja työ merkitsee toimeentuloa. Tärkeimmäksi arvoksi kohoaa turvallisuuden ylläpitäminen, joka liittyy hyvän tekemisen periaatteeseen. *Yksilöllisessä hoitotyön mallissa* hoitaja hyödyntää vuorovaikutustaitoja ja toimii potilaan tukijana. Hänellä on kutsumus tehdä hoitotyötä ja motivaation lähteenä on hoitotulokset. Hoitaja hahmottaa potilaan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena ja hänen toiminnassaan korostuvat ihmisen kunnioittaminen yksilönä,

inhimillisyys ja yksityisyys. *Yhteisöllisessä hoidon mallissa* korostuvat hoitajan tutkimus- ja yhteistyötaidot, hän on asiantuntija, itsenäinen kumppani ja potilaan asianajaja. Potilaiden terveyden ja hyvän olon edistyminen ovat hoitajan motivaatiolähteitä ja hän kokee työn elämäntehtävänä. Yhteisöllisessä mallissa tulevat kaikki ihmisen hyvää korostavat arvot ja periaatteet (ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja oikeudenmukaisuus) esille toisiaan täydentäen. Kasvu yhteisölliseen hoitotyöhön asettaa suuria haasteita sekä hoitotyöntekijöiden koulutukselle ja asiantuntijuudelle että eettisten kysymysten tarkastelulle. Korkeatasoisella koulutuksella voidaan saavuttaa korkealaatuinen asiantuntemus, johon sisältyy syvä eettinen sitoutuminen.

Tässä tutkimuksessa hoitotyön eettisten periaatteiden noudattamista käytetään keinona tutkia, miten hoitajat käyttävät voimaansa vanhusten hoitotyössä. Yksilön voimaantuminen on yhteydessä henkilökohtaisiin tekijöihin, työyhteisön toimivuuteen, esimiehen johtajuuteen ja ammatillisuuteen. Ammatillisuutta voidaan pitää myös työssä voimaantumisenä, joten se on sekä voimaantumiseen yhteydessä oleva tekijä että yksi voimaantumisen osa-tekijä. Voimaantunut hoitaja pystyy hyödyntämään voimaansa hoitosuhteessa, kun taas voimattomuus ja pelko oman voiman menettämisestä saattavat ilmetä vallan käyttönä. Eettisten periaatteiden noudattaminen on osoitus voiman hyödyntämisestä hoitotyössä ja periaatteiden laiminlyönti on vallankäyttöä hoitosuhteessa (Kuvio 1.).



Kuvio 1. Tutkimuksen käsitteellinen viitekehys

3.5. Aikaisempia tutkimuksia

3.5.1 Voimaa käsitteleviä tutkimuksia

Hoitotyöntekijöiden voimaa käsittelevissä tutkimuksissa on useimmiten tarkasteltu voiman käsitettä kokonaisuutena luokittelematta sitä voiman hyödyntämiseen ja vallankäyttöön. Tuloksista on erotettavissa voiman sekä positiivisia että negatiivisia käyttötapoja ja näiden vaikutuksia, mutta ne ovat usein tiiviisti yhteydessä toisiinsa. Tämän vuoksi voimaa (power) käsittelevät tutkimukset on esitetty tässä yhtenä kokonaisuutena.

McMahon (1990) on tutkinut voimaa ja kollegiaalisia suhteita vertaamalla sairaanhoitajia, jotka työskentelivät yksilövastuista hoitotyötä toteuttavassa yksikössä sellaisiin sairaanhoitajiin, joiden työpaikkana oli hierarkkisesti johdettu yksikkö. Niillä osastoilla, joissa johtaminen perustui hierarkiaan, olivat voimasuhteet riippuvaisia asemasta riippumatta kussakin asemassa olevasta henkilöstä. Hierarkiassa korkeimmalla oleva henkilö oli vuorovaikutuksen keskipiste. Yksilövastuisen hoitotyön yksiköissä voima oli sitoutunut yksilöihin, ei asemaan, ja potilaan kulloinkin parhaiten tunteva henkilö toimi vuorovaikutuksen keskipisteenä. Sairaanhoitajat hakivat harvemmin hyväksyntää teoilleen ja toimivat itsenäisemmin kuin hierarkkisesti johdetun yksikön sairaanhoitajat. Yksilövastuista hoitotyötä toteuttavissa yksiköissä oltiin usein kiinnostuneita hoitotyön ongelmista ja niistä keskusteltiin avoimesti, kun taas hierarkkisesti johdetuissa yksiköissä ongelmat jätettiin huomioimatta, tai osoitettiin muille terveydenhuollon työntekijöille. Hoitajien keskeinen vuorovaikutus ja yhteistyö oli merkittävästi parempaa yksilövastuisen hoitotyön kuin hierarkkisesti johdetuissa työyhteisöissä.

Hollannissa tehdyssä kvantitatiivisessa tutkimuksessa selvitettiin yksilövastuisen hoitotyön mallin käyttöönoton vaikutuksia sairaanhoitajien työn luonteeseen, vuorovaikutukseen ja voimasuhteisiin. Hoitotyön johtajien vaikutusvalta kasvoi ja sairaanhoitajien väheni yksilövastuisen hoitotyön myötä. Potilaan vaikutusvalta ei muuttunut. Odotusten vastaisesti sairaanhoitajan ja potilaan väliset voimasuhteet eivät muuttuneet, kun taas lääkärin vaikutusvalta väheni odotusten mukaisesti (Boumans ja Landeweerd 1996.)

Ruotsalaisessa tutkimuksessa pyrittiin kuvaamaan hoitokodissa esiintyvän voiman vaikutuksia siellä asuvien vanhuksien kokemukseen voimasta tai avuttomuudesta. Tutkijat käyttivät seuraavaa luokitusta: auktoriteettiin ja pakkovoimaan perustuva vallankäyttö sekä

kykyä ja mahdollisuutta hyödyntävä voiman käyttö. Hoitokodin yhtenäisestä ja rakastavasta ilmapiiristä huolimatta asukkaat kokivat usein voimattomuuden ja toivottomuuden tunteita. Voimattomuuden tunnetta aiheuttivat erityisesti ympäristölliset tekijät, kuten niukoista resursseista tai hoitajien asenteista johtuvat vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa asioiden toteutukseen, hoitajien asukkaiden kokeminen vain vastaanottajina sekä puhuminen vanhuksille kuin lapsille. Myös oma terveydentila ja muutokset siinä sekä elämäntilanteessa saattoivat aiheuttaa voimattomuuden tunnetta. Hoitajat kokivat asukkailla olevan asiantuntijavoimaa (expert/informational power) lähinnä sen vuoksi, että heillä oli tietoa elämästään ja kotiolosuhteistaan. Asukkaat saattoivat kokea myös itseisvoiman (referent power) tunnetta, kun heidän integriteettiään ja identiteettiään kunnioitettiin. Hoitohenkilökunnan auttamisvalmius ja asukkaiden elämän kontrollointi jättivät kuitenkin vain vähän tilaa asukkaiden autonomialle ja vastuullisuudelle (Nyström ja Segesten 1994.)

Raatikainen (1994) on kirjoittanut voimakkaiden (powerful) ja voimattomien (powerless) sairaanhoitajien eroista kyvyissä, arvoissa ja käytännön toiminnassa. Tulokset ovat osa laajempaa määrällistä tutkimusta, jossa sairaanhoitajilta kartoitettiin heidän tietoaan, arvojaan, käytäntöään ja motivaatiotaan. Voimakkailla sairaanhoitajilla oli parempi tietoperusta potilaiden tarpeista. He olivat myös paremmin kyenneet vahvistamaan potilaiden perhesiteitä ja hyödyntämään vapauden periaatetta hoitotyössä. Voimakkaat sairaanhoitajat olivat voimattomia paremmin pystyneet vastaamaan myös potilaiden hengellisiin tarpeisiin ja he tekivät useammin hoitosuunnitelmia. Sairanhoitajat, joilla oli enemmän voimaa, olivat asettaneet korkeammat tavoitteet sekä potilaan hoidolle että omalle ammatilliselle kasvulleen. He myös kokivat muita useammin ilmapiirin työyhteisössään luottavaiseksi ja yhteistyön eri ammattiryhmien välillä sujuvaksi. Motivaatiota voitiin tutkimuksen perusteella pitää ilmeisenä voiman lähteenä, samoin sairaanhoitajien lisäkoulutusta.

Raatikainen (1997) on tutkinut myös sairaanhoitajien kokemuksia hoitotyöstä kutsumuksena. Niillä sairaanhoitajilla, jotka kokivat hoitotyön kutsumuksena, oli voimaa parantaa hoitotyön laatua. He kokivat työnsä rikastuttavana, saivat muita useammin positiivista palautetta, olivat tyytyväisiä työhönsä ja kuvasivat ammatilliset kykynsä hyväksi. Heillä oli myös voimaa antaa hengellistä tukea potilaille ja muutenkin heidän potilassuhteensa olivat erittäin läheisiä. Kutsumuksen kokeneille sairaanhoitajille oli luonteenomaista tiivis tiimityöskentely ja heillä oli syvä ymmärrys potilaan kokonaishoidosta.

Hewison (1995) tutki, miten sairaanhoitajat käyttävät kieltä hoitotyössä ja miten se vaikuttaa potilaisiin. Hän analysoi 172 kanssakäymistä, joissa vuorovaikutuksessa olivat sairaanhoitaja ja potilas, sairaanhoitaja ja sairaanhoitaja tai sairaanhoitaja ja muuhun ammattiryhmään kuuluva työntekijä. Kanssakäymisissä tuli esiin kolme eri voimankäytön muotoa. Avoimessa vallankäytössä potilasta määrättiin tekemään jotakin tai estettiin tekemästä jotakin. Käytettäessä suostuttelua potilas pyrittiin saamaan tekemään jotakin ilman suoria käskyjä. Tässä yleisiä keinoja olivat toisto, kyseenalaistaminen ja kontrollointi. Toiminnan kontrollointi oli yleisin tapa käyttää voimaa. Tällöin kysymykset saatettiin esittää niin, ettei toisella osapuolella ollut kuin yksi vastausvaihtoehto. Vallankäyttö voi olla hoitosuhteessa samankaltaista kuin vanhemman ja lapsen välisessä suhteessa. Sairanhoitajat käyttivät usein kieltä vallankäytön välineenä. Tämän pitäminen normaalina ja molempien osapuolten hyväksymänä tilanteena asettaa esteen avoimelle kommunikoinnille.

Myös Crawfordin ym. (1999), jotka tutkivat kielenkäyttöä hoitotyössä, tavoitteena oli kuvata psykiatrisessa sairaanhoidossa käytettyä kieltä. Tutkimuksessa tuli ilmi, että sairaanhoitajat käyttivät kieltä voiman välineenä. Tutkijoiden mukaan sairaanhoitajien olisi hyvä tiedostaa voima, joka sisältyy heidän kielenkäyttöönään ja olla sen kanssa yhtä tarkkoja kuin mitatessaan verenpainetta. Kielen kuvaaminen ja analysointi auttavat välttämään naiivia kommunikointia ja voimasuhteiden epätasapainoa.

Yhdysvalloissa toteutetussa tutkimuksessa kehitettiin käytännön malli (Hospital Based Continuous Care), joka perustuu "case management"-ajatteluun. Tässä mallissa ryhmä sairaanhoitajia vastaa tietyn potilasryhmän hoidon koordinoinnista riippumatta potilaiden tilanteesta. Tutkimuksessa kaksi sairaanhoitajaa toimi case managereina mielenterveyspotilaiden ryhmälle. He tekivät potilaille säännöllisesti kotikäyntejä ja ohjasivat heidät tarvittavien palvelujen piiriin. Käynnit dokumentoitiin päiväkirjojen ja strukturoitujen muistiinpanojen avulla. Tutkimustulosten raportoinnissa käytettiin hyväksi Bennerin kuutta potilashoidon elementtiä. Yhdistävä hoito (integrative care) on eräs voiman muoto, joka sallii potilaiden tunnistaa ja harjoittaa kykyjään riippumatta heidän rajoituksistaan. Asianajajuus (advocacy) voiman muotona sallii sairaanhoitajan poistaa potilaiden hyvinvoinnin esteitä ja olla potilaan tukena. Parantava voima (healing power) kokoaa potilaan voimavarat, mikä vahvistaa toivoa ja luottamusta. Ongelmien ratkaiseminen (problem solving) on voimaa, jota sairaanhoitaja saa havaitessaan yhteyden potilaaseen. Osallistuva voima (participative power) vahvistaa sairaanhoitajaa ja siirrettävä voima

(transformative power) antaa potilaiden määrittellä kokemuksensa uudelleen seurauksena yhteydestä hoitajaan. Tutkimuksessa nämä kaikki voiman muodot tulivat esiin ja vahvistuivat käytetyn mallin myötä. Hoitaminen on voiman lähde potilaan ja sairaanhoitajan välisessä suhteessa ja asiantuntijuus voimavarana auttaa potilaita kehittymään (Smith ym. 1998.)

Van der Merwe (1999) on tutkinut naissairaanhoitajien voimaa, voimattomuutta ja voimaantumista Etelä-Afrikassa. Fenomenologisessa tutkimuksessa haastateltiin 44 sairaanhoitajaa käyttämällä teoreettisen saturaation menetelmää. Sairaanhoitajat kuvasivat voiman yhtäältä kyvyksi ja toisaalta oikeudeksi. Voimaan liittyvinä tekijöinä he mainitsivat vahvuuden, auktoriteetin, kontrollin ja saavuttamisen. Naiset kokivat voiman liittyvän vahvasti mieheen perinteisessä afrikkalaisessa kulttuurissa. Heidän voimattomuutensa aiheuttajia olivat miesten ankaruus heitä kohtaan, päivittäisten rutiinien välttämättömyys, väärinkäytökset sekä äidilliset ja kotiin liittyvät velvollisuudet. Sairaanhoitajat tunsivat, että heillä oli hyvin vähän keinoja voimaantumiseen. Pidemmän koulutuksen saaneilla hoitajilla oli enemmän voiman tunnetta, koska he osallistuivat tutkimuksen tekoon, diagnostisointiin ja konsultointiin. He tunnistivat ahkeruuden, positiivisen luonteenlaadun ja henkilökohtaisen tietämyksen antavan heille voimaa. Nämä hoitajat pystyivät myös voimaannuttamaan muita ja luomaan vapauden miesten ylivallassa.

Taulukko 1. Tiivistelmä voimaa (power) käsittelevistä tutkimuksista

Tekijä, julkaisuvuosi ja maa	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusaineisto ja –menetelmät	Keskeiset tutkimustulokset
Mc Mahon 1990 Yhdysvallat	Selvittää sairaanhoitajien voiman ja kollegiaalisten suhteiden eroja yksilövastuun hoitotyön yksikössä ja hierarkkisesti johdetussa yksikössä.	N=45 Havainnointi ja Strukturoitu kysely Ristiintaulukointi	Hierarkkisesti johdetussa yksikössä voimasuhteet olivat riippuvaisia asemasta. Yksilövastuun hoitotyön yksikössä voima oli sitoutunut yksilöihin ja sairaanhoitajat hakivat harvemmin hyväksyntää teoilleen kuin hierarkkisesti johdetun yksikön hoitajat.

Tekijä, julkaisuvuosi ja maa	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusaineisto ja –menetelmät	Keskeiset tutkimustulokset
Nyström ja Segesten 1994 Ruotsi	Kuvata hoitokodissa esiintyvän voiman vaikutuksia siellä asuvien vanhusten kokemukseen voimasta tai avuttomuudesta	N=24 Havainnointi, asukkaiden kirjoittamat kuvaukset sekä yhden asukkaan ja hoitohenkilökunnan haastattelu. Sisällön analyysi	Asukkaat kokivat usein voimattomuuden tunnetta. Voimattomuuden aiheuttajia olivat ympäristölliset tekijät, oma terveydentila sekä muutokset siinä. Asukkaat kokivat voiman tunnetta, kun heidän integriteettiään ja identiteettiään kunnioitettiin.
Raatikainen 1994 Suomi	Kartoittaa sairaanhoitajien tietoa, arvoja, käytäntöä ja motivaatiota.	N=179 Kysely Ristiintaulukointi ja Chi ² -testi	Voimakkailta sairaanhoitajilla oli parempi tietoperusta potilaiden tarpeista kuin voimattomilla hoitajilla. Heillä oli korkeammat tavoitteet sekä potilaan hoidolle että omalle ammatilliselle kasvulle. Motivaatio ja lisäkoulutus olivat voiman lähteitä.
Hewison 1995 Iso-Britannia	Selvittää, miten sairaanhoitajat käyttävät kieltä ja miten se vaikuttaa potilaisiin.	N=172 Havainnointi Grounded teoria	Sairanhoitajat käyttivät kieltä usein vallankäytön välineenä. Voimankäytön muotoja olivat avoin vallankäyttö, suostuttelu ja toiminnan kontrollointi.
Boumans ja Landeweerd 1996 Hollanti	Kuvata yksilövastuiseen hoitotyön malliin siirtymisen vaikutuksia sairaanhoitajan työn luonteeseen, vuorovaikutukseen ja voimasuhteisiin.	N=145 (t1) N=131 (t2) N=119 (t3) Kysely Ristiintaulukointi	Hoitotyön johtajien vaikutusvalta kasvoi ja sairaanhoitajien sekä lääkärien vaikutusvalta väheni. Potilaiden vaikutusvalta pysyi ennallaan. Yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtyminen ei pienentänyt eroa sairaanhoitajien ja potilaiden voimassa.
Raatikainen 1997 Suomi	Selvittää eroja niiden sairaanhoitajien välillä, jotka kokevat tai eivät koe hoitotyötä kutsumuksena.	N=179 Kysely Ristiintaulukointi ja Chi ² -testi	Hoitotyön kutsumuksena kokeneilla sairaanhoitajilla oli syvä ymmärrys potilaan kokonaishoidosta ja heillä oli voimaa tukea potilasta sekä tämän omaisia. Sairanhoitajilla, jotka kokivat hoitotyön kutsumuksena, oli myös voimaa parantaa hoitotyön laatua.

Tekijä, julkaisuvuosi ja maa	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusaineisto ja –menetelmät	Keskeiset tutkimustulokset
Smith ym. 1998 Yhdysvallat	Kartoittaa case management-ajatteluun pohjautuvan hoidon mallin vaikutuksia mielenterveyspotilaiden avohoidossa.	N=2 Sairaanhoitajien päiväkirjat ja strukturoidut muistiinpanot Sisällön analyysi ja ristiintaulukointi	Käytettäessä case management-mallia Bennerin 6 voiman muotoa vahvistuivat hoidossa: yhdistävä hoito, asianajajuus, parantava voima, ongelmien ratkaiseminen, osallistuva voima ja siirrettävä voima. Hoitaminen oli voiman lähde ja asiantuntijuus voimavarana auttaa potilaita kehittymään.
Crawford ym. 1999 Yhdysvallat	Kuvata sairaanhoitajien käyttämää kieltä psykiatriassa sairaanhoidossa.	N=26 sairaanhoitajaa ja 3 sairaanhoitajaa Muistiinpanot videon pohjalta. Sisällön analyysi	Sairaanhoitajat käyttivät kieltä voiman välineenä. Tutkijoiden mukaan sairaanhoitajien olisi hyvä tiedostaa voima, joka sisältyy heidän kielenkäyttönsä. Kielen kuvaaminen ja analysointi auttavat välttämään naiivia kommunikointia ja voimasuhteiden epätasapainoa.
Van der Merwe 1999 Etelä-Afrikka	Kartoittaa etelä-afrikkalaisten sairaanhoitajanaisten voimaa, voimattomuutta ja voimaantumista.	N=44 Haastattelu Sisällön analyysi	Voima on toisaalta kykyä, toisaalta oikeus. Voimaan liittyviä tekijöitä olivat vahvuus, auktoriteetti, kontrolli ja saavuttaminen. Voimattomuuden aiheuttajia olivat miesten ankaruus, rutiinien välttämättömyys, väärinkäytökset ja kodin velvollisuudet. Pidemmän koulutuksen saaneilla hoitajilla oli vahvempi voiman tunne. Myös ahkeruus, positiivinen luonteenlaatu ja tietämys antoivat voimaa. Voimaantuneet hoitajat pystyivät voimaannuttamaan myös muita.

3.5.2 Voimaantumista käsitteleviä tutkimuksia

Voimaantumisen tutkimuksessa korostuivat sen edellytykset ja vaikutukset. Voimaantumista on tutkittu sekä sairaanhoitajan voimaantumisen että potilaan voimaantumisen näkökulmasta.

Sabiston ja Spence Lashinger (1995) tutkivat hoitajien työssä voimaantumista ja autonomian kokemista. Voimaantumisen lähteitä, kuten mahdollisuuksia, tietoa, tukea ja resursseja,

koettiin olevan vain vähän ja epäviralliset voimaantumisen lähteet olivat yleisempiä kuin viralliset. Kokeneet ja työnsä hyvin osaavat sairaanhoitajat tunsivat itsensä voimaantuneemmiksi kuin vasta vähän aikaa osastolla työskennelleet sairaanhoitajat. Myös tiiviin ryhmätyöskentelyn koettiin lisäävän voimaantumista. Osallistava johtamistapa ja ammatillisen kehityksen tukeminen todettiin tutkimuksen perusteella voimaantumisen mahdollistajina. Hoitajat, jotka kokivat työnsä joustavaksi, näkyväksi sekä tärkeäksi ja joilla oli epämuodollisia suhteita työtovereihin tunsivat muita useammin, että heillä oli mahdollisuus työssä voimaantumiseen. Voimaantumisen ja autonomian kokemisen välillä oli merkitsevä positiivinen yhteys. Tulosten perusteella hoitajat, joilla on mahdollisuus työssä voimaantumiseen kokevat pystyvänsä itse kontrolloimaan työtään.

Martinin (1998) toteuttamassa tutkimuksessa kartoitettiin kuolevien potilaiden voimaantumista ja sairaanhoitajien kykyä auttaa heitä siinä. Tulosten mukaan voimaantumisen prosessissa hoitaja tuli kriittisen ajattelun ja reflektoinnin kautta tietoiseksi harjoittamastaan voimasta ja myös siitä voimasta, jota häneen käytettiin. Voimaantuminen oli mahdollista avoimessa ja rehellisessä ilmapiirissä niin hoitajalle kuin potilaallekin. Jaetun tiedon avulla voitiin kommunikoida, ja koska hoitajalla oli jaettavaa tietoa, hän pystyi käynnistämään kommunikointiprosessin.

Vastasyntyneiden ja naistentautien vuodeosastolla tutkittiin jaetun johtajuuden mallin vaikutuksia työntekijöiden osallistumiseen, vuorovaikutukseen ja työtyytyväisyyteen. Kysely suoritettiin ennen mallin käyttöönottoa ja hieman yli vuosi kokeilun alkamisesta. Yksikössä sovittiin yhteisestä tulevaisuuden visiosta ja valittiin vapaaehtoisten sairaanhoitajien joukosta vastaavia hoitajia. Hoitohenkilökunnasta muodostettiin 10-15 hengen neuvostoja, jotka kokoontuivat säännöllisesti keskustelemaan ajankohtaisista asioista. Kuukausittain ilmestyi myös uutislehtinen ja hoitotyön johtajat, vastuuhoitajat sekä neuvostojen puheenjohtajat kokoontuivat. Mallin tärkein tavoite oli parantaa työtyytyväisyyttä tarjoamalla koko henkilökunnalle valtaa ja mahdollisuus vaikuttaa. Kokeilun aikana vuorovaikutus työntekijöiden kesken parani hieman ja hoitajat kokivat saavansa riittävästi tietoa, jotta pystyivät tekemään työnsä hyvin. Työtyytyväisyys laski johtuen kasvaneesta työmäärästä, mutta hoitotyöntekijöiden voimaantuminen lisääntyi. Jaettu johtajuus koettiin tutkimuksen perusteella yhdeksi strategiaksi tavoiteltaessa ammatillista ja organisatorista voimaantumista (Buckles Prince 1997.)

Spence Laschinger ja Sullivan Havens (1997) tutkivat työyhteisössä voimaantumisen vaikutuksia sairaanhoitajien mielenterveyteen ja työtehokkuuteen. Tutkijat käyttivät viitekehystenä Kanterin työssä voimaantumisen mallia. Tässä mallissa voimaantumisen kannalta keskeisiä tekijöitä ovat mahdollisuus kehittyä työssä, voima tai tehtävät, jotka takaavat informaation, voimavarojen ja tuen saannin sekä ihmissuhteet, jotka mahdollistavat joidenkin työntekijöiden eristäytymisen muista. Tutkimuksessa hyödynnettiin kolmea aikaisemmin kehitettyä mittaria: tulokunnon mittaria, työtoimintojen mittaria ja organisaation ihmissuhteiden mittaria. Tulosten mukaan sairaanhoitajien kokema voimaantuminen oli kohtuullista. Virallisen voiman (vallan) kokeminen oli vähäistä, kun taas epävirallisen voiman kokeminen huomattavasti yleisempää. Ne sairaanhoitajat, jotka eivät kokeneet voimaantumisen tunnetta työyhteisössä, olivat turhautuneita ja stressaantuneita. Voimaantumista edistäviä tekijöitä olivat mahdollisuudet, tieto ja resurssit. Ympäristötekijät vaikuttivat huomattavasti voimakkaammin sairaanhoitajien asenteisiin ja työkäyttäytymiseen kuin henkilökohtaiset tekijät. Työyhteisössä voimaantumisella oli huomattava positiivinen vaikutus työntekijöiden mielenterveyteen ja tulokuntoon.

Fultonin (1997) tutkimuksessa selvitettiin sairaanhoitajien käsityksiä työssä voimaantumisesta. Hoitajat kuvailivat voimaantumista vapauden käsittein, kuten vapautena tehdä vaikutusvaltaisia päätöksiä. Aineistosta nousi neljä viitekehystä kuvaavaa kategoriaa: voimaantuminen, henkilökohtaisen voiman omaaminen, suhteet moniammatillisessa työryhmässä ja itsensä kanssa sopusoinnussa oleminen. Voimaantuminen koettiin sekä prosessiksi että tulokseksi. Oikeiden päätösten ja valintojen tekeminen sekä valtuuksien omaaminen ja antaminen kuvasivat hoitajien mielestä heidän voimaantumistaan. Henkilökohtaisen voiman omaaminen on erilainen prosessi joka yksilöllä, riippuen roolista ja asemasta. Tieto koettiin voimaksi ja sitä tarvittiin toimintaan, voimaantumiseen ja eri mieltä olemiseen. Henkilökohtaisen voiman puuttuminen oli yhteydessä tehottomuuteen, tilanteista pakenemiseen ja alistetuksi tulemiseen. Moniammatillisessa työryhmässä korostui lääkäreiden määräysvalta. Hoitajat kokivat, että vaikka he antoivat oman panoksensa, lääkäreillä oli kuitenkin aina viimeinen sana. Itsensä kanssa sopusoinnussa olemiseen sisältyi itseluottamus, alhainen itsetunto ja manipulointi. Itseluottamusta tarvitaan, kun delegoidaan tehtäviä muille ja pyritään saamaan kaikki hyöty muiden osaamisesta. Hoitajat kokivat, että he eivät voineet neuvoa, haastaa tai voimaannuttaa muita, mikäli he eivät olleet tyytyväisiä itseensä.

Ellefsenin ja Hamiltonin (2000) kyselytutkimuksessa verrattiin sairaanhoitajien voimaantumista USA:ssa ja Norjassa. Norjalaiset kokivat useammin heillä olevan muodollista voimaa kuin sairaanhoitajat USA:ssa. Molemmissa maissa hoitajien asema työyhteisössä oli merkitsevin voimaantumista selittävä tekijä, esimiesasemassa olevilla hoitajilla oli muita useammin sekä muodollista että epämuodollista voimaa. USA:ssa toiseksi tärkein voimaantumiseen yhteydessä oleva tekijä oli koulutus ja sairaanhoitajat kokivat muodollisen voiman tärkeämmäksi kuin norjalaiset sairaanhoitajat. Norjassa hoitajien ikä oli toiseksi tärkein voimaantumiseen yhteydessä oleva tekijä ja hoitajat kokivat epämuodollisen voiman muodollista voimaa tärkeämmäksi. Sekä USA:ssa että Norjassa sairaanhoitajat kokivat voimansa vaatimattomaksi.

Suomalaisten tehohoito-yksiköissä työskentelevien hoitajien voimaantumista selvitettiin laajassa kyselytutkimuksessa. Käyttäytymiseen liittyvän voimaantumisen alueella hoitajat luottivat eniten kykyynsä työskennellä ryhmässä ja oppia uusia, työhön liittyviä taitoja. Ilmaisutaidoistaan hoitajat pitivät parhaina kykyä tuoda oma näkökulma esiin työyhteisössä ja osallistua työtä käsitteleviin päätöksiin. Tuloksellisen voimaantumisen alueella hoitajat uskoivat eniten kykyynsä muuttaa työtapojaan ja auttaa työtovereita parantamaan työsuorituksiaan. 40-49-vuotiaat kokivat useammin itsensä voimaantuneiksi kuin 20-29-vuotiaat hoitajat. Voimaantumisen kokemiseen vaikuttivat myönteisesti kokemus hoitotyöstä ja tehohoidosta, työmotivaatio, työtyytyväisyys ja työn itsenäisyyden kunnioittaminen (Suominen ym.2001.)

