

Hoitohenkilökunnan arvio leikkausosastosta ammatillisena hoitotyön toimintaympäristönä

Anne Kiviluoma, TtM, sairaanhoitaja (AMK), osastonhoitaja, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, anne.kiviluoma@epshp.fi

Mervi Roos, TtM, yliopisto-opettaja, Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, terveystieteet, hoitotiede, mervi.roos@tuni.fi

Niina Herttua, TtM, ylihoitaja, väitöskirjatutkija, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, terveystieteet, terveydenhuollon johtaminen, niina.herttua@tuni.fi

Päivi Leikkola, TtT, projektipäällikkö, ylihoitaja, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, paivi.leikkola@epshp.fi

Tarja Suominen, Professori Emerita, THT, Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, terveystieteet, hoitotiede, tarja.suominen@tuni.fi



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnes

Kiviluoma A, Roos M, Herttua N, Leikkola P & Suominen T. 2020. Hoitohenkilökunnan arvio leikkausosastosta ammatillisena hoitotyön toimintaympäristönä. *Tutkiva Hoitotyö* 18(1), 12–19.

Tiivistelmä

Hoitohenkilökunnan arvio leikkausosastosta ammatillisena hoitotyön toimintaympäristönä

Tutkimuksen tarkoitus: Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata leikkausosaston ammatillista hoitotyön toimintaympäristöä hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselyllä erään suomalaisen keskussairaalan leikkausosaston hoitohenkilökunnalta Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) -mittarilla. Vastausprosentti oli 79. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.

Tutkimuksen tulokset: Vastaajista (n=84) suurin osa oli sairaanhoitajia, alle 50 vuotiaita ja naisia. Lähes kolmella neljässtä oli työkokemusta yli kymmenen vuotta. Hoitohenkilökunta arvioi leikkausosaston ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön huonoksi. Parhaimmat arviot sai kollegiaalisuus sairaanhoitajalääkärisuhteissa ja huonoimmat arviot sairaanhoitajien osallistuminen sairaalan toimintoihin. Alle 40-vuotiaat (p=0,002) ja 10-vuotta tai vähemmän työkokemusta omaavat (p=0,005) työntekijät arvioivat leikkausosaston laadukkaana hoitotyön perusteet myönteisimmin.

Päätelmät: Laadukkaana leikkausosastolla toteutettavan hoitotyön eli perioperatiivisen hoitotyön kehittämisessä tulisi mahdollistaa hoitohenkilökunnan ammatillinen kasvu iästä ja työkokemuksesta riippumatta. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden hyvät yhteistyösuhteet tulee jatkossakin säilyttää ja pyrkiä entisestäänkin parantamaan.

Asiasanat: kysely, leikkausosasto, perioperatiivinen, PES-NWI, toimintaympäristö

Abstract

Perceptions of the nursing staff about the operating room as a working environment

Anne Kiviluoma, MNsc, Mervi Roos, MNsc, Niina Herttua, MNsc, Päivi Leikkola, PhD, Tarja Suominen, PhD

Aim: The purpose of this study was to describe the operating room as a working environment from the point of view of the nursing staff.

Data and methods: The data was collected by an electronic survey from operating room nursing staff in one Finnish central hospital using the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI). The response rate was 79. The data was analyzed with statistical methods.

Results: The majority of the respondents (n=84) were registered nurses, under 50 years of age, and female. Three out of four had more than ten years of work experience. The nursing staff rated the working environment of the operating room as unfavourable. The most favourably rated aspect was the collegial relationships between the nurses and the physicians and the least favourable ratings were given to the nurses' participation in hospital affairs. Nursing staff under the age of 40 (p=0,002) and those with working experience of 10 or less (p=0,005) rated the nursing foundations for quality of care as the most favourable.

Conclusions: The development of high-quality nursing care, ie perioperative nursing, should enable the professional growth of nursing staff regardless of age and professional experience. The good collaborative relationships between nurses and physicians should be maintained or even improved in the future.

Keywords: survey, operating room, perioperative, PES-NWI, operational environment

Kiviluoma A, Roos M, Herttua N, Leikkola P & Suominen T. 2020. Hoitohenkilökunnan arvio leikkausosastosta ammatillisena hoitotyön toimintaympäristönä. *Tutkiva Hoitotyö* 18(1), 12–19.

Ammatillinen hoitotyön toimintaympäristö on heikentynyt vuosien saatossa (Roche ym. 2016). Sairaanhoidajien työolobarometrin 2016 mukaan sairaanhoidajien työolot, työhyvinvointi ja alan vetovoimaisuus ovat tyydyttävällä tasolla. Työyhteisötason arvioinneissa leikkausosastolla työskentelevät arvioivat toimintaympäristöään kriittisemmin verrattuna monen muun työntekijöiden arvioihin. (Hahtela 2017.) Siksi leikkausosaston toimintaympäristöstä on perusteltua tutkia lisää. Sairaanhoidajien positiivinen arvio on yhteydessä korkeampaan ammatilliseen osaamiseen ja hoitotyön laatuun, vähäisempään aikomukseen lähteä nykyisestä työstä tai ammatista (Numminen ym. 2015) sekä alhaisempaan vaihtuvuuteen työyksikkötasolla (Nelson-Brantley ym. 2018). Positiiviseksi arvioitu ympäristö on myös yhteydessä vähäisempään työtytyymättömyyteen ja työuupumukseen (Swiger ym. 2017).

TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Leikkausosaston ammatillista hoitotyön toimintaympäristöä voidaan tarkastella organisaatio- ja työyksikkötason näkökulmista. Tarkastelun lähtökohtana on Laken (2002) kehittämä, ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön, PES-NWI-mittarin rakenne. Organisaatiotason ulottuvuuksia ovat sairaanhoidajien osallistuminen sairaalan toimintoihin ja laadukkaan hoitotyön perusteet. Työyksikkötason ulottuvuuksia ovat hoitotyön johtajan kyvykyys, johtaminen ja sairaanhoidajien tukeminen, henkilökunnan ja voimavarojen riittävyys sekä kollegiaalisuus sairaanhoidaja-lääkärisuhteissa.

Organisaatiotason ammatillinen hoitotyön toimintaympäristö

Sairaanhoidajien osallistuminen sairaalan toimintoihin mahdollistuu työympäristössä, joka edistää osallistumista ja työuralla etenemistä sekä tarjoaa mahdollisuuksia ja valtaa organisaatiossa (Twigg & McCullough 2014). Hoitotyön vallan on todettu toteutuvan heikosti organi-

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Sairaanhoidajien työolot, työhyvinvointi ja alan vetovoimaisuus ovat tyydyttävällä tasolla hoitohenkilökunnan näkökulmasta, toisaalta leikkausosaston sairaanhoidajat ovat aiemmin arvioineet ammatillista hoitotyön toimintaympäristöään kriittisesti.
- Positiivinen arvio ammatillisesta hoitotyön toimintaympäristöstä on yhteydessä korkeampaan ammatilliseen osaamiseen ja hoitotyön laatuun sekä vähäisempään työtytyymättömyyteen ja työuupumukseen.

