

Laura Vesalainen

Anestesia- ja sairaanhoitajien työhyvinvointi & toimintaympäristö

Kyselytutkimus Suomen Anestesia- ja sairaanhoitajat
Ry:n jäsenistölle

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan
ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijuuden
tutkinto-ohjelma
sosiaali- ja terveysalalla
Opinnäytetyö
27.9.2019

Tekijä Otsikko	Laura Vesalainen Anestesia- ja sairaanhoitajien työhyvinvointi & toimintaympäristö
Sivumäärä Aika	65 sivua + 7 liitettä 27.9.2019
Tutkinto	Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Koulutusohjelma	Kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-ohjelma sosiaali- ja terveysalalla
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja (ylempi AMK)
Ohjaaja	TtT, Lehtori Ly Kalam-Salminen
Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella Suomen anestesia- ja sairaanhoitajien työhyvinvointia, toimintaympäristöä sekä niiden välistä yhteyttä. Tarkoituksena on myös selvittää anestesia- ja sairaanhoitajien taustatietojen yhteyttä työhyvinvointiin ja anestesiahoitotyön toimintaympäristöön. Tavoitteena oli saada yleistä tietoa anestesia- ja sairaanhoitajien työhyvinvoinnin tilasta Suomessa ja mitkä tekijät heidän toimintaympäristössään vaikuttavat työhyvinvointiin. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa anestesiahoitotyön kliinisen työn kehittämisen ja johtamisen tueksi. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää avuksi, kun halutaan kehittää anestesia- ja sairaanhoitajien toimintaympäristöä ja parantaa työhyvinvointia työpaikoilla. Kokonaistutkimus toteutettiin sähköisenä kyselytutkimuksena (NWI-R, The Revised Nursing Work Index), jossa perusjoukoksi muodostui Suomen Anestesia- ja sairaanhoitajat Ry:n jäsenet. Tutkitaviksi valittiin tällä hetkellä työelämässä olevat yhdistyksen jäsenet, jotka tekevät vähintään 50% työajastaan anestesiahoitotyötä. Vastausprosentiksi muodostui 11,1% (n=189). Määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisia menetelmiä käyttäen ja avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Anestesia- ja sairaanhoitajien työhyvinvointi oli kohtuullisen hyvä, asteikolla 1-10 arvosanaksi muodostui 7 (moodi). Anestesia- ja sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä työuravalintaansa anestesia- ja sairaanhoitajana, työuravalinnan arvosanaksi muodostui 8 (moodi). Päivystyspotilaiden hoitotyötä tekevät anestesia- ja sairaanhoitajat arvioivat työhyvinvointinsa huonommaksi kuin ei päivystyspotilaiden hoitotyötä tekevät. Anestesia- ja sairaanhoitajien työhyvinvointi muodostui 11 eri osa-alueesta, josta tärkeimpiä olivat hyvät yhteistyösuhteet ja runsas yhteistyö lääkäreiden ja hoitajien välillä, riittävä henkilöstömäärä ja tyydyttävä palkkaus. Keskusleikkausosastolla työskentelevät, päivystyspotilaiden hoitotyötä tekevät ja epäsäännöllistä työaika noudattavat arvioivat anestesiahoitotyön toimintaympäristön muita negatiivisemmaksi. Anestesiahoitotyön toimintaympäristöä kuvailtiin resurssipulaiseksi, muutostulvaiseksi ja sinne kaivattiin parempaa johtamista.	
Avainsanat	Anestesia- ja sairaanhoitaja, työhyvinvointi, anestesiahoitotyön toimintaympäristö, NWI-R

Author Title Number of Pages Date	Laura Vesalainen Job Satisfaction and Work Environment among Nurse Anesthetist 65 pages + 7 appendices 27 September 2019
Degree	Master of Health Care and Social Science
Degree Programme	Master's Degree Programme in Clinical Expertise
Specialisation option	Clinical Expertise in Social and Health Care
Instructor	Ly Kalam-Salminen, PhD
The purpose of the thesis was to explore and describe job satisfaction and nursing practice environment among Finnish Nurse Anesthetists and the correlation between them. Another purpose was to find out how background information influences job satisfaction and nursing practice environment. The aim of this thesis was to produce information to support leadership and clinical work. The overall research was conducted by electronic survey (NWI-R, The Revised Nursing Work Index). The population consisted of members of the Finnish Anesthetist Nurse Association who were currently in working life and worked for at least 50 % of their working time as an anesthetist nurse. Respond rate was 11,1% (n=189). Data was analyzed using descriptive and correlative statistical methods. Open ended questions were analyzed using inductive content analysis. The results showed that job satisfaction among Nurse Anesthetist was quite good, on scale of 1-10, the mode was 7. Anesthetist nurses was satisfied with their career chose, on scale of 1-10, the mode was 8. The anesthetist nurses who work with emergency care patients, evaluated their job satisfaction lower than others. The research showed, that there were 11 components of job satisfaction, for example good working relationships and plenty of teamwork between physicians and nurses, sufficient staff to get the work done and satisfactory salary. A lot of changes have happened in the nursing practice environment in past few years, according to respondents. Nurse Anesthetist described the nursing practice environment as lacking of resources. The respondents also hoped for better management.	
Keywords	Nurse Anesthetist, job satisfaction, nursing practice environment, NWI-R

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tausta	2
2.1	Perioperatiivinen sairaanhoitaja ja anestesiahoitaja	3
2.2	Anestesiahoitotyön toimintaympäristö	5
2.3	Suomen anestesiahoitajat Ry	6
2.4	Hyvinvointi	6
2.5	Työhyvinvointi	8
3	Aikaisemmat tutkimukset anestesiahoitajien työhyvinvoinnista ja toimintaympäristöstä	9
3.1	Anestesiahoitajien työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä	10
3.2	Anestesiahoitajien työhyvinvoinnin tutkiminen	15
3.3	Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta	16
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	19
5	Opinnäytetyön tutkimusmenetelmät	19
5.1	Tutkimuksen metodiset lähtökohdat	19
5.2	Perusjoukko, otos, otantamenetelmä	20
5.3	Reliabiliteetti ja validiteetti	21
5.4	Aineiston kerääminen	22
5.5	Aineiston analysointi ja raportointi	26
6	Opinnäytetyön tulokset	29
6.1	Vastaajien taustatiedot	29
6.2	Anestesiahoitajien työhyvinvointi Suomessa	32
6.2.1	Anestesiahoitajien työhyvinvointi	32
6.2.2	Anestesiahoitajien työhyvinvoinnin osatekijät	33
6.2.3	Anestesiahoitajien kokemukset työhyvinvoinnista	35
6.3	Anestesiahoitotyön toimintaympäristö	41
6.3.1	Anestesiahoitotyön toimintaympäristö	41
6.3.2	Anestesiahoitajien kokemukset anestesiahoitotyön toimintaympäristöstä	47
6.4	Anestesiahoitajien taustatietojen vaikutus työhyvinvointiin ja toimintaympäristöön	56
6.4.1	Taustatietojen yhteys työhyvinvointiin	56

6.4.2	Taustatietojen yhteys anestesiahoitotyön toimintaympäristöön	57
6.5	Anestesiahoitotyön toimintaympäristön yhteys anestesiahoitajien työhyvinvointiin.	58
7	Pohdinta	59
7.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	59
7.2	Työn eettisyys ja luotettavuus	64
7.3	Jatkotutkimusaiheet ja kehittämishaasteet	66
	Lähteet	68
	Liitteet	
	Liite 1. Hakustrategia	
	Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit, tutkimukset ja kirjallisuus	
	Liite 3. Saatekirje	
	Liite 4. Kyselylomake	
	Liite 5. Kyselyn tuloksien frekvenssijakauma taulukko	
	Liite 6. Taustatietojen avointen vastauksien luokittelu	
	Liite 7. Esimerkit laadullisen aineiston sisällön analyysistä	

1 Johdanto

"Tehy kantelee EU:n komissiolle hoitajien varallaolosta, Suomi ei halua puuttua ongelmaan" (Tehy 2018).

"Meilahdessa tehdään Suomen vaativimmat leikkaukset, mutta nyt hoitajat eivät enää jaks - töitä ilman vapaapäiviä jopa kolme viikkoa putkeen" (HS 2018).

Helsingin Sanomissa 10.1.2018 ilmestyneessä uutisessa kerrottiin Meilahden leikkaus- ja anestesiaosaston uupuneista, ylityöllistetyistä sairaanhoitajista. Heidän jo ennestään vaativaa työtään kuormitetaan liiallisella varallaololla. Uusia työntekijöitä ei ehditä perehdyttää ja vakihenkilökunta on tiukoilla. SOTE-uudistuksen vuoksi leikkauksia keskitetään ja tiettyjen leikkausosastojen työmäärä on käynyt mahdottomaksi. Suomen lainsäädäntö ei laske varallaoloa työajaksi, tästä johtuen ylitöitä kertyy hoitajille liiallinen määrä. (HS 2018; Tehy 2018.)

Anestesiaosastojen toimintaympäristö on kuormittava tavallisellakin työtuntimäärällä. Jos työn ja vapaa-ajan raja hämärtyy, ovat stressi ja työuupumus mahdollisia seuraamuksia. Pitkittynyt stressi aiheuttaa sekä fyysisiä että psyykkisiä oireita työntekijälle ja tällöin työhyvinvointi voi laskea. (Chipas – McKenna 2011: 122-123.) Suomessa vuodeosastoilla ja poliklinikoilla työskentelevien sairaanhoitajien työhyvinvointia on tutkittu useissa eri tutkimuksissa (Hakala - Uimonen 2010). Suomessa anestesiaosastojen työhyvinvointia ei ole tutkittu vuosina 2010-2013 lainkaan (Mäkinen - Bordin - Heikkilä - Tammi - Seppänen - Laine 2014: 42-45). Opinnäytetöitä perioperatiivisten hoitajien työhyvinvoinnista on tehty, mutta niissä on tutkittu vain yksittäisiä leikkausosastoja (Hersio - Tuhkanen 2010; Haverinen – Sivula 2014; Syvänen 2008). Laaja-alaisempaa anestesiaosastojen toimintaympäristöä ja työhyvinvoinnin tilaa tutkivaa tutkimusta ei ole aikaisemmin tehty Suomessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella Suomen anestesiaosastojen työhyvinvointia ja toimintaympäristöä sekä kuvailla niiden välisiä yhteyksiä. Tavoitteena on saada yleistä tietoa anestesiaosastojen työhyvinvoinnin tilasta ja toimintaympäristöstä Suomessa ja miten toimintaympäristö vaikuttaa työhyvinvointiin. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa anestesiahoitotyön kliinisen työn kehittämisen ja johtamisen tueksi. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää avuksi, kun halutaan parantaa anestesiaosastojen työhyvinvointia työpaikoilla ja lisätä työpaikan vetovoimaisuutta.

2 Opinnäytetyön tausta

Suomessa työpahoinvointi aiheuttaa vuosittain 24 miljardin euron kustannukset työkyvyttömyytenä ja sairauspoissaoloina. Näiden taustalla on erilaisia tekijöitä, kuten työpaikan toimintaympäristö, työyhteisö, johtaminen kuin normaali sairastavuus, elintavat tai yksityiselämän ongelmat. (STTK 2016.) SOTE-uudistus vaikuttaa jo nyt terveysalan työntekijöiden työhyvinvointiin. Esimerkiksi organisaatioiden liikelaitostaminen ja prosessien tehdasmaiseksi muuttaminen on jo laskenut laboratorioalan työntekijöiden työhyvinvointia. (Kuoppakangas 2015: 109.) Kunta 10–tutkimuksen mukaan jopa 47% sairaanhoitajista kokee työmäärän lisääntyneen yli sietokyvyn (Työterveyslaitos 2016).

Anestesia­lääkärit ovat eräiden tutkimusten mukaan stressaantuneita, kuolevat muita lääkäreitä ja muuta väestöä nuorempina ja ovat lääkäreiden itsemurhatilastojen kärkipäässä. Suomessa anestesia­lääkärit kokevat olevansa muita lääkärinkuntia stressaantuneempi, jopa kaksi kolmasosaa heistä koki olevansa stressaantuneita. (Lindfors 2010: 8-11.) Anestesia­sairaanhoitaja ja anestesia­lääkäri muodostavat työssään parin. Heidän työnkuvansa ovat lähellä toisiaan. Näin ollen työtä määrittelevät samat stressin lähteet kuin anestesia­lääkäreillä. (Lukkari – Kinnunen -Korte 2013: 305; SASH Ry.) Anestesia­sairaanhoitajien työhyvinvointia tai heidän toimintaympäristöään Suomessa ei ole juuri tutkittu. Opinnäytetöitä perioperatiivisten hoitajien työhyvinvoinnista on tehty, mutta niissä on tutkittu vain yksittäisiä leikkausosastoja (Hersio - Tuhkio 2010; Haverinen – Sivula 2014). Syvänen (2008) tutki gradussaan perioperatiivisten hoitajien työhyvinvointia ja palautejärjestelmiä. Laaja-alaisempaa, koko Suomen anestesia­sairaanhoitajien työhyvinvoinnin tilaa ja toimintaympäristöä tutkivaa tutkimusta ei ole tehty aikaisemmin.

On löydetty todisteita, että sairaanhoitajien poistuminen omalta alaltaan liittyy huonoon työhyvinvointiin ja työuupumukseen (Stone ym. 2007). Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalalla tulee olemaan pulaa osaavasta henkilökunnasta. Jo nyt koko Suomessa vallitsee työvoimapula sairaanhoitajista. (Ammattibarometri 2018.) Väestön ikääntyessä myös anestesia­palveluiden tarve kasvaa. Anestesia­sairaanhoitajien ja -lääkäreiden työvoimapulan takia palkataan ei osaavaa anestesia­sairaanhoitajia lyhyellä perehdytyksellä. Lääkäripulan takia anestesia­sairaanhoitajan vastuu potilaasta voi kasvaa tulevaisuudessa. (Ahonen 2012: 44-47; Yli-Hankala – Jokela 2011: 190-191.) Hoitajapula yhdistettynä huonoon perehdyttämiseen huonontaa potilaan hoidon laatua, vähentää työhyvinvointia ja lisää organisaatiolle kuluja. Leikkausosastot ovat herkempiä hoitajapu-

lalle, niiden stressaavan toimintaympäristön ja kriittisen potilashoidon vuoksi. On arvioitu, että 35-65% vastavalmistuneista jättää työpaikkansa ensimmäisen työvuotensa aikana. (CORNJ 2010: 8.)

Työvoimapula, anestesiapalveluiden kysynnän kasvu sekä SOTE-alan säästöpainet siirtävät huomion anestesiahoitajien työhyvinvoinnin edistämiseen (Ammattibarometri 2018; Ahonen 2012: 44-47; THL 2018). Anestesiahoitajien työhyvinvoinnista huolehtiminen on tärkeää. Heille tulisi luoda toimintaympäristö, jossa he viihtyvät ja pystyvät toteuttamaan laadukasta, potilasturvallista anestesiahoitotyötä. Anestesiahoitajien työhyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden ymmärtämisellä voidaan luoda toimintaympäristöä miellyttävämmäksi sekä vetovoimaisemmaksi ja lisätä anestesiahoitajien työhyvinvointia. (Mileto – Penprase 2014.)

2.1 Perioperatiivinen sairaanhoitaja ja anestesiahoitaja

Sana perioperatiivinen tarkoittaa potilaan leikkaushoidon kokonaisuutta, johon sisältyy kaikki leikkauksen eri vaiheet, ajallisesti ja toiminnallisesti. Termi perioperatiivinen hoitotyö taas tarkoittaa leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajan tekemää leikkauspotilaan hoitotyötä, eli hän on silloin perioperatiivinen sairaanhoitaja. (Lukkari – Kinnunen – Korte 2013:11.) Perioperatiivinen hoitotyö voidaan jakaa kahteen hoitotyön muotoon, leikkaushoitotyöhön ja anestesiahoitotyöhön. Taulukossa 1 on jaoteltu millaisissa rooleissa perioperatiiviset sairaanhoitajat voivat toimia leikkaus- ja anestesiahoitotyön sisällä.

Taulukko 1. Perioperatiivisen hoitotyön toimialue (Lukkari ym. 2013:46).

Perioperatiivinen hoitotyö			
Anestesiahoitotyö		Leikkaushoitotyö	
Anestesiahoitaja leikkaussalissa	Heräämöhoitaja	Instrumentoiva sairaanhoitaja	Valvova sairaanhoitaja

Perioperatiivinen sairaanhoitajahoitaja voi toimia neljässä eri roolissa. Se, missä roolissa sairaanhoitajat osastolla työskentelevät, vaihtelee usein. Mitä pienempi yksikkö, sitä useampi rooli hoitajalla voi olla. Hoitaja voi toimia anestesiahoitajana leikkauksessa tai vastata potilaan hoidosta heräämössä. Hänellä voi myös olla osaamista leikkaushoitotyön puolelta ja toimia instrumentoivan tai valvovan sairaanhoitajan rooleissa.

Isommissa yliopistosairaaloissa anestesiahoitaja työskentelee vain anestesiahoitotyön alueella. (Lukkari ym. 2013: 46.) Potilaan perioperatiivisessa hoidossa anestesia-
lääkäri ja anestesiahoitaja muodostavat työparin. Anestesia-
lääkärin vastuulla on potilaan lääketieteellinen anestesian anto sekä hoito. Anestesiahoitajan vas-
tuulla on potilaan tarkkailu ja hoito anestesian aikana ja hänen toimintansa perustuu lää-
kärin suunnitteleman hoidon ja hoitomääräysten toteuttamiseen. Anestesiahoitaja tark-
kailee potilasta itsenäisesti, mutta tarvittaessa konsultoi anestesia-
lääkärää. (Lukkari ym. 2013: 305.) Seuraavassa taulukossa kaksi (2) on eriteltynä anestesia-
lääkärin ja anestesiahoitajan työnkuvan ja tehtäväalueiden jako.

Taulukko 2. Anestesia-
lääkärin ja anestesiahoitajan työnjaon ja tehtäväalueiden vertai-
lua (mukaillen Lukkari ym. 2013: 306).

Anestesia- lääkäri	Anestesiahoitaja
• Johtaa anestesiatoimintoja • Vastaa anestesian annosta • Vastaa potilaan leikkausta edeltä- västä arvioista ja hoidosta • Leikkaustoiminnan anestesioiden anto ja päättäminen • Anestesiamenetelmän valinta • Anestesian vaativimpien vaihei- den hoito • Anestesian ylläpidon tarkastaminen • Leikkauksen jälkeinen potilaan valvonta ja hoito sekä jatkohoi- toon siirrosta päättäminen	• Toimii leikkaustiimin jäsenenä ja työparina anestesia- lääkärin kanssa • Arvio preoperatiivista tietoa potilaasta ja vastaa leikkausvalmistelusta • Avustaa anestesioiden antamisessa ja päättämisessä sekä anestesiaan liitty- vissä toimenpiteissä • Ylläpitää suunniteltua anestesiaa itse- näisesti ja yhteistyössä anestesia- lääkä- rin kanssa • Tarkkailee ja hoitaa potilasta anes- tesian aikana • Kirjaa ja tiedottaa potilaan hoidosta • Tarkkailee ja hoitaa potilasta leikkauk- sen jälkeen, kirjaa potilaan hoidon, to- teuttaa potilaan siirron jatkohoitopaik- kaan ja vastaa tiedotuksesta siirron yh- teydessä

Anestesiahoitajalla tarkoitetaan sairaanhoitajan AMK-tutkinnon (210 op) suoritta-
nutta sairaanhoitajaa, joka työskentelee leikkausosastolla. Hän vastaa työssään potilaan
kirurgisen toimenpiteen aikaisen anestesian valmistelusta, sen ylläpidosta ja päättämi-
sestä koulutuksensa sallimassa laajuudessa. (Karma - Kinnunen - Palovaara – Perttu-
nen 2016: 12-13.) Anestesiahoitaja voi vastata potilaan hoidosta myös herää-
mössä (Lukkari – Kinnunen - Korte 2013: 46). Yleensä työnantaja vaatii myös sairaan-
hoitajakoulutuksen aikaisen perioperatiivisen hoitotyön suuntaavat opinnot (30 op) tai
opintojen jälkeen tapahtuvan erikoistumiskoulutuksen, kliinisen hoitotyön erikoistumis-

koulutus anestesiahoitotyöstä (30 op). Ammattikorkeakoulut saavat erilaisilla pedagogisilla ratkaisulla valita, minkälaisia erilaisia suuntautumisvaihtoehtoja se tarjoaa, joten perioperatiivisen hoitotyön suuntavia opintoja ei ole tarjolla kaikissa ammattikorkeakouluissa. (Karma - Kinnunen - Palovaara – Perttunen 2016: 12-13.) Työelämässä anestesiahoitajina toimii sairaanhoitajia, jotka ovat käyneet 90-luvulla lakkautetun erikoissairaanhoitajan tutkinnon tai opistotasaisen koulutuksen. Heitä on vähemmissä määrin osastolla ja heidän keski-ikänsä lähentelee 60 vuotta, joten ovat pian eläköitymässä. (Koivula-Tynnilä 2018.)

2.2 Anestesiahoitotyön toimintaympäristö

Anestesiahoitotyön toimintaympäristö on erityinen. Itse hoitotyö on luonteeltaan kuluttavaa. Anestesiahoitajalta vaaditaan jatkuvaa valvontaa, virheetöntä ja nopeaa tiimityötä sekä itsenäistä päätöksentekokykyä nopeassa dynaamisessa ympäristössä. Hoitajan tulee osata tulkita kollegoidensa ja potilaan sanattomia viestejä jatkuvasti, olla lakseen perillä kokonaistilanteesta. (Tuusvuori 2006: 33,38, 217, 8; SASH Ry.) Anestesiahoitotyön työolot eivät ole optimaalisia. Pitkät tauottomat keskittymistä vaativat leikkaukset ovat kuluttavia ja kuormittavia. Päivystysleikkauksissa epävarmuus ja nopeat tilanteen muutokset vaativat hoitajalta hyvää stressinsietokykyä. (Tengvall 2010: 8; Chen - Lin – Wang - Hou 2009:199.) Myös ergonomia leikkaussalissa on usein huonoa (Tengvall 2010:8).

Anestesiahoitajan tulee osata yhdistää lääketiedettä ja hoitotiedettä. Hyvä ihmisen anatomian ja erityisesti fysiologian tunteminen on ehdoton edellytys anestesiahoitajana toimimiselle. Teknologiaosaaminen tulee olla hyvällä tasolla, koska leikkauksosastolla on käytössä useita erilaisia laitteita, kuten hengityskone, infuusiolaite, kipupumppuja sekä erilaisia hemodynamiikan valvontalaitteita (SASH Ry). Perioperatiivisilta sairaanhoitajilta edellytetään korkeaa ammattipätevyyttä ja se nojaa juuri perehdytyksen aikaisen pätevyyden hankintaan (Tengvall 2010: 130).

Tässä opinnäytetyössä anestesiahoitotyön toimintaympäristöllä tarkoitetaan organisaation piirteitä ja tekijöitä, jotka helpottavat tai rajoittavat anestesiahoitajien toimintaa taitavan ja laadukkaan hoitotyön toteuttamisessa (Aiken & Patricia 2000). Hoitotyön toimintaympäristö on monitasoinen kokonaisuus ja sen merkitys on jokaiselle yksilölle erilainen. Työympäristö ja sairaanhoitaja ovat yhtenäinen kokonaisuus, jotka vaikuttavat toisiinsa (Eriksson ym. 2012: 77-79). Positiivisen hoitotyön toimintaympäristön tuloksena

on työtyytyväisyys eli hyvä työhyvinvointi. Hoitotyön toimintaympäristöllä on todettu olevan yhteys hoitajien ammatista lähtöaikomuksiin. Hoitotyönjohtajat voivat toimintaympäristöä kehittämällä edesauttaa nuorten sairaanhoitajien pysymistä ammatissaan. (Heinen ym. 2013:175; Flinkman 2014:5.)

2.3 Suomen anestesiahoitajat Ry

Suomen anestesiahoitajat Ry:n (SASH Ry) tavoitteena on yhdistää anestesiahoitajia, kehittää-, ja valvoa sairaanhoitajakoulutuksen sisältöä valtakunnallisesti. Yhdistyksen kotipaikka on Helsinki, mutta toiminta-alue koko Suomi. Yhdistys järjestää koulutustilaisuuksia jäsenilleen sekä pyrkii aktivoimaan jäsenistöään oman erikoisalan ja ammattitaidon jatkuvaan kehittämiseen jakamalla apurahoja tutkimustyöhön ja opintomatkoihin. Yhdistys antaa tarvittaessa lausuntoja ja esityksiä viranomaisille. Yhdistyksen pohjoismaisen ja kansainvälisen yhteistyön avulla vaihdetaan anestesiahoitotyön asiantuntemusta ja pyritään parantamaan suomalaisen anestesiahoitajan kansainvälistä liikkuvuutta (SASH Ry).

Kaikilla terveydenhuoltoalan tutkinnon suorittaneilla on oikeus liittyä SASH Ry:n varsinaiseksi jäseneksi. Heidän tulee myös tehdä anestesiahoitotyötä tai olla kiinnostuneita siitä, liittyäkseen järjestön jäseneksi. Opiskelijajäseneksi voi liittyä terveydenhuoltoalalla opiskeleva henkilö, joka on kiinnostunut anestesiahoitotyöstä. Eläkeläisjäseneksi voi jäädä eläkkeelle jäädessä oltuaan aiemmin yhdistyksen varsinainen jäsen. Yhteisökanatusjäseneksi voivat liittyä oikeuskelpoiset yhteisöt. (SASH Ry.)

2.4 Hyvinvointi

Hyvinvointi on käsitteenä laaja ja monimerkityksinen sekä henkilökohtainen asia ja kokemus, jonka jokainen kokee omalla tavallaan. Hyvinvoinnin saavuttaminen edellyttää käsitteen pohtimista ja havainnollistamista toimenpiteiksi. (Rauramo 2012: 10-13; Peltomaa ym. 2009: 306; Dolan – Peasgood – White 2007.) Vaikka käsitettä on tutkittu laajasti, sille ei ole pystytty esittämään täsmällistä määritelmää. Hyvinvointitutkimusta häiritsevät lähellä olevat muut käsitteet, joita käytetään vaihtelevasti synonyymeinä, kuten onnellisuus, elämänlaatu ja elämäntyytyväisyys. Terveyskin on nähty hyvinvoinnin yhdeksi osa-alueeksi. (Paronen – Rissanen – Taskinen – Laulainen 2017: 336.)

2.5 Työhyvinvointi

Työterveyslaitos tarkoittaa työhyvinvoinnilla terveellistä, turvallista ja tuottavaa työtä, jota ammattitaitoiset työntekijät ja työyhteisö tekevät hyvin johdetussa organisaatiossa. Hyvinvoivat työyhteisössä työntekijät kokevat työnsä mielekkääksi ja palkitsevaksi. Heidän mielestään työ tukee heidän elämänhallintaansa. Työntekijä ei ole yksin vastuussa työhyvinvoinnistaan, vaan luo työhyvinvointia yhdessä työnantajan kanssa. Hyvinvoiva työntekijä on motivoitunut ja vastuullinen. Hän pääsee hyödyntämään omia vahvuuksiaan ja osaamistaan. Hän tuntee työnsä tavoitteet ja saa niistä palautetta. Hän kokee myös itsensä tarpeelliseksi työssään. Hyvinvoiva työntekijä saa tarpeeksi itsenäisyyttä omassa työssään, mutta samalla kokee yhteenkuuluvuutta koko työyhteisöön. Työn imun tunteminen on tärkeä osa työhyvinvointia. (Työterveyslaitos.)

Työhyvinvointiin vaikuttavat useat eri tekijät, kuten työyhteisön ihmissuhteet, yrityksen talous, johtaminen ja palautejärjestelmien toimivuus (Kaivola 2003: 38; Liukkonen 2008: 52-53; Aaltonen – Lindroos 2012: 33; Stenvall – Virtanen 2012: 192). Myös toimeentulon on oltava riittävä ja työn on oltava mielekästä ja sillä on oltava tarkoitus (Aaltonen – Lindroos 2012:21,22, 28, 40). Työntekijöiden tyytyväisyyttä työhön edistää myös se, että he ovat mukana kehittämis- ja uudistamistoiminnassa (Stenvall – Virtanen 2012: 192).

Hyvä työhyvinvointi ja yrityksen tulos ovat sidoksissa toisiinsa. Työhyvinvointiin panostaminen nostaa työn tuottavuutta, vähentää sairauspoissaoloja ja niistä johtuvia kustannuksia. Usein todetaan, että työhyvinvointiin panostettu euro tuottaa itsensä moninkertaisena takaisin. On oleellista panostaa myös kokeneisiin työntekijöihin, sillä jos kokemus kävelee ulos talosta, niin on arvioitu, että se aiheuttaa 60 000 euron liikeluokituksen menetyksen. (Rauramo 2012: 19.) Huomion arvioista on se, että tulevaisuudessa Suomen terveydenhoitokulut kasvavat 27 prosentilla vuodesta 2015 vuoteen 2050 (THL 2018). Työhyvinvointi terveydenhoitoalalla vaatii johtajilta systemaattista suunnittelua ja toimenpiteitä henkilöstön voimavarojen lisäämiseksi sekä jatkuvaa työhyvinvoinnin arviointia. Mitä aikaisemmin päästään tarttumaan hyvinvoinnin esteisiin, sitä suurempi vaikutus sillä on organisaation tuloksellisuuteen. (Manka – Manka 2016: 80, 82.)

Normaalisti työhyvinvointia on mitattu työtyytyväisyyskyselyillä tai työn määrän ja rasittavuuden mittaamisella (jotka ovat peräisin tuotannon aikakaudelta). Tyytyväisyys on kuitenkin passiivinen tila, kun taas innostus on aktiivinen tila. Mielekkäämpää olisi mitata

organisaation työntekijöiden innostusta tai mitata työhyvinvointia mittareilla, jotka soveltuvat paremmin tähän tiedon ja palvelun aikakauteen. (Martela – Jarenko 2014: 6; Aaltonen – Lindroos 2008: 21.)

Organisaatioiden tulisi mitata työn imua työtyytyväisyyskyselyissään. Innostuneet työntekijät ovat terveempi, luovempia ja tehokkaampia työssään, joka loppujen lopuksi näkyy yrityksen tuloksessa. Innostus on erityisen tärkeä asiakaspalvelutyössä (Martela – Jarenko 2014: 6.) SOTE-ala on siirtymässä kohti asiakaslähtöisempää palvelua (THL 2017). Työtyytyväisyys ja innostus on todettu olevan yhteydessä organisaation tulokseen. Innostavaksi koettu työympäristö korreloivat kuitenkin vahvemmin tuottavuuden kanssa kuin työtyytyväisyys. Innostavuus ja sisäinen motivaatio ovat todettu olevan yhteydessä asiakastytytyväisyyden, työntekijöiden vaihtuvuuden ja jopa työturvallisuuden kanssa. (Martela – Jarenko 2014:22.) Työympäristön eli sosiaali- ja terveysalalla hoitotyön toimintaympäristön tutkiminen on merkittävä yrityksen menestyksen ja työntekijöiden työhyvinvoinnin kannalta, kuin pelkän työtyytyväisyyden mittaaminen.

3 Aikaisemmat tutkimukset anestesiasairaanhoitajien työhyvinvoinnista ja toimintaympäristöstä

Tiedonhaku suoritettiin keväällä ja syksyllä 2018 sähköisistä tietokannoista. Hakusanojen muodostuksessa käytettiin informaation apua. Tietokannoiksi valikoitui Cinahl with Full Text (EBSCOhost), PudMed, The Cochrane Library ja Medic. Kirjallisuuskatsauksella haettiin aikaisempaa tietoa anestesiasairaanhoitajien työhyvinvoinnista yleisesti ja anestesiasairaanhoitajien työhyvinvointitutkimuksia sekä tietoa anestesiasairaanhoitajien toimintaympäristöstä. Hakustrategia on kuvattu liitteessä 1 ja opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit ja tutkimukset esitellään liitteessä 2.

Cinahl- tietokannassa käytettiin Cinahl headings - asiasanoja: "Job Satisfaction", "Nurse Anesthetists", "Perioperative", "Perioperative Nursing", "Survey". Pubmedissä käytettiin Mesh-asiasanoja: "Job Satisfaction", "Nurse Anesthetists", "Perioperative Nursing" ja "Survey". Cochrane-tietokannassa käytettiin hakusanoja "Anesthesia" ja "Job satisfaction". Medic-tietokannasta hakusanoina käytettiin FinMeSH-asiasanoja: "nukutushoitajat", "erikoissairaanhoitajat", "perioperatiivinen hoitotyö" ja "henkilöstötyytyväisyys". Tietokannoista löytyi työhön yhteensä 12 lähdettä. Manuaalisesta hausta löytyi työhön 3

sopivaa lähdettä. Kirjallisuuskatsauksesta nousi esiin NWI-R-mittari, joka valittiin opin-
näytetyössä käytettäväksi työhyvinvointimittariksi, josta tehtiin erikseen manuaalista tie-
donhakua.

3.1 Anestesiahoitajien työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä

Kirjallisuuskatsauksesta ei löytynyt suomalaisia, pelkkiä anestesiahoitajia tutkivia
lähteitä, mutta kansainvälisiä lähteitä löytyi runsaasti (Boyd – Poghosyan 2017; Brunges
– Foley-Brinza 2014; Schwatz ym. 2011; Chipas ym. 2011; Mileto – Penprase 2014;
Paglione ym. 2016; Meeusen ym. 2011; Sundqvist – Carlsson 2013; Kluger – Bryant
2008; Chen ym. 2009; Rayborn ym. 2017). Aiemmat tutkimukset tutkivat hoitotyön pa-
lautejärjestelmiä, anestesiahoitajien työperäistä stressiä ja sen vaikutuksia, leik-
kausosastojen työilmapiiriä, anestesiahoitajien työhyvinvointiin vaikuttavia teki-
jöitä sekä heidän tyytyväisyyttä työhön (Syvänen 2008: Sundqvist – Carlsson 2013: Boyd
– Poghosyan 2017). Toimintaympäristöä tutkivia tutkimuksia oli muutama (Mileto – Pen-
prase 2014: Boyd – Poghosyan 2017: Meeusen 2011 ym. 2011).

