



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Perioperatiivisen sairaanhoitajan työssä jaksaminen

Paavola, Irma



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

Laurea-ammattikorkeakoulu

## Perioperatiivisen sairaanhoitajan työssä jaksaminen

Paavola Irma  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Opinnäytetyö  
Joulukuu, 2017

Irma Paavola

## Perioperatiivisen sairaanhoitajan työssä jaksaminen

Vuosi 2017 Sivuja 38

---

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa perioperatiivisten sairaanhoitajien työssä jaksamisesta, työhyvinvoinnista ja työtyytyväisyydestä. Työtä voidaan käyttää perioperatiivisten hoitajien työssä jaksamisen, työhyvinvoinnin ja työtyytyväisyyden seurantaan sekä niiden tukemiseen.

Työssä jaksaminen koetaan yhä haasteellisempänä säästöjä tavoittelevassa yhteiskunnassa. Resurssipulan vuoksi julkisen sektorin henkilökunnan työhyvinvoinnin seurantaan tulee kiinnittää erityistä huomiota. Leikkausosasto on kompleksinen ja vaativa työympäristö, joka muodostaa useita riskitekijöitä leikkausosaston sairaanhoitajien fyysiselle, psyykkiselle sosiaaliselle ja henkiselle työssä jaksamiselle. Työn tehostaminen, sen henkinen ja fyysinen rasittavuus sekä jatkuva kiire asettavat haasteita perioperatiivisten sairaanhoitajien työssä jaksamiselle.

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksen aineisto perustui Laurean Nelli-portaalin kautta tehtyihin tietokantahakuun. Tietokannoiksi valikoituivat kansainvälisistä tietokannoista Cinahl (EBSCO), ProQuest, Google Scholar ja kotimaisista tietokannoista Medic. Lähdeaineisto oli julkaistu vuosina 2008-2017. Tietokantahaut tehtiin alku-kesästä 2017 ja materiaaliin valikoitui 10 kansainvälistä, englanninkielistä artikkelia.

Opinnäytetyössä selvisi, että perioperatiiviset sairaanhoitajat kokevat työnsä erittäin kuormittavaksi ja työperäinen stressi vaikuttaa psyykkiseen, fyysiseen, henkiseen ja sosiaaliseen työssä jaksamiseen. Pahimpina kuormitustekijöinä perioperatiiviset hoitajat kokivat häiriökäyttäytymisen, resurssipulan, vaarallisen työympäristön, ylikuormittumisen, huonon johtamisen, työn luonteen ja sen ennakoimattomuuden, potilasturvallisuuden ja aikapaineen.

Kuormitustekijöiden keventämiseen tulisi jatkossa kiinnittää erityistä huomiota, jotta perioperatiiviset hoitajat jaksaisivat paremmin työssään. Korkean kuormituksen osastoilla kuten leikkausosastolla henkilöstön jaksamisen seuranta tulisi liittää osaksi päivittäisjohtamista.

Avainsanat: perioperatiivinen hoitaja, työperäinen stressi, työhyvinvointi, työtyytyväisyys, työssä jaksaminen

Irma Paavola

### Perioperative nurses' coping at work

Year	2017	Pages	38
------	------	-------	----

---

The goal of this Bachelor`s thesis was to produce information on how perioperative nurses cope at work, their well-being-at-workplace (WAW) and job satisfaction. The thesis can be used to monitor and support these elements in perioperative nurses' coping at work.

Coping at work is seen increasingly challenging in society, where the target is to simultaneously save costs and increase productivity. A lack of resources is evident in public health care and special attention to personnel's WAW should be paid. An Operating Room (OR) is a complex and demanding work environment presenting several risk factors for nursing staff's physical, psychological, social, and mental well-being. Chase for productivity chase, job related mental and physical stress together with time pressure set high demands for perioperative nurses.

The thesis was carried out as a literature review. The material of the review was based on searches in Nelli-database of Laurea. International databases were filtered, and the following databases were selected: Cinahl (EBSCO), ProQuest, Google Scholar and the domestic database Medic. The sources of this study were published in 2008-2017. The searches in database were made in early summer 2017 and ten international articles in English were selected.

The thesis showed, that perioperative nurses experience their work as burdening and occupational stress affects coping at work on psychological, physical, mental and social levels. The most burdening stressors experienced by perioperative nurses were lateral violence and abuse by other staff members, lack of resources, dangerous working environment, work strain, poor management, nature of work, patient safety and time pressures.

Special attention should be paid to these burdening factors and they should be alleviated to enable nurses to better cope at work. In high stress departments such as OR monitoring personnel's coping at work should be a part of the daily management routines.

Keywords: perioperative nurse, occupational stress, well-being-at-workplace, job satisfaction, coping at work

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Perioperatiivinen hoitotyö.....	7
	2.1 Perioperatiivisen hoitotyön käsite .....	7
	2.2 Perioperatiivisen sairaanhoitajan osaaminen .....	8
	2.3 Perioperatiivisen sairaanhoitajan työn erityispiirteet.....	8
3	Työhyvinvointi .....	9
	3.1 Työhyvinvointi käsitteenä .....	9
	3.2 Työperäinen stressi ja sen aiheuttajat .....	10
	3.3 Työperäisen stressin oireet ja siitä palautuminen .....	12
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys .....	13
5	Opinnäytetyön toteutus ja aineiston kerääminen.....	13
	5.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä.....	13
	5.2 Aineiston kerääminen ja valinta.....	15
	5.3 Laadullinen tutkimus ja induktiivinen sisällönanalyysi .....	17
6	Opinnäytetyön tulokset .....	20
	6.1 Perioperatiivisen sairaanhoitajan kokonaisvaltainen työssä jaksaminen.....	20
	6.2 Perioperatiivisen sairaanhoitajan psyykkinen työssä jaksaminen .....	20
	6.3 Perioperatiivisen sairaanhoitajan fyysinen työssä jaksaminen.....	21
	6.4 Perioperatiivisen sairaanhoitajan sosiaalinen työssä jaksaminen .....	22
	6.5 Perioperatiivisen sairaanhoitajan henkinen työssä jaksaminen.....	23
7	Pohdinta ja kehittämissuhteet .....	25
	7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	25
	7.2 Tulosten tarkastelu ja kehittämissuhteet .....	27
	Lähteet .....	29
	Kuviot .....	34
	Taulukot .....	34
	Liitteet.....	35

## 1 Johdanto

Väestö ja hoitohenkilökunta ikääntyvät Suomessa. Työ- ja elinkeinoministeriö on arvioinut työvoiman riittävyttä sosiaali- ja terveyspalveluissa vuoteen 2030 asti. Ennusteisiin liittyy paljon oletuksia ja yksi kolmesta tärkeimmästä arvioitavista asioista liittyy alan vetovoimaan ja jaksamiseen. (Koponen 2015, 20.) Sosiaali- ja terveysalalla henkilöstö uupuu eniten työn psyykkisen ja työn fyysisen kuormituksen takia. Suomalaisista sairaanhoitajista yli 20 % kärsii korkea-asteisesta uupumuksesta. (Häggman-Laitila 2014, 144.) Työn vaatimukset, kiristynyt työtahti ja yhä sairaampi potilaskanta on herättänyt ajattelemaan, millä tavalla työtä kehittämällä voitaisiin parantaa henkilökunnan työssä jaksamista, työhyvinvointia ja työtyytyväisyyttä.

Työhyvinvointi käsitteenä on laajentunut ja vakiintunut 1990-luvulta lähtien. Niin sanotun positiivisen psykologian käänne on muuttanut työhyvinvoinnin tarkastelunäkökulmaa. Näkökulmaa on laajennettu kuormitustekijöistä voimavaratekijöihin, käytännössä huomio on suunnattu työpahoinvoinnin sijasta työhyvinvointiin. (Mäkinieniemi, Bordi, Heikkilä-Tammi, Seppänen & Laine 2014, 4, 36.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa perioperatiivisten sairaanhoitajien työssä jaksamisesta, työhyvinvoinnista ja työtyytyväisyydestä. Tässä opinnäytetyössä käytetty määritelmä perioperatiivinen sairaanhoitaja (PSH) kuvaa hoitotyön ammattilaista, jonka työtehtäviin kuuluu anestesiahoitotyö ja/tai leikkaushoitotyö. Perioperatiivisessa hoitotyössä vaaditaan laajaa ammatillista pätevyyttä. Perioperatiivisten sairaanhoitajien ammattipätevyys on moniulotteinen tietojen, taitojen sekä asenteiden kokonaisuus, jossa on sekä yhteisiä että eriytyneitä osa-alueita anestesiahoitajien, instrumenttoivien sairaanhoitajien ja valvovien sairaanhoitajien välillä. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 15.) Tengvallin (2010) mukaan leikkaus- ja anestesiahoitajilta vaaditaan monipuolista ammatillista osaamista ja pätevyyttä. Erikoissairaanhoidossa leikkaus- ja anestesiahoitajan työ on vaativaa sekä laadullisesti että määrällisesti. (Tengvall 2010, 1-2.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla perioperatiivisten sairaanhoitajien työssä jaksamista. Työ toteutettiin kirjallisuuskatsauksena laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti induktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä. Opinnäytetyötä voidaan käyttää perioperatiivisten hoitajien työssä jaksamisen, työhyvinvoinnin ja työtyytyväisyyden seurantaan sekä niiden tukemiseen.

## 2 Perioperatiivinen hoitotyö

### 2.1 Perioperatiivisen hoitotyön käsite

Perioperatiivisen hoitotyön käsite tuli tunnetuksi Yhdysvalloissa 1970-luvun loppupuolella, Suomessa sen käyttö on yleistynyt 1990-luvun alussa. Perioperatiivisen hoitotyön käsitteellä tarkoitetaan leikkaus- ja anestesiaosastoilla tapahtuvaa hoitotyötä, jota toteuttavat perioperatiiviset sairaanhoitajat. Perioperatiivinen hoitotyö jakaantuu alakäsitteisiin, joita ovat preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä ja ennen leikkausosastolle saapumista tapahtuva hoitotyö, intraoperatiivinen eli leikkauksen aikainen leikkausosastolla tapahtuva hoitotyö ja postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen valvontatasoisessa yksikössä tapahtuva hoitotyö. (Karma ym.2016, 8.) Perioperatiivinen vaihe alkaa siitä hetkestä, kun potilasta informoidaan kirurgisen hoidon tarpeellisuudesta. Se sisältää toimenpiteen ja toipumisajan jatkuen siihen asti, kunnes potilas pystyy palaamaan normaaleihin päivittäisiin toimintoihinsa. (Jones & Bartlett 2017, 1.)

Perioperatiivinen hoitotyö pohjautuu kolmeen osa-alueeseen, joita ovat tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö, hyväksi havaittu toimintänäyttö ja kokemukseen perustuva näyttö. Perioperatiivisen hoidon ehdottomana kulmakivenä on potilasturvallisuus ja siinä korostuva tinkimätön aseptiikka. Turvallisessa perioperatiivisessa hoitotyössä tavoitteena on potilaan turvallisuuden takaamisen lisäksi potilaan terveydentilan parantaminen, nykyisen terveydentilan säilyttäminen tai kärsimysten lievittäminen. (Karma ym.2016, 8-9.) Association of Perioperative Registered Nurses on vuonna 2009 julkaissut perioperatiivisen hoitotyön laatustandardit. Niiden mukaan potilaalla on oikeus saada yksilöllistä, kunnioittavaa, turvallista ja laadukasta hoitoa. (AORN 2015, 694, Tengvall 2010, 1.) Potilaslähtöistä hoitoa ohjaavat eettiset, oikeudelliset ja moraaliset periaatteet, jotka ovat perioperatiivisen hoitotyön perustana (AORN 2015, 693). Perioperatiivisen hoitajan tulee käyttää tietojaan, taitojaan ja päätöksentekokykyään, jotka pohjautuvat seuraavien tieteenalojen periaatteisiin: biologia, lääketiede, käyttäytymis- ja sosiaalitiede sekä hoitotiede. Näiden tieteenalojen periaatteita noudattaen potilaan hoito suunnitellaan ja toteutetaan niin, että saavutetaan haluttu lopputulos potilaan hoidossa. (Jones & Bartlett 2017, 5.)

## 2.2 Perioperatiivisen sairaanhoitajan osaaminen

Perioperatiivinen sairaanhoitaja on yleisnimitys hoitotyön ammattilaiselle, joka toimii joko anestesia- ja sairaanhoitajana, valvovana sairaanhoitajana tai instrumentoituuna sairaanhoitajana. Perioperatiiviset sairaanhoitajat päivittävät jatkuvasti ammattitaitoaan, jonka pohjalta he ovat erikoiskoulutettuja asiantuntijoita. Perioperatiivisen sairaanhoitajan työ vaatii vuorovai-  
kus- ja tiimitaitoja, tarkkuutta, vastuuntuntoa ja kädentaitoja, päätöksenteko- ja paineen-  
sietokykyä vahvan teoreettisen tietopohjan lisäksi. Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu  
moniammatillisen tiimityksen merkitys, parhaimmillaan toiminta on saumatonta yhteistyötä po-  
tilaan parhaaksi. (Karma ym. 2016, 8, 12, 18.) Perioperatiivinen sairaanhoitaja toimii hoito-  
työn ammattilaisena koko perioperatiivisen vaiheen ajan. Perioperatiivinen sairaanhoitaja on  
kykenevä toteuttamaan hoitoa hoitotyön viitekehysten sisällä käyttäen työkaluinaan hoidon  
arviointia, suunnittelua ja toteutusta voidakseen vastata potilaan tarpeisiin perioperatiivisen  
hoitoprosessin aikana. Jokainen potilas on ainutlaatuinen ja hoito suunnitellaan kohtaamaan  
juuri hänen tarpeitaan. (Jones & Bartlett 2017, 3.)

Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu yhteisen ammatillisen pätevyyden merkitys. Toimin-  
nassa painottuu kyky yhteistyöhön ja siihen sisältyvään yhteisvastuuseen. Eriytyneet ammatil-  
lisen pätevyyden osa-alueet korostuvat leikkaus- ja anestesiahoitotyön toimintaohjeiden ja  
menetelmien hallinnassa. Perioperatiivisten hoitajien pätevyysalueet linkittyvät kiinteästi toi-  
siinsa ja tapahtuvat samanaikaisesti potilaan hoidon aikana. (Karma ym. 2016, 15.) Periopera-  
tiivisten hoitajien ammattipätevyys on todettu erittäin hyväksi tilanteenmukaisessa päätök-  
senteossa, eettisessä päätöksenteossa, joustavassa tilanteenmukaisessa toiminnassa, potilaan  
ohjaamisessa ja potilaan voinnin kokonaisvaltaisessa tarkkailussa. Perioperatiiviset sairaan-  
hoitajat kokevat itseohjautuvuutensa ja oman ammattitaitonsa kehittämisen tärkeiksi. (Silven-  
noinen, Salanterä, Meretoja & Junttila 2012, 29.)

## 2.3 Perioperatiivisen sairaanhoitajan työn erityispiirteet

Terveystieteiden toimintaympäristön muuttuessa nopeasti kansalaisten terveystarpeet kasva-  
vat, hoitomuodot kehittyvät, terveystarpeisiin liittyvät odotukset ja tieto lisääntyvät, tieto-  
ja viestintäteknikka kehittyy sekä palvelurakenteet ja organisaation toimintaprosessit koh-  
taavat uudistusvaatimuksia. Tämä näkyy myös hoitotyön työtehtävissä perioperatiivisessa hoi-  
toympäristössä. (Silvennoinen ym. 2012, 22.) Perioperatiivisen hoitajan toiminnan perusedel-



lytyksiä ovat tilannehallinta ja päätöksentekokyky. Tilannehallintaan kuuluvat toiminnan priorisointi tilanteen mukaan, hätätilanteissa toimiminen tilanteen vaatimalla tavalla, hengenvaarallisten tilanteiden varhainen tunnistaminen, työkavereiden ohjaaminen, välineistön toimintakunnon ylläpito, yhteistyön edistäminen ja nopeaan ongelmanratkaisuun kykeneminen. Perioperatiiviset hoitajat tarvitsevat työssään laajaa leikkaus- ja anestesiahoitotyöhön liittyvää hoito- ja lääketieteen hallintaa sekä vankkaa kokemusta nopeasti vaihtuvista potilastilanteista ja niihin liittyvästä päätöksenteosta. Uudempana osaamisvaatimuksena sairaanhoitajille on ehdotettu muutoksen- ja stressinhallintaa sekä motivaatiota. (Tengvall 2010, 16, 125.)

Perioperatiivisten hoitajien työskentelyolosuhteet leikkaussalissa ovat usein fyysisesti rasittavia ja psyykkisesti stressaavia. Leikkaussaliympäristössä vallitsevat olosuhteet, lämpötilan korkeus, ilman kosteus ja koneellinen ilmanvaihto vaikuttavat jaksamiseen. Pitkään jatkuvat, tauottomat ja erityitä keskittymistä vaativat leikkaukset ovat sekä fyysisesti että psyykkisesti kuluttavia. Perioperatiivisen hoitotyön päivystysluontoisuus ja nopeasti vaihtuvat tilanteet vaativat hoitajilta stressinsietokykyä, epävarmuuden kestämistä ja joustamista. Leikkaussalissa työskentelevien hoitajien työnkuva on hyvin laaja-alainen, oman työnsä lisäksi he huolehtivat mentoroinnista ja perehdyttämisestä. Nämä tehtävät ovat erittäin vastuullisia ja aiheuttavat usein ylimääräistä stressiä. Leikkaus- ja anestesiahoitajien tehtäväkuva sisältää monimutkaisia ja spesifisiä hoitotyön toimintoja, sekä edellyttää hoitajilta muunneltavissa olevaa ammatillista pätevyyttä. (Tengvall 2010, 8-10.) Hoitotyössä, myös perioperatiivisessa hoitotyössä dokumentointi, tietotekniikka- ja viestintätaidot korostuvat. Hoitotyön toimintojen hallintaan kuuluvat laite-, sähkö- ja kaasutekninen osaaminen ja välineiden käytön hallinta. Potilaan hoitotoimiin osallistuminen, ohjaus, tarkkailutehtävät ja infektioiden torjunta kuuluvat perioperatiivisen hoitotyön perusosaamiseen. (Tengvall 2010, 15-16.)

### 3 Työhyvinvointi

#### 3.1 Työhyvinvointi käsitteenä

Alun perin työnhyvinvoinnin käsitettä määriteltäessä lähdettiin liikkeelle fyysisen terveyden ja työterveyssuojelun työkykyä painottavasta toiminnasta. Työhyvinvoinnin käsitteen sisältö on sittemmin laajentunut. Tarkastelukulman laajetessa mukaan ovat tulleet henkinen työsuojelu, työkuormituksen ja stressin seuranta. Viimeisimpänä keskustelussa ovat olleet mukana termit työn ilo, työn imu ja onnellisuus. Nykyaikainen työhyvinvointi tarkastelee sekä työn kuormitustekijöitä, että työstä saatavia onnellisuuden ja työn mielekkyyden kokemuksia. Työn ja muun elämän vuorovaikutuksen korostuessa työhyvinvointiin voidaan laskea kaikki ne tekijät, jotka vaikuttavat työhyvinvoinnin kokemiseen. (Laine 2014, 11.) Työhyvinvointi ei synny sattumalta, se on elämänilon, merkityksellisyyden ja hallinnan tunnetta (Jabe 2012, 6).

Nykyään työhyvinvointi ymmärretään laaja-alaisesti ja siinä on osana yritykseen, työyhteisöön ja yksilöön itseensä liittyviä tekijöitä. Työhyvinvoinnin katsotaan rakentuvan hyvästä johtamisesta ja esimiestyöstä, työn organisoinnista, työyhteisön yhteisistä pelisäännöistä, osaamisesta, myönteisestä yrityskulttuurista ja vuorovaikutteisista toimintatavoista. (Manka, Hakala, Nuutinen & Harju 2010, 7.) Kauhasen (2012, 200) mukaan työhyvinvoinnilla tarkoitetaan työolojen kehittämistä, työn sisällön rikastuttamista, töiden järjestämistä ja johtamista sellaisella tavalla, joka tyydyttää sekä yksilöä että organisaatiota. Työhyvinvoinnin perustuminen hyvään johtajuuteen voidaan perustella sillä, että tällöin yrityksen tavoitteet on määritelty ja käsitelty yhteistyössä henkilöstön kanssa. Motivaatio ja sitoutuminen tavoitteisiin tapahtuu, kun henkilöstö on niistä tietoinen ja ymmärtää oman työnsä yhteyden yrityksen tavoitteisiin. (Manka, Hakala, Nuutinen & Harju 2010, 9.) Erityisesti oikeudenmukaisuuden periaate työorganisaatioissa vaikuttaa työhyvinvointiin (Pietikäinen 2011,13). Jaben (2012, 36, 52) mukaan oikeudenmukaisuus onkin tärkein työhyvinvointiin vaikuttava tekijä.

Hoitotyössä työhyvinvointia on aiemmin tarkasteltu työuupumuksesta käsin. Työhyvinvointia ja työuupumusta edistävät ja selittävät kuitenkin eri tekijät. Hoitotyössä työhyvinvointi koostuu hoitajan onnistumisen kokemuksista työssä, jota hän pitää tärkeänä. Työuupumusta puolestaan kuvaa hoitajan negatiivinen suhtautuminen itseensä ja ammattitaitoonsa, emotionaalinen väsymys, jaksamattomuus ja työstä sekä vuorovaikutuksesta etäännyminen. Yksilö, työtehtävät ja niiden luonne sekä yhteisö, organisaatio ja johtaminen ovat selkeästi yhteydessä sekä työhyvinvointiin että työuupumukseen. (Häggman-Laitila 2014, 143-144.).

Hoitotyön työhyvinvoinnin keskeiseksi käsitteeksi ja tekijäksi on tutkimustiedon perusteella nostettu vastavuoroisuus; hoitaja- ja potilasvastavuoroisuus sekä hoitajien työn asenneperusta. Hoitajavastavuoroisuuden katsotaan koostuvan työn mielekkyydestä, auttamisesta, yhteisöllisyydestä, vapaudesta, asemasta työssä, parityöstä ja yhdessäolosta. Potilasvastavuoroisuus puolestaan rakentuu potilaiden tyytyväisyydestä, potilaiden kohtaamisesta ja auttamisesta sekä hyvin tehdystä hoitotyöstä. Sairaanhoitajien työn asenneperusta muodostuu potilaan ensisijaiseksi laittamisesta, hyvästä hoitamisesta ja hoitajuuden arvostamisesta. Kaiken kaikkiaan arvostavalla vastavuoroisuudella on suuri merkitys sairaanhoitajien työhyvinvoinnille. (Laine 2014, 12-14.)

### 3.2 Työperäinen stressi ja sen aiheuttajat

Työssä jaksaminen koetaan haasteellisena säästöjä tavoittelevassa yhteiskunnassa. Kehittyvissä organisaatioissa ja johtamismalleissa on kuitenkin paradoksi; niissä kehoitetaan pitämään huoli samalla sekä tehokkuudesta että hyvinvoinnista. (Sydänmaanlakka 2004, 144.) Työssä jaksamisella on merkitystä sekä yksilön itsensä, että yrityksen menestymisen kannalta. Samat

tekijät, jotka vaikuttavat yrityksen tuottavuuteen ja kannattavuuteen, vaikuttavat myös henkilöstön jaksamiseen. (Ahonen 2002, 3.) Yksi suurimmista työssä jaksamiseen vaikuttavista asioista on työperäinen stressi. Työn tehostaminen, sen henkinen rasittavuus ja jatkuva kiire asettavat kovia vaatimuksia sekä yksilöiden että yhteisöjen sopeutumiskyvylle. Työhön liittyvät muutokset tapahtuvat yhä nopeammassa tahdissa ja työelämää leimaa jatkuva epävarmuus. Rajallisesta ihmisestä on tullut rajattomien toiveiden täyttäjää. Työelämän vaatimukset näkyvät stressinhallinnan ongelmina ja pitkittyessään työuupumuksena. (Nummelin 2008, 15-16.)

Pietikäisen (2011) mukaan työstressin oletetaan johtuvan nimensä mukaisesti työstä ja sen pohjalta on kehitetty useita työstressiteorioita. Näiden teorioiden taustalla on psyykkisen stressin käsite, joka määrittelee stressin yksilön kykyjen, resurssien tai ympäristön ristiriitana. (Pietikäinen 2011, 49). Virolainen (2012) määrittelee stressin ympäristön yksilöön kohdistamana uhkana, vahingollisena vaikutuksena tai yksilön vasteena tällaisiin tekijöihin (Virolainen 2012, 30). Stressin katsotaan syntyvän ihmisen ja ympäristön vuorovaikutuksessa. Ihminen kokee stressiä tilanteessa, jossa ympäristön haasteet ja vaatimukset kohdistuvat häneen siinä määrin, että sopeutumiseen käytössä olevat voimavarat ylittyvät eikä hän koe enää selviytyvänsä tilanteesta. Useimmiten stressin aiheuttajaksi työssä koetaan suuri työn määrä, toisaalta myös liian vähäinen työmäärä voi olla kuormittavaa. Tilapäinen työstressi on tuttua monelle työntekijälle ja pysyessään hallinnassa se ei ole terveydelle vaarallista. (Honkonen 2010 71, 75.) Rauramon (2012, 57) mukaan stressi kuuluu luonnollisena osana ihmisen elämään ja sen hallintaan, ihminen tarvitsee stressiä sopivassa määrin.

Käsitteet työstressi ja työuupumus menevät helposti sekaisin arkikielessä, molemmat voidaan katsoa työpahoinvoinnin osa-alueiksi. Muita työpahoinvointia aiheuttavia tekijöitä ovat epävarmuus työn jatkumisesta, epätasa-arvoisuus, ristiriidat työpaikalla ja työpaikkakiusaaminen. (Virolainen 2012, 30-40.) Eniten hoitotyön ammattilaisia kuormittavat työkuorma, ammatilliset konfliktit, työn henkinen kuormitus, matala palkka ja vuorotyö (Haybatollahi 2011, 14). Häggman-Laitilan (2014, 144) mukaan nämä samat tekijät ovat edelleen hoitotyössä kuormittavia ja työstressiä aiheuttavia tekijöitä Suomessa. Laine (2014, 14-15) toteaa, että takkuilevat työprosessit ja häiriökuormitus vähentävät työhyvinvoinnin ohella työtyytyväisyyttä. Kuten muillakin aloilla, myös hoitoalalla psykososiaalisten tekijöiden merkitys työntekijöiden hyvinvoinnille ja jaksamiselle on korostunut. Hoitotyö on palvelutyypistä työtä, sosiaalisia- ja vuorovaikutustaitoja tarvittaisiin enemmän kuin resurssit antavat myöten. Työelämä on jatkuvassa muutoksessa, sen kiivastahtisuus ja epävarmuus ovat koettavissa selvemmin, kuin koskaan aiemmin. Työntekijöiltä edellytetään kykyä sopeutua ja kehittyä alati muuttuvien vaatimusten keskellä, joka osaltaan lisää työntekijöiden kokemusta stressistä. (Honkonen 2010, 71.)

