



TYÖKIERTO LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTOILLA

Johanna Lilleberg
Henna Santanen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LILLEBERG, JOHANNA & SANTANEN, HENNA:
Työkierto leikkaus- ja anestesiaosastoilla.

Opinnäytetyö 69 s., liitteet 7 s.
Maaliskuu 2011

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkaus- ja anestesia osaston perioperatiivisten sairaanhoitajien halukkuutta ja valmiuksia työskennellä leikkaussalissa kaikissa perioperatiivisen hoitajan kolmessa roolissa. Opinnäytetyön ongelmia ovat: Onko työntekijöillä halukkuutta toimia perioperatiivisen hoitajan kaikissa rooleissa? Kokevatko sairaanhoitajat työkierrolla olevan hyötyä tiimityöhön ja avunantoon hoitajien kesken? Millaista koulutusta hoitajat kokevat tarvitsevänsä, jotta he kykenevät työkiertoon? Miten sairaanhoitajat kokevat työkierron vaikuttavan ammattitaitoonsa?

Opinnäytetyön menetelmänä olemme käyttäneet kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmetodia. Tiedonkeruun menetelmänä käytimme strukturoitua kyselylomaketta, jonka kysymyksiä täydensimme muutamalla avoimella kysymyksellä. Kyselylomakkeita jaettiin osastotunneilla osastojen perioperatiivisille sairaanhoitajille. Kyselylomakkeita palautui 55 vastausprosentin ollessa 53 %.

Opinnäytetyömme tavoitteena on kartoittaa leikkaus- ja anestesiaosaston johdolle perioperatiivisten sairaanhoitajien mielipiteitä työkierrosta ja sen pohjalta lisätä tietoa siitä, onko tällaisen työskentelymallin kehittäminen mahdollista. Tavoitteenamme on myös lisätä hoitohenkilökunnan tietoa työkierrosta ja sen tuomista mahdollisuuksista.

Opinnäytetyön tulosten mukaan suurin osa kyselyyn vastaajista eivät olleet halukkaita osallistumaan työkiertoon leikkaus- ja anestesiaosaston välillä. Työkierron nähdään kuitenkin kehittävän ammattitaitoa, esimerkiksi laajentamalla osaamisaluetta sekä tiimityöskentelyä leikkaussalissa, muun muassa helpottamalla avunantoa tiimien välillä. Vastanneiden mielestä työkierron toteuttaminen osastojen välillä edellyttäisi pitkäkestoista perehdytystä uusiin työtehtäviin. Työkierron toteuttaminen koetaan vaikeaksi toteuttaa osastojen välillä niiden suuren koon sekä laajan osaamisalueen vuoksi.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että työkierron mahdollistamiseksi, tulisi sairaanhoitajien tietoa työkierrosta lisätä ja tätä kautta mahdollisesti muuttaa asenteita myönteisemmäksi. Tiimityön toimivuutta leikkaussaleissa tulisi pyrkiä edistämään, muun muassa kehittämällä tiimien sisäistä avunantoa ja vuorovaikutusta.

Asiasanat: Työkierto, tiimityö, perioperatiivinen sairaanhoitaja, ammatillisuus.

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
(Option of) Public Health Nursing

LILLEBERG, JOHANNA & SANTANEN, HENNA:
Jobcirculation in surgery and anaesthesia departments.

Bachelor's thesis 69 pages, appendices 7 pages.
March 2011

The purpose of this thesis was to examine Pirkanmaa Hospital District surgery and anesthesia ward perioperative nurses' preparedness and capacity to work in the operating room in all three roles of perioperative nurse. The research problems were: Are nurses prepared to work in all three roles of perioperative nurse? Do the nurses find job circulation beneficial for teamwork and assistance among nurses? What kind of education do nurses need to be able to participate in job circulation? How do the nurses feel the job circulation affects their expertise?

The method employed in this thesis was quantitative research method. The data were collected using a structured questionnaire, supplemented with a few open questions. The questionnaires were dealt out to perioperative nurses on wards. Out of 103 questionnaires a total of 55 were returned, the response rate thus being 53%.

The objective of our thesis was to provide the management of surgery and anesthesia wards with information about perioperative nurses' opinions of job circulation. This in turn will help the possible development in this area. Another objective of this thesis was to increase nurses' knowledge about job circulation and its possibilities.

According to the results of our thesis the majority of the respondents do not want to participate in job circulation between surgery and anesthesia wards. However, the respondents think that job circulation would improve professional skills and teamwork in operating room. Respondents also think that job circulation would require long-lasting orientation to new assignments.

As a conclusion it can be said that job circulation could be possible if the nurses received more information about this form of job. This would also make the nurses' attitudes more positive. Efforts should be made to (improve) promote teamwork in the operating rooms for example by developing a team's internal assistance and interaction.

Keywords: Jobcirculation, teamwork, perioperative nurse, competence.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO	6
2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE	8
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
3.1 Työkierto	10
3.2 Tiimityö	13
3.3 Perioperatiivinen sairaanhoitaja	16
3.3.1 Valvova sairaanhoitaja	16
3.3.2 Instrumentoiva sairaanhoitaja	17
3.3.3 Anestesiahoitaja	19
3.4 Ammatillisuus	20
3.5 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	22
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	24
4.1 Kvantitatiivinen tutkimus	24
4.2 Kyselylomake	25
4.3 Tutkimusaineiston käsittely	27
4.4 Tutkimustulosten esittäminen	30
5 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS	31
5.1 Luotettavuus	31
5.2 Eettisyys	34
6 TUTKIMUSTULOKSET	37
6.1 Vastaajien taustatiedot	37
6.2 Työkierto ja siihen osallistuminen	41
6.3 Tiimityö ja työkierron vaikutus siihen	45
6.4 Työkierron vaikutus ammattitaitoon	48
6.5 Vastaajien näkemyksiä työkiertoon tarvittavasta koulutuksesta	51
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	52
7.1 Vastaajien taustatiedot	52

7.2 Työntekijöiden halukkuus työkiertoon	52
7.3 Tiimityö ja työkierron vaikutus leikkaussalin tiimityöhön	53
7.4 Työkierron vaikutus ammattitaitoon	54
7.5 Työkiertoon perehdyttäminen	55
8 POHDINTA	57
8.1 Opinnäytetyön prosessi	57
8.2 Kyselylomakkeen toimivuus.....	57
8.3 Opinnäytetyön merkitys hoitotyön käytännölle.....	59
8.4 Oma oppiminen	59
8.5 Jatkotutkimusehdotukset	60
LÄHTEET.....	61
LIITTEET.....	63

1 JOHDANTO

Työkierron tavoitteena on edistää sairaanhoitajien ammattiosaamista sekä yhteistyötä työyksiköiden välillä. Työkierron toteutuessa voidaan tukea sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä, työnhallintaa ja välillisesti potilaan hyvää hoitoa. Työkierto on yksi henkilöstön kehittämisen muoto ja lisäksi sen avulla voidaan tavoitella myös esimerkiksi uuden oppimista, työn vaihtelua sekä uusia työtehtäviä. Työkierto on merkittävä keino lisätä henkilöstön muutosvalmiutta ja joustavuutta. Työkierrolla pyritään monipuolistamaan työn sisältöä, mikä toteutetaan määrätietoisella tehtävien vaihtelulla sopivaksi katsotuin välein. (Blixt & Uusitalo 2006, 183–184.)

Ennen kuin muutokseen, esimerkiksi työkiertoon lähdetään, tulee kaikkien olla tietoisia siitä, mihin muutosta tarvitaan ja mitä sen kautta ollaan muuttamassa. Tavoitteet muutokseen tulee rakentaa yhdessä, koska se auttaa tiimin jäseniä näkemään muutoksen hyödyt sekä itsensä, että koko työryhmän kannalta. Tämä helpottaa myös muutokseen sitoutumista. Muutoksessa esimiehellä on vastuullinen rooli, koska se vaatii hallittua toimintaa. Muutoksessa olevia tulee kannustaa ja ohjata sekä huomioida, ettei ketään jätetä yksin. Muutos aiheuttaa usein myös vastarintaa. Tätä ei tulisi torjua, vaan se tulee tunnistaa ja käsitellä rakentavalla tavalla. Vastarinnan taustalla on usein pelko uutta ja tuntematonta kohtaan. Onkin tärkeää korostaa tiimin yhteistä muutosta ja sitoutumisen merkitystä. (Koivukoski & Palomäki 2009, 35–36.)

Perioperatiivisen sairaanhoitajan tulee jatkuvasti kehittää ammatillista osaamistaan, jotta hänen asiantuntijuutensa säilyisi. Perioperatiivisen sairaanhoitajan osaamisalueita ovat esimerkiksi yhteistyö, päätöksenteko, lääkehoidon ja terveyden edistämisen osaaminen. Itseohjautuvuus ja aktiivisuus eli oppiminen tapahtuu esimerkiksi päivittämällä tietoja kirjallisuuden kautta tai toisilta oppimalla. Ammatillista osaamista kehittävät laajenevat työtehtävät, kokonaisuuksien näkeminen ja osallistuminen, kuten kehitysryhmissä työskenteleminen ja työkierto. Ammatillista kehitystä edistäviä tekijöitä ovat myös esimiehen myönteinen ja kannustava johta-

mistapa sekä työyhteisön kehitysmuuttainen ilmapiiri ja yhteiset tavoitteet. (Lukka-ri, Kinnunen & Korte 2007, 30.)