Syvänen (2008) tutki gradussaan erään suomalaisen yliopistosairaalan perioperatiivis-
ten sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä ja palautejärjestelmiä (N=82). Tutkimuksessa työ-
hyvinvointi koettiin keskitasoa olevaksi. Perioperatiivinen hoitotyö arviointiin melko vaa-
tivaksi ja koulutus vaikutti koettuun työn haastavuuteen. AMK-tasoiset arvioivat työn vaa-
tivammaksi kuin opistotasaisen koulutuksen suorittaneet. (Syvänen 2008: 27-28.) Myös
Rayborn, Jeong, Hayden ja Park (2017) tutkivat anestesiahoitajien taustakoulu-
tuksen vaikutusta työhyvinvointiin. Korkeampi koulutus toi enemmän tyytyväisyyttä työhön
kuin matalampi koulutustausta. Eroa koettuun työhyvinvointiin selitettiin korkeamman
koulutuksen tuomalla suuremmalla vastuulla ja itsenäisemmällä työnkuvalla. (Rayborn
ym. 2017: 317.)

Useassa eri lähteessä stressin todettiin vaikuttavan merkittävästi anestesiahoitaja-
jen työhyvinvointiin. Stressin todettiin aiheuttavan työpahoinvointia ja stressiä aiheutta-
via tekijöitä oli useita (Sundqvist – Carlsson 2013: 281; Chipas ym. 2012: 51-53; Syvä-
nen 2008: 28-32; Boyd – Poghosyan 2017: 266-267; Chen – Wang, Hou 2000: 199-200;
Chipas – McKenna 2011: 122-123). Potilaan puolesta puhujana toimiminen ja leikkaus-
osastolle luonteenomainen nopea työtahti lisäsi hoitajien stressiä (Sundqvist – Carlsson
2013: 281-285). Chipas ym. (2012). toi esiin mielenkiintoisen faktan tutkimuksessaan:

anestesiahoitajaksi opiskelevien stressitasot olivat merkittävästi suuremmat kuin jo työelämässä olevien (Chipas ym. 2012: 55).

Stressillä ja kokemuksilla työn vaatimustasosta oli kohtalainen positiivinen riippuvuus. Eli mitä vaativampaa työ koettiin, sitä useammin hoitajat kokivat stressiä. (Syvänen 2008: 27-28.) Syväsen (2008) gradussa yksilötasolla perioperatiiviset hoitajat olivat melko tyytyväisiä työhönsä ja kokivat vain vähäistä stressiä. Kaksi kolmasosaa tutkittavista kokivat työn olevan hänelle tärkeä tyydytyksen lähde (64%). Työhön uppoutumista tapahtui 63 % vastaajista. (Syvänen 2008: 31.) Leikkausosaston työn määrä ja työn tahti vaikuttivat työhyvinvointiin. Syväsen (2008) tutkimukseen vastanneista jopa viidennes arvioi töitä olevan liikaa. Myös Ruotsissa anestesiahoitajilla oli samantyyppisiä haasteita. Siellä johdon määrittelemä nopea tahti johti siihen, että anestesiahoitajilla ei jäänyt tarpeeksi aikaa perehtyä potilaaseen ennen toimenpidettä aiheuttaen stressiä. (Sundqvist – Calrsson 2013:285.)

Anestesiahoitajat ovat luonteeltaan perfektionisteja ja pyrkivät olemaan myös empaattisia työnsä rankoissa hoitotilanteissa. He omistautuvat työlleen suuren osan elämästään. Anestesiahoitotyön toimintaympäristö on täynnä erilaisia stressin lähteitä. Pitkäaikainen stressi aiheuttaa fyysisiä sekä psyykkisiä oireita, huonosti voiva hoitaja ei pysty yhtä laadukkaaseen hoitotyöhön ja potilasturvallisuus kärsii. Pitkäaikainen stressi aiheuttaa lopulta työhyvinvoinnin laskua ja työuupumusta. Tutkimukset ovat osoittaneet, että terveydenhuoltoalan työntekijät, jotka työskentelevät usein/jatkuvasti intensiivisessä, tunnepitoisessa vuorovaikutuksessa ovat alttiimpia työuupumukselle. Riskiä lisää, jos työ- ja vapaa-ajan raja on hämärtynyt ja yrität olla kaikkea kaikille. Nämä riskit ovat läsnä anestesiahoitajien elämässä ja heidän työssään. Suorituskeskeisyys ja nopeatempoinen työtahti kuvaa arkea työelämässä ja se usein ulottuu myös vapaa-aikaan. Anestesiahoitajat ovat alttiimpia stressille ja heillä on todella stressaava toimintaympäristö, joten on oleellista tutkia anestesiahoitajien työhyvinvointia ja stressiä. (Chipas – McKenna 2011: 122-123.)

Chipas & McKenna (2011) tutkivat anestesiahoitajien stressiä. Tutkimuksista selvisi, että heillä on useita stressitekijöitä elämässään ja he arvioivat keskimääräisen stressin olevan 4.3 luokkaa (vaihteluväli 1-10). Stressitekijöistä jopa puolet olivat työperäisiä. Kuitenkin 93 % anestesiahoitajista olivat tyytyväisiä työuraansa ja 73% olivat tyytyväisiä nykyiseen työpaikkaansa. Huomattavaa oli se, että 31% anestesiahoitajista joutui hakemaan ammattiapua stressin helpottamiseksi ja 18,9% vastaajista joutui

turvautumaan lääkitykseen stressin helpottamiseksi. (Chipas – McKenna 2011: 124-127.) Tutkimuksen tulokset olivat selkeät. Anestesiahoitajat elävät ja työskentelevät stressaavassa toimintaympäristössä. Anestesiahoitajat kaipaavat hyvinvoinnin parantamiseen opastusta ja stressin hallinta keinojen opetus tulisi aloittaa jo opiskeluaikoina. Suurin osa hoitajista hoiti stressiä positiivisilla keinoilla, mutta osalla stressin käsittelyyn kuului negatiivisia keinoja, kuten päihteiden käyttöä. Työntekijöiden hyvinvointi vaikuttaa potilaan hoidon ja anestesiahoitotyön laatuun. Keinoja hyvinvoinnin lisäämiseksi anestesiahoitajilla tarvitsee lisää tutkimusta. (Chipas – McKenna 2011:128.)

Anestesiahoitajien toimintaympäristöä käsitteli muutama tutkimus. Boyd & Poghosyan (2017) löysivät kirjallisuuskatsauksellaan neljä (4) yleisintä anestesiahoitotyön toimintaympäristöä kuvaavaa teemaa: 1) Yhteistyö & tiimityö 2) Ammatillinen identiteetti & autonomia 3) Työsuhteet ja 4) Hoitajien negatiiviset palautteet. Viimeksi mainittu tarkoitetaan tyytymättömyyttä työhön, työpaikkaperäistä stressiä, työuupumusta, työpaikka-aggressiota ja aikomusta irtisanoutua työpaikastaan. Varsinkin hoitajien negatiivisiin palautteisiin tulisi hoitotyön johtajien kiinnittää huomiota, jotta edistettäisiin anestesiahoitotyötä ja työhyvinvointia. (Boyd – Poghosyan 2017: 266-267.) Myös Paglione ym. (2016) tutkimuksessa työn autonomia mainittiin suurimmaksi anestesiahoitajien työhyvinvointia edistäväksi tekijäksi. Muita edistäviä tekijöitä mainittiin palkka ja miellyttävä työympäristö (Paglione ym. 2016: 1080).

Meeusen ym. (2011) totesivat tutkimuksessaan, että anestesiahoitotyön toimintaympäristö on stressaava, haastava ja ainutlaatuinen. Työssä altistutaan päivittäin melusaasteelle (hälytysäänet, ventilaattorin äänet, kirurgiset imut ja puhelimet) ja röntgensäteilylle. Työpäivät ovat usein pitkiä johtuen ennustamattomista toimenpiteistä. Myös epäergonomiset työolosuhteet kuvaavat anestesiahoitajien työympäristöä, kuten epämukavat tuolit, huono valaistus sekä altistumista monitorin valoille. (Meeusen ym. 2011: 64.)

Boyd ja Poghosyan (2017) mainitsevat työn autonomian tärkeäksi osatekijäksi anestesiahoitajien työhyvinvoinnissa. Anestesiahoitajien työhyvinvointi väheni, jos heidän työhönsä puututtiin liikaa. Työhyvinvointia voitaisiin lisätä löytämällä sopiva taso anestesiahoitajien itsenäiselle työnkuvalle, mutta lisäämällä sopivasti yhteistyötä muiden ammattikuntien kanssa. Toisaalta liian vähäinen anestesiahoitajan ammattitaidon hyödyntäminen taas laskee työhyvinvointia. Tutkimusten mukaan itsenäi-

sempi työnkuva toi anestesiahoitajille lisää työperäistä stressiä ja kasvatti kokonaistyömäärää. Sopiva määrä itsenäistä työtä ja selkeät ohjeet työntekoon lisäsivät työhyvinvointia ja työtehokkuutta. (Boyd – Poghosyan 2017:267.)

Työilmapiiri vaikutti anestesiahoitajien koettuun työhyvinvointiin (Meeusen ym. 2011: 66,69; Syvänen 2008: 29). Uusi-Seelantilaisten anestesiateknikoiden mielestä heidän työhyvinvointiinsa vaikuttivat eniten työpaikan ihmissuhteet, varsinkin eri ammattien huono arvostus heitä kohtaan. Myös epäselvä työnkuva aiheutti tyytymättömyyttä työhön. (Kluger – Bryant 2008:219.) Myös osa anestesiahoitajista koki, ettei muu henkilökunta arvostanut heidän mielipiteitään tai ammattiaan eivätkä he antaneet tarvittavaa tukea anestesiahoitajille (Sundqvist – Carlsson 2013:285). Syväsen (2008) tutkimuksessa todettiin, että mitä parempi ilmapiiri on hoitajille, sitä vähemmän he kokivat stressiä (Syvänen 2008: 29).

Työhyvinvoinnin kannalta olisi tärkeää luoda työilmapiiri, jossa anestesiahoitajien mielipiteen ilmaiseminen otettaisiin tosissaan. Joten hoitotyön johtajat voivat parantaa työhyvinvointia (ja edelleen työtehokkuutta ja kiinnostavuutta) tarttumalla eri työilmapiirin parantamiseen liittyviin aiheisiin. (Sundqvist – Carlsson 2013:287; Meeusen ym.2011: 66,69.) Meeusen ym. (2011) saivat tutkimuksessaan selville, että anestesiahoitajien työuupumus korreloi positiivisesti työilmapiirin kanssa ja työpaikan ominaisuudet korreloivat töistä irtisanoutumisen kanssa (Meeusen ym. 2011: 155). Anestesiahoitajien työuupumusta pystyttiin vähentämään hyvällä terveydellä, työhyvinvoinnin lisäämisellä sekä henkilökohtaisella tuella. (Boyd – Poghosyan 2017:267.)

Anestesiahoitajat kokivat työpaikoillaan merkittävästi muiden työntekijöiden suunnalta epäasiallista käytöstä. Tämä epäasiallinen käytös edisti anestesiahoitajien työuupumuksen esiintymistä. (Boyd – Poghosyan 2017:267.) Väkivaltaa tai sen uhkaa koettiin leikkaussalissa, lähinnä operatööreiltä. Koska hoitajien on oltava leikkauksen loppuun saakka salissa ja he työskentelevät lähellä operatööriä, niin se on oiva tilaisuus henkisellet väkivalalle. Lääkäreiden väkivaltaa on kuvattu emotionaalisilla ja verbaaleilla räjähdyksillä, kuten vähättelyllä, huutamisella, alentuvaisella käytöksellä, huomioimattomuudella. Jopa fyysistä väkivaltaa esiintyy; tönimistä, lyömistä, potkimista sekä leikkausinstrumenttien heittelyä. (Higgins – MacIntosh 2012: 299.)

Potilaan puolesta puhujan rooli jää usein sairaanhoitajalle. Potilaan perioperatiivisessa vaiheessa tämä rooli jää anestesiahoitajalle. Rooliin kuuluu potilaan oikeuksien

puolustamisen, vaikka joutuisi astumaan jonkun toisen varpaille. Potilaan autonomian, oikeuksien ja turvallisuuden puolesta puhuminen aiheuttaa anestesiahoitajalle stressiä. Potilaan puolesta puhuminen aiheutti konflikteja, osa kollegoista jopa verbaalisesti pahoinpiteli anestesiahoitajia, kun he yrittivät olla vain potilaan puolella. Tutkimuksessa osa hoitajista kuvasi tätä tunnetta ylivoimaiseksi. Kuitenkin potilaan puolesta puhuminen yleisellä tasolla voimaannutti hoitajia. Kun sai pidettyä puoliansa ja toimi potilaan parhaaksi, hoitajat kokivat suurta tyydytystä ja he itse arvostivat omaa toimintaansa (Sundqvist – Carlsson 2013 :285).

Yhdysvalloissa kolmivuotisessa projektissa pyrittiin parantamaan Gainesvillen sairaalan työntekijöiden työtyytyväisyyttä. Projektin aikana kiinnitettiin huomiota 11 eri osa-alueeseen, jotka esiin nousivat kyselyn tuloksista. Projektiin vastasi sairaanhoitajia kaikista eri osastoilta, myös perioperatiivisia hoitajia. 11 osa-aluetta olivat: ruokatauon varmistaminen, rauhallisen paikan luominen, kehittää potilaan puolesta puhujan roolia, aktiivisesti kiinnitettiin huomiota kiusaamiseen ja epäasialliseen käytökseen, opiskelijoille annettiin mentorit, jotta kulttuurista vaihtoa tapahtuu, tarjottiin säännöllisesti vapaa-ajan aktiviteetteja, yksiköt sisutettiin uudelleen, organisoitiin aikataulut vähentämään stressiä, implementoitiin koulutus ja harjoittelu hankkeita, perustettiin toimikuntia, johon työntekijät saivat osallistua ja implementoitiin palkitsemisjärjestelmä. (Brunges – Foley Brinza 2014:670-671.)

Kiinassa työhyvinvointia tutkittiin 7 eri sairaalassa. Siinä haluttiin selvittää leikkaussalin henkilökunnan stressiä, stressistä selviytymisstrategioita sekä työtyytyväisyyttä. Stressin määrä ja sen taso olivat riippuvaisi siitä, minkälaisessa sairaalassa hoitajat olivat töissä. Voimakkainta stressiä aiheuttivat potilasturvallisuuteen liittyvät asiat. Määrällisesti eniten stressiä aiheuttivat johtajien antama palaute. (Chen – Wang, Hou 2000, 199-200.) Laadukas muutosjohtaminen voi nostaa hoitajien työhyvinvointia ja sitouttaa heitä enemmän työhönsä ja parantaa työkuultuuria. Muutosjohtamiseen liittyy neljä määrettä: vapaus olla eri mieltä johtajan kanssa, hyvästä työstä saa tunnustusta, pomolta tulee arvostusta ja riittävä ohjausta. Työhyvinvointi itsessään on tärkeä aihe, jotta työntekijät eivät vaihda työpaikkaansa. (Schwartz – Spencer – Wilson – Wood 2011:737-738.)

Mileto ja Penprase (2014) tutkivat Yhdysvalloissa anestesiahoitajasukupolvien välistä työhyvinvointi eroa. Nyt anestesiahoitotyön kentällä on ensimmäistä kertaa kolme (3) eri sukupolvea samaan aikaan: sukupolvet X ja Y sekä suuret ikäluokat. Tutkimus osoitti, että anestesiahoitajilla on suhteellisen korkea työhyvinvointi sukupolvesta

riippumatta. Anestesiahoitajien työhyvinvointiin vaikutti positiivisesti itsenäinen työnkuva, mahdollisuus työskennellä kliinisesti pätevien työkavereiden kanssa, mahdollisuus työskennellä työnantajille, jotka mahdollistavat uralla etenemisen ja kouluttautumisen. Työhyvinvointia lisäsi myös, jos korkealla johtoportaassa oli oman alan edustaja. (Mileto & Penprase 2014:261.)

Meeusen ym. (2011) huomasivat tutkimuksissaan, että 42% anestesiahoitajista oli aikeissa jättää työnsä seuraavan kahden vuoden sisällä. Mitä nuorempi hoitaja oli kyseessä, sitä suurempi riski oli irtisanoutumisella. He saivat selville myös, että työuupumusriski oli suurempi, jos henkilöllä oli näitä luonteenpiirteitä: rentoluonteisuus, myötätuntoisuus sekä vastaanottavainen luonne. Yhteyttä voidaan selittää luonteenpiirteiden ja persoonien erilaisten stressistä selviytymisen menetelmillä. (Meeusen ym. 2011: 161.)

3.2 Anestesiahoitajien työhyvinvoinnin tutkiminen

Brasiliassa tutkittiin leikkausosaston henkilökunnan työhyvinvointia Paula Stampsin kehittämää Index of Work Satisfaction – mittarilla. Kysely jakaantuu kahteen osioon, joista jälkimmäinen jakaantuu vielä A- ja B-osioon. Ensimmäisessä osiossa kysytään vastaajien taustamuuttujat. A-osiossa käydään työhyvinvoinnin eri komponentteja ja B-osio koostuu 44 väittämistä, johon vastataan 7-asteisella Likert-asteikolla. Kiinassa työhyvinvointi ja stressiä mitattiin 27 kohtaisella kyselyllä, johon vastataan 5-asteisella Likert-asteikolla. Mittari koostu kolme eri mittarista. Stressimittarista, stressistä selviytymismittarista ja työhyvinvointityytyväisyysmittarista. Työhyvinvointimittaria ei näytetä artikkelissa ja alkuperäinen versio on kiinaksi. (Chen – Hou 2000: 199-200.)

Vuonna 2008 Yhdysvalloissa tutkittiin CRNA-hoitajien (Certified registered nurse anesthetis) stressin tasoa ja sen fyysisiä vaikutuksia ”Stress and Burnout Survey”-testillä. Kysely lähetettiin 28 000 henkilölle ja vastausprosentti oli 26.9%. Anestesiahoitajilla on useita stressitekijöitä elämässään ja he arvioivat keskimääräisen stressin olevan 4.3 luokkaa (vaihteluväli 1-10). (Chipas – McKenna 2011).

Uudessa Seelannissa tutkittiin anestesiateknikkojen työhyvinvointia, stressiä ja työuupumusta. Työhyvinvointia tutkittiin kyselyssä modifioidulla Delfi-tekniikalla. Tuloksista työhyvinvoinnin osa-alueita (7 kpl) arvioitiin 5-kohtaisella Likert-asteikolla. Työhyvinvoinnin osa-alueet olivat: 1) Mitkä työn osa-alueet koet tyydyttäväksi? (mainittiin tiimityö, käytän-

nön työ, potilaskontaktit 2) Mitkä työn osat koet epätyytyttäväksi? (mainittiin epäkunnioitus hoitajilta, kirurgeilta, ”kotityöt” esim. varastotyöt, limittäinen työnkuvan anestesia-sairaanhoitajien kanssa) 3.) Miten työtä voidaan parantaa (mainitaan parempi koulutus, selkeämpi ja laajempi työnkuva ja vähempi ”kotitöiden tekeminen”. 4) Mitkä alueet työssä pitäisi ottaa käyttöön tekniikoilla 5) stressin taso 6) Mitkä osa-alueet koet stressaviksi → avoi kysymys. 7) Miten reagoit stressiin. (Kluger – Bryant 2008:214-218.) Työstressiä mitattiin VAS-stressi scorella (0-10) (Kluger – Bryant 2008:217).

Yhdysvalloissa kolmivuotisessa projektissa pyrittiin parantamaan Gainesvillen sairaalan työntekijöiden tyytyväisyyttä. Hoitajien työhyvinvointia tutkittiin projektin ajan NDNQI-mittarilla (the National Database of Nursing Quality Indicator RN Survey with Job satisfaction) (Brunges – Foley Brinza 2014:670-671.) Meeusen ym. (2011) tutkivat työuupumuksen ja työhyvinvoinnin vaikutusta anestesia-sairaanhoitajien aikomukseen lähteä työstään. Työhyvinvointia mitattiin 3 eri tyytyväisyyden alueeseen: työhön, yksikköön ja organisaatioon. Alueita arvioitiin 4-kohtaisella Likert asteikolla. (Meeusen ym. 2011: 155,159). Työhön uppoutumista eli työn imua mitattiin Syväsen gradututkielmassa (2008) kysymyksellä ”Useimmiten minusta on mukava uppoutua työhöni”. Vastaus annettiin 5- kohtaisella Likert-asteikolla (täysin eri mieltä, joksinkin eri mieltä, vähän eri/vähän samaa mieltä 4 joksinkin samaa mieltä 5= täysin samaa mieltä) (Syvänen 2008:81).

Yhdysvalloissa Mileto ja Penprase (2014) tutkivat eri anestesia-sairaanhoitajasukupolvien välistä eroa työhyvinvointia NWI-R-mittarilla (The Nursing Work Index – Revised). Suomessa Syvänen (2008) tutki perioperatiivisia sairaanhoitajia ja heidän työhyvinvointin ja palautekäytäntöjä QPSNordic-mittarilla. Rayborn ym. 2017 tekemässä tutkimuksessa työhyvinvointia mitattiin 22-kohtaisen kyselyn yhdessä osiossa, 5-kohtaisella Likert-asteikolla (Rayborn ym. 2017:363,367). Hollannissa anestesia-sairaanhoitajien työhyvinvointia tutkittiin kolmella osiolla: tyytyväisyydellä työhön, tyytyväisyydellä organisaatioon ja tyytyväisyydellä osaston ilmapiiriin. Jokainen osuus arvioitiin 4-asteisella asteikolla.

3.3 Yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta

Kirjallisuuskatsauksen perusteella työ leikkausosastolla koettiin haastavaksi, nopeatempoiseksi ja töitä koettiin olevan liikaa (Syvänen 2008: Sundqvist – Carlsson). Anestesia-

sairaanhoitajat olivat kyllä ylpeitä ammatistaan, mutta altistuvat työssään monille haitallisille stressinlähteille. Mitä nuoremasta hoitajasta oli kyse, sitä enemmän stressiä koettiin. Korkeampi koulutustausta lisäsi myös anestesiahoitajien stressiä. Anestesiahoitajien toimintaympäristöä kuvasivat teemat yhteistyö & tiimityö, ammatillinen identiteetti & autonomia, työpaikan ihmissuhteet sekä hoitajien negatiiviset palautteet (Boyd – Poghosyan 2017: 266-267). Anestesiahoitajat toivovat toimintaympäristöltään toimivia ja hyviä ihmissuhteita, arvostusta sekä ylipäättään mukavaa työilmapiiriä (Sundqvist – Calrsson 2013; Boyd – Poghosyan 2017). He kaipasivat tietyissä rajoissa autonomiaa työhönsä ja kokivat itsenäisen työnkuvan olevan palkitsevaa. (Boyd – Poghosyan 2017: 266-267).

Työuupumusta ilmeni myös anestesiahoitajilla. Huolestuttava luku oli, että ulkomailla 42 % anestesiahoitajista oli aikeissa jättää työnsä kahden vuoden sisällä. (Boyd & Poghosyan 2017). Ulkomailla anestesiahoitajien tilanne on mielestäni huolestuttava. Kirjallisuuskatsauksen perusteella Suomessa tarvitaan selkeästi tutkimusta anestesiahoitajien työhyvinvoinnista ja toimintaympäristöstä. Määrällistä tutkimusta anestesiahoitajien työhyvinvoinnista Suomessa ei löytynyt lainkaan. Anestesiahoitajien työuupumusta pystyttiin vähentämään toimintaympäristöä parantamalla sekä siten myös lisäämässä työhyvinvointia (Boyd – Poghosyan 2017:267).

Anestesiahoitajien työhyvinvointia ja toimintaympäristöä on tutkittu vaihtelevin metodein. Seuraavassa taulukossa on kirjattuna kaikki käytetyt mittarit, mitkä tutkimuksissa oli esillä (taulukko 3). Uudessa Seelannissa toteutettu kyselyä työhyvinvoinnista ei voida ottaa sellaisenaan käyttöön Suomessa anestesiahoitajilla, koska kysely oli tarkoitettu anestesiatekniikkojen työhyvinvoinnin mittaamiseen. Anestesiatekniikoiden ja suomalaisen anestesiahoitajan työnkuva eroaa merkittävästi toisistaan. (Kluger-Bryant 2008). Myös eri maissa anestesiahoitajien työnkuva eroaa toisistaan. (Boyd – Poghosyan 2017, Rayborn ym. 2017). Saksalainen anestesiahoitotyö on lähellä suomalaista hoitotyötä (Meeusen ym. 2011: 63). Yhdysvalloissa, Ruotsissa ja Etelä-Koreassa anestesiahoitajilla on laajempi työnkuva kuin Suomessa (Mileto – Penprase 2004; Rayborn ym. 2017; Sundqvist – Calrsson 2013). Kuitenkin itse anestesiahoitotyötä ja sen toimintaympäristöä määrittelevät samankaltaiset ominaispiirteet.

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsauksesta löydetty mittarit

Työhyvinvointimittari	Artikkeli, jossa mittari esiintyi	Keitä tutkittiin/ tutkimusmaa	Muita huomioita
Index of Work Satisfaction (IST)	Chen – Lin – Wang - Hou Kiina, (2009)	Braziliassa leikkauosaston henkilökuntaa	Runsaasti käytetty työhyvinvoinnin mittari, ei käytetty pelkien anestesia-sairaanhoitajien työhyvinvointiin
NDNQI-mittari	Brunges - Foley-Brinza Yhdysvallat, (2014)	Yhdysvalloissa koko sairaalan henkilökunta	-
Job satisfaction scale	Chang & Hsu 2000	Kiinassa, leikkaussali-henkilökuntaan	Työhyvinvointikysely oli yksi kolmesta osiosta kyselystä. Alkuperäistä mittaria ei saatu käsiin
The Nursing Work Index – Revised (NWI-R)	Mileto & Penprase (2014)	Yhdysvalloissa anestesia-sairaanhoitajia	Saatavilla suomen-nettu versio.
QPSNordic-mittari	Syvänen (2008)	Perioperatiivisia sairaanhoitajia Suomessa	Saatavilla oleva versio suomessa, mutta myös palaute-käytäntöjä

Kirjallisuudessa potentiaalisimmaksi työhyvinvointimittariksi tähän työhön valikoitui NWI-R-mittari. Mittaria on käytetty useissa kansainvälisissä ja suomalaisissa tutkimuksissa hoitajien toimintaympäristön kuvaamiseen ja työhyvinvoinnin mittaukseen. Mittari on osoittautunut validiksi ja reaaliksi. (Aiken – Patrician 2000; Lake 2007; Tervo-Heikkinen 2008; Keinänen 2014.) Mileto & Penprase (2014) käyttivät sitä tutkiessaan anestesia-sairaanhoitajien työhyvinvointia Yhdysvalloissa. Suomessa NWI-R-mittaria ei ole käytetty anestesia-sairaanhoitajien toimintaympäristön tai työhyvinvoinnin mittaukseen.

Alkuperäinen englanninkielinen NWI-R mittari koostuu 57 eri väittämästä hoitotyön toimintaympäristöstä. Mittarin on todettu todentavan organisaation eri ominaisuudet, jotka kuvaavat hoitotyön toimintaympäristöä. (Aiken & Patrician 2000.) Suomessa mittaria on käytetty useissa tutkimuksissa (Keinänen 2014; Klinga – Leskinen 2016). NWI-R-mittari on suomennettu 2004 Sairaanhoitajaliiton työolobarometriä 2004 varten (Partanen - Heikkinen – Vehviläinen-Julkunen 2005: 9). Keinänen (2014) tutki gradussaan NWI-R-mittarilla perinataalihoidossa työskentelevien hoitoympäristöä ja työtyytyväisyyttä (Keinänen 2014: 25).

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella Suomen anestesiahoitajien työhyvinvointia, toimintaympäristöä sekä niiden välistä yhteyttä. Tarkoituksena on myös selvittää anestesiahoitajien taustatietojen yhteyttä työhyvinvointiin ja anestesiahoitotyön toimintaympäristöön. Tavoitteena on saada yleistä tietoa anestesiahoitajien työhyvinvoinnin tilasta Suomessa ja mitkä tekijät heidän toimintaympäristössään vaikuttavat työhyvinvointiin. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa anestesiahoitotyön kliinisen työn kehittämisen ja johtamisen tueksi. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää avuksi, kun halutaan kehittää anestesiahoitajien toimintaympäristö ja parantaa työhyvinvointia työpaikoilla.

Tutkimuskysymykset työhön ovat:

1. Minkälainen on anestesiahoitajien työhyvinvointi Suomessa?
2. Millainen on anestesiahoitotyön toimintaympäristö?
3. Miten anestesiahoitajien taustatiedoilla oli yhteyttä työhyvinvointiin ja anestesiahoitotyön toimintaympäristöön?
4. Mitkä tekijät toimintaympäristössä ovat yhteydessä anestesiahoitajien työhyvinvointiin?

5 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmät

5.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat

Tässä opinnäytetyössä noudatetaan kvantitatiiviseen tutkimukseen sopivaa metodologiaa, jolla pyritään saamaan käsitys Suomen anestesiahoitajien työhyvinvoinnin tilasta ja toimintaympäristöstä sekä kuvailemaan niiden välisiä yhteyksiä. Kvantitatiivinen tutkimus on menetelmä, joka antaa yleisen kuvan mitattavien ominaisuuksien, eli muuttujien välisistä riippuvuussuhteista ja eroista. Sillä pystytään vastaamaan kysymyksiin: Kuinka paljon ja miten usein? Sillä pystytään etsimään vastauksia, miten paljon tiettyä ominaisuutta esiintyy tietyssä joukossa ja millaiset tekijät selittävät tutkittavaa ilmiötä. (Vilkkä 2007: 13; Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2013: 55-60.) Sillä pyritään löytämään tutkittavasta ilmiöstä systemaattiset ja satunnaiset tekijät (Metsämuuronen 2002:6). Erilaisia kvantitatiivisia tutkimuksia voidaan luokitella ja nimetä monin eri tavoin.

Luokittelua voidaan tehdä perustuen tutkimuksen suhdetta aikaan, tutkimuksen tarkoitusta, otostyyppin mukaan, vaikuttavuuden arvioinnin sekä kehittämiskulman mukaan. (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2013: 56-60).

Tutkittavien lukumäärän takia (n. 1700 kpl) kvalitatiivinen tutkimus ei ole mahdollista, joten kvantitatiivinen tutkimus sopii opinnäytetyölleni paremmin. Yleensä havaintoyksiköiden lukumäärä (eli tässä työssä anestesiahoitajien lkm) määrällisessä tutkimuksessa on vähintään 100. Myös tutkimuskysymysten luonteen takia opinnäytetyölleni sopii kvantitatiivinen lähestymistapa. Yritän selvittää, miten paljon erilaista ominaisuutta esiintyy Suomen anestesiahoitajissa (työpahoinvointia, työhyvinvointia, organisaation piirteitä, jotka tukevat/estävät hoitajia tekemästä laadukasta hoitotyötä eli toimintaympäristöä). Ja koitan selvittää mitkä asiat näihin vaikuttaa ja onko eri ilmiöiden välillä riippuvuutta. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 60; Vilkkä 2007: 17.) Kyseessä on poikittaistutkimus, jossa aineisto kerätään kerran. Tutkimuksen tarkoituksena ei ole kerätä tutkimusilmiöitä suhteessa aikaan, vaan saada tietoa tämän hetkisestä Suomen anestesiahoitajien työhyvinvoinnista. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 56.)

5.2 Perusjoukko, otos, otantamenetelmä

Tutkittavan kohderyhmän määrittely ja rajaaminen on tärkeää kvantitatiivisessa tutkimuksessa (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2013: 104-105). Tutkittavaksi joukoksi valittiin Suomen anestesiahoitajat Ry:n jäsenet. Järjestön varsinaisten jäsenten määrä oli 2.1.2019 1700 kpl. Varsinaisista jäsenistä opiskelijajäseniä oli vajaa 50 kpl ja eläkeläisjäseniä 12 kpl. Lisäksi ns. ”jäsenistöön” kuuluu yrityksiä, sairaaloita, kirjastoja sekä kunniajäseniä kohottaen jäsenistön kokonaismääräksi 2000. (Sjögren 2019.) Parhaiten tietoa Suomen anestesiahoitajien työhyvinvoinnin tilasta olisi tutkia kaikkia Suomen anestesiahoitajia satunnaisotoksella, mutta sen suorittaminen YAMK-tutkinnon antamassa aikataulussa olisi mahdotonta. SASH Ry:n jäsenistöä tutkimalla voidaan saada tietoa, joka on yleistettävissä koko Suomen anestesiahoitajien työhyvinvoinnin tilaan. Mahdollisimman suurella aineistolla pystytään muodostamaan havaintoja tästä näkökulmasta ja tutkittavia asioita selittämään numeerisesti (Alasuutari 1996: 55). Mitä suurempi otos, niin sitä paremmin toteutunut otos edustaa perusjoukossa keskimääräistä mielipidettä asennetta tai kokemusta tutkittavasta asiasta (Vilkkä 2007: 17). Tässä opinnäytetyössä perusjoukon ja otoksen muodostavat saman joukon, eli kaikki

Suomen Anestesia- ja sairaanhoitajat Ry:n järjestön jäsenet. Tutkimus tehdään kokonaistutkimuksella. (Heikkilä 2010:33). Tutkittaviksi valitaan tällä hetkellä työelämässä olevat yhdistyksen jäsenet, jotka tekevät vähintään 50% työajastaan anestesiahoitotyötä.

5.3 Reliabiliteetti ja validiteetti

Tutkimuksen luotettavuutta kuvataan kahdella termillä: reliabiliteetilla ja validiteetilla. Molemmat tarkoittavat luotettavuutta, mutta reliabiliteetti viittaa enemmän tutkimuksen toistettavuuteen. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja se arvioi tulosten tarkkuutta. (Vilkka 2007: 149-150; Heikkilä 2010:30; Metsämuuronen 2002:11). Mikäli tutkimus on luotettava ja tarkka, vastaukset olisivat melko samanlaisia, mittauskerrasta ja tutkijasta riippumatta. Tutkimuksen reliabiliteettia tulee arvioida jo tutkimuksen aikana ja sen jälkeen. Reliabiliteetin varmistamisessa tulee ottaa huomioon, miten onnistuneesti otos edustaa perusjoukkoa (otoskoko ja laatu) ja vastausprosentin suuruus (Vilkka 2007: 149-150; Metsämuuronen 2002: 11). Virheitä voi sattua havaintoyksiköitä kerätessä (mittarin virheet), ja tietoja syötettäessä tilastojärjestelmään, joten tutkijan huolellinen työ lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Heikkilä 2010:30).