### 3.3 Työperäisen stressin oireet ja siitä palautuminen

Hoitoalalla työskentelevillä henkilöllä on luultua suurempi riski sairastua työperäisen stressin aiheuttamiin tauteihin. Stressillä ei ole ainoastaan suoraa terveydellistä vaikutusta hoitajiin, vaan myös heidän kykyynsä selviytyä työnsä sisältämien vaatimusten kanssa. (Gholamzadeh, Sharif & Rad Deghan 2011, 41-46.) Hakolan & Kalliomäki-Levannon (2010, 10) mukaan hoitotyö on vaativaa ja vastuullista ja sen kokonaiskuormittavuus on huomattavaa. Pitkään jatkuva työstressi voi aiheuttaa elimistössä kroonisen stressivasteen, jolla on monia haitallisia vaikutuksia heikentäen vastustuskykyä ja lisäten sydän- ja verisuonitautien riskiä (Virolainen 2012, 32). Tyypillisiä stressin fysiologisia oireita ovat muun muassa vatsa- ja rintakivut, sydämentykytykset, väsymys, päänsärky, hikoilu ja vapina. Stressihormoni kortisoli on yhdistetty esimerkiksi vatsahaavan syntyyn. (Kritz 2014, 25.) Työstressi on myös univaikeuksien yleisin aiheuttaja, noin joka kolmas aikuinen suomalainen kärsi unettomuudesta. Univaikeuksista on tullut merkittävä kansantaloudellinen ongelma, koska niillä on suora vaikutus terveyteen. (Virolainen 2012, 47.)

Oleellista stressin hallinnassa on palautuminen. Pitkäaikaisen stressin aiheuttamalle työuupumukselle on ominaista kokonaisvaltainen väsymys, heikentynyt ammatillinen itsetunto ja kyyneleiseksi muuttunut asennoituminen työhön. (Rauramo 2012, 57.) Honkonen (2010, 75) puolestaan kirjoittaa pitkäaikaisen työstressin ilman palautumisvaihetta voivan johtaa työuupumukseen, ellei voimavaroja pystytä lisäämään tai tilannetta muuten yhteistoiminnassa muuttamaan. Tällöin työuupumuksella tarkoitetaan psykologista oireyhtymää, joka yleensä kehittyy jatkuvan työstressin seurauksena. Virolaisen (2012, 31-32) mukaan ihminen tarvitsee ja kaipaa palautumista, lepoa ja kevyempiä työkaksoja, jotta voisi toipua paineen aiheuttamista stressaavista tilanteista. Palautumisella ehkäistään työn kielteisiä vaikutuksia psyykkisen ja fyysisen terveyteen. Riittävä palautuminen voi auttaa työstressin ja työuupumuksen ehkäisyssä. Jos palautuminen on riittämätöntä tai epätäydellistä, riski hyvinvoinnin kannalta kielteisiin seurauksiin kasvaa. Riittävän palautumisen on havaittu toimivan jossain määrin puskurina, eräänlaisena suojana työn epävarmuudesta aiheutuvaa kuormitusta vastaan. Psykologisten mekanismien kuten työstä irrottautumisen ja rentoutumisen on havaittu edistävän palautumista. Palautumisen mekanismien ohella tulisi kiinnittää huomiota myös muun muassa työn vaatimusten kohtuullisuuteen. (Heikkilä-Tammi ym. 2014, 29.)

#### 4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla perioperatiivisen sairaanhoitajan työssä jaksamista.

Tutkimuskysymyksenä on:

Miten perioperatiiviset sairaanhoitajat kokevat jaksavansa työssään?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa perioperatiivisten sairaanhoitajien työssä jaksamisesta, työhyvinvoinnista ja työtyytyväisyydestä. Opinnäytetyötä voidaan käyttää perioperatiivisten hoitajien työssä jaksamisen, työhyvinvoinnin ja työtyytyväisyyden seurantaan sekä niiden tukemiseen.

#### 5 Opinnäytetyön toteutus ja aineiston kerääminen

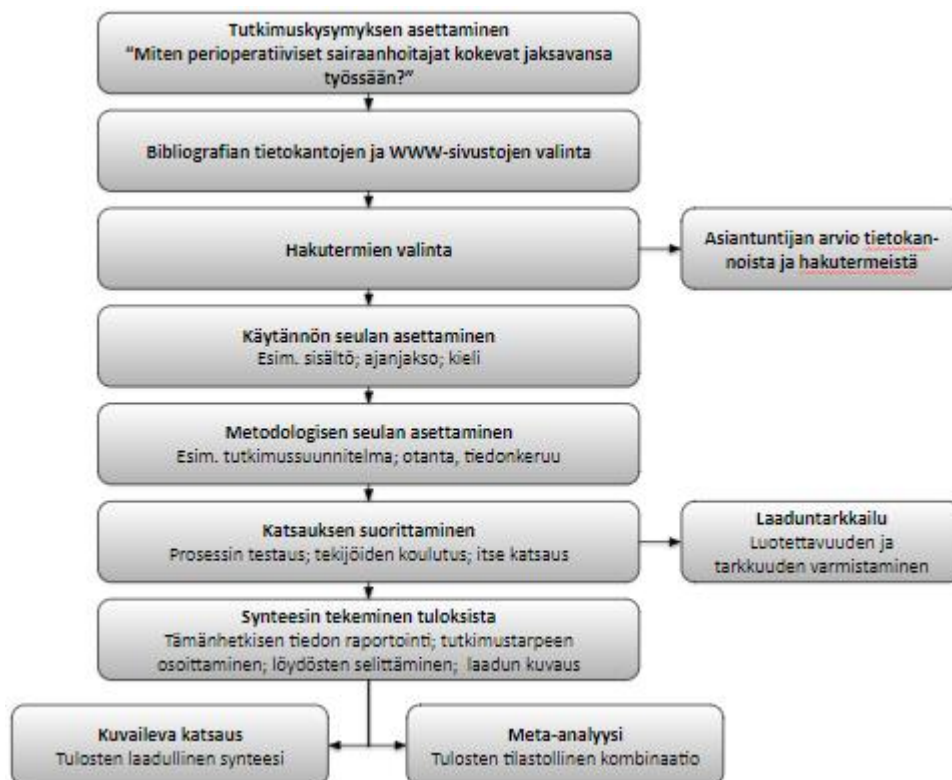
##### 5.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Niela-Vilen (2015, 23-25) toteaa, että kirjallisuuskatsauksia on useita eri tyyppisiä erityyppisille aineistoille ja eri tarkoituksiin. Kirjallisuuskatsauksessa on tarkoitus tunnistaa ja löytää kaikki tutkimuskysymykseen vastaava materiaali. Tutkijan itsensä tulee määrittellä aiheensa kannalta keskeiset käsitteet, joita käytetään hakusanoina. Kirjallisuuskatsauksessa pyritään olemassa olevan tutkimuskirjallisuuden systemaattiseen löytämiseen, laadun tarkasteluun, analyysiin ja synteysiin. Salmisen (2011, 9) mukaan kirjallisuuskatsaus on tiivistelmä tietyn aihepiirin aiempien tutkimusten oleellisesta sisällöstä. Tuomi & Sarajärvi (2009, 123) pitävät sitä tehokkaana välineenä tiedon syventämisessä asioissa, joista on valmista tutkittua tietoa ja tuloksia.

Kääriäinen & Lahtinen (2006, 37) määrittelevät kirjallisuuskatsauksen tarkoittavan tieteellistä tutkimusmenetelmää, jossa kerätään ja identifioidaan olemassa olevaa tietoa, arvioidaan sen laatua sekä syntesisoidaan saatuja tuloksia rajatusta ilmiöstä retrospektiivisesti ja kattavasti. Kirjallisuuskatsauksella voidaan myös tarkentaa ja perustella valittua tutkimuskysymystä sekä tehdä yleistyksiä. Kirjallisuuskatsaus rakentuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, valintaprosessista, laadun arvioinnista ja analyysistä sekä varsinaisten tulosten esittämisestä.

Kirjallisuuskatsaus on tehokas tapa testata hypoteeseja ja esittää tutkimusten tuloksia tiivissä muodossa. Sen avulla voi myös arvioida tulosten johdonmukaisuutta. Yksi tärkeimmistä

kirjallisuuskatsauksen oluttuvuudesta on näyttöön perustava eli evidence based päätöksenteo, joka tarkoittaa tutkitun tiedon tuomista päätöksenteon tueksi. Valkeapään (2016, 57) mukaan kirjallisuuskatsaus sisältää seuraavat vaiheet: tutkimuskysymyksen määrittäminen, sisäänotto- ja poissulkukriteerien asettaminen, hakustrategian suunnittelu, tutkimusten valinta, tutkimusaineiston käsittely, aineiston laadun arviointi ja lopuksi sen synteesi ja raportointi. Salminen (2011, 11) viittaa Finkin (2005) seitsenvaiheiseen jaotteluun kirjallisuuskatsauksen tekemisestä (kuvio 1).



Kuvio 1: Kirjallisuuskatsaus vaiheittain Finkin (2005) mallia mukaellen (Salminen 2011, 11).

## 5.2 Aineiston kerääminen ja valinta

Kirjallisuuskatsauksen tekoprosessi aloitettiin tutkimuskysymyksen määrittämisellä. Teoriatiedon haku aiheesta käynnistyi oppilaitoksen informaattikon avulla, jonka kanssa tehtiin harjoitushakuja eri tietokantoihin. Lisäksi tietokantahakuun perehdyttiin oppilaitoksen työpajassa. Kun tutkimuskysymys oli määritetty, rajattiin aihe sekä asetettiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Sisäänotto- ja poissulkukriteereitä pyrittiin määrittämään siten, että tulokseksi saatiin lähdeaineisto, joka oli luotettava ja niin edustava kuin mahdollista. Sisäänottokriteerit määrittivät sen, millaisia tutkimuksia hyväksyttiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen, poissulkukriteerit määrittivät rajat hakuprosessin ulkopuolelle jäävälle aineistolle. Hakuhistoriasta haettiin tietoa vuosilta 2008-2017, jotta saatava lähdeaineisto olisi ajantasaista. Valittu kriteeristö on esitetty alla (taulukko 1).

Taulukko 1: Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit:	Poissulkukriteerit:
perioperatiivisen sairaanhoitajan työssä jaksamiseen, työhyvinvointiin ja työtyytyväisyyteen liittyvät artikkelit ja tutkimukset	ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt, pro gradu-tutkielmat ja ei-tieteelliset artikkelit
lähdeaineisto oli julkaistu vuosina 2008-2017	lähdeaineisto oli ilmestynyt ennen vuotta 2007
lähdeaineisto oli saatavissa koko artikkeli-muodossa Medic, Cinahl, ProQuest tai Google Scholar tietokannoista	lähdeaineistosta oli saatavissa pelkkä tiivistelmä
aineisto oli saatavissa maksuttomasti	lähdeaineisto ei ollut ilmainen
suomenkielinen- ja englanninkielinen lähdeaineisto	lähdeaineiston kieli oli jokin muu kieli kuin suomi tai englanti

Kun sisäänotto- ja poissulkukriteerit oli määritetty, siirryttiin tiedon hakuun. Haku kohdistettiin ainoastaan relevantteihin tietokantoihin ja niiksi valikoituivat kansainvälisistä tietokannoista Cinahl (EBSCO), ProQuest, Google Scholar ja kotimaisista tietokannoista Medic. Kirjallisuuskatsauksen ohjeiden mukaisesti hakua ei kohdistettu vain yhteen tietokantaan, koska tällöin relevantteja artikkeleita saattaisi jäädä huomiotta. Hakutermejä pohdittiin yhdessä oppilaitoksen informaattikon kanssa, jotta löydettäisiin relevantein tieto tutkittavasta asiasta.

Hakusanoiksi kansainvälisissä tietokannoissa valikoituivat ”perioperative nurse”, ”occupational stress”, ”job satisfaction” ja ”coping with work”, joita yhdistettiin Boolean operaattorilla ”AND”. Kotimaisessa Medic tietokannassa hakusanoja olivat vastaavasti ”perioperatiivinen hoitaja”, ”työperäinen stressi”, ”työtyytyväisyys” ja ”työssä jaksaminen”. Tällöin sanojen katkaisumerkkinä käytettiin \*. Tietokannat, haut, osumat ja aineiston valinta ovat nähtävissä alla taulukossa 2.

