

PALAUTEKÄYTÄNNÖT TYÖHYVINVOINNIN TUkena PERIOPERATIIVISESSA
HOITOTYÖSSÄ

Tampereen yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta

Hoitotieteen laitos

Toukokuu 2008

Pro gradu -tutkielma

Ulla Syvänen

Ohjaajat: Katja Joronen, Päivi Åstedt- Kurki

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos

SYVÄNEN ULLA: Palautekäytännöt työhyvinvoinnin tukena perioperatiivisessa hoitotyössä

Pro gradu-tutkielma, 68 sivua, 20 liitesivua
Ohjaajat: TtT Katja Joronen, professori Päivi Åstedt-Kurki, THT
Hoitotiede
Toukokuu 2008

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia työhyvinvointia ja palautekäytäntöjä perioperatiivisessa hoitotyössä. Tutkimuksessa tarkasteltiin palautekäytäntöjen yhteyttä työhyvinvointiin. Tutkimusaineisto kerättiin erään yliopistollisen sairaalan leikkaus- ja anestesiavastuualueen perioperatiivisilta sairaanhoitajilta. Tutkimuksen otos koostui 170 perioperatiivisesta sairaanhoitajasta ja vastausprosentti oli 46 % (n=82). Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, jossa käytettiin kirjallisuuden pohjalta kehitettyä palautemittaria ja työhyvinvointimittaria (QPSNordic 34 +). Aineisto analysoitiin SSPS for Windows 15.0-tilasto-ohjelmalla käyttäen ristiintaulukointia, Khiin neliötestiä, Spearmanin korrelaatiokerrointa, Mann-Whitneyn U -testiä ja Kruskal-Wallis -testiä.

Työhyvinvointimittarilla kartoitettiin työn vaatimuksia, rooliodotuksia, vaikutusmahdollisuuksia, vuorovaikutusta, johtamista ja organisaatiokulttuuria. Lisäksi työhyvinvointia tarkasteltiin kahdeksalla yksittäisellä väittämällä työn ennakoitavuudesta, ryhmätyöstä, stressistä ja työn kokemisesta. Palautekäytäntöjä kuvattiin neljän summamuuttujan avulla: organisaation välittämä palkitseminen, välitön palaute, välillinen palaute ja palautteen antaminen.

Työhyvinvointi perioperatiivisessa hoitotyössä oli keskinkertaisella tasolla. Enemmistö tutkimukseen osallistuneista oli saanut organisaatiolta rahallisen tai ei-rahallisen palkkion vuoden sisällä. Organisaatiolta saadulla palkkiolla oli yhteyttä perioperatiivisten sairaanhoitajien positiiviseen kokemukseen johtamisesta, työyhteisön vuorovaikutuksesta ja vaikutusmahdollisuuksista työssä.

Perioperatiiviset sairaanhoitajat saivat melko hyvin palautetta muilta tiimin jäseniltä. Esimieheltä ja potilailta saadun palautteen määrä oli välttävää. Välittömän, henkilökohtaisen palautteen saaminen auttoi sairaanhoitajia olemaan tietoisempia työhön liittyvistä rooliodotuksista ja lisäsi tunnetta vaikutusmahdollisuuksista työssä. Hoitajat, jotka olivat tyytyväisiä saamansa välittömän palautteen määrään, kokivat organisaatiokulttuurin, työyhteisön vuorovaikutuksen ja johtamisen parempana kuin välittömän palautteen määrään tyytymättömät hoitajat.

Välillistä palautetta perioperatiiviset sairaanhoitajat saivat vähän. Välillisen palautteen saaminen auttoi organisaatiokulttuurin ja johtamisen kokemiseen parempana. Perioperatiiviset sairaanhoitajat rohkenivat antaa palautetta muille, vaikka eivät pitäneet ilmapiiriä kovin avoimena palautteen antamiselle tai virheistä raportoinnille. Palautteen antamisella oli yhteyttä perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemukseen työyhteisön vuorovaikutuksesta, vaikutusmahdollisuuksista, johtamisesta, organisaatiokulttuurista ja rooliodotuksista.

Tutkimuksella tuotettiin tietoa palautekäytäntöjen yhteydestä työhyvinvointiin perioperatiivisessa hoitotyössä. Tietoisuus palautekäytäntöjen yhteydestä työhyvinvoinnin osa-alueiden kokemiseen on lähtökohta palautekäytäntöjen ja siten myös työhyvinvoinnin kehittämiseen.

Avainsanat: perioperatiivinen hoitotyö, palaute, työhyvinvointi

ABSTRACT

University of Tampere
Faculty of Medicine
Department of Nursing Science

SYVÄNEN ULLA: Feedback procedures and well-being at work

Master's thesis, 68 pages, 20 appendices

Advisors: Katja Joronen, PhD, RN, Professor Päivi Åstedt-Kurki, PhD, RN

Nursing Science

April 2008

The purpose of the study was to examine the relationship between feedback and well-being at work. The data were gathered by structured questionnaire from perioperative nurses working in a university hospital. The sample comprised of 170 registered nurses and the response rate was 46 %. The data were analyzed with descriptive and statistical methods with SSPS –program using Chi-Square (χ^2), Spearman correlation coefficients, Mann-Whitney U -test and Kruskal-Wallis-test.

The result showed that well-being in perioperative nursing was rather satisfactory. Most of participants had been rewarded by monetary or nonmonetary recognition practices within a year. Reward from organization increased positive experience of management and interaction in perioperative nursing. Lack of reward decreased the experience of nurses' influence at work.

Perioperative nurses received moderate amount of direct feedback from other members of team. Direct, personal feedback helped nurses to be more aware of the role-expectations towards their work and increased the experience of nurses' influence at work. Nurses that were satisfied with the amount of direct feedback, experienced organizational culture, interaction in working environment and management more positively than nurses that were dissatisfied.

Nurses also received some indirect feedback. Indirect feedback helped nurses to see the organizational culture and management in more positive way.

Perioperative nurses had courage to give feedback although they didn't find the atmosphere open enough for giving feedback or reporting errors. Being themselves able to give feedback, nurses found interaction in working environment, management, nurses' influence at work and organizational culture more positive. Nurses were also more aware of the role-expectations towards their work.

Keywords: perioperative nursing, feedback, well-being at work

SISÄLLYSLUETTELO

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS.....	1
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	2
2.1. Perioperatiivinen hoitotyö.....	2
2.1.1. Perioperatiivisen hoitotyön määrittelyä	2
2.1.2. Perioperatiiviseen hoitotyöhön yhteydessä olevia tekijöitä	4
2.2. Työhyvinvointi hoitotyössä	5
2.2.1. Työhyvinvoinnin määrittelyä	5
2.2.2. Työtehtävään liittyvät tekijät ja sairaanhoitajien työhyvinvointi	6
2.2.3. Sosiaalisten ja organisaationaalisten tekijöiden vaikutus hyvinvointiin hoitotyössä.....	7
2.2.4. Yksilöön liittyvät tekijät sairaanhoitajien työhyvinvoinnissa	8
2.3. Palautekäytännöt hoitotyössä	9
2.3.1. Palaute käsitteenä	9
2.3.2. Palaute hoitotyössä	10
2.3.3. Palautteen antamiseen ja saamiseen liittyvät haasteet	15
2.3.5. Palaute ja työhyvinvointi	17
2.4. Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista	18
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	19
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	19
4.1. Kohderyhmä ja aineiston hankinta	19
4.2. Mittarit	20
4.3. Aineiston käsittely ja analysointi	22
5. TUTKIMUSTULOKSET	24
5.1. Tutkimusjoukon kuvaus.....	24
5.2. Työhyvinvointi perioperatiivisessa hoitotyössä.....	27
5.2.1. Työhyvinvointi työtehtävätasolla perioperatiivisessa hoitotyössä	28
5.2.2. Työhyvinvointi sosiaalisella ja organisaatiotasolla perioperatiivisessa hoitotyössä	29
5.2.3. Työhyvinvointi yksilötasolla perioperatiivisessa hoitotyössä.....	31
5.3. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemus palautekäytännöistä	31
5.3.1. Palkitseminen perioperatiivisessa hoitotyössä	31
5.3.2. Perioperatiivisten sairaanhoitajien saama välitön palaute	32
5.3.3. Välillinen palaute perioperatiivisessa hoitotyössä.....	33
5.3.4. Palautteen antaminen perioperatiivisessa hoitotyössä	33
5.4. Palautekäytäntöjen yhteys työhyvinvointiin	34
5.5. Yhteenveto tutkimustuloksista	36
6. POHDINTA.....	38
6.1. Tutkimuseettiset kysymykset.....	38
6.2. Tutkimuksen luotettavuus.....	39
6.3. Tutkimustulosten tarkastelu	42
6.4. Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	48
7. JOHTOPÄÄTÖKSET	49

LÄHTEET

LIITTEET

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Monet yhteiskunnalliset muutokset heijastuvat terveydenhuoltoon. Kansainvälistyminen, tiedon nopea uusiutuminen, teknologian kehittyminen, hoitoaikojen lyhentymisen sekä tehokkuus- ja tuloksellisuusvaatimukset vaikuttavat terveydenhuollon luonteeseen. Myös terveydenhuollon asiakkaiden tarpeet ja ongelmat muuttuvat jatkuvasti. Muutos ei ole kuitenkaan uhka, vaan normaali osa kaikkea hoitotyötä. (Kitson 1997; Ryyänen ym. 2004, 12–14; Suikkala ym. 2004, 12–37; Lamintakanen & Kinnunen 2006, 10–14.)

Muutokset ovat haastaneet perioperatiiviset sairaanhoitajat arvioimaan omaa, ongelmalliseksi kokemaansa rooliaan hoitotyöntekijöinä (Sigurdsson 2001). Sigurdssonin (2001) tutkimuksen mukaan perioperatiiviset sairaanhoitajat ovat pitkään kokeneet itsensä ja tekemänsä hoitotyön aliarvioiduksi. Aliarviointi näkyy esimerkiksi perioperatiivisten hoitajien hoitotyön itsenäisyyden kyseenalaistamisena. Ulkopuoliset tahot mieltävät leikkausosastolla työskentelevien sairaanhoitajien tehtävät usein vain epäitsenäisen, kirurgia avustavan instrumenttihoitajan tehtäviksi. Lisäksi perioperatiivisia hoitajia kritisoidaan erikoistumisesta muuhun kuin hoitotyöhön. (Mardell & Rees 1998; Radford 1998; Chard 2000; Riley & Manias 2002; Girard 2005; Bull & FitzGerald 2006.) Mikäli perioperatiivisen sairaanhoitajan roolia ei jatkossakaan nähdä itsenäisenä, on vaarana, että roolin kehittymiseen vaikuttavat enemmän hallinto, teknologia ja lääketiede potilaiden tarpeiden tai hoitotyön luonteen sijaan (McGarvey ym. 2000). Pohdittavaksi jää, minkä verran tämä näkemys perioperatiivisten sairaanhoitajien epäitsenäisestä roolista vaikuttaa heidän potilaan hoidosta, sen komplikaatioista tai tuloksista, saamaan palautteeseen tai palautteen määrään.

Lääketieteen voimakas vaikutus perioperatiiviseen hoitotyöhön näkyy kehittämissuuntauksissa, joissa hoitajien tehtäviä on pyritty muuttamaan lääkärin assistentin suuntaan, siirtäen tehtäviä apulaislääkäriltä sairaanhoitajalle (Woodhead 1996; Hind 1998; McGarvey ym. 2000). Lääkärit odottavat sairaanhoitajan työn olevan oman työnsä jatkumo, kun taas hoitajat haluavat käyttää osaamistaan potilaan suoraan hoitamiseen (Lingard, Reznick, de Vito ym. 2002). Tilanteeseen sisältyy dilemma, joka hämmentää leikkausosaston sairaanhoitajia. Toisaalta hoitamisen elementti heidän roolissaan tekee heistä ”oikeita sairaanhoitajia”, toisaalta ammatillinen arvostus saadaan teknisten valmiuksien kautta. (Bull & FitzGerald 2006.) Perioperatiivisen sairaanhoitajan rooli on kuitenkin muuttumassa tehtäväkeskeisestä spesialistista holistisempaan suuntaan potilaskeskeiseksi ammattilaiseksi (Gillette 1996; Mardell & Rees 1998). Hoitotyöstä annettavasta palautteesta perioperatiivi-

nen sairaanhoitaja voi saada tukea tähän ammatilliseen kehittymiseen (ks. Jamtvedt ym. 2006; Tuominen ym. 2006; Brinkman ym. 2007).

Muutokset heijastuvat myös pätevän henkilöstön rekrytointiin, joka alkaa olla ongelmallista terveydenhuollossa. Perioperatiivisessa hoitotyössä ei henkilöstön työpanosta voida korvata teknisin ratkaisuin. Alan vetovoimaisuutta tulee siis tarkastella sekä alalle hakeutumisen että alalla pysymisen näkökulmasta. Tämä asettaa haasteen terveydenhuollon lähiesimiehille henkilöstön työhyvinvoinnin edistämiseen. (Thompson ym. 2003; Anthony ym. 2005; Ryyänen ym. 2004, 33–46; Hellemaa 2005, 34; Hallin & Danielson 2008.) Palautteella ja työn huomioimisella on tutkimusten mukaan merkitystä työpaikassa pysymisessä (Parsons & Stonestreet 2003; Hahn ym. 2004; Stordeur & D'Hoore 2006) ja ne vaikuttavat osaltaan työtyytyväisyyteen ja työhyvinvointiin (McNeese-Smith 1997; Khowaja ym. 2005; Kanste 2006; kts. Cottrell 2001; Chang ym. 2005). Työhyvinvoinnilla taas on suoranainen vaikutus potilaan hoitoon (ETENE 1; Taylor ym. 1999; Lundstrom ym. 2002; Pousette ym. 2003; Hellemaa 2005, 36). Spence Laschinger ym. (2006) toteavat työstä palkitsemisen, arvostuksen, pysyvän työpaikan, autonomian ja rahallisen palkkion olevan yhteydessä organisaatiolta saadun tuen tunteeseen. Organisaatiolta, työtovereilta tai esimieheltä saatu tuki on yhteydessä työhyvinvointiin. Palaute tehdystä työstä tukee arjessa toimimista. (Best & Thurston 2004; Chang ym. 2005; Lepistö 2006, 35–36; Way & MacNeil 2006; Hall 2007).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää perioperatiivisen hoitotyön palautekäytäntöjen yhteyttä työhyvinvointiin. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää palautekäytäntöjä ja vahvistaa työhyvinvointia perioperatiivisessa hoitotyössä.

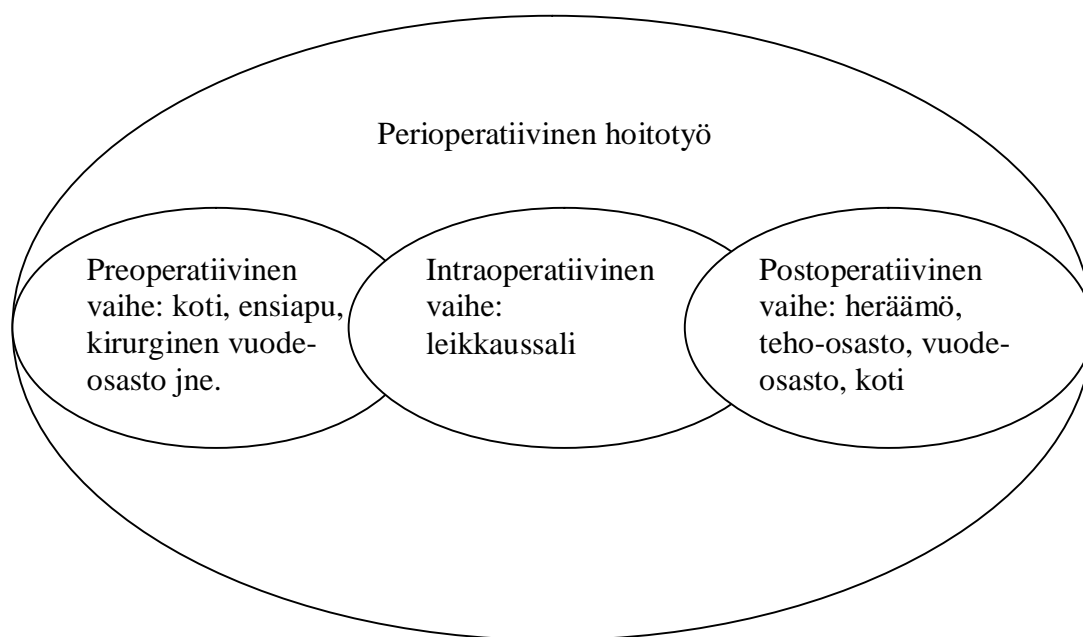
2. TUTKIMUKSEN TEORETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1. Perioperatiivinen hoitotyö

2.1.1. Perioperatiivisen hoitotyön määrittelyä

Perioperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan potilaan koko kokemusta kirurgiseen toimenpiteeseen liittyvästä anestesia- ja leikkaushoitotyön kokonaisuudesta. Perioperatiivisesta hoitotyöstä puhutaan silloin, kun kirurgiset toimenpiteet tehdään leikkaussaleissa, jotka sijaitsevat leikkausosastoilla. Leikkausosastot voivat erota toisistaan suurestikin kokonsa, taloudellisten resurssien, kirurgian erikoisalojen tai potilasmäärien suhteen. (Heizenroth 1996; Hankela 1999, 28; Silén-Lipponen 2005.)

Perioperatiivinen hoitotyö (Kuvio 1) sisältää kolme, toisiaan saumattomasti seuraavaa eri vaihetta, pre-, intra- ja postoperatiivisen vaiheen. Preoperatiivinen vaihe alkaa leikkauspäätöksen tekemisestä ja loppuu potilaan siirtämiseen leikkaussaliin. Preoperatiivisessa vaiheessa perioperatiivinen sairaanhoitaja pyrkii luottamuksellisen hoitosuhteen ja turvallisen ilmapiirin luomiseen (McNamara 1995; Silén-Lipponen 2005). Intraoperatiivinen vaihe on aika, jolloin potilas on leikkaussalissa siirrettynä leikkaustasolle, ennen siirtoa heräämöhön (Silén-Lipponen 2005, 22–23). Hankela (1999) kuvaa hoitotyön tehtäväksi intraoperatiivisen vaiheen aikana potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja leikkauksen aikaisen selviämisen tukemisen, sisältäen niin huolenpito- kuin tehtävätoimintoja. Postoperatiivinen vaihe alkaa potilaan siirtämisellä heräämöhön ja loppuu, kun potilas siirretään pois leikkaustiimin hoidosta. Siirtämisvaiheessa perioperatiivinen sairaanhoitaja raportoi leikkauksen kulusta ja potilaan voinnista potilaan vastaanottavalle henkilölle varmistaen hoidon jatkuvuuden. (McGarvey ym. 2000; Silén-Lipponen 2005.) Turvallisuus korostuu perioperatiivisen hoitotyön eri vaiheiden aikana (McNamara 1995; Killen ym. 1997; Reavis ym. 1998; Bower 2002; Alfredsdottir & Bjornsdottir 2008), hoitamisen elementti on kuitenkin keskeistä koko ajan (Gillette 1996; Chard 2000; Sigurdsson 2001; Boyle 2005).



Kuvio 1. Perioperatiivisen hoitotyön vaiheet (Silén- Lipponen 2005, 21)

Perioperatiivinen sairaanhoitaja eli leikkausosaston sairaanhoitaja tarkoittaa sairaanhoitajaa, joka työskentelee anestesiahoitajan, instrumenttihoitajan tai valvovan hoitajan tehtävissä intraoperatiivi-

sessä vaiheessa. Anestesiahoitaja vastaa anestesian ylläpidosta, jotta leikkaus voi edetä turvallisesti ja potilaalle kipua aiheuttamatta. Instrumenttihoitaja järjestää ja ylläpitää steriilin alueen sekä avustaa kirurgia instrumentoimalla leikkauksen aikana. Valvova hoitaja toimii steriilin alueen ulkopuolella organisoiden koko prosessia leikkaussalissa ja tarjoaa palveluita koko leikkaustiimille. (Heizenroth 1996; Buback 2004; Silén-Lipponen 2005.)

2.1.2. Perioperatiiviseen hoitotyöhön yhteydessä olevia tekijöitä

Perioperatiivinen hoitotyö on moniammatillista tiimityötä. Tiimi on pieni ryhmä ihmisiä, jotka ovat sitoutuneet samaan päämäärään. Tiimin jäsenet jakavat tietonsa, taitonsa sekä yhteisen näkemyksen työstä ja ovat yhteisvastuussa työnsä tuloksista. Leikkaustiimissä työskentelee perioperatiivisten sairaanhoitajien rinnalla yksi tai useampi kirurgi, anestesia lääkäri ja lääkintävahtimestari. Leikkaustiimin jäsenet omaavat siis kukin erilaisen koulutuksen, työkokemuksen ja erilaisia taitoja, mutta he ovat tietoisia toistensa osaamisesta ja työstä. Leikkaustiimin työskentelyssä korostuu jokaisen tiimin jäsenen vuorovaikutustaidot ja ammatillinen osaaminen. (Chard 2000; Thomas, Sexton & Helmreich 2003; Silén-Lipponen ym. 2004; Lingard ym. 2005; Sexton ym. 2006.)

Perioperatiiviset sairaanhoitajat kokevat olevansa ja haluavat olla jäsenenä moniammatillisessa tiimissä. Tiimiin kuulumisen tunteella onkin merkitystä tiimityön sujuvuudelle. Jokaisen tiimin jäsenen kokiessa olevansa osa suurempaa kokonaisuutta, he toimivat sulavammin yhteen. Tiimityön toimivuudella taas on vaikutusta hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen sekä koko leikkausosaston tehokkuuteen. (Chard 2000; Buback 2004; Silén-Lipponen 2005, 55; Sexton ym. 2006.) Jokaisella tiimin jäsenellä voi kuitenkin olla erilainen kokemus tiimityön onnistumisesta. Kirurgien ja anestesiologien on tutkimuksissa todettu olevan tyytyväisempiä lääkäri-hoitajayhteistyöhön kuin hoitajien. Esimerkiksi vain kolmannes instrumenttihoitajista kokee yhteistyön kirurgien kanssa hyvänä. Erilaiseen kokemukseen voivat vaikuttaa tutkimusten mukaan kunkin tiimin jäsenen asema, vastuu, sukupuoli, koulutus sekä sairaanhoitajien ja lääkäreiden omat kulttuurit. (Sexton ym. 2000; Lingard, Reznick, DeVito & Espin 2002; Thomas, Sherwood & Helmreich 2003; Thomas, Sexton & Helmreich 2003; Sexton ym. 2006.)

Tiimin sisällä leikkausosaston sairaanhoitajan odotetaan ylläpitävän korkeaa asiantuntijuutta niin hoitotyössään kuin teknisessä osaamisessaan. Epäonnistunut toiminta voi pahimmillaan johtaa jopa potilaan pysyvään vammautumiseen tai kuolemaan. Leikkausosaston sairaanhoitajille onkin omi-

naista perfektionismi eli pyrkimys toimia työssään aina täsmällisesti ja virheettömästi. (Finger & Pape 2002; Silén-Lipponen 2005, 58; Silén-Lipponen ym. 2005.) Reflektiivisyys eli oman ammatillisen toiminnan tarkastelu ja palaute ovat työkaluja hoitotyön laadun ja potilaan hyvän hoidon kehittämisessä sekä ammatillisten käytäntöjen parantamisessa (Kitson 1997; Koivula & Paunonen-Ilmonen 2001; Kuokkanen & Leino-Kilpi 2001; Tiuraniemi 2002; Pousette ym. 2003; Gustafsson 2004; Jamtvedt ym. 2006; Kvist ym. 2006).

2.2. Työhyvinvointi hoitotyössä

2.2.1. Työhyvinvoinnin määrittelyä

Työhyvinvoinnin (well-being at work) ymmärretään olevan osa yksilön kokonaisyhyvinvointia (well-being) (Utriainen & Kyngäs 2008). Työhyvinvointi on kokonaisvaltaista ja vaikuttaa työntekijän suoriutumisiin työssä, työn laatuun ja tehokkuuteen. Hyvinvointiin kuuluvat tyytyväisyys elämään ja työhön, myönteinen perusasenne sekä aktiivisuus. (Cimete ym. 2003; Lee ym. 2004; Kanste 2005.) Työtyytyväisyys (job satisfaction) on tyytyväisyyttä työhön ja kertoo sen, missä määrin yksilö pitää työstään. Työtyytyväisyys kuvaa siis yksilön asennetta työhön. (Utriainen & Kyngäs 2008.)

Työhyvinvointia tarkastellaan usein sen puuttumisen näkökulmasta (ks. Arafa ym. 2003; Cimete ym. 2003; Lee ym. 2004). Työperäistä stressiä voivat aiheuttaa esimerkiksi työmäärä, johtamistyyli, konfliktit työtovereiden kanssa, hoitotyön emotionaaliset paineet, vuorotyö ja palkitsemisen puute (Lee 2003; McVicar 2003). Stressin seurauksena voi olla ärtyisyyttä, unettomuutta ja jaksamattomuuden tunnetta. Pitkä, jatkuva altistuminen stressille aiheuttaa fyysisiä oireita kuten väsymystä, päänsärkyä ja kohonnutta verenpainetta. Nämä oireet ovat yhteydessä henkisiin oireisiin, masennukseen ja turhautumiseen, jotka voivat johtaa negatiiviseen asenteeseen työtä kohtaan ja kykyyn selviytyä työn vaatimuksista. Työperäinen stressi voi vaikuttaa vakavasti hoidon laatuun ja saattaa aiheuttaa sairauspoissaoloja sekä työn lopettamista. (Taylor ym. 1999; Kandolin ym. 2000; Lundstrom ym. 2002; Arafa ym. 2003; Edwards & Burnard 2003; Eriksen 2003; Lee 2003; Vahey ym. 2004.)

Loppuun palaminen (burn out) eli työuupumus on seurausta kroonisesta työperäisestä stressistä. Tällöin henkilö voi kokea täydellistä jaksamattomuutta ja kyynistymistä. Työsuorituksista on tällöin vaikea suoriutua ammatillisen itsetunnon kärsimättä. (Kandolin ym. 2000; Arafa ym. 2003; Malach

2003.) Työuupumusta on pidetty kansainvälisessä tutkimusperinteessä nimenomaan terveydenhuoltoalan riskinä (Kanste 2005). Aikaisemmin työuupumusta pidettiin erityisesti ihmissuhdetyöhön liittyvänä ilmiönä, joissa keskeisenä ongelmana nähtiin asiakastyön emotionaalinen kuormitus. Työuupumuksen käsite ymmärretään nykyään laajemmin. Sen katsotaan voivan esiintyä kaikissa töissä ja ammateissa, joissa ihmiset sitoutuvat työhönsä ja joissa esiintyy epäsuhta työn määrän ja työntekijän resurssien välillä. (Piekkola 2003, 8.) Kanste (2005) toteaa väitöskirjassaan, että puolet suomalaisesta hoitohenkilöstöstä potee keskimääräistä ja joka kymmenes voimakasta työuupumusta.

Loppuun palamisen vastakohtana Maslach ym. (2001) pitävät työhön sitoutumista. Vastakohtana voidaan pitää myös työn imua, (flow at work). Työn imu voi olla uppoutumista työhön, työn iloa ja sisäistä työmotivaatiota. (Demerouti 2006; Salanova ym. 2006.) Autonomia työssä, sosiaalinen tuki, ohjaus ja palaute edesauttavat työn imun kokemista (Bakker 2005).

2.2.2. Työtehtävään liittyvät tekijät ja sairaanhoitajien työhyvinvointi

Työtehtävään liittyvillä tekijöillä, kuten työn vaatimuksilla, on yhteyttä sairaanhoitajien työhyvinvointiin. Demerouti ym. (2001) katsovat työn vaatimusten olevan yhteydessä loppuun palamiseen. Työn vaatimukset koostuvat muun muassa työtahdistista, työn ajoituksesta, vaihtelevuudesta, määräsistä ja luonteesta (Way & MacNeill 2006). Aika- ja työpaine ennustavat voimakkaasti hoitajien emotionaalista uupumista. Hoitamiseen liittyvät emotionaaliset paineet ja työkuorma aiheuttavat sairaanhoitajille ahdistusta ja vaikuttavat osaltaan sairaanhoitajien vaihtuvuuteen sairaaloissa. Myös työolosuhteiden muutoksilla on vaikutusta sairaanhoitajien hyvinvointiin. (Demerouti ym. 2001; McVicar 2003; Best & Thurston 2004; Chang ym. 2005; Khowaja ym. 2005; Spence Laschinger & Finegan 2005; Gelsema ym. 2006; Xanthopoulou ym. 2007.) Christianin ym. (2006) tutkimuksen mukaan työkuormalla ja kilpailevilla tehtävillä oli perioperatiivisessa hoitotyössä negatiivinen vaikutus tiimin toimintaan ja potilasturvallisuuteen. Vuorotyö on yksi merkittävä stressiä aiheuttava tekijä hoitotyössä. Kolmivuorotyö on kaksivuorotyötä stressaavampaa. (Cottrell 2001; Lee 2003; Parikh ym. 2004.) Kansteen (2005, 157) tutkimuksen mukaan kolmivuorotyötä tekevät naiset olivat uupuneempia kuin päivätyötä tekevät.

