

Anna-Kaisa Pulkkinen

Kaisu Simonen

Heidi Suomalainen

MIELENTERVEYSTYÖSSÄ JAKSAMINEN

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Huhtikuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>	<p>Opinnäytetyön päivämäärä</p> <p>20.4.2010</p>	
<p>Tekijä(t) Anna-Kaisa Pulkkinen, Kaisu Simonen & Heidi Suomalainen</p>	<p>Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, Savonlinna Sairaanhoidaja</p>	
<p>Nimeke</p> <p>Mielenterveystyössä jaksaminen</p>		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa Savonlinnan Keskussairaalan psykiatristen osastojen 7 A ja 6 A työntekijöiden työssä jaksamista. Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää henkilökunnan työhyvinvoinnin kehittämisessä.</p> <p>Tutkimus oli sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen. Aineisto kerättiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla, jossa oli lisäksi kolme tarkentavaa avointa kysymystä. Tutkimuksen tulokset käsiteltiin SPSS - ohjelman avulla. Tulokset esitettiin tilastollisesti prosentti- ja frekvenssijakaumina sekä havainnollistettiin graafisilla pylväs- ja ympyrädiagrammeilla. Kyselylomakkeen avoimet kysymykset tarkensivat strukturoituja kysymyksiä. Avointen kysymysten vastauksia tarkasteltiin strukturoitujen vastausten mukaan. Tutkimukseen osallistui 26 psykiatrisilla osastoilla työskentelevää hoitajaa, joista naisia oli 14 ja miehiä 12. Tutkimuksen vastausprosentiksi saatiin 76,5 %.</p> <p>Tutkimuksen yhtenä tarkoituksena oli selvittää työntekijöiden tyytyväisyyttä nykyiseen työhönsä. Kyselyn mukaan vastaajista suurin osa oli joko tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä nykyiseen työhönsä. Ulkopuolisista kuormittavuustekijöistä nousi esille ristiriidat ihmissuhteissa ja perhesuhteissa. Tarkennetussa avoimessa kysymyksessä tuli ilmi, että edellä mainituilla tekijöillä on vaikutusta myös työssä jaksamiseen. Kartoittaessa työstä johtuvia kuormittavuustekijöitä, poikkesivat työntekijöiden mielipiteet selkeästi toisistaan. Muun muassa puolet vastaajista koki työnsä stressaavaksi ja toinen puoli ei kokenut. Hälyttävästi tutkimuksessa nousi esille työntekijöiden kokemana väkivallan uhka, jota suurin osa vastaajista tunnisti kohtaavansa. Kuitenkin suurin osa vastaajista jaksaa työssään hyvin.</p>		
<p>Asiasanat (avainsanat)</p> <p>mielenterveystyö, työssä jaksaminen, työhyvinvointi, kuormittavuustekijät</p>		
<p>Sivumäärä</p> <p>55 s. + liitteet 5 s.</p>	<p>Kieli</p> <p>suomi</p>	<p>URN</p>
<p>Huomautus (huomautukset liitteistä)</p>		
<p>Ohjaavan opettajan nimi</p> <p>Leena Uosukainen</p>	<p>Opinnäytetyön toimeksiantaja</p> <p>Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä</p>	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 20.4.2010
Author(s) Anna-Kaisa Pulkkinen, Kaisu Simonen & Heidi Suomalainen	Degree programme and option Degree program in nursing, Savonlinna	
Name of the bachelor's thesis Wellbeing at mental health work		
Abstract <p>The purpose of the study was to survey the wellbeing of the staff working at Savonlinna Central Hospital psychiatric units, 6 A and 7 A. The results can be used to further develop the wellbeing of the staff.</p> <p>The study was both quantitative and qualitative. The data was collected with a structured questionnaire, which included also three more specific open questions. The results of the survey were processed with the SPSS program. The results were presented statistically as percentage and frequency distributions and illustrated with graphical bar and pie charts. The open-ended questions defined the structured questions. The responses to the open-ended questions were analyzed on the basis of the structured responses. The study involved 26 psychiatric nurses working in the wards of which 14 were women and 12 men. The response rate was 76,5 %.</p> <p>The purpose of this study was to investigate the employees' satisfaction with their current job. According to the survey the majority of the respondents were either satisfied or fairly satisfied with their current job. External workload factors emerged from conflicts in human relations and family relations. The open-ended questions revealed that the above-mentioned factors have an effect on coping at work. Regarding work-related workload factors the employees' opinions differed clearly from each other. Among other things, half of the respondents felt that their work was stressful and the other half did not feel so. Alarmingly, the results revealed that most respondents had encountered a threat of violence. However, the majority of respondents coped well at work.</p>		
Subject headings, (keywords) mental health work, coping at work, wellbeing at work, workload factors		
Pages 55 p. + app. 5 p.	Language finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Leena Uosukainen	Bachelor's thesis assigned by Hospital District of Itä-Savo	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	MIELENTERVEYSTYÖ.....	2
2.1	Mielenterveystyön historiaa.....	4
2.2	Mielenterveystyö tutkimuksien valossa.....	6
2.3	Mielenterveystyön arvot ja eettisyys.....	9
3	MIELENTERVEYSTYÖ AMMATTINA.....	11
3.1	Persoonaa työvälteenä	11
3.2	Mielenterveystyö ammattina ennen ja nyt	14
3.3	Työyhteisön toimintamallit.....	16
4	TYÖSSÄ JAKSAMINEN.....	18
4.1	Lainsäädännön näkökulma työssä jaksamiseen	21
4.2	Työssä jaksaminen ja kuormittavuus	23
4.3	Työssä jaksamisen keinot	24
4.4	Työuupumus	25
5	TYÖHYVINVOINTI MIELENTERVEYSTYÖSSÄ.....	27
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	29
7	OPINNÄYTETYÖSSÄ KÄYTETYT MENETELMÄT JA NIIDEN PERUSTELUT	29
7.1	Kohdejoukon kuvaus	30
7.2	Kysely aineiston keruumenetelmänä	32
7.3	Aineiston analyysi.....	35
7.4	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	35
8	TUTKIMUSTULOKSET.....	37
8.1	Hoitotyöntekijöiden tyytyväisyys työhönsä	37
8.2	Työpaikan vaihtaminen tulevaisuudessa.....	39
8.3	Alan vaihto tulevaisuudessa	39
8.4	Työntekijöiden kokemukset vaikuttamismahdollisuuksista	40
8.5	Työhön vaikuttavat ulkopuoliset kuormittavuustekijät	42
8.6	Työntekijöiden kokemuksia työsuhteen jatkumisesta	43
8.7	Työstä aiheutuvia kuormittavuustekijöitä.....	43

8.8	Työyhteisön vaikutus työhyvinvointiin.....	47
8.9	Esimiestyön vaikutus työhyvinvointiin.....	48
9	POHDINTA	50
9.1	Tutkimustulosten tarkastelua	50
9.2	Tutkimusprosessin tarkastelu.....	53
9.3	Jatkotutkimusehdotuksia	54
	LÄHTEET	55
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Hyvinvointi riippuu fyysisistä ja psyykkisistä tekijöistä. Mielestämme mielenterveys-työntekijä kuormittuu työssään näiltä kummaltakin osa-alueelta. Työ on huomattava osa ihmisen elämään, eikä siis yhdentekevää, kuinka työntekijä jaksaa työssään. Työssä jaksamiseen vaikuttaa niin työympäristö, työyhteisö kuin työntekijän henkilökohtainen elämäntilannekin. Työntekijän hyvinvoinnin uskomme olevan suoraan vaikutuksessa potilaan saamaan hoidon laatuun sekä koko yhteisön toimintaan. Työntekijän kuormittuessa työstään on tärkeää tukea jaksamista eri toimenpitein ja mitoittaa työvaatimuksia uudelleen työntekijän elämäntilannetta ja voimavaroja vastaaviksi. Myös väestön ikääntyminen on rinnastettavissa työssä jaksamiseen. Työhyvinvointi on tärkeä tekijä, kun halutaan pitää työntekijän mahdollisimman pitkään työkykyisenä. Ajoittain uutiset antavat viitteitä siitä, että työ hyvinvointi ja tyytyväisyys työhön ovat laskeneet. Syynä tähän voi olla yhteiskunnan huono taloudellinen tila, mutta myös työnantajan vaatima työtehokkuuden nostaminen ja kustannuskysymykset. Useassa kunnassa peruspalveluita pyritetään liian pienillä resursseilla. Liian pieni budjetti, liian kovat vaatimukset työn suhteen ja kiire voivat aiheuttaa työuupumusta ja rikkoa työilmapiiriä.

Opinnäytetyömme aihe on mielenterveystyössä jaksaminen. Työn tarkoituksena on kuvata Savonlinnan Keskussairaalan psykiatristen osastojen 7 A ja 6 A työntekijöiden työssä jaksamista tällä hetkellä. Valitsimme tämän aiheen, sillä se on ajankohtainen, haastava ja mielenkiintoinen tutkimuskohde. Lisäksi aiheen valintaan vaikutti, ettei Savonlinnan keskussairaalan psykiatrisilla osastoilla ole toteutettu aiemmin vastaavaa tutkimusta työssä jaksamisesta. Opinnäytetyömme aihe on lähtöisin työelämän harjoittelujaksolta. Kuitenkin idea on meiltä itseltämme. Toivomme, että tutkimus palvelee psykiatrisia osastoja työhyvinvointia kehitettäessä.

Välimäen ym. (2000, 77) mukaan Myllymäki ja Uoti (1995) ovat todenneet, että nykypäivinä mielenterveyspalvelut ovat läntisissä teollisuusmaissa poliittisen mielenkiinnon kohteena. Mielenterveysongelmien lisääntyminen on yksi merkittävä eläkkeelle siirtymisen syy. Toisaalta teollisuusmaissa pyritään entistä tehokkaampaan ja taloudellisempaan terveydenhuoltoon. Taloudelliset supistukset ovat kohdistuneet juuri mie-

lenterveyspalveluihin, ja näin mielenterveyden hoitaminen on jäänyt muiden terveydenhuollon osa-alueiden varjoon. (Välimäki ym. 2000, 77.)

Psykiatrisen hoitotyön luonne tulee muuttumaan erityisesti avohoitoon kehitettävien uusien hoito- ja kuntoutusmuotojen vuoksi. Avohoidon kehittämisen ohella myös laitoshoidoa tulee kehittää esimerkiksi akuutteja kriisitilanteita varten. Julkisen sektorin palveluiden supistuessa ja palveluiden tarvitsijoiden määrän lisääntyessä yksityisten sektorien palvelut tulevat monipuolistumaan ja lisääntymään. Potilaiden, heidän omaisten ja työntekijöiden keskinäinen verkostoituminen tulee parantamaan ja lisäämään yhteistyötä. Ongelmien varhainen tunnistaminen tulee entistä tärkeämmäksi. (Välimäki ym. 2000, 182 - 183.)

Psykiatrisessa hoitotyössä hoitotyöntekijä arvioi hoidon eri vaihtoehtoja ja mahdollisia seurauksia yhdessä potilaan kanssa ja auttaa tätä selviytymään elämässä mahdollisimman itsenäisesti. Hoitotyöntekijä edustaa hoitotyön asiantuntijuutta ja hänen toimintansa oletetaan perustuvan oman alan tietoperustaan. (Välimäki ym. 2000, 140.) Lisäksi työntekijään kohdistuneet vaatimukset ovat lisääntyneet ja toimenkuva on laajentunut. Näin ollen hoitotyöntekijältä edellytetään ammattitaitoa ja kykyä hallita työssään tapahtuvia muutoksia sekä kehittää uusia hoitomenetelmiä ja arvioida niiden laatua. (Välimäki ym. 2000, 152.) Nämä lisäävät myös kuormittumista ja tuovat haasteita työssäjaksamiselle.

2 MIELENTERVEYSTYÖ

Mielenterveystyön lähtökohtana on potilaan tarpeisiin vastaaminen ja arjessa selviytyminen. Asiakassuhteessa on sekä potilas että hänen läheisensä. Selviytymisen lähtökohtana ovat potilaan kyvyt, joita hoitotyön avulla pyritään vahvistamaan erilaisilla auttamismenetelmillä. Auttamismenetelmät perustuvat hoidon tarpeisiin ja hoidolle asetettuihin tavoitteisiin. Potilaan hoidon tarve määritellään yksilöllisesti hoitajan, läheisten tai potilaan itsensä tekemien havaintojen mukaan. Hoidon tavoite on potilaan selviytyminen sairaalan osastoyhteisössä, avohoidon tuen avulla tai itsenäisesti. (Latvala ym. 1995, 20.)

Mielenterveystyössä sovelletaan teoreettisia lähestymistapoja, joiden avulla voidaan hahmottaa ihmistä ja hänen elämäänsä. Näitä lähestymistapoja ovat biologinen, psykodynaaminen, behavioristinen, kognitiivinen, humanistinen, systeeminen ja konstruktionistinen. Mitään lähestymistapaa ei voida käyttää yksinään, vaan eri lähestymistapojen yhdistäminen ja tarpeen mukainen käyttö on olennaista mielenterveystyössä. (Kiviniemi ym. 2007, 35.)

Biologisen lähestymistavan avulla hahmotetaan ihminen anatomisena ja fysiologisena kokonaisuutena, jota voidaan tarkastella erilaisten mittausten ja tutkimusten avulla. Lähestymistapa perustuu luonnontieteisiin ja tarkastelee ihmistä, mm. sairauksia, syyseuraussuhteiden kautta. Psykodynaamisen lähestymistavan painopisteitä ovat varhaislapsuuden kehityksen ja ihmisen tiedostamattoman minän yhteys mielenterveyteen ja sen ongelmiin. Tämä lähestymistapa perustuu Sigmund Freudin psykoanalyttiseen teoriaan. Behavioristisen lähestymistavan mukaan ihmisen käyttäytymistä voidaan ohjalla palkkioilla ja rangaistuksilla, sillä ihminen nähdään passiivisena ja ympäristön ärsykeitä vastaanottavana olentona. Kognitiivisen lähestymistavan mukaan ihmisellä on luontainen kyky muuttua ja löytää uusia toimintamalleja elämäänsä. Mielenterveystyössä on oleellista vahvistaa suotuisia malleja sekä poisottaa negatiivista toimintamalleista. Humanistisessa lähestymistavassa ihminen nähdään valintojen tekijänä, jolla on runsaasti voimavaroja, omaa tahtoa, luovuutta sekä mahdollisuus kasvuun ja kehitykseen. Systeemisen lähestymistavan mukaan ihminen elää erilaisissa yhteisöissä, joista yleensä perhe on tiivein. Näin ollen yhteisö on systeeminen kokonaisuus, jossa kaikki vaikuttavat toisiinsa erilaisten roolien kautta. Ihmisen liittäessä uudet kokemukset aiempiin kokemuksiinsa puhutaan konstruktionistisesta lähestymistavasta, jossa ihminen elää jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäröivän maailman kanssa. (Kiviniemi ym. 2007, 36 - 38.)

Työssään mielenterveystyöntekijä kohtaa ihmisiä, jotka voivat olla hyvinkin haavoittuvaisia ja alttiita vaikutuksille. Siksi ammattilaisen tulee työskennellä oman alansa ja terveydenhuollon eettisiä periaatteita noudattaen. Tämän lisäksi työntekijän on huomioitava työssään tarvittavat sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä ammatinharjoittamista koskevat lait ja asetukset. (Kiviniemi ym. 2007, 33.)

Vuonna 1990 astui voimaan uusi mielenterveyslaki (1116/90), joka on edelleen voimassa. Mielenterveyslain 1. luvun 1. §:n mukaan ”mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä.”

”Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut). Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalveluiden järjestämistä.” (Mielenterveyslaki 1116/90.)

2.1 Mielenterveystyön historiaa

Keskiajalla ihmiset näkivät psyykkisesti sairaat joko viisaina hulluina tai pahanhengen riivaamina, joita hoidettiin kirkon hospitaaleissa (Punkanen 2001, 6). Vaihtoehtoisesti sairastuneet joutuivat myös köyhäin taloon, vankilaan tai omaisten ja ystävien hoidettaviksi. Yhteiskunta eristi karkottamalla psyykkisesti sairaita toisille seuduille esimerkiksi ns. hullujen laivoilla. Ennen karkottamista eristettyjä yleensä ruoskittiin ja pidettiin vankeina joitain päiviä. (Latvala ym. 1995, 11.)

Ensimmäiset houruinhuoneet, joissa seurakuntalaiset huolehtivat mielisairaista, rakennettiin vuonna 1687. Potilaiden hoidosta päättivät maallikot, ja hoito oli pääasiassa potilaiden vartiointia ja kahleilla kytkemistä seinään kiinni. (Latvala ym. 1995, 11.) Lopulta psykiatrinen hoitotyö erkaantui kirkosta vuonna 1758 ja siirtyi aikaisemmin toimiviin leprasairaaloihin, joita alettiin kutsua houruinhoitoloiksi. Valistusajalla vuodesta 1791 alkaen perustettiin läänin hospitaaleja ja mielenvikaisuutta alettiin pitää sairautena, joka vaati hoitoa. (Punkanen 2001, 6.)

1800-luvun alussa kirurgian ja lapsenpäästöopin professori Josef Pippingskiöld taisteli mielisairaiden inhimillisemmän hoidon puolesta. Tuolloin oli vielä tapana lunastaa potilaat sairaaloihin loppuiäksi, koska sairauksia pidettiin toivottomina. Vuonna 1834

Nikolai I antoi asetuksen ”heikkomielisten holhouksesta ja paremmista laitoksista heidän parantamiseksiensa”. Vuotta myöhemmin Suomessa asetettiin komitea kehittämään mielisairaiden hoidon järjestämistä, ja vuonna 1841 perustettiin Helsinkiin Lapinlahden sairaala, joka on ollut Suomen johtavia psykiatrisen hoitotyön kehittämipaikkoja 1900-luvun lopulle. (Punkanen 2001, 7.)

Nikolai I antaman asetuksen mukaan psyykkisesti sairaista oli ilmoitettava lääkärille. Näin ollen potilas saatiin kotihoitoon kuukaudeksi koeajalle. Jos koeajalla ei saatu tuloksia aikaan, potilas määrättiin puolestaan kuukaudeksi koeajalle lääninlasaretin mielisairaitten vastaanotto-osastolle. Jos tälläkään hoidolla ei ollut parantavaa vaikutusta, potilaalle haettiin elinikäinen paikka houruinhuoneeseen, joka tuohon aikaan merkitsi sekä potilaalle sekä omaiselle elinikäistä vankeutta ja pakkohoitoa. Esimerkkejä tämännäköisistä hoitotoimenpiteistä rauhottomille potilaille olivat muun muassa pitkät makuukuurit tai koko päivän kestävät kylvyt. (Latvala ym. 1995, 11 - 12.)

1900-luvulla koettiin psykiatrisen hoitotyön suurimmat muutokset (Punkanen 2001, 7). Lobotomia ja sokkihoidot tulivat käyttöön 1940-luvulla. Näiden vuoksi hoitajien tehtävät lisääntyivät lääkärin avustajina. 1950-luvulla lääkehoidon merkitys korostui. (Latvala ym. 1995, 12.) Silloin otettiin käyttöön neuroleptit eli psykoosilääkkeet, joilla oli huomattava merkitys psykiatriseen hoitotyöhön. Tuohon aikaan mielisairaajat jaettiin lain mukaan A- ja B-mielisairaaloihin. A-mielisairaalat olivat akuuttihoiton yksiköitä ja B-mielisairaalat pitkäaikaishoidon varten. Yliopistollinen keskussairaaloiminta aloitettiin 1960-luvulla. Tämä perustui ajatukseen, että somaattista ja psykiatrista hoitoa ei tule kokonaan erottaa toisistaan. (Punkanen 2001, 7.)

A- ja B-mielisairaaloiden jako purettiin 1970-luvulla, jolloin avohoitokeskeisyys sai jalansijaa, terapeuttiset suuntaukset lisääntyivät ja hoidon yksilöllinen suunnittelu, toteutus ja arviointi korostuivat. Vuonna 1979 sairaalaliiton toimesta tulivat kirjalliset ohjeet hoitotyön suunnitelmallomakkeesta sekä sen käytöstä. Samanaikaisesti siirryttiin työryhmätyöskentelystä tiimityöskentelyn suuntaan ja otettiin käyttöön omahoitajuus. Yhteisöhoito alkoi yleistyä. 1980-luvulla suurin osa pitkäaikaishoidetuista oli diagnosoitu skitsofreenikoiksi, joiden kuntouttaminen avohoitoon osoittautui suureksi haasteeksi. Samaan aikaan passiivisesta, säilyttävästä hoidosta siirryttiin ulospäin suuntautuvaan, aktivoivaan hoitoon, jossa perhekeskeisyys ja verkostoituminen olivat keskei-

sessä roolissa. Myös itsemurhien ennaltaehkäisyyn alettiin kiinnittää enemmän huomiota. (Punkanen 2001, 7.)

Punkasen (2001, 8) mukaan psykiatristen sairaalapaikkojen raju väheneminen on ollut yksi suurimpia muutoksia hoidon organisoinnissa. Vuosien 1980 ja 1994 välillä sairaalapaikkojen määrä väheni 20 036:sta 7467:ään. Puolestaan masentuneiden määrä on noussut vuosien 1985 ja 1995 välillä 3,5 %:sta 14,2 %:iin. Vuonna 1993 psykiatrisen hoidon rahoitusvastuu siirtyi yksittäisille kunnille valtiosuusmuutoksen toimesta. Tämän seurauksena hallinto ja organisaatiomallit voivat vaihdella maassamme eri sairaanhoitopiirien välillä. 2000-luvun alussa erilaiset aivotutkimukset ja tekniikka valtasivat alaa. Lisäksi psyykkisten häiriöiden geneettisestä taustaa selvitetään, jotta ne olisivat ennalta ehkäistävissä ja hoidettavissa. Oman haasteensa tuovat myös kaksoisdiagnoosit ja huumepsykiatria. (Punkanen 2001, 7 - 8.)

2.2 Mielenterveystyö tutkimuksien valossa

Sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle on tehty valtakunnallinen kyselytutkimus työhyvinvoinnista vuosina 1992, 1999 ja 2005. Kyselytutkimuksilla on pyritty selvittämään henkilöstön hyvinvointia ja terveyttä sekä alan työoloja. Tilastokeskuksen työssäkäyntirekisteristä on poimittu 5 000 henkilön otokset, jotka perustuivat työntekijän työpaikan toimialaan. Viimeisimmässä tutkimuksessa ”Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005” on ollut 10 otossektoria, jotka ovat poimittu niin, että pienimmästäänkin sektorista on tullut 200 henkilön otos. Vuonna 2005 tehdyn kyselyn vastusprosentti oli 66,8 %. (Työterveyslaitos 2006, 9.) Kyselytutkimuksen yksi otos on toteutettu mielenterveys- ja päihdetyön sektorilla. Vastaajien keski-ikä oli 43,7 vuotta, ja yli puolella oli koulutustaustana ammattikorkeakoulu tai -opisto, korkeakoulutettuja oli runsas viidennes. Vastaajista valtaosa työskenteli julkisella sektorilla. (Työterveyslaitos 2006, 91.)

Vuonna 2008 Kati Lantta ja Tapio Hämäläinen ovat tehneet pro gradu -tutkimuksen Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksessa aiheesta Työhyvinvointi mielenterveystyössä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata avohoidossa ja osastotyössä työskentelevien hoitotyöntekijöiden omakohtaisia kokemuksia psyykkisistä ja sosiaalisista kuormittavuustekijöistä sekä niiden yhteyttä työhyvinvoinnin kokemiseen. Tarkoituk-

sena oli myös vertailla psyykkisten ja sosiaalisten kuormittavuustekijöiden eroja edellä mainittujen organisaatioiden välillä. Tutkimukseen osallistui hoitotyöntekijöitä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijöiden psykiatrian tulosalueelta (N=204) ja Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosalueen tulosyksiköstä (N=350). Vastauksia saatiin 334 hoitotyöntekijältä. Aineistonkeruumenetelmänä oli käytetty kyselylomaketta. Aineistona oli koko tulosalueen ja tulosyksikön hoitohenkilökunta. (Lantta & Hämäläinen 2008, 17, 27.)