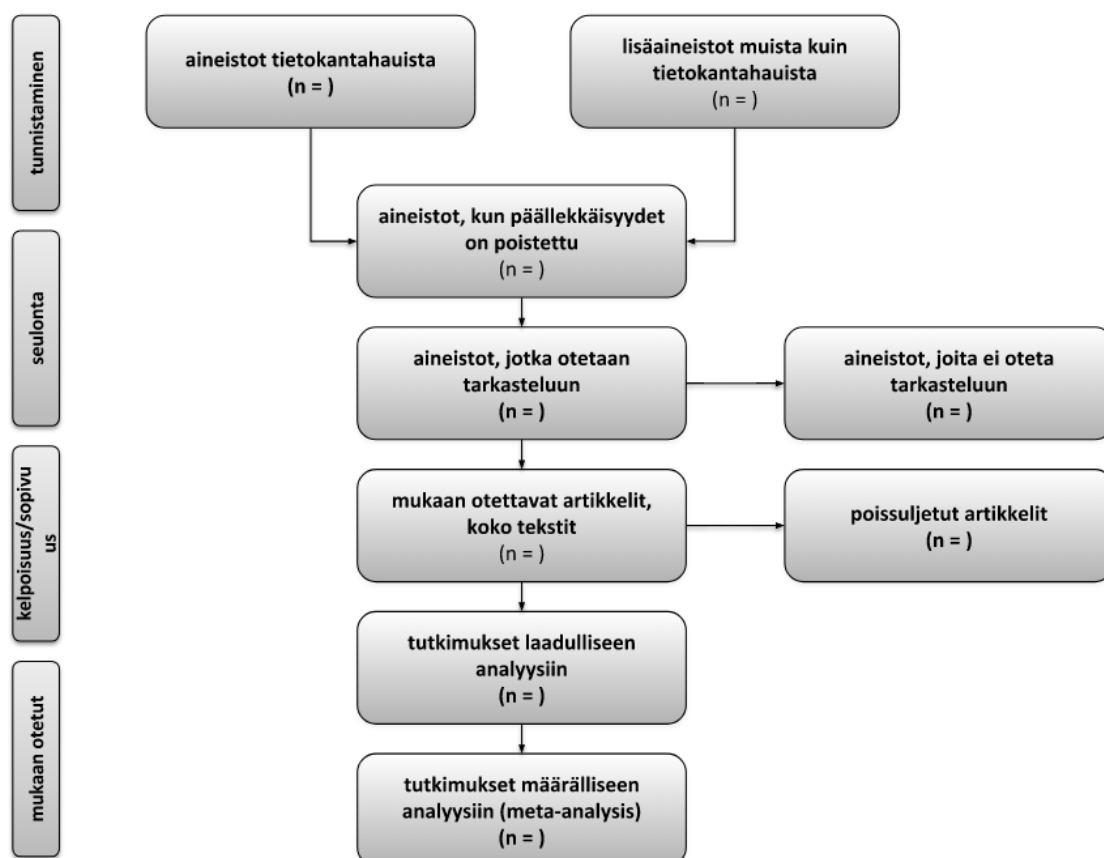
Taulukko 2: Tietokannat, haut, osumat ja aineiston valinta.

Tietokanta	Hakusanat	osumat (ilman fulltext)	fulltext	lähempi tarkastelu	hyväksytyt
CINAHL (EBSCO)	perioperative nurse AND occupational stress	110	23	7	5
CINAHL (EBSCO)	perioperative nurse AND job satisfaction	113	33	1	0
CINAHL (EBSCO)	perioperative nurse AND coping with work	16	2	0	0
ProQuest	perioperative nurse AND occupational stress	1343	151	2	1
ProQuest	perioperative nurse AND job satisfaction	2984	140	0	0
ProQuest	perioperative nurse AND coping with work	2110	158	0	0
Google Scholar	perioperative nurse AND occupational stress	14000	1	1	1
Google Scholar	perioperative nurse AND job satisfaction	17200	3	3	2
Google Scholar	perioperative nurse AND coping with work	16900	1	1	1
MEDIC	perioperatiivinen hoitaja AND työperäinen stressi	21	10	0	0
MEDIC	perioperatiivinen hoitaja AND työtyytyväisyys	97	47	0	0
MEDIC	perioperatiivinen hoitaja AND työssä jaksaminen	26	5	0	0

Huolellisesti mietitty tutkimuskysymys sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerit ohjasivat hakuprosessia silloinkin, kun aineiston rajaus tuntui ongelmalliselta. Tietokantahaku tuotti määrällisesti paljon potentiaaleja viitteitä (574 kpl), mutta vain pieni osa niistä eli 15 kpl hyväksyttiin lähempään tarkasteluun. Tutkimuksiin perehtymisen jälkeen tutkimuksista valittiin analyysiin ne, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Lopulliseen analyysiin valittujen tutkimusten määrä oli kymmenen julkaisua (liite 1). Tavoitteena valintaprosessissa oli, että kaikki relevantit tutkimukset saadaan sisällyttyä katsaukseen. Valintaprosessi tulee voida halutessa toistaa.

Tämän jälkeen ryhdyttiin tarkastelemaan valittuja tutkimuksia tarkemmin. Aineiston systemaattisen valinnan eteneminen Prisma (2009) Flow diagrammin mukaan on nähtävissä kuvista 2.





Kuvio 2: Tutkimusaineiston systemaattisen valinnan eteneminen Prisma (2009) Flow diagrammin mukaan (Stolt ym. 2016, 63).

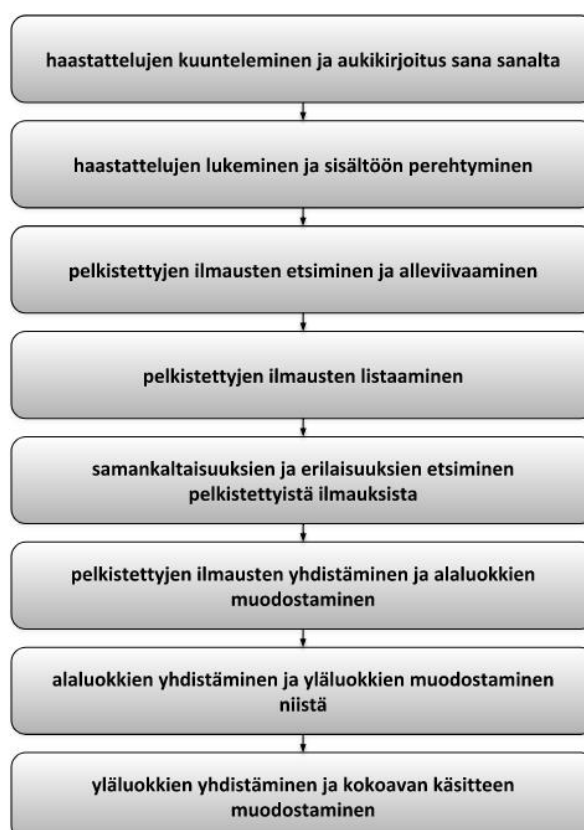
### 5.3 Laadullinen tutkimus ja induktiivinen sisällönanalyysi

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, tällöin tutkimuksessa pyritään kuvaamaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksessa suositetaan ihmistä tiedon keruun instrumenttina ja kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei sattumanvaraisesti. Aineiston hankinnassa käytetään usein laadullisia metodeja. Tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä ja tutkittavia tapauksia käsitellään ainutlaatuisina, samoin aineisto käsitellään sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.) Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan merkitysten maailmaa, joka on sosiaalinen ja ihmisten välinen (Vilkka 2015, 118).

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen menetelmäjoukko, jolla voidaan analysoida dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti. Menetelmän avulla on mahdollista esittää tutkittava ilmiö käsitteellisessä ja tiivistetyssä muodossa. (Utriainen & Kyngäs 2008, 40.) Sisäl-

lönanalyysi on laadullisen tutkimusmenetelmän metodi, jonka avulla etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia. Niistä saatava tieto esitetään sanallisina tulkintoina. Sisällönanalyysia voidaan tehdä aineistolähtöisesti (induktiivisesti) tai teorialähtöisesti (deduktiivisesti). (Vilka 2015, 163.)

Tämä työ on tehty noudattaen Induktiivisen sisällönanalyysin menetelmää. Siinä lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen, vaan siinä pyritään aineiston monitahoiseen ja yksityiskohtaiseen tarkasteluun (Hirsjärvi ym. 2009, 164). Induktiivisesti etenevässä sisällönanalyysissä aineistoon perehtymisen jälkeen nimetään analyysiyksikkö, joka on esim. sananparsi, lause tai muu asiakokonaisuus. Sen jälkeen aineistosta seulotaan tutkimuskysymysten suunnassa analyysiyksiköt ja ne pelkistetään. Pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään edelleen erilaisuuksien ja samankaltaisuuksien perusteella, jonka jälkeen ne abstraktoidaan alaluokiksi, yläluokiksi ja mahdollisesti vielä pääluokiksi. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 87.) Aineistolähtöistä analyysia voidaan kutsua myös konventionaaliseksi sisällönanalyysiksi. Oleellista on aineiston tiivistäminen ja abstraktoituminen, jolloin analyysin avulla kuvataan tutkittavana olevaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen on kokonaisuudessaan nähtävissä kuviossa 3.



Kuvio 3: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109) mallia mukaellen.

Tämän opinnäytetyön analyysiyksiköksi valittiin aineistojen tekstin virke, joka muodosti luonnollisen kokonaisuuden tutkittavassa aineistossa. Aineiston valinnan jälkeen luettiin kirjallisuuskatsaukseen valittu materiaali huolellisesti lävitse. Toisella lukukerralla niistä merkittiin virkkeet sen mukaan, vastasivatko ne tutkimuskysymykseen. Tämän jälkeen laadittiin taulukko, johon merkittiin artikkelin numero ja jokaiselle analyysiyksikölle annettu numero. Yhteensä analyysiyksiköitä kertyi 221 kappaletta ja ne kaikki siirrettiin taulukkoon sisällönanalyysiä varten. Taulukkoon laitettiin alkuperäisilmaisun jälkeen kentät pelkistetyille ilmaisuille, alaluokille, yläluokille ja pääluokille. Tässä vaiheessa opinnäytetyössä korostui prosessin merkitys, litterointi oli hidasta ja aikaa vievää.

Sisällönanalyysi jatkui aineiston redusoinnilla eli alkuperäisilmaisut muutettiin pelkistettyyn muotoon. Tällöin asiaan kuulumaton aineisto poistettiin ja pelkistetyt ilmaukset kirjattiin taulukkoon omaan sarakkeeseensa. Pelkistetyistä ilmauksista pyrittiin löytämään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä pelkistetyt ilmaisut jaettiin ensin alaluokkiin. Alaluokkia muodostui analyysissä kahdeksan kappaletta. Alaluokat jaettiin sen jälkeen yläluokkiin, joita prosessissa muodostui neljä kappaletta. Teoreettisten käsitteiden luominen eli abstraktointi nähtiin parhaaksi tehdä yläluokkien kohdalla, pääluokkiin asti ei edetty. Koko pelkistysprosessia pyrittiin tekemään tutkimuskysymyksen suuntaisesti ja aineiston saturoituminen käynnistyi hyvin. Esimerkkejä luokitteluprosessista on esitetty taulukossa 3.

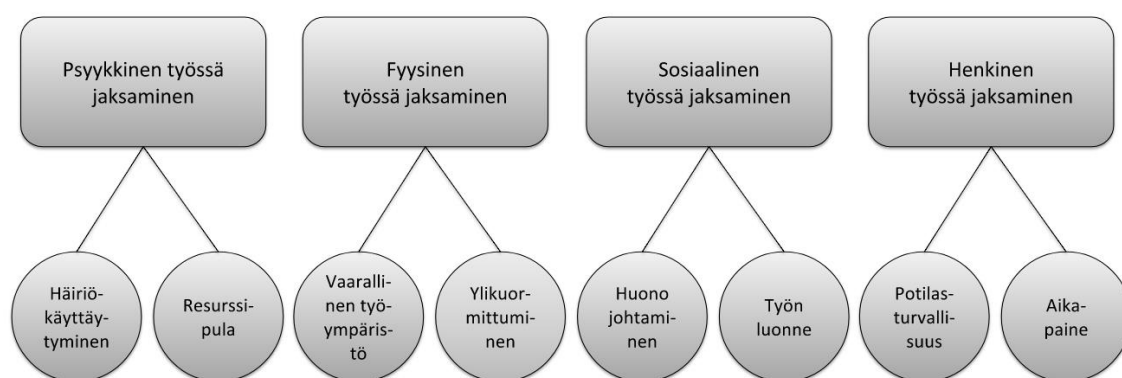
Taulukko 3: Esimerkkejä luokittelusta.

Lainaus / Ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Hoitajat ovat raportoineet fyysisistä oireista kuten: •painon nousu tai lasku •lihasjännitys •epäsäännöllinen syke •ruuansulatusvaivat •pänsärky •uniongelmat •krooninen väsymys	kiusaamisesta aiheutuvat fyysiset oireet	häiriökäyttäytyminen	psykkinen työssä jaksaminen
Hoitajat kokevat, että kirurgit ja anestesialääkärit painostavat heitä nopeisiin vaihtoihin leikkausten välillä.	jatkuva paine toimia nopeammin	aikapaine	henkinen työssä jaksaminen
Hoitajat altistuvat useille biologisille ja kemiallisille riskeille.	kontaminaatioriski on aina mahdollinen	vaarallinen työympäristö	fyysinen työssä jaksaminen
Hoitajat tuntevat itsensä aliarvostetuiksi ja haluaisivat enemmän tunnustusta työstään.	merkityksellisuuden tunne	huono johtaminen	sosiaalinen työssä jaksaminen

## 6 Opinnäytetyön tulokset

### 6.1 Perioperatiivisen sairaanhoitajan kokonaisvaltainen työssä jaksaminen

Tulokset johdettiin sisällönanalyysiin kuuluvan abstraktoinnin jälkeen neljästä yläluokasta, joiksi muodostuivat perioperatiivisen sairaanhoitajan psyykinen, fyysinen, sosiaalinen ja henkinen työssä jaksaminen. Metasynteesin yhteydessä on selkeästi näkyvissä se, että koska ihminen on psyko-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus, monet tekijät perioperatiivisen hoitajan työssä vaikuttavat useampaan pääluokkaan. Esimerkki sisällönanalyysin ylä- ja alaluokista on nähtävissä alla (kuvio 4).