Kuokkasen ym. (2002) tutkimuksessa selvitettiin sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemusta ominaisuuksistaan ja toiminnastaan voimaantuneina hoitajina. Hoitajat kokivat moraaliset periaatteet parhaimmaksi ominaisuudekseen, kun taas tulevaisuuteen suuntautumiseen liittyviä ominaisuuksia mainittiin harvimminkin. Sekä sairaanhoitajat että terveydenhoitajat tunsivat itsensä melko voimaantuneiksi. Voimaantumiseen vaikuttivat työn vakituisuus ja työskentelyajan pituus. Vakituudessa työsuhhteessa työskennelleet tunsivat itsensä määräaikaisia useammin voimaantuneiksi. Yhdestä viiteen vuoteen työskennelleet tunsivat itsensä useammin voimaantuneiksi kuin kuudesta viiteentoista vuotta työskennelleet.

Taulukko 2. Tiivistelmä voimaantumista (empowerment) käsittelevistä tutkimuksista

Tekijä ja Julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusaineisto ja –menetelmät	Keskeiset tutkimustulokset
Sabiston ja Spence Laschinger 1995 Yhdysvallat	Kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia työssä Voimaantumisen ja autonomiasta	N=101 Strukturoitu kysely Ristiintaulukointi	Voimaantumisen edellytyksiä olivat mahdollisuudet, tieto, tuki ja resurssit. Hoitajat kokivat epäviralliset voimaantumisen lähteet yleisempinä kuin viralliset. Kokeneemmat hoitajat olivat muita voimaantuneempia, myös työalan tuntemus lisäsi voimaantumisen tunnetta. Voimaantuneet hoitajat tunsivat muita useammin kontrolloivansa itse työtään.
Buckles Prince 1997 USA	Selvittää jaetun johtajuuden mallin vaikutusta hoitohenkilökunnan osallistamiseen, vuorovaikutukseen ja työtyytyväisyyteen.	N=34 + 39 Kysely ennen ja jälkeen kokeilua Ristiintaulukointi	Jaetun johtajuuden mallin käytön jälkeen vuorovaikutus työyhteisössä parani ja hoitajat kokivat itsensä useammin voimaantuneemmiksi kuin ennen kokeilua. Hoitajat vastasivat myös useammin heillä olevan yhteinen visio hoitamisesta. Työtyytyväisyys kuitenkin laski kokeilun aikana johtuen työmäärän kasvusta.
Spence Laschinger ja Sullivan Havens 1997 Yhdysvallat	Selvittää työyhteisössä voimaantumisen vaikutuksia sairaanhoitajien mielenterveyteen ja tulostulokseen.	N=150 Strukturoitu kysely Ristiintaulukointi	Virallisen voiman kokeminen oli vähäistä, epävirallisen taas yleisempää. Voimaantumisen kokeminen oli kokonaisuudessaan kohtuullista. Sairaanhoitajat, jotka eivät kokeneet voimaantumista, olivat turhautuneita ja stressaantuneita. Ympäristötekijät vaikuttivat henkilökohtaisia tekijöitä voimakkaammin asenteisiin ja työkäyttäytymiseen.

Tekijä ja Julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusaineisto ja –menetelmät	Keskeiset tutkimustulokset
Fulton 1997 Iso-Britannia	Selvittää sairaanhoitajien käsityksiä voimaantumisenesta.	N=16 Kaksi nauhoitettua ryhmäkeskustelua Sisällön analyysi	Työssä voimaantumiseen sisältyi neljä kategoriata: voimaantuminen, henkilökohtaisen voiman omaaminen, suhteet moniammatillisissa työryhmissä ja itsensä kanssa sopusoinnussa oleminen. Hoitajat kokivat lääkärien määrävallan kaikissa asioissa voimaantumistaan heikentävänä tekijänä. Muiden neuvominen, haastaminen ja voimaannuttaminen oli mahdollista vain, jos hoitaja oli itse voimaantunut.
Martin 1998 Iso-Britannia	Selvittää kuolevien potilaiden voimaantumista ja sairaanhoitajien kykyä auttaa heitä tässä voimaantumisenesssa.	N=30 Sairaanhoitajien kirjoittamat esseet Sisällön analyysi	Voimaantuminen voi olla mahdollista avoimessa ja rehellisessä ilmapiirissä. Voimaantumisen prosessissa hoitaja tulee kriittisen ajattelun ja reflektoinnin kautta tietoiseksi harjoittamastaan voimasta.
Ellefsen ja Hamilton 2000 Norja ja USA	Vertailla sairaanhoitajien voimaantumista Norjassa ja USA:ssa.	N=725 Kysely Ristiintaulukointi	Norjalaiset sairaanhoitajat kokivat heillä olevan enemmän muodollista voimaa kuin sairaanhoitajat USA:ssa. Sairaanhoitajien asemalla oli eniten vaikutusta heidän voimaantumiseensa kummassakin maassa. Norjassa ikä oli toiseksi tärkein tekijä ja USA:ssa koulutus.
Suominen ym. 2001 Suomi	Kuvata hoitohenkilökunnan voimaantumista suomalaisissa tehohoitoyksiköissä.	N=814 Kysely Ristiintaulukointi	Voimaantumiseen vaikuttivat myönteisesti kokemus hoitotyöstä ja tehohoidosta, työmotivaatio, työtyytyväisyys ja työn itsenäisyyden kunnioittaminen. Vanhemmat hoitajat kokivat itsensä nuoria useammin voimaantuneiksi.
Kuokkanen ym. 2002 Suomi	Selvittää sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemusta ominaisuuksistaan ja suoriutumisestaan voimaantuneina hoitajina.	N=416 Kysely Ristiintaulukointi, varianssianalyysi	Hoitajat kokivat moraaliset periaatteet parhaimpana ominaisuutenaan. Yhdestä viiteen vuoden työskennelleet ja vakituiset hoitajat tunsivat itsensä useammin voimaantuneiksi kuin kuudesta viiteentoista vuotta työskennelleet ja määräaikaiset hoitajat.

3.5.3 Hoitotyön eettisiä periaatteita käsitteleviä tutkimuksia

Hoitotyön eettisistä periaatteista on tutkittu eniten ihmisarvon kunnioittamisen periaatetta ja siihen sisältyviä asioita. Erityisesti itsemääräämisoikeudesta on tehty tutkimuksia hoitotieteessä.

Bäckin ja Wikbladin (1998) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin sairaanhoitajien ja potilaiden suhtautumista yksityisyyteen yleisesti ja sairaalassa. Sairanhoitajien ja potilaiden omat kokemukset yksityisyyden tarpeistaan yleensä elämässä olivat hyvin samankaltaiset. Sairaalaympäristössä sairaanhoitajat arvioivat usein potilaidensa odotukset yksityisyydestä todellista korkeammiksi. Naisilla oli miehiä suuremmat odotukset yksityisyyden suhteen ja nuoret potilaat ilmaisivat yksityisyyden tarpeensa sairaalassa suuremmaksi kuin iäkkäät potilaat. Pitkäaikaishoidon potilaille yksityisyys oli tärkeämpää kuin lyhytaikaista hoitoa saaville potilaille. Sekä sairaanhoitajat että potilaat kokivat mahdollisuuden puhua hoitavan lääkärin kanssa kahden tärkeimmäksi yksityisyyden osa-alueeksi.

Gremmen (1999) tutki eettisesti hankalia tilanteita, joita kotisairanhoitajat kohtaavat päivittäisessä työssään. Grounded teoriaan perustuvissa haastatteluissa tuli esiin, etteivät hoitaminen ja itsemääräämisen kunnioittaminen ole aina helposti yhteensovittavissa. Ristiriitaisia tilanteita syntyi erityisesti silloin, kun sairaanhoitajan näkemys hyvästä hoidosta erosi asiakkaan näkemyksistä ja toivomuksista. Tällöin sairaanhoitajat pyrkivät keskustelemalla perustelemaan oman kantansa asiakkaalle ja pääsemään yhteisymmärrykseen hänen kanssaan. Tästä huolimatta asiakkaiden itsemääräämisen kunnioittamista voidaan tutkimuksen perusteella pitää hyvän kotisairanhoidon perustana. Kotisairanhoitajat tuomitsivat välinpitämättömyyden asiakkaiden tarpeita kohtaan sekä paternalistisen suhtautumisen ja tarpeettoman tunkeilun eettisesti väärinä tapoina toimia hoitotilanteessa.

Ruotsissa tehdyssä laadullisessa tutkimuksessa selvitettiin laitoshoidossa olevin vanhusten kokemuksia integriteetistä. Vanhukset kokivat tärkeinä integriteetin kunnioittamisessa, että he saivat säilyttää tavaroitaan lukitussa kaapissa ja että hoitajat käyttivät esim. väliverhoja silloin, kun intiimejä osia vanhusten kehosta oli paljastettava. Vanhusten mielestä heidän integriteettiään kunnioitettiin myös silloin, kun he ja heidän läheisensä saivat riittävästi tietoa ja kun hoitaja osoitti kiinnostusta heidän ammattitastaansa kohtaan. Vanhusten sosiaalisten ominaisuuksien huomioiminen esim. huonejärjestelyissä koettiin integriteettiä

kunnioittavana. Integriteettiään loukkaavina vanhukset kokivat esineellistävän kohtelun. Vanhukset tunsivat itsensä “riisutuiksi”, jolloin heillä ei ollut voimia vastustaa päätöksiä, joita tehtiin kysymättä heidän mielipidettään. He eivät myöskään esittäneet mielipidettään, koska pelkäsivät tulevansa väärin ymmärretyiksi. Vanhukset kokivat integriteettiään loukattavan, kun muut potilaat kuuluivat heidän luottamukselliset keskustelunsa hoitajien kanssa tai kun hoitajat eivät kertoneet heille sairaalassa järjestettävistä hengellisistä tapahtumista (Randers ja Mattiasson 2000.)

McCormick (2001) tutki itsemääräämisen periaatteen toteutumista hoitajien ja vanhusten välisissä keskusteluissa. Hoitajat omaksuivat usein tiedonantajan osan ja hallitsivat päätöksentekoa. Suurin osa keskusteluista seurasi hoitajan ennalta määräämää suunnitelmaa, vain harvoin keskustelu eteni vanhusten tarpeiden mukaan. Tutkimuksessa tuli esiin hoitajien ja vanhusten välisen voimasuhteen epätasapaino, joka heikensi vanhusten itsemääräämistä. Vanhusten oikeuksien toteutumista heikensivät monet sisäiset rajoitteet, kuten vanhuksen odotukset hoidosta ja hoitajien roolista sekä hoitajien asenteet vanhuksia kohtaan. Ulkoisia rajoitteita taas olivat kielen käyttäminen kontrollin välineenä, hoidon organisointi, rutiininomainen ja rituaalinen suhtautuminen hoitoon sekä vanhusten riskinoton ehkäisy.

Dementoituneille vanhuksille tarkoitetussa hoitokodissa tehtiin kaksivuotinen etnografinen kenttätutkimus, jossa tutkittiin päivittäisen elämän eettisiä kysymyksiä ja muodostettiin niihin perustuva kuvaileva luokitus. Luokitukseen sisältyy neljä pääluokkaa, jotka ovat kaikki olennaisia keskusteltaessa mistä tahansa yksittäisestä eettisestä tilanteesta dementoituneiden vanhusten hoidossa. *Toiminnan rajojen oppiminen* vaatii jokaisen vanhuksen ainutlaatuisuuden arvostamista ja yksilöllistä tapauskohtaista lähestymistä. Tilanteet vaihtelevat, eikä voi olla yhtä sääntöä, joka kattaisi kaikki tapaukset. Tämän vuoksi esim. dementoituneen vanhuksen ilmaiseman hoitotahdon noudattaminen ei aina ole yksiselitteistä, etenkin kun mukana on usein myös omaisen näkökulma. *Valvonnan ja rajoittamisen kulttuurin lieventäminen* tarkoittaa, että tapoja pehmentää ja vähentää laitosasumisen rajoitteita etsitään jatkuvasti. Tähän pohdintaan liittyy esim. dementoituneiden vanhusten vaeltelun rajoittamisen ja kotrolloimattoman vaeltelun aiheuttamien riskitekijöiden välinen harkinta. *Yksilön eheyden säilyttäminen* on herkkää tasapainoilua dementoituneen entisen ja nykyisen persoonallisuuden välillä. Jokapäiväiseen etiikkaan kuuluu sen ymmärtäminen, mitä persoonallisuuden osa-alueita on jäljellä ja mikä ilmentää sairauden etenemistä. *Yhteisöllisten normien ja arvojen määrittäminen* turvaa

dementoituneille vanhuksille tarvittavaa orientaatiota. Dementoituneiden yksilöllinen auttaminen päivittäisissä toiminnoissa vie paljon aikaa ja yhteisöllisissä tilanteissa hyvän tekemisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteet saattavat olla resurssien vähäisyydestä johtuen ristiriidassa. Tällöin yksilöiden henkilökohtaisia tarpeita punnitaan ryhmän tarpeiden kanssa (Powers 2001.)

Van Thielin ja van Deldenin (2001) tutkimuksessa selvitettiin vanhuksia hoitavien sairaanhoitajien ja lääkäreiden omaksumia itsemääräämisen tulkintoja. Tutkimukseen otettiin mukaan neljä vaihtoehtoista itsemääräämisen viitekehystä. Liberaalin käsityksen mukaan hoitajan tulisi välttää puuttumista vanhuksen elämään niin pitkälle kuin mahdollista. Kantilaisessa näkemyksessä itsemääräämisellä tarkoitetaan, että hoitajan tulee kunnioittaa vanhusten päätöksiä, mutta he voivat kyseenalaistaa mielestään epäjohdonmukaiset valinnat. Narratiivinen tulkinta itsemääräämisestä on, että jokaisen ihmisen elämänsuunnitelmia, historiaa ja kulttuuria kunnioitetaan. Vanhuksen päätöstä tulisi kunnioittaa, mikäli se on ymmärrettävä ottamalla huomioon hänen elämäntarinansa. Hoidon etiikan näkökulman mukaan hoitajan olisi muodostettava vanhuksen kanssa hoitosuhde, jossa keskeisenä on molemminpuolinen hyvän tavoittelemisen. Tämän suhteen avulla voidaan tehdä oikeat päätökset ja toimintatavat. Vastauksissa ei ollut merkitseviä eroja sukupuolen, ammatin, iän tai työkokemuksen perusteella. Sairaanhoitajat ja lääkärit vastasivat, ettei mikään näistä tulkinnoista sovellu vanhusten hoitotyöhön muita paremmin, vaan itsemääräämisen soveltaminen on sidoksissa tilanteeseen ja hoidettavaan vanhukseen. Ensisijaiseksi vaihtoehdoksi valittiin useimmin liberaali näkökulma ja harvimminkin hoidon etiikan näkökulma. Itsemääräämisen kunnioittamisessa tärkeinä koettiin vapauden suojeleminen, kohtuullisuus, valintojen näkeminen osana elämäntarinaa ja hoidon moraalisuus.

Barkay ja Tabak (2002) tutkivat itsemääräämisen käsitettä vanhusten hoitolaitoksissa ja vanhusten näkökulmasta. Vanhuksille suunnatun kyselyn perusteella vierailuilla oli myönteinen vaikutus vanhusten osallistumiseen järjestettyihin toimintoihin. Niillä vanhuksilla, jotka kokivat itsemääräämisensä korkeaksi, kävi myös muita useammin vieraita. Itsemääräämisellä oli myönteinen vaikutus vanhusten sosiaaliseen toimintaan ja heidän tyytyväisyyden kokemukseensa. Vanhusten osallistuminen järjestettyihin toimintoihin hoitolaitoksissa oli tämän tutkimuksen perusteella vähäistä.

Japanissa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin terveydenhoitajien suhtautumista uuteen vanhusten pitkäaikaishoitoon liittyvään lainsäädäntöön. Uuden lain voimaantulo asettaa terveydenhoitajille useita haasteita. Heidän vastuullaan on osaltaan varmistaa oikeudenmukainen hoidon jakautuminen vanhuksille ja heidän omaisilleen ottamalla huomioon rajalliset resurssit. Yli puolet terveydenhoitajista ilmaisi huolensa oikeudenmukaisuuden periaatteen toteutumisesta vanhusten terveydenhuollossa. Erityisesti he epäilivät kaikkien vanhusten yhtäläistä mahdollisuutta saada tarvitsemaansa hoitoa ja kokivat suurena haasteena vanhusten hoidon tarpeen arvioinnin järjestämisen. Terveydenhoitajat olivat huolissaan siitä, miten ja kenen toimesta tasa-arvoisuus määritellään ja ilmaisivat, ettei ilman riittävää rahoitusta ja sopivaa henkilöstöä mikään pitkäaikaishoidon järjestelmä voi toimia oikeudenmukaisesti (Barnes ym. 2002.)

Wilmot ym. (2002) selvittivät tutkimuksessaan, millaisia eettisiä periaatteita dementoituneiden vanhusten hoitajat soveltavat syöttäessään vanhuksia ja miten he toimivat näiden periaatteiden ollessa ristiriidassa keskenään. Tarkastelun kohteena olivat erityisesti hyvän tekemisen, itsemääräämisen ja elämän suojelemisen periaatteet. Useimmiten ristiriidassa olivat itsemääräämisen ja hyvän tekemisen periaatteet. Elämän suojeleminen tuli vain harvoin esille syöttämistilanteissa. Hoitajien oli helppo kunnioittaa vanhusten itsemääräämisoikeutta, kun syömisestä kieltäytyminen oli kertaluonteista. Pitkäaikainen syömättömyys tai syömisestä lopettaminen kokonaan olivat jo vaikeampia tilanteita. Tällöin hoitajat yrittivät jatkuvasti suostutella vanhuksia syömään ja myönsivät, etteivät koskaan täysin hyväksy vanhuksen päätöstä olla syömättä. Eettisissä tilanteissa hoitajat toimivat pääsääntöisesti omien arvojensa mukaisesti, tällöin ammatillisilla ohjeistoilla oli vähäinen merkitys.

Taulukko 3. Tiivistelmä hoitotyön eettisiä periaatteita käsittelevistä tutkimuksista

Tekijä, julkaisu vuosi ja maa	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusaineisto ja –menetelmät	Keskeiset tutkimustulokset
Bäck ja Wikblad 1998 Ruotsi	Selvittää sairaanhoitajien ja potilaiden suhtautumista yksityisyyteen.	N=162 (42 sairaanhoitajaa ja 120 potilasta) Kysely Ristiintaulukointi	Pitkäaikaisosastoiden potilailla oli korkeammat odotukset yksityisyydestä kuin lyhytaikaista hoitoa saavilla potilailla. Sairaanhoitajat arvioivat potilaiden yksityisyyden tarpeen usein suuremmaksi kuin mitä potilaat itse ilmaisivat. Sairaanhoitajien ja potilaiden

Tekijä, julkaisu vuosi ja maa	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusaineisto ja –menetelmät	Keskeiset tutkimustulokset
Gremmen 1999 Hollanti	Saada kuva kotisairaanhoidajien moraalisesta päätöksenteosta eettisesti hankalissa tilanteissa päivittäisessä hoitotyössä.	N=33 Haastattelu Grounded teoria	omat yksityisyyden tarpeet olivat hyvin yhteneväiset. Sairaanhoidajan ja asiakkaan näkemysten hoidosta erotessa toisistaan syntyi ristiriita hyvän hoidon ja asiakkaan itsemääräämisen kunnioittamisen välille. Sairaanhoidajat pyrkivät tällöin keskustelemalla pääsemään yhteisymmärrykseen asiakkaan kanssa. Välinpitämättömyys, paternalismi ja tunkeilu koettiin eettisesti vääriksi toimintatavoiksi.
Randers ja Mattiasson 2000 Ruotsi	Saavuttaa laajentunut ymmärrys laitoshoidossa olevien vanhusten kokemasta integriteetistä.	N=12 Haastattelu, Osallistuva havainnointi Sisällön analyysi	Vanhukset kokivat integriteetin kunnioittamisena lukitut kaapit omille tavaroille, intimitetin suojauksen, riittävän tiedonsaannin, kiinnostuksen entistä ammattia kohtaan ja sosiaalisten ominaisuuksien huomioimisen huonesijoittelussa. Integriteettiä loukkasivat päätösten tekeminen ilman, että vanhusten mielipidettä huomioitiin, toisten potilaiden mahdollisuus kuulla luottamukselliset keskustelut hoitajan kanssa, hengellisistä tilaisuuksista tiedottamatta jättäminen ja esineellistä kohtelu.
McCormack 2001 Pohjois-Irlanti	Selvittää miten itsemäärääminen ilmenee hoitajien ja vanhusten välisissä suhteissa.	N=14 Tapaustutkimus, nauhoitetut keskustelut Keskustelun analyysi ja teemaattinen analyysi	Keskusteluissa hoitajat keskittyivät tiedon antamiseen ja tekivät valtaosan päätöksistä. Keskustelut seurasivat hoitajat etukäteen päättämää suunnitelmaa. Vanhusten oikeuksien toteutumista rajoittivat heidän odotuksensa palveluista ja hoitajien roolista sekä hoitajien asenteet vanhuksia kohtaan. Itsemääräämisen toteutumisen esteenä olivat myös mm. hoitajien kielen käyttö kontrollin välineenä ja käytännön rutiinit.

Tekijä, julkaisuvuosi ja maa	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusaineisto ja –menetelmät	Keskeiset tutkimustulokset
Powers 2001 USA	Tutkia päivittäisen elämän eettisiä kysymyksiä dementoituneille vanhuksille tarkoitettussa hoitokodissa ja muodostaa kuvaileva luokitus.	N=30 asukasta, heidän omaisensa ja hoitajansa Etnografinen kenttätutkimus, osallistuva havainnointi ja syvähaastattelu Sisällön analyysi	Luokitukseen muodostui neljä pääluokkaa: Toiminnan rajojen oppiminen, valvonnan ja rajoittamisen kulttuurin lieventäminen, yksilön eheyden säilyttäminen ja yhteisöllisten normien ja arvojen määrittäminen. Dementoituneiden vanhusten eettisen kohtelun pohdinta perustuu laitospelämän kulttuuriseen kokemukseen. Kaikki neljä pääluokkaa ovat olennaisia keskusteltaessa mistä tahansa yksilöllisestä tapauksesta.
Van Thiel ja van Delden 2001 Hollanti	Selvittää, mitä itsemääräämisen viitekehystä vanhuksia hoitavat sairaanhoitajat ja lääkärit soveltavat työssään.	N=125 (94 sairaanhoitajaa ja 31 lääkäriä) Kysely Ristiintaulukointi	Mikään itsemääräämisen määritelmä ei soveltunut vanhusten hoitoon muita paremmin. Itsemääräämisen tulkinta riippuu mm. siitä, onko vanhus täysin kykenevä tekemään päätöksiä, vai dementiaa sairastava. Itsemääräämisen kunnioittamisessa olennaista on vapaus, kohtuullisuus, valintojen näkeminen elämänhistorian pohjalta ja hoidon moraalisuus.
Barkay ja Tabak 2002 Israel	Selvittää hoitolaitoksessa asuvien vanhusten itsemääräämisen astetta, osallistumista ja hyvinvointia.	N=39 Kysely Ristiintaulukointi	Vierailuilla oli myönteinen vaikutus vanhusten osallistumiseen ja itsemääräämisellä vanhusten sosiaalisiin toimintoihin. Korkealla itsemääräämistasolla oli myönteinen vaikutus vanhusten kokemaan tyytyväisyyteen.
Barnes ym. 2002 Japani	Selvittää terveydenhoitajien näkemystä siitä, miten uusi lainsäädäntö vaikuttaa heidän työhönsä sekä vanhusten hoitamiseen Japanissa.	N=35 Kysely Ristiintaulukointi	Terveys hoitajat olivat huolissaan oikeudenmukaisuuden toteutumisesta vanhuksen hoidossa, erityisesti tasavertaisesta mahdollisuudesta saada hoitoa. Heidän mukaansa ilman riittävää rahoitusta ja sopivaa henkilöstöä mikään pitkäaikaishoidon yksikkö ei voi olla oikeudenmukainen.
Wilmot ym. 2002 Iso-Britannia	Selvittää, miten dementoituneiden vanhusten hoitajat hyödyntävät eettisiä periaatteita syöttäessään vanhuksia ja miten he toimivat tilanteissa, joissa periaatteet ovat ristiriidassa keskenään.	N=Kolme kohder ryhmää Haastattelu (kukin ryhmä kahteen kertaan) Grounded teoria	Useimmiten ristiriidassa olivat itsemäärääminen ja hyvän tekeminen. Vanhuksen kieltäytyminen kerran ruoasta oli helpompi hyväksyä kuin täysi syömättömyys. Hoitajien ratkaisujen pohjana olivat heidän omat arvonsa.

3.5.4 Aikaisempien tutkimusten yhteenveto

Voimaa käsittelevissä tutkimuksissa oli käytetty sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia menetelmiä, joissakin tutkimuksissa oli hyödynnetty molempia lähestymistapoja. Tulosten perusteella ne sairaanhoitajat, joilla oli voimaa, pystyivät antamaan parempaa hoitoa kuin ne sairaanhoitajat, joilla voimaa oli vain vähän. Jos sairaanhoitaja itse koki voiman tunnetta, hän pystyi voimaannuttamaan myös työtovereita ja potilaita. Voima oli toisaalta kyky, toisaalta oikeus riippuen näkökulmasta, josta sitä lähestyttiin. Työyksikön johtamistapa ja hoidon organisointi vaikuttivat sairaanhoitajan kokemaan voimaan. Merkittävin voiman lähde oli oma ammattitaito, sillä koulutuksella oli selvä yhteys sairaanhoitajan kokemaan voimaan. Voiman käyttötavat riippuivat siitä, miten hoitaminen koettiin, vakaumuksena, kutsumuksena vai tehtävänä. Kielenkäyttö oli olennainen osa sairaanhoitajan voiman ilmaisemista, myös kieltä voitiin käyttää sekä vallan että voiman hyödyntämisen näkökulmasta.

Voimaantumista oli tarkasteltu hoitotieteellisessä tutkimuksessa sekä määrällisesti että laadullisesti. Sen mahdollistajina koettiin sairaanhoitajan työkokemus, nykyisen työalan tuntemus, tieto, tuki sekä avoin ja rehellinen ilmapiiri. Organisaation panos oli sairaanhoitajien voimaantumisessa yleensä vähäinen, epäviralliset voimaantumisen lähteet olivat huomattavasti yleisempiä. Voimaantumisen koettiin vähentävän sairaanhoitajien stressaantumista ja turhautuneisuutta.

Hoitotyön eettisiä periaatteita on tutkittu erityisesti tilanteissa, joissa ne ovat ristiriidassa keskenään. Kiinnostuksen kohteena on ollut useimmiten itsemääräämisen periaate ja sen soveltaminen käytännön tilanteissa. Tutkimuksissa tulee esiin se, että periaatteita sovelletaan riippuen käytännön tilanteista ja ihmisistä, jotka niissä ovat mukana. Hyvän tekemisen periaatetta käsitteleviä tutkimuksia ei juurikaan ole saatavilla ja myös oikeudenmukaisuutta on tarkasteltu todella vähän. Erityisesti käsiteanalyysit olisivat tarpeellisia, koska näiden käsitteiden konkretisointi on hyvin vaikeaa.

Varsinaisia ristiriitaisuuksia ei tutkimusten tuloksista ole löydettävissä, mutta aiheen abstraktiivisuudesta ja moninaisuudesta johtuen on vaikeaa saada kokonaiskäsitystä tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohteesta.

4. AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1. Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Aineisto kerättiin vuoden 2003 loppupuolella kolmessa eri vanhainkodissa, jotka kaikki sijaitsivat eri kaupungeissa. Tätä ennen suoritettiin esitutkimus yhdessä vanhainkodissa. Tutkimusjoukkona olivat kaikki vanhusten hoitoon osallistuvat työntekijät, yhteensä 553 vanhusten hoitajaa. Aineisto kerättiin kyselylomakkeiden (liite 2.) avulla, jotka tutkimuksen tekijä toimitti osastonhoitajille tai sovitulle yhteyshenkilölle. He jakoivat lomakkeet saatekirjeineen (liite 1.) ja vastauskuorineen edelleen hoitotyöntekijöille. Vastausajaksi annettiin keskimäärin kaksi viikkoa. Lomakkeet palautettiin suljetuissa kirjekuorissa suoraan tutkimuksen tekijälle. Kyselylomakkeita palautui yhteensä 221 kappaletta ja vastausprosentiksi tuli näin ollen 40.