Vuonna 2005 tehdyn työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan mielenterveys- ja päihdetyön kuormittavia tekijöitä olivat erityisesti asiakkaiden motivoimattomuus, moniongelmaisuus ja monimutkainen ongelmanratkaisu. Lisäksi asiakkaiden väkivaltaisuus huolestutti yhä mutta kuitenkin vähemmän kuin vuonna 1999. Toisaalta jatkuvat muutokset ja toisarvoiset tehtävät rasittivat työntekijöitä vähemmän kuin aikaisemmassa tutkimuksessa. Tällä otossektorilla vastaajat kokivat eettisiä ja moraalisia ongelmia asiakastyössään muita sektoreita yleisemmin. Työpaikalla tarjottavan palvelun laatu koettiin paremmaksi kuin aikaisemmin, sitä vastoin palveluiden määrä arvioitiin riittämättömäksi. (Työterveyslaitos 2006, 91.)

Lantan ja Hämäläisen tutkimuksen (2008) tulosten mukaan työhyvinvointi koettiin keskinkertaiseksi. Työhyvinvointia alentaviksi tekijöiksi nousivat organisaatioon sitoutumattomuus, henkilöstön heikko huomioon ottaminen, työstä saadun laadun palautteen niukkuus, arvostus ja heikko luottamus johtoon. Osastotyössä olevien hoitotyöntekijöiden työhyvinvointi oli keskimääräisesti huonompi kuin avopuolella. Eroja löytyi mm. organisaatioon sitoutumisen ja työhön vaikuttamisen mahdollisuuksissa. (Lantta & Hämäläinen 2008, tiivistelmä.)

Työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan otossektorilla 60 % vastaajista koki suuressa määrin edistävänsä tai saavuttavansa työssään itselleen tärkeitä asioita. Asiakkailta saatiin palautetta aikaisempaa vähemmän. Lisäksi iloa ja mielihyvää koettiin työssä vähemmän kuin muilla sektoreilla. Työilmapiiriin liittyviin asioihin ja työyhteisöön oltiin joko tyytyväisempiä tai yhtä tyytyväisiä kuin alalla yleisesti muun muassa tasarvon katsottiin toteutuvan työyhteisössä eri ryhmien välillä paremmin kuin ennen tai parhaiten. Työyhteisöltä koettiin saatavan arvostusta omalle työlle tavanomaista paremmin. (Työterveyslaitos 2006, 91 - 92.)

Kyseisessä tutkimuksessa mielenterveys- ja päihdetyössä työskentelevät vastaajat olivat keskimääräistä paremmin selvillä työyksikkönsä ja koko organisaation tavoitteista. Organisaation johtamiseen oltiin lähes tyytymättömimpiä, mutta työyksikön johtamiseen ei niinkään. Johdon ja alaisten välinen tiedonkulku katsottiin hyväksi. Myös oikeudenmukaisuuden toteutuminen ja mahdollisuudet vaikuttaa työhön liittyviin asioihin ja työaikoihin arvioitiin keskimääräistä myönteisemmäksi. Työssä oli panostettu perehdytykseen suurelta osin hyvin ja paremmin kuin aikaisemmin, sekä riittävää täydennyskoulutusta oli saatu sektoreista parhaiten. Kehityskeskustelut koettiin tutkimuksen mukaan hyödyllisiksi. Terveystila arviot - paranivat edellisestä tutkimuksesta (1999), ja stressin tuntemuksia ilmoitettiin vähemmän kuin aikaisemmin. Lähes 80 % vastaajista uskoi selviytyvän ammatissaan terveytensä puolesta eläkeikään saakka. (Työterveyslaitos 2006, 92.)

Lantan ja Hämäläisen tutkimuksen (2008) mukaan työ koettiin harvoin yksitoikkoiseksi. Vastaajien mukaan työt eivät jakaudu tasaisesti vaan ruuhkaantuvat, mutta kuitenkin ylitöiden tekemiseen oli harvoin tarvetta. Työskentelytahti koettiin melko nopeaksi, ja yli puolet koki, että heillä oli liikaa töitä. Lisäkoulutuksen tarve ilmeni myös tutkimustuloksissa. Vastaajat olivat lähes yksimielisiä työn haasteellisuudesta ja mielekkyydestä sekä siitä, että työssä voi usein käyttää tietoja ja taitoa. Vastaajat eivät koe voivansa vaikuttaa siihen, kenen kanssa tekevät yhteistyötä tai milloin on asiakkaisiin yhteydessä. Yli puolet vastaajista koki työn jakautumisen ja työntekijöiden kohtelun usein oikeudenmukaiseksi. Suhde lähiesimieheen koettiin harvoin stressaavaksi, mutta 25 % vastaajista koki, ettei lähiesimies rohkaise heitä tarpeeksi usein. Yli puolet vastanneista koki työpaikan ilmapiirin leppoisaksi ja mukavaksi eikä kokenut epätasa-arvoa. Vastaajien kokemusten mukaan johto ei ole kiinnostunut työntekijöiden hyvinvoinnista eikä terveydestä ja hyvästä työsuorituksesta palkitaan harvoin. (Lantta & Hämäläinen 2008, 29 – 34.)

Työn ja yksityiselämän vuorovaikutus näyttäisi melko toimivalta vastanneiden mielestä. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että työssä saa käyttää luovuutta ja mielikuvitusta sekä sitä, että työstä saa palkkaa ja aineellista etua. Vastaajista yli puolet ilmoitti joutuvansa suorittamaan työtehtäviä, joita tulisi heidän mielestään suorittaa eri tavalla. Lisäksi yli puolet oli saanut työssään toimeksiantoja, joiden suorittamiseen ei ole riit-

täviä voimavaroja. Myös yli puolet koki omien arvojen vastaisia työtehtäviä olevan harvoin. Vastaajilla 10 %:lla oli kokemuksia henkisestä väkivallasta tai kiusaamisesta sekä 40 % ilmoitti havainneensa työssään jonkun joutuneen henkisen väkivallan tai kiusaamisen kohteeksi. Pelkoa turvattomuuden tunteesta tai väkivallan vaarasta oli 16 %:lla työntekijöistä. Kuitenkin 80 % vastaajista koki mahdollisuudeksi saada riittävää työnohjausta työhönsä. Lähes yksimielisesti työntekijät arvostivat jäsenyyttä omassa työryhmässä tai tiimissä. Tiimissä toiminta koettiin pääasiassa joustavaksi ja ongelmien ratkaisussa usein onnistuttiin. (Lantta & Hämäläinen 2008, 34 - 38.)

2.3 Mielenterveystyön arvot ja eettisyys

Mielenterveystyö perustuu arvoihin, jotka luovat pohjan laadukkaalle ja ihmistä kunnioittavalle kohtaamiselle. Erityisesti esille nousevat arvot: valta, pakkohoito, luottamus, empatia, huolenpito ja välittäminen. Valta ja vallankäyttö eivät saa olla mielivaltaa eivätkä perustua hoitajan tarpeisiin, vaan niiden tulee perustua hoidettavan tarpeisiin ja edistää hänen toipumistaan. (Punkanen 2001, 173.) Valtaa käytettäessään hoitajan tulisi kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Itsemääräämisoikeuteen liittyy myös rajoittavia tekijöitä, kuten pakkohoito eli tahdonvastainen hoito (Latvala ym. 1995, 32 - 34), jossa voi olla vaarana että potilaan ei anneta määrätä mistään eikä anneta vastuuta asioista, jotka koskevat hänen omaa elämäänsä. (Punkanen 2001, 173.) Vaikka potilaat, joilla on mielisairaus, vajaamielisyys tai häiriintynyt ajatustoiminta, eivät kykene vastaamaan omasta hoidostaan, on heillä oikeus tulla kuulluksi itseään koskevissa asioissaan (Latvala ym. 1995, 34).

Vaikka potilaan itsemääräämisoikeus on ajoittain rajoitettu, hoitajan ja potilaan toimiva vastavuoroinen hoitosuhde tulisi perustua luottamukseen ja sen vaalimiseen (Latvala ym. 1995, 36). Luottamuksen tulee olla aitoa ja molemminpuolista, ja se vahvistuu hoitosuhteen myötä. Jos luottamussuhdetta ei synny, hoitosuhde jää mekaaniseksi pinnallisista tarpeista huolehtimiseksi. (Punkanen 2001, 174.) Kun luottamus on rakentunut, hoitosuhteessa voi jakaa kokemuksia keskustelujen pohjalta. Jotta voidaan ymmärtää potilasta paremmin, tulee hoitajalla olla kyky tuntea empatiaa. (Latvala ym. 1995, 37.) Empaattinen hoitaja välittää ja huolehtii potilaasta, hän pitää yllä toivoa, kannustaa ja ohjaa, mutta liiallinen neuvominen saattaa johtaa potilaan lannistamiseen. Potilas tekee lopulta itse omat valintansa. (Punkanen 2001, 175.)

Mielenterveystyön arvojen yhteydessä tuodaan usein esille asiakkaan hyväksi toimiminen. Kuitenkin tämä on vain osa totuutta, sillä työntekijöitä ohjaavat usein omat tarpeet ja henkilökohtaiset pyrkimykset. Sosiaali- ja terveysalan keskeisiä arvoja, kuten myös mielenterveystyön muita arvoja, ovat tasa-arvo, vapaus, oikeus ja arvokkuus. Lisäksi asiakkaan itsemääräämisoikeus ja hyvinvointi, asiakaspalvelu, henkilökohtainen ja ammatillinen rehellisyys sekä ammatillinen pätevyys ja standardit ovat asioita, jotka määrittellään eettisissä ohjeissa. Työntekijän velvollisuutena on tarjota korkealaatuisia palveluja tehokkaasti ja organisoidusti sekä huomioida omien taitojensa ylläpitäminen ja kehittäminen. (Kiviniemi ym. 2007, 34 - 35.) Kiviniemen ym. (2007, 35) mukaan nämä ”eivät ole pieniä vaatimuksia, sillä työntekijän tulee toteuttaa korkeatasoista eettistä, moraalista ja persoonallista käyttäytymistä, huomioida lait, kunnioittaa ihmisarvoja ja taata, ettei asiakas vahingoitu”.

Ammatillisuuden perustana on työntekijän ja asiakkaan välinen suhde, johon kuuluvat vaiheittaisuus, tavoitteellisuus ja luottamuksellisuus. Lainsäädäntö ja yleisesti hyväksytyt ammattieettiset arvot ohjaavat ammatillisuutta. Ammatillisen osaamisen perusteena on riittävä tiedollinen ja taidollinen osaaminen, jotka ovat keskeisenä osana mielenterveystyössä. Mielenterveystyössä asiakas voi olla yksilö, perhe tai verkosto. (Kiviniemi ym. 2007, 59 - 60.)

Ammatilliseen yhteistyösuhteeseen asiakas tuo mukanaan itsensä, oman elämänsä liittyvät kysymykset, avun tarpeen ja voimavaransa. Työntekijän rooli ammatillisessa suhteessa on tuoda oman läsnäolonsa sekä omaksumansa eettiset periaatteet ja osaamisensa. Hoitajan ja asiakkaan välinen yhteistyö perustuu, muun muassa sopimukseen yhteistyön aloittamisesta, päämääristä, tavoitteista, aikataulusta ja muusta käytännön toteutuksesta. Säännöllinen arviointi on edellytyksenä yhteistyösuhteen onnistuneelle etenemiselle. Hoitaja auttaa asiakasta etsimään ja löytämään merkityksellisiä ja voimavaroja lisääviä tekijöitä sekä tunnistamaan elämänsä liittyviä käänne- ja ongelma-kohtia. (Kiviniemi ym. 2007, 60.) Potilaan näkökulmasta hyvä hoito tarkoittaa, että hänelle tarjotaan terveydenhuollon palveluja asiantuntevasti ja ilman kohtuuttomia viiveitä. Potilaalle täytyy tulla tunne, että hän on luotettavissa ja asiantuntevissa käsissä, häntä ymmärretään ja hänet hyväksytään, jotta hyvän hoidon on mahdollista toteutua. (Noppi ym. 2007, 152.)

Pystyäkseen työskentelemään ammatillisesti on hoitajan ymmärrettävä ja arvostettava itseään. Vuorovaikutus tilanteissa voidaan ajatella ilmenevän itsensä ilmaisemisena, itselleen pyytämisenä tai itsensä puolustamisena. Työntekijän tulisi kyetä ilmaisemaan itseään, jotta hän saisi jaettua työn aiheuttamaa kuormaa esimerkiksi kertomalla muille näkemyksensä ja kokemuksensa asiakastilanteista. Hoitajan arvot, henkilökohtainen ja persoonallinen tapa ilmaista itseään sekä tapa kokea erilaiset tilanteet tulevat näin myös toisten työryhmän jäsenten tietoon. Edellytyksenä tälle on luottamus toisia työryhmäläisiä kohtaan. Työryhmässä vapaan tunteiden ja ajatusten vaihdon mahdollistaa luottamus. Tunnistettuaan hätänsä työntekijä voi hakea apua ja tukea toisilta tilanteissa, jolloin kokee itse olevansa avuton. Kun työntekijä puolustaa itseään, hän osoittaa välittävänsä itsestään ja omasta hyvinvoinnistaan sekä suojelee yksityisyyttään ja arvostaa omaa persoonaansa. Lisäksi hoitaja voi kieltäytyä liiallisista vaatimuksista suhteessa asiakkaisiin, työryhmään ja omaan itseensä. Tällä tarkoitetaan sitä, että mielenterveystyöntekijän eettinen velvollisuus on pitää huolta itsestään, koska oma itse on työn keskeisin väline. (Kiviniemi ym. 2007, 33 - 34.)

3 MIELENTERVEYSTYÖ AMMATTINA

3.1 Persoona työvälineenä

Kuka minä olen, on kysymys, johon ihminen etsii vastausta koko elämänsä ajan. Ihmisten väliset suhteet ja yhteistoiminta ovat ihmisyyden perustana. Minuus todentuu vuorovaikutuksessa muihin ihmisiin. Näin ollen jokainen kohtaaminen on uusi osa minuuden rakentumisessa. (Kaivola 2003, 14.) Jokaisen minä sisältää menneisyyttä, nykyisyyttä ja tulevaisuutta sekä yksilön kokemukset, taidot, tiedot, mielipiteet, asenteet ja arvot. Ihmisen oma persoonallisuus on sellainen kuin hän itse näkee. Mielenterveystyössä keskeisenä työvälineenä on työntekijä itse, hänen persoona ja minän tietoinen käyttö. Oman persoonan käyttö työvälineenä on raskasta ja vaativaa. Kuorma lisääntyy pikku hiljaa, ja ajan kuluessa työ voi kuormittaa tekijäänsä kohtuuttomasti, jos hänellä ei ole riittäviä taitoja pohtia omaa työtään ja itseään työntekijänä. (Kiviniemi ym. 2007, 9 - 10.) Mielenterveystyössä jatkuvassa vuorovaikutuksessa olemisen takia oman persoonan käyttö on sekä voimia kuluttava tekijä että voiman lähde (Saarelainen 2000, 200).

Työvälineenä jokaisen oman persoonan käyttö mahdollistaa luovuuden esiin tuomista, spontaania tilanteenhallintaa, joka ei tarkoita ainoastaan opittuja ratkaisumalleja vaan myös perustumista kokemustietoon. Tämä tarkoittaa parhaimmillaan teoretiedon ja todellisuudesta syntyvän tiedon yhdistämistä. (Latvala ym. 1995, 134.)

Työtä tukevia henkilökohtaisia piirteitä ovat sekä kasvatuksen ja kulttuurin tuloksena syntyneet persoonalliset ominaisuudet että koulutuksen terävöittämät taidot. Jokainen on temperamentiltaan erilainen, niin hoitaja kuin asiakaskin, joten työntekijän ja asiakkaan temperamenttien yhteensopivuus voi joko helpottaa yhteistyötä tai vaikeuttaa sitä. Hoitajalta edellytetään kykyä ymmärtää asiakkaan temperamentti ja hänen persoonallinen tapansa olla vuorovaikutuksessa. Hoitajan tulisi tukea asiakkaan persoonallista tapaa osoittaakseen kunnioittavansa ja hyväksyvänsä asiakkaan sellaisena kuin tämä on. Mielenterveystyöntekijät ovat kukin erilaisia persoonia. Erilaisuudesta huolimatta ammatillista kasvua tukevia piirteitä ovat muun muassa energisyys ja rytmisyys, huumori ja leikkisyys, rehellisyys ja rajojen asettaminen. (Kiviniemi ym. 2007, 24 - 30.)

Hoitajan kyky käyttää henkistä energiaa tukee muutosta asiakkaassa. Henkisellä energialla tarkoitetaan motivaatiota, hyvinvointia, luottamusta, uskoa omaan tehokkuuteen ja pätevyyteen sekä innostusta. Hoitajan tulisi kyetä luomaan tunnelma siitä, että asiat edistyvät ja asiakas kuntoutuu, vaikka hoidettavasta välillä tuntuisikin siltä, etteivät asiat suju tai mene eteenpäin. Esimerkkinä voidaan mainita ylivireä työntekijä, joka työskentelee masentuneen asiakkaan kanssa. Hoitajan tietoinen tai tiedostamaton yliviireys voi lisätä asiakkaan masennusta. (Kiviniemi ym. 2007, 24 - 25.)

Potilaan ja hoitajan välisessä hoitosuhteessa hoitajan tulisi kyetä luomaan potilaalle toivoa, lisäämään elämänuskoa ja selviytymismahdollisuuksia. Hoitajalta edellytetään kykyä empaattiseen ymmärtämiseen, joka tarkoittaa kykyä virittyä samaan tunnekokemukseen, joka toisella ihmisellä on. Hoitajan empaattinen ymmärtäminen on mahdollista silloin, kun hän ei sekoita omia henkilökohtaisia tunteitaan ja ongelmiaan hoitotilanteeseen. Vaarana on, että hoitaja voi ajautua tilanteessa omien tunteidensa vangiksi ja nähdä näin potilaan tilanteen vääristyneenä. Ammattitaitoisella hoitajalla on

taito auttaa apua tarvitsevaa; toisaalta se voi olla hoitajan yksi selviytymiskeino omaa loppuun palamista vastaan. (Latvala ym. 1995, 134 - 135.)

Rehellisyys hoitosuhteessa asiakkaaseen tarkoittaa esimerkiksi sitä, että työntekijä puhuu totta ja pitää lupauksensa. Tähän ominaisuuteen kuuluu läheisesti vastuu, ymmärrys ja totuudellisuus. Se on vastuuntuntoinen toisen huomioon ottava tapa olla toisten ja itsensä kanssa. Totuudellisuus on aina tilannesidonnaista, se sisältää vilpittömyyden, teeskentelemättömyyden ja autenttisuuden, joka tarkoittaa uskollisuutta omalle persoonallisuudelle. (Kiviniemi ym. 2007, 28 - 29.)

Työntekijän hyvänä ominaisuutena pidetään myös huumorintajua, kykyä nauraa itselleen ja omille virheilleen. Huumori on kyky nähdä asia tai ilmiö uudella tavalla. Tämä piirre yhdistetään hyväntahtoiseen, ei vähättelevään tai pilkalliseen suhtautumiseen. Huumorin määritelmänä voidaan pitää leikillisyyttä, pilailua ja esteettisessä mielessä myötätuntoista suhtautumista koomisiin ilmiöihin. Hoitajalla tulee olla tilannetajua ja ymmärrystä käsittää, milloin ja millaista huumoria asiakas on valmis jakamaan. Koskaan ammatillisessa yhteistyösuhteessa huumori ei voi olla sellaista, jota asiakas ei ymmärrä. Tervehdyttävä huumori yhteistyösuhteessa vaatii yhteisiä kokemuksia ja jaettua ymmärrystä niin asiakkaalta kuin työntekijältäkin. Työntekijän työskennellessä masentuneiden kanssa hän voi tuntea itsensä surulliseksi, jolloin työ ei tuo iloa ja tyydytystä ja hänestä voi tulla iloton. Tämä voi välittyä asiakkaaseen. (Kiviniemi ym. 2007, 26 - 27.)

Mielenterveystyön ammatillisessa yhteistyösuhteessa jokainen on erillinen, ainutkertainen olento. Toisinaan joutuu ponnistelemaan löytääkseen ja säilyttääkseen hienovaraisten ja tärkeän yhteyden toiseen, niin etteivät rajat asiakkaan ja itsensä välillä hämärä. Hoitosuhteessa asiakas voi kokea loukkaantuvansa herkästi hoidosta ja siitä, että tarvitsee muita hoidon aikana. Tämän vuoksi hoitajan tulee tunnistaa tilanne, ettei hän loukkaa asiakkaan itsetuntoa ja että hän samalla pitää omat rajansa ammattilaisena. Lisäksi hoitajan tulee huolehtia asiakkaasta niin, että tämä noudattaa annettuja rajoja. Vaikka työntekijältä odotetaan kykyä toimia johdonmukaisesti hoidon suhteen, joskus se saattaa tuntua kovalta tavallisiin olosuhteisiin verrattuna. (Kiviniemi ym. 2007, 30 - 31.) Hoitotyössä työntekijältä edellytetään myönteistä asennoitumista ja aitoa sitoutumista asiakkaaseen. Tämän vuoksi ammatillisuutta on myös asenne, jonka mukaan

työntekijä suhtautuu itseensä työntekijänä, työnkuvaansa ja tapaan, jolla hän kohtelee asiakasta. (Saarelainen ym. 2000, 196.)

Persoonan käyttö työvälineenä mahdollistaa asiakkaan näkevän itsensä uudessa valossa työntekijän kautta. Kokonaisuudessaan mielenterveystyö on ihmissuhdetyötä, joka perustuu sanallisen palautteen antamiseen. Vielä sanallista palautettakin tärkeämpää on tunnepeilaus, jossa työntekijä heijastaa takaisin asiakkaan viestin. Tätä kutsutaan reflektioksi (heijastus, harkinta, mietiskely). Potilas voi nähdä hoitajan reflektiossa muun muassa puolisonaan, lapsenaan, työnantajanaan, ryppykaverinaan tai rakastettuaan. (Kiviniemi ym. 2007, 12, 161.)

Hoitaja käyttää omaa persoonaansa muun muassa osallistumalla asiakkaan elämään, virittämällä hänessä tunteita sekä mielikuvia ja ottamalla vastaan hänen hätäänsä ja ahdistustaan. Hoitajalla on persoonassaan ikään kuin astia, johon asiakas voi ”kaataa” omia tunnepaineitaan ja elämänsä kuormaa. Tällä tavoin asiakas saa itselleen myötätuntoa ja helpotusta. Hoitajat vastaanottavat asiakkaiden tunteita, muokkaavat ja pitävät niitä sisällään. Tämän jälkeen hoitajat palauttavat tunteet takaisin asiakkaalle pehmeässä muodossa, joka auttaa asiakasta sietämään pahaa oloaan. Näin mielenterveystyön ammattilaiset säilövät asiakkaiden tunteita ja käyttävät asiakkaiden tunteiden ymmärtämiseen omia tunteitaan. (Kiviniemi ym. 2007, 161.)