Työuupumukselle on myös muita riskitekijöitä. Kanste (2006) toteaa puutteiden työn ennustettavuudessa, kuten työyhteisön toiminnan epävarmuuden ja organisaation kielteisten tulevaisuudennä-

kymien olevan työuupumuksen riskitekijöitä. Hintsalan (2005) tutkimuksen mukaan kaksi kolmesta suomalaisesta sairaanhoitajasta kokee olevansa riippumattomia muista päätöksenteossa. Sairaanhoitajan riippumattomuus ja autonomia edesauttavat työuupumuksen vastakohdan, työn imun kokemista. Vallan keskittämisellä tai hajauttamisella on vaikutusta hoitajien kokemaan autonomian tunteeseen. Lisäämällä hoitajien vaikutusmahdollisuuksia työssä voidaan siis lisätä työtyytyväisyyttä. (Best & Thurston 2004; Bakker 2005; Gelsema ym. 2006; Way & MacNeill 2006.) Sairaanhoitajilla on odotuksia sairaanhoitajan rooliin ja sen luonteenomaisuuksiin liittyen. Odotusten ja todellisten saavutusten väliset erot voivat aiheuttaa roolistressiä, roolikonflikteja tai tunnetta roolien kaksijaakoisuudesta. (Lambert & Lambert 2001; Chang ym. 2005; Strodeur & D’Hoore 2006.)

2.2.3. Sosiaalisten ja organisaationalisten tekijöiden vaikutus hyvinvointiin hoitotyössä

Sosiaalisen kommunikaation ylläpitäminen on yksi sairaanhoitajien selviytymisstrategioista työelämässä (Lee 2003). Työryhmään kuuluvuuden tunne on yhteydessä alhaisempaan työperäiseen stressiin ja korkeampaan työtyytyväisyyteen. Työtovereiden tuki lisää sairaanhoitajien työssä onnistumisen tunnetta. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden välisillä suhteilla ja yhteistyöllä on myös vaikutusta työhyvinvointiin. (Adams & Bond 2000; Haslam ym. 2005; Kanste 2006; Leiter & Spence Laschinger 2006; Estryn-Béhar ym. 2007; Utriainen & Kyngäs 2008.) Työryhmän yhtenäisyyttä ja yhteistyötä voidaan määritellä sairaanhoitajien kiintymyksellä työryhmää kohtaan ja heidän motivaatiollaan olla työryhmän jäsen (Tourangeau & Cranley 2006).

Sosiaalisella ja työilmapiirillä sekä yhteistyöllä on yhteyttä työtyytyväisyyteen ja työhyvinvointiin. Työtyytyväisyyttä lisää tukea antava organisaatiokulttuuri, johon sisältyy niin esimiehen henkilökunnalleen antama sosiaalinen tuki, kuin sairaanhoitajien keskinäinen yhtenäisyys ja tuki. (McNees-Smith 1997; Kangas ym. 1999; Adams & Bond 2000; Best & Thurston 2004; Bakker 2005; Gelsema ym. 2006; Kanste 2006; Leiter & Spence Laschinger 2006; Way & MacNeill 2006; Estryn-Béhar ym. 2007; Hall 2007; Utriainen & Kyngäs 2008; ks. Haslam ym. 2005.) Kanste (2006) toteaa työyhteisön sosiaaliseen toimivuuteen liittyviä riskitekijöitä olevan muun muassa riittämättömän palautteen ja tunnustuksen työstä sekä sosiaalisen tuen puutteen. Hallin (2007) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajilla, joilla oli kokemus esimiehen tuesta, oli vähemmän työperäistä stressiä, kuin sairaanhoitajilla, joilla oli vähäisempi kokemus esimiehen antamasta tuesta. Johtamisen ja työuupumuksen välinen yhteys on kuitenkin kompleksinen. Palkitseva muutosjohtajuus ja työntekijöiden aktiivinen valvominen näyttävät kuitenkin tutkimusten mukaan toimivan työuupumukselta suoja-

vina tekijöinä ja ennustavan työtyytyväisyyttä. (Kanste 2005; Gelsema ym. 2006; Way & MacNeill 2006.)

2.2.4. Yksilöön liittyvät tekijät sairaanhoitajien työhyvinvoinnissa

Työhyvinvointia edistää sairaanhoitajien perustehtävä eli potilaan hoito ja sen merkityksellisyys. Hoitajien työhyvinvoinnille on tärkeää mahdollisuus korkeatasoiseen hoitoon ja hyvin tehtyyn työhön. Ammatillisten standardien saavuttaminen ja henkilökohtainen työssä kehittyminen lisäävät työtyytyväisyyttä. Ammatilliseen kasvuun ja kehittämiseen kannustava johtamisfilosofia vuorostaan tukee työhyvinvointia. (Adams & Bond 2000; Way & MacNeill 2006; Utriainen & Kyngäs 2008.)

Vähäinen organisaatioon sitoutuminen, joka on työntekijän työnantajaansa kohtaan tuntemaa kiintymystä, altistaa emotionaalille väsymiselle ja työstä etäännyttämiselle. Sitoutumisen indikaattoreina voidaan pitää työntekijän työsuhteen pituutta saman työnantajan palveluksessa sekä työntekijän osallistumista sairaalan toimintaan. Pätkätyöt, työn voimavarojen vähyys ja esimiehen toiminta ovat yhteydessä työhön sitoutumiseen. (McNeese-Smith 1997; Demerouti ym. 2001; Kuokkanen ym. 2003; Tourangeau & Cranley 2006; Kanste 2006.)

Työn ja yksityiselämän yhteensovittaminen on sairaanhoitajien työhyvinvoinnille tärkeää. Monet työntekijöistä haluavat olla aktiivisia sekä työssä että kotona, haluamatta valita niiden välillä. Terveystieteiden tutkimuksissa pitkät vuorot, vuorotyö sekä ylityöt aiheuttavat työn ja perheen välisiä konflikteja. Vuorotyöntekijän yhteydenpito päivärytmissä eläviin ihmisiin vaikeutuu, jonka seurauksena tulee esimerkiksi sosiaalista eristäytymistä niin yksin asuvilla, kuin parisuhteessa tai lapsiperheessä elävillä. Työn ja perheen väliset konfliktit vaikuttavat sairaanhoitajan työhyvinvointiin ja halukkuuteen pysyä samassa työpaikassa tai hoitoalalla ylipäätään. (Clissold ym. 2002; Kandolin ym. 2002; Mohren ym. 2002; Strodeur & D'Hoore 2006; Estryn-Béhar ym. 2007; Milliken ym. 2007; Utriainen & Kyngäs 2008.)

Eri-ikäisillä ja eri koulutustason omaavilla sairaanhoitajilla voi olla eroja työhyvinvoinnissa. Nuorilla ja kokemattomilla sekä iäkkäillä ja kokeneilla työntekijöillä esiintyy Kansteen (2005, 157) mukaan enemmän työuupumusta kuin keski-ikäisillä. Terveystieteiden tutkimuksen suorittaneilla kokonaistyöuupumus ja emotionaalinen väsymys on vähäisempää ja työssä onnistumisen tunne voimakkaampaa kuin perustutkimuksen suorittaneilla. (Kanste 2005, 130)

2.3. Palautekäytännöt hoitotyössä

2.3.1. Palaute käsitteenä

Palaute on monitahoinen käsite. Suomen kielen perussanakirjassa (1992) määritellään palaute jonkin toimenpiteen, viestin tai muun sellaisen aiheuttamaksi kannanilmaisuksi. Palaute voi myös olla itsesäätoisen järjestelmän reaktio johonkin, minkä järjestelmä on tuottanut. Palaute voi olla tietyn määräyksen, toiminnan tai muun sellaisen aiheuttamia ihmisten tai vastaanottajien reaktioita ja niistä tulleita tietoja tai havaintoja. Palautteesta voidaan käyttää myös käyttöä termiä feedback.

Palaute voi luonteeltaan olla myönteistä, kuten rohkaisua, palkitsemista tai tukemista. Rohkaisu on rohkeuden antamista, rohkeaksi tekemistä, kannustamista, kiihottamista, innostamista ja yllyttämistä. Palkita voidaan antamalla jollekulle palkinto tai palkkio tunnustukseksi tai korvaukseksi jostakin. Tällöin korvataan, hyvitetään, sovitetaan tai maksetaan. Yleisö voi esimerkiksi palkita esityksen kättentaputuksin. Palautteen sisältö voi olla sisällöltään myös negatiivista tai sen sisältö ja antamisen tapa voidaan kokea negatiivisesti. Palaute voi sisältää kritiikkiäkin. Kritiikki on arvostelua, punnitsevaa arviointia tai tutkimusta. Kritiikki on usein tuomitsevaa, moittivaa tai arvostelevaa. Kriittinen suhtautuminen tai asenne on luonteeltaan erilaista kuin kritiikki. Kriittinen suhtautuminen voi olla perusteltuja kannanottoja johonkin ilmiöön tai kysymysten esittämistä ilmiöstä. (Nurmela 2002, 179; Hintsala 2005; Hukkanen 2005; Kanste 2005; MOT kielikone 2007.)

Peilaavassa palautteessa poimitaan keskeisimmät havainnot tarkasteltavasta asiasta. Palautteen antaja voi esimerkiksi osoittaa havainneensa palautteen kohteena olevan asian. Peilauksen avulla on hyvä aloittaa palautteen antaminen. Tällöin palautteen saajan on esimerkiksi mahdollista hahmottaa mitä palautteen antaja pitää keskeisenä. (Nummenmaa 2004, 92–93.)

Palautteen antaja esittää arvioivassa palautteessa arvionsa siitä, mihin palautteen saajan suoritus asettuisi tai asettuu esimerkiksi käytössä olevalla arviointimittarilla tarkasteltuna (Nummenmaa 2004, 95). Perioperatiivinen sairaanhoitaja voi saada arvioivaa palautetta esimerkiksi oman työnsä suorittamisesta. Tavoitteena arvioivan palautteen antamisessa voi olla sairaanhoitajan suorittaman hoitotyön parantaminen tai työuran kehittäminen. (Arnold & Pulich 2001; Fereday & Muir-Cochrane 2004.) Arviointiin voi toisinaan sisältyä myös sairaanhoitajan itselleen antama palaute eli itsearviointi, jota verrataan esimiehen suorittamaan arviointiin, muiden sairaanhoitajien suorituksiin tai hoitotyöstä laadittuihin standardeihin ja kriteereihin. (Arnold & Pulich 2001; Briggs ym. 2005).

Neuvon antamista ja ohjaamista voidaan toisinaan pitää eräänlaisena palautteena. Pyytämättä annettu neuvo ilmaisee, että neuvoja katsoo neuvottavan osapuolen tarvitsevan neuvoja. Ohjaavassa palautteessa palautteen antaja voi kysymysten avulla auttaa palautteen saajaa kertomaan oman näkemysensä vahvuuksista, muutostarpeista ja ongelmista. Ohjauksikäsitettä käytetään usein rinnakkain tai synonyyminä neuvonnan, opetuksen ja tiedon antamisen käsitteiden kanssa. (Vehviläinen 2001, 172; Nummenmaa 2004, 94; Kääriäinen & Kyngäs 2005.)

Useiden tutkimusten mukaan hoitotyöstä ja työsuorituksesta annetun palautteen avulla voidaan tukea ja edistää ammatillista kehittymistä (Brinkman ym. 2007; Jamtvedt ym. 2006; Tuominen ym. 2006), hoidon laatua (Pousette ym. 2003; Kvist ym. 2006) ja turvallisuutta (Sanghera ym. 2007) sekä yhtenäistää hoitokäytäntöjä (Koota 1999). Jamtvedt ym. (2006) sitä vastoin toteavat, että palautteen vaikutukset terveydenhuollon henkilöstön työsuorituksiin ja potilaalle annetun hoidon tuloksiin voivat olla maltilliset. He katsovat, että palautteen annolla voi olla tehokkaimmat vaikutukset silloin, kun hoitohenkilökunta pitää heikosti kiinni suosituista käytännöistä ja palautteen antaminen on tiivistä. Hukkasen (2005) näkemys on, että positiivinen palaute motivoi ja kannustaa sairaanhoitajaa sekä toimii informaatiolähteenä. Negatiivisen palautteen sairaanhoitajat kehittävänä, mutta jos se tulee yllätyksenä, toimii se passivoivasti.

2.3.2. Palaute hoitotyössä

Organisaation välittämä palkitseminen

Cronin ja Becherer (1999) ovat tutkineet työstä annettua tunnustusta. He vertailivat henkilökunnan ja esimiesten odotuksia mielekkäästä palkitsemisesta. Tutkimukseen osallistui 287 yhdysvaltalaisista sairaanhoitajaa ja 55 hoitotyön johtajaa. Tutkimustuloksista ilmeni, että rahallinen palkitseminen oli hoitohenkilökunnan mielestä arvostetuin työn huomioimiskeino. Rahallista palkitsemista käytettäessä on monia eri mahdollisuuksia. Suoritetusta työstä maksetaan palkkaa ja hyvä peruspalkka voi itsessään olla palkitsemiskeino. Tällöin palkanmaksun perusteina voidaan käyttää tehtävää ja sen vaativuutta, henkilön ominaisuuksia, suoriutumista tai tuloksia. Työn vaativuuteen perustuvan peruspalkan lisäksi voidaan maksaa henkilökohtaiseen suoritukseen ja pätevyyteen perustuva palkan osa palkitsemaan henkilöä sen mukaan, miten hyvin hän työnsä tekee. Tulospalkkausta voidaan maksaa esimerkiksi tulosten määrän tai laadun mukaan. Hyvästä suorituksesta tai tuloksesta voidaan maksaa myös kertakorvauksena bonusta. (Bailey 1998; Karppinen ym. 2005, 7 -11; Sikka 2007; Spinelli & Fromknecht 2007, kts. Gelfand ym. 2007; Rowe 2007.) Huomiotavaa on, että

Croninin ja Bechererin (1999) tutkimuksessa terveydenhuollon esimiehet ilmaisivat arvostavansa julkista tunnustamista tärkeimpänä palkitsemiskeinona. Esimiesten arvostuksella saattaa olla vaikutusta palkitsemiskeinojen valintaan.

Palkitsemisohjelma voi sisältää myös ei- rahallisia palkitsemiskeinoja, kuten liikuntamahdollisuuksia (tiloja ja tapahtumia), kulttuuria (teatteria, taidenäyttelyjä, elokuvalippuja), lahjakortteja (ruokalippuja ravintoloihin, ostoslahjakortteja) tai konkreettisia lahjatavaroita (McKnight ym. 2006; Way & MacNeil 2006). Aineettomia ei- rahallisia palkitsemiskeinoja ovat ylenemismahdollisuudet ja kiinnostavien työtehtävien sekä työssä kehittymiseen liittyvien mahdollisuuksien tarjoaminen. Hoitotyössä palkitseminen on usein tunnustuksen, myönteisen palautteen ja kiitoksen antamista, jotka edistävät sairaanhoitajien voimaantumisen tunnetta. Voimaantumisen tunne taas liittyy erittäin vahvasti työstä palkitsemisen tunteeseen. (Greenberg ym. 2001; Thompson ym. 2003; Kanste 2005; Spence Laschinger ym. 2005, kts. Gelfand ym. 2007.)

Henkilökohtainen palaute sairaanhoitajalle

Henkilökohtaista palautetta arvostetaan työn huomioimiskeinoista toiseksi eniten. Esimiesten ja sairaanhoitajien näkemykset tästä eroavat kuitenkin toisistaan. Hoitotyön johtajat arvioivat lähiesimieheltä saadun palautteen tärkeimmäksi henkilökohtaiseksi palautteeksi. Sairaanhoitajat taas kokevat tärkeimmäksi palautteen potilailta ja potilaiden perheiltä. (Cronin & Becherer 1999.) Potilailta saadun palautteen sairaanhoitajat kokevat palkitsevana (Hintsala 2005). Leikkausosaston sairaanhoitajat voivat saada potilaalta välitöntä palautetta tekemästään hoitotyöstä joko toimenpiteen aikana tai tapaamalla hänet leikkauksen jälkeen (Mardell & Rees 1998; Hankela 1999; Bauer 2001; Rudolfsson ym. 2003; Boyle 2005).

Sairaanhoitajat arvostavat muilta potilashoitoa antavilta tahoilta saamaansa palautetta. Palautetta odotetaan sekä muilta sairaanhoitajilta että lääkäreiltä. Muilta tiimin jäseniltä saatu palaute on erityisen merkitsevää uusille perioperatiivisille sairaanhoitajille ja heidän kehittymiselleen. (Cronin & Becherer 1999; Vuorinen ym. 2000; Silén-Lipponen 2005; 59, Farrell & Davies 2006.) Uuden työntekijän perehdyttämisen avulla taataan riittävät tiedolliset ja taidolliset valmiudet, jotka ovat työtehtävien hoitamisen edellytys (Kunnallinen työmarkkinalaitos, yleiskirje A5/1997) perioperatiivisessa hoitotyössä. Menestykselliseen työhön perehdyttämiseen kuuluu jatkuva perehtyjän edistymisen arviointi ammattitaidon kehittymiseksi. Puuttuva tai epärealistinen palaute rajoittaa tätä kehittymistä. (Heizenroth 1996; Tuominen ym. 2006.) Ammatillisessa kasvussa voi apuna käyttää myös pit-

käkestoista mentorointisuhdetta. Kokeneempi mentori tukee kokemattomampaa kollegaa kehitymisessä ja uusien asioiden oppimisessa toimien neuvojana, oppaana ja palautteen antajana. Mentoroinnissa korostuu vastavuoroisuus, molemmat osapuolet saavat tukea toisiltaan. (Groah 1996b; Allen 2002; Fawcett 2002; Sairanen 2006.)

Vertaisarvioinnissa sairaanhoitaja saa systemaattisesti palautetta samaa työtä tekeviltä työtovereilta. Yksilöä arvioidaan sovittujen standardien mukaisesti. Tällöin nousevat sekä vahvuudet että heikoudet esille. Itsearviointi sisältyy vertaisarviointiin yhtenä osa-alueena. Vertaisarviointi voi tarkoittaa myös tiettyjen hoitamisen käytäntöjen, esimerkiksi hoitotyön kirjaamisen, arviointia. Tavoitteena vertaisarvioinnissa voi olla yksilön ammatillinen kasvu, hoitohenkilökunnan suorittaman hoitotyön arviointi, hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen tai hoitotyön laadun ja turvallisuuden kehittäminen. Vertaisarviointi on aikaa vievää ja monimutkaista, eikä kovin helppo menetelmä ottaa käyttöön. Se koetaan kuitenkin palkitsevaksi ja oikeudenmukaiseksi. (Koota 1999; Vuorinen ym. 2000; Briggs ym. 2005; Hukkanen 2005; Gentry 2006; Piper ym. 2006.) Hukkasen (2005) ja Tuomisen ym. (2006) tutkimuksiin osallistuneet sairaanhoitajat esittivät vertaisarviointia kehittämisehdotuksena täydentämään kehityskeskustelujen arviointia. Piper ym. (2006) ovat tutkineet vertaisarvioinnin käyttöä reumatologian työyksiköissä. Kuuden vuoden aikana 16 eri yksikköä osallistui vertaisarviointiin. Vertaisarviointia pidettiin rakentavana ja kokeilemisen arvoisena. Sitä pidettiin hyvänä mahdollisuutena koulutukseen ja ideoiden vaihtoon henkilökuntien kesken. Vertaisarvioinnin nähtiin myös edistävän moniammatillista tiimityötä. Kootan (1999) tutkimuksessa arvioitiin kirjallisten hoitosuunnitelmien sisältöä ja laatua sekä kerättiin omahoitajien kokemuksia vertaisarvioinnista. Kriittinen suhtautuminen kirjaamiseen kasvoi vertaisarviointiprosessin myötä.

Sairanhoitajat odottavat henkilökohtaista palautetta esimieheltään. Palautteen antaminen koetaan yhtenä ihanteellisen esimiehen ominaisuuksista ja esimiehen tärkeimmistä tehtävistä, mutta kuitenkin erittäin vaativana. (Gaughan 2001; Best & Thurston 2004; Grönroos & Perälä 2004, 13, 41; Keskinen 2005, 38–40; Silén-Lipponen 2005, 59.) Rohkaiseva palaute, osoitettu arvostus ja kiinnostus hoitajan työtä kohtaan ovat lähiesimiehen keinoja tukea henkilökuntaa (Hintsala 2005). Mielienkiintoista on, että hoitotyön johtajat pitävät Parsonsin ja Stonestreetin (2003) tutkimuksen mukaan tärkeänä saada omilta esimiehiltään palautetta työstään, oli palaute positiivista tai ei. Hintsalan (2005) tutkimuksesta taas ilmenee, että esimiehet antavat itse harvoin palautetta sairaanhoitajille. Esimieheltä saatu palaute on kuitenkin tärkeää sairaanhoitajille. Bestin ja Thurstonin (2004) tutkimuksesta ilmenee, että jos hoitajat voisivat vaikuttaa omaan työmaailmaansa, he haluaisivat enemmän arvostusta ja tunnustusta juuri esimiehiltään.

Kehityskeskustelu on yksi väylä henkilökohtaisen palautteen antoon esimieheltä sairaanhoitajalle (Pietilä 2004; Hukkanen 2005; Tuominen ym. 2006). Palautteen antaminen kehityskeskusteluissa keskittyy Pietilän (2004) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan tekemään hoitotyöhön ja persoonaan. Sekä työntekijä itse että esimies arvioivat hoitotyön tekemistä ja kehittämistä. Palaute ja siihen liittyvä arviointi ovat kuitenkin luonteeltaan yleisiä, eivätkä perustu yhtenäisiin kriteereihin. (Bailey 1998; Pietilä 2004, 43, 47; Kanste 2007.) Sairaanhoitajat haluavat kehityskeskustelussa palautetta, joka tukee ammatillista kehittymistä. Palautteen toivotaan olevan niin positiivista kuin rakentavaakin. Vaikka kehityskeskusteluissa käsitellään kehittämistarpeita, varsinaisia tavoitteita ei kuitenkaan juuri aseteta. Kehityskeskustelut edistävät parhaimmillaan sairaanhoitajan ammatillista kehittymistä esimiehen auttaessa työntekijää ottamaan vastuun omasta kehitymisestään. Kehityskeskustelut toimivat myös kahdensuuntaisen tiedonsiirron väylinä, jossa hoitaja voi antaa palautetta esimiehelle. (Pietilä 2004; Hukkanen 2005; Wiili-Peltola 2005; Tuominen ym. 2006; Kanste 2007.)

Kehityskeskustelujen lisäksi esimiehen ja sairaanhoitajan välillä voi olla aika ajoin luottamuksellisia keskusteluja. Kivimäen (1996) näkemys on, että luottamukselliset keskustelut lisäävät palautteen saamista. Henkilökohtaisen palautteen lisäksi esimiehen antama kollektiivinen palaute työryhmälle koetaan hyväksi (McNeese-Smith 1997; Lepistö 2006, 35).

Välillinen palaute sairaanhoitajalle

Potilaan turvallisuuden parantamiseksi on virheiden huolellinen seuranta, arviointi ja muutosten tekeminen tärkeää (Stow 2006). Keskittymällä vain yksilöön ei kaikkia mahdollisia virhelähteitä voida havaita (Silén-Lipponen ym. 2005), vaan tarvitaan ilmiön laajempaa tarkastelua. Perioperatiiviseen hoitotyöhön onkin kehitetty erilaisia riskienhallintamenetelmiä, joista osa perustuu ilmailussa käytettyihin periaatteisiin. Riskienhallintamenetelmien tavoitteena on lisätä turvallisuutta ja vähentää virheitä. Systemaattinen raportointi ja palaute virheistä sekä virheiden avoin käsittely ovat menetelmissä keskeistä. (Dunn D 2003a; Dunn D 2003b; Riley ym. 2003; Rivers ym. 2003; Spath 2003; Thomas, Sherwood & Helmreich 2003; Hagstrom 2006; Oriol 2006; Powell & Hill 2006.)

Potilaspalautetta kerätään kirjallisessa muodossa esimerkiksi palvelumittareilla tai potilastyytyväisyyttä kartoittavilla kyselykaavakkeilla (Forbes 1995; Hiidenhovi 2001; Spence Laschinger ym. 2005). Bauer (2001) katsoo, että potilaiden henkilökohtainen haastattelu voi kuitenkin olla kyselyä soveltuvampi ja luotettavampi keino potilastyytyväisyyden määrittelyyn. Potilastyytyväisyyttä voidaan käyttää kuvaamaan hoidon laatua. Potilastyytyväisyys kuvastaa potilaiden omaa kokemusta ja

arviointia terveydenhuollosta. Jokaisella potilaalla on omat, henkilökohtaiset standardinsa terveydenhuollolle. Standardina voi olla ihanne/minimiodotukset, aikaisemmat kokemukset tai henkilökohtainen tunne siitä, millaista hoitoa ansaitsee saada. (Fung & Cohen 1998.) Potilaalla on käytössään myös lakisääteinen kanava palautteen antamiselle. Potilaalla on mahdollisuus tehdä potilasmuistutus ollessaan tyytymätön saamansa hoitoon tai siihen liittyvään kohteluun. (Laki 785/ 1992).

Tietotekniikan avulla on mahdollista hyödyntää erilaisia hoitotyötä kuvaavia mittareita. Erilaisten tietoteknisten järjestelmien avulla voidaan kerätä tilastoja esimerkiksi toimenpiteiden suunnitelluista ja toteutuneista aloitusajoista tai arvioida potilaan hoidon laatua. Tilastojen avulla on mahdollista kiinnittää huomiota ongelmakohtiin, antaa henkilökunnalle palautetta ja parantaa leikkausosaston tehokkuutta ja hoidon laatua. (Wieczorek 1995; Caramico ym. 1998; Charters 2003; Junntila 2006.) Lääketieteen puolelta löytyy tutkimuksia automaattisen palautteen antamisesta. Automaattisen, tietojärjestelmiä hyväksi käyttävän palautteenantojärjestelmän on todettu parantavan käytäntöjä esimerkiksi päivän ensimmäisten leikkausten alkamisajoissa, kirjaamisessa tai lääkityksessä. (Caramico 1998; O'Reilly ym. 2006; Vigoda & Lubarsky 2006.)

Sairaanhoitajan antama palaute

Perioperatiiviset sairaanhoitajat toimivat potilaan asianajajina, sillä potilas voi olla nukutettu tai sedatoitu, eikä pysty itse hoitamaan asioitaan. Hoitajat kuvailevat asianajajuuden olevan potilaan suojelua vahingoilta ja turvallisuuden varmistamista, potilaan puolesta toimimista auttamalla ja avustamalla sekä tiedon välittämistä leikkaustiimille. Asianajajuuteen kuuluu myös sairaanhoitajan antama palaute, jos joku aikoo toimia potilaan ilmaistua tahtoa vastaan tai muutoin potilaan turvallisuutta vaarantaen. (Chard 2000; Schroeter 2000; Beyea 2005; Boyle 2005; ks. Mallik 1997.)

Ammattitaito rohkaisee perioperatiivisia hoitajia puuttumaan muiden tiimissä työskentelevien henkilöiden toimintaan ja antamaan siitä palautetta. Hoitajat valmentavat ja valvovat muita potilaan hoitoon osallistuvia ihmisiä esimerkiksi reagoimalla kaikenlaisiin turvallisuuskysymyksiin, kuten aseptiikkaan ja välineiden toimivuuteen. (Groah 1996a; Beyea 2005; Silén-Lipponen 2005, 59–61.)

2.3.3. Palautteen antamiseen ja saamiseen liittyvät haasteet

Palautteen antaminen on haastavaa eikä lainkaan ongelmaton. Esimiehille palautteen antaminen on erityisen vaativa osa esimiestyötä ja siinä koetaankin olevan eniten puutteita. Esimiehet itse kokevat palautteen antamisessa eniten epäonnistumisia, hoitajat taas kokevat saavansa lähiesimiehl-tään harvoin palautetta. (Grönroos & Perälä 2004, 26, 29; Hintsala 2005; Keskinen 2005, 38 - 40.)

Henkilösuhteet voivat vaikuttaa palautteen antamiseen tai vastaanottamiseen. Feredayn ja Muir-Cochranen (2004) mukaan palautteen saajan kokemus palautteen antajan läheisyydestä vaikuttaa palautteen hyväksymiseen tai torjuntaan. Tätä tukevat Tuomisen ym. (2006) tutkimustulokset kehityskeskusteluista. Sairaanhoidajat ilmaisivat tutkimuksessa, että heitä askarrutti osastonhoitajan arvioinnin objektiivisuuden lisäksi osastonhoitajan mahdollisuudet tuntea sairaanhoitajien työskente-lyä. Osastonhoitaja koettiin liian etäännyneeksi hoitajien suorittamasta päivittäisestä hoitotyöstä. Sairaanhoidajat ehdottivatkin kehityskeskustelun pitäjäksi apulaisosastonhoitajaa, jonka koettiin toimivan lähempänä sairaanhoitajia.

Henkilökohtaisissa konfliktitilanteissa esimiehellä ja työntekijällä voi esiintyä pyrkimyksiä vältellä toisiaan ja koko palautteenantotilannetta. Toisaalta työntekijät voivat kokea, että esimiehen antama palaute työsuorituksiin liittyvistä ongelmista on heijastusta esimiehen ennakkoluuloista ja esimie-hen heitä kohtaan tuntemasta ilmeisestä vastenmielisyydestä. (Arnold & Pulich 2001.)