4.2. Mittari

Kyselylomakkeen alussa oli vastaajien taustatietoja kartoittavia kysymyksiä ja niiden jälkeen viisiluokkaisia väittämäsarjoja. Työyhteisöä (kysymykset 13-23) mitattiin yksikön ilmapiiriä, vaikutusmahdollisuuksia, yhteistyötä ja sitoutumista koskevilla kysymyksillä. Nämä kysymykset perustuvat suomalaisen työyhteisöä käsittelevään kirjallisuuteen, erityisesti Pirnesin (1992) ja Kauppisen (1999) teoksiin. Johtajuutta vastaajien työyksiköissä (kysymykset 24-33) mitattiin kartoittamalla esimiehen kommunikointia, ihmisosaamista, itsetuntoa ja luottamusta alaisiin sekä hallittua tilanteiden johtamista. Nämä kysymykset perustuvat Pirnesin (1992) ja Kauppisen (1999) lisäksi Grönforsin (1996) kirjoituksiin. Vastaajien ammatillisuutta (kysymykset 34-43) mitattiin kysymyksillä hoitotieteellisen tiedon hyödyntämisestä, itsensä kehittämisestä, kollegiaalisuudesta ja kollektiivisuudesta sekä korkeasta eettisestä ja tavoitteellisesta tavoitetasosta työssä. Ammatillisuutta mittaavat kysymykset perustuvat Stylesin (1982) ja Simmsin ym. (1985) teoksiin. Voimaantumisen tunnetta (kysymykset 44-55) mitattiin itsetuntoon, tulosten saavuttamiseen, työn merkityksellisyyden kokemiseen ja asiantuntemukseen liittyvillä kysymyksillä. Nämä kysymykset perustuvat erityisesti Rodwellin (1996) käsiteanalyysiin. Hoitotyön eettisten periaatteiden noudattamista kartoitettiin kysymällä hoitajien toimintaa päivittäisten toimintojen yhteydessä (kysymykset 56-65), hoidon suunnittelussa ja järjestämisessä (kysymykset 66-76), vuorovaikutuksessa vanhusten kanssa (kysymykset 77-85) sekä heidän

ollessaan yhteydessä vanhusten omaisiin (kysymykset 86-95). Ihmisarvon kunnioittamista mitanneet kysymykset perustuvat Thompsonin ym. (1995) ja Husted & Hustedin (1991) kirjoituksiin sekä Sairaanhoidajan eettisiin ohjeisiin (1996). Hyvän tekemisen periaatetta mitanneet kysymykset perustuvat erityisesti Milnerin (1993) artikkeliin. Oikeudenmukaisuutta mitanneiden kysymysten perustana on käytetty Thompsonin ym. (1995) teosta ja Sairaanhoidajien eettisiä ohjeita (1996). Lomakkeen lopussa oli kolme avointa kysymystä, joihin vastaajat saivat omin sanoin kirjoittaa kokemuksistaan ja tunteistaan eettisesti hankalissa tilanteissa vanhusten hoitotyössä.

4.3. Aineiston käsittely ja analyysi

Aineiston analysointia varten luokittelemattomat muuttujat luokiteltiin ja luokkia yhdistettiin. Ikä luokiteltiin kolmeen luokkaan: alle 35-vuotiaat, 35-49-vuotiaat ja vähintään 50-vuotiaat. Ammattinimike-muuttujan luokittelussa terveydenhoitajat yhdistettiin sairaanhoitajien luokkaan ja perushoitajat sekä muut alemman terveydenhuollon tutkinnon suorittaneet hoitajat lähihoitajien luokkaan. Näiden lisäksi muodostettiin oma luokka niille, joilla ei ollut terveydenhuollon tutkintoa. Muuttujista ”työskentelyaika hoitotyössä” ja ”työskentelyaika nykyisessä työyhteisössä” tehtiin neliluokkaisia. Hoitotyön lisäkoulutukseen osallistumista mitanneiden muuttujien kaksi luokkaa, ”kaksi kertaa” ja ”kolme kertaa tai useammin”, yhdistettiin luokaksi ”kaksi kertaa tai useammin”. Lisäkoulutuksen järjestämistä käsitelleestä muuttujasta tehtiin kaksiluokkainen yhdistämällä ne luokat, joissa koulutus oli joko itse järjestettyä tai vapaa-aikaan sisältyvää tai näitä molempia. Työyhteisön ja esimiehen suhtautumista hoitajan ammatilliseen kehittymiseen mitanneen muuttujan ”estävä”-luokka yhdistettiin ”välipitämätön”-luokkaan, jolloin muuttujasta tuli kolmiluokkainen. Myös työnjakoa mitanneesta muuttujasta tehtiin kolmiluokkainen yhdistämällä tehtäväkeskeinen, moduuli- ja ryhmätyöskentely omaksi luokakseen sekä yksilövastuinen hoitotyö ja tiimityöskentely omaksi luokakseen. Näiden lisäksi tehtiin oma luokka eri työnjakomallien yhdistelmästä, koska lähes viidennes vastaajista oli valinnut useita vaihtoehtoja. Asteikollisista muuttujista tehtiin kolmiluokkaisia yhdistämällä luokat ”täysin eri mieltä” ja ”eri mieltä” luokaksi ”eri mieltä” sekä ”samaa mieltä” ja ”täysin samaa mieltä” luokaksi ”samaa mieltä”. Keskimmäiseksi luokaksi jäi ”ei samaa eikä eri mieltä”.

Hoitotyön lisäkoulutukseen osallistumista mitanneesta kysymyssarjasta sekä työyhteisöä, johtajuutta ja voimaantumista mitanneista väittämäsarjoista laadittiin summamuuttujat.

Summamuuttujia muodostettaessa kielteiset muuttujat käännettiin myönteisiksi ja summamuuttujille laskettiin Cronbachin alfa-arvot. Lisäkoulutukseen osallistumisen summamuuttujasta jätettiin pois kysymyssarjan viimeinen muuttuja ”kuinka monta kertaa ollut jotakin muuta käsitelleessä koulutuksessa” sen hajanaisuuden vuoksi. Ammatillisuutta mittaavat kysymykset yhdistettiin voimaantumisen summamuuttujaan, koska ammatillisuus voimaantumisen osa-tekijänä täydentää summamuuttujaa. Tällöin joitakin ammatillisuutta ja voimaantumista mitanneita kysymyksiä jätettiin pois Cronbachin alfa-arvon parantamiseksi. Myös hoitotyön eettisiä periaatteita mitanneista kysymyssarjoista muodostettiin summamuuttujat, mutta niitä ei käytetty tulosten analysoinnissa, koska niiden Cronbachin alfa-arvo jäi alle 0.70.

Taulukko 4. Summamuuttujien muodostaminen

Summamuuttujan nimi	Väittämien numerot	Poisjätetyt väittämät	Käännetty väittämät	Pisteytys	Cronbachin alfa
Lisäkoulutukseen osallistuminen	6.1 - 6.9	6.9		1 - 1.49 = Ei kertaakaan 1.5 - 2.49 = Yhden kerran 2.5 - 3 = 2 kertaa tai useammin	0.8356
Työyhteisön toimivuus	13 - 23		15 19 20 21	1 - 1.49 = Eri mieltä 1.5 - 2.49 = Ei samaa eikä eri mieltä 2.5 - 3 = Samaa mieltä	0.8409
Toimiva johtajuus	24 - 33		26 27 29 30	1 - 1.49 = Eri mieltä 1.5 - 2.49 = Ei samaa eikä eri mieltä 2.5 - 3 = Samaa mieltä	0.7205
Voimaantuminen	34 - 55	34 39 41 44 46 49 50	38 45 52 53 54	1 - 1.49 = Eri mieltä 1.5 - 2.49 = Ei samaa eikä eri mieltä 2.5 - 3 = Samaa mieltä	0.7136

Tilastollisina menetelminä käytettiin ristiintaulukointia ja khiin neliö -testiä. Khi²-testi mittaa, onko kahden ryhmän välinen ero tilastollisesti merkitsevä ja riippuvuuden voimakkuutta voidaan mitata tähän testiin perustuvilla tunnusluvuilla (Krause ja Kiikkala 1996, 13.) Luokitellut taustamuuttujat ristiintaulukoitiin kaikkien muiden muuttujien kanssa. Työyhteisön toimivuuden ja johtajuuden summamuuttujat ristiintaulukoitiin voimaantumisen summamuuttujan kanssa ja voimaantumisen summamuuttuja taas eettisten periaatteiden

noudattamista mittaavien muuttujien kanssa. Ristiintaulukointien tuloksia raportoitaessa on esitetty vain tilastollisesti merkitseviä tuloksia ($p < 0.05$).

Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysi-menetelmällä käyttäen induktiivista lähestymistapaa. Sisällön analyysissa aineistosta etsitään tutkimustehtävien kannalta olennaisia asioita, jonka jälkeen yhdistetään saman sisältöiset alakategoriat toisiinsa. Näin muodostuu yläkategorioita (Kynge ja Vanhanen 1999). Vastaukset kirjoitettiin kysymyksittäin sanatarkasti tietokoneelle, jolloin aineistoa kertyi analysoitavaksi 11 sivua. Aineistosta poimittiin usein toistuvia ilmaisuja alleviivaamalla eri tutkimustehtäviin liittyvät asiat eri väreillä. Tämän jälkeen ilmaukset pelkistettiin ja ryhmiteltiin yhteenkuuluvuuden mukaan.

Tutkimuksen tulokset esitetään ikäryhmittäin (alle 35-vuotiaat, 35-49-vuotiaat ja vähintään 50-vuotiaat) luokiteltuina. Luokitellut taustamuuttujat on koottu taulukkoon ja tulokset esitetään taulukon etenemisen mukaisesti. Työyhteisöä, johtajuutta, ammatillisuutta ja voimaantumista koskevat taulukot sisältävät melko monia väittämiä. Tämän vuoksi taulukoihin on laadittu samaa osakokonaisuutta käsitteleville väittämille alaotsikot. Myös nämä tulokset esitetään taulukon etenemisen mukaisesti. Ihmisarvon kunnioittamisen periaatteen noudattamiseen liittyvät tulokset on luokiteltu itsemääräämisoikeuden, yksityisyyden ja rehellisyyden noudattamiseen. Hyvän tekemisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteiden noudattaminen on esitetty omina kokonaisuuksinaan. Hoitotyön eettisten periaatteiden tulokset esitetään taulukoissa kokonaisuutena ilman alaotsikoita ja tulkinta etenee taulukoiden yhteensä-sarakkeen mukaisesti, suurimmasta prosentuaalisesta määrästä pienimpään. Muiden muuttujien kuin iän mukaan ristiintaulukoidut tilastollisesti merkitsevät tulokset esitetään taulukoiden jälkeen. Avoimien kysymysten tulokset esitetään aihealueittain muiden tulosten yhteydessä. Hoitajien kuvailemat eettisesti hankalat tilanteet vanhusten hoitotyössä on lisäksi koottu taulukkoon eettisten periaatteiden mukaan luokiteltuina.

4.4. Eettiset kysymykset

Esitutkimukseen saatiin lupa sosiaali- ja terveystoimen Sairaala- ja laitospalvelujen tulosyksikön johtajalta. Varsinaiseen tutkimukseen saatiin lupa ensimmäisen kaupungin

sosiaali- ja terveystoimen yhteispalvelujohtajalta, toisen kaupungin Terveystoimen johtajalta ja kolmannen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tutkimuslupatoimikunnalta sekä tutkimukseen osallistuneen vanhainkodin ylihoitajilta.

Tutkimukseen osallistuminen oli vastaajille vapaaehtoista ja heidän antamansa tiedot käsiteltiin luottamuksellisesti. Kyselylomakkeet palautettiin nimettöminä suoraan tutkimuksen tekijälle ja tutkimustulokset esitetään kokonaisuutena, jolloin yksittäiset vastaukset tai työyhteisöt eivät erotu joukosta. Myöskään tutkimukseen osallistuneiden vanhainkotien nimiä tai neljää paikkakuntaa, joilla ne sijaittivat ei mainita tutkimusraportissa.

Krausen ja Kiiikkalan (1996, 65) mukaan tutkijan vastuullisuuteen kuuluu kaikkien tutkimusvaiheiden tarkka ja rehellinen toteuttaminen. Tutkimusaihetta koskevat valinnat ja niiden perustelut tulee tuoda ilmi. Tässä tutkimuksessa käytettiin runsaasti aikaa jokaisen vaiheen toteuttamiseen. Tutkimusprosessissa edettiin vasta, kun edellinen vaihe oli huolellisesti saatu tehtyä. Jokaisen tutkimusvaiheen toteuttamisessa käytettiin apuna runsaasti kirjallisuutta sekä asiantuntijaohjausta ja kaikki tärkeät valinnat on pyritty perustelevaan raportoinnissa.

Tutkijan tulee suunnitella tutkimuksensa siten, että se häiritsee mahdollisimman vähän tutkittavia ja hoitotyötä (Krause ja Kiiikkala 1996, 67.) Tässä tutkimuksessa tiedonantajille jaettiin kyselylomakkeet vastauskuorineen ja he saivat itse valita, missä ja milloin sen täyttivät ja postittivat. Vastausaikaa annettiin noin kaksi viikkoa, jotta lomakkeiden täyttämiseksi löytyisi varmasti riittävästi aikaa ja sopiva paikka. Kaikissa tutkimukseen osallistuneissa vanhainkodeissa oli kuitenkin tehty aikaisemminkin kyselytutkimuksia, jonka vuoksi hoitohenkilökunta oli saattanut väsyä lomakkeiden täyttämiseen.

5. TUTKIMUSTULOKSET

5.1. Taustatiedot

Kyselyyn vastanneiden hoitajien ikä vaihteli 19 ja 63 vuoden välillä, keskiarvo oli 42 vuotta. Heistä lähihoitajia oli kolme neljäsosaa ja sairaanhoitajia hieman yli viidennes. Työskentelyaika hoitotyössä vaihteli vajaasta kuukaudesta 37 vuoteen, keskimäärin hoitotyötä oli tehty 15 vuotta. Lähes kaksi viidesosaa oli tehnyt hoitotyötä vähintään 20 vuotta. Nykyisessä työyhteisössä oli työskennelty keskimäärin 7 vuotta, alle kuukaudesta 32 vuoteen. Vakituudessa työsuhteessa oli kolme neljäsosaa vastaajista, alle 35-vuotiaista vakituksia oli kaksi viidesosaa (Taulukko 5).

Taulukko 5. Vanhusten hoitajien taustatiedot ikäluokittain.

Taustatekijät	Alle 35-vuotiaat (n=42-53) %	35-49-vuotiaat (n=93-106) %	Vähintään 50-vuotiaat (n=42-60) %	Yhteensä (n=177-218) %	Testiarvot χ^2 p df
Ammattinimike					
- Ei terveydenhuollon tutkintoa	4	2	3	3	1.92
- Lähihoitaja	73	78	70	75	0.751 ns
- Sairaanhoitaja	23	20	27	22	4
Työskentelyaika hoitotyössä					
- Alle 5 vuotta	63	4	5	18	120.54
- 5-10 vuotta	29	18	15	20	<0.001 nv
- 11-19 vuotta	8	35	17	24	6
- Vähintään 20 vuotta	-	43	63	38	
Työskentelyaika nykyisessä työyhteisössä					
- Alle 2 vuotta	51	23	17	28	37.96
- 2-5 vuotta	43	24	35	32	<0.001 nv
- 6-14 vuotta	6	33	28	25	6
- Vähintään 15 vuotta	-	20	20	15	
Työsuhte					
- Määräaikainen	61	18	7	25	50.30
- Vakituinen	39	82	93	75	<0.001 ***
					2

Kaksi viidesosaa vastaajista oli viimeisen viiden vuoden aikana ollut vähintään kaksi kertaa vanhusten hoidon erityispiirteitä käsitelleessä koulutuksessa, neljännes hoitajista oli ollut vähintään kaksi kertaa hoitotoimenpiteitä, ihmissuhdetaitoja tai työyhteisön toimivuutta käsitelleessä koulutuksessa. Noin viidennes vastaajista oli ollut kaksi kertaa tai useammin työnjakomallia käsitelleessä koulutuksessa ja kymmenesosa vastaajista oli ollut vähintään kaksi kertaa hoitotyön malleja tai etiikkaa käsitelleessä koulutuksessa. Harvimminkin hoitajat olivat olleet tutkimustyön tekemistä käsitelleessä koulutuksessa. Lisäkoulutus oli useimmin

ollut työnantajan järjestämää ja työajalla tapahtuvaa. Hieman yli kymmenesosa vastaajista oli mukana pitkäkestoisessa tai jatkuvassa koulutuksessa työnsä ohella ja yksi seitsemästätoista suoritti jotakin tutkintoa työnsä ohella. Alle 35-vuotiaat vanhusten hoitajat olivat osallistuneet muita harvemmin vanhusten hoidon erityispiirteitä ja ihmissuhdetaitoja käsittelevään koulutukseen viimeisen viiden vuoden aikana (Taulukko 6).

Taulukko 6. Hoitotyön lisäkoulutukseen osallistuminen ikäluokittain.

	Alle 35-vuotiaat (n=42-52) %	35-49-vuotiaat (n=93-106) %	Vähintään 50-vuotiaat (n=42-60) %	Yhteensä (n=177-218) %	Testiarvot χ^2 p df
Koulutukseen osallistuminen					
Kuinka monta kertaa ollut viimeisen 5 vuoden aikana koulutuksessa, jossa on käsitelty					
*vanhusten hoidon erityispiirteitä					
- Ei kertaakaan	67	29	40	41	21.13
- Yhden kerran	12	25	19	20	<0.001 ***
- 2 kertaa tai useammin	21	46	43	39	4
*hoitotoimenpiteitä					
- Ei kertaakaan	54	46	55	50	3.03
- Yhden kerran	25	22	18	22	0.553 ns
- 2 kertaa tai useammin	21	32	27	28	4
*ihmissuhdetaitoja					
- Ei kertaakaan	71	47	42	51	12.93
- Yhden kerran	10	25	25	21	0.018 *
- 2 kertaa tai useammin	19	28	33	28	4
*työyhteisön toimivuutta					
- Ei kertaakaan	60	56	55	57	3.23
- Yhden kerran	17	22	13	18	0.519 ns
- 2 kertaa tai useammin	23	22	32	25	4
*työnjakomallia					
- Ei kertaakaan	71	63	60	64	2.11
- Yhden kerran	14	21	20	19	0.716 ns
- 2 kertaa tai useammin	15	16	20	17	4
*hoitotyön malleja					
- Ei kertaakaan	77	60	73	68	6.55
- Yhden kerran	17	25	15	20	0.161 ns
- 2 kertaa tai useammin	6	15	12	12	4
*etiikkaa					
- Ei kertaakaan	81	61	67	67	6.72
- Yhden kerran	15	27	21	23	0.152 ns
- 2 kertaa tai useammin	4	12	12	10	4
*tutkimustyön tekemistä					
- Ei kertaakaan	83	83	88	84	1.40
- Yhden kerran	9	9	9	9	0.845 ns
- 2 kertaa tai useammin	8	8	3	7	4
*jotakin muuta					
- Ei kertaakaan	86	74	74	77	7.03
- Yhden kerran	-	10	5	6	0.134 nv
- 2 kertaa tai useammin	14	16	21	17	4
Lisäkoulutus on useimmiten ollut					
- Työnantajan järjestämää ja työajalla tapahtuvaa	88	89	88	89	0.06
- Itse järjestettyä ja/tai vapaa-aikaan sisältyvää	12	11	12	11	0.971 ns
Mukana pitkäkestoisessa tai jatkuvassa koulutuksessa työn ohella					
- Ei	92	83	90	87	3.39
- Kyllä	8	17	10	13	0.184 ns
Suorittaa tutkintoa työn ohella					
- Ei	96	90	98	94	5.59
- Kyllä	4	10	2	6	0.061 ns

Puolet hoitajista koki työyhteisönsä ja esimiehensä tukevana ja alle viidenneksen välinpitämättömänä ammatillisen kehittymisensä kannalta. Lähes kolme viidesosaa hoitajista vastasi työyhteisössään käytettävän tehtäväkeskeistä-, moduuli- tai ryhmätyöskentelyä. Viidenneksen työyhteisössä oli käytössä yksilövästuiainen hoitotyö tai tiimityöskentely ja viidenneksen eri työnjakomallien yhdistelmä (Taulukko 7).

Taulukko 7. Työyhteisön kehittyneisyys ikäluokittain.

	Alle 35-vuotiaat (n=42-52) %	35-49-vuotiaat (n=93-106) %	Vähintään 50-vuotiaat (n=42-60) %	Yhteensä (n=177-218) %	Testiarvot χ^2 p df
Työyhteisö on ammatillisen kehittymisen kannalta					
- Välinpitämätön	15	19	21	19	4.63
- Tukeva	60	46	58	53	0.327 ns
- Kannustava	25	35	21	28	4
Esimies on ammatillisen kehittymisen kannalta					
- Välinpitämätön	10	17	13	14	2.66
- Tukeva	45	50	49	49	0.615 ns
- Kannustava	45	33	38	37	4
Millainen työnjako pääasiassa käytössä työyhteisössä					
- Tehtäväkeskeinen-, moduuli- tai ryhmätyöskentely	67	54	58	58	2.47
- Yksilövästuiainen- tai tiimityöskentely	16	22	20	20	0.651 ns
- Eri työnjakomallien yhdistelmä	17	24	22	22	4

Avoimien kysymysten perusteella sekä peruskoulutuksesta että hoitotyön lisäkoulutuksesta oli saatu tukea toimimiselle eettisesti hankalissa tilanteissa. Erityisesti dementia- ja validaatiokoulutus koettiin hyödyllisiksi. Muutamat hoitajat olivat saaneet tukea työlleen vanhusten hoitajina hoitotieteen opinnoista. Myös pitkä työkokemus ja aikaisemmin koetut tilanteet auttoivat selviytymään ongelmallisista tilanteista. Vastaajien joukossa oli myös hoitajia, jotka eivät olleet saaneet minkäänlaista tukea koulutuksestaan.

“Koulutus on antanut eettisen ja moraalisen hoitotyön filosofian ja nämä periaatteet ovat perustana päätöksentekotilanteessa”

“Koulutuksessa pystyy näkemään asiat monelta eri laidalta, samoin koulutuksessa pysähtyy ajattelemaan omaa toimintaa ja tarkoitusta syvällisesti”

“Pitkä työkokemus on ohjannut ammatillisuuteen”

5.2. Työyhteisö

Työyhteisön ilmapiiriä koskevista asioista yli neljä viidesosaa vanhusten hoitajista oli samaa mieltä siitä, että heidän työyhteisössään keskustellaan usein avoimesti vanhusten hoitamisesta ja yli puolet piti ilmapiiriä aidosti luovaan hoitotyöhön kannustavana. Yhteistyö oli sujuvaa ja työtovereiden erityisosaamista hyödynnettiin vanhuksia hoidettaessa kolmessa neljäsosassa työyhteisöistä. Vajaan viidenneksen mielestä erilaiset toimintatavat haittasivat yhteistyötä vanhuksia hoidettaessa ja hieman yli neljäsosa hoitajista ilmaisi henkilökohtaisten ristiriitojen haitanneen hoitotyötä. Vaikuttamismahdollisuuksia kysyttäessä puolet vanhusten hoitajista oli sitä mieltä, että kaikki työntekijät osallistuivat päätöksentekoon heidän työyhteisössään, neljänneksen mielestä muutamat työntekijät tekivät työyhteisöä koskevat päätökset. Yli kolmanneksen työyhteisössä jokaisen työntekijän mielipidettä kysyttiin tehtäessä toimintatapoja koskevia päätöksiä. Tarkasteltaessa sitoutuneisuutta työyhteisöissä yhdessä kymmenestä työyhteisöistä ei ollut kirjallisesti esitettyä tavoitetta vanhusten hoitotyölle, ja yli puolet vastaajista koki kaikkien työntekijöiden sitoutuneen sovittuihin arvoihin ja tavoitteisiin (Taulukko 8).

Taulukko 8. Työyhteisön toimivuus ikäluokittain.

Työyhteisön toimivuus	Alle 35-vuotiaat (n=52) %	35-49-vuotiaat (n=105-106) %	Vähintään 50-vuotiaat (n=58-59) %	Yhteensä (n=216-217) %	Testiarvot χ^2 p	
ILMAPIIRI						
Työyhteisössäni on aidosti luovaan vanhusten hoitotyöhön kannustava ilmapiiri.						
- Eri mieltä	17	19	17	18	0.34 0.988	ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	23	25	24	24		
- Samaa mieltä	60	56	59	58		
Työyhteisössäni keskustellaan usein avoimesti vanhusten hoitamista koskevista asioista.						
- Eri mieltä	6	9	7	8	0.98 0.913	ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	8	9	7	8		
- Samaa mieltä	86	82	86	84		
YHTEISTYÖ						
Henkilökohtaiset ristiriidat haittaavat vanhusten hoitotyötä työyhteisössäni.						
- Eri mieltä	46	54	41	49	3.71 0.447	ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	25	19	31	23		
- Samaa mieltä	29	27	28	28		
Vanhusten hyvinvointiin pyrkivä yhteistyö on työyhteisössäni sujuvaa.						
- Eri mieltä	8	11	12	10	1.76 0.779	ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	13	16	21	17		
- Samaa mieltä	79	73	67	73		

	Alle 35-vuotiaat (n=52) %	35-49-vuotiaat (n=105-106) %	Vähintään 50-vuotiaat (n=58-59) %	Yhteensä (n=216-217) %	Testiarvot χ^2 p	
Työyhteisössäni yhteistyö vanhuk-						
sia hoitettaessa on hoitajien kesken						
vähäistä erilaisten työtapojen ja						
näkemyksen vuoksi.						
- Eri mieltä	67	67	56	64	4.53 0.339	ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	21	18	19	19		
- Samaa mieltä	12	15	25	17		
Työyhteisössäni hyödynnetään						
työtovereiden erityisosaamista						
vanhuksia hoitettaessa.						
- Eri mieltä	14	7	12	10	2.64 0.620	ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	19	17	17	17		
- Samaa mieltä	67	76	71	73		
VAIKUTUSMAHDOLLISUUS						
Jokaisen työntekijän mielipidettä						
kysytään, kun tehdään toimintatapoja						
koskevia päätöksiä.						
- Eri mieltä	42	36	32	37	3.15 0.534	ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	17	28	31	26		
- Samaa mieltä	41	36	37	37		
Muutamia työntekijät tekevät						
työyhteisöäni koskevat päätökset.						
- Eri mieltä	50	49	51	50	3.23 0.520	ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	31	23	19	24		
- Samaa mieltä	19	28	30	26		
Kaikki työntekijät osallistuvat						
yhteisiä asioita koskevaan päätöksen-						
tekoön työyhteisössäni.						
- Eri mieltä	27	25	25	26	0.82 0.936	ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	15	20	22	19		
- Samaa mieltä	58	55	53	55		
SITOUTUMINEN						
Kaikki työntekijät ovat sitoutuneet						
työyhteisössäni soveltuihin vanhusten						
hoitotyön arvoihin ja tavoitteisiin.						
- Eri mieltä	23	24	17	22	3.55 0.471	ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	14	20	14	17		
- Samaa mieltä	63	56	69	61		
Työyhteisössäni ei ole kirjallisesti						
esitettyä yhteistä tavoitetta vanhusten						
hoitotyölle.						
- Eri mieltä	73	84	71	78	8.01 0.091	ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	19	9	12	12		
- Samaa mieltä	8	7	17	10		

df=4

Sairaanhoitajat olivat muita ammattiryhmiä useammin eri mieltä siitä, että heidän työyhteisössään on aidosti kannustava ilmapiiri ($\chi^2=9.74$, $p=0.045$, $df=4$) ja vanhusten hyvinvointiin pyrkivä yhteistyö on sujuvaa ($\chi^2=11.71$, $p=0.020$, $df=4$). Sairaanhoitajat olivat myös useimmin sitä mieltä, että muutamia työntekijät tekevät heidän työyhteisöään koskevat päätökset ($\chi^2=9.58$, $p=0.048$, $df=4$). Hoitajat, joiden työyhteisössä sovellettiin eri työnjakomallien yhdistelmää, pitivät summamuuttujaa tarkasteltaessa työyhteisöään kaikkein toimivampana ($\chi^2=15.64$, $p=0.004$, $df=4$).

Viimeisen viiden vuoden aikana hoitotyön lisäkoulutukseen osallistuneet hoitajat olivat useimmin samaa mieltä siitä, että jokaisen työntekijän mielipidettä kysytään tehtäessä toimintatapoja koskevia päätöksiä heidän työyhteisössään ($\chi^2=7.06$, $p=0.029$, $df=2$). Ihmissuhdetaitoja käsitelleeseen koulutukseen osallistuneet arvioivat summamuuttujan

perusteella työyhteisönsä kokonaisuutena kaikkein toimivimmaksi ($\chi^2=11.47$, $p=0.022$, $df=4$). Vähintään kaksi kertaa etiikkaa käsitelleeseen koulutukseen osallistuneet olivat muita useammin samaa mieltä siitä, että heidän työyhteisössään ei ollut kirjallisesti esitettyä yhteistä tavoitetta vanhusten hoitotyölle ($\chi^2=12.77$, $p=0.012$, $df=4$). Summamuuttujaa tarkasteltaessa työyhteisönsä ($\chi^2=58.55$, $p<0.001$, $df=4$) ja/tai esimiehensä ($\chi^2=30.14$, $p<0.001$, $df=4$) kannustavaksi oman ammatillisen kehittymisensä kannalta arvioineet hoitajat pitivät työyhteisöään myös kokonaisuutena toimivimpana.

