

**IKÄÄNTYVIEN HOITAJIEN TYÖSSÄ JATKAMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT**  
**– TYÖKYKY JA RESILIENSSI**  
**Liikuntatieteellinen tiedekunta**

Sami Hård

Gerontologia ja kansanterveys  
Liikuntatieteellinen tiedekunta  
Jyväskylän yliopisto  
Syksy 2024

## TIIVISTELMÄ

Hård, S. 2024. Ikääntyvien hoitajien työssä jatkamiseen vaikuttavat tekijät – työkyky ja resilienssi. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, Gerontologia ja kansanterveys, pro gradu -tutkielma, s.41.

Terveydenhuollon työntekijöiden keski-ikä nousee eikä hoitotyö ole vetovoimainen uusille tulokkaille. Hoitotyön vaatimuksien kasvaessa, työntekijöiden fyysinen ja psyykinen toimintakyky ovat erittäin kovalla koetuksella. Hyvä työkyky vaikuttaa positiivisesti työssä viihtymiseen ja elämänlaatuun sekä ennustaa aktiivista ja hyvää eläkeaikaa. Hoitohenkilöstön resilienssi toimii suojakeinona, joka auttaa selviytymään hoitotyön vaatimuksista. Ammatillinen resilienssi vaikuttaa työntekijöiden hyvinvointiin ja tyytyväisyyteen sekä lisää sitoutumista organisaatioon. Hoitotyöhön kuuluu kiinteästi vuorotyö, mikä kasvattaa työn kuormitusta. Ikääntyminen tuo muutoksia fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn, joita kiire ja stressi pahentavat. Tässä tutkielmassa selvitettiin ikääntyvien hoitajien työkyvyn, hoitohenkilöstön resilienssin ja työaikamuodon yhteyttä aikomukseen jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka ja halukkuuteen työskennellä eläkkeellä.

Tutkielman aineistoina käytettiin vuonna 2016 kerättyä Ikääntyneiden työurat – Työssä jatkaminen ja eläkkeellä työskentely (JATKIS) -tutkimushankkeen aineistoa. Tutkimukseen osallistuvivat suomalaisessa yliopistollisessa sairaalassa työskentelevät 50-vuotiaat ja sitä vanhemmat hoitajat. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, jossa selvitettiin työuran loppuvaiheeseen, eläkkeelle siirtymiseen ja eläkeaikaiseen työskentelyyn liittyviä tekijöitä.

Tutkimukseen osallistuneista (n=396) vuorotyötä teki 198 hoitajaa. Hoitotyötä tekevistä 63 % piti työskentelyn jatkamista eläkeikään saakka mahdollisena tai todennäköisenä, työaikamuotojen välillä ei ollut eroa. Lähes 60 % kyselyyn osallistuneista koki työkykynsä puolesta kykenevänsä jatkamaan työskentelyä eläkeikään saakka. Parempi työkyky ( $p < 0,001$ ,  $B=0,327$ ) selitti aikomusta jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka, selitysaste oli 25 %. Työskentely halukkuutta eläkkeellä selitti paremmaksi koettu työkyky ( $p < 0,001$ ,  $B=0,193$ ) noin 12 % selitysasteella. Hoitohenkilöstön resilienssillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä aikomukseen jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka tai halukkuuteen työskennellä eläkkeellä.

Koetun työkyvyn merkitys korostuu päätöksessä jatkaa työskentelyä työuran loppuvaiheessa. Mitä paremmaksi työntekijä työkykynsä kokee sitä todennäköisemmin, hän pysyy työelämässä. Tämän tutkimuksen tulos tukee aiempia tutkimuslöydöksiä, joissa työkyvyn yhteys työssä pysymiseen on todettu merkittäväksi. Hoitohenkilöstön resilienssin yhteyttä työssä jatkamiseen tai eläkkeellä työskentelyyn ei tässä tutkimuksessa ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Työkyvystä huolehtimisen tulisi olla organisaatioiden yksi tärkeimmistä tehtävistä. Tulisi löytää ne toimenpiteet, jotka tukevat yksilön työkykyä.

Asiasanat: resilienssi, vuorotyö, pitovoima, ikääntyminen, hoitotyö, työkyky, työskentely eläkkeellä

## ABSTRACT

Hård, S. 2024. Factors affecting older carers' ability to continue working - work ability and resilience. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, master's thesis in Gerontology and Public Health, 41 pages.

The average age of healthcare workers is rising and nursing is not attractive to new entrants. As the demands of care work increase, the physical and mental capacities of workers are under severe strain. Good work ability has a positive impact on job satisfaction and quality of life and predicts an active and good retirement. The resilience of care workers acts as a protective mechanism to help them cope with the demands of healthcare work. Professional resilience contributes to employee well-being and satisfaction and increases organisational commitment. Nursing is an integral part of shift work, which increases the workload. Ageing brings changes in physical and mental capacity, exacerbated by rush and stress. In this thesis, we investigated the relationship between older carers' work ability, professional resilience and working time patterns and their intention to continue working into retirement and their willingness to work in retirement.

The data used in the study was collected in 2016 from the Careers of older people - continuing to work and working in retirement (JATKIS) research project. Participants were nurses aged 50 and over working in a Finnish university hospital. The survey was conducted as a questionnaire survey on factors related to end-of-career, retirement and working during retirement.

Of the survey participants (n=396), 198 nurses worked shift work. 63% of the nurses considered it possible or likely possible that they would continue to work until retirement age, with no difference between working hours. Almost 60% of respondents felt that they were fit to continue working until retirement age. Better work ability ( $p < 0.001$ ,  $B = 0.327$ ) explained the intention to continue working until retirement, with an explanation rate of 25 %. The willingness to work in retirement was explained by better perceived ability to work ( $p < 0.001$ ,  $B = 0.193$ ) at an explanation rate of about 12 %. There was no statistically significant association between nursing staff resilience and intention to continue working until retirement or willingness to work in retirement.

The importance of perceived work ability is highlighted by the decision to continue working at the end of a career. The better a worker perceives his/her ability to work, the more likely he/she is to stay in employment. The result of this study supports previous research findings that have found a significant association between work ability and job retention. In this study, there was no statistically significant association between nursing staff resilience and job retention or retirement. Managing resilience should be a top priority for organisations. Measures that support the individual's ability to work should be identified.

Keywords: resilience, shift work, retention, ageing, healthcare, work ability, retired work

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1. JOHDANTO.....	1
2. TYÖKYKY .....	4
2.1. Ikääntymisen yhteys työkykyyn .....	5
2.2. Vuorotyön yhteys työkykyyn .....	6
3. PITOVOIMA TERVEYDENHUOLTOALALLA .....	8
3.1. Pitovoimaan yhteydessä olevat organisaationaaliset tekijät .....	8
3.2. Pitovoimaan yhteydessä olevat yksilölliset tekijät .....	9
3.3. Työkyvyn yhteys pitovoimaan .....	10
3.4. Vuorotyön yhteys pitovoimaan .....	11
4. RESILIENSSI.....	13
4.1. Hoitohenkilöstön resilienssi .....	14
4.2. Hoitohenkilöstön resilienssin yhteys pitovoimaan .....	15
4.3. Vuorotyön yhteys koettuun hoitohenkilöstön resilienssiin .....	16
5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	18
6. TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT .....	19
6.1. Tutkittavat ja tutkimusasetelma.....	19
6.2. Päämuuttajat .....	19
6.3. Taustamuuttajat .....	20
6.4. Tilastomenetelmät ja -analyysi .....	20
7. TULOKSET .....	23
8. POHDINTA.....	31
8.1 Tutkimuksen luotettavuus, rajoitteet ja eettisyys .....	32
8.2 Yhteenveto ja jatkotutkimusaiheet .....	34
LÄHTEET .....	36

## 1. JOHDANTO

Hoitohenkilöstön ikärakenne vanhenee ja yhä useampi nuori ja vastavalmistunut hoitaja jättää terveydenhuoltoalan. Terveydenhuoltoalaa vaivaa maailmanlaajuisesti pula osaavasta hoitohenkilöstöstä. Useat eri uudistukset sote-alalla lisäävät henkilöstöresurssitarvetta, kuten hoitajamitoitus iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väestön ikääntyminen ja eliniän kasvu lisää hoitotyöntekijöiden tarvetta maailmanlaajuisesti. Hoitajapula on terveydenhuoltojärjestelmän ongelma, jonka ratkaisemiseksi on tehtävä laajoja uudistuksia niin hoitotyössä kuin järjestelmätasolla (Buchan, 2006). Hoitajien siirtyminen pois koulutustaan vastaavista tehtävistä rasittaa koko terveydenhuoltoalaa, muun muassa kasvattamalla terveydenhuoltoalan kustannuksia (Hart ym. 2012, Wargo-Sugleris ym. 2018). Terveydenhuoltoalan vetovoimaisuus on erittäin tärkeää, jotta alalle saadaan uusia osaajia (Tevameri, 2020). Kokeneiden hoitajien massapoistuma aiheuttaa vajausta osaamisessa, kokemuksessa, taidossa ja päätöksenteossa (Hidinger ym. 2022), tämä vaarantaa potilasturvallisuuden ja lisää jäljelle jäävien hoitajien työkuormaa (Wargo-Sugleris ym. 2018).

Odotetun eliniän kasvu sekä maailman laajuiset muutokset eläkejärjestelmissä vaikuttavat nykyiseen työvoimaan (Converso ym. 2018; Costa & Sartori, 2007), muun muassa eläkeiän nousussa eri maissa sekä ikärakenteen muutokset erityisesti länsimaissa. Nämä vaikutukset näkyvät myös terveydenhuollossa, jossa ikääntyvät hoitotyöntekijät hoitavat ikääntyvää väestöä (Buchan, 2006) ja eläkkeelle siirtyminen siirtyy myöhemmälle iälle (Camerino ym. 2008). Yli 55-vuotiaiden hoitotyöntekijöiden määrä Euroopassa oli vuonna 1990 25 % työvoimasta, vuonna 2010 se oli kasvanut 30 %:iin ja ennusteen mukaan vuonna 2060 määrä on jopa 40 % työvoimasta (Eurostat, 2012). Yhdysvalloissa yli 65-vuotiaita työntekijöitä arvioidaan olevan vuoteen 2050 mennessä viidennes (19 %) kaikista työntekijöistä (Stimpfel ym. 2020). Stimpfelin ym. (2020) artikkelin mukaan vuonna 2020 jopa puolet hoitajista on saavuttanut eläkeiän, ja vuoteen 2030 mennessä miljoona nyt töissä olevasta hoitajasta on eläköitynyt. Suomessa reilu puolet terveydenhoitopalveluiden työntekijöistä eläköityy vuoteen 2035 mennessä (Vellonen ym. 2023). Työssä jatkamista eläköitymisen jälkeen on tutkittu ympäri maailmaa ja halukkuus eläkkeellä työskentelyyn vaihtelee suuresti. Suomessa yli puolet ikääntyvistä hoitajista on kiinnostunut jatkamaan työskentelyä 63 ikävuoden jälkeen (Salminen ym. 2018). Australialaishoitajista jopa 73 % kertoo aikomuksestaan jatkaa työtä eläköitymisen jälkeen, mutta singaporelaihoidajista työskentelyä aikoo jatkaa vain 18 %

(Kaewpan & Peltzer 2019). Suomen valtiovarainministeriön mukaan vuoteen 2035 mennessä Suomessa tarvitaan noin 200 000 uutta työntekijää sosiaali- ja terveystalouteen (Tevameri, 2021). Tässä tutkielmassa keskitytään pitovoimaan, siihen mitkä tekijät vaikuttavat työntekijöiden, erityisesti ikääntyvien työntekijöiden, päätökseen jatkaa sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla, tarkastellaan työkyvyn, hoitohenkilöstön resilienssin ja vuorotyön yhteyttä pitovoimaan.

Hoitotyön aiheuttama jatkuva stressi ja kiireen tunne heikentävät pitovoimaa hoitotyössä (Chan ym. 2013; Wargo-Sugleris ym. 2018). Yksilön kykyä sietää stressiä ja kykyä toimia kiireen keskellä kutsutaan resilienssiksi. Resilienssi tarkoittaa psyykkistä palautumiskykyä (Herrmann ym. 2011, Hart ym. 2014), jota toisilla ihmisillä tai yhteisöillä on enemmän kuin toisilla. Korkeampi resilienssi auttaa selviytymään haastavista tilanteista ja säilyttämään tasapainon elämässä (Andersen ym. 2021, Hart ym. 2014), antaa kyvyn oppia epäonnistumisista (Jackson ym. 2007, Sameroff & Rosenblum 2006) sekä auttaa sopeutumaan ja hyödyntämään olemassa olevia voimavaroja (Hart ym. 2014, Jackson ym. 2007, Sánchez-Zaballos & Mosteiro-Díaz 2021). Hoitotyöntekijän resilienssiä on tutkittu 2000-luvulta lähtien paljon. Hart ym. (2014) mukaan hoitohenkilöstön resilienssi on tunnistettu henkilökohtaiseksi kyvyksi, joka auttaa hoitajia selviytymään hoitotyön haasteista ja vaatimuksista. Hoitohenkilöstön resilienssi vaikuttaa työntekijöiden hyvinvointiin, työtyytyväisyyteen, sitoutumiseen organisaatioon, jaksamiseen sekä parantaa potilaiden tyytyväisyyttä ja toteutetun hoidon laatua (Delgado ym. 2017, Moffatt-Bruce ym. 2019). Ratkaisujen löytäminen hoitajien kohtaamiin haasteisiin on ratkaisevan tärkeää, ja hoitohenkilöstön resilienssin kasvattaminen ja ylläpitäminen ovat tärkeässä roolissa hoitajien työkyvyn ja jaksamisen tukemisessa (Cooper ym. 2020). Tässä tutkimuksessa selvitetään ikääntyvien hoitajien hoitohenkilöstön resilienssin yhteyttä pitovoimaan ja aikomukseen jatkaa työskentelyä eläkkeellä.