Tunnetietoinen työskentely vaatii aikaa, jotta hoitaja kykenisi siirtymään asiakastilanteesta toiseen. Nykyaikainen resurssien puute ja kiireinen työtahti eivät mahdollista hoitajan tunnetyöskentelyä. Näin ollen pitkäaikainen emotionaalinen rasitus tarkoittaa hoitajan sietokyvyn nopeaa täyttymistä, jollei hän huolehdi omasta hyvinvoinnistaan ja ammatillisuuden rajoistaan. Tämä rasitus voi mahdollistaa väsymisen tai loppuun palamisen. Työntekijöihin kohdistetaan paljon vaatimuksia ja odotuksia, joihin he eivät pysty aina vastaamaan vaan hautautuvat niiden alle. Tällöin työntekijän omat tarpeet jäävät kuulematta. (Kiviniemi ym. 2007, 161.)

3.2 Mielenterveystyö ammattina ennen ja nyt

1950-luvulla hoitajan tärkeänä ominaisuutena pidettiin äidillisyyttä. Jo tuohon aikaan hoitajan ja potilaan tunnesuhdetta korostettiin. Hoitajan tehtävänä olivat potilaan tar-

peiden tyydyttäminen, itsetunnon kohottaminen ja opettaminen ilmaisemaan itseään. Lisäksi hoitajan tuli edistää potilaan henkistä kasvua ja tukea potilaan olemassa olevia voimavaroja. (Latvala ym. 1995, 12.)

1970-luvulla hoidon terapeuttisten tekniikoiden pohjana olivat muun muassa psykoanalyttinen ja käyttäytymistieteellinen teoria. Hoitajien työssä lisääntyivät pitkäaikaiset hoitosuhteet, jotka vaativat kärsivällisyyttä, ymmärrystä ja oivalluskykyä. Samanaikaisesti työtavaksi vakiintui moniammatillinen yhteistyö, joka korosti ihmisen monipuolista auttamista ja tukemista. Uusien hoitovaihtoehtojen etsimiseen ovat vaikuttaneet muutokset yhteiskunnan arvoissa ja taloudellisissa tekijöissä. (Latvala ym. 1995, 12 - 13.)

Nykyäänkin hoitajien tehtävänä on huolehtia ja tukea potilaiden terveyttä ja hyvinvointia sekä auttaa heitä selviytymään päivittäisistä ongelmistaan. Kuitenkin hoitajan tulee myös hallita laajaa tietotekniikan osaamista, kuten tekstinkäsittelyohjelmia, Internet- palveluja ja sähköpostia. Nämä toimivat apuna käytännön työssä mutta eivät ole itse tarkoitus, koska teknologialla ei voi korvata vuorovaikutusta ihmisten välillä. (Välimäki ym. 2000, 18.)

Punkanen (2001, 51) toteaa, että ”hoitosuhde mielenterveystyössä on ammatillinen auttamissuhde”. Hoitajilla tulisi olla kyky huomata potilaan ihmisyyttä sairaudesta huolimatta ja näin kunnioittaa potilaan ihmisarvoa ja yksilöllisyyttä (Punkanen 2001, 51). Hoitajan aitous, tunteiden tunnistaminen, erilaisuuden kunnioittaminen, halu ymmärtää potilasta ja hyväksyä potilas ehdoita ovat merkittävimmät edellytyksen onnistuneelle hoitosuhteelle. Hoitosuhteessa potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus pohjautuu yhteistyöhön, jonka tavoitteena on potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa sekä hoitajan läsnäolo ja tuki hoitotilanteissa. (Latvala ym. 1995, 31.)

Ihmisten auttamisen halu on yksi tavallisimpia syitä hakeutua sosiaali- ja terveysalalle. Jokaisella voi olla erilaisia syitä auttamisen halun takana, kuten muun muassa myötätunto toisia ihmisiä kohtaan ja moraalisen velvollisuuden tunne. Auttamisen halun takana voi olla myös halu kontrolloida muita ihmisiä tai tunne itsensä kokemisesta tärkeäksi. Toinen tärkeä syy alalle hakeutumiseen on sosiaalisuus. Mielenterveystyön-

tekijöillä sosiaaliset taidot mahdollistavat kyvyn lähestyä ihmisiä, keskustella heidän kanssaan ja olla aidosti kiinnostunut kuulemastaan. (Kiviniemi ym. 2007, 21.)

Hoitajan on kyettävä kohtaamaan omat tunteensa ja pyrittävä selvittämään, mistä ne syntyvät. Mitä paremmin hoitaja itsensä tuntee, sitä paremmin hän voi ryhtyä hoitosuhteeseen toisen kanssa. Itsensä tunteminen helpottaa vapautunutta keskustelua ja kykyä toimia tilanteiden vaatimalla tavalla. Arvostaessaan ainutkertaista persoonallisuuttaan hoitaja kykenee arvostamaan myös toisia paremmin. Oman rajallisuuden ja voimattomuuden hyväksyminen auttaa löytämään persoonan käytössä olevat mahdollisuudet ja voimavarat. Oman persoonan tuntemisen lisäksi mielenterveystyön asiantuntijuuden tulisi perustua myös tutkittuun tietoon. (Noppiari ym. 2007, 140 - 141.)

Yksi hoitotyön haasteista tällä hetkellä on näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitotyön tulisi perustua näyttöön eli tutkittuun tietoon. (Noppiari ym. 2007, 140.) Potilaiden ja asiakkaiden omien oikeuksien tiedostaminen ja aikaisempaa aktiivisempi osallistuminen omaan hoitoon ovat vauhdittaneet näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämistä (Välimäki ym. 2000, 171). Myös mielenterveys-työssä tehtävään hoitotyön toimintaan ja kehittämiseen käytetään näyttöön perustuvia tuloksia. Hoitotyön ammattilaiselta odotetaan kykyä seurata, etsiä ja löytää hoitotilanteisiin tarvittava tieto. Hoitajan kyvyt analysoida, perehtyä ja omaksua tietoa sekä perustella omat näkökulmansa ammattilaisille ja asiakkaille mahdollistavat näyttöön perustuvan hoitotyön toiminnan. (Noppiari ym. 2007, 140.)

3.3 Työyhteisön toimintamallit

Psykiatrisessa hoitotyössä on olennaista hoitosuhdetyöskentely, terapiatyö sekä erilaiset ryhmätoiminnot. Työ on vastuullista ja itsenäistä, mutta työryhmän apu on tärkeää, ja sitä tulisikin käyttää ongelmanratkaisutilanteissa. Työskentely on yleensä moniammatillista tiimityötä. Työyhteisöön kuuluvat esimerkiksi sairaan-, mielenterveys- ja lähihoitajat sekä psykiatri, erikoistuva lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä ja sairaalateologi. Moniammatillisessa työryhmässä työntekijät ovat asiantuntijoita ja käyttävät omaa tietämystään potilaita hoitaessa. Kokonaisvaltaisessa hoidossa korostuvat potilaan selviytymisen, terveyden tukeminen ja perustarpeista huolehtiminen arjessa. Hoi-

työntekijät ovat käytännön työssä eniten suorassa vuorovaikutussuhteessa potilaiseen ja tämän omaisiin. (Välimäki ym. 2000, 16 - 17.)

Työyhteisössä neuvotellaan, kenestä tulee kullekin potilaalle omahoitaja. Tämän vuoksi omahoitajuudesta ei tulisi tehdä valintaa potilaan saapumishetkellä. Valinnassa tulee ottaa huomioon hoitajan omat resurssit, asenteet ja elämäntilanne. Omahoitajasuhteen tarkoituksena on palvella potilaan tarpeita. Omahoitajan tulee antaa potilaalle tietoa käytännön asioista sekä tehdä hoitosopimus, johon hahmotellaan muun muassa hoitoaikaa ja tapaamistiheyttä. Omahoitajakeskusteluiden tarkoituksena on, että potilas saisi kosketuksen omiin tunteisiinsa sekä kartoittaa potilaan elämäntilannetta ja antaa aikaa puhua. Omahoitajasuhteet ovat osa yhteisöhoitoa ja toimivat samalla työntekijämenetelmänä. (Punkanen 2001, 57 - 58.)

Yhteisöhoidolla tarkoitetaan terapeutista yhteisöä, joka voi olla mikä tahansa hoitotai kasvatuksellinen yhteisö. Sen tavoitteena on parantaa potilaiden tilannetta tarjoamalla mahdollisuuksia ja menetelmiä ongelmien ja häiriöiden käsittelemiseksi. Tämän vuoksi potilaiden tulisi olla aktiivisia osallistujia. Yhteisöhoidon periaatteena on pyrkiä hoidollisiin tavoitteisiin käyttämällä apuna yhteisön sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta, sillä ihmisen nähdään kehittyvän ja elävän vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Kaikkien yhteisön jäsenien, niin hoitajien kuin potilaidenkin, tulisi kantaa vastuuta koko yhteisöstä ja sen toimivuudesta. Aitous, avoimuus ja välittömyys korostuvat yhteisöhoidossa. (Punkanen 2001, 61 - 63.) Punkasta (2001, 175) lainataksemme ”Ennen kuin voi hoitaa toisia on tutustuttava itseän. Se on tärkein lahja jonka ihminen voi itselleen antaa.” Vaikka hoitotyössä on tyypillistä valittaa kiirettä, stressiä ja aikatauluja eikä aikaa ole riittävästi hoitamiseen tai potilaille, niin hoitajan on silti ymmärrettävä, että hän tekee työtään potilaan tarpeiden eikä omiensa vuoksi.

Hoitajilla on mielenterveystyössä useita rooleja, kuten vieras, opettaja, tiedon antaja, sijainen, johtaja ja ohjaaja. Hoitosuhteen alussa hoitaja on potilaalle vieras. Puolestaan kun potilas tarvitsee neuvoja ja tietoa käytännön asioista, hoidosta tai terveydestään, hoitaja toimii tiedonantajana. Opettajan rooli on yhdistelmä useasta roolista. Tällöin potilaan taustojen ja kokemuksen selvittäminen on hoitajan tehtävänä. Näiden avulla hoitaja kykenee arvioimaan tiedon antamisen ja sen laadun suhdetta potilaan tiedon käyttöön. Toimiessaan johtajana hoitaja auttaa potilasta selviytymään kulloisistakin

tehtävistä sekä rohkaisee ja motivoi potilasta toimimaan korostaen tasavertaisuutta. Transferenssitunteiden (siirtotunteiden) aktivoituessa hoitaja auttaa potilasta tämän tunnekokemusten noustessa pintaan. Kuitenkin mielenterveystyössä tärkein rooli hoitajalla on toimia ohjaajana; reagoida potilaan tarpeisiin, auttaa ymmärtämään kokemuksia ja auttaa liittämään ne osaksi muuta elämää. (Punkanen 2001, 176.)

Lisäksi työyhteisössä jokaiselle työntekijälle muodostuu oma rooli, jonka avulla toteuttaa itseään. Työntekijä, joka ei kykene ottamaan vastuuta työstään tai itsestään, ei ole läsnä omassa elämässään eikä voi nauttia työn tekemisestä, sillä hänen aikansa kuluu pakenemiseen erilaisten tunnetilojen taakse. Ihminen pyrkii täydelliseen suoriutumiseen eikä halua epäonnistua. Kuitenkin ammattitaitoisella työntekijällä tulee olla itseluottamusta ja uskallusta ottaa riskejä. Itseluottamukseen vaikuttavat työntekijän itsensä lisäksi myös työryhmän arvostus, pätevyyden osoittaminen ja yhteenkuuluvuuden tunne. Työryhmässä tulisi pystyä olemaan rehellisesti oma itsensä ja olisi kyettävä asettumaan ohjattavan rooliin tilanteen näin vaatiessa. Työryhmässä tulisi muistaa, että jokainen ryhmän jäsen on sen voimavara. (Punkanen 2001, 176.)

4 TYÖSSÄ JAKSAMINEN

Kyky tehdä työtä kuuluu osaksi ihmisen terveyttä. Kuitenkaan pelkkä fyysinen tai psyykkinen kyky ei riitä, vaan ihmisellä on oltava myös mahdollisuus työntekoon, joka on mielekästä ja tyydytystä antavaa. Henkisesti köyhdyttävät, liian rutiininomaiset ja vähän tyydytystä antavat työtehtävät ovat valitettavan tavanomaisia työpaikoilla. Sujuva kanssakäyminen ja vuorovaikutus työkavereiden ja esimiehen kanssa ovat keskeinen osa työpäivää. Hyviä ihmissuhteita ja työssä viihtyvyyttä voivat nakertaa useat erilaiset tekijät. Näitä tekijöitä ovat muun muassa työntekijän henkisen tai ruumiillisen kykytason ylittyminen, liian helpot ja samanlaisina toistuvat rutiinit sekä työntekijän sitominen omaan työpisteeseen. Näiden tekijöiden myötä ihmisen omien aivojen käyttö ja osaaminen estyvät, mistä voi seurata henkinen köyhtyminen myös suhteissa toisiin ihmisiin. (Parvi & Parvikko 1995, 48 - 49.)

Jokaisella ihmisellä on vastoinkäymisiä ja vaikeuksia. Erot näkyvät kuitenkin siinä, kuinka paljon kukin yksilö kestää niitä. Jokainen joutuu kohtaamaan elämänsä aikana kohtuuttoman määrän ongelmia, joista joutuu selviytymään opittujen ja perittyjen tai-

tojen avulla. Joillekin henkilöille jaksamattomuuden pääsyynä voi olla esimerkiksi työelämän rasittavuus. Jos herätessään tuntee toistuvasti itsensä väsyneeksi, ahdistuneeksi ja inhoaa jo ajatustakin nousemisesta, on tilanne jo jokseenkin hälyttävä. Toisaalta jotkut ihmiset kokevat heräämisen positiivisena ja virkeänä sekä odottavat innokkaana työpäivän alkua. Näille ihmisille on tyypillistä tuottaa uutta energiaa sen tilalle, minkä he päivän mittaan ovat kuluttaneet. (Vartiovaara 2000, 17, 163 - 164.)

Henkisesti energisten ihmisten mieliala on leppoisa, ja he pystyvät tarvittaessa päätösten tekoon, jotta asiat sujuisivat hyvin. Nämä ihmiset tiedostavat työnkuvansa ja yleensä nauttivat työn teosta. He eivät koe olevansa tasapaksussa putkessa, jonka huippuhetkiä ovat työpaikalle sisäänkirjautuminen, lounastauko ja uloskirjautuminen. Monet ihmiset kuljettavat mukanaan kokemusten purkamatonta taakkaa, jolloin jakaminen ei tahdo enää riittää työn suorittamiseen. Liiallinen taakan kantaminen voi turruttaa työntekijän, eikä hän kykene enää muistamaan, millaista elämä voisi olla. (Vartiovaara 2000, 17, 164.)

Parhaimmillaan työ tuo merkittävää sisältöä elämään ja pitää yllä ihmisen hyvinvointia ja terveyttä; pahimmillaan työ voi olla myös raskas taakka. Kuitenkin työn perimmäisenä tarkoituksena on tuottaa tekijälleen hyvinvointia, niin henkistä kuin aineellistakin.

(Rauramo 2004, 12.) Rauramo (2004, 13 - 14) toteaa kirjassaan, että työelämän tutkijat uskovat työntekijöiden henkisestä hyvinvoinnista olevan tulossa yhä huomattavampi kilpailutekijä yrityksille. Yleensä onnellinen työntekijä on myös tehokkaampi työssään. Henkilöstö on alettu nähdä pääomana, josta on pidettävä huolta. On tärkeä muistaa, että henkilöstö koostuu yksittäisistä henkilöistä, joilla on yksilölliset ominaisuudet, tavoitteet, tarpeet, voimavarat ja suunnitelmat. Rauramon (2004, 12) mukaan suomalainen työelämä on onnistunut tuossa tehtävässään melko huonosti. Suomi on noussut maailman huipulle muun muassa koulutuksen tasossa ja kilpailukyvyssä. Tämän kehityksen aikana on masennuslääkkeiden käyttö kuitenkin monin kertaistunut ja Kelan tilastojen mukaan lisääntyy noin kymmenen prosentin vuosivauhtia. Huumeiden käyttö sekä alkoholin kulutus ovat myös lisääntyneet hälyttävästi.

Työyhteisössä psyykkisen ergonomian asema on yhtä tärkeä kuin esimerkiksi hyvä työasento, sopiva valaistus ja alhainen melutaso. Parvi ja Parvikko (1995, 49) mukaan

Toivola toteaa, että työntekijä haluaa vaikuttaa itse työhönsä, työpaikkansa olosuhteisiin, kokea luottamusta ja hyvää tahtoa, saada mahdollisuudet kehittymiseen sekä kontaktiin muiden ihmisten kanssa ja kokea työnsä tärkeäksi. (Parvi & Parvikko 1995, 49.)

Jokaisessa työssä on paineita ja rasitteita, jotka stressaavat. Stressi tarjoaa työntekijälle haastetta, mutta voimakkaana ja pitkään jatkuneena se on vahingollista ja voi johtaa työntekijän uupumiseen. Mielenterveystyössä stressiä aiheuttaa muun muassa ristiriitaiset vaatimukset. Vaikka yhteiskunnan taloudellisia resursseja pienennetään, niin työntekijältä vaaditaan laadukasta palvelua. Lisäksi työntekijän energiaa on katsottu kuluttavan häneltä puuttuvat mahdollisuudet toteuttaa laadullisia periaatteita sekä omat ammatti-identiteetistä aiheutuvat paineet. Työntekijässä helposti paineita herättää asiakkaiden hädän käsitteleminen. Omat, yksilölliset persoonan piirteet vaikuttavat siihen, kuinka työntekijä kestää työstään johtuvia paineita ja miten hän suhtautuu niihin. (Saarelainen ym. 2000, 200.)

Toisaalta pitkään jatkunut stressi voi johtaa henkiseen väsymiseen ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Tällöin pienetkin suoriutumiset työssä vaativat ponnistelua ja työn ilo katoaa. Tiedostamattaan työntekijä voi toimia vastoin omaa ammatti-identiteettiään, ja hänen työstä johtuva sisäinen paineensa purkautuu esimerkiksi kynnisytenä hoidettavaa kohtaan. Työntekijä suojautuu roolinsa taakse eikä jaksa kokea aikaisempaa empatiaa tai läheisyyttä. Työn hallinnan tunne katoaa ja ammatillinen itsetunto romahtaa. Työssäjaksamista tukevat hyvä työilmapiiri, sujuva kommunikatio, työtehtävien ja vastuunjaon selkeys, huumori, kannustava suhtautuminen, asiallinen palautteen saaminen ja antaminen sekä virheiden salliminen. Näin ollen työssä jaksaminen on sekä yksilön että yhteisön asia. (Saarelainen ym. 2000, 201 - 202.)

Mielenterveystyöntekijä voi loppuun palamisen tai väsymisen seurauksena syväjäädyttää itsensä, jolloin mikään ei välttämättä tunnu miltään eikä mikään kosketa. Tällöin hänen suorituskykynsä voi alentua, ja hän voi kokea suoriutuvansa työstään huonosti. Työntekijän henkiset varastot ovat loppuun käytetyt. Hoitajilla voi olla ihmissuhdeongelmia myös yksityiselämän puolella sekä lisäksi saattaa esiintyä fyysisiä tai psykosomaattisia sairauksia. Näistä johtuen hoitajan voi olla vaikea rajata eroa työn ja yksityiselämän välillä. (Kiviniemi ym. 2007, 161 - 162.)

Loppuunpalamisprosessi ihmissuhdeammattissa voidaan kuvata myös muutossarjana. Hoitaja voi olla alkuaan innostunut, motivoitunut, lämminhenkinen ja toisista ihmisistä välittävä. Väsymisen myötä hänestä voi tulla turhautunut, välinpitämätön, kyyninen tai jopa vihamielinen. Hoitajan loppuunpalamisprosessi voi edetä unettomuudeksi, masentuneisuudeksi, nautintoaineiden väärinkäytöksi tai pahimmassa tapauksessa jopa itsemurhaksi. Useissa tilanteissa hoitaja ei tunnista väsymisen merkkejä itsessään, vaan hän on sokeutunut omalle tilanteelleen. Nähdäkseen oman tilanteensa hoitaja tarvitsee avukseen muita työntekijöitä, jotka välittävät, antavat suoraa palautetta ja tuovat ymmärrystä tilanteeseen. (Kiviniemi ym. 2007, 162.)

Työyhteisössä tulisi antaa tilaa myös pettymysten, heikkouksien ja avuttomuuden tunteiden ilmaisemiselle sekä käsittelemiselle. Tällaisten asioiden hyväksyminen suojaa uupumukselta työorganisaatiossa paremmin kuin työyhteisöissä, joissa vallitsee jatkuvan menestyksen pakko tai epäaito optimismi. Kuitenkin organisaatioiden toimivuuden kannalta tunteet eivät saisi saada ylivaltaa. (Kiviniemi ym. 2007, 162.)

Pitkittänyt altistuminen traumaattisille kokemuksille on yksi johtava tekijä myötätun-
toupumukseen altistumiselle. Se voi syntyä, kun hoitaja auttaa empaattisesti trauman
kokeneita henkilöitä. Tämä stressireaktio on luonnollinen, mutta se täytyy tunnistaa
itsessään ja täytyy pystyä käymään läpi. Reaktion syntymiseen vaikuttaa hoitajan em-
patiataso ja sen aiheuttaman stressin sietokyky on suhteessa omiin kokemuksiin. Hoi-
tajan omat traumaattiset elämäntapahtumat ja käsittelemättömät asiat voivat vaikuttaa
siihen, miten altis hän on traumatisoitumiselle. Myötätun-
toupumista sekä työuupu-
musta kokevat lähes kaikki ihmissuhdetyötä tekevät jossakin vaiheessa työuransa ai-
kana. Näiden uupumisten tunnistaminen sekä myöntäminen ja niihin avun hankkimi-
nen koetaan vaikeaksi. Usein näihin liitetään häpeän ja epäonnistumisen tunnetta. Tä-
män vuoksi tärkeää olisi uupumisten ennaltaehkäiseminen. (Kiviniemi ym. 2007, 163
- 164.)

4.1 Lainsäädännön näkökulma työssä jaksamiseen

Yhtenä osana ihmisen kokonaisvaltaiseen kokemukseen liitetään usein henkinen hy-
vinvointi. Tähän kuuluu muun muassa elämään ja työhön tyytyväisyys, oma aktiivi-

suus ja itsensä hyväksyminen sekä myönteinen perusasenne. Työ, joka vastaa työntekijän tavoitteita ja ammatillisia kykyjä, lisää ihmisen henkistä hyvinvointia. Työntekijä, joka on tyytyväinen työhönsä, on myös motivoitunut ja sitoutunut. (Työterveyslaitos 2009.)

Tänä päivänä työtä voi olla liikaa tai vaikutusmahdollisuudet voivat olla heikot. Sairauslomiin tai pitkiin työttömyyskausiin voi liittyä suurena uhkana syrjäytymisen vaara. Näissäkin tilanteissa voidaan työntekijän henkisiä voimavaroja parantaa esimerkiksi kehittämällä yhteistyötä ja työpaikan toimintatapoja sekä tukemalla työntekijän voimavaroja. (Työterveyslaitos 2009.) Työterveyslaitoksen (2010) mukaan työturvallisuus-, työterveyshuolto-, työaika- ja työsopimuslait sekä laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta ovat perusta, jolle työssä jaksaminen ja jatkaminen rakennetaan. (Työterveyslaitos 2010.)

Seuraavaksi luettelemme työntekijän työhyvinvointiin vaikuttavien lakien keskeiset sisällöt:

Työsuojeluviranomaiset valvovat työntekijöitä koskevia säädöksiä. Näitä ovat työturvallisuuslaki, työsopimuslaki, työaikalaki, vuosilomalaki, työterveyshuoltolaki ja laki työsuojelun valvonnasta. Jokaisella työpaikalla työntekijän saatavilla tulee olla työsuojelulainsäädäntö. (Työturvallisuuskeskus 1995, 88.)