Avoimien kysymysten vastauksissa koettiin keskustelut työyhteisöissä suurimpana tukena eettisesti hankalissa tilanteissa vanhusten hoitotyössä. Hoitajat kokivat helpottavina erityisesti kokemusten jakamisen ja asioiden purkamisen yhdessä. Monissa työyhteisöissä sovittiin myös yhteisiä toimintamalleja ja hoitolinjoja. Hoitajat kokivat usein saavansa tukea työtovereiltaan ”sekä sanoin että teoin”. Muutama hoitaja oli saanut tukea eettisesti hankaliin tilanteisiin työnohjauksesta ja jotkut eivät kokeneet saaneensa minkäänlaista tukea työyhteisöltään.

“Sovitaan yhteisesti keinot ja tapa, jolla tilanne hoidetaan. Avoimien keskustelujen ja tiedonhankinnan sekä työskenteleminen yhteisen päämäärän hyväksi sovituin keinoin”

“Työyhteisössä ilmapiiri on hyvä keskustella itseä askarruttavista eettisistä asioista”

“Työnohjaus on ollut hyvin tukea antavaa. Moni hankala tapaus ja tilanne on alkanut elää ja selvitä. Enemmän mahdollisuuksia työnohjaukseen ”

5.3. Johtajuus

Tarkasteltaessa kommunikaatiota johtajuuden näkökulmasta noin neljäsosa hoitajista sai osastonhoitajalta jatkuvasti palautetta tekemästään työstä ja vajaan viidenneksen mielestä tiedonkulku osastonhoitajan ja työntekijöiden välillä oli heikkoa. Vanhusten hoitotyötä käsitteleviä osastokokouksia järjestettiin säännöllisesti kolmella viidesosalla vastaajien työyhteisöistä. Kysyttäessä hallitusta johtamisesta yli puolet hoitajista ilmaisi osastonhoitajan pystyvän tekemään vaikeita päätöksiä ja perustelemaan ne, vajaan kymmenneksen mielestä osastonhoitaja vältti päätösten tekemistä heidän työyhteisössään. Tarkasteltaessa osastonhoitajan itsetuntoa vanhusten hoitajat olivat useimmin, kolme neljäsosaa, sitä mieltä, että he saavat tehdä työtään itsenäisesti ja kaksi kolmasosaa vastasi osastonhoitajan kannustavan työntekijöitä luovuuteen hoitotyössä. Kolmanneksen mukaan osastonhoitaja valvoo ja kontrolloi heidän toimintaansa vanhusten hoitajina. Osastonhoitajan

ihmisoaamisesta lähes kaksi kolmasosaa vastaajista oli sitä mieltä, että osastonhoitaja tunsi hyvin kaikki työntekijät ja kaksi viidesosaa vastasi hänen hyödyntävän hyvin työntekijöiden vahvuudet suunnitelluissa vanhusten hoitotyössä (Taulukko 9).

Taulukko 9. Johtajuus työyhteisössä ikäluokittain.

Johtajuus	Alle 35-vuotiaat (n=51-52) %	35-49-vuotiaat (n=105-106) %	Vähintään 50-vuotiaat (n=59) %	Yhteensä (n=215-217) %	Testiarvot χ^2 p
KOMMUNIKOINTI					
Saan osastonhoitajalta jatkuvas- ti palautetta tekemistäni vanhusten hoitotyöstä.					
- Eri mieltä	56	50	37	48	5.74 0.219 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	29	25	31	28	
- Samaa mieltä	15	25	32	24	
Tiedonkulku osastonhoitajan ja henkilökunnan välillä on heikkoa työyhteisössäni.					
- Eri mieltä	64	56	71	62	4.03 0.402 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	19	21	17	20	
- Samaa mieltä	17	23	12	18	
Työyhteisössäni järjestetään säännöllisesti vanhusten hoitotyötä käsitteleviä osastotunteja.					
- Eri mieltä	17	30	17	24	5.24 0.263 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	17	14	19	16	
- Samaa mieltä	66	56	60	60	
HALLITTU JOHTAMINEN					
Osastonhoitaja pystyy työyhteisössäni tekemään vaikeita päätöksiä ja perustelevaan ne.					
- Eri mieltä	10	20	15	16	4.00 0.407 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	25	26	20	25	
- Samaa mieltä	65	54	65	59	
Osastonhoitajalla on tapana kulkea "virran mukana" ja välttää päätösten tekemistä työyhteisössäni.					
- Eri mieltä	73	70	75	72	1.40 0.845 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	17	23	20	21	
- Samaa mieltä	10	7	5	7	
ITSETUNTO/LUOTTAMUS					
Osastonhoitaja valvoo ja kontrolloi toimintaani vanhusten hoitajana.					
- Eri mieltä	35	34	46	37	9.15 0.058 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	42	25	24	29	
- Samaa mieltä	23	41	30	34	
Työntekijät saavat työyhteisössäni tehdä itsenäisesti vanhusten hoitotyötä.					
- Eri mieltä	2	15	7	10	8.47 0.076 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	12	9	13	11	
- Samaa mieltä	86	76	80	79	
Työyhteisössäni osastonhoitaja kannustaa työntekijöitä luovuuteen vanhusten hoitotyössä.					
- Eri mieltä	25	17	15	19	3.31 0.508 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	15	20	14	17	
- Samaa mieltä	60	63	71	64	
IHMISOAAMINEN					
Osastonhoitaja ei tunne hyvin kaikkia vanhusten hoitoon osallistuvia työntekijöitä työyhteisössäni.					
- Eri mieltä	60	63	63	62	2.43 0.658 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	19	19	25	21	
- Samaa mieltä	21	18	12	17	
Osastonhoitaja hyödyntää hyvin työntekijöiden erilaiset vahvuudet työyhteisössäni vanhusten hoitotyön suunnittelussa.					
- Eri mieltä	30	25	20	25	1.67 0.798 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	33	38	36	36	
- Samaa mieltä	37	37	44	39	

df=4

Sairaanhoitajat pitivät harvimminkin tiedonkulkua osastonhoitajan ja henkilökunnan välillä heikkona työyhteisössään ($\chi^2=13.25$, $p=0.010$, $df=4$), lähihoitajat taas olivat useimmin sitä mieltä, että työntekijät saavat tehdä itsenäisesti vanhusten hoitotyötä ($\chi^2=9.56$, $p=0.049$, $df=4$). Osastoilla, joissa oli käytössä tehtäväkeskeinen-, moduuli- tai ryhmätyöskentely, osastonhoitajan koettiin hyödyntävän huonoimmin työntekijöiden vahvuuksia ($\chi^2=11.18$, $p=0.025$, $df=4$).

Ne hoitajat, jotka olivat viimeisen viiden vuoden aikana osallistuneet hoitotyön lisäkoulutukseen, pitivät tiedonkulkua osastonhoitajan ja henkilökunnan välillä kaikkein heikoimpana ($\chi^2=9.00$, $p=0.011$, $df=4$). Vähintään kaksi kertaa vanhusten hoidon erityispiirteitä ($\chi^2=11.11$, $p=0.025$, $df=4$), hoitotoimenpiteitä ($\chi^2=10.28$, $p=0.036$, $df=4$) tai työyhteisön toimivuuteen liittyviä asioita ($\chi^2=15.95$, $p=0.003$, $df=4$) käsitelleeseen koulutukseen osallistuneet kokivat useimmin saavansa osastonhoitajalta jatkuvaa palautetta. Ne hoitajat, jotka eivät kertaakaan olleet osallistuneet vanhusten hoidon erityispiirteitä käsittelevään koulutukseen viimeisen viiden vuoden aikana, olivat muita useammin sitä mieltä, että heidän työyhteisössään työntekijät saivat tehdä itsenäisesti vanhusten hoitotyötä ($\chi^2=12.26$, $p=0.016$, $df=4$). Hoitajat, jotka kokivat työyhteisönsä ($\chi^2=30.32$, $p<0.001$, $df=4$) ja/tai esimiehensä ($\chi^2=32.84$, $p<0.001$, $df=4$) ammatillisen kehittymisensä kannalta kannustavaksi, arvioivat summamuuttujaa tarkasteltaessa johtajuuden työyhteisössään kokonaisuudessaan kaikkein toimivimmaksi.

Avoimien kysymysten vastauksissa toiset vanhusten hoitajat kokivat saaneensa tukea esimieheltään eettisesti hankalissa tilanteissa. Toiset vastaajat taas eivät olleet saaneet osastonhoitajalta minkäänlaista tukea. Vastauksista tuli kuitenkin esiin osastonhoitajan antaman tuen tarpeellisuus.

“Osastonhoitaja ja osaston sairaanhoitaja tukevat minua”

“Esimiehen kanssa keskustelu myös auttaa kiperissä tilanteissa”

“Suurin tuki tulee lääkäreiden ammattiryhmältä, ei OH tai YH. Valitettavasti!”

5.4. Ammatillisuus

Työyhteisön yhteisten arvojen mukaisesti vastasi ensisijaisesti toimivansa yli neljä viidesosaa hoitajista, alle puolet toimi ensisijaisesti omien arvojensa mukaisesti. Puolet hoitajista oli samaa mieltä siitä, että heidän tärkein tavoitteensa oli tehdä kaikki toimenkuvaan kuuluvat asiat jokaisessa työvuorossa. Hoitotieteellisiin tutkimuksiin tutustui säännöllisesti kolmasosa

hoitajista ja yhtä moni hyödynsi sitä omassa työssään vanhusten hoitajana. Kollegiaalisuutta ja kollektiivisuutta kysyttäessä kolme viidesosaa hoitajista tunsi voimakasta yhteenkuuluvuuden tunnetta muiden ammattikuntaan kuuluvien vanhusten hoitajien kanssa ja ilmaisi usein työtovereilleen tukevansa heidän ammattitaitoisia ja perusteltuja päätöksiään. Tarkasteltaessa itsensä kehittämistä yli puolet hoitajista vastasi pyrkivänsä jatkuvasti oppimaan uutta vanhusten hoitamisesta osallistumalla kursseille ja oli eri mieltä siitä, että hoitaisi vanhuksia mieluummin hyväksi havaitsemallaan tavalla, kuin kokeilisi uusia toimintatapoja. Lähes kolme neljäsosaa koki oman työn arvioinnin olennaiseksi osaksi työtänsä (Taulukko 10).

Taulukko 10. Vanhusten hoitajien kokema ammatillisuus ikäluokittain.

Ammatillisuus	Alle 35-vuotiaat (n=52) %	35-49-vuotiaat (n=106) %	Vähintään 50-vuotiaat (n=60) %	Yhteensä (n=218) %	Testiarvot χ^2 p
KORKEA TAVOITETASO, EETTISYYS					
Hoitaessani vanhuksia toimin ensisijaisesti työyhteisöni yhteisten arvojen mukaisesti.					
- Eri mieltä	6	10	2	7	5.90 0.207 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	13	8	12	10	
- Samaa mieltä	81	82	86	83	
Tärkein tavoitteeni on tehdä kaikki toimenkuvani vanhusten hoitajana kuuluvat asiat jokaisessa työvuorossa.					
- Eri mieltä	27	38	33	34	4.06 0.398 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	23	15	12	16	
- Samaa mieltä	50	47	55	50	
Hoidan vanhuksia ensisijaisesti omien arvojeni mukaisesti.					
- Eri mieltä	19	37	25	29	6.54 0.162 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	29	26	27	27	
- Samaa mieltä	52	37	48	44	
HOITOTIETEELLISEN TIEDON HYÖDYNTÄMINEN					
Hyödynnän säännöllisesti hoitotieteellistä tutkimustietoa vanhusten hoitamisessa.					
- Eri mieltä	19	28	12	22	8.48 0.075 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	50	35	45	41	
- Samaa mieltä	31	37	43	37	
Tutustun säännöllisesti vanhusten hoitamiseen liittyviin hoitotieteellisiin tutkimuksiin.					
- Eri mieltä	29	38	25	32	4.36 0.359 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	42	30	38	35	
- Samaa mieltä	29	32	37	33	
KOLLEGIAALISUUS, KOLLEKTIIVISUUS					
Tunnen voimakasta yhteenkuuluvuuden tunnetta muiden samaan ammattikuntaan kuuluvien vanhusten hoitajien kanssa.					
- Eri mieltä	16	15	10	10	4.94 0.293 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	42	28	30	30	
- Samaa mieltä	42	57	60	60	
Ilmaisen usein työtovereilleni tukevani heidän tekemiään vanhusten hoitotyöhön liittyviä ammatitaitoisia ja perusteltuja päätöksiä.					
- Eri mieltä	8	7	8	7	0.80 0.938 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	25	31	30	30	
- Samaa mieltä	67	62	62	63	

	Alle 35-vuotiaat (n=52) %	35-49-vuotiaat (n=106) %	Vähintään 50-vuotiaat (n=60) %	Yhteensä (n=218) %	Testiarvot χ^2 p
ITSENSÄ KEHITTÄMINEN					
Pyrin jatkuvasti oppimaan uutta osallistumalla vanhusten hoitamista käsitteleville kursseille.					
- Eri mieltä	21	20	10	17	5.01 0.286 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	37	27	37	32	
- Samaa mieltä	42	53	53	51	
Hoidan vanhuksia mieluummin hyväksi havaitsemallani tavalla kuin kokeilen uusia toimintatapoja.					
- Eri mieltä	54	57	57	56	2.87 0.581 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	36	30	25	30	
- Samaa mieltä	10	13	18	14	
Kriittinen oman työn arviointi on olennainen osa jokapäiväistä työtäni vanhusten hoitajana.					
- Eri mieltä	12	13	7	11	4.13 0.389 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	25	17	15	18	
- Samaa mieltä	63	70	78	71	

df=4

Sairaanhoitajat ($\chi^2=15.93$, $p=0.003$, $df=4$) pyrkivät muita ammattiryhmiä useammin ja vakituiset työntekijät määräaikaista useammin ($\chi^2=14.36$, $p=0.012$, $df=4$) oppimaan uutta osallistumalla vanhusten hoitamista käsitteleville kursseille. Sairaanhoitajat myös tutustuivat useimmin vanhusten hoitamiseen liittyviin hoitotieteellisiin tutkimuksiin ($\chi^2=17.07$, $p=0.002$, $df=4$). Tehtäväkeskeisen työnjaon, moduulityöskentelyn ja ryhmätyöskentelyn mukaisesti toimivilla osastoilla hoitajat vastasivat harvimmin pyrkivänsä oppimaan uutta osallistumalla kursseille ($\chi^2=13.98$, $p=0.007$, $df=4$).

Hoitajat, joiden työyhteisö ja/tai esimies oli heidän ammatillisen kehittymisensä kannalta kannustava, toimivat useimmin ensisijaisesti työyhteisönsä yhteisten arvojen mukaisesti ($\chi^2=12.79$, $p=0.012$, $df=4$; $\chi^2=13.33$, $p=0.010$, $df=4$), tunsivat useimmin voimakasta yhteenkuuluvaisuuden tunnetta muiden ammattiryhmäänsä kuuluvien kanssa ($\chi^2=16.32$, $p=0.003$, $df=4$; $\chi^2=9.68$, $p=0.046$, $df=4$) ja ilmaisivat muita useammin työtovereilleen tukevansa heidän tekemiään ammattitaitoisia päätöksiä ($\chi^2=17.08$, $p=0.002$, $df=4$; $\chi^2=18.47$, $p=0.001$, $df=4$). Esimiestään kannustavana pitäneet hoitajat pyrkivät myös muita useammin oppimaan uutta osallistumalla vanhusten hoitamista käsitteleville kursseille ($\chi^2=9.78$, $p=0.044$, $df=4$).

Vähintään kaksi kertaa vanhusten hoidon erityispiirteitä ($\chi^2=21.31$, $p<0.001$, $df=4$), ihmissuhdetaitoja ($\chi^2=9.91$, $p=0.042$, $df=4$), työyhteisön toimivuuteen liittyviä asioita ($\chi^2=17.24$, $p=0.002$, $df=4$) tai työnjakomallia ($\chi^2=9.50$, $p=0.048$, $df=4$) käsitelleeseen koulutukseen viimeisen viiden vuoden aikana osallistuneet hoitajat vastasivat useimmin pyrkivänsä oppimaan uutta osallistumalla vanhusten hoitamista käsitteleville kursseille. Kaksi kertaa tai useammin vanhusten hoidon erityispiirteitä käsitelleelle kurssille osallistuneet ilmaisivat useimmin

työtovereilleen tukevansa heidän tekemiään ammattitaitoisia päätöksiä ($\chi^2=11.36$, $p=0.023$, $df=4$).

5.5. Voimaantuminen

Itsetunnosta kysyttäessä noin puolet vastaajista koki mukautuvansa joskus yleiseen näkemykseen keskusteltaessa vanhusten hoitamisesta ja selviytyvänsä työstään työtovereilta ja esimieheltä saamansa tuen avulla. Kaksi viidesosaa piti negatiivista palautetta mahdollisuutena kehittyä vanhusten hoitajana. Tulosten saavuttamisesta yli puolet hoitajista vastasi pääsevänsä usein työlleen vanhusten kanssa asettamiinsa korkeisiin tavoitteisiin ja lähes kaksi kolmasosaa asetti työlleen myös päivittäisiä tavoitteita. Lähes neljä viidesosaa, vanhusten hoitajista koki puutteellisten resurssien usein estävän heitä hoitamasta vanhuksia niin laadukkaasti kuin he haluaisivat. Työn merkityksellisyyden kokemisen osa-tekijöistä kaksi kolmasosaa vastaajista sai parhaiten motivaatiota työstä suoriutumisesta kymmenesosan pitäessä palkkaa tärkeimpänä motivaation lähteenä. Puolelle hoitajista vanhusten hoitotyö oli elämäntehtävä. Vähintään 50-vuotiaat hoitajat kokivat vanhusten hoitotyön muihin ikäluokkiin kuuluvia useammin elämäntehtäväkseen. Kysyttäessä asiantuntemuksesta puolella vanhusten hoitajista oli omasta mielestään riittävästi tietoa vanhusten sairauksista ja niiden hoitamisesta, kolmanneksella oli vanhusten hoitamiseen liittyvää erityisosaamista. Riittämättömäksi usein itsensä tunsivat noin puolet hoitajista vanhuksia hoitaessaan. Alle 35-vuotiailla oli muita harvemmin erityisosaamista, mutta vähintään 35-vuotiaat tunsivat useammin itsensä riittämättömäksi hoitaessaan vanhuksia (Taulukko 11).

Taulukko 11. Hoitajien mielipiteet voimaantumisestaan vanhusten hoitotyössä ikäluokittain.

	Alle 35-vuotiaat (n=51-52) %	35-49-vuotiaat (n=103-106) %	Vähintään 50-vuotiaat (n=58-59) %	Yhteensä (n=215-218) %	Testiarvot χ^2 p
ITSETUNTO					
Mukaudun joskus yleiseen näkemykseen keskusteltaessa vanhusten hoitamiseen liittyvistä asioista.					
- Eri mieltä	19	26	12	21	
- Ei samaa eikä eri mieltä	25	34	36	32	7.37
- Samaa mieltä	56	40	52	47	0.118 ns
Selviydyn työstäni vanhusten kanssa työtovereiltani ja esimieheltäni saamani tuen avulla.					
- Eri mieltä	21	30	23	26	
- Ei samaa eikä eri mieltä	23	24	32	26	3.33
- Samaa mieltä	56	46	45	48	0.505 ns

	Alle 35-vuotiaat	35-49-vuotiaat	Vähintään 50-vuotiaat	Yhteensä	Testiarvot
Voimaantumisen	(n=51-52) %	(n=103-106) %	(n=58-59) %	(n=215-218) %	χ^2 p
Muilta saamani negatiivinen palaute mahdollistaa kehitykseni vanhusten hoitajana.					
- Eri mieltä	24	25	25	25	3.36 0.500 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	27	34	42	34	
- Samaa mieltä	49	41	33	41	
TULOSTEN SAAVUTTAMINEN					
Asetan työlleni vanhusten kanssa korkeat tavoitteet ja pääsen myös usein niihin.					
- Eri mieltä	15	15	7	13	8.71 0.069 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	37	30	20	29	
- Samaa mieltä	48	55	73	58	
Asetan harvoin työlleni vanhusten kanssa päivittäisiä tavoitteita.					
- Eri mieltä	48	64	73	63	9.34 0.053 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	21	26	13	18	
- Samaa mieltä	31	16	14	19	
Puutteelliset resurssit estävät minua usein hoitamasta vanhuksia niin laadukkaasti kuin haluaisin.					
- Eri mieltä	19	10	12	13	4.41 0.354 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	10	9	5	8	
- Samaa mieltä	71	81	83	79	
TYÖN MERKITYKSELLISYYDEN KOKEMINEN					
Vanhusten hoitotyö on minulle elämäntekävä.					
- Eri mieltä	32	28	5	23	27.15 <0.001 ***
- Ei samaa eikä eri mieltä	35	31	20	29	
- Samaa mieltä	33	41	75	48	
Saan parhaiten motivaatiota siitä, että suoridun työstäni vanhusten hoitajana.					
- Eri mieltä	11	14	5	11	6.87 0.143 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	31	20	18	22	
- Samaa mieltä	58	66	77	67	
Palkka on minulle tärkein motivaation lähde työlleni vanhusten hoitajana.					
- Eri mieltä	71	62	62	62	2.28 0.685 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	23	26	28	26	
- Samaa mieltä	6	12	10	10	
ASiantuntemus					
Minulla on riittävästi tietoa vanhusten sairauksista ja niiden hoitamisesta.					
- Eri mieltä	31	27	29	29	3.97 0.410 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	27	23	13	21	
- Samaa mieltä	42	50	58	50	
Tunnen usein itseni riittämättömäksi hoitaessani vanhuksia.					
- Eri mieltä	56	31	37	38	11.74 0.019 *
- Ei samaa eikä eri mieltä	11	18	8	14	
- Samaa mieltä	33	51	55	48	
Minulla on vanhusten hoitamiseen liittyvää erityisosaamista (esim. koulutusta), jota muilla työtovereillani ei ole.					
- Eri mieltä	44	50	38	46	10.30 0.036 *
- Ei samaa eikä eri mieltä	31	12	22	19	
- Samaa mieltä	25	38	40	35	

df=4

Tarkasteltaessa voimaantumisen summamuuttujaa sairaanhoitajat olivat kokonaisuudessaan voimaantuneempia kuin lähihoitajat ($\chi^2=10.20$, $p=0.004$, $df=4$). He myös asettivat lähihoitajia useammin päivittäisiä tavoitteita työllensä vanhusten kanssa ($\chi^2=10.37$, $p=0.035$, $df=4$). Sairaanhoitajista puolella oli vanhusten hoitamiseen liittyvää erityisosaamista, lähihoitajista hieman alle kolmanneksella ($\chi^2=20.44$, $p=0.009$, $df=4$). Hoitajat, jotka työskentelivät yksilövastuista hoitotyötä tai tiimityöskentelyä hyödyntävällä osastolla, kokivat muita useammin, että heillä oli riittävästi tietoa vanhusten sairauksista ($\chi^2=12.18$, $p=0.016$, $df=4$). Yli

20 vuotta hoitotyötä tehneet tunsivat useimmin ja alle 5 vuotta hoitotyötä tehneet harvimmin itsensä riittämättömiksi hoitaessaan vanhuksia ($\chi^2=20.44$, $p=0.002$, $df=6$). Määräaikaiset työntekijät tunsivat vakituisia työntekijöitä harvemmin itsensä riittämättömiksi hoitaessaan vanhuksia ($\chi^2=12.72$, $p=0.002$, $df=2$).

Hoitotyön lisäkoulutuksessa viimeisen viiden vuoden aikana olleilla hoitajilla oli muita useammin vanhusten hoitoon liittyvää erityisosaamista ($\chi^2=9.69$, $p=0.008$, $df=2$). Vähintään kaksi kertaa vanhusten hoidon erityispiirteitä käsitelleessä koulutuksessa olleet asettivat useimmin päivittäisiä tavoitteita työlleen ($\chi^2=15.41$, $p=0.004$, $df=4$). Hoitotoimenpiteitä käsitelleessä koulutuksessa vähintään kaksi kertaa olleet vanhusten hoitajat tunsivat harvimmin heillä olevan riittävästi tietoa vanhusten sairauksista ja niiden hoitamisesta ($\chi^2=14.04$, $p=0.007$, $df=4$). Ne hoitajat, jotka olivat olleet yhden kerran ihmissuhdetaitoja käsitelleessä koulutuksessa, suhtautuivat kielteisimmin negatiiviseen palautteeseen oman kehittymisen mahdollistajana ($\chi^2=9.61$, $p=0.48$, $df=4$). Työstä vanhusten parissa selviytytiin useammin työtovereilta ja esimieheltä saadun tuen avulla, mikäli oli oltu työnjakomallia käsitelleessä koulutuksessa ($\chi^2=9.58$, $p=0.048$, $df=4$). Työstä suoriutumisen kokivat parhaana motivaation antajana useimmin ne hoitajat, jotka olivat osallistuneet yhden kerran etiikkaa käsitelleeseen koulutukseen viimeisen viiden vuoden aikana ($\chi^2=10.61$, $p=0.031$, $df=4$). Keskusteltaessa vanhusten hoitamiseen liittyvistä asioista yleiseen näkemykseen mukautuivat harvimmin ne, jotka olivat olleet tutkimustyön tekemistä käsitelleessä koulutuksessa kaksi kertaa tai useammin ($\chi^2=9.74$, $p=0.045$, $df=4$) ja negatiiviseen palautteeseen oman kehittymisen mahdollistajana suhtautuivat myönteisimmin yhden kerran tutkimustyön tekemistä käsitelleeseen koulutukseen osallistuneet hoitajat ($\chi^2=9.63$, $p=0.047$, $df=4$).

Hoitajat, jotka pitivät työyhteisöään ($\chi^2=23.06$, $p<0.001$, $df=4$) ja/tai esimiestään ($\chi^2=12.98$, $p=0.011$, $df=4$) välinpitämättömänä ammatillisen kehittymisensä kannalta, selviytyivät harvemmin työstään työtovereilta ja esimieheltä saamansa tuen avulla kuin ne, jotka kokivat työyhteisönsä ja/tai esimiehensä tukevana tai kannustavana. Ne, jotka vastasivat esimiehensä olevan välinpitämätön heidän ammatillisen kehittymisensä kannalta, tunsivat useimmin itsensä riittämättömiksi hoitaessaan vanhuksia ($\chi^2=10.96$, $p=0.027$, $df=4$).

Kun tarkasteltiin työyhteisön toimivuus-summamuuttujan ja toimiva johtajuus-summamuuttujan yhteyksiä voimaantumisen summamuuttujaan havaittiin, että mikäli työyhteisö oli kokonaisuudessaan toimiva, olivat myös siellä työskennelleet hoitajat usein

voimaantuneita ($\chi^2=13.01$, $p=0.011$, $df=4$). Myös toimivalla johtajuudella oli yhteys hoitajien voimaantumisen asteeseen ($\chi^2=15.66$, $p=0.004$, $df=4$).

Avoimissa kysymyksissä 92 hoitajaa oli kuvannut omaa toimintaansa ja tuntemuksiaan kokemissaan eettisesti hankalissa tilanteissa. Useimmin hoitajat olivat puolustaneet vanhusta ja hänen itsemääräämisoikeuttaan. He olivat myös pohtineet eri toimintavaihtoehtoja ja pyrkineet löytämään kaikkien kannalta sopivimman ratkaisun ongelmatilanteissa. Useat hoitajat olivat keskustelleet omaisten kanssa eettisesti hankalissa tilanteissa ja jotkut olivat tuonut myös oman mielipiteensä esille. Ongelmallisissa tilanteissa tärkeinä pidettiin rauhallisuutta, johdonmukaisuutta ja ammatillisuuden säilyttämistä. Eettisesti hankalat tilanteet aiheuttivat hoitajille usein negatiivisia ja ristiriitaisia tuntemuksia. Vanhusten oikeuksien loukkaaminen tuntui pahalta, hoitajia saattoi myös suututtaa ja harmittaa. Hoitajat tunsivat useasti turhautuneisuuden, voimattomuuden ja riittämättömyyden tunteita. Jotkut hoitajat kokivat itsensä huonoiksi hoitajiksi ja tunsivat huonoa omaatuntoa sekä syyllisyyttä.

“Kaiken hoidon lähtökohtana on asukkaan oma tahto ja hoidon tarve ja tämän haluan välittää hoidettaville.”

“Pyrin selvittämään tilanteen ja etsimään siihen ehkä useampiakin ratkaisuja.”

“Omaisten kanssa pitää jutella niin paljon kuin tarpeen, jotta he tajuaavat tilanteen todellisuuden...”

“Tärkeää on rauhallinen ja asiallinen asennoituminen joka tilanteessa.”

“Voin itse sisimmässäni huonosti, kun vanhuksia kohdellaan mielivaltaisesti.”

“Tunsin voimattomuutta, neuvottomuutta ja syyllisyyttä tapahtuneen johdosta.”