Tärkeä tekijä hoitohenkilöstön pysymisessä työelämässä on myös työkyky. Työkyvyn ylläpitämiseksi ja tukemiseksi on tärkeää ymmärtää kuinka, hoitohenkilöstö selviytyy työhön liittyvistä stressitekijöistä. Converon ym. (2018) mukaan hyvä työkyky vaikuttaa positiivisesti työn laatuun ja tuottavuuteen sekä näkyy korkeassa työviihtyvyydessä. Se myös ennustaa hyvää elämänlaatua ja aktiivista sekä hyvää eläkeaikaa. Tahghighi ym. (2017) mukaan suurin osa sairaanhoitajista, jotka kohtaavat työhön liittyvää stressiä, aikovat irtisanoutua tai vähentää työaikaansa. Tuomi ym. (2001) mukaan odotukset terveydenhuollon palveluista ovat kasvaneet ja sen vuoksi hoitotyöntekijöiltä vaaditaan ja odotetaan koko ajan enemmän. Jatkuvasti

muuttuvissa tilanteissa, kiire ja hallinnan tunteen puuttuminen aiheuttavat hoitohenkilöstössä kovaa stressiä ja uupumista (Chan ym. 2013). Andersen ym. (2021) mukaan Yhdysvaltalaisista hoitajista lähes 80 % nimesi työperäisen stressin korkeimmaksi työntekoa häiritseväksi tekijäksi. Olettaessa huomioon hoitotyöhön kohdistuvat kasvavat paineet, kuten hoitajapulauksen, resurssien vähenemisen ja hoitohenkilöstön ikääntymisen on erittäin tärkeää selvittää hoitohenkilöstön työkykyä suojaavia tekijöitä (Cooper ym. 2020). Työntekijöiden fyysinen ja psyykkinen toimintakyky ovat erittäin kovalla koetuksella, erityisesti yksiköissä ja toiminnoissa, joissa tehdään vuorotyötä (Tuomi ym. 2001). Vuorotyö on yleistä monissa terveydenhuollon organisaatioissa, ja erityisesti sairaanhoitajat joutuvat työskentelemään erilaisissa työvuorojärjestelmissä ja joustamattomissa työvuorosuunnitelmissä (Galatsch ym. 2013). Työnkuorman kasvaessa työkyky heikkenee kaiken ikäisillä. Vuorotyön tiedetään tutkimusten mukaan lisäävän terveysriskejä kaikilla hoitotyötätekeillä, mutta ikä lisää terveyden heikkenemisen riskiä huomattavasti (Stimpfel ym.2020, Tahghighi ym. 2019). Vuorotyöllä voi olla haitallisia vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointiin, jotka voivat vaikuttaa myös työntekijöiden käsityksiin kyvyistään selviytyä koetuista työn vaatimuksista (Galatsch ym. 2013). Chan ym. (2013) ikääntymisen tiedetään tuovan muutoksia niin fyysiseen kuin psyykkiseen toimintakykyyn. Ikääntyminen lisää riskiä sairastua sekä ikääntymismuutokset, kuten näön heikkeneminen ja kognitiivisten toimintojen heikkeneminen tuovat haasteita selvitä työstä (Chan ym. 2013; Convero ym. 2018). Tässä tutkimuksessa on tarkoitus käsitellä ikääntyvien hoitajien työkyvyn yhteyttä työssä jatkamiseen sekä halukkuuteen jatkaa työskentelyä eläkkeellä.

## 2. TYÖKYKY

Työkyky ja työkykymittaristo ovat laajasti työelämä tutkimuksessa käytettyjä termejä. Työkykyä voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta, kuten työterveyden, sosiaalivakuutusten tai kuntoutuksen näkökulmista (Ilmarinen, 2006). Tässä tutkielmassa työkykyä tarkastellaan työterveyden, hyvinvoinnin ja pitovoimatekijöiden näkökulmasta. Ilmarisen (2001) ja Convero ym. (2018) mukaan työkyky koostuu eri tekijöiden vuorovaikutuksesta, näitä ovat työntekijän henkilökohtaiset resurssit ja työympäristöstä. Työkyky on työntekijän käsitys työympäristön vaatimuksista ja omista resursseista selviytyä niistä (Camerino ym. 2006; Ilmarinen, 2006). Henkilökohtaiset resurssit ja ominaisuudet koostuvat koetusta terveydestä, fyysisestä ja psyykkisestä toimintakyvystä, sosiaalisesta toiminnasta, koulutuksesta ja osaamisesta, motivaatiosta sekä asenteesta ja arvoista (Ilmarinen, 2001). Työympäristö koostuu työn fyysisistä ja psyykkisistä vaatimuksista, organisaation tarjoamasta tuesta ja toimintatavoista, kuten johtamisesta (Ilmarinen 2006). Työkykyyn vaikuttavat eri ikäisillä työntekijöillä eri asiat, esimerkiksi ikääntyneillä omien vanhempien hoitaminen voi heikentää työkykyä (Ilmarinen 2006; Convero ym. 2018).

Työkykymittari (Work ability index) perustuu suomalaiseen 1980-luvulla kerättyyn aineistoon, jossa seurattiin pitkittäistutkimuksessa yli 6500 työntekijää eri ammateissa (Ilmarinen & Rantanen 1999). Työkykymittari on käytössä maailmanlaajuisesti ja sitä hyödynnetään ja työelämä tutkimuksessa useissa eri maissa. Mittaristo on saatavilla 25 eri kielellä. Camerino ym. (2008) mukaan alhainen työkyky ennakoii siirtymistä pois työstä tai alan vaihtoa, ikääntyneillä huono työkyky voi ennakoia myös jäämistä ennenaikaiselle eläkkeelle. Myös Convero ym. (2018) toivat tutkimuksessa esille heikomman työkyvyn yhteyden sairaspöissaoloihin, ennenaikaiseen eläköitymiseen, työkyvyttömyyteen sekä siirtymiseen pois alalta, työperäiseen masentuneisuuteen ja emotionaaliseen väsymiseen. Työkykymittarin pistemäärät laskevat iän myötä (Camerino ym. 2006; Convero ym. 2018). Tämä on nähtävissä eri ikäryhmien päätöksissä työssä jatkamisen suhteen, nuoremmat hoitajat pyrkivät parantamaan työolojaan vaihtamalla organisaatiota, hankkimalla ammatillista lisäkoulutusta tai jopa vaihtamalla ammattia, kun vanhempien hoitajien ratkaisu on poistua työmarkkinoilta kokonaan (Camerino ym. 2008). Convero ym. (2018) tutkimuksen mukaan paremmaksi koettu työkyky on yhteydessä parempaan työn laatuun ja tuottavuuteen sekä korkeampaan työviihtyvyyteen, ja se ennustaa myös hyvää elämänlaatua ja aktiivista ja hyvää eläkeaikaa.

## 2.1. Ikääntymisen yhteys työkykyyn

Ikääntyminen vaikuttaa työkykyyn. Yli 55-vuotiailla työntekijöillä työkyky on usein huonompi kuin nuoremmilla työntekijöillä (Tuomi ym. 2001). Costa & Salitori (2007) tutkimuksessa verrattiin eri ammattiryhmien välillä työkykyä. Tutkimuksen mukaan naishoitajilla oli työkykymittarin mukaan huonoin työkyky kaikissa ikäryhmissä. Tutkimuksessa muita tutkittuja ammattiryhmiä olivat kemianalantöntekijät sekä rakennusalan työntekijät (Costa & Salitori 2007). Camerinon ym. (2006) tutkimuksessa työntekijän korkeampi ikä oli yhteydessä heikentyneeseen työkykyyn, tämä tulos tuki aiempia tutkimuksia, kuten Tuomi ym. (1991) ja Ilmarinen ym. (1997). Hidingen ym. (2022) tutkimuksen mukaan ikääntyvillä hoitajilla on suurempi riski kärsiä ylipainosta, univaikeuksista ja heidän immuunivasteensa on heikompi, kuin muilla vertailussa olleilla ammattiryhmillä.

Työkykyyn vaikuttaa ikä, sukupuoli ja työaika sekä terveydentila. Costa & Salitori (2007) tutkimuksen mukaan hoitajien korkeampi ikä, naissukupuoli ja vuorotyön tekeminen laskivat heidän työkykyään verrattuna miespuolisiin kollegoihin tai muihin ammattiryhmiin. Heikompi terveydentila, kuten useampi perussairaus, laskee työkykyä (Convero ym. 2018; Stimpfel ym.2020). Korkeampi ikä vaikuttaa työkykyyn heikentävästi erityisesti työtehtävissä, jotka ovat fyysisesti kuormittavia (Convero ym. 2018). Terveysthuollossa työtehtävät vaativat usein hyvää fyysistä sekä psyykkistä toimintakykyä. Ikääntyvät hoitajat ovat alttiimpia fyysiselle ja psyykkiselle rasitukselle kuin nuoremmat hoitajat (Convero ym. 2018; Stimpfel ym.2020). Hidingen ym. (2022) mukaan hoitotyön fyysinen kuormitus aiheuttaa useita terveystriskejä. Tutkimuksen mukaan yli 55-vuotiailla hoitajilla terveystriskeinä ovat erityisesti sydän- ja verisuonitaudit sekä lihas- ja luustoperäiset vaivat. Ikääntymismuutokset kuten näön ja kuulon heikkeneminen voivat myös heikentää työkykyä (Hidingen ym. 2022). Fyysisten muutosten lisäksi on huomioitava psyykinen hyvinvointi ja kognitiiviset muutokset toimintakyvyssä (Tuomi ym. 2001). Työtehtävissä, joissa työnvaatimukset ovat pääosin kognitiivisia, alentunutta työkykyä voi kompensoida henkilökohtaisilla ominaisuuksilla, kuten kertyneellä työkokemuksella ja osaamisella (Convero ym. 2018). Työyhteisön ja sosiaalistensuhteiden merkitys korostuu kompensatiomekanismina, kun työnvaatimukset ja oman työkyvyn rajat ylittyvät (Convero ym. 2018). Ilmarisen (2006) mukaan iän tuomat fyysisen toimintakyvyn muutokset näkyvät aiemmin kuin kognitiivisen toimintakyvyn muutokset. Hidingen ym. (2022) mukaan psyykkisen kuormituksen vaikutus on myös merkittävä, hoitajat joutuvat tekemään päätöksiä vastoin omia aatteitaan ja toimimaan

etiikkaansa vastaan. Tästä voi aiheutua masennusta, itsensä syyllistämistä, ahdistusta ja sosiaalista eristäytymistä.

## **2.2. Vuorotyön yhteys työkykyyn**

Eri työaikamalleja on terveydenhuoltoalalla käytössä hyvin erilaisia. Vuorotyöllä tarkoitetaan tässä työssä kaikkia työaikamalleja, joissa työnteko tapahtuu muuna aikana kuin klo.7–15 välisenä aikana. Vuorotyö voi olla säännöllistä kaksi- tai kolmivuorotyötä, epäsäännöllistä vuorotyötä tai säännöllistä ilta- tai yötyötä. Epäsäännöllinen vuorotyö on tyypillistä terveydenhuoltoalalla. Vuorotyö mahdollistaa tarvittavan henkilöstöresurssin hoidon järjestämiseksi (Costa ja Salitori 2007; Savic ym. 2019). Työvuorosuunnittelun ja resurssien hallinnan merkitys on suuri työyhteisölle ja yksilön työkyvyille. Puutteellinen työvuorosuunnittelu ja huonosti järjestetty vuorotyöskentely voivat vaikuttaa haitallisesti terveyteen ja hyvinvointiin (Hidinger ym. 2012; Galatsch ym.2013). Vuorotyötä tekevät kokivat työkykynsä heikommaksi sukupuolesta riippumatta kaikissa ammattiryhmissä, vaikka vuorotyötä tekevien keski-ikä oli alhaisempi kuin päivätyötä tekevillä (Costa & Salitori, 2007). Vuorotyötä tekevillä yli 50-vuotiailla naisilla työkyvyn heikentyminen oli kuitenkin suurempaa kuin saman ikäisillä miehillä (Costa & Salitori, 2007). Perheen ja työn yhteensovittamisen aiheuttamaa stressiä ja kuormitusta pidetään syynä vuorotyön voimakkaampaan vaikutukseen naisiin kuin miehiin (Clendon & Walker 2013; Costa & Salitori 2007).

Tutkimusta vuorotyön vaikutuksista erityisesti ikääntyvien työntekijöiden työkykyyn on vähän. Vuorotyön tiedetään vaikuttavan psykososiaalisiin tekijöihin, kuten kykyyn sopeutua muuttuvaan vuorokausirytmiiin (Costa & Salitori 2007; Savic ym. 2019), heikentämällä unen laatua (Costa & Salitori 2007; Hidinger ym. 2012; Savic ym. 2019) sekä laskemalla toimintakykyä ja toimintavarmuutta työtehtävissä (Costa & Salitori 2007; Hidinger ym. 2012; Savic ym. 2019). Vuorotyö vaikuttaa myös sosiaalisiin suhteisiin, koska mahdollisuuksia tavata ystäviä ja perhettä on vähemmän epäsäännöllisten työaikojen vuoksi (Costa & Salitori 2007; Galatsch ym. 2013). Korkeamman iän tiedetään heikentävän unenlaatua (Clendon & Walker 2013). Flo ym. (2012) tutkimuksessa huomioitiin korkeamman iän vaikuttavan vuorotyöstä toipumiseen. Vuorotyö vaikutti erityisesti nukkumiseen ja vuorokausirytmiiin, sillä riittävän levon saaminen oli haastavaa ikääntyvillä huonomman unen laadun ja päivällä nukkumisen haasteiden vuoksi (Flo ym. 2012). Vuorotyötä tekevän unet ovat usein lyhyemmät ja ajoittuvat

epänormaaliin aikaan verrattuna normaaliin vuorokausirytmiiin (Clendon & Walker 2013; Costa & Salitori 2007). Costa & Salitorin (2007) mukaan vuorotyö lisää myös riskiä sairastua ruuansulatuskanavansairauksiin, sydän- ja verisuonitauteihin sekä psykoneuroottisiin sairauksiin. Vuorotyö ja hoitotyön fyysisyys lisäävät onnettomuuksien ja virheiden riskiä työssä (Hidinger ym. 2012; Savic ym. 2019; Stimpfelin ym. 2020) sekä altistavat tuki- ja liikuntaelinsairauksille (Stimpfelin ym. 2020).

Vuorotyöllä on myös positiivisia vaikutuksia, kun työvuorosuunnittelu ja vuorotyö on yhteisesti sovittua ja työntekijällä on mahdollisuus vaikuttaa työvuoroihin. Galatsch ym. (2013) tutkimuksessa työvuorojen yhteydestä koettuun työkykyyn huomattiin, kuinka työkyky parani, kun työntekijöillä oli vaikutusmahdollisuuksia työvuorojen suunnittelun suhteen ja kun he tulivat kuulluiksi työvuorojen vaihtoja tehdessä. Tutkimuksen mukaan työvuorosuunnitelman muutoksella on suurempi vaikutus työkykyyn kuin yleiseen terveydentilaan. Työvuorosuunnitelman muuttaminen voi auttaa ylläpitämään sairaanhoitajien työkykyä ja terveyttä, jos se tapahtuu sairaanhoitajien toiveiden mukaisesti (Galatsch ym. 2013). Työvuorosuunnittelussa suunnitelmallisuus ja mahdollisuus vaikuttaa omiin työvuoroihin korostuivat ikääntyvillä hoitajilla (Clendon & Walker 2013).