Palautteen sisällöstä saattaa syntyä erimielisyyksiä. Työntekijän itsearviointi ja esimiehen suoritta-ma arviointi voivat erota toisistaan, sillä osa työntekijöistä arvioi työsuorituksensa paremmaksi kuin esimies. (Arnold & Pulich 2001). Niukkasnainen, pinnallinen ja yksipuolinen palaute koetaan ne-gatiivisesti, liian subjektiivisena pidetty taas saatetaan jättää huomioimatta, vallankin, jos se sisältää kriittistä palautetta. Kriittinen palaute, erityisesti nimettömästi annettuna, saattaa lisätä palautteen saajan kokemaa uhkan tunnetta. (Briggs 2005; Hukkanen 2005.) Esimiehen käytös palautteenantoti-lanteessa vaikuttaa palautteen vastaanottoon. Jos esimies antaa vaikutelman kiireestä ja välinpitä-mättömyydestä, kokevat sairaanhoitajat sen aliarvostamisena. (Hukkanen 2005; Tuominen ym. 2006.) Myös palautteen vastaanottaminen voidaan kokea niin haasteelliseksi, että palautteen anta-minen voi estyä (Lepistö 2006, 35).

Virheistä keskustelua pidetään perioperatiivisessa hoitotyössä tärkeänä, mutta vaikeana, sillä virheisiin suhtaudutaan raskaasti. Virheet aiheuttavat hermostuneisuutta ja voivat helposti johtaa uusiin virheisiin. Yksi painopiste leikkaustiimin kommunikaatiossa on turvallisuus, mutta kommunikaatiokatkoksia esiintyy usein. Leikkausosastoilla työskentelevät eri ammattiryhmät kuitenkin kieltävät stressin ja väsymyksen vaikutukset työskentelyyn. (Sexton ym. 2000; Lingard ym. 2002; Lingard ym. 2004; Silén-Lipponen 2005.) Espin ym. (2001) ovat todenneet, että jopa kaksi kolmasosaa perioperatiivisessa hoitotyössä tapahtuvista virheistä voi jäädä virallisesti raportoimatta ja noin kolmasosasta saatetaan raportoida epävirallisesti. Pelko palautteesta vaikuttaa keskusteluun. Esteitä virheistä keskustelulle ovat muun muassa kurinpidollisten toimien pelko, henkilökohtaisen maineen säilyttäminen, työn pysyvyyteen kohdistuva uhka ja muiden tiimin jäsenten pelko. (Sexton ym. 2000; Silén-Lipponen 2005, 62; Kalish & Aebersold 2006, kts. Bower 2002.) Myös lojaalisuus muita tiimin jäseniä kohtaan saattaa ehkäistä palautteen antamista virheistä (ks. Mallik 1997). Systemaattisen virheanalyysin ja palautteen puute virheistä voi myötävaikuttaa uusien virheiden syntyyn hoitotyössä ja heikentää potilasturvallisuutta. Riskien hallinnassa olisi kuitenkin tärkeää varmistaa, että virheet ja erehdykset eivät toistu. (Scott & Summerbell 2004; Chappy 2006; Kalish & Aebersold 2006; Sanghera ym. 2007.)

Sairaanhoitajien ja lääkäreiden erilainen asema tiimissä saattaa vaikuttaa siihen, että sairaanhoitajat voivat kokea epämiellyttävänä antaa palautetta lääkärin toiminnasta. Nouseminen lääkäriä vastaan vaatii rohkeutta, jota sairaanhoitaja ei aina löydä itsestään. Vaikka sairaanhoitajalla olisikin voimakas moraalinen paine puuttua lääkärin toimintaan, ei hänen auktoriteettinsa riitä muuttamaan lääkärin päätöksiä ja rohkaise antamaan palautetta. (Schroeter 1999; Thomas ym. 2003; McGarvey ym. 2004; ks. Mallik 1997.)

Työpaikkakiusaaminen saattaa vaikuttaa palautteen antamiseen. Leikkausosastolla voi ilmetä horisontaalista työpaikkakiusaamista hoitajien kesken tai vertikaalista kiusaamista kirurgeilta hoitajia kohtaan. Tämä on haitallista, sillä millä tahansa häiriöllä tiimissä, verbaalinen häirintä mukaan lukien, on vaikutuksia potilasturvallisuuteen. Yksi yleisimmistä horisontaalisen kiusaamisen muodoista on valittaa yksittäisen perioperatiivisen sairaanhoitajan toiminnasta muille, puhumatta ensin henkilön itsensä kanssa. (Dunn H 2003.) Tällöin voidaan puhua epäsuorasta palautteesta. Toistuva häirintä voi lisätä virheiden syntymistä, heikentää työmoraalia ja lisätä hoitohenkilökunnan vaihtuvuutta (Dunn H 2003; Buback 2004). Osaston ilmapiirillä voi olla myös vaikutusta palautteen antamiseen. Jos ilmapiiriä ei koeta riittävän vapaaksi, voi se ehkäistä palautteen antamista. (Lilienthal 2003.)

Potilaan hoitoon liittyvää palautteen saamista perioperatiivisessa hoitotyössä säätelee osaltaan lainsäädäntö ja kansainväliset sopimukset. Terveystieteiden ammattihenkilöllä on salassapitovelvollisuus. Hän ei saa luovuttaa potilaan hoitoon liittyviä tietoja sivulliselle ilman potilaan lupaa. (Laki 559/1994 § 17.) Sivulliseksi katsotaan muu kuin asianmukaisessa toimintayksikössä tai sen toimeksiantajasta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuva henkilö (Laki 653/2000). Muulle terveystieteiden henkilöstölle voidaan ilman potilaan lupaa luovuttaa luottamuksellisia tietoja vain, jos ne ovat toiminnan kannalta tarpeellisia potilaan hoidossa (Lissabonin julistus 1981/1995). Leikkauksen jälkeen, potilaan siirryttyä pois leikkausosastolta, leikkaussalihoitaja ei enää osallistu potilaan hoitoon. Salassapitovelvollisuutta saatetaan tällöin tulkita siten, että hän ei enää tarvitse luottamuksellisia tietoja potilaasta. Tämä voi rajoittaa perioperatiivisen sairaanhoitajan potilaan hoitoon liittyvän palautteen saamista. Potilaan yksityisyyttä ja turvallisuutta suojeleva lainsäädäntö on huomioitava myös tilastojen ja muita tietotekniikkaa hyödyntävien hoidon seurantakeinojen käytössä (Bower 2002).

Luotettavan potilaspalautteen saaminen perioperatiivisesta hoitotyöstä on ongelmallista. Toimenpiteen aikana potilaat ovat nukutettuja tai sedatoituja. Tämä vaikuttaa heidän palautteenantokykyynsä. Kyselyt ovat monasti heti postoperatiivisen jakson lopussa, jolloin monet seikat, kuten vuorovaikutus muun terveystieteiden henkilöstön kanssa tai muut ympäristötekijät, saattavat vaikuttaa potilaan arviointiin. Esimerkiksi kirurgisen toimenpiteen tulos saattaa vaikuttaa leikkausosastolla annetun hoidon arviointiin. Toisaalta myöhemmin, viikkojen päästä tehtävien kyselyjen tulokset voivat jäädä vähemmän luotettaviksi. (Fung & Cohen 1998; Hepner ym. 2004.)

2.3.5. Palaute ja työhyvinvointi

Kanste toteaa tutkimustuloksissaan puutteellisen palkitsemisen (2005) sekä riittämättömän palautteen ja tunnustuksen (2006) olevan työuupumuksen riskitekijöitä. Tätä näkemystä tukevat monet muutkin tutkimustulokset. Gelsema ym. (2006) katsovat palkitsemisen olevan yksi voimakkaimpia työtyytyväisyyttä ennustavia tekijöitä. McVicar (2003) arvioi palkitsemisen puutteen merkityksen hoitajien työperäisen stressin ja ahdistuksen aiheuttajana lisääntyneen muiden stressin aiheuttajien, kuten työkuorman, johtamistavan, ammatillisten konfliktien ja emotionaalisen paineen, rinnalla. Jos hoitajat kokevat työhön liittyvien ponnistelujen ja palkitsemisen välillä olevan epäsuhtaa, eli ahke-

rakaan työ ei tuota tavoiteltua palkitsemista, on heillä korkeampi riski työtyytymättömyyteen ja työuupumukseen (Bakker ym. 2000; van Vegchel 2001).

Spence Laschinger ym. (2005) testasivat rakenteellista voimaannuttamista täsmentävää teoreettista mallia. He päätyivät tulokseen, että työympäristö oli vain vähän sairaanhoitajia voimaannuttavaa. Suurimmat epäkohdat liittyivät juuri palkitsemiseen sekä lisäksi työmäärään ja työyhteisöön. Voimaantumisen tunne liittyi tutkimuksen mukaan voimakkaasti työstä palkitsemisen tunteeseen. Palkitsemisen ja työn huomion puute taas olivat yhteydessä emotionaaliseen uupumiseen. Pousettella ym. (2003) on erilainen näkemys palautteen vaikutuksista työtyytyväisyyteen. Heidän tutkimustulostensa mukaan positiivinen palaute, joka selvensi työroolia, vaikutti edistävästi työn laatuun, mutta vaikutuksia työtyytyväisyyteen tai organisaatioon sitoutumiseen ei tullut selvästi esille.

2.4. Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Kokonaisvaltaiseen työhyvinvointiin kuuluvat tyytyväisyys työhön ja myönteinen perusasenne (mm. Kanste 2005, 21; Utriainen & Kyngäs 2008.) Työhyvinvointiin vaikuttavat työtehtävätasolla työn vaatimukset (mm. Demerouti ym. 2001; Spence Laschinger & Finegan 2005), rooliodotukset (mm. Chang ym. 2005; Strodeur & D'Hoore 2006), työn ennustettavuus (Kanste 2006) ja vaikutusmahdollisuudet työssä (mm. Best & Thurston 2004; Bakker 2005). Sosiaalisella ja organisaatiossaolla vaikuttavat työhyvinvointiin sosiaalisen kommunikaation ylläpitäminen (Lee 2003), tukea antava organisaatiokulttuuri (mm. Kanste 2006; Leiter & Laschinger 2006), työryhmän yhtenäisyys (mm. Adams & Bond 2000; Estryn-Béhar ym. 2007) ja johtaminen (Kanste 2005; Way & MacNeill 2006). Yksilötasolla organisaatioon sitoutuminen (mm. Demerouti ym. 2001, Tourangeau & Cranley 2006), perustehtävä (Utriainen & Kyngäs 2008), ammatillisten standardien saavuttaminen ja henkilökohtainen työssä kehittyminen (Adams & Bond 2000) sekä työn ja perheen väliset konfliktit (mm. Strodeur & D'Hoore 2006; Milliken ym. 2007) vaikuttavat työhyvinvointiin.

Perioperatiivinen sairaanhoitaja saa suorittamastaan hoitotyöstä palautetta usealta taholta. Palaute voi olla organisaatiolta saatua palkitsemista, rahallista tai ei-rahallista (mm. McKnight ym. 2006, Way & MacNeil 2006). Kehityskeskusteluissa, luottamuksellisissa keskusteluissa, vertaisarvioinnissa, leikkaustiimin sisäisessä kommunikaatiossa ja vuorovaikutuksessa potilaan kanssa perioperatiivinen sairaanhoitaja saa välitöntä henkilökohtaista palautetta (mm. Hankela 1999, Sexton ym.

2000). Välillistä palautetta sairaanhoitaja saa muun muassa systemaattisen virheraportoinnin, tilastojen (mm. Dunn D 2003a; Dunn D 2003b) ja potilasvalitusten kautta (Laki 785/1992).

Ongelmia palautteen antamisessa tai saamisessa voivat aiheuttaa henkilösuhteet, palautteen sisältö, esimiehen käytös palautteenantotilanteessa, pelko palautteesta, työpaikkakiusaaminen, lojaalisuus muita tiimin jäseniä kohtaan, sairaanhoitajan asema tiimissä tai palautteen vastaanottaminen (mm. Chard 2000; Sanghera ym. 2007). Lainsäädäntö ja kansainväliset sopimukset rajoittavat osaltaan potilaan hoitoon liittyvän palautteen antamista (Laki 559/1994; Laki 653/2000).

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa perioperatiivisten sairaanhoitajien hoitotyöstä saaman palautteen määrää sekä selvittää palautteen yhteyttä työhyvinvointiin. Tavoitteena oli etsiä tietoa, jonka avulla voidaan kehittää palautteen antamista ja työhyvinvointia. Työhyvinvointi oli tutkimuksen selitettävä muuttuja ja palautteeseen liittyvät ulottuvuudet olivat selittäviä muuttujia.

Tutkimuksessa haettiin vastausta seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Millainen on perioperatiivisten sairaanhoitajien työhyvinvointi?
2. Millainen kokemus perioperatiivisilla sairaanhoitajilla on palautteen riittävydestä?
3. Millainen on perioperatiivisen sairaanhoitajan hoitotyöstä saaman palautteen ja työhyvinvoinnin yhteys?

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1. Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin erään yliopistollisen sairaalan leikkaus- ja anestesiavastuualueen perioperatiiviset sairaanhoitajat. Perioperatiivisia sairaanhoitajia oli leikkaus- ja anestesiavastuualueen vakanssiluettelon mukaan 170. Lukuun eivät sisälly esimiehet. Kohderyhmän valintaan vaikutti kyseisen yliopistollisen sairaalan monipuolinen leikkaustoiminta. Kohdeosastot olivat erilaisia niin kooltaan, erikoisaloiltaan, työaikamuodoiltaan kuin työtehtävä- rakenteeltaan. Yksi päiväkirurginen osasto (n=15 hoitajaa) suljettiin varsinaisen tutkimuksen ulkopuolelle, sillä

tutkija toimi osaston esimiehenä. Kyseisellä osastolla suoritettiin kuitenkin tutkimuksen pilottivaihe kyselylomakkeen testaamiseksi.

Pilottitutkimus suoritettiin helmikuussa 2008. Pilottiosastolla jaettiin kyselylomakkeet jokaiselle henkilökohtaisesti. Lomakkeet pyydettiin palauttamaan nimettömänä erilaisia kyselyjä varten olevaan keräyspisteeseen. Varsinainen kysely toteutettiin kahden viikon aikana maaliskuussa 2008. Leikkaus- ja anestesiavastuualueen osastonhoitajille jaettiin yhteensä 170 kyselylomaketta. Osastonhoitajat jakoivat kyselylomakkeet henkilökunnalleen joko osastokokouksissa, henkilökohtaisesti tai tiedottivat kyselystä esimerkiksi sähköpostitse. Kyselylomakkeiden keräys oli järjestetty osasto-kohtaisesti. Tutkija kävi henkilökohtaisesti noutamassa täytetyt kyselylomakkeet. Osa kyselyyn osallistuneista postitti täytetyn kyselylomakkeen tutkijalle postitse. Kyselylomakkeita palautettiin 85, joista kolme hylättiin liian myöhään palautettuina. Vastausprosentiksi muodostui 46 %.

4.2. *Mittarit*

Kyselylomake muodostui taustatiedoista, sekä palautteen antamista ja saamista sekä työhyvinvointia kartoittavista mittareista. Taustatiedoissa selvitettiin vastaajan syntymävuosi, sukupuoli, koulutus, valmistumisvuosi, kokonaistyökokemus perioperatiivisena sairaanhoitajana, millaisissa tehtävissä vastaaja toimi leikkausosastolla ja yksikön työaikamuoto.

Palautemittari

Tutkimus käsitteli moniulotteista ilmiötä, jonka kuvaamiseen summamuuttujat soveltuivat. Summaasteikolla tai summamuuttujalla tarkoitetaan useista osioista rakennettua asteikkomittaria. Mittarin antama mittaustulos on eri osioiden antamien tulosten yhteenlaskettu summa. (Laijärvi & Kaunonen 2005.) Tämän tutkimuksen palautemittarin summamuuttujat muodostettiin kirjallisuuden pohjalta.

Palautemittari muodostui neljästä eri summamuuttujasta, jotka olivat organisaation antama palkitseminen, välitön henkilökohtainen palaute, välillinen palaute ja palautteen antaminen. Summamuuttujat muodostuivat väittämistä. Väittämiä oli yhteensä 24. Liitteessä 1 kuvataan summamuuttujien muodostaminen lähdeviitteinen.

Palautemittarissa käytettiin viisiportaista Likert-tyyppistä asteikkoa, joka järjesti vastaajat ”samanmielisyyden” määrän mukaan. Asteikko oli 5-portainen, jossa 1 tarkoitti ’täysin eri mieltä’, 2 ’jokseenkin eri mieltä’, 3 ’vähän eri/vähän samaa mieltä’, 4 ’jokseenkin samaa mieltä’ ja 5 ’täysin samaa mieltä’. (Laijärvi & Kaunonen 2005.)

Työhyvinvointimittari

Työhyvinvointimittarina käytettiin QPSNordic-mittarin eli pohjoismaisen työn psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden yleiskyselyn QPSNordic 34+ - versiota. Mittari on käytettävissä vapaasti ja veloituksetta. Tutkijalla oli kuitenkin puhelimitse 8.2.2008 saatu suullinen lupa Työterveyslaitoksen vanhemmalta tutkijalta, Anna-Liisa Elolta, joka on osallistunut mittarin laatimiseen. QPSNordic-mittari on tarkoitettu apuvälineeksi mitattaessa työn psyykkisiä, sosiaalisia ja organisatorisia tekijöitä organisaation kehittämishankkeissa, selvittäessä työoloissa tapahtuvia muutoksia tai työn ja terveyden välistä suhdetta koskevissa tutkimuksissa. Työn psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden mittaaminen QPSNordicilla voi liittyä terveyden ja turvallisuuden edellytysten arviointiin ja parantamiseen, organisaation ilmapiiriin, oppimiseen, toiminnan laatuun sekä johtamiseen ja esimiestyöhön. Tässä tutkimuksessa käsitellään palautekäytäntöjä ja työhyvinvointia, joten mittari on siihen soveltuva. (Elo ym. 2000.)

Kyselylomake koostui 37 monivalintakysymyksestä, jotka käsittelivät työn vaatimuksia, vaikutusmahdollisuuksia, työn ennustettavuutta ja hallintaa, sosiaalista tukea, johtajuutta, työilmapiiriä, perheen ja työn välistä suhdetta, työn merkitystä ja organisaatioon sitoutumista sekä työmotiiveja. Mittarissa käytettiin viisiportaista Likert-tyyppistä asteikkoa. Asteikko oli 5-portainen, jossa 1 tarkoitti ’erittäin harvoin tai ei koskaan’, 2 ’melko harvoin’, 3 ’silloin tällöin’, 4 ’melko usein’ ja 5 ’hyvin usein tai aina’. Taulukossa 1 esitellään QPSNordic-kyselyn sisältöalueet ryhmiteltynä niiden käsitteellisen tason mukaan.

Taulukko 1. QPSNordic-kyselyn sisältöalueet ryhmiteltynä niiden käsitteellisen tason mukaan.

Työtehtävätaso	Sosiaalinen ja organisaatiotaso	Yksilötaso
Työn vaatimukset	Sosiaalinen vuorovaikutus	Organisaatioon sitoutuminen
Vaikutusmahdollisuudet työssä	Johtaminen	Työn hallinta
Rooliodotukset	Organisaatiokulttuuri ja työilmapiiri	Haasteiden etsiminen
Ennustettavuus työssä	Työryhmän työskentely	Ennustettavuus, yksilöllinen Työmotiivit Työkeskeisyys Työn ja yksityiselämän vuorovaikutus

Mittarin testaaminen

Ennen varsinaista tutkimusta palautemittaria tarkasteli hoitotyön asiantuntijaryhmä (n=8), joka koostui kuudesta kyseisen yliopistollisen sairaalan leikkaus- ja anestesiavastuualueen osastonhoitajasta ja kahdesta ulkopuolisesta hoitotyön asiantuntijasta. Mittariin tehtiin muutoksia heidän arvionsa perusteella. Kahta kysymystä tarkennettiin selkeämmäksi, kaksi kysymystä poistettiin tarpeettomina, sillä ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin ja yhdestä kysymyksestä poistettiin vastaajan tunnistettavuutta mahdollisesti lisäävä osio.

Korjausten jälkeen suoritettiin pilottitutkimus yhdellä varsinaiseen tutkimukseen kuulumattomalla osastolla. Vastausprosentti oli 75 % (n=11). Kyselylomakkeesta poistettiin vastaajien tunnistettavuutta mahdollisesti lisäävät taustakysymykset, sillä pilottitutkimus suoritettiin leikkausosastolla, jonka esimiehenä tutkija toimi. Pilottitutkimuksen vastaajat kommentoivat kyselylomaketta kirjallisesti. Mittariin tehtiin muutoksia pilottitutkimuksen jälkeen. Yksi kysymys poistettiin mittarista, sillä se oli epäselvä vastaajille. Kysymys oli aiheuttanut keskustelua myös asiantuntijaraadissa. Lisäksi kyselylomakkeen ulkonäköä selkiytettiin.

4.3. Aineiston käsittely ja analysointi

Palautetut kyselylomakkeet numeroitiin ja tarkastettiin. Kaikki täytetyt ja ajoissa palautetut lomakkeet hyväksyttiin mukaan tutkimukseen. Lomakkeissa ei ollut yhtään, jossa olisi jätetty vastaamatta useisiin perättäisiin kysymyksiin, vaan vastaamatta jääneet kysymykset olivat satunnaisia ja yksit-

täisiä. Kyselyn tulokset tallennettiin suoraan tilasto-ohjelmaan. Tallentamisen jälkeen aineisto tarkistettiin. Puuttuvia arvoja korjattiin kolmen kehityskeskusteluihin liittyvän muuttujan kohdalla. Puuttuva arvo korjattiin arvoksi 0 niiden vastaajien kohdalla, jotka olivat kyselylomakkeeseen kirjoittaneet, etteivät olleet koskaan osallistuneet kehityskeskusteluun. Empiirinen tutkimusaineisto analysoitiin SSPS for Windows 15.0 tilasto-ohjelmalla. Kuviot toteutettiin SSPS -ohjelmalla.

Lähes koko aineisto oli järjestys- eli ordinaaliasteikollinen. Järjestysasteikko erottaa samankaltaisuuden ja erilaisuuden lisäksi luokkien järjestyksen. Järjestysasteikon keskiluku on mediaani, joka kuvaa havaintojen keskikohtaa niin, että sen alapuolelle jää puolet havainnoista, samoin yläpuolelle. (Alkula ym. 2002). Yleensä järjestysasteikon tasoille muuttujille ei lasketa keskiarvoja, mutta mielipidemittauksissa keskiarvoja käytetään usein yleiskuvan antamiseen tutkittavasta ilmiöstä. Summamuuttujia käsitellään yleisesti välimatka-asteikollisina. (Heikkilä 2005.) Tässä tutkimuksessa järjestysasteikollisista muuttujista laskettiin aritmeettiset keskiarvot sekä keskihajonta.

Ikää ja työkokemusta tarkasteltiin jatkuvina muuttujina, mutta ristiintaulukointeja varten luokiteltiin ikä kolmeen luokkaan: 29 vuotta tai alle, 30 - 40 vuotta ja 41 vuotta tai yli. Työkokemus luokiteltiin myös kolmeen luokkaan ristiintaulukointia varten: viisi vuotta tai alle, 6 – 15 vuotta ja yli 15 vuotta. Työaikamuoto- muuttujan ryhmät olivat liian pieniä, joten luokat yhdistettiin uudelleen analyysijä varten kolmeksi luokaksi: päivätyö, päivätyö varallaololla tai kaksivuorotyö sekä kolmivuoro- tai monivuorotyö. Myös koulutus-muuttuja luokiteltiin uudelleen alkuperäisten luokkien pienuuden vuoksi. Uudet luokat olivat opistotason tutkinto ja ammattikorkeakoulututkinto. Aineiston analyysit tehtiin ja tunnusluvut laskettiin viisiportaisesta luokitteluasteikosta. Ristiintaulukointia varten yhdistettiin viisiportainen luokitteluasteikko kolmiportaiseksi. Palaudemittarissa yhdistettiin luokat 1 'täysin eri mieltä' ja 2 'jokseenkin eri mieltä' uudeksi luokaksi 1, joka tarkoitti 'eri mieltä', sekä luokat 4 'jokseenkin samaa mieltä' ja 5 'täysin samaa mieltä' uudeksi luokaksi 3, joka tarkoitti 'samaa mieltä'. Luokka 3 'vähän eri/vähän samaa mieltä' muutettiin luokaksi 2, sisällön pysyessä muuttumattomana.

Tutkimusaineiston tiivistämiseksi muodostettiin palautekäytäntöjä mittaavista muuttujista neljä summamuuttujaa aikaisemman teoreettisen tiedon perusteella. Summamuuttujat olivat organisaation välittämä palkitseminen, välitön henkilökohtainen palaute, välillinen palaute ja palautteen antaminen. Työhyvinvointia mittaavista muuttujista muodostettiin kuusi summamuuttujaa QPSNordic -mittarin kehittäjien suosituksia mukailien (Elo ym. 2000). Työtehtäväkohtaisia työhyvinvoinnin ulottuvuuksia kuvaavat summamuuttujat olivat työn vaatavuus, rooli odotukset ja vaikutusmahdollisuus.

suudet työssä. Sosiaalisen ja organisaatiotason työhyvinvoinnin ulottuvuuksia kuvaavia summamuuttujia olivat vuorovaikutus, johtaminen ja organisaatiokulttuuri. Summamuuttujat sisälsivät yhteensä 29 muuttujaa. Lisäksi työhyvinvointia tarkasteltiin yhteensä kahdeksalla väittämällä työn ennakoitavuudesta, ryhmätyöstä, stressistä ja työn kokemisesta. Palautemittarin tiimityötä käsitteleviä väittämiä ei tarkasteltu tämän tutkimuksen analyysissä, sillä ne eivät vastaa tutkimusongelmaan.

Ennen aineiston tilastollista analyysiä tarkasteltiin muuttujien normaalijakautuneisuutta. Luokittelu- ja järjestysasteikollisten muuttujien jakaumia tarkasteltiin pylväsdiagrammeilla, sekä hajonta- ja vinousluvuilla. Summamuuttujien normalisuutta testattiin Kolmogorov-Smirnovin testillä. Muuttujat ja summamuuttujat eivät noudattaneet normaalijakaumaa. Tilastollisesti kuvailevina analyysimenetelminä tutkimuksessa käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia, sekä sijaintia (aritmeettinen keskiarvo ja mediaani) ja hajontaa (keskihajonta) kuvaavia tunnuslukuja. Tilastollisten merkitsevyydestien avulla arvioitiin riskiä sattuman vaikutuksesta saatujen erojen riippuvuuteen. Riskitaso (p-arvo) on esitetty tarkkoina arvoina ja tulosten yhteydessä on mainittu vain tilastollisesti merkitsevät arvot ($p < .05$). Nominaalisasteikollisten muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin ja χ^2 -testin avulla. Järjestysasteikollisten muuttujien osalta yhteyksien tarkastelussa ja vinnosti jakautuneiden suhdeasteikollisten muuttujien tarkastelussa käytettiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokerrointa. Ryhmävertailussa käytettiin kahden toisistaan riippumattoman ryhmän testauksessa Mann-Whitney U-testiä. Useamman kuin kahden ryhmän keskiarvoja verrattiin Kruskal-Wallis testillä. Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta tarkasteltiin Cronbachin alpha-kertoimen avulla. (Heikkilä 2005.)

5. TUTKIMUSTULOKSET

5.1. Tutkimusjoukon kuvaus

Hyväksytyjä vastauslomakkeita oli 82 ja vastausprosentti oli 46 %. Naisia vastaajista oli 76 (93 %) ja miehiä 6 (7 %). Vastaajien keski-ikä syntymävuoden mukaan laskettuna oli noin 37 vuotta. Nuorimmat hoitajat olivat 24-vuotiaita ja vanhin oli 61-vuotias (taulukko 2). Keskimääräinen työkokemus vastaajilla oli noin yhdeksän vuotta. Lyhyin perioperatiivinen työkokemus oli kuukauden mittainen ja kokeneimmalla hoitajalla oli perioperatiivista työkokemusta 37 vuotta (taulukko 2).

Taulukko 2. Vastaajien ikä ja perioperatiivinen työkokemus vuosina, keskiarvot ja keskihajonnat.

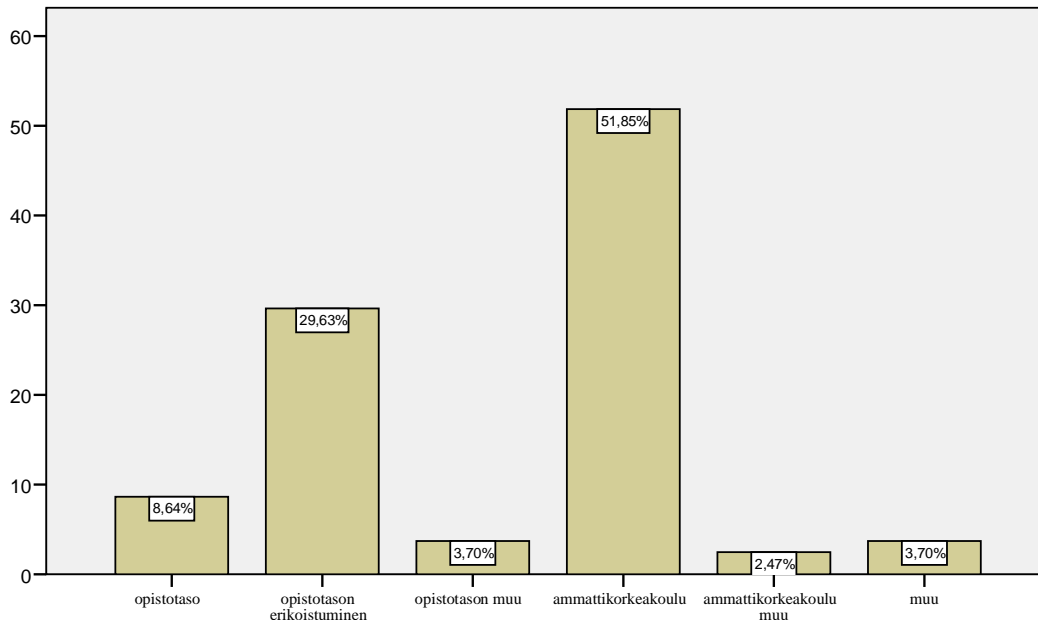
	N	Min	Max	ka	kh
Ikä	82	24	61	36,55	10,63
Työkokemus	80	0,1	37,0	8,97	9,48

Nuorimmilla hoitajilla oli alle viiden vuoden työkokemus ja iäkkäämmillä, yli 40-vuotiaista hoitajista valtaosalla oli yli 15 vuoden työkokemus perioperatiivisena sairaanhoitajana.(Taulukko 3.)