5.6. Ihmisarvon kunnioittamisen periaate

5.6.1. Itsemäärääminen

Lähes yhdeksän kymmenesosaa hoitajista oli viimeksi vanhuksia hoitaessaan huolehtinut siitä, että kaikki hoitoon osallistuneet olivat tietoisia vanhuksen toiveista, tehnyt vanhuksen pyynnöstä jotain normaalista päiväohjelmasta poikkeavaa ja soittanut vanhuksen pyynnöstä tämän omaisille. Yli kaksi kolmasosaa oli järjestänyt vanhukselle vierailun kotiin tai omaisten luokse. Lähes kolmasosa oli sinutellut kaikkia hoitamiaan vanhuksia tekemättä sinunkaappoja heidän kanssaan ja neljäsosa oli antanut useimpien vanhusten valita

peseytymisaikansa. Viidesosa hoitajista oli auttanut vanhuksia syömisessä, koska se olisi muuten ollut liian hidasta ja antanut jollekin vanhukselle lääkettä hänen tietämättään. Alle viidesosa oli tehnyt vanhuksen jatkohoitoa koskevia päätöksiä keskustelematta hänen kanssaan. Alle 35-vuotiaat hoitajat olivat useimmin auttaneet vanhuksia syömisessä, koska se olisi muuten ollut liian hidasta ja sinutelleet kaikkia vanhuksia tekemättä ensin sinunkauppoja heidän kanssaan. Vähintään 50-vuotiaat hoitajat olivat useimmin järjestäneet vanhukselle vierailun kotiin tai omaisten luokse ja soittaneet omaisille vanhuksen pyynnöstä (Taulukko 12).

Taulukko 12. Itsemääräämisen periaatteen noudattaminen vanhusten hoitotyössä ikäluokittain

	Alle 35-vuotiaat (n=52) %	35-49-vuotiaat (n=105-106) %	Vähintään 50-vuotiaat (n=57-60) %	Yhteensä (n=214-218) %	Testiarvot χ^2 p
Annoin useimpien vanhusten itse valita peseytymisaikansa.					
- Eri mieltä	56	52	56	54	
- Ei samaa eikä eri mieltä	25	20	22	22	1.96
- Samaa mieltä	19	28	22	24	0.743 ns
Annoin jollekin vanhukselle lääkettä hänen tietämättään.					
- Eri mieltä	75	68	82	74	
- Ei samaa eikä eri mieltä	6	8	10	8	6.51
- Samaa mieltä	19	24	8	18	0.164 ns
Autoin vanhuksia syömisessä, koska se olisi muuten ollut liian hidasta.					
- Eri mieltä	61	73	76	71	
- Ei samaa eikä eri mieltä	2	13	7	9	15.43
- Samaa mieltä	37	14	17	20	0.004 **
Huolehdin siitä, että kaikki hoitoon osallistuneet olivat tietoisia kunkin vanhuksen hoitoon liittyvistä toiveista.					
- Eri mieltä	4	3	3	3	
- Ei samaa eikä eri mieltä	10	9	12	10	0.45
- Samaa mieltä	86	88	85	87	0.979 ns
Tein joidenkin vanhusten jatkohoitoa koskevia päätöksiä keskustelematta heidän kanssaan.					
- Eri mieltä	61	56	68	61	
- Ei samaa eikä eri mieltä	27	24	21	24	4.13
- Samaa mieltä	12	20	11	15	0.388 ns
Tein vanhuksen pyynnöstä jotain normaalista päiväohjelmasta poikkeavaa.					
- Eri mieltä	2	4	3	3	
- Ei samaa eikä eri mieltä	17	5	9	9	7.13
- Samaa mieltä	81	91	88	88	0.129 ns
Sinuttelin kaikkia hoitamiani vanhuksia tekemättä "sinunkauppoja" jokaisen kanssa erikseen.					
- Eri mieltä	41	56	77	58	
- Ei samaa eikä eri mieltä	15	12	5	11	15.57
- Samaa mieltä	44	32	18	31	0.004 **
Järjestin vanhukselle vierailun kotiin tai omaisten luokse hänen toivomuksestaan.					
- Eri mieltä	4	10	5	7	
- Ei samaa eikä eri mieltä	31	27	9	23	12.59
- Samaa mieltä	65	63	86	70	0.013 *
Soitin vanhuksen pyynnöstä hänen omaisilleen.					
- Eri mieltä	8	4	2	4	
- Ei samaa eikä eri mieltä	17	12	2	11	10.72
- Samaa mieltä	75	84	96	85	0.030 *

df=4

Määräaikaisessa työsuhteessa olevat olivat useimmin sinutelleet kaikkia hoitamiaan vanhuksia tekemättä sinunkauppoja heidän kanssaan ($\chi^2=10.90$, $p=0.004$, $df=2$). Vakituiset työntekijät olivat useimmin soittaneet vanhuksen pyynnöstä tämän omaisille ($\chi^2=10.53$, $p=0.005$, $df=2$). Alle viisi vuotta hoitotyötä tehneet olivat useimmin ja 5-10 vuotta harvimmin huolehtineet siitä, että kaikki hoitoon osallistuneet olivat tietoisia vanhusten hoitoon liittyvistä toiveista ($\chi^2=15.03$, $p=0.020$, $df=6$). Alle kaksi vuotta nykyisessä työyhteisössä työskennelleet olivat useimmin ja 6-14 vuotta työskennelleet harvimmin antaneet vanhusten itse valita peseytymisaikansa ($\chi^2=16.27$, $p=0.012$, $df=6$).

Viimeisen viiden vuoden aikana hoitotyön lisäkoulutuksessa olleet hoitajat olivat muita useammin järjestäneet vanhukselle vierailun kotiin tai omaisten luokse ($\chi^2=7.39$, $p=0.025$, $df=2$) ja soittaneet vanhuksen pyynnöstä hänen omaisilleen ($\chi^2=9.17$, $p=0.010$, $df=2$). Ihmissuhdetaitoja käsitelleessä koulutuksessa olleet olivat useimmin tehneet vanhusten pyynnöstä jotain päiväohjelmasta poikkeavaa ($\chi^2=12.46$, $p=0.014$, $df=4$). Vähintään kaksi kertaa työyhteisön toimivuutta käsitelleessä koulutuksessa olleet olivat useimmin antaneet vanhusten valita peseytymisaikansa ($\chi^2=10.15$, $p=0.038$, $df=4$) ja kaksi kertaa tai useammin työnjakomalli-koulutuksessa olleet olivat useimmin huolehtineet siitä, että kaikki hoitoon osallistuneet olivat tietoisia vanhusten toiveista ($\chi^2=9.48$, $p=0.050$, $df=4$).

Työyhteisöään välinpitämättömänä ammatillisen kehityksensä kannalta pitäneet hoitajat olivat muita harvemmin antaneet vanhusten valita peseytymisaikansa ($\chi^2=10.78$, $p=0.029$, $df=4$). Ne hoitajat, jotka kokivat esimiehensä välinpitämättömäksi ammatillisen kehityksensä kannalta, olivat harvimmin huolehtineet siitä, että kaikki hoitoon osallistuneet olivat tietoisia vanhusten toiveista ($\chi^2=16.57$, $p=0.002$, $df=4$) ja tehneet vanhusten pyynnöstä jotain päiväohjelmasta poikkeavaa ($\chi^2=15.92$, $p=0.003$, $df=4$).

Voimaantumisen summamuuttujalla tarkasteltaessa voimaantuneet hoitajat olivat muita useammin antaneet vanhusten itse valita peseytymisaikansa ($\chi^2=16.23$, $p=0.003$, $df=4$) ja huolehtineet siitä, että kaikki hoitoon osallistuneet olivat tietoisia kunkin vanhuksen toiveista ($\chi^2=29.64$, $p<0.001$, $df=4$). He olivat myös useimmin tehneet vanhuksen pyynnöstä jotain normaalista päiväohjelmasta poikkeavaa ($\chi^2=16.95$, $p=0.002$, $df=4$) ja soittaneet vanhuksen pyynnöstä hänen omaisilleen ($\chi^2=12.98$, $p=0.011$, $df=4$).

Avoimissa kysymyksissä 106 vastaajaa oli kuvaillut vanhusten hoitotyössä kokemaansa eettisesti hankalaa tilannetta. Suurimmaksi ryhmäksi muodostuivat hankalat tilanteet, jotka liittyivät vanhusten omaisten kanssa toimimiseen (Taulukko 17). Erityisesti erimielisyydet hoitolinjoista omaisten tahdon ollessa ristiriidassa vanhuksen tahdon kanssa oli koettu vaikeina. Usein nämä tilanteet liittyivät vanhuksen lähestyvään kuolemaan ja omaisten vaatimuksiin aktiivisen hoidon jatkamisesta. Tällöin hoitajat kokivat hankalina sen, etteivät aina pystyneet noudattamaan vanhuksen itsemääräämisoikeutta. Hoitajat kokivat myös pakkokeinojen käyttämisen tilanteena, jossa eri eettiset periaatteet olivat ristiriidassa keskenään. Työtovereiden epäeettinen toiminta, kuten vanhuksen itsemääräämisoikeuteen puuttuminen, koettiin vaikeana asiana.

“Saattohoitopäätöksen tekeminen tuntuu usein olevan vaikeaa. Päätökseen kuinka hoidetaan, vaikuttaa liiaksi omaisten mielipide. Loppuvaiheessa saatetaan määrätä “rankkoja” hoitoja tai toimenpiteitä vain siitä syystä, että omaiset vaativat. Asukas ja hoitohenkilökunta ovat saattaneet käydä keskenään aivan toisenlaisia keskusteluja. Ylitetään itsemääräämisoikeus, “pelätään oikeusjuttuja.”

“Käytettäessä erilaisia turvasiteitä, esim. magneettivyötä sängyssä, tulee helposti tilanne jossa pitää valita vanhuksen fyysisen turvallisuuden ja psyykkisen hyvinolon (rauhallisuuden) sekä autonomian välillä.”

“Joskus henkilökunta kyselyt asukalta “sopimattomia” tai ottanut asukkaalta karkin ilman lupaa.”

5.6.2. Yksityisyys

Vanhusten hoitajat olivat useimmin, lähes kaikki, järjestäneet vanhukselle ja hänen omaisilleen tilaisuuden olla rauhassa keskenään. Yli neljä viidesosaa oli järjestänyt vanhukselle mahdollisuuden olla yksin hänen näin toivoessaan ja koputtanut oveen mennessään vanhuksen huoneeseen. Noin kolme neljäsosaa hoitajista oli antanut vanhuksille mahdollisuuden peseytyä yksin ja huolehtinut siitä, että vanhukset saivat halutessaan keskustella kahden kesken lääkärin kanssa. Kaksi kolmasosaa oli viimeksi vanhuksia hoitaessaan tarjonnut jokaiselle vanhukselle mahdollisuuden keskustella kanssaan kahden kesken ja yksi kolmasosa oli antanut vanhusten valita vieraansa. Viidesosa hoitajista oli keskustellut vanhusten asioista myös käytävällä tai muiden asukkaiden kuullen. Yli 50-vuotiaat hoitajat olivat useimmin ja alle 35-vuotiaat harvimmoin huolehtineet siitä, että vanhukset saivat halutessaan keskustella kahden lääkärin kanssa (Taulukko 13).

Taulukko 13. Yksityisyyden periaatteen noudattaminen vanhusten hoitotyössä ikäluokittain

	Alle 35-vuotiaat (n=52) %	35-49-vuotiaat (n=104-106) %	Vähintään 50-vuotiaat (n=53-60) %	Yhteensä (n=214-218) %	Testiarvot χ^2 p	
Annoin vanhuksille mahdollisuuden peseytyä yksin.						
- Eri mieltä	23	16	5	15	9.45 0.051	ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	15	9	17	13		
- Samaa mieltä	62	75	78	72		
Järjestin vanhukselle mahdollisuuden olla yksin hänen näin toivoessaan.						
- Eri mieltä	2	4	-	2	5.46 0.243	nv
- Ei samaa eikä eri mieltä	15	7	12	10		
- Samaa mieltä	83	89	88	88		
Huolehdin siitä, että vanhuksat saivat halutessaan keskustella kahden kesken lääkärin kanssa.						
- Eri mieltä	2	6	2	4	12.22 0.016	*
- Ei samaa eikä eri mieltä	33	22	8	21		
- Samaa mieltä	65	72	90	75		
Keskustelin vanhusten asioista myös käytävällä tai muiden asukkaiden kuullen.						
- Eri mieltä	60	67	76	68	6.97 0.137	ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	11	17	9	13		
- Samaa mieltä	29	16	15	19		
Tarjosin jokaiselle vanhukselle mahdollisuuden keskustella kahden kesken kanssani.						
- Eri mieltä	6	19	15	15	5.54 0.237	ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	20	18	24	20		
- Samaa mieltä	74	63	61	65		
Koputin oveen mennessäni vanhuksen huoneeseen.						
- Eri mieltä	13	13	5	11	3.98 0.408	ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	10	6	7	7		
- Samaa mieltä	77	81	88	82		
Annoin vanhuksille mahdollisuuden valita vieraansa.						
- Eri mieltä	23	30	26	27	6.62 0.157	ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	52	36	31	39		
- Samaa mieltä	25	34	43	34		
Järjestin vanhukselle ja hänen omallsilleen tilaisuuden olla rauhassa keskenään.						
- Eri mieltä	2	1	-	1	2.11 0.716	nv
- Ei samaa eikä eri mieltä	4	7	3	5		
- Samaa mieltä	94	92	97	94		

df=4

Vakituisessa työsuhteessa olevat hoitajat olivat määräaikaisia useammin huolehtineet vanhusten mahdollisuudesta keskustella kahden lääkärin kanssa ($\chi^2=10.39$, $p=0.006$, $df=2$) ja koputtaneet oveen mennessään vanhusten huoneisiin ($\chi^2=6.71$, $p=0.035$, $df=2$). Yli kymmenen vuotta hoitotyötä tehneet olivat useammin antaneet vanhusten peseytyä yksin kuin enintään 10 vuotta hoitotyötä tehneet ($\chi^2=13.23$, $p=0.040$, $df=6$). Ne hoitajat, joiden työyhteisössä oli käytössä tehtäväkeskeinen, moduuli- tai ryhmätyöskentely, olivat useimmin keskustelleet vanhusten asioista myös käytävällä tai muiden asukkaiden kuullen ($\chi^2=10.11$, $p=0.039$, $df=4$).

Hoitotyön lisäkoulutuksessa viimeisen viiden vuoden aikana olleet hoitajat olivat useimmin antaneet vanhuksille mahdollisuuden peseytyä yksin ($\chi^2=8.88$, $p=0.012$, $df=2$). Vähintään kaksi

kertaa vanhusten hoidon erityispiirteitä käsitelleeseen koulutukseen osallistuneet hoitajat olivat useimmin antaneet vanhusten valita vieraansa ($\chi^2=10.80$, $p=0.029$, $df=4$). Yhden kerran vanhusten hoidon erityispiirteitä opiskelleet olivat harvimmin huolehtineet siitä, että vanhukset saivat keskustella lääkärin kanssa kahden kesken ($\chi^2=9.53$, $p=0.049$, $df=4$) ja järjestäneet vanhukselle ja hänen omaisilleen mahdollisuuden olla rauhassa keskenään ($\chi^2=14.44$, $p=0.006$, $df=4$). Yhden kerran ihmissuhdetaitokoulutuksessa olleet hoitajat olivat useimmin eri mieltä siitä, että olisivat järjestäneet vanhuksille mahdollisuuden halutessaan olla yksin ($\chi^2=14.52$, $p=0.006$, $df=4$). Yhden kerran työnjakomallia käsitelleessä koulutuksessa olleet olivat harvimmin keskustelleet vanhusten asioista käytävällä tai muiden asukkaiden kuullen ($\chi^2=9.74$, $p=0.045$, $df=4$) ja yhden kerran etiikkaa opiskelleet olivat useimmin huolehtineet siitä, että vanhukset saivat halutessaan keskustella lääkärin kanssa kahden kesken ($\chi^2=12.25$, $p=0.016$, $df=4$).

Esimiehensä välinpitämättömiksi oman ammatillisen kehittymisensä kannalta kokeneet hoitajat olivat harvimmin järjestäneet vanhuksille mahdollisuuden olla yksin ($\chi^2=19.24$, $p=0.001$, $df=4$) ja tilaisuuden keskustella kahden lääkärin kanssa ($\chi^2=14.94$, $p=0.005$, $df=4$), mutta antoivat useimmin vanhusten valita vieraansa ($\chi^2=14.78$, $p=0.005$, $df=4$).

Voimaantuneet hoitajat olivat summamuuttujalla mitattuna useimmin järjestäneet vanhukselle mahdollisuuden olla yksin ($\chi^2=11.98$, $p=0.017$, $df=4$), tarjonneet vanhuksille mahdollisuutta keskustella kahden kesken ($\chi^2=18.95$, $p=0.001$, $df=4$) ja koputtaneet oveen mennessään vanhuksen huoneeseen ($\chi^2=15.32$, $p=0.004$, $df=4$).

Avoimien kysymysten vastauksissa tuli esiin ympäristön rauhattomuus ja virikkeettömyys. Myös omaisten epäasiallinen käyttäytyminen osastolla koettiin eettisesti hankalana tilanteena.

“Hälinä, muita potilaita samassa huoneessa neljä. Yksityisyyden puute. Levoton potilas viety yöksi kylppäriin, jotta toiset voisi nukkua.”

“Omainen, joka on mielenterveys/alkoholiongelmainen, heidän epärealistiset ja jopa vanhusten mielestä ahdistavat toiveet ja tempaukset osastolla.”

5.6.3. Rehellisyys

Hoitajat olivat useimmin, kolme viidesosaa, täyttäneet jokaisen vanhuksille antamansa lupauksen viimeksi vanhuksia hoitaessaan. Lähes puolet hoitajista oli käyttänyt valkoisia valheita saadakseen vanhukset ottamaan lääkkeensä ja kolmasosa ei ollut keskustellut omaisten kanssa vanhuksen näin toivoessa. Neljäsosa hoitajista oli jättänyt omaisten toivomuksesta kertomatta vanhuksille heidän hoitoonsa liittyviä asioita. Vähintään 50-vuotiaat hoitajat olivat useimmin jättäneet keskustelematta omaisten kanssa hoitoon liittyvistä asioista, koska olivat niin sopineet vanhusten kanssa (Taulukko 14).

Taulukko 14. Rehellisyyden periaatteen noudattaminen vanhusten hoitotyössä ikäluokittain

Rehellisyys	Alle 35-vuotiaat	35-49-vuotiaat	Vähintään 50-vuotiaat	Yhteensä	Testiarvot	
	(n=52) %	(n=103-106) %	(n=58-59) %	(n=213-217) %	χ^2	p
Käytin toisinaan "valkoisia valheita", jotta sain vanhukset ottamaan lääkkeensä.						
- Eri mieltä	29	37	42	36		
- Ei samaa eikä eri mieltä	23	14	15	17	3.54	
- Samaa mieltä	48	49	43	47	0.472	ns
Täytin jokaisen vanhuksille antamani lupauksen.						
- Eri mieltä	13	13	12	13		
- Ei samaa eikä eri mieltä	33	33	17	28	5.51	
- Samaa mieltä	54	54	71	59	0.239	ns
Jätin omaisten toivomuksesta kertomatta vanhuksille heidän hoitoonsa liittyviä asioita.						
- Eri mieltä	31	39	43	38		
- Ei samaa eikä eri mieltä	44	39	35	39	1.901	
- Samaa mieltä	25	22	22	23	0.754	ns
En keskustellut omaisten kanssa hoitoon liittyvistä asioista, koska olin niin sopinut vanhusten kanssa.						
- Eri mieltä	14	20	24	20		
- Ei samaa eikä eri mieltä	67	42	33	45	14.50	
- Samaa mieltä	19	38	43	35	0.006	**

df=4

Yli 15 vuotta nykyisessä työyhteisössä työskennelleet käyttivät useimmin ja 2-5 vuotta työskennelleet harvimminkin valkoisia valheita saadakseen vanhukset ottamaan lääkkeensä ($\chi^2=13.28$, $p=0.039$, $df=6$). Viimeisen viiden vuoden aikana vähintään kaksi kertaa hoitotyön malleja käsitelleessä koulutuksessa olleet hoitajat vastasivat useimmin täyttäneensä jokaisen vanhuksille antamansa lupauksen ($\chi^2=14.03$, $p=0.007$, $df=4$). Voimaantuneet hoitajat olivat voimaantumisen summamuuttujaa tarkasteltaessa muita useammin täyttäneet jokaisen vanhuksille antamansa lupauksen ($\chi^2=20.75$, $p<0.001$, $df=4$).

Avoimissa kysymyksissä omaisten vaatimus asioiden salaamisesta vanhukselta koettiin eettisesti hankalana tilanteena. Myös työtovereiden epärehellisyys koettiin ongelmallisena asiana ja valehtelemaan joutuminen aiheutti ristiriitaa eri eettisten periaatteiden välille.

“Naisasukkaan (dementoituneen) mies kuoli pitkän sairastelun jälkeen. Lapset + muut omaiset eivät halunneet kertoa asiasta rouvalle, jotta hän ei ahdistuisi ja “menisi sekaisin”. Omaiset pyysivät, ettei myöskään henkilökunta kerro asiasta rouvalle.”

5.7. Hyvän tekemisen periaate

Vanhusten hoitajista useimmat, lähes kaikki, olivat viimeksi vanhuksia hoitaessaan huolehtineet siitä, että vanhusten oli turvallista liikkua osastolla, tarjonnut vanhuksille juotavaa muutenkin kuin ruoka-aikoina ja järjestänyt jokaiselle vanhukselle mahdollisuuden osallistua hartaushetkeen. Neljä viidesosaa oli halannut vanhusta osoittaakseen välittävänsä hänestä. Lähes kolme neljäsosaa oli antanut vanhukselle kipulääkettä ennen haavahoitoa, pitänyt vanhuksen kädestä kiinni kuunnellessaan häntä ja keskustellut vanhuksen kanssa häntä ahdistavista asioista. Kolme viidesosaa vanhusten hoitajista oli huolehtinut siitä, että vanhuksilla oli mahdollisuus halutessaan päästä ulkoilemaan ja yli puolet hoitajista oli viettänyt paljon aikaa sellaisten vanhusten kanssa, jotka tunsivat itsensä yksinäisiksi. Hieman yli kolmasosa oli auttanut vanhusta yksin nousemaan pyörätuoliin, vaikka tiesi, että olisi ollut parempi pyytää toinen hoitaja avuksi. Niinikään kolmasosa hoitajista oli jättänyt vastaamatta heti vanhuksen kutsuun, koska tämä soitti kelloa jatkuvasti. Harvimmin, seitsemäsosa hoitajista, oli laittanut vanhukselle vaipan, koska ei ehtinyt viedä tätä riittävän usein wc:hen. Alle 35-vuotiaat olivat muita harvemmin halanneet vanhusta, mutta useammin keskustelleet vanhusten kanssa ahdistavista asioista kuin vähintään 50-vuotiaat hoitajat. Alle 35-vuotiaat olivat muita useammin jättäneet vastaamatta heti vanhuksen kutsuun tämän soittaessa kelloa jatkuvasti (Taulukko 15).

Taulukko 15. Hyvän tekemisen periaatteen noudattaminen vanhusten hoitotyössä ikäluokittain

	Alle 35-vuotiaat	35-49-vuotiaat	Vähintään 50-vuotiaat	Yhteensä	Testiarvot
Hyvän tekeminen	(n=52) %	(n=104-106) %	(n=58-60) %	(n=216-218) %	χ^2 p
Huolehdin siitä, että jokaisen vanhuksen oli turvallista liikkua osastolla.					
- Eri mieltä	-	2	-	1	
- Ei samaa eikä eri mieltä	10	7	5	7	3.07
- Samaa mieltä	90	91	95	92	0.546
Annoin vanhuksille kipulääkettä ennen kuin hoidin heidän haavansa.					
- Eri mieltä	8	9	7	8	
- Ei samaa eikä eri mieltä	25	16	19	19	1.93
- Samaa mieltä	67	75	74	73	0.749
Tarjosin usein vanhuksille juotavaa muutenkin kuin ruoka-aikoina.					
- Eri mieltä	15	6	3	7	
- Ei samaa eikä eri mieltä	6	7	5	7	7.15
- Samaa mieltä	79	87	92	86	0.128
Autoin yksin vanhusta nousemaan sängystä pyörätuoliin, vaikka tiesin, että olisi ollut parempi pyytää toinen hoitaja avuksi.					
- Eri mieltä	52	53	46	51	
- Ei samaa eikä eri mieltä	12	8	22	13	6.32
- Samaa mieltä	36	39	32	36	0.177
Laitoin vanhukselle vaipan, koska en ehtinyt viedä häntä wc:hen riittävän usein.					
- Eri mieltä	69	74	78	74	
- Ei samaa eikä eri mieltä	15	10	12	12	2.33
- Samaa mieltä	16	16	10	14	0.675
Järjestin jokaiselle vanhukselle mahdollisuuden halutessaan osallistua hartaushetkeen/Jumalanpalvelukseen.					
- Eri mieltä	-	4	2	2	
- Ei samaa eikä eri mieltä	10	8	2	7	5.76
- Samaa mieltä	90	88	96	91	0.218
Huolehdin siitä, että hoitamillani vanhuksilla oli mahdollisuus halutessaan mennä ulkoilemaan.					
- Eri mieltä	17	21	12	17	
- Ei samaa eikä eri mieltä	23	22	20	22	2.48
- Samaa mieltä	60	57	68	61	0.648
En vastannut heti vanhuksen kutsuun, koska hän soitti kelloa jatkuvasti.					
- Eri mieltä	23	45	56	43	
- Ei samaa eikä eri mieltä	23	21	22	22	15.79
- Samaa mieltä	54	34	22	35	0.003
Pidin vanhuksen kädestä kiinni kuunnellessani häntä.					
- Eri mieltä	12	11	8	10	
- Ei samaa eikä eri mieltä	23	12	20	17	3.86
- Samaa mieltä	65	77	72	73	0.426
Halasin vanhusta osoittaakseni välittäväni hänestä.					
- Eri mieltä	19	10	7	11	
- Ei samaa eikä eri mieltä	17	9	5	10	11.04
- Samaa mieltä	64	81	88	79	0.026
Keskustelin vanhuksen kanssa asioista, jotka aiheuttivat hänelle ahdistusta.					
- Eri mieltä	10	12	30	16	
- Ei samaa eikä eri mieltä	9	12	12	12	11.77
- Samaa mieltä	81	76	58	72	0.019
Vietin paljon aikaa sellaisten vanhusten kanssa, jotka tunsivat itsensä yksinäisiksi.					
- Eri mieltä	19	16	10	15	
- Ei samaa eikä eri mieltä	33	34	23	31	5.55
- Samaa mieltä	48	50	67	54	0.235

df=4

Vakituisessa työsuhteessa olevat hoitajat tarjosivat määräaikaista useammin vanhuksille juotavaa muutenkin kuin ruoka-aikoina ($\chi^2=6.16$, $p=0.046$, $df=2$) ja halusivat useammin vanhusta osoittaakseen välittävänsä tästä ($\chi^2=12.04$, $p=0.002$, $df=2$). Alle 5 vuotta hoitotyötä tehneet olivat useimmin ja 5-10 vuotta työskennelleet harvimmin huolehtineet siitä, että vanhusten oli turvallista liikkua osastolla ($\chi^2=14.14$, $p=0.028$, $df=6$). Vähintään 20 vuotta hoitotyötä tehneet olivat harvimmin ja alle 5 vuotta hoitotyötä tehneet useimmin jättäneet vastaamatta kutsuun vanhuksen soittaessa kelloa jatkuvasti ($\chi^2=15.76$, $p=0.015$, $df=6$). Vähintään 20 vuotta hoitajina työskennelleet olivat muita useammin halanneet vanhusta ($\chi^2=16.80$, $p=0.010$, $df=6$).

Työyhteisöään välinpitämättömänä oman ammatillisen kehittymisensä kannalta pitäneet hoitajat olivat muita harvemmin huolehtineet vanhusten turvallisesta liikkumisesta osastolla ($\chi^2=12.51$, $p=0.014$, $df=4$) ja pitäneet vanhuksen kädestä kiinni kuunnellessaan tätä ($\chi^2=9.75$, $p=0.045$, $df=4$). Hoitajat, jotka kokivat esimiehensä välinpitämättömäksi ammatillisen kehittymisensä kannalta, huolehtivat harvimmin siitä, että vanhusten oli turvallista liikkua osastolla ($\chi^2=9.80$, $p=0.044$, $df=4$) ja tarjosivat muita harvemmin vanhuksille juotavaa muutenkin kuin ruoka-aikoina ($\chi^2=12.46$, $p=0.014$, $df=4$).