Kuvio 4: Sisällönanalyysi: ylä- ja alaluokat.

### 6.2 Perioperatiivisen sairaanhoitajan psyykinen työssä jaksaminen

Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa todettiin perioperatiivisen sairaanhoitajan psyykinen työssä jaksaminen monella osa-alueella vaarantuneeksi. PSH:n psyykkistä työssä jaksamista kuormittivat useat tekijät, mm. häiriökäyttäytyminen, resurssipula, aika ja työkuormitus sekä työn luonne (Bigony ym.2009, Jakob 2015). Ammattikuntien sisäiset ja niiden väliset konfliktit olivat kuitenkin suurin stressitekijä perioperatiivisten hoitajien keskuudessa. Häiriökäyttäytyminen aiheutti pitkäaikaisia negatiivisia vaikutuksia, jotka näkyivät luottamuspulana, kommunikatiovaikeuksina, työtyytymättömyytenä ja haluttomuutena työskennellä hoitajien ja kirurgien kanssa, joilla ilmeni häiriökäyttäytymistä. (Jakob 2015.)

Bigony ym. (2009) tutkivat leikkausosastoilla ilmenevää ammattikunnan sisäistä häiriökäyttäytymistä, josta käytetään englannin kielessä termiä ”lateral violence”. Heidän tutkimuksensa mukaan kiusaaminen miellettiin osaksi leikkaussalikulttuuria ja oli yleisesti hyväksytty toimintamalli, jota täytyi oppia sietämään. Kiusaamiskulttuurin syntyyn saattoivat myötävaikuttaa useat tekijät: leikkaavien lääkäreiden stressaantuminen, kokeneen henkilöstön nopea vaihtuminen, ylityöt, päivystysluonteinen toiminta ja leikkausosaston eristyneisyys muista yksi-

köistä. Leikkausosasto oli useissa sairaaloissa yksikkö, jossa esiintyi eniten kiusaamista. Ammattikunnan sisäisen kiusaamisen vaikutukset olivat usein sekä psyykkisiä että fyysisiä ja aiheuttivat kauaskantoisia seurauksia. Psykkisinä oireina PSH:lla ilmeni masennusta, erilaisten aineiden väärinkäyttöä, eristäytymistä, epävarmuutta, itsetunnon laskua, post-traumaattista stressireaktiota ja itsemurha-ajatuksia. Fyysisiä oireita olivat painonnousu tai painonlasku, verenpaineen nousu, sydämen rytmihäiriöt, ruuansulatuselimistön oireilu, päänsärky, unettomuus ja krooninen uupumus. (Bigony ym.2009.) Higgins & MacIntosh (2010) tutkivat lääkäri-lähtöistä kaltoinkohtelua. Psykkinen kaltoinkohtelu sisälsi yleensä vähättelyä, naurun-alaiseksi tekoa, huutamista ja kiroilua. Myös fyysistä kaltoinkohtelua ilmeni potkimisen, työntämisen ja tavaroiden heittelyn muodossa. (Higgins & MacIntosh 2010.) Häiriökäyttäytyminen vaikutti sen kohteeksi joutuneen hoitajan kautta myös potilasturvallisuuteen Bigonyn ym. (2009) tutkimuksen mukaan.

Resurssipulalla koettiin olevan suora yhteys PSH:n kokemaan stressiin. Resurssipula näkyi hoitohenkilökunnan nopeana vaihtumisena, kokemattomana henkilökuntana ja asianmukaisten tavaroiden ja välineiden puuttumisena. Hoitohenkilökunnan nopea vaihtuminen leikkausosastoilla oli kasvava huolenaihe, koska se näkyi työtyytymättömyytenä ja potilaan hoidon tason laskuna. PSH:t kokivat haasteellisena positiivisen ja kannustavan työ - ja oppimisympäristön luomisen vastavalmistuneille hoitajille liiallisen työkuormituksen ja ajanpuutteen takia. (Jakob 2015.) Gong & Zhou (2014) tutkimuksessa todettiin, että PSH:t, jotka osallistuivat enemmän kuin viiteen operaatioon päivittäin kokivat vähemmän stressiä kuin ne PSH:t, jotka osallistuivat neljään tai pienempään määrään leikkauksia. Samoin päivävuoroa tehneet PSH:t kokivat enemmän stressiä kuin pelkkää yövuoroa tekevät kollegansa. (Gong & Zhou 2014.)

### 6.3 Perioperatiivisen sairaanhoitajan fyysinen työssä jaksaminen

Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa perioperatiivisten sairaanhoitajien fyysiselle työssä jaksamiselle todettiin useita haasteita. Skeikhzadehin, Goren, Zuckermanin & Nordinin (2008) ja Kingin (2011) tutkimuksissa leikkaussali todettiin fyysisenä työympäristönä haastavana toiminnan ja työn luonteesta johtuen. King (2011) määritteli useita loukkaantumisriskitekijöitä, joille PSH altistui työssään. Näitä riskejä olivat mm. biologiset, ergonomiset ja kemikaaliset riskit. Biologisia riskejä ovat veri - ja muut eritteet terävien esineiden kautta, kirurginen savu ja kemikaali- sekä proteiiniallergeenit, joita löytyi lateksihanskoista. Ergonomisista riskeistä eniten loukkaantumisia tuli selkään kohdistuvissa liikkeissä. Erityisen kuormittavia liikkeitä olivat ne, joissa tarvittiin voimaa (esim. potilaan työntäminen tai vetäminen), toistuvat liikkeet, epä-mukavat työasennot, staattiset työasennot, painavien välineiden tai instrumenttien nosto ilman apua ja fyysisen voiman käyttö hätätilanteissa. Kemikaaliset riskit muodostuivat puhdis-

tusaineista, sterilointiaineista, näytteenäilytysliuoksista ja anestesiakaasuista. Fyysisiä riskejä olivat tuli, sähkö, säteily, laser, kirurginen savu ja paineilma. Lisäksi happirikas ympäristö toi omat haasteensa leikkausosastojen turvallisuudelle. (King 2011.) Gongin ja Zhoun (2014) tutkimuksessa puolestaan käytiin lävitse erilaisia meluallistuksia, joille PSH:t altistui-  
vat. Näistä mainittiin respiraattorin toimintaan ja hälytyksiin liittyvät äänet, instrumenttien tippumisesta aiheutuvat äänet ja paineilmalla toimivien työkalujen kovat äänet, jotka muodostivat riskejä erilaisien kuulovammojen synnylle. (Gong & Zhou 2014.)

Skeikhzadeh ym. (2008) tutkivat PSH:n tuki- ja liikuntaelämistön sairauksia. Leikkausosasto määriteltiin heidän tutkimuksessaan vaativaksi, stressaavaksi ja monimutkaiseksi työympäristöksi. Se asetti korkeat vaatimukset tiimille ja oli rasittavaa fyysistä työtä, jonka seurauksena PSH:lla oli usein tuki- ja liikuntaelinperäisiä vaivoja ja epämukavia tuntemuksia. Työssä jaksamiseen vaikutti eniten ”työskenteleminen jatkuvan kivun kanssa”. Painavien materiaalien ja välineiden kantaminen sekä samassa työasennossa pitkään työskenteleminen (seisominen, kumartuminen, istuminen jne.) lisäsivät työperäistä stressiä. Avotoimenpiteet koettiin psyykkisesti ja fyysisesti raskaammiksi, kuin vähemmän invasiiviset toimenpiteet. Vain viidennes tutkimukseen vastaajista ilmoitti pystyvänsä pitämään tarpeeksi taukoja työpäivän aikana. (Skeikhzadeh ym. 2008.) Battière, Rall, Khorsand & Hill (2017) tutkivat millaisia fyysisiä oireita uupumus ja riittävän levon puute saa aikaan vuorotyötä ja pidennettyjä työvuoroja tekevillä PSH:lla. Pitkät työvuorot lisäsivät univajetta ja vuorokausirytmien häiriöitä. Tutkimukseen osallistujat raportoivat kärsivänsä esimerkiksi uniapneasta ja liiallisen kofeiinin aiheuttamista rytmihäiriöistä. Väsymys aiheutti tarkkaamattomuutta, hidasti reaktioaikoja ja heikensi koordinaatiokykyä, jolloin onnettomuusriskit kasvoivat. Lisäksi tutkijat olivat huolestuneita hoitoalan työntekijöiden ikääntymisestä, koska yli 35-vuotiaiden hoitajien alttius tehdä virheitä kasvoi selvästi heidän ollessaan uupuneita. (Battière ym.2017.)

#### 6.4 Perioperatiivisen sairaanhoitajan sosiaalinen työssä jaksaminen

Analyysistä kävi ilmi, että perioperatiivisen sairaanhoitajan sosiaalinen työssä jaksaminen oli monen tekijän summa. De Oliveira ym. (2017) tutkivat PSH:n ammatillista työtyytyväisyyttä. Tärkeimmäksi työtyytyväisyyteen vaikuttavaksi tekijäksi PSH:t mainitsivat autonomian. Useimmat PSH:t kokivat, että heitä valvotaan enemmän kuin olisi tarpeellista. Heillä oli mielestään liian vähän vaikutusvaltaa suhteessa moniin velvollisuuksiinsa, samoin he kokivat, että heillä oli hyvin vähän mahdollisuuksia vaikuttaa suoraan omaan työhönsä. Tutkimuksesta selvisi, että PSH:t arvostivat eniten omassa työssään lääketieteellistä tuntemusta. He halusivat osallistua hoidon suunnitteluun ja toivoivat lääkäreiden kunnioittavan enemmän heidän lääketieteellistä osaamistaan ja-tietämystään. (de Oliveira ym.2017.)

PSH:t kokivat myös, että heillä ei ollut tarpeeksi ylenemismahdollisuuksia omassa työssään. Ammatillinen status korreloi selvästi työtyytyväisyyteen ja työssä jaksamiseen, tarve tuntea oma työnsä merkitykselliseksi oli nähtävissä tuloksista selkeästi. Useimmat PSH:t kokivat ammatillista ylpeyttä kertoessaan muille ihmisille, mitä he tekivät työkseen. Tuloksista kävi ilmi, että työntekijän työtyytyväisyys heijastui suoraan hänen työhönsä, tiimiinsä jossa hän työskenteli ja muuhun sosiaaliseen elämään. Kun perioperatiivisen hoitotyön ammattilainen oli tyytyväinen työhönsä, hän teki työnsä mielellään, ei pakosta. (de Oliveira ym.2017.)

Chen, Lin, Wang ja Hou (2009) päättelivät tutkimuksessaan, että johdolta saatu palaute oli yksi suurimmista työhön liittyvistä stressitekijöistä (Chen ym.2009). Kingin (2011) mukaan esimiesten johtamistaidon puutteet, johdon piittaamattomuus työntekijöiden turvallisuudesta, häiriökäyttäytymisen kulttuurin salliminen sekä kollegoiden ja muiden ammattiryhmien kunnioituksen puute olivat kulttuuritekijöitä, joita oli nähtävissä leikkausosastoilla. Nämä tekijät vaikuttivat suoraan leikkausosaston henkilökunnan työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen. Perioperatiivisten esimiesten ja johdon katsottiin tässä tutkimuksessa olevan vastuussa siitä, että häiriökäyttäytymiselle tulisi asettaa rajat ja tämä olisi mahdollista saavuttaa asianmukaisella johtamisella. (King 2011.) Ahmedin (2017) mukaan tehokas johtaminen tuki työhyvinvointia ja työssä jaksamista. Aidon johtamisen, hyvän työilmapiirin ja henkilökunnan hyvinvoinnin katsottiin muodostavan hyvän perustuksen työssä jaksamiselle. Johtaminen nähtiin sosiaalisen vaikuttamisen prosessina, joka mahdollisti työntekijöiden tehokkaan työpanoksen. (Ahmed 2017.)