Opinnäytetyömme tehtiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkaus- ja anestesiaosastolle. Osastoilla sairaanhoitajat tekevät joko anestesiahoitajan tai instrumentoivan ja valvovan sairaanhoitajan tehtäviä. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien mielipiteitä osastojen välisestä mahdollisesta työkierrosta ja siihen osallistumisesta. Työkierrossa perioperatiivinen sairaanhoitaja tekisi sekä anestesiahoitajan, että instrumentoivan ja valvovan sairaanhoitajan työnkuvaan liittyviä tehtäviä, jolloin sairaanhoitajan tehtäväkuva monipuolistuisi. Työkierto rajoittuisi leikkaus- ja anestesiaosaston välille, eikä kiertoön lähdetäisi esimerkiksi toiseen leikkausyksikköön tai vuodeosastolle. Opinnäytetyömme avulla olemme halunneet selvittää sairaanhoitajien mielipiteitä myös siitä, miten he kokisivat työkierron vaikuttavan tiimityöskentelyyn sekä ammattitaitoonsa.

2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa perioperatiivisten sairaanhoitajien halukkuutta ja valmiuksia työskennellä leikkaussalissa kaikissa perioperatiivisen hoitajan kolmessa roolissa: valvova sairaanhoitaja, instrumentoiva sairaanhoitaja ja anestesiahoitaja, jonka vastuualueeseen kuuluu myös heräämöhoito.

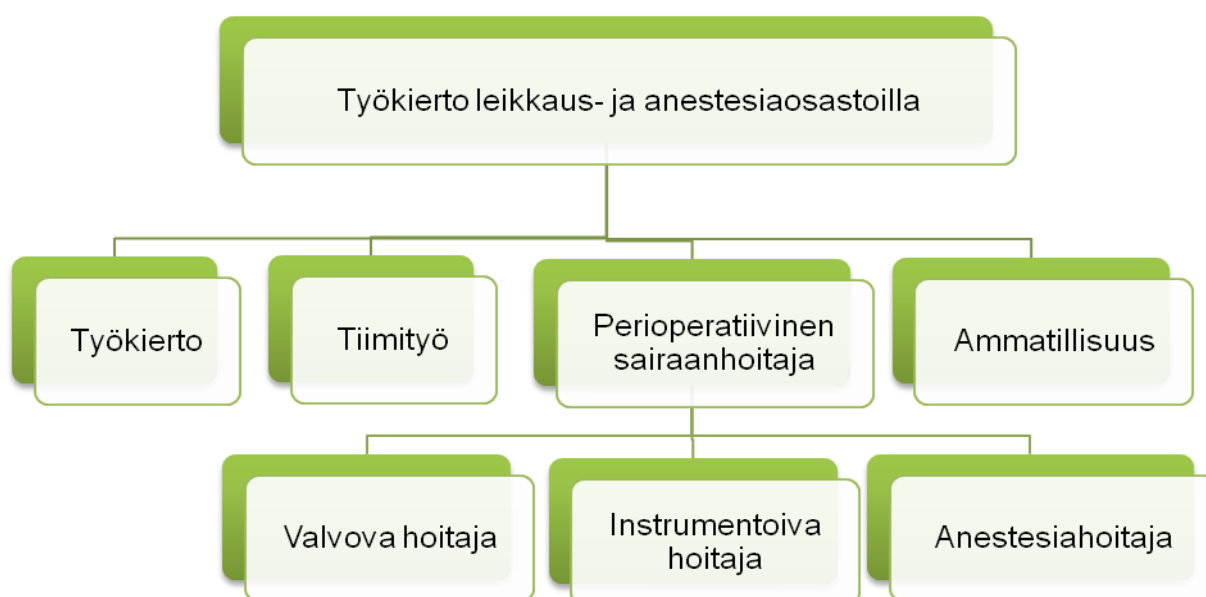
Opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat:

1. Onko työntekijöillä halukkuutta toimia perioperatiivisen hoitajan kaikissa rooleissa?
2. Kokevatko sairaanhoitajat työkierrolla olevan hyötyä tiimityöhön ja avunantoon hoitajien kesken?
3. Millaista koulutusta/perehdytystä hoitajat kokevat tarvitsevänsä, jotta he kykenevät työkiertoon?
4. Miten sairaanhoitajat kokevat työkierron vaikuttavan ammattitaitoonsa?

Opinnäytetyömme tavoitteena on kartoittaa leikkaus- ja anestesiaosaston johdolle perioperatiivisten sairaanhoitajien mielipiteitä työkierrosta ja sen pohjalta lisätä tietoa siitä, onko tällaisen työskentelymallin kehittäminen mahdollista. Tavoitteenamme on myös lisätä hoitohenkilökunnan tietoa työkierrosta ja sen vaikutuksista ammattitaitoon sekä tiimityöskentelyyn. Uskomme, että opinnäytetyömme kautta opimme myös itse työkierron vahvuuksista ja kehittämishaasteista sekä tunnistamme omat mielipiteemme työkierrosta.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme aiheena on työkierto leikkaus- ja anestesiaosastoilla, joten tärkein selvitettävä käsite on työkierto. Koska työ tehdään leikkaus- ja anestesiaosastoille, on myös perioperatiivinen sairaanhoitaja käsitteenä keskeinen. Leikkaussalissa tiimityön merkitys korostuu, joten olemme halunneet ottaa sen yhdeksi keskeiseksi käsitteeksi ja selvittää työkierron mahdollista vaikutusta siihen. Lisäksi koemme, että hoitotyön keskeisistä periaatteista ammatillisuus käsitteenä nousee opinnäytetyössämme vahvasti esiin, koska työkierrolla on vaikutusta henkilökunnan ammattitaitoon. Opinnäytetyömme keskeiset käsitteet tiivistetysti seuraavassa kuviossa (kuvio 1).



KUVIO 1. Keskeiset käsitteet

Valitsimme kuviossa esiintyvät käsitteet, koska ne kuvaavat parhaiten ja tiivistymmin opinnäytetyömme sisältöä. Keskeiset käsitteet ovat lähtöisin työelämän yhteistyökumppanilta saadusta aiheesta, joista muokkasimme yhteistyössä sopivat.

3.1 Työkierto

Henkilö- eli työkierto on suunnitelmallista henkilöstön kehittämistä ja se on yksi henkilöstön kehittämisen keino. Työkierto on menetelmä, jossa työntekijä siirtyy tietyksi ajanjaksoksi toiseen tehtävään, mutta palvelusuhde omaan lähettävään työnantajaan säilyy. Työkierron tulee pohjautua vapaaehtoisuuteen ja kehittymistarpeeseen sekä -haluun. Sen tavoitteena on ammatillisen osaamisen kehittäminen ja niin sanotun hiljaisen tiedon esilletuominen sekä hyödyntäminen. Työkierron avulla voidaan kehittää myös työkulttuuria sekä hallintokäytäntöjä, lisätä työn kiinnostavuutta ja monipuolisuutta. Työkierron onnistuminen vaatii suunnitelmallisuutta ja tavoitteellisuutta. Työkierron osapuolina toimivat itse henkilökiertoon lähtevä työntekijä, tämän esimies ja vastaanottavan organisaation esimies. Osapuolten tehtävänä on osallistua kierron suunnitteluun, tavoitteiden asetteluun ja seurantaan sekä itse toteutukseen. (Valtiovarainministeriö 2001, 7–8.)

On mahdollista, että työkierron järjestämisessä esiintyy esteitä. Helposti voi käydä niin, että henkilöä kierrätetään uran alkuvaiheessa tiheään tahtiin, mutta uran edettyä jo pitkälle, hänet on jätetty siihen tehtävään, jonka hän osaa hyvin eikä häntä enää kierrätetä ollenkaan tai näin tapahtuu liian harvoin. Työkierron toteutumisen esteitä ovat ihmisten aloitteellisuuden ja rohkeuden puutteet. Suurimpana esteenä on varmasti koko henkilöstön, niin esimiesten kuin henkilökunnankin asenteet. Työkierron järjestelyt ja muutokset vaativat työyhteisössä aktiivisuutta. (Blixt & Uusitalo 2006, 185–186.)

Työkierto antaa työntekijälle mahdollisuuden henkilökohtaiseen kehittymiseen ja asiantuntemuksen laajentamiseen sekä syventämiseen (Valtiovarainministeriö 2001, 10). Työkierto on siis yksi keino kasvattaa työntekijän monitaitoisuutta oppimalla uutta työtä tehden (Järvensivu 2007, 84). Asiantuntemuksen tilapäinen siirtäminen mahdollistuu työkierron kautta. Työkierron avulla voidaan valmentaa työntekijää uusiin tehtäviin ja sen myötä voidaan torjua mahdollista työuupumusta. Työntekijältä vaatii rohkeutta irtautua tutusta työympäristöstä ja tehtävistä sekä lähteä uuteen ympäristöön kokeilemaan omaa ammattitaitoaan ja osaamistaan. Työkierto on siis sekä ammatillisen että henkisen kasvun paikka ja se lisää itseluot-

tamusta. Työntekijälle on kehittävää ottaa etäisyyttä omaan työhön ja työyhteisöön sekä arvioida niitä uudelleen. Toisaalta myös työryhmälle tekee hyvää saada uusi henkilö joukkoonsa, koska uusi henkilö pystyy katsomaan asioita kriittisesti, ulkopuolisen silmin ja huomaamaan työryhmän toiminnassa sellaista, mitä ryhmän sisällä työskentelevät henkilöt eivät välttämättä huomaa. (Valtiovarainministeriö 2001, 10–11.)

Nykypäivänä työelämä edellyttää työntekijältä valmiutta muuttumaan ja muuttamaan työtänsä työympäristön vaatimusten mukaan. Muutos voidaan kokea uhkana silloin, jos työntekijä on sitonut osaamisensa ja ammattitaitonsa tiukasti vain yhteen työhön. Työkierto kuitenkin antaa työntekijälle mahdollisuuden kokeilla osaamistaan myös muussa työssä ja onnistumiset tässä toisessa ympäristössä edistävät työntekijän muutosvalmiutta. (Valtiovarainministeriö 2001, 10–11.)