Viimeisen viiden vuoden aikana hoitotyön lisäkoulutukseen osallistuneet hoitajat olivat muita harvemmin laittaneet vanhukselle vaipan, koska eivät olleet ehtineet viedä häntä wc:hen ($\chi^2=7.42$, $p=0.025$, $df=2$) ja halanneet useimmin vanhusta osoittaakseen välittävänsä hänestä ($\chi^2=6.94$, $p=0.031$, $df=2$). Hoitotoimenpiteitä käsitelleessä koulutuksessa olleet antoivat muita useammin vanhuksille kipulääkettä ennen haavahoitoa ($\chi^2=11.72$, $p=0.020$, $df=4$) ja hoitotyön malleja käsitelleessä koulutuksessa olleet hoitajat jättivät harvimmin vastaamatta vanhuksen kelloon tämän soittaessa sitä usein ($\chi^2=9.87$, $p=0.043$, $df=4$). He myös pitivät useimmin vanhuksen kädestä kiinni kuunnellessaan tätä ($\chi^2=14.81$, $p=0.005$, $df=4$) ja viettivät eniten aikaa sellaisten vanhusten kanssa, jotka tunsivat itsensä yksinäisiksi ($\chi^2=12.45$, $p=0.014$, $df=4$). Vähintään kaksi kertaa etiikkaa käsitelleessä koulutuksessa olleet hoitajat järjestivät muita useammin vanhuksille mahdollisuuden osallistua hartaushetkeen ($\chi^2=12.42$, $p=0.015$, $df=4$) ja halusivat vanhuksia useammin ($\chi^2=13.42$, $p=0.009$, $df=4$). Vähintään kaksi kertaa tutkimustyötä opiskelleet järjestivät harvimmin vanhuksille mahdollisuuden osallistua hartaushetkeen ($\chi^2=9.82$, $p=0.044$, $df=4$).

Voimaantuneet hoitajat olivat summamuuttujalla mitattuna useimmin huolehtineet vanhusten turvallisesta liikkumisesta osastolla ($\chi^2=27.87$, $p<0.001$, $df=4$), antaneet vanhuksille kipulääkettä

ennen haavahoitoa ($\chi^2=9.48$, $p=0.050$, $df=4$), tarjonneet vanhuksille juotavaa muutenkin kuin ruoka-aikoina ($\chi^2=18.99$, $p=0.001$, $df=4$) ja järjestäneet jokaiselle vanhukselle halutessaan mahdollisuuden osallistua hartaushetkeen ($\chi^2=15.14$, $p=0.004$, $df=4$). He olivat myös voimaantumattomia useammin huolehtineet vanhusten ulkoilumahdollisuudesta ($\chi^2=10.64$, $p=0.031$, $df=4$), halanneet vanhusta osoittaakseen välittävänsä tästä ($\chi^2=11.05$, $p=0.026$, $df=4$) ja viettäneet aikaa itsensä yksinäiseksi tunteneiden vanhusten seurassa ($\chi^2=17.53$, $p=0.002$, $df=4$). Vähemmän voimaantuneet hoitajat taas olivat voimaantuneita useammin laittaneet vanhukselle vaipan, koska eivät olleet ehtineet viedä häntä wc:hen riittävän usein ($\chi^2=12.28$, $p=0.015$, $df=4$) ja jättäneet vastaamatta jatkuvasti kelloa soittaneen vanhuksen kutsuun ($\chi^2=10.01$, $p=0.040$, $df=4$).

Avoimien kysymysten vastauksissa toimiminen dementiaa sairastavien vanhusten kanssa, erityisesti vanhusten kieltäytyminen hoidosta, koettiin usein eettisesti hankalana. Kiire ja henkilökunnan vähyys aiheuttivat usein tilanteita, joissa hoitajat eivät pystyneet noudattamaan hoitotyön eettisiä periaatteita niin hyvin, kuin olisivat halunneet. Ruokailutilanteet ja vanhusten syöttäminen koettiin eettisesti hankalina, koska aikaa oli liian vähän autettaviin nähden. Hoitajat kuvailivat usein myös tilanteita, joissa vanhusten aggressiivisuus tai epäasiallisuus vaaransivat muiden asukkaiden ja hoitajien turvallisuuden.

“Esim. dementoituneet vanhuksat saattavat kieltäytyä normaaleista päivittäisistä toimista kuten pukeminen, riisuminen, peseytyminen, syöminen ym. He eivät halua ottaa lääkkeitään tai hoitotoimet koetaan “kiusantekona”.”

“Osastollamme on paljon psyykkisesti sairaita ja vaikeasti dementoituneita vanhuksia, jotka tarvitsisivat paljon aikaa ja läsnäoloa. Tämä ei kuitenkaan ole mahdollista vähäisten henkilöstöresurssien takia. Työ on hyvin nopeatahtista ja kiireistä.”

“Ruokailu. On kiire: iltavuoro: 2 hoitajaa/22 asukasta. Suurinta osaa pitää syöttää. Vanhus, usein dementikko syö hitaasti. Syötetään ns. vauhdilla. Ruokailuhetken pitäisi olla rauhallinen ja kiireetön yhdessäolon hetki – ja se on kaikkea muuta!”

“...tällä hetkellä osastollemme on tullut kaksi psykiatrista hoitoa tarvitsevaa ja he ovat myös aggressiivisia niin asukkaille kuin hoitohenkilökunnallekin. Ja käksikäymisiä tapahtuukin usein. On mahdotonta taata turvallisuutta muille asukkaille tällä hetkellä.”

5.8. Oikeudenmukaisuuden periaate

Useimmin, yli neljä viidesosaa, hoitajista oli viimeksi vanhuksia hoitaessaan huolehtinut siitä, että vanhukset saivat kaikki tarvitsemansa palvelut. Kolme neljäsosaa oli kysynyt vanhusten omaisilta mielipidettä hoidosta, kannustanut omaisia osallistumaan vanhusten hoitoon ja keskustellut omaisten kanssa vanhuksen elämänsä historiasta. Kaksi kolmasosaa hoitajista oli vanhuksia hoitaessaan jakanut työvuoronsa niin, että käytti vanhusten kanssa aikaa heidän tarpeittensa mukaisesti. Viidennes hoitajista ei ollut ehtinyt keskustella joidenkin omaisten kanssa, vaikka nämä olisivat sitä halunneet. Harvimminkin, vain muutama hoitaja, oli vältellyt kanssakäymistä eri kulttuurista lähtöisin olevien vanhusten kanssa. (Taulukko 16).

Taulukko 16. Oikeudenmukaisuuden periaatteen noudattaminen vanhusten hoitotyössä ikäluokittain

Oikeudenmukaisuus	Alle 35-vuotiaat (n=52) %	35-49-vuotiaat (n=105-106) %	Vähintään 50-vuotiaat (n=57-59) %	Yhteensä (n=213-217) %	Testiarvot χ^2 p
Jaoin työvuorossani käytettävissä olevan ajan niin, että käytin hoitamieni vanhusten kanssa aikaa heidän tarpeittensa mukaisesti.					
- Eri mieltä	16	14	10	14	1.25 0.869 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	17	20	24	20	
- Samaa mieltä	67	66	66	66	
Huolehdin siitä, että hoitamilleni vanhuksille järjestettiin kaikki heidän tarvitsemansa palvelut (esim. hammaslääkäri, fysioterapia, jalkahoitaja, psykiatri).					
- Eri mieltä	6	9	2	6	5.95 0.203 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	17	9	8	11	
- Samaa mieltä	77	82	90	83	
Välttelin kanssakäymistä eri kulttuurista lähtöisin olevien vanhusten kanssa, koska minusta oli vaikeaa toimia heidän kanssaan.					
- Eri mieltä	69	66	83	71	6.57 0.160 nv
- Ei samaa eikä eri mieltä	27	30	17	26	
- Samaa mieltä	4	4	-	3	
Kysyin vanhuksen omaisilta heidän mielipidettään hoidosta.					
- Eri mieltä	10	6	3	6	6.71 0.152 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	23	18	9	17	
- Samaa mieltä	67	76	88	77	
Kannustin vanhuksen omaisia osallistumaan hänen hoitoonsa.					
- Eri mieltä	8	8	5	7	4.86 0.302 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	23	16	9	16	
- Samaa mieltä	69	76	86	77	
En ehtinyt keskustella joidenkin omaisten kanssa, vaikka he olisivat sitä halunneet.					
- Eri mieltä	58	62	64	61	2.16 0.706 ns
- Ei samaa eikä eri mieltä	21	19	12	18	
- Samaa mieltä	21	19	24	21	
Keskustelin omaisten kanssa vanhuksen elämänsä historiasta.					
- Eri mieltä	27	7	-	10	42.15 < 0.001 nv
- Ei samaa eikä eri mieltä	29	15	5	16	
- Samaa mieltä	44	78	95	74	

df=4

Määräaikaisessa työsuhteessa olevat hoitajat olivat vakituisia useammin vältelleet kanssakäymistä eri kulttuurista lähtöisin olevien vanhusten kanssa ($\chi^2=6.90$, $p=0.032$, $df=2$). Vakituiset työntekijät taas olivat useammin kysyneet vanhuksen omaisilta mielipidettä hoidosta ($\chi^2=8.06$, $p=0.018$, $df=2$), kannustaneet omaisia osallistumaan hoitoon ($\chi^2=15.56$, $p<0.001$, $df=2$) ja keskustelleet vanhuksen elämänhistoriasta omaisten kanssa ($\chi^2=9.56$, $p=0.008$, $df=2$).

Mitä useamman vuoden hoitaja oli tehnyt hoitotyötä, sitä useammin hän kannusti omaisia osallistumaan vanhuksen hoitoon ($\chi^2=15.70$, $p=0.015$, $df=6$) ja keskusteli omaisten kanssa vanhuksen elämänhistoriasta ($\chi^2=28.30$, $p<0.001$, $df=6$). Nykyisessä työyhteisössä pidempään työskennelleet hoitajat kannustivat omaisia vähän aikaa työskennelleitä useammin osallistumaan vanhuksen hoitamiseen ($\chi^2=16.02$, $p=0.014$, $df=6$). Yksilövastuista hoitotyötä tai tiimityöskentelyä käyttävällä osastolla työskentelevät hoitajat jakoivat muita useammin työvuorossaan käytettävissä olevan ajan niin, että he käyttivät vanhusten kanssa aikaa näiden tarpeiden mukaisesti ($\chi^2=14.48$, $p=0.006$, $df=4$).

Hoitotyön lisäkoulutukseen viimeisen viiden vuoden aikana osallistuneet hoitajat olivat useimmin kannustaneet vanhuksen omaisia osallistumaan hänen hoitoonsa ($\chi^2=8.40$, $p=0.015$, $df=2$) ja keskustelleet omaisten kanssa vanhuksen elämänhistoriasta ($\chi^2=8.11$, $p=0.017$, $df=2$). Kaksi kertaa tai useammin hoitotyön malleja opiskelleet hoitajat jakoivat muita useammin aikansa hoitamiensa vanhusten tarpeiden mukaisesti ($\chi^2=10.23$, $p=0.037$, $df=4$).

Ne hoitajat, jotka saivat tukea tai kannustusta ammatilliseen kehittymiseensä työyhteisöltään ($\chi^2=10.04$, $p=0.040$, $df=4$) tai esimieheltään ($\chi^2=16.46$, $p=0.002$, $df=4$), huolehtivat useimmin siitä, että heidän hoitamilleen vanhuksille järjestettiin kaikki heidän tarvitsemansa palvelut. Esimiehensä tukevana tai kannustavana kokeneet hoitajat kysyivät myös muita useammin vanhuksen omaisilta heidän mielipidettään hoidosta ($\chi^2=13.65$, $p=0.008$, $df=4$).

Voimaantumisen summamuuttujaa tarkasteltaessa voimaantuneet hoitajat olivat muita useammin huolehtineet hoitamilleen vanhuksille heidän tarvitsemansa palvelut ($\chi^2=23.58$, $p<0.001$, $df=4$), kysyneet omaisilta heidän mielipidettään hoidosta ($\chi^2=19.86$, $p=0.001$, $df=4$) ja keskustelleet omaisten kanssa vanhuksen elämänhistoriasta ($\chi^2=15.70$, $p=0.003$, $df=4$).

Avoimien kysymysten vastauksissa muutamat hoitajat kokivat eettisesti hankalina tilanteet, joissa toimittiin vierasta uskontokuntaa tai kulttuuria edustavan vanhuksen kanssa. Myös vanhusten hoitopaikan valintaan liittyvät ongelmat koettiin hankalina.

“Muistamaton, ahdistunut, hartaasti lestadiolainen vanhus kaipasi synninpäästöä ja anteeksiantoa peläten kuolevansa ennen kuin saisi nämä. Vanhus ahdistui enemmän kun ei ollut toista samaa uskoa edustavaa, joka olisi voinut synninpäästön antaa.”

“...tai huonokuntoisen vanhuksen hoitopaikan valinta (lähetetäänkö esim. sairaalaan) kunnon laskiessa.”

“...omainen haluaa hoitaa ilman apua vanhusta kotona, vaikka se hoitajan näkemyksellä on mahdottomuus ja toisaalta vanhus kokee pärjäävänsä kotona, vaikka se on kaikin mahdollisin järjestelyin mahdotonta.”

Taulukko 17. Eettisesti hankalat tilanteet vanhusten hoitotyössä eettisten periaatteiden mukaan luokiteltuina

Hoitotyön eettinen periaate	Eettisesti hankala tilanne	Mainintoja aineistossa
IHMISARVON KUNNIOITTAMINEN		
- Itsemäärääminen	- Erimielisyydet hoitolinjoista omaisten kanssa - Vanhusten hoidosta kieltäytyminen - Pakkokeinojen käyttäminen - Työtovereiden puuttuminen vanhuksen itsemääräämiseen	39 11 8 5
- Yksityisyys	- Ympäristön rauhattomuus, virikkeettömyys - Omaisten tai työtovereiden epäasiallinen käyttäytyminen	5 4
- Rehellisyys	- Omaisten vaatimus asioiden salaamisesta vanhukselta - Valehtelemaan joutuminen - Työtovereiden epärehellisyys	4 3 2
HYVÄN TEKEMINEN		
	- Kiire, henkilökunnan vähyys - Ruokailutilanteet - Vanhusten aggressiivisuus	13 10 10
OIKEUDENMUKAISUUS		
	- Vanhusten hoitopaikan valinta - Muiden uskontokuntien ja vieraiden kulttuurien edustajat asukkaina	12 3

6. POHDINTA

6.1. Tutkimuksen luotettavuus

Validiteetti on mittarin kykyä mitata sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Tämän tutkija joutuu ottamaan huomioon koko mittarin suunnitteluvaiheen ja itse mittaamisen ajan systemaattisten virheiden välttämiseksi. Sisällöllinen validius tarkoittaa, että mittarin sisältö on tutkittavan käsitteen kannalta järkevä ja perusteltu (Alkula ym. 1995, 89-92.) Se merkitsee sitä, että teoreettisesti määritellylle käsitteelle on kyetty antamaan kattava operationaalinen määritelmä (Krause ja Kiikkala 1996, 69.) Tässä tutkimuksessa kysymykset pohjautuivat

kirjallisuuskatsaukseen, joka koottiin tutkittavan aiheen kannalta keskeisestä kirjallisuudesta ja tutkimustuloksista. Kyselylomakkeen väittämien laatiminen oli vaativa ja aikaavievä prosessi. Erityisesti eettisten periaatteiden konkretisointi ja niiden noudattamista mitanneiden väittämien muodostaminen oli hankalaa. Ihmisarvon kunnioittamisen periaatetta oli jonkin verran tutkittu, jonka vuoksi sen tuominen käytännön tasolle oli helpompaa kuin hyvän tekemisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteiden konkretisointi. Oikeudenmukaisuuden periaatteen noudattamista mitanneiden väittämien joukossa oli joitakin omaisten kanssa toimimista kartoittaneita kysymyksiä. Näiden oli tarkoitus mitata sosiaalisen oikeudenmukaisuuden noudattamista, mutta jälkikäteen arvioituna ne olisivat paremmin sopineet hyvän tekemisen periaatteen kohdalle. Muutoin väittämät mittasivat hyvin sitä, mitä niiden oli tarkoituskin mitata.

Vehviläinen-Julkusen ja Paunosen (1997, 207) mukaan esitutkimuksen avulla tutkija voi varmistaa, että mittari on toimiva, looginen, ymmärrettävä ja helposti käytettävä. Krause ja Kiikkala (1996, 67) lisäävät esitutkimuksen mahdollistavan myös tiedon tutkimuksen toteuttamismahdollisuuksista, tietojen saannista sekä tietojen analysoinnista. Ennen varsinaista aineiston keräämistä suoritettiin esitutkimus, jossa vastaajia pyydettiin arvioimaan ja kommentoimaan kyselylomakkeen kysymyksiä. Esitutkimukseen osallistuneiden hoitajien huomioiden ja saadun aineiston hajonnan perusteella joitakin strukturoituja kysymyksiä poistettiin ja muokattiin niiden huonosta hajonnasta johtuen. Lisäksi avoimien kysymysten määrää vähennettiin ja kysymyksiä tarkennettiin.

Reliabiliteetti kuvaa mittauksen johdonmukaisuutta. Kahden ihmisen käyttäessä samaa mittausinstrumenttia heidän mittaustuloksensa tulisi olla yhdenmukainen mitattaessa samaa asiaa. Reliabilitettä testattaessa arvioidaan mittarin muuttumattomuutta, vastaavuutta ja homogeenisuutta (Burns ja Grove 1997, 327 ja 328.) Mittaamisen aikana tapahtuvat satunnaisvirheet alentavat mittauksen reliabiliteettia ja huono reliabiliteetti taas alentaa mittarin kokonaisvaliditeettia. Satunnaisvirheet ovat sitä yleisempiä, mitä abstraktimpi mitattava asia on (Alkula ym. 1995, 89-94.) Krausen ja Kiikkalan (1996, 71) mukaan kyselytutkimuksen reliabiliteettia parantaa se, että kysymykset ovat yksiselitteisiä ja selkeitä ja että kysymyksiä on riittävästi. Tässä tutkimuksessa kysymykset ja vastausohjeet pyrittiin luomaan yksiselitteisiksi. Kysymyksistä tehtiin mahdollisimman konkreettisia ja niin yleisiä, että niihin pystyttäisiin vastaamaan missä tahansa vanhainkodissa ja eri ajankohtina. Esitutkimuksen avulla kyselylomaketta vielä selkeytettiin ja kysymyksiä tarkennettiin.

Vaikka kyselylomake olikin melko pitkä, katsottiin kaikkien siinä olevien kysymysten olevan tarpeellisia sekä validiteetin että reliabiliteetin kannalta.

Tutkimus toteutettiin kolmessa eri vanhainkodissa, jotka sijaitsivat kaikki eri kaupungeissa. Tällä pyrittiin vähentämään vanhainkotihoitaisten erityispiirteiden vaikutusta aineistoon sekä saamaan riittävän kokoinen aineisto. Vastausprosentiksi muodostui 40, mikä oli odotettavissa jo esitutkimuksen perusteella. Aihe oli hoitajille vaativa ja erityisesti avoimiin kysymyksiin vastaaminen edellytti eettistä pohdintaa. Palautuneiden kyselylomakkeiden määrä (221) oli kuitenkin riittävän suuri, jotta suunniteltuja tilastollisia menetelmiä pystyttiin käyttämään aineiston analysointivaiheessa. Avoimiin kysymyksiin oli vastannut lähes puolet kyselylomakkeen palauttaneista. Vastaajien joukossa oli huomattavasti enemmän lähihoitajia kuin sairaanhoitajia, mikä vastaa vanhainkodin osastojen normaalia ammattijakaumaa. Vehviläinen-Julkusen ja Paunosen (1997, 211) mukaan on mahdollista, että aineistosta puuttuvat juuri tulosten kannalta merkittävät tiedon antajat. Alhaisesta vastausprosentista ja tutkimusaiheen vaikeudesta johtuen on todennäköistä, että vastaajien joukossa on enemmän työhönsä motivoituneita vanhusten hoitajia kuin koko tutkimusjoukossa. Tämä saattaa vaikuttaa jonkin verran tuloksiin. Kyselyllä saatiin kuitenkin tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa ja avoimilla kysymyksillä saatiin myös sellaista tietoa, jota ei osattu kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten perusteella odottaa.

Aineiston käsittelyssä ja analysoinnissa ei käytetty ulkopuolista apua. Erityisesti tilastollisten menetelmien käytössä olisi asiantuntijan hyödyntäminen voinut nopeuttaa prosessia ja ehkä myös auttanut löytämään aineistosta uusia näkökulmia. Tutkimuksen tekijä päätyi kuitenkin käsittelemään aineiston itse, jotta perehtyneisyys tilastollisiin menetelmiin ja ymmärrys aineistosta kokonaisuudessaan syvenisivät.

Summamuuttujia muodostettaessa käytettiin aineistoa, jossa luokkia oli jo yhdistetty, eikä alkuperäistä aineistoa. Näin ollen väittämäsarjojen kohdalla summamuuttujat muodostettiin kolmiluokkaisista väittämistä viisiluokkaisten sijaan. Tästä johtuen tuloksissa saattoi painottua keskimäinen luokka, "ei samaa eikä eri mieltä". Mikäli summamuuttujat olisi muodostettu alkuperäisestä aineistosta, olisi tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä tulosten välillä saattanut löytyä enemmän ja löydetty yhteydet olisivat voineet olla vahvempia. Tästä huolimatta aineistosta löytyi paljon tilastollisesti merkitseviä tuloksia.

Krausen ja Kiikkalan (1996, 69) mukaan korkea ulkoinen validiteetti merkitsee sitä, että tutkimustulokset voidaan yleistää koko perusjoukkoon. Tässä tutkimuksessa otokseen kuuluivat kaikki tutkimukseen osallistuneiden kolmen vanhainkodin hoitotyöntekijät. Vanhainkodit sijaitsivat lisäksi eri kaupungeissa, jotta vanhustenhoidon alueelliset erot eivät vaikuttaisi tutkimustuloksiin. Kysymykset laadittiin niin, että tutkimus olisi mahdollista toteuttaa missä tahansa vanhainkodissa. Vastausprosentti jäi kuitenkin melko alhaiseksi ja tämä saattaa heikentää tulosten yleistettävyyttä. Mikäli kaikki lomakkeen saaneet olisivat vastanneet kyselyyn, voisi varmemmin tehdä johtopäätöksiä siitä, miten vanhainkotien hoitotyöntekijät kokevat oman voimaantumisensa, siihen yhteydessä olevat tekijät ja eettisten periaatteiden noudattamisen käytännön hoitotyössä. Nyt kyselyyn saattoivat vastata kaikkein motivoituneimmat vanhusten hoitajat, jolloin tuloksista voi saada liian myönteisen kuvan kiinnostuksen kohteena olevasta asiasta.

6.2. Tutkimustulosten tarkastelu

6.2.1 Taustatiedot

Vastaajista viidennes oli sairaanhoitajia ja kolme neljäsosa lähihoitajia. Tämä vastasi melko hyvin tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden ammattijakaumaa. Myös vastaajien ikäjakauma on hoitoalalle tyypillinen, eniten joukossa oli 35-49-vuotiaita vanhusten hoitajia. Näiltä osin vastaajat olivat hyvä otos tutkimusjoukosta. Määräaikaisessa työsuhteessa olevien osuus oli neljäsosa vastaajista, mikä tuntuu melko suurelta määrältä. Saattaa myös olla, että sijaisista suhteellisesti suurempi osa jätti vastaamatta kyselyyn kuin vakituisista työntekijöistä, jolloin määräaikaisessa työsuhteessa olleiden osuus olisi todellisuudessa ollut vielä suurempi. Tämä ei kuitenkaan ole yllättävää, koska hoitoalalle on tyypillistä työsuhteiden vakinaistamatta jättäminen silloinkin, kun työntekijä on useita vuosia työskennellyt samassa yksikössä. Tällainen käytäntö ei motivoi kovinkaan hyvin vanhusten hoitajia sitoutumaan työhönsä, eikä paranna henkilöstön pysyvyyttä ja samalla hoidon jatkuvuutta.

Esimiestä pidettiin useammin kannustavana oman ammattillisen kehittymisen kannalta kuin työyhteisöä. Tämä johtuu varmasti siitä, että henkilöstön kannustaminen on tärkeä osa osastonhoitajan toimenkuvaa ja hän usein mahdollistaa vanhusten hoitajien koulutukseen

pääsyn. Toisaalta osastonhoitajan olisi hyvä huolehtia myös siitä, että koko työyhteisö kannustaa jokaista työntekijää kehittymään omassa ammatissaan. Tämä olisi mahdollista, mikäli työyhteisössä ymmärrettäisiin moninaisen ammattitaidon merkitys ja osattaisiin myös hyödyntää sitä.

Melko usein hoitajat vastasivat, että heidän työyhteisössään on käytössä eri työnjakomallien yhdistelmä. Tällöin ei ilmeisesti ole selkeästi määritelty tai sovittu pääasiallista työnjakomallia. Yksilövastuinen hoitotyö ei voi täydellisesti toimia, mikäli sen rinnalla sovelletaan esimerkiksi tehtäväkeskeistä työnjakoa. Yllättävää on, että selvästi yli puolessa työyhteisöistä oli käytössä tehtäväkeskeinen, moduuli- tai ryhmätyöskentely.

6.2.2 Työyhteisö

Yli neljäsosassa työyhteisöistä henkilökohtaiset ristiriidat häirtasivat yhteistyötä vanhuksia hoidettaessa. Ristiriitoja ilmenee, kun joudutaan työskentelemään jatkuvassa kiireessä ja paineen alaisina. On luonnollista, että turhautuminen puretaan työtovereihin, koska hoidettaviin vanhuksiin sitä ei voi kohdistaa. Myös vapaa-aikana työssä esiin tulleiden tilanteiden työstäminen on vaikeaa salassapitovelvollisuuden vuoksi, sekä siksi, että läheisten ihmisten saattaa olla vaikeaa ymmärtää hoitotyön kulttuuria. Tämän vuoksi työnohjaus olisi hyvä keino ehkäistä ristiriitoja työyhteisössä. Myös Buckles Princen (1997) tutkimuksessa käytetty jaetun johtajuuden malli, jossa hoitajista koostuvat neuvostot kokoontuvat säännöllisesti pohtimaan ongelmatilanteita, voisi auttaa ristiriitojen selvittämisessä ja ehkäisyssä. Ristiriidoista huolimatta juuri työyhteisöstä saatiin eniten tukea kohdattaessa eettisesti hankalia tilanteita hoitotyössä. Tämä osoittaa työyhteisön merkityksen sekä hoitajien jaksamisen että eettisten ongelmatilanteiden ratkaisemisen kannalta.

Sairaanhoitajat suhtautuivat lähihoitajia kriittisemmin työyhteisöönsä. Tämä johtuu varmasti suurelta osin näiden kahden ammattiryhmän toimenkuvan erilaisuudesta vanhainkodin osastolla. Sairaanhoitajat saattavat nähdä työyhteisön laajempuna kokonaisuutena, johon kuuluvat myös hoitotyön johtajat, lääkärit ja muut vanhainkodissa työskentelevät ammattiryhmät. He ovat lähihoitajia enemmän tekemisissä erityisesti lääkäreiden kanssa ja kohtaavat useammin ongelmia yhteistyössä heidän kanssaan.

Tässä tutkimuksessa hoitotyön lisäkoulutukseen osallistuminen oli lisännyt kriittisyyttä ja mahdollisesti myös huomioherkkyyttä. Fultonin (1997) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat tiedon edellytyksenä eri mieltä olemiselle. Tiedon saaminen asiasta auttaa myös kiinnittämään siihen huomiota omassa työssä. Saattaa olla, että hiljainen tieto on merkittävä voimavara sekä jaksamisen että eettisyyden kannalta.

Etiikkaa käsitelleeseen koulutukseen osallistuneet olivat muita useammin sitä mieltä, että heidän työyhteisössään ei ole kirjallisesti esitettyä yhteistä tavoitetta vanhusten hoitotyölle. He olivat varmasti kiinnittäneet asiaan muita enemmän huomiota, mutta koulutusta saaneina heillä olisi myös ollut muita paremman valmiudet huolehtia yhteisen tavoitteen kirjaamisesta.

Työnjakomallien yhdistelmää käyttäviä työyhteisöjä pidettiin kokonaisuutena kaikkein toimivimpina. Näissä työyhteisöissä on saatettu soveltaa muita enemmän eri työnjakomallien parhaimpia puolia tai jopa kokeilla eri työnjakomalleja etsittäessä parhaiten omaan työyhteisöön sopivaa mallia. Muuten tälle tulokselle on vaikeaa löytää järkevää selitystä, koska olisi oletettavaa, että esimerkiksi yksilövastuinen hoitotyö toimisi heikosti, mikäli työyhteisössä jotkin työt olisi jaettu tehtäväkeskeisesti.