Työturvallisuuslaki (299/58) määrittelee ne vaatimukset, jotka työn ja työolojen tulee täyttää. Näiden mukaan työ on voitava suorittaa aiheuttamatta haittaa tai vaaraa työntekijän terveydelle. Vuonna 1988 uudistettuun työturvallisuuslakiin sisällytettiin muun muassa psyykinen työsuojelu. (Työturvallisuuskeskus 1995, 88.)

Työsopimuslakia (55/2001) soveltaen työsopimus velvoittaa työntekijän tai työntekijät yhdessä sitoutumaan henkilökohtaisesti tekemään työtä työnantajalle valvonnan ja johdon alaisena palkkaa tai muuta vastiketta vastaan (Työsopimuslaki 55/2001).

Työaikalakia (605/1996) sovelletaan työsopimuslain alla tehtävään työhön, jollei toisin säädetä. Lisäksi alaikäisen tekemään työhön sovelletaan myös nuorista työntekijöistä annettua lakia (998/1993). (Työaikalaki 605/1996.)

Laki vuosilomasta (162/2005) koskee työ- ja virkasuhteessa tehtävää työtä, ellei toisin säädetä. Sitä, mitä vuosilomalaisissa säädetään työntekijästä, sovelletaan myös virkamiehiin ja viranhaltioihin. Puolestaan työehtosopimuksen säädökset sovelletaan virkaehtosopimukseen. (Vuosilomalaki 162/2005.)

Työnantaja veloitetaan järjestämään työterveyspalveluja työntekijöille. Laissa on määritetty työterveyshuoltolaki (743/78), jonka tarkoitus on ehkäistä työolosuhteista ja työstä johtuvia terveysvaaroja. Työterveyshuollon toimintasuunnitelma on laadittava vuosittain työpaikkakohtaisesti. (Työturvallisuuskeskus 1995, 89 - 90.)

Laki työsuojelun valvonnasta (131/73) määrittelee perusteet työpaikoilla tapahtuvalle työsuojeluyhteistyölle. Sen mukaan työpaikoilla esimiesten ja henkilöstön lisäksi tulisi toimia muun muassa työsuojelupäälliköt, työsuojeluvaltuutetut ja työsuojelutoimikunnat. (Työturvallisuuskeskus 1995, 89.)

Edellisten lisäksi Työterveydenhuolto- ja sosiaalialan työsuojeluopas (1995) on määritellyt tapaturmavakuutuslain (608/48) työsuojelulainsäädännön alle. Tapaturmavakuutuksen perusteella työsuhteessa olevalla työntekijällä on oikeus korvaukseen työtapaaturman sattuessa. Työntekijällä on velvollisuus ottaa tapaturmavakuutus työntekijöitään varten. (Työturvallisuuskeskus 1995, 90.)

4.2 Työssä jaksaminen ja kuormittavuus

Työntekijän kuormittumiseen työssä vaikuttavat työn kuormittavuustekijät ja ihmisen yksilölliset ominaisuudet. Niin psyykkiset kuin fyysisetkin kuormittavuustekijät saattavat aiheuttaa erilaisia tai erikestoisia oireita, tuntemuksia, reaktioita tai muutoksia käyttäytymisessä, joilla voi olla yhteys työtapaaturmiin tai työstä johtuviin sairauksiin. (Suurnäkki ym. 1995, 26.)

Kuormittavuustekijä voi koostua mistä tahansa ruumiillisesta, henkisestä tai ympäristöön liittyvästä piirteestä, kuten työtehtävistä tai olosuhdetekijöistä (Tamminen - Peter 2004, 66). Jos työntekijä kokee velvollisuudekseen tehdä työtä enemmän kuin jaksaa tai kykenee, työ muuttuu tällöin kuormittavaksi (Multanen 2004, 39). Ellei elimistö

palaudu työstä tauko- tai vapaapäivänä ennen seuraava työvuoroa, väsyminen työssä on liiallista (Tamminen - Peter 2004, 67).

Hoitotyössä fyysistä kuormittavuutta aiheuttavat epäergonomiset työasennot, potilaiden nostot ja siirrot, runsas kävely ja seisominen työvuoron aikana. Puolestaan psyykkisten oireiden ilmenemiseen ja lisäjännitykseen kehossa vaikuttavat konfliktit työtovereiden kesken, henkilökunnan vähäinen vahvuus työvuorossa ja liialliset työn vaatimukset. (Tamminen - Peter 2004, 67.)

Ammatillisen osaamisen pitäminen ajan tasalla tukee jaksamista. Tunnistaessaan kuormittavuuden oireet itsessään tai työtoverissa tulisi työntekijällä olla mahdollisuus muuttaa asioita, jotka vaikuttavat työssä jaksamiseen. Lisäksi työntekijän tulisi tunnistaa tosiasiat ja pohtia, ottaako hän vastuuta liikaa liian tiukalla aikataululla ja osaako tarvittaessa kieltäytyä. Hyvällä organisoinnilla ja työn suunnittelulla voidaan hallita kiirettä työyhteisössä. Henkilöstön turvallisuuden tunteen kokeminen ja voimavarojen tukeminen ovat hyvän työyhteisön toimintakäytäntöjä. Nykyisin on lähes mahdotonta olla työntekijä, joka ehtisi ottamaan vastaan kaikki työtehtävät ja suorittamaan ne määräjassa. Työntekijä voi vaikuttaa jaksamiseensa omilla valinnoillaan sekä arvioimalla omaa toimintaansa, myös kriittisesti. (Multanen 2004, 39 - 41.)

4.3 Työssä jaksamisen keinot

Työpaikan antamia ammatillisen kasvun välineinä mielenterveystyöhön ovat muun muassa työnohjaus, työryhmän tuki, lisäkoulutus, itsereflektio ja konsultaatio. Pulmalliset tilanteet saattavat jäädä vaivaamaan mieltä. Tämän takia jokaisen tulisi tietoisesti kiinnittää huomiota omaan työskentelytapaansa, miettiä työtään ja oppia virheistään. Työryhmän tieto ja yhteistyö tulisi käyttää hyväksi ammatillisesti kasvaessa, sillä näin asiakkaan tilanteeseen tai työhön voi saada laajemman näkökulman. Työryhmä nähdään myös tukena työssä. Työryhmässä kuunnellaan toista, jaetaan kokemuksia, annetaan palautetta ja keksitään ratkaisuja. Jokaisen työntekijän tulisi olla aktiivinen työryhmän jäsen. Näillä keinoilla työntekijä voi vahvistaa ammatillista kasvuaan. (Saarelainen ym. 2000, 197.)

Puolestaan työnantajan velvollisuuksiin kuuluu huolehtia työntekijöidensä pätevydestä ja jaksamisesta. Asiakaspalvelun laadusta huolehditaan muun muassa työnohjauksen avulla, jonka tavoitteena on ammatillinen kasvu, ammattitaidon ylläpitäminen ja työssä jaksaminen. Työnohjauksen näkökulma on niin hallinnollinen, laadullinen, opetuksellinen kuin tukea antava. Työnohjaus tulee olla säännöllistä ja prosessiluonteista ja tapahtua joko yksilö- tai ryhmäohjauksena. (Saarelainen ym. 2000, 198.) Työnohjauksen tavoitteena on henkinen ja persoonallisen kasvu sekä ammattitaidon lisääminen ja työn ongelmien hallinta. Työntekijä voi olla sokea omalle työlleen ja kokea, ettei hänellä ole työhön liittyvää ongelmaa. Työntekijä, joka ei kykene näkemään tai puhumaan omista ammatillisuuteen liittyvistä ongelmistaan, ei myöskään kykene todella auttamaan potilasta. (Punkanen 2001, 179 - 181.)

Työnohjaus on monitasoinen prosessi, jossa tavoitteellisesti, vuorovaikutuksessa toisiin käsitellään erilaisia kysymyksiä. Kuitenkaan työnohjauksessa ei tulisi käsitellä työryhmän sisäisiä konflikteja, ellei koko työryhmä ole läsnä. Myöskään potilaiden hoitosuunnitelmien sisällöistä ei keskustella työnohjauksessa. Työnohjaaja ohjaa tavoitteellisesti keskustelua ongelmasta ratkaisuun. Onnistuneen työnohjauksen tuloksena on löytää työssä jaksamista kasvattavia työskentelytapoja niin, että työn tehokkuus lisääntyy työntekijän uupumatta. Tämä vaatii myönteistä suhtautumista työnohjaukseen niin johdon, yksilön kuin yhteisönkin tahoilta. Lisäksi työnohjaus vaatii sitoutumista, vastuun jakamista ja hyvää työilmapiiriä. Näiden seurauksena potilastyöhön keskittyminen paranee ja hoitotyön laadun taso nousee. (Punkanen 2001, 181 - 182.)

4.4 Työuupumus

Työuupumuksen taustatekijöinä vaikuttavat monenlaiset syyt. Ainoastaan työtehtävien hoitaminen ei ole syy työuupumukselle, vaan tähän vaikuttavat myös muut työyhteisössä toimivat tahot, työpaikalla noudatettavat säännöt ja palveluiden käyttäjät. Työuupumuksen takana on työntekijän ristiriita selviytyä annetusta työstä. Työntekijä asettaa työlleen tavoitteita, vaatimuksia ja odotuksia omien voimavarojensa mukaan. Toisaalta myös työnantaja asettaa vaatimuksia ja tarjoaa mahdollisuuksia työtehtäviin. Kun nämä voimavarat eivät ole tasapainossa keskenään, voi syntyä tilanne, joka saattaa johtaa työuupumukseen. Työntekijät, jotka ovat kunnianhimoisia, asettavat korkeita vaatimuksia itselleen, ovat innostuneita työstään, ahkeria ja lahjakkaita kohtaavat

työuupumusta muita useammin. (Sihvonen 1996, 10, 25.) Toisin sanoen uupumisen syy on paljon syvemmällä kuin itse työssä, se on myös persoonallisuudessa (Rauramo 2004, 14).

Stressi aiheuttaa työuupumusta eli loppuun palamista (burnout). Työuupumus on oireyhtymä, jossa työntekijä kokee vetäytyvänsä ihmissuhteista, pätemättömyyttään ja loppuun palamista työssään. Työuupumus ei synny fyysisestä kuormituksesta vaan työn mielenkiinnon sammumisesta ja henkisestä väsymisestä. Työuupumukselle altistavia tekijöitä ovat stressin lisäksi ikä ja sukupuoli. Nuori työntekijä on usein kokematon ja haavoittuvainen. Iän mukana kypsyy ja kokemus karttuvat. Miehet kokevat työuupumusta naisia vähemmän, vaikka naiset kykenevät puhumaan vaikeuksistaan avoimemmin. Työuupumukseen johtavat tekijät voivat johtua epätasaisesta työtehtävien jakautumisesta kotona, töissä ja harrastuksissa. (Sihvonen 1996, 25.)

Rauramon (2004, 12) mukaan työssä käyvistä yli puolet kokee jonkinasteisia työuupumuksen oireita. Masennukseen viittaavaa voimakasta väsymystä työssä on joka viidennellä, ja 165 000 työntekijällä, johtajalla ja esimiehellä on vakavan työuupumisen oireyhtymä. Työpaikan lääkarissäkäynneistä ja sairauspoissaoloista valtaosa liittyy stressiin.

Hoitotyössä keskeisiä stressitekijöitä ovat epäonnistumisen tunteet työn tavoitteita saavuteltaessa. Vartian (1995, 40) mukaan ”- - työuupumus kehittyikin prosessissa, jossa alkuun innostunut ja työlleen omistautunut, mutta epärealistiset tavoitteet sille asettanut työntekijä huomaa, että työn tulokset eivät ole helposti nähtävissä, ihmeitä ei saa aikaan, hoito katoaa työstä ja seuraa turhautuminen.” Hoitotyössä työuupumus saattaa korostua kyynisyytenä, kielteisinä asenteina potilaita kohtaan tai jopa potilaiden esineellistämisenä, välttelemisenä. (Vartia 1995, 40.)

Työuupumuksen oireita saattaa kokea arjessa itse kukin, vaikka kyseessä ei ole loppuun palaminen. Työuupumuksen keskeisiä piirteitä ovat tunneherkkyys, inhimillisyyden väheneminen, alentunut henkinen suorituskyky ja yrittämisen halu, mielihyvän tunteen katoaminen, masentuneisuus sekä unihäiriöt. (Sihvonen 1996, 33 - 37, 41.)

Työuupumuksesta selviytymisen lähtökohtana on henkisen tasapainon saavuttaminen, pyrkimys hyvään oloon, arvojen tärkeysjärjestyksen tarkistaminen ja elämönhallinnan tunne (Sihvonen 1996, 44, 69). Työstä johtuvaa loppuunpalamista voidaan ehkäistä työyhteisössä seuraavilla tavoilla: puuttamalla eriarvoisuuteen työntekijöiden keskuudessa, yhteisöllisyyteen panostamalla, avoimella vuorovaikutuksella, luottamuksellisella esimiestyöllä sekä työstä saadulla rakentavalla palautteella (Sihvonen 1996, 70 - 75).

5 TYÖHYVINVOINTI MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) mukaan työsuojelun tavoitteena on työhyvinvoinnin edistäminen työpaikalla. Työhyvinvointi koostuu seuraavista tekijöistä: työntekijän terveydestä, jaksamisesta, työpaikan turvallisuudesta, hyvästä työn hallinnasta, työilmapiiristä ja johtamisesta.

Puolestaan työhyvinvoinnin uskotaan syntyvän työyhteisön, yksilön, perheen ja lähiyhteisön sekä yhteiskunnan keskeisestä vuorovaikutuksesta. Hyvinvointi heijastuu sairauspoissaolojen määrässä ja sujuvana työn tekemisenä. (Vihersalo & työryhmä 2004, 116 - 119.) Hyvinvoinnin tekijät toteutuvat kun työtehtävät ovat selkeitä, työpaikan ilmapiiri on hyvä, työstä annetaan palautetta ja johtaminen on oikeudenmukaista (Multaan 2004, 35).

Ihminen muuttuu elämän aikana varsin vähän, ja hänen perustarpeensa pysyvät ennallaan, vaikka työelämä ja maailma elävät jatkuvassa muutoksessa. Jotta työn ja muun elämän yhteensovittaminen onnistuisi, se edellyttää niin yksilöltä kuin yhteiskunnalta tukea ja pohdintaa oikealla tavalla. Mikäli työtä voidaan kehittää ja tehdä turvallisesti, työkyvyn on osoitettu säilyvän iän myötä. Myös ikärakenteen muutos tulee huomioida työhyvinvoinnin edistämisen suunnittelussa yhteiskunnassa, työpaikoilla, työyhteisössä ja yksilötasolla. Erityisen altis voimavarojen kulumiselle on työntekijä, joka on sitoutunut tunnepohjaisesti tekemäänsä työhön, joka yrittää vastata kaikkiin häneen kohdistuneisiin odotuksiin, joita häneen kohdistetaan jatkuvasti enemmän kuin mihin voimat riittävät. (Rauramo 2004, 12 - 14.)

Pohdittaessa hyvinvoinnin taustoja ihminen tulisi nähdä kokonaisvaltaisena olentona, johon vaikuttavat sekä vapaa-aika että työ. Työnkuormitus näkyy yksityiselämässä, ja yksityiselämään liittyvät ongelmat vaikuttavat väistämättä työhön, luovuuteen, oppimiseen sekä itsensä toteuttamiseen. Rauramo (2004, 37 - 40) esittelee Maslowin tarvehierarkian portaat ja niiden vaikutuksen työhyvinvointiin. Jotta portaita pystyisi kiipeämään ylöspäin, perusasioiden työssä ja yksityiselämässä tulee olla kunnossa. Portaiden alemman tason tavoitteet tulee olla saavutettu, ennen kuin korkeampaa porrasta on mahdollista tavoittaa. Prosessi alkaa alimmaiselta portaalta fyysisistä tarpeista, etenee turvallisuuden tarpeeseen, liittymisen tarpeeseen, arvostuksen tarpeeseen ja lopulta itsensä toteuttamisen tarpeeseen. Hyvä työ kuormittaa kohtuullisesti, kehittää työntekijää ja huomioi työntekijän ominaisuudet. Kuitenkin ihannetyöpaikan kriteerit toteutuvat harvoin, sillä nykyelämän muutostahdissa ei voi välttää kiirettä tai ristiriitoja. Tämän takia juuri yksilön stressinhallintakeinot, yleinen toiminnan ja työn kehittäminen sekä ongelmanratkaisu ovat tärkeitä työyhteisössä ja hyvinvoinnissa. Stressi on ihmisen luontainen keino reagoida muuttuviin olosuhteisiin. Lisäksi stressi on prosessi, jossa työntekijä arvioi yksilöllisesti oman työtilanteensa vaatimuksia ja omia voimavarojaan. (Rauramo 2004, 37 - 40.)

Työhyvinvoinnin edistämässä yksilötasolla keskeistä on itselle tärkeiden elämän osa-alueiden tasapainottaminen sekä omien arvojen kirkastaminen. Omilla elämäntapoihin liittyvillä terveyttä edistäville stressinhallintakeinoilla on mahdollista ehkäistä työelämän ongelmia. Olennaista ovat ystävät, perhe ja mieluisat harrastukset. Apua pyydetessä sitä on mahdollista työssä saada työtovereilta ja työterveyshuollosta. Aika ajoin olisi hyvä pysähtyä miettimään omaa elämää, työn mielekkyyttä ja sitä, miten tavoitteet tulisi saavutettua tai ongelmat ratkaistua, sillä työn ja yksityiselämän yhteen sovittaminen edistää työilmapiiriä, kohentaa työnlaatua ja tuottavuutta sekä parantaa työyhteisön keskinäistä vuorovaikutusta. Työhyvinvoinnin turvaamiseksi tarvitaan joustavuutta niin yksilöltä, työyhteisöltä kuin työnantajaltakin. (Rauramo 2004, 27, 38.)

Työpaikalla hyvää ilmapiiriä edistää se, että työntekijöillä on yhteinen linjaus työtehtävistä, jolloin työ koetaan mielekkääksi ja sen eteen halutaan ponnistella. Tyytyväisyyttä lisää työntekijän hallinnan tunne vastuusta, omasta roolista ja työtehtävien kuvasta. Työntekijät odottavat johdolta mahdollisuutta tulla kuulluiksi ja huomioon otetuiksi toimintaa ja muutoksia kehiteltäessä. Kehityskeskusteluilla työntekijä voi vai-

kuttaa omaan työnkuvaansa ja sen suunnitteluun. Lisäksi yhtenä palkitsevana tekijänä pidetään johdolta saatua arvostusta työstä, taloudellista turvaa ja varmuutta työn jatkuvuudesta. (Multanen 2004, 36 - 37.)

Mielenterveystyö nähdään vaativana palvelualana. Siinä on paljon työkykyyn ja hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä, kuten lyhytaikaisten työsuhteiden lisääntyminen, tunneherkkyys työssä sekä työn organisointiin, johtamiseen, ihmissuhteisiin ja hoitomenetelmiin liittyvät seikat. Nämä lisäävät loppuunpalamisen riskiä. Kuitenkin ala on mielenkiintoinen ja motivoiva sekä palkitsee tekijäänsä työn kuormittavuudesta huolimatta. (Välimäki ym. 2000, 18.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan mielenterveystyössä jaksamista Savonlinnan keskussairaalan psykiatrisilla osastoilla 6A ja 7A. Tulevaisuudessa tutkimustuloksia voitaisiin hyödyntää henkilökunnan työhyvinvoinnin kehittämisessä.

Opinnäytetyömme tutkimusongelmat olivat seuraavat:

- Millainen on hoitotyöntekijöiden tyytyväisyys työhönsä?
- Millaiset ovat hoitotyöntekijöiden mahdollisuudet vaikuttaa työhön?
- Mitkä ovat työhön vaikuttavat kuormittavuustekijät?
- Millainen on työyhteisön vaikutus työhön?
- Miten johtaminen ja esimiestyö vaikuttavat työhyvinvointiin?

7 OPINNÄYTETYÖSSÄ KÄYTETYT MENETELMÄT JA NIIDEN PERUSTELUT

Toteutimme opinnäytetyömme kyselytutkimusmenetelmällä, joka oli suunnattu Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän Savonlinnan keskussairaalan psykiatristen vuodeosastojen hoitotyöntekijöille. Menetelmäksi valitsimme kvantitatiivisen (määrällisen) tutkimuksen, johon kuitenkin yhdistettiin piirteitä kvalitatiivisesta (laadullisesta) tutkimuksesta. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia sekä lukumääriin ja

prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Aineiston keruussa käytetään yleensä kyselylomaketta, jossa on valmiit vastausvaihtoehdot. Tutkimukseen tarvittavat tiedot voidaan hankkia muun muassa erilaisista muiden keräämistä tilastoista, rekisteristä tai tietokannoista. Tiedot voidaan myös kerätä itse. (Heikkilä 1998, 15 - 16.) Lisäksi Välimäki ym. (2000, 156) toteaa, että määrällinen tutkimusmenetelmä sopii tutkimukseen, kun siitä halutaan saada yleistettävää tietoa, kuvata ryhmien välistä tietoa tai tutkia esimerkiksi mielipiteitä tai asenteita.

Puolestaan kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on auttaa ymmärtämään tutkimuskohdetta, sen käyttäytymisen ja päätösten syitä. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole vastauksien määrien selvittäminen vaan niiden ymmärtäminen. (Heikkilä 1998, 16.) Toisaalta laadullisessa tutkimuksessa aikaisemmat näkökulmat eivät saisi rajoittaa tulkintaa, vaan niiden tulisi perustua tutkittavien henkilökohtaisiin tulkintoihin ja merkityksiin asioille (Välimäki ym. 2000, 154). Kvalitatiivisessa ja kvantitatiivisessa tutkimuksessa on oleellisia eroja. Kvantitatiivinen tutkimus jakaantuu selvemmin erottuviin vaiheisiin ja on yksiselitteisempi kuin kvalitatiivinen, jossa aineiston keruu ja käsittely nivoutuvat tiiviimmin toisiinsa. (Heikkilä 1998, 17.)

Tutkimus on vapaamuotoinen eli kartoittava tutkimus, jonka tarkoituksena on valaista ongelmaa ilman systemaattista tietojen keruuta. Tutkimus toteutetaan kokonaistutkimuksena, jolloin koko perusjoukko tutkitaan. Perusjoukolla tarkoitetaan tutkimuksen kohteena olevaa joukkoa, josta tietoa halutaan. (Heikkilä 1998, 14.) Koska perusjoukko ei ole liian suuri tai muuten mahdoton tutkittava, niin se tutkitaan kokonaan ks. (Ernvall ym. 2002, 12). Jos perusjoukko on esimerkiksi alle 100, niin on järkevää suorittaa kokonaistutkimus. Lisäksi jos yli puolet perusjoukosta tulisi otoskooksi, pitäisi tehdä kokonaistutkimus. (Holopainen & Pulkkinen 2003, 28.)

7.1 Kohdejoukon kuvaus

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Sosteri, on perustettu vuonna 2007. Siihen kuuluvat seuraavat jäsenkunnat: Enonkoski, Joroinen, Kerimäki, Punkaharju, Rantasalmi, Savonlinna ja Sulkava. Lisäksi ympäristöterveydenhuollon alue kattaa Juvan ja Puumalan kunnat. Kuntayhtymä tarjoaa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalveluiden palveluja jäsenkuntien asukkaille ja sopimuspohjaisesti

muille henkilöille ja yhteisöille. Itä-Savon sairaanhoitopiirin ainoa sairaala on Savonlinnan keskussairaala. Savonlinnan keskussairaalassa toimii somaattisia osastoja ja kaksi psykiatrista osastoa. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2009.)