Työkierron avulla voidaan pitää työkykyä yllä esimerkiksi silloin, kun työntekijän ammattitaitoa halutaan kehittää, eivätkä muut keinot, kuten koulutukset, ole tarkoituksenmukaisia tai työntekijällä ei ole motivaatiota niihin. Työkierron avulla voidaan parantaa työntekijän työkykyä jos oma työ aiheuttaa liiallista stressiä ja uupumista. Myös silloin työkiertoa olisi hyvä harkita, kun työntekijä kokee, että oma työ on muuttunut rutiiniksi eikä tunnu enää mielenkiintoiselta ja kehittävältä. (Valtiovarainministeriö 2001, 12.) Myös työnantaja hyötyy työkierrosta. Työnantaja hyötyy esimerkiksi työntekijän uusista taidoista, kuten kyvystä työskennellä muuttuvissa ja epävarmoissa tilanteissa sekä kyvystä ratkaista uudenlaisia ongelmia. Työntekijälle kehittyy kyky tehdä päätöksiä ja ottaa vastuuta sekä kyky käyttää kokonaisvaltaista otetta työssään. Työnantaja hyötyy myös työntekijän kehittyneistä tiimityötaitoista ja yhteistyökyvyistä. (Blixt & Uusitalo 2006, 196.)

Laina Hongisto (2005) on Pro gradu-tutkielmassaan (liite 3, s.68) tutkinut työkierron vaikutusta hoitohenkilökunnan osaamiseen ja työhyvinvointiin henkilöstön omien kokemusten perusteella. Tutkimuksen kohteena olivat Kuopion yliopistollisessa sairaalassa työkierrossa olleet henkilöt, lukuun ottamatta synnytys- ja naistentautien klinikkaa. Tutkielmassaan Hongisto tuo esiin työkierron hyödyiksi muun muas-

sa ammattitaidon ja kokemuksen kasvun, itseluottamuksen sekä jaksamisen parantumisen. Pro gradu-tutkielman mukaan työkierto ehkäisee urautumista, kontaktiverkosto laajenee ja siirtyminen tehtävästä toiseen helpottuu. Toisaalta hän tuo työkierron haittoina esiin esimerkiksi, ettei työkiertoon osallistuneiden kokemuksia osata tai uskalleta hyödyntää. Työntekijä saattaa kokea joutuvansa luopumaan turvallisuudesta, tutuista asioista ja työkavereista. Toisaalta hänellä voi olla vääriä odotuksia ja epävarmuutta sekä tulevaisuuden että oman asemansa suhteen. (Hongisto 2005, 37.)

Hongiston tutkielman mukaan työkierto oli vastaajien mukaan vaikuttanut erityisesti siihen, että vastaajien oli aiempaa helpompi kohdata ihmisiä ja ymmärtää heitä. Vastaajien mukaan myös oman persoonan käyttö oli kehittynyt myönteisesti. Vastaajat esimerkiksi luottivat aiempaa enemmän omiin kykyihinsä. Työkierron nähtiin vaikuttaneen päätöksentekotaitoihin lisäämällä työkiertoon osallistuneiden taitoa keskittyä olennaiseen. Työntekijät kokivat myös määrätietoisuutensa ja kyvyn toimia muiden ammattiryhmien kanssa lisääntyneen. Työkierrossa olleet olivat oppineet näkemään hyviä puolia myös omassa työssään ja työkiertopaikka oli useimmiten ollut hyvin onnistunut. Vastaajat korostivat työkiertoon osallistumisen vapaaehtoisuutta ja sitä, että työkierto pitäisi saada suunnitelmalliseksi toiminnaksi osaksi henkilöstöstrategiaa. Hongiston mukaan työkierto tulee suunnitella työkiertoon lähtijän, hänen esimiehensä ja tulevan työkiertopaikan esimiehen yhteistyönä. Työkierrosta tulee tiedottaa muulle henkilökunnalle kummassakin työyksikössä ja sen tulee perustua suunnitelmaan, jossa on työkierron tavoitteet sekä kiertoaika. (Hongisto 2005, 82–85.)

Maarit Könönen (2005) on Pro gradu-tutkielmassaan puolestaan selvittänyt, millaisena ammatillisen kehittymisen keinona Kuopion yliopistollisen sairaalan naisten- tautien- ja synnytysklinikan hoitajat kokivat klinikassa toteutetun työkierron. Tutkielmassa työkierto koettiin ammatillisen kehittymisen keinona ja työkiertoon haikutuminen haluna ylläpitää ammattitaitoa. Vastaajista osa koki joutuvansa työkiertoon ja osa taas pääsevänsä. Kaikki hoitajat eivät kokeneet työkierron kehittävän heitä ammatillisesti. He toivoivatkin, että myös muita ammatillisen kehittymisen

keinoja, kuten kehityskeskusteluja ja jatkokoulutusta, tulisi kehittää tasapuolisesti. Vajaa puolet kyselyyn vastaajista koki joutuneensa heti hoitohenkilökunnan vahvuuteen mukaan. Uudelle työntekijälle tulisikin nimetä ohjaaja, joka alkuun ohjaisi ja perehdyttäisi häntä työparinaan. Työkierron jälkeen vastaajat kokivat avunannon toiseen yksikköön helpommaksi. Henkilöstön johtamisen kannalta työkierto pitäisi miettiä jokaisen työntekijän kohdalla erikseen. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että työkierron tulisi perustua vapaaehtoisuuteen ja omaan halukkuuteen. Toiset hoitajat haluaisivat työkierron olevan osana klinikan toimintaa ja jokaisen olisi pakko lähteä työkiertoon. Osa vastaajista haluaisi työkierron olevan luonnollista ja tästä informoitaisiin työntekijää jo rekrytointivaiheessa. (Könönen 2005, 61–63.)

3.2 Tiimityö

Tiimityö on keskeisenä osana leikkaussalivälikeskityä, joten olemme halunneet nostaa sen opinnäytetyössämme esille. Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää sairaanhoitajien kokemuksia tämän hetkisestä tiimityön toimivuudesta ja siitä, kokisivatko he työkierron helpottavan tiimityön toimivuutta. Työkierto voi myös onnistuessaan vaikuttaa tiimityön toimivuuteen esimerkiksi helpottamalla avunantoa tiimin jäsenten välillä.

Tiimi on joukko ihmisiä, joilla on yhteiset tavoitteet, riittävät valtuudet tehtäviensä hoitamiseen ja riittävästi toisiaan täydentäviä taitoja ja taipumuksia. Tiimillä on tavoite ja yhteinen käsitys siitä miten tämä tavoite saavutetaan. (Helin 2006, 213.) Hoitotyössä tiimillä on aina yhteinen näkemys potilaan hoidosta (Koivukoski & Palomäki 2009, 15). Leikkaussalissa leikkausryhmä muodostaa tiimin ja tätä tiimiä sitoo yhteen koko leikkauksen ajan yhteinen tavoite, leikkauksen onnistuminen (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 1996, 97). Tiimi erottuu perinteisestä ryhmäajattelusta siten, että ryhmässä vastuu keskittyy yhdelle henkilölle, ryhmän esimiehelle, kun tiimissä vastuu voi jakautua jopa kaikkien tiimin jäsenten kesken. Tiimi on siis yhteisvastuussa suorituksistaan. Tiimillä on myös yhteisvastuu ongelmanratkaisussa ja työjärjestelyissä. (Lindström & Kiviranta 1995, 3; Helin 2006, 213.)

Tiimillä on oma tila organisaatiossa, jolloin tiimi on siis riittävän itsenäinen ja oikeutettu tekemään päätöksiä omasta toiminnastaan. Tiimillä on myös käytännön resurssit työn tekemiseen, joita ovat ihmiset, aika, raaka-aineet ja muut voimavarat. (Kuitunen ym. 2001, 6.)

Ihanteellinen tiimi muodostuu erilaisia vahvuuksia omaavista ihmisistä. Vahvuuksien tulee olla tiimin ja työn kannalta tärkeitä, jotta niitä voidaan käyttää tiimissä hyödyksi. (Helin 2006, 222.) Tiimejä voi olla luonteeltaan erilaisia, yksi tapa ryhmitellä tiimejä on ryhmitellä ne niiden ajallisen olemassaolon ja toiminnan alueen mukaan. Leikkaussalissa työskentelevää tiimiä voisi kuvata luonnolliseksi työtiimiksi. Luonnollinen työtiimi koostuu ihmisistä, jotka työskentelevät samoissa työprosesseissa ja muodostavat organisaation yhden osayksikön. (Lindström & Kiviranta 1995, 3–4.)

Tiimien sisälle syntyy erilaisia rooleja, joita voivat olla esimerkiksi innostaja, sovitteija ja kehittäjä. Helinin mukaan ihmisille syntyy rooleja usein tiedostamatta. Ihminen ottaa rooleja sen perusteella, millaiset ovat hänen henkilökohtaiset arvonsa ja taipumuksensa. Toinen vaikuttava tekijä on työpaikan kulttuuri ja kolmas itse tiimin vallitseva roolitilanne. Jos jokin rooli puuttuu, on uuden työntekijän helppo omaksumaa sellainen rooli itselleen. Tiimin jäsenellä voi olla useitakin rooleja, tavallinen roolien määrä on yleensä kaksi. On myös hyvin tavallista, että tiimin sisällä vallitsee huono roolitasapaino, jolloin tiimissä esiintyy normaalia enemmän stressiä ja ristiriitoja. Myös toiminnan uudistuminen hidastuu tällaisen tiimin sisällä. (Helin 2006, 228–230.)