## 6.5 Perioperatiivisen sairaanhoitajan henkinen työssä jaksaminen

Perioperatiivisen sairaanhoitajan henkinen työssä jaksaminen oli voimakkaasti yhteydessä psyykkiseen ja sosiaaliseen työssä jaksamiseen. Hyvinvointi työssä lisäsi tehokkuutta eikä päinvastoin. Häikäilemätön ja liian vaativa organisaatio vastaavasti huononsi työssä jaksamista ja heikensi henkilökunnan moraalialia (Ahmed 2017). Perioperatiivisessa hoitotyössä aika oli tekijä, joka aiheutti jännitteitä ja konflikteja suhteessa rooleihin ja henkilösuhteisiin ja joka oli keskeinen tekijä kirurgien ja hoitajien välisessä kommunikaatiossa. Perioperatiiviset hoitajat kokivat usein kiirehtimistä ja painostusta anestesiologeilta ja kirurgeilta ajankäytön suhteen. Lisääntynyt lääketieteellinen tekniikka ja riittämätön koulutus uuden teknologian käyttöön oli raportoitu olevan yksi suurimmista stressitekijöistä leikkausosaston henkilökunnan keskuudessa. PSH:lta odotettiin laajoja teknisiä valmiuksia ja kykyä tehdä monta asiaa samanaikaisesti. Jatkuva paine toimia nopeasti, mutta samaan aikaan turvallisesti lisäsi hoitohenkilökunnan kokemaa kuormitusta ja stressiä. (Jakob 2015.) Battie ym. (2017) tutkivat ns. emotionaalista väsymystä, jonka määrä oli nousussa perioperatiivisten hoitajien keskuudessa. PSH:n kyky kokea myötätuntoa oli laskussa, koska he joutuivat työskentelemään liian pitkiä aikoja

kovan aikapaineen alla. (Battiè ym.2017.) Ahmed (2017) toteaa kuitenkin, että vaikkakin PSH:t työskentelivät tiukassa aikataulussa, odottamattomissa tilanteissa ja usein venyvissä työvuoroissa kovan paineen alla heillä oli syvä yhteisymmärrys, arvostus ja tehokas kommunikaatio tiimissään, joka vahvistaa niin sosiaalista kuin henkistäkin työssä jaksamista (Ahmed 2017).

Gongin ja Zhoun (2014) tutkimuksen mukaan PSH:t kokivat huolta potilasturvallisuudesta. Varsinaisen hoitotyön sijasta PSH:t joutuivat tekemään liikaa paperityötä tai muuta varsinaiselta hoitotyöltä aikaa vieviä tehtäviä. Hoitajat pelkäsivät tekevänsä hoitovirheitä yrittäessään samanaikaisesti selviytyä päivittäisistä haasteista työssä, josta kukaan ei kiittänyt heitä ja he tunsivat itsensä aliarvostetuiksi. PSH:t kokivat, että hoitotyön johto kritisoi heitä liian ankarasti ja että he eivät saaneet riittävästi tukea esimiehiltään. Ahmed (2017) toteaa, että henkilökunnan hyvinvointi ja hyvä potilashoito kulkivat käsi kädessä. Onnellisuus, itsensä tarpeelliseksi, arvostetuksi ja merkitykselliseksi tunteminen, mahdollisuus edetä työelämässä, tehokas johtaminen ja vankka organisaation tuki lisäsivät merkittävästi PSH:n henkistä hyvinvointia ja työssä jaksamista.



## 7 Pohdinta ja kehittämisehdotukset

### 7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Jokaiseen terveystutkimukseen kuuluu olennaisena osana pohdinta eettisyydestä ja luotettavuudesta (Kylmä & Juvakka 2007, 67). Tutkimusaiheen valinta katsotaan eettiseksi kysymykseksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Tämän opinnäytetyön aiheen valinta perustuu opinnäytetyön tekijän työkokemukseen perioperatiivisena sairaanhoitajana, joka on synnyttänyt syvän kiinnostuksen opinnäytetyön aihetta kohtaan. Opinnäytetyön eettisyyttä parantaa se, että opinnäytetyön tekijän omista intresseistä oli selvittää perioperatiivisten sairaanhoitajien työssä jaksamista ja mahdollisesti hyödyntää työn tuloksia jatkotutkimuksessa tai kehittämistoiminnassa.

Tutkimuseettikka eli hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen oli perustana tämän opinnäytetyön teolle. Tutkimuseettikka kulki mukana koko prosessin ajan ja opinnäytetyön tekijä sitoutui noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita riippumatta mahdollisista muuttujista opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt tietoisesti välttämään sitä, että tekijän omat arvot vaikuttaisivat tässä työssä tehtyihin valintoihin. Vilkan (2015) mukaan laadullisen tutkimuksen tulee olla arvovapaata, vaikkakin tutkijan omat arvot vaikuttavat valintoihin, joita tutkimuksessa on tehty. Tutkijan tulee paljastaa tutkimukseen vaikuttavat arvonsa ja tehdä tutkimuksensa niin sanotusti läpinäkyväksi. (Vilka 2015, 198.)

Tämän opinnäytetyön teossa on käytetty eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä. Opinnäytetyön tekijä on käyttänyt tiedeyhteisön hyväksymiä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, sekä toiminut rehellisesti ja vilpittömästi koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Laadullisessa tutkimuksen piireissä on kritisoitu metodikirjallisuudessa käytettyjä tutkimuksen luotettavuutta kuvaavia termejä validiteetti ja reliabiliteetti sen takia, että ne palvelevat lähinnä määrällisen tutkimuksen tarpeita. Laadullisesta tutkimuksesta on löydettävissä useita käsityksiä, jotka määrittelevät laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131-136.) Kylmä & Juvakka (2007, 127) ovat asettaneet laadulliselle tutkimukselle seuraavat luotettavuuskriteerit: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys.

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja siitä saatujen tulosten uskottavuutta, sekä sen osoittamista. Tämän opinnäytetyön uskottavuutta vahvistaa opinnäytetyön tekijän riittävän pitkä aika tekemisissä oloa tutkittavan asian kanssa. Opinnäytetyöprosessi itsessään kesti vuoden verran ja tekijällä itsellään on ammatillista kokemusta aiheeseen liittyen. Opinnäytetyön

tekijä on pyrkinyt kiinnittämään erityistä huomiota laadullisen tutkimuksen prosessin hallintaan sekä analysoimaan tutkimuksen luotettavuuskriteerejä kaikissa opinnäytetyön vaiheissa opinnäytetyön uskottavuuden varmistamiseksi. Tekijä on tietoisesti pitänyt taukoa opinnäytetyön teosta silloin, kun sen tekoon ei ole ollut käytettävissä siihen vaadittavia resursseja. Hirsjärven ym. (2009, 232) mukaan kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selonteko tutkimuksen toteuttamisesta ja tarkkuuden tulee koskea tutkimuksen kaikki vaiheita. Tässä opinnäytetyössä tekijä etenee systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja laadullisen sisällönanalyysin ohjeiden mukaisesti eri vaiheet asianmukaisesti dokumentoiden, joka osaltaan tukee tutkimuksen vahvistettavuutta. Kylmän & Juvakan (2007, 129) mukaan tutkimuksen tekijä voi kuvata aineistonsa avulla, miten on päässyt tutkimustuloksiinsa ja johtopäätöksiinsä. Tässä opinnäytetyössä tekijä on pyrkinyt kuvaamaan opinnäytetyöprosessin vaiheet asianmukaisesti ja huolellisesti. Luotettavuuteen voi vaikuttaa se, että aineiston valinta on suoritettu yksin. Aineiston haun ja sen valinnan periaatteet on käyty läpi oppilaitoksen informaattikon avulla ennen aineiston valinnan aloittamista. Opinnäytetyön tekijä on tehnyt luotettavuuden arviointia koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Reflektiivisyyden toteutuminen edellyttää sitä, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimukseen nähden. Tutkimuksen tekijän tulee arvioida, kuinka hän itse vaikuttaa aineistoonsa sekä tutkimusprosessiinsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Reflektiivisyys voidaan määritellä myös objektiivisuuden toteutumisena. Tuomi & Sarajärvi (2009, 135-136) mainitsevat objektiivisuuden yhtenä tekijänä, joka tulee ottaa huomioon luotettavuutta arvioidessa. Tämän opinnäytetyön objektiivisuuteen ja sitä kautta luotettavuuteen voi vaikuttaa tekijän oma kokemus perioperatiivisesta hoitotyöstä. Opinnäytetyön tekijä on arvioinut puoleettomuusnäkökulmaansa kaikissa opinnäytetyön vaiheissa lähestyessään aihetta viimeisimmän tutkimustiedon perusteella.

Tutkimuksen siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että tulokset ovat siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin. Teoreettisen viitekehysten rakentaminen on suoritettu huolellisen tiedonhaun perusteella ja siinä on pyritty antamaan mahdollisimman selkeä kuva työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen määritelmästä ja perioperatiivisen hoitajan työn erityispiirteistä. Opinnäytetyön tulokset ovat näin ollen siirrettävissä toiseen, vastaavanlaiseen tutkimusympäristöön.

## 7.2 Tulosten tarkastelu ja kehittämisehdotukset

Stressillä on erittäin suuri merkitys työhyvinvoinnista ja työssä jaksamisesta puhuttaessa. Työperäinen stressi aiheuttaa mittavia kuluja, sen aiheuttamien kustannusten on arvioitu olevan jopa 10 % bruttokansantuotteesta. Työperäinen stressi on Euroopassa toiseksi yleisin työperäinen terveysongelma heti tuki- ja liikuntaelinsairauksien jälkeen, yli puolet kaikista menetyistä työpäivistä johtuvat työperäisestä stressistä. Stressistä johtuvat sairauslomat ovat myös pidempiä kuin muista syistä johtuvat. (Virolainen 2012, 31.) Vuonna 2010 puutteelliseen työhyvinvointiin liittyvät kustannukset arvioitiin nousevaan 41 miljardiin euroon. Kustannukset syntyivät muun muassa sairaspöissaoloista, ennenaikaisista eläkkeistä, työtapaturmista sekä terveyden- ja sairaanhoitokuluista. Bruttokansantuotteen ollessa 50 miljardia euroa vuonna 2010 puutteellisen työhyvinvoinnin kustannuksia voidaan luonnehtia merkittäviksi. (Ahonen 2012, 12.) Rauramon (2012, 19) mukaan työhyvinvointiin panostettu euro tuottaa itsensä moninkertaisena takaisin. Esimerkkeinä yhden poissaolopäivän ennaltaehkäisy tuo 415 euroa liikevoittoa ja viiden prosentin parannus työelämän laadussa parantaa liiketulosta 2000 euroa/työntekijä. Kokeneen työntekijän lähtö tulee yritykselle/organisaatiolle kalliiksi, yksi vaihtuva kokenut työntekijä aiheuttaa 60 000 euron liiketuloksen menetyksen.

Yhteiskunnan ja työelämän muutosten katsotaan synnyttävän uusia uhkia ja mahdollisuuksia työhyvinvoinnille ja työssä jaksamiselle. Tällaisina muutosvoimina voidaan nähdä esimerkiksi teknologioiden huomattava kehittyminen, talouden globalisaation nopea eteneminen, ympäristökysymysten aktualisoituminen, väestön ikääntyminen sekä yhteisöllisissä suhteissa ja arvoissa tapahtuvat muutokset. (Mäkinen ym. 2014, 38.) Työhyvinvoinnilla ja työtyytyväisyydellä on terveydenhuollossa erittäin tärkeä merkitys työn tuottavuudelle ja työyhteisön toimivuudelle. Se vaikuttaa merkittävästi yksittäisen työntekijän elämänlaatuun ja suuremmassa mittakaavassa sillä on selvä kansantaloudellinen vaikutus. (Häggman-Laitila 2014, 160.)

Kuten luvussa 3.1 määritellään, työhyvinvoinnin katsotaan rakentuvan hyvästä johtamisesta ja esimiestyöstä, työn organisoinnista, työyhteisön yhteisistä pelisäännöistä, osaamisesta, myönteisestä yrityskulttuurista ja vuorovaikutteisista toimintatavoista (Manka, Hakala, Nuutinen & Harju 2010, 7). Laine (2014, 11) liittää näihin työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen määritelmiin vielä työn ilon, työn imun ja onnellisuuden. Pohdittaessa tuloksia suhteessa näihin määritelmiin perioperatiiviset sairaanhoitajat kokevat työssä jaksamisensa, työhyvinvointinsa ja työtyytyväisyytensä olevan matalalla tasolla. Perioperatiiviset sairaanhoitajat kokevat organisaation ja johtamiskulttuurin jäykkänä ja arvostelevana, samoin he tuntevat, että eivät saa riittävästi tukea esimieheltään. He haluaisivat enemmän autonomiaa työhönsä, tunnustusta omasta työstään ja tunteen, että he ovat merkityksellisiä. Perioperatiiviset sairaanhoitajat kokevat, että he eivät tule kuulluksi ja että heidän mielipidettään ei arvosteta. Tämän opinäytetyön tulosten valossa ei voida puhua työn ilosta tai onnellisuudesta, mutta tuloksista on

kuitenkin nähtävissä se, että perioperatiiviset sairaanhoitajat arvostavat itse työtään ja haluaisivat kehittää sitä. Heillä on voimakas tarve tulla tunnustetuksi osaavana ja paineensietokykyisenä ammattiryhmänä, joka tekee työnsä osana moniammatillista tiimiä.