Tutkimuksen validius tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoituskin mitata. Toisin sanoen, miten tutkija on onnistunut muuttamaan teoreettiset käsitteet arkikielelle mittariin ymmärrettävään muotoon. Tutkimuksen validius on hyvä, jos tutkija ei ole joutunut tutkimuksessa esimerkiksi käsitteiden tasolla harhaan ja systemaattiset virheet puuttuvat. Tutkimuksen validiteettiin vaikuttavat useat eri asiat, jotka tulee huomioida tutkimusta tehdessä. Vaikuttavat tekijät esitellään seuraavassa taulukossa (taulukko 4).

Taulukko 4. Tutkimuksen validiteettiin vaikuttavat tekijät (mukailtu Vilkka 2007: 150, Heikkilä 2010: 29)

Tutkimuksen validiteettiin vaikuttavat tekijät
Mitattavien käsitteiden tarkka määrittely
Mitattavien muuttujien tarkka määrittely
Mittarin kysymysten ja vastausvaihtoehtojen sisältö /muoto Ymmärtävätkö tutkija ja tutkittava asiat samalla tavalla?
Valitun asteikon toimivuuden onnistuminen
Mittarin epätarkkuudet

Perusjoukon tarkka määrittely
Edustavan otoksen saaminen
Korkea vastausprosentti

5.4 Aineiston kerääminen

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineisto kerätään sähköisesti kvantitatiivisella kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen laatimiseen tulee käyttää aikaa, jotta tutkimuksesta tulee luotettava. Kyselylomakkeen tulee vastata tutkimuskysymykseen mahdollisimman hyvin ja se tulee testata ennen käyttöä. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013: 114.) Tutkimuslupaa ei haettu, sillä kyselylomake jaettiin jäsenistölle järjestön sihteerin välityksellä.

Kyselymittariksi valikoitui NWI-R-mittari (The Nursing Work Index-Revised). NWI-R-mittari on strukturoitu kyselymittari, joka kuvaa hoitotyön toimintaympäristöä. Sitä on käytetty paljon kansainvälisesti ja Suomessa ja sen on todettu olevan validi ja reliabeeli. Mittari on todettu onnistuneesti arvioivan hoitotyön toimintaympäristöä useissa tutkimuksissa usean vuosikymmenen ajan ja sillä on loistava reliabiliteetti. Positiivisen hoitotyön toimintaympäristön lopputuloksena on usein työtyytyväisyys ja mittaria on käytetty juuri työhyvinvointitutkimuksissa. (Mileto – Penprase 2014.) Tämä tiedonkeruumenetelmä mahdollisti kuvailevan tutkimuksen toteuttamisen hoitotyön toimintaympäristön ja työhyvinvoinnin yhteyksistä.

Kysely on aineiston keräämisen tapa, jossa kysymysten muoto on vakioitu. Vakiointi tarkoittaa, että kaikilta vastaajilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kyselyssä vastaaja itse lukee kysymyksen ja vastaa siihen. Kyselylomaketta käytetään, kun havaintoyksikkö on henkilö ja häntä koskevat asiat esimerkiksi mielipiteet, ominaisuudet tai käyttäytyminen. Kyselyn voi toteuttaa postitse tai internetissä. (Vilkkä 2007: 28.) Kysely ei saa olla liian pitkä ja kysymysten määrä tulee olla sopiva, jotta vastaaja säilyttää mielenkiinnon lomakkeen alusta loppuun saakka (Valli 2015: 43).

Kysymysten asettelussa tulee miettiä jo työn analysointi vaihetta. on Mietittävä miten vastaukset ovat järkevimmin ja helpoimmin syötettävissä ja koodattavissa. Valmiiden vastausvaihtoehtojen tekemisellä pyritään auttamaan vastaajaa vastauksen antamisessa, ne ei kuitenkaan saa olla lainkaan päällekkäisiä. Kontrollikysymyksillä saadaan tutkimukseen lisää luotettavuutta, mutta kysymykset eivät voi olla liian samanlaisia. (Valli 2015: 43-44).

NWI-R-mittari on alun perin julkaistu 1997 Linda Aikenilta. Sairaanhoitajaliitto teki työolobarometrikyselyn vuonna 2004, johon kattavan kyselyn yhdeksi osaksi suomennettiin NWI-R-mittari. Suomennetulla NWI-R-mittarin tekijänoikeudet ovat siis sairaanhoitajaliitto Ry:llä sekä työolobarometri 2004 kirjoittajille, eli Pirjo Partasella, Tarja Tervo-Heikkisellä ja Katri Vehviläinen-Julkusella. Lupa mittarin käyttöön ja muokkaamiseen kysyttiin sähköpostitse 16.11.2018 työolobarometrin kirjoittajilta. Tähän opinnäytetyöhön mittaria on modifioitu juuri anestesiahoitajien toimintaympäristöön sopivaksi. Tähän työhön mittarista on poistettu kuusi väittämää, mittariston väittämien muutokset esitellään seuraavassa taulukossa 5 perusteluineen. Alkuperäisestä suomennoksesta on poistettu väittämiä, jotka eivät sovellu suomalaiseen hoitotyön kenttään, eikä niitä olla otettu myöskään tähän työhön mukaan. Viisi väittämää jäi vahingossa pois kyselystä, kun kyselyä siirrettiin Webropol-ohjelmaan.

NWI-R-mittaria on käytetty ulkomailla anestesiahoitajien työhyvinvoinnin mittaamiseen ja vertailemaan eri anestesiahoitajasukupolvien välistä eroa, joten sen on todettu sopivan anestesiahoitotyön toimintaympäristön ja työhyvinvoinnin selvittämiseen (Mileto – Penprase 2014). Sähköisen kyselyn 12 ensimmäistä kysymystä ovat taustamuuttujia. Kysymykset 13.-61. ovat NWI-R- mittaria. Lopuksi työhyvinvoinnin tilaa mitataan kysymyksellä 62. Kysymys 63 mittaa vastaajan tyytyväisyyttä uraansa anestesiahoitajana. Kysymyksiin 62. ja 63. vastataan numeerisella asteikolla 1-10 tai ”en osaa vastata”. Lopuksi kysytään avoimella kysymyksillä (kysymykset 64 ja 65), mitä muuta sanottavaa vastaajalla on omasta työhyvinvoinnistaan ja yksikkönsä toimintaympäristöstä. Avoimilla kysymyksillä pyrittiin parantaa kyselyn reliabiliteettia.

Taulukko 5. NWI-R-mittarin väittämien muutokset perusteluineen.

Tekijät, vuosi Tutkimuksen nimi	Väittämän nro alkuperäisessä NWI-R:ssä, suomennos ja mitä kysymyksellä on tehty kyseisessä tutkimuksessa	Perustelut ja väittämän poisto /lisäys omaan työhön
Partanen – Heikkinen - Vehviläinen-Julkunen. (2004) Sairaanhoitajien työolobarometri	22. Hoitotyö ensisijaisena sairaanhoidon järjestelmänä.	Ei koske anestesiahoitotyötä
	Väittämä poistettu kyselystä	Väittämä poistettu kyselystä
	39. Yhteistyö (joint practice) hoitajien ja lääkäreiden välillä.	Ei ole käytössä Suomessa,
	Väittämä poistettu kyselystä	Väittämä poistettu kyselystä
	55. Ongelmalähtöisen potilaskertomuksen käyttäminen	Ei ole käytössä Suomessa
	Väittämä poistettu kyselystä	Väittämä poistettu kyselystä

Mileto – Penprase (2014)	47. Kaikilla potilailla on kirjatut ja ajantaisat hoitotyönsuunnitelmat	Ei koske anestesiahoitotyötä
Job satisfaction Among Certified Registered Nurse Anesthetists: a Multigenerational analysis	Väittämä poistettu kyselystä	Väittämä poistettu kyselystä
	46. On tilaisuus työskennellä pitkälle erikoistuneessa yksikössä	→ Kysymys otettu mukaan opinnäytetyöhön, ei perusteita muuttaa alkuperäistä mittaria
	Väittämä poistettu kyselystä	
	48. Potilaiden nimeäminen hoitajille tehdään siten, että se edistää hoidon jatkuvuutta (sama hoitaja huolehtii potilaasta päivästä toiseen).	Ei koske anestesiahoitotyötä
	Väittämä poistettu kyselystä	Väittämä poistettu kyselystä
	53. Henkilöstöresursseja tasoitetaan osastolta toiselle tilanteen ja tarpeen mukaan	→ Kysymys otettu mukaan opinnäytetyöhön, koska henkilökunnan liikkuminen on normaali käytäntö
	Väittämä poistettu kyselystä	
Tässä opinnäytetyössä	52. Työyksikössämme käytetään hoitotyön diagnooseja	Ei ole käytössä Suomessa,
		Väittämä poistettu kyselystä
	19. On erikoistuneita sairaanhoitajia, jotka antavat neuvoja potilaan hoidon ongelmissa	Jäänyt vahingossa pois kyselystä sitä siirrettäessä sähköiseen Webropol-ohjelmaan
		Väittämä poistettu kyselystä
	29. On mahdollisuus edetä ammatissaan	Jäänyt vahingossa pois kyselystä sitä siirrettäessä sähköiseen Webropol-ohjelmaan
		Väittämä poistettu kyselystä
	44. Ylin hoitotyön johtaja on tasa-arvoisessa asemassa muihin sairaalan ylimpiin johtajiin nähden (26)	Jäänyt vahingossa pois kyselystä sitä siirrettäessä sähköiseen Webropol-ohjelmaan
		Väittämä poistettu kyselystä
	45. Hallintomme* kuuntelee ja reagoi työntekijöiden huolenaiheisiin (*mm. sairaalan valtuusto, hallitus, hoitajaylilääkäri, hallintoylihoitaja, palvelualuejohtaja, ylihoitaja) (36)	Jäänyt vahingossa pois kyselystä sitä siirrettäessä sähköiseen Webropol-ohjelmaan
		Väittämä poistettu kyselystä
	59. Käytännöt, toiminta- ja menettelytavat ovat standardoitu (51)	Jäänyt vahingossa pois kyselystä sitä siirrettäessä sähköiseen Webropol-ohjelmaan
		Väittämä poistettu kyselystä

Alkuperäisessä NWI-R-mittarissa eikä sen alkuperäisessä suomennoksessa ollut neutraalia vastausvaihtoehtoa (Aiken & Patricia 2000: Partanen – Heikkinen – Vehviläinen-Julkunen 2005). Keinänen (2014) on lisännyt gradussaan neutraalin vaihtoehdon, ”en osaa sanoa” NWI-R-mittariin, koska sen sisällyttämistä Likert-asteikollisiin vastausvai-

toehtoihin suositellaan (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013, 131). Tässä opinnäytetyössä on myös lisätty neutraalivaihto, mutta muodossa ”En osaa vastata” jokaiseen väittämään ja kysymykseen, lukuun ottamatta avoimia kysymyksiä. En osaa vastata - vastauksille annetaan arvo 0 (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 131).

Alkuperäisessä NWI-R- mittarissa kaikki väittämät ovat yhtenä listana, ilman väliotsikointia. Tässä opinnäytetyössä pyrittiin helpottamaan vastaajaa jakamalla pitkä väittämäluetelo väliotsikoiden alle. Sähköisessä kyselyssä jokainen väliotsikko väittämiseen näkyy eri sivulla. Väliotsikoinnissa käytettiin apuna alkuperäisen mittarin summamuuttujien otsikoita. Loput väittämät jaettiin samoja aiheita käsitteleviin väliotsikoihin. Väliotsikoita oli yhteensä kahdeksan. Tarkempi esittely otsikoinnista ja väittämien koosteesta löytyy liitteestä neljä (4). Jotta saadaan selville, pitävätkö anestesiaa sairaanhoitajat väittämien sisältöä tärkeänä osatekijänä heidän työhyvinvoinnissaan, niin jokaisen NWI-R-mittarin väittämän perään liitettiin kysymys: ”Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?”. Vastausvaihtoehtoina ovat ”Kyllä tai ei”. Keinänen (2014) vertasi NWI-R-mittarin väittämistä muodostettuja kuutta eri summamuuttujaa perinataalihoitossa työskentelevän hoitohenkilöstön antamiin tyytyväisyyden arvosanoihin. Tässä opinnäytetyössä vastaajilta kysytään yleisarvosanaa työhyvinvoinnille ja tyytyväisyydelle anestesiahoitajan uravalintaan ja niitä verrataan NWI-R-n mittarin alkuperäisiin neljään summamuuttujaan.

Avoimien kysymysten tarkoituksena oli lisätä tutkimuksen luotettavuutta, jos kyselyn väittämien ulkopuolelle jää anestesiaa sairaanhoitajien toimintaympäristöön ja työhyvinvointiin vaikuttavia asioita. Avoimilla kysymyksillä täydennetään määrällistä osiota anestesiaa sairaanhoitajien työhyvinvoinnin sekä anestesiahoitotyön toimintaympäristön kysymyksillä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 77-76).

Kyselylomake vietiin Webropol-ohjelmaan. Saatekirje on kyselyn ensimmäisellä sivulla (liite 3). Käytetty kyselylomake on liitteessä 4. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta; kyselyyn vastaaminen tai vastaamatta jääminen ei vaikuta vastaajien jäsenyyteen Sash Ry:ssä. Sähköpostiin kirjoitettiin lyhyt esitelyteksti ja annettiin linkki kyselylomakkeeseen. Sähköposti lähetettiin Sash Ry:n jäsensihteerille, joka välitti kyselyn jäsenistölle sähköpostitse, yhdistyksen kotisivuille ja sosiaalisen median kanavaan 8.1.2019. Opinnäytetyön kirjoittaja ei saanut tietoonsa jäsenistön nimiä, sähköpostiosoitteita tai muita salassa pidettäviä tietoja järjestöltä. Kyselyn

kokonaisvastausaika on 4 viikkoa. Muistutusviesti kyselyyn vastaamisesta lähetettiin jäsenillä 3 viikon vastausajan jälkeen 28.1.2019. Karhuamismiestillä voidaan korottaa vastausprosenttia (Valli 2015: 46).

Kyselylomake oli avoinna 8.1.2019-4.2.2019 (4 viikkoa). Lomakelinkki saatekirjeineen lähetettiin kaikille SASH Ry:n jäsenille, joilla on rekisterissä annettuna sähköpostiosoite. Kyselylinkki jaettiin myös SASH Ry:n sivuilla ja sosiaalisen median, Facebook-sivustolla. Vastauksien kokonaismäärä oli 236, jäsenistöä on 1700. Vastauksia oli 28.1.2019 mennessä 155 kpl, muistutusviestin jälkeen vastausten määrä nousi 236 kpl. Muistutusviesti nosti kyselyn lukumäärää 81 vastauksella, eli vastauksien määrä nousi 34%. Kyselyyn otettiin mukaan kaikki vastaajat, jotka työskentelivät 50 % tai sen yli työajastaan anestesiasairaanhoitajana ja olivat tällä hetkellä työelämässä. Merkitsevyystasoksi valittiin yleisesti käytettyä $p=0,05$ riskitaso (KvantiMOT 2003; Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2013: 61).

5.5 Aineiston analysointi ja raportointi

Numeraalinen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS-ohjelmalla. Kyselyn vastaukset tallennettiin tilasto-ohjelmaan. Aineiston tallentamisen jälkeen tiedot tarkistettiin ja taustamuuttujien avoimet vastaukset luokiteltiin uudelleen (kts liite 6). Puuttuvat arvot huomioitaan laskemalle frekvenssit ja prosenttiosuudet kaikille muuttujille. Puuttuvat arvot korvataan mahdollisesti keskiarvoilla ja samalla katsotaan mahdolliset tallenusvirheet (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 129.) ”En osaa vastata”-vastaukset poistettiin väittämien keskiarvoista. Aineiston summamuuttujille tehtiin normaalijakauma testi (Kolmogorov-Smirnov) ja todettiin, ettei aineisto noudattanut normaalijakaumaa ja valittiin aineiston tilastolliseen testaukseen parametrittomat testit. Summamuuuttujien p-arvo on kerrottuna taulukossa 6.

Alkuperäisessä NWI-R-mittarissa on neljä summamuuttujaa, jota käytettiin myös tässä aineistossa. Hoitotyöllä on autonomia, hoitotyö on itsenäinen oma alansa, hoitaja-lääkäri väliset yhteistyösuhteet sekä organisaation tuki-summamuuuttujien väittämäkooste esitellään taulukossa 7. Kysymyslomakkeessa käytettiin käänteistä Likert-asteikko, (1= Täysin samaa mieltä, 2= Jokseenkin samaa mieltä, 3=Jokseenkin eri mieltä, 4=Täysin eri mieltä), joka huomioitiin aineistoa analysoitaessa.

Taulukko 6. Toimintaympäristöä kuvaavat summamuuttujat ja niistä koostuvat väittämät. (P-arvot Kolmogorov-Smirnov-testille ja väittämän perässä sulussa oleva numero on alkuperäisen mittarin väittämän numero (Aiken – Patricia 200).

Hoitotyöllä on autonomia p=0,000	Hoitotyö on itsenäinen oma alansa p= 0,010	Hoitaja-lääkäri väliset yhteistyösuhteet p=0,000	Organisaation tuki p=0,000
Hoitohenkilöstöä tukeva johto (4)	Riittävät tukipalvelut mahdollistavat sen, että voin käyttää riittävästi aikaa potilaiden kanssa (1)	Lääkäreillä ja anestesiahoitajilla on hyvät yhteistyösuhteet (2)	Riittävät tukipalvelut mahdollistavat sen, että voin käyttää riittävästi aikaa potilaiden kanssa (1)
Hoitotyö on oma itsenäinen alansa (6)	On riittävästi aikaa ja mahdollisuuksia keskustella potilaiden hoidosta toisten hoitajien kanssa (11)	Hoitajat ja lääkärit tekevät paljon tiimityötä (27)	Lääkäreillä ja anestesiahoitajilla on hyvät yhteistyösuhteet (2)
On vapautta tehdä tärkeitä töitä ja potilashoitoa koskevia päätöksiä (17)	On riittävästi anestesiasairaanhoitajia toteuttamaan laadukasta hoitotyötä (12)		Hoitotyö on oma itsenäinen alansa (6)
En joudu hoitotilanteissa toimimaan vastoin omaa hoitonäkemystäni/ harkintaani (24)	Osastonhoitaja, joka on hyvä sekä asioiden, että ihmisten johtamisessa (13)		On riittävästi aikaa ja mahdollisuuksia keskustella potilaiden hoidosta toisten hoitajien kanssa (11)
Osastonhoitaja tukee hoitotyön henkilöstöä päätöksenteossa, vaikka kyseessä olisi ristiriita lääkärin kanssa (35)	Riittävästi henkilökuntaa päivittäisistä tehtävistä suoriutumiseen (16)		On riittävästi anestesiahoitajia toteuttamaan laadukasta hoitotyötä (12)
	On tilaisuus työskennellä pitkälle erikoistuneessa yksikössä (46)		Osastonhoitaja, joka on hyvä sekä asioiden, että ihmisten johtamisessa (13)
			On vapautta tehdä tärkeitä töitä ja potilashoitoa koskevia päätöksiä (17)
			En joudu hoitotilanteissa toimimaan vastoin omaa hoitonäkemystäni/ harkintaani (24)
			Hoitajat ja lääkärit tekevät paljon tiimityötä (27)

Laadullinen aineisto analysoitiin induktiivisesti sisällön analyysillä tutkimuskysymyksittäin (Tuomi – Sarajärvi 2018: 117, 123-125; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 165-166). Tällä menetelmällä pyrittiin saada avoimista kysymyksistä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Ensiksi alkuperäisdata redusointiin (pelkistettiin), sitten klusterointiin ja lopuksi abstrahointiin. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 117, 123-125; Kyngäs – Vanhanen 1999:4-6.) Avoimien kysymysten tekstit siirrettiin sanasta sanaan Word-ohjelmaan asiakirjatiedostoon. Kirjallista materiaalia oli 11 A4-kokoista sivua, Arial-fontilla, kirjasin

koolla 12 ja rivinvälillä 1,15. Kirjallista materiaalia luettiin useita kertoja lävitse. Aineistosta etsittiin kuhunkin tutkimuskysymykseen sopivia vastauksia. Analyysin perusyksiköksi valittiin kokonainen lause tai lauseyksikkö, joka vastasi tutkimuskysymyksiin (Janhonen – Nikkonen 2001: 25). Tutkimuskysymyksittäin jaetut alkuperäisilmaukset pelkistettiin, eli tehtiin niistä tiivistetympi muoto. Ilmaisua koodattiin myös aikajärjestykseen järjestetyn aineiston numerolla, numero sijoitettiin pelkistetyn ilmaisun yläindeksiin. Pelkistettyjen ilmausten muodostamisessa käytettiin aineiston termejä. Vaikka kyselyssä toimintaympäristöön ja työhyvinvointiin liittyvät avoimet kysymykset olivat erikseen, niin osa vastaajista vastasi ”väärään” kohtaan. Pelkistämisen jälkeen nämä ”väärän” tutkimuskysymyksen alle vastatut vastaukset siirrettiin oikean tutkimuskysymyksen alle. Pelkistetyn ilmaisun eteen kirjoitettiin joko T1 (tutkimuskysymys työhyvinvoinnista) tai T2 (tutkimuskysymys toimintaympäristöstä) Taulukossa 8 on esimerkki alkuperäisilmausujen pelkistämisestä. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 109-110; Janhonen – Nikkonen 2001: 26.)

Taulukko 7. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
<i>"Työstä ei tule kehuja, ei pääse haastavampiin juttuihin, ei saa talkoovapaata edes yhtä päivää, lomista tapellaan, ei saa virkavapaata, sisäilma on huono ja tulee oireita., aina pula henkilökunnasta. Anestesia lääkärit tosi kivoja kuten myös potilaat"</i>	T2: Työstä ei saa kehuja ⁵
	T2: Halutaan päästä haastaviin työhaasteisiin ⁵
	T2: Vapaita (vuosiloma, virkavapaa jne.) saa huonosti ⁵
	T2: Henkilöstöpula ⁵
	T1: Anestesia lääkärit kivoja ⁵
	T1: Potilaat mukavia ⁵

Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Ryhmittelyvaiheessa pelkistetyt ilmaisut koottiin samankaltaisten ilmaisujen perusteella omiksi alaluokikseen. Samaa asiaa kuvaavat ilmaukset luokiteltiin samaan luokkaan ja luokka nimettiin sisältö kuvaavasti, esimerkiksi "Palautejärjestelmät". Taulukossa 9 esitellään esimerkki toimintaympäristöä koskevan tutkimuskysymyksen aineiston ryhmittelystä. Samansisältöiset alaluokat yhdistettiin pääluokiksi, eli aineisto abstrahoitui. (Janhonen – Nikkonen 2001:29; Kyngäs – Vanhanen 1999: 5.) Toimintaympäristö aiheisen aineiston pääluokkia muodostui kuusi. Liitteessä 7 esitellään tarkemmin aineistolähtöinen sisällön analyysi tutkimuskysymyksittäin.

Taulukko 8. Esimerkki toimintaympäristö aiheisen aineiston ryhmittelystä

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääluokka
T2: Työstä ei saa kehuja ⁵ T2: Kehityskeskusteluja ei pidetä ³⁴	Palautejärjestelmät	Johtaminen ja toiminnan kehittäminen
T2: Työntekijöitä ei oteta mukaan työn sujuvoittamisen suunnitteluun ¹¹⁵ T2: Kehittämiseen otetaan kaikki ammattiryhmät mukaan(yksityisellä) ¹³²	Toiminnan kehittäminen	
T2: Halutaan päästä haastaviin työhaasteisiin ⁵ T2: Anestesiahoitajan toimenkuvaa liian rajoitettu ²³	Anestesiahoitajan toimenkuva	Anestesiahoitajan osaamisen ylläpito ja toimenkuvan laajentaminen
T2: Lisäkoulutus ei laajenna toimenkuvaa ³¹ T2: Anestesiahoitotyön erikoistumiskoulutus puuttuu Suomesta ²³	Koulutus	
T2: Vapaita (vuosiloma, virkavapaa jne.) saa huonosti ⁵ T2: Meidän yksikössämme toimii työvuorosuunnittelu erinomaisesti ¹¹	Työaikojen suunnittelu	Työaikojen suunnittelu ja työterveys
T2: Työterveyspalvelut eivät vastaa osaston työntekijöiden tarpeita ⁴⁷ T2: Työterveyspalvelut puutteelliset ⁴⁶	Työterveys	

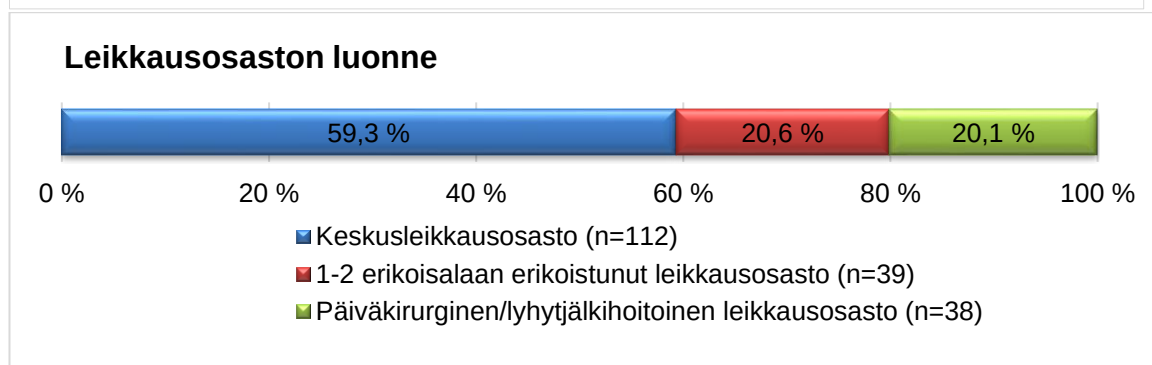
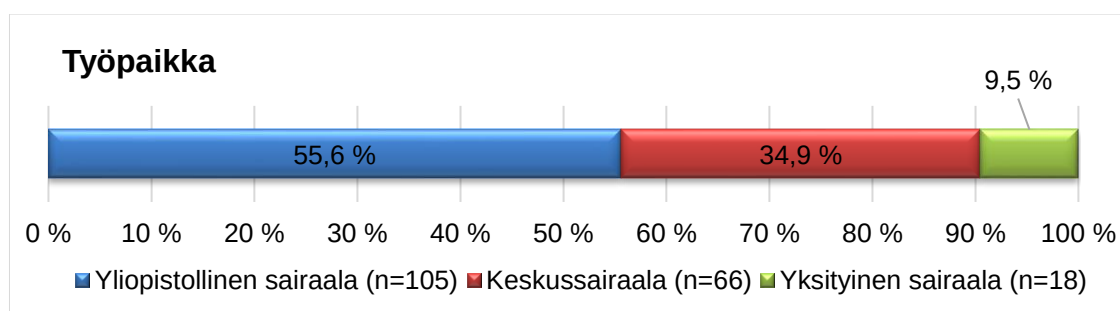
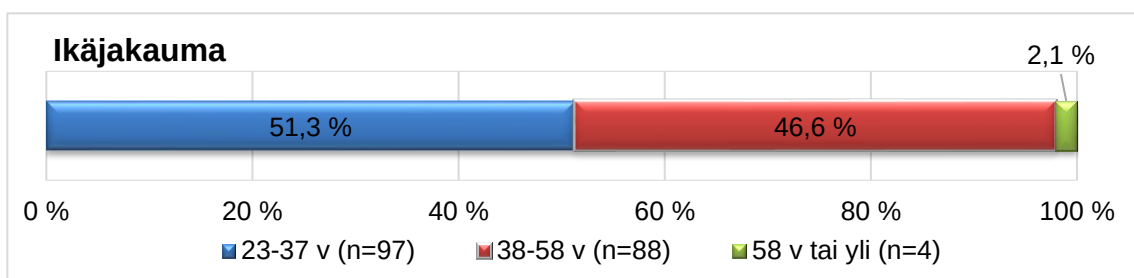
6 Opinnäytetyön tulokset

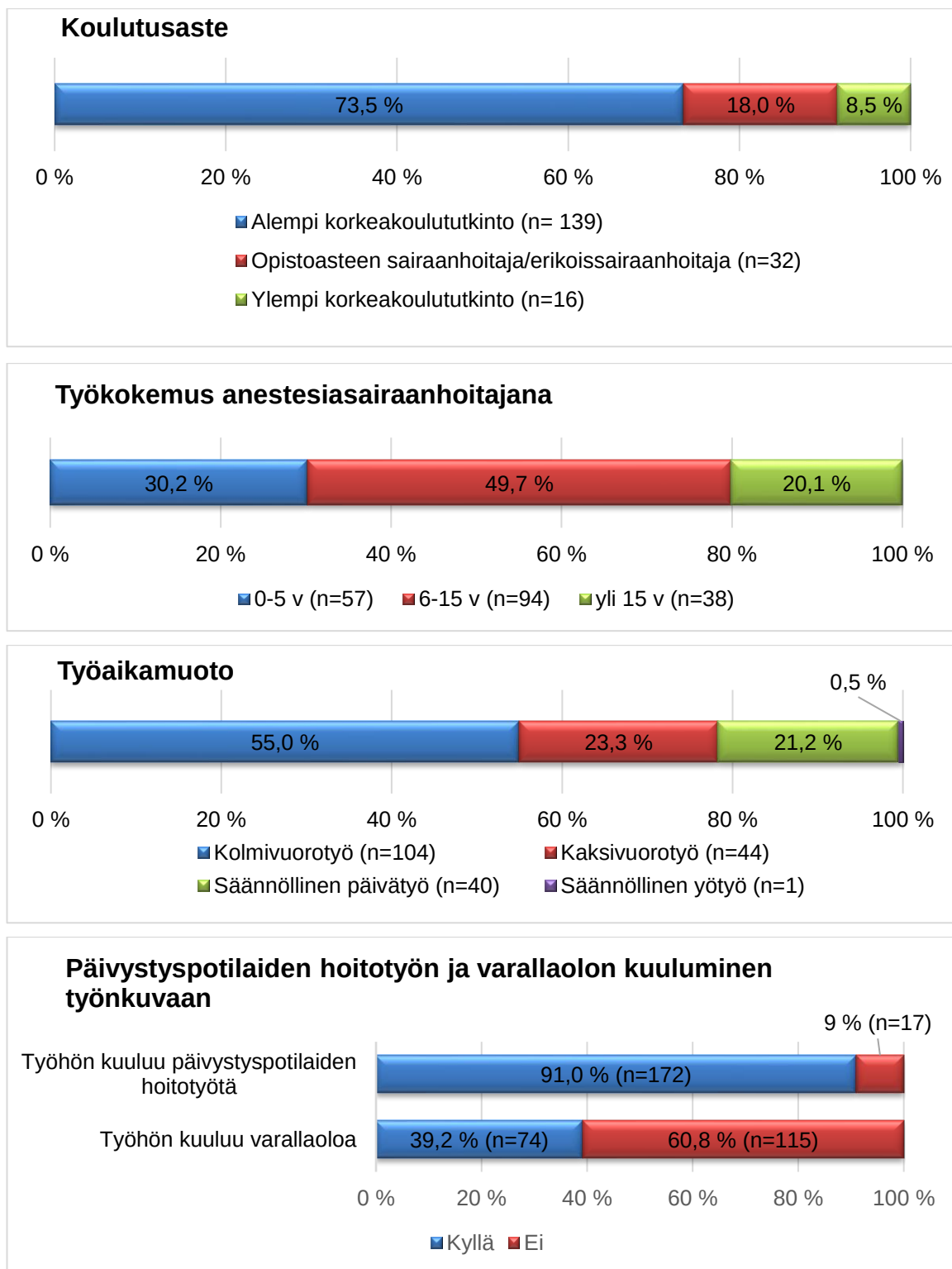
Kyselyyn vastasi 236 henkilöä. Opinnäytetöyöhön valittiin ne vastaajat, jotka olivat tällä hetkellä työelämässä ja jotka tekivät työajastaan yli 50 prosenttia anestesiahoitajan töitä. Valintakriteerit täyttäviä vastauksia oli 189 kappaletta, tehden vastausprosentista 11,1 %. (KvantiMOT 2010.) Väittämien frekvenssijakaumataulukko löytyy liitteestä 5. Vastaajat pystyivät vastaamaan osaan taustatiedoista avoimella vastauksella, nämä vastaukset lajiteltiin jo annettuihin vastausvaihtoehtoihin (kts. liite 6.)

6.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista 87,8 % oli naisia (n=166) ja 12,2 % oli miehiä (n=23). Yli puolet vastaajista oli 23-37-vuotiaita ja lähes puolet oli 38-58-vuotiaita ja vain pari prosenttia oli sitä vanhempia. Vastaajista yli puolet työskenteli yliopistosairaalassa, noin kolmasosa keskus-

sairaalassa/aluesairaalassa ja loput yksityisessä sairaalassa. Vastaajista yli puolet työskenteli keskussleikkausosastolla, jossa tehdään kolme tai useampaa kirurgisen erikoisalan leikkauksia. Viidesosa vastaajista työskenteli osastolla, jossa oli 1-2 kirurgista erikoisala. Loput vastaajista työskenteli päiväkirurgisella tai lyhytjälkihoitoisella leikkausosastolla. Suurin osa vastaajista oli suorittanut alemman korkeakoulututkinnon. Opistoasteen sairaanhoitajan tai erikoissairaanhoitajatutkinnon oli suorittanut melkein viidesosa vastaajista. Ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet olivat vähemmistö. Noin puolet vastaajista oli työskennellyt anestesia-sairaanhoitajana 6-15 vuotta. Kolmasosa vastaajista oli uransa alkuvaiheessa ja viidesosavastaajista oli työskennellyt anestesia-sairaanhoitajana jo yli 15 vuotta. Yli puolet vastaajista työskenteli kolmivuorotyössä viimeisen vuoden aikana. Viidesosa työskenteli säännöllisessä päivätyössä ja viidesosa kaksivuorotyössä. Vain yksi vastaajista työskenteli säännöllisessä yötyössä. Näin ollen taustamuuttujasta saatiin yhteensä kolme luokkaa. Alle puolella vastaajista työhön kuului varallaoloa ja suurimalla osalla vastaajista päivystyspotilaiden hoitotyö kuului toimenkuvaan. Vastaajien taustatiedot esitellään kuviossa 2.