Tiimin jäsenet voidaan luokitella myös sen mukaan, millaisia taitoja ja tietoja heillä on. Jokaisen jäsenen on omattava ne taidot, joita tarvitaan työtehtävän suorittamiseen. Toiminnallinen asiantuntemus, ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaidot sekä henkilökohtaiset vuorovaikutustaidot ovat kaikki olennaisia taitoja tiimin jäsenille. Jokaisella tiimin jäsenellä ei kuitenkaan tarvitse olla kaikkia tarvittavia taitoja, vaan tiimin jäsenet erikoistuvat tiettyihin tehtäviin. Yleensä tiimeissä pyritään monitaitoisuuteen, joka tekee tiimin työskentelystä tehokkaampaa. (Lindström & Kiviran-

ta 1995, 7–8.) Leikkaussalissa vallitsee myös ammattikohtainen työnjako, joka tarkoittaa, että jokaisella leikkaustiimin jäsenellä on valmiiksi sovittu rooli, anestesiahoitaja, valvova hoitaja tai instrumenttihoitaja. Tämä edistää leikkauksen ja anestesian sujuvaa suorittamista. (Korte ym. 1996, 99.)

Tiimityö on työntekijälle haasteellista mutta myös kehittävää, koska työtehtävät monipuolistuvat ja laajenevat, jonka johdosta myös oppimisen tarve lisääntyy. Tiimityöskentely perustuu toisilta tiimin jäseniltä oppimiseen ja kollegiaalisuuteen (Laiho 2004, 35.) Tiimissä työntekijän ei tarvitse kantaa epäonnistumisia yksin ja vaikeuksissa apua saa muilta tiimin jäseniltä. Tiimissä työtehtäviä voidaan vaihdella, jolloin jokaisen työntekijän kyvyt ja taidot tulevat laajemmin käyttöön. (Kuitunen ym. 2001, 7.) Leikkaussalissa hyvä työnjako tiimin kesken kehittää jokaisen tiimin hoitajan ammatillisuutta. Leikkaussalissa on niin paljon erilaisia työmahdollisuuksia ja tehtäviä, että on mahdollista antaa aloittavalle hoitajalle helpompia töitä ja vähemmän haasteita sekä antaa onnistumisen tunteita, jota ammatin oppiminen vaatii. Kokeneemmalle hoitajalle voidaan tarjota hänen tarpeitaan tyydyttäviä haasteita, jonka avulla hänen ammattitaitonsa pysyy yllä ja kehittyy. (Korte ym. 1996, 99.)

Jokainen toimenpide on ainutlaatuinen toimintakokonaisuus, jonka onnistumiseen jokaisella yksittäisellä työntekijällä on merkittävä osuus, mutta johon vaikuttaa hyvin suurelta osin myös tiimikokonaisuuden toiminta. Tavoitteena on tiimin jäsenten yhteensopivuus, ei samanlaisuus. Kun leikkausryhmässä on sovittu selvästi toimintanormeista ja yhteistoiminnasta, on työskentely tuloksellisempaa ja tyydyttävämpää. (Korte ym. 1996, 99.)

Marja Silén-Lipponen (2005) on tutkinut väitöskirjassaan tiimityötä leikkaushoitotyössä hoitajien ja hoitotyön opiskelijoiden kautta. Tutkimuksessa käy ilmi, että toimiva moniammatillinen tiimi tarvitsee organisointitaitoja, aktiivista ja avointa kommunikointia, jämäkkyyttä sekä joustavuutta. Tiimin toiminnan organisointi edellyttää joustavuutta, ennakkointia sekä jatkuvaa kommunikointia tiimissä. Avoin keskustelu, jossa jokaisen tiimin jäsenen mielipide otetaan huomioon, parantaa ilmapiiriä ja vapauttaa työntekijöiden energiaa hoitotyöhön. Päivystysaikana, jolloin tilanteet

vaihtuvat nopeasti ja ovat ennakoimattomissa, tiimin kyky kommunikoida ja jakaa informaatiota korostuu erityisesti. Yhteistyökyky kehittyy kokemuksen ja taitojen kasvun myötä. Työntekijän kokemus ja hyvä maine työyhteisössä ovat tärkeitä tekijöitä, joiden avulla yksilö saavuttaa hyväksynnän ja kunnioituksen tiimissä. Sairaanhoitajien työssä viihtyvyyttä lisää työn haasteellisuus ja mahdollisuus kehittää työtä. Tiimin koolla on myös merkitystä tiimin toimivuuden kannalta. Yhteistyö on toimivampaa pienissä tiimeissä verrattuna isompiin tiimeihin, joissa tiimin yhteen kokoaminen on vaikeampaa. Pienet tiimit ovat joustavampia ja toteuttavat päätökset paremmin verrattuna isompiin tiimeihin. (Silén-Lipponen 2005, 54, 59–60.)

3.3 Perioperatiivinen sairaanhoitaja

Käsite perioperatiivinen sairaanhoitaja koostuu kolmesta erilaisesta hoitajan työroolista. Työkierron toteutuessa perioperatiivinen sairaanhoitaja toimisi näissä kaikissa kolmessa roolissa. Opinnäytetyössämme olemme halunneet selvittää hoitajien halukkuutta osallistua työkiertoon leikkaus- ja anestesiaosastojen välillä, jolloin sairaanhoitajan vastuu- ja osaamisalueet laajenisivat. Seuraavassa esiteltä perioperatiivisen sairaanhoitajan roolit tarkemmin.

3.3.1 Valvova sairaanhoitaja

Valvova sairaanhoitaja toimii leikkaussalissa niin sanottuna yleismiehenä ja hänen toimenkuvaansa kuuluu koko työryhmän toiminnan edistäminen. Hän vastaa leikkaussalin toiminnan joustavasta etenemisestä. Ennen toimenpidettä valvova sairaanhoitaja varaa leikkaukseen tarvittavan hoitovälineistön, kuten leikkausasennon laittoon tarvittavat välineet. Valvova sairaanhoitaja varaa leikkausalueen desinfektiota varten tarvittavat desinfektioaineet ja pesutarvikkeet sekä suorittaa ihon desinfektion. Leikkauspuolen sairaanhoitajat vuorottelevat instrumentoivan ja valvovan sairaanhoitajan rooleissa. (Korte ym. 1996, 20; Lukkari ym. 2007, 180, 291–292.) Valvova sairaanhoitaja on siirtämässä potilasta leikkaussaliin, avustaa anes-

tesiairyhmää induktion aikana ja valmistelee potilaan ihon leikkausta varten. (Fairchild 1996, 243.)

Vaativissa ja vaikeissa leikkauksissa korostuvat valvovan sairaanhoitajan kokemus ja päätöksentekokyky. Valvova sairaanhoitaja noutaa salista ja sen ulkopuolelta tarvittaessa välineitä anestesia- ja leikkausryhmälle. Hän voi myös opastaa instrumentoivaa sairaanhoitajaa esimerkiksi välineiden käytössä ja leikkauksen mukaisien välineiden varaamisessa, laskemisessa sekä kirjaamisessa. Valvova sairaanhoitaja avustaa instrumentoivaa sairaanhoitajaa ja ojentaa tarvittavat välineet steriilisti leikkausalueelle. Hän säätää laitteet, kuten esimerkiksi diatermian ja leikkauksimuun kirurgin sekä muun leikkausryhmän toiveiden mukaisesti sekä säätää tarvittaessa leikkausvaloa. Hän tiedottaa anestesia-ryhmälle esimerkiksi leikkauksivuodon ja virtsamäärän. Valvova sairaanhoitaja antaa tiedon myös käytetyistä aineista ja tarvikkeista. Hänen tehtäviin kuuluu leikkauksen aikaisten tapahtumien kirjaaminen leikkaushoitotyön lomakkeelle. (Korte ym. 1996, 20; Lukkari ym. 2007, 348.)

Tarvittaessa valvova sairaanhoitaja huolehtii eri näytteiden mukaiset säilytysastiat, avustaa näytteiden pakkaamisessa, kirjoittaa lähetteen lääkärin ohjeiden mukaan ja huolehtii näytteiden eteenpäin lähtemisestä. Valvova sairaanhoitaja huolehtii potilaan leikkauksiasennon säilyttämisestä ja varmistaa, ettei potilas altistu vammoille. Asentoa vaihdettaessa hän varmistaa potilaan turvallisuuden yhdessä salin muun hoitoryhmän kanssa. Valvova sairaanhoitaja huolehtii laitteiden turvallisesta asennuksesta ja siitä, että ne toimivat oikein leikkauksen ajan. Tärkeänä tehtävänä on myös tarkkailla aseptiikan toteutumista koko toimenpiteen ajan sekä huolehtia salin toiminnasta, esimerkiksi huomioimalla ettei leikkaussalissa ole liikaa väkeä. (Lukkari ym. 2007, 348–349.)

3.3.2 Instrumentoiva sairaanhoitaja

Instrumentoivan sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu steriiliteetistä ja aseptiikasta huolehtiminen koko leikkauksen ajan. Toimenpidettä varten instrumentoiva sairaanhoi-

taja suorittaa kirurgisen käsien desinfection ja pukeutuu steriiliin leikkausasuun sekä avustaa kirurgia pukeutumaan steriiliksi. Lisäksi hän luo steriilin alueen leikkausalueen peittelyllä. Instrumentoiva sairaanhoitaja valmistelee steriilit instrumenttipöydät ja varmistaa instrumenttien steriiliyden sekä tarkistaa niiden kunnon ja määrän. Leikkausympäristön, instrumenttien tai välineiden kontaminoituessa tulee steriliteetti palauttaa. Instrumentoivan sairaanhoitajan tulee osata ennakoida aseptisia riskejä. Työtehtäviin kuuluu leikkauksen ja toimenpiteen etenemisen seuraaminen ja instrumentoiminen. Hoitajan tulee huolehtia steriilistä alueesta koko leikkauksen ajan. (Lukkari ym. 2007, 296–297, 334; Fairchild 1996, 243.)