### **3. PITOVOIMA TERVEYDENHUOLTOALALLA**

Pitovoimaa on tutkittu kansainvälisesti todella paljon terveydenhuoltoalalla. Kansainvälisessä tutkimuksessa on haasteena pitovoiman määrittely. Tällä hetkellä ei ole selkeää ja yksinkertaista tapaa kuvata pitovoimaa. Joissain tutkimuksissa on tutkittu aikomusta lähteä organisaatiosta tai terveydenhuoltoalalta ja toisissa on etsitty ne henkilöt, jotka ovat jo siirtyneet pois (Chan ym. 2013). Terveydenhuoltoalan pitovoimaan vaikuttavat niin organisaationalliset tekijät kuin työntekijöiden henkilökohtaiset tekijät (Chan ym. 2013). Pitovoimatekijöitä ovat ne tekijät, joilla sitoutetaan ja motivoidaan työntekijöitä ja näin saadaan heidät pysymään työssään. Pitovoimatekijät muuttuvat iän ja elämäntapahtumien myötä (Convero ym. 2018; Tevameri 2020; Wargo-Sugleris ym. 2018). Pitovoimatekijät ikääntyvillä työntekijällä ovat usein enemmän sisäisiä kuin ulkoisia, kuten työn merkityksellisyys ja mahdollisuus vaikuttaa päätöksen tekoon (Convero ym. 2018). Leineweber ym. (2016) mukaan työpaikan- ja ammatinvaihtoaikomukset eroavat suuresti Euroopan maissa. Kymmenen maan vertailussa Suomessa sairaanhoitajista 47,8 prosenttia oli aikeissa vaihtaa työpaikkaa, ja kokonaan terveydenhuoltoalan jättämistä harkitsi 18,3 prosenttia. Hollannissa esimerkiksi terveydenhuoltoalalla alan vaihtoa suunnitteli vain 5,4 prosenttia ja työpaikan vaihtoa 15,3 prosenttia. Tutkimuksessa mukana olleista maista sairaanhoitajan työn aikoi jättää keskimäärin 9,5 prosenttia ja 27,1 prosenttia aikoi vaihtaa työpaikkaa (Leineweber ym. 2016.)

#### **3.1. Pitovoimaan yhteydessä olevat organisaationaaliset tekijät**

Organisaationaaliset tekijät ovat Chan ym. (2013) kokoaman kirjallisuuskatsauksen perusteella työympäristö, työkuulttuuri, sitoutuminen, työnvaatimukset sekä sosiaalinen tuki. Kokonaisuudessa työympäristöllä on tutkimusten mukaan erittäin merkitsevä asema pitovoiman kannalta (Wargo-Sugleris ym. 2018). Stimpfel ym. (2020) mukaan ikääntyvien hoitajien kohdalla on tärkeää keskittyä työoloihin, työn sisältöön sekä työtyytyväisyyteen. Organisaation joustavuus ja mahdollisuus mukauttaa työtehtäviä yksilölliset tarpeet huomioiden, kuten työaikamuutokset ja fyysisten rajoitteiden huomioiminen, ovat ikääntyville hoitajille pitovoimaa lisääviä toimenpiteitä (Stimpfel ym. 2020; Wargo-Sugleris ym. 2018). Työyhteisön tarjoama sosiaalinen tuki ja toimivuus toimivat pitovoimaa lisäävinä tekijöinä, esimerkkinä avoin keskusteluyhteys ja toimiva kommunikaatio (Chan ym. 2013; Pennanen 2015; Perkins ym. 2023) sekä työyhteisön keskinäiset hyvät suhteet (Wargo-Sugleris ym.

2018). Pitovoimaa heikentäviä tekijöitä tutkimuksen mukaan ovat erityisesti hoitohenkilöstön määrän ali resurssointi, henkilöstön vaikutusmahdollisuuksien puuttuminen niin oman työtehtävän kuin organisaation kehittämisen suhteen, huono johtamiskulttuuri, huono palkka sekä huono työympäristö (Chan ym. 2013; Wargo-Sugleris ym. 2018). Lisäksi henkilökunnan kokemaa fyysinen ja psyykinen väkivalta on pitovoimaa heikentäviä tekijöitä (Chan ym. 2013). Stimpfelin ym. (2020) mukaan iän tuomien muutosten ja haasteiden huomioitta jättäminen työjärjestelyissä vähentää pitovoimaa, kuten henkilöstön työkyvystä huolehtiminen.

Hoitotyön johtaminen nousi merkittäväksi tekijäksi pitovoiman osalta useissa eri tutkimuksissa. Johtamiskulttuurista esille nousi erityisesti esihenkilöiltä saadun tuen puuttuminen ja johtamiskäytännöt, kuten liian byrokraattinen päätöksenteko (Chan ym. 2013; Pennanen 2015; Stimpfel ym. 2020) henkilöstön arvostuksen puute sekä kyvyttömyys huomioida henkilökohtaisia tarpeita (Perkins ym. 2023; Stimpfel ym. 2020; Wargo-Sugleris ym. 2018). Johtamistapoihin vaikuttamalla ja luomalla esimerkiksi sosiaalisia tukiverkostoja pystyttiin parantamaan työhyvinvointia ja sitouttamaan henkilöstöä entistä paremmin (Chan ym. 2013).

### **3.2. Pitovoimaan yhteydessä olevat yksilölliset tekijät**

Henkilökohtaisista ominaisuuksista työntekijän korkeampikoulutus (Chan ym. 2013; Wargo-Sugleris ym. 2018), pidempi työkokemus sekä korkeampi ikä olivat yhteydessä parempaan sitoutumiseen (Chan ym. 2013). Ikääntyvillä hoitajilla hyväksi koettu oma terveys lisäsi pitovoimaa (Stimpfel ym. 2020; Wargo-Sugleris ym. 2018). Onnistunut ikääntyminen ja henkilökohtaisen arjen onnistunut järjestely lisäävät myös pitovoimaa (Stimpfel ym. 2020). Wargo-Sugleris ym. (2018) mukaan taloudellinen itsenäisyys ja taloudellinen turva lisäsivät pitovoimaa.

Työn merkityksellisyys koetaan erittäin tärkeäksi pitovoimatekijäksi (Chan ym. 2013) Ikääntyvien hoitajien mielestä potilas- ja hoitotyö ovat erityisen mielekkästä, keskittyminen potilastyöhön hallinnollisten tai kehitystehtävien sijasta koettiin mielekkääksi ja tärkeäksi (Stimpfel ym. 2020). Wargo-Sugleris ym. (2018) mukaan koettu työtyytyväisyys on erittäin merkittävä ikääntyville hoitajille. Työtyytyväisyys ja hyvä ikääntyminen ovat yhteydessä toisiinsa pitovoimatekijöinä (Wargo-Sugleris ym. 2018). Iän tuomien muutosten ja haasteiden huomioiminen työyhteisössä toimii pitovoimaa lisäävänä tekijänä. Senioriasema työyhteisössä,

jossa voitiin hyödyntää aikaisempaa osaamista ohjaamalla potilaita ja opettamalla uusia työntekijöitä, sitoutti työntekijät työyksikköön (Stimpfel ym.2020). Senioriaseman myötä tulevat etu- ja hyötypaketit, kuten pidemmät vuosilomat tai yksilölliset työtehtävät, lisäävät myös pitovoimaa (Wargo-Sugleris ym. 2018). Nuoremmilta kollegoilta saatu apu, esim. teknologisten haasteiden kanssa, toimi positiivisena pitovoimatekijänä (Stimpfel ym.2020). Mahdollisuus vaikuttaa työyhteisössä ja erityisesti yksilöä koskevissa asioissa, kuten työvuorot, ovat erittäin merkityksellisiä tekijöitä pitovoiman suhteen (Stimpfel ym. 2020; Wargo-Sugleris ym. 2018).

Henkilökohtaisista tekijöistä pitovoimaan vaikuttaa heikentävästi työn aiheuttama jatkuva stressi ja kiireen tunne (Chan ym. 2013; Wargo-Sugleris ym. 2018) sekä työtehtävien aikataulut (Chan ym. 2013). Kiire ja stressi heikentävät työn laatua, joka myös osaltaan heikentää pitovoimaa (Chan ym. 2013). Emotionaalinen uupumus ja väsymys vähentävät pitovoimaa (Camerino ym. 2008). Ikääntyville hoitajille hoitotyön teknillistymisellä voi olla negatiivinen vaikutus pitovoimalle, erityisesti kun työ kohdentuu pois potilaan hoidosta (Stimpfel ym.2020). Teknologian tuomat osaamisvaatimukset (Wargo-Sugleris ym. 2018) ja työroolien epäselkeys (Tuomi ym. 2001) voivat myös heikentää pitovoimaa. Hoitohenkilöstön resilienssi voi vähentää kiireen ja stressin vaikutusta yksilöön. Hoitohenkilöstön resilienssin on todettu olevan suojaava tekijä, jonka avulla hoitajat kykenevät kohtaamaan työn aiheuttaman stressiin ja haastavat tilanteet (Delgado ym. 2017; Jackson ym. 2007; Han ym. 2022; Sameroff & Rosenblum 2006), sekä kehittämään kyvyn selviytyä tulevista haasteista (Andersen ym. 2021; Cooper ym.2020; Delgado ym. 2017; Jackson ym. 2007; Sameroff & Rosenblum 2006). Conerson ym. (2018) tutkimuksen mukaan korkeammalla resilienssillä on vaikutusta työkykyyn ja se on yhteydessä hyvään ja toimivaan työyhteisöön, mitä korkeampi hoitajien kokema resilienssi on, sitä suurempi on heidän työtyytyväisyytensä ja sitoutuminen työyhteisöön (Andersen ym. 2021; Cooper ym.2020; Han ym. 2023; Yu ym. 2019).

### **3.3. Työkyvyn yhteys pitovoimaan**

Tuomi ym. (2001) mukaan ikääntyvän työntekijän työkykyyn panostaminen ei ainoastaan paranna työkykyä ja terveyttä, vaan se vaikuttaa myös työnlaatuun, työtehoon, yleiseen terveydentilaan ja hyvinvointiin. Ilmarisen (2006) mukaan työkyvyn ylläpito on kokonaisvaltaisen työn tulosta, siihen vaikuttaa yksilön valinnat ja toiminta, työyhteisön

toiminta sekä organisaation toimintatavat. Alhainen työkyky vaikuttaa pitovoimaa heikentävästi, vaikutus on suurempi nuoremmilla hoitajilla kuin iäkkäämmillä hoitajilla (Camerino ym. 2006). Nuoremmilla hoitajilla on mahdollisesti enemmän vaihtoehtoja työpaikan ja -uran suhteen kuin iäkkäämmillä, nuoremmilla hoitajilla koetaan olevan suurempi mahdollisuus vaihtaa työpaikkaa ja mahdollisesti alaa, kuin eläkeikää lähentyvillä iäkkäämmillä hoitajilla. Ikääntyvien hoitajien kohdalla pitovoimaan vaikuttaa työkyvyn lisäksi suuremmissa määrin työn ja arjen yhteensovittaminen (Clendon & Walker 2013).

Hyvä työkyky ennustaa myös hyvää eläköitymistä. Positiivisesti työkykyyn vaikutti kertyneen osaamisen ja kokemuksen hyödyntäminen työyhteisössä (Tuomi ym. 2001). Usko omiin kykyihinsä ja optimismi tulevaisuuden suhteen vaikuttivat positiivisesti työhyvinvointiin ja työtyytyväisyyteen (Convero ym. 2018). Ikääntyvien työntekijöiden työkyvyn kohentamiseksi ja ylläpitämiseksi työjärjestelyiden tulisi olla juostavia ja yksilöllisiä sekä työntekijöiden tulisi tuntea itsensä kykeneviksi ja osaaviksi (Tuomi ym. 2001). Pitkäaikaisseurannan perusteella ikääntyvän työntekijän työkykyä tuettiin tehokkaimmin vähentämällä toistuvia liikkeitä, panostamalla esihenkilöiden asenteisiin ja vähentämällä fyysistä kuormitusta (Tuomi ym. 2001). Koettuun työkykyyn vaikuttaa negatiivisesti huono johtaminen (Galatsch ym. 2013; Tuomi ym. 2001), innostamaton tehtävänkuva, vapauden puute ja tyytymättömyys työaikajärjestelyihin (Tuomi ym. 2001) sekä joustamattomuus (Galatsch ym. 2013).

### **3.4. Vuorotyön yhteys pitovoimaan**

Terveyden huoltoalalla yleinen kolmivuorotyö, jossa on kaksi 8-tuntista päivävuoroa ja yövuoro on edelleen yleisin työaikajärjestelmä. Kuitenkin pitkät, vähintään 12-tuntiset työvuorot, ovat tulleet tavanomaisiksi monissa maissa (Ejebu ym. 2021). Tutkimusten mukaan työvuorojärjestelmää tärkeämpää on se, että yksilöllä on mahdollisuus vaikuttaa työvuorosuunnitteluun (Galatsch ym. 2013; Dall’Ora ym. 2023; Savic ym. 2019). Galatsch ym. (2013) tutkimuksessa useimmat sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä työaikaansa myös vuorotyössä, kaikista sairaanhoitajista 72 % oli tyytyväisiä työaikaansa hyvinvoinnin kannalta ja 64 % yksityiselämän kannalta. Korkeinta tyytyväisyyttä oli sairaanhoitajien kohdalla, jotka tekivät vain yövuoroja (Galatsch ym. 2013). Vuorotyön merkitys vaihtelee suuresti työhyvinvoinnin näkökulmasta, useissa tutkimuksissa onkin tuotu esille vuorotyön sopivuus osalle hoitajista. Dall’Ora ym. (2023) tutkivat vuorojen pituutta ja totesivat tutkimuksessaan 12

tuntisten työvuorojen lisäävän riskiä loppuun palamiselle sekä aikomukselle jättää työpaikka. Ejebu ym. (2021) totesivat tutkimuksessaan pitkien työvuorojen haittapuolina heikentyneet koulutusmahdollisuudet, vähäisemmät mahdollisuudet keskustella potilaiden hoidosta, potilashoidon laadun heikkenemisestä ja korkeammasta potilaskuolleisuudesta, verrattuna lyhyempiin työvuoroihin. Huomioitavaa on, että hoitajien saadessa itse määrittää työvuoronsa ei pitkien vuorojen, yövuorojen tai vuorotyön haitat olleet enää merkittäviä (Dall’Ora ym. 2023; Galatsch ym. 2013; Ejebu ym. 2021). Pitkissä työvuoroissa työskentelevät sairaanhoitajat kokevat myös todennäköisemmin työuupumusta ja ilmoittavat aikovansa lähteä pois verrattuna muihin sairaanhoitajiin (Ejebu ym. 2021). Optimaalisen ja yksilöllisen työvuorosuunnittelun koettiin edistävän ja ylläpitävän työkykyä (Clendon & Walker 2013; Savic ym. 2019).