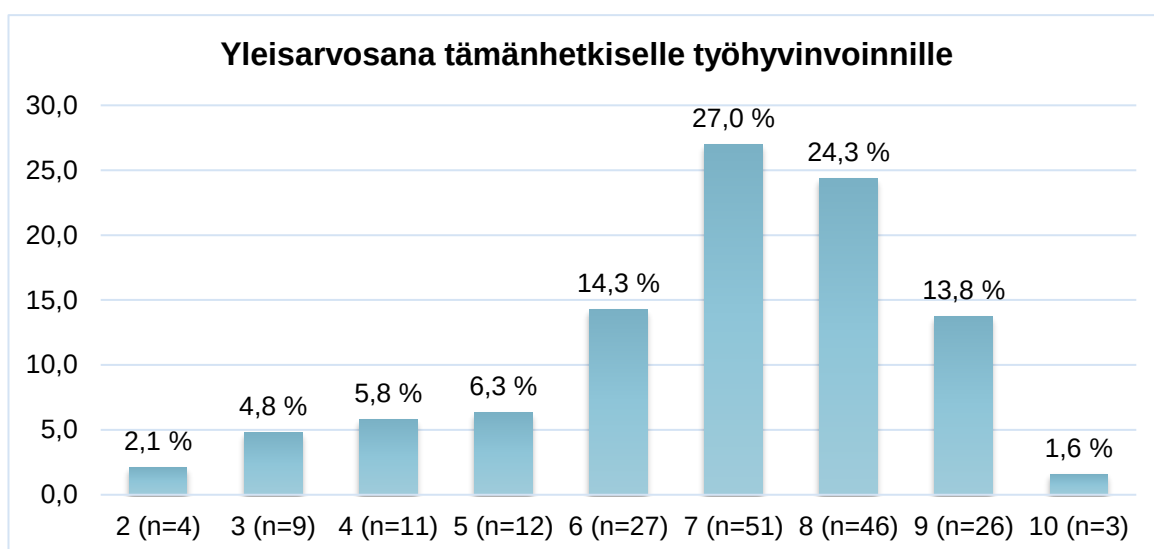


Kuvio 2. Vastaajien taustatiedot

6.2 Anestesiahoitajien työhyvinvointi Suomessa

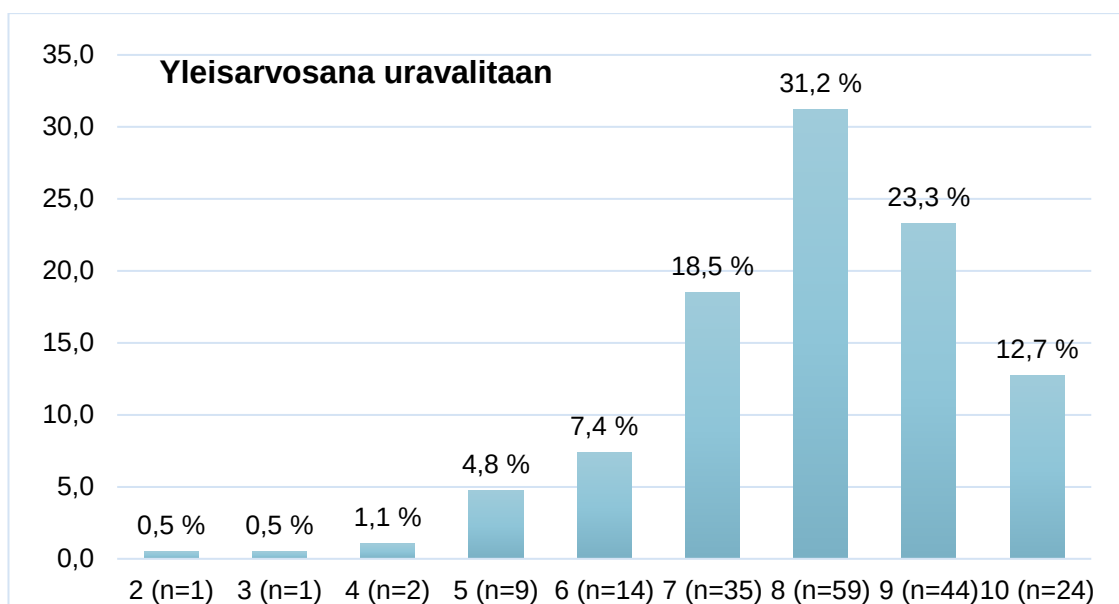
6.2.1 Anestesiahoitajien työhyvinvointi

Vastaajilta kysyttiin yleisarvosanaa 1-10 välillä, mikä on heidän tämänhetkinen työhyvinvointinsa (1= Ei lainkaan tyytyväinen, 10= Täysin tyytyväinen). Yli puolet vastaajista vastasi työhyvinvointinsa olevan kohtuullisen hyvä (66,7 % vastaajista arvioi yleisarvosanaksi 7 tai sen yli). Anestesiahoitajien työhyvinvointi vaihteli arvojen 2-10 välillä. Työhyvinvoinnin keskiarvoksi muodostui 6,83, keskihajonnaksi 1,77, moodiksi 7 ja mediaaniksi 7,00. Työhyvinvoinnin yleisarvosanojen tarkempi prosentuaalinen jakautuminen on nähtävissä kuviosta 3.



Kuvio 3. Yleisarvosana tämänhetkisellem työhyvinvoinnille.

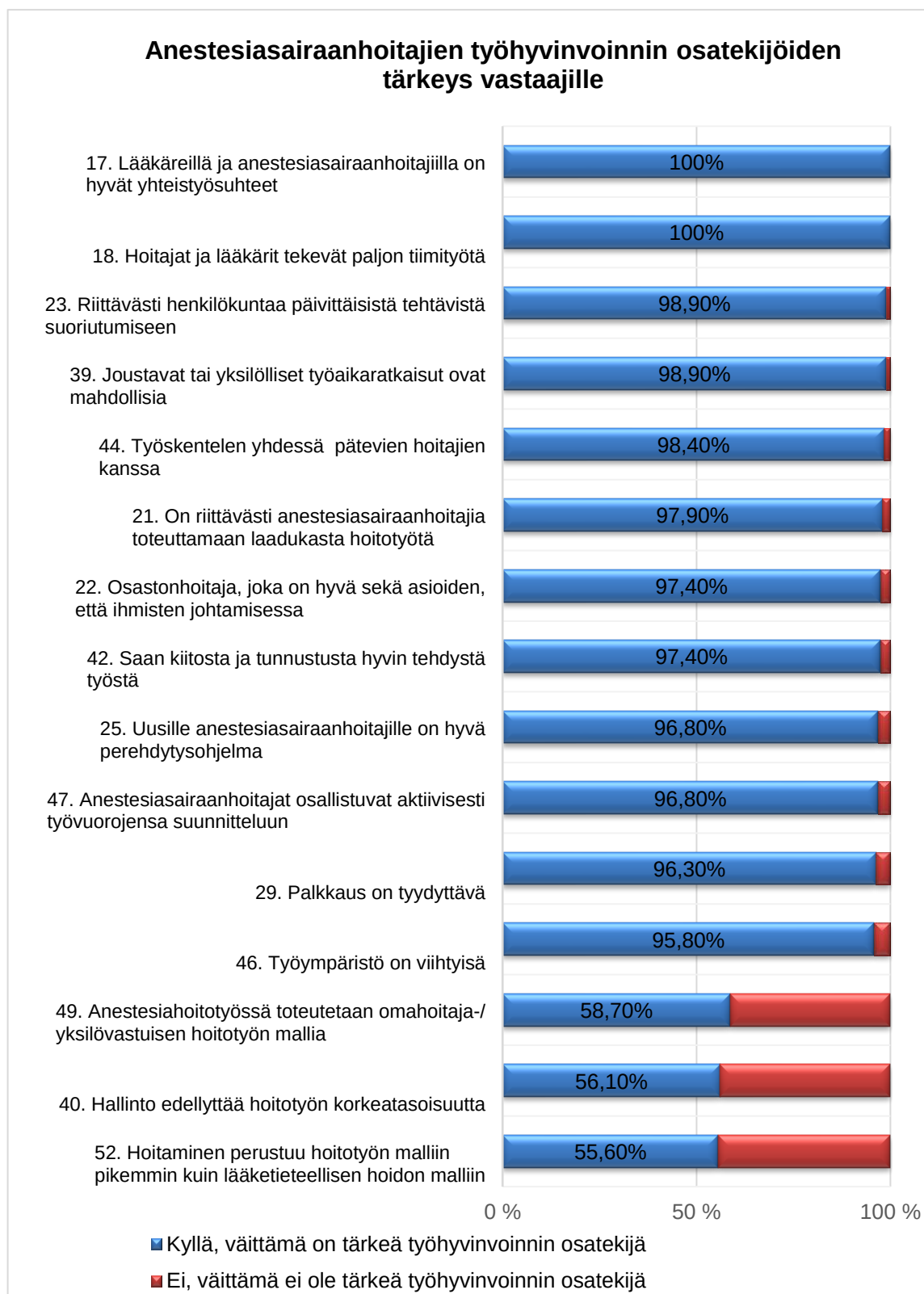
Opinnäytetyössä yhtenä työhyvinvoinnin osatekijänä pidettiin tyytyväisyyttä uravalintaan anestesiahoitajana. Kyselyssä vastaajia pyydettiin arvioimaan, miten tyytyväisiä he olivat uravalintaansa anestesiahoitajana yleisarvosanalla 1-10 (1= Ei lainkaan tyytyväinen, 10= Täysin tyytyväinen). Lähes kaksi kolmasosaa vastaajista olivat tyytyväisiä uravalintaansa anestesiahoitajana (67,2% vastaajista arvioi tyytyväisyyden uravalintaan arvoksi 8 tai korkeammaksi). Anestesiahoitajien tyytyväisyys uravalintaan arvo vaihteli välillä 2-10. Keskiarvoksi muodostui 7,9 ja moodiksi 8,0, mediaaniksi 8,0 ja keskihajonnaksi 1,47. Tyytyväisyys uravalintaan jakautui prosentuaalisesti kuvion 4 mukaisesti. Vastaajat olivat numeraalisesti tyytyväisempiä työuranvalintaan kuin tämän hetkiseen työhyvinvointiinsa.



Kuvio 4. Yleisarvosana anestesiahoitajan uravalintaan.

6.2.2 Anestesiahoitajien työhyvinvoinnin osatekijät

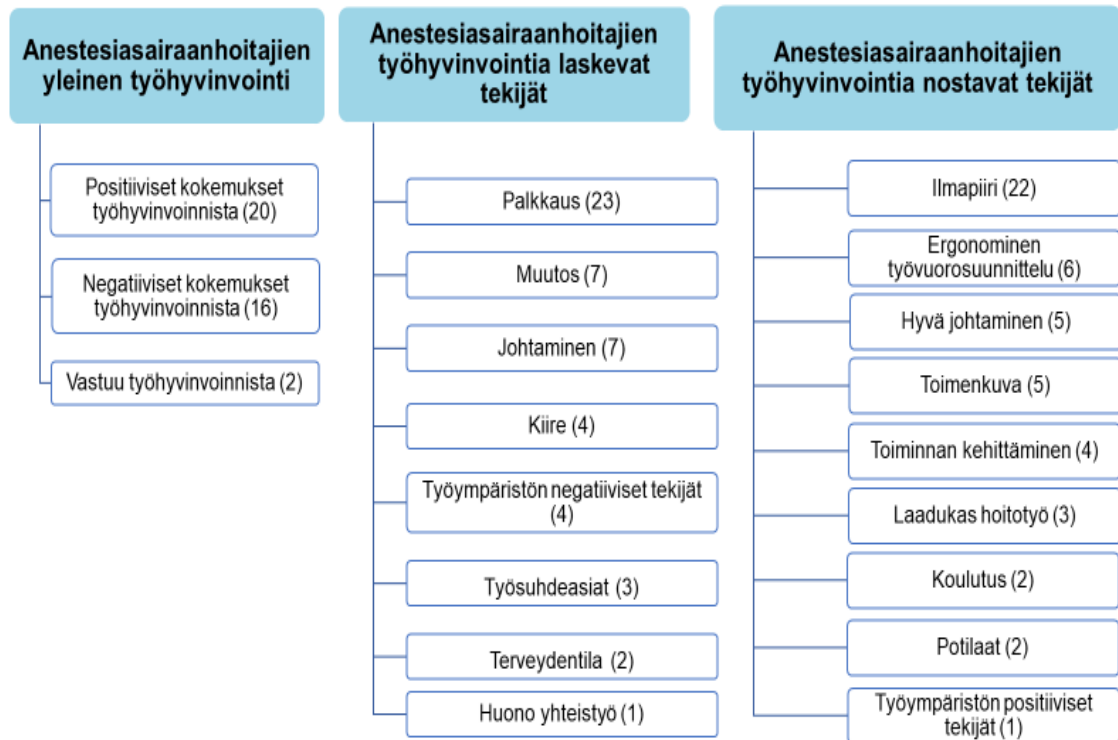
Jokaisen väittämän jälkeen vastaajaa pyydettiin arvioimaan, pitääkö hän väittämän sisältöä tärkeänä työhyvinvoinnin osatekijänä (Vastausvaihtoehdot: Kyllä / Ei). Kaikki anestesiahoitajat pitivät tärkeänä lääkäreiden ja hoitajien välisiä hyviä yhteistyösuhteita ja runsasta yhteistyötä (kts kuvio 5). Lähes kaikki vastaajat (98,90 %) pitivät tärkeänä, että työyksikössä on riittävästi anestesiahoitajia takaamaan laadukasta hoitotyötä ja työyksikössä on riittävä henkilöstömäärä arkisten tehtävien suorittamiseen. Työhyvinvoinnille tärkeänä pidettiin myös joustavia, yksilöllisiä työaikatarkoituksia ja että voi osallistua työvuorojensa suunnitteluun. He pitivät tärkeänä myös, että heillä on osastonhoitaja, joka osaa johtaa ihmisiä sekä asioita. Tärkeänä pidettiin, jos he saavat kiitosta ja tunnustusta tehdystä työstä. Heidän työhyvinvointinsa muita tärkeitä osatekijöitä olivat pätevien kollegoiden kanssa työskentely, tyydyttävä palkkaus, viihtyisä työympäristö ja hyvä perehdytysohjelma uusille anestesiahoitajille. Vähiten tärkeinä pidettiin kolmea väittämää, jotka luetellaan kuviossa 5 alimmaisena. Kaikkien väittämien vastausten prosentuaaliset jakautumiset löytyvät liitteestä 5.



Kuvio 5. Anestesia- ja sairaanhoitajien työhyvinvoinnin osatekijöiden tärkeys vastaajille

6.2.3 Anestesiahoitajien kokemukset työhyvinvoinnista

Kysymyslomakkeessa anestesiahoitajien työhyvinvoinnin tilaa kysyttiin myös avoimella kysymyksellä ”Mitä muuta haluat sanoa työhyvinvoinnistasi?”. Vastauksien perusteella vastaajien työhyvinvoinnin kokemukset jakautuivat kolmeen pääluokkaan: Anestesiahoitajien yleinen työhyvinvointi, työhyvinvointia laskevat sekä nostavat tekijät. Pääluokat ja niistä muodostuvat alaluokat esitellään kuviossa 6.



Kuvio 6. Anestesiahoitajien kokemukset työhyvinvoinnista (Aineistosta muodostuneet pää- ja alaluokat. Suluissa oleva luku kertoo, monta kertaa asia on mainittu aineistossa).

Anestesiahoitajien yleinen työhyvinvointi jakaantui kolmeen alaluokkaan: Positiiviset ja negatiiviset kokemukset työhyvinvoinnista sekä vastuu työhyvinvoinnista (kts kuvio 7).



Kuvio 7. Anestesiahoitajien yleiseen työhyvinvointiin liittyvät vastaukset

Positiiviset kokemukset työhyvinvoinnista keskittyi lähinnä itse anestesiahoitotyöhön:

"Esimies ei kykene parantamaan meidän olosuhteitamme töissä. Tilat ovat riittämättömät ja tarvitsimme enemmän henkilökuntaa jakamaan taakkaa. Silti rakastan työtäni ja nautin potilaiden hoitamisesta."¹⁰⁸

Negatiivisia kokemuksia työhyvinvoinnista mainitsi 16 vastaajaa. Osa koki turhautuneisuutta ja riittämättömyyden tunnetta. Työhyvinvoinnin perusasiat eivät olleet kunnossa ja työhyvinvoinnin kerrottiin laskeneen viime vuosina. Työuupumusta oli vastaajilla ja joi-tain vastaajia se oli vienyt sairauslomalle saakka.

"Tykkään paljon työstäni, mutta palkkaus ei vastaa työmäärää ja vastuuta ja instrumenttihoitajat omassa yksikössäni saavat saman palkan mutta työmäärä paljon pienempi ja pienempi vastuu. Olen harkinnut kouluttautua muuhun ammattiin, niin kuin osa työkavereistani on jo tehnyt."¹⁵

Työhyvinvoinnin vastuu koettiin olevan myös työntekijällä itsellään, mutta osa vastaajista kaipasi organisaation tukea työhyvinvoinnin tukemiseen:

"En koe, että organisaatio, jossa työskentelen panostaa työhyvinvointiin tai viihtyvyyteen. Vastuu työssä jaksamisesta sysätään täysin työntekijän vastuulle."⁴⁸

Vastaajat mainitsivat kahdeksan työhyvinvointia alentavaa tekijää, mutta alhainen palkkaus nostettiin niistä merkittävimpänä tekijänä (kts kuvio 8).



Kuvio 8. Anestesiahoitajien työhyvinvointia laskevat tekijät

Alhainen palkkaus mainittiin vastauksissa jopa 23 kertaa. Palkan koettiin olevan liian alhainen verrattuna vastuuseen ja työn määrään. Alhainen palkkataso heijastui koko muuhun elämään. Erityisesti pääkaupunkiseudulla se aiheutti stressiä, korkeiden elinkustannusten vuoksi. Osa vastaajista koki, että yksityisellä palkkaus on paremmin kohdallaan. Alhaista palkkatasoa korjattiin tekemällä paljon ylitöitä, kuitenkin ylitöiden tai päivystysajan korvauksien koettiin olevan kohtuuttoman pienet.

"...Lisäksi työhyvinvointiin vaikuttaa erittäin huono palkka⁵⁵"

Anestesiahoitajat ovat kokeneet työssään lähiaikoina paljon muutoksia. Mahdollinen SOTE-uudistus on jo aiheuttanut epävarmuutta ja huolta töiden jatkumisessa omassa työyksikössä. Muitakin uudistuksia on tehty. Vastaajien mielestä on tehty paljon keuhkoja uudistuksia, niin organisaatiossa kuin arjen toiminnoissa. Kuitenkin anestesiahoitotyötä halutaan uudistaa ja kehittää, anestesiahoitajat haluavat olla enemmän muutoksien valmisteluissa mukana.

"Työympäristö ja "ylemmän portaan" paineet ja muutokset kuitenkin vaikuttavat negatiivisesti ja lisää työn painetta. Paljon muutoksia, joista ei tiedoteta kunnolla, muutoksia, jotka lisäävät "ylimääräistä" työtä ja stressiä, paineita siitä, että omaa osaamista pitäisi entisestään laajentaa, josta seuraa huoli potilasturvallisuuden vaarantumisesta: osaa vähän kaikkea mutta syväosaaminen jää puuttumaan¹¹⁰"

Monet vastaajista toivoivat parempaa johtamista. Huono johtaminen, erityisesti keho muutosjohtaminen sekä toiminnan tulospainotteisuus olivat alentaneet anestesia- sairaanhoitajien työhyvinvointia. Työyksiköissä tehdään työhyvinvointitutkimuksia, mutta niiden tuloksia ei käytetä hyväksi. Määräaikaisten työntekijöiden sopimukset kirjoitetaan myöhässä aiheuttaen epävarmuutta töiden jatkumiseen, huonoja välejä esimiehiin ja lopuksi se johtaa henkilöstön suureen vaihtuvuuteen. Henkilöstön suuri vaihtuvuus taas itsessään alentaa työhyvinvointia, osaamisen katoamisen ja lisääntyneen perehdytyksen vuoksi. Eräs vastaajista kirjoitti näin:

"Heikko ja etäinen johtaminen haittaa tällä hetkellä eniten työhyvinvointiani.⁸²"

Kiire näkyy anestesia- sairaanhoitajien arjessa. Erityisesti päivystysajan työvuorot koettiin kiireiksi, raskaiksi sekä kuluttavaksi. Kiireen takia koetaan, ettei hoitajat pysty toteuttamaan yhtä laadukasta hoitotyötä kuin ennen ja se taas on aiheuttanut työhyvinvoinnin laskua.

"Resurssien ja henkilöstön puute vaikuttaa suurelta osin työhyvinvointiin. Joskus työvuorojen jälkeen jää tunne, että asiat potilaat olisi voitu hoitaa paremmin, jos henkilöstöresurssi olisi riittävä. Tämä luo paljon turhautuneisuutta ja voimattomuutta⁶⁹"

Työympäristössä pitkään jatkuneet remontit, sisäilmaongelmat sekä huonokuntoinen sairaala alensivat vastaajien työhyvinvointia.

"Harkitsen työpaikan vaihtamista yksikössämme olevien sisäilmaongelmien takia.⁹⁰"

Yleisesti työyhteisö koettiin työhyvinvointia nostavana tekijänä, mutta jos yhteistyö oli huonoa, se alensi työhyvinvointia.

"Huono yhteistyö kirurgien kanssa pilaa työhyvinvointia¹"

Muutama vastaajista koki, että heidän oma huono terveydentilansa vaikutti heikentävästi heidän työhyvinvointiinsa. Myös työpaikan koettiin aiheuttavan väsymystä ja univaikeuksia.

"Työpäivät menevät aina ylitöiksi, joten ei voi mitään suunnitella tai sopia työvuoron jälkeen, ruokataukoa ei aina saa ym. -----> aina väsy, nukkumisvaikeuksia mm.⁸³"

Vastaajat mainitsivat yhdeksän työhyvinvointia nostavaa tekijää (kts kuvio 9).



Kuvio 9. Anestesia­sairaanhoidajien työhyvinvointia nostavat tekijät

Hyvä ilmapiiri ja työyhteisö mainittiin merkittävänä työhyvinvointia nostavana tekijänä ja se mainittiin vastauksissa 22 kertaa. Hyviä, ammattitaitoisia kollegoita arvostettiin. Hyvän työyhteisön koettiin tuovan voimia ja jaksamista arkeen. Osa vastaajista koki, että pienessä sairaalassa / työyksikössä on helpompi muodostaa hyvä ilmapiiri, koska kaikki työntekijät tuntevat toisensa. Pienessä työyksikössä koettiin myös vähemmän stressiä. Anestesia­lääkärit mainittiin kivoiksi työkavereiksi. Työhyvinvointia lisäsi se, jos anestesia­sairaanhoidajat saivat arvostusta kaikilta ammattiryhmiltä.

"Hyvä työyhteisö ja yhteen hiileen puhaltaminen todella tärkeää."²⁹

Ergonominen työvuorosuunnittelu koettiin työhyvinvointia edistäväksi tekijäksi. Työpaikan joustavuus loma-ajoissa ja työvuoroissa sekä osittainen työaika lisäsivät vastaajien työhyvinvointia.

"Osittainen työaika on lisännyt työhyvinvointia merkittävästi. Kiitos siitä. Yksityiselämän ja perhe arjen pyörittäminen sekä haasteellisen työn sovittaminen on näin helpompaa."⁶³

Esimiestyöllä oli suuri rooli työhyvinvoinnin kannalta. Heidän toivottiin tekevät jatkuvasti töitä työhyvinvoinnin ja työssäjaksamisen eteen. Työhyvinvointi nousi, jos esimies luotti työntekijöihin ja suhtautui positiivisesti kehitysideoihin.

"Esimiestasolla on suuri rooli työhyvinvoinnin kannalta. Moraalisen rohkeuden tarvitsee olla anestesiahoitotyössä korkea, mutta samalla se saattaa tuottaa ongelmia käytännön työntekijöille, jollei johto tue korkeaa moraalia. Työhyvinvointi on potilastyytyväisyyden ja -turvallisuuden tae, jota pitäisi esimiestyössä varjella ja olla yksi organisaation keskeisistä tavoitteista kehittää.⁴"

Anestesiahoitotyötä kuvattiin haasteelliseksi ja vastuulliseksi. Uuden oppiminen on joka päiväistä. Anestesiahoitotyö ja sen piirteet olivat työhyvinvointia nostavia tekijöitä.

"Työkaverit ja haastavat työpäivät ovat niitä, jotka motivoivat nousemaan sängystä lähtemään töihin. Tässä työssä oppii joka päivä jotain uutta. Parasta on myös se, kun yhdessä mietitään ja opitaan työkavereiden kanssa. On mahtava fiilis, kun puhut ääneen mielessä olevia asioita ja sitä, miten potilas saisi parasta mahdollista hoitoa, ja vieressä oleva työkaveri yhtyy tähän.²⁰"

Anestesiahoitajat halusivat osallistua toiminnan kehittämiseen ja sen koettiin vaikuttavan positiivisesti heidän työhyvinvointiinsa.

"Olen äärettömän tyytyväinen saadessa itse vaikuttaa ympärilläni tapahtuviin asioihin.⁶⁶"

Laadukkaan hoitotyön tekeminen ja potilaslähtöisyys koettiin tärkeäksi osaksi työhyvinvointia.

"Jos tiimin kesken vallitsee toisia arvostava ja kunnioittava ilmapiiri sekä kommunikatio pelaa niin anestesia lääkärin kuin kirurgin kuin leikkauspuolen hoitajien kanssa, niin päivä sujuu mukavasti ja töitä on kiva tehdä, ja tulee myös tunne, että potilas saa laadukasta hoitoa.²⁶"

Potilaat nähtiin myös työhyvinvoinnin voimavarana, vaikka anestesiahoitotyö oli raskasta:

"Raskaat päivystykset syö jaksamista, vaikka päivystystyö antaa paljon.⁵³"

Koulutus, työnkierto ja toimivat ja uudet tilat lisäsivät vastaajien työhyvinvointia

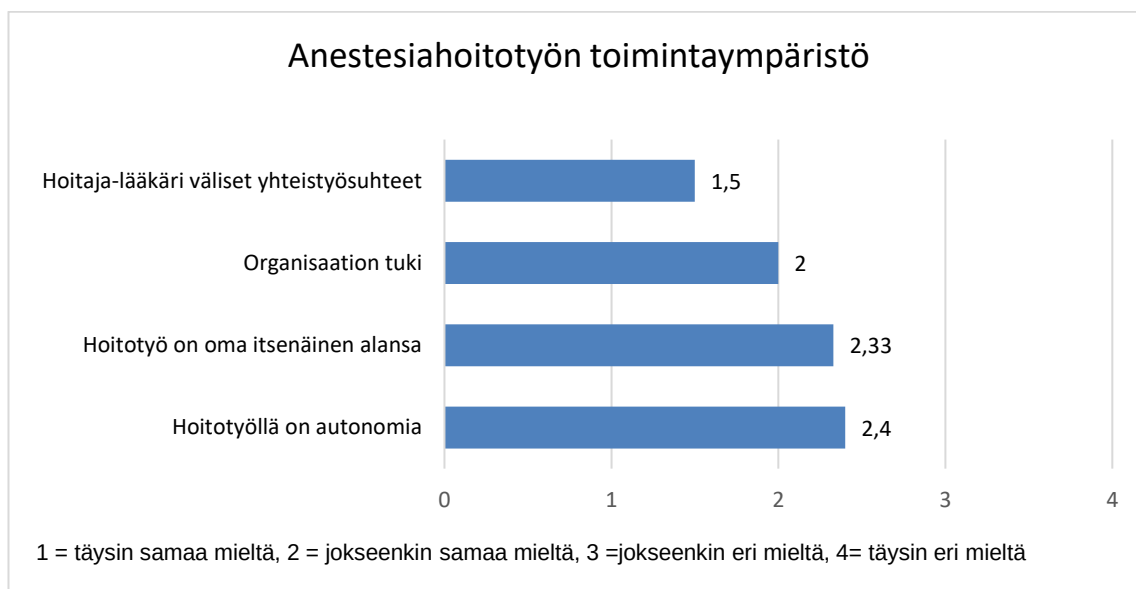
"Työkierto toisessa yksikössä on auttanut omaa työhyvinvointiani.³⁹"

"Uudet tilat tuovat kyllä ison plussan työviihtyvyyteen²⁷"

6.3 Anestesiahoitotyön toimintaympäristö

6.3.1 Anestesiahoitotyön toimintaympäristö

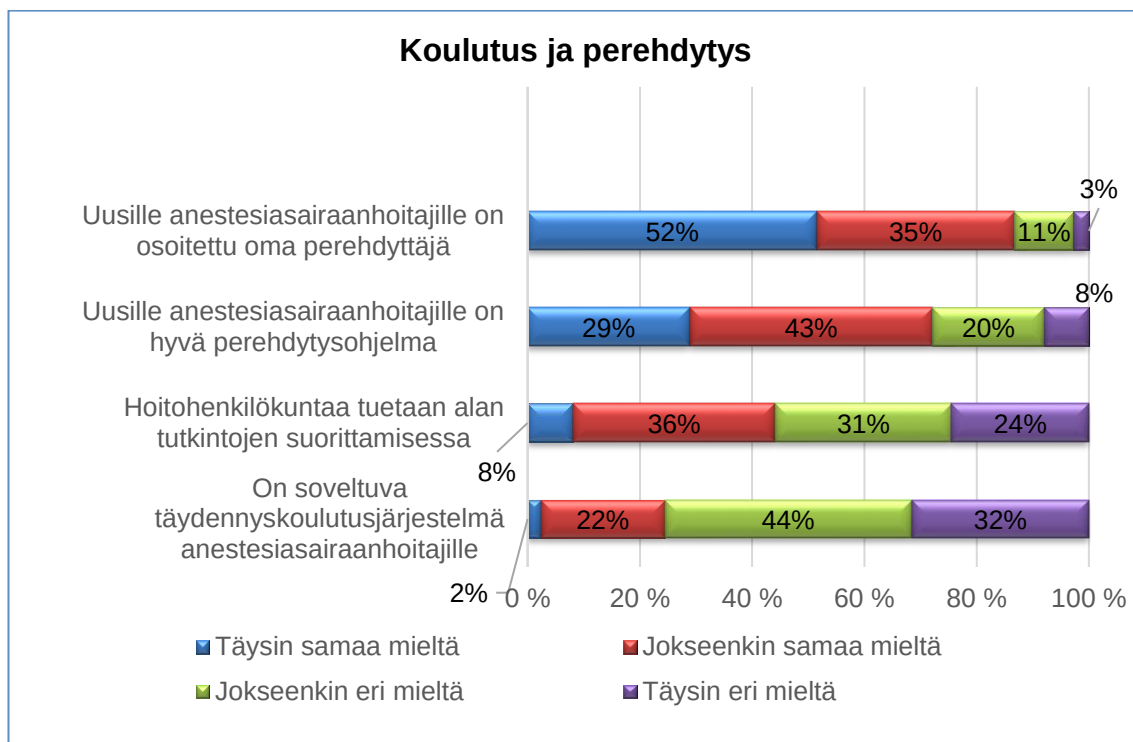
Tässä opinnäytetyössä anestesiahoitotyön toimintaympäristöä kuvasi neljä eri summamuuttujaa sekä 32 yksittäistä väittämää, jotka muodostivat 5 eri aihealuetta. Jokaiseen väittämään vastaaja arvioi väittämän sisällön toteutumisen omassa työyksikössään käänteisellä Likert-asteikolla (1= Täysin samaa mieltä, 2=Jokseenkin samaa mieltä 3= Jokseenkin eri mieltä, 4=Täysin eri mieltä). Anestesiahoitotyön toimintaympäristössä hoitajien ja lääkäreiden väliset yhteistyösuhteet arvioitiin toteutuvan parhaiten. Hoitotyön autonomian koettiin toteutuvan heikoiten. kts kuvio 10. Liitteessä 8 kerrotaan summamuuttujien tunnusluvut tarkemmin.