Taulukko 3. Luokitellun perioperatiivisen työkokemuksen ikäjakauma ristiintaulukoituna.

Luokiteltu työkokemus	Luokiteltu ikä			Yhteensä
	≤ 29 vuotta	30–40 vuotta	> 40 vuotta	
< 5 vuotta	100 % (n=30)	48 % (n=12)	8 % (n=2)	55 % (n=44)
6-15 vuotta	0 % (n=0)	48 % (n=12)	24 % (n= 6)	22 % (n=18)
>15 vuotta	0 % (n=0)	4 % (n=1)	68 % (n=17)	22 % (n=18)
Yhteensä	100 % (n=30)	100 % (n=25)	100 % (n=25)	100 % (n=80)

Sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinnon suuntautuen perioperatiiviseen hoitotyöhön oli suorittanut puolet (51 %) tutkimukseen osallistuneista. Kolmannes (29 %) vastanneista oli täydentänyt sairaanhoitajatutkintoa leikkaus- ja/tai anestesiahoitotyön erikoissairaanhoitajan tutkinnolla. Pelkästään opistotason sairaanhoitajatutkinnon (kuvio 2) oli suorittanut 9 % vastaajista ja 4 % oli täydentänyt opistotason sairaanhoitajan tutkintoa muulla kuin leikkaus- tai anestesiahoitotyön erikoissairaanhoitajan tutkinnolla. Kaksi (2,4 %) hoitajaa oli suorittanut sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinnon muuhun kuin perioperatiiviseen hoitotyöhön suuntautuen. Yksi tutkimukseen osallistuneista ei ilmoittanut koulutustaan (kuvio 2).



Kuvio 2. Vastaajien koulutus (%).

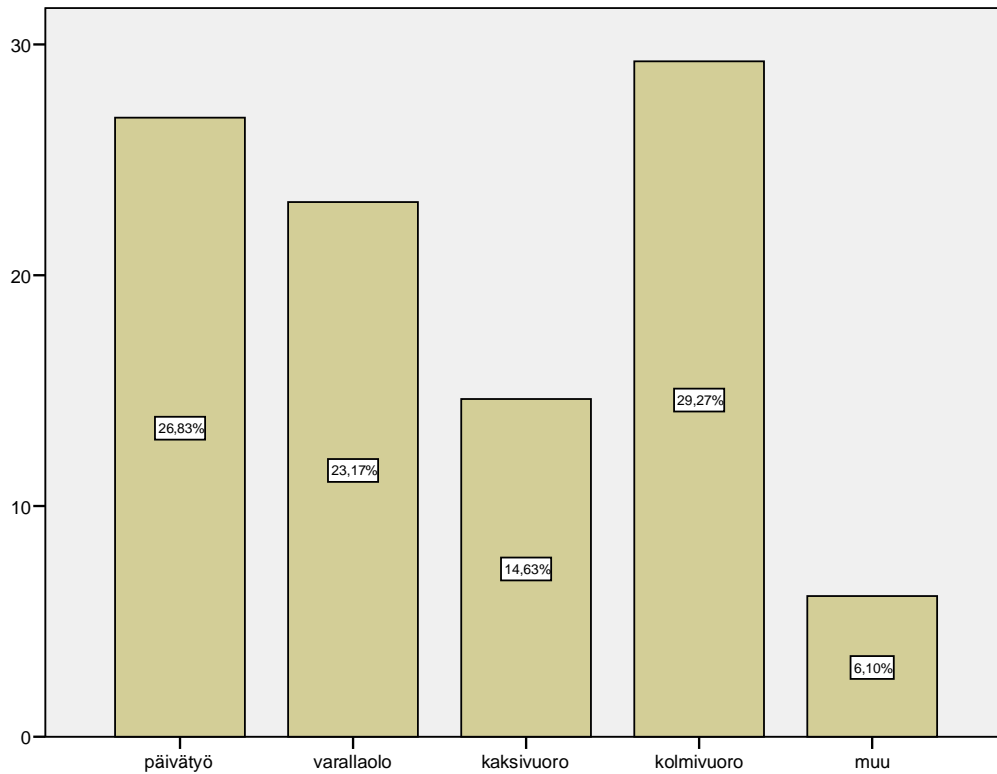
Koulutustaso oli tilastollisesti merkittävässä yhteydessä ikäluokkaan siten, että opistotason tutkinnon suorittaneista valtaosa oli iältään yli 40-vuotiaita ja nuorimmista hoitajista kaikki olivat suorittaneet ammattikorkeakoulun ($p < 0,001$). (Taulukko 4).

Taulukko 4. Opisto- ja ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden ikäjakauma ristiintaulukoituna.

Koulutus	Luokiteltu ikä			Yhteensä
	≤ 29 vuotta	30-40 vuotta	> 40 vuotta	
Opistotaso	0 % (n=0)	44 % (n=11)	88 % (n=23)	42 % (n=34)
Ammattikorkeakoulutaso	100 % (n=30)	56 % (n=14)	11 % (n=3)	58 % (n=47)
Yhteensä	100 % (n=30)	100 % (n=25)	100 % (n=26)	100 % (n=81)

Vajaa kolmannes (29 %) perioperatiivisista sairaanhoitajista toimi anestesiahoitajan tehtävissä, 42 % instrumentoivan tai valvojan hoitajan tehtävissä ja vajaa kolmannes (29 %) sekä anestesiahoitajan että instrumentoivan tai valvojan hoitajan tehtävissä.

Kolmivuorotyötä teki 29 % sairaanhoitajista ja ainoastaan päivätyötä teki 27 % sairaanhoitajista. Päivätyön ohella oli kotivarallaolo eli päivystystyö 23 % hoitajalla ja kaksivuorotyötä teki 15 % hoitajista. Monivuorotyötä ilmoitti tekevänsä 6 % vastaajista (kuvio 3).



Kuvio 3. Vastaajien työaikamuodot (%).

5.2. Työhyvinvointi perioperatiivisessa hoitotyössä

Työhyvinvointi perioperatiivisessa hoitotyössä oli keskitasoa. Työhyvinvoinnin summamuuttujien keskiarvot vaihtelivat 2,25 ja 3,72 välillä (taulukko 5).

Taulukko 5. Työhyvinvointi perioperatiivisessa hoitotyössä, summamuuttujat, muuttujien lukumäärät, keskiarvot, keskihajonnat ja Cronbachin α :t.

Summamuuttuja	Muuttujien lukumäärä	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Cronbachin α
Työn vaativuus	6	3,40	3,41	,470	,639
Rooliodotukset	3	3,72	3,67	,576	,572
Vaikutusmahdollisuudet	4	2,25	2,25	,691	,785
Vuorovaikutus	5	3,69	3,80	,588	,641
Johtaminen	6	3,10	3,08	,642	,737
Organisaatiokulttuuri	5	3,50	3,50	,667	,817

1= Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Vähän eri/ vähän samaa mieltä, 4= Jokseenkin samaa mieltä, 5= Täysin samaa mieltä

5.2.1. Työhyvinvointi työtehtävätasolla perioperatiivisessa hoitotyössä

Perioperatiivinen hoitotyö arvioitiin melko vaativaksi (ka 3,40, kh 0,470). Ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet arvioivat työn vaativammaksi kuin opistotason suorittaneet ($p=0,039$). Perioperatiiviset hoitajat pitivät työtään haasteellisena ja katsoivat voivansa käyttää sekä tietojaan että taitojaan työssä. Lähes puolet sairaanhoitajista kertoi töiden jakautuvan epätasaisesti niin, että ne ruuhkautuvat ja viidennes arvioi töitä olevan liikaa. Vajaa viidennes arvioi tarvitsevänsä enemmän koulutusta työtehtäviensä suorittamiseen, mutta vain harva (5 %) piti tehtäviään liian vaikeina. Stressillä ja kokemuksilla työn vaatimustasosta oli kohtalainen positiivinen riippuvuus eli mitä vaativampaa työ koettiin, sitä useammin hoitajat kokivat stressiä ($r=,492$, $p<0,001$). (Liitetaulukko 1.)

Perioperatiivisilla hoitajilla oli selkeä käsitys työhönsä kohdistuvista rooliodotuksista (ka 3,72, kh 0,576). Opistotason tutkinnon suorittaneilla oli selkeämpi käsitys rooliodotuksista kuin ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneilla ($p=0,041$). Työaikamuodolla ($p=0,018$) ja työtehtävillä ($p=0,007$) oli myös yhteyttä rooliodotusten kokemiseen. Pelkästään päivätyötä tekevät hoitajat näkivät rooliodotukset selkeämpänä kuin muita työaikamuotoja tekevät. Laaja-alaisesti sekä instrumentoivan että anestesiahoitajan tehtävissä työskentelevät pitivät rooliodotuksia vain instrumentoivan tai anestesiahoitajan tehtävissä toimivia selkeämpinä. Valtaosa hoitajista katsoi tietävänsä, mitä heiltä työssä odotettiin ja että työlle oli määritelty selkeät tavoitteet. Neljäsnes hoitajista kertoi, että he saivat työssään ristiriitaisia määräyksiä kahdelta tai useammalta henkilöltä. Iällä oli kohtalainen negatiivi-

nen riippuvuus ristiriitaisten määräysten kokemiseen eli mitä nuorempi hoitaja oli, sitä useammin hän sai ristiriitaisia määräyksiä ($r=-,315$, $p=0,004$). (Liitetaulukko 2.)

Perioperatiivisilla hoitajilla oli vain vähäiset vaikutusmahdollisuudet työhönsä (ka 2,25, kh 0,691). Opistotason tutkinnon suorittaneet pitivät vaikutusmahdollisuuksiaan parempina kuin ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet ($p=0,033$). Myös työaikamuodolla ($p=0,025$) oli yhteyttä vaikutusmahdollisuuksien kokemiseen. Pelkästään päivätyötä tekevien hoitajien arviot vaikutusmahdollisuuksista olivat paremmat kuin muita työaikamuotoja tekevillä. Valtaosa vastanneista ilmoitti, ettei heillä ollut mahdollisuuksia määrätä työtahtiaan, vaikuttaa työmääräänsä tai päättää, milloin he voivat pitää taukoja. Vain pieni osa hoitajista (16 %) katsoi voivansa vaikuttaa työnsä kannalta tärkeisiin asioihin. (Liitetaulukot 3-4.)

Tulevien työtehtävien ennakointi oli perioperatiivisille hoitajille melko vaikeaa. Puolet vastaajista raportoi työpaikalla liikkuvan muutoksia koskevia huhuja (ka 2,48, kh 1,097) ja vajaa kaksi kolmannesta vastaajista ei tiennyt, mitä heidän työtehtäviinsä kuului kuukauden kuluttua (ka 2,27, kh 1,255). Pelkästään päivätyötä tekevät hoitajat raportoivat muita työaikamuotoja tekeviä useammin pystyvänsä ennakoimaan työtään kuukausi eteenpäin ($p=0,028$). (Liitetaulukot 5-6.)

5.2.2. Työhyvinvointi sosiaalisella ja organisaatiotasolla perioperatiivisessa hoitotyössä

Tutkimukseen osallistuneet kokivat vuorovaikutuksen työyhteisössä melko hyvänä (ka 3,69, kh 0,588). Työaikamuodolla oli yhteyttä työyhteisön vuorovaikutuksen kokemiseen ($p=0,012$). Pelkästään päivätyötä tekevät hoitajat arvioivat vuorovaikutusta myönteisemmin kuin muita työaikamuotoja tekevät. Valtaosa tutkimukseen osallistuneista sai tukea ystäviltään, perheeltään tai työtovereiltaan. Noin puolet hoitajista kertoi saavansa tukea esimieheltään ja tunsivat saavansa esimieheltään arvostusta työn saavutuksista. Vain alle viidennes vastaajista havaitsi työtovereitten välillä olevan ristiriitoja. Päivätyötä tekevät raportoivat ristiriitoja muita työaikamuotoja tekeviä hoitajia vähemmän ($p=0,028$). Kokemuksilla työyhteisön vuorovaikutuksesta ja stressillä oli kohtalainen negatiivinen riippuvuus eli mitä paremmaksi työyhteisön vuorovaikutus arvioitiin, sitä harvemmin hoitajat kokivat stressiä ($r=-,458$, $p<0,001$). (Liitetaulukot 7 - 8.)

Hoitajat arvioivat perioperatiivisen hoitotyön johtamisen keskimäärin tyydyttäväksi (ka 3,10, kh 0,642). Opistotason tutkinnon suorittaneet arvioivat johtamisen paremmaksi kuin ammattikorkea-

koulutason suorittaneet ($p=0,09$). Myös työaikamuodolla oli yhteyttä arvioihin johtamisesta ($p=0,003$). Pelkästään päivätyötä tekevät hoitajat arvioivat johtamista muita työaikamuotoja tekeviä positiivisemmin. Kolmannes perioperatiivisista hoitajista sai esimieheltä apua taitojen kehittämiseen ja rohkaisua osallistumaan tärkeisiin päätöksiin. Parhaiten esimiehen apua taitojen kehittämiseen arvioivat saavansa päivätyötä tekevät hoitajat ($p=0,005$). Puolet sairaanhoitajista katsoi, ettei organisaatio palkitse riittävästi hyvistä työsuorituksista ja yli puolet, ettei johto ole kiinnostunut henkilöstön terveydestä tai hyvinvoinnista. Epätasa-arvoa eri sukupuolten välillä tai ikärasismia työpaikalla havaittiin olevan melko vähän. Stressillä ja arvioilla johtamisesta oli kohtalainen negatiivinen riippuvuus eli mitä paremmaksi hoitajat arvioivat johtamisen, sitä harvemmin he kokivat stressiä ($r=-,353, p=0,001$). (Liitetaulukko 9-10.)

Organisaatiokulttuuria perioperatiiviset sairaanhoitajat pitivät melko hyvänä (ka 3,50, kh 0,667). Ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet kokivat organisaatiokulttuurin parempana kuin opistotason tutkinnon suorittaneet ($p=0,08$). Työaikamuodolla ($p=0,004$) ja työtehtävillä ($p=0,001$) oli yhteyttä organisaatiokulttuurin kokemiseen. Pelkästään päivätyötä tekevät hoitajat arvioivat organisaatiokulttuuria myönteisemmin kuin muita työaikamuotoja tekevät. Monipuolisesti sekä instrumentoivan hoitajan että anestesiahoitajan tehtävissä toimivat pitivät organisaatiokulttuuria positiivisempaan kuin ainoastaan instrumentoivan tai anestesiahoitajan tehtävissä toimivat. Ilmapiiiriä perioperatiivisessa hoitotyössä pidettiin leppoisana ja kannustavana. Jäykkänä ja sääntöihin perustuvana ilma-piiriä piti vain vähemmistö hoitajista (12 %). Puolet vastanneista ilmoitti, että työpaikalla kannus-tettiin miettimään, miten työt voisivat sujua paremmin. Tiedonkulku ei ollut riittävää kolmanneksen mielestä. Parhaimmaksi tiedonkulun arvioivat hoitajat, jotka työskentelivät laaja-alaisesti sekä ane-stesia- että instrumenttihoitajan tehtävissä verrattuna hoitajiin jotka työskentelivät vain joko ane-stesia- tai instrumenttihoitajan tehtävissä ($p<0,001$). Kokemuksilla organisaatiokulttuurista ja stressillä oli voimakas negatiivinen riippuvuus eli mitä paremmaksi hoitajat arvioivat organisaatiokulttuurin, sitä harvemmin he kokivat stressiä ($r=-,544, p<0,001$). (Liitetaulukot 11 – 12.)

Ryhmätyö perioperatiivisessa hoitotyössä on tutkimukseen osallistuneiden mielestä melko hyvää. Valtaosa vastaajista arvosti jäsenyyttään omassa tiimissään ja koki, että ongelmien ratkaisu tiimissä onnistuu hyvin. (Liitetaulukko 13.)

5.2.3. Työhyvinvointi yksilötasolla perioperatiivisessa hoitotyössä

Yksilötasolla perioperatiiviset sairaanhoitajat olivat melko tyytyväisiä työhönsä ja kokivat vain vähäistä stressiä. Lähes kaksi kolmannesta perioperatiivisista sairaanhoitajista raportoi, että työ on hänelle tärkeä tyydytyksen lähde (64 %) ja koki useimmiten mukavaksi uppoutua työhönsä (63 %). Ongelmanratkaisukykyynsä työssään oli tyytyväisiä 59 % hoitajista. (Liitetaulukko 14.)

Hieman yli puolella vastaajista (56 %) oli stressiä vain vähän tai ei lainkaan. Lähes kolmannes (29 %) koki stressiä silloin tällöin ja 15 % koki stressiä melko tai erittäin paljon. (Liitetaulukko 15.)

5.3. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemus palautekäytännöistä

Palautekäytännöt perioperatiivisessa hoitotyössä olivat tyydyttävällä tasolla. Palautekäytäntöjen osa-alueiden keskiarvot vaihtelivat 2,96 ja 3,69 välillä (taulukko 6).

Taulukko 6. Palautekäytäntöjen summamuuttujat, muuttujien lukumäärät, keskiarvot, keskihajonnat ja Cronbachin α :t.

Summamuuttuja	Muuttujien lukumäärä	Keskiarvo	Mediaani	Keskihajonta	Cronbachin α
Organisaation välittämä palkitseminen	4	3,69	3,75	,958	,540
Välitön palaute	9	3,34	3,34	,829	,856
Välillinen palaute	6	2,96	2,83	,711	,747
Palautteen antaminen	5	3,47	3,40	,753	,764

5.3.1. Palkitseminen perioperatiivisessa hoitotyössä

Organisaatio oli välittänyt vuoden sisällä palkitsemista melko paljon perioperatiivisille hoitajille (ka 3,69, kh 0,958). Valtaosa hoitajista oli saanut ei-rahallisen palkitsemisen, esimerkiksi teatterilippuja (ka 4,29, kh 1,401) tai rahallisen palkkion (ka 3,59, kh 1,825).

Hoitajat olivat saaneet myös aineetonta palkitsemista. Hieman yli puolet vastanneista raportoi saaneensa kiitosta, myönteistä palautetta, tunnustusta, mielenkiintoisia työtehtäviä tai koulutusmahdollisuuden palkkiona hyvin tehdystä työstä. (Liitetaulukko 16.)

5.3.2. Perioperatiivisten sairaanhoitajien saama välitön palaute

Perioperatiiviset sairaanhoitajat olivat melko tyytyväisiä saamaansa välittömään palautteeseen (ka 3,34, kh 0,829). Työaikamuodolla oli yhteyttä kokemukseen välittömän palautteen saamisesta ($p=0,018$). Pelkästään päivätyötä tekevät hoitajat arvioivat välittömän palautteen saamista positiivisemmin verrattuna muihin työaikamuotoihin. Välittömän palautteen saamisella ja stressillä oli kohtalainen negatiivinen riippuvuus eli mitä enemmän hoitajat saivat välitöntä palautetta, sitä harvemmin he kokivat stressiä ($r=-,374$, $p=0,001$).

Kaksi kolmannesta vastaajista ilmoitti saavansa palautetta muilta leikkaustiimin jäseniltä. Vajaa puolet vastaajista ilmoitti saavansa henkilökohtaista palautetta potilailta. Anestesiahoitajat olivat muita työtehtäviä tekeviä tyytymättömpiä potilaalta saadun palautteen määrään ($p<0,001$). (Liitetaulukot 17 – 18.)

Esimieheltä saadun palautteen määrän hoitajat arvioivat melko hyväksi tai tyydyttäväksi. Puolet sairaanhoitajista kävi esimiehensä kanssa luottamuksellisia keskusteluja. Alle puolet hoitajista raportoi esimiehen olevan kiinnostunut perioperatiivisten sairaanhoitajien tekemästä hoitotyöstä ja arvioi esimiehen tuntevan riittävästi sairaanhoitajien työskentelyä. Päivätyötä tekevät luottivat esimiehen tuntevan heidän työskentelyään muita työaikamuotoja tekeviä enemmän. Kolmannes raportoi saavansa esimieheltä hoitotyöhön liittyvää palautetta ($p=0,002$). (Liitetaulukot 19 – 20.)

Kehityskeskusteluissa käytyyn palautekeskusteluun hoitajat olivat melko tyytyväisiä. Lähes kolme neljänestä vastaajista arvioi kehityskeskusteluissa itse tekemäänsä hoitotyötä. Positiivista palautetta kehityskeskusteluissa raportoi saavansa kaksi kolmasosaa sairaanhoitajista, rakentavaa palautetta taas puolet. Kuusi vastaajaa kirjoitti kyselylomakkeen reunaan, etteivät he ole vielä osallistuneet kehityskeskusteluihin. (Liitetaulukko 21).

Perehtyvistä hoitajista ($n=9$) lähes puolet oli tyytymätön perehdyttäjiltään saamaansa palautteeseen työssä oppimisestaan (ka 3,56, kh 0,882). Huomioitavaa kuitenkin on vastaajien pieni määrä. Men-

torointisuhteessa olleet hoitajat (n=5) raportoivat keskustelujen sisältävän jonkin verran hoitotyön tekemiseen liittyvää palautetta (ka 3,00, kh 1,580). Vertaisarviointiin osallistuneet (n=4) olivat saaneet vähän ammatillista kehittymistään tukevaa palautetta (ka 2,25, kh 1,500). (Liitetaulukko 22).

5.3.3. Välillinen palaute perioperatiivisessa hoitotyössä

Saamansa välillisen palautteen määrää perioperatiiviset hoitajat pitivät melko vähäisenä tai tyydyttävänä (ka 2,96, kh 0,711). Työaikamuodolla (p=0,003) ja työtehtävillä (p=0,023) oli yhteyttä kokemukseen välillisen palautteen saamisesta. Pelkästään päivätyötä tekevät hoitajat raportoivat saamastaan välillisestä palautteesta myönteisemmin kuin muita työaikamuotoja tekevät hoitajat. Laaja-alaisesti sekä instrumentoivan että anestesiahoitajan tehtävissä toimivat hoitajat arvioivat positiivisemmin saamaansa välillisen palautteen määrää kuin ainoastaan instrumentoivan tai anestesiahoitajan tehtävissä toimivat.

Vajaa puolet perioperatiivisista sairaanhoitajista ilmoitti saavansa tietoa potilastyytyväisyyskyselyistä. Opistotason tutkinnon suorittaneet olivat ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita tyytyväisempiä tiedonsaantiin potilastyytyväisyyskyselyistä (p=0,033) ja mitä vanhempi hoitaja oli, sitä tyytyväisempi hän oli tiedonsaantiin (r=,385, p=0,001). Hoitotyöhön liittyvistä tilastoista, esimerkiksi infektio-tilastoista sai mielestään riittävästi tietoa neljännes vastaajista. Päivätyötä tekevät hoitajat saivat tietoa muita työaikamuotoja tekeviä hoitajia useammin (p=0,008). Potilasvalituksista oli tietoisia hieman yli kolmannes vastanneista. Laaja-alaisesti sekä anestesia- että instrumenttihoitajan tehtävissä toimivat saivat potilasvalituksista tietoa useammin kuin vain anestesia- tai instrumenttihoitajan tehtävissä toimivat (p=0,004). Systemaattista tietoa osastolla tapahtuvista, hoitotyöhön liittyvistä virheistä arvioi saavansa neljännes hoitajista. (Liitetaulukot 23 – 27.)

Lähes kaksi kolmannesta vastaajista arvioi, ettei vuodeosastolta anneta riittävästi palautetta potilaan leikkausosastolla saamasta hoidosta. Puolet vastaajista ei arvioinut salassapitovelvollisuuden ehkäisevän palautteen antamista vuodeosastolta. (Liitetaulukko 28.)

5.3.4. Palautteen antaminen perioperatiivisessa hoitotyössä

Perioperatiiviset sairaanhoitajat antoivat palautetta melko rohkeasti (ka 3,47, kh 0,753). Työtehtävillä oli yhteyttä palautteen antamiseen (p=0,004). Laaja-alaisesti sekä instrumentoivan että anes-

tesiahoitajan tehtävissä toimivat hoitajat antoivat palautetta vain instrumentoivan tai anestesiahoitajan tehtävissä toimivia rohkeammin. Palautteen antamisella ja stressillä oli voimakas negatiivinen riippuvuus eli mitä useammin hoitaja rohkeni antaa palautetta, sitä harvemmin hän koki stressiä ($r=-,522, p<0,001$).

Valtaosa perioperatiivisista hoitajista rohkeni antaa palautetta muille leikkausosaston sairaanhoitajille. Noin kaksi kolmasosaa sairaanhoitajista antoi palautetta esimiehelleen kehityskeskustelussa. Kirurgille tai anestesia- tai instrumentoivalle hoitajille rohkeni puolet sairaanhoitajista antaa palautetta. Vajaa puolet hoitajista arvioi ilmapiirin avoimeksi palautteen antamiseen tiimin muille jäsenille ja virheistä raportointiin. Laaja-alaisesti sekä anestesia- että instrumentoivan hoitajan tehtävissä toimivat arvioivat ilmapiirin avoimemmaksi virheistä raportointiin kuin suppeammin vain anestesia- tai instrumentoivan hoitajan tehtävissä toimivat ($p=0,023$). (Liitetaulukot 29 – 30.)

5.4. Palautekäytäntöjen yhteys työhyvinvointiin

Organisaatiolta saadulla palkkiolla oli kohtalainen positiivinen riippuvuus perioperatiivisten sairaanhoitajien myönteisiin kokemuksiin johtamisesta ($r=,397, p<0,001$), vaikutusmahdollisuuksista työssä ($r=,387, p<0,001$) ja vuorovaikutuksesta työyhteisössä ($r=,337, p=0,002$) eli mitä paremmin hoitajat katsoivat tullessa palkituiksi, sitä myönteisemmin he arvioivat johtamista, vaikutusmahdollisuuksiaan työssä ja vuorovaikutusta. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Palkitsemisen, vaikutusmahdollisuuksien ja johtamisen välinen riippuvuus, Spearmanin korrelaatiokerroin.

	Vaikutusmah- dollisuudet	Vuorovaikutus	Johtaminen
Palkitseminen	,387 *	,337 **	,397 **
	N=79	N=81	N=79

** < ,01 * < ,05

Välittömällä, henkilökohtaisella palautteella oli voimakas positiivinen riippuvuus myönteisiin kokemuksiin johtamisesta ($r=,614, p<0,001$), organisaatiokulttuurista ($r=,590, p<0,001$) ja vuorovaikutuksesta työyhteisössä ($r=,580, p<0,001$) eli mitä enemmän hoitajat saivat välitöntä palautetta,

sitä paremmaksi he arvioivat johtamisen, organisaatiokulttuurin ja vuorovaikutuksen työyhteisössä. Kohtalainen positiivinen riippuvuus välittömällä palautteella oli kokemuksiin vaikutusmahdollisuuksista työssä ($r=,392, p<0,001$) ja rooli-odotuksista ($r=,372, p=0,001$) eli mitä enemmän hoitajat saivat välitöntä palautetta, sitä paremmiksi he arvioivat vaikutusmahdollisuutensa työssä ja sitä selkeimpinä he pitivät heidän työhönsä kohdistuvia rooli-odotuksia. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Välittömän palautteen, rooli-odotusten, vaikutusmahdollisuuksien, vuorovaikutuksen, johtamisen ja organisaatiokulttuurin välinen riippuvuus, Spearmanin korrelaatiokerroin.

	Rooli- odotukset	Vaikutusmah- dollisuudet	Vuorovaiku- tus	Johtami- nen	Organisaatio- kulttuuri
Välitön palaute	,372 ** N=67	,392 ** N=66	,580 ** N=68	,614 ** N=67	,590 ** N=67

** < ,01 * < ,05

Välillisellä palautteella oli kohtalainen positiivinen riippuvuus myönteisiin kokemuksiin organisaatiokulttuurista ($r=,324, p=0,003$) ja johtamisesta ($r=,304, p=0,006$) eli mitä enemmän hoitajat saivat välillistä palautetta, sitä myönteisemmin he arvioivat organisaatiokulttuurin ja johtamisen.

Palautteen antamisella oli voimakas positiivinen riippuvuus myönteisiin kokemuksiin organisaatiokulttuurista ($r=,618, p<0,001$) eli mitä rohkeammin hoitajat antoivat palautetta, sitä paremmaksi he arvioivat organisaatiokulttuurin. Kohtalainen positiivinen riippuvuus palautteen antamisella oli kokemuksiin vaikutusmahdollisuuksista ($r=,464, p<0,001$), johtamisesta ($r=,426, p<0,001$), työyhteisön vuorovaikutuksesta ($r=,408, p<0,001$) ja rooli-odotuksista ($r=,361, p=0,001$) eli mitä useammin hoitajat rohkaistuivat antamaan palautetta, sitä myönteisemmin he arvioivat johtamisen, vuorovaikutuksen työyhteisössä ja sitä selkeämmiksi he kokivat työhönsä kohdistuvat rooli-odotukset. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Palautteen antamisen, rooli-odotusten, vuorovaikutuksen, johtamisen ja organisaatiokulttuurin välinen riippuvuus, Spearmanin korrelaatiokerroin.