Vuorotyöllä on negatiivisia vaikutuksia työhyvinvointiin, yleiseen terveydentilaan sekä työssä jatkamiseen, tämä näkyy erityisesti tutkimuksissa, joissa työntekijöillä ei ollut vaikutusmahdollisuuksia työvuoroihinsa. Työajan hallinnan puute ennustaa naisten pitkäaikaisia sairauspoissaoloja (Galatsch ym. 2013) sekä lisää aikomusta jättää työpaikka (Dall’Ora ym. 2023). Galatsch ym. (2013) sekä Hidingen ym. (2022) tekemissä tutkimuksissa todettiin, että vuorotyö voi haitata työntekijöiden sosiaalista elämää ja johtaa vaikeuksiin löytää hyvä tasapaino työn ja yksityiselämän välillä. Vaikutukset kohdistuvat paitsi työkykyyn ja yleiseen terveyteen myös mahdolliseen työkyvyttömyyseläkkeeseen, lisäämällä työkyvyttömyyden riskiä (Galatsch ym. 2013). Ejebu ym. (2021) totesivat tutkimukseen, että henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten ikä, työkokemuksen pituus sekä perheen ja työn yhteen sovittaminen vaikuttivat kokemuksiin eri työaikamallin suhteen. Työvuorojen suunnittelulla on erittäin merkittävä asema hoitajien työhyvinvoinnin ja työssä pysymisen kannalta (Clendon & Walker, 2013).

Ikääntyvien hoitajien kohdalla vuorotyön vaikutuksista on vähänlaisesti tutkimustietoa. Clendon & Walker (2013) tutkimuksessa yli 50-vuotiailta hoitajilta selvitettiin vuorotyön vaikutusta työssä jatkamiseen ja yleiseen hyvinvointiin. Tutkimuksen mukaan yli 50-vuotiaat hoitajat kykenevät ja ovat halukkaita tekemään vuorotyötä, mutta vuorotyön haittavaikutukset tuntuvat kasvavan ikääntymisen myötä, erityisesti väsymyksen tunne (Clendon & Walker, 2013).

#### 4. RESILIENSSI

Geriatrissa ja gerontologiassa on perinteisesti keskitytty ikääntymiseen yhteydessä oleviin sairauksiin ja vammoihin, viime vuosikymmenen aikana nämä ikääntymisen tutkimuksessa on kiinnitetty yhä enemmän huomiota hyvinvoinnin ylläpitämiseen ja sitä kautta resilienssiin (Hardy ym. 2004). Yleisen määritelmän mukaan resilienssi tarkoittaa psyykkistä palautumiskykyä (Herrmann ym. 2011; Hart ym. 2014), jota toisilla ihmisillä tai yhteisöillä on enemmän kuin toisilla. Tässä tutkimuksessa keskitytään resilienssin tilannekohtaiseen malliin. Tilannekohtaisessa mallissa korostuu ihmisen kyky arvioida stressitekijöitä tai vastoinkäymisiä ja ihmisen reaktio niihin (Polk, 1997). Hoitohenkilöstön resilienssin kehittymiseen vaikuttaa osin persoonalliset tekijät, mutta ennen kaikkea ammatillinen oppiminen ja kokemus. Sameroff & Rosenblumin (2006) mukaan resilienssin tutkimuksessa on keskitetty sosiaalisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat stressin sietokykyyn. Kysymys siitä, miksi joku selviää vaikeista vastoinkäymisistä, ja toiselle pienikin koettelemus voi olla liikaa on edelleen epäselvää (Herrman ym. 2011).

Resilienssin muodostumiseen vaikuttaa monet eri tekijät, kuten geneettiset, epigeneettiset, kehitykselliset sekä sosioekonomiset, kulttuuriset ja sosiaaliset tekijät (Aldwin & Igarashi 2016). Herrmann ym. (2011) mukaan resilienssin kehittymiseen vaikuttaa kasvatus, yksilön biologiset ominaisuudet, yksilön omat kokemukset ja lähipiiristä ja ympäristöstä kumpuavat myönteiset sekä haitalliset tekijät, kuten positiivinen palaute, läheisyys, yksinäisyys tai kaltoinkohtelu. Hart ym. (2014) ja Herrmann ym. (2011) tutkimusten mukaa resilienssi on yhdistelmä persoonallisia ominaisuuksia ja kykyjä, jotka muokkaantuvat ja kehittyvät ajan ja kokemusten mukaan. Resilienssiä voi kasvattaa ja vahvistaa kaikissa elämänkaaren vaiheissa (Jackson ym. 2007). Ongelman ratkaisukyky (Jackson ym. 2007, Han ym. 2023) ja sosiaalisen tuen merkitys (Yu ym. 2019) ovat korostuneet viimeaikaisissa tutkimuksissa ja teorioissa, riippumatta siitä käsitelläänkö lasten resilienssin kehittymistä tai työntekijän ammatillista resilienssiä. Korkeampi resilienssi auttaa selviämään haastavista tilanteista ja säilyttämään tasapainon elämässä (Andersen ym. 2021; Hart ym. 2014). Korkea resilienssi taso antaa kyvyn oppia epäonnistumisista (Jackson ym. 2007; Sameroff & Rosenblum 2006) sekä auttaa sopeutumaan ja hyödyntämään olemassa olevia voimavaroja (Hart ym. 2014; Jackson ym. 2007; Sánchez-Zaballos & Mosteiro-Díaz 2021).

Ammatillinen resilienssi on noussut 2010-luvulla erityisen kiinnostuksen kohteeksi eri tutkimusaloilla (Cooper ym. 2020; Han ym. 2022; Yu ym. 2019). Tässä tutkimuksessa keskitytään hoitohenkilöstön resilienssiin ja tarkastelemaan sen vaikutuksia pitovoimaan. Lisäksi tarkastellaan vuorotyön vaikutusta hoitohenkilöstön resilienssiin.

#### **4.1. Hoitohenkilöstön resilienssi**

Hoitotyön suuri kuormittavuus ja henkilöstön kokeman uupumuksen ja kovan stressi olemassaolo on todettu useissa eri tutkimuksissa. Yu ym. (2021) tutkimuksen mukaan jopa 87 % hoitajista koki masentuneisuuden, ahdistuksen tai traumaperäisiä stressihäiriön oireita. Tämä on erittäin huolestuttavaa niin yksilöiden, organisaatioiden kuin potilaiden näkökulmasta ajatellen. Hoitotyössä esiintyvät haasteet, kuten pitkät työvuorot, tarkkuutta vaativa työ, esihenkilöiden ja kollegoiden tuen puute, väkivallan riski, henkilöstöpula, työssä kohdattavat eettiset ongelmat (Cooper ym.2020; Delgado ym. 2017; Jackson ym. 2007) sekä muiden kärsimyksen ja ahdistuksen kohtaaminen ja traagiset tilanteet (Han ym. 2022, Jackson ym. 2007) aiheuttavat hoitajissa korkeampaa stressikuormitusta (Han ym. 2022) ja riskiä loppuun palamiselle (Delgado ym. 2017).

Hoitohenkilöstön resilienssin positiiviset vaikutukset näkyvät niin yksilön toiminnassa ja hyvinvoinnissa kuin myös työyhteisön tehokkaammassa toiminnassa. Resilienssi vaikuttaa positiivisesti työntekijöiden hyvinvointiin, työtyytyväisyyteen (Delgado ym. 2017), sitoutumiseen organisaatioon (Han ym. 2022), työssä jaksamiseen (Han ym. 2022; Delgado ym. 2017). Korkeampi hoitohenkilöstön resilienssi parantaa potilaiden tyytyväisyyttä ja hoidon laatua (Delgado ym. 2017; Moffatt-Bruce ym. 2019) sekä vähentää henkilöstön mielenterveysongelmia ja uupumista sekä auttaa työkuorman jakamisessa (Han ym. 2022; Hart ym. 2014). Cooper ym. (2020) ja Andersen ym. (2021) mukaan korkeampi hoitohenkilöstön resilienssi näkyy kykynä hyödyntää tehokkaasti organisaation resursseja, sopeutua sekä muokata omaa työskentelyään myös haastavissa olosuhteissa. Halu auttaa ja tehdä hyvää on keskeinen hoitotyön motivaattori. Hoitohenkilöstön tiedetään kokevan tyytyväisyyttä siitä, että voi auttaa muita ja kykenee tekemään työnsä hyvin, tällä on havaittu olevan positiivinen yhteys korkeampaan hoitohenkilöstön resilienssiin (Tahghighi ym. 2019). Hoitajien henkilökohtaista resilienssiä ja voimavaroja on tuettava ja kasvatettava, koska he eivät voi antaa potilaille sellaista, mitä heillä itsellään ei ole (Jackson ym. 2007).

Resilienssin määrä vaihtelee yksilöittäin. Tutkimusten avulla on pystytty määrittämään luonteenpiirteitä sekä yhteisiä tekijöitä, jotka vahvistavat resilienssin kertymistä. Hart ym. (2014) ovat tutkimuksissaan tunnistaneet luonteenpiirteitä, jotka tukevat hoitohenkilöstön resilienssiä. Nämä ovat optimismi, päämäärätietoisuus, usko itseensä, empatia, oivallus, itsestä huolehtiminen, toivo, itsetehokkuus, selviytyminen, kontrolli, joustavuus, sopeutumiskyky, sitkeys ja tunneäly. Ammatillista resilienssiä vahvistavia tekijöitä olivat toimiva työyhteisö ja luottamus esihenkilöihin ja vahva tuki sekä sosiaaliset tekijät, kuten perhe, ystävät sekä vapaa-ajan aktiviteetit (Cooper ym.2020, Jackson ym. 2007). Näiden lisäksi myös työpaikalla olevat roolimallit ja riittävät resurssit lisäsivät resilienssiä (Delgado ym. 2017). Tunneäly on yksi resilienssin keskeinen ominaisuus (Delgado ym. 2017) Tunneäly liittyy keskeisesti hoitotyön eettiseen ja emotionaaliseen puoleen. Tunnettyö ja emotionaalinen sitkeys ovat osa hoitotyötä sekä hoitajan ja potilaan, perheen ja kollegoiden välistä vuorovaikutusta (Delgado ym. 2017, Hart ym. 2014). Emotionaalinen sitkeys ja emotionaalinen irrottautuminen tunnistettiin strategioiksi, joiden avulla hoitajat pystyvät toteuttamaan hoitotyötä haastavissa ja stressaavissa potilashoitotilanteissa (Hart ym. 2014). Organisaatioiden mahdollisiin strategioihin kuuluvat kouluttautumismahdollisuus, selkeä urakehitys, työajan valinta, kollegoiden tuki, suorituspalautte ja aikataulujen joustavuus (Delgado ym. 2017, Yu ym. 2019). Jackson ym. (2007) mukaan resilienssin vahvistaminen aloitettava jo ammattiin kouluttautuessa, vastuu tästä on koulutusorganisaatioilla ja työpaikkaohjaajilla.

#### **4.2. Hoitohenkilöstön resilienssin yhteys pitovoimaan**

Korkeampi hoitohenkilöstön resilienssi antaa työntekijöille suojaa ja kykyjä selvitä hoitotyön aiheuttamasta kuormituksesta. Yksilö voi vaikuttaa resilienssiin määrään omalla toiminnallaan, mutta myös organisaatioilla on suuri merkitys työntekijöiden fyysisen ja psyykkisen kuormituksen hallinnassa ja näin hoitotyön resilienssin kasvattamisessa. Organisaatioiden on mahdollistettava henkilökohtaisten selviytymisstrategioiden luominen ja ylläpito sekä luoda työyhteisö, joka kasvattaa ja ylläpitää hoitohenkilöstön resilienssiä (Delgado ym. 2017, Jackson ym. 2007). Hart ym. (2014) mukaan yhteyksien luominen perheeseen, ystäviin ja kollegoihin auttaa selviytymään korkeasta työn kuormituksesta. Myös työ- ja yksityiselämän tasapainon säilyttäminen oli hoitajille tärkeää, jotta he pystyivät rakentamaan ja ylläpitämään kestävyuden tunnetta. Hidinger ym. (2022) selvittivät tutkimuksessaan kiireisen ja stressaavan työn vaikutuksia hoitohenkilöstön terveyteen ja sen yhteyttä varhaiseen eläköitymiseen.

Tutkimuksen mukaan ilman toimenpiteitä fyysisen ja psyykkisen stressin vähentämiseksi ikääntynyt hoitohenkilöstö on suuremmassa riskissä jättää hoitoala ja sairastua fyysisesti (Hidinger ym. 2022).

Organisaatiot voivat myös vaikuttaa henkilöstön resilienssin määrän lisäämiseen. Organisaatioiden on huolehdittava, ettei henkilöstö altistu kuormitukselle ja stressitekijöille liikaa (Delgado ym. 2017, Jackson ym. 2007). Han ym. (2023) nostaa yhdeksi keskeiseksi tekijäksi henkilöresurssipulan, jonka vuoksi sairaanhoitajien työpaineen keventäminen ja hoitohenkilöstön pysyvyyden varmistaminen on organisaatioille ensiarvoisen tärkeää. Hart ym. 2014 mukaan organisaation tavoitteet, jotka eivät ole yhteneviä sairaanhoitajien ammatillisten tai henkilökohtaisten tavoitteiden kanssa, aiheuttavat ristiriitoja ja ahdistusta henkilöstössä, joka voi näkyä psykologisena tyhjyytenä tai sisäisen tasapainon järkkymisenä. Tämä heikentää sitoutumista organisaatioon (Hart ym. 2014).

Korkeampi ammatillinen resilienssi suojaa työntekijöitä työstressiltä ja työuupumukselta, lisäksi heillä esiintyy vähemmän masennusta, uniongelmia ja poissaoloja, kuin matalan resilienssin omaavilla työntekijöillä (Andersen ym. 2021, Cooper ym. 2020, Yu ym. 2019). Delgado ym. (2017) mukaan hyvä sosiaalinen tuki ja henkilökohtaiset voimavarat voivat auttaa vähentämään emotionaalista uupumusta ja työuupumusta ja siten ehkäisemään vaihtuvuutta kannustamalla heitä pysymään ammatissa. Tahghighi ym. (2017) mukaan korkeampi hoitotyön resilienssi tarkoittaa onnistunutta sopeutumista ja aktiivista selviytymistyyliä stressitekijöihin, ja sen vuoksi hoitajat pysyvät todennäköisemmin työelämässä pidempään.

### **4.3. Vuorotyön yhteys koettuun hoitohenkilöstön resilienssiin**

Vuorotyöllä tiedetään olevan useita negatiivisia vaikutuksia työkykyyn ja työhyvinvointiin. Vuorotyön yhteyttä hoitohenkilöstön resilienssiin on tutkittu vähän. Vuorotyön yhteydestä sairaanhoitajien sietokykyyn ja psykologiseen hyvinvointiin on erittäin vähän tietoa (Tahghighi ym. 2017). Vuorotyöhön liitetään usein negatiivisia asioita, kuten vähäisempi työtyytyväisyys, huonontunut tasapaino työn ja arjen välillä, sosiaalisen elämän rajoittuminen sekä korkea loppuun palaamisen riski. Resilienssillä on suojaava vaikutus vuorotyön haittoja vastaan, mutta

myös yksilön motivaatiolla ja mahdollisuudella levätä vuorojen välillä tiedetään olevan yhteys vuorotyön haittojen vähentämiseen (Tahghighi ym. 2017).