Psykiatrinen vuodeosasto on jaettu 6A:ksi ja 7A:ksi. 6A on 13- paikkainen kuntouttava avo-osasto, joka on aloittanut toimintansa tammikuussa 2002 (Perehdytyskansio osasto 6 A.) Punkanen (2001, 28) määrittelee avo-osaston seuraavalla tavalla ”- - ovia ei lukita vaan niin potilaat kuin vieraatkin voivat kulkea vapaasti. Näilläkin osastoilla pyritään siihen, etteivät potilaat kulje missä tahansa henkilökunnan tietämättä vaan menoista sovitaan yhdessä. Avo-osastolla voidaan kuitenkin hoitaa tahdosta riippumattomia potilaita, jolloin heidän kanssaan tehdään selkeät sopimukset, joiden noudattamisen rikkomisesta seuraa miltei aina siirto suljetulle osastolle”. Osasto palvelee koko Sosterin aluetta ja toimii erikoissairaanhoidon yksikkönä yhteistyössä terveyskeskusten, psykiatrian poliklinikoiden, osasto 7A:n, kuntoutumiskodin ja päiväosaston kanssa. 6A:lle tullaan hoitoon joko lääkärin läheteellä aikaisemmin sovitulle hoitajaksolle tai jatkohoitoon osasto 7A:lta. (Perehdytyskansio osasto 6A.)

Osasto 7A on puolestaan suljettu osasto, jossa toteutetaan tahdosta riippumattoman hoidon arviointia ja hoitoa (Perehdytyskansio osasto 7A). Punkanen (2001, 27 - 28) kuvaa suljettua osastoa seuraavasti ”- - ovet ovat lukossa, eikä sinne pääse sisään eikä ulos ilman henkilökuntaa. Suljetun osaston hoitoa tarvitsevat potilaat, jotka ovat hoidossa vastentahtoisesti. Suljetulla osastolla voi kuitenkin olla hoidossa potilaita, joilla on ns. vapaa kävelyoikeuksia, mikä tarkoittaa sitä, että he voivat lääkärin luvalla liikkua tietyn ajan ilman valvontaa osaston ulkopuolella.” Osastolla hoidetaan erityishoitomuotoja vaativia, vaikeasti masentuneita ja itsemurhavaarassa olevia potilaita. Alaikäraja osastolla on 18 vuotta, eikä yläikärajaa ole määritelty. Alle 18-vuotiaiden hoito tapahtuu muun muassa Moisioin sairaalan nuorisopsykiatrian osastolla. Potilaan somaattinen kunto ja toimintakyky määrittelevät mahdollisuuden päästä osastolle. Psykiatriselle osastolle tullessa potilaan tulisi kyetä liikkumaan omatoimisesti ja huolehtimaan perustarpeista. Lisäksi Sosteri ostaa vuodeosastopalveluita Moisioin sairaalasta ja valtion mielisairaaloista. (Perehdytyskansio osasto 7A.)

Tutkittava kohdejoukko on Savonlinnan Keskussairaalan psykiatristen vuodeosastojen 6A:n ja 7A:n hoitohenkilökunta, joka koostuu sairaan-, mielenterveys- ja lähihoitajis-

ta. Kyseisillä osastoilla työskentelee 34 (N=34) henkilöä. Osastolla 6A työskentelee 14 hoitajaa ja apulaisosastonhoitaja. Puolestaan osastolla 7A työskentelee 18 hoitajaa ja osastonhoitaja.

7.2 Kysely aineiston keruumenetelmänä

Tutkimusmenetelmänä käytimme henkilökunnalle osoitettua kyselytutkimusta, jonka toteutimme kyselylomakkeen avulla. Tutkimukseen toivoimme osallistuvan osastojen koko henkilökunnan. Tarkoitus oli osoittaa kyselylomake henkilöille, jotka työskentelevät pääsääntöisesti osastoilla.

Kyselytutkimus on suurelta osin määrällistä tutkimusta, johon sovelletaan tilastollisia menetelmiä. Kyselyaineistot koostuvat yleensä numeroista ja mitatuista luvuista. Vaikka kyselyn kysymykset esitetään sanallisesti, niin tulokset ilmaistaan numeerisesti. Menetelmässä olennaista on valita tarkoituksenmukainen lähestymistapa ilmiön tutkimiseen. Joissakin tutkimuksissa voidaan hyödyntää sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista lähestymistapaa. Sanalliset vastaukset saattavat olla antoisampia analysoida laadullisilla menetelmillä, mutta määrällisillä menetelmillä voidaan esittää tulokset tiivistettyinä. (Vehkalahti 2008, 13.)

Kyselyllä kerätään informaatiota, ja kyselyn käytöllä on useita tavoitteita. Tutkijalla on tarve muuntaa tiedontarve kysymyksiksi, joihin vastaaja on halukas ja kykenevä vastaamaan. Koska lomakkeessa on valmiit vastausvaihtoehdot, vastaukset tulevat yhdenmukaisiksi ja nopeuttavat lomakkeiden käsittelyä. Lisäksi kyselyn tavoitteena on minimoida vastausvirheet, joita saattaa syntyä haastattelijan tulkitessa vastaajan epämääräisiä tai epätäsmällisiä vastauksia. (Holopainen & Pulkkinen 2003, 39.) Heikkilän (1998, 46) mukaan ”lomakkeen suunnittelu edellyttää kirjallisuuteen tutustumista, tutkimusongelman pohtimista ja täsmentämistä, käsitteiden määrittelyä ja tutkimusasetelman valintaa”. Lisäksi kyselyä suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon se, miten aineisto käsitellään. Ennen kyselyn laatimista täytyy tutkimuksen tavoite olla täysin selvillä. Tiedonkeruun jälkeen tutkimuksen kysymyksiä ei voi parannella tai muuttaa. Tämän vuoksi on varmistettava, että kyselylomakkeen kysymysten avulla saadaan selvitettyä tutkittava asia. (Heikkilä 1998, 46.)

Hyvän kyselylomakkeen tunnusmerkkejä ovat selkeys, siisteys ja houkutteleva ulkonäkö. Kysymysten ja tekstin asettelu tulee olla selkeää, ja kysymyksillä kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan sekä niiden tulisi edetä loogisesti. Kysymysten tulee olla numeroitu juoksevasti. Lisäksi samaa aihetta koskevat kysymykset ovat ryhmiteltävä kokonaisuudeksi. Aluksi olisi hyvä olla heppoja kysymyksiä. Lomakkeen ei tule olla liian pitkä vaan jokaisen kysymyksen tarpeellisuus tulee harkita. Lomake olisi hyvä esitettävä, ja vastausohjeiden tulisi olla yksiselitteisiä ja selkeitä. (Heikkilä 1998, 46.) Valli (2001, 31) toteaa, että kyselytutkimuksessa yksi hyvä puoli on, ettei tutkija vaikuta olemuksellaan tai läsnäolollaan vastauksiin, toisin kuin esimerkiksi haastattelussa, kun ollaan suorassa kanssakäymisessä haastateltavan kanssa. Vastausvaihtoehdot mahdollistavat runsaan kysymysten määrän tutkimuksessa. Kyselytutkimusta toteuttaessa vastaaja voi valita itselleen sopivimman vastaamisajankohdan ja rauhassa pohtia vastuksia sekä tarkistaa niitä. (Valli 2001, 31.)

Puolestaan kyselyn haittapuolia on muun muassa se, ettei vastaaja vastaa kyselylomakkeeseen halutussa vastausjärjestyksessä; vastaaja voi tutustua etukäteen myöhemmin esitettäviin kysymyksiin. Tämä saattaa vaikuttaa vastauksiin ja muuttaa näin tutkimustuloksia. Myös väärinymmärryksen mahdollisuus kasvaa, sillä vastaaja ei voi saada tarkentavaa informaatiota epäselviksi jääneisiin kysymyksiin. Lisäksi vastaaja saattaa vastata epätarkasti tai väärin, esimerkiksi jos vastaaja vastaa pyydetyn yhden vastauksen sijaan kolmella vastauksella. Tämä asettaa tutkijan tilanteeseen, jolloin hän joutuu joko valitsemaan vastaajan puolesta tai hylkäämään vastauksen. (Valli 2001, 31 - 32.)

Vastausprosentti on tärkeä tekijä kyselyn onnistumisen kannalta. Riittävänä vastausprosenttina pidetään useimmiten kuuttakymmentä. Joissakin tapauksissa pienempikin vastausprosentti riittää, jos pystytään osoittamaan, etteivät vastaamatta jättäneet ole muusta ryhmästä olennaisesti poikkeavia. Kyselyn onnistumiseen ja palautusprosenttiin vaikuttavat muun muassa kohderyhmä, tutkimuksen aihe, kysymysten määrä ja tyyppi, lomakkeen pituus, motivointi saatekirjeessä ja lomakkeen ulkoasu. (Valli 2001, 32.)

Kyselyn laadimme pääosin strukturoituna. Kysymykset ovat enimmäkseen suljettuja kysymyksiä. Kyselyssä vastaukset oli jaettu useimmiten neljään luokkaan. Nämä luo-

kat olivat jaettu Likertin asteikon mukaan; täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä. Lisäksi kyselyssä on 3 avointa kysymystä, jotta saisimme vastauksiin myös yksilöllisiä näkökulmia. Kysymykset on laadittu tutkimusongelmien sekä osastokokouksessa esille tulevien ehdotusten pohjalta. Välimäen mukaan (2000, 162) tutkimuksen aineistoa hankittaessa voidaankin käyttää eritasoisesti strukturoituja kysymyksiä. Näin ollen osaan kysymyksistä on annettu valmiit vastausvaihtoehdot ja osaan vastaaja voi vastata omin sanoin. (Välimäki 2000, 162.)

Kyselylomake tulisi esitellä vähintään 5 - 10 henkilöllä, jotta saataisiin selvitettyä kysymysten ja ohjeiden selkeys ja yksiselitteisyys. Näiden lisäksi esitestauksella selvitetään lomakkeen toimivuutta, vastaamisen rasittavuutta ja vastaamiseen kulunutta aikaa. Esitestauksen yhteydessä vastaajilta olisi hyvä saada tietoa olennaisten kysymysten puuttumisesta tai kysymyksiä turhuudesta. Tarvittaessa kyselyyn tehdään esitestauksen pohjalta muutoksia rakenteeseen, järjestykseen ja vastausvaihtoehtoihin. (Heikkilä 1998, 60.)

Ennen varsinaista esitestausta kävimme 6A:n ja 7A:n yhteisellä osastotunnilla 26.11.2009 esittelemässä paikalla olleille hoitajille kyselylomaketta. Kävimme kyselylomakeluonnosta läpi yhdessä hoitajien kanssa kohta kohdalta. Perustelimme jokaisen valitsemamme kysymyksen, minkä jälkeen kysyimme hoitajien mielipidettä ja korjaus ehdotuksia kysymyksiin. Tämän jälkeen luonnostelimme seminaarissa käytettävän esitestauslomakkeen.

Suoritimme esitestauksen tutkimussuunnitelmaseminaarissa 14.12.2009. Esitestaukseen osallistuivat kaikki seminaarissa olleet 8 henkilöä. Aikaa kyselyn tekemiseen meni noin kymmenen minuuttia. Pyysimme esitestauksen vastaajia kertomaan, mitä mieltä he olivat kyselylomakkeesta ja sen toimivuudesta. Esitestaus mahdollistaa näkökohtien tarkistamisen sekä kysymysten muotoilun ja korjaamisen varsinaiseen tutkimukseen. Lomakkeen esitestaus on näin ollen välttämätön. Kyselyn tulisi olla helpposti täytettävä ja ulkoasultaan moitteeton. (Hirsjärvi ym. 2007, 199.) Esitestauksen jälkeen teimme vielä pieniä muutoksia varsinaiseen kyselylomakkeeseen.

Varsinaiset kyselylomakkeet (liite 5) veimme Itä-Savon sairaanhoitopiiriin psykiatrisille osastoille 22.12.2009. Kyselyn pohjustuksena käytimme saatekirjettä (liite 4), jossa kerroimme opinnäytetyömme tarkoituksesta. Saatekirjeen tarkoituksena on kertoa kyselyn merkitys vastaajalle sekä rohkaista vastaamaan. Kirjeessä tulisi myös olla mainittuna viimeinen mahdollinen palautuspäivämäärä. (Hirsjärvi ym. 2007, 199.) Meidän saatekirjeessä viimeistä palautuspäivämäärää ei ollut kerrottu, vaan kerroimme sen sanallisesti kyselylomaketta ja palautuslaatikkoja toimitettaessa. Annoimme vastaajille vastaamisaikaa 3 viikkoa, jonka jälkeen haimme kyselyt takaisin 12.1.2010.

7.3 Aineiston analyysi

Analyysimenetelmät muokkautuivat kyselylomakkeen analysointivaiheessa. Analyysimenetelminä käytettiin sekä määrällisiä että laadullisia menetelmiä. Tulokset esitettiin tilastollisesti prosentti- ja frekvenssijakaumina. Tulokset on havainnollistettu graafisilla pylväs- ja ympyrädiagrammeilla Excel taulukko-ohjelmaa apuna käyttäen.

Aineiston analysoinnin toteutimme SPSS-ohjelmaa käyttäen. SPSS eli Statistical Package for Social Sciences on yksi laajimmista tilastollisista ohjelmista. SPSS-ohjelman historia ulottuu 1960-luvulle, jolloin ohjelma tuli tunnetuksi tilastollisten sovellusohjelmien pakettina. SPSS-ohjelman tilastollisten aineistojen analysoinnissa asiat ilmaistaan täsmällisesti komennoin ja avainsanoin. Lisäksi työskentelyn apuna hyödynnetään valikoita sekä toimintoja ohjataan näppäimistöllä tai hiirellä. (Vehkalahti 2008, 196.)

Avoimien kysymysten niukkuuden vuoksi, emme katsoneet tarpeelliseksi käyttää sisällönanalyysiä. Tuloksia käsiteltäessä avoimet kysymykset ovat suoraan lainattuja vastauksista. Avoimet kysymykset täydentävät strukturoituja kysymyksiä.

7.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen aineiston analysoinnissa arvoja, asenteita ja mielipiteitä tutkittaessa, haasteita ja epävarmuutta saattavat aiheuttaa muun muassa vastauksien määrä ja kattavuus, mittarien luotettavuus, kyselyn ajankohta ja kysymyksien tarkoituksen mukaisuus suhteessa tutkimusongelmiin. Mitattavat ilmiöt eivät yleensä ole kovin vakaita, sillä ne

voivat ilmetä eri ympäristössä eri tavalla tai muuttua ajan kuluessa. (Vehkalahti 2008, 12.)

Luotettavan tutkimuksen johtopäätökset on tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaisesti, joita ovat loogisuus, objektiivisuus, yleistettävyyys, todennettavuus ja yhteensopivuus teorian sekä havaintojen kanssa. Lisäksi tuloksen tarkkuus riippuu tutkittavan otoksen koosta. (Holopainen & Pulkkinen 2003, 15, 148.) Tutkimuksen luotettavuutta lisää, että kysymys esitetään jokaiselle koehenkilölle täysin samassa muodossa, jolloin siinä ei ole mitään vivahteita sanamuodossa tai äänenpainossa. (Valli 2001, 31.)

Tutkimusaineiston laatuun ja luotettavuuteen vaikuttavat alentavasti virheet, joita syntyy aineistoa hankittaessa. Näitä virheitä ovat muun muassa käsittely-, mittaus-, otanta-, peitto- ja katovirheet (Heikkilä 1998, 177.) Lisäksi luotettavuuteen vaikuttavat kulttuurilliset ja kielelliset seikat. Näin ollen laadukas mittaus edellyttää usean asiantuntijan yhteistyötä. Myös vastausprosentti on yksi tutkimuksen luotettavuuden mittari. Tyypillisesti kyselytutkimuksen vastausprosentti jää kuitenkin alle 50 %:n. (Vehkalahti 2008, 40, 44).

Mittauksen luotettavuutta kuvataan kahdella käsitteellä: validiteetti ja reliabiliteetti. Nämä muodostavat mittarin kokonaisluotettavuudesta. (Heikkilä 1998, 177.) Validiteetti ilmaisee, mitataanko sitä, mitä oli tarkoitus mitata; jossakin yhteydessä tätä kutsutaan pätevyudeksi. Puolestaan reliabiliteettia kertoo, kuinka tarkasti mitataan; sille ominaista on tarkkuus ja toistettavuus. Mittauksen luotettavuuden kannalta ensisijainen peruste on validiteetti, sillä jos ei mitata oikeaa asiaa, niin reliabiliteetillä ei ole mitään merkitystä. (Vehkalahti 2008, 40 - 41.)

Tutkimukseen osallistuvilla on oikeus olettaa, että vastauksista saadut tiedot pysyvät luottamuksellisina. Jollei tunnistamisen vaatimukseen ole olemassa syitä, kerätään tutkimusaineisto nimettömästi. Tutkimuksen vastuksia ei saa raportoida niin, että yksittäinen henkilö voidaan niistä tunnistaa. (Välimäki ym. 2000, 170.)

Mielestämme tutkimuksella oli edellytykset antaa luotettavia tuloksia, koska lähtökohdiana oli saada koko henkilökunta osallistumaan kyselyyn. Toisaalta tällöin yksilön

kokemus ei tule selkeästi esille vaan yleinen linjaus työhyvinvoinnista. Kyselyn tulokset käsiteltiin luottamuksellisesti, eikä tutkimuksen analysointia tulla luovuttamaan ulkopuolisille ilman asianomaisten osastojen kirjallista suostumusta.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen osallistui 26 (n=26) työntekijää 34:stä (N=34) työntekijästä. Vastausprosentiksi saatiin 76,5 %. Vastaajista naisia oli 14 (53,8 %) ja miehiä 12 (46,2 %). Työntekijöistä vakituudessa työsuhhteessa oli 16 (61,5 %) ja määräaikaissa työsuhhteessa 8 (30,8 %). Kaksi henkilöä jätti vastaamatta työsuhdetta koskevaan kysymykseen. Tutkittavien joukosta 9 (34,6 %) on työskennellyt mielenterveystyössä 15 vuotta tai yli. Hieman vähemmän, 8 (30,8 %), oli työntekijöitä, joilla oli työvuosia 2-4 vuotta. Vastaajista 6 (23,1 %) oli ollut mielenterveystyössä 5-9 vuotta. Vastaajista 1 (3,8 %) oli työskennellyt 10-14 vuotta ja 2:lla (7,7 %:lla) oli alle vuoden työkokemus mielenterveystyöstä.

Kysyttäessä omaa kokemusta terveydentilasta suurin osa vastaajista eli 16 (61,5 %) piti sitä hyvänä tai erinomaisena 7 (26,9 %) vastaajaa. Tutkittavien joukosta 2 (7,7 %) piti terveydentilaansa kohtalaisena. Kukaan vastaajista ei kokenut terveydentilaansa heikoksi, ja yksi tutkittavista jätti vastaamatta kysymykseen.

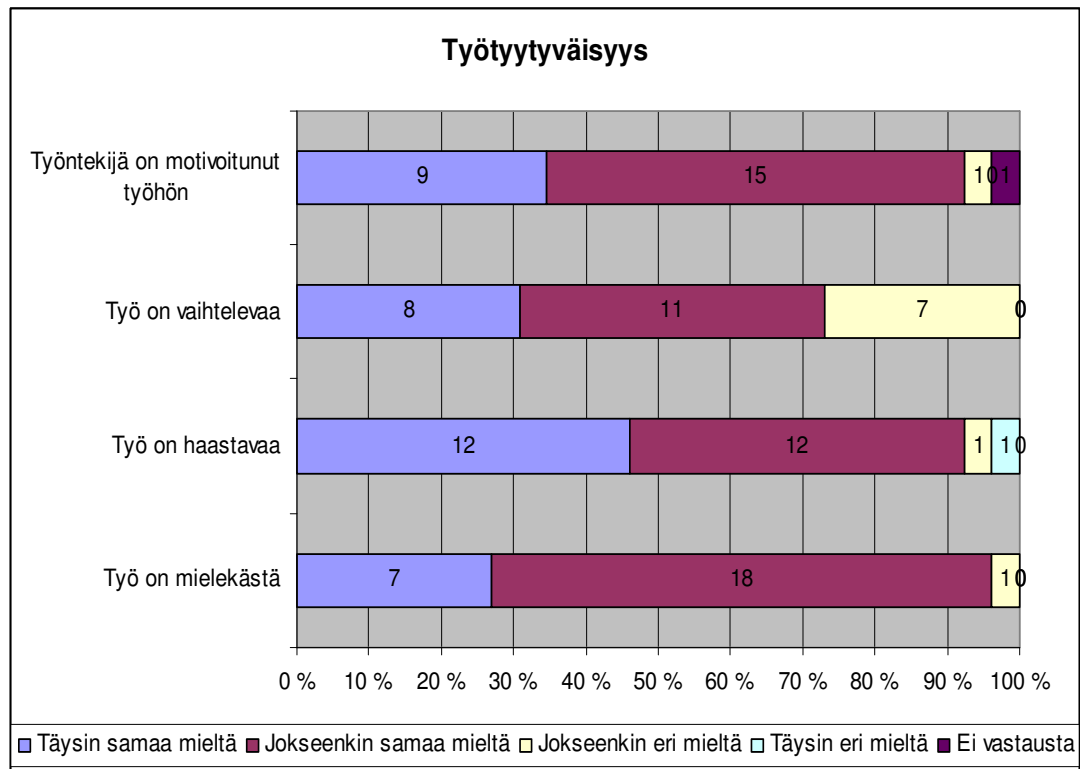
Seuraavissa luvuissa on käyty tutkimuksen tutkimusongelmat kohta kohdalta läpi kyselylomakkeiden vastauksien pohjalta. Kysymyksiä oli yhteensä 47. Kyselylomakkeessa oli kolme tarkentavaa avokysymystä, ja työntekijän taustoja kartoittavia kysymyksiä oli neljä.

8.1 Hoitotyöntekijöiden tyytyväisyys työhönsä

Kyselyyn vastanneista 17 (65,4 %) oli melko tyytyväisiä nykyiseen työhönsä. Puolestaan tyytyväisiä oli 4 (14,4 %) vastaajista ja melko tyytymättömiä oli 5 (19,2 %). Kukaan vastaajista ei ollut tyytymätön työhönsä.

Kyselylomakkeen kysymykset 11-13 ja 17 ovat esiteltynä seuraavassa kuviossa 1. Nämä vastaukset kartoittavat työtyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä. Kyselyssä vas-

taukset oli jaettu neljään luokkaan. Nämä luokat olivat täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä.



KUVIO 1. Työtyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät

Työhönsä motivoituneita oli vastaajista 9 (34,6 %), jokseenkin samaa mieltä väitteen kanssa oli 15 (57,7 %), jokseenkin eri mieltä oli 1 (3,8 %) henkilö, täysin eri mieltä ei ollut kukaan (0 %) vastaajista ja 1 (3,8 %) jätti vastaamatta kysymyksen.