	Palautteen antaminen	Rooliodotukset	Vaikutusmahdollisuudet	Vuorovaikutus	Johtaminen	Organisaatiokulttuuri
Palautteen antaminen	1,000 N=80	,361 ** N=79	,464 ** N=82	,408 ** N=80	,426 ** N=78	,618 ** N=79
Rooliodotukset	,300 ** N=79	1,000 N=81	,363 ** N=82	,293 ** N=81	,392 ** N=79	,536 ** N=80
Vaikutusmahdollisuudet	,464 ** N=82	,363 ** N=82	1,000 N=82	,321 ** N=82	,508 ** N=82	,418 ** N=82
Vuorovaikutus	,393 ** N=80	,293 ** N=81	,321 ** N=82	1,000 N=82	,659 ** N=80	,673 ** N=82
Johtaminen	,431 ** N=78	,392 ** N=79	,508 ** N=82	,659 ** N=80	1,000 N=80	,643 ** N=82
Organisaatiokulttuuri	,541 N=79	,536 ** N=80	,418 ** N=82	,673 ** N=82	,643 ** N=82	1,000 N=81

** < ,01 * < ,05

Myönteisillä kokemuksilla vuorovaikutuksesta työyhteisössä ja organisaatiokulttuurista oli voimakas positiivinen riippuvuus ($r=,673$, $p<0,001$) eli mitä paremmaksi hoitajat arvioivat vuorovaikutuksen työyhteisössä sitä parempana pitivät organisaatiokulttuuria. Kokemuksilla johtamisesta oli voimakas positiivinen riippuvuus kokemuksiin vuorovaikutuksesta työyhteisössä ($r=,659$, $p<0,001$), organisaatiokulttuurista ($r=,643$, $p<0,001$) ja vaikutusmahdollisuuksista työssä ($r=,508$, $p<0,001$) eli mitä paremmaksi hoitajat arvioivat johtamisen, sitä myönteisemmin he arvioivat vuorovaikutusta, organisaatiokulttuuria ja vaikutusmahdollisuuksiaan työssä.

5.5. Yhteenveto tutkimustuloksista

Työhyvinvointi perioperatiivisessa hoitotyössä oli keskitasoa. Perioperatiivinen hoitotyö arvioitiin vaativaksi ja haasteelliseksi, ja perioperatiivisilla hoitajilla oli selkeä käsitys työhönsä kohdistuvista rooli-odotuksista. Valtaosa hoitajista katsoi tietävänsä, mitä heiltä työssä odotettiin ja että työlle oli määritelty selkeät tavoitteet. Vaikutusmahdollisuudet työhön olivat hoitajilla vain vähäiset ja tulevien työtehtävien ennakointi oli melko vaikeaa.

Perioperatiivisessa hoitotyössä oli vain vähän ristiriitoja. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat vuorovaikutuksen työyhteisössä melko hyvänä ja saivat eri tahoilta tukea hoitotyön tekemiseen. Johtamisen ulottuvuuksia perioperatiivisessa hoitotyössä hoitajat arvioivat keskimäärin tyydyttäväksi. Epätasa-arvoa eri sukupuolten välillä tai ikärasismia työpaikalla havaittiin olevan melko vähän.

Organisaatiokulttuuria perioperatiiviset sairaanhoitajat pitivät melko hyvänä. Ilmapiiriä perioperatiivisessa hoitotyössä pidettiin leppoisana ja kannustavana, mutta tiedonkulkua ei pidetty riittävänä. Valtaosa vastaajista arvosti jäsenyyttään omassa tiimissään ja raportoi ongelmien ratkaisun tiimissä onnistuvan hyvin. Yksilötasolla perioperatiiviset sairaanhoitajat olivat melko tyytyväisiä työhönsä ja he raportoivat kokevansa vain vähäistä stressiä. Työ nähtiin tärkeänä tyydytyksen lähteenä.

Enemmistö tutkimukseen osallistuneista oli saanut organisaation välittämän palkitsemisen vuoden sisällä, mutta organisaation ei kuitenkaan koettu palkitsevan riittävästi hyvistä työsuorituksista. Organisaatiolta saatu palkkio lisäsi perioperatiivisten sairaanhoitajien positiivista kokemusta johtamisesta ja työyhteisön vuorovaikutuksesta. Palkkiotta jääminen oli yhteydessä vähäisempiin kokemuksiin vaikutusmahdollisuuksista työssä.

Välittömän, henkilökohtaisen palautteen saaminen oli yhteydessä sairaanhoitajien tietoisuuteen työhön liittyvistä rooli-odotuksista ja vaikutusmahdollisuuksien tunteeseen työssä. Hoitajat, jotka olivat tyytyväisiä saamansa välittömään palautteen määrään, kokivat organisaatiokulttuurin, työyhteisön vuorovaikutuksen ja johtamisen parempana kuin palautteen määrään tyytymättömät hoitajat.

Perioperatiiviset sairaanhoitajat saivat hyvin palautetta muilta tiimin jäseniltä, mutta esimieheltään he kokivat saavansa palautetta vain vähän. Esimiehen arvioitiin kuitenkin olevan melko kiinnostunut hoitajien tekemästä hoitotyöstä, vaikka hänen ei juuri luotettu tuntevan hoitajien työskentelyä. Kehityskeskusteluihin sisältyvää palautekeskustelua hoitajat pitivät tyydyttävänä. Suuri osa perehtyvistä hoitajista oli tyytymätön perehdyttäjiltään saamaansa palautteeseen työssä oppimisestaan. Vain osassa mentorointisuhteita käytiin hoitotyön tekemiseen liittyviä palautekeskusteluja. Vertaisarviointiin osallistuneet olivat saaneet vain vähän ammatillista kehittymistään tukevaa palautetta.

Välillistä palautetta perioperatiiviset sairaanhoitajat saivat melko vähän. Työkokemus, ikä, monipuoliset työtehtävät, päivätyö ja opistotason koulutus olivat yhteydessä runsaampaan välillisen pa-

lautteen saamiseen. Välillisen palautteen saaminen oli yhteydessä hoitajien positiiviseen kokemukseen johtamisesta ja organisaatiokulttuurista.

Perioperatiiviset sairaanhoitajat rohkenivat antaa palautetta muille, vaikka eivät pitäneet ilmapiiriä kovin avoimena palautteen antamiselle tai virheistä raportoinnille. Palautteen antaminen oli yhteydessä perioperatiivisten sairaanhoitajien myönteiseen kokemukseen vaikutusmahdollisuuksista, työyhteisön vuorovaikutuksesta, johtamisesta ja organisaatiokulttuurista sekä parempaan tietoisuuteen työhön liittyvistä rooliodotuksista.

6. POHDINTA

6.1. Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimukselle haettiin lupa leikkaus- ja anestesiavastuualueen ylihoitajalta tutkimussairaalan käytännön mukaisesti. Sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan käsittelyä ei tarvittu, sillä tutkimus ei koskettanut potilaita eikä myöskään sisältänyt tutkimukseen osallistuneiden osalta arkaluontoisia asioita.

Tieteelliseltä tutkimukselta edellytetään ihmisen kunnioittamista tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimukseen osallistujalla on oikeus pysyä tuntemattomana. Hänellä on myös oikeus odottaa tutkijalta luottamuksellisuutta. (Vehviläinen-Julkunen 1998.) Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla perioperatiiviseen hoitotyöhön osallistuvilta sairaanhoitajilta. Pilottitutkimukseen (liite 3) ja varsinaiseen tutkimukseen (liite 4) osallistuvia tiedotettiin kirjallisesti tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimukseen osallistuvan henkilön oikeuksista. Pilottikyselyssä kyselylomakkeesta poistettiin vastaajien mahdollista tunnistettavuutta lisäävät taustakysymykset, sillä pilottikyselyyn osallistuneiden määrä oli pieni (n=15) ja tutkija toimi kyseisen yksikön esimiehenä. Varsinaisessa tutkimuksessa taustamuuttujia, esimerkiksi ikä ja koulutus, yhdisteltiin niin, ettei ketään voinut niiden avulla tunnistaa. Miesvastaajien määrä (n=6) oli pieni, joten vertailuissa ei tarkasteltu vastaajien sukupuolta.

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Vastatun kyselykaavakkeen palauttaminen katsottiin suostumukseksi tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen osallistuneella oli oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin hyvänsä. Tämä toteutui siten, että tutkimukseen osallistu-

neet täyttivät kyselylomakkeensa itsenäisesti. Heillä oli myös kyselylomakkeen täyttämisen jälkeen mahdollisuus olla palauttamatta kyselylomaketta tutkijalle. Vastaaja palautti täytetyn kyselylomakkeen kunkin osaston yhteisesti sopiman käytännön mukaisesti. Tutkija piti kyselylomakkeella kerätyn aineiston luottamuksellisena. Tutkija säilytti kyselylomakkeita lukitussa tilassa niin, ettei kukaan tutkijan lisäksi voinut tutustua niihin. Tutkimusraportin valmistuttua tutkija tuhosi kyselylomakkeet. Tutkittavien yksityisyyden suoja varmistettiin nimettömyyden avulla. Yksittäisen henkilön vastauksia ei voi erottaa tutkimuksen tuloksista, eikä tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyyttä pystytä tunnistamaan.

Tutkimuseettisiin periaatteisiin kuuluu, että tutkimuksesta saatu hyöty on haittaa suurempi (Vehviläinen- Julkunen 1998). Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa palautekäytäntöjen yhteydestä perioperatiivisen sairaanhoitajan työhyvinvointiin. Tutkimuksen tarkoituksena oli siis ensisijaisesti edistää tutkimukseen osallistuvien etua. Tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuva haitta liittyi lähinnä kyselylomakkeen täyttämisestä aiheutuvaan vaivaan. Kysytyt asiat eivät olleet arkaluontoisia tutkimukseen osallistuneiden kannalta, eivätkä näin aiheuttaneet heille epämiellyttäviä kokemuksia.

Tutkimuksen tulokset raportoitiin avoimesti, puolueettomasti ja rehellisesti (Heikkilä 2005). Mitään tutkimuksen kannalta oleellista ei jätetty pois. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt olivat tietoisia siitä, että tulokset julkaistaan. (Vehviläinen-Julkunen 1998.) Tutkimuksen teoreettisessa osassa on tarkasteltu aihealueeseen liittyvää kirjallisuutta sekä keskeisiä aikaisempia tutkimuksia, jotka ovat aihealueen kannalta oleellisia. Tutkija on asianmukaisesti ilmaissut käytetyt lähteet lähdeviittein. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002).

6.2. Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella palautekäytäntöjen ja työhyvinvoinnin yhteyttä perioperatiivisessa hoitotyössä. Tutkimuksen aiheen valintaan vaikutti tutkijan kahdenkymmenen vuoden kokemus perioperatiivisena sairaanhoitajana ja esimiehenä leikkausosastolla ja kiinnostus aiheeseen. Tutkija pyrki tietoisesti sulkemaan ennakkokäsityksensä aiheesta tutkimuksen ulkopuolelle, niin etteivät ne vaikuttaneet tutkimuksen sisältöön ja tuloksiin. Tutkimuksen rahoituksesta vastasi tutkija itse.

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin erään yliopistosairaalan leikkaus- ja anestesiavastuualueella työskenteleviltä perioperatiivisilta sairaanhoitajilta. Kohdejoukko työskenteli hyvin erityyppisillä osastoilla kooltaan, työerikoisaloiltaan, työaikamuodoiltaan ja tehtävärakenteiltaan. Kohdejoukon voidaan katsoa edustavan monipuolisesti julkisen sektorin leikkaustoiminnan erilaisia variaatioita. Aineisto kerättiin kuitenkin maantieteellisesti pieneltä alueelta, saman yliopistollisen sairaalan leikkausosastoilta, joten se ei välttämättä kuvasta perioperatiivista hoitotyötä yleisesti.

Perusjoukko oli kooltaan sangen pieni, 170 sairaanhoitajaa, esimiehet eivät sisällyneet perusjoukkoon. Tämän vuoksi päädyttiin kokonaisotokseen. Kyselylomakkeita jaettiin koko kohdejoukolle. Tämän tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin parantamaan tiedottamisella, kyselylomakkeen saatekirjeellä ja vastausohjeilla. Tutkija esitteli tutkimusta osastonhoitajakokouksissa ja pyrki näin antamaan tietoa tutkimuksesta etukäteen. Kyselylomakkeet saatekirjeineen jaettiin osastonhoitajille henkilökohtaisesti jaettavaksi edelleen perioperatiivisille sairaanhoitajille. Osastonhoitajat jakoivat kyselylomakkeet henkilökunnalleen osastokokouksissa, henkilökohtaisesti tai tiedottivat kyselystä esimerkiksi sähköpostitse. Vastausaika tutkimukseen oli kaksi viikkoa. Tutkija kävi kullakin osastolla kerran muistutuskierröksellä. Jokaiseen kyselylomakkeeseen yhdistettiin saatekirje (liite 4), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus. Saatekirjeessä oli tutkijan yhteystiedot, jotta vastaajat olisivat voineet halutessaan esittää lisäkysymyksiä. Kyselylomakkeen alussa olivat ohjeet lomakkeen täyttämistä. Tutkija ei voi kuitenkaan sulkea pois ohjeiden tai kysymysten väärinymmärryksen, paikansa pitämättömien vastausten tai vastaajien valikoitumisen mahdollisuutta, joka vähentää tutkimuksen luotettavuutta. (Alkula ym. 2002, Heikkilä 2005.)

Kyselylomakkeita jaettiin 170 ja palautettiin 85 eli palautusprosentti oli 50 %. Kolme lomaketta hylättiin liian myöhäisen palautusajankohdan vuoksi, joten vastausprosentiksi muodostui 46 %. Tutkija oli varautunut pieneen vastausprosenttiin tutkimuksen ajankohdan vuoksi. Kysely ajoittui kahdeksi pääsiäisenalusviikoksi. Jälkimmäisen tutkimusviikon aikana osassa leikkausosastoista supistettiin toimintaa ja hoitajia oli normaaliajankohtaa enemmän lomalla. Vastaamatta jättämisen lisäksi puutteellisesti täytetyt ja hylätyt kyselylomakkeet voivat aiheuttaa katoa. Kahden, vastaajan esimieheltä hoitotyön tekemisestä saamaa palautetta ja esimiehen kiinnostusta vastaajan tekemää hoitotyötä kohtaan tarkastelevan kysymyksen kohdalla, kyse saattaa olla systemaattisesta kadosta puuttuvien vastausten osalta. Kysymykset olivat kysymyssivun lopussa ja niitä edelsi kolme kysymystä, jotka olivat rajattu tietyille vastaajajoukoille. Osa vastaajista on voinut virheellisesti olettaa,

että kyseiset kysymykset ovat myös rajatulle joukolle kohdennettuja. (Alkula ym. 2002, Heikkilä 2005.)

Tutkimuksessa käytetty kyselylomake muodostui tutkijan tekemän kirjallisuuskatsauksen pohjalta tehdystä palautemittarista ja Pohjoismaisen ministerineuvoston QPS-Nordic 34+-mittarista, joka oli saatu käyttöön Työterveyslaitokselta. Strukturoituja kysymyksiä oli yhteensä 75, joista taustakysymyksiä oli kuusi, palautemittarin kysymyksiä 31 ja QPSNordic 34+-mittarin kysymyksiä 38. Täysi QPSNordic -mittari sisältää 123 kysymystä, joten lyhyemmän version käyttö saattaa alentaa työhyvinvointiosion luotettavuutta. (Elo ym. 2000.)

Tähän tutkimukseen valittiin kvantitatiivinen tutkimusote kattavan ja yleistettävän kuvauksen saamiseksi palautekäytäntöjen yhteydestä perioperatiivisten hoitajien työhyvinvointiin. Laadukas tutkimus tuottaa luotettavia vastauksia tutkimuskysymyksiin. Validiteetti (pätevyys) kuvaa, missä määrin mittari on mitannut juuri sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoitus selvittää. Sisältövaliditeetti tarkoittaa mittarin kykyä mitata tutkittua asiaa. Tässä tutkimuksessa tutkija operationalisoi huolellisesti palautekäytäntöihin liittyvät käsitteet. Tutkimuksen teoriaosassa on hahmotettu, rajattu ja määritelty käsitteet. Tutkija analysoi käsitteitä miettimällä, millaisista osa-alueista palautekäytännöt muodostuvat. Tutkija muodosti väittämät konkreettista arkikieltä käyttäen. (Alkula ym. 2002.) Liitteessä 1 kuvataan palautemittarin summamuuttujien ja muuttujien muodostamista kirjallisuuteen perustuen. Kyselylomakkeen laadinnassa pyrittiin selkeyteen, yksiselitteisyyteen ja ymmärrettävyyteen. (Alkula ym. 2002, Heikkilä 2005.)

Palautemittarin sisäistä validiteettia pyrittiin parantamaan ennen varsinaista tutkimusta hoitotyön asiantuntijaryhmän (n=8) suorittamalla arvioinnilla. Mittariin tehtiin muutoksia heidän arvionsa perusteella. Kahta kysymystä tarkennettiin selkeämmäksi ja kaksi kysymystä poistettiin tarpeettomina, sillä ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Korjausten jälkeen suoritettiin pilottitutkimus yhdellä varsinaiseen tutkimukseen kuulumattomalla osastolla (n=11). Pilottitutkimuksen vastaajat kommentoivat kyselylomaketta kirjallisesti. Mittariin tehtiin muutoksia pilottitutkimuksen jälkeen. Yksi kysymys poistettiin mittarista, sillä se oli epäselvä vastaajille. Kysymys oli aiheuttanut keskustelua myös asiantuntijaraadissa. Lisäksi kyselylomakkeen ulkonäköä selkiytettiin. Edellä mainitut toimenpiteet vahvistivat mittarin validiteettia. (Alkula ym. 2002, Heikkilä 2005.)

Työhyvinvointimittarina käytetty valmis QPSNordic 34+-kysely on Pohjoismaiden ministerineuvoston käynnistämässä projektissa luotu mittari työn psykologisten, sosiaalisten ja organisatoristen

ominaisuuksien mittaamiseksi. Kyselyn ja sen asteikkojen reliabiliteettia ja validiteettia tutkittiin kahdessa vaiheessa käyttäen aineistoina useiden työntekijäryhmien vastauksia neljästä Pohjoismaasta. Menetelmän asteikkojen reliabiliteettia tutkittiin analysoimalla niiden sisäistä konsistenssia ja mittaustulosten pysyvyyttä. Asteikkojen sisäinen konsistenssi vaihteli 0,60 – 0,88 välillä käytettäessä Cronbachin alfaa. Uusintamittausreliabiliteetit vaihtelivat 0,58 – 0,83 välillä. Sekä menetelmän kykyä mitata keskeisiä psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä työssä ja sen kykyä ennustaa terveyttä ja hyvinvointia tutkittiin. Menetelmän käyttökelpoisuutta kyselypalautemenetelmänä työpaikoilla testattiin. (Elo ym. 2000.)

Mittarin pysyvyys eli reliabiliteetti kuvaa mittarin herkkyyttä ulkopuolisten tekijöiden vaikutukselle. Puutteellinen reliabiliteetti johtuu yleensä satunnaisvirheestä. Erilaiset mittaus- ja käsittelyvirheet aiheuttavat satunnaisvirheitä. Käsittelyvirheitä on pyritty välttämään tässä tutkimuksessa moninkertaisella tarkistamisella. Tässä tutkimuksessa ei reliabiliteettia tarkistettu uusintamittauksella. Olosuhteet työyhteisössä ovat siis voineet vaikuttaa vastauksiin. Mittareiden reliabiliteettia tarkasteltiin Cronbachin alfan avulla. Työhyvinvointia tarkastelevien summamuuttujien Cronbachin α :t vaihtelivat ,572 ja ,817 välillä ja palautekäytäntöjä tarkastelevien summamuuttujien Cronbachin α :t vaihtelivat ,540 ja ,856 välillä, jotka voidaan kaikki hyväksyä. (Heikkilä 2005.)

Aineiston pieni koko rajoitti analyysien käyttömahdollisuuksia ja vähentää tutkimuksen yleistettävyyttä. Tutkimustuloksia voidaan pitää suuntaa antavina. Tulokset voivat toimia keskustelua herättävinä. Tutkimuksessa käytetyn palautemittarin sopivuutta ja mittausominaisuuksia tulee tutkia jatkossa.

6.3. Tutkimustulosten tarkastelu

Riittävät palautekäytännöt olivat yhteydessä perioperatiivisten sairaanhoitajien positiiviseen kokemukseen työhyvinvoinnin eri ulottuvuuksista. Tulos on samansuuntainen kuin kansainvälisissä hoitotyön ja muiden tieteenalojen tutkimuksissa (mm. Cronin & Becherer 1999; Bakker ym. 2000; Spence Lachinger & Finegan 2005). Tutkimustulosten vertailua kansainvälisiin tutkimuksiin vaikeuttavat kulttuuriset erot käsityksissä hoitotyöstä ja arvoista (ks. Gelfand ym. 2007).

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että perioperatiivinen hoitotyö koettiin melko vaativaksi ja haasteelliseksi ja työmäärä saattoi nousta suureksi. Palautekäytännöillä ei tässä tutkimuksessa havaittu olevan yhteyttä työn vaativuuden kokemiseen. Työn vaatimuksilla on Demeroutin ym. (2001)

tutkimuksessa todettu olevan yhteyttä työuupumukseen. Vaikka tähän tutkimukseen osallistuneet hoitajat raportoivat vain vähäistä stressiä, oli hoitajien stressin ja työn vaativuuden välillä positiivinen riippuvuus. Hoitotyön johdon tulisi seurata työn vaatimustasoa, sillä työ- ja aikapaine sekä työn fyysiset vaatimukset ovat Gelsema ym. (2006) tutkimuksen mukaan suurimmat työuupumusta ennustavat tekijät. Myös Khowajan ym. (2005) ja Christianin ym. (2006) tutkimustulokset vahvistavat seurannan tarpeen. Työkuormalla ja kilpailevilla tehtävillä on Christianin ym. (2006) mukaan negatiivinen vaikutus leikkaustiimin toimintaan ja potilasturvallisuuteen ja erityisesti työkuorma lisää Khowajan ym. (2005) mukaan työtytymättömyyttä.

Välittömän palautteen saaminen ja palautteen antaminen olivat yhteydessä perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemuksiin rooliodotuksista. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat tietoisia työnsä tavoitteista ja heihin kohdistuvista odotuksista. Myös Alfredsdottirin ja Bjornsdottirin (2008) tutkimustulokset osoittivat, että perioperatiivisilla sairaanhoitajilla yhteinen näkemys työnsä tavoitteista. Tavoitteet liittyivät tutkimuksessa voimakkaasti potilaan turvallisuuden turvaamiseen ja virheiden ehkäisyyn. Potilaan turvallisuuden turvaaminen on perioperatiivisille sairaanhoitajille yhteistä kansainvälisesti. Alfredsdottirin ja Bjornsdottirin (2008) tutkimus keskittyi islantilaisten hoitajien kokemukseen perioperatiivisesta hoitotyöstä ja potilaan turvallisuudesta. Silén-Lipposen (2005) tutkimuksessa nousee suomalaisten hoitajien ohella myös brittiläisten ja yhdysvaltalaisen perioperatiivisten sairaanhoitajien vastuullisuus potilaan turvallisuuteen liittyen.

Yksi välillisen palautteen osa-alueista on virheistä raportointi. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat saivat melko vähän välillistä raportointia virheistä. Silén-Lipposen (2005) mukaan perioperatiiviset sairaanhoitajat ovat perfektionisteja ja virheet aiheuttavat usein hermostuneisuutta ja uusia virheitä. Painopisteen tulisi hänen mukaansa olla virheiden tunnistamisessa ja niistä oppimisessa. Sangheran ym. (2007) tutkimus toteaa palautteen puutteen virheistä lisäävän virheitä ja tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat toivoivat keskustelua tapahtuneista virheistä. Keskustelun tulee olla laaja-alaista, sillä Espin ym. (2007) toteavat tutkimuksessaan valikoivan virheistä raportoinnin vaarantavan potilasturvallisuuden.

Välilliseen palautteeseen luettiin tässä tutkimuksessa myös potilastyytyväisyyskyselyt, potilasvalitukset ja erilaiset hoitotyötä kuvaavat tilastot. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat saivat vähän välillistä palautetta myös näistä. Hoitotyön tavoitteena on potilaan saaman hoidon hyvä laatu (ETENE 1, Kitson 1997). Erilaisten perioperatiivista hoitotyötä tarkastelevien tilastojen avulla on mahdollista kiinnittää huomiota ongelma-kohtiin (kts. Wieczorek 1995; Caramico ym. 1998; Charters 2003) ja

potilastyytyväisyys kuvastaa potilaiden omaa kokemusta ja arviointia terveydenhuollosta (Fung & Cohen 1998). Hoitajien tiedonsaanti potilastyytyväisyyskyselyistä, potilasvalituksista ja hoitotyötä kuvailevista tilastoista olisi tämän tutkimuksen tulosten pohjalta tärkeää. Reflektiivisyys eli oman ammatillisen toiminnan tarkastelu ja palaute ovat työkaluja hoitotyön laadun ja potilaan hyvän hoidon kehittämisessä sekä ammatillisten käytäntöjen parantamisessa. (Kitson 1997; Koivula & Paunonen-Ilmonen 2001; Kuokkanen & Leino-Kilpi 2001; Tiuraniemi 2002; Poulette ym. 2003; Jamtvedt ym. 2006; Kvist ym. 2006).

Vaikutusmahdollisuudet omaan työhönsä olivat perioperatiivisilla sairaanhoitajilla melko vähäiset. Palkitseminen, välittömän, henkilökohtaisen palautteen saaminen ja palautteen antaminen olivat yhteydessä hoitajien kokemuksiin vaikutusmahdollisuuksista. Cortese (2007) totesi tutkimuksessaan italialaisten sairaanhoitajien työtyytyväisyydestä itsenäisyyden työnteossa olevan yksi keskeinen työtyytyväisyysalue. Bakkerin (2005) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan riippumattomuus ja autonomia edesauttavat työuupumuksen vastakohtaan, työn imun kokemista. Vallan keskittämällä tai hajauttamisella on vaikutusta hoitajien kokemaan autonomian tunteeseen. Lisäämällä hoitajien vaikutusmahdollisuuksia työssä voidaan siis lisätä työtyytyväisyyttä. (Best & Thurston 2004; Bakker 2005; Gelsema ym. 2006; Way & MacNeill 2006.) Mielenkiintoista on Hintsalan (2005) toteamus väitöskirjassaan, ettei suomalaisille naishoitajille autonomia potilaan hoitoa koskevissa päätöksissä ole tärkeintä, miehet sitä vastoin ovat itsenäisempiä.

Opistotason tutkinnon suorittaneet kokivat vaikutusmahdollisuutensa työssä paremmiksi kuin ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet. Olisi haastavaa selvittää, mitkä erot opistotason ja ammattikorkeakoulutason koulutuksessa ovat yhteydessä perioperatiivisten hoitajien erilaiseen kokemukseen vaikutusmahdollisuuksista ja tiedon avulla kehittää perioperatiivisten sairaanhoitajien koulutusta ja sitä kautta työhyvinvointia.

Työtehtävien ennakointi oli tutkimukseen osallistuneille sairaanhoitajille vaikeaa, lukuun ottamatta pelkkää päivätyötä tekeviä hoitajia. Vuorotyötä tekevien hoitajien mahdollisuuksiin ennakoida työtään tulisi siis kiinnittää huomiota, sillä Kanste (2006) toteaa tekemänsä kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta vähäisen työhön liittyvien tapahtumien ennustettavuuden olevan altistava tekijä työuupumukselle. Sexton ym. (2006) ehdottaa preoperatiivisia palavereja ennakoimaan tulevaa leikkausta, parantamaan tiimityötä ja lisäämään työn ennustettavuutta.

Palautekäytännöt olivat yhteydessä hoitajien kokemukseen vuorovaikutuksesta työyhteisössä. Perioperatiiviset sairaanhoitajat saivat työhönsä tukea työtovereiltaan, esimieheltään, ystäviltaan ja perheeltään ja ilmaisivat kokevansa vain vähän stressiä, joskin stressillä ja kokemuksilla vuorovaikutuksesta oli negatiivinen riippuvuus. Tämän tutkimuksen tulokset hoitajien saaman tuen riittävydestä tukevat Leen (2003) tutkimustuloksia. Tuen puute oli Leen (2003) tutkimuksessa yksi stressiä ennakoiva tekijä. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat myös Gelseman ym. (2006) tuloksia, joissa esimiehen antama tuki ennustaa työhyvinvointia. Perioperatiiviset sairaanhoitajat saivat riittävästi palautetta muilta tiimin jäseniltä. Silén-Lipposen (2005) tutkimuksesta ilmenee, että sairaanhoitajat odottavat palautetta sekä muilta sairaanhoitajilta että lääkäreiltä. Ristiriitoja perioperatiivisessa hoitotyössä oli vain vähän.