Sánchez-Zaballos & Mosteiro-Díaz, (2021) tutkimuksessa todettiin, että hoitohenkilöstön resilienssi kehittyy haastavassa työympäristössä ja työuran pituudella on yhteys koetun resilienssin määrään. Kokeneet hoitajat, jotka tekivät vuorotyötä, omasivat korkeamman hoitohenkilöstön resilienssin. Tahghighi ym. (2019) mukaan vuorotyötä tekevät hoitajat kokivat huomattavasti alhaisempaa tyytyväisyyttä tekemästään työstä, ja sillä voi olla merkittäviä seurauksia hoidon laatuun. Kuitenkaan merkittäviä eroja ei ollut koetun resilienssin, masennustunteiden, ahdistuksen, stressin, tai myötätuntoväsymyksen suhteen. Tutkimuksen mukaan vuorotyöllä ei ollut yhteyttä hoitajien huonompaan psykologiseen toimintakykyyn tai heikompaan resilienssiin (Tahghighi ym. 2017). Vuorotyöllä on toisten tutkimusten mukaan negatiivinen vaikutus hoitohenkilöstön resilienssiin ja jaksamiseen. Shah ym. (2021) mukaan emotionaalisen uupumuksen on todettu olevan merkittävä osa työuupumusta, jota liiallinen työaika ja riittämätön uni todennäköisesti pahentavat. Tutkimuksen mukaan hoitajat, jotka tekevät pidempiä työvuoroja ja kärsivät univajeesta, sairastuvat todennäköisesti burnoutiin. Hoitohenkilöstön resilienssin kertymisessä on toisistaan poikkeavia löydöksiä eri tutkimusten suhteen. Tulevaisuudessa ammatillisen resilienssin kertymiseen tulee keskittää tutkimusta ja pyrkiä tunnistamaan ne tekijät, joihin organisaatio voi vaikuttaa ja näin edesauttaa hoitohenkilöstön resilienssin kertymistä.

## **5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää

1. Kuinka työkyky, resilienssi ja työaikamuoto ovat yhteydessä aikomukseen jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka?
2. Kuinka koettu työkyky, resilienssi ja työaikamuoto ovat yhteydessä halukkuuteen työskennellä eläkkeellä?

## **6. TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT**

### **6.1. Tutkittavat ja tutkimusasetelma**

Tässä tutkimuksessa käytettiin vuonna 2016 kerättyä Ikääntyneiden työurat – Työssä jatkaminen ja eläkkeellä työskentely (JATKIS) –tutkimushankkeen aineistoa. Tutkimushankkeessa pyrittiin selvittämään ikääntyvien (yli 50-vuotiaiden) hoitajien työuran loppuvaiheeseen, eläkkeelle siirtymiseen ja eläkeaikaiseen työskentelyyn liittyviä tekijöitä.

Tutkimukseen osallistui suomalaisen yliopistollisen sairaalan 50-vuotiaat ja sitä vanhemmat hoitajat. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena. Kysely lähetettiin tutkimukseen soveltuville hoitajille (n=962) kirjeitse, tämän lisäksi tehtiin yksi muistutuskierrös. Kyselyaineistoa täydennettiin myöhemmin eläkerekisteritiedoilla, ja näin voitiin tarkastella hoitohenkilöstön eläkkeelle siirtymistä. Rekisteritiedot pyydettiin kahden vuoden kuluttua kyselytutkimuksen päättymisen jälkeen. Kyselyyn saatiin 396 vastausta, jolloin vastausprosentti oli 36 %. Vastaajista naisia oli 89,9 prosenttia. Vastaajien keski-ikä oli 57 vuotta (Salminen ym. 2018). Tutkimushanketta varten haettiin eettinen lausunto sekä Jyväskylän yliopiston että yliopistollisen sairaalan tutkimuseettisiltä neuvottelukunnilta.

### **6.2. Päämuuttajat**

Tämän tutkimuksen kannalta oleelliset kyselyn alueet olivat hoitohenkilöstön koettu työkyky, Tämän tutkimuksen kannalta oleelliset kyselyn alueet olivat hoitohenkilöstön koettu työkyky, hoitohenkilöstön resilienssi, työaikamuoto sekä aikomus jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka ja halukkuus työskennellä eläkkeellä. JATKIS-tutkimuksessa käytetyt mittarit perustuivat pääosin tunnettuihin ja pitkään käytössä olleisiin mittareihin (Salminen ym. 2018). Työkykyä selvitettiin Työterveyslaitoksen Työkykyindeksin yhden osa-alueen avulla (Ilmarinen, 2006). Tutkittavia pyydettiin arvioimaan nykyistä työkykyään yhdellä yksittäisellä kysymyksellä ja arvioimaan työkykyään asteikolla 0-10 (0 = työkyvytön, 10 = työkyky parhaimmillaan), tämän yksittäisen kysymyksen on todettu ennustavan luotettavasti yksilön työkykyä (Salminen ym. 2018). Resilienssin määrää mitattiin Hardyn ym. (2004) kehittämällä mittaristolla, jossa 11:sta väittämällä, määritettiin koetun resilienssin taso. Resilienssi-mittaristo perustuu yksilön arvioinnille omasta stressaavimmasta elämäntapahtumasta, joka tapahtunut viimeisen viiden vuoden aikana. Tapahtumat ryhmiteltiin neljään luokkaan: oma sairaus, perheenjäsenen tai

ystävän kuolema, perheenjäsenen tai ystävän sairaus ja muu kuin lääketieteellinen tapahtuma. Hardy ym. (2004) mukaan yksilön reagointi stressaavaan tapahtumaan ja siitä palautumiseen ja mahdollisesti tapahtuman seurauksien hyödyntäminen, ovat validi tapa mitata sietokyvyn eli resilienssin määrää. Työaikamuuttuja muutettiin kaksi luokkaiseksi, päivätyö ja vuorotyö, joka sisältää muut työvuorot (säännöllinen iltatyö, säännöllinen yötyö, kaksivuorotyö (ei yötyötä), kaksivuorotyö + yötyötä, kolmivuorotyö ja muu työaikamuoto).

Tutkittavien työssä jatkamista eläkeikään saakka selvitettiin kahdella väittämällä: *”haluan jatkaa työssäni vanhuuseläkkeelle asti”* ja *”terveyteni puolesta pystyn työskentelemään vanhuuseläkkeelle asti”*, joista muodostettiin viisi luokkainen summamuuttuja. Työskentely halukkuutta eläköitymisen jälkeen selvitettiin 6 eri väittämän avulla, joista myös muodostettiin viisi luokkainen summamuuttaja. Näiden summamuuttajien reliabiliteettia on tarkasteltu taulukossa 1. Kyselyssä työaika selvitettiin kuudella eri vaihtoehdolla.

### **6.3. Taustamuuttajat**

Taustamuuttujia tutkimuksesta tarkasteltiin ammatillisen koulutuksen, ammattinimikkeen sekä työsuhteen osalta. Tutkittavien koulutustausta oli kyselyssä jaoteltu kuudeksi vaihtoehdoksi: ammattikurssi / työpaikka koulutettu, ammattikoulu, opistotasoinen koulutus, ammattikorkeakoulu, yliopisto sekä jokin muu. Vastaajista suurin osa oli suorittanut ammattikoulun tai opistoasteisen koulutuksen. Vuonna 2018 sairaanhoitajista opistoasteen suorittaneita oli noin 23 % (Suomen Sairaanhoitajat, 2023). Sukupuoli ja ikä eivät ole tässä työssä taustamuuttujia. Tutkimukseen osallistuneista naisia oli 89 %, tämä on lähes samassa suhteessa kuin sukupuolijakauma terveydenhuoltoalalla kansallisesti, sillä vuonna 2020 terveydenhuoltoalalla hoitohenkilöstössä noin 88 % sairaanhoitajista oli naisia ja lähihoitajista noin 91 % oli naisia (Kurvinen ym. 2020). Tutkimukseen osallistujat olivat joko 50- vuotiaita tai vanhempia.

### **6.4. Tilastomenetelmät ja -analyysi**

Tutkimusaineiston analysoimiseen käytettiin SPSS Statistics 28.0.1. -ohjelmaa. Tilastollisen merkitsevyyden arvona käytettiin arvoa  $p \leq 0,05$ . Tutkimusaineistoa analysoinnissa käytettiin

jakaumatarkastelua, ristiintaulukointia,  $X^2$ -testiä, korrelaatiotarkasteluja. Lopullinen malli muodostettiin lineaarisen regressioanalyysin avulla. Kuvailevia tietoja varten muodostettiin summamuuttujat aikomuksesta työskennellä eläkeikään saakka, halukkuudesta työskennellä eläkkeellä nykyisessä ammatissa. Hoitohenkilöstön resilienssin summamuuttuja oli valmiiksi muodostettu alkuperäisessä tutkimuksessa. Resilienssin määrittämiseksi käytettiin Hardy ym. (2004) muodostamaa mittaristoa. Taulukkoon 1 on koottu tutkimuksessa käytetyt summamuuttuja ja niissä käytettyjen väittämien lukumäärä sekä asteikko. Lisäksi taulukossa on esitetty summamuuttujien keskiarvot ja –hajonnat sekä Cronbachin Alpha –arvot. Kaikkien summamuuttujien Cronbachin Alpha –arvot ovat yli .70, jota voidaan pitää reliabiliteetin kannalta riittävänä arvona (Tähtinen ym. 2020).

Taulukko 1. Tutkimuksessa käytetyt summamuuttujat.

	<b>Väittämien lukumäärä</b>	<b>Asteikko</b>	<b>Keski-arvo</b>	<b>Keski-hajonta</b>	<b>Cronbachin Alpha</b>
<b>Aikomus jatkaa nykyisessä ammatissa eläkeikään saakka</b>	2	1–5	3,75	1,09	0,74
<b>Halukkuus työskennellä nykyisessä ammatissa eläkkeellä</b>	6	1–5	2,24	0,94	0,88
<b>Resilienssi</b>	11	0–18	10,22	3,85	0,70

Muuttujien välisiä yhteyksiä selvitettiin korrelaatiomatriisilla. Analyysissa käytettiin Pearsonin korrelaatiokertoimia. Muuttujien mahdollista multikollineaarisuutta poissuljettiin varmistamalla toleranssi sekä kuntoisuusindeksin alittavan sovitut arvot. Toleranssin tulisi olla yli  $1-R^2$  viitearvon ( $R^2$  = mallin selitysaste) ja kuntoisuusindeksin arvon tulee olla selvästi alle 30,000 (Tähtinen ym. 2020). Korrelaatioiden selvittämiseksi resilienssistä ja työkyvystä muodostettiin uudet viisi tasoiset muuttujat (erittäin vähäisestä erittäin hyvään / korkeaan).

Selitettävänä muuttujina lineaarisissa regressioanalyseissa ovat aikomus jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka sekä halukkuus työskennellä eläkkeellä. Selittävänä muuttujana regressioanalyseissa olivat koettu työkyky, resilienssin määrä sekä työaikamuoto. Selittävien muuttujien jälkeen malliin lisättiin vakioivat muuttujat. Vakioivat taustamuuttujia olivat

ammattillinen koulutus, ammattinimike sekä työsuhde. Lineaariset regressioanalyysit toteutettiin erikseen työssä jatkamiselle eläkeikään saakka sekä halukkuudelle työskentelylle eläkkeellä. Työaikamuoto oli kaksiluokkainen muuttuja, päivätyö ja vuorotyö. Päivätyö oli referenssiryhmä työaikamuotoja vertailtaessa. Analyysia varten muodostettiin kaksiluokkaiset dummy-muuttujat työsuhdemuodosta sekä ammatillisesta koulutuksesta, referenssiryhmä sai arvon 0. Työsuhde muutettiin kaksiluokkaiseksi, eli kokoaikainen ja osa-aikainen työsuhde, referenssiryhmänä kokoaikainen työsuhde. Ammatillisen koulutuksen kohdalla käytettiin muuttujia opistoaste ja korkeakoulu. Opistoaste oli referenssiryhmä ammatillisia koulutuksia vertailtaessa. Ammattinimikkeitä oli kyselylomakkeessa kaikkiaan viisi eri nimikettä. Tämän tutkimuksen analyysijä varten ammattinimikkeet muutettiin 3 luokkaiseksi. Analyysijä varten myös ammattinimikkeistä muodostettiin dummy-muuttuja. siten että arvo perushoitaja / lähihoitaja on referenssiryhmä, sairaanhoitaja, erikoissairaanhoitaja ja mielisairaanhoitaja / mielenterveyshoitaja saa arvon 0 tai 1 ja osastonhoitaja / vastaavahoitaja saa arvon 0 tai 1.

## 7. TULOKSET

Taulukossa 2 on esitetty tutkittavien demografiset tekijät sekä koetun työkyvyn ja resilienssin määrän keskiarvot. Enemmistö tutkimukseen osallistuneista oli naisia. Suurimmalla osalla tutkimukseen osallistuneista oli opistotasoinen tai sitä alempi koulutus, korkeakoulututkinnon suorittaneita oli noin viidennes. Tutkimukseen osallistuneista ainoastaan seitsemän prosenttia työskenteli osa-aikaisessa työsuhteessa. Sairaanhoitaja, erikoissairaanhoitaja tai mielisairaanhoitaja nimikkeellä työskenteleviä yli 60 % vastaajista, neljännes vastaajista työskenteli perus- tai lähihoitajana. Osastonhoitajana tai vastaavana työskenteli 12 %. Tutkimukseen osallistuneista noin puolet (49 %) teki säännöllistä päivätyötä. Vuorotyö pitää sisällään kaikki muut työvuorot, kuten säännöllisen kolmivuorotyön, kaksivuorotyön tai pelkkien yövuorojen tekemisen. Työkyky koettiin keskimäärin hyväksi (ka.7,77, kh.1,57), työkyvyn maksimiarvon ollessa 10, ja koettu resilienssi oli keskitasoa (ka.10,22, kh.3,85), maksimiarvon ollessa 18.

Taulukossa 3 on esitetty ristiintaulukointien ja  $X^2$ -riippumattomuustestin tulokset. Taulukossa yksittäisten kysymysten tulokset työssä jatkamisen ja koetun työkyvyn osalta. Tulosten mukaan halu työskennellä palkkatyössä eläkkeellä ollessa erosi päivätyötä ja vuorotyötä tekevien välillä tilastollisesti merkitsevästi ( $X^2(4) = 9,726, p=0,045$ ). Päivätyötä tekevät olivat halukkaampia työskentelemään palkkatyössä eläkkeellä kuin vuorotyötä tekevät. Tilastollisesti merkitsevää eroa koetun työkyvyn yhteydestä eläkkeellä työskentelyyn ( $X^2(4) = 4,429, p=0,373$ ), halukkuudessa jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka ( $X^2(4) = 1,712, p=0,789$ ) tai koetun työkyvyn merkityksellä työssä jatkamisesta eläkeikään saakka ( $X^2(4) = 4,995, p=0,288$ ) ei ollut.