Kuvio 10. Anestesiahoitotyön toimintaympäristöä kuvaavien summamuuttujien toteutuminen työyksiköissä

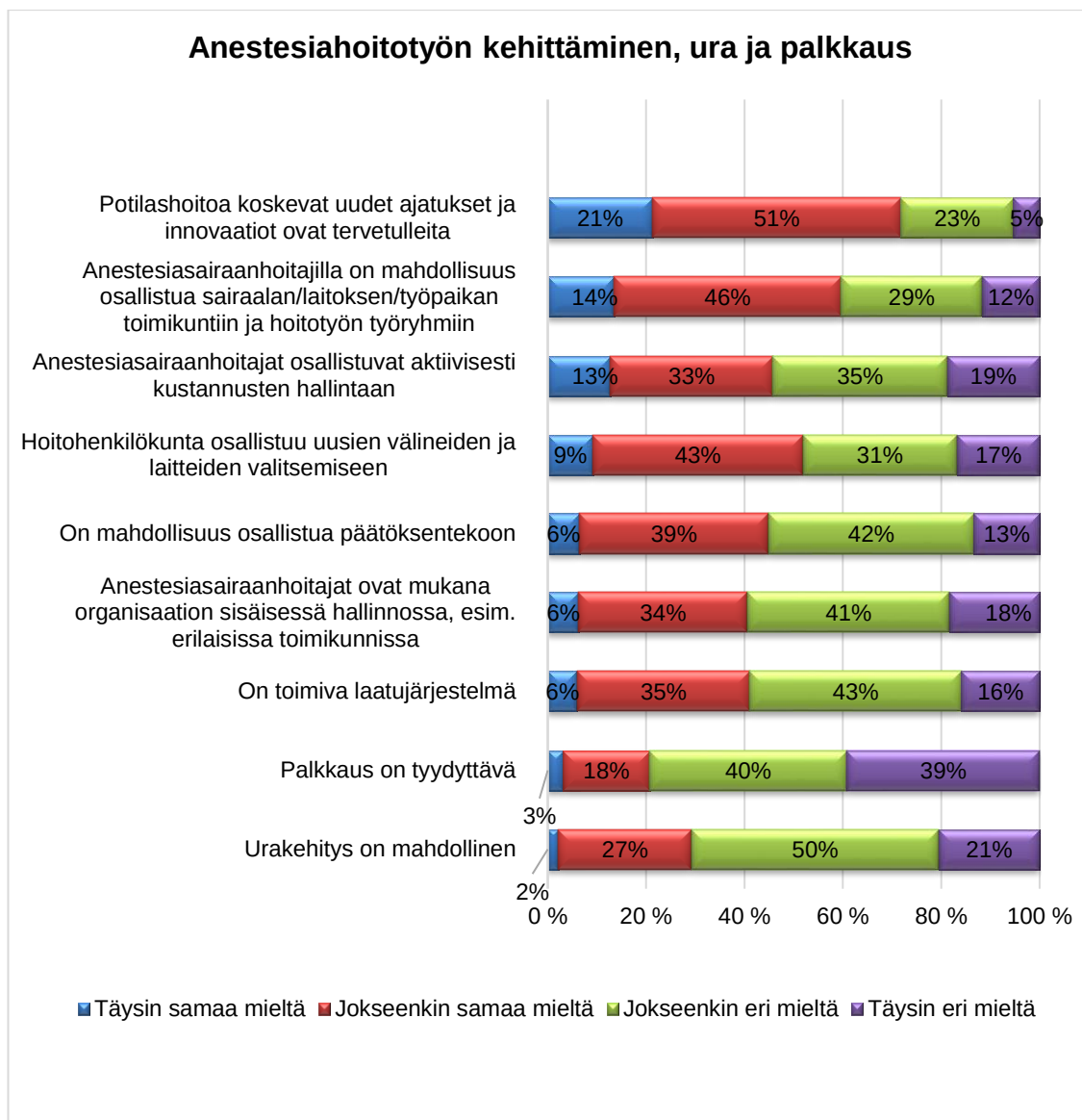
Anestesiahoitotyön toimintaympäristöä kuvaavia yksittäisiä väittämiä jaettiin viiteen eri aihealueeseen: "Koulutus ja perehdytys", "Anestesiahoitotyön kehittäminen, ura & palkkaus", "Johtaminen", "Työssä viihtyminen" sekä "Anestesiahoitotyön arkea". Aihetta "Koulutus ja Perehdytys" koski neljä väittämää. Kaksi kolmasosaa vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä, että heidän työyksikössään oli hyvä perehdytysohjelma ja uusille anestesiahoitajille osoitettiin oma perehdyttäjä. Vastaajista yli puolet olivat täysin tai jokseenkin eri mieltä, että heidän työpaikassaan oli anestesiahoitajille

soveltuvaa täydennyskoulutusjärjestelmää ja henkilökuntaa tuettiin alan tutkintojen suorittamisessa. Kaikki koulutukseen ja perehdytykseen liittyvät väittämien vastaukset esitellään kuviossa 11.



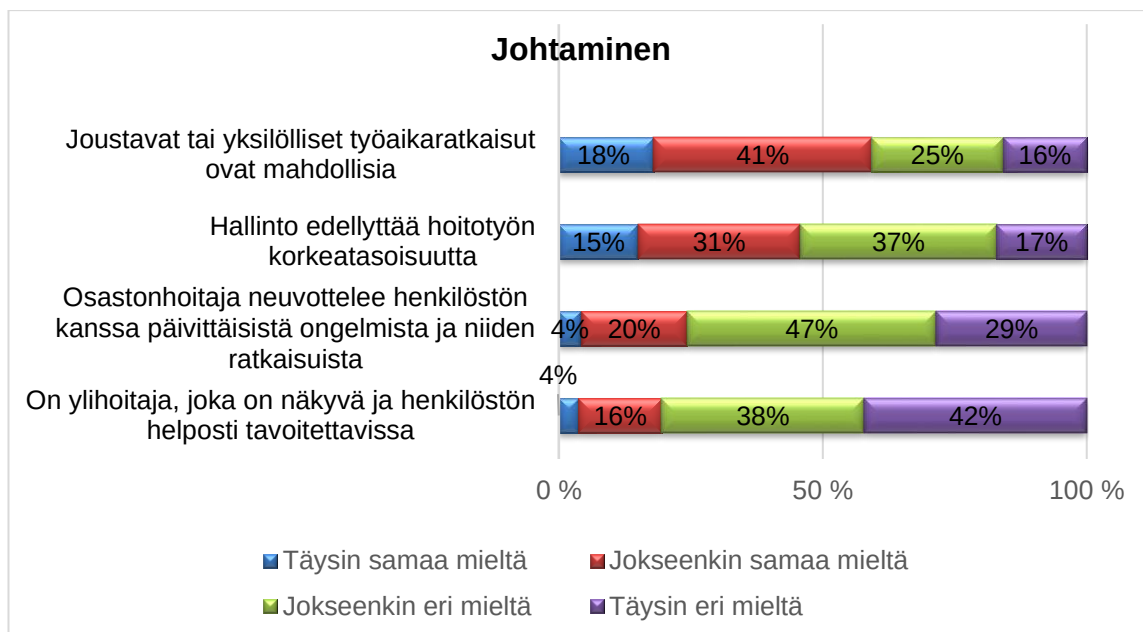
Kuvio 11. Koulutus ja perehdytys aiheisten väittämien toteutuminen

Kyselyssä anestesiahoitotyön kehittämiseen, uraan ja palkkaukseen liittyi yhdeksän väitettä (kts kuvio 12). Kaksi kolmasosaa vastaajista vastasi täysin tai jokseenkin eri mieltä väittämään, että heidän työyksikössään potilashoitoa koskevat uudet ajatukset ja innovaatiot olivat tervetulleita. Yli kaksi kolmasosaa vastaajista oli täysin tai jokseenkin eri mieltä, että palkkaus on tyydyttävä ja että heidän työyksikössään urakehitys on mahdollinen.



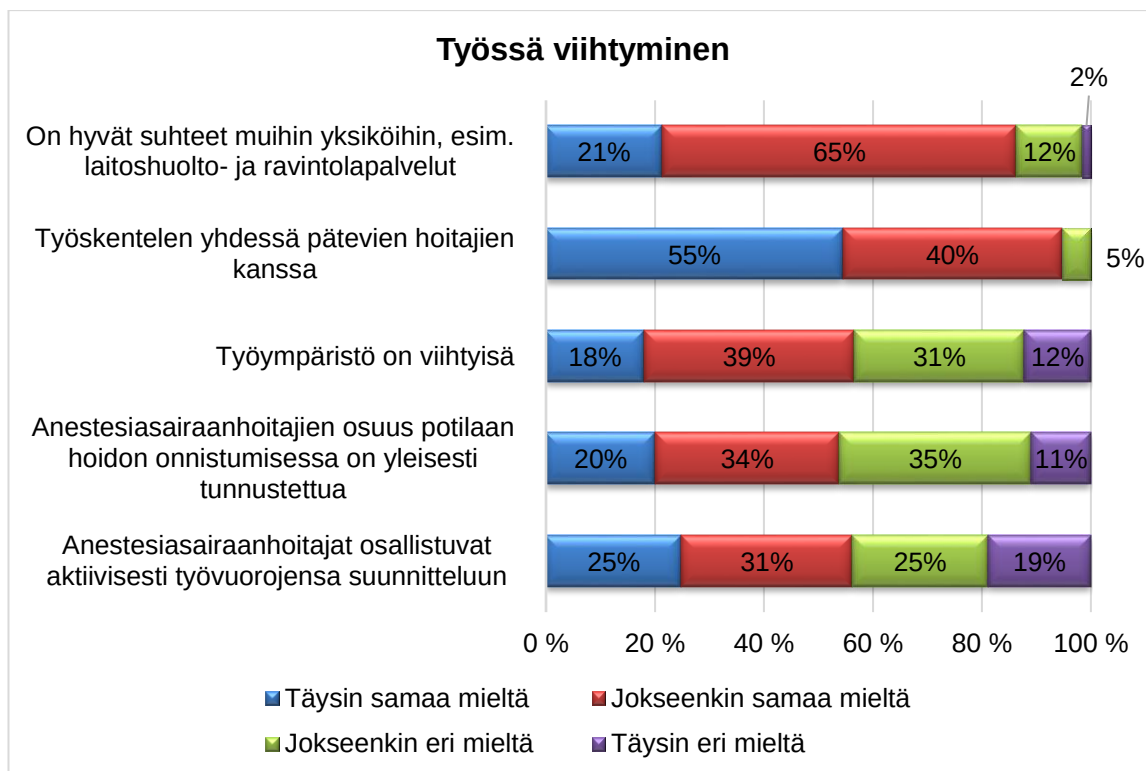
Kuvio 12. Anestesiahoitotyön kehittäminen, ura ja palkkaus aiheisten väittämien toteutuminen

Johtamista koskevia väittämiä oli neljä. Yli puolet anestesiahoitajista vastasivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä, että joustavat ja yksilölliset työaikatratkaisut olivat mahdollisia. Yli kaksi kolmasosaa vastaajista oli täysin tai jokseenkin eri mieltä, että osastonhoitaja neuvottelee henkilöstön kanssa päivittäisistä ongelmista ja että ylihoitaja on näkyvä ja henkilöstön helposti tavoitettavissa (kts kuvio 13).



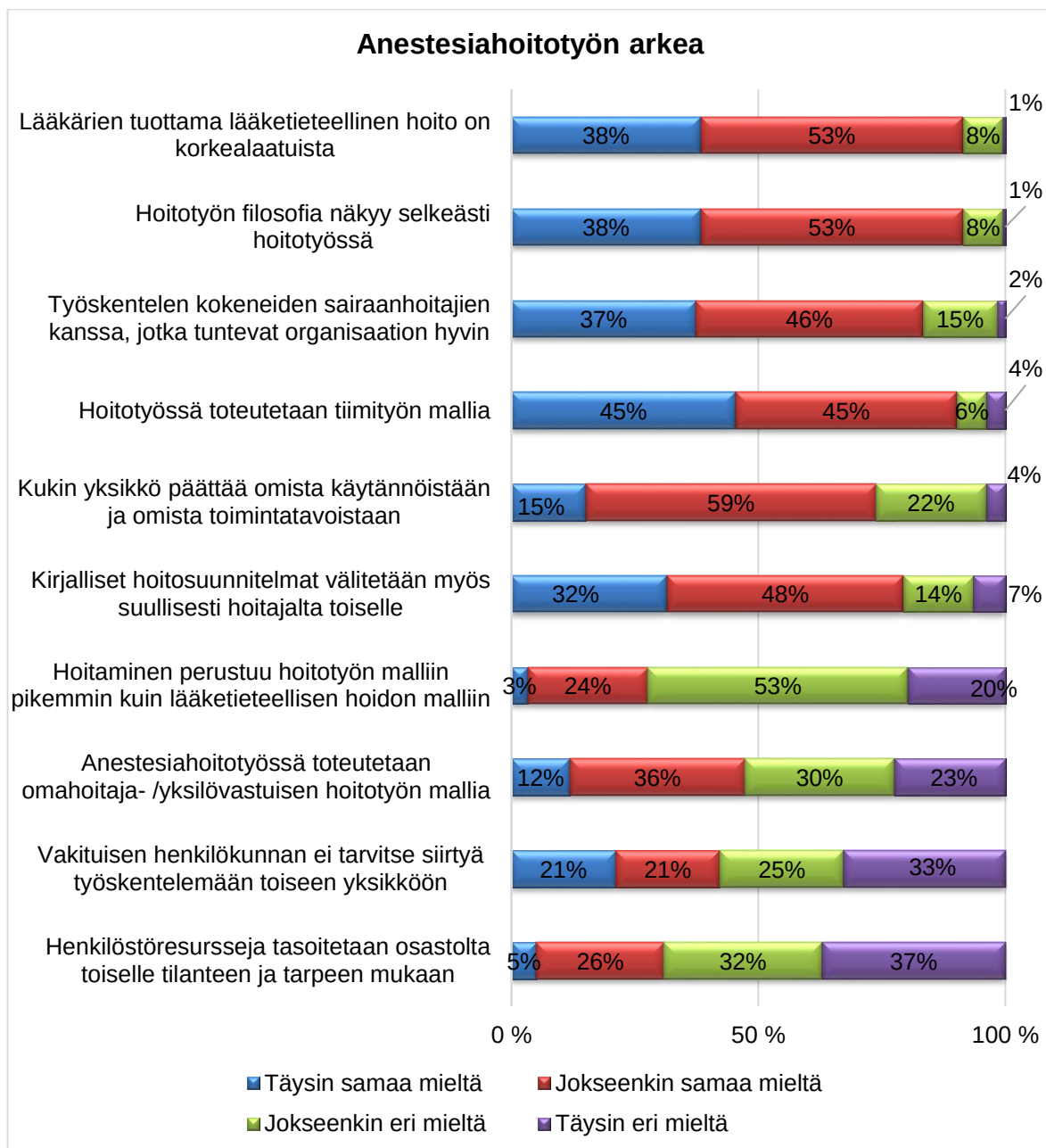
Kuvio 13. Johtamiseen liittyvien väittämien toteutuminen

Työssä viihtymiseen liittyi kuusi väittämää. Suurin osa vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä, että muihin yksiköihin on hyvät suhteet (esim. laitoshuolto ja ravintolapalvelut). Yli puolet vastaajista vastasi täysin samaa mieltä, että he työskentelevät yhdessä pätevien hoitajien kanssa. Yli puolet vastaajista olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä, että anestesiahoitajien osuus potilaan hoidon onnistumisessa on yleisesti tunnustettua, työympäristö on viihtyisä ja he saavat aktiivisesti osallistua työvuorojensa suunnitteluun (kts kuvio 14).



Kuvio 14. Työssä viihtymiseen liittyvien väittämien toteutuminen

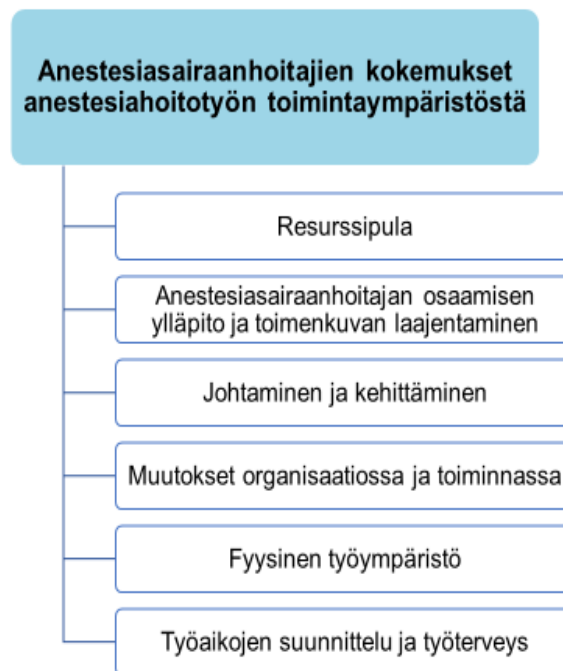
Osana anestesiahoitotyön toimintaympäristöä, anestesiahoitotyön arkea kuvasi 10 väitettä. Lähes kaikki anestesiahoitajat olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä, että lääketieteellinen hoito on korkealaatuista ja että hoitotyön filosofia näkyy selkeästi hoitotyössä. Yli puolet vastaajista olivat täysin tai jokseenkin eri mieltä, että vakituisen henkilökunnan ei tarvitse siirtyä työskentelemään toiseen yksikköön ja henkilöstöresursseja tasoitetaan osastolta toiselle tilanteen ja tarpeen mukaan (kts kuvio 15).



Kuvio 15. Anestesiahoitotyön arkea kuvaavien väittämien toteutuminen

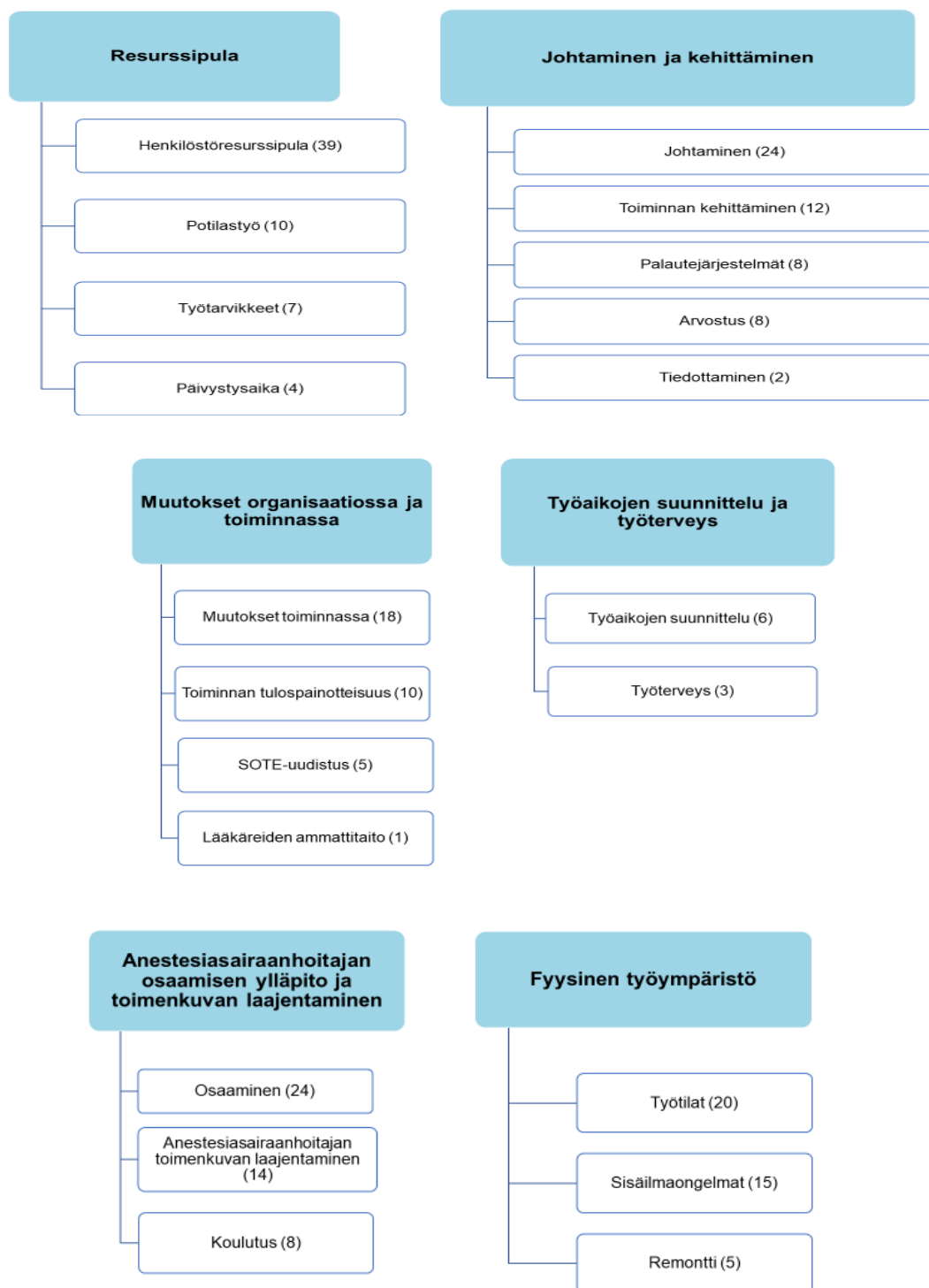
6.3.2 Anestesiahoitajien kokemukset anestesiahoitotyön toimintaympäristöstä

Kyselylomakkeessa vastaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä ”Mitä muuta haluat kertoa anestesiahoitotyön toimintaympäristöstä”. Vastauksien perusteella anestesiahoitotyön toimintaympäristö jakaantui kuuteen pääluokkaan (kts kuvio 16).



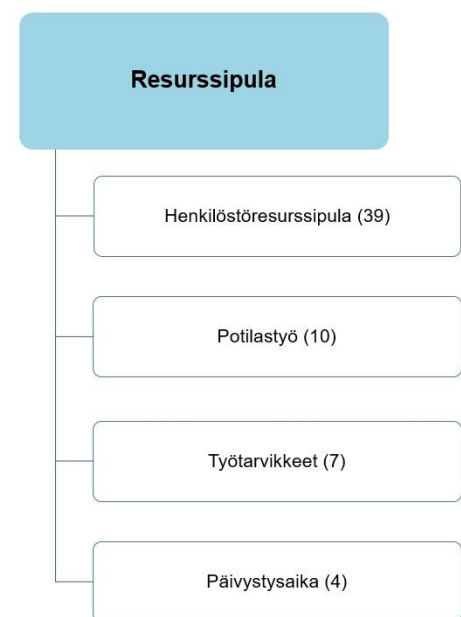
Kuvio 16. Anestesiahoitajien kokemukset anestesiahoitotyön toimintaympäristöstä

Kaikki pääluokat jaettiin omiksi alaluokikseen, alaluokkia muodostui yhteensä 21 kappaletta. Pääluokkien jakaantuminen alaluokiksi esitellään kuviossa 17.



Kuvio 17. Anestesiahoitotyön toimintaympäristön pääluokat ja niiden alaluokat.

Ensimmäinen pääluokka "Resurssipula" jakaantui neljäksi alaluokaksi: Henkilöstöresurssipula, Potilastyö, Työtarvikkeet sekä Päivystysaika (kts kuvio 18).



Kuvio 18. Pääluokan "Resurssipula" jakautuminen alaluokiksi.

Henkilöstöresurssipula mainittiin vastauksissa jopa 39 kertaa. Osaavasta henkilökunnasta on pulaa ja leikkausosastoilla työmäärä on kasvanut. Lakisääteisiä taukoja ei kehitä pitämään. Ylitöiden teko ja varallaolo on lisääntynyt eli päivystysajan resurssitkin koettiin riittämättömiksi.

"Riittämättömät henkilökuntaresurssit ja jatkuva kiire sekä nopeuteen painostaminen syövätkin laadukasta hoitotyötä.¹³⁰

"Tällä hetkellä olen todella uupunut jatkuvaan perehdyttämiseen ja opiskelijoiden ohjaamiseen. Yksikössämme on tällä hetkellä aloittanut monta uutta hoitajaa, joita perehdytetään ja itse perehdytän tai ohjaan opiskelijaa melkein jokaisessa työvuorossa pois lukien yövuorot. Tunnen olevani uupunut nykyiseen tilanteeseen, jossa en saa tehdä työtäni rauhassa.⁷³"

Anestesiahoitajien mielestä potilastyön laatu on kärsinyt. Potilaat ovat raskashoitaisia ja anestesiahoitajilla on liian monta erikoisalaa hallittavana. Hoitajat haluavat keskittyä tekemään potilastyötä. Toiminta koetaan liian lääkäripainotteiseksi

"Vähäisellä hoitajamäärällä työnantaja vaatii enemmän tulosta ajattelematta hoitajien kuormitusta ja potilaiden saamaa hoidon laatua.⁵²"

Osalla vastaajista anestesiahoitotyössä käytettävät laitteet ovat toimivia ja ajantasaisia. He myös pystyvät vaikuttamaan niiden valintaan. Osalla vastaajista taas hinta määrittelee työvälineiden valintaa ja tarvittavia välineitä ei edes saa käyttää kustannussyistä (esim. entropia-anturi). Erityisen hankalaksi koettiin potilastietojärjestelmien yhteensopimattomuus eri yksiköiden välillä. Potilastietojärjestelmät eivät keskustele keskenään ja osa yhteistyöyksiköistä eivät ole pysyneet mukana digitalisaatiossa.

"Ylin organisaatio tekee päätöksiä, jotka haittaa meidän työtä. Esim. hankitaan tavarat halvimmasta päästä. Emme voi käyttää tiettyjä laitteita, koska ne on kalliita, mutta kuuluvat tänä päivänä normaaliin anestesian hoitamiseen (entropia).¹²⁷"

Päivystysajan työ kaipaa kehittämistä. Eri ammattien työajat tulisi sovittaa paremmin yhteen työn nopeuttamiseksi ja sujuvoittamiseksi, sillä päivystyspotilaita on paljon ja henkilöstöresurssit ovat riittämättömät.

"Päivystysajan työ on kankeaa, johtuen työajoista¹³¹"

Pääluokka "Johtaminen ja kehittäminen" jakaantui viiteen alaluokkaan: Johtaminen, Toiminnan kehittäminen, palautejärjestelmät, arvostus ja tiedottaminen (kts kuvio 19).



Kuvio 19. Pääluokan "Johtaminen ja Kehittäminen" jakautuminen alaluokiksi.

Anestesiahoitotyön toimintaympäristössä johtaminen näyttäytyi kehnolta. Vastaajat kokivat olevansa epätasa-arvoisessa asemassa ja johto ei luottanut alaisiinsa. Johtamistyyliä kuvailtiin vanhentuneeksi, hierarkkiseksi ja ylhäältä tulevat käskyt ja määräykset koettiin haittaavan arjen toimintaa.

”Jatkuvat organisaatio muutokset ja johdolta tulevat ”käskyt” häiritsevät työtä. Etenkin kun johto kuten ylihoitajat eivät tunnu tuntevan työnkuvaamme. Toisinaan tuntuu, ettei työhömmme edes luoteta. Näennäiset hyvinvointiprojektit vettyvät koska jo perusta on pielessä ja epärealistinen. Perusasiat kuntoon ensin ennen suuria visioita. Ei nähdä kuinka hyvin asiat ovat vaan myllätään jatkuvasti. Nämä ovat asioita, jotka saavat harkitsemaan toista alaa. Opiskelen parhaillaan täysin toista alaa.”

Kaikissa yksiköissä anestesiahoitajia ei oteta tarpeeksi mukaan toiminnan kehittämiseen, vaikka intoa ja osaamista tähän olisi. Yksityisellä puolella koettiin, että siellä työntekijällä oli enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä.

”Ylempänä organisaatiossa kehitellään hirveän hienoja ideoita työn sujuvoittamisesta mutta työn varsinaisilta tekijöiltä ei kysytä ollenkaan toimitko kyseinen idea meillä. Jos jokin juttu toimii hyvin jenkkiäisessä yksityissairaalassa, se ei tarkoita että se automaattisesti toimii samanlaisena suomalaisessa julkisen puolen sairaalassa.¹¹⁵”

Palautejärjestelmät koettiin epätoimiviksi joissain yksiköissä. Työntekijät kokivat saavansa liian vähän positiivista palautetta, varsinkin johdolta. Vastaajat kokivat, että rakentavan palautteen saaminen ja antaminen on hankalaa.

”Palautteen saanti olematonta. Kiitosta ja kehuja ei saa, mutta mahdollisista virheistä kuulee kyllä. Kehityskeskustelut laahaavat resurssipulan vuoksi. Osastonhoitajalla yksinään jo yli 70 alaista, joka on liikaa.³⁴”

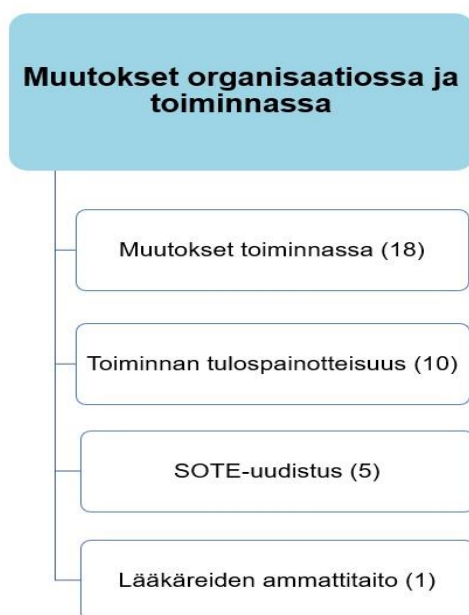
Anestesiahoitajat kokivat, ettei heitä arvosteta riittävästi. Itse anestesiahoitotyötä ei arvosteta eikä hoitajat koe saavansa johdolta arvostusta hyvin tehdystä työstä.

”Annettaisiin aikaa ja arvostusta työn tekemiseen. Liikaa hoputtamista.⁹²”

Tiedottamisen koettiin olevan heikkoa monessa yksiköissä, varsinkin muutoksista tiedottamiseen kaivattiin parannusta.

”Yksikössä paljon muutoksia viime vuosina, tiedotus niistä huonoa.¹⁵”

Pääluokka ”Muutokset organisaatiossa ja toiminnassa” jakaantui neljään alaluokkaan: Muutokset toiminnassa, Toiminnan tulospainotteisuus, SOTE-uudistus ja lääkäreiden ammattitaito (kts kuvio 20).



Kuvio 20. Pääluokan ”Muutokset organisaatiossa ja toiminnassa” jakautuminen alaluokiksi.

Anestesiahoitotyön toimintaympäristössä on tapahtunut paljon muutoksia. Anestesiahoitajat eivät ole päässeet vaikuttamaan uusiin käytäntöihin ja jo toimivia käytänteitä on muutettu, joskus jopa ihan turhaan. Organisaatiomuutoksien koettiin häiritsevän arjen työtä.

”Hoitoalalla muotina on jatkuva muutos. Se kuormittaa eniten⁸”

Anestesiahoitajat kokivat, että johdolle tärkeintä on vain tulos, ei laatu. Työtahdin koettiin kiristyneet viime vuosina ja jatkuva toiminnan tehostaminen koettiin kuormittavana.

”Työtahti on kova. Suurin osa työajasta tehdään jatkuvassa kiireessä. Kiire painaa takaraivossa koko ajan ja täytyy keskittyä täysillä, ettei vaan tapahtuisi virheitä.¹¹⁶”

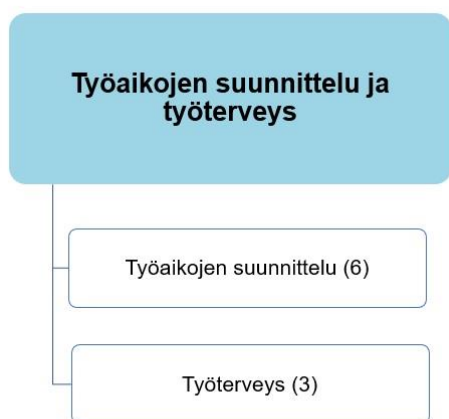
Uhkaava SOTE-uudistus on jo vaikuttanut anestesiahoitotyön toimintaympäristöön. Leikkausten keskittäminen on aiheuttanut henkilökuntamuutoksia lääkärikunnassa. Pienempien leikkausosastojen anestesiahoitajat taas kokivat, että jäljelle jääneet leikkaukset eivät haastaneet ammatillisesti heitä yhtä paljon.

"Haluaisin tehdä haastavampaa anestesia hoitotyötä, mutta ne haasteet löytyy vain homesairaaloista..."⁶⁷

Yksityisellä lääkäreiden ammattitaidon valvonta koetaan puutteelliseksi.

"Yksityisellä sektorilla ei panosteta ulkopuolisiin koulutuksiin. Sisäiset koulutukset eivät ole laadukkaita. Kuka valvoo lääkäreiden osaamista?"¹³²

Pääluokka "Työaikojen suunnittelu ja työterveys" jakaantui kahteen alaluokkaan: Työaikojen suunnitteluun ja työterveyteen. (kts kuvio 21).



Kuvio 21. Pääluokan "Työaikojen suunnittelu ja työterveys" jakautuminen alaluoksi

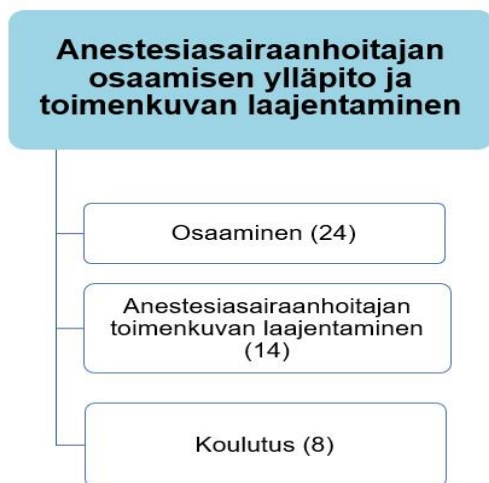
Suurin osa vastaajista koki, että heidän työyksikössään työvuorosuunnittelu toimii. Loma-aikoihin pystyi vaikuttamaan ja niiden jako oli tasapuolista. Toisaalta työvuorolistoihin kirjatut työajat eivät pärineet, ylitoita kertyi. Ylimääräisten vapaiden saaminen koettiin hankalaksi.

"Lasten ollessa alakouluikäisiä kaipasin pientä taukoa töistä...mutta esim. vuorotelluvapaaseen on vielä pari vuotta aikaa....."¹⁰

Työterveyspalvelut koettiin puutteelliseksi ja niihin toivottiin parannusta. Työterveyden tarjoamat palvelut eivät vastanneet anestesiahoitajien tarpeita.

"Työterveys on varsin kädetön tapaus yksikössämme, ei sieltä saa juuri mitään apua. Yksikköni anestesiahoitajissa on monen ikäistä ihmistä, osalla on tules-vaivoja, osalla muita ei-akuutteja hyvinvointiin ja työkykyyn vaikuttavia ongelmia, joihin työterveys ei näytä pystyvän tekemään mitään. Ja jos jotakin joskus tehdään, mitään seuranta ei ole. Tehdään temppu simsalabim, mutta auttoiko se, ei kiinnostu. Jos ei auttanut, joudut aloittamaan saman vaivan takia saman rullanssin ihan tyhjältä pöydältä."⁴⁷

Pääluokka ”Anestesiahoitajan osaamisen ylläpito ja toimenkuvan laajentaminen” muodostui kolmesta alaluokasta: Osaaminen, anestesiahoitajan toimenkuvan laajentaminen ja koulutus (kts kuvio 22).