Johtamisen ulottuvuuksia perioperatiivisessa hoitotyössä hoitajat arvioivat keskimäärin tyydyttäväksi. Perioperatiiviset hoitajat kokivat, ettei johto ole kiinnostunut henkilöstön terveydestä tai hyvinvoinnista. Palautekäytännöt olivat yhteydessä perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemukseen johtamisesta. Epätasa-arvoa eri sukupuolten välillä tai ikärasismia työpaikalla havaittiin esiintyvän melko vähän. Hintsalan (2005) väitöskirjan tuloksista ilmenee, että naiset kokivat työyhteisön tasa-arvoisemmaksi kuin mieshoitajat, mutta he arvioivat miesten pääsevän hoitotyössään helpommalla. Miehet kokivat sukupuoleen tai ikään liittyvää epätasa-arvoisuutta.

Organisaatiokulttuuria perioperatiiviset sairaanhoitajat pitivät melko hyvänä. Palautekäytännöt paransivat perioperatiivisten hoitajien kokemusta organisaatiokulttuurista. Ilmapiiri perioperatiivisessa hoitotyössä oli leppoisa ja kannustava. Perioperatiiviset sairaanhoitajat arvostivat jäsenyyttään omassa tiimissään. Chardin (2000) tutkimustulokset perioperatiivisten sairaanhoitajien halukkuudesta olla tiimin jäseniä tukevat tätä tulosta. Tähän tutkimukseen osallistuneet perioperatiiviset sairaanhoitajat kokivat työnsä tärkeänä tyydytyksen lähteenä ja mukavaksi uppoutua työhönsä. Tämä oli ominaista perioperatiivisille sairaanhoitajille myös Chardin (2000) tutkimuksessa, jossa perioperatiiviset hoitajat raportoivat kokevansa mielihyvää, iloa ja täyttymystä roolissaan.

Organisaatiolta saatu palkitseminen oli yhteydessä usean työhyvinvoinnin osa-alueen positiiviseen kokemukseen perioperatiivisilla sairaanhoitajilla. Croninin ja Bechererin (1999) mukaan sairaanhoitajat arvostavat palkkaa, vapaata suullista palautetta ja kirjallista tunnustamista tärkeimpinä palkitsemiskeinoina. Valtaosa tähän tutkimukseen osallistuneista hoitajista oli vuoden sisällä saanut organisaatiolta rahallisen, ei-rahallisen tai aineettoman palkitsemisen, mutta katsoi kuitenkin, ettei organisaatio palkitse riittävästi hyvistä työsuorituksista. Kyseessä saattaa olla Bakkerin ym. (2000)

ja Van Vegchelin (2001) tutkimuksissaan tarkastelema ponnistelujen ja palkitsemisen välinen epäsuhta, joka on riski työuupumukseen, työtyytymättömyyteen ja terveystongelmiin. Palkitsemisen puute tulee McVicarin (2003) mukaan olemaan lisääntyvässä määrin yksi työpaikkastressin aiheuttaja. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat raportoivat kuitenkin vain vähäistä stressiä. Stressillä ja palkitsemisella ei tässä tutkimuksessa havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

Välittömän, henkilökohtaisen palautteen saamisella oli kohtalainen tai voimakas riippuvuus kokemukseen useasta eri työhyvinvoinnin osa-alueesta. Croninin ja Bechererin (1999) tutkimuksessa hoitajat ilmaisivat arvostavansa potilaalta saatua palautetta eniten. Vain vajaa puolet hoitajista raportoi tässä tutkimuksessa saavansa palautetta potilailta. Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta tulisi perioperatiivisten sairaanhoitajien potilaspalautteen saamiseen kiinnittää huomiota. Sairaanhoitajat kokivat Hintsalan (2005) mukaan potilaalta saadun palautteen palkitsevana. Leikkausosaston sairaanhoitajat voivat saada potilaalta välitöntä palautetta tekemästään hoitotyöstä joko toimenpiteen aikana tai tapaamalla hänet leikkauksen jälkeen (Hankela 1999; Rudolfsson ym. 2003; Boyle 2005). Perioperatiiviset sairaanhoitajat pitivät Boylen (2005) tutkimuksessa postoperatiivista käyntiä potilaan luona osana perioperatiivista hoitotyötä. Postoperatiivinen käynti vahvisti perioperatiivisen sairaanhoitajan kokemusta potilaan asianajajuudesta. Tässä tutkimuksessa ei selvitetty, minkä verran perioperatiiviset sairaanhoitajat tapaavat potilasta postoperatiivisesti.

Hoitajat kävivät tyydyttävässä määrin luottamuksellisia keskusteluja esimiehensä kanssa. Kivimäen (1996) näkemys oli, että luottamukselliset keskustelut lisäsivät hoitajien palautteen saamista. Hoitajat kokivat kuitenkin saavansa esimieheltään melko vähän palautetta. Hintsalan (2005) ja Keskinen (2005) tutkimustulokset tukevat tuloksia vähäisestä palautteesta esimieheltä. Vaikka esimiehet ilmaisivat Keskinen (2005) tutkimuksessa palautteen antaja roolin olevan yksi tärkeimmistä esimiehen rooleista, kokivat he siinä eniten epäonnistumisia. Hoitotyön esimiesten tulisi kiinnittää enemmän huomiota palautteen antamiseen perioperatiivisille hoitajille. Tätä tukee McNeese-Smithin (1997) tutkimus, jossa hoitajat ilmaisivat esimiehen kiitoksen ja tunnustamisen vaikuttavan eniten esimiehen toiminnassa työtyytyväisyyttä edistävästi. Tähän tutkimukseen osallistuneet hoitajat arvioivat itse tekemäänsä hoitotyötä kehityskeskusteluissa. Cawleyn ym. (1998) tutkimuksessa oman työn arviointiin osallistuminen ja tyytyväisyys olivat voimakkaasti yhteydessä toisiinsa. Oman äänen kuuluviin saaminen koettiin tärkeäksi arviointiprosessissa. Positiivista ja rakentavaa palautetta tähän tutkimukseen osallistuneet hoitajat saivat tyydyttävässä määrin. Esimieheltä saatu palaute on kuitenkin tärkeää sairaanhoitajille. Bestin ja Thurstonin (2004) tutkimuksesta ilmenee, että jos hoitajat voisivat vaikuttaa omaan työmaailmaansa, he haluaisivat enemmän arvostusta ja tunnustusta

esimiehiltään. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajat arvioivat esimiehen tuntevan heidän työskentelyään vain tyydyttävässä määrin. Tätä tukee Tuomisen ym. (2006) tutkimus kehityskeskusteluista. Sairaanhoitajat ilmaisivat tutkimuksessa, että he eivät luottaneet osastonhoitajan mahdollisuuksiin tuntea sairaanhoitajien työskentelyä. Osastonhoitaja koettiin liian etääntyneeksi hoitajien suorittamasta päivittäisestä hoitotyöstä. Sairaanhoitajat ehdottivatkin kyseisessä tutkimuksessa kehityskeskustelun pitäjäksi apulaisosastonhoitajaa, jonka koettiin toimivan lähempänä sairaanhoitajia.

Suuri osa perehtyvistä hoitajista oli tyytymätön perehdyttäjiltään saamaansa palautteeseen työssä oppimisestaan. Silén-Lipposen (2005) mukaan muilta tiimin jäseniltä saatu palaute on kuitenkin erityisen merkitsevää uusille perioperatiivisille sairaanhoitajille ja heidän kehittymiselleen. Vuorisen ym.(2000) tutkimuksesta ilmenee, että perehtyvät sairaanhoitajat kokivat hoitotyöstä saamansa palautteen jopa edellytykseksi toimia sairaanhoitajana. Vain osassa mentorointisuhteita käytiin hoitotyön tekemiseen liittyviä palautekeskusteluja. Mentoroinnissa ei kuitenkaan painopiste ole yksistään palautteen antamisessa. Mentorointisuhteessa kokeneempi mentori tukee kokemattomampaa kollegaa kehittymisessä ja uusien asioiden oppimisessa toimien neuvojana, oppaana ja palautteen antajana, molempien saadessa vastavuoroisesti tukea toisiltaan (Groah 1996b; Allen 2002; Fawcett 2002; Sairanen 2006). Vertaisarviointiin osallistuneet olivat saaneet ammatillista kehittymistä tukevaa palautetta yllättävän vähän. Hukkasen (2005) ja Tuomisen ym. (2006) tutkimuksiin osallistuneet sairaanhoitajat esittivät vertaisarviointia kehittämisehdotuksena täydentämään kehityskeskustelujen arviointia. Vertaisarvioinnissa sairaanhoitaja saa systemaattisesti palautetta samaa työtä tekeviltä työtovereilta (Koota 1999; Vuorinen ym. 2000). Vertaisarviointi sisältää Vuorisen ym. (2000) tutkimuksen mukaan hoitajan itsearviointia, ammatillista tukea ja henkilökohtaista tukea.

Perioperatiiviset sairaanhoitajat olivat tyytymättömiä vuodeosastolta saamansa palautteen määrään. Kommunikaation ja tiedonkulun tärkeys nähdään preoperatiivisesti vuodeosastolta leikkausosastolle päin ja postoperatiivisesti leikkausosastolta vuodeosastolle päin (ks. Scott ym. 1999, Rudolfsson ym. 2003), mutta kuinka tärkeänä nähdään tiedonkulku ja palaute postoperatiivisesti vuodeosastolta leikkausosastolle päin? Vuodeosastolta saadun palautteen määrän ohella ongelmaksi saattaa muodostua se, tavoittaako palaute jokaisen potilaan hoitoon osallistuneen hoitajan. Ongelman taustalla voi olla Silén-Lipposen tutkimuksessakin (2005) esille tuleva leikkaustiimin kokoonpanon päivittäinen vaihtelu.

Perioperatiiviset sairaanhoitajat rohkenivat antaa palautetta muille, vaikka eivät pitäneet ilmapiiriä kovin avoimena palautteen antamiselle tai virheistä raportoinnille. Perioperatiiviset sairaanhoitajat pitävät velvollisuutenaan Silén-Lipposen (2005) tutkimuksen mukaan valvoa ja tarkkailla potilaan turvallisuuteen liittyviä seikkoja, kuten esimerkiksi aseptiikkaa, ja tämä selittää rohkeuden palautteen antamiseen.

Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että riittävä palautekäytännöllä on yhteyttä perioperatiivisten sairaanhoitajien positiivisiin kokemuksiin työtehtävätasolla, sosiaalisella ja organisaation tasolla sekä yksilötasolla.

6.4. Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksella tuotettiin tietoa palautekäytäntöjen yhteydestä työhyvinvointiin perioperatiivisessa hoitotyössä. Tietoisuus palautekäytäntöjen yhteydestä työhyvinvoinnin osa-alueiden kokemiseen on lähtökohta palautekäytäntöjen kehittämiseen. Tarvitaan myös tietoa työhyvinvoinnin osa-alueiden ominaispiirteistä, ryhmadynamiikasta, sairaanhoitajien voimavaroista ja selviytymisstrategioista. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää perioperatiivisen hoitotyön esimiestehtävissä ja työhyvinvoinnin kehittämishankkeissa. Saatua tietoa voidaan käyttää hyväksi myös opiskelijoiden ohjauksessa ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

Työhyvinvoinnin vahvistaminen palautekäytäntöjen avulla on tärkeää perioperatiivisten sairaanhoitajien tukemiselle. Palaute auttaa hoitajia myös kehittämään hoitotyön laatua ja potilaan hyvää hoitoa.

Tämän tutkimuksen tulosten vahvistaminen edellyttäisi pitkittäismittauksen suorittamista samalla aineistolla. Jotta palautekäytäntöjen ja työhyvinvoinnin syy-seuraus-yhteyttä voitaisiin osoittaa, tarvitaan seuranta-aineistoa. Haasteena on myös selvittää palautekäytäntöjen ja työhyvinvoinnin yhteyttä laajemmalla aineistolla.

Jatkotutkimushaasteena on yksilötason ja palautekäytäntöjen välisen yhteyden selvittäminen. Jatkotutkimuksessa on myös syytä kiinnittää huomiota vuorotyötä tekevien työhyvinvointiin ja mahdollisuuksiin vaikuttaa siihen palautekäytäntöjen avulla. Yhtenä jatkotutkimushaasteena on interventiotutkimus, jossa palautekäytäntöjen avulla voitaisiin kehittää työhyvinvointia edistävää toimintamallia ja arvioida sen toteutumista.

Palautemittarin ominaisuuksissa on vielä kehitettävää, vaikka mittari osoittautuikin tässä tutkimuksessa käyttökelpoiseksi ja sen avulla kerätyn aineiston analyysit tukivat mittarin laatimisessa käytettyä teoriaa.

7. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimus tuotti uutta tietoa palautekäytäntöjen yhteydestä työhyvinvoinnin eri osa-alueisiin. Tutkimustulokset pääosin tukevat aikaisempaa kansainvälistä tietoa työhyvinvoinnin ja palautekäytäntöjen sekä niihin yhteydessä olevien tekijöiden osalta. Tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset.

1. Työhyvinvointi perioperatiivisessa hoitotyössä oli keskitasoa. Sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä työhönsä ja kokivat vain vähäistä stressiä. Organisaatiokulttuuri ja vuorovaikutus työssä olivat hyviä ja ristiriitoja oli vain vähän. Ilmapiiri oli leppoisa ja kannustava, mutta tiedonkulku ei ollut riittävää. Sairaanhoitajat arvostivat jäsenyyttään omassa tiimissä ja saivat hyvin tukea eri tahoilta hoitotyön tekemiseen. Työ nähtiin tärkeänä tyydytyksen lähteenä. Perioperatiivinen hoitotyö arvioitiin vaativaksi ja haasteelliseksi ja tulevien työtehtävien ennakointi oli vaikeaa. Sairaanhoitajilla oli vain vähäiset vaikutusmahdollisuudet työhönsä. Hoitotyön johtamisen eri ulottuvuuksiin suhtauduttiin kriittisesti. Epätasa-arvoa eri sukupuolten välillä tai ikärasismia oli vähän.

2. Perioperatiiviset sairaanhoitajat eivät olleet tyytyväisiä organisaation välittämään palkitsemiseen vuoden sisällä saamastaan palkitsemisesta huolimatta. Välittömän palautteen määrään hoitajat olivat melko tyytyväisiä. Esimieheltä saadun palautteen määrään eivät hoitajat olleet tyytyväisiä. Palautteen antoa perehtyjälle työssä oppimisessa tulee lisätä. Vertaisarviointi ei vastannut perioperatiivisten hoitajien odotuksia ammatillista kehittymistä tukevan palautteen määrästä. Välillistä palautetta sairaanhoitajat saivat vähän. Perioperatiiviset sairaanhoitajat rohkenevat antaa palautetta muille, vaikka eivät pitäneet ilmapiiriä kovin avoimena palautteen antamiselle tai virheistä raportoinnille.

3. Palautekäytännöillä oli yhteyttä perioperatiivisten sairaanhoitajien positiivisiin kokemuksiin useista työhyvinvoinnin osa-alueista. Mitä paremmin perioperatiiviset hoitajat tunsivat tullessaan palkituksi organisaation taholta, sitä myönteisemmin he arvioivat johtamisen, vaikutusmahdollisuutensa työssä ja työyhteisön vuorovaikutuksen. Mitä tyytyväisempiä hoitajat olivat välittömän pa-

lautteen saamiseen, sitä positiivisemmin he näkivät työhön liittyvät rooli-odotukset, vaikutusmahdollisuudet työssä, organisaatiokulttuurin, työyhteisön vuorovaikutuksen ja johtamisen. Mitä enemmän hoitajat olivat saaneet välillistä palautetta hoitotyöstä sitä myönteisempiä arvioita he raportoivat organisaatiokulttuurista ja johtamisesta. Mitä useammin hoitajat rohkaistuivat antamaan palautetta, sitä parempina he pitivät työyhteisön vuorovaikutusta, rooli-odotuksia, johtamista ja organisaatiokulttuuria.

LÄHTEET

Adams A & Bond S. 2000. *Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics*. Journal of Advanced Nursing 32, 536-543.

Alfredsdottir H & Bjornsdottir K. 2008. *Nursing and patient safety in the operating room*. Journal of Advanced Nursing 61, 29-37.

Allen S. 2002. *Mentoring – The essential connection*. AORN Journal 75, 440, 442, 444, 446.

Anthony M, Standing T, Glick J, Duffy M, Paschall F, Sauer M, Sweeney D, Modic M & Dumpe M. 2005. *Leadership and nurse retention: The pivotal role of nurse managers*. Journal of Nursing Administration 35, 146-155.

Arafa M, Nazel M, Ibrahim N & Nahla K. 2003. *Predictors of psychological well-being of nurses in Alexandria, Egypt*. International Journal of Nursing Practice, 9: 313-320.

Arnold E & Pulich M. 2003. *Personality conflicts and objectivity in appraising performance*. The Health Care Manager 22, 227-232.

Bailey J. 1998. *The tao of professional appraisal: how to remain content and calm during the appraisal interview*. Journal of Nursing Management 6, 379-383.

Bakker A, Killmer C, Siegrist J & Schaufeli W. 2000. *Effort-reward imbalance and burnout among nurses*. Journal of Advanced Nursing 31(4), 884-891.

Bakker A. 2005. *Flow among music teachers and their students: The crossover of peak experiences*. Journal of Vocational Behavior 66, 26-44.

Bauer M, Bohrer H, Aichele G, Bach A & Martin E. 2001. *Measuring patient satisfaction with anaesthesia: perioperative questionnaire versus standardised face-to-face interview*. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 45, 65-72.

- Best M & Thurston N. 2004. *Measuring nurse job satisfaction*. Journal of Nursing Administration 34, 283-290.
- Beyea S. 2005. *Patient advocacy-Nurses keeping patients safe*. AORN Journal 81, 1046-1047.
- Bower J. 2002. *Designing and implementing a patient safety program for the OR*. AORN Journal 76, 452-456.
- Boyle H. 2005. *Patient advocacy in the perioperative setting*. AORN Journal 82, 250-252, 254-262.
- Briggs L, Heath J & Kelley J. 2005. *Peer review for advanced practice nurses: What does it really mean?* American Association of Critical-Care Nurses 16, 3-15.
- Brinkman W, Geraghty S, Lanphear B, Khoury J, Gonzales del Rey J, DeWitt T & Britto M. 2007. *Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: A randomized controlled trial*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 161, 44-49.
- Buback D. 2004. *Assertiveness training to prevent verbal abuse in the OR*. AORN Journal 79, 147-148, 150, 153-156, 158, 161-166, 169-170.
- Bull R & FitzGerald M. 2006. *Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room*. International Journal of Nursing Practice 12, 3-7.
- Caramico L, Kain Z, Gaal D & Rimar S. 1998. *Data feedback system: A modality to improve operating room efficiency*. Anesthesia & Analgesia 86, 26S.
- Cawley B, Keeping L & Levy P. 1998. *Participation in the performance appraisal process and employee reactions: A meta-analytic review of field investigations*. Journal of Applied Psychology 83, 615-633.
- Chang E, Hancock K, Johnson A, Daly J & Jackson D. 2005. *Role stress in nurses: Review of related factors and strategies for moving forward*. Nursing & Health Sciences 7, 57-65.

- Chappy S. 2006. *Perioperative patient safety. A multisite qualitative analysis*. AORN Journal 83, 871-897.
- Chard R. 2000. *A Phenomenologic study of how perioperative nurses perceive their work world*. AORN Journal 72, 878-880, 882-889.
- Charters K. 2003. *Nursing informatics, outcomes and quality improvement*. Advanced Practice in Acute & Critical Care. 14, 282-294.
- Christian C, Gustafson M, Roth E, Sheridan T, Gandhi T, Dwyer K, Zinner M & Dierks M. 2006. *A prospective study of patient safety in the operating room*. Surgery 139, 159-173.
- Cimete G, Gencalp N & Keskin G. 2003. *Quality of life and job satisfaction of nurses*. Journal of Nursing Care Quality, 18, 151- 158.
- Clissold G, Smith P, Accutt B & Di Milia L. 2002. *A study of female nurses combining partner and parent roles with working a continuous three shift roster: the impact on sleep, fatigue and stress*. Contemporary Nurse 12, 294-302.
- Cortese G. 2007. *Job satisfaction of Italian nurses: an exploratory study*. Journal of Nursing Management 15, 303-312.
- Cottrell S. 2001. *Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused interventions through evidence-based assessment*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 8, 157-164.
- Cronin S & Becherer D. 1999. *Recognition of staff nurse job performance and achievements: staff and manager perceptions*. Journal of Nursing Administration 29, 26-31.
- Demerouti E, Bakker A, Nachreiner F & Schaufeli W. 2001. *The job demands-resources model of burnout*. Journal of Applied Psychology 86, 499-512.
- Demerouti E. 2006. *Job characteristics, flow, and performance: The moderating role of conscientiousness*. Journal of Occupational Health Psychology 11, 266-280.

DiMeglio K, Padula C, Piatek C, Korber S, Barrett A, Ducharme M, Piermont N, Joyal E, DeNicola V & Corry K. 2005. *Group cohesion and nurse satisfaction: Examination of a team-building approach*. Journal of Nursing Administration 35, 110-120.

Dunn D. 2003. a. *Incident reports – Their purpose and scope*. AORN Journal 78, 45-46, 49-61, 65-70.

Dunn D. 2003. b. *Incident reports – Correcting processes and reducing errors*. AORN Journal 78(1), 211-212, 214-216, 219-220, 222-225, 228-233, 235-238.

Dunn H. 2003. *Horizontal violence among nurses in the operating room*. AORN Journal 78, 997-980, 982, 984-988.

Edwards D & Burnard P. 2003. *A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses*. Journal of Advanced Nursing 42, 169-200.

Elo A-L, Dallner M, Gamberale F, Hottinen V, Knardahl S, Lindström K, Skogstad A & Ørhede E. 2000. *QPSNordic- käsikirja. Pohjoismainen työn psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden yleiskysely*. Työterveyslaitos, Helsinki.

Eriksen W, Bruusgaard D & Knardahl S. 2003. *Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides*. Occupational and Environmental Medicine 60, 271-278.

Espin S, Regehr G, Levinson W, Baker G, Ross B & Lingard L. 2001. *Factors influencing perioperative nurse's error reporting preferences*. AORN journal 85, 527-528, 530-532, 534-536, 539-543.

Estryn-Béhar M, Van der Heijden B, Oginska H, Camerino D, Le Nézet O, Conway P, Fry C & Hasselhorn H-M. 2007. *The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses*. Medical Care 45, 939-950.

ETENE- julkaisuja 1. *Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet*. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Farrell V & Davies K. 2006. *Shaping and cultivating a perioperative culture of safety*. AORN Journal 84, 857-858, 860-861.

Fawcett D. 2002. *Mentoring – What it is and how to make it work*. AORN Journal 75, 950 – 954.

Fereday J & Muir-Cochrane E. 2004. *Evaluating performance feedback: a research study into issues of credibility and utility for nursing clinicians*. Contemporary Nurse 17, 138-148.

Finger S & Pape T. 2002. *Invitational theory and perioperative nursing preceptorships*. AORN Journal 76, 630-642.

Forbes M. & Brown H. 1995. *Developing an instrument for measuring patient satisfaction*. AORN Journal 61, 737-743.

Frase L & Streshly W. 1994. *Lack of accuracy, feedback, and commitment in teacher evaluation*. Journal of Personnel Evaluation in Education 8, 47-57.

Fung D & Cohen M. 1998. *Measuring patient satisfaction with anesthesia care: A review of current methodology*. Anesthesia & Analgesia 87, 1089-1098.

Gaughan A. 2001. *Effective leadership behaviour: leading “the bird way” from a primary care group perspective – A study of leadership constructs elicited from members of primary care group management boards*. Journal of Management in Medicine, 359-94.

Gelfand M, Erez M & Aycan Z. 2007. *Cross-cultural organizational behavior*. Annual Reviews of Psychology 58, 479-514.

Gelsema T, van der Doef M, Maes S, Janssen M, Akerboom S & Verhoeven C. 2006. *A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences*. Journal of Nursing Management 14, 289-299.

- Gentry M. 2006. *Registered nurse peer evaluation in the perioperative setting*. AORN Journal. 84, 462, 464-470, 472.
- Gillette V. 1996. *Applying nursing theory to perioperative nursing practice*. AORN Journal 64, 261-270.
- Girard N. 2005. *Are you a professional?* AORN Journal 81, 487-488.
- Greenberg M, Colombraro G, DeBlasio J, Dolan J & Rich E. 2001. *Rewarding preceptors: A cost-effective model*. Nurse Education 26, 114-116.
- Greenslade J & Nerina L. 2007. *Distinguishing between task and contextual performance for nurses: development of a job performance scale*. Journal of Advanced Nursing 58, 602-611.
- Groah L. 1996a. *Every perioperative nurse is a leader*. AORN Journal 64, 8-10.
- Groah L. 1996b. *Mentoring is the greatest gift that perioperative nurses can give to each other*. AORN Journal 64, 868-870.
- Grönroos E & Perälä M-L. 2004. *Johtamistutkimus terveydenhuollossa – kirjallisuuskatsaus*. Stakes, Aiheita 22/2004.
- Gustafsson C. 2004. *Reflection, the way to professional development?* Journal of Clinical Nursing 13, 271-280.
- Ha M & Park J. 2005. *Shiftwork and metabolic risk factors of cardiovascular disease*. Journal of Occupational Health 47, 89-95.
- Hagstrom A. 2006. *Perceived barriers to implementation of a successful sharps safety program*. AORN Journal 83, 391-397.
- Hahn J, Butz K, Gavin J, Mills R & Welter C. *Recognizing professional and volunteer activities*. AORN Journal 79, 1006, 1009-1010.

Hall D. 2007. *The relationship between supervisor support and registered nurse outcomes in nursing care units*. Nursing Administration Quarterly, Future Nursing Workforce: Securing Intellectual Capital 31, 68-80.

Hallin K & Danielson E. 2008. *Registered nurses' perceptions of their work and professional development*. Journal of Advanced Nursing 61, 62-70.

Hankela S. 1999. *Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen*. Acta Universitatis Tamperensis 664. Akateeminen väitöskirja.

Haslam S, O'Brien A, Jetten J, Vormedal K & Penna S. 2005. *Taking the strain: Social identity, social support, and the experience of stress*. British Journal of Social Psychology 44, 355-370.

Heikkilä T. 2005. *Tilastollinen tutkimus*. Edita, Helsinki.

Heizenroth P. 1996. *Key components of perioperative orientation*. AORN Journal 63, 183-190.

Hellemaa P. 2005. *Inhimillisten resurssien johtaminen osastonhoitajan työssä*. Pro gradu – tutkielma, Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos.

Hepner D, Bader A, Hurwitz S, Gustafson M & Tsen L. 2004. *Patient satisfaction with preoperative assessment in a preoperative assessment testing clinic*. Anesthesia & Analgesia 98, 1099–1105.

Hiidenhovi H. 2001. *Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla*. Acta Universitatis Tamperensis, 833. Tampere University Press. Akateeminen väitöskirja.

Hind M. 1998. *Specialist nursing. Surgeons' assistants: a new role for operating theatre nurses?* British Journal of Nursing 6, 1298-1302.

Hintsala A. 2005. *Autonomia ammatista poistumisen ennakoijana hoitotyössä. Nais- ja mieshoitajien arviointia ja vertailua päätöksenteosta, pätevydestä, työn tärkeydestä ja johtamisesta hoitotyössä*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 117.2005. Akateeminen väitöskirja.

- Hukkanen E. 2005. *Kehityskeskustelu sairaanhoitajan työn arvioinnissa ja kehittämässä*. Pro gradu – tutkielma. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Jamtvedt G, Young J, Kristoffersen D, O'Brien M & Oxman A. 2006. *Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes*. The Cochrane Library, The Cochrane Collaboration 4 <http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi> (Luettu 21.2.2007)
- Junttila K. 2006. Perioperatiivisen luokituksen hyödyntäminen hoitotyön käytännössä ja johtamisessa. Teoksessa: Miettinen M, Hopia H, Koponen L & Wilskman K (toim.) *Inhimillisten voimavarojen johtaminen*. Hoitotyön vuosikirja 2006, Sairaanhoidajaliitto.
- Kageyama T, Nishidiko N, Kobayashi T, Oga J & Kawashima M. 2001. *Cross-sectional survey on risk factors for insomnia in Japanese female hospital nurses working rapidly rotating shift system*. Journal of Human Ergology 30, 149-154.
- Kalish B & Aebersold M. 2006. *Overcoming to patient safety*. Nursing Economics 24, 143-148, 155.
- Kandolin I, Hakola T, Härmä M & Sallinen M. 2000. Toimivat työaikamallit. Julkaisussa: Härmä M (Toim.) *Toimivat ja terveet työajat*. Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö, Työministeriö, Helsinki.
- Kangas S, Kee C & McKee-Waddle R. 1999. *Organizational factors, nurses' job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care*. Journal of Nursing Administration 29, 32-42.
- Kanste O. 2005. *Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa*. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis, Medica, D 815, Oulun yliopisto, Oulu.
- Kanste O. 2006. *Työuupumuksen työyhteisölliset riskitekijät hoitotyössä: Katsaus kansainvälisiin empiirisiin tutkimuksiin*. Tutkiva hoitotyö 1, 10–15.