Taulukko 2. Tutkittavien perustiedot sekä taustamuuttujat luokiteltuna työaikamuodon mukaan

	<b>n.</b>	<b>Päivätyö (%)</b>	<b>Vuorotyö (%)</b>
<b>Sukupuoli</b>	<b>388</b>	<b>190 (48,8)</b>	<b>198 (50,2)</b>
Naiset	350 (90,2)	178 (93,7)	172 (86,7)
Miehet	38 (9,8)	12 (6,3)	26 (13,3)
Puuttuva tieto	4		
<b>Ammatillinen koulutus (kaikki)</b>	<b>369</b>	<b>183 (49,4)</b>	<b>186 (50,4)</b>
Opistoaste tai alempi	285 (77,2)	141 (77,0)	144 (77,4)
Korkeakoulututkinto	84 (22,8)	42 (23,0)	42 (12,6)
Puuttuvatieto	23		
<b>Ammattinimike (kaikki)</b>	<b>321</b>	<b>131 (40,8)</b>	<b>190 (59,2)</b>
Perushoitaja, lähihoitaja	80 (24,9)	14 (10,7)	66 (34,7)
Sairaanhoitaja (mielisairaanhoitaja, erikoissairaanhoitaja)	202 (62,9)	84 (64,1)	118 (62,1)
Osastonhoitaja	39 (12,2)	33 (25,2)	6 (3,2)
Puuttuvatieto	71		
<b>Työsuhte (kaikki)</b>	<b>383</b>	<b>189 (49,3)</b>	<b>194 (50,7)</b>
Kokoaikainen	355 (92,7)	174 (92,1)	181 (93,3)
Osa-aikainen	28 (7,3)	15 (7,9)	13 (6,7)
Osa-aikaeläkkeellä	26		
Puuttuvatieto	9		
<b>Itsearvioitu työkyky (0–10)</b>	<b>386</b>	189	197
keskiarvo	7,77	7,95	7,59
mediaani	8,00	8,00	8,00
keskihajonta	1,57	1,48	1,64
Puuttuvatieto	6		
<b>Resilienssi (0–18)</b>	<b>265</b>	131	134
keskiarvo	10,22	10,11	10,46
mediaani	11,00	11,00	11,00
keskihajonta	3,85	3,88	3,79
Puuttuvatieto	127		

Taulukko 3. Aikomus jatkaa hoitotyössä eläkeikään saakka, työskentely halukkuus eläkkeellä sekä koetun terveydentilan vaikutus työssä pysymiseen eläkeikään saakka ja halukkuuteen työskennellä eläkkeellä eri työaikamuodoissa.

<b>Aion jatkaa työssäni eläkkeelle saakka</b>				
	<b>Kaikki (n.)</b>	<b>Päivätyö (n.)</b>	<b>Vuorotyö (n.)</b>	<b>P-arvo</b>
	<b>384</b>	<b>190 (49,5)</b>	<b>194 (50,5)</b>	<b>0,789</b>
Ei aikomusta	71 (18,5)	31 (16,4)	40 (20,7)	
En osaa sanoa	68 (17,7)	36 (18,9)	32 (16,5)	
Aikoo jatkaa työskentelyä	245 (63,8)	123 (64,7)	122 (62,8)	
Puuttuva tieto	8			
<b>Kykenen työskentelemään terveyteni puolesta eläkeikään saakka</b>				
	<b>383</b>	<b>189 (49,3)</b>	<b>194 (50,7)</b>	<b>0,288</b>
Ei kykene	46 (12,0)	17 (9,0)	29 (14,9)	
En osaa sanoa	101 (26,4)	48 (25,4)	53 (27,3)	
Kokee kykenevänsä	236 (61,6)	124 (65,6)	112 (57,8)	
Puuttuva tieto	9			
<b>Haluan työskennellä eläkkeellä palkkatyössä</b>				
	<b>384</b>	<b>206 (53,6)</b>	<b>178 (46,4)</b>	<b>0,045</b>
Ei halua	233 (60,7)	115 (55,8)	118 (66,3)	
En osaa sanoa	67 (17,4)	41 (19,9)	26 (14,6)	
Haluaa työskennellä	84 (21,9)	50 (24,3)	34 (19,1)	
Puuttuva tieto	8			
<b>Koen kykeneväni työskentelemään terveyteni puolesta eläkkeellä</b>				
	<b>381</b>	<b>192 (50,4)</b>	<b>189 (49,4)</b>	<b>0,373</b>
Ei kykene	104 (27,3)	60 (31,3)	44 (23,2)	
En osaa sanoa	116 (30,4)	59 (30,7)	57 (30,2)	
Kokee kykenevänsä	161 (42,3)	73 (38,0)	88 (46,6)	
Puuttuva tieto	11			

Tutkimuksen muuttujien väliset korrelaatiot on esitetty taulukossa 4. Korrelaatiokertoimien tarkastelu osoitti, että koettu työkyky korreloi aikomukseen työskennellä eläkkeeseen saakka ( $r = 0,473$ ,  $p < 0,001$ ) sekä haluun työskennellä eläkkeellä ( $r = 0,278$ ,  $p < 0,001$ ). Resilienssin ja aikomuksen jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka välillä oli myös korrelaatiota ( $r = 0,136$ ,  $p = 0,026$ ). Resilienssin määrä ei korreloinut tilastollisesti merkitsevästi haluun työskennellä eläkkeellä kanssa ( $r = 0,013$ ,  $p = 0,835$ ). Aikomus työskennellä eläkeikään saakka ja halu työskennellä eläkkeellä korreloivat keskenään ( $r = 0,368$ ,  $p < 0,001$ ). Työaika ei korreloinut tilastollisesti merkitsevästi aikomuksen työskennellä eläkeikään saakka tai halun työskennellä eläkkeellä kanssa. Selittävästä muuttujista myös ammattinimike ( $r = 0,126$ ,  $p < 0,050$ ) ja työsuhde ( $r = -0,152$ ,  $p < 0,01$ ) korreloivat aikomukseen työskennellä eläkeikään saakka.

Taulukko 4: Muuttujien väliset korrelaatiot Pearsonin korrelaatiokertoimilla.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
<b>1. Aion jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka</b>							
<b>2. Haluan työskennellä eläkkeellä</b>	0,368*						
<b>3. Resilienssi</b>	-0,136 ***	0,013					
<b>4. Koettu työkyky</b>	0,473*	0,278*	0,205*				
<b>5. Työaika</b>	-0,066	0,033	0,046	-0,114 ***			
<b>6. Ammatillinen koulutus</b>	-0,020	0,043	-0,002	0,053	0,004		
<b>7. Ammattinimike</b>	0,126 ***	0,017	-0,057	0,176 ***	-0,380 *	0,185 *	
<b>8. Työsuhde</b>	-0,152 **	0,006	-0,148 ***	-0,228*	-0,024	-0,102 ***	-0,121 ***

\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,05$

Aikomusta työskennellä eläkeikään saakka (taulukko 5) tarkasteltiin lineaarisella regressioanalyysillä, jossa selittävinä muuttujina olivat koettu työkyky, resilienssin määrä, työaika, työsuhteen muoto, ammatillinen koulutus sekä ammattinimike. Aikomusta jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka tarkasteltaessa ensimmäisessä mallissa lineaarinen regressioanalyysi tehtiin ilman vakioituja muuttujia. Aikomuksessa jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka koetulla työkyvyllä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $B=0,319$ ,  $\beta=0,472$ ,  $p<0,001$ ). Resilienssin määrällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ( $B=0,017$ ,  $\beta=0,061$ ,  $p=0,279$ ) eikä työaikamuodolla ( $B= -0,024$   $\beta= -0,011$ ,  $p=0,840$ ) aikomukseen työskennellä eläkeikään saakka. Ammattinimikkeiden sairaanhoitaja ja osastonhoitaja välillä oli analyysin mukaan suurta multikollineaarisuutta, kun selittäjän osastonhoitaja toleranssiarvo oli 0,561 ja viitearvo  $1 - R^2$  oli 0,750. Tämän vuoksi lopullisesta mallissa muodostettiin ammattinimikkeestä kaksiluokkainen muuttuja, jossa lähihoitaja toimii referenssiryhmänä ja sairaanhoitaja ja osastonhoitaja yhdistettiin yhdeksi luokaksi.

Lopullisessa mallissa koettu työkyky ( $B=0,325$   $\beta=0,474$ ,  $p<0,001$ ) oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä suurempaan aikomukseen jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka. Paremmaksi koettu työkyky oli siis yhteydessä aikomukseen jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka. Selittävistä muuttujista mikään ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä aikomukseen jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka. Mallin mukaan 25 % vastaajista, joilla työkyky oli parempi, on aikomus jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka. Malli sopi hyvin aineistoon  $-F(6,209) = 11,256$ ,  $p < 0,001$ . Poikkeavia havaintoja oli mallissa ainoastaan yksi kappale. Jäännösten normaalijakautuneisuus tarkastettiin histogrammin avulla. Jäännökset olivat riittävän normaalijakautuneet. Kuntoisuusindeksin arvo oli mallissa 16,019 ja toleranssi arvot ylittivät raja-arvon 0,750 joten mallissa ei ollut ongelmaa multikollineaarisuudessa.

Taulukko 5. Työskentely aikomusta eläkeikään saakka selittävät tekijät

<b>Aikomus työskennellä eläkeikään saakka</b>	B	95 % LV	$\beta$	p-arvo
<b>Adjustoimaton malli</b> (n=261, R <sup>2</sup> =0,240)				
Vakio	1,10	0,45–1,7		<0,001
Koettu työkyky	0,32	0,24–0,39	0,47	<0,001
Resilienssin määrä	0,02	-0,01–0,05	0,06	0,279
Työaikamuoto (referenssi päivätö)	-0,02	-0,26–0,21	-0,01	0,840
<b>Adjustoitu malli</b> (n=209, R <sup>2</sup> =0,250)				
Vakio	0,80	0,04–1,55		0,039
Koettu työkyky	0,23	0,14–0,31	0,37	<0,001
Resilienssin määrä	-0,02	-0,06–0,01	-0,09	0,211
<b>Työaikamuoto</b>				
Päivätö	Referenssiryhmä			
Vuorotyö	0,09	-0,19–0,36	0,04	0,530
<b>Ammattinimike</b>				
Lähihoitaja	Referenssiryhmä			
Sairaanhoitaja / osastonhoitaja	-0,17	-1,0–0,32	-0,07	0,320
<b>Työsuhde</b>				
Vakituinen	Referenssiryhmä			
Määräaikainen	0,09	-0,40–0,58	0,03	0,719
<b>Ammatillinen koulutus</b>				
Opistotaso	Referenssiryhmä			
Korkeakoulu	0,16	-0,13–0,45	0,08	0,268

Adjustoidun työssä jatkamisen eläkkeelle saakka mallin selitysaste 0,250.

Halukkuutta eläkkeellä työskentelylle (taulukko 6) tarkasteltiin lineaarisella regressioanalyysillä, jossa selittävinä muuttujina olivat koettu työkyky, resilienssin määrä, työaika, työsuhteen muoto, ammatillinen koulutus sekä ammattinimike. Halukkuutta työskennellä eläkkeellä tarkasteltaessa ensimmäisessä mallissa lineaarinen regressioanalyysi tehtiin ilman vakioituja muuttujia. Halukkuuteen työskennellä eläkkeellä koetulla työkyvyllä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $B= 0,197$ ,  $\beta= 0,325$ ,  $p<0,001$ ). Resilienssin määrällä ( $B= -0,013$ ,  $\beta= -0,050$ ,  $p= 0,412$ ) eikä työaikamuodolla ( $B=0,110$ ,  $\beta= 0,056$ ,  $p= 0,348$ ) ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä halukkuuteen työskennellä eläkkeellä. Ammattinimikkeiden sairaanhoitaja ja osastonhoitaja välillä oli analyysin mukaan suurta multikollineaarisuutta, kun selittäjän osastonhoitaja toleranssiarvo oli 0,561 ja viitearvo  $1-R^2$  oli 0,750. Tämän vuoksi lopullisesta mallissa muodostettiin ammattinimikkeestä kaksiluokkainen muuttuja, jossa lähihoitaja toimii referenssiryhmänä ja sairaanhoitaja ja osastonhoitaja yhdistettiin yhdeksi luokaksi.

Lopullisessa mallissa koettu työkyky oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä ( $B= 0,227$ ,  $\beta= 0,370$ ,  $p<0,001$ ) korkeampaan halukkuuteen työskennellä eläkkeellä. Paremmaksi koettu työkyky oli yhteydessä haluun työskennellä eläkkeellä. Selittävistä muuttujista mikään ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä halukkuuteen työskennellä eläkkeellä. Mallin mukaan noin 13 % vastaajista, jotka kokivat työkykynsä paremmaksi, olivat halukkaita työskentelemään eläkkeellä. Malli sopi hyvin aineistoon  $-F(6,210) = 4,918$ ,  $p< 0,001$ . Jäännösten normaalijakautuneisuus tarkastettiin histogrammin avulla. Jäännökset olivat riittävän normaalijakautuneet. Multikollineaarisuutta tarkastellessa kuntoisuusindeksin arvo oli mallissa 16,030, joka on hyväksyttävä. Toleranssiarvo ammattinimikkeiden kohdalla ( $=0,822$ ) oli hieman raja-arvoa 0,874 matalampi. Tämä on huomioitava tuloksia tarkasteltaessa.

Taulukko 6. Halukkuutta työskennellä eläkkeellä selittävät tekijät

<b>Halukkuus työskennellä eläkkeellä</b>	B	95 % LV	$\beta$	p-arvo
<b>Adjustoimaton malli</b> (n=262, R <sup>2</sup> =0,101)				
Vakio	0,82	0,21–1,43		0,008
Koettu työkyky	0,20	0,13–0,27	0,33	<0,001
Resilienssin määrä	-0,01	-0,04–0,02	-0,05	0,412
Työaikamuoto (referenssi päivätyö)	0,11	-0,12–0,34	0,06	0,348
<b>Adjustoitu malli</b> (n=210, R <sup>2</sup> =0,131)				
Vakio	0,08	0,04–1,55		0,039
Koettu työkyky	0,23	0,14–0,31	0,37	<0,001
Resilienssin määrä	-0,02	-0,06–0,01	-0,09	0,211
<b>Työaikamuoto</b>				
Päivätyö	Referenssiryhmä			
Vuorotyö	0,09	-0,19–0,36	0,04	0,530
<b>Ammattinimike</b>				
Lähihoitaja	Referenssiryhmä			
Sairaanhoitaja / osastonhoitaja	-0,17	-0,51–0,17	-0,07	0,320
<b>Työsuhde</b>				
Vakituinen	Referenssiryhmä			
Määräaikainen	0,09	-0,40–0,58	0,03	0,719
<b>Ammatillinen koulutus</b>				
Opistotaso	Referenssiryhmä			
Korkeakoulu	0,16	-0,13–0,45	0,08	0,268

Adjustoidun työssä jatkamisen eläkkeelle saakka mallin selitysaste 0,126.