Kuvio 22. Pääluokan ”Anestesiahoitajan osaamisen ylläpito ja toimenkuvan laajentaminen” jakautuminen alaluokiksi.

Anestesiahoitotyön kentällä osaaminen on katoamassa. Kokeneet anestesiahoitajat ovat vaihtaneet kevyempiin töihin tai jäämässä eläkkeelle. Osaavasta henkilökunnasta on pulaa niin vakituksessa henkilökunnassa kuin sijaistarjonnassa. Perehdyttäminen on jatkuvaa ja se vie voimia työyhteisöltä. Osa vastaajista koki, ettei heidän yksikössään ole tarkkaa ja systemaattista perehdytysrunkoa. Runsaan henkilöstön vaihtuvuuden, riittämättömän perehdytyksen ja koulutuksen takia yksittäisten anestesiahoitajien osaaminen koettiin vaihtelevan liikaa. Yksikön sisällä vastuu kasaantui harvoille kokeneille hoitajille.

”Vaativuudet lisäänty... Kuvitellaan että anestesiahoitaja voi työskennellä yli rajojen, hallita 9 erikoisalaa, toimia teholla, sydänvalvonnassa, päivystyksessä, ulkokentällä, hoitaa Sektiot. Perehtymisaikaa lyhennetään jatkuvasti. Jokaisella oma erikoisalue vastualueenaan, mutta syvempää perehdytystä ko. asiaan ei enää ole. Niin sanottu erikoisalan syväosaaminen alkaa olla pian historiaa konkari hoitajien eläköityessä. Omalla erikoisalalla pääsee työskentelemään vain yksittäisiä päiviä kuukaudessa, koska suurta porukkamäärää täytyy jatkuvasti kierrättää, jotta selviää jollain tapaa päivystysajasta. Anelääkäreillä arvostus laskenut anehoitajia kohtaan, koska anehoitajien osaamistaso vain pintapuolista. Tilanne on oikeastaan melko huolestuttava. Yksiköissä ongelma tiedostetaan, mutta suuremmat päättäjät (ylläpitäjät, hallinto) eivät asiaa ymmärrä, koska heiltä puuttuu käytännön tietämys.¹⁰⁷”

Kentälle kaivataan anestesiahoitajien erikoistumisopintoja. Hyppäystä opinnoista työelämään pidettiin liian suurena. Perehdyttäminen alkoi usein ”nollatasosta” ja se vei työyksiköltä liikaa aikaa ja voimavaroja. Sairaanhoitajatutkinnon koulutuksen ei koettu vastaavan työelämän tarpeita anestesiahoitotyön puolella. Työelämässä olevat anestesiahoitajat kaipasivat lisää kouluttautumismahdollisuuksia ja kannustumia siihen (esim. palkankorotus).

”Kouluttautumismahdollisuuksia liian vähän vaikka motivaatiota olisi.¹¹¹”

Suomessa anestesiahoitajan toimenkuva koettiin vastuulliseksi, haasteelliseksi ja vaihtelevaksi, jossa moraalisen rohkeuden tulee olla korkea. Eri yksiköiden välillä anestesiahoitajan ja anestesiahoitajan työnjako vaihteli. Välillä työnjako jäi epäselväksi haitaten työn sujuvuutta. Suomessa nykyisen anestesiahoitajan toimenkuvan nähdään olevan lähellä Ruotsin anestesiahoitajan toimenkuvaa, mutta palkkaus on alempi. Toiveita toimenkuvan laajentamisellekin ja palkkauksen nostamisellekin oli:

”Haluaisin ammatillisia kehitysmahdollisuuksia lisää. Esim ASA1-2 hoitamiset anestesiahoitajan vastuulle (Norjan mallin mukaan). Toivoisin vastuun näkymisen palkassa.¹²”

Pääluokka fyysinen työympäristö muodostui kolmesta alaluokasta: Työtilat, sisäilmaongelmat ja remontti (kts. kuvio 23).



Kuvio 23. Pääluokka ”fyysinen työympäristön” jakautuminen alaluokiksi.

Fyysisessä työympäristössä koettiin olevan merkittäviä puutteita. Useimmat koki työskentelevänsä vanhoissa, ahtaissa ja epäergonomisissa työtiloissa. Työolot koettiin epämiellyttäväksi.

”Työhyvinvointiini vaikuttaa paljon leikkaussalin kylmyys ja ilmastoinnin veto. Aiemmin käytössä olleet takit kiellettiin ja korvaavia sallittuja tuotteita/keinoja ei ole saatavilla.”⁴⁸

Sisäilmaongelmat mainittiin 15 kertaa. Sisäilmaongelmat olivat aiheuttaneet terveysongelmia, resurssiongelmia, sairaslomia ja kitkaa työntekijöiden välillä. Päivittäin ongelmaksi muodostui henkilökunnan sijoittelu, joka pahensi jo olemassa olevaa resurssipuutetta. Potilasmäärä ja potilaiden hoitoisuus ovat kasvaneet ja tilat eivät ole pysyneet muutoksessa mukana. Osassa yksiköissä vanhoja tiloja ollaan jo korjaamassa tai rakentamassa uutta sairaala. Remontti aiheutti omat haasteensa. Se häytti toimintaa ja väliaikaisratkaisut koettiin huonoiksi. Huonot henkilöstöresurssit vain korostuivat remontissa olevassa leikkausosastoilla. Osalla vastaajista oli tulossa uudet tilat ja niitä odotettiin innolla.

”Työpisteet ovat sekavia ja laitteiden johdot roikkuvat pään tasolla ilmassa tai kulkureitillä lattialla ja vaarantavat työpisteessä toimimista.”¹⁹

6.4 Anestesia- ja sairaanhoitajien taustatietojen vaikutus työhyvinvointiin ja toimintaympäristöön

6.4.1 Taustatietojen yhteys työhyvinvointiin

Anestesia- ja sairaanhoitajien taustatietojen yhteyttä testattiin heidän antamiin työhyvinvointiin sekä uravalinnan tyytyväisyyden yleisarvosanoihin. Tilastollisesti sukupuoli, sukupuoli (ikä), sairaalan koko, koulutustaso, leikkausosaston luonne, työkokemus anestesia- ja sairaanhoitajana, työaika- ja varallaolo eivät vaikuttaneet koettuun työhyvinvointiin tai koettuun tyytyväisyyteen uravalintaan anestesia- ja sairaanhoitajana. Päivystyspotilaiden hoitotyön kuuluminen työhön oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä koettuun työhyvinvointiin ($p=0,003$). Päivystyspotilaiden hoitotyötä tekevät anestesia- ja sairaanhoitajat arvioivat työhyvinvointinsa alemmaksi kuin ne, joiden työhön ei kuulunut päivystyspotilaiden hoitotyötä. Päivystyspotilaiden hoitotyötä tekevien anestesia- ja sairaanhoitajien työhyvinvoinnin arvosanan keskiarvoksi muodostui 6,71 ja ei päivystyspotilaiden hoitotyötä tekevien työhyvinvoinnin arvosanan keskiarvo oli 8,0 (kts taulukko 9).

Taulukko 9. Päivystyspotilaiden hoitotyön kuuluminen työhön ja yhteys työhyvinvointiin

Yleisarvosana tämänhetkiselle työhyvinvoinnille (1-10)						
Työhöni kuuluu päivystyspotilaiden hoitotyötä	n	Md	Keskiarvo	Hajonta	Min	Maks.
Kyllä	172	7,00	6,71	1,786	2	10
Ei	17	8,00	8,00	1,061	6	10
Yhteensä	189	7,00	6,83	1,770	2	10
Mann-Whitney U p= 0,003						

6.4.2 Taustatietojen yhteys anestesiahoitotyön toimintaympäristöön

Anestesiahoitajien taustatietojen yhteyttä neljään anestesiahoitotyön toimintaympäristöä kuvaavaan summamuuttujaa testattiin tilastollisin menetelmin. Taustatietojen ja summamuuttujien välille löytyi yhteensä seitsemän tilastollisesti merkittävää yhteyttä. Leikkausosaston luonteella oli tilastollisesti merkittävä yhteys hoitotyön autonomian toteutumiseen työyksikössä. Päiväkirurgisella/lyhytjälkihoitoisella osastolla sekä 1-2 erikoisalaan erikoistuneilla leikkausosastoilla arvioitiin toteutuvan paremmin hoitotyön autonomia. Keskusleikkausosastolla työskentelevät arvioivat siis hoitotyön autonomian toteutuvan muita leikkausosastoja heikommin (kts taulukko 10).

Taulukko 10. Leikkausosaston luonteen yhteys hoitotyön autonomiaan

Leikkausosasto	Hoitotyöllä on autonomia			
	n	Md	Keskiarvo	Hajonta
Päiväkirurginen / lyhytjälkihoitoinen leikkausosasto	29	2,2	2,15	0,62
Keskusleikkausosasto	78	2,4	2,38	0,50
1-2 erikoisalaan erikoistunut leikkausosasto	28	2,1	2,13	0,51
Yhteensä	135	2,4	2,28	0,54
Kruskal-Wallis p-arvo 0,028				

Työaikamuodolla oli yhteys kaikkiin neljään summamuuttujaan. Säännöllistä päivä- tai yötyötä tekevät arvioivat kaikkien summamuuttujien toteutuvan muita työaikamuotoja paremmin (kts taulukko 11).

Taulukko 11. Työaikamuodon yhteys anestesiahoitotyön toimintaympäristöön

Työaikamuoto		Hoitotyöllä on autonomia	Hoitotyö on oma itsenäinen alansa	Hoitaja-lääkäriväliset yhteistyösuhteet	Organisaation tuki
Säännöllinen	n	29	39	41	39
	Md	1,80	2,00	1,00	1,78

päivä/ötyö	Keskiarvo	1,86	2,03	1,28	1,81
	Hajonta	0,43	0,45	0,46	0,34
Kaksivuoro-työ	n	28	40	44	37
	Mdn	2,40	2,67	1,50	2,22
	Keskiarvo	2,31	2,60	1,56	2,20
	Hajonta	0,430	0,61	0,47	0,44
Kolmivuoro-työ	n	78	98	104	92
	Md	2,40	2,50	1,50	2,11
	Keskiarvo	2,42	2,49	1,38	2,13
	Hajonta	0,53	0,62	0,44	0,43
Yhteensä	n	135	177	189	168
	Md	2,40	2,33	1,50	2,00
	Keskiarvo	2,28	2,42	1,40	2,07
	Hajonta	0,54	0,62	0,46	0,44
Kruskall-Wallis p-arvo		0,00	0,00	0,005	0,00

Päivystyspotilaiden työn tekeminen oli yhteydessä kolmeen summamuuttujaan. Päivystyspotilaiden hoitotyötä tekevät arvioivat hoitotyön autonomian toteutumisen heikemmin kuin ei päivystyspotilaiden hoitotyötä tekevät. Päivystyspotilaiden hoitotyön tekeminen heikensi myös arviota siitä, että hoitotyö on oma itsenäinen alansa sekä organisaation tukea (kts taulukko 12).

Taulukko 12. Anestesiahoitajien taustatietojen ja summamuuttujien väliset yhteydet ja niiden p-arvot

Työhön kuuluu päivystyspotilaiden hoitotyötä		Hoitotyöllä on autonomia	Hoitotyö on oma itsenäinen alansa	Organisaation tuki
Kyllä	n	123	160	152
	Md	2,40	2,33	2,06
	Keskiarvo	2,31	2,45	2,10
	Hajonta	0,52	0,60	0,43
Ei	n	12	17	16
	Md	2,00	2,00	1,78
	Keskiarvo	1,92	2,05	1,78
	Hajonta	0,55	0,64	0,42
Yhteensä	n	135	177	168
	Md	2,40	2,33	2,00
	Keskiarvo	2,28	2,42	2,07
	Hajonta	0,54	0,62	0,44
Mann-Whitney U p-arvo		0,028	0,024	0,015

6.5 Anestesiahoitotyön toimintaympäristön yhteys anestesiahoitajien työhyvinvointiin.

Neljää anestesiahoitotyön toimintaympäristöä kuvaavaa summamuuttujaa testattiin työhyvinvoinnin yleisarvosanoihin (1-10). Kaikki summamuuttujat olivat tilastollisesti yhtey-

dessä työhyvinvoinnin yleisarvosanoihin. Korrelaatio oli kaikissa summamuuttujissa negatiivista, eli mitä paremmin summamuuttujan sisällön arvioitiin toteutuvan, niin sitä korkeammaksi työhyvinvointi arviointiin (Vastuksissa oli käänteinen Likert-asteikko, 1= Täysin samaa mieltä, 2= Jokseenkin samaa mieltä, 3= Jokseenkin eri mieltä, 4= Täysin eri mieltä). Korrelaation voimakkuus kuitenkin vaihteli. Hoitaja-lääkäri väliset yhteistyösuhteet ja Hoitotyöllä on autonomia - summamuuttujien ja työhyvinvoinnin yleisarvosanojen välillä riippuvuus oli heikkoa. Hoitotyö on oma itsenäinen alansa ja Organisaation tuki – summamuuttujien ja työhyvinvoinnin yleisarvosanojen välillä riippuvuus oli jo kohtalaista (kts. taulukko 10). (KvantiMOT 2008.)

Taulukko 13. Anestesiahoitotyön toimintaympäristöä kuvaavien summamuuttujien yhteys anestesiahoitajien työhyvinvointiin.

		Yleisarvosana (1-10) tämänhetkisel työhyvinvoinnille
Hoitotyöllä on autonomia	Pearsonin korrelaatiokerroin	-,449**
	p-arvo	,000
	n	135
Hoitotyö on oma itsenäinen alansa	Pearsonin korrelaatiokerroin	-,522**
	p-arvo	,000
	n	177
Hoitaja-lääkäri väliset yhteistyösuhteet	Pearsonin korrelaatiokerroin	-,239**
	p-arvo	,001
	n	189
Organisaation tuki	Pearsonin korrelaatiokerroin	-,527**
	p-arvo	,000
	n	168

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

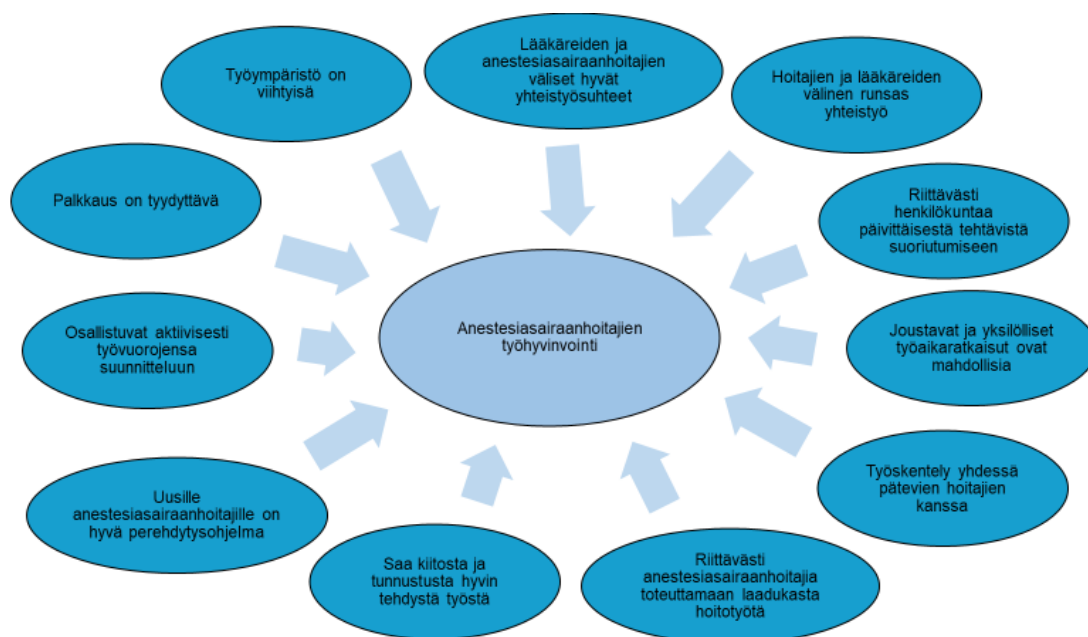
Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella Suomen anestesiahoitajien työhyvinvointia, toimintaympäristöä sekä niiden välistä yhteyttä. Tarkoituksena oli selvittää anestesiahoitajien taustatietojen yhteyttä työhyvinvointiin ja anestesiahoitotyön toimintaympäristöön. Tarkoituksena oli myös tarkastella taustatietojen ja toimintaympäris-

tön yhteyttä anestesiahoitajien työhyvinvointiin. Tavoitteena oli saada yleistä tietoa anestesiahoitajien työhyvinvoinnin tilasta Suomessa ja mitkä tekijät heidän toimintaympäristössään vaikuttavat työhyvinvointiin. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa anestesiahoitotyön klinisen työn kehittämisen ja johtamisen tueksi. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää avuksi, kun halutaan kehittää anestesiahoitajien toimintaympäristö ja parantaa työhyvinvointia työpaikoilla.

Anestesiahoitajien työhyvinvointi ja siihen vaikuttavat tekijät:

Anestesiahoitajien työhyvinvointi koettiin kohtuullisen hyväksi, työhyvinvoinnin yleisarvosanan keskiarvoksi muodostui 6,8 (asteikolla 1-10). Anestesiahoitajat olivat tyytyväisempiä työuravalintaan kuin työhyvinvointiinsa, tyytyväisyys uravalinnan yleisarvosanan keskiarvoksi muodostui 7,9 (asteikolla 1-10). Avoimissa vastauksissakin moni vastaaja kertoi pitävänsä itse anestesiahoitotyöstä, vaikka työhyvinvoinnissa oli parantamisen varaa. Tässä työssä anestesiahoitajien koulutustaustalla ei huomattu olevan yhteyttä koettuun tämän hetkiseen työhyvinvointiin. Aikaisemmissa tutkimuksissa korkeamman koulutuksen saaneet arvioivat työhyvinvointinsa paremmaksi kuin matalamman koulutustason saaneet anestesiahoitajat. Eroa koettuun työhyvinvointiin selitettiin korkeamman koulutuksen tuomalla suuremmalla vastuulla ja itsenäisemmällä työnkuvalla. (Syvänen 2008: 27-28; Rayborm ym. 2007: 317). Eroa tämän tutkimuksen ja kansainvälisten lähteiden välillä voinee selittää se, vaikka anestesiahoitaja koulutautuu, ei hänen vastuunsa tai tehtävänsä juuri muutu. Tässä työssä myös vastaajat olivat sitä mieltä, että työnantajat eivät tue hoitoalantutkintojen suorittamisessa eivätkä he kokeneet, että työuralla eteneminen on mahdollista.

Tässä opinnäytetyössä anestesiahoitajien työhyvinvoinnin tärkeimmiksi osatekijöiksi muodostuivat 11 eri aihetta (kts kuvio 24). Aiheet olivat NWI-R-mittarin yksittäiset väittämät, jotka anestesiahoitajat arvioivat tärkeimmiksi työhyvinvoinnin osatekijöikseen.



Kuvio 24. Anestesiahoitajien työhyvinvoinnin tärkeimmät osatekijät

Opinnäytetyössä anestesiahoitotyön toimintaympäristöä kuvattiin neljällä summamuuttujalla. Mitä paremmin summamuuttujien aiheet toteutuivat työyksiköissä, sitä paremmaksi työhyvinvointi arvioitiin. Hoitaja-lääkäri väliset yhteistyösuhteet ja Hoitotyöllä on autonomia - summamuuttujien ja työhyvinvoinnin yleisarvosanojen välillä riippuvuus oli heikkoa. Hoitotyö on oma itsenäinen alansa ja Organisaation tuki – summamuuttujien ja työhyvinvoinnin yleisarvosanojen välillä riippuvuus oli jo kohtalaista. Aikaisempien tutkimuksien perusteella voidaan sanoa, että hoitotyön autonomia on tärkeä osatekijä anestesiahoitajien työhyvinvoinnissa. Anestesiahoitajien työhyvinvointi laski, jos heidän työhönsä puututtiin liikaa. (Boyd – Poghossyan 2017:267; (Paglione ym. 2016: 1080.)

Avoimissa vastauksissa työhyvinvointia laskevaksi tekijöiksi vastaajat mainitsivat matalan palkkauksen, runsaiden muutoksien määrän sekä kehon johtamisen. Aikaisemmissa tutkimuksissa on huomattu palkkauksen vaikutus työhyvinvointiin. Paglione ym. (2016) tutkimuksessa anestesiahoitajien yhdeksi työhyvinvointia edistäväksi tekijäksi mainittiin riittävä palkkaus (Paglione ym. 2016: 1080). Johtaminen ilmeni myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Aikaisemmissa tutkimuksissa todettiin, että perioperatiivisilla sairaanhoitajilla eniten stressiä aiheutti johtajien antama palaute ja laadukkaalla muutosjohtamisella voitiin nostaa sairaanhoitajien työhyvinvointia. (Chen – Wang, Hou 2000 – 199-200; Schwartz – Spencer – Wilson – Wood 2011:737-738.) Opinnäytetyön

tuloksissa kiire ja epämiellyttävä työympäristö laskivat anestesiahoitajien työhyvinvointia. Aikaisemmissa tutkimuksissa miellyttävä työympäristö mainittiin työhyvinvointia edistäväksi tekijäksi (Paglione ym. 2016: 1080). Työsuhdeasioissa eniten ongelmia aiheutti määräaikaisten sijaisten työsopimusten myöhäinen kirjoittaminen. Määräaikaiset työntekijät kokivat epävarmuutta töiden jatkumisesta ja joutuivat hakemaan muualle töihin, joka aiheutti taas henkilöstön suurta vaihtuvuutta työpaikoilla.

Anestesiahoitajat myös kokivat, että huono oma terveydentila vaikutti heikentävästi työhyvinvointiin. Aikaisempien tutkimuksien mukaan anestesiahoitajilla ilmeni työuupumusta. Ulkomailla 42 % anestesiahoitajista oli aikeissa jättää työnsä kahden vuoden sisällä. (Boyd & Poghosyan 2017.) Myös tässä työssä useampi vastaaja mainitsi olevansa työuupunut tai olleensa työuupumuksen takia sairauslomalla. Osa vastaajista mainitsi harkinneensa työpaikan vaihtoa ja muutamalla vastaajalla oli jo toisen alan opinnot käynnissä.

Anestesiahoitajien työhyvinvointia eniten nosti hyvä ilmapiiri. Aikaisemmat tutkimustulokset olivat saman suuntaisia. Aikaisemmissa tutkimuksissa saatiin selville, että anestesiahoitajien työuupumus korreloi positiivisesti työilmapiirin kanssa ja työpaikan ominaisuudet korreloivat töistä irtisanoutumisen kanssa (Meeusen ym. 2011: 66,69; Syvänen 2008: 29; Sundqvist – Carlsson 2013:287;). Muita työhyvinvointia nostaviksi tekijöiksi mainittiin ergonominen työvuorosunnittelu, hyvä johtaminen ja toiminnan kehittäminen, johon työntekijät saavat osallistua. Laadukkaan hoitotyön tekeminen ja potilaat lisäsivät myös työhyvinvointia. Koulutus koettiin myös työhyvinvointia nostavana tekijänä.

Päivystyspotilaiden hoitotyön tekeminen vaikutti anestesiahoitajien koettuun tämän hetkiseen työhyvinvointiin. Päivystyspotilaiden hoitotyötä tekevät anestesiahoitajat arvioivat työhyvinvointinsa alemmaksi kuin ne, jotka eivät tehneet työssään päivystyspotilaiden hoitotyötä. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa todettiin, että anestesiahoitotyö on stressaavaa ja työpäivät venyvät johtuen ennustamattomista toimenpiteistä (eli päivystyspotilaiden hoidosta) (Meeusen ym. 2011: 64). Päivystyspotilaiden hoitotyön tekeminen lisää työn stressaavuutta, työn ennustamattomuutta ja oletettavasti siten alentaa anestesiahoitajien koettua työhyvinvointia.

Anestesiahoitotyön toimintaympäristö

Anestesiahoitotyön toimintaympäristöä kuvaavista summamuuttujista Hoitaja-lääkäri väliset yhteistyösuhteet sekä Organisaation tuki toteutuivat parhaiten. Kehnommin toteutuivat ”Hoitotyö on oma itsenäinen alansa” ja ”Hoitotyöllä on autonomia” - summamuuttujat. Päivystyspotilaiden hoitotyö, leikkausosaston luonne ja työaikamuoto vaikuttivat summamuuttujien toteutumiseen. Ne anestesiahoitajat, jotka tekivät päivystyspotilaiden hoitotyötä, arvioivat kolmen anestesiahoitotyön toimintaympäristöä kuvaavaan summamuuttujan toteutuvan huonommin kuin ne, jotka eivät tehneet työssään päivystyspotilaidenhoitotyötä (Hoitotyöllä on autonomia, Hoitotyö on oma itsenäinen alansa ja Organisaation tuki). Keskusleikkausosastolla työskentelevät anestesiahoitajat arvioivat hoitotyöllä on autonomia summamuuttujan toteutuvan muita leikkausosastoja huonommin. Säännöllinen työaika paransi summamuuttujien toteutumista. Säännöllistä työaikaa (päivä/yö) arvioivat kaikkien neljän summamuuttujien toteutuvan paremmin kuin muuta työaikaa tekevät.

Anestesiahoitotyön toimintaympäristöä kuvattiin resurssipulaiseksi ja muutostulvaiseksi. Kehnosti johdettu muutoksia on paljon ja hoitotyöhön kaivataan parempaa muutosjohtamista. Aikaisemmissa tutkimuksissa anestesiahoitotyön toimintaympäristöä on kuvattu stressaavaksi (Chipas – McKenna 2011: 122-123). Toimintaa halutaan kehittää, mutta siihen halutaan päästä itse vaikuttamaan. Anestesiahoitotyön kentälle kaivataan parempia palautejärjestelmiä. Johdolta kaivataan positiivista palautetta, mutta myös rakentavan palautteen antamiseen ja saamiseen kaivataan apukeinoja. Työaikojen suunnitteluun, erityisesti erilaisten vapaiden saamiseen toivottiin parantamista. Ruuhkavuosien yhdistäminen täyteen työaikaa ja kolmivuorotyöhön koettiin haasteelliseksi. Anestesiahoitajien osaamisen katoaminen huolestutti vastaajia. Leikkausten keskittäminen, osaavan hoitohenkilöstön lähteminen, epäsopeva peruskoulutus sekä lyhyt perehdytys on vähentänyt anestesiahoitajien anestesiahoitotyön syväosaamista.

Fyysistä työympäristöä kuvailtiin epäergonomiseksi, epäviihtyiseksi ja sisäilmaongelmaiseksi. Remontteja oli paljon ja uusia rakennuksia oli tulossa. Väistötilat aiheuttivat osaltaan hankaluuksia anestesiahoitajien toimintaympäristöön työssä viihtymiseen. Ne keillä oli uudet ja hyvät tilat kokivat, että se paransi työhyvinvointia ja työssä viihtymistä. Aikaisemmissa tutkimuksissa anestesiahoitotyön toimintaympäristöä on kuvattu epämiellyttäväksi johtuen melusaasteesta ja epäergonomisista työasunnoista (työ-

tuolit, työskentelyasennot ja huono valaistus. Ja fyysinen työympäristö vaikuttaa koettuun työhyvinvointiin (Meeusen ym. 2011: 64; Paglione ym. 2016: 1080). Sisäilmaongelmia ja runsasta remontointia ei ilmennyt aikaisemmissa tutkimuksissa.

Johtopäätökset:

1. Anestesiahoitajien työhyvinvointi oli suhteellisen hyvä, mutta tyytyväisyys työuravalintaan oli parempi.
2. Työhyvinvoinnin tärkeimpiä osatekijöitä oli hyvät yhteistyösuhteet lääkäreiden kanssa, runsas tiimityö, riittävät henkilöstöresurssit sekä joustavat/ yksilölliset työaikaratkaisut.
3. Päivystyspotilaiden hoitotyön tekeminen alensi anestesiahoitajien työhyvinvointia, ja päivystyspotilaiden hoitotyötä tekevät anestesiahoitajat arvioivat anestesiahoitotyön toimintaympäristön negatiivisemmaksi kuin ei päivystystyötä tekevät.
4. Anestesiahoitajien työhyvinvointia eniten laski matala palkkaus, toimintaympäristössä tapahtuneet runsaat muutokset sekä keho johtaminen.
5. Anestesiahoitajien työhyvinvointia eniten nosti hyvä työilmapiiri, hyvä johtaminen sekä ergonominen työvuorosuunnittelu.
6. Keskusleikkausosastolla työskentelevät anestesiahoitajat arvioivat, että hoitotyön autonomian toteutuvan heikommin, kuin muilla leikkausosastoilla työskentelevät anestesiahoitajat.
7. Säännöllistä työaikaa tekevät anestesiahoitajat arvioivat positiivisemmin anestesiahoitotyön toimintaympäristön kuin muuta työaikaa tekevät.
8. Anestesiahoitotyötä uhkaa kasvava henkilöstöresurssipula ja anestesiahoitotyön syväosaaminen on katoamassa.

7.2 Työn eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö tehdessäni olen pyrkinyt noudattamaan hyvää tieteellistä tapaa tutkia ja kirjoittaa. Olen pyrkinyt olemaan rehellinen, huolellinen ja tarkka kaikissa opinnäytetyöni vaiheissa. Olen kunnioittanut työssäni muiden tutkijoiden tekemiä töitä ja olen pyrkinyt selkeään lähdemerkintään. Olen ilmoittanut työni tuloksista rehellisesti ja selkeästi työni yhteistyökumppanille, SASH Ry:lle. Opinnäytetyötä luettaessa ei ole tunnistettavissa ke-

tään opinnäytetyöhön osallistunutta henkilöä. Jokainen opinnäytetyöhön osallistuva henkilö on osallistunut tutkimukseen vapaaehtoisesti ja on voinut keskeyttää kyselykaavakkeeseen vastaamisen, jos ei halunnut osallistua opinnäytetyöhön (kts. saatekirje, Liite 3). Työhyvinvointi on aiheena arkaluonteinen ja olen pyrkinyt käsittelemään aihetta sen vaatimalla herkkyydellä ja asianmukaisuudella. Raporttia kirjoittaessani tarkoituksen aei ole ollut vääristellä tuloksia, vaan tuoda ne ilmi sellaisessa muodossa kuin ne aineistosta nousee.

12.2.2019 huomasin tehneeni virheen kyselyn luonti vaiheessa. Viisi väittämää suomenetusta NWI-E-mittarista jäi siirtämättä sähköiselle kyselylomakkeelle, vaikka alun perin ajatus oli, että väittämät kysytään. Virhe oli täysi vahinko, eikä tahallinen. Yksittäiset väittämät eivät kuuluneet mihinkään summamuuttujista, mutta kuitenkin viiden väittämän osalta toimintaympäristöä jäi kuvailematta. Tosin, jokaista väittämälle oli löydettävissä melkein samaa asiaa kysyvää toinen väittämä. Aloittelevan ”tutkijana” opin virheestäni ja käytin entistä enemmän huolellisuutta ja tarkkuutta opinnäytetyön seuraavissa vaiheissa.

Sähköisen kyselylomakkeen haittapuolena on väärinymmärrysten suuri mahdollisuus (Heikkilä 2010: 20). Osa väittämistä keräsi suhteellisen paljon ”En osaa vastata” -vastauksia. Nämä vastaukset poistettiin vastauksien keskiarvoista, mutta se herätti kuitenkin kysymyksen, onko väittämä tarpeeksi selkeästi ilmaistu tai oliko se juuri oleellinen anestesiahoitotyön työhyvintä ja toimintaympäristöön liittyvä väittämä. Verkkokyselyn yksi tärkeimmistä asioista on lähettämisen ajoitus. Kyselyn ajankohdaksi pyrittiin valita sellainen aika, ettei vastausprosentti jää liian alhaiseksi. Kysely tuotti kohtuullisesti vastauksia: kyselyyn vastasi 236 henkilöä. Valintakriteerit täyttäviä vastauksia oli 189 kappaletta, tehden vastausprosentista 11,1 %. (KvantiMOT 2010: Vilkkä 2007: 28.)

Kyselylomakkeen neljälle anestesiahoitotyön toimintaympäristöä kuvaavalle summamuuttujille laskettiin Cronbachin alfat, jotka kuvaavat mittarin yhtenäisyyttä tässä aineistossa (KvantiMOT 2008). Summamuuttujille laskettiin Cronbachin alfa-kertoimet SPSS-25 ohjelman avulla. Summamuuttujat kuvaavat samaa ilmiötä, mutta arvot on saatu laskemalla yhteen useat eri muuttujat. Cronbachin alfalla mitataan mittarin konsistenssia eli yhtenäisyyttä. Se lasketaan muuttujien välisten kesimääraisten korrelaatioiden ja väittämien perusteella. Mitä suurempi on Cronbachin alfa, sitä yhtenäisempi mittarin voidaan katsovan olevan. Käytössä olevan mittarin Cronbachin arvon tulisi olla yli 0,7, että konsistenssin voidaan katsoa olevan hyvä. Summamuuttujat ”Hoitotyöllä on autonomia” ja

”Organisaation tuki” voidaan katsoa olevan hyvä. Summamuuttujat ”Hoitotyöllä on autonomia” ja ”Hoitaja – lääkäri väliset yhteistyösuhteet” täyttävät uuden mittarin Cronbachin alfa-arvon 0,6. (KvantiMOTV 2009.) (kts taulukko 14). Suomessa NWI-R-mittaria ei ole käytetty aikaisemmin anestesiahoitajilla, joten mittarin voidaan katsoa olevan uusi.