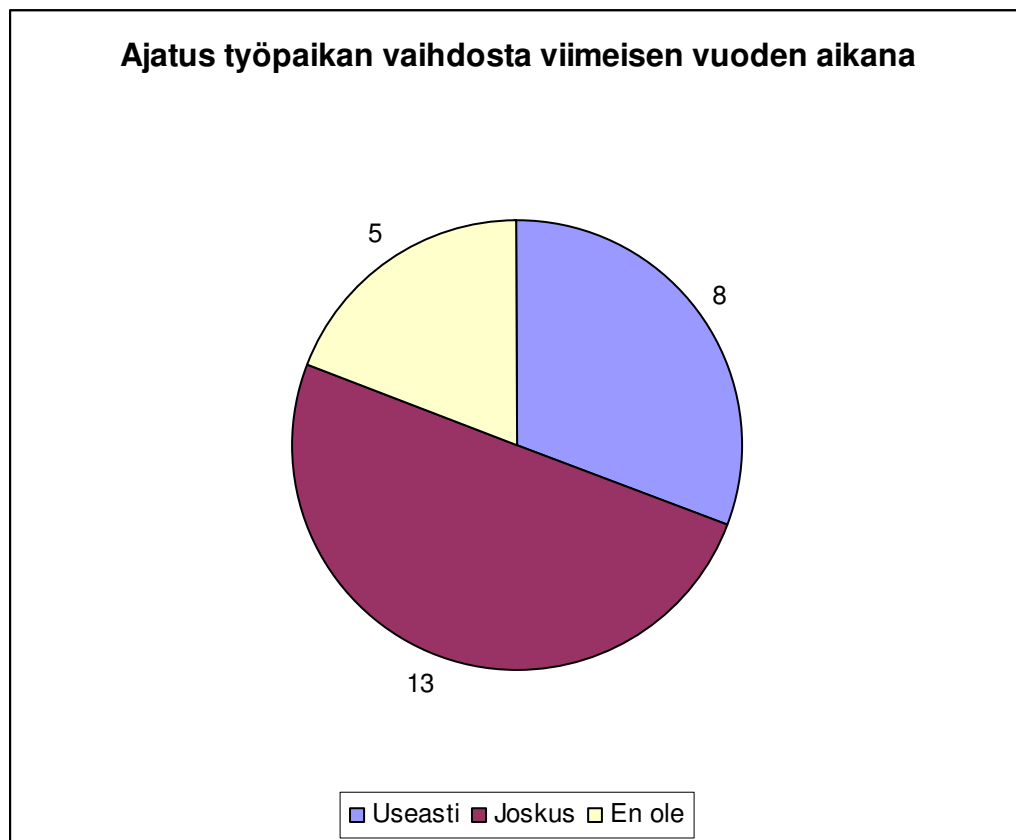
Työn koki vaihtelevaksi 8 (30,8 %) henkilöä, jokseenkin samaa mieltä oli vastaajista 11 (42,3 %), jokseenkin eri mieltä oli 7 (26,9 %) henkilöä ja kukaan (0 %) vastaajista ei ollut täysin eri mieltä.

Haastavaksi työnsä koki 12 (46,2 %) henkilöä, myös jokseenkin samaa mieltä oli vastaajista 12 (46,2 %), jokseenkin eri mieltä oli 1 (3,8 %) henkilö, samoin täysin eri mieltä oli 1 (3,8 %) vastaajista.

Työn koki mielekkääksi 7 (26,9 %) henkilöä, vastaajista 18 (69,2 %) oli jokseenkin samaa mieltä ja 1 (3,8 %) henkilö oli jokseenkin eri mieltä. Kukaan (0 %) vastaajista ei ollut täysin eri mieltä.

8.2 Työpaikan vaihtaminen tulevaisuudessa

Kysymykseen, jossa kartoitettiin halukkuutta vaihtaa työpaikkaa kuluneen vuoden aikana, vastaajista 13 (61,5 %) henkilöä oli ajatellut sitä joskus. Vastanneista 8 (30,8 %) oli usein ajatellut vaihtaa työpaikkaa ja henkilöistä 5 (19,2 %) ei ollut ajatellut työpaikan vaihtoa viimeisen vuoden aikana. Alla olevaan kuvioon 2 on havainnollistettu vastaukset.



KUVIO 2. Ajatus työpaikan vaihdosta viimeisen vuoden aikana

8.3 Alan vaihto tulevaisuudessa

Seuraavassa kuviossa 3 on havainnollistettu vastaajien halukkuutta vaihtaa alaa viimeisen vuoden aikana. Kyselyyn vastanneista 16 (61,5 %) oli joskus ajatellut alan vaihtoa kuluneen vuoden aikana. Vastaajista 3 (11,5 %) oli ajatellut alan vaihtoa melko usein, 2 (7,7 %) erittäin usein ja 5 (19,2 %) ei lainkaan.



KUVIO 3. Ajatus alan vaihdosta viimeisen vuoden aikana

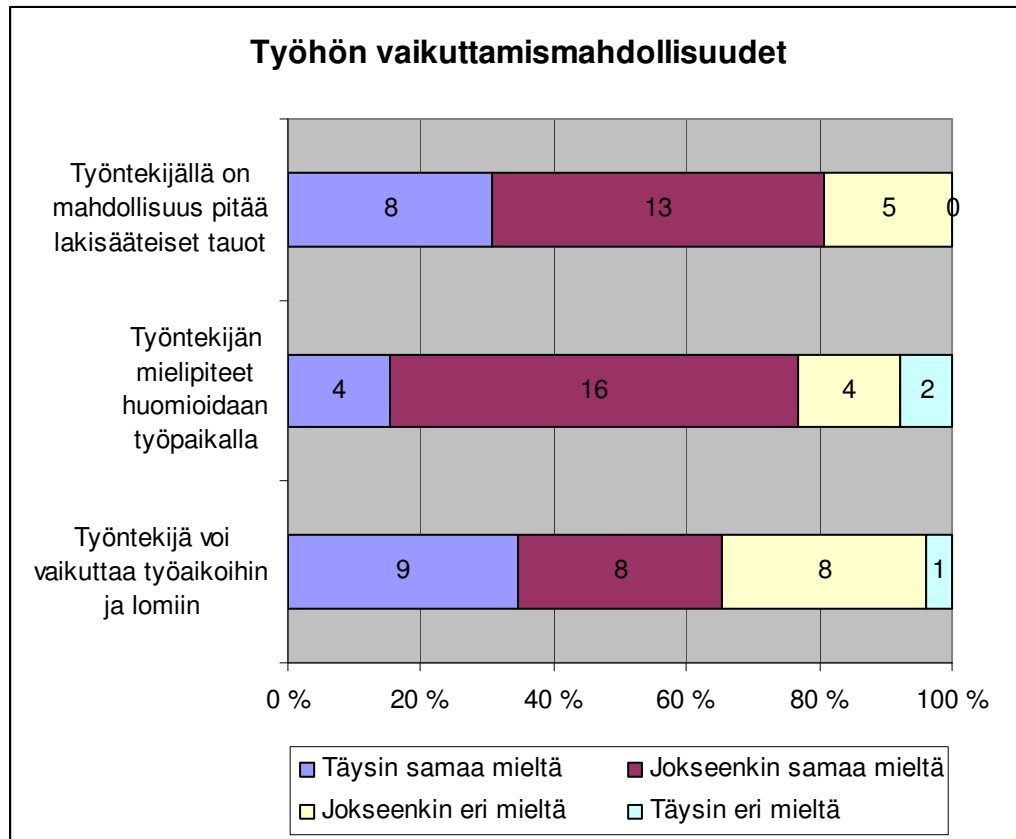
8.4 Työntekijöiden kokemukset vaikuttamismahdollisuuksista

Kyselyssä kysymykset 14, 15 ja 26 kuvaavat, kuinka työntekijät voivat vaikuttaa omaan työhönsä. Alla olevassa kuviossa 4 esitetään vastaajien kokemat työhönsä vaikuttamismahdollisuudet. Ensimmäisellä kysymyksellä kartoitetaan työntekijöiden mahdollisuuksista pitää lakisääteisiä taukoja työvuoronsa aikana. Vastaajista 8 (30,8 %) oli täysin samaa mieltä, että lakisääteiset tauot voidaan pitää, jokseenkin samaa mieltä oli 13 (50,0 %), jokseenkin eri mieltä oli 5 (19,2 %) ja kukaan vastaajista ei kokenut, että lakisääteiset tauot jäisivät pitämättä.

Keskimmäisessä kysymyksessä selvitettiin työntekijöiden kokemuksia mielipiteiden huomioimisesta työpaikalla. Vastaajista 4 (15,4 %) oli täysin samaa mieltä, että heidän mielipiteensä huomioidaan työpaikalla, jokseenkin samaa mieltä oli 16 (61,5 %), jokseenkin eri mieltä oli 4 (15,4 %) ja vastaajista 2 (7,7 %) oli täysin eri mieltä.

Viimeisellä kysymyksellä selvitettiin työntekijöiden mahdollisuutta vaikuttaa omiin työaikoihinsa ja lomiinsa. Vastaajista 9 (34,6 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että he

voivat vaikuttaa työaikoihinsa ja lomiinsa, jokseenkin samaa mieltä oli 8 (30,8 %), jokseenkin eri mieltä oli myös 8 (30,8 %), ja 1 (3,8 %) vastaajista oli täysin eri mieltä vaikuttamismahdollisuuksistaan.



KUVIO 4. Työhön vaikuttamismahdollisuudet

Edellisten kysymysten lisäksi yhdellä kysymyksellä kartoitettiin työhön vaikuttamismahdollisuuksia kysymällä lisäkoulutuksen tarpeesta. Suurin osa vastaajista koki lisäkoulutuksen tarpeelliseksi. Vastaajat kokivat tarvitsevansa koulutusta muun muassa ryhmien pitoon liittyen, väkivallan ennaltaehkäisyyn, tietoa aggressiivisen potilaan kohtaamisesta, päihdekoulutusta ja somaattisten sairauksien hoidosta.

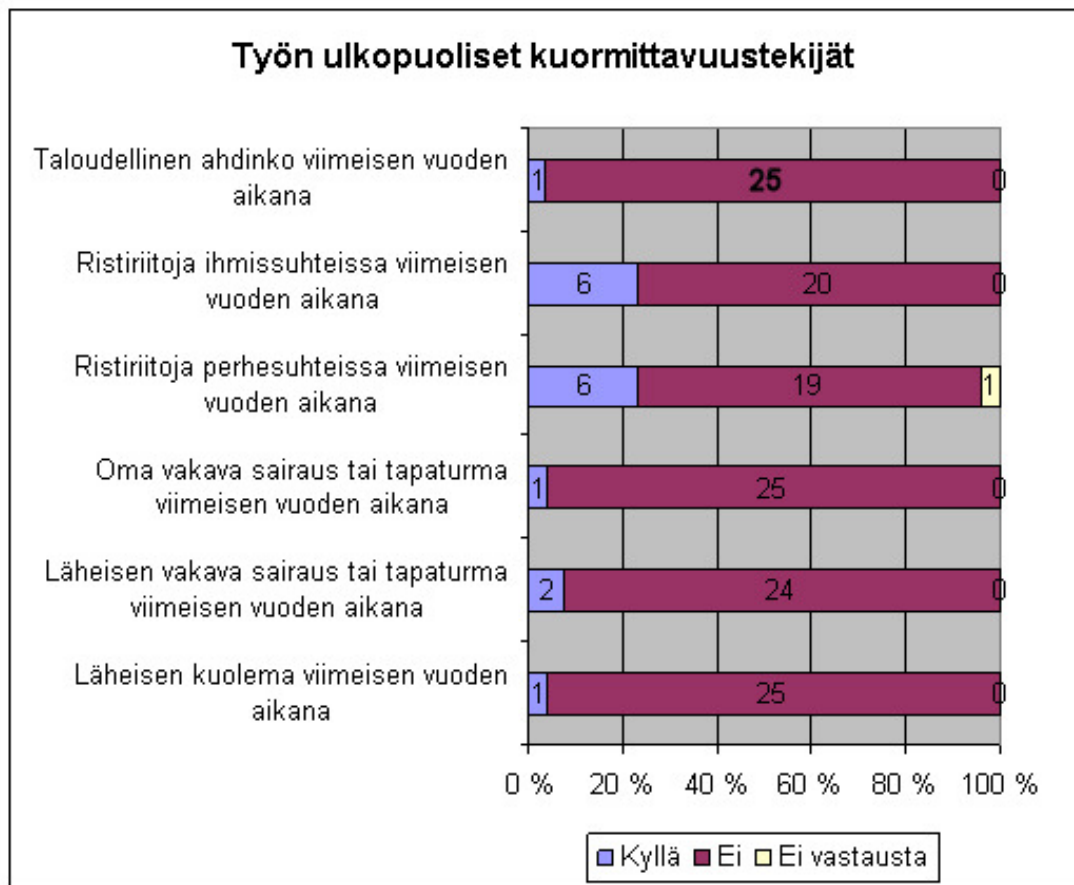
”Mahdollisimman monipuolista alaan liittyvää”

”Psykiatrian erikoistumisopinnot, väkivalta/kiinnipitotilanteiden hallintaa”

”Aggressiivisen potilaan kohtaaminen puhumalla, eleillä. Lisäkoulutusta erilaisista korvaushoidoista. Koulutusta tartuntataudeista sekä uusista psykiatrisen hoitotyön tuulista”

8.5 Työhön vaikuttavat ulkopuoliset kuormittavuustekijät

Kyselylomakkeen kysymyksillä 1 - 6 on kartoitettu työn ulkopuolisia tekijöitä, jotka vaikuttavat työntekijöiden työssä jaksamiseen. Kysymyksen tarkoituksena oli selvittää, ovatko vastaajat kokeneet seuraavia väittämiä kuluneen vuoden aikana. Kysymyksiin tuli vastata kyllä- tai ei- vaihtoehdoilla. Ensimmäisessä väittämässä taloudellista ahdinkoa oli kokenut vain 1 (3,8 %) vastaajista. Vastaajista 6 (23,1 %) oli ristiriitoja ihmissuhteissa, samoin 6 (23,1 %) vastaajista oli ristiriitoja perhesuhteissa. Vain 1 vastaajista (3,8 %) oli kokenut joko oman vakavan sairauden tai tapaturman viimeisen vuoden aikana. Läheisen vakavan sairauden tai tapaturman oli kokenut 2 (7,7 %) vastaajaa ja läheisen kuoleman 1 (3,8 %) vastaajista. Alla olevassa kuviossa 5 on havainnollistettu edellä mainitut väittämät.



KUVIO 5. Työn ulkopuoliset kuormittavuustekijät

Vastaajat, jotka olivat kohdanneet työn ulkopuolisia kuormittavuustekijöitä viimeisen vuoden aikana, kokivat, että näillä oli vaikutusta työssä jaksamiseen. Vastaajat kokivat

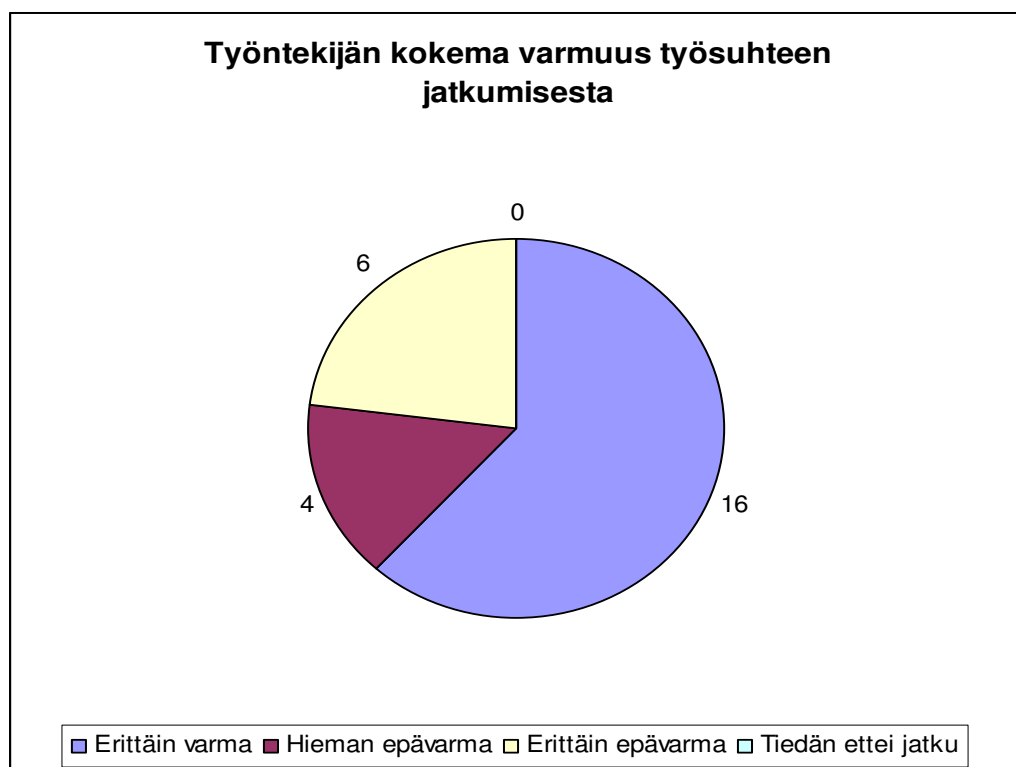
muun muassa, että siviiliasiat pyörivät töissä mielessä, ja osa koki itsensä työkyvyttömäksi.

”Motivaatio laskee, keskittymiskyvyttömyys, muistihäiriöt, väsymys”

”Aikansa (kuukausia) vaikuttivat, eivät juuri enää”

8.6 Työntekijöiden kokemuksia työsuhteen jatkumisesta

Alla olevassa kuviossa 6 on havainnollistettu työntekijöiden kokema varmuutta työsuhteen jatkumisesta tulevaisuudessa. Vastajista 16 (61,5 %) oli erittäin varmoja työsuhteensa jatkumisesta, 4 (15,4 %) hieman epävarmoja ja 6 (23,1 %) erittäin epävarmoja.



KUVIO 6. Työntekijöiden kokema varmuus työsuhteen jatkumisesta

8.7 Työstä aiheutuvia kuormittavuustekijöitä

Seuraavassa kuviossa 7 on esitelty väittämiä työn kuormittavuustekijöistä. Kuvioon on koottu kysymykset 30 - 45, joiden vastausvaihtoehdot on luokiteltu neljään eri kategoriaan: täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri

mieltä. Vastaajista 5 (19,2 %) oli täysin samaa mieltä, että työpaikka on turvallinen, jokseenkin samaa mieltä oli 13 (50,0 %), jokseenkin eri mieltä oli 7 (26,9 %) ja 1 (3,8 %) vastaajista oli täysin eri mieltä työpaikkansa turvallisuudesta. Väittämässä ”työtehtäviä on liikaa” vastaajista täysin samaa mieltä oli 4 (15,4 %), jokseenkin samaa mieltä oli 1 (3,8 %), jokseenkin eri mieltä oli 17 (65,4 %), ja täysin eri mieltä oli 4 (15,4 %) vastaajaa.

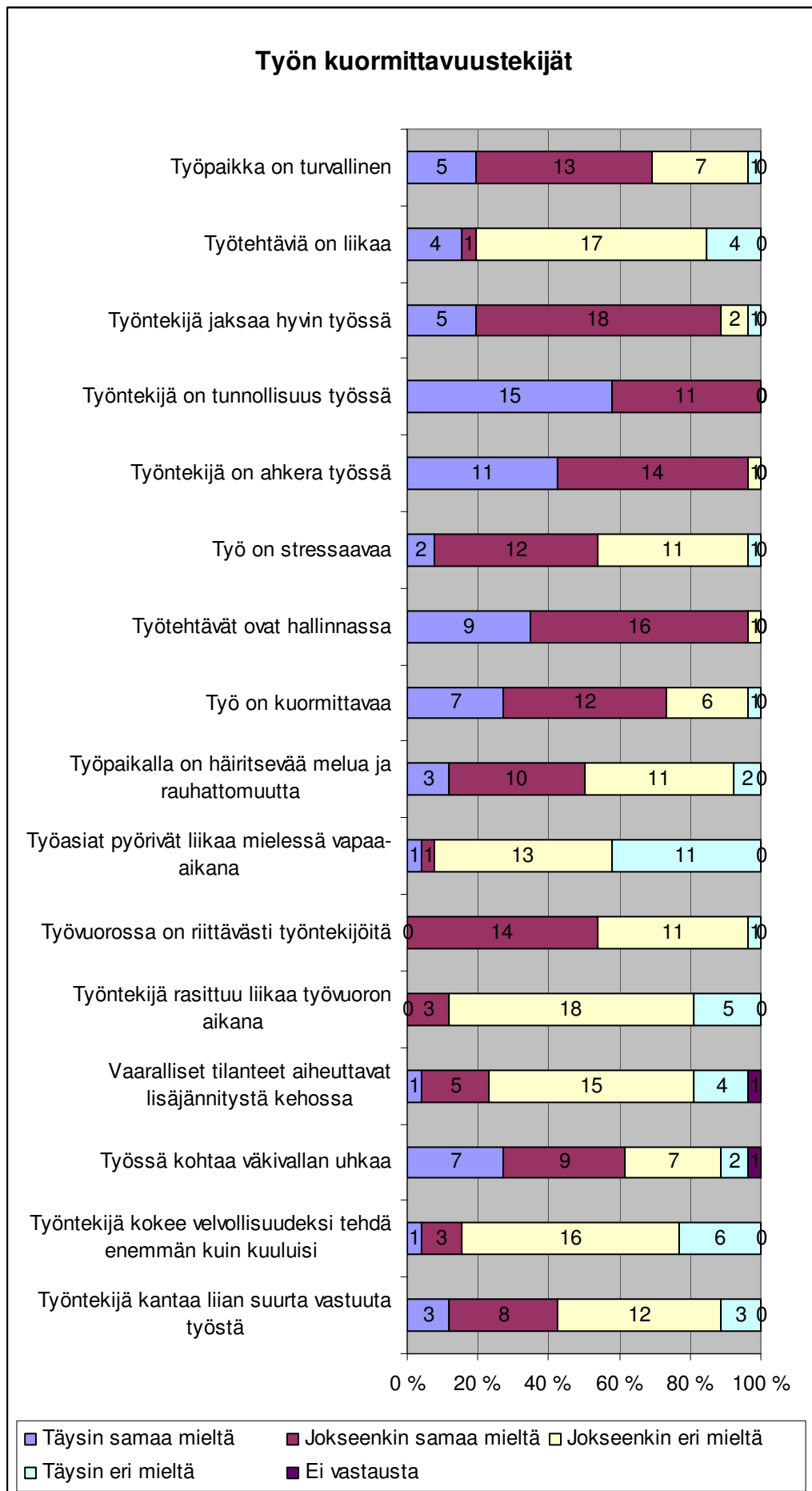
Vastaajista 5 (19,2 %) on täysin samaa mieltä, että jaksaa työssään hyvin. Jokseenkin samaa mieltä oli vastaajista 18 (69,2 %), jokseenkin eri mieltä oli 2 (7,7 %) ja täysin eri mieltä oli 1 (3,8 %) vastaaja. Vastaajista 15 (57,7 %) koki olevansa tunnollisia työssään, jokseenkin samaa mieltä oli 11 (42,3 %) vastaajaa. Työntekijöistä 11 (42,3 %) henkilöä kokivat olevansa ahkeria työssään, jokseenkin samaa mieltä oli 14 (53,8 %), ja jokseenkin eri mieltä oli 1 (3,8 %) vastaajista. Vastaajista 2 (7,7 %) koki työnsä stressaavaksi, jokseenkin samaa mieltä oli 12 (46,2 %), jokseenkin eri mieltä oli 11 (42,3 %), ja 1 (3,8 %) vastaajista oli täysin eri mieltä työn stressaavuudesta.