## 8. POHDINTA

Tämän pro-gradun tarkoituksena oli selvittää ovatko ikääntyvien hoitajien työkyky, hoitohenkilöstön resilienssin määrä sekä eri työaikamuodot yhteydessä aikomukseen jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka sekä halukkuuteen jatkaa työskentelyä eläkkeellä. Tutkielman tulosten mukaan ainoastaan koettu työkyky oli yhteydessä aikomukseen jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka sekä halukkuuteen jatkaa työskentelyä eläkkeellä. Hoitotyön resilienssin määrällä tai työaikamuodolla ei ollut yhteyttä työssä jatkamiselle eläkkeelle saakka tai eläkkeellä työskentelyyn.

Tämän tutkimuksen tulokset ikääntyvien hoitajien työkyvyn yhteydestä työskentelyn jatkamiseen sopivat aiempiin tutkimuksiin. Camerinon ym. (2008) artikkelin mukaan alhainen työkyky ennakoii siirtymistä pois työstä tai alan vaihtoa, ikääntyneillä huono työkyky voi ennakoida myös jäämistä ennen aikaiselle eläkkeelle. Myös Convero ym. (2018) toivat tutkimuksessa esille työkykymittarin alhaisten arvojen olevan yhteydessä lisääntyneisiin sairaspotilaaloihin, ennakkoiseen eläköitymiseen ja työkyvyttömyyteen sekä siirtymiseen pois alalta, emotionaaliseen väsymiseen ja työperäiseen masentuneisuuteen. Hyvän työkyvyn yhteys työssä jatkamiselle on yleisesti tunnettu ja tunnustettu tekijä. Suomessa työkyvyn ylläpitoon on panostettu organisaatioissa jo pitkään, tässä esimerkkinä 1990-luvulla aloitettu työkyvyn heikentymistä ehkäisevä ja työkykyä ylläpitävä toiminta, eli TYKY-toiminta. Ilmarinen (2006) mukaan työkykyä ylläpitävän toiminnan tarkoitus on tarkoitus edistää hyvää työkykyä ja terveyttä, jolloin työn laatu ja tuottavuus paranee, yksilön hyvinvointi ja elämänlaatu koetaan paremmaksi, nämä tuottavat aktiivisen ja mielekkään eläkekyvyn.

Tämän tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstön resilienssin määrällä ei ollut vaikutusta työssä jatkamiseen tai työskentelyyn eläkkeellä. Aiempien tutkimusten mukaan korkeampi hoitotyön resilienssi, kuitenkin lisäsi työn voimavarakelijöitä, työtyytyväisyyttä, paransi työyhteisön toimivuutta sekä halua pysyä työssä (Yu ym. 2019). Tutkimukseen osallistuneiden resilienssin määrä oli keskitasoa, joka voi selittää, ettei tässä tutkimuksessa hoitotyön resilienssin määrällä ollut yhteyttä aikomukseen jatkaa työskentelyä eläkeikään saakka tai halukkuuteen jatkaa työskentelyä eläkkeellä. Hoitotyön resilienssin vahvistamiseen on olemassa selkeät perusteet, jotka hyödyttävät niin yksilöä kuin organisaatiota. Han ym. (2023) mukaan hoitotyöntekijöiden työpaineen vähentäminen ja kokemattomien hoitajien stressinsietokyvyn parantaminen parantavat myös heidän resilienssitasoaan. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että

henkilökunnalle henkilökohtaista neuvontaa ja psykologista tukea antamalla, heitä voidaan auttaa toipumaan vaikeuksista ja kehittää näin hoitotyön resilienssiä (Fisher, 2005).

Työaikamuodolla ei tämän tutkimuksen mukaan ollut vaikutusta työssä jatkamiseen tai työskentelyyn eläkkeellä. Aiemmissä tutkimuksissa vuorotyön tekemisen on katsottu vähentävän työsidonaisuutta ja heikentävän työkykyä. Vuorotyötä tekevät kokivat työkykynsä heikommaksi sukupuolesta riippumatta kaikissa ammattiryhmissä, vaikka vuorotyötä tekevien keski-ikä oli alhaisempi kuin päivätyötä tekeillä (Costa & Salitori, 2007). Tämän tutkimuksen tulokset eivät tukeneet näitä löydöksiä, pois lukien ristiintaulukoinnissa, jossa päivätyötä tekevät olivat todennäköisempiä työskentelemään eläkkeellä palkkatyössä. Lopullisissa malleissa tätä eroa ei ollut nähtävissä.

### **8.1 Tutkimuksen luotettavuus, rajoitteet ja eettisyys**

Tämän tutkimuksen luotettavuus koostuu tutkimusjoukon yleistettävyydestä sekä käytettyjen mittareiden luotettavuudesta. Alkuperäiseen tutkimukseen otettiin mukaan ainoastaan yli 50-vuotiaita hoitoalan työntekijöitä yhdestä organisaatiosta, joka rajoittaa tulosten yleistettävyyttä. Kyselytutkimuksessa käytetyt mittarit perustuvat tunnettuihin ja testattuihin mittareihin, joten niitä voidaan pitää varsin luotettavina. Lisäksi tutkimuksen tekemiseen käytetty kokonais aika oli melko lyhyt. Tässä tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen resilienssiä koskevat kysymykset käsittelivät kykyä palautua stressaavista tapahtumista ja niiden pidempi aikaisista vaikutuksista (Hardy ym. 2004). Kyselyyn vastanneiden taustatekijät olivat hyvin samankaltaiset iän, sukupuolen, koulutustaustan sekä työkokemuksen näkökulmasta, jolloin eroja ei syntynyt. Organisaation vaikutusta resilienssin määrään ei tässä tutkimuksessa kysymysten kautta tarkasteltu. On mahdollista, että hoitohenkilöstön kokemukset organisaation tukitoiminnoista olisi voinut tuoda eroavaisuuksia koettuun resilienssin määrään. Tulevaisuudessa tämän kaltaista haastetta voisi ratkaista, jos käytössä olisi uusi mittari tai yhtenäinen asteikko, jotta kaikki henkilökohtaiset ja työhön liittyvät tekijät voitaisiin ottaa huomioon (Yu ym. 2019).

Tutkimuksen rajoitteina voidaan pitää myös hoitotyön resilienssin käsitteen moninaista tulkintaa. Hoitohenkilöstön resilienssiä on tutkittu aiemmin ensisijaisesti yksilöiden kautta. Tutkimuksissa on tunnistettu sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä, joilla on vaikutusta ammatillisen

resilienssin muodostumiseen (Delgado ym. 2017). Hoitotyön resilienssin määrittelyssä on haasteita myös sen vuoksi, että erilaisten resilienssiasteikoiden sekä yhden asteikon eri versioiden takia tutkimustulosten kokoaminen ja vertailu on mahdotonta (Fisher & Law, 2021; Yu ym. 2019). Henkilökohtaisten tekijöiden vaikutus ammatilliseen resilienssiin on tutkimusten mukaan epäselvä ja ristiriitaisia tuloksia on saatu eri tutkimuksissa. Tunnistettuja henkilökohtaisia tekijöitä ovat muun muassa sukupuoli, ikä, siviilisääty koulutus ja hoitotyökokemus (Yu ym. 2019). Kollegiaaliset verkostot, henkilökohtaiset voimavarat ja motivaatio vaikuttivat resilienssiin positiivisesti (Cooper ym. 2020; Delgado ym., 2017) myös korkeampi ikä, pidempi työkokemus, korkeampi koulutus voivat olla yhteydessä suurempaan koettuun resilienssiin (Hart ym. 2014). Yu ym. (2019) mukaan sosiaalinen tuki, työtyytyväisyys, työssä pysyminen ja yleinen hyvinvointi ovat positiivisessa yhteydessä resilienssiin. Gillespie ym. (2007) esittivät, ettei ikä, koulutus ja hoitotyökokemus olleet yhteydessä sairaanhoitajan korkeampaan resilienssiin. Myös Yu ym. (2019) tekemän kirjallisuuskatsauksessa perusteella ei voitu päätellä, onko iällä, koulutuksella tai hoitotyökokemuksella yhteyttä korkeampaan resilienssiin. Organisaatioiden mahdollisuus vahvistaa hoitohenkilöstön resilienssin kasvua ovat vahva johdon tuki, tiimityöskentely sekä sosiaaliset tekijät, kuten työyhteisö ja kollegoiden tuki (Matheson ym. 2016).

Tutkimuksen luotettavuutta ja merkitystä vahvistaa tutkimushankkeen julkisuus ja yhteistyö organisaation kanssa, jossa kyselytutkimus toteutettiin. Tutkimuksen eettisyys pyrittiin varmistamaan tutkimukseen osallistuvien henkilöiden riittävällä tiedottamisella sekä tutkimuksen toteuttaminen hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen (Hirsjärvi ym. 2009). Alkuperäinen tutkimushanke on saanut puollon niin Jyväskylän Yliopiston eettiseltä toimikunnalta kuin yliopistosairaalan eettiseltä toimikunnalta. Osallistuminen tutkimukseen oli työntekijöille täysin vapaaehtoista, joka tuotiin esille tutkimushankkeen viestinnässä. Tutkittaville kerrottiin aineiston hyödyntämisestä tieteellisessä tutkimuksessa, joka varmistettiin kirjallisella luvalla. Lisäksi tutkittaville kerrottiin aineistonkeruun yhteydessä, mahdollisuudesta vetäytyä tutkimuksesta. Kyselyaineistoa täydennettiin tutkimuksen aikana Eläketurvakeskuksen eläkerekisteritiedoilla. Aineiston keräämisessä on huomioitava aineiston hallintaan liittyvät määräykset ja velvoitteet, nämä on tuotava esille myös tutkimukseen osallistujille. Tietosuojalainsäädännön ja siihen liittyvien velvoitteiden tunteminen ja noudattaminen, on jokaisen tutkijan velvollisuus. Tämän tutkimuksen aineistoa on säilytetty ainoastaan Jyväskylän Yliopiston verkkoasemalla, johon on pääsy rajattu. Tutkimuksessa käsiteltävä aineisto on pseudonymisoitu, näin ei ole mahdollisuutta tunnistaa eri vastaajia.

Eettisesti kestävän tutkimuksen tekemiseen sisältyy epärehellisuuden välttäminen tutkimuksenteon kaikissa vaiheissa (Hirsjärvi ym. 2009). Tutkimus on tehty noudattaen hyviä tieteellisiä käytäntöjä, alkuperäiset lähteet on merkitty niin tekstiin kuin lähdeluetteloon ja tulokset on kirjattu todenmukaisesti.

## **8.2 Yhteenveto ja jatkotutkimusaiheet**

Tämän tutkimuksen motivaattorina oli perehtyä terveydenhuoltoalaa piinaavan henkilöstöpulan taustoihin ja perehtyä yksittäisiin syihin, jotka vaikuttavat pitovoimaan terveydenhuoltoalalla. Ikääntyvien hoitohenkilöstön työntekijöiden määrä lisääntyy väestön ikääntyessä, eikä terveydenhuoltoala houkuttele uusia opiskelijoita korvaamaan poistuvaa henkilöstömäärää. Vellonen ym. (2023) mukaan ikääntyvien hoitajien työuraa edistäviä tekijöitä ovat muun muassa yksilölliset työjärjestelyt, työn merkityksellisyys arvostuksen tunne ja työn merkityksellisyys. Tässä tutkimuksessa on käsitelty ikääntyvän työntekijän työkyvyn yhteyttä työssä jatkamiselle sekä työhyvinvointiin. Tutkimuksessa on selvitetty hoitotyön resilienssin yhteyttä sekä yksilöllisten työjärjestelyiden yhteyttä, johon voidaan lukea työaikajärjestelyt, eläkkeellä työskentelyyn. Hoitotyön resilienssin yhteyttä työssä jatkamiseen ja eläkkeellä työskentelyyn pyrittiin kartoittamaan määrällisen tutkimuksen avulla, mutta kuten tutkimuksen rajoitteissa mainittiin resilienssin määrittelyssä on vielä haasteita. Aiempien tutkimuksen perusteella hoitotyön resilienssillä vaikuttaa olevan yhteyttä työssä jatkamiseen, joten laadullisen tutkimuksen kautta voisi saavuttaa syvällisemmän ymmärryksen niistä yksilöä ohjaavista tekijöistä, joiden perusteella päätös työskentelyn jatkamisesta tehdään.

Ikä on yhteydessä työkyvyn heikkenemiseen hoitotyössä, joten lisätutkimuksen tekeminen epäsuotuisten työolojen roolista työkyvyn ennenaikaisen heikkenemisen estämisestä on tarpeellista. Esimerkiksi yksilöllisten työjärjestelyiden vaikuttavuudesta sekä organisaatioiden kyvystä toteuttaa yksilöllisiä työjärjestelyitä. Myös työajan yhteys hoitotyön resilienssin kertymiselle vaatii jatkotutkimusta. Selvityksen laajentaminen erilaisiin terveydenhuollon yksiköihin toisi laajemman kuvan työskentelyajan merkityksestä. Eri yksiköitä vertaillen vertailuun saataisiin lisättyä esimerkiksi työnkuormittavuus ja kollegoiden tuen määrä. Hoitohenkilöstön ikärakenne tulisi myös huomioida ja ottaa mukaan myös nuorempia ja vähemmän kokemusta omaamia hoitajia. Terveydenhuollon resurssipulaan haasteiden ratkaisemiseksi ongelmana ei ole tiedon puute tehtävistä toimenpiteistä, vaan toteutettujen

toimenpiteiden vähyys terveydenhuoltoalalla. Camerino ym. (2006) ovat tutkimuksessaan määritelleet vaatimukset organisaatioille henkilöstöressin turvaamiseksi. Hoitaja pula voitaisiin pyrkiä korjaamaan muun muassa institutionaalisella politiikalla, jolla työkykyä ylläpidetään parantamalla työoloja, parantamalla työympäristön laatua ja etsimällä sopivia vaihtoehtoisia hoitotyön paikkoja niille, jotka eivät enää pysty selviytymään nykyisessä työssään. Näihin lähestymistapoihin tulisi sisällyttää sairaanhoitajat kaikissa ikäryhmissä (Camerino ym. 2006). Uudet, luovat tavat rohkaista hoitohenkilöstöä pysymään hoitotyössä tulee olemaan yhä tärkeämpää. Terveydenhuoltopalveluiden kysyntä ja tarve tulee kasvamaan ja toiminta tullaan osin organisoimaan uudelleen. Tulevaisuudessa kilpailu henkilöstöstä tulee lisääntymään toimialueiden välillä, terveydenhuoltohenkilöstön ammatillinen jakautuminen muuttuu, kun lähihoitajien määrä kasvaa ja työ tehtävät tulee määritellä uudestaan, uutta teknologiaa otetaan käyttöön ja ikääntyvä väestö kärsii kroonisista pitkäaikaisista terveysongelmista. Stimpfel ym. (2020) mukaan ikääntyvien hoitajien kohdalla on tärkeää keskittyä työoloihin, työn sisältöön sekä työtyytyväisyyteen. Organisaation joustavuus ja mahdollisuus mukauttaa työtehtäviä yksilölliset tarpeet huomioiden, kuten työaikamuutokset ja fyysisten rajoitteiden huomioiminen, ovat ikääntyville hoitajille pitovoimaa lisääviä toimenpiteitä (Stimpfel ym. 2020, Wargo-Sugleris ym. 2018).