Mitä uutta tietoa tutkimus tuottaa?

- Hoitohenkilökunnan näkökulmasta leikkausosaston ammatillisen hoitotyön organisaatiotason toimintaympäristö oli huono.
- Hoitohenkilökunta arvioi työyksikkötason ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön hyväksi.
- Laadukkaan hoitotyön perusteet ja kollegiaalisuus sairaanhoidaja-lääkärisuhteissa arvioitiin parhaimmaksi hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Miten tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön johtamisen ja leikkausosaston ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön kehittämisessä?

- Tutkimustulokset auttavat ymmärtämään leikkausosaston ammatillista hoitotyön toimintaympäristöä hoitohenkilökunnan näkökulmasta.
- Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä leikkausosaston ammatillista hoitotyön toimintaympäristöä ja hoitotyön johtamista. Esimerkiksi lisäämällä hoitohenkilöstön mahdollisuuksia vaikuttaa sairaalan päätöksentekoon ja edistämällä osastonhoitajan näkyvyyttä päivittäisessä hoitotyössä voitaisiin mahdollisesti parantaa hoitohenkilöstön arviota organisaatiotason ammatillisen hoitotyön toimintaympäristöstä. Tämä saattaisi lisätä hoitohenkilöstön sitoutumista työhönsä ja parantaa työtytyväisyyttä.

saatiotason päätöksenteossa (Viinikainen ym. 2013). Sairaanhoidajat kokevat tyytyymättömyyttä mahdollisuuksiinsa edetä työuralla (Aiken ym. 2013, Flinkman & Salanterä 2015, Roche ym. 2016), kykyjensä kehittämiseen (Björn ym. 2015) sekä työpaikan päätöksentekoon osallistumisessa (Aiken ym. 2013). Suuri joukko sairaanhoidajia kokee, että hoitotyön johtajat eivät kuuntele eivätkä puutu heidän huolenaiheisiinsa (Aiken ym. 2013).

Sairaanhoidajien osallistuminen sairaalan toimintoihin on vähentynyt viime vuosina (Roche ym. 2016). Sairaanhoidajien osallisuus on arvioitu yhdeksi heikoimmin toteutuvista ammatillisen

hoitotyön toimintaympäristön osa-alueista (Mainz ym. 2015, Numminen ym. 2015, Prezerakos ym. 2015, Roche ym. 2016, Nelson-Brantley ym. 2018). Aiemmin on todettu, että leikkausosaston sairaanhoidajilla on heikoimmat mahdollisuudet osallistua sairaalan toimintoihin (Havens ym. 2012).

Laadukkaan hoitotyön perusteisiin kuuluu kiinteästi henkilöstön korkea osaaminen (Lake 2002, Jangland ym. 2017) ja kehittäminen. Laadukas hoitotyö rakentuu ammatilliseen riippumattomuuteen mahdollistaen sairaanhoidajien vapauden toimia ja tehdä itsenäisiä päätöksiä. (Twigg & McCullough 2014). Näyttöön perustuva hoitotyö mahdol-

Kiviluoma A, Roos M, Herntuola N, Leikko P & Suominen T. 2020. Hoitohenkilökunnan arvio leikkausosastosta ammatillisena hoitotyön toimintaympäristönä. Tutkiva Hoitotyö 18(1), 12–19.

listaa laadukkaan hoitotyön. Hoitotyön kehittäminen näyttöön perustuvaksi vaatii hoitotyön johtajilta vastuuta näyttöön perustuvan hoitotyön jalkauttamisesta käytäntöön. Lisäksi siinä tarvitaan organisaation ja lääketieteen edustajien tukea ja kiinnostusta hoitotyön kehittämiseen. (Jangland ym. 2017.)

Sairaanhoidajat ovat arvioineet laadukkaan hoitotyön heikentyneen (Aiken ym. 2013, Flinkman & Salanterä 2015, Roche ym. 2016), mikä on osaltaan synnyttänyt nuorten sairaanhoitajien poistumiseen sairaanhoitajan ammatista (Flinkman & Salanterä 2015). Leikkausosastolla laadukkaan hoitotyön perusteiden on raportoitu olevan yksi yksikön parhaiten toteutuva osa-alue vaikkakin leikkausosaston tulokset ovat olleet alhaisempia verrattuna muihin toimintayksiköihin (Havens ym. 2012, Choi & Boyle 2014).

Työyksikkötason ammatillinen hoitotyön toimintaympäristö

Hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtaminen ja sairaanhoitajien tukeminen on raportoitu useissa tutkimuksissa hyväksi ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön osa-alueeksi (Mainz ym. 2015, Numminen ym. 2015, Roche ym. 2016, Nelson-Brantley ym. 2018), vaikka sen on todettu heikentyneen viime vuosina (Roche ym. 2016). Leikkausosastolla hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtaminen ja sairaanhoitajien tukeminen on arvioitu neljänneksi heikoimmaksi vertailtaessa aluesairaaloitten sairaaloitten 11 toimintayksikköä (Havens ym. 2012) ja toiseksi heikoimmaksi psykiatrian yksikön kanssa vertailtaessa akuuttisairaaloitten 11 toimintayksikköä (Choi & Boyle 2014). Leikkausosaston henkilökunnan arviot osoittivat edellä mainitusta huolimatta johtajan toiminnan tukevan korkealaatuisen hoitotyön toteuttamista (Havens ym. 2012, Choi & Boyle 2014).

Hoitotyön johtajan kyvykkyys on tärkeä taito myönteisen ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön näkökulmasta. Hoitotyön johtajien tulisi olla henkilöstölle näkyviä, helposti lähestyttäviä ja avoimia. (Twigg & McCullough 2014.) On todettu, että hoitotyön johtajia ei juurikaan näy käytännön hoitotyön arjessa ja heidät koetaan etäisiksi (Flinkman & Salanterä 2015, Mäntynen ym. 2015). Myös palkitsemisessa (Björn ym. 2015, Mäntynen ym. 2015) ja palautteen anta-

misessa on puutteita (Aiken ym. 2013, Björn ym. 2015, Mäntynen ym. 2015).