Väittämässä ”työtehtävät ovat hallinnassa” vastaajista 9 (34,6 %) oli täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä oli 16 (61,5 %), ja 1 (3,8 %) vastaajista oli jokseenkin eri mieltä. Vastaajista 7 (26,9 %) koki työnsä kuormittavaksi, jokseenkin samaa mieltä oli 12 (46,2 %), jokseenkin eri mieltä oli 6 (23,1 %), ja 1 (3,8 %) vastaajista on täysin eri mieltä. Vastaajista 3 (11,5 %) koki työpaikalla olevan häiritsevää melua ja rauhattomuutta, jokseenkin samaa mieltä oli 10 (38,5 %), jokseenkin eri mieltä oli 11 (42,3 %), ja täysin eri mieltä oli vastaajista 2 (7,7 %). Vastaajista 1 (3,8 %) koki, että työasiat pyörivät liikaa mielessä vapaa-aikana, jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa oli 1 (3,8 %), jokseenkin eri mieltä oli 13 (50,0 %), ja täysin eri mieltä 11 (42,3 %) vastaajaa. Vastaajista kukaan (0 %) ei ollut täysin samaa mieltä siitä, että työntekijöitä oli riittävästi työvuorossa, jokseenkin samaa mieltä 14 (53,8 %), jokseenkin eri mieltä 11 (42,3 %), ja 1 (3,8 %) joka oli täysin eri mieltä.

Vastaajista kukaan (0 %) ei ollut täysin samaa mieltä että rasittuu liikaa työssään, jokseenkin samaa mieltä oli 3 (11,5 %), jokseenkin eri mieltä 18 (69,2 %), ja täysin eri mieltä oli 5 (19,2 %) vastaajaa. Väittämään ”vaaralliset tilanteet aiheuttavat lisäjännitystä kehossa” täysin samaa mieltä oli 1 (3,8 %) vastaajista, jokseenkin samaa mieltä oli 5 (19,2 %), jokseenkin eri mieltä oli 15 (57,7 %), ja täysin eri mieltä oli neljä (15,4

%). Vastaajista 1 (3,8 %) ei vastannut kyseiseen väittämään. Vastaajista 7 (26,9 %) koki työssä kohtaavansa väkivallan uhkaa, jokseenkin samaa mieltä oli yhdeksän (34,6 %), jokseenkin eri mieltä oli 7 (26,9 %), ja täysin eri mieltä oli 2 (7,7 %) vastaajaa. Vastaajista 1 (3,8 %) jätti vastaamatta kyseiseen väittämään. Vastaajista yksi (3,8 %) koki velvollisuudeksi tehdä enemmän työssään kuin kuuluisi, jokseenkin samaa mieltä oli kolme (11,5 %), jokseenkin eri mieltä oli 16 (61,5 %), ja täysin eri mieltä oli 6 (23,1 %) vastaajaa. Väittämään ”työntekijä kantaa liian suurta vastuuta työstä” täysin samaa mieltä oli 3 (11,5 %), jokseenkin samaa mieltä oli 8 (30,8 %), jokseenkin eri mieltä oli 12 (46,2 %), ja vastaajista 3 (11,5 %) oli täysin eri mieltä.

Edellisten kuormittavuustekijöiden lisäksi kysymyksellä 47, kartoitettiin onko työntekijä ollut sairauslomalla viimeisen vuoden aikana työssä jaksamattomuuden vuoksi. Ensimmäisenä vastausvaihtoehtona oli ”en ole ollut”, johon vastasi 24 (92,3 %) henkilöä. Toisena vastausvaihtoehtona oli ”sairauslomalla työssä jaksamattomuuden vuoksi 1-7 päivää” johon vastasi 1 (3,8 %) vastaaja. Kolmas vaihtoehto oli 8-14 päivää, johon vastasi 1 (3,8 %) henkilö. Kukaan vastaajista (0 %) ei ole ollut sairauslomalla yli 15 päivää, joka oli neljäntenä vaihtoehtona.



KUVIO 7. Työn kuormittavuustekijät

8.8 Työyhteisön vaikutus työhyvinvointiin

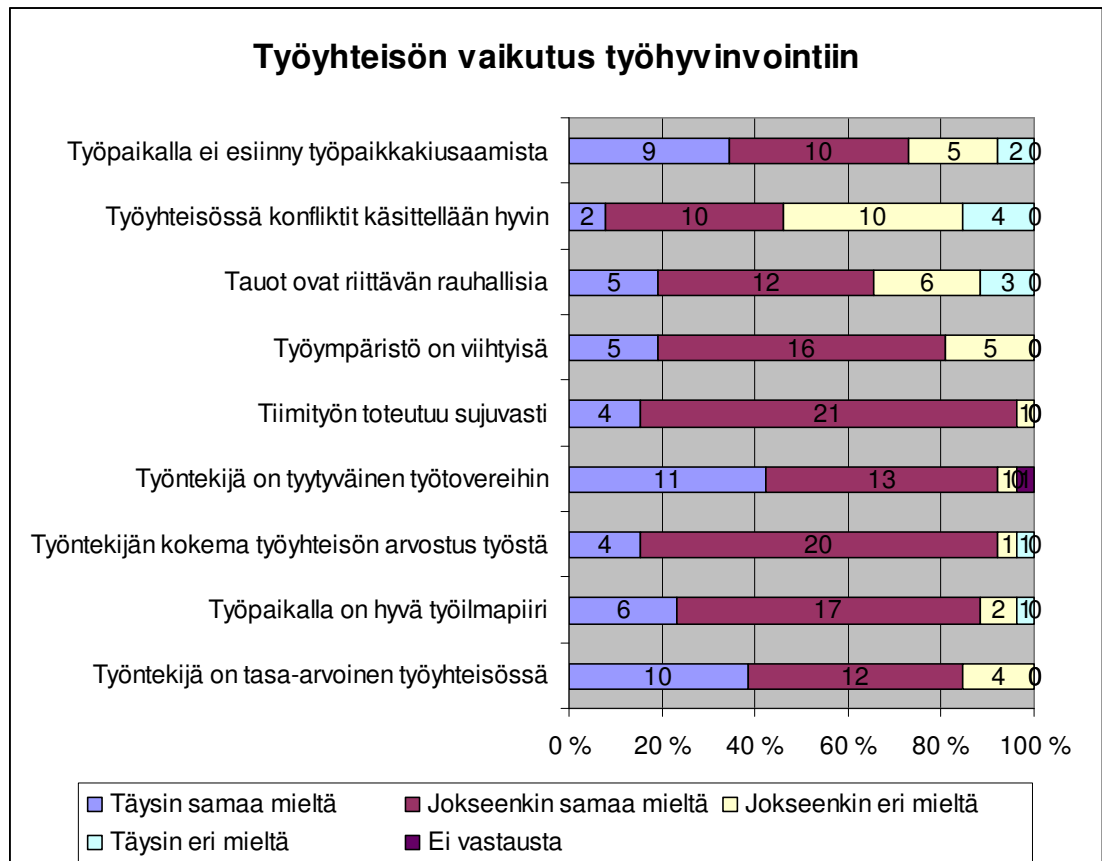
Kysymyksillä 16, 18, 22-25 ja 27-29 kartoitettiin työntekijöiden kokemuksia työyhteisön vaikutuksesta työhyvinvointiin. Vastausvaihtoehdot on jaettu neljään kategoriaan, jotka ovat: täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä. Väittämässä ”työpaikallani ei esiinny työpaikkakiusaamista”, täysin samaa mieltä vastaajista oli 9 (34,6 %), jokseenkin eri mieltä oli 10 (38,5 %), jokseenkin eri mieltä oli 5 (19,2 %), ja täysin eri mieltä oli 2 (7,7 %) vastaajaa.

Työyhteisön keskuudessa kyetään käsittelemään konfliktit hyvin 8 (7,7 %) vastaajan mielestä, vastaajista 10 (38,5 %) koki olevansa jokseenkin samaa mieltä konfliktien käsittelemisestä. Jokseenkin eri mieltä työyhteisön kyvystä käsitellä konfliktit 10 (38,5 %) vastaajaa, ja täysin eri mieltä oli 4 (15,4 %) henkilöä. Tauot ovat riittävän rauhallisia 5 (19,2 %) työntekijän mielestä, jokseenkin samaa mieltä taukojen rauhallisuudesta oli 12 (46,2 %) henkilöä. Jokseenkin eri mieltä vastaajista oli 6 (23,1 %), ja täysin eri mieltä taukojen rauhallisuudesta oli 3 (11,5 %) vastaajaa.

Väittäjä, jossa tiedusteltiin työympäristön viihtyvyyttä, oli täysin samaa mieltä 5 (19,2 %) vastaajaa ja jokseenkin samaa mieltä oli 16 (61,5 %) henkilöä. Jokseenkin eri mieltä työympäristön viihtyvyydestä oli 5 (19,2 %) vastaajaa, kukaan (0 %) vastaajista ei ollut täysin eri mieltä työympäristön viihtyvyydestä. Kysymyksessä tiimityön sujuvuudesta oli täysin samaa mieltä 4 (15,4 %), jokseenkin samaa mieltä oli 21 (80,8 %) vastaajaa. Vain 1 (3,8 %) vastaaja koki olevansa jokseenkin eri mieltä tiimityön sujuvuuden toteutumisesta.

Kysyttäessä tyytyväisyyttä työtovereihin 11 (42,3 %) vastaajaa koki olevansa tyytyväisiä, jokseenkin samaa mieltä oli 13 (50,0 %) henkilöä. Tässäkin vain 1 (3,8 %) vastaaja koki olevansa jokseenkin eri mieltä ja 1 (3,8 %) jätti vastaamatta kysymykseen. Kysymyksellä työntekijän kokemaa arvostusta työyhteisön taholta, arvostusta koki 4 (15,4 %) työntekijää, jokseenkin samaa mieltä oli 20 (76,9 %) vastaajaa, jokseenkin eri mieltä oli 1 (3,8 %), ja täysin eri mieltä työyhteisön arvostuksesta oli 1 (3,8 %) henkilö.

”Työpaikallani on mielestäni hyvä ilmapiiri” -väittämän kanssa täysin samaa mieltä oli 6 (23,1 %) vastaajista, jokseenkin samaa mieltä oli 17 (65,4 %) henkilöä, jokseenkin eri mieltä oli 2 (7,7 %) ja täysin eri mieltä hyvästä ilmapiiristä oli 1 (3,8 %) vastaaja. Tasa-arvoiseksi itsensä työyhteisössä koki vastaajista 10 (38,5 %) henkilöä, jokseenkin samaa mieltä oli 12 (46,2 %), jokseenkin eri mieltä oli 4 (15,4 %) vastaajaa.

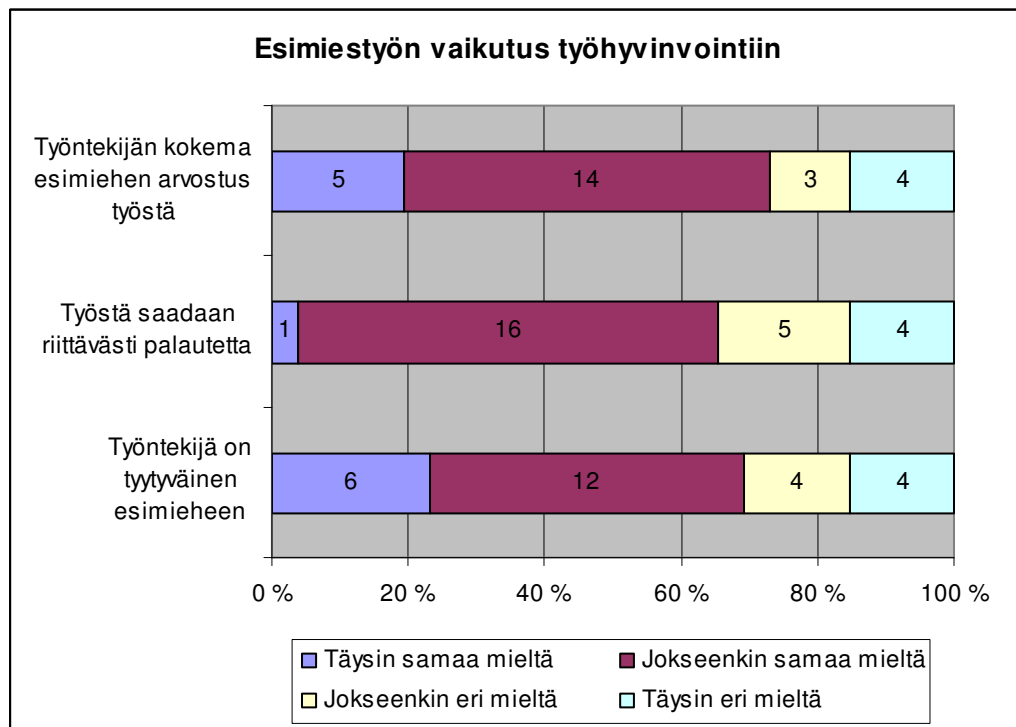


KUVIO 8. Työyhteisön vaikutus työhyvinvointiin

8.9 Esimiestyön vaikutus työhyvinvointiin

Kolmella kysymyksellä 19 - 21 pyrittiin kartoittamaan työntekijöiden kokemaa esimiestyön vaikutusta työhyvinvointiin. Kysymykset oli jaettu neljään kategoriaan, jotka olivat; täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä. Esimieheltä koki saavansa arvostusta työstään 5 (19,2 %) henkilöä, jokseenkin samaa mieltä oli 14 (53,8 %) vastaajaa. Jokseenkin eri mieltä esimiehen arvostuksesta oli 3 (11,5 %) työntekijää, ja täysin eri mieltä oli 4 (15,4 %) vastaajaa.

Väitteen ”koen saavani riittävästi palautetta työstäni” kanssa oli vain 1 (3,8 %) täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä oli 16 (61,5 %), jokseenkin eri mieltä oli 5 (19,2 %), ja täysin eri mieltä riittävästä palautteesta 4 (15,4 %) henkilöä. Viimeisenä väittämänä kartoitettiin työntekijän tyytyväisyyttä esimieheen, vastaajista 6 (23,1 %) oli tyytyväisiä, jokseenkin tyytyväisiä oli 12 (46,2 %), jokseenkin eri mieltä oli 4 (15,4 %) vastaajaa, ja täysin eri mieltä esimieheen tyytyväisyydestä oli 4 (15,4 %) työntekijää.



KUVIO 9. Esimiestyön vaikutus työhyvinvointiin

Kyselyn lopussa annettiin vastaajille mahdollisuus vapaasti kertoa, mitä muuta he haluaisivat sanoa. Vastaajista suurin osa oli jättänyt mahdollisuuden käyttämättä, ja osa oli täydentänyt aiempia vastauksiaan. Vastauksista nousi esiin muun muassa esimiestyö, työhön vaikuttamismahdollisuudet sekä työnohjauksen tärkeys.

”Huonosti hoidettu hallinto/esimiestyö rasittaa huomattavasti potilastyötä enemmän. Hyvä työyhteisö kannattelee”.

”Säännöllinen työnohjaus tärkeää”.

”Työhön sisältyy turhia ja tarpeettomia koulutuksia, ei kysytä mitä hoitajat tarvitsisivat. Liikaa ulkopuoliset tahot päättävät hoitotyöntekijöiden puolesta. Velvoitteita paljon, ketään ei taida kiinnostaa, onko niistä hyötyä käytännön hoitotyössä”.

9 POHDINTA

9.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kartoittaa Savonlinnan Keskussairaalan psykiatristen osastojen 6 A ja 7 A hoitohenkilökunnan työssä jaksamista. Tutkimuksella selvitetään hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyttä, esimiestyön vaikutusta työhyvinvointiin sekä sitä kuinka henkilökunta kokee pystyvänsä vaikuttamaan työhönsä. Lisäksi tutkimuksella kartoitettiin työntekijän kokemia kuormittavuustekijöitä ja työyhteisön vaikutusta työhyvinvointiin.

Kyselytutkimuksen vastauksia purkaessamme vastausten tulkintaa vaikeutti vastaajien tyhjäksi jättämät vastauskohdat, vaikka kyselylomakkeessamme oli vastausvaihtoehdot jaettu useassa kohdassa neljään kategoriaan, joista vastaajan tuli rengastaa sopivin vaihtoehto. Mielestämme vastausvaihtoehtoja oli riittävästi, ja ne olivat riittävän kattavia sopivinta vastausta ajatellen. Pohdinnan alle jää ajatus siitä, jättikö vastaaja vastaamatta kysymykseen epähuomioissa, tarkoituksella vai oliko vastausvaihtoehdot liian suppeat.

Tutkimuksemme vastausprosentti oli 76,5 %, jota pidämme luotettavuutta lisäävänä. Kyselyyn vastanneiden sukupuolijakauma oli tasainen suhteessa vastanneiden määrään. Näin ollen molempien sukupuolten mielipiteet pääsivät tasaisesti esille tutkimuksen vastauksissa.

Vastauksista meidät yllätti määräaikaisessa työsuhteessa olevien työntekijöiden määrä, joka oli kolmasosa vastaajien määrästä. Työvuosia kysyttäessä työkokemus mielenterveystyöstä vaihteli vastaajien kesken alle vuodesta yli 15 vuoteen. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli työskennellyt mielenterveystyössä 15 vuotta tai enemmän, seuraavaksi eniten oli työskennellyt 2 - 4 vuotta. Mielestämme työkokemuksen vaihtelu voi tukea

osastojen ammattitaitoa, sillä uskoisimme nuorten tuovan uusia työskentelymalleja ja ajankohtaista tietoa, kun taas kokeneemmilla työntekijöillä on runsaasti kokemuksen mukana tullutta hiljaista tietoa.

Tutkimuksessamme kysyttiin vastaajien kokemuksia tämänhetkisestä terveydentilastaan. Suurin osa vastaajista koki terveydentilansa hyväksi tai erinomaiseksi. Halusimme terveydentilaa kysyttäessä huomioida vastaajan tuntemuksen kokonaisvaltaisesta terveydentilastaan sekä fyysisestä että psyykkisestä. Vuonna 2005 sosiaali- ja terveysalalle tehdyssä valtakunnallisessa kyselytutkimuksessa vastaajien kokema terveydentila oli aikaisempaa sosiaali- ja terveysalan tutkimusta (1999) parempi ja stressin tuntemuksia ilmoitettiin aikaisempaa vähemmän.

Tutkimuksen yhtenä tarkoituksena oli selvittää työntekijöiden tyytyväisyyttä nykyiseen työhönsä. Kyselyn mukaan vastaajista suurin osa oli joko tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä nykyiseen työhönsä. Kuitenkin kysyttäessä halusta vaihtaa työpaikkaa viimeisen vuoden aikana suurin osa vastaajista oli miettinyt sitä useasti tai joskus. Mielestämme tulokset ovat osittain ristiriidassa keskenään, koska työntekijät kokevat työnsä mielekkääksi, mutta silti miettivät työpaikan vaihtoa. Kysyttäessä työntekijän halusta vaihtaa alaa viimeisen vuoden aikana suurin osa vastaajista oli miettinyt sitä joskus, ja ainoastaan noin 1/5 ei ollut miettinyt alanvaihtoa ollenkaan. Toisaalta vuonna 2005 sosiaali- ja terveysalalle tehdyssä valtakunnallisessa kyselytutkimuksessa ilmeni, että vastaajat kokivat iloa ja mielihyvää omassa työssään muita aloja vähemmän.

Yli kolmasosa vastaajista koki, ettei voinut vaikuttaa riittävästi omaan työaikaan ja lomiinsa. Kuitenkin yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että heidän mielipiteensä huomioidaan työpaikalla, ja he pystyvät pitämään lakisääteiset tauot työvuoronsa aikana. Puolestaan vuonna 2005 sosiaali- ja terveysalalle tehdyssä valtakunnallisessa kyselytutkimuksessa selvisi, että vastaajilla oli mahdollisuus vaikuttaa työhönsä liittyviin asioihin ja työaikoihin keskimääräistä paremmin.

Tutkimuksessa kartoitettiin työhön vaikuttavia kuormittavuustekijöitä, sekä työn ulkopuolisia että työstä johtuvia. Ulkopuolisista kuormittavuustekijöistä nousi esille ristiriidat ihmissuhteissa ja perhesuhteissa. Tarkennetussa avoimessa kysymyksessä näihin liittyen tuli ilmi, että edellä mainituilla tekijöillä on vaikutusta myös työssäjaksami-

seen sitä alentaen. Työstä johtuvista kuormittavuustekijöistä kysyttäessä työntekijöiden mielipiteet poikkesivat selkeästi toisistaan, muun muassa puolet vastaajista koki työnsä stressaavaksi ja puolet ei kokenut. Tästä huolimatta suurin osa vastaajista koki hallitsevansa työtehtävänsä hyvin.

Hälyttävästi tutkimuksessa nousi esille työntekijöiden kokema väkivallan uhka, jota suurin osa vastaajista tunnisti kohtaavansa. Väkivallan uhasta huolimatta vastaajat jaksavat tutkimuksen mukaan mielestään hyvin. Myös vuonna 2005 sosiaali- ja terveysalalle tehdyssä valtakunnallisessa kyselytutkimuksessa asiakkaiden väkivaltaisuus huolestutti hoitotyöntekijöitä, mutta kuitenkin vähemmän kuin vuonna 1999.

Suurin osa vastaajista koki, ettei rasitu liikaa työvuoronsa aikana. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että työvuoroissa oli riittävästi henkilökuntaa, kun taas puolet vastaajista koki, että ei ollut. Valtaosalla vastaajista työasiat eivät pyöri liikaa mielessä vapaaajalla. Puolestaan Lantan ja Hämäläisen tutkimuksessa (2008) työskentelytahti koettiin melko nopeaksi, ja yli puolet koki, että heillä oli liikaa töitä. Kuitenkin työn ja yksityiselämän vuorovaikutus koettiin melko toimivaksi.

Mitattaessa työyhteisön vaikutusta työhyvinvointiin ilmeni, että enemmistö koki olevansa tasa-arvoisia työyhteisössä ja että työpaikalla on hyvä ilmapiiri. Kolmasosa vastaajista oli sitä mieltä, että tauot olivat riittävän rauhallisia. Kysyttäessä työyhteisön kykyä ratkaista konflikteja vastaukset jakaantuivat hyvinkin tasaisesti puolesta ja vastaan. Kuitenkin suurin osa vastaajista ei kokenut työpaikallaan esiintyvän työpaikkakiusaamista. Vastaavia tuloksia saatiin vuonna 2005 sosiaali- ja terveysalalle tehdyssä valtakunnallisessa kyselytutkimuksessa, jossa työilmapiiriin ja työyhteisöön oltiin tyytyväisiä ja tasa-arvon katsottiin toteutuvan työyhteisössä hyvin. Myös arvostusta omalle työlle koettiin saatavan työyhteisön taholta.

Esimiestyön vaikutusta työhyvinvointiin selvitettiin kysymällä tyytyväisyyttä esimiehen, esimiehen antamaa arvostusta työstä ja riittävän palautteen saamista esimiehen taholta. Tutkimuksessa ilmeni, että hieman alle kolmasosa vastaajista ei ollut tyytyväinen esimieheensä. Suurin piirtein sama määrä vastaajista koki, ettei saanut riittävästi palautetta työstään sekä ettei esimies arvosta heidän työtään. Myös Lantan ja Hämäläisen tutkimuksen (2008) mukaan työhyvinvointia alentavia tekijöitä ovat muun muassa

henkilöstön heikko huomioonotto, työstä saadun laadun palautteen niukkuus ja heikko luottamus johtoon.

Vastaajien määrästä voimme päätellä, että kyselylomake herätti kiinnostusta kohderyhmän keskuudessa. Luultavimmin kyselytutkimus tuli tarpeeseen, sillä kyselyyn oli huolellisesti vastattu. Mielestämme lomakkeen suunnittelu onnistui hyvin ja saimme tehtyä kohderyhmän tarpeita vastaavan kyselylomakkeen.