Instrumentoiva sairaanhoitaja avustaa leikkauksessa kirurgia ojentamalla instrumentteja leikkauksen kulun mukaisesti. Leikkauksen kuluessa tulee arvioida lisävälineistön tarve ja oma toiminta tulee sovittaa optimaalisesti kirurgin toiminnan tukemiseksi. Instrumentoiva sairaanhoitaja avustaa kirurgia leikkauksessa esimerkiksi ylläpitämällä näkyvyyttä erilaisilla apuvälineillä, kuten leikkausimulla. (Lukkari ym. 2007, 334.) Instrumentoivan sairaanhoitajan tulee myös hallita anatomian rakenteita antaessaan ja valitessaan instrumentteja kirurgin käyttöön. Esimerkiksi leikkaushaavaa tehtäessä ja sulkiessa instrumentoivan sairaanhoitajan tulee tietää sopiva instrumentit ja ommelaineet käsiteltäessä kehon eri kudoksia. (Fairchild 1996, 327.)

Leikkauksen aikana instrumentoiva sairaanhoitaja huolehtii potilaan turvallisuudesta asennon muutoksien ajan ja huolehtii ettei potilaalle aiheudu vaaraa itse leikkausasennosta tai leikkauksien aikana tehtävistä toimenpiteistä. Instrumentoiva sairaanhoitaja ja valvova sairaanhoitaja tiedottavat toisilleen, kirurgille ja anestesiarhmälle hoidosta aiheutuneista ja hoitoon vaikuttavista tekijöistä. Leikkauksen jälkeen instrumentoiva sairaanhoitaja yhdessä valvovan sairaanhoitajan kanssa huolehtii käytettyjen välineiden asianmukaisesta huollosta ja huolehtii jätteiden asianmukaisesta käsittelystä. (Lukkari ym. 2007, 334.)

3.3.3 Anestesiahoitaja

Anestesiahoitaja toimii perioperatiivisen hoitoryhmän jäsenenä ja on anestesiahoitajan työpari. Hän arvioi preoperatiivista tietoa potilaasta ja vastaa toimenpidettä edeltävistä anestesia-avalmisteluista. Anestesiahoitaja avustaa anestesiahoitajaa anestesian eri vaiheissa, esimerkiksi induktiossa. Toimenpiteen aikana anestesiahoitajan tulee ylläpitää suunniteltua anestesiaa sekä itsenäisesti että yhteistyössä anestesiahoitajan kanssa. Työtehtäviin kuuluu potilaan anestesiaa varten tarvittavat hoitovalmistelut, potilaan tarkkailu ja hoitaminen anestesian ajan sekä kirjaaminen ja tiedottaminen potilaan hoidosta. Anestesiahoitaja tarkkailee ja hoitaa potilasta leikkauksen jälkeen, kirjaa potilaan hoidon, toteuttaa potilaan siirron jatkopaikkaan ja vastaa siirron yhteydessä tiedotuksesta hoitovastuun siirtyessä. (Korte ym. 1996, 20; Lukkari ym. 2007, 304.)

Anestesiahoitotyön periaatteena on, että jokaiselle leikkaukseen tulevalle potilaalle on nimetty anestesiahoitaja, joka ei jätä potilasta ilman valvontaa. Anestesiahoitajat toteuttavat potilaan nestehoitoa ja lääkehoitoa sekä ylläpitävät anestesiaa siten, että anestesiahoitaja on kuitenkin aina hoitajan tavoitettavissa. Anestesian aikana keskeistä on vitaalielintoimintojen turvaaminen ja leikkauksesta aiheutuvien riskien sekä poikkeavien elintoimintojen tunnistaminen. Anestesiahoitajan tulee tehdä havaintoja sekä potilaasta että valvontalaitteista ja kirjata tekemänsä havainnot anestesia-avakkeeseen. Leikkauksen aikana hoitajan tulee tiedostaa poikkeavat tilanteet, jolloin anestesiahoitajaa tulee tiedottaa tilanteesta ja ilmoittaa lääkärille milloin hänen läsnäolonsa salissa on välttämätön. (Lukkari ym. 2007, 305–306.)

Valvontayksikössä eli heräämössä työskentelevä henkilöstö on pääsääntöisesti sairaanhoitajia. Nykyisen suuntauksen mukaan sairaanhoitajat on perehdytetty ja koulutettu perioperatiiviseen toimintaan, postoperatiiviseen valvontaan sekä kivunhoitoon. Perioperatiivinen sairaanhoitaja voi työskennellä vakituisesti valvontayksikössä mutta tavallista kuitenkin on, että sairaanhoitajat vuorottelevat tietyin vä-

liajoin valvontayksikössä ja leikkaussalissa. Heräämössä tapahtuu leikkauksen ja anestesian jälkeinen välitön hoito sekä tarkkailu. Tavoitteena on potilaan elintoimintojen palauttaminen anestesiaa ja leikkausta edeltäneelle tasolle. Hoidossa korostuvat potilaan levon mahdollistaminen ja yksilöllisen toipumisen edistäminen. Yhteistyö intraoperatiivisen hoitotiimin kanssa korostuu, jotta potilaiden joustava ja jatkuva hoito mahdollistuisi. Perioperatiivisen sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu heräämössä muun muassa vitaalielintoimintojen tarkkailu, kivunhallinta, pahoinvoinnin hoito, potilaan ohjaaminen sekä leikkaukseen ja anestesiaan liittyvien komplikaatioiden ymmärtäminen. Heräämössä tapahtuu yleensä myös preoperatiivista hoitoa, kuten anestesiavalmisteluja. (Lukkari ym. 2007, 359–363.)

Perioperatiivisen sairaanhoitajan työn tavoitteena on varmistaa potilaan hoidon toteutuminen huomioiden yksilöllisesti hänen tarpeensa. Perioperatiivista sairaanhoitajaa on kuvattu muun muassa vastuulliseksi, ammattitaitoiseksi, joustavaksi, organisaatiokykyiseksi ja itsenäiseksi työssään. Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuvat sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot, tiimityö, moniammatillinen yhteistyö, tietojen päivittäminen, vahva teoreettinen tieto ja kädentaidot, suuri vastuu ja tarkkuus sekä työn monipuolisuus. Asiantuntijuuden säilyttämiseksi perioperatiivisen sairaanhoitajan tulee kehittää ammatillista osaamistaan. Laajenevat työtehtävät vaativat jatkuvaa ammattitaidon kehittämistä. Työkierto ja kehitysryhmissä työskenteleminen kehittävät ammatillista osaamista. (Lukkari ym. 2007, 11, 27–30.)

3.4 Ammatillisuus

Sairaanhoitajan ammatti on yksi terveydenhuollon ammateista ja sairaanhoitajana voi toimia vain henkilö, jolle rekisteröintioikeudet omaava viranomainen on myöntänyt ammatinharjoittamisoikeuden. Tästä on säädetty laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/94.) Sairaanhoitajaliiton mukaan sairaanhoitaja on henkilö, joka on suorittanut hoitotyön harjoittamiseksi edellytettävän sairaanhoitajatutkinnon (Peltari 1997, 47).

Sairaanhoitajan tärkein ammatillinen ominaisuus on kyky arvostaa omaa ammattiaan ja tekemäänsä työtään. Tämä tarkoittaa sitä, että sairaanhoitaja suhtautuu positiivisesti omaan työhönsä, hänellä on korkea työmoraali ja työmotivaatio. Sairaanhoitajalla tulee olla hyvät ja monipuoliset auttamistaidot, joita ovat muun muassa taito kuunnella, tukea ja lohduttaa potilasta. Sairaanhoitajalla on kyky hyvään vuorovaikutukseen ja taito olla aidosti läsnä. Ammattitaitoisella sairaanhoitajalla on taito suunnitelmallisuuteen, joka pitää sisällään esimerkiksi potilaan hoidon, oman työn sekä työyhteisön toiminnan suunnittelun. Terveystieteiden alalla on monia erityisaloja, joissa kussakin tarvitaan tietynlaista asiantuntijuutta. Tämä vaatii sairaanhoitajalta erityisalan tiedonhallintaa ja tiedon soveltamiskykyä. Opetus ja ohjaus sisältyvät lähes kaikkeen potilaan hoitoon. Jotta potilas saa tarvitsemansa tiedon, tulee sairaanhoitajalla olla hyvät ohjaamis- ja opettamisvalmiudet. Hoitajan tulee huomioida potilaan yksilöllisyys ja tapa oppia. Kollegiaalisuus hoitotyössä on välttämättömyys, se edesauttaa yhdessä toteutettavaa hoitotyötä. (Hildén 2002, 54–58.)

Terveystieteiden muuttuessa ja kehittyessä jatkuvasti, tulee sairaanhoitajalla olla sopeutumiskykyä ja kehittämistaitoja. Hoitotyö muokkautuu erilaisten muutosten kautta jatkuvasti. Hoitotyöntekijät joutuvat tarvittaessa reagoimaan muutosten vaatimiin haasteisiin, esimerkiksi muuttamalla hoitokäytäntöjä ja lisäämällä muutosten edellyttämää erityisosaamista. Ammattitaitoinen sairaanhoitaja suhtautuu muutoksiin positiivisesti, joka näkyy joustavuutena sekä sitoutumisena sovittuihin uusiin käytäntöihin ja kokeiluihin. (Hildén 2002, 29, 55.)