Sairaanhoidajat kokevat saavansa melko vähän tukea urakehitykseensä (Hyytiäinen ym. 2015, Eskola ym. 2016) vaikka ammatillisen kehittymisen tukeminen on todettu yhdeksi parhaiten toteutuvaksi johtamisen osa-alueeksi (Mäntynen ym. 2015). Perioperatiivisessa toiminnassa sairaanhoitajien tukemisen yhteys potilastuloksiin on tärkeä ymmärtää (Choi & Boyle 2014), sillä hoitotyön johtajien antama tuki sairaanhoitajille liittyy vähäisempiin lääkitysvirheisiin, hoitoon liittyviin infektioihin, potilaskuolleisuuteen ja korkeampaan potilastyytyväisyyteen (Wong 2015).

Henkilökunnan ja voimavarojen riittävytydellä on todettu olevan yhteys potilaan hoitotuloksiin. Potilaiden sairaalakuolleisuus on alhaisempaa sairaaloissa, joissa koulutettujen sairaanhoitajien suhteellinen osuus on suurempi ja potilasmäärä alhaisempi. (Aiken ym. 2014.) Potilasmäärän lisääntyessä potilaalle tapahtuneiden haittatapahtumien (Hinno 2012) ja tekemättömien työtehtävien (Roche ym. 2016) määrän on todettu myös kasvavan (Hinno 2012, Roche ym. 2016). Leikkausosastolla kohtuullisen työkuormituksen ja hyvän ympäristön on todettu johtavan parempiin hoitotyön tuloksiin (Hinno 2012, McHugh ym. 2016). Mahdollisuus suoriutua työstä hyvin ja itsensä päteväksi kokeminen on merkittävä työn vetovoimatekijä leikkausosastolla (Björn ym. 2015).

Useiden tutkimusten mukaan ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön osa-alueista, henkilökunnan ja voimavarojen riittävyys, toteutuu heikosti (Mainz ym. 2015, Numminen ym. 2015, Prezerakos ym. 2015, Roche ym. 2016, Nelson-Brantley ym. 2018). Toimintayksiköissä, joissa hoitohenkilökunnan ja voimavarojen riittävyys arvioitiin paremmiksi, sairaanhoitajien vaihtuvuus oli alhaisempi (Nelson-Brantley ym. 2018).

Kollegiaalisuus sairaanhoitaja-lääkärisuhteissa tukee korkealaatuista hoitotyön toteuttamista (Mainz ym. 2015, Prezerakos ym. 2015, Roche ym. 2016, Nelson-Brantley ym. 2018) leikkausosastolla (Hinno 2012) ja se on merkittävä osa-alue sairaanhoitajien hyväksi kokemassa ammatillisessa hoitotyön toimintaympäristössä (Numminen ym. 2015). Kollegiaalisuuden sairaanhoitaja-lääkäri-

suhteissa on todettu heikentyneen vuosien saatossa (Roche ym. 2016), mutta sen ei ole katsottu liittyvän sairaanhoitajien vaihtuvuuteen työyksikkötasolla (Nelson-Brantley ym. 2018).

Suomalaisista sairaanhoitajista suuri osa pitää lääkärin ja hoitajien yhteistyösuhteita hyvinä ja reilusti yli puolet arvioi, että he tekevät paljon tiimityötä (Aiken ym. 2013). Toisaalta sairaanhoitaja-lääkärisuhteissa esiintyy myös sairaanhoitajiin kohdistuvaa kiusaamista lääkäreiden taholta (Higgins & MacIntosh 2010, Flinkman & Salanterä 2015). Kuitenkin leikkausosastolla työskentelevät sairaanhoitajat ovat arvioineet hoitajien ja lääkärin yhteistyösuhteet parhaimmaksi työympäristön osa-alueeksi (Eskola ym. 2016).

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata leikkausosaston ammatillista hoitotyön toimintaympäristöä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimusongelmat olivat:

1. Millaiseksi hoitohenkilökunta arvioi ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön leikkausosastolla?
2. Mitkä tekijät (taustamuuttajat) ovat yhteydessä hoitohenkilökunnan arviointeihin ammatillisesta hoitotyön toimintaympäristöstä leikkausosastolla?

AINEISTO JA MENETELMÄ Tutkimuksen kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tutkimus oli kvantitatiivinen poikittais-tutkimus. Tutkimuksen kohderyhmänä oli erään keskussairaalan leikkausosaston koko hoitohenkilökunta (N=106). Kohdeorganisaatiossa oli nimetty yhdyshenkilö, joka rekrytoi osallistujat ja lähetti kyselyn saatekirjeineen. Aineisto kerättiin sähköisellä Webropol-kyselylomakkeella huhti-toukokuussa 2017. Vastausprosentti oli 79 (n=84).

Kyselylomakkeessa oli kaksi osaa. Ammatillinen hoitotyön toimintaympäristö -mittari (engl. The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, PES-NWI) (Lake 2002) ja taustamuuttajaosa. PES-NWI -mittarilla on mitattu hoitotyön erilaisia ammatillisia toimintaympäristöjä, mukaan lukien leikkausosaston ammatillinen toimintaympäristö (Havens ym. 2012, Choi & Boyle 2014). Mittarin ulottuvuudet mittaavat organisaatio- ja

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot (n=84).

Taustatiedot	n	%
Koulutus		
Sairaanhoitaja	77	92
Jokin muu (lähi- tai perushoitaja, lääkintävahtimestari, ylempi korkeakoulututkinto)	7	8
Työtehtävä		
Anestiasairaanhoitaja	24	32
Leikkaussairaanhoitaja	33	45
Jokin muu (lääkintävahtimestari, perushoitaja, sairaanhoitaja)	17	23
Ikä		
39 vuotta tai alle	30	36
40–49 vuotta	31	37
50 vuotta tai yli	23	27
Työkokemus		
10 vuotta tai alle	23	27
11–20 vuotta	28	33
Yli 20 vuotta	33	40

työyksikkö tason toimintaympäristöä. Organisaatiotason ulottuvuuden osa-alueita ovat sairaanhoitajien osallistuminen sairaalan toimintoihin (9 väittämää) ja laadukkaan hoitotyön perusteet (10 väittämää). Työyksikkötason ulottuvuuden osa-alueita ovat hoitotyön johtajan kyvykyys, johtaminen ja sairaanhoitajien tukeminen (5 väittämää), henkilökunnan ja voimavarojen riittävyys (4 väittämää) sekä kollegiaalisuus sairaanhoitaja-lääkärisuhteissa (3 väittämää). Kyselyyn vastattiin Likert-asteikolla (1=vahvasti eri mieltä – 4=vahvasti samaa mieltä) (Lake 2002.) Tulostaulukossa mittarin väittämät esitetään asioina, ei alkuperäisinä väittäminä (taulukko 2.) Taustamuuttujat olivat ikä, sukupuoli, työkokemus, koulutus ja työtehtävä.

Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS 24-tilasto-ohjelmalla. Taustamuuttujat kuvattiin frekvenssi- ja prosenttiosuuk-sina. Ammatillista hoitotyön toimintaympäristöä mittaavista väittämistä muodostettiin kahdeksan summamuuttujaa mittarin ohjeiden mukaisesti (Lake 2002). Ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön summamuuttujia ja väittämiä kuvattiin keskiarvolla ja keskihajonnalla. Keskiarvoja tulkitaan siten, että keskiarvot, jotka ovat suurempia kuin 2,5

tulkittiin osoittavan hyvää (favorable), arvo 2,5 neutraalia ja arvot, jotka ovat pienempiä kuin 2,5 huonoa (unfavorable) toimintaympäristöä. (Lake 2002, Swiger ym. 2017.) Kruskal-Wallis-testiä käytettiin arvioitaessa taustamuuttujien yhteyttä arviointeihin ammatillisesta hoitotyön toimintaympäristöstä. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin $p < 0,05$. (Kellar & Kelvin 2013.)

TULOKSET

Tutkimukseen osallistuneiden kuvaus

Vastaajista suurin osa oli sairaanhoitajia (92%). Heistä kolmannes työskenteli anestiasairaanhoitajana (32%) ja lähes puolet leikkaussairaanhoitajana (45%). Vastaajista lähes kolme neljäsosaa (73%) oli alle 50 vuotiaita ja heillä oli työkokemusta yli kymmenen vuotta. (Taulukko 1.)

Leikkausosaston ammatillinen hoitotyön toimintaympäristö

Leikkausosaston hoitohenkilökunta arvioi oman ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön huonoksi (ka 2,46). Myös organisaatiotaso kokonaisuudessaan arvioitiin huonoksi (ka 2,45). Organisaatiotason osa-alue, *laadukkaan hoitotyön perusteet*, arvioitiin hyväksi (ka 2,69). Parhaimmat arviot sai uusien

hoitajien perehdytysohjelma (ka 3,46) ja työskentely kliinisesti pätevien hoitajien kanssa (ka 3,17). Heikoimmat arviot sai käytössä oleva aktiivisen laadun varmistuksen ohjelma (ka 2,30) sekä potilaiden kirjalliset, ajan tasalla olevat hoitosuunnitelmat (ka 2,39). Organisaatiotason osa-alue, *sairaanhoitajien osallistuminen sairaalan toimintoihin*, hoitohenkilökunta arvioi olevan huonoa/vähäistä (ka 2,18). Parhaiten toteutui hoitajien mahdollisuus osallistua työpaikan ja hoitotyön yhteistyöryhmiin (ka 2,50). Heikoimmat arviot kohdistuivat hallintoylihoitajan näkyvyyteen ja lähestyttävyyteen (ka 1,46) ja siihen, kuunteleeko hallinto hoitohenkilökuntaa ja puuttuuko hallinto hoitajien huolenaiheisiin (ka 1,96). (Taulukko 2.)

Työyksikkötason ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön hoitohenkilökunta arvioi hyväksi (ka 2,51). Työyksikkötason osa-alue, *kollegiaalisuus sairaanhoitaja-lääkärisuhteissa*, arvioitiin hyväksi (ka 3,04). Parhaimmat arviot liittyivät sairaanhoitajien ja lääkärin hyviin yhteistyösuhteisiin (ka 3,10) ja yhteistyön toimivuuteen (ka 3,07). Työyksikkötason osa-alue, *Hoitotyön johtajan kyvykyys, johtaminen ja sairaanhoitajien tukeminen*, arvioitiin huonoksi (ka 2,36). Hoitohenkilökunnan arvion mukaan hoitotyön esimiehenä toimivan osastonhoitajan todettiin olevan hyvä esimies ja johtaja, sillä sen arvioitiin toteutuvan parhaiten tällä osa-alueella (ka 2,53). Heikoimmat arviot hoitohenkilökunnan mukaan kohdistuivat kiitoksen ja tunnustuksen saamiseen hyvin tehdystä työstä (ka 2,16). Työyksikkötason osa-alue, *Henkilökunnan ja voimavarojen riittävyys*, arvioitiin huonoksi (ka 2,26). Hoitohenkilökunta arvioi heikoiten toteutuvaksi käytettävissä olevan ajan riittävyyden ja mahdollisuudet keskustella potilaiden hoitamisen ongelmista muiden hoitajien kanssa (ka 2,12) sekä henkilökunnan riittävyyden siihen, että työt saadaan tehdyksi (ka 2,13). (Taulukko 2.)

Taustamuuttujien yhteys hoitohenkilökunnan arviointeihin ammatillisesta hoitotyön toimintaympäristöstä leikkausosastolla

Taustamuuttujista ikä ($p=0,002$) ja työkokemus ($p=0,005$) olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä hoitohenkilökunnan arviointeihin *laadukkaan hoito-*

Kiviluoma A, Roos M, Hertzuala N, Leikkola P & Suominen T. 2020. Hoitohenkilökunnan arvio leikkausosastosta ammatillisena hoitotyön toimintaympäristönä. Tutkiva Hoitotyö 18(1), 12–19.

Taulukko 2. Hoitohenkilökunnan arviot ammatillisesta hoitotyön toimintaympäristöstä.