Taulukko 14. Summamuuttujien Cronbachin alfat

Summamuuttujan nimi	Cronbachin alfa-arvo
Hoitotyöllä on autonomia	0,6
Hoitotyö on itsenäinen oma alansa	0,8
Hoitaja – lääkäri väliset yhteistyösuhteet	0,6
Organisaation tuki	0,7

7.3 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämishaasteet

Työn tuloksia raportoitaessa esiin nousi useita jatkotutkimusaiheita, josta tarvitaan lisää tietoa:

- Hoitohenkilöstön työvoimapulan ehkäisemiseksi olisi tärkeää selvittää, miten anestesiahoitotyön kokeneet osaajat pidetään alalla ja miten anestesiahoitotyön syväosaamisen katoaminen voitaisiin estää.
- Päivystyspotilaiden hoitotyön tekeminen alensi anestesiahoitajien työhyvinvointia. Olisi tärkeää selvittää mitkä tekijät päivystyspotilaiden hoitotyön teossa alentavat anestesiahoitajien työhyvinvointia.
- Keskusleikkausosastolla työskentelevien anestesiahoitajien arvioivat anestesiahoitotyön toimintaympäristön negatiivisemmin kuin muilla leikkausosastoilla työskentelevät. Olisi tärkeää selvittää sen syyt ja löytää mahdolliset keinot parantaa anestesiahoitotyön toimintaympäristöä.
- Opinnäytetyössä ei tutkittu anestesiahoitajan persoonallisuuden tai luonteenpiirteiden vaikutusta koettuun työhyvinvointiin ja anestesiahoitotyön toimintaympäristöön. Olisi mielenkiintoista tutkia, miten persoonallisuus ja luonteenpiirteet vaikuttavat koettuun työhyvinvointiin. Ja voisiko saatuja tuloksia hyödyntää esimerkiksi opiskelijavalinnassa tai rekrytoinnin yhteydessä?

Opinnäytetyön tuloksien perusteella anestesiahoitajien työhyvinvoinnin ja anestesiahoitotyön toimintaympäristön kehittämishaasteiksi muodostuivat seuraavat:

- Päivystyspotilaiden hoitotyötä tekevien anestesiahoitajien työhyvinvointiin tulisi kiinnittää erityistä huomioita.
- Päivystyspotilaiden hoitotyötä tekevät, keskusleikkausosastolla työskentelevät sekä epäsäännöllistä työaikaan noudattavat anestesiahoitajat arvioivat anestesiahoitotyön toimintaympäristön negatiivisemmaksi kuin muut. Johtamisessa tulisi kiinnittää erityistä huomioita näiden työntekijäryhmien toimintaympäristöön ja kehittää sitä paremmaksi.
- Anestesiahoitotyön johtamiseen parantamiseen tulee kiinnittää huomioita, erityisesti hyvää muutosjohtamista kaivataan.
- Anestesiahoitotyötä uhkaa osaamisen katoaminen. Johdon tulisi kiinnittää erityistä huomioita siihen, miten pidetään kokeneet ja osaavat anestesiahoitajat osastolla töissä.
- Resurssipula leikkausosastoilla oli merkittävä. Sairaaloiden tulisi kiinnittää huomioita leikkausosastojen liialliseen kuormitukseen ja tehdä töitä anestesiahoitajien työmäärän vähentämiseksi.
- Anestesiahoitajan fyysistä työympäristöä tulisi parantaa. Sisäilmaongelmien ja epäergonomisten työolojen suhteen tulisi tehdä parannuksia.

Lähteet

Ammattibarometri – Työllistymisen näkymät eri ammateissa. 2018. Top 15 ammattit. Työ- ja elinkeinoministeriö. Elinkeino-, liikenne-, ympäristökeskus. Te-palvelut. <<https://www.ammattibarometri.fi/Toplista.asp?maakunta=suomi&vuosi=18i&kieli=>> luettu 29.8.2018.

Ahonen Pia (toim.) 2012. Kliininen asiantuntija – uutta osaamista ylemmästä ammattikorkeakoulututkinnosta. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 130. Sisältö löytyy myös sähköisesti <<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162588.pdf>> luettu 23.3.2018

Aiken, Linda – Patrician, Patricia. 2000. Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. Nursing Research. Vol. 49(3), May/June 2000: 146-153

Alasuutari, Pertti. 1996. Erinomaista rakas Watson. Johdatus yhteiskuntatutkimukseen. 3. painos. Helsinki: Hanki ja Jää.

Boyd, Donald – Poghosyan, Lusine. 2017. Certified Registered Nurse Anesthetist Working Conditions and Outcomes: A Review of the Literature. AANA Journal. August 2017. Vol 85., No 4. 261-269. *

Brunges, Michele – Foley-Brinx, Christine. 2014. Projects for Increasing job Satisfaction and creating a healthy work environment. AORN Journal. December 2014. Vol 100. No 6. 670-681.*

Canadian Operating Room Nursing Journal (CORN J). 2010. Preceptorship planning is essential to perioperative nursing retention: matching teaching and learning styles. Canadian Operating Room Nursing Journal (CORN J). Volume 28 - Issue 1- March 2010 : 8:16

Chen, Chung-Kuang – Lin, Cecilia – Wang, Shu-hui – Hou, Tung-Hsu. 2009. A Study of Job Stress, Stress Coping Strategies, and Job Satisfaction for Nurses Working in Middle-Level Hospital Operating Rooms. Journal of Nursing Research. Vol 17, No 3. September 2009: 199-210. *

Chipas, Anthony – McKenna, Dennis. 2011. Stress and Burnout in Nurse Anesthesia. AANA Journal. April 2011: Vol. 79, No 2: 122-128.

Chipas, Anthony – Cordey, Dan – Floyd, David – Grubbs, Lindsey – Miller, Sarah – Tyre, Brooks. 2012. Stress: Perceptions, manifestations and coping mechanisms of student registered nurse anesthetists. AANA Journal. August 2012. Vol. 80 No. 4. 49-55.*

Canadian Operating Room Nursing Journal (CORN J). 2010. Preceptorship planning is essential to perioperative nursing retention: matching teaching and learning styles. Canadian Operating Room Nursing Journal (CORN J). Volume 28 - Issue 1- March 2010 : 8:16.

Dolan, Paul – Peasgood, Tessa – Mathew, White. 2008. Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology* 29 (2008). 94-122.

Eriksson, Katie – Isola, Arja – Kyngäs, Helvi, Leino-Kilpi, Helena, Lindström, Unni – Paavilainen, Eija - Pietilä Anna-Maija – Salanterä, Sanna - Vehviläinen-Julkunen, Katri - Åsted-Kurki, Päivi. 2011. *Hoitotiede*. 4. Uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Fagerholm, Nina 2007. *Hoitotyön kuormittavuus poliklinikalla: sähköisten rekisteritietojen analysointi*. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu.

Flinkman, Mervi. 2014. Young registered nurses' intention to leave their profession in Finland – a mixed method study. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Turku: Painosalama Oy.

Hakala, Niina & Uimonen, Hanna 2010. *Hoitajien työhyvinvointi erikoissairaanhoidossa. Vaasan Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö*.

Haverinen, Outi – Sivula, Maria. 2014. Leikkaussalissa työskentelevien sairaanhoitajien näkemyksiä työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyö. Tampereen Ammattikorkeakoulu.

Higgins, BL – MacIntosh, J. 2012. Perioperative nurses' perceptions of physician-perpetrated abuse. *AORN Journal*. February 2012. Vol 95 No 2. 299-300*

Helsingin sanomat. 2018. Meilahdessa tehdään Suomen vaativimmat leikkaukset, mutta nyt hoitajat eivät enää jaksaa – töitä ilman vapaapäiviä jopa kolme viikkoa putkeen. Uutinen 10.1.2018. <<https://www.hs.fi/kaupunki/art-2000005518733.html>> Luettu 29.3.2018.

Heikkilä, Tarja. 2010. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita.

Heinen, Maud - van Achterberg, Theo – Schwendimann, René - Zander, Britta – Matthews, Anne – Kózka, Maria – Ensio, Anneli - Stetje, Igneborg - Casbas, Teresa – Ball, Jane - Schoonhoven Lisette. 2013. Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries 50. *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013): 174–184.

Hersio, Olli-Pekka – Tuhkio, Toni. 2012. *Perioperatiivisen sairaanhoitajan työhyvinvointi*. Opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula. 2010. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja. 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karma, Anna - Kinnunen, Timo – Palovaara, Marjo, Perttunen – Jaana. 2016. *Perioperatiivinen hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kaivola, Taru. 2003. Työpaikan ihmissuhteet. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Keinänen, Milja. 2014. Perinataalihoidossa työskentelevän hoitohenkilöstön toimintaympäristö ja työtyytyväisyys. Pro Gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Elokuu 2014.

Koivula-Tynnilä, Hannele. 2018. Henkilökohtainen tiedonanto.

Kuoppakangas, Päivikki. 2015. Decision-making and choice in the adoption of a municipal enterprise form in public healthcare organizations – reasoning, goals, legitimacy and core dilemma. Turun Kauppakorkeakoulu. Väitöskirja <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-249-449-8>>

Klinga, Miika – Leskinen, Ville. 2016. Hoitoalan esimiesten keinot ja haasteet epätyypillistä työaikaa tekevien alaisten hyvinvoinnin edistämässä. Terveyskasvatuksen pro gradu – tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylä.

Kluger, M.t – Bryant J. 2008. Job satisfaction, stress and burnout in anaesthetic technicians in New Zealand. Anaesth Intensive Care 2008 No 26: 214-221.*

KvantiMOTV. 2003. Hypoteesien testaus. <<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/hypoteesi/testaus.html>> Luettu 13.3.2019

KvantiMOTV.2009. Mittaaminen: mittarin luotettavuus. Luettu 25.1.2019 <<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>>

KvantiMOTV. 2008. Pearsonin korrelaatiokerroin. Luettu 7.6.2019. <<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/korrelaatio/korrelaatio.html#pearson>>

KvantiMOTV. 2009. Summamuuttuja. Verkkodokumentti. <<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/summamuuttujat/summamuuttuja.html>> Luettu 25.1.2019

KvantiMOTV. 2010. Kyselyaineiston dokumentointi ja raportointi. Luettu 5.2.2019 <<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/raportointi/raportointi.html>>

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11 no 1/-99.

Lake TE. 2002. Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. Research in Nursing & Health 25, 176-188.

Lindfors, Pirjo. 2010. Work-related well-being of Finnish anesthesiologists. Helsingin yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22458/workrela.pdf?sequence=1>>

Liukkonen, Paula. 2008. Henkilöstön arvon mittaaminen. Helsinki: Talentum Media Oy.

Lukkari, Liisa – Kinnunen, Timo – Korte, Ritva. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Manka, Marja-Liinsa – Manka, Marja. 2016. Työhyvinvointi. Helsinki: Talentum Pro.

Martela, Frank – Jarenko, Karoliina. 2014. Sisäinen motivaatio – Tulevaisuuden työssä tuottavuus ja innostus kohtaavat. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 3/2014. <https://www.eduskunta.fi/fi/tietoaeduskunnasta/julkaisut/documents/tuvj_3+2014.pdf> luettu 12.9.2018

Meeusen, Vera C.H – van Dam, Karen – Brown-Mahoney, Chris – van Zundert, Andre A.J – Knape, Hans T.A. 2011. Work climate related to job satisfaction among Dutch Nurse Anesthetists. AANA Journal. February 2011. Vol. 79, No1. 63-70. *

Meeusen, Vera C.H – Van Dam, Karen - Brown-Mahoney, Chris – Van Zunderst, Andre A.J – Knape, Hans T.A. 2011. Understanding nurse anesthetists' intention to leave their job: How burnout and job satisfaction mediate the impact of personality and workplace characteristics. Health Care Management Review. April-June 2011. 155-163.*

Metsämuuronen, Jari. 2002. Tilastollisen kuvauksen perusteet. Sridevi Printers (Pvt) LTD: Helsinki.

Mileto, Lisa – Penprase, Barbara. 2014. Job Satisfaction Among Certified Registered Nurse Anesthetists: A Multigenerational Analysis. Anesthesia eJournal. Volume 2: Issue1. *

Mäkinen, Jaana-Piia - Bordi, Laura - Heikkilä-Tammi, Kirsi - Seppänen, Sanna - Laine, Nina. 2014. Psykososiaalisiin kuormitus- ja voimavaratekijöihin liittyvä työhyvinvointitutkimus Suomessa 2010-2013. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3491-7>> luettu 31.3.2018.

Oblak, Tina - Skela-Savič, Brigita. 2017. The attitude of employees in perioperative nursing to training new employees in the workplace: an example of one organization. Obzornik zdravstvene nege, 51(3). 190-206.

Paglione, Nyane Laine – Vannuchi, marli Terezinha Oliveira – Tenanai, Mariana Neves Faria – Pissinati, Paloma de Souza Cavalcante. 2016. Professional satisfaction of the nursing team of the Surgical center in a medium complexity public Hospital. Journal of Nursing. 10(3): 1080-1087. *

Partanen, Pirjo - Heikkinen, Tarja - Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2005. SAIRAANHOITAJIEN TYÖOLOBAROMETRI 2004. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n jäsenkysely RAPORTTI.

Paronen, Elsa – Rissainen, Sari – Taskinen, Helena – Laulainen, Sanna. 2012. Kunnat hyvinvoinnin edistäjinä – hyvinvoinnin edistämisen näkökulmia ja malleja. Julkaisussa Tulevaisuuden Kunta. Nyholm, Inga – Haveri, Arto – Majoinen, Kaija – Pekola, Sjöblom, marianne (toim.)

Peltomaa, Harri – Ahlqvist, SAIja – Ahokas, Ari – Apponen, Olli – Kekki, Katri – Mikkola, Elisa – Oilinki Marja – Seitola, Tuomo – Hedman, Anita – Mattila, Antti – Mikkola, Kati – Rytönen, Outi. 2008. Psykologian verkot käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

Rauramo, Päivi. 2012. Työhyvinvoinnin portaat – viisi vaikuttavaa askelta. Porvoo: Bookwell Oy.

Rayborn, Michong – Jeong, Gyeseon – Hayden, SatAnanda – Park, Sungy. 2017. The Future of Certified Registered Nurse Anesthetist Practice in South Korea: Fading Into the Sunset of Breaking of a New Dawn. AANA Journal. October 2017. Vol 85, No.5: 361-368.*

Schwartz, Diane Brady – Spencer, Tammy – Wilson, Brigitte – Wood, Kim. 2011. Transformational Leadership: Implications for Nursing Leader in Facilities Seeking Magnet Designation. AORN Journal. June 2011. Vol 93 No6:737-748. *

Sjögren, Markus. 2019. Henkilökohtainen tiedonanto sähköpostilla.

Stone, Patricia – Mooney-Kane, Cathy – Larson, Elaine – Pastor, Diane – Zwanziger, Jack – Dick, Andrew. 2008. Nurse working conditions, organizational climate, and intent to leave in ICU's: An instrumental variable approach. Health Services Research, 42: 1085-1104. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955249/>> luettu 18.8.2018.

Sundqvist, Ann-Sofie – Carlsson, Agneta Anderzén. 2014. Holding the patient's life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists' perspective of advocacy. Scand J Caring *Sci: 214. No 28: 218-288.*

Suomen anestesiasairaanhoitajat RY – SASH RY. Esite anestesiasairaanhoitajan työstä. Esite. <<http://sash.fi/julkaisut/esite-anestesiahoitajan-tyosta/>> Luettu 16.1.2018

Suomen anestesiasairaanhoitajat Ry (SASH Ry). Suomen Anestesiasairaanhoitajat ry:n säännöt. <<https://sash.fi/yhdistys/yhdistyksen-saannot/>> luettu 30.3.2018

Syvänen, Ulla. 2008. Palautekäytännöt työhyvinvoinnin tukena perioperatiivisessa hoidotyössä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Toukokuu 2008. Pro Gradu – tutkielma. *

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2018. Kansanterveyden tulevaisuuskuvat vuodelle 2050. <<https://blogi.thl.fi/kansanterveyden-tulevaisuuskuvat-vuodelle-2050/>> luettu 29.8.2018

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2017. Asiakkaat ja osallisuus. <<https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus>> luettu 13.9.2018.

Tehy Ry. 2018. Tehy kantelee komissiolle hoitajien varallaolosta, Suomi ei halua puuttua ongelmaan. Mediatiedote. <<https://www.tehy.fi/fi/mediatiedote/tehy-kantelee-komissiolle-hoitajien-varallaolosta-suomi-ei-halua-puuttua-ongelmaan>> luettu 29.3.2018

Tengvall, Erja. 2010. Leikkaus- ja anestesia hoitajan ammatillinen pätevyys – Kysely tutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anesthesiologeille ja kirurgeille. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Työterveyslaitos. Työhyvinvointi. <<https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/>> Luettu 23.1.2018

Tuusvuori, Jarkko. 2006. Hyviin käsiin. Helsinki: Fioca

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Stenvall, Jari – Virtanen, Petri. 2012. Sosiaali – ja terveyspalvelujen uudistaminen – kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma Oy.

STTK. Työpahoinvointi vie kymmeniä miljardeja. 2016.

<<https://www.sttk.fi/2016/04/26/tyopahoinvointi-vie-kymmenia-miljardeja/>> Luettu 16.1.2018

Valli, Raine. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus

Vilkkä, Hanna. 2007. Tutki ja mittaa – Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. <<http://hanna.vilkkä.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>>

Yli-Hankala, Arvi – Jokela, Ritva. 2011. Anestesiologien ikääntymiskysely. Finnanest 2011 44(3): 188-191.

Hakustrategia

Tietokanta	Hakulauseet	Rajaukset ja haku-tulokset	Otsikon ja abstraktin perusteella hylätty	Tekstin perusteella hylätty	Työhön hyväksytty
CINAHL with Full Text (EBSCO-host)	<i>“Job satisfaction” AND “Nurse Anesthetists”</i>	37 tulosta Rajaus: <i>“Full text” & 2007-2017</i> → 8 tulosta	0	2	5
	<i>“Job satisfaction” AND “Perioperative Nursing”</i>	162 tulosta Rajaus: <i>“Full text” & 2007-2017 & english</i> → 33 tulosta	4 + 4 ⁽¹⁾	20	5
	<i>“Job satisfaction” AND “Survey” AND “Nurse Anesthetists”</i>	20 Rajaus: <i>“Full text”</i> → 6 tulosta	5	1	0
					Yhteensä 10

⁽¹⁾ 2 tiedostoa ei saatu auki, 1 oli italiankielinen, 1 tiedosto saatiin auki, mutta tiedosto oli viottunut.

Tietokanta	Hakulauseet	Rajaukset ja hakutulokset	Otsikon ja abstraktin perusteella hylätty	Tekstin perusteella hylätty	Työhön hyväksytty
Pubmed	"Job satisfaction" AND "Nurse Anesthetists"	42 tulosta Rajaus: "Free full text" →3 tulosta	2 ⁽¹⁾	1	0
	"Job satisfaction" AND "Perioperative Nursing"	197 tulosta Rajaus: "Free full text" & "10 years" →13 tulosta	12	1	0
	"Job satisfaction" AND "Survey" AND "Nurse Anesthetists"	26 tulosta	15	3+7 ⁽²⁾	1
					Yhteensä 1
Cochrane	"Anesthesia" AND "Job satisfaction"	11 tulosta	10	1	0
					Yhteensä 0
Medic	"Nukutushoitajat" OR "Erikoissairaanhoidajat" AND "Henkilöstötyytyväisyys"	64 tulosta	57	7	0
	"Perioperatiivinen hoitotyö" AND "Työhyvinvointi"	8 tulosta	8	0	0
					Yhteensä 0
Manuaalinen haku					Yhteensä 3

⁽¹⁾ Toinen valittu jo Cinahl-tietokantahausta.

⁽²⁾ 1 artikkeli puolankielinen, 6 artikkelia ei saatu avattua.

Opinnäytetyöhön valitut artikkelit, tutkimukset ja kirjallisuus

Tekijä(t), vuosi	maa,	Tarkoitus	Menetelmä, kysely- lomake ja aineisto	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset
1.	Rayborn – Jeong – Hayden – Park Etelä-Korea, (2007)	Kuvata anestesiahoitotyön eri käytäntöjä Etelä-Kore- assa ja identifioida trendejä, käytänteitä sekä muita teki- jöitä, jotka vaikuttavat anes- tesiahoitajan ammattiin.	Kvantitatiivinen tutkimus. 22- kohtainen kyselylomake (vastaajat n=267)	Korkeammin koulutetut yliopistotasoiset CRNA-hoitajat (certified registered nurse anesthetist) olivat tyytyväisempiä työhönsä pa- remman koulutuksensa, harjoittelun ja itsenäisemmän työn luonteen takia verrattuna ARN-hoitajiin (Anesthesia Registered Nurses). Työhyvinvointia mitattiin kyselyssä yhdellä kysymyksellä, vastaus annettiin 5-kohtaisella Likert-asteikolla.
2.	Boyd – Poghosyan Yhdysvallat, (2017)	Selvittää CRNA-hoitajien* toimintaympäristöä (certified registered nurse anesthetist)	Kirjallisuuskatsaus (n= 13 tutkimusta)	Anestesiahoitajien toimintaympäristöä kuvasi 4 teemaa: yhteistyö & kommunikaatio, ammatillinen identiteetti & autonomia, työsuht- teet. Anestesiahoitajilla esiintyi työtytymättömyyttä, työuupu- musta ja he kärsivät työperäisestä stressistä. Heidän työpaikoillaan ilmeni aggressiota, osalla hoitajista oli aikomuksia jättää työnsä Mitä itsenäisempää työtä anestesiahoitajat saivat tehdä, sitä enemmän he olivat tyytyväisiä omaan työhönsä. Toisaalta liiallinen itse- näinen työ liitettiin työperäiseen stressiin ja työn ylikuormitukseen. Sopiva taso itsenäisessä työssä ja valvotulla toiminnalla lisäisi hoitajien työhyvin- vointia. Työn johtajien tulee huomioda, että hoitajien toimintakapasiteettia käytetään kunnolla, mutta ei ylikuormiteta → työhyvinvointi nousee.
3.	Meeusen – van Dam – Brown-Ma- honey - Zundert – Knappe Hollanti, (2011)	Tutkia anestesiahoitajien työilmapiirin ja työhy- vinvoinnin yhteyttä.	Kvantitatiivinen tutkimus Kyselylomake "Work Climate Questinnoire According to the 12 Elements of the Gal- lup Institute" (n=882)	Työilmapiiri kolloi positiivisesti työhyvinvoinnin kanssa. Työilmapiiriä pa- rantamalla pystytään vaikuttamaan ja nostamaan anestesiahoitajien työhyvinvointia.

4.	Chipas – McKenna Yhdysvallat, (2011)	Määrittää anestesia-sairaanhoitajien stressin taso ja selvittää stressin fyysisiä ilmenemismuotoja.	Kvantitatiivinen tutkimus Kyselylomake “Stress and Burnout Survey” (n=7537)	Anestesiahoitajat työskentelevät kuormittavassa toimintaympäristössä. Tuloksien perusteella hoitajille tulisi järjestää opastusta hyvinvoinnin parantamiseen. Osa hoitajista käsittelee stressiä huonoilla tavoilla, kuten käyttämällä päihteitä.
5.	Sundqvist - Carlsson Ruotsi, (2014)	Kuvata anestesiahoitajan roolia potilaan puolesta puhujana perioperatiivisessa vaiheessa.	Kvalitatiivinen puolistrukturoitu haastattelu anestesiahoitajille. N=20.	Potilaan puolesta puhujana toiminen voi olla stressaavaa anestesiahoitajalle. Mutta toisaalta potilaan oikeuksien puolustaminen toivoimaannuttavaa tunnetta hoitajille. Työhyvinvointia voidaan parantaa luodessa työilmapiiri, jossa anestesiahoitajien mielipide otetaan kuuluviin korviin.
6.	Kluger – Bryant Uusi-Seelanti, (2008)	Selvittää anestesiateknikoiden työhyvinvointia, stressiä ja työuupumusta.	Kyselylomake koostui taustatiedoista, työhyvinvointikyselystä sekä Maslachin työuupumus kyselystä n= 154	Anestesiateknikoiden hyvä työhyvinvointi liittyi tiimityöhön, käytännön läheiseen työhön ja potilaskontaktiin. Työpahoinvointi liitettiin hoitajilta tulevaan epäarvostukseen ja limittäisiin oleviin työnkuviin. Työhyvinvointia mitattiin Likert-asteikolla, seitsemässä (7) eri työhyvinvoinnin osa-alueesta. Työhyvinvoinnin osa-alueet kehitettiin modifioidulla Delfi-tekniikalla.
7.	Brunges - Foley-Brinza Yhdysvallat, (2014)	Parantaa Gainesvil-len sairaalan työntekijöiden työhyvinvointia.	Kvantitatiivinen tutkimus NDNQI-kyselyllä* selvitettiin työtyytyväisyyttä *(National Database of Nursing Quality Indicators)	Kolmivuotinen projekti, jossa pyrittiin nostamaan työntekijöiden työhyvinvointia useilla eri projekteilla. Kyselyn tuloksista esiin nousseilla 11 alueella parannettiin työntekijöiden työhyvinvointia.
8.	Paglione - Van-nuchi - Tenani – Pissinati Portugali, (2016)	Tarkoituksena oli selvittää erään julkisen sairaalan leikkausosaston työhyvinvoinnin tilaa.	Kvantitatiivinen tutkimus Satisfaction Index at Work- kysely n= 26	Tuloksista selvisi, että autonomia oli yksi eniten työhyvinvointia lisäävä tekijä leikkausosaston työntekijöiden kanssa. Koettua hyvinvointia lisäsi myös palkka ja hyvät työolot.

9.	Chen – Lin – Wang - Hou Kiina, (2009)	Selvittää 7 eri sairaalan leikkausosaston henkilökunnan stressin lähteitä ja siitä selviytymisstrategioita sekä heidän työhyvinvoinnin tasoa.	Yhdistetty kyselylomake neljästä aikaisemmasta tutkimuksesta, teemoilla: demografiset ja työperäiset taustat, stressitesti, stressistä selviämistrategiatesti ja työhyvinvointi testi. (n= 112)	Stressin määrä ja sen taso olivat riippuvaisi siitä, minkälaisessa sairaalassa hoitajat olivat töissä. Voimakkainta stressiä aiheuttivat potilasturvallisuuteen liittyvät asiat. Määrällisesti eniten stressiä aiheuttivat johtajien antama palaute.
10.	Schwartz – Spencer – Wilson – Wood Yhdysvallat, (2011)	Kuvata miten ja mihin hyvällä muutosjohtajuudella voidaan vaikuttaa perioperatiivisessa toimintaympäristössä.	Artikkeli	Muutosjohtaminen voi nostaa perioperatiivisten sairaanhoitajien työhyvinvointia sekä parantaa heidän sitoutumista työhön. Muutosjohtaminen on yksi viidestä vaatimuksesta, jotka tulee täyttää Magneettisairaala-statusen saavuttamiseksi. Johtamistyyllillä ja hoitajien työhyvinvoinnilla oli merkittävä yhteys.
11.	Higgins - MacIntosh Canada, (2012)	Kuvata perioperatiivisen hoitajan käsityksiä lääkäreiltä tulevaa väkivaltaa ja sen vaikutuksia heidän terveyteensä ja kykyynsä tehdä hoitotyötä.	Kvalitatiivinen tutkimus, josta kirjoitettu artikkeli Avoimia kysymyksiä n= 10	Työpaikalla ilmenevä väkivalta vähentää perioperatiivisen sairaanhoitajien työhyvinvointia. Väkivallan muodot vaihtelivat vähättelystä, kiusoittelusta huutamiseen ja kiroiluun. Myös fyysistä väkivaltaa ilmeni, kuten potkimista ja tönimistä ja esineiden heittelyä.
12.	Chipas -Cordrey – Floyd – Grubbs - Miller – Tyre Yhdysvallat (2012)	Kuvata anestesia-sairaanhoitajaopiskelijoiden stressiä ja selvittää niiden ilmenemismuotoja ja stressistä selviytymisstrategioita.	Kvantitatiivinen tutkimus 54-kohtainen sähköinen kyselylomake n= 1282	Stressin ja lisääntyneiden poissaolopäivien, heikentyneen terveyden ja hyvinvoinnin ja masennuksen välillä löytyi tilastollisesti positiivisesti korreloiva yhteys. Hoitajaopiskelijat kokivat stressiä normaalia enemmän verrattuna jo työelämässä oleviin hoitajiin.
13.	Mileto – Penprase Yhdysvallat, (2014)	Tarkoituksena oli vertailla eri anestesia-sairaanhoitajasukupolvien välisiä eroja työhyvinvoinnissa.	Kvantitatiivinen tutkimus NWI-R-mittari* n=407 *The Nursing Work Index – Revised	Tutkimus osoitti, että anestesia-sairaanhoitajilla on suhteellisen korkea työhyvinvointi, sukupolvesta riippumatta. Anestesia-sairaanhoitajien työhyvinvointiin vaikutti työn autonomia, mahdollisuus työskennellä kliinisesti pätevien työkavereiden kanssa, mahdollisuus työskennellä työnantajille, jotka mahdollistavat urassa etenemiseen ja kouluttautumiseen, ja olla oman alan edustaja korkealla johtotasolla

14.	Syvänen Suomi, (2008)	Tutkia työhyvinvointia ja palautejärjestelmiä perioperatiivisessa hoitotyössä.	Kvantitatiivinen tutkimus Työhyvinvointia mitattiin QPSNordic 34 + - mittari n= 82	Työhyvinvointi perioperatiivisessa hoitotyössä oli keskitasoa. Perioperatiivinen hoitotyö arviointiin melko vaativaksi, amk-tasoiset arvioivat sen vaativammaksi kuin opistotason suorittaneet. Viiden-nes tutkimukseen vastanneista arvioi töitä olevan liikaa. Stressillä ja kokemuksilla työn vaatimustasosta oli kohtalainen positiivinen riippuvuus eli mitä vaativampana työ koettiin, sitä useammin hoitajat kokivat stressiä.
15.	Meeusen - Van Dam - Brown-Mahoney – Van Zunderst – Knape Hollanti, (2011)	Tutkia työpaikan toimintaympäristön ominaisuuksia ja persoonallisuuden vaikutuksia työuupumukseen ja työhyvinvointiin ja lopulta aikomukseen irtisanoutua työstään.	Kvantitatiivinen tutkimus Yhdistelmä seuraavista: -Taustatiedot - Irtisanomisaikomuskysymys - Maslach Burnout kysely -Työhyvinvointia mitattiin kolmessa (3) kohdassa -Toimintaympäristöä TOMO (Toetsingslijst Mens and Organisatie)-mittarilla n= 923	Hoitajien aikomus irtisanoutua työstään oli ennustettavissa työuupumuksen oireilla ja työhyvinvoinnin tilalla. Työuupumuksen esiintymistä ja työhyvinvoinnin tilaa taas ennusti persoonallisuuden ulottuvuudet.

Saatekirje**Hyvä Vastaanottaja**

Opiskelen Metropolia ammattikorkeakoulussa Sosiaali- ja terveysalan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa. Kyselytutkimus liittyy opinnäytetyöhöni, jossa haluan selvittää Suomen anestesiahoitajien työhyvinvoinnin tilaa sekä toimintaympäristöä ja kuvailla niiden välistä yhteyttä. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Suomen Anestesiahoitajat Ry:n kanssa. Osallistumiseen on tärkeää, koska aihetta ei ole tutkittu Suomessa aikaisemmin.

Opinnäytetyön toteutus:

Osallistuminen merkitsee oheisen sähköisen kyselylomakkeen täyttämistä. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Kenenkään vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksissa. Opinnäytetyöhön osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta jäsenyyteenne Suomen Anestesiahoitajat Ry:ssä. Opinnäytetyön tulokset julkaistaan Metropolian YAMK opinnäytetyönä Theseus-tietokannassa.

Opinnäytetyöhön osallistuminen:

Opinnäytetyöhön osallistuminen tapahtuu painamalla alla olevaa ”Seuraava”-painiketta. Vastausaikaa kyselyyn on neljä viikkoa, kysely on avoinna 8.1.2019-4.2.2019. Kyselyyn vastaaminen kestää n. 10-15 min.

Lisätietoja

Mikäli teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaamme mielellämme kysymyksiinne. Lisätietoja saatte puhelimitse ja sähköpostitse.

Yhteistyöterveisin,**YAMK opinnäytetyön tekijä**

Laura Vesalainen Sairaanhoidaja AMK,
YAMK -opiskelija
sähköpostiosoite
p. xxx xxx xxxx

Ohjaava opettaja

Ly Kalam-Salminen, TtT
sähköpostiosoite
Metropolia Ammattikorkeakoulu
Helsinki

Kyselylomake

Vastaa seuraaviin taustatietokysymyksiin valitsemalla Sinua parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan.

1. Sukupuoleni on

1. Nainen
2. Mies

2. Ikäni on

1. 58 vuotta tai yli
2. 38-57 vuotta
3. 23-37 vuotta
4. alle 22 vuotta

3. Työajastani työskentelen anestesiasairaanhoitajana

1. alle 50%
2. 50% tai yli

4. Olen tällä hetkellä pääasiassa

1. Työelämässä
2. Eläkkeellä
3. Perhevapailla (äitiysloma, hoitovapaa)
4. Opiskelen
5. Työtön
6. Muu, mikä _____?

5. Työskenteletkö anestesiasairaanhoitajana

1. Keskussairaalassa
2. Yliopistollisessa sairaalassa
3. Yksityisessä sairaalassa
4. Muualla, missä? _____

6. Mikä seuraavista vaihtoehtoista kuvaa parhaiten yksikköäsi, jossa toimit anestesia-sairaanhoitajana?

1. Päiväkirurginen / lyhytjälkihoitoinen leikkausosasto
2. Keskusleikkausosasto
3. 1-2 erikoisalaan erikoistunut leikkausosasto
4. Muu, mikä? _____

7. Mikä on ammatillinen koulutukseni

1. Alempi korkeakoulututkinto
2. Ylempi korkeakoulututkinto
3. Opistoasteen sairaanhoitaja / Erikoissairaanhoitaja
4. Muu mikä? _____

8. Työkokemukseni anestesiasairaanhoitajana?

1. 0-5 vuotta
2. 6-15 vuotta
3. yli 16 vuotta

9. Olen viimeisen vuoden aikana työskennellyt pääsääntöisesti:

1. Säännöllisessä päivätyössä
2. Säännöllisessä yötyössä
3. Kaksivuorotyössä
4. Kolmivuorotyössä
5. Keikkatyö / henkilöstövuokrausfirma
6. Muu, mikä? _____

10. Työhöni kuuluu varallaoloa

1. Kyllä
2. Ei

11. Työhöni kuuluu päivystyspotilaiden hoitotyötä

1. Kyllä
2. Ei

Ole hyvä ja vastaa seuraaviin väittämiin valitsemalla mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto: Täysin samaa mieltä, Jokseenkin sama mieltä, Jokseenkin eri mieltä, Täysin eri mieltä tai valitse En osaa sanoa-vaihtoehto.