Koulutuksen kautta saatu vahva ja laaja hoitotyön tietopohja antaa valmiuksia hoitotyöntekijöille ylläpitää sekä kehittää omaa ammatillista osaamistaan koulutuksen jälkeen työelämässä. Koulutus antaa monipuoliset valmiudet toimia erilaisissa työtilanteissa ja kyvyn uuden tiedon hankkimiseen selviytyäkseen jatkossakin erilaisista tilanteista hoitotyössä. Koulutuksen kautta saatu tiedonhankinnan kyky, jonka avulla hoitaja osaa etsiä tietoa itsenäisesti ja monista eri kanavista, antaa hoitajalle kyvyn hankkia uutta tietoa sekä uusia innovaatioita. Tätä kautta hoitajan kyky kehit-

tää hoitotyötä kasvaa. Sairaanhoitajan ammatillinen koulutus kasvattaa itsearviointitaitoa. Tämän taidon avulla hoitaja tunnistaa itsessään niin vahvat kuin heikotkin osaamisalueet. Etenkin heikot osaamisalueet on hyvä oppia tunnistamaan, jotta hoitaja panostaisi näiden osaamisalueiden parantamiseen. Koulutuksen tulee vastata työelämän tarpeisiin. (Hildén 2002, 31, 44–45.)

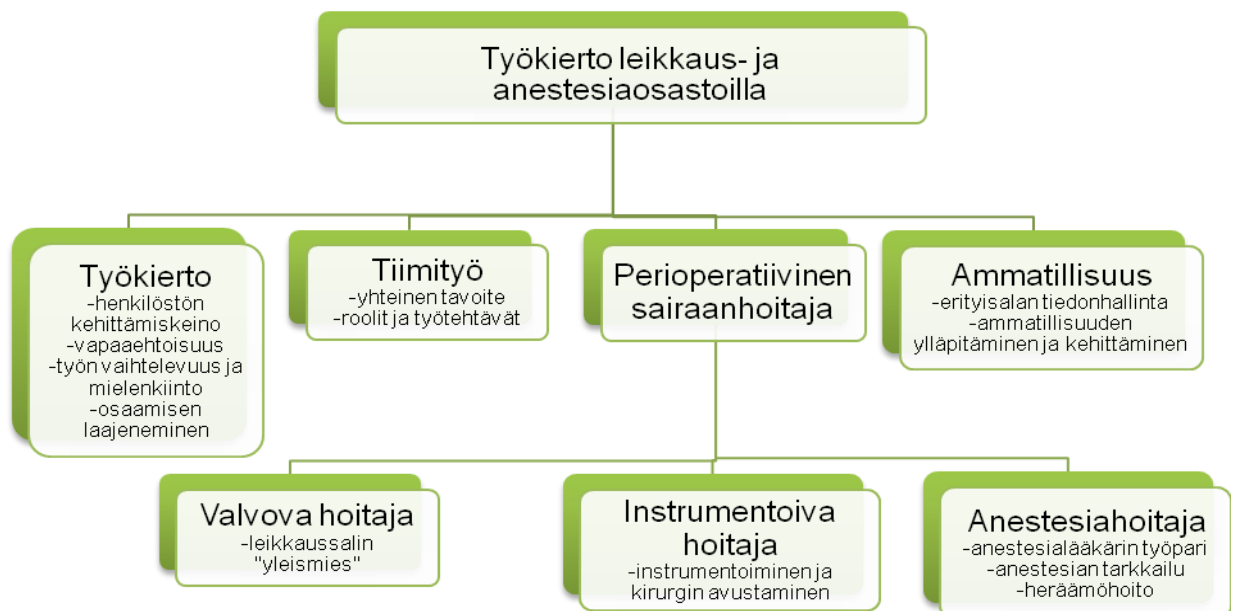
Työelämässä koetaan, että ammattikorkeakoulusta valmistuu sairaanhoitajia, joilla on hyvät ja laajat teoreettiset tiedot sekä hyvät valmiudet kehittämistyöhön. Sairaanhoitajat hallitsevat tiedonhaun. Koulutuksen myötä sairaanhoitajat saavat vahvan ammatillisen itsetunnon ja sitä kautta he osaavat suhtautua myös kriittisesti työhönsä. Negatiiviseksi koetaan vähäiset käytännöntaidot. Kädentaitojen puuttumisen vuoksi aikaa kuluu työhön perehdyttämiseen. Työelämä toivoisi, että käytäntö tuotaisiin lähemmäksi opiskelijoita ja harjoittelua lisättäisiin. (Hildén 1999, 65–66.)

Hoitotyö on muuttunut itsenäisemmäksi ja sitä kautta hoitajan vastuullisuus korostuu. Sairaanhoitajan työ edellyttää itsenäistä päätöksentekoa ja ongelmien itsenäistä ratkaisua. Hoitaja joutuu ottamaan vastuun omasta toiminnastaan. Hoitaja ei ole vain muiden käskyjen toteuttaja, vaan itsenäisesti toimiva oman alan asiantuntija, joka on vastuullinen työstään. Sairaanhoitaja on siis vastuussa omasta hoitotyöstään mutta myös yhteisöllinen vastuuntunto on erityisen tärkeää. (Peltari 1997, 61; Hildén 2002, 24, 55.) Potilas- ja asiakaslähtöisyys on lisääntynyt. Suunnittelun, kehittämisen ja yhteistyön tarve on kasvanut. Hoitotyöntekijät ovat itse vastuussa omasta ammattitaidostaan ja oman ammatillisen osaamisensa kehittämisestä. (Hildén 2002, 29–30.) Työkierron myötä ammatillisuus voisi kehittyä ja monipuolistua ja olemmekin halunneet nostaa sen yhdeksi opinnäytetyömme keskeisistä käsitteistä.

3.5 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Opinnäytetyömme teoriaosuus pohjautuu tutkimusongelmiin ja niissä korostuviin keskeisiin käsitteisiin: työkierto, perioperatiivinen sairaanhoitaja, tiimityö ja ammatillisuus. Työkierto on yksi henkilöstön kehittämiskeino, jonka avulla voidaan laajentaa työntekijän osaamisalueita ja näin ollen helpottaa muun muassa työntekijän siirtymistä työtehtävästä toiseen. Työkierron avulla voidaan myös lisätä työn mielenkiintoa ja vaihtelevuutta. Työkierron tulisi pohjautua työntekijän vapaaehtoisuuteen ja mielenkiintoon työkiertoa kohtaan.

Opinnäytetyömme kohteena ovat leikkaussalin perioperatiiviset sairaanhoitajat. Tämän vuoksi olemme halunneet tuoda esiin tarkemmin perioperatiivisen sairaanhoitajan erilaiset roolit leikkaussalissa, koska työkierron lähdeettäessä työntekijän olisi omaksuttava kaikki roolit osaksi toimenkuvaansa. Leikkaussalissa korostuu myös tiimien ja tiimityön merkitys. Tiimit muodostuvat eri rooleista, kuten perioperatiivisen sairaanhoitajan kolmesta eri roolista ja työtehtävästä. Tiimillä on yhteinen tavoite, leikkaussalin tiimillä leikkauksen onnistuminen. Työkierron myötä tiimien toimivuus voisi muuttua ja mahdollisesti helpottua. Työkierrolla on vaikutusta myös ammatillisuuteen, esimerkiksi osaamisalueiden laajentumiseen. Työkierto voidaan nähdä muun muassa työntekijän haluna kehittää omaa ammatillisuuttaan ja se voi lisätä erityisalan tiedonhallintaa. Teoreettiset lähtökohdat tiivistettynä alapuolella (kuvio 2).



KUVIO 2. Teoreettiset lähtökohdat

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen tavoitteena on selvittää asioiden välisiä syy-seuraus suhteita. Tutkimuksessa on siis oletuksena, että jokin taustalla oleva tekijä johtaa yleistettävästi tietynlaisiin seurauksiin. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä perustuu deduktiiviseen prosessiin eli se etenee yleisestä yksityiskohtaiseen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 25.) Määrälliselle tutkimukselle on keskeistä johtopäätösten teko aiemmista tutkimuksista ja teorioista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 137). Määrällinen tutkimus selittää ilmiöitä ja tutkittavissa asioissa esiintyviä muutoksia numeraalisesti eli tavoitteena on numeroiden avulla kuvailla tutkittavaa asiaa, asian muutosta tai sen vaikutusta toiseen asiaan (Heikkilä 2004, 16; Vilkkä 2007, 181). Määrällisellä tutkimuksella voidaan joko selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa asioita, ominaisuuksia tai ilmiöitä (Vilkkä 2007, 19, 175).

Kvantitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat tiedon strukturointi, mittaaminen, tiedon esittäminen numeroina, tutkimuksen objektiivisuus ja vastaajien suuri lukumäärä. Määrällisessä tutkimuksessa tutkittavat asiat muutetaan rakenteellisesti, eli operationalisoidaan. Tällä tarkoitetaan teoreettisten ja käsitteellisten asioiden muuttamista arkikieliseen muotoon. Strukturoinnilla tarkoitetaan tutkittavan asian vakioimista eli esimerkiksi kyselylomakkeen kysymykset muotoillaan sellaiseen muotoon, että jokainen vastaaja ymmärtää ne samoin. (Vilkkä 2007, 13–15.) Määrällisessä tutkimuksessa mittaamista on kaikki missä tehdään eroja havaintoyksiköiden välille ja annetaan tutkimusyksiköille symboleja eroja havainnollistamaan (Heikkilä 2004, 183). Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä tietoa käsitellään numeerisesti eli tutkimuksen tuloksia kuvaillaan numeroiden avulla. Numeerinen tieto avataan ja selvitetään myös sanallisesti. Tutkimuksen objektiivisuuteen vaikuttaa tutkijan ja tutkittavan etäinen suhde. Suuren vastaajamäärän vuoksi yksittäinen vastaaja ei pysty omalla persoonallisuudellaan vaikuttamaan tutkijaan. (Vilkkä

2007, 14–16.) Objektiivisen tutkimuksen tulokset eivät ole tutkijan harhaa tai hänen omia näkökulmiaan (Soininen 1995, 122).