9.2 Tutkimusprosessin tarkastelu

Opinnäytetyömme prosessi alkoi jo keväällä 2009 mielenterveystyön harjoittelun loputtua. Aluksi suunnitelmanamme oli saada opinnäytetyö valmiiksi jouluna 2009, mutta suunniteltu aikataulu osoittautui liian tiukaksi. Yksi oleellinen syy tähän oli, ettei opinnäytetyö edennyt sillä aikaa, kun kyselylomake oli osastoilla jaossa. Myös samanaikaisesti pyörivät työharjoittelut, teoriaopinnot ja tehtävät hidastivat opinnäytetyön etenemistä. Lopputulokseen kuitenkin olemme tyytyväisiä, koska saimme onnistuneesti opinnäytetyön tehtyä suunnittelemaamme valmistumispäivään mennessä.

Haastattelulomakkeen suunnittelun koimme haastavaksi, sillä meillä ei ole aikaisempaa kokemusta kyselylomakkeen tekemisestä. Aluksi hahmottelimme kyselylomakkeen, jonka kävimme esittämässä Itä-Savon sairaanhoitopiirin psykiatrisilla osastoilla. Osastolta saadun palautteen sekä esitestauksen jälkeen muokkasimme kyselylomakkeen lopulliseen muotoonsa. Kyselylomake muodostettiin teoriaviitekehyksen pohjalta, joka osoittautui hyvinkin laajaksi. Tämän vuoksi myös kyselylomakkeesta tuli melko pitkä. Vasta tutkimuksen tuloksia purkaessamme huomasimme, kuinka työlästä oli purkaa vastauksia. Näin jälkeenpäin ajatellen tekisimme kyselylomakkeesta huomattavasti lyhyemmän ja suppeamman täsmällisimmillä kysymyksillä.

Yhteistyö työelämän kanssa sujui hyvin. Työelämän ohjaaja oli käytettävissä aina tarpeen mukaan ja innostunut opinnäytetyömme aiheesta. Saimme myös materiaali-ehdotuksia ja ideoita tutkimuksen sekä kyselylomakkeen suhteen. Lisäksi työelämän ohjaaja tuki ja kannusti meitä kaikissa opinnäytetyön prosessin vaiheissa. Ohjaavan opettajan kanssa kävimme palautekeskusteluja koko opinnäytetyön prosessin ajan. Ajoittain

ongelmaksi muodostui aikataulujen yhteen sovittaminen, mutta kuitenkin saimme riittävästi kehittämisehdotuksia työn eteenpäin saattamiseksi.

Opinnäytetyön kautta olemme saaneet työssä jaksamisen välineitä tulevaisuuteen työskennellessämme sairaanhoitajan tehtävissä työpaikasta riippumatta. Koska mielestämme työssä jaksaminen on pohjimmiltaan omien voimavarojen tunnistamista ja niiden käyttämisen säätelyä annettuja tehtäviä kohtaan. Uskoisimme kohdejoukon hyötävän opinnäytetyöstämme, sillä tuloksissa esille nousseisiin seikkoihin voidaan kiinnittää enemmän huomiota tulevaisuudessa työhyvinvointia kehitettäessä. Tuloksista esille nousseet asiat voitaisiin ottaa työyksikössä huomioon, ja puuttua tuloksissa nousseisiin epäkohtiin, muun muassa esimiestyön kohentamiseen ja lisäkoulutuksen tarpeen kehittämiseen. Nämä asiat vaikuttavat kuitenkin osaltaan koko työyksikön hyvinvointiin ja jokaisen työssä jaksamiseen.

Opinnäytetyön esittämistilaisuudessa nousi esille työelämän taholta, että tutkimuksen ajankohta sattui työyksikön sisäiseen muutosvaiheeseen. Tutkimuskohteessa on ollut määräaikaisten työntekijöiden kohdalla epävarmuutta työsuhteen jatkumisesta osastoilla. Pohdinnan alle jää kysymys siitä, olisivatko tutkimustulokset olleet erilaisia, jos tilanne tai ajankohta olisi ollut toinen.

9.3 Jatkotutkimusehdotuksia

Tämän tutkimuksen pohjalta nousi kehittämisehdotuksiksi muun muassa työssä jaksamisen tukemiseksi keinojen selvittäminen, tyytyväisyys esimiestyöhön sekä viihtymättömyys alalla ja/ tai työpaikalla. Myös lisäkoulutuksen tarpeen määrittäminen voisi tuottaa jatkotutkimusaiheita.

Alustavasti olemme miettineet, että hyödyntäisimme tästä opinnäytetyöstä saatuja ideoita ja teoriaa tulevassa terveydenhoitotyön opinnäytetyössä. Mielenkiintoista olisi kartoittaa ennaltaehkäiseviä keinoja työssä jaksamiseen ja työhyvinvoinnin ylläpitämiseksi.

LÄHTEET

Ernvall, Reijo, Ernvall, Sirpa & Kaukila, Hanna-Sisko 2002. Tilastollisia menetelmiä sosiaali- ja terveystalalle. Juva: WS Bookwell Oy.

Heikkilä, Tarja 1998. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Oy Edita Ab.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Holopainen, Martti & Pulkkinen, Pekka 2003. Tilastolliset menetelmät. Vantaa: Dark Oy.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2009. Sosteri. Perustietoa. SOSTERI pähkinänkuoressa: kymmenen kysymystä ja kymmenen vastausta. WWW-sivut.

<http://www.isshp.fi/index.asp>. Ei päivitystietoja. Luettu 7.10.2009.

Kaivola, Taru 2003. Työpaikan ihmissuhteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kiviniemi, Liisa, Läksy, Marja-Liisa, Matinlauri, Timo, Nevalainen, Kaija, Ruotsalainen, Kari, Seppänen, Ulla-Maija & Vuokila-Oikkonen, Päivi 2007. Minä mielenterveytyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lantta, Kati & Hämäläinen, Tapio 2008. Työhyvinvointi mielenterveytytyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkimus. WWW-sivut.

<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02340.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 20.1.2010.

Latvala, Eila, Visuri, Tuomo & Janhonen, Sirpa 1995. Psykiatrinen hoitotyö. Juva: WSOY.

Mielenterveyslaki 1116/90. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoja. Luettu 7.10.2009.

Multanen, Leena (toim.) 2004. Terveydenhuoltopalveluiden työsuojelu- ja kehittämispöytäkirja. Helsinki: Yliopistopaino.

Noppi, Eija, Kiiltomäki, Aliisa & Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Tammi.

Parvi, Vesa & Parvikko, Olavi (toim.) 1995. Työsuojeluosasto. Entäs nyt – Henkinen hyvinvointi. Työministeriö. Tampere: Kirjapaino Hermes Oy.

Punkanen, Tiina 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammi.

Perehdytyskansio osasto 6A. Psykiatrinen vuodeosasto 6 A. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Perehdytyskansio osasto 7A. Potilaan hoito. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Rauramo, Päivi 2004. Työhyvinvoinnin portaat. Helsinki: Edita Prima Oy.

Saarelainen, Ritva, Stengård, Eija & Vuori-Kemilä, Anne 2000. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Porvoo: WSOY.

Sihvonen, Arja 1996. Miten ehkäisen työuupumuksen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Työsuojelu. Työ hyvinvointi perustuu yhteistyöhön. WWW-sivut. <http://www.stm.fi/tyosuojelu/tyohyvinvointi>. Päivitetty 30.3.2009. Luettu 18.9.2009.

Suurnäkki, Timo, Vuoriluoto, Irmeli & Stålhammar, Hannu (toim.) 1995. Terveydenhuolto- ja sosiaalialan työsuojeluopas. Työturvallisuuskeskus. Helsinki: Painatuskeskus.

Tamminen-Peter, Leena (toim.) 2004. Terveydenhuoltopalveluiden työsuojelu- ja kehittämispöytäkirja. Helsinki: Yliopistopaino.

Työaikalaki 605/1996. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoja.
Luettu 7.10.2009.

Työsopimuslaki 55/2001. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoja.
Luettu 7.10.2009.

Työterveyslaitos 2009. Henkinen hyvinvointi. WWW-dokumentti. <http://www.ttl.fi>.
Päivitetty 13.2.2009. Luettu 21.1.2010.

Työterveyslaitos 2010. Lainsäädäntöä, ohjeita ja julkaisuja. WWW-dokumentti.
<http://www.ttl.fi>. Päivitetty 13.1.2010. Luettu 21.1.2010.

Valli, Raine 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vartia, Maarit (toim.) 1995. Terveystuolto- ja sosiaalialan työsuojeluopas. Työturvallisuuskeskus. Helsinki: Painatuskeskus.

Vartiovaara, Ilkka 2000. Jaksamisen rajat. Juva: WS Bookwell Oy.

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vihersalo, Merja & työryhmä (toim.) 2004. Terveystuoltopalveluiden työsuojelu- ja kehittämisoapas. Helsinki: Yliopistopaino.

Vuosilomalaki 162/2005. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoja.
Luettu 7.10.2009.

Välämäki, Maritta, Holopainen, Arja & Jokinen, Maija 2000. Psykiatrisen hoitotyömuutoksessa. Juva: WSOY.

LIITE 1. Tutkimuslupapyyntö.



MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU
Mikkeli University of Applied Sciences

PYYNTÖ

Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

Laitos, yritys, yhteisö, *JH-savon sairaanhoitopiiri*
jolle pyyntö osoitetaan: *Arja Sistonen*

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	<i>Mielenterveyttä ja elämää. Kyselytutkimus osastoille 6A ja 7A (SES), kuinka hoitajat jaksavat työssään.</i>
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	<i>Savonlinnan keskussairaalan psykiatriset vuodeosastot 6A ja 7A</i>
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	<i>Kyselytutkimus. kvantitatiivinen tutkimus, jossa piirittää kvalitatiivisesta tutkimuksesta.</i>
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	<i>15.12.2009 - 31.1.2010</i>
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	<i>Huhtikuu 2010</i>
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	<i>14</i> päivänä <i>joulu</i> kuuta 200 <i>Leena</i> opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	<i>Uosukainen Deena, deena.uosukainen@mamk.fi</i> <i>Lonka Jaana, jaana.lonka@isshp.fi</i>
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	
Nimi	<i>Anna-Kaisa Pulkkinen</i> puh. <i>050 5856206</i>
Osoite	<i>Salpakuja 8 58200 Kerimäki</i>
Nimi	<i>Kaisa Simonen</i> -puh-
Nimi	<i>Heidi Suomalainen</i>
Osoite	

Anomus käsitelty *16 12 2009*

lupa myönnetty
 lupa evätty, peruste: _____

Arja Sistonen hallintoylihoitaja
Allekirjoitus

Pyyntö lähetään kahtena kappaleena, joista toisen luvanantaja palauttaa käsittelyn jälkeen opinnäytetyön tekijöille. LIITEET : hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, aineistonhankintalomake (kysely-, haastattelututkimuksessa)

LIITE 2 (1). Kirjallisuuskatsaus

Teokset/ tutkimukset	Tutkimuksen kohde	Otoskoko/ menetelmä	Keskeiset tulokset	Muita havaintoja/ omat intressit
<p>Kokko Seija 2004. Mielen terveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielen terveystyöstä. Arvotoe reettinen näkökulma mielen terveystyöhön. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Tutkimus.</p>	<p>Yhden mielen terveystoimiston asiakkaat ja työntekijät.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena on laatia hyvän mielen terveystyön kriteerit mielen terveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksistä.</p>	<p>Yhden mielen terveystoimiston 27 asiakasta ja 14 työntekijää.</p> <p>Työntekijät olivat eri ammatti-ryhmistä. Tutkimuksessa mukana olevat valittiin harkinnanvaraisesti.</p> <p>Tutkija haastatteli tutkimuksessa mukana olleita asiakkaita ja työntekijöitä 1-3 kertaa yksitellen. Haastattelu on toteutettu teemahaastattelua ja avointa haastattelua yhdistämällä.</p>	<p>Asiakkaiden mukaan olennaista hyvässä mielen terveystyössä oli, että ammattitaitoiset työntekijät auttavat vaikeuksiin joutuneita asiakkaitaan. Lisäksi auttamismenetelmiksi mainittiin keskustelut, lääkehoito ja perheenjäsenille tarjottava tieto mielen terveystoimista. Myös yhteistoiminta muiden samassa elämäntilanteessa olevien kanssa auttoi.</p> <p>Työntekijöiden mukaan olennaista hyvässä mielen terveystyössä oli luottamuksellinen hoitosuhde, potilaan kokonaisvaltainen elämäntilanteen järjestäminen, hoito-ohjelmien toteuttaminen tai terapiamuotojen toteuttaminen.</p> <p>Lisäksi hyvän mielen terveystyön edellytyksiksi ymmärretään mielen terveystyön palvelujärjestelmän avohoitokeskeisyys sekä porrastuneisuus ja toisessa koulutus, tiimityö ja työnohjaus. Puolestaan mielen terveystyön sisällöksi työntekijät ymmärsivät ehkäisevän tai/ ja korjaavan mielen terveystyön tai pelkästään korjaavan mielen terveystyön.</p>	<p>Mitkä ovat hyvän mielen terveystyön kriteerit työntekijöiden näkökannalta?</p> <p>Työntekijöiden on oltava ammattitaitoisia, työstään kiinnostuneita ja asiakkaita tulee arvostaa sekä kunnioittaa.</p> <p>Työntekijät arvostavat puolestaan suunnitelmallista korjaavaa mielen terveystyötä sekä tiedottamiseen ja varhaiseen häiriöiden tunnistamiseen keskittyvää ehkäisevää mielen terveystyötä.</p> <p>Työntekijöiden mukaan itsemääräämisoikeus on hyvän mielen terveystyön arvo.</p>

LIITE 2 (2). Kirjallisuuskatsaus

<p>Hämäläinen, T. Lantta, K. 2008. Työhyvinvointi mielenterveys-työssä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkimus.</p>	<p>Osastotyössä ja avohoidossa työskentelevien hoitotyöntekijöiden kokemusten kuvaaminen psyykkisistä ja sosiaalisista kuormitustekijöistä mielenterveystyössä sekä näiden kuormitustekijöiden yhteyttä työhyvinvoinnin kokemiseen.</p> <p>Lisäksi tarkoituksen on vertailla edellä mainittujen kuormittavuustekijöiden eroja osastotyössä ja avohoidossa työskentelevien sekä kahden erilaisen organisaation hoitotyöntekijöiden välillä.</p>	<p>Hoitotyöntekijöitä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyh-tymän psykiatrian tulosalueelta (N=204) ja Hyvinkään sairaan-hoitoalueen psykiatrian talous-alueen tulosityksiköstä (N=350).</p> <p>Tutkimukseen vastasi 334 hoi-totyöntekijää; 187 Hyvinkäältä ja Päijät-Hämeestä 147.</p> <p>Aineiston keräilymenetelmänä oli käytetty kyselylomaketta. Aineistona oli koko tulosalueen ja tulosityksikön hoitohenkilö-kunta. Vastausaikaa annettiin kolme viikkoa.</p>	<p>Työhyvinvointi koettiin kes-kinkertaiseksi. Työhyvinvointia alentaviksi tekijöiksi nousivat organisaatioon sitoutumatto-muus, henkilöstön heikko huomioon otto, työstä saadun laa-dun palautteen niukkuus, arvo-ristiriidat ja heikko luottamus johtoon.</p> <p>Osastotyössä olevien hoitotyön-tekijöiden työhyvinvointi oli keskimääräisesti huonompi kuin avopuolella. Eroja löytyi mm. organisaatioon sitoutumi-sen ja työhön vaikuttamisen mahdollisuuksissa.</p> <p>Hoitotyöntekijät kokivat psyykkisten ja sosiaalisten kuormittavuustekijöiden vaikut-tavan työhyvinvointiin.</p>	<p>Mitkä tekijät vaikuttavat hoita-jien kuormittavuuteen? Ja mi-ten?</p> <p>Mitkä tekijät vaikuttavat työhy-vinvointiin? Ja minkä verran?</p>
<p>Nousiainen Anne. 2001. Mielen-terveystyössä jaksaminen: Tut-kimus mielenterveyskuntoutujien palvelukodin Kotilo Ry:n henki-lökunnan työssä jaksamisesta. Opinnäytetyö.</p>	<p>Kotilo Ry: henkilökunta ja osa asukkaista</p>	<p>Henkilökunta 20 osallistujaa. Vastausprosentti 100%</p>	<p>Henkilökunta jaksaa hyvin työssään. Osalla kuitenkin työuupumuksen oireita. 70% henkilökunnasta piti työilmapiiriä ja yhteishenkeä tärkeänä.</p>	<p>Asukkaiden mielestä henkilö-kunnan työilmapiiri ja työssä jaksaminen olivat hyviä.</p>
<p>Impiö, T. Kananen, J. Koivu-niemi, N. 2001. Voimavarat ja työssä jaksaminen: Sairaanhoida-jien kokemuksia työssä jaksami-sesta psykiatrisissa sairaaloissa Lapin läänin alueella. Opinnäy-tetyö.</p>	<p>Keroputaan ja Muurulan sairaa-loissa työskentelevät sairaan-hoitajat.</p>	<p>48 sairaanhoitajaa. Vastauspro-sentti 71 %.</p>	<p>Sairaanhoidajat jakoivat työs-sään hyvin. Tärkeimpinä omi-naisuuksina he pitivät yhteis-työkykyä, hyvää itsetuntemusta ja kykyä sietää erilaisuutta.</p>	<p>Hoitajat olivat motivoituneita ja viihtyivät hyvin työssään.</p>

TUTKIMUSONGELMAT

1. Millainen on hoitotyöntekijöiden tyytyväisyys työhönsä?
7, 8, 10, 11, 12, 13, 17
 2. Millaiset ovat hoitotyöntekijöiden mahdollisuudet vaikuttaa työhönsä?
14, 15, 26, 46
 3. Mitkä ovat työhön vaikuttavat kuormittavuustekijät?
1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47
 4. Millainen on työyhteisön työhyvinvoinnin vaikutus työhön?
16, 18, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29
 5. Miten johtaminen ja esimiestyö vaikuttavat työhyvinvointiin?
19, 20, 21,
- Taustatiedot?
A1, A2, A3, A4

**MIELENTERVEYSTYÖSSÄ JAKSAMINEN SAVONLINNAN KESKUSSAIRAALAN
PSYKIATRISILLA OSASTOILLA 6A ja 7A**

Olemme terveydenhoitaja opiskelijoita Mikkelin Ammattikorkeakoulusta, Savonlinnan yksiköstä. Teemme opinnäytetyönä tutkimusta Savonlinnan Keskussairaalan psykiatrisille osastoille 6A ja 7A. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa psykiatristen osastojen hoitohenkilökunnan työssä jaksamista.

Tutkimus on suunnattu osastoilla työskenteleville mielenterveyshoitajille, lähihoitajille ja sairaanhoitajille. Vastaustenne perusteella pyrimme selvittämään hoitohenkilökunnan työssä jaksamista.

Kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista. Toiveenamme on, että kaikki vastaisivat kyselytutkimukseen totuuden mukaisesti kaikkiin kohtiin, jolloin saisimme mahdollisimman suuren vastaajajoukon ja todellisen kuvan osastojen hoitohenkilökunnan jaksamisesta.

Kyselyyn vastataan nimettömänä, jolloin vastaajat jäävät tunnistamattomiksi. Tuloksia tullaan käsittelemään luottamuksellisesti.

Vastaamalla lomakkeen kysymyksiin olette omalta osaltanne auttamassa meitä opinnäytetyössämme ja selvittämässä osastojenne hoitohenkilökunnan mielenterveystyössä jaksamista.

Kyselylomakkeen voit palauttaa osastollasi olevaan palautuslaatikkoon.

Kiitämme vastauksistanne.

Anna-Kaisa Pulkkinen
Kaisu Simonen
Heidi Suomalainen

8. Oletko ajatellut vaihtaa työpaikkaa viimeisen vuoden aikana?

1 Useasti 2 Joskus 3 En ole

9. Kuinka varma olet työsuhteesi jatkumisesta?

1 Erittäin varma 2 Hieman epävarma 3 Erittäin epävarma
4 Tiedän ettei jatku

10. Kuinka usein olet ajatellut vaihtaa alaa viimeisen vuoden aikana?

1 Erittäin usein 2 Melko usein 3 Joskus 4 En ollenkaan

Seuraavana on väittämiä koskien työtäsi. Vastaa kaikkiin kohtiin.

1 Täysin samaa mieltä 2 Jokseenkin samaa mieltä
3 Jokseenkin eri mieltä 4 Täysin eri mieltä

	Täysin samaa mieltä			Täysin erimieltä
11. Työni on mielekästä	1	2	3	4
12. Työni on haasteellista	1	2	3	4
13. Työni on tarpeeksi vaihtelevaa	1	2	3	4
14. Voin vaikuttaa työaikoihini ja lomiini	1	2	3	4
15. Mieleni huomioidaan työpaikallani	1	2	3	4
16. Koen olevani tasa-arvoinen työyhteisössäni	1	2	3	4
17. Olen motivoitunut työhöni	1	2	3	4
18. Työpaikallani on mielestäni hyvä ilmapiiri	1	2	3	4
19. Olen tyytyväinen esimieheeni	1	2	3	4
20. Koen saavani riittävästi palautetta työstäni	1	2	3	4
21. Koen esimiehen arvostavan työtäni	1	2	3	4
22. Koen työyhteisöni arvostavan työtäni	1	2	3	4
23. Olen tyytyväinen työtovereihini	1	2	3	4

LIITE 5 (3). Kyselylomake.

24. Tiimityö toteutuu sujuvasti työpaikallani	1	2	3	4
25. Työympäristöni on mielestäni viihtyisä	1	2	3	4
26. Pystyn pitämään lakisääteiset tauot työssäni	1	2	3	4
27. Tauot ovat riittävän rauhallisia	1	2	3	4
28. Työyhteisömme keskuudessa kyetään hyvin käsittelemään ilmenevät konfliktit	1	2	3	4
29. Työpaikallani EI esiinny työpaikkakiusaamista	1	2	3	4

Seuraavana on väittämiä koskien työn kuormittavuutta. Tunnistatko näitä tekijöitä omassa työssäsi? Vastaa kaikkiin kohtiin.

1 Täysin samaa mieltä

2 Jokseenkin samaa mieltä

3 Jokseenkin eri mieltä

4 Täysin eri mieltä

	Täysin samaa mieltä			Täysin erimieltä
30. Koen työni kuormittavaksi	1	2	3	4
31. Hallitsen työtehtäväni	1	2	3	4
32. Koen työni stressaavaksi	1	2	3	4
33. Olen mielestäni ahkera työssäni	1	2	3	4
34. Olen mielestäni tunnollinen työssäni	1	2	3	4
35. Jaksan työssäni hyvin	1	2	3	4
36. Koen että minulla on liikaa työtehtäviä	1	2	3	4
37. Koen työpaikkani turvalliseksi	1	2	3	4
38. Kannan liian suurta vastuuta työssäni	1	2	3	4
39. Koen velvollisuudeksi tehdä enemmän kuin minun kuuluisi	1	2	3	4
40. Koen kohtaavani väkivallan uhkaa työssäni	1	2	3	4
41. Vaaralliset tilanteet (esim. väkivalta) aiheuttavat liiallista lisäjännitystä kehossani	1	2	3	4
42. Koen rasittuvani liikaa työvuoron aikana	1	2	3	4

43. Työpaikallani on riittävästi työntekijöitä
työvuoron aikana 1 2 3 4
44. Työasiat pyörivät liikaa mielessäni vapaa-aikanani 1 2 3 4
45. Työpaikallani on havaittavissa häiritsevää melua
ja rauhattomuutta 1 2 3 4

46. Millaista lisäkoulutusta koet tarvitsevasi työhösi?

47. Oletko ollut viimeisen vuoden aikana sairauslomalla työssä jaksamattomuuden vuoksi?

1 En ole ollut

Olen ollut,

2 1-7 päivää

3 8-14 päivää

4 yli 15 päivää

48. Mitä muuta haluaisit sanoa?

KIITÄMME VASTAUKSISTASI!