- Kanste O. 2007. *Kehityskeskustelujen sisältö hoitajien kuvaamana terveydenhuoltoalalla*. Tieteellinen artikkeli. *Premissi* 3, 42 – 47.
- Karppinen V, Huuhtanen M, Juvonen S, Jämsén S, Lahti C, Maaniemi J & Tarumo S. 2005. *Opas uuden palkkausjärjestelmän soveltajille ja kehittäjille*. Valtiovarainministeriö, Helsinki.
- Keskinen S. 2005. *Tutkimus alaistaidoista kunnissa*. Kunnallisan alan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, nro 49, Pole- Kuntatieto Oy.
- Khowaja K, Merchant R & Hirani D. 2005. *Registered nurses perception of work satisfaction at a Tertiary Care University Hospital*. *Journal of Nursing Management* 13, 32-39.
- Killen A, Kleinbeck S, Golar K, Schuchardt J & Uebele J. 1997. *The prevalence of perioperative nurse clinical judgements*. *AORN Journal*, 65, 101–108.
- Kivimäki M. 1996. *Confidential conversations between supervisor and employee as means for improving leadership: a quasi-experimental study in hospital wards*. *Journal of Nursing Management*, 325-335.
- Kitson A. 1997. *Developing excellence in nursing practice and care*. *Nursing Standard* 12, 33-37.
- Koivula M & Paunonen-Ilmonen M. 2001. *Ward sisters' objectives in developing nursing and problems with development*. *Journal of Nursing Management* 9, 287-294.
- Knutsson A. 2003. *Health disorders of shift workers*. *Occupational Medicine* 53, 103-108.
- Koota E. 1999. Vertaisarviointi kirjallisen hoitotyön suunnitelmien arviointimenetelmänä. Teoksessa: Munnukka T (päätoim.), Halme S, Kiikkala I, Koponen P & Voutilainen P. *Hoitotyön vuosikirja 1999, Dokumentointi hoitotyössä*.
- Kunnallinen työmarkkinalaitos, yleiskirje A5/1997.
- Kuokkanen L & Leino-Kilpi H. 2001. *The qualities of an empowered nurse and the factors involved*. *Journal of Nursing Management* 9, 273-280.

Kuokkanen L, Leino-Kilpi H & Katajisto J. 2003. *Nurse empowerment; job-related satisfaction, and organizational commitment*. Journal of Nursing Quality 18, 184-192.

Kvist T, Julkunen-Vehviläinen K & Kinnunen J. 2006. *Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät*. Hoitotiede 3, 107-119.

Kääriäinen M & Kyngäs H. 2005. *Käsitteanalyysi ohjaus- käsitteestä hoitotieteessä*. Hoitotiede 17, 251–258.

Laijärvi H & Kaunonen M. 2005. *Summa-asteikot hoitotieteellisessä tutkimuksessa*. Hoitotiede 17, 89-96.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 --- 653/2000.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 559/1994.

Lambert & Lambert. 2001. Artikkelissa: Chang E, Hancock K, Johnson A, Daly J & Jackson D. 2004. *Role stress in nurses: Review of related factors and strategies for moving forward*. Nursing & Health Sciences 7, 57-65.

Lammintakanen J & Kinnunen J. 2006. Hoitotyön osaamisvaatimukset ja merkitys tulevaisuuden terveystalveissa. Teoksessa: Miettinen M, Hopia H, Koponen L & Wilskman K (toim.) *Inhimillisten voimavarojen johtaminen*. Hoitotyön vuosikirja 2006, Sairaanhoidtajaliitto.

Lee H, Hwang S, Kim J & Daly B. 2004. *Predictors of life satisfaction of Korean nurses*. Journal of Advanced Nursing 48, 632-641.

Lee J. 2003. *Job stress, coping and health perceptions of Hong Kong primary care nurses*. International Journal of Nursing Practice 9, 86-91.

Leiter M & Spence Lashinger H. 2006. *Relationships of work and practice environment to professional burnout: Testing a causal model*. Nursing Research 55, 137-146.

Lepistö, S. 2006. *Hoitotyön johtajan työssä jaksamiseensa saama tuki*. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos.

Lilienthal P.2003. *Employee feedback and the board*. Corporate Board 24, 11.

Lingard L, Reznick R, Espin S, Regehr G & DeVito I. 2002. *Team communications in the operating room: Talk patterns, sites of tension, and implications for novices*. Academic Medicine 77, 232-237.

Lindgard L, Reznick R, de Vito I, Espin S. 2002. *Forming professional identities on the health care team: discursive constructions of the "other" in the operating room*. Medical Education 36, 728-734.

Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker G, Reznick R, Bohnen J, Orser B, Doran D & Grober E. 2004. *Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects*. Quality and Safety in Health Care 13, 330-334.

Lingard L, Espin S, Rubin B, Whyte S, Colmenares M, Baker G, Doran D, Grober E, Orser B, Bohnen J & Reznick R. 2005. *Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR*. Quality and Safety in Health Care 14, 340-346.

Lissabonin julistus potilaan oikeuksista. 1981/1995. Maailman lääkäriliitto.

Lundstrom T, Pugliese G, Bartley J, Cox J & Guither C.2002. *Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes*. American Journal of Infection Control 30, 93-106.

Malach C. 2003. *Job Burnout: New Directions in Research and Intervention*. Current Directions in Psychological Science 12, 189-192.

Mallik M. 1997. *Advocacy in nursing- a review of the literature*. Journal of Advanced Nursing 25, 130-138.

- Mardell A & Rees C. 1998. *The theatre nurse: getting the image right*. Nursing Standard 13, 14-20.
- Maslach C, Schaufeli W & Leiter M. 2001. *Job burnout*. Annual Review of Psychology 52, 397-422.
- McGarvey H, Chambers M & Boore J. 2000. *Development and definition of the role of the operating department nurse: a review*. Journal of Advanced Nursing 32, 1092-1100.
- McGarvey H, Chambers M & Boore J. 2004. *The influence of context on role behaviours of perioperative nurses*. AORN Journal 80, 1103-1104, 1106-1112, 1114, 1117-1120.
- McKnight B, McDaniel S & Ehmann V. 2006. *Try point incentives for employee reward and recognition*. Nursing Management, 42-45.
- McNamara S. 1995. *Perioperative nurses' perceptions of caring practices*. AORN Journal 61, 377-388.
- McNeese-Smith D. 1997. *The influence of manager behavior on nurses' job satisfaction, productivity, and commitment*. Journal of Nursing Administration 27, 47- 55.
- McVicar A. 2003. *Workplace stress in nursing: a literature review*. Journal of Advanced Nursing 44, 633-642.
- Milliken T, Clements P & Tillman H. 2007. *The impact of stress management on nurse productivity and retention*. Nursing Economics 25, 203-210.
- Mohren D, Jansen N, Kant I, Galama J, van den Brandt P & Swaen G. 2002. *Prevalence of common infections among employees in different work schedules*. Journal of Occupational Environmental Medicine 44, 1003-1011.
- MOT kielikone sähköisenä versiona: <http://mot.kielikone.fi/mot/uta/netmot.exe> (luettu 7.3.2007).
- Nummenmaa A-R. 2004. *Ohjaajana opinnäytetöiden työprosessissa: ryhmäohjauksen käytäntöä ja teoriaa*. Tampere University Press.

Nurmela T. 2002. *Ajattelun taito ja lupa ilmaista. Teoreettis-käsitteellinen tutkimus hoitotyön edellyttämistä kriittisen ajattelun taidoista ja sen edellytyksistä*. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 860.

O'Reilly M, Talsma A, VanRiper S, Kheterpal S & Burney R. 2006. *An anesthesia information system designed to provide physician-specific feedback improves timely administration of prophylactic antibiotics*. *Anesthesia & Analgesia* 103, 908-912.

Oriol M 2006. *Crew resource management: Applications in healthcare organizations*. *Journal of Nursing Administration* 36, 402-406.

Parikh P, Taukari A & Bhattacharya T. 2004. *Occupational stress and coping among nurses*. *Journal of Health Management* 6, 115-127.

Parsons M & Stonestreet J. 2003. *Factors that contribute to nurse manager retention*. *Nursing Economics* 21, 120-126.

Piekkola H. 2003. *Työssä jaksaminen kiireiden ja vapaa-ajan puristuksissa – tutkimus ikääntyvien ajankäytöstä*. www.mol.fi/jaksamisohjelma. (Luettu 15.1.2006.)

Pietilä N. 2004. *Kehityskeskustelu sairaanhoitajan työssä oppimisen tukijana*. Pro gradu – tutkielma, Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos.

Piper H, Hassel A, Rowe I & Delamere J. 2005. *Experience of six years of a regional peer review scheme in rheumatology*. *Rheumatology* 45, 1110-1115.

Pousette A, Jacobsson C, Thylefors I & Hwang C. 2003. *The role of feedback in Swedish human service organizations*. *Community, Work & Family* 6, 245-268.

Powell S & Hill R. 2006. *My copilot as a nurse – Using crew resource management in the OR*. *AORN Journal* 83, 178-202.

Radford M. 1998. *Lecture theatre*. *Nursing Standard* 12, 8-14.

Reavis C, Sandidge J & Bauer K. *Critical thinking's role in perioperative patient safety outcomes*. 1998. AORN Journal 68, 758-760, 762, 764, 767-768, 771-772.

Riley R & Manias E. 2002. *Foucault could have been an operating room nurse*. Journal of Advanced Nursing 39, 316-324.

Rivers R, Swain D & Nixon W. *Using aviation safety measures to enhance patient outcomes*. 2003. AORN Journal 77, 158, 160-162.

Rowe J. 2007. *Pay-for-performance and accountability*. Annals of Internal Medicine 146, 824-825.

Rudolfsson G, Ringsberg K & Von Post I. 2003. *A source of strength – nurses' perspectives of the perioperative dialogue*. Journal of Nursing Management 11, 250-257.

Ryynänen O-P, Kinnunen J, Myllykangas M, Lammintakanen J & Kuusi O. 2004. *Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. Esiselvitys*. Tulevaisuusvaliokunta, teknologian arviointeja 20. Eduskunnan kanslian julkaisu 8/2004.

Sairanen S. 2006. *Mentorointi ammatillisen osaamisen kehittymisessä*. Teoksessa: Miettinen M, Hopia H, Koponen L & Wilskman K (toim.) *Inhimillisten voimavarojen johtaminen*. Hoitotyön vuosikirja 2006, Sairaanhoidajaliitto.

Salanova M, Bakker A & Llorens S. 2006. *Flow at work: evidence for an upward spiral of personal and organizational resources*. Journal of Happiness Studies 7, 1-22.

Sanghera I, Franklin B & Dhillon S. 2007. *The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in the UK Intensive care unit*. Anaesthesia 62, 53-61.

Schroeter K. 1999. *Ethical perception and resulting action in perioperative nurses*. AORN Journal 69, 991-995, 997-1002.

Schroeter K. 2000. *Advocacy in perioperative nursing practice*. AORN Journal 71, 1205, 1207-1210, 1213, 1215-1218, 1220, 1222-1224, 1227-1232.

Scott E, Earl C, Leaper D, Massey M, Mewburn J & Williams N. 1999. *Understanding perioperative nursing*. Nursing Standard 13, 49-54.

Scott E & Summerbell L. 2004. *Managing risk in the preoperative environment*. Nursing Standard 18, 47-52, 54-55.

Sexton J, Thomas E & Helmreich R. 2000. *Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys*. British Medical Journal 320, 745-749.

Sexton J, Makary M, Tersigni A, Pryor D, Hendrich A, Thomas E, Holzmueller C, Knight A, Wu Y & Pronovost P. 2006. *Teamwork in the operating room: Frontline perspectives among hospitals and operating room personnel*. The Journal of American Society of Anesthesiologist 105, 887-884.

Sigurdsson H. 2001. *The meaning of being a perioperative nurse*. AORN Journal 74, 202, 205-208, 211, 213-217.

Sikka R. 2007. *Pay for performance in emergency medicine*. Annals of Emergency Medicine 49, 756-761.

Silén-Lipponen M, Turunen H, Tossavainen K, Smith A & Russell J. 1999. *Leikkaushoitajien merkityksellisiä kokemuksia yhteistoiminnallisuudesta*. Hoitotiede 11, 39 - 48.

Silén-Lipponen M, Turunen H & Tossavainen K. 2002. *Collaboration in the operating room: The nurses' perspective*. Journal of Nursing Administration 32, 16-19.

Silén-Lipponen M, Tossavainen K & Turunen H. 2004. *Käsiteanalyysi tiimistä – sovelluksena leikkaushoitotyön tiimi*. Hoitotiede 16, 188–200.

Silén-Lipponen M. 2005. *Tiimityö leikkaushoitotyössä-käsitteellinen näkökulma ja suomalaisten, englantilaisten ja amerikkalaisten hoitajien ja hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia*. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 123.

Silén-Lipponen M, Tossavainen K, Turunen H & Smith A. 2005. *Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses*. International Journal of Nursing Practice 11, 21-32.

Sivistyssanakirja - Nykysuomen opas. 2002. WSOY, Juva.

Spath P. 2003. *Using failure mode and effects analysis to improve patient safety*. AORN Journal 78, 18-20, 22-26, 28-29, 31-37, 41-44.

Spence Laschinger H & Finegan J. 2005. *Empowering nurses for work engagement and health in hospital settings*. Journal of Advanced Nursing Administration 35, 439-449.

Spence Laschinger H, Hall L, Pedersen C & Almost J. 2005. *A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: An actionable approach to measuring patient satisfaction*. Journal of Nursing Care Quality 20, 220-230.

Spence Laschinger H, Purdy N, Cho J & Almost J. 2006. *Antecedents and consequences of nurse managers' perceptions of organizational support*. Nursing Economics 24, 20-29.

Spinelli R & Fromknecht J. 2007. *Pay for performance: Improving quality care*. The Health Care Manager 26, 128-137.

Stordeur S & D'Hoore W. 2006. *Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses*. Journal of Advanced Nursing 57, 45-58.

Stow J. 2006. *Using medical-error reporting to drive patient safety efforts*. AORN 84, 405-408, 411-414, 417-420.

Suikkala A, Miettinen M, Holopainen A, Montin S & Laaksonen K. 2004. *Sairaanhoitajan kliininen urakehitys*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Suomen kielen perussanakirja, toinen osa L-R. 1992. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus, Helsinki.

- Taylor S, White B & Muncer S. 1999. *Nurses' cognitive structural models of work-based stress*. Journal of Advanced Nursing 29, 974-983.
- Thomas E, Sexton J & Helmreich R. 2003. *Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians*. Critical Care Medicine 31, 956-959.
- Thomas E, Sherwood G & Helmreich R. 2003. *Lessons from aviation: Teamwork to improve patient safety*. Nursing Economics 21, 241-243.
- Thompson J, Wieck K & Warner A. 2003. *What perioperative and emerging workforce nurses want in a manager*. AORN Journal 78, 246-249, 252-256, 258, 261.
- Tiuraniemi J. 2002. Reflektiivisyys asiantuntijan työssä. Teoksessa: Niemi P & Keskinen E. *Taitavan toiminnan psykologia*. Turun yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja, Turku.
- Tourangeau A & Cranley L. 2006. *Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants*. Journal of Advanced Nursing 55, 497-509.
- Tuominen H, Kankkunen P & Suominen T. 2006. *Sairaanhoitajien kokemuksia kehityskeskusteluista ammatillisen kehityksen tukena*. Tutkiva hoitotyö 1, 16-22.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsittelemisen*. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Utriainen K & Kyngäs H. 2008. *Hoitajien työhyvinvointi: systemaattinen kirjallisuuskatsaus*. Hoitotiede 1, 36-47.
- Vahey D, Aiken L, Sloane D Clarke S & Vargas D. 2004. *Nurse burnout and patient satisfaction*. Medical Care 42, 57-66.
- van Vegchel N, de Jonge J, Meijer T & Hamers J. 2001. *Different effort constructs and effort-reward imbalance: effects on employee well-being in ancillary health care workers*. Journal of Advanced Nursing 34, 128-136.

- Vehviläinen S. 2001. *Ohjaus vuorovaikutuksena*. Gaudeamus, Helsinki.
- Vehviläinen-Julkunen K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: *Hoitotieteen tutkimusetiikka*. Paunonen M. & Vehviläinen Julkunen K. WSOY, Juva.
- Vehviläinen-Julkunen K & Paunonen M. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa: *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. WSOY, Juva.
- Vigoda M & Lubarsky D. 2006. *The medicolegal importance of enhancing timeliness of documentation when using an anesthesia information system and the response to automated feedback in an academic practice*. *Anesthesia and Analgesia* 103, 131-136.
- Vuorinen R, Tarkka M & Meretoja R. 2000. *Peer evaluation in nurses' professional development: a pilot study to investigate the issues*. *Journal of Clinical Nursing* 9, 273-281.
- Way M & MacNeil M. 2006. *Organizational characteristics and their effects on health*. *Nursing Economics* 24, 67-76.
- Wieczorek P. 1995. *Developing critical pathways for the operating room*. *AORN Journal* 62, 925-929.
- Wiili- Peltola E. 2005. *Sairaala muutosten ristipaineessa. Hallinnan kehittämisen haasteita sairaalaorganisaatiossa*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteen laitos.
- Woodhead K. 1995. *Assisting the surgeon: the dilemma for nurses*. *Nursing Standard* 10, 11-17.
- Xanthopoulou D, Bakker A, Demerouti E & Schaufeli W. 2007. *The role of personal resources in the job demands-resources model*. *International Journal of Stress Management* 14, 121-141.

Liite 1. Palautemittarin summamuuttujien ja muuttujien muodostaminen kirjallisuuden perusteella.

Muuttujat	Lähteet
ORGANISAATION VÄLITTÄMÄ PALKITSEMINEN	Bakker ym. 2000; Van Vegchel ym. 2001; McVicar 2003; Kanste 2005; Spence Lachinger ym. 2005; Gelsema ym. 2006; Kanste 2006; Spence Laschinger ym. 2006
Olen saanut rahallisen palkkion, esimerkiksi palkankorotuksen, henkilökohtaisen palkanlisän tai kertakorvauksen, viimeisen vuoden sisällä.	Bailey 1998; Karppinen ym. 2005; Gelfand ym. 2007; Rowe 2007; Sikka 2007; Spinelli & Fromknecht 2007 McKnight ym. 2006; Way & McNeil 2006
Olen saanut ei-rahallisen palkitsemisen, esimerkiksi liikuntalippuja, teatteri- tai elokuvalippuja, lahjakortteja, lahjatavaroita työnantajalta viimeisen vuoden sisällä.	Greenberg ym. 2001
Olen saanut hyvin tehdystä työstä kiinnostavia työtehtäviä tai mahdollisuuden osallistua koulutukseen vuoden sisällä.	Thompson ym. 2003; kanste 2005; Spence Laschinger 2005
Olen saanut tunnustusta tai myönteistä palautetta tai kiitosta työnantajalta tekemästani työstä viimeisen vuoden aikana.	
VÄLITÖN HENKILÖKOHTAINEN PALAUTE	Cronin & Becherer 1999
Saan hoitotyöhön liittyvää palautetta muilta leikkaustiimin jäseniltä.	Silén-Lipponen 2005; Farrell & Davies 2006
Perehdyttäjäni antaa minulle palautetta työssä oppimisesta. (Kysymys vain perehtyjille.)	Heizenroth 1996; Tuominen ym. 2006
Saan mentoriltani tekemääni hoitotyöhön liittyvää palautetta. (Kysymys vain mentorointisuhteessa oleville.)	Groah 1996b; Allen 2002; Fawcett 2002; Sairanen 2006
Vertaisarvioinnissa sain ammatillista kehittymistä tukevaa palautetta. (Kysymys vain vertaisarviointiin osallistuville.)	Koota 1999; Vuorinen ym. 2000; Briggs ym. 2005; Gentry 2006; Piper ym. 2006
Saan esimieheltäni hoitotyön tekemiseen liittyvää palautetta.	Gaughan 2001; Best & Thurston 2004; Grönroos & Perälä 2004; Keskinen 2005; Silén-Lipponen 2005
Esimies on kiinnostunut tekemästani hoitotyöstä.	McNeese-Smith 1997; Hintsala 2005
Käyn esimieheni kanssa luottamuksellisia keskusteluja.	Kivimäki 1996

Kehityskeskustelussa arvioin itse tekemääni hoitotyötä.	Pietilä 2004; Hukkanen 2005
Kehityskeskustelussa saan positiivista palautetta.	Pietilä 2004; Hukkanen 2005; Tuominen ym. 2006; Kanste 2007
Kehityskeskustelussa saan rakentavaa palautetta.	Pietilä 2004; Hukkanen 2005; Tuominen ym. 2006; Kanste 2007
Esimieheni tuntee riittävästi työskentelyäni.	Fereday & Muir-Cochrane 2004; Tuominen ym. 2006
Saan potilailta henkilökohtaista palautetta	Mardell & Rees 1998; Hankela 1999; Bauer 2001; Rudolfsson ym. 2003
VÄLILLINEN PALAUTE	Caramico 1998; Dunn D 2003a; 2003b; Riley ym. 2003; Spath 2003
Saan tietoa potilastyytyväisyyskyselyistä.	Forbes 1995; Hiidenhovi 2001
Saan tietoa potilasvalituksista.	Laki 785/1992
Saan systemaattisesti tietoa osastolla tapahtuvista, hoitotyöhön liittyvistä virheistä.	Dunn D 2003a; 2003b; Riley ym. 2003, Rivers ym. 2003; Spath 2003; Thomas ym. 2003; Hagstrom 2006; Oriol 2006; Powell & Hill 2006; Stow 2006
Saan tietoa hoitotyöhön liittyvistä tilastoista, esimerkiksi infektio-tilastoista, toimintatilastoista jne.	Wieczorek 1995; Caramico ym. 1998; Charters 2003; Junttila 2006
Vuodeosastolta annetaan palautetta potilaan leikkausosastolla saamasta hoidosta.	Brinkman ym. 2007
Salassapitovelvollisuus estää vuodeosaston sairaanhoitajia antamasta palautetta	Laki 559/1994 § 17; laki 653/ 2000; Lissabonin julistus 1981/1995
PALAUTTEEN ANTAMINEN	Mallick 1999; Chard 2000; Schroeter 2000; Beyea 2005; Boyle 2005
Kehityskeskustelussa annan palautetta esimiehelleni.	Grönroos & Perälä 2004; Pietilä 2004; Wiili-Peltola 2005; Tuominen ym. 2006
Rohkenen antaa palautetta muille leikkausosaston sairaanhoitajille.	Groah 1996a; Mallick 1999; Chard 2000; Schroeter 2000; Beyea 2005; Boyle 2005; Silén-Lipponen 2005

Rohkenen antaa palautetta kirurgille/ anestesia- lääkärille.	Groah 1996a; Mallik 1999; Chard 2000; Schroeter 2000; Thomas ym. 2003; McGarvey ym. 2004; Beyea 2005; Boyle 2005; Silén-Lipponen 2005
Ilmapiiri on avoin palautteen antamiselle muille tiimin jäsenille.	Dunn H 2003; Lilienthal 2003; Buback 2004
Ilmapiiri on avoin virheistä raportointiin.	Sexton ym. 2000; Espin ym. 2001; Silén-Lipponen 2005; Kalish & Aebersold 2006

Liite 2. Kyselylomakkeen taustakysymykset ja palautemittari.

PALAUTEKÄYTÄNNÖT JA TYÖHYVINVOINTI PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ – KYSELYLOMAKE

Seuraavilla sivuilla on esitetty joukko palautekäytäntöjä ja työtäsi koskevia kysymyksiä ja väittämiä. Varaa vastaamiseen tarpeeksi aikaa. Vastaa kysymyksiin joko ympyröimällä mielipidettäsi parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varatulle riville.

Taustatiedot

1. Syntymävuosi _____

2. Sukupuoli Mies 1
 Nainen 2

3. Kuinka kauan olet toiminut perioperatiivisena sairaanhoitajana? _____

4. Mikä on taustakoulutuksesi?

Sairaanhoitajan opistotason tutkinto	1
Sairaanhoitajan opistotason tutkinto + leikkaus/anestesiahoitotyön erikoissairaanhoitajan tutkinto	2
Sairaanhoitajan opistotason tutkinto + muu erikoissairaanhoitajan tutkinto	3
Sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinto, perioperatiivinen suuntautuminen	4
Sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinto, muu suuntautuminen	5
Jokin muu, mikä? _____	6

5. Missä tehtävissä toimit leikkausosastolla?

Anestesiahoitaja	1
Instrumentti- ja/tai valvova hoitaja	2
Anestesia- sekä instrumentti- ja/tai valvova hoitaja	3

6. Mikä seuraavista kuvaa parhaiten työaikamuotoasi?

Päivätyö	1
Päivätyö ja varallaolo	2
Kaksivuorotyö	3
Kolmivuorotyö	4
Joku muu, mikä? _____	5

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Vähän eri/vähän samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
7. Olen saanut rahallisen palkkion, esimerkiksi henkilökohtaisen palkanlisän tai kertakorvauksen, vuoden sisällä.	1	2	3	4	5
8. Olen saanut ei-rahallisen palkitsemisen, esimerkiksi teatteri- tai elokuvalippuja, työnantajalta vuoden sisällä.	1	2	3	4	5
9. Olen saanut hyvin tehdystä työstä kiinnostavia työtehtäviä tai mahdollisuuden osallistua koulutukseen vuoden sisällä.	1	2	3	4	5
10. Olen saanut tunnustusta tai myönteistä palautetta tai kiitosta lähiesimieheltäni tekemästani työstä vuoden aikana	1	2	3	4	5
11. Saan tekemääni hoitotyöhön liittyvää palautetta muilta leikkaustiimin jäseniltä.	1	2	3	4	5
Vastaa kysymykseen 12 vain jos olet perehdytysvaiheessa.					
12. Perehdyttäjani antaa minulle palautetta työssä oppimisesta.	1	2	3	4	5
Vastaa kysymykseen 13 vain, jos olet mentorointisuhteessa.					
13. Saan mentoriltani tekemääni hoitotyöhön liittyvää palautetta.	1	2	3	4	5
Vastaa kysymykseen 14 vain, jos olet osallistunut vertaisarviointiin.					
14. Vertaisarvioinnissa sain ammatillista kehittymistä tukevaa palautetta.	1	2	3	4	5
15. Saan esimieheltäni hoitotyön tekemiseen liittyvää palautetta.	1	2	3	4	5
16. Esimies on kiinnostunut tekemästani hoitotyöstä	1	2	3	4	5

	Täysin eri mieltä	Jokseen- kin eri mieltä	Vähän eri/ vähän samaa mieltä	Jokseen- kin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
17. Käyn esimieheni kanssa luottamuksellisia keskusteluja.	1	2	3	4	5
18. Kehityskeskustelussa arvioin itse tekemääni hoitotyötä.	1	2	3	4	5
19. Kehityskeskustelussa saan positiivista palautetta.	1	2	3	4	5
20. Kehityskeskustelussa saan rakentavaa palautetta.	1	2	3	4	5
21. Esimieheni tuntee riittävästi työskentelyäni.	1	2	3	4	5
22. Saan potilailta henkilökohtaista palautetta.	1	2	3	4	5
23. Saan tietoa potilastyytyväisyyskyselyistä.	1	2	3	4	5
24. Saan tietoa potilasvalituksista.	1	2	3	4	5
25. Saan systemaattisesti tietoa osastolla tapahtuvista, hoitotyöhön liittyvistä virheistä.	1	2	3	4	5
26. Saan tietoa hoitotyöhön liittyvistä tilastoista, esimerkiksi infektiotilastoista, toimintatilastoista jne.	1	2	3	4	5
27. Vuodeosastolta annetaan palautetta potilaan leikkausosastolla saamasta hoidosta.	1	2	3	4	5
28. Salassapitovelvollisuus estää vuodeosaston sairaanhoitajia antamasta palautetta.	1	2	3	4	5
29. Kehityskeskusteluissa annan palautetta esimiehelleni.	1	2	3	4	5

	Täysin eri mieltä	Jokseen- kin eri mieltä	Vähän eri/ vähän samaa mieltä	Jokseen- kin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
30. Rohkenen antaa palautetta muille leikkausosaston sairaanhoitajille.	1	2	3	4	5
31. Rohkenen antaa palautetta kirurgille/ anestesia lääkkärille.	1	2	3	4	5
32. Ilmapiiri on avoin palautteen antamiseen muille tiimin jäsenille.	1	2	3	4	5
33. Ilmapiiri on avoin virheistä raportointiin	1	2	3	4	5
34. Minulla on leikkaustiimissä itsenäinen tehtävä.	1	2	3	4	5
35. Leikkaustiimissä kaikilla on yhteinen päämäärä.	1	2	3	4	5
36. Leikkaustiimi on yhteisvastuussa työn tuloksista.	1	2	3	4	5
37. Leikkaustiimissä tiimityö onnistuu hyvin.	1	2	3	4	5
38. Koen olevani tärkeä osa leikkaustiimiä	1	2	3	4	5
Laatija Ulla Syvänen					

LIITE 3. Saatekirje pilottitutkimukseen osallistuvalla perioperatiiviselle hoitajalle.

Hyvä perioperatiivinen sairaanhoitaja!

Opiskelen Tampereen yliopistossa terveystieteiden maisteriksi hoitotyön koulutusohjelmassa suuntautumisvaihtoehtona hoitotyön johtaminen. Teen pro gradu-tutkielmaani perioperatiivisen sairaanhoitajan kokemuksista hoitotyöstä saadusta palautteesta ja työhyvinvoinnista. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää perioperatiivisen hoitotyön palautekäytäntöjen yhteyttä työhyvinvointiin. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää palautekäytäntöjä ja vahvistaa työhyvinvointia. Palautekäytäntöjen kehittäminen on tärkeää, sillä hoitotyöstä annettavalla palautteella on vaikutusta hoitohenkilökunnan työhyvinvointiin. Kokonaisvaltainen työhyvinvointi puolestaan vaikuttaa työntekijän suoriin työssä ja heijastuu potilaan hoitoon.