6.2.3 Johtajuus

Niissä työyhteisöissä, joissa oli käytössä tehtäväkeskeinen, moduuli- tai ryhmätyöskentely, osastonhoitaja hyödynsi huonoiten työntekijöiden vahvuudet. On selvää, että muut työnjakomallit mahdollistavat paremmin työntekijöiden vahvuuksien hyödyntämisen, mutta varmasti myös hoitajat kokevat paremmin hyödyntävänsä omaa erityisosaamistaan. Tehtäväkeskeinen työnjakomalli rajoittaa enemmän hoitajan mahdollisuuksia vaikuttaa vanhusten hyvinvointiin kuin kehittyneemmät työnjakomallit. McMahonin (1990) tutkimuksessa hierarkkisesti johdetuissa yksiköissä ongelmat jätettiin huomioimatta tai osoitettiin muille. Tämä, kuten työntekijöiden vahvuuksien hyödyntämättömyyskin, saattaa johtua todellisen johtajuuden puuttumisesta. Johtajan asemassa oleva ei ota hänelle kuuluvaa vastuuta, jolloin myös muiden työyhteisön jäsenten on mahdollista väistää velvollisuuksiaan. Kehittyneemmissä työnjakomalleissa johtaja toimii mahdollistajana ja työntekijöillä on väistämättä paljon vastuuta.

Hoitajat, jotka kokivat esimiehensä ammatillisen kehityksensä kannalta kannustaviksi, arvioivat johtajuuden työyhteisössään kokonaisuudessaan kaikkein toimivimmaksi. Tämä osoittaa sen, kuinka tärkeä osa osastonhoitajan johtajuutta kannustaminen ja ammatillisen kehittymisen mahdollistaminen on. Toisaalta kannustavien esimiesten osastoilla työskentelevät suhtautuvat varmasti myönteisesti myös muihin esimiestensä ominaisuuksiin ja kannustavat osastonhoitajat saattavat omata muita enemmän hyvän johtajan piirteitä.

6.2.4 Ammatillisuus

Wilmotin ym. (2002) tutkimuksessa hoitajat toimivat eettisissä tilanteissa pääsääntöisesti omien arvojensa mukaisesti, jolloin ammatillisilla ohjeistoilla oli vähäinen merkitys. Tässä tutkimuksessa taas alle puolet hoitajista toimi työssään ensisijaisesti omien arvojensa mukaisesti. Ilmeisesti on helpompaa toimia yhteisten arvojen mukaisesti, koska tällöin ei välttämättä joudu niin usein puolustamaan omaa ajatusmaailmaansa. On kuitenkin epätodennäköistä, että hoitaja jaksaa pitkään toimia omien arvojensa vastaisesti esineellistämättä vanhuksia. Eettisten periaatteiden noudattaminen on mahdollista vain sisäistettyjen arvojen mukaisessa toiminnassa.

Sairaanhoitajat pyrkivät useammin kehittämään itseään ja työskentelivät tavoitteellisemmin kuin lähihoitajat. Tämä voi johtua sekä ammattiryhmien koulutuksen että toimenkuvan erilaisuudesta. Erityisesti vanhainkotien osastoilla sairaanhoitajia on vähän ja heidän työnsä on hyvin vastuullista. Sekä työssä jaksaminen että siitä selviytyminen vaativat jatkuvaa kehittymistä ja toiminnan tavoitteellisuutta.

Ne hoitajat, jotka kokivat esimiehensä välinpitämättömiksi ammatillisen kehityksensä kannalta, pyrkivät muita harvemmin oppimaan uutta osallistumalla kursseille. On selvää, että vanhainkodeissa osastonhoitajat useimmiten huolehtivat henkilökunnan mahdollisuuksista kouluttautua. Mikäli osastonhoitaja ei kannusta hoitajia osallistumaan koulutuksiin ja tarjoa tähän resursseja, vain suurimman motivaation omaavat hoitajat jaksavat kehittää itseään ja etsiä koulutusmahdollisuuksia. Työyhteisöissä, joissa oli käytössä tehtäväkeskeinen, moduuli- tai ryhmätyöskentely, hoitajat osallistuivat harvimmalla kursseille. Tehtäväkeskeistä tms. työnjakomallia soveltavat työyhteisöt eivät välttämättä ole kovin uudistushaluisia, mikä selittäisi kursseille osallistumisen vähyyden. Myös McMahonin (1990) tutkimuksessa esiin

tullut ongelmien huomioimatta jättäminen hierarkkisesti johdetuissa työyksiköissä on osoitus siitä, että kiinnostus hoitotyön ongelmia kohtaan on vähäistä.

6.2.5 Voimaantuminen

Raatikaisen (1997) tutkimuksessa hoitotyön kutsumuksena kokevilla hoitajilla oli voimaa parantaa hoitotyön laatua. Tässä tutkimuksessa vähintään 50-vuotiaat kokivat vanhusten hoitotyön muita useammin elämäntehtäväkseen. Tämän ikäluokan hoitajien joukosta on varmasti karsiutunut eniten pois sellaisia hoitajia, jotka tekevät hoitotyötä jostakin muusta lähtökohdasta. Saattaa myös olla, että nykyisin hoitoalalle hakeutuu entistä vähemmän sellaisia hoitajia, joilla on todellinen kutsumus tehdä vanhusten hoitotyötä. Sabistonin ja Spence Lashingerin (1995) tutkimuksessa kokeneet sairaanhoitajat tunsivat itsensä voimaantuneemmiksi kuin vasta vähän aikaa työskennelleet sairaanhoitajat. Myös Suomisen ym. (2001) tutkimuksessa iäkkäämmät hoitajat kokivat itsensä nuoria hoitajia voimaantuneemmiksi. Ellefsenin ja Hamiltonin (2000) tutkimuksessa ikä oli toiseksi tärkein norjalaisten sairaanhoitajien voimaantumiseen yhteydessä oleva tekijä. Kuokkasen (2002) tutkimuksessa vakituiset ja pitkään työskennelleet hoitajat tunsivat itsensä muita voimaantuneemmiksi. Tässä tutkimuksessa taas vähintään 35-vuotiaat ja yli 20 vuotta hoitotyötä tehneet tunsivat useimmin itsensä riittämättömiksi hoitaessaan vanhuksia. Tämä voi johtua suuremmasta halusta auttaa vanhuksia. Mikäli hoitaja ei koe vanhusten hoitotyötä elämäntehtäväkseen, hän kestää paremmin esimerkiksi kiireestä johtuvat epäkohdat hoitotyössä.

Sairanhoitajat olivat kokonaisuudessaan voimaantuneempia kuin lähihoitajat. Ellefsenin ja Hamiltonin (2000) tutkimuksessa hoitajan asema työyhteisössä oli merkitsevin voimaantumista selittävä tekijä. Sairanhoitajien asema vanhainkotien osastoilla on usein hyvin vastuullinen, erityisesti niissä yksiköissä, joissa osastonhoitajalla on vastuullaan kaksi osastoa. Paras itsetunto oli niillä hoitajilla, jotka olivat opiskelleet tutkimuksen tekemistä. Myös Raatikaisen (1994) tutkimuksen mukaan lisäkoulutus on ilmeinen voimanlähde. Van der Merwen (1999) tutkimuksessa pidemmän koulutuksen saaneet hoitajat olivat voimaantuneempia, koska he osallistuivat tutkimuksen tekoon, diagnosointiin ja konsultointiin. Koulutus on varmasti jo itsessäänkin voimaantumisen tunnetta kasvattavaa, mutta erityisesti sen mukanaan tuomat taidot ja tiedot lisäävät voimaantumista.

Ne hoitajat, jotka kokivat esimiehensä välinpitämättömiksi ammatillisen kehittymisensä kannalta tunsivat useimmin itsensä riittämättömiksi hoitaessaan vanhuksia. Tämä on yhtenevä Sabistonin ja Spence Lashingerin (1995) tutkimustulosten kanssa. Osastonhoitajan tuki ja kannustus ovat tärkeitä hoitajien jaksamisen kannalta. Lisäksi esimiehen välinpitämättömyys näkyy varmasti vähäisinä koulutusmahdollisuuksina, jotka taas ovat yhteydessä voimattomuuden tunteeseen.

Voimaantumisen summamuuttujan ristiintaulukoinnissa sekä toimiva työyhteisö että johtajuus olivat yhteydessä hoitajien voimaantumiseen (vrt. Sabiston ja Spence Lashinger 1995). Spence Lashingerin ja Sullivan Havensin (1997) tutkimuksessa sairaanhoitajat, jotka eivät kokeneet voimaantumisen tunnetta työyhteisössä, olivat turhautuneita ja stressaantuneita. Martinin (1998) tutkimuksessa voimaantumisen koettiin olevan mahdollista avoimessa ja rehellisessä ilmapiirissä. Sallivassa ja kannustavassa ilmapiirissä hoitajat uskaltavat käyttää omaa persoonaansa hoitaessaan vanhuksia ja näin pääsevät paremmin asettamiinsa tavoitteisiin. Kielteinen ilmapiiri taas heikentää hoitajien voimavaroja, koska ammatillisten tehtävien lisäksi heidän on selviydyttävä myös työympäristönsä asettamista vaatimuksista.

Avoimissa kysymyksissä tuli usein esiin myös kiire esteenä eettisten periaatteiden noudattamiselle vanhusten hoitotyössä. Strukturoiduissa kysymyksissä suuri osa hoitajista koki puutteellisten resurssien estävän heitä hoitamasta vanhuksia niin laadukkaasti kuin he olisivat halunneet (vrt. Nyström ja Segesten 1994.) Ajanpuute ja henkilökunnan vähyys saattavat estää myös voimaantuneita hoitajia toimimasta yhtä eettisesti kuin he haluaisivat. Mielenkiintoista on, että vastaajien joukossa oli myös hoitajia, joita puutteelliset resurssit eivät estäneet toimimasta laadukkaasti. Vanhusten hoitotyö on kiireistä ja niukoilla resursseilla tehtyä joka vanhainkodissa. Ilmeisesti suhtautuminen kiireeseen vaihtelee hoitajien kesken ja myös kiireessä voi tehdä eettisesti korkeatasoista hoitotyötä.

6.2.6 Eettisten periaatteiden noudattaminen

Alle 35-vuotiaat hoitajat olivat muita useammin sinutelleet vanhuksia, mikä saattaa johtua ihmisten välisen kanssakäymisen muutoksesta viime vuosikymmeninä. Iäkkäämmät hoitajat

olivat nuoria paremmin noudattaneet itsemääräämisen, yksityisyyden ja rehellisyyden periaatteita sekä osoittaneet vanhukselle välittämistä halaamalla ja vastaamalla heti kutsuun. Tämä saattaa johtua sekä iäkkäämpien hoitajien pidemmästä kokemuksesta että siitä, että he kokivat useammin hoitotyön elämäntehtäväkseen. McCormickin (2001) tutkimuksessa vanhusten itsemääräämistä heikensi keskustelujen eteneminen hoitajan suunnitelmien mukaan. Myös tämä saattaa johtua hoitajan kokemattomuudesta ja epävarmuudesta. Rutiinomainen toiminta, tietyn kaavan mukaan hoitaminen on tyypillistä vastavalmistuneille hoitajille. Kokemuksen mukana toimintaan tulee joustavuutta ja luovuutta. Tällöin myös eettisten periaatteiden noudattaminen on helpompaa.

Vakituiset työntekijät olivat määräaikaista useammin noudattaneet itsemääräämisen, yksityisyyden, hyvän tekemisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteita. Tähän saattaa olla yhteydessä se, että vakituiset ovat usein määräaikaista vanhempia ja pidempään hoitotyötä tehneitä. Lisäksi vakituiset ovat mahdollisesti sitoutuneempia hoitotyöhön ja eettisten periaatteiden noudattamiseen. Määräaikaiset hoitajat eivät välttämättä panosta yhtä paljon vanhusten hoitamiseen kuin vakituiset, vaan tekevät vain välttämättömän.

Alle viisi vuotta hoitotyötä tehneet olivat noudattaneet parhaiten ja 5-10 vuotta huonoiten joitakin itsemääräämisen ja hyvän tekemisen osa-alueita. Vähän aikaa työskennelleillä on varmasti muita enemmän innokkuutta, mutta 5-10 vuotta työskennelleiden erottumiselle on vaikeampaa keksiä perustelua. Saattaa olla, että he suhtautuvat omaan toimintaansa kaikkein kriittisimmin, mutta myös työhön väsyminen on mahdollista.

Randersin ja Mattiassonin (2000) tutkimuksessa vanhukset kokivat integriteettiään loukattavan, kun muut potilaat kuuluivat heidän luottamukselliset keskustelunsa hoitajien kanssa. Tässä tutkimuksessa työyhteisöissä, joissa oli käytössä tehtäväkeskeinen, moduulitai ryhmätyöskentely, hoitajat puhuivat useimmin vanhusten asioista myös käytävällä tai muiden asukkaiden kuullen. Mikäli työt jaetaan tehtävien eikä hoidettavien asukkaiden näkökulmasta, on vanhusten esineellistäminen helpompaa, jolloin yksityisyyden periaatteen noudattaminen ei välttämättä toteudu. Kuten Bäckin ja Wikbladin (1998) tutkimuksessa osoitettiin, yksityisyys on erityisen tärkeää pitkäaikaishoidossa. Vanhainkoti on usein vanhuksen ainoa koti ja yksityisyyden turvaamiseksi olisi hyvä tehdä kaikki mahdollinen. Tämä voi tarvittaessa tarkoittaa myös työnjakotavan uudistamista.

Gremmen (1999) eettisesti hankalia tilanteita hoitotyössä käsitelleessä tutkimuksessa vaikeimpia olivat itsemääräämisoikeuden noudattamiseen liittyvät ongelmat ja Wilmotin (2002) tutkimuksessa useimmiten ristiriidassa olivat itsemääräämisen ja hyvän tekemisen periaatteet. Van Thielin ja van Deldenin (2001) tutkimustulosten mukaan itsemääräämisen soveltaminen on sidoksissa tilanteeseen ja hoidettavaan vanhukseen. Myös tämän tutkimuksen avoimissa kysymyksissä hankalia tilanteita aiheutui useimmin itsemääräämisen periaatteen kohdalla. Yllättävää oli, että näissä tilanteissa oli usein kyse vanhuksen ja hänen omaistensa tahdon ristiriidasta. Tämä tuli esiin myös Powersin (2001) tutkimuksessa dementoituneiden vanhusten kohdalla. Erityisesti hoitaessaan huonokuntoisia ja kuolevia vanhuksia hoitajat joutuvat väistämättä tekemisiin myös ahdistuneiden omaisten kanssa. Vanhuksen hoitamiseen sisältyy usein myös omaisten hoitaminen. Vaikeiden tilanteiden taustalla on hoitajien vahva ammatillisuus ja halu noudattaa vanhuksen itsemääräämisoikeutta. Hyvän peruskoulutuksen ja riittävän lisäkoulutuksen lisäksi tällaisiin tilanteisiin olisi hyvä varautua myös työyhteisöissä. Omaisten kanssa keskusteleminen hyvissä ajoin ja yhteisten hoitolinjojen sopiminen vanhuksen ja hänen omaistensa kanssa heti vanhuksen tullessa osastolle saattaisi ainakin osaltaan ehkäistä hankalien tilanteiden syntymistä. Omaisten vierailuilla ja hoitoon osallistumisella on usein myönteinen vaikutus vanhusten hyvinvointiin (vrt. Barkay ja Tabak 2002).

Hyvän tekemisen periaatteen perusta on vanhusten turvallisuudesta huolehtiminen. Vanhusten turvallisesta liikkumisesta huolehdittiin hyvin, mutta yli kolmasosa hoitajista oli vaarantanut vanhuksen turvallisuuden nostamalla hänet yksin pyörätuoliin, vaikka tiesi avun olevan tarpeen. Tämä voi johtua kiireestä, mutta ei ole sillä perusteltavissa. On vaikeaa keksiä sellaista perustetta pyörätuoliin nostamiselle, että se menisi vanhuksen turvallisuuden edelle. Vanhuksen turvallisuuden lisäksi hoitaja vaarantaa tällöin myös oman terveytensä.

Kaikentyypinen koulutus oli lisännyt hyvän tekemisen periaatteen noudattamista, erityisesti empaattisuutta ja välittämistä. Tätä on varmasti edesauttanut se, että koulutukseen osallistuminen auttaa jaksamaan hoitotyössä. Myös Raatikaisen (1994) ja Van der Merwen (1999) tutkimuksissa lisäkoulutus oli ilmeinen voiman lähde. Saattaa myös olla, että koulutuksessa saatava tieto mahdollistaa vanhuksen tilanteen kokonaisvaltaisemman ymmärtämisen. Esimerkiksi tieto dementiasta, sen aiheuttamista oireista ja erityisesti oikeista hoitotavoista auttaa hoitajaa hänen päivittäisessä työssään dementoituneiden vanhusten

kanssa. On helpompaa suhtautua vanhukseen empaattisesti, jos ymmärtää esimerkiksi hänen käytöshäiriöidensä syyt.

Yksilövastuista- tai tiimityöskentelyä soveltavissa yhteisöissä pystyttiin parhaiten jakamaan ajankäyttö oikeudenmukaisesti työvuoron aikana. Mc Mahonin (1990) tutkimuksessa sairaanhoitajat toimivat itsenäisemmin yksilövastuisen hoitotyön periaatteella toimivissa kuin hierarkkisesti johdetuissa yksiköissä. Itsenäinen työskentely varmasti mahdollistaa myös oman ajankäytön suunnittelun vanhusten tarpeiden perusteella.

Työyhteisön ja esimiehen kannustus oli yhteydessä myös hoitajien eettisten periaatteiden noudattamiseen. Välinpitämättömyys varmasti laskee hoitajien työmotivaatiota. Jos työntekijää ja hänen kehittymistään ei pidetä tärkeinä, ei hänkään jaksaa arvostaa vanhusta ja toimia tämän mukaisesti. Spence Lashingerin ja Sullivan Havensin (1997) tutkimuksessa voimaantumisen tunteen kokeminen työyhteisössä vähensi hoitajien turhautumista ja stressaantumista. Ehkä juuri turhautuminen lisää vanhusten esineellistämistä, jolloin eettisten periaatteiden noudattaminen ei tunnu tärkeältä. Turhautuminen saattaa näkyä esimerkiksi kielenkäytössä toimittaessa vanhusten kanssa, kuten Hewisonin (1995) ja Crawfordin (1999) tutkimuksissa.

Hoitajat olivat eettisesti hankalissa tilanteissa pohtineet monipuolisesti eri ratkaisuvaihtoehtoja ja useimmin pitäneet kiinni vanhusten itsemääräämisoikeudesta. Tämä kertoo hoitajien voimaantumisesta, kyky ratkaista ongelmia on voimaantumisen ilmentymä käytännön hoitotyössä (vrt. Smith ym. 1998). Ongelmien ratkaisemisen perustana on yhteys vanhukseen. Mitä paremmin hoitaja tuntee vanhuksen, sitä suurempi on halu ja mahdollisuus auttaa vanhusta. Vastauksista kuvastui hyvin tunnepitoinen suhtautuminen vanhusten hoitotyöhön, vanhusten oikeuksien puolustaminen oli päivittäistä taistelua, jossa hoitajat joutuivat usein kokemaan pettymyksiä ja voimattomuutta. Suurin tuki hoitajille avoimien kysymysten perusteella oli keskustelut työyhteisöissä. Tässä tulee esiin strukturoiduissa kysymyksissä ilmennyt toimivan työyhteisön myönteinen vaikutus voimaantumiseen. Esimieheltä saatua tukea ei juuri mainittu, mikä saattaa johtua myös kysymyksen asettelusta. Jotkut hoitajat eivät olleet saaneet minkäänlaista tukea työyhteisöltä tai koulutuksestaan. Voi olla, että koulutuksesta saatua tietoa ei koeta varsinaisesti tukena, vaikka se auttaisiikin selviytymään hankalista tilanteista. Erityisesti dementoituneiden vanhusten kanssa

toimimisessa tieto dementiaa aiheuttavista sairauksista ja dementian ilmenemismuodoista varmasti auttaa ymmärtämään vanhusten käyttäytymistä.

Voimaantuneet hoitajat noudattivat kaikkein parhaiten ihmisarvon kunnioittamisen, hyvän tekemisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteita. Tämä on yhdenmukainen Raatikaisen (1994) tutkimustulosten kanssa. Se myös tukee tämän tutkimuksen viitekehysten ennako-oletusta siitä, että voimaantuneet hoitajat pystyvät paremmin hyödyntämään voimaansa hoitosuhteessaan, kun taas voimattomien hoitajien pelko oman voiman menetyksestä näkyy vallankäyttönä.

7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN MERKITYS

Seuraavassa on lueteltu tutkimuksen keskeisimmät tulokset lyhyesti:

1. Sairaanhoidajat olivat kokonaisuudessaan voimaantuneempia kuin lähihoitajat. Hoitotyön eettisten periaatteiden noudattamisessa eivät eri ammattiryhmät kuitenkaan eronneet toisistaan.
2. Vähintään 50-vuotiaat, pitkään hoitotyötä tehneet ja vakituudessa työsuhhteessa olleet hoitajat noudattivat parhaiten useita hoitotyön eettisiä periaatteita. Erityisesti hyvän tekemisen periaatteen kohdalla näiden hoitajien toiminnassa tuli esiin empaattisuus ja välittäminen useammin kuin muilla.
3. Hoitotyön lisäkoulutukseen osallistuminen oli lisännyt hoitajien kriittisyyttä, huomioherkkyyttä ja jaksamista. Koulutukseen osallistuneet hoitajat noudattivat paremmin hoitotyön eettisiä periaatteita kuin hoitajat, jotka eivät olleet osallistuneet hoitotyön lisäkoulutukseen.
4. Hyvin toimivissa työyhteisöissä hoitajat olivat voimaantuneempia kuin huonosti toimivissa työyhteisöissä. Työyhteisön tuki ja kannustus hoitajien ammatillisen kehittymisen näkökulmasta oli yhteydessä eettisten periaatteiden noudattamiseen vanhusten hoitotyössä.
5. Työyhteisöissä, joissa johtajuus oli toimivaa, hoitajat olivat voimaantuneempia kuin niissä työyhteisöissä, joissa johtajuus oli huonosti toimivaa. Esimiehen tuki ja kannustus ammatilliseen kehittymiseen oli yhteydessä eettisten periaatteiden noudattamiseen vanhusten hoitotyössä.

6. Voimaantuneet hoitajat noudattivat parhaiten hoitotyön eettisiä periaatteita. He huomioivat parhaiten vanhusten itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden sekä olivat kaikkein rehellisimpiä vanhuksia kohtaan. Voimaantuneet hoitajat toimivat myös muita useammin hyvän tekemisen periaatteen mukaisesti ja oikeudenmukaisesti.
7. Vanhusten itsemääräämisoikeuden noudattaminen, erityisesti ristiriitatilanteissa omaisten kanssa sekä kiire aiheuttivat useimmin eettisesti hankalia tilanteita vanhusten hoitotyössä. Näissä tilanteissa hoitajat pyrkivät ratkaisemaan ongelman eri toimintavaihtoehtoja pohtimalla.
8. Suurin tuki eettisesti hankalissa tilanteissa oli työyhteisössä asiasta käydyt keskustelut ja yhteisten toimintaperiaatteiden pohdinta työtovereiden kanssa. Myös koulutuksesta oli saatu tiedollista tukea.

Johtopäätöksinä todetaan, että toimivalla työyhteisöllä ja hyvällä johtajuudella on mahdollista lisätä vanhusten hoitajien voimaantumista. Voimaantuminen, hoitotyön lisäkoulutus ja kokemus voivat vahvistaa eettisten periaatteiden noudattamista vanhusten hoitotyössä. Vanhusten itsemääräämisoikeuden noudattaminen ja kiire aiheuttavat eettisesti hankalia tilanteita vanhusten hoitotyössä ja niistä selvittää usein työyhteisöltä saadun tuen avulla.

Aikaisemmissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa on tullut esiin yksittäisiä asioita, jotka vaikuttavat hoitajien voimaantumiseen sekä esimerkkejä voimaantumisen yhteydestä käytännön hoitotyöhön. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin aihetta vanhusten hoitotyön näkökulmasta. Uutta tietoa saatiin erityisesti työyhteisön ja johtajuuden yhteydestä voimaantumiseen sekä voimaantumisen yhteydestä eettisten periaatteiden noudattamiseen vanhusten hoitotyössä. Lisäksi saatiin olennaista tietoa vanhusten hoitajien työssään kokemista eettisesti hankalista tilanteista.

Jatkotutkimusehdotuksina esitetään vanhusten hoitajien työtä ohjaavien arvojen tarkemman tutkimisen ja niiden mekanismien selvittämisen, joilla koulutus vaikuttaa hoitajien voimaantumiseen. Tässä tutkimuksessa voimaantumisen taustamuuttujina oli lähinnä työhön liittyviä asioita. Näiden lisäksi olisi hyvä selvittää, millaiset henkilökohtaiset ominaisuudet ovat yhteydessä hoitajien voimaantumiseen. Kokonaiskuva voimaantumisen osatekijöistä mahdollistaisi paremmin hoitajien voimaantumisen vahvistamisen. Olennaista olisi tutkia myös, mitkä asiat ehkäisevät tai aiheuttavat ristiriitoja vanhusten itsemääräämisoikeuden

noudattamisessa ja miksi kiire ei vähennä kaikkien hoitajien eettisten periaatteiden noudattamista vanhusten hoitotyössä.

Tämän tutkimuksen perusteella olisi hoitotyön johtajien hyödyllistä vanhusten hoidon eettisyyden varmistamiseksi kiinnittää huomiota omaan johtajuuteensa ja työyhteisöjen toimivuuteen sekä hoitajien mahdollisuuksiin osallistua lisäkoulutukseen. Työyhteisöissä voisi eettisesti hankalia tilanteita ennakoida sen lisäksi, että niitä käsitellään tilanteiden ollessa ajankohtaisia. Erityisesti omaisten kanssa keskustelu ja yhteisten hoitolinjojen sopiminen olisi hyvä tehdä heti vanhuksen tullessa hoitoon osastolle. Työnohjauksen lisäämisestä olisi varmasti hyötyä hoitajien joutuessa usein eettisesti hankaliin tilanteisiin työssään.

Väestön ikärakenteen muutoksen myötä vanhusten hoitotyön tarve lisääntyy tulevaisuudessa. Jos vanhusten hoidon korkeaan eettiseen tasoon ei nyt kiinnitetä huomiota, voi se olla vaikeaa myöhemmin. Vanhuksia hoidetaan suurissa laitoksissa ja suurilla osastoilla. Tällaisissa paikoissa vanhusten hoidon eettisyys on erityisen tärkeää inhimillisen elinympäristön mahdollistamiseksi. Tällä hetkellä on näkyvissä jatkuvasti lisääntyvä työvoimapula kaikissa terveydenhuollon yksiköissä ja vanhusten hoitotyö ei tunnu houkuttelevan nuoria työntekijöitä. Vanhusten hoitajien palkkaus ei vastaa työn vaatimusta, eikä pätevien hoitajien hoitotyössä pysymiseen ole kovin paljon keinoja käytössä. Hoitajien voimaantumisen mahdollistaminen on yksi hoitotyön johtajien tulevaisuuden haasteista. Tämä taas asettaa vaatimuksia hoitotyön johtajien koulutukselle, osastonhoitajien työssä ihmisten johtaminen on yhtä tärkeää kuin asioiden johtaminen. Lohdullista kuitenkin on, että vanhusten hoitotyön elämäntehtäväkseen kokevat hoitajat pysyvät hoitotyössä ja heillä on myös voimaa noudattaa hoitotyön eettisiä periaatteita.

LÄHTEET

Alkula, T., Pöntinen, S. ja Ylöstalo, P. 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY, Juva.

Aoki, Y. 2002. Reflections on empowerment. *Nursing older people* 13 (10), 17-19.

Arendt, H. 1986. Communicative Power. In: Lukes, S. (Ed.) *Power*. Basil Blackwell Ltd., Oxford, 59-74.

Aula, P. 2000. Johtamisen kaaos vai kaaoksen johtaminen? WSOY, Juva.

Ballou, K. A. 1998. A concept analysis of autonomy. *Journal of Professional Nursing* 14 (2), 102-110.

Barkay, A. ja Tabak, N. 2002. Elderly residents' participation and autonomy within a geriatric ward in a public institution. *International Journal of Nursing Practice* 8, 198-209.

Barnes, L. E., Asahara, K., Davis, A. J. ja Konishi, E. 2002. Questions of distributive justice: public health nurses' perceptions of long-term care insurance for elderly Japanese people. *Nursing Ethics* 9 (1), 67-78.

Boumans, N. P. G. ja Landeweerd, J. A. 1996. A Dutch study of the effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes. *Journal of Advanced Nursing* 24 (1), 16-23.

Buchmann, W. F. 1997. Adherence: a matter of self-efficacy and power. *Journal of Advanced Nursing* 26 (1), 132-137.

Buckles Prince, S. 1997. Shared governance. Sharing power and opportunity. *Journal of Nursing Administration* 27(3), 28-35.

Bunge, M. 1989. *Ethics: The Good and the Right*. D.Reidel Publishing Company, Dordrecht.

Burns, N. ja Grove, S. K. 1997. *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization*. W. B. Saunders, Philadelphia.

Bäck, E. ja Wikblad, K. 1998. Privacy in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 27 (5), 940-945.

Cotton, A. 1997. Power, knowledge, and the discourse of specialization in nursing. *Clinical Nurse Specialist* 11 (1), 25-29

Crawford, P., Johnson, A. J., Brown, B. J. ja Nolan, P. 1999. The language of mental health nursing reports: firing paper bullets? *Journal of Advanced Nursing* 29 (2), 331-340.