PES-NWI -mittarin kokonaistulos, mittarin ulottuvuudet, osa-alueet ja väittämät osa-alueittain	ka	kh	α
Leikkausosaston ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön kokonaistulos (5 osa-alueetta)	2,46	0,29	0,86
Organisaatiotaso	2,45	0,33	0,83
Laadukkaan hoitotyön perusteet (n=80–84)	2,69	0,37	0,75
Uusille hoitajille perehdytysohjelma	3,46	0,59	
Työskentely kliinisesti pätevien hoitajien kanssa	3,17	0,49	
Työnjaossa hoidon jatkuvuus turvattu	2,87	0,56	
Hallinto edellyttää hoitotyön korkeaa laatua	2,84	0,65	
Hoitaminen perustuu hoitotyön malliin enemmän kuin lääketieteelliseen malliin	2,53	0,72	
Henkilöstön kehittäminen ja täydennyskoulutus aktiivista	2,52	0,74	
Selkeä hoitotyön filosofia ohjaa hoitoa	2,50	0,67	
Työssä käytetään hoitotyön diagnooseja	2,45	0,83	
Kaikilla potilailla kirjalliset, ajan tasalla olevat hoitosuunnitelmat	2,39	0,65	
Käytössä aktiivinen laadun varmistuksen ohjelma	2,30	0,77	
Sairaanhoitajien osallistuminen sairaalan toimintoihin (n=73–83)	2,18	0,41	0,79
Mahdollisuus osallistua työpaikan ja hoitotyön yhteistyöryhmiin	2,50	0,65	
Mahdollista kehittyä uralla	2,48	0,71	
Hoitajat mukana työpaikan hallinnossa (esim. kliinisissä ja hallinnollisissa työryhmissä)	2,41	0,65	
Mahdollisuuksia edetä uralla	2,37	0,64	
Hallintoylihoitaja toimivallansa tasavertainen muun johtoryhmän kanssa	2,29	0,74	
Mahdollista osallistua menettelytapoja koskevaan päätöksentekoon	2,22	0,63	
Hoitotyön johtajat konsultoivat hoitajia päivittäisissä ongelmissa ja toiminnoissa	2,02	0,66	
Hallinto kuuntelee ja puuttuu hoitajien huolenaiheisiin	1,96	0,62	
Hallintoylihoitaja erittäin näkyvä ja henkilöstön läheysttavissa	1,46	0,65	
Työyksikkötaso	2,51	0,33	0,74
Kollegiaalisuus sairaanhoitaja-lääkärisuhteissa (n=84)	3,04	0,42	0,68
Lääkäreillä ja hoitajilla hyvät yhteistyösuhteet	3,10	0,53	
Hoitajien ja lääkäreiden välinen yhteistyö toimii	3,07	0,40	
Hoitajat ja lääkärit tekevät paljon yhteistyötä	2,95	0,64	
Hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtaminen ja sairaanhoitajien tukeminen (n=83–84)	2,36	0,49	0,77
Hoitotyön esimiehenä osastonhoitaja hyvä esimies ja johtaja	2,53	0,72	
Esimiehet tukevat hoitajia	2,48	0,61	
Esimiehet hyödyntävät virheitä oppimismahdollisuuksina, ei kritisointina	2,31	0,68	
Hoitotyön esimies tukee hoitohenkilökuntaa päätöksenteossa, vaikka se olisi ristiriidassa lääkärin mielipiteen kanssa	2,31	0,74	
Hyvin tehdystä työstä saa kiitosta ja tunnustusta	2,19	0,63	
Henkilökunnan ja voimavarojen riittävyys (n=83–84)	2,26	0,43	0,54
Riittävät tukitoiminnot ajankäytön kohdentamiseksi potilashoitoon	2,38	0,76	
Riittävästi sairaanhoitajia laadukkaan potilashoidon turvaamiseksi	2,37	0,68	
Riittävästi henkilökuntaa, että työt saadaan tehdyksi	2,13	0,58	
Riittävästi aikaa ja mahdollisuuksia keskustella potilaiden hoitamisen ongelmista muiden hoitajien kanssa	2,12	0,65	

ka > 2,5 hyvä, ka = 2,5 neutraali, ka < 2,5 huono toimintaympäristö (Lake 2002).
Mitä korkeampi pistemäärä, sitä paremmaksi ammatillinen toimintaympäristö on arvioitu.

Kiviluoma A, Roos M, Herttuala N, Leikkola P & Suominen T. 2020.
Hoitohenkilökunnan arvio leikkausosastosta ammatillisena hoitotyön toimintaympäristönä.
Tutkiva Hoitotyö 18(3), 12–19.

Taulukko 3. Hoitohenkilökunnan taustamuuttujien yhteys leikkausosaston ammatillisen toimintaympäristön osa-alueisiin.

	Organisaatiotaso								Työyksikkötaso											
	Sairaanhoitajien osallistuminen sairaalan toimintoihin *				Laadukkaan hoitotyön perusteet *				Hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtamisen ja sairaanhoitajien tukeminen *				Henkilökunnan ja voimavarojen riittävyys *				Kollegiaalisuus sairaanhoitaja-lääkärisuhteissa *			
	n	Md	Q1	Q2	n	Md	Q1	Q2	n	Md	Q1	Q2	n	Md	Q1	Q2	n	Md	Q1	Q2
Ikä	p=0,507				p=0,002				p=0,833				p=0,979				p=0,820			
39 vuotta tai alle	25	2,2	1,9	2,6	25	2,9	2,7	3,1	27	2,4	2,0	2,6	39	2,3	2,0	2,5	30	3,0	2,9	3,1
40–49 vuotta	25	2,1	1,8	2,4	28	2,6	2,4	2,8	29	2,4	2,0	2,8	30	2,3	1,8	2,5	31	3,0	3,0	3,3
50 vuotta tai yli	19	2,2	2,0	2,4	20	2,7	2,5	2,9	23	2,4	2,0	2,8	22	2,3	2,0	2,5	23	3,0	3,0	3,3
Työkokemus	p=0,779				p=0,005				p=0,859				p=0,588				p=0,932			
10 vuotta tai alle	19	2,2	2,0	2,6	19	2,9	2,7	3,0	21	2,4	1,9	2,6	23	2,3	2,0	2,5	23	3,0	3,0	3,3
11–20 vuotta	22	2,2	1,9	2,4	24	2,8	2,5	2,9	25	2,4	2,0	2,7	27	2,3	2,0	2,5	28	3,0	3,0	3,3
Yli 20 vuotta	28	2,2	2,0	2,4	30	2,6	2,3	2,7	33	2,4	2,0	2,8	32	2,3	2,0	2,5	33	3,0	2,8	3,2
Työtehtävä	p=0,999				p=0,766				p=0,629				p=0,125				p=0,797			
Anestesia-sairaanhoitaja	22	2,2	2,1	2,4	22	2,8	2,6	2,9	23	2,4	2,0	2,8	24	2,3	2,1	2,5	24	3,0	3,0	3,3
Leikkaus-sairaanhoitaja	26	2,2	1,7	2,6	28	2,7	2,3	3,0	30	2,4	2,0	2,6	32	2,3	1,8	2,3	33	3,0	2,8	3,3
Jokin muu	13	2,2	2,0	2,4	14	2,7	2,5	2,8	17	2,6	2,0	2,9	17	2,3	2,0	2,6	17	3,0	2,8	3,2

* Mitä korkeampi pistemäärä, sitä paremmaksi ammatillinen toimintaympäristö on arvioitu.

työn perusteista. 39-vuotiaat tai nuoremmat arvioivat laadukkaan hoitotyön perusteet paremmiksi kuin 40–49-vuotiaat tai 50-vuotiaat ja sitä vanhemmat. Hoitotyöntekijät, joilla oli työkokemusta 10 vuotta tai vähemmän, arvioivat hie-man paremmiksi leikkausosaston laadukkaan hoitotyön perusteet kuin ne, joilla työkokemusta oli 11-20 vuotta tai yli 20 vuotta. (Taulukko 3.)