Kvantitatiivinen menetelmä valikoitui opinnäytetyömme tutkimustavaksi opinnäytetyömme aiheen takia. Koimme, että saisimme aiheestamme kattavimmat tulokset kvantitatiivisella menetelmällä. Myös tutkimuksen kohteena oleva sairaanhoitajien suuri lukumäärä vaikutti valintaamme, sillä halusimme antaa kaikille osastojen sairaanhoitajille mahdollisuuden tuoda oma mielipiteensä esiin. Otokoko olisi ollut liian suuri kvalitatiiviseen työhön.

4.2 Kyselylomake

Käytämme opinnäytetyössämme tiedonkeruumenetelmänä kyselylomaketta, joka on survey-tutkimuksen yksi keskeisiä menetelmiä. Survey-tutkimus tarkoittaa, että kysely on standardoitu eli vakioitu. Vakioiminen tarkoittaa, että kaikilta vastaajilta kysytään samat kysymykset täysin samalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 1997, 189; Vilkkä 2007, 73.)

Kyselylomakkeen etuna on, että vastaaja jää tuntemattomaksi. Tällöin on mahdollista tutkia myös hyvin henkilökohtaisia asioita. Kyselylomakkeen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Kun kyselylomake on tehty huolella, se on tehokas ja aikaa säästävä menetelmä. Kyselyn ongelmana voi olla, että vastauslomakkeet palautuvat hitaasti tutkijalle ja vastausprosentti voi jäädä alhaiseksi. Kyselylomakkeen saatekirje tulee tästä syystä tehdä huolella, koska sen perusteella vastaaja joko motivoituu vastaamaan kyselyyn tai hylkää koko lomakkeen. Kyselylomake kannattaa testata etukäteen, muutama testaaja riittää. Hyvä testaaja on tutkimuksen kohderyhmään kuuluva. (Hirsjärvi ym. 1997, 191, 200; Vehkalahti 2008, 48.)

Heikkilän (2004) mukaan hyvän tutkimuslomakkeen tunnusmerkkejä ovat selkeys, siisteys ja houkutteleva ulkonäkö. Kysymykset on hyvin aseteltu ja yhdessä kysymyksessä kysytään vain yhtä asiaa. Kysymykset etenevät loogisesti ja ne on nu-

meroitu juoksevasti. Samaa aihetta käsittelevät kysymykset on ryhmitelty kokonaisuuksiksi. Kyselylomakkeen alkuun tulisi laittaa helppoja kysymyksiä. Lomakkeen vastaus- ja palautusohjeet ovat selkeät ja yksiselitteiset. Lomake ei ole liian pitkä ja se saa vastaajan tuntemaan vastaamisen tärkeäksi. (Heikkilä 2004, 48–49.) Kyselylomakkeen laadinnassa selvyys on tärkeintä, monimerkityksisiä sanoja, kuten usein tai tavallisesti, tulisi välttää. Spesifiset kysymykset ovat parempia kuin yleiset kysymykset, koska yleiseen kysymykseen sisältyy enemmän tulkinnan mahdollisuuksia. Lyhyet kysymykset ovat parempia kuin pitkät, koska lyhyt kysymys on helpommin ymmärrettävä. On hyvä antaa valittavaksi myös vaihtoehto ”ei mielipidettä”, koska on havaittu, että ihmiset vastaavat vaikka heillä ei olisikaan käsitystä asiasta ja tämä vääristää tutkimustulosta. Kysymysten määrä ja järjestys tulee olla tarkkaan harkittu. Perusohjeena voidaan pitää sitä, että yleiset kysymykset sijoitetaan lomakkeen alkuun ja spesifiset loppuun. (Hirsjärvi ym. 1997, 198–199.)

Kyselylomakkeemme (liite 2, s.64) sisältää 17 kysymystä, joista kaksi kysymystä on avointa ja viisitoista kysymystä on suljettua. Kahteen suljettuun kysymykseen on annettu mahdollisuus perustella omaa vastausta. Kyselylomakkeemme kysymykset ovat muotoutuneet opinnäytetyömme tutkimusongelmien pohjalta. Ensimmäisillä kuudella kysymyksellä halusimme selvittää vastaajan taustatietoja. Mielestämme vastaajan taustatietoja oli hyvä kysyä, koska henkilön työtaustalla saattaa olla vaikutusta esimerkiksi halukkuuteen tehdä työkiertoa. Kyselylomakkeen loput kysymykset liittyvät opinnäytetyömme aiheeseen eli työkiertoon. Kysymykset 7–10 käsittelevät työkiertoa ja siihen osallistumista. Tiimityötä ja työkierron mahdollista vaikutusta siihen käsitelimme kysymyksissä 13–14. Kysymyksillä 15 ja 16 halusimme selvittää henkilökunnan näkemyksiä mahdollisen työkierron vaikutuksista heidän ammattitaitoonsa. Avoimilla kysymyksillä 11 ja 12 halusimme saada esille henkilökunnan mielipiteitä mahdollisen työkiertojakson pituudesta ja toistosta.

Muokkasimme kyselylomaketta muutamaa otteeseen saadun palautteen perusteella. Ohjaava opettajamme antoi ensimmäiset korjausehdotukset, joiden pohjalta paransimme kyselylomakettamme. Tämän jälkeen lähetimme lomakkeen työelämän yhteyshenkilöllemme. Hän yhdessä osastonhoitajien kanssa analysoi loma-

ketta ja antoi palautetta korjattavista kohdista. Muutimme kyselylomaketta haluttuun suuntaan. Näiden korjausten jälkeen testasimme lomaketta vielä toisen sairaalan leikkaussalin henkilökunnalla. Testaukseen osallistui muutama instrumentti- ja valvova hoitaja. Otimme huomioon myös heidän näkemyksensä lomaketta kehittäessämme. Prosessin jälkeen annoimme kyselylomakkeemme uudelleen ohjaavalle opettajallemme ja yhteyshenkilöllemme sairaalaan ja he hyväksyivät lomakkeen.

Veimme valmiin kyselylomakkeen työelämän yhteyshenkilöllemme ja hän jakoi lomakkeet osastojen sairaanhoitajille osastotunneilla. Liitimme kyselylomakkeeseen myös saatekirjeen (liite 1, s.63), jossa esittelemme opinnäytetyömme aiheen, itsemme ja kyselylomakkeen tarkoituksen. Opinnäytetyömme kohteena olevalla osastolla työskentelee yhteensä 103 sairaanhoitajaa ja lomake jaettiin heille kaikille. Annoimme hoitajille vastausaikaa kuukauden, jonka jälkeen haimme itse lomakkeet takaisin. Kyselyyn oli vastannut 60 hoitajaa. 5 kappaletta lomakkeista jouduimme hylkäämään puutteellisten vastausten vuoksi. Lopullinen hyväksytyjen kyselylomakkeiden määrä opinnäytetyössämme on 55 kappaletta eli vastausprosentiksi tuli 53 %.

4.3 Tutkimusaineiston käsittely

Määrällisessä tutkimuksessa aineiston käsittelyllä tarkoitetaan sitä, että lomakkeilla saatu tieto tarkistetaan ja syötetään sekä tallennetaan tietokoneelle muotoon, jota voidaan tutkia numeerisesti käyttäen apuna tilasto-ohjelmia. Tutkimusaineistoa käydään läpi joko vaiheittain eli sitä mukaa kun lomakkeita palautuu tai sitten aineiston läpikäyminen aloitetaan vasta, kun lomakkeen palauttamisen määräaika on umpeutunut. Tutkija tarkistaa lomakkeiden tiedot ja vastausten laadun sekä poistaa tarvittaessa virheellisesti täytetyt lomakkeet. (Vilkkä 2007, 106.)

Lomakkeet saattavat sisältää puuttuvia havaintoja, joka ei tarkoita, että lomake olisi täytetty virheellisesti, vaan vastaaja on vain jostain syystä jättänyt vastaamatta ky-

symykseen tai vastannut epäselvästi. Tutkijan tulee tässä kohtaa miettiä miten hän käsittelee puuttuvat havainnot. Yksinkertaisin tapa on poistaa kaikki lomakkeet, joissa on missä tahansa kohtaa puutteellisia tietoja. Tästä seuraa tosin otoskoon pieneneminen ja jo valmiiksi pienessä otoskoossa tällainen ei olekaan mahdollista mutta suurissa otoksissa sitä voi harkita. Tutkijan tulee kuitenkin varmistaa myös, ettei poistaminen vääristä tulosta. (Vilkkä 2007, 108–109.)

Kun kyselylomakkeessa on ollut vaihtoehto "En osaa sanoa", tulee tutkijan miettiä otetaanko tämä luokka analyysiin mukaan vai jätetäänkö se kokonaan pois. "En osaa sanoa" voi merkitä hyvin monenlaisia asioita, esimerkiksi henkilöllä ei ole asiaa koskevaa tietoa tai hän ei ole ymmärtänyt kysymystä. Kun henkilöllä ei ole ollut tietoa asiasta, on vastausvaihtoehto syytä ottaa mukaan analyysiin. Jos taas henkilö ei vain ole ymmärtänyt kysymystä, ei vastaus silloin mittaa oikeaa asiaa eikä vastausvaihtoehtoa kannata ottaa mukaan analyysiin. Vaikeus on vain siinä, että analysointi vaiheessa tutkijan voi olla vaikea tietää miksi vastaaja on vastannut "En osaa sanoa". Tällöin tutkijan tuleekin käydä tällaiset vastaukset huolella läpi ja päättää tapauskohtaisesti ottaako "En osaa sanoa" vastauksen mukaan analyysiin. (Vilkkä 2007, 109.)