Tutkimus muodostuu Tampereen yliopistollisen sairaalan perioperatiivisille sairaanhoitajille suunnatusta kyselystä. Sinut on valittu vastaajaksi tutkimuksen pilottikyselyyn perioperatiivisen kokemuksesi perusteella. Pilottikyselyssä on tarkoitus testata käytetyn kyselylomakkeen toimivuus. Pyydän Sinua vastaamaan kyselyyn ja antamaan palautetta lomakkeesta. Pyydän Sinua kirjoittamaan palautettasi sellaisiin väittämiin/ kysymyksiin, jotka ovat mielestäsi epäselviä ja/tai kaipaavat selvennystä. Osallistumalla pilottitutkimukseen tuot tärkeää asiantuntemustasi. Osallistuminen on vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimusraportti julkaistaan kevään 2008 aikana ja toimitetaan ylihoitaja Riitta Unkilalle. Tutkimuksen toteuttamiseen on saatu lupa ylihoitaja Unkilalta. Jos mielessäsi heräsi kysymyksiä, voit tarvittaessa ottaa yhteyttä tutkijaan.

Kiitos osallistumisestasi!

Ulla Syvänen

puh. (xx) xxxx xxxx

ulla.syvanen@xxxx.fi

LIITE 4. Saatekirje tutkimukseen osallistuvalla perioperatiiviselle hoitajalle.

Hyvä perioperatiivinen sairaanhoitaja!

Opiskelen Tampereen yliopistossa terveystieteiden maisteriksi hoitotyön koulutusohjelmassa suuntautumisvaihtoehtona hoitotyön johtaminen. Teen pro gradu-tutkielmaani perioperatiivisen sairaanhoitajan kokemuksista hoitotyöstä saadusta palautteesta ja työhyvinvoinnista. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää perioperatiivisen hoitotyön palautekäytäntöjen yhteyttä työhyvinvointiin. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää palautekäytäntöjä ja vahvistaa työhyvinvointia. Palautekäytäntöjen kehittäminen on tärkeää, sillä hoitotyöstä annettavalla palautteella on vaikutusta hoitohenkilökunnan työhyvinvointiin. Kokonaisvaltainen työhyvinvointi puolestaan vaikuttaa työntekijän suoriin työssä ja heijastuu potilaan hoitoon.

Tutkimus muodostuu Tampereen yliopistollisen sairaalan perioperatiivisille sairaanhoitajille suunnatusta kyselystä. Sinut on valittu tutkimukseen vastaajaksi perioperatiivisen kokemuksesi perusteella. Osallistumalla tutkimukseen tuot tärkeää asiantuntemustasi. Osallistuminen on vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimusraportti julkaistaan kevään 2008 aikana ja toimitetaan ylihoitaja Riitta Unkilalle. Tutkimuksen toteuttamiseen on saatu lupa ylihoitaja Unkilalta. Jos mielessäsi heräsi kysymyksiä, voit tarvittaessa ottaa yhteyttä tutkijaan.

Kiitos osallistumisestasi!

Ulla Syvänen

puh. (xx) xxxx xxxx

ulla.syvanen@xxxx.fi

LIITETAULUKOT

Taulukko 1. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemus työn vaativuudesta, keskiarvot ja keskihajonnat.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Jakautuuko työmääräsi epätasaisesti niin, että työt ruuhkautuvat?	3,38	,830	11,1 % (n=9)	43,2 % (n=35)	45,7 % (n=37)	100 % (n= 81)
Onko sinulla liikaa työtä?	3,00	,806	21,0 % (n=17)	58,0 % (n=47)	21,0 % (n=17)	100 % (n=81)
Ovatko työtehtäväsi liian vaikeita?	2,30	,782	60,5 % (n=49)	34,6 % (n=28)	4,9 % (n=4)	100 % (n=81)
Joudutko suorittamaan työtehtäviä, joihin tarvitsisit enemmän koulutusta?	2,85	,943	33,8 % (n=27)	47,5 % (n=38)	18,8 % (n=15)	100 % (n=80)
Voitko käyttää tietojasi ja taitojasi työssä?	4,36	,677	1,2 % (n=1)	3,7 % (n=3)	95,1 % (n=77)	100 % (n=81)
Onko työsi haasteellista?	4,43	,670	1,2 % (n=1)	6,2 % (n=5)	92,6 % (n=75)	100 % (n= 81)

1=Erittäin harvoin tai ei lainkaan, 2= melko harvoin, 3=silloin tällöin, 4= melko usein, 5=hyvin usein tai aina

Taulukko 2. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemus rooli-odotuksista työssä, keskiarvot ja keskihajonnat.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Onko työellesi määrätely selkeät tavoitteet?	3,99	,680	2,5 % (n=2)	16,0 % (n=13)	81,5 % (n=66)	100 % (n=81)
Tiedätkö tarkalleen, mitä sinulta odotetaan työssäsi?	4,10	,644	1,2 % (n=1)	12,2 % (n=10)	86,4 % (n=70)	100 % (n=81)
Saatko keskenään ristiriitaisia määräyksiä kahdelta tai useammalta henkilöltä? (Käänteinen muuttuja)	3,07	,985	28,4 % (n=23)	48,1 % (n=39)	23,5 % (n=19)	100 % (n=81)

1=Erittäin harvoin tai ei lainkaan, 2= melko harvoin, 3=silloin tällöin, 4= melko usein, 5=hyvin usein tai aina

Taulukko3. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemus vaikutusmahdollisuuksista, keskiarvot ja keskihajonnat.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Voitko vaikuttaa työmäärääsi?	2,10	,816	71,6 % (n=58)	23,0 % (n=19)	4,9 % (n=4)	100 % (n=81)
Voitko määrätä oman työtahtisi?	2,17	,905	69,1 % (n=56)	21,0 % (n=17)	9,9 % (n=8)	100 % (n=81)
Voitko itse päättää, milloin pidät taukoja?	1,99	,934	76,3 % (n=61)	16,3 % (n=13)	7,5 % (n=6)	100 % (n=80)
Voitko vaikuttaa työsi kannalta tärkeisiin päätöksiin?	2,73	,895	37,0 % (n=30)	46,9 % (n=38)	16,0 % (n=13)	100 % (n=81)

1=Erittäin harvoin tai ei lainkaan, 2= melko harvoin, 3=silloin tällöin, 4= melko usein, 5=hyvin usein tai aina

Taulukko 4. Koulutuksen yhteys kokemukseen vaikutusmahdollisuuksista päätöksentekoon ristiintaulukointina.

	Vaikutusmahdollisuus päätöksentekoon		Koulutus	
	Opistotaso		Ammattikorkeakoulu-taso	Yhteensä
Harvoin tai ei koskaan	21,2 % (n=7)	46,8 % (n=22)	36,3 % (n=29)	
Silloin tällöin	51,5 % (n=17)	44,7 % (n=21)	47,5 % (n=38)	
Usein tai aina	27,3 % (n=9)	8,5 % (n=4)	16,3 % (n=13)	
Yhteensä	100,0 % (n=33)	100,0 % (n=47)	100,0 % (n=80)	

$\chi^2=14,70$ va=4 p=0,001

Taulukko 5. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemus työn ennakoitavuudesta, keskiarvot ja keskihajonnat.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Tiedätkö etukäteen, minkälaisia tehtäviä työhösi kuuluu kuukauden kuluttua?	2,27	1,255	59,3 % (n=48)	17,3 % (n=14)	23,5 % (n=19)	100 % (n=81)
Liikkuuko työpaikallasi muutoksia koskevia huhuja?	2,48	1,097	17,3 % (n=14)	28,4 % (n=23)	54,3 % (n=44)	100 % (n=81)

1=Erittäin harvoin tai ei lainkaan, 2= melko harvoin, 3=silloin tällöin, 4= melko usein, 5=hyvin usein tai aina

Taulukko 6. Työaikamuodon yhteys kokemukseen työn ennakoitavuudesta kuukausi eteenpäin ristiintaulukoituna.

Työn ennakoitavuus kuukausi eteenpäin	Työaikamuoto			Yhteensä
	Päivätyö	Päivätyö+varallaolo/ kaksivuorotyö	Kolmi/monivuorotyö	
Harvoin tai ei koskaan	40,9 % (n=9)	56,7 % (n=17)	75,9 % (n=22)	59,3 % (n=48)
Silloin tällöin	13,6 % (n=3)	20,0 % (n=6)	17,2 % (n=5)	17,3 % (n=14)
Usein tai aina	45,5 % (n=10)	23,3 % (n=7)	6,9 % (n=2)	23,5 % (n=19)
Yhteensä	100,0 % (n=22)	100,0 % (n=30)	100,0 % (n=29)	100,0 % (n=81)

$\chi^2=10,86$ va=4 p=0,028

Taulukko 7. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemus vuorovaikutuksesta, keskiarvot ja keskihajonnat.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Saatko tarvittaessa tukea ja apua työssäsi työtovereiltasi?	4,24	,658	1,2 % (n=1)	8,5 % (n=7)	90,2 % (n=74)	100 % (n=82)
Saatko tarvittaessa tukea ja apua työssäsi lähiesimieheltäsi?	3,45	1,068	18,3 % (n=15)	29,3 % (n=24)	52,4 % (n=43)	100 % (n=82)
Arvostaako lähiesimiehesi saavutuksiasi työssäsi?	3,26	1,109	24,4 % (n=20)	30,5 % (n=25)	45,1 % (n=37)	100 % (n=82)
Koetko, että voit luottaa saavasi tukea ystäviltäsi/ perheeltäsi, jos sinulla on vaikeuksia työssä?	4,40	0,928	7,3 % (n=6)	8,5 % (n=7)	84,1 % (n=69)	100 % (n=82)
Oletko havainnut häiritseviä ristiriitoja työtovereittesi välillä? (käänteinen muuttuja)	3,09	,740	29,3 % (n=24)	52,4 % (n=43)	18,3 % (n=15)	100 % (n=82)

1=Erittäin harvoin tai ei lainkaan, 2= melko harvoin, 3=silloin tällöin, 4= melko usein, 5=hyvin usein tai aina

Taulukko 8. Työaikamuodon yhteys ristiriitojen kokemiseen ristiintaulukoituna.

Ristiriitojen kokeminen.	Työaikamuoto			Yhteensä
	Päivätyö	Päivätyö+varallaolo/ kaksivuorotyö	Kolmi/monivuorotyö	
Harvoin tai ei koskaan	50,0 % (n=11)	19,4 % (n=6)	24,1 % (n=7)	18,3 % (n=15)
Silloin tällöin	40,9 % (n=9)	67,7 % (n=21)	44,8 % (n=13)	52,4 % (n=43)
Usein tai aina	9,1 % (n=2)	12,9 % (n=4)	31,0 % (n=9)	29,3 % (n=24)
Yhteensä	100 % (n=22)	100 % (n=31)	100 % (n=29)	100 % (n=82)

$\chi^2=10,88$ va=4 p=0,028

Taulukko 9. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemus johtamisesta, keskiarvot ja keskihajonnat.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Rohkaiseeko lähiesimiehesi sinua osallistumaan tärkeisiin päätöksiin?	2,96	1,024	34,1 % (n=28)	32,9 % (n=27)	32,9 % (n=27)	100 % (n=82)
Auttaako lähiesimiehesi sinua kehittämään taitojasi?	3,15	1,008	22,0 % (n=18)	41,5 % (n=34)	36,6 % (n=39)	100 % (n=82)
Oletko havainnut epätasa-arvoisuutta miesten ja naisten kohtelussa työpaikallasi? (käänteinen muuttuja)	4,11	,949	74,1 % (n=60)	21,0 % (n=17)	4,9 % (n=4)	100 % (n=81)
Oletko havainnut epätasa-arvoisuutta vanhempien ja nuorempien työntekijöiden kohtelussa työpaikallasi?(käänteinen muuttuja)	3,55	1,082	53,7 % (n=44)	30,5 % (n=25)	15,9 % (n=13)	100 % (n=82)
Palkitaanko organisaatiossasi hyvästä työsuorituksesta (raha, kannustus)?	2,48	,849	53,7 % (n=44)	34,1 % (n=28)	12,2 % (n=10)	100 % (n=82)
Kuinka kiinnostunut työpaikkasi johto on henkilöstön terveydestä ja hyvinvoinnista?	2,40	,983	63,0 % (n=51)	19,8 % (n=16)	17,3 % (n=14)	100 % (n=81)

1=Erittäin harvoin tai ei lainkaan, 2= melko harvoin, 3=silloin tällöin, 4= melko usein, 5=hyvin usein tai aina

Taulukko 10. Työaikamuodon yhteys kokemukseen esimiehen avusta taitojen kehittämiseen ristiintaulukointina.

Esimiehen apu	Työaikamuoto			Yhteensä
	Päivätyö	Päivätyö+varallaolo/ kaksivuorotyö	Kolmi/monivuorotyö	
Harvoin tai ei koskaan	,0 % (n=0)	22,6 % (n=7)	37,9 % (n=11)	22,0 % (n=18)
Silloin tällöin	36,4 % (n=8)	48,4 % (n=15)	37,9 % (n=11)	41,5 % (n=34)
Usein tai aina	63,6 % (n=14)	29,0 % (n=9)	24,1 % (n=7)	36,6 % (n=30)
Yhteensä	100,0 % (n=22)	100,0 % (n=31)	100,0 % (n=29)	100,0 % (n=82)

$\chi^2=14,90$ va=4 p=0,005

Taulukko 11. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemus organisaatiokulttuurista, keskiarvot ja keskihajonnat.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Kannustava ja tukeva.	3,59	,959	12,3 % (n=10)	29,6 % (n=24)	58,0 % (n=47)	100 % (n=81)
Leppoisa ja mukava.	3,71	,839	7,3 % (n=6)	31,7 % (n=26)	61,0 % (n=50)	100 % (n=82)
Jäykkä ja sääntöihin perustuva. (Käänteinen kysymys)	3,45	,863	48,8 % (n=40)	39,0 % (n=32)	12,2 % (n=10)	100 % (n=82)
Kannustetaanko työpaikallasi työntekijöitä miettimään miten työt voisivat sujua paremmin?	3,37	1,072	22,0 % (n=18)	24,4 % (n=20)	53,7 % (n=44)	100 % (n=82)
Onko tiedonkulku riittävää työyhteisössäsi?	2,98	1,018	34,1 % (n=28)	34,1 % (n=28)	31,7 % (n=26)	100 %

1=Erittäin harvoin tai ei lainkaan, 2= melko harvoin, 3=silloin tällöin, 4= melko usein, 5=hyvin usein tai aina

Taulukko 12. Työtehtävien yhteys tiedonkulun kokemiseen ristiintaulukoituna.

Tiedonkulku	Työtehtävät			
	I-hoitaja	A-hoitaja	I+a-hoitaja	Yhteensä
Eri mieltä	45,8 % (n=11)	38,2 % (n=13)	16,7 % (n=4)	34,1 % (n=28)
Vähän eri/samaa mieltä	33,3 % (n=8)	47,1 % (n=16)	16,7 % (n=4)	34,1 % (n=28)
Samaa mieltä	20,8 % (n=5)	14,7 % (n=5)	66,7 % (n=16)	31,7 % (n=26)
Yhteensä	100,0 % (n=24)	100,0 % (n=34)	100,0 % (n=24)	100,0 % (n=82)

A-hoitaja= anestesiahoitaja, i- hoitaja= instrumentoituva ja/tai valvova hoitaja, a+i-hoitaja= anestesia ja instrumentoituva ja/tai valvova hoitaja
 $\chi^2=20,33$ va=4 p<0,001

Taulukko 13. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemus ryhmätyöstä, keskiarvot ja keskihajonnat.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Arvostatko jäsenyyttäsi omassa ryhmässäsi tai tiimissäsi?	4,20	,637	2,4 % (n=2)	4,9 % (n=4)	92,7 % (n=76)	100 % (n=82)
Onnistuuko ryhmäsi tai tiimisi ongelmien ratkaisussa?	3,93	,644	3,7 % (n=3)	13,4 % (n=11)	82,9 % (n=68)	100 % (n=82)

1=Erittäin harvoin tai ei lainkaan, 2= melko harvoin, 3=silloin tällöin, 4= melko usein, 5=hyvin usein tai aina

Taulukko 14. Perioperatiivisten sairaanhoitajien arvio omasta ongelmanratkaisukyvyistä, työhön uppoutumisesta ja työstä tyydytyksen lähteenä, keskiarvot ja keskihajonnat.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Oletko tyytyväinen kykyysi ratkaista ongelmia työssäsi?	3,65	,674	2,5 % (n=2)	38,3 % (n=31)	59,3 % (n=48)	100 % (n=81)
Useimmiten minusta on mukavaa uppoutua työhöni.	3,68	,967	9,8 % (n=8)	26,8 % (n=22)	63,4 % (n=52)	100 % (n=82)
Työni on minulle tärkeä tyydytyksen lähde.	3,67	,930	8,5 % (n=7)	28,0 % (n=23)	63,4 % (n=52)	100 % (n=82)

1=Erittäin harvoin tai ei lainkaan, 2= melko harvoin, 3=silloin tällöin, 4= melko usein, 5=hyvin usein tai aina

Taulukko 15. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemus stressistä.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Tunnetko stressiä?	2,52	,984	56,1 % (n=46)	29,3 % (n=24)	14,6 % (n=12)	100 % (n= 82)

1=En lainkaan, 2= Vain vähän, 3=Jonkin verran, 4=Melko paljon, 5=Erittäin paljon

Taulukko 16. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemukset organisaation välittämästä palkitsemisesta.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Rahallinen palkkio	3,59	1,825	32,9 % (n=27)	0 % (n=0)	67,1 % (n=55)	100 % (n=82)
Ei-rahallinen palkkio	4,29	1,401	14,6 % (n=12)	2,4 % (n=2)	82,9 % (n=68)	100 % (n=82)
Kiinnostavat työtehtävät	3,41	1,330	23,4 % (n=19)	19,8 % (n=16)	56,8 % (n=46)	100 % (n=81)
Tunnustus, kiitos	3,44	1,304	27,2 % (n=22)	16 % (n=13)	56,8 % (n=46)	100 % (n= 81)

1=Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Vähän eri/vähän samaa mieltä, 4=Jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

Taulukko 17. Perioperatiivisten sairaanhoitajien leikkaustiimiltä ja potilailta saama välitön henkilökohtainen palaute, keskiarvot ja keskihajonnat.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Palaute leikkaustiimiltä.	3,78	,851	4,9 % (n=4)	30,9 % (n=25)	64,2 % (n=52)	100 % (n=81)
Palaute potilailta.	3,20	1,163	28,8 % (n=23)	26,3 % (n=21)	45,0 % (n=36)	100 % (n=80)

1=Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Vähän eri/vähän samaa mieltä, 4=Jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

Taulukko 18. Työtehtävien yhteys potilailta saatuun palautteeseen ristiintaulukoituna.

Palaute potilailta	Työtehtävät			
	I-hoitaja	A-hoitaja	I-+a-hoitaja	Yhteensä
Eri mieltä	17,4 % (n=4)	52,1 % (n=17)	8,3 % (n=2)	28,8 % (n=23)
Vähän eri/samaa mieltä	17,4 % (n=4)	30,3 % (n=10)	29,2 % (n=7)	26,3 % (n=21)
Samaa mieltä	65,2 % (n=15)	18,2 % (n=6)	62,5 % (n=15)	45,0 % (n=36)
Yhteensä	100 % (n=23)	100 % (n=33)	100 % (n=24)	100 % (n=80)

A-hoitaja= anestesiahoitaja, i- hoitaja= instrumentoituva ja/tai valvova hoitaja, a+i-hoitaja= anestesia ja instrumentoituva ja/tai valvova hoitaja

$\chi^2=20,43$ va=4 p<0,001

Taulukko19. Perioperatiivisten sairaanhoitajien saama välitön henkilökohtainen palaute esimieheltä.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Palaute esimieheltä	2,93	1,018	37,0 % (n=27)	30,1 % (n=22)	32,9 % (n=24)	100 % (n=73)
Esimiehen kiinnostus	3,18	1,097	28,8 % (n=21)	27,4 % (n=20)	43,8 % (n=32)	100 % (n=73)
Luottamukselliset keskustelut	3,43	1,209	25,0 % (n=20)	23,8 % (n=19)	51,3 % (n=41)	100 % (n=80)
Työskentelyn tunteminen	3,15	1,137	32,5 % (n=26)	22,5 % (n=18)	45,0 % (n=36)	100 % (n=80)

1=Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Vähän eri/vähän samaa mieltä, 4=Jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

Taulukko 20. Työaika muodon yhteys perioperatiivisen sairaanhoitajan tunteeseen siitä, että esimies tuntee hänen työskentelyään

Esimies tuntee työskentelyä	Työaika muoto			
	Päivätyö	Päivätyö+varallaolo/ kaksivuorotyö	Kolmi/monivuorotyö	Yhteensä
Eri mieltä	4,5 % (n=1)	35,5 % (n=11)	51,9 % (n=14)	32,5 % (n=26)
Vähän eri/samaa mieltä	22,7 % (n=5)	32,3 % (n=10)	11,1 % (n=3)	22,5 % (n=18)
Samaa mieltä	72,7 % (n=16)	32,3 % (n=10)	37,0 % (n=10)	45,0 % (n=36)
Yhteensä	100,0 % (n=22)	100,0 % (n=31)	100,0 % (n=27)	100,0 % (n=80)

$\chi^2=16,61$ va=4 p=0,002

Taulukko21. Kehityskeskusteluihin sisältyvä palaute, keskiarvot ja keskihajonnat.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Itsearviointi.	3,63	1,487	11,1 % (n=8)	16,7 % (n=12)	72,2 % (n=52)	100 % (n=78)
Positiivinen palaute.	3,33	1,439	17,8 % (n=13)	19,2 % (n=14)	63,0 % (n=46)	100 % (n=79)
Rakentava palaute.	3,18	1,448	19,2 % (n=14)	28,8 % (n=21)	52,1 % (n=38)	100 % (n=79)

1=Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Vähän eri/vähän samaa mieltä, 4=Jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

Taulukko 22. Hoitotyöstä saatu palaute perehdytysvaiheessa, mentorointisuhteessa ja vertaisarvioinnissa.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Palaute perehdyttäjältä	3,56	,882	44,4 % (n=4)	44,4 % (n=4)	11,1 % (n=1)	100 % (n=9)
Palaute mentorilta	3,00	1,58	40,0 % (n=2)	20,0 % (n=1)	40,0 % (n=2)	100 % (n=5)
Palaute vertaisarvioinnista (n=4)	2,25	1,50	75,0 % (n=3)	25,0 % (n=1)	,0 % (n=0)	100 % (n=4)

Taulukko 23. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemus välillisestä palautteesta hoitotyössä, keskiarvot ja keskihajonnat.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Potilastyytyväisyyskyselyt	3,15	1,104	30,0 % (n=24)	26,3 % (n=21)	43,8 % (n=35)	100 % (n=80)
Potilasvalitukset.	3,00	1,169	40,0 % (n=32)	21,3 % (n=17)	38,8 % (n=31)	100 % (n=80)
Hoitotyöhön liittyvät virheet.	2,63	1,107	46,3 % (n=37)	28,8 % (n=23)	25,0 % (n=20)	100 % (n=80)
Tilastot.	3,08	1,041	27,5 % (n=22)	37,5 % (n=30)	35,0 % (n=28)	100 % (n=80)

1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Vähän eri/vähän samaa mieltä, 4=Jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

Taulukko 24. Iän yhteys tiedon saantiin potilastyytyväisyyskyselyistä ristiintaulukoituna.

Tiedon saanti	Luokiteltu ikä			Yhteensä
	≤29	30-40	≥41	
Eri mieltä	48,3 % (n=14)	37,5 % (n=9)	3,7 % (n=1)	30,0 % (n=24)
Vähän eri/samaa mieltä	31,0 % (n=9)	12,5 % (n=3)	33,3 % (n=9)	26,3 % (n=21)
Samaa mieltä	20,7 % (n=6)	50,0 % (n=12)	63,0 % (n=17)	43,8 % (n=35)
Yhteensä	100,0 % (n=29)	100,0 % (n=24)	100,0 % (n=27)	100,0 % (n=80)

$\chi^2=18,42$ va=4 p=0,001

Taulukko 25. Koulutuksen yhteys potilastyytyväisyyskyselyiden tuntemiseen ristiintaulukoituna.

Potilastyytyväisyyskyselyt	Koulutus		Yhteensä
	Opistotaso	Ammattikorkeakoulu-taso	
Eri mieltä	17,6 % (n=6)	40,0 % (n=18)	30,4 % (n=4)
Vähän eri/samaa mieltä	23,5 % (n=8)	28,9 % (n=13)	26,6 % (n=21)
Samaa mieltä	58,8 % (n=29)	31,1 % (n=14)	43,0 % (n=34)
Yhteensä	100,0 % (n=34)	100,0 % (n=45)	100,0 % (n=79)

$\chi^2=6,85$ va=2 p=0,033

Taulukko 26. Työaikamuodon yhteys hoitotyötä kuvaavien tilastojen tuntemiseen ristiintaulukoituna.

Tilastot	Työaikamuoto			Yhteensä
	Päivätyö	Päivätyö+varallaolo/kaksivuorotyö	Kolmi/monivuorotyö	
Eri mieltä	0 % (n=0)	45,2 % (n=14)	29,6 % (n=8)	27,5 % (n=22)
Vähän eri/samaa mieltä	50,0 % (n=11)	32,3 % (n=19)	33,3 % (n=9)	37,5 % (n=30)
Samaa mieltä	50,0 % (n=11)	22,6 % (n=7)	37,0 % (n=10)	35,0 % (n=28)
Yhteensä	100,0 % (n=22)	100,0 % (n=31)	100,0 % (n=27)	100,0 % (n=80)

$\chi^2=13,69$ va=4 p=0,008

Taulukko 27. Työtehtävien yhteys perioperatiivisten hoitajien tiedonsaantiin potilasvalituksista.

Tieto potilasvalituksista	Työtehtävät			Yhteensä
	I-hoitaja	A-hoitaja	I+a-hoitaja	
Eri mieltä	26,1 % (n=6)	54,5 % (n=18)	33,3 % (n=8)	40,0 % (n=32)
Vähän eri/samaa mieltä	30,4 % (n=7)	27,3 % (n=9)	4,2 % (n=1)	21,3 % (n=17)
Samaa mieltä	43,5 % (n=10)	18,2 % (n=6)	62,5 % (n=15)	38,8 % (n=31)
Yhteensä	100 % (n=23)	100 % (n=33)	100 % (n=24)	100 % (n=80)

A-hoitaja= anestesiahoitaja, i- hoitaja= instrumentoiva ja/tai valvova hoitaja,

a+i-hoitaja= anestesia ja instrumentoiva ja/tai valvova hoitaja

$\chi^2=15,13$ va=4 p=0,004

Taulukko 28. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemus palautteesta vuodeosastolta ja kuinka salassapitovelvollisuus ehkäisee palautteenantoa., keskiarvot ja keskihajonnat.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Palaute vuodeosastolta.	2,25	1,037	61,3 % (n=49)	27,5 % (n=22)	11,3 % (n=9)	100 % (n= 80)
Salassapitovelvollisuus ehkäisee. (Käänteinen kysymys)	3,57	1,009	49,3 % (n=39)	39,2 % (n=31)	11,4 % (n=9)	100 % (n= 79)

1=Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Vähän eri/vähän samaa mieltä, 4=Jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

Taulukko 29. Palautteen antaminen perioperatiivisessa hoitotyössä.

Muuttuja	Ka	Kh	1 - 2	3	4 - 5	Yhteensä
Palaute esimiehelle.	3,61	1,018	13,5 % (n=10)	21,6 % (n=16)	64,9 % (n=48)	100 % (n=74)
Palautetta muille leikkaus- osaston sairaanhoitajille.	3,87	,913	8,5 % (n=7)	19,5 % (n=16)	72,0 % (n=59)	100 % (n= 82)
Palaute lääkärille.	3,46	1,021	14,6 % (n=12)	34,1 % (n=28)	51,2 % (n=42)	100 % (n= 82)
Avoin ilmapiiri palautteen antamiseen.	3,30	,977	22,0 % (n=18)	32,9 % (n=27)	45,1 % (n=37)	100 % (n= 82)
Avoin ilmapiiri virheistä raportointiin.	3,24	1,013	22,0 % (n=18)	32,9 % (n=27)	45,1 % (n=37)	100 % (n= 82)

1=Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Vähän eri/vähän samaa mieltä, 4=Jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

Taulukko 30. Työtehtävien yhteys kokemukseen ilmapiirin avoimuudesta virheistä raportointiin.

Ilmapiiri virheistä raportointiin.	Työtehtävät			Yhteensä
	I-hoitaja	A-hoitaja	I-+a-hoitaja	
Eri mieltä	37,5 % (n=9)	20,6 % (n=7)	8,3 % (n=2)	22,0 % (n=18)
Vähän eri/samaa mieltä	41,7 % (n=10)	32,4 % (n=11)	25,0 % (n=6)	32,9 % (n=27)
Samaa mieltä	20,8 % (n=5)	47,1 % (n=16)	66,7 % (n=16)	45,1 % (n=37)
Yhteensä	100,0 % (n=24)	100,0 % (n=34)	100,0 % (n=24)	100,0 % (n=82)

A-hoitaja= anestesiahoitaja, i- hoitaja= instrumentoiva ja/tai valvova hoitaja,
a-+i-hoitaja= anestesia ja instrumentoiva ja/tai valvova hoitaja

$\chi^2=11,35$ va=4 p=0,023