POHDINTA Tulosten tarkastelu

Ammatillinen hoitotyön toimintaympäristö leikkausosastolla
Hoitohenkilökunta arvioi leikkausosaston ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön huonoksi. Tulos eroaa aiemmista leikkausosaston ammatilliseen hoitotyön toimintaympäristöön kohdistuneiden tutkimusten tuloksista (Havens ym. 2012, Choi & Boyle 2014). Useissa aiemmissä tutkimuksissa on raportoitu sairaalan erilaisten ammatillisten hoitotyön toimintaympäristöjen olevan hyviä (Havens ym. 2012, Choi & Boyle 2014, Mainz ym. 2015, Numminen ym. 2015,

Roche ym. 2016, Nelson-Brantley ym. 2018). Toisaalta tämän tutkimuksen tulos tukee Aikenin ym. (2013) tutkimuksen tulosta, jossa 12 eurooppalaiseen maahan kohdistuneessa tutkimuksessa yhdeksän maan sairaanhoitajista yli puolet ilmaisi toimintaympäristön olevan heikko tai kohtalainen. Myös suomalaiset sairaanhoitajat (Hinno 2012) ja leikkausosastolla työskentelevät sairaanhoitajat (Hahtela 2017) ovat aiemmin arvioineet kriittisesti hoitotyön toimintaympäristöä.

Leikkausosaston työyksikkötason ulottuvuus ylitti hienoisesti hyväksi tulkittavan ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön alarajan. Tulos tukee aiempaa tutkimusta, jossa on todettu leikkausosastolla työskenteleville sairaanhoitajille olevan tärkeää tiimityöskentely, yhteinen päämäärä potilaan hyväksi ja yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa (Nordström & Wihlborg 2019). Tässä tutkimuksessa parhaimmat arviot sai kollegiaalisuus sairaanhoitaja-lääkärisuhteissa. Leikkausosastolla (Björn ym. 2015) ihmissuhteiden on todettu olevan erittäin merkittävä tekijä arvioi-

taessa positiivisia työskentelyolosuhteita (Numminen ym. 2015). Samansuuntaisia tuloksia on raportoitu myös aiemmin (Aiken ym. 2013, Mainz ym. 2015, Numminen ym. 2015, Prezerakos ym. 2015, Eskola ym. 2016). Toisaalta aiemmin on todettu myös puutteita sairaanhoitajien ja lääkärin välisessä kollegiaalisuudessa leikkausosastolla (Glymph ym. 2015).

Huonoimmat arviot työyksikkötason ulottuvuudessa sai sairaanhoitajien osallistuminen sairaalan toimintoihin. Tämä tulos vahvistaa aiempia tutkimustuloksia sairaanhoitajien heikoista osallistumismahdollisuuksista (Havens ym. 2012, Prezerakos ym. 2015). Toisaalta useat tutkimukset ovat raportoineet sairaanhoitajien mahdollisuudesta osallistua sairaalan toimintoihin (Mainz ym. 2015, Numminen ym. 2015, Roche ym. 2016, Nelson-Brantley ym. 2018), mikä on tärkeä tekijä hoitotyön korkealle laadulle (Numminen ym. 2015). Tässä tutkimuksessa saatuihin tuloksiin saattaa vaikuttaa leikkausosaston suuri hoitohenkilökunnan määrä, joka voi vähentää vastaajien osallisuuden ja yhteistoiminnan kokemuksia sekä lisätä kokemuk-

Kiviluoma A, Roos M, Heretua N, Leikola P & Suominen T. 2020. Hoitohenkilökunnan arvio leikkausosastosta ammatillisena hoitotyön toimintaympäristönä. Tutkiva Hoitotyö 18(1), 12–19.

sia päätöksenteon keskittymisestä ja muodollisesta sääntelystä (Saukkonen ym. 2017).

Tässä tutkimuksessa hoitotyön johtajan kyvykkyys, johtaminen ja sairaanhoitajien tukeminen arvioitiin huonoiksi. Saatu tulos eroaa aiempien tutkimusten tuloksista leikkausosastoilla (Havens ym. 2012, Choi & Boyle 2014) sekä erilaisissa hoitotyön toimintayksiköissä (Havens ym. 2012, Choi & Boyle 2014, Mainz ym. 2015, Numminen ym. 2015, Prezerakos ym. 2015, Roche ym. 2016, Nelson-Brantley ym. 2018). Hoitotyön johtajat ovat aiempien tutkimusten mukaan koettu etäisinä ja näkymättöminä hoitotyön arjessa (Flinkman & Salanterä 2015, Mäntynen ym. 2015), mikä voi selittää tämän tutkimuksen kriittiset arvioinnit johtamisesta. Positiiviseksi koettu johtaminen on keskeinen tekijä työolosuhteiden kehittämisessä, vähäisemmissä lääkitysvirheissä, hoitoon liittyvissä infektioissa ja potilaskuolleisuudessa sekä korkeammassa potilastytytyvyydessä (Wong 2015).

Vaikka hoitohenkilökunta arvioi leikkausosaston organisaatiotason ulottuvuuden tässä tutkimuksessa huonoksi, sen ulottuvuuden osa-alue, laadukkaana hoitotyön perusteet, arvioitiin hyväksi. Toisin sanoen leikkausosaston toimintaympäristössä toteutuu laadukas hoitotyö. Tämä saa tukea useista aiemmista tutkimuksista (Havens ym. 2012, Choi & Boyle 2014, Mainz ym. 2015, Numminen ym. 2015, Prezerakos ym. 2015, Roche ym. 2016, Nelson-Brantley ym. 2018). Näkemykset saattavat selittyä hoitohenkilökunnan mahdollisuudella osallistua ammattitaidon ylläpitämiseksi lisä- ja täydennyskoulutuksiin (Karma ym. 2016, Jangland ym. 2017) sekä perioperatiivisen sairaanhoitajan osaamisen rakentamisella sairaanhoitajatutkinnon jälkeisellä, toimintayksikössä tapahtuvalla perehdytyksellä (Karma ym. 2016).