Häiriökäyttäytyminen, josta käytettiin lähdemateriaalissa termiä ”lateral violence” ja sen esiintyminen leikkaussalikulttuurissa koettiin suurena ongelmana. Asianmukaisella johtamisella ja häiriökäyttäytymisen nollatoleranssilla voidaan saada aikaan muutoksia leikkaussalikulttuurissa. Resurssipula, aikapaine, nopeasti vaihtuvat tilanteet ja työn kuormittavuus tulevat olemaan suuri haaste perioperatiivisessa hoitotyössä tulevinakin vuosina. Työn uudelleen organisoinnilla, hyvällä perehdyttämisellä, jatkuvalla kouluttamisella ja työn jaksamisen seurannalla voitaisiin lisätä työtyytyväisyyttä, työssä jaksamista ja vähentää henkilökunnan vaihtuvuutta. Myös työ leikkausosastolla tulee aina sisältämään riskejä. Erilaisten työturvallisuusprosessien kehittämällä, työturvallisuusohjeistuksia noudattamalla ja riittävien resurssien varmistamisella pystytään vaikuttamaan paljon yleiseen työturvallisuuteen. Potilasturvallisuus on asia, joka parhaiten pystytään varmistamaan resurssien turvaamisella ja jatkuvalla koulutuksella.

Sote-uudistuksen kynnyksellä perioperatiivisten hoitajien työssä jaksamiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota palveluiden turvaamiseksi. Hoitohenkilöstön jaksamista seurataan vuosittaisilla työolobarometreilla, mutta korkean kuormituksen osastoilla kuten leikkausosastoilla henkilöstön jaksamisen seuranta tulisi liittää osaksi päivittäisjohtamista. Julkisen sektorin leikkausosastojen on jatkossakin kyettävä tarjoamaan laadukasta ja tasapuolista hoitoa kaikille operatiivista hoitoa tarvitseville asiakkaille.

Opinnäytetyöprosessi on ollut minulle hyvin opettavainen monessakin mielessä. Olen oppinut systemaattisen tiedonhaun lisäksi laadullisen tutkimuksen teon periaatteet ja sisällönanalyysin eri vaiheet. Uskon tästä opinnäytetyöprosessista olevan paljon hyötyä tulevaisuudessa ja sen haasteissa. Vaikkakin tekemistä ja uuden opettelua on ollut paljon, prosessi on kuitenkin tuntunut mielekkäältä ja vaivan arvoiselta.

## Lähteet

### Painetut lähteet

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. 21. painos. Helsinki: Tammi.

Honkonen, T., Teoksessa Martimo, K-P., Antti-Poika, M. & Uitti, J. (toim.) 2010. Työstä terveyttä. Helsinki: Duodecim.

Häggman-Laitila, A. 2014. Teoksessa Ranta, I. & Tilander, E. (toim.) 2014. Työhyvinvoinnin keinot. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry. Helsinki: Fioca Oy.

Jabe, M. 2012. Työhyvinvoinnin työkirja. Saarijärvi: Yrityskirjat Oy.

Kangasniemi, M. & Pölkki T. 2016. Teoksessa Stolt. M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2., korjattu painos. Turku: Juvenes Print.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kauhanen, J. 2012. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. 10.-11. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 1/2006, 37-45.

Laine, P. 2014. Teoksessa Ranta, I. & Tilander, E. (toim.) 2014. Työhyvinvoinnin keinot. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry. Helsinki: Fioca Oy.

Niela-Vilen, H. 2016. Teoksessa Stolt. M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2., korjattu painos. Turku: Juvenes Print.

Nummelin, T. 2008. Stressi haastaa työkyvyn. Helsinki: WSOY.

Pietikäinen, P. 2011. Työstä, jouta ja jaksa. Helsinki: Gaudeamus.

Rauramo, P. 2012. Työhyvinvoinnin portaat. 2., uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Silvennoinen, A-S., Salanterä, S., Meretoja, R. & Junntila, K. 2012. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys perioperatiivisessa toimintaympäristössä. *Tutkiva hoitotyö* 10 (3), 22-31.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2., korjattu painos. Turku: Juvenes Print.

Sydänmaanlakka, P. 2004. Älykäs johtajuus. Helsinki: Talentum.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2008. Hoitajien työhyvinvointi: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 1/2008, 36-47.

Virolainen, H. 2012. Kokonaisvaltainen työhyvinvointi. 3. painos. Helsinki: Books on Demand.

Valkeapää, K. 2016. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2., korjattu painos. Turku: Juvenes Print.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus

#### Sähköiset lähteet

Ahmed, I. 2017. Staff well-being in high-risk operating room environment: Definition, facilitators, stressors, leadership, and team-working - A case-study from a large teaching hospital, *International Journal of Healthcare Management*, 1-17. Viitattu 11.6.2017.

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/20479700.2017.1298228>

Ahonen, G. 2002. Henkilöstöraportointi, johtaminen ja työssä jaksaminen. Viitattu 27.4.2017.

[http://www.imafi.fi/imafi\\_dokument/HVVSHyhteenvedo%20Uusi.pdf](http://www.imafi.fi/imafi_dokument/HVVSHyhteenvedo%20Uusi.pdf)

Ahonen, G. 2012. Teoksessa Kauppinen, T., Mattila-Holappa, P., Perkiö-Mäkelä, M., Salo, A., Toikkanen, J., Tuomivaara, S., Uuksulainen, S., Viluksela, M. & Virtanen, S. (toim.) *Työ ja terveys Suomessa 2012*. Työterveyslaitos: Helsinki. Viitattu 5.5.2017.

<https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2016/11/tyo-ja-terveys-suomessa-2012.pdf>

Association of perioperative Registered Nurses (AORN). 2015. Standards of Perioperative Nursing. Viitattu 15.3.2017.

[https://www.aorn.org/-/media/aorn/guidelines/aorn-standards/ii-01\\_standards\\_2015.pdf](https://www.aorn.org/-/media/aorn/guidelines/aorn-standards/ii-01_standards_2015.pdf)

Battiè, R. N., Rall, H., Khorsand, L., Hill, J. 2017, Addressing Perioperative Staff Member Fatigue, AORN Journal, Vol. 105, No. 3, 285-291. Viitattu 8.6.2017.

<https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/central/docview/1873672083/BF5BC251B20B4B46PQ/1?accountid=12003>

Bigony, L., Lipke, T.G., Lundberg, A., McGraw, C.A., Pagac, G.L., Rogers, A. 2009, Lateral Violence in the Perioperative Setting, AORN Journal, Vol. 89, No. 4, 688-696. Viitattu 8.6.2017.

<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=ec91164a-2464-482c-b325-86a7efa08a7c%40sessionmgr4006>

Chen, C., Lin, C., Wang, S., Hou, T. 2009, A Study of Job Stress, Stress coping Strategies, and Job Satisfaction for Nurses Working in Middle-Level Hospital Operating Rooms, Journal of Nursing Research, vol. 17, No. 3, 199-211. Viitattu 12.6.2017.

<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=ec91164a-2464-482c-b325-86a7efa08a7c%40sessionmgr4006>

de Oliveira, J.H.D., da Fonseca, L.C.T., Holmes, E.S., Bastos, R.A.A., de Almeida, R.A., Candea, R.M.S., Anizio, B.K.F., de Almeida, F.C.A., da Silva, E.S., Rufino, N.S., e Silva, G.W.S., dos Santos, J.K.S., Feliciano, D.N., de Arruda, A.J.C.G., da Costa Santos, I.B. 2017, Professional Satisfaction of Nurses Working in Operating Room of a Hospital School, International Archives of Medicine Section: Global Health & Health Policy, Vol. 10, No. 111, 2-12. Viitattu 6.6.2017.

<http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2454/2183>

Gholamzadeh, S., Sharif, F., & Rad Deghan, F. 2011.

Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who work in Admission and Emergency Departments of Hospitals related to Shiraz University of Medical Sciences. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. Viitattu 6.4.2017.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203298/>

Gong, Y., Zhou, H., 2014, Relationship between sub-health and occupational stress among operating theatre nurses in China: A questionnaire survey, International Journal of Nursing, Vol. 3, No. 1, 2-10. Viitattu 10.6.2017.

<http://search.proquest.com/openview/bec3bd9415daa01269d0d446a3fb8629/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2037355>

Haybatollahi, S. 2011. Work Stress in the Nursing Profession. Viitattu 6.4.2017.

<https://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2007/107217Loppuraportti.pdf>

Higgins, B.L., MacIntosh, J. 2010, Perioperative nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse, *International Nursing Review*, Vol. 57, No. 3, 321-327. Viitattu 1.6.2017.

<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=ec91164a-2464-482c-b325-86a7efa08a7c%40sessionmgr4006>

Jacob, J. 2015, Occupational stress of scrub/scout practitioner: overview of selected literature, *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, Vol. 28, No. 3, 15-21. Viitattu 31.5.2017.

<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=e49cb565-ecf2-45f0-ae2a-c713fc33ce9d%40sessionmgr4007>

Jones & Bartlett Learning. 2017. *Introduction to Perioperative Nursing*. Viitattu 15.3.2017.

[http://samples.jbpub.com/9781449688066/87625\\_CH01\\_Pass2.pdf](http://samples.jbpub.com/9781449688066/87625_CH01_Pass2.pdf)

King, C.A. 2011, Health Care Worker Safety in Surgery, *AORN Journal*, Vol 94, No 5, 457-468. Viitattu 31.5.2017.

<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=ec91164a-2464-482c-b325-86a7efa08a7c%40sessionmgr4006>

Kritz, R. 2014. Työperäisen stressi ja sen hallinta. Viitattu 2.5.2017.

<https://dspace.cc.tut.fi/dpub/bitstream/handle/123456789/22550/kritz.pdf?sequence=1>

Koponen, E.-L., 2015, Sosiaali- ja terveysalan työvoiman riittävyys nyt ja tulevaisuudessa, Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, TEM raportteja, 13/2015. Viitattu 2.12.2017

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75078/TEMraportti\\_13\\_2015\\_web\\_27022015.pdf?sequence=1](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75078/TEMraportti_13_2015_web_27022015.pdf?sequence=1)

Laine, P. 2013. Työhyvinvoinnin kehittäminen. Hyvän kehittämisen reunaehdot tutkijassa. Viitattu 23.4.2017.

<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/93684/Annales%20%20372%20Laine%20VK.pdf>

Manka, M-L. Hakala, L., Nuutinen, S. & Harju, R. 2010. Työn iloa ja imua. Viitattu 17.3.2017.

[http://www.uta.fi/jkk/synergos/tyohyvinvointi/oppaat/Tyhyopas\\_web.pdf](http://www.uta.fi/jkk/synergos/tyohyvinvointi/oppaat/Tyhyopas_web.pdf)

Mäkinen, P.-J., Bordi, L., Heikkilä-Tammi, K., Seppänen, S. & Laine, L. 2014. Psykososiaalisiin kuormitus- ja voimavaratekijöihin liittyvä työhyvinvointitutkimus Suomessa 2010 - 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:18. Viitattu 23.4.2017.



[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70266/RAP2014\\_18\\_Ty%C3%B6hyvinvointitutkimusSuomessa.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70266/RAP2014_18_Ty%C3%B6hyvinvointitutkimusSuomessa.pdf?sequence=1)

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Viitattu 3.4.2017.

[http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Sheikhzadeh, A., Gore, C., Zuckerman, J.D., Nordin, M. 2009, Perioperating nurses and technicians' perceptions of ergonomic risk factors in the surgical environment, Applied Ergonomics, Vol. 40, 833-839. Viitattu 12.6.2017.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003687008001439>

Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesia hoitajien ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anesthesiologeille ja kirurgeille. Viitattu 3.5.2017.

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0226-9/urn\\_isbn\\_978-952-61-0226-9.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0226-9/urn_isbn_978-952-61-0226-9.pdf)

## Kuviot

Kuvio 1: Kirjallisuuskatsaus vaiheittain Finkin (2005) mallia mukaellen (Salminen 2011, 11). .....	14
Kuvio 2: Tutkimusaineiston systemaattisen valinnan eteneminen Prisma (2009) Flow diagramin mukaan (Stolt ym. 2016, 63). .....	17
Kuvio 3: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajarvi 2009, 109) mallia mukaellen. ....	18
Kuvio 4: Sisällönanalyysi: ylä- ja alaluokat. ....	20

## Taulukot

Taulukko 1: Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit .....	15
Taulukko 2: Tietokannat, haut ja aineiston valinta. ....	16
Taulukko 3: Esimerkkejä luokittelusta. ....	19

## Liitteet

## Liite 1: Analyysiin sisällytetyt julkaisut

Tekijä(t), nimi, julkaisu, sivut	Tarkoitus	Tutkimusaineiston koko	Tiedon keruu ja analyysi	Tulokset
Ahmed, I., 2017, Staff well-being in high-risk operating room environment: Definition, facilitators, stressors, leadership, and team-working - A case-study from a large teaching hospital, International Journal of Healthcare Management, 1-17.	Tutkimuksen tarkoitus oli kriittisesti arvioida hoitohenkilökunnan hyvinvoinnin ja tehokkaan tiimityön suhdetta leikkaussaliympäristössä.	Lähtöaineistossa oli 206 henkilöä, joista eri menetelmin karsittiin 164 tutkimukseen sopivaa henkilöä, joista 43 osoitti halukkuutensa osallistua. Näistä tuloksista muodostettiin case study	Tutkimus tehtiin kvalitatiivisena tapaustutkimuksena (case-study), jossa aineisto kerättiin haastatteluilla, joiden yhteydessä käytettiin avointen kysymysten kyselylomakkeita. Analyysi tehtiin temaattisena sisällönanalyysinä.	Huolimatta tutkimusnäytöstä työtyytyväisyyden positiivista vaikutuksesta, tutkimuksessa mukana ollut sairaala on päättänyt olla panostamatta siihen. Jatkuva tehostaminen on synnyttänyt hoitohenkilökunnassa petetyksi tulemisen tunteen, joka on suurimmillaan leikkaussalissa. Aiemmat tutkimukset ovat ehdottaneet, että hyvä tiimityö synnyttää hyvinvointia, mutta tämän tutkimuksen mukaan suhde on päinvastainen: työtyytyväisyys johtaa hyvään tiimityöhön. Emotionaalinen hyvinvointi on tärkein ajuri tiimityöskentelyn tehokkuudessa.
Battié, R. N., Rall, H., Khorsand, L., Hill, J., 2017, Addressing Perioperative Staff Member Fatigue, AORN Journal, Vol. 105, No. 3, 285-291.	Kuvaa väsymykseen liittyvää tutkittua ja muuta siihen liittyvää tietoa ja kuinka se voi vaikuttaa perioperatiiviseen hoitotyöhön. Artikkelin kuvaa mallin perioperatiivisen hoitajan väsymyksen tunnistamiseksi ja siihen puuttumiseksi.	17 artikkelia	Narratiivinen kirjallisuuskatsaus.	Terveystieteiden tutkimuksen ja työntehtävien täytyy työskennellä yhdessä väsymyksenä työskentelemisen kulttuurin muuttamiseksi. Hoitajien käyttäytyminen muuttuu organisaation kulttuurin mukana. Työkäytäntöjen ja odotusten muuttaminen suhteessa väsymyksenä työskentelyyn saattaa auttaa kirurgien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisia tunnistamaan väsymyksen vaikutukset potilasturvallisuuteen, työntekijöiden terveyteen ja auttaa siten muutoksen läpiviemisessä.