Crowe, M. 1998. The Power of the word: some post-structural considerations of qualitative approaches in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 28 (2), 339-344.

Dahl, R. 1986. Power as the Control of Behavior. In: Lukes, S. (Ed.) *Power*. Basil Blackwell Ltd., Oxford, 37-58.

- Davies, S., Laker, S. ja Ellis, L. 1997. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 26 (2), 408-417.
- Davis, A. J., Aroskar, M. A., Liaschenko, J. ja Drought, T. S. 1997. *Ethical Dilemmas & Nursing Practice*. Appleton & Lange, Stamford.
- Doob, L. W. 1983. *Personality, power and authority*. Greenwood Press, Lontoo.
- Du Plat-Jones, J. 1999. Power and representation in nursing: a literature review. *Nursing Standard* 13 (49), 39-42.
- Ellefsen, B. ja Hamilton, G. 2000. Empowered nurses? *International Nursing Review* 47, 106-120.
- Falk, R. 1996. Power and caring: A Dialectic in nursing. *Advances in nursing Science* 19 (1), 3-17.
- Faulkner, M. 2001. Empowerment, disempowerment and the care of older people. *Nursing older people* 13 (5), 18-20.
- Foucault, M. 1980. Prison Talk. In: Gordon, C. (Ed.) *Michel Foucault: Power/Knowledge, Selected interviews & other writings 1972-1977*. Harvester Press, London, 37-54.
- Foucault, M. 1980. Body/Power. In: Gordon, C. (Ed.) *Michel Foucault: Power/Knowledge, Selected interviews & other writings 1972-1977*. Harvester Press, London, 55-62.
- Foucault, M. 1980. Two Lectures. In: Gordon, C. (Ed.) *Michel Foucault: Power/Knowledge, Selected interviews & other writings 1972-1977*. Harvester Press, London, 78-108.
- Foucault, M. 1980. The Eye of Power. In: Gordon, C. (Ed.) *Michel Foucault: Power/Knowledge, Selected interviews & other writings 1972-1977*. Harvester Press, London, 146-165.
- Foucault, M. 1980. The History of Sexuality. In: Gordon, C. (Ed.) *Michel Foucault: Power/Knowledge, Selected interviews & other writings 1972-1977*. Harvester Press, London, 183-193.
- Foucault, M. 1980. The Confession of the Flesh. In: Gordon, C. (Ed.) *Michel Foucault: Power/Knowledge, Selected interviews & other writings 1972-1977*. Harvester Press, London, 194-228.
- Frankena, W. 1973. *Ethics*. Prentice-Hall, New Jersey.
- Fulton, Y. 1997. Nurses' views on empowerment: a critical social theory perspective. *Journal of Advanced Nursing* 26, 529-536.
- Gilbert, T. 1995. Nursing: empowerment and the problem of power. *Journal of Advanced Nursing* 21 (5), 865-871.

- Gremmen, I. 1999. Visiting nurses' situated ethics: beyond "care versus justice". *Nursing Ethics* 6 (6), 515-527.
- Grönfors, T. 1996. Suorituskyvyn johtaminen. Tummavuoren Kirjapaino, Vantaa.
- Henderson, A. 1994. Power and knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault. *Journal of Advanced Nursing* 20 (5), 935-939.
- Hewison, A. 1995. Nurses' Power in interactions with patients. *Journal of Advanced Nursing* 21 (1), 75-82.
- Hillan, E.M. 1993. Nursing dementing elderly people: ethical issues. *Journal of Advanced Nursing* 18 (12), 1889-1894.
- Hokanson Hawks, J. 1991. Power: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 16 (6), 754-762.
- Hugman, R. 1991. Power in caring professions. The Macmillan press Ltd., Lontoo.
- Husted, G. L. & Husted, J. H. 1991. Ethical decision making in nursing. Mosby - Year Book, Inc., St. Louis.
- Kauppinen, T. J. 1999. Navigoiva johtaminen. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
- Khoshkish, A. 1991. Power or authority? The entelechy of power. University Press of America, Lanham.
- Krause, K. ja Kiiikkala, I. 1999. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Kuokkanen, L. ja Leino-Kilpi, H. 2000. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing* 31 (1), 235-241.
- Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H. ja Katajisto, J. 2002. Do nurses feel empowered? Nurses' assessments of their own qualities and performance with regard to nurse empowerment. *Journal of Professional Nursing* 18 (6), 328-335.
- Kyngäs, H. ja Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3-12.
- Lanara, V. A. 1996. Sankarillisuus hoitotyön arvona. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Lasswell, H. D. 1967. Power and personality. The Viking Press, New York.
- Lindqvist, M. 2001. Terveystieteiden eettisiä ydinkysymyksiä. Teoksessa: Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:1, 19-23.
- Martin, G. W. 1998. Empowerment of dying patients: the strategies and barriers to patient autonomy. *Journal of Advanced Nursing* 28 (4), 737-744.

- Mattiasson, A-C. ja Hemberg, M. 1998. Intimacy – meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people: what is a good moral attitude on the part of the nurse/carer. *Nursing Ethics* 5 (6), 527-534.
- McCormack, B. 2001. Autonomy and the relationship between nurses and older people. *Ageing and Society* 21, 417-446.
- McMahon, R. 1990. Power and collegial relations among nurses on wards adopting primary nursing and hierarchical ward management structures. *Journal of Advanced Nursing* 15 (2), 232-239.
- Miller, D. 1999. *Principles of Social Justice*. Harvard University Press, Cambridge.
- Milner, S. 1993. An ethical nursing practice model. *Journal of Nursing Administration* 23 (3), 22-25.
- Nelson, M. J. 1989. *Managing health professionals*. Chapman and Hall Ltd., Lontoo.
- Nyström, A. E. M. ja Segesten, K. M. 1994. On sources of powerlessness in nursing home life. *Journal of Advanced Nursing* 19 (1), 124-133.
- Paunio, R-L. 2001. Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa. Teoksessa: Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:1, 24-26.
- Pirnes, U. 1992. *Kehittyvä johtajuus*. Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset, Kerava.
- Playle, J. F. ja Keeley, P. 1998. Non-compliance and professional power. *Journal of Advanced Nursing* 27, 304-311.
- Powers, B. A. 2001. Ethnographic analysis of everyday ethics in the care of nursing home residents with dementia. *Nursing Research* 50 (6), 332-339.
- Raatikainen, R. 1989. Values and ethical principles in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 14 (2), 92-96.
- Raatikainen, R. 1994. Power or the lack of it in nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 19 (3), 424-432.
- Raatikainen, R. 1997. Nursing care as calling. *Journal of Advanced Nursing* 25 (2), 1111-1115.
- Raatikainen, R. 1997. Yhteisöllisyys, eettisyys ja hoitotyön kehitys. Teoksessa: Parviainen, T. ja Pelkonen, M. (Toim.) *Yhteisöllisyys - avain parempaan terveyteen*. STAKES raportteja 217, 55-79.
- Randers, I. ja Mattiasson, A-C. 2000. The experience of elderly people in geriatric care with special reference to integrity. *Nursing Ethics* 7 (6), 503-519.
- Rawls, J. 1971. *A Theory of Justice*. The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge.

Rodwell, C. M. 1996. An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 23 (2), 305-313.

Russel, B. 1986. *The Forms of Power*. In: Lukes, S. (Ed.) *Power*. Basil Blackwell Ltd., Oxford, 19-27.

Ryles, S. M. 1999. A concept analysis of empowerment: in relationship to mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing* 29 (3), 600-607.

Sabiston, J. A. ja Spence Lashinger, H. K. 1995. Staff nurse work empowerment and perceived autonomy. *The Journal of Nursing Administration* 25 (9), 42-50.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Suomen Sairaanhoitajaliitto Ry.

Sarvimäki, A. 1996. *Hoitotyön etiikan filosofiset perusteet*. Teoksessa: Kalkas, H. ja Sarvimäki, A. *Hoitotyön etiikan perusteet*. WSOY, Juva.

Simms, L. M., Price, S. A. ja Ervin, N. E. 1985. *The Professional Praction on Nursing Administration*. A Wiley Medical Publication, New York.

Sines, D. 1994. The arrogance of power: a reflection on contemporary mental health nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 20 (5), 894-903.

Skelton, R. 1994. Nursing and empowerment: concepts and strategies. *Journal of Advanced Nursing* 19 (3), 415-423.

Smith, G. R. 1997. Creating community power in health care. *International Nursing Review* 44 (4), 105-109 ja 120.

Smith, L. L., Alderson, C., Bowser, J., Godown, I. ja Morris, N. 1998. Expertise in caring: a source of power. *Journal of Psychosocial Nursing* 36 (9), 31-37.

Sormunen, E. 1962. *Ihmisen olemisen äärellä*. WSOY, Porvoo.

Sormunen, H. 1989. *Johtaja nyt. Suomalaisen naisjohtajan työ ja elämä*. Gummerus, Jyväskylä.

Spence Laschinger, H. K. ja Sullivan Havens, D. 1997. The effect of workplace E empowerment on staff nurses' occupational mental health and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration* 27 (6), 42-50.

Styles, M. M. 1982. *On nursing. Toward a new endowment*. The C. V. Mosby Company, St. Louis.

Styles, M. M. 1994. Empowerment: a vision for nursing. *International Nursing Review* 41 (3), 77-80.

Suominen, T., Kovasin, M. ja Ketola, O. 1997. Nursing culture - some viewpoints. *Journal of Advanced Nursing* 25 (1), 186-190.

Suominen, T., Leino-Kilpi, H., Merja, M., Irvine Doran, D. ja Puukka, P. 2001. Staff empowerment in Finnish intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing* 17, 341-347.

Sveiby, K-E. 1990. *Valta ja johtaminen asiantuntijaorganisaatiossa*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Thompson, I. E., Melia, K. M. ja Boyd, K. M. 1995. *Nursing ethics*. Churchill Livingstone Inc., New York.

Van der Merwe 1999. The power of women as nurses in South Africa. *Journal of Advanced Nursing* 30 (6), 1272-1279.

Van Thiel, G. ja van Delden, J. 2001. The principle of respect for autonomy in the care of nursing home residents. *Nursing Ethics* 8 (5), 420-430.

Vogt, J. F., Cox, J. L., Velthouse, B. A. ja Thames, B. H. 1983. *Retaining professional nurses*. The C. V. Mosby Company, St. Louis.

Vehviläinen-Julkunen, K. ja Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. ja Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 206-214.

Von Wright, G. H. 2001. *Hyvän muunnelmat*. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.

Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Scott, P. A., Arndt, M., Dassen, T., Lemonidou, C., Gasull, M. ja Cabrera, E. 2001. The role of CNSs in promoting elderly patients' autonomy in long-term institutions: problems and implications for nursing practice and research. *Clinical Nurse Specialist* 15 (1), 7-12.

Williamson, C. 1992. *Whose standards? Consumer and professional standards in health care*. Open University Press, Buckingham.

Wilmot, S., Legg, L. ja Barrat, J. 2002. Ethical issues in the feeding of patients suffering from dementia: a focus group study of hospital staff responses to conflicting principles. *Nursing Ethics* 9 (6), 599-611.

Wrong, D. H. 1980. *Power. Its forms, bases and uses*. Harper Colophon Books, New York.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Hyvä vanhusten parissa työskentelevä hoitotyöntekijä

Opiskelen Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella ja teen pro gradu –tutkielmaa hoitajien voimaantumisen ja eettisten periaatteiden noudattamisesta vanhusten hoitotyössä. Aineisto kerätään oheisella kyselylomakkeella. Tutkimukseen on saatu lupa XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX. Tutkimuksen ohjaajana toimii VTT, THT, dosentti Ritva Raatikainen Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella.

Sinulla on kokemusta vanhusten hoitamisesta ja tutkimusaiheen kannalta arvokasta tietoa, joten pyydän Sinua osallistumaan tähän tutkimukseen. Tutkimuksella on mahdollista saada hyödyllistä tietoa vielä melko tutkimattomasta asiasta, hoitajien voimasta ja sen hyödyntämisestä päivittäisessä vanhusten hoitotyössä. Tutkimustulokset tulevat olemaan käytettävissä ensisijaisesti niissä yksiköissä, joissa tutkimusaineisto kerätään.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja saatuja tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Tutkimukseen osallistutaan nimettöminä ja tutkimustulokset esitetään kokonaisuutena, jolloin yksittäiset vastaukset eivät ole tunnistettavissa.

Pyydän Sinua ystävällisesti palauttamaan täytetyn lomakkeen oheisessa kirjekuoressa tutkimuksen tekijälle XXXXXXXXXXXX mennessä. Lisätietoja tutkimuksesta saa allekirjoittaneelta.

Kiitokset mielenkiinnostasi!

Jonna Ruoho

Sairaanhoitaja, terveystieteen yo

KYSELY VANHAINKODIN HOITOTYÖNTEKIJÖILLE

Vastaa lomakkeeseen ympäröimällä mielestäsi oikean vaihtoehdon numero tai kirjoittamalla vastauksesi sille varattuun tilaan.

Seuraavilla kysymyksillä kartoitetaan *taustatietojasi*.

1. Ikä _____ vuotta

2. Ammattinimike

1. Hoitoapulainen
2. Hoitaja
3. Lähihoitaja
4. Perushoitaja
5. Sairaanhoitaja
6. Muu, mikä _____

3. Työskentelyaika hoitotyössä _____ vuotta

4. Työskentelyaika nykyisessä työyhteisössä _____ vuotta

5. Työsuhde

1. Määräaikainen
2. Vakituinen

6. Kuinka monta kertaa olet viimeisen viiden (5) vuoden aikana ollut vähintään yhden päivän kestäneessä hoitotyön lisäkoulutuksessa, jossa on käsitelty seuraavia asioita?

	En kertaakaan	yhden kerran	2 kertaa	3 kertaa tai useammin
1. Vanhusten hoidon erityispiirteitä	1	2	3	4
2. Hoitotoimenpiteitä, esim. haavahoitoa	1	2	3	4
3. Ihmissuhdetaitoja, esim. vuorovaikutusta	1	2	3	4
4. Työyhteisön toimivuuteen liittyviä asioita	1	2	3	4
5. Työnjakomallia, esim. yksilövastuista hoitotyötä	1	2	3	4
6. Hoitotyön malleja	1	2	3	4
7. Etiikkaa	1	2	3	4
8. Tutkimustyön tekemistä	1	2	3	4
9. Muuta, mitä _____	1	2	3	4

7. Millaista hoitotyön lisäkoulutuksesi on useimmiten ollut?

1. Työnantajan järjestämää ja työaikaan sisältyvää
2. Työnantajan järjestämää ja vapaa-aikaan sisältyvää
3. Itse järjestettyä ja työaikaan sisältyvää
4. Itse järjestettyä ja vapaa-aikaan sisältyvää

8. Oletko mukana pitkäkestoisessa tai jatkuvassa koulutuksessa työsi ohella?

1. En
2. Kyllä, missä _____

9. Suoritatko jotakin tutkintoa työsi ohella?

1. En
2. Kyllä, mitä _____

10. Millainen työyhteisösi on ammatillisen kehittämisesi kannalta?

1. Estävä
2. Välinpitämätön
3. Tukeva
4. Kannustava

11. Millainen esimiehesi on ammatillisen kehittämisesi kannalta?

1. Estävä
2. Välinpitämätön
3. Tukeva
4. Kannustava

12. Millainen työnjako on pääasiassa käytössä työyhteisössäsi?

1. Tehtäväkeskeinen työnjako (*tehtävät jaetaan hoitajien kesken työvuoron alkaessa*)
2. Moduulityöskentely (*osasto jaettu moduuleihin*)
3. Ryhmätyöskentely (*määrätty ryhmä hoitajia huolehtii tiettyjen vanhusten hoidosta*)
4. Yksilövastuinen hoitotyö (*vanhuksille nimetyt omahoitajat vastaavat hoidosta*)
5. Tiimityöskentely (*hoitajat työskentelevät pysyvissä ryhmissä ja heillä on yhteinen vastuu hoitamiensa vanhusten hoidosta*)
6. Muu, mikä _____

Seuraavassa esitetään väittämien muodossa olevia kysymyksiä. Mieti, missä määrin olet eri tai samaa mieltä väittämien kanssa. Valitse mielipidettäsi parhaiten vastaava vaihtoehto ympäripiirillä sitä kuvaava vastausvaihtoehdon numero.

Seuraavat väittämät koskevat *työyhteisöäsi*.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
13. Työyhteisössäni on aidosti luovaan vanhusten hoitotyöhön kannustava ilmapiiri	1	2	3	4	5
14. Työyhteisössäni keskustellaan usein avoimesti vanhusten hoitamista koskevista asioista	1	2	3	4	5
15. Henkilökohtaiset ristiriidat haittaavat vanhusten hoitotyötä työyhteisössäni	1	2	3	4	5
16. Vanhusten hyvinvointiin pyrkivä yhteistyö on työyhteisössäni sujuvaa	1	2	3	4	5
17. Jokaisen työntekijän mielipidettä kysytään, kun tehdään toimintatapoja koskevia päätöksiä	1	2	3	4	5
18. Kaikki työntekijät ovat sitoutuneet työyhteisössäni sovittuihin vanhusten hoitotyön arvoihin ja tavoitteisiin	1	2	3	4	5
19. Muutamit työntekijät tekevät työyhteisöäni koskevat päätökset	1	2	3	4	5
20. Työyhteisössäni yhteistyö vanhuksia hoidettaessa on hoitajien kesken vähäistä erilaisten työtapojen ja näkemysten vuoksi	1	2	3	4	5
21. Työyhteisössäni ei ole kirjallisesti esitettyjä yhteistä tavoitetta vanhusten hoitotyölle	1	2	3	4	5
22. Kaikki työntekijät osallistuvat yhteisiä asioita koskevaan päätöksentekoon työyhteisössäni	1	2	3	4	5
23. Työyhteisössäni hyödynnetään työtovereiden erityisosaamista vanhuksia hoidettaessa	1	2	3	4	5

Seuraavat väittämät koskevat johtajuutta työyhteisössäsi.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
24. Saan osastonhoitajalta jatkuvasti palautetta tekemästani vanhusten hoitotyöstä	1	2	3	4	5
25. Osastonhoitaja pystyy työyhteisössäni tekemään vaikeita päätöksiä ja perustelemaan ne	1	2	3	4	5
26. Osastonhoitaja valvoo ja kontrolloi toimintaani vanhusten hoitajana	1	2	3	4	5
27. Tiedonkulku osastonhoitajan ja henkilökunnan välillä on heikkoa työyhteisössäni	1	2	3	4	5
28. Työntekijät saavat työyhteisössäni tehdä itsenäisesti vanhusten hoitotyötä	1	2	3	4	5
29. Osastonhoitajalla on tapana kulkea "virran mukana" ja välttää päätösten tekemistä työyhteisössäni	1	2	3	4	5
30. Osastonhoitaja ei tunne hyvin kaikkia vanhusten hoitoon osallistuvia työntekijöitä työyhteisössäni	1	2	3	4	5
31. Työyhteisössäni järjestetään säännöllisesti vanhusten hoitotyötä käsitteleviä osastotunteja	1	2	3	4	5
32. Osastonhoitaja hyödyntää hyvin työntekijöiden erilaiset vahvuudet työyhteisössäni vanhusten hoitotyön suunnittelussa	1	2	3	4	5
33. Työyhteisössäni osastonhoitaja kannustaa työntekijöitä luovuuteen vanhusten hoitamisessa	1	2	3	4	5

Seuraavat väittämät koskevat kokemaasi ammatillisuutta.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
34. Hoitaessani vanhuksia toimin ensisijaisesti työyhteisöni yhteisten arvojen mukaisesti	1	2	3	4	5
35. Hyödynnän säännöllisesti hoitotieteellistä tutkimustietoa vanhusten hoitamisessa	1	2	3	4	5

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	5(10) Täysin samaa mieltä
36. Tunnen voimakasta yhteenkuuluvuuden tunnetta muiden samaan ammattikuntaan kuuluvien vanhusten hoitajien kanssa	1	2	3	4	5
37. Pyrin jatkuvasti oppimaan uutta osallistumalla vanhusten hoitamista käsitteleville kursseille	1	2	3	4	5
38. Hoidan vanhuksia mieluummin hyväksi havaitsemallani tavalla kuin kokeilen uusia toimintatapoja	1	2	3	4	5
39. Tärkein tavoitteeni on tehdä kaikki toimenkuvaani vanhusten hoitajana kuuluvat asiat jokaisessa työvuorossa	1	2	3	4	5
40. Tutustun säännöllisesti vanhusten hoitamiseen liittyviin hoitotieteellisiin tutkimuksiin	1	2	3	4	5
41. Hoidan vanhuksia ensisijaisesti omien arvojeni mukaisesti	1	2	3	4	5
42. Kriittinen oman työn arviointi on olennainen osa jokapäiväistä työtäni vanhusten hoitajana	1	2	3	4	5
43. Ilmaisen usein työtovereilleni tukevani heidän tekemiään vanhusten hoitotyöhön liittyviä ammattitaitoisia ja perusteltuja päätöksiä	1	2	3	4	5

Seuraavat väittämät koskevat voimaantumistasi.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
44. Minulla on riittävästi tietoa vanhusten sairauksista ja niiden hoitamisesta	1	2	3	4	5
45. Mukaudun joskus yleiseen näkemykseen keskusteltaessa vanhusten hoitamiseen liittyvistä asioista	1	2	3	4	5
46. Selviydyn työstäni vanhusten parissa Työtovereilta ja esimieheltäni saamani tuen avulla	1	2	3	4	5
47. Asetan työlleni vanhusten kanssa korkeat tavoitteet ja pääsen myös usein niihin	1	2	3	4	5

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	6(10) Täysin samaa mieltä
48. Vanhusten hoitotyö on minulle elämäntehtävä	1	2	3	4	5
49. Tunnen usein itseni riittämättömäksi hoitaessani vanhuksia	1	2	3	4	5
50. Saan parhaiten motivaatiota siitä, että suoriudun työstäni vanhusten hoitajana	1	2	3	4	5
51. Muilta saamani negatiivinen palaute mahdollistaa kehittymiseni vanhusten hoitajana	1	2	3	4	5
52. Palkka on minulle tärkein motivaation lähde työlleni vanhusten hoitajana	1	2	3	4	5
53. Asetan harvoin työlleni vanhusten kanssa päivittäisiä tavoitteita	1	2	3	4	5
54. Puutteelliset resurssit estävät minua usein hoitamasta vanhuksia niin laadukkaasti kuin haluaisin	1	2	3	4	5
55. Minulla on vanhusten hoitamiseen liittyvää erityisosaamista (esim. koulutusta), jota muilla työtovereillani ei ole	1	2	3	4	5

Seuraavat väittämät koskevat toimintaasi vanhusten päivittäisten toimintojen yhteydessä, kun viimeksi hoidit vanhuksia tällaisissa tilanteissa.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
56. Annoin useimpien vanhusten itse valita peseytymisaikansa 5		1	2	3	4
57. Annoin jollekin vanhukselle lääkettä hänen tietämättään	1	2	3	4	5
58. Autoin vanhuksia syömisessä, koska se olisi muuten ollut liian hidasta	1	2	3	4	5
59. Annoin vanhuksille mahdollisuuden peseytyä yksin	1	2	3	4	5
60. Huolehdin siitä, että jokaisen vanhuksen oli turvallista liikkua osastolla	1	2	3	4	5

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	7(10) Täysin samaa mieltä
61. Annoin vanhuksille kipulääkettä ennen kuin hoidin heidän haavansa	1	2	3	4	5
62. Tarjosin usein vanhuksille juotavaa muutenkin kuin ruoka-aikoina	1	2	3	4	5
63. Käytin toisinaan "valkoisia valheita", jotta sain vanhukset ottamaan lääkkeensä	1	2	3	4	5
64. Autoin yksin vanhusta nousemaan sängystä pyörätuoliin, vaikka tiesin, että olisi ollut parempi pyytää toinen hoitaja avuksi	1	2	3	4	5
65. Laitoin vanhukselle vaipan, koska en ehtinyt viedä häntä wc:hen riittävän usein	1	2	3	4	5

Seuraavat väittämät koskevat toimintaasi vanhusten *hoidon suunnittelemisessa ja järjestämisessä, kun viimeksi hoidit vanhuksia tai olit tällaisissa tilanteissa.*

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
66. Huolehdin siitä, että kaikki hoitoon osallistuneet olivat tietoisia kunkin vanhuksen hoitoon liittyvistä toiveista	1	2	3	4	5
67. Tein joidenkin vanhusten jatkohoitoa koskevia päätöksiä keskustelematta heidän kanssaan	1	2	3	4	5
68. Tein vanhuksen pyynnöstä jotain normaalista päiväohjelmasta poikkeavaa	1	2	3	4	5
69. Järjestin vanhukselle mahdollisuuden olla yksin hänen näin toivoessaan	1	2	3	4	5
70. Huolehdin siitä, että vanhuksset saivat halutessaan keskustella kahden kesken lääkärin kanssa	1	2	3	4	5
71. Keskustelin vanhusten asioista myös käytävällä tai muiden asukkaiden kuullen	1	2	3	4	5
72. Järjestin jokaiselle vanhukselle mahdollisuuden osallistua hartaushetkeen/Jumalanpalvelukseen	1	2	3	4	5

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	8(10) Täysin samaa mieltä
73. Huolehdin siitä, että hoitamillani vanhuksilla oli mahdollisuus halutessaan mennä ulkoilemaan	1	2	3	4	5
74. Jaoin työvuorossani käytettävissä olevan ajan niin, että käytin hoitamieni vanhusten kanssa aikaa heidän tarpeittensa mukaisesti	1	2	3	4	5
75. Huolehdin siitä, että hoitamilleni vanhuksille järjestettiin kaikki heidän tarvitsemansa palvelut (esim. hammaslääkäri, fysioterapia, jalkahoito, psykiatri)	1	2	3	4	5
76. En vastannut heti vanhuksen kutsuun, koska hän soitti kelloa jatkuvasti	1	2	3	4	5

Seuraavat väittämät koskevat vuorovaikutustasi vanhusten kanssa, kun viimeksi hoidit vanhuksia tai olit tällaisissa tilanteissa.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
77. Tarjosin jokaiselle vanhukselle mahdollisuuden keskustella kahden kesken kanssani	1	2	3	4	5
78. Sinuttelin kaikkia hoitamiani vanhuksia tekemättä "sinunkauppoja" jokaisen kanssa erikseen	1	2	3	4	5
79. Koputin oveen mennessäni vanhuksen huoneeseen	1	2	3	4	5
80. Pidin vanhuksen kädestä kiinni kuunnellessani häntä	1	2	3	4	5
81. Halasin vanhusta osoittaakseni välittäväni hänestä	1	2	3	4	5
82. Täytin jokaisen vanhuksille antamani lupauksen	1	2	3	4	5
83. Välttelin kanssakäymistä eri kulttuurista lähtöisin olevien vanhusten kanssa, koska minusta oli vaikeaa toimia heidän kanssaan	1	2	3	4	5
84. Keskustelin vanhuksen kanssa asioista, jotka aiheuttivat hänelle ahdistusta	1	2	3	4	5
85. Vietin paljon aikaa sellaisten vanhusten seurassa, jotka tunsivat itsensä yksinäisiksi	1	2	3	4	5

Seuraavat väittämät koskevat toimintaasi vanhusten *omaisten kanssa*, kun viimeksi hoidit vanhuksia tai olit tällaisissa tilanteissa.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
86. Annoin vanhuksille mahdollisuuden valita vieraansa	1	2	3	4	5
87. Jätin omaisten toivomuksesta kertomatta vanhuksille heidän hoitoonsa liittyviä asioita	1	2	3	4	5
88. En keskustellut omaisten kanssa hoitoon liittyvistä asioista, koska olin niin sopinut vanhusten kanssa	1	2	3	4	5
89. Järjestin vanhukselle vierailun kotiin tai omaisten luokse hänen toivomuksestaan	1	2	3	4	5
90. Soitin vanhuksen pyynnöstä hänen omaisilleen	1	2	3	4	5
91. Kysyin vanhuksen omaisilta heidän mielipidettään hoidosta	1	2	3	4	5
92. Kannustin vanhuksen omaisia osallistumaan hänen hoitoonsa	1	2	3	4	5
93. En ehtinyt keskustella joidenkin omaisten kanssa, vaikka he olisivat sitä halunneet	1	2	3	4	5
94. Keskustelin omaisten kanssa vanhuksen elämänsä historiasta	1	2	3	4	5
95. Järjestin vanhukselle ja hänen omaisilleen tilaisuuden olla rauhassa keskenään	1	2	3	4	5

10(10)

96. Kuvaile omin sanoin vanhusten hoitotyössä kokemaasi eettisesti hankalaa tilannetta:

97. Kuvaile omaa toimintaasi ja tuntemuksiasi eettisesti hankalassa tilanteessa vanhusten hoitotyössä:

98. Kuvaile työyhteisöltäsi ja koulutuksestasi saamaasi tukea eettisesti hankalassa tilanteessa vanhusten hoitotyössä:

LÄMMIN KIITOS YHTEISTYÖSTÄ!