Leikkausosaston hoitohenkilökunnan ja resurssien riittävyys raportoitiin huonoksi toisin kuin aiemmissa leikkausosastoihin (Havens ym. 2012, Choi & Boyle 2014) sekä erilaisiin hoitotyön toimintayksiköihin (Havens ym. 2012, Choi & Boyle 2014, Mainz ym. 2015, Nelson-Brantley ym. 2018) kohdistuneissa tutkimuksissa. Toisaalta tutkimustulos vahvistaa aiempia tutkimustuloksia henkilökunnan ja voimavarojen riittä-

mättömyydestä (Numminen ym. 2015, Prezerakos ym. 2015). Sen sijaan väestön ikääntyminen, potilaiden moniongelmaisuus, leikkaustekniikoiden kehittyminen, hoitotyön monimutkaistuminen ja nopeutunut perioperatiivisen hoitotyön sykli saattavat aiheuttaa heikompia arvioiteja hoitohenkilökunnan ja resurssien riittävytydestä. Lisäksi aiemmin on todettu leikkausosastolla stressiä aiheuttaviksi tekijöiksi työ määrän ja puutteellisen valmistautumisen potilaan hoitotyöhön (Eskola ym. 2016).

Taustamuuttujen yhteys hoitohenkilökunnan arviointeihin ammatillisesta hoitotyön toimintaympäristöstä leikkausosastolla Alle 40-vuotiaat ja 10-vuotta tai vähemmän työkokemusta omaavat työntekijät arvioivat leikkausosaston laadukkaana hoitotyön perusteet parhaimmiksi. Tämä tulos on samansuuntainen Nummisen ym. (2015) tutkimuksen kanssa. Nuorempien ja vähemmän työkokemusta omaavien hoitajien parempi kuva laadukkaasta hoitotyöstä leikkausosastolla saattaa selittyä leikkausosastojen panostuksena perehdytysohjelmiin ja sillä, että heillä on mahdollisuus työskennellä kokeneiden hoitotyöntekijöiden rinnalla erilaisissa leikkaustiimeissä. Toisaalta ammattiuran alkuvaiheessa olevat sairaanhoitajat ovat ilmaisseet hoitotyön laadun heikentymisen myötävaikuttavaksi tekijäksi aikomukseen lähteä tai lähtemiseksi hoitotyön ammattista (Flinkman & Salanterä 2015).

Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusaineistona oli enemmän kerätty aineisto, jonka käsittelyyn saatiin kohdeorganisaatiosta tutkimuslupa. Tutkimuksessa käytetty, sairaanhoitajien ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön mittaamiseen kehitetty, PES-NW-mittarin käyttö lupa oli hankittu mittarin kehittäjältä. Suomenkielisen PES-NW-mittarin käyttö lupa varmistettiin mittarin suomenkielille kääntäneen tutkimusryhmän jäseneltä. (TENK 2019.) Tutkimuksen teossa, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimustulosten arvioinnissa noudatettiin rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta (TENK 2019). Tutkimukseen osallistuminen perustui tietoon perustuvaan vapaaehtoiseen suostumukseen. Vastaukset

palautuivat nimettöminä. Aineisto käsiteltiin ja raportoitiin siten, ettei yksittäisiä vastaajia kyetty yhdistämään vastauksiin (Tietosuojalaki 2018/1050).

PES-NW-mittari on kansainvälisesti laajasti käytetty (Lake 2007, Zangaro & Jones 2019). Mittarin sisäinen johdonmukaisuus on arvioitu hyväksi aiemmissa tutkimuksissa (Lake 2002, Numminen ym. 2015, Zangaro & Jones 2019). Tämän tutkimukseen osallistuneista suurin osa oli sairaanhoitajia. Muita ammattiryhmiä oli edustettuna 8 prosenttia, mikä voi laskea tutkimuksen Cronbachin alfa-arvoja, jotka tässä tutkimuksessa vaihtelivat välillä 0,54–0,86 (Swiger ym. 2017). Mittarin väittämässä oli käsite "hoitaja", joten suuri osa vastaajista saattoi identifioitua tähän käsitteeseen, mutta osa vastaajista mahdollisesti ei identifioitunut, esimerkiksi lääkintävahtimestarit. Mittaria on käytetty pääsääntöisesti mittaamaan sairaanhoitajien ammatillista toimintaympäristöä, joten tutkimuksen tuloksia voitiin vain verrata aikaisempiin tutkimuksiin, joissa vastaajat olivat sairaanhoitajia. Tutkimuksen otoskoko oli 106 ja se on riittävä tulosten tarkasteluun kokonaistasolla. Tutkimuksen korkean vastausprosentin (79%) ansiosta voidaan luoda luotettava tilannekuvaus kohdeorganisaation tutkimushetken ammatillisen hoitotyön toimintaympäristöstä (Kellar & Kelvin 2013).

PÄÄTELMÄT

Hoitotyöntekijät arvioivat leikkausosaston ammatillisen hoitotyön toimintaympäristön kokonaisuudessaan huonoksi. Organisaatiotason ulottuvuus arvioitiin huonoksi, mutta työyksikötason ulottuvuus arvioitiin hyväksi. Leikkausosastolla tapahtuva päivittäinen, potilaan välittömään leikkaushoitotyöhön liittyvä yhteistyö sujui hyvin. Hyvät yhteistyösuhteet ja keskinäinen yhteistyön toimivuus ovat asioita, joita tulee jatkossakin vahvistaa, että kollegiaaliset yhteistyösuhteet säilyvät nykyisellä tasolla tai paranevat.

Hoitohenkilökunnan näkökulmasta löydettiin tekijöitä, jotka ovat yhteydessä arvioihin ammatillisesta hoitotyön toimintaympäristöstä. Iältään nuoremmat ja vähemmän työkokemusta omaavat hoitotyöntekijät arvioivat laadukkaana hoitotyön perusteet parhaimmiksi. Laadukkaana perioperatiivisen hoitotyön kehittämiseksi ammatillinen kasvu

iästä ja työkokemuksesta riippumatta on mahdollistettava. Kehitettäessä perioperatiivisen hoitotyön laatua ja hoitohenkilökunnan osaamista, koulutuksessa täytyy edelleen omistautua ammatillisen pätevyyden lisäämiseen, itsenäiseen hoitotyön toteutukseen ja näyttöön perustuvan hoitotyön edistämiseen. Lisäksi tulee lisätä hoitotyön johtajien johtamisosaamisen kehittämistä, henkilökunnan ja voimavarojen riittävyden varmentamista sekä sairaanhoitajien osallistumismahdollisuuksia sairaalan toimintoihin. Tutkimuksen tulokset vahvistavat näkemystä siitä, että leikkausosaston ammatillista hoitotyön toimintaympäristöä on tarpeen tutkia tarkemmin laajemman ja yksityiskohtaisemman kokonaiskuvan saamiseksi, erityisesti tutkimuksen painopiste tulee olla hoitotyön johtamisessa.