Aivan viime aikoina on julkiseen keskusteluun noussut ikääntyvien työntekijöiden merkitys työyhteisöissä. Ikääntyvien työntekijöiden parempi työkokemus ja itsetuntemus, verrattuna nuorempiin työntekijöihin, katsottiin tekijäksi, jota tulee vaalia ja johon organisaatioiden tulisi panostaa (Helsingin Sanomat 2024). Nämä samat asiat korostuvat myös tässä tutkielmassa. Toinen ajankohtainen keskustelun aihe on eläkeikä ja sen vaikutukset työkykyyn ja henkilöstön saatavuuteen. Ilmarinen (2006) on nostanut esille, kuinka eläkkeellesiirtymisiän kohottaminen olisi laskelmien mukaan todennäköisesti tehokkainta kauaskantoista työllisyys- ja kasvupolitiikkaa. Nykyisten odotetun elinkasvuennusteiden ja syntyvyyden laskuennusteiden myötä, ikääntyvien työntekijöiden rooli tulee kasvamaan. Raeste (2024) käsitteli artikkelissaan pohjoismaiden eroja eläkejärjestelmien, muun muassa eläkeiän, suhteen. Artikkelin mukaan eläkejärjestelmän muutos on ehdottoman tarpeellinen ja ajankohtainen. Eläkejärjestelmien muutos vaatii asennoitumismuutoksia niin työntekijöiden kuin organisaatioiden suhteen. Jatkotutkimusta tarvitaan siis ikääntyvien hoitotyöntekijöiden osalta laajasti.

## LÄHTEET

- Aldwin, C.M. & Igarashi, H. (2016) Coping, optional aging, and resilience in a sociocultural context. Teoksessa Bengtson, V.L. & Settersten, R.A. (toim.) Handbook of theories of aging. 3. painos. New York, NY: Springer.
- Andersen, S., Mintz-Binder, R., Sweatt, L. & Song, H. (2021). Building nurse resilience in the workplace. *Applied nursing research*. 59, 151433.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151433>.
- Buchan, J. (2006). Evidence of nursing shortages or a shortage of evidence? *Journal of Advanced Nursing*, 56: 457-458. <https://doi.org/10.1111/j.13652648.2006.04072.2.x>.
- Chan, Z. C., Tam, W. S., Lung, M. K., Wong, W. Y. & Chau, C. W. (2013). A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *Journal of nursing management*, 21(4), 605–613. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01437.x>.
- Camerino, D., Conway, P. M., Van der Heijden, B. I., Estry-Behar, M., Consonni, D., Gould, D. & Hasselhorn, H. M. (2006). Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. *Journal of advanced nursing*, 56(5), 542–552. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04046.x>.
- Camerino, D., Conway, P. M., van der Heijden, B. I., Estry-Béhar, M., Costa, G. & Hasselhorn, H. M. (2008). Age-dependent relationships between work ability, thinking of quitting the job, and actual leaving among Italian nurses: a longitudinal study. *International journal of nursing studies*, 45(11), 1645–1659.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.03.002>.
- Cooper, A. L., Brown, J. A., Rees, C. S. & Leslie, G. D. (2020). Nurse resilience: A concept analysis. *International journal of mental health nursing*, 29(4), 553–575.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12721>.
- Converso, D., Sottimano, I., Guidetti, G., Loera, B., Cortini, M. & Viotti, S. (2018). Aging and work ability: The Moderating Role of Job and Personal Resources. *Frontiers in Psychology*, 8:2262. <https://doi:10.3389/fpsyg.2017.02262>.
- Costa, G. & Sartori, S. (2007) Ageing, working hours and work ability. *Ergonomics*, 50(11), 1914–1930. <https://doi:10.1080/00140130701676054>.

- da Silva, S. M., da Silva, F. J., Baptista, P. C. P., Almeida, M. C. D. S., Martinez, M. C. & Soares, R. A. D. Q. (2019). Resilience and work ability in nursing workers / Resiliencia e capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem / Resiliencia y capacidad laboral en trabajadores de enfermería. *Enfermagem Uerj*, 27, NA. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.45731>.
- Dall'Ora, C., Ejebu, O. Z., Ball, J. & Griffiths, P. (2023). Shift work characteristics and burnout among nurses: cross-sectional survey. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 73(4), 199–204. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqad046>.
- Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T. & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International journal of nursing studies*, 70, 71–88. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008>
- Ejebu, O. Z., Dall'Ora, C. & Griffiths, P. (2021). Nurses' experiences and preferences around shift patterns: A scoping review. *PloS one*, 16(8), e0256300. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256300>.
- Eurostat, Active (2012). Ageing and solidarity between generations, a statistical portrait of the European Union 2012. Luxemburg: Publications Office of the European Union.
- Fisher, D. M. & Law, R. D. (2021). How to choose a measure of resilience: An organizing framework for resilience measurement. *Applied Psychology: An International Review*, 70(2), 643–673. <https://doi.org/10.1111/apps.12243>
- Fisher, J. E. (2005). Mental health nurse practitioners in Australia: Improving access to quality mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(4), 222–229. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2005.00375.x>
- Galatsch, M., Li, J., Derycke, H., Müller, B.H. & Hasselhorn, H.M. (2013) Effects of requested, forced and denied shift schedule change on work ability and health of nurses in Europe -Results from the European NEXT-Study. *BMC Public Health* 13, 1137. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1137>.
- Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Wallis, M. & Grimbeek, P. (2007), Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing*, 59: 427-438. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04340.x>
- Han, P., Duan, X., Jiang, J., Zeng, L., Zhang, P. & Zhao, S. (2023). Experience in the development of nurses' personal resilience: A meta-synthesis. *Nursing open*, 10(5), 2780–2792. <https://doi.org/10.1002/nop2.1556>.

- Hardy, S. E., Concato, J. & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 257–262.  
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x>.
- Hart, P. L., Brannan, J. D. & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: an integrative review. *Journal of nursing management*, 22(6), 720–734.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x>.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B & Yuen, T. (2011). What is Resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry* 56 (5), 258–265.  
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674371105600504>.
- Helsingin Sanomat. (2024). Ikääntyvät ovat arvokasta työvoimaa. Pääkirjoitus. 24.7.2024.  
<https://www.hs.fi/paakirjoitukset/art-2000010579354.html>. Viitattu 2.10.2024.
- Hidinger, J., Lu-Hsu, S., Otis-Smith, H., De la Cruz, E. & Palecek, N. (2022). Dying to retire or living to work: Challenges facing aging nurses. *Nursing*, 52(10), 20–27.  
[doi:10.1097/01.NURSE.0000872452.10.766.fd](https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000872452.10.766.fd).
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. & Sinivuori, E. (2009). Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K. & Klockars, M. (1997) Aktiivisten työntekijöiden työkyvyn muutokset 11 vuoden aikana. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 2, 49-57.
- Ilmarinen, J. (2001). Aging workers. *Occupational and environmental medicine*. 58. 546–52. <https://doi.org/10.1136/oem.58.8.546>.
- Ilmarinen, J. (2006). Pitkää työuraa! Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki / Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.  
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72340/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226126.pdf>.
- Ilmarinen, J. & Rantanen, J. (1999). Promotion of work ability during ageing. *Am. J. Ind. Med.*, 36: 21–23. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0274\(199909\)36:1+<21::AID-AJIM8>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0274(199909)36:1+<21::AID-AJIM8>3.0.CO;2-S).
- Jackson, D., Firtko, A. & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 60(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x>.

- Kaewpan, W. & Peltzer, K. (2019) Nurses' intention to work after retirement, work ability and perceptions after retirement: a scoping review. *The Pan African Medical Journal*, 17(33). [doi:10.11604/pamj.2019.33.217.17568](https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.217.17568).
- Kurvinen, A., Ylhäinen, M., Jolkkonen, A., Kahila, P., Keinänen, A., Moisi, M., Lemponen, V., Korsu, A. & Rauhat, D. (2020). Sukupuolten tasa-arvo sosiaali- ja terveystalouden muutoksessa Sote-henkilöstön tasa-arvotutkimus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:7. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4149-6>. Viitattu 27.2.2024.
- Leineweber, C., Chungkham, H. S., Lindqvist, R., Westerlund, H., Runesdotter, S., Smeds Alenius, L., Tishelman, C. & RN4CAST consortium (2016). Nurses' practice environment and satisfaction with schedule flexibility is related to intention to leave due to dissatisfaction: A multi-country, multilevel study. *International journal of nursing studies*, 58, 47–58. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.003>
- Matheson, C., Robertson, H. D., Elliott, A. M., Iversen, L. & Murchie, P. (2016). Resilience of primary healthcare professionals working in challenging environments: a focus group study. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(648), 507–515. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X685285>
- Moffatt-Bruce, S. D., Nguyen, M. C., Steinberg, B., Holliday, S. & Klatt, M. (2019). Interventions to Reduce Burnout and Improve Resilience: Impact on a Health System's Outcomes. *Clinical obstetrics and gynecology*, 62(3), 432–443. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000458>.
- Pennanen, E. (2015). Hoitohenkilöstön käsitykset työyhteisön vuorovaikutuksen merkityksestä hyvinvoinnille. *Prologi: puheviestinnän vuosikirja 2015*, 52–74. <http://prologos.fi/prologi/index.php?page=vuosikirjat>.
- Perkins, R. T., Bamgbade, S. & Bourdeanu, L. (2023). Nursing Leadership Roles and Its Influence on the Millennial Psychiatric Nurses' Job Satisfaction and Intent to Leave. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 29(1), 15–24. <https://doi.org/10.1177/1078390320979615>.
- Polk, L. V. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *ANS. Advances in nursing science*, 19(3), 1–13. <https://doi.org/10.1097/00012272-199703000-00002>.
- Raeste, J-P. (2024) Syntyvyys romahtaa, ja suomalaisten eläkkeet ovat vaarassa – Väistämätön uudistus on nyt tulossa. *Helsingin Sanomat*. 9.9.2024. <https://www.hs.fi/talous/art-2000010657401.html>. Viitattu 2.10.2024

- Sánchez-Zaballos, M. & Mosteiro-Díaz, M. P. (2021). Resilience Among Professional Health Workers in Emergency Services. *Journal of emergency nursing*, 47(6), 925–932. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.07.007>.
- Salminen, H., V. Bonsdorff, M., Ikonen, H. & V. Bonsdorff, M.B. (2018). Työssä eläkeikään Savon sairaanhoitopiiri. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja. 87/2018. <https://www.pssh.fi/documents/7796350/7870257/Julkaisu+nro+87.pdf>. Viitattu 28.10.2023.
- Sameroff, A. J. & Rosenblum, K. L. (2006). Psychosocial constraints on the development of resilience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 116–124. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.010>.
- Savic, M., Ogeil, R. P., Sechtig, M. J., Lee-Tobin, P., Ferguson, N. & Lubman, D. I. (2019). How Do Nurses Cope with Shift Work? A Qualitative Analysis of Open-Ended Responses from a Survey of Nurses. *International journal of environmental research and public health*, 16(20), 3821. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203821>.
- Shah, M.K., Gandrakota, N., Cimiotti, J.P., Ghose, N., Moore, M. & Ali, M.K. (2021) Prevalence of and factors associated with nurse burnout in the us. *JAMA Network Open*. 4 (2) e2036469. <https://doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.36469>
- Stimpfel, A.W., Arabadjian, M., Liang, E., Sheikhzadeh, A., Weiner, S.S. & Dickson, V.V. (2020). Organization of Work Factors Associated with Work Ability among Aging Nurses. *Western Journal of Nursing Research*. 42(6), 397–404. <https://doi:10.1177/0193945919866218>.
- Suomen Sairaanhoitajat (2023). Tilastotietoa sairaanhoitajista. Verkkosivu. <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/tilastoja-sairaanhoitajista-2/>. Viitattu 27.2.2024
- Tahghighi, M., Rees, C. S., Brown, J. A., Breen, L. J. & Hegney, D. (2017). What is the impact of shift work on the psychological functioning and resilience of nurses? An integrative review. *Journal of advanced nursing*, 73(9), 2065–2083. <https://doi.org/10.1111/jan.13283>
- Tahghighi, M., Brown, J. A., Breen, L. J., Kane, R., Hegney, D. & Rees, C. S. (2019). A comparison of nurse shift workers' and non-shift workers' psychological functioning and resilience. *Journal of advanced nursing*, 75(11), 2570–2578. <https://doi.org/10.1111/jan.14023>

- Tevameri, T. (2020) Missä mennään sote-toimiala? Sosiaali- ja terveysalan toimialaraportti. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 2020:1. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-480-8>. Viitattu 19.2.2024.
- Tevameri, T. (2021) Katsaus sote-alan työvoimaan. Toimintaympäristön ajankohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua. Toimialaraportti 2021:2. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-812-7>. Viitattu 5.12.2023.
- Tuomi, K., Eskelinen, L., Toikkanen, J., Järvinen, E., Ilmarinen, J. & Klockars, M. (1991) Ikääntyvien kuntatyöntekijöiden työkuormitus ja työkykyyn vaikuttavat yksilölliset tekijät. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 17(1), 128-134.
- Tuomi, K., Huuhtanen, P., Nykyri, E. & Ilmarinen, J. (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occupational medicine*. 51(5), 318–324. <https://doi.org/10.1093/occmed/51.5.318>.
- Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. (2020). Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos. 2. uudistettu painos. Turku. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8091-8>.
- Vellonen, M., Soini, S. & Forma, L. (2023) Hoitajien työurien jatkamista edistävät ja estävät tekijät eläkeiässä. *Laurel Journal*. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20231121147951>. Viitattu 28.11.2023.
- Wargo-Sugleris, M., Robbins, W., Lane, C. J. & Phillips, L. R. (2018). Job satisfaction, work environment and successful ageing: Determinants of delaying retirement among acute care nurses. *Journal of Advanced Nursing* 74 (4), 900-913. <https://doi.org/10.1111/jan.13504>.
- Yu, F., Raphael, D., Mackay, L., Smith, M. & King, A. (2019). Personal and work-related factors associated with nurse resilience: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 93, 129–140. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.014>