Ja vastaa myös onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi: Kyllä tai Ei.
Sulkuihin on merkitty alkuperäisen mittarin kysymyksen numero.

Anestesiahoitotyön autonomia

(Alkuperäisen mittarin väittämä nro:t 4,6,17, 24, 35)

Yksikkö, jossa työskentelen:						Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?	
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa vastata	Kyllä	Ei
12. Hoitohenkilöstöä tukeva johto (hallintoylihoitaja, ylihoitaja) (4)							
13. Hoitotyö on oma itsenäinen alansa (6)							
14. On vapautta tehdä tärkeitä töitä ja potilashoitoa koskevia päätöksiä (17)							
15. En joudu hoitotilanteissa toimimaan vastoin omaa hoitonäkemystäni/ harkintaani (24)							
16. Osastonhoitaja tukee hoitotyön henkilöstöä päätöksenteossa, vaikka kyseessä olisi ristiriita lääkärin kanssa (35)							

Hoitajien ja lääkäreiden välinen yhteistyö

(Alkuperäisen mittarin väittämä nro:t 2,27)

Yksikkö, jossa työskentelen:						Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?	
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa vastata	Kyllä	Ei
17. Lääkäreillä ja anestesiasairaanhoitajilla on hyvät yhteistyösuhteet (2)							
18. Hoitajat ja lääkärit tekevät paljon tiimityötä (27)							

Anestesiahoitotyön käytännön toimintojen hallinta

(Alkuperäisen mittarin väittämä nro:t 1,11,12,13,16,46)

Yksikkö, jossa työskentelen:						Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?	
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa vastata	Kyllä	Ei
19. Riittävät tukipalvelut mahdollistavat sen, että voin käyttää riittävästi aikaa potilaiden kanssa (1)							
20. On riittävästi aikaa ja mahdollisuuksia keskustella potilaiden hoidosta toisten hoitajien kanssa (11)							
21. On riittävästi anestesiasairaanhoitajia toteuttamaan laadukasta hoitotyötä (12)							

22.	Osastonhoitaja, joka on hyvä sekä asioiden, että ihmisten johtamisessa (13)							
23.	Riittävästi henkilökuntaa päivittäisistä tehtävistä suoriutumiseen (16)							
24.	On tilaisuus työskennellä pitkälle erikoistuneessa yksikössä (46)							

Koulutus ja perehdytys (Alkuperäisen mittarin nro:t 3,40,7,30)

Yksikkö, jossa työskentelen:						Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?	
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa vastata	Kyllä	Ei
25.	Uusille anestesia-sairaanhoitajille on hyvä perehdytys-ohjelma (3)						
26.	Uusille anestesia-sairaanhoitajille on osoitettu oma perehdyttäjä (40)						
27.	On soveltuva täydennyskoulutusjärjestelmä hoitajille (7)						
28.	Hoitohenkilökuntaa tuetaan alan tutkintojen suorittamisessa (30)						

Anestesiahoitotyön kehittäminen, ura ja palkkaus
 (Alkuperäisen mittarin nro:t 5,8,9,10,19,29,32,34,37,38,42)

Yksikkö, jossa työskentelen:						Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?	
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa vastata	Kyllä	Ei
29. Palkkaus on tyydyttävä (5)							
30. Urakehitys on mahdollinen (8)							
31. On mahdollisuus osallistua päätöksentekoon (9)							
32. Potilashoitoa koskevat uudet ajatukset ja innovaatiot ovat tervetulleita (10)							
33. Anestesiahoitajat osallistuvat aktiivisesti kustannusten hallintaan (32)							
34. Hoitohenkilökunta osallistuu uusien välineiden ja laitteiden valitsemiseen (34)							
35. On toimiva laatu-järjestelmä (37)							
36. Anestesiahoitajat ovat mukana organisaation sisäisessä hallinnossa, esim. erilaisissa toimikunnissa (38)							
37. Anestesiahoitajilla on mahdollisuus osallistua sairaalan / laitoksen/työpaikan toi-							

mikuntiin ja hoito- työn työryhmiin (42)							
--	--	--	--	--	--	--	--

Johtaminen (Alkuperäisen mittarin nro:t 14,15,25,26)

Yksikkö, jossa työskentelen:						Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?	
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa vastata	Kyllä	Ei
38. On ylihoitaja, joka on näkyvä ja henkilöstön helposti tavoitettavissa (14)							
39. Joustavat tai yksilölliset työaikatarkistukset ovat mahdollisia (15)							
40. Hallinto* edellyttää hoitotyön korkeatasoisuutta (*mm. sairaalan valtuusto, hallitus, johtajaylilääkäri, hallintoylihoitaja, palvelualuejohtaja, ylihoitaja) (25)							
41. Osastonhoitaja neuvottelee henkilöstön kanssa päivittäisistä ongelmista ja niiden ratkaisuista							

Työssä viihtyminen (Alkuperäisen mittarin nro:t 18,23,33, 43, 45, 50)

Yksikkö, jossa työskentelen:						Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?	
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa vastata	Kyllä	Ei
42. Saan kiitosta ja tunnustusta hyvin tehdystä työstä (18)							
43. On hyvät suhteet muihin yksiköihin, esim. laitoshuolto- ja ravintopalvelut (23)							
44. Työskentelen yhdessä pätevien hoitajien kanssa (33)							
45. Anestesia-sairaanhoidtajien osuus potilaan hoidon onnistumisessa on yleisesti tunnustettua (43)							
46. Työympäristö on viihtyisä (45)							
47. Anestesia-sairaanhoidajat osallistuvat aktiivisesti työvuorojensa suunnitteluun (50)							

Anestesiahoitotyön arkea

(Alkuperäisen mittarin nro:t 20,21,28,31,41,49,51,53,54,56,57)

Yksikkö, jossa työskentelen:						Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?	
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa vastata	Kyllä	Ei
48. Hoitotyössä toteutetaan tiimityön mallia (20)							
49. Anestesiahoitotyössä toteutetaan omahoitaja- / yksilövastuisen hoitotyön mallia (21)							
50. Lääkärin tuottama lääketieteellinen hoito on korkealaatuista (28)							
51. Hoitotyön filosofia näkyy selkeästi potilashoidossa (31)							
52. Hoitaminen perustuu hoitotyön malliin pikemmin kuin lääketieteellisen hoidon malliin (41)							
53. Vakituinen henkilökunnan ei tarvitse ikinä siirtyä työskentelemään toiseen yksikköön (49)							
54. Käytännöt, toiminta- ja menettelytavat ovat standardoitu (51)							
55. Henkilöstöresursseja tasoitetaan osastolta toiselle tilanteen ja tarpeen mukaan (53)							
56. Kukin yksikkö päättää omista käytännöistään ja toimintatavoistaan (54)							

57. Työskentelen kokeneiden sairaanhoitajien kanssa, jotka tuntevat organisaation hyvin (56)							
58. Kirjalliset hoitosuunnitelmat välitetään myös suullisesti hoitajalta toiselle (57)							

Ole hyvä ja valitse mielipidettäsi kuvaava kohta asteikolta 1-10 tai valitsemalla ”En osaa vastata” -vaihtoehto.

1= Työhyvinvointi on olematon

10= Työhyvinvointisi on niin hyvä, kuin se voi olla.

59. Mikä yleisarvosana 1-10 kuvaa tämänhetkistä työhyvinvointiasi?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En osaa vastata

Ole hyvä ja valitse mielipidettäsi kuvaava kohta asteikolta 1-10 tai valitsemalla ”En osaa vastata”-vaihtoehto

1= En lainkaan tyytyväinen

10= Erittäin tyytyväinen

60. Miten tyytyväinen olet uraasi anestesiasairaanhoitajana?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En osaa vastata

61. Mitä muuta haluat sanoa työhyvinvoinnistasi?

62. Mitä muuta haluat sanoa yksikkösi hoitotyön toimintaympäristöstäsi?

Tässä kyselyssä hoitotyön toimintaympäristöllä tarkoitetaan anestesiahoitajan työympäristöön ja organisaatioon liittyviä tekijöitä, jotka helpottavat tai rajoittavat anestesiahoitajan toimintaa taitavan ja laadukkaan hoitotyön toteuttamisessa.

Kiitos vastaamisesta!

- Taustamuuttajat ovat kysymykset 1-11
- NWI-R-mittari on kysymykset 12-58
- Yleiseen työhyvinvointiin ja anestesiahoitajan uravalinnan tyytyväisyyteen liittyvät kysymykset 59-60
- Avoimet kysymykset työhyvinvointiin ja toimintaympäristöön 61-62

Kyselyn tuloksien frekvenssijakaumataulukko

Anestesiahoitotyön autonomia (Alkuperäisen mittarin väittämät nro:t 4,6,17,24,35,)										Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?			
Yksikkö, jossa työskentelen:	Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä		Eov	Kyllä		Ei	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	f	%	f	%
12. Hoitohenkilöstöä tukeva johto (4)	14	9,0%	32	20,6%	55	35,5%	54	34,8%	34	157	83,1%	32	16,9%
13. Hoitotyö on oma itsenäinen alansa (6)	41	23,0%	90	50,6%	40	22,5%	7	3,9%	11	131	69,3%	58	30,7%
14. On vapautta tehdä tärkeitä töitä ja potilashoitoa koskevia päätöksiä (17)	54	28,6%	104	55,0%	28	14,8%	3	1,6%	0	171	90,5%	18	9,5%
15. En joudu hoitotilanteissa toimimaan vastoin omaa hoitotähtäystäni/ harvinaisukseni (24)	33	17,7%	96	51,6%	53	28,5%	4	2,2%	3	177	93,7%	12	6,3%
16. Osastonhoitaja tukee hoitotyön henkilöstöä päätöksenteossa, vaikka kyseessä olisi ristiriita lääkärin kanssa (35)	24	14,5%	61	36,7%	48	28,9%	33	19,9%	23	179	94,7%	10	5,3%

Hoitajien ja lääkäreiden välinen yhteistyö (Alkuperäisen mittarin väittämä nro:t 2,27)										Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?			
Yksikkö, jossa työskentelen:	Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä		Eov	Kyllä		Ei	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	f	%	f	%
17. Lääkäreillä ja anestesiahoitajilla on hyvät yhteistyösuhteet (2)	101	53,4%	81	42,9%	7	3,7%	0	0	0	189	100%	0	0%
18. Hoitajat ja lääkärit tekevät paljon tiimityötä (27)	139	73,5%	43	22,8%	7	3,7%	0	0	0	189	100%	0	0%

Anestesiahoitotyön käytännön toimintojen hallinta (Alkuperäisen mittarin väittämä nro:t 1,11,12,13,16,46)										Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?			
Yksikkö, jossa työskentelen:	Täysin mieltä	samaa	Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä		En osaa vas-tata	Kyllä		Ei	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	f	%	f	%
19. Riittävät tukipalvelut mahdollistavat sen, että voin käyttää riittävästi aikaa potilaiden kanssa (1)	17	9,1%	86	46,0%	69	36,9%	15	8,0%	2	172	91%	17	9,0%
20. On riittävästi aikaa ja mahdollisuuksia keskustella potilaiden hoidosta toisten hoitajien kanssa (11)	26	13,8%	87	46,3%	56	29,8%	19	10,1%	1	174	92,1%	15	7,9%
21. On riittävästi anestesiasairaanhoitajia toteuttamaan laadukasta hoitotyötä (12)	30	15,9%	60	31,7%	60	31,7%	39	20,6%	0	185	97,9%	4	2,1%
22. Osastonhoitaja, joka on hyvä sekä asioiden, että ihmisten johtamisessa (13)	24	13,1%	71	38,8%	52	28,4%	36	19,7%	6	184	97,4%	5	2,6%
23. Riittävästi henkilökuntaa päivittäisistä tehtävistä suoriutumiseen (16)	20	10,6%	47	25,0%	77	41,0%	44	23,4%	1	187	98,9%	2	1,1%
24. On tilaisuus työskennellä pitkälle erikoistuneessa yksikössä (46)	82	44,6%	61	33,2%	33	17,9%	8	4,3%	5	146	77,2%	43	22,8%

Koulutus ja perehdytys (Alkuperäisen mittarin nro:t 3,40,7,30)											Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?			
Yksikkö, jossa työskentelen:		Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä		En osaa vastata	Kyllä		Ei	
		f	%	f	%	f	%	f	%		f	%	f	%
25.	Uusille anestesiahoitajille on hyvä perehdytysohjelma (3)	54	28,9%	81	43,3%	37	19,8%	15	8,0%	2	186	96,8%	6	3,2%
26.	Uusille anestesiahoitajille on osoitettu oma perehdyttäjä (40)	97	51,6%	66	35,1%	20	10,6%	5	2,7%	1	176	93,1%	13	6,9%
27.	On soveltuva täydennyskoulutusjärjestelmä hoitajille (7)	4	2,4%	37	22,0%	74	44,0%	53	31,5%	21	152	80,4%	37	19,6%
28.	Hoitohenkilökuntaa tuetaan alan tutkintojen suorittamisessa (30)	14	8,1%	62	36,0%	54	31,4%	42	24,4%	17	158	83,6%	31	16,4%

Anestesiahoitotyön kehittäminen, ura ja palkkaus (Alkuperäisen mittarin nro:t 5,8,9,10,19,29,32,34,37,38,42)										Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?			
Yksikkö, jossa työskentelen:	Täysin mieltä	samaa	Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä		En osaa...	Kyllä		Ei	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	f	%	f	%
29. Palkkaus on tyydyttävä (5)	6	3,2%	33	17,5%	76	40,2%	74	39,2%	0	182	96,3%	7	3,7%
30. Urakehitys on mahdollinen (8)	4	2,2%	50	27,0%	93	50,3%	38	20,5%	4	162	85,7%	27	14,3%
31. On mahdollisuus osallistua päätöksentekoon (9)	12	6,4%	72	38,5%	78	41,7%	25	13,4%	2	178	94,2%	11	5,8%
32. Potilashoitoa koskevat uudet ajatukset ja innovaatiot ovat tervetulleita (10)	40	21,3%	95	50,5%	43	22,9%	10	5,3%	1	178	94,2%	11	5,8%
33. Anestesiahoitajat osallistuvat aktiivisesti kustannusten hallintaan (32)	23	12,7%	60	33,1%	64	35,4%	34	18,8%	8	96	50,8%	93	49,2%
34. Hoitohenkilökunta osallistuu uusien välineiden ja laitteiden valitsemiseen (34)	17	9,2%	79	42,7%	58	31,4%	31	16,8	4	162	85,7%	27	14,3%
35. On toimiva laatujärjestelmä (37)	9	6,0%	53	35,1%	65	43,0%	24	15,9%	38	124	65,6%	65	34,4%
36. Anestesiahoitajat ovat mukana organisaation sisäisessä hallinnossa, esim. erilaisissa toimikunnissa (38)	11	6,3%	60	34,3%	72	41,1%	32	18,3%	14	123	65,1%	66	34,9%
37. Anestesiahoitajilla on mahdollisuus osallistua sairaalan / laitoksen/työpaikan toimikuntiin ja hoitotyön työryhmiin (42)	23	13,5%	79	46,2%	49	28,7%	20	11,7%	18	127	67,2%	62	32,8%

Johtaminen (Alkuperäisen mittarin nro:t 14,15,25, 44)										Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?			
Yksikkö, jossa työskentelen:	Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä		En osaa vastata	Kyllä		Ei	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	f	%	f	%
38. On ylihoitaja, joka on näkyvä ja henkilöstön helposti tavoitettavissa (14)	7	3,8%	29	15,7%	71	38,4%	78	42,2%	4	134	70,9%	55	29,1%
39. Joustavat tai yksilölliset työaikatratkaisut ovat mahdollisia (15)	34	18,0%	78	41,3%	47	24,9%	30	15,9%	0	187	98,9%	2	1,1%
40. Hallinto* edellyttää hoitotyön korkeatasoisuutta (*mm. sairaalan valtuusto, hallitus, johtajaylilääkäri, hallintoylihoitaja, palvelualuejohtaja, ylihoitaja) (25)	21	15,0%	43	30,7%	52	37,1%	24	17,1%	49	106	56,1%	83	43,9%
41. Osastonhoitaja neuvottelee henkilöstön kanssa päivittäisistä ongelmista ja niiden ratkaisuista (44)	6	4,2%	29	20,1%	68	47,2%	41	28,5%	45	114	60,3%	75	39,7%

Työssä viihtyminen (Alkuperäisen mittarin nro:t 18,23,33, 43, 45, 50)										Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?			
Yksikkö, jossa työskentelen:	Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä		En osaa vastata	Kyllä		Ei	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	f	%	f	%
42. Saan kiitosta ja tunnustusta hyvin tehdystä työstä (18)	16	8,6%	89	47,6%	56	29,9%	26	13,9%	2	184	97,4%	5	2,6%
43. On hyvät suhteet muihin yksiköihin, esim. laitoshuolto- ja ravintopalvelut (23)	39	21,3%	119	65,0%	22	12,0%	3	1,6%	6	153	81,0%	36	19,0%
44. Työskentelen yhdessä pätevien hoitajien kanssa (33)	103	54,5%	76	40,2%	10	5,3%	0	0	0	186	98,4%	3	1,6%
45. Anestesiahoitajien osuus potilaan hoidon onnistumisessa on yleisesti tunnustettua (43)	37	20,1%	62	33,7%	65	35,3%	20	10,9%	5	176	93,1%	13	6,9%
46. Työympäristö on viihtyisä (45)	34	18,0%	73	38,6%	59	31,2%	23	12,2%	0	181	95,8%	8	4,2%
47. Anestesiahoitajat osallistuvat aktiivisesti työvuorojensa suunnitteluun (50)	46	24,9%	58	31,4%	46	24,9%	35	18,9%	4	183	96,8%	6	3,2%

Anestesiahoitotyön arkea (Alkuperäisen mittarin nro:t 20,21,28,31,41,49,51,53,54,56,57)											Onko väittämä tärkeä osatekijä työhyvinvoinnissasi?			
Yksikkö, jossa työskentelen:		Täysin samaa mieltä		Jokseenkin samaa mieltä		Jokseenkin eri mieltä		Täysin eri mieltä		E.O.V	Kyllä		Ei	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	f	%	f	%
48.	Hoitotyössä toteutetaan tiimityön mallia (20)	83	45,5%	82	44,8%	11	6,0%	7	3,8%	6	163	86,2%	26	13,8%
49.	Anestesiahoitotyössä toteutetaan omahoitaja- / yksilövastuisen hoitotyön mallia (21)	20	11,8%	60	35,5%	51	30,2%	38	22,5%	20	111	58,7%	78	41,3%
50.	Lääkärin tuottama lääketieteellinen hoito on korkealaatuista (28)	72	38,3%	100	53,2%	15	8,0%	1	0,5%	1	164	86,8%	25	13,2%
51.	Hoitotyön filosofia näkyy selkeästi potilashoidossa (31)	22	12,9%	81	47,4%	54	31,6%	14	8,2%	18	124	65,6%	65	34,4%
52.	Hoitaminen perustuu hoitotyön malliin pikemmin kuin lääketieteellisen hoidon malliin (41)	5	3,3%	37	24,3%	80	52,6%	30	19,7%	37	105	55,6%	84	44,4%
53.	Vakituisen henkilökunnan ei tarvitse ikinä siirtyä työskentelemään toiseen yksikköön (49)	36	21,1%	36	21,1%	43	25,1%	56	32,7%	18	145	76,7%	44	23,3%
54.	Kukin yksikkö päättää omista käytännöistään ja toimintatavoistaan (54)		14,3%	105	55,6%	40	21,2%	7	3,7%	10	153	81,0%	36	19,0%
55.	Henkilöstöresursseja tasoitetaan osastolta toiselle tilanteen ja tarpeen mukaan (53)	9	5,1%	46	25,8%	57	32,0%	66	37,1%	11	129	68,3%	60	31,7%
56.	Työskentelyn kokeneiden sairaanhoitajien kanssa, jotka tuntevat organisaation hyvin (56)	69	37,3%	85	45,9%	28	15,1%	3	1,6%	4	163	86,2%	26	13,8%
57.	Kirjalliset hoitosuunnitelmat välitetään myös suullisesti hoitajalta toiselle (57)	58	31,5%	88	47,8	26	14,1%	12	6,5%	5	147	77,8%	42	22,2%

Taustatietojen avointen vastauksien luokittelu

"Työskenteletkö anestesia sairaanhoitajana"-vastauksien luokittelu

Vastausvaihtoehto: "Muualla, missä?" (n=9)	Vaihdettu luokkaan	Perustelut
Kunnan ja yksityisen palveluntuottajan yhteisyrityksessä	3 = yksityisessä sairaalassa	2 ryhmän muodostaminen ei järkevää, työpaikka lähinnä yksityistä firmaa
Yhteisyrityksessä		
Tays Valkeakoski	2 = Yliopistollisessa sairaalassa	Oletettavasti muutkin kyseisessä sairaalassa vastanneet työnantajakseen yliopistollisen sairaalan
Tyks/ Salon sairaala		
aluesairaala	1= Keskussairaalassa	5 kpl ryhmän muodostaminen ei järkevää, työpaikka lähinnä eniten keskussairaalaa.
Aluesairaalassa		
Aluesairaala		
aluesairaala		
Alueairaala		

"Mikä seuraavista vaihtoehtoista kuvaa parhaiten yksikköäsi, jossa toimit anestesia sairaanhoitajana?" – vastauksien luokittelu

Muu, mikä?- vastaus (n=23)	Siirto ryhmään	Perustelut
lasten leikkausosasto	3. 1-2 erikoisalaan erikoistunut leikkausosasto	Jaottelu tehty lääketieteellisten erikoisalajaottelun mukaan, jossa lasten kirurgia on yksi yhtenäinen erikoisala
Lasten leikkausosasto, useita erikoisaloja		
Lasten leikkausos		
Lasten		
Uusi Lasten Sairaala, kaikki erikoisalat		
Plastiikkakirurgia	3. 1-2 erikoisalaan erikoistunut leikkausosasto	Jaottelu tehty lääketieteellisten erikoisalajaottelun mukaan, plastiikkakirurgia on 1 lääketieteellinen erikoisala
keskussairaala leik.osasto.päiki/yleiskirurgia mon.eri aloista	2. Keskusleikkausosasto	Keskusleikkausosastolla leikataan useaa erikoisalaa, osaston kuvailu kuvaa parhaiten keskusleikkausosastolla. Vaikka työntekijä käy päiväkirurgiassa töissä, jaotellaan häneltä keskusleikkausosastolle.
7 erikoisalaa, päikiä ja osastolle meneviä, päivystyksiä (Päivystys)leikkausosasto. Kaikki erikoisalat.		
Keskussairaalan leikkausosasto, jossa hoidetaan yli 10 erikoisalan potilaita		
Keskussairaallalle tyypillisesti useat erikoisalat poissulkien sydän- ja neurokirurgian. Päiväkirurginen toiminta kuuluu yksikön toimintaan.		
Päivystysleikkausyksikkö + elektiivinen kirurgia		
		useamman kuin 2 erikoisalan leikkausosasto

päiki ja keskusleikkausos yhistettynä		
Ortopedian ja traumatologian päivystävä leikkausosasto (päivystyksenä myös plast.kir., ja leukakir.)		
Kesle/päiki		
Sydän-, neuro-, verisuoni- ja tukieliinkirurgia		
Kaikki muu leikkaustoiminta paitsi sydänkirurgia ja neurokirurgia		
Päiväkirurgia+leikkausosasto		
Useaan erikoisalaan erikoistunut päivystävä leikkausosasto		
Päivystysleikkaus osasto		
Knk leikkausosasto, tähän kuuluu myös neurokirurgia. Saleja lainataan myös muille eli meillä leikataan myös plastiikkakirurgiaa ja ortopediaa		
Meillä tehdään kaikki samassa yksikössä		
useaan erikoisalan sairaala, päiväkirurgiasta päivystyspotilaisiin		

”Mikä on ammatillinen koulutuksesi?” – vastauksien luokittelu

Muu, Mikä?-vastaus (n=1)	Siirto ryhmään	Perustelut
Sh amk	Alempi korkeakoulututkinto	Ammattikorkeakoulu on alempi korkeakoulututkinto

”Olen viimeisen vuoden aikana työskennellyt säännöllisesti”- vastauksien luokittelu

Muu, mikä vastaus	Mihin luokkaan siirretty	Perustelut
aamuvuoro + kotipäivystys	1. Säännöllinen päivätyö	varaolokysymys on erikseen
Päivätyö ja varallaolo		varaolokysymys on erikseen
Säännöllinen päivätyö 7.30-15.30. Ajoittain 10-18 tai 9-17. Lisäksi päivystämme kotoa.		Työaika lähinnä säännöllinen päivätyö, joskus työvuorot venyvät pidemmiksi. Varallaolo kysytään myöhemmin.
päivätyönomainen jaksotyö		Päivätyö
päivätyö+päivystykset	3. Kaksivuorotyö	Päivätyö
Vuorot arkisin vaihtelevasti klo 7-21 välillä		Työaika kuvaa lähinnä tätä
pääsääntöisesti aamua, mutta myös iltavuoroja		Työaika kuvaa lähinnä tätä
kaksivuorotyö + päivystys		Varallaolo-kysymys on erikseen

n. 7.30-19 väliset vuorot ja päivystyskiä joka 24 h		Työaika lähinnä sijoittuu kak-sivuoroon ja varallaolo kysy-mys erikseen
Päivätyö + 12 tunnin päivä ja yövuorot	4. Kolmivuorotyö	Työaika voi olla mihin vuoro-kauden aikaan tahansa, joten siirretty kolmivuoron alle.
Vuorotyön luonteinen jakso-työ täydennettynä varalla-ololla		Varallaolokysymys on erik-seen
Kolmivuorotyö täydennettynä varallaoloilla.		Varallaolokysymys on erik-seen

1 (2)

Esimerkki työhyvinvointi aiheisen aineiston sisällön analyysistä

Pelkistetty ilmaisu (taulukossa esitetty 2 ilmaisuja /alaluokkaa)		Alaluokat	Kvanti- fiointi	Pääluokat
T1: Työhyvinvointi vaihtelee kiireen mukaan ³⁶	T1: Kiire uuvuttaa työntekijät ¹⁰⁵	Kiire	4	Työhyvinvointia laskevat tekijät
T1: Muutokset alentaneet työhyvinvointia ¹⁹	T1: Sote-uudistus aiheuttaa epävarmuutta ⁷⁰	Muutos	7	
T1: Oma terveys vaikuttaa heikentävästi työhyvinvointiin ⁶		Terveystila	2	
T1: Työpaikan aiheuttama stressi ja väsymys lisäävät kotona väsymystä ja nukkumisvaikeuksia ⁸⁵				
T1: Sisäilmaongelman takia työpaikan muutos harkinnassa ⁹⁰		Työympäristön negatiiviset tekijät	4	
T1: Pitkään jatkuneet remontti ja väistötilat alentaneet työhyvinvointia ja lisänneet tyytymättömyyttä ⁸⁰		Huono yhteistyö	1	
T1: Huono yhteistyö kirurgien kanssa pilaa työhyvinvointia ¹		Johtaminen	7	
T1: Huono ja etäinen johtaminen suurin työhyvinvointia alentava tekijä ⁸²				
T1: Työhyvinvointitutkimuksen tuloksia ei käytetä hyväksi työhyvinvoinnin kehittämiseen ⁸⁴				Työhyvinvointia nostavat tekijät
T1: Huono palkkaus vaikuttaa työhyvinvointiin ⁵⁵	T1: Palkkaus liian alhainen, verrattuna vastuuseen ja toimenkuvaan ¹¹	Palkkaus	23	
T1: Töiden jatkumisen epävarmuus alentaa työhyvinvointia ²¹	T1: Henkilökuntamuutokset aiheuttavat työhyvinvoinnin laskua ¹¹³	Työsuhde-asiat	3	
T1: Työn haasteellisuus lisää työhyvinvointia ²⁰	T1: Halutaan työskennellä omalla erikoisalla, se lisää työhyvinvointia	Toimenkuva	5	
T1: Potilaat ovat mukavia ⁵	T1: Päivystyspotilaiden työ antaa voimavaroja ⁵³	Potilaat	2	
T1: Koulutus lisäsi työhyvinvointia ²⁷	T1: Työnkierto parantanut työhyvinvointia ³⁹	Koulutus	2	
T1: Uudet, toimivat tilat lisäävät työhyvinvointia ²⁷		Työympäristön +tekijät	1	
T1: Tiimityö edistää työhyvinvointia ²⁹	T1: Hyvä työyhteisö osa työhyvinvointia ²⁹	Ilmapiiiri	21	
T1: Potilaan laadukas hoitotyö tuo hyvän olon tunteen ²⁶	T1: Mahdollisuus tehdä laadukasta hoitotyötä tuo työhyvinvointia ⁷⁴	Laadukas hoitotyö	3	Yleinen työhyvinvointi
T1: Hyvällä esimiehellä suuri vaikutus työhyvinvointiin ¹¹	T1: Esimiesten toivotaan tekevän työhyvinvoinnin ja työssäjaksamisen eteen ¹⁴¹	Hyvä johtaminen	5	
T1: Vaikuttaminen omaan työhön lisää työhyvinvointia ⁶⁶	T1: Työhyvinvointiin jos työyksiköt saavat valita ja kehittää omaa työtavata ³³	Toiminnan kehittäminen	4	
T1: Ergonominen työvuorosuunnittelu lisää työhyvinvointia ⁸¹	T1: Osittainen työaika lisännyt työhyvinvointia ⁶³	Ergonominen työvuorosuunnittelu	6	
T1: Työhyvinvointini on hyvä ²⁵		Viihtyminen omassa työyksikössä	37	
T1: Kokee työuupumista ³⁰		Huono viihtyminen työyksikössä		
T1: Työhyvinvoinnin vastuu on myös itsellä ⁴³	T1 Työhyvinvoinnin vastuu siirretään täysin työntekijälle ⁴⁶	Vastuu työhyvinvoinnista	2	

2 (2)

Esimerkki toimintaympäristö aiheisen aineiston sisällön analyysistä

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Kvanti- fiointi	Päälouokka
T2: Henkilökuntaa ei ole riittävästi ⁸⁴ T2: Lakisääteiset tauot jäävät pitämättä ¹¹⁰	Henkilöstöresurssipula	39	Resurssipula
T2: Välineitä ei saa käyttää kustannussyistä ¹²⁷	Työtarvikkeet	7	
T2: Potilastietojärjestelmät toimivat huonosti aiheuttaen vaaran potilasturvallisuudelle ³	Potilastyö	10	
T2: Halu keskittyä olennaiseen, eli potilastyöhön ⁷³ T2: Liian monta erikoisalaa hallittavana ¹⁹	Päivystysaika	4	
T2: riittävät resurssit myös päivystysaikana ²⁶ Päivystystyoaika kankeaa, johtuen kehnosti suunnitelluista työajoista ¹³¹	Osaaminen	24	Anestesia sairaanhoitajan osaamisen ylläpito ja toimenkuvan laajentaminen
T2: Osaavasta hoitohenkilökunnasta puuttuu ¹³⁶ T2: Runsas perehdytys vie voimavaroja ¹¹³	Koulutus	8	
T2: Laajempi toimenkuva, toimenkuvan ja palkan oltava lähellä Norjan mallia ¹² T2: Toimenkuva Suomessa lähellä Ruotsinmallia, mutta palkkaus ei ¹¹	Anestesiash:n toimenkuva	14	
T2: Esimies ei ymmärrä anestesiahoitotyöt ⁵⁷ T2: Minulla on esimiehen luottamus ¹⁸	Johtaminen	34	Johtaminen ja kehittäminen
T2: Lisää palautetta työstä ⁹ T2: Palautteen saanti olematonta, paitsi kritiikkiä ³⁴	Palaute-järjestelmät	8	
T2: Anestesiahoitotyön kehittäminen ei ole priorisoitua organisaatiossa ³¹ T2: Organisaatio jäykkä ja hierarkinen ¹³¹	Toiminnan kehittäminen	12	
T2: Anestesia sairaanhoitajia ei arvosteta ²² T2: Vaikka potilaspalaute on kiitettävää, työntekijöitä ei arvosteta ⁷⁵	Arvostus	8	
T2: Tiedottaminen on huonoa ⁸² T2: Tiedotus on huonoa ¹⁵	Tiedottaminen	2	
T2: Sote-muutoksen uhan takia anestesia lääkäreiden määrä vähentynyt ⁸⁹	SOTE-uudistus	5	
T2: Muutosten takia mielenkiintoiset ja haastavat leikkaukset keskitetty, itsensä haastaminen vähäisempää ¹¹⁸	Muutokset toiminnassa	18	Muutokset organisaatiossa ja toiminnassa
T2: Muutoksia tehdään kysymättä henkilökunnalta ⁵⁸ T2: Muutostulva pienissä ja isoissa asioissa ¹⁰⁷			
T2: Tulostavoitteet liian korkeat ⁵² T2: Kiire on painostavana asiana mielessä ja virheiden mahdollisuus on suuri ¹¹⁶	Toiminnan tulospainotteisuus	10	
T2: Yksityisellä ei luoteta lääkäreiden osaamisen valvontaan ¹³³	Lääkäreiden ammattitaito	1	
T2: Fyysiset tilat hyvät ja modernit ¹³⁷ T2: Ahtaat, epäergonomiset ja vanhanaikaiset tilat ¹²⁶	Työtilat	20	Fyysinen työympäristö
T2: Uudet tilat tulossa ¹³ T2: Remontti vaikeuttaa toimintaympäristöä ²⁰	Remontti	5	
T2: Sisäilmaongelmat ¹³⁵ T2: Huono sisäilma ¹³	Sisäilmaongelmat	15	
T2: Työterveyspalvelut puutteelliset ⁵⁴ T2: Työterveyspalvelut eivät vastaa osaston työntekijöiden tarpeita ⁴⁷	Työterveys	3	Työaikojen suunnittelu ja työterveys
T2: Työvuorolistoihin kirjatut ajat eivät päde ⁴⁹ T2: Erilaisia vapaita saatava esim. perheellisille ¹⁰	Työaikojen suunnittelu	6	