<p>Bigony, L., Lipke, T.G., Lundberg, A., McGraw, C.A., Pagac, G.L., Rogers, A., 2009, Lateral Violence in the Perioperative Setting, AORN Journal, Vol. 89, No. 4, 688-696.</p>	<p>Selventää hoitajien keskinäistä häiriökäyttäytymistä, sen syitä ja korjaavia toimenpiteitä perioperatiivisessa hoitotyössä.</p>	<p>33 lähdetä</p>	<p>Narratiivinen kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>Perioperatiivisten hoitajien täytyy alkaa käsittelemään keskinäistä häiriökäyttäytymistä. Menestyksessä asioihin puuttuminen edellyttää kuitenkin ehdottomasti moniammatillista osallistumista ja johdon tukea. Jatkuva koulutus asian tiedostamisen lisäämiseksi ja nollatoleranssi asian suhteen pitää olla kaikkien terveydenhuollon organisaatioiden standardi. Kun hoitajien toisiaan kohtaan osoittama häiriökäyttäytyminen on vähintäänkin epäammattimaista, niin yleisimmässä muodoissaan se uhkaa hoitajien terveyttä ja hyvinvointia ja siitä muodostuu uhka potilasturvallisuudelle.</p>
<p>Chen, C., Lin, C., Wang, S., Hou, T., 2009, A Study of Job Stress, Stress coping Strategies, and Job Satisfaction for Nurses Working in Middle-Level Hospital Operating Rooms, Journal of Nursing Research, vol. 17, No. 3, 199-211.</p>	<p>Leikkaussalihoitajien stressitekijöiden, stressin käsittelystrategioiden ja työtyytyväisyyden määrittäminen ja demografisten tekijöiden vaikutus niihin.</p>	<p>121 leikkaussalihoitajalle (joilla vähintään 6 kk työkokemus) tehty kyselytutkimus, joilta saatiin 112 vastausta. Hoitajat olivat seitsemästä eri sairaalasta, joista viisi oli alueellisia ja kaksi paikallisia opetussairaaloita.</p>	<p>Kyselytutkimus tehtiin kahden kuukauden jakson aikana neljässä osassa: 1) demografinen ja työhön liittyvä osuus, 2) stressitekijöiden osuus, 3) stressinkäsittelyn strategioiden osuus ja 4) työtyytyväisyyden osuus.</p> <p>Demografista kyselyosuutta lukuun ottamatta muissa käytettiin 5-portaista Likertin asteikkoa. Datan analysointiin käytettiin faktorianalyysiä stressitekijöiden keskinäisten riippuvuuksien selvittämiseen ja tulokset kynnystettiin Kaiserin ominaisarvojen kriteeriä "suurempi kuin 1" mukaan.</p> <p>Tilastollinen analyysi suoritettiin käyttäen SPSS v10.0 ohjelmistoa. Riippumattomien otoksien t-testiä, varianssianalyysiä (ANOVA) ja Pearsonin korrelaatiota käytettiin riippuvuuksien analysointiin eri tekijöiden kesken. Tilastollisesti merkittävän eron rajana käytettiin arvoa 0,05.</p>	<p>Koettu stressi ja sen yleisyys sekä työtyytyväisyys riippuivat sairaalan tyypistä. Alueellisissa sairaaloissa stressiä koettiin enemmän ja useammin ja työtyytyväisyys oli alempi kuin paikallisissa sairaaloissa.</p> <p>Korkein stressitaso syntyy potilasturvallisuudesta. Esimiehiltä saatu palaute on puolestaan yleisin koetun stressin syy.</p> <p>Ammatillinen asema, potilasturvallisuus ja leikkaussaliympäristö ovat suoraan verrannollisia konstruktiivisiin stressinhallintastrategioihin. Kaikki työperäisen stressin tekijät ovat suoraan verrannollisia destruktiivisiin stressinhallintastrategioihin. Työtyytyväisyystekijät mukaan lukien palkitseminen, leikkaussaliympäristö ja johtaminen ovat kääntäen verrannollisia de-</p>

				struktiivisiin stressinhallintastrategioihin ja kaikkiin työperäisiin stressitekijöihin.
de Oliveira, J.H.D., da Fonseca, L.C.T., Holmes, E.S., Bastos, R.A.A., de Almeida, R.A., Candeia, R.M.S., Anizio, B.K.F., de Almeida, F.C.A., da Silva, E.S., Rufino, N.S., e Silva, G.W.S., dos Santos, J.K.S., Feliciano, D.N., de Arruda, A.J.C.G., da Costa Santos, I.B., 2017, Professional Satisfaction of Nurses Working in Operating Room of a Hospital School, International Archives of Medicine Section: Global Health & Health Policy, Vol. 10, No. 111, 2-12.	Luokitella sosiodemografisella tavalla kirurgisen keskuksen hoitohenkilökunta. Selvittää työtyytyväisyyden eri komponenttien tärkeys: autonomia, vuorovaikutus, ammatillinen asema, tehtävien vaatimukset, organisaation politiikka ja palkkaus sekä selvittää hoitajien työtyytyväisyys.	Tutkimukseen osallistui yhdeksän leikkaussalihoitajaa.	Tutkiva, deskriptiivinen, kvantitatiivinen tutkimus. Tiedot kerättiin kyselyillä ja analysointiin käyttäen kuvailevaa tilastollista analyysia SPSS 20 ohjelmistolla.	Tutkimuksessa havaitaan, että autonomialla on suurin vaikutus työtyytyväisyyteen ja vähiten merkitystä on ammatillisella asemalla. Hoitajien työtyytyväisyys on alhaisella tasolla.
Gong, Y., Zhou, H., 2014, Relationship between sub-health and occupational stress among operating theatre nurses in China: A questionnaire survey, International Journal of Nursing, Vol. 3, No. 1, 2-10.	Vajaakuntoisuutta (eng. sub-health) on tutkittu yleisessä väestössä laajalti, mutta vain niukasti kiinalaisten leikkaussalihoitajien osalta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vajaakuntoisuuden ja työperäisen stressin välistä yhteyttä leikkaussalihoitajien keskuudessa.	Tutkimukseen osallistui 70 leikkaussalihoitajaa yhdestä Pekingin akuuttihoidon opetus-sairaaloista. Vastauksia kyselyyn saatiin 65 kpl (92,9%).	Tutkimusaineisto kerättiin poikkileikkavalla kyselytutkimuksella, jolla selvitettiin hoitajien työperäisen stressin tekijöiden merkitystä ja arvioitiin diagnostisella kriteeristöllä vajaakuntoisuutta. Tilastollisessa analyysissä käytettiin persentiiliä, t-testiä ja regressiota.	Hoitajat raportoivat korkeita stressitasoja työkuormasta ja aikataulu-paineista johtuen. Näiden jälkeen suurimmat stressitekijät ovat ammatilliset ja uraan liittyvät asiat, potilastyö ja -vuorovaikutus, henkilösuhteet ja johtaminen sekä resurssi ja ympäristötekijät. 50 koehenkilöä (76,9%) kärsi yhdestä tai useammasta terveydellisestä oireesta. Väsymys on yleisin oire.
Higgins, B.L., MacIntosh, J., 2010, Perioperative nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse, International Nursing Review, Vol. 57, No. 3, 321-327.	Leikkaussalihoitajat kokevat lääkärin taholta huonoa kohtelua. Tästä on useita tutkimusviitteitä. Vain vähän tutkimusta on tehty siitä, miten leikkaussalihoitajat kokevat ja näkevät niiden seuraukset. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää huonon kohtelun vaikutukset hoitajien omaan terveyteen ja potilasturvallisuuteen hoitotyössä.	Kymmenen leikkaussalihoitajan haastattelut.	Tiedot kerättiin haastatteleamalla kymmenen perioperatiivista hoitajaa. Hoitajat olivat yhdeksästä eri sairaalasta Itä-Kanadassa. Kaikki haastattelukysymykset olivat avoimia. Niille suoritettiin kvalitatiivinen kuvaileva sisällönanalyysi.	Tutkimustuloksissa löytyy kolme eri kategoriaa häirintään liittyville tekijöille. Ensimmäinen on leikkaussaleissa vallitseva kulttuuri. Toinen, häirinnän katalyytit, sisältää hoitajien aseman ja kokemuksen samoin kuin hoitajista riippumattomia tekijöitä, kuten resurssit ja lääkäreiden väliset henkilösuhteet. Kolmas luokka sisältää hoitajien kokemat vaikutukset mukaan lukien psykologiset, fyysiset ja terveysvaikutukset. Potilaiden hoitoon vaikuttavat seikat ovat potilasturvallisuus ja hoidon saatavuus.

Jacob, J., 2015, Occupational stress of scrub/scout practitioner: overview of selected literature, ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia, Vol. 28, No. 3, 15-21.	Leikkaussalihoitajien työperäisen stressin ymmärtäminen ja vaikutusten tunnistaminen.	30 artikkelia	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Haku seuraavista tietokannoista: CINAHL with full text, Cochrane Library, PUBMED, Proquest and Scopus databases ja vain englanninkielisiä artikkeleita. Avainsanat: Work-related stress/occupational stress/stress/of perioperative nursing/operating theatre/scrub/scout nurses/retention of OR nurses/job satisfaction of OR nurses, joista hyväksyttiin kahdella eri kriteerillä 30 artikkelia katsauksen aineistoksi	Hoitajat kokevat työssään epätyypillisiä työperäistä stressiä kuten kirurgien huonoa käytöstä, hoitajien keskinäistä väkivaltaa, työn luonteesta ja resurssivajeesta johtuvaa stressiä. Riippumatta stressitasosta, stressi vaikuttaa merkittävästi perioperatiivisten hoitajien terveyteen ja käyttäytymiseen.
King, C.A., 2011, Health Care Worker Safety in Surgery, AORN Journal, Vol 94, No 5, 457-468	Selvittää leikkauksiin liittyviä terveysriskejä terveydenhuollon työntekijöille.	28 lähdetä	Narratiivinen kirjallisuuskatsaus.	Työpaikan kulttuurin ja turvallisuuden kehittäminen onnistuu parhaiten, kun se on moniammatillista. Tämän saavuttaakseen leikkaussalihoitajien täytyy muuttaa rekrytointia ja kehittää henkilöstön pysyvyyttä mentoroimalla ja toimimalla esimerkkeinä. Leikkaussalin johtajilla on vastuu turvallisen työympäristön kehittämisestä ja parhaiden käytäntöjen implementoinnista.
Sheikhzadeh, A., Gore, C., Zuckerman, J.D., Nordin, M., 2009, Perioperative nurses and technicians' perceptions of ergonomic risk factors in the surgical environment, Applied Ergonomics, Vol. 40, 833–839.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää työperäisten tukielinvaivojen suuruutta ja luonnetta perioperatiivisen hoitajien ja teknikkojen joukossa ja määrittää niihin liittyvät ergonomiset riskitekijät leikkaussaliympäristössä.	Tutkimukseen osallistui 50 hoitajaa ja teknikkoa. Kyselyyn vastauksia saatiin 32 kpl (64%) ja 18 osallistui fokusryhmä keskusteluihin.	Aineisto kerättiin kolmella erillisellä kyselyllä (tukielinvaivat, työnkuva- ja psykometrinen kysely) sekä kahdesta ryhmäkeskustelusta. Aineistosta laskettiin keskiarvot ja keskiarvokeumat.	Tutkimustulokset osoittavat, että hoitajilla ja tekniikoilla on runsaasti tukielinvaivoja, joista alaselkäkipu on yleisin (84%) vaiva. Seuraavaksi yleisimmät vaivat ovat nilkka-/jalkavaivat (74%) ja olkapäävaivat (74%). Lisäksi alaselkävivot (31%) ja nilkka-/polvivaivat (24%) ovat pääasialliset poissaolojen syyt.