LÄHTEET

- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. 2013. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies* 50(2), 143–153.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R. 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* 383(9931), 1824–1830.
- Björn C, Lindberg M, Rissén D. 2015. Significant factors for work attractiveness and how these differ from the current work situation among operating department nurses. *Journal of Clinical Nursing* 25(1-2), 109–116.
- Choi J, Boyle D. 2014. Differences in nursing practice environment among US acute care unit types: a descriptive study. *International Journal of Nursing Studies* 51(11), 1441–1449.
- Eskola S, Roos M, McCormack B, Slater P, Hahtela N, Suominen T. 2016. Workplace culture among operating room nurses. *Journal of Nursing Management* 24(6), 725–734.
- Flinkman M, Salanterä S. 2015. Early career experiences and perceptions – a qualitative exploration of the turnover of young registered nurses and intention to leave the nursing profession in Finland. *Journal of Nursing Management* 23(8), 1050–1057.
- Glymph DC, Olenick M, Barbera S, Brown EL, Prestianni C, Miller C. 2015. Healthcare utilizing deliberate discussion linking events (HUDDLE): a systematic review. *AANA Journal* 83(3), 183–188.
- Hahtela N. 2017. Sairaanhoitajien työolobarometri 2016. Sairaanhoitajaliiton selvitys sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuudesta ja työhyvinvoinnista. Sairaanhoitajaliiton julkaisu 30.1.2017. https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2017/01/tyoolobarometri_2016.pdf [luettu 12.10.2019]
- Havens DS, Warshawsky N, Vasey J. 2012. The nursing practice environment in rural hospitals – Practice Environment Scale of the Nursing Work Index assessment. *The Journal of Nursing Administration* 42(11), 519–525.
- Higgins BL, MacIntosh J. 2010. Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *International Nursing Review* 57(3), 321–327.
- Hinno S. 2012. The professional practice environment - hospital nurses' perspectives in three European countries. *Dissertations in Health Sciences* 107. University of Eastern Finland.
- Hyytiäinen K, Roos M, Astala L, Harmoinen M, Suominen T. 2015. Työhön sitoutuminen, ammatista lähteminen, urakehitys ja joustavuus kehitysvammahuollossa – yhteys arvostavaan johtamiseen. *Hoitotiede* 27(3), 213–224.
- Jangland E, Nyberg B, Yngman-Uhlin P. 2017. "It's a matter of patient safety": Understanding challenges in everyday clinical practice for achieving good care on the surgical ward – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 31(2), 323–331.
- Karma A, Kinnunen T, Palovaara M, Perttunen J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. *Sanoma Pro Oy, Helsinki*.
- Kellar ST, Kelvin EA. 2013. *Munro's statistical methods for health care research*. Sixth Edition. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, New York.
- Lake ET. 2002. Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health* 25(3), 176–188.
- Lake ET. 2007. The nursing practice environment. *Measurement and evidence*. *Medical Care Research and Review* 64(2), 104S–122S.
- Mainz H, Baernholdt M, Ramlau-Hansen CH, Brink O. 2015. Comparison of nurse practice environments in Denmark and the USA. *International Nursing Review* 62(4), 479–488.
- McHugh MD, Rochman MF, Sloane DM, Berg RA, Mancini ME, Nadkarni VM, Merchant RM, Aiken LH. 2016. Better nurse staffing and nurse work environments associated with increased survival of in-hospital cardiac arrest patients. *Medical Care* 54(1), 74–80.
- Mäntynen R, Vehviläinen-Julkunen K, Miettinen M, Kvist T. 2015. Mitä potilaiden arvioinnit hoidon laadusta ja hoitohenkilökunnan arvioinnit työtyytyväisyydestä ja johtamisesta kertovat erikoissairaanhoidon erinomisyydestä? *Hoitotiede* 27(1), 18–30.
- Nelson-Brantley HV, Park SH, Bergquist-Beringer S. 2018. Characteristics of the nursing practice environment associated with lower unit-level RN turnover. *The Journal of Nursing Administration* 48(1), 31–37.
- Nordström A, Wihlborg M. 2019. A phenomenographic study of Swedish nurse anesthetists' and or nurses' work experiences. *AORN Journal* 109(2), 217–226.
- Numminen O, Ruoppa E, Leino-Kilpi H, Isoaho H, Hupli M, Meretoja R. 2015. Practice environment and its association with professional competence and work-related factors: perception of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management* 24(1), E1–E11.
- Prezerakos P, Galanis P, Moisoglou I. 2015. The work environment of haemodialysis nurses and its impact on patients' outcomes. *International Journal of Nursing Practice* 21(2), 132–140.
- Roche MA, Duffield C, Friedman S, Twigg D, Dimitrelis S, Rowbotham S. 2016. Changes to nurses' practice environment over time. *Journal of Nursing Management* 24(5), 666–675.
- Saukkonen P, Roos M, Viinikainen S, Helminen M, Asikainen P, Green P, Suominen T. 2017. Organisaatiokulttuuri ja -ilmapiiri hoitohenkilökunnan näkökulmasta. *Hoitotiede* 29(4), 239–251.
- Swiger PA, Patricia PA, Miltner RS, Raju D, Breckenridge-Sproat S, Loan LA. 2017. The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: an updated review and recommendations for use. *International Journal of Nursing Studies* 74, 76–84.
- TENK. 2019. *A Practical Model of the Self-Regulation of Academic Integrity: a Chinese-English edition of the Code of Conduct for Research Integrity in Finland*. Publications of the Finnish National Board on Research Integrity TENK 2. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/TENK_RCR_chi_eng.pdf [luettu 17.2.2020].
- Tietosuojalaki 2018/1050.
- Twigg D, McCullough K. 2014. Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International Journal of Nursing Studies* 51, 85–92.
- Viinikainen S, Asikainen P, Helminen M, Suominen T. 2013. Hoitotyön valta erikoissairaanhoidossa – osastonhoitajien ja apulaishoitajien arvio. *Tutkiva Hoitotyö* 11(1), 14–23.
- Wong CA. 2015. Connecting nursing leadership and patient outcomes: state of the science. *Journal of Nursing Management* 23(3), 275–278.
- Zangaro GA, Jones K. 2019. Practice environment scale of nursing work index: a reliability generalization meta-analysis. *Western Journal of Nursing Research* 41(11), 1658–1684.

Kiviluoma A, Roos M, Herttua N, Leikkola P & Suominen T. 2020. Hoitohenkilökunnan arvio leikkausosastosta ammatillisena hoitotyön toimintaympäristönä. *Tutkiva Hoitotyö* 18(1), 12–19.