Aineiston käsittely alkaa sillä, että kyselylomakkeet numeroidaan. Tämä varmistaa sen, että tutkija voi tarkistaa yksittäisestä havaintoyksiköstä tallentamiaan tietoja. Kun lomakkeet on numeroitu, tulee lomakkeiden tiedot kirjata ja tallentaa taulukkoon. Taulukkoa, johon tiedot syötetään, kutsutaan havaintomatriisiksi, joka tarkoittaa samaa kuin tutkimusaineisto. Havaintomatriisi sisältää vaaka- ja pystysarakkeet. Vaakariville sijoitetaan yhden vastaajan kaikkien muuttujien tiedot, joita ovat siis tutkittavat asiat, lomakkeen kysymykset. Pystysarake puolestaan sisältää yhtä kysymystä koskevat tiedot kaikilta vastaajilta. (Vilkkä 2007, 111.)

Tietojen syöttämisessä voi helposti tulla virheitä ja siksi tutkijan onkin oltava tässä vaiheessa erittäin huolellinen. Aineisto tulee aina tarkistaa ennen analysoinnin aloittamista. Tarkistus tarkoittaa sitä, että tutkija käy läpi uudelleen jokaisen lomakkeen tietojen syöttäminen havaintomatriisiin. Muuttujien arvot ja nimet tulee myös

tarkistaa. Aineiston tarkistamisella vähennetään aineistossa olevia virheitä ja sitä kautta parannetaan aineiston laatua ja tutkimustulosten tarkkuutta ja oikeellisuutta. (Vilkkä 2007, 117.)

Aloitimme omien kyselylomakkeidemme käsittelyn, kun olimme hakeneet kaikki lomakkeemme takaisin leikkaus- ja anestesiasosastolta. Saimme takaisin 60 kyselylomaketta 103 lomakkeesta, eli 43 kyselylomaketta oli jäänyt vastaamatta. Kävimme läpi kaikki 60 lomaketta ja tarkistimme miten niihin oli vastattu. Viisi lomaketta päätimme poistaa puuttuvien havaintojen vuoksi. Otsokokomme säilyi poiston jälkeen vielä riittävänä opinnäytetyömme laatua ajatellen. Pohdimme myös miten käsittelemme kohdat "En osaa sanoa". Päätimme ottaa tällaisetkin vastaukset mukaan, koska olimme kyselylomaketta laatiessamme tarkkaan miettineet, että on parempi antaa vastaajalle vaihtoehto "En osaa sanoa", kuin pakottaa vastaaja vastaamaan kysymykseen johon hänellä ei ole mielipidettä. Koimme, että se olisi vääristänyt tuloksia. Kysymykset, joissa "En osaa sanoa"- vastaus oli vaihtoehtona, olivat kaikki mielipidekysymyksiä ja siksi arvioimme, että jokaisella vastaajalla, joka on vastannut "En osaa sanoa", on ollut tieto kysyttävästä asiasta. Tätä kautta päätelimme, että nämä vastaukset ovat hyvinkin tärkeitä tulosten kannalta ja ne kannattaa ottaa mukaan analyysivaiheeseen.

Seuraavassa vaiheessa numeroimme kyselylomakkeet, jotta voimme tarvittaessa tarkistaa havaintomatriisiin tallentamiamme tietoja. Numeroinnin jälkeen syötimme kyselylomakkeista tiedot havaintomatriisiksi käyttämällä SPSS-tilastointi-ohjelmaa. Tiedot syötimme havainto kerrallaan eli syötimme yhdelle riville yhdeltä kyselylomakkeelta peräisin olleet tiedot. Näin saimme tiedot syötettyä varmimmin oikein ilman virheitä.

4.4 Tutkimustulosten esittäminen

Määrälliset tulokset esitetään aina numeerisessa muodossa. Tulosten hahmottamista helpottaa jos ne esitetään graafisesti taulukoin ja kuvioin. Pelkkä graafinen ja numeerinen esitystapa ei riitä esittämään saatuja tutkimustuloksia. Tulosten avaaminen tekstin avulla lisää taulukoiden ja kuvioiden ymmärtämistä. Tekstin avulla tutkija pystyy suuntaamaan lukijan huomion tärkeisiin taulukoissa tai kuvioissa esitettyihin tuloksiin. (Nummenmaa 2006, 70–71.)

Tutkimustulokset avataan tekstillä, joka havainnollistetaan lisäksi kuviona. Kuvion avulla tutkijan on helppo antaa hyvä yleiskuva arvojen jakautumisesta otoksessa. Opinnäytetyömme sisältää pylväsdiagrammeja ja piirakkakuvion. Pylväsdiagrammilla esitetään havaintojen määrää (Vilkkä 2007, 138–139). Pylväät ovat selvästi erillään toisistaan kuviossa, koska tällaisella kuviolla kuvataan luokkia, jotka ovat selkeästi toisistaan riippumattomia. Pylväiden korkeuserot kuvaavat havaintojen määrää. Yhdellä pylväsdiagrammilla on mahdollista esittää useiden muuttujien jakaumia. Piirakkakuvion avulla pystytään havainnollistamaan, mikä on suhteellinen osuus kullakin muuttujalla suhteessa koko aineistoon. Yhdellä piirakkakuviolla voi esittää vain yhden muuttujan jakaumat. (Nummenmaa 2006, 71–72.)

Omassa opinnäytetyössämme lähdimme käsittelemään kyselylomakkeemme avoimia kysymyksiä kirjoittamalla ensin jokaisen vastauksen ylös. Kirjoitimme vastaukset juuri siinä muodossa, kuin kysymykseen vastaaja oli kirjoittanut. Emme lähteneet siis muuttamaan tekstin muotoa. Tämän jälkeen ryhmittelimme vastauksia niiden samankaltaisuuden ja yleisyyden mukaan. Ryhmittelyn jälkeen teimme oman analyysimme vastauksista ja päätimme mitkä vastaukset otamme tulosten esittämiskappaleeseen mukaan esimerkeiksi. Esimerkit valitsimme kuvaamaan kyselyyn osallistuneiden yleisimpiä vastauksia. Kirjoitimme avoimista vastauksista tekemämme tiivistelmät tulokset-kappaleeseen.

5 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS

5.1 Luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa käytetään validiteetti- ja reliabiliteettikäsitteitä, jotka molemmat tarkoittavat luotettavuutta. Validiteetti tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä eli tutkitaan oikeita asioita tutkimusongelman kannalta. Reliabiliteetti tarkoittaa mittausten pysyvyyttä, eli toistettaessa tutkimus saadaan samat tulokset. Mittarin reliabiliteetti voi olla korkea, mutta mittari on kuitenkin väärä. Reliabiliteetti ei siis takaa validiteettia. Validiteetti yleensä takaa reliabiliteetin, eli jos mittari on validi, on sen reliabiliteetti myös kunnossa. (Kananen 2008, 79, 81.)

Mittari on validi jos se mittaa sitä mitä sen pitääkin mitata. Validius voidaan varmistaa käyttämällä oikeaa tutkimusmenetelmää, oikeaa mittaria ja mittaamalla oikeita asioita. Validiteetti koostuu monista osista, kuten esimerkiksi sisäisestä ja ulkoisesta validiteetista. Sisäinen validiteetti tarkoittaa oikeaa syy-seuraus-suhdetta. Ulkoinen validiteetti liittyy saatujen tulosten yleistettävyyteen. Yksi validiteetin osa on sisältövaliditeetti, joka tarkoittaa sitä, että saadut tutkimustulokset ovat seurausta käytetyistä muuttujista. Mittari, sen osat ja rakenne tulee määritellä tarkasti. Mittarin tulee olla johdettu teoriasta ja tavoitteena on, että se mittaa juuri oikeaa asiaa. Kriteerivaliditeetti, yksi validiteetin osista, tarkastelee vastaavien tutkimusten tuloksia. Jos ne antavat samat tulokset on tutkimuksen kriteerivaliditeetti hyvä. (Kananen 2008, 81–82.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen ja aineiston keruun suhteen sekä tulosten luotettavuutena. Toisaalta tutkimuksen tulosten luotettavuus riippuu tutkimuksessa käytettyjen mittareiden luotettavuudesta. Mittarin luotettavuus on ensiarvoisen tärkeää, sillä se on kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeimpiä asioita. Mittarin tulee rajata tutkittava käsite. Sen tulee myös kuvata

tutkittavaa asiaa oikein. Esitutkimus, esimerkiksi kyselylomakkeen testaus, on tärkeä vaihe tutkimuksessa. Sen avulla tutkija voi varmistaa, että mittari on toimiva, looginen, ymmärrettävä ja helposti käytettävä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206–207.)

Mielestämme opinnäytetyömme on validi. Valitsimme opinnäytetyömme tutkimusmenetelmäksi kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän työmme aiheesta johtuen. Koimme, että määrällinen tutkimusmenetelmä antaa meille kattavimmat tulokset. Myös tutkittavien suuri lukumäärä vaikutti valintaamme. Työmme tulokset ovat seurausta suoraan kyselylomakkeessamme käytetyistä muuttujista. Kyselylomakkeemme on tarkkaan rakennettu ja sen kaikki osat ja koko kokonaisuus on huolella pohdittu sekä moneen kertaan testattu. Olemme myös varmistaneet opinnäytetyömme kohteena olevalta sairaalan yhteistyöhenkilöltä, että kyselylomakkeemme täyttää tarvittavat kriteerit heidän osaltaan. Muita aiemmin tehtyjä tutkimuksia tarkasteltuamme tulimme siihen tulokseen, että saimme samankaltaisia tuloksia kuin aiemminkin samasta aiheesta on saatu. Tämä lisää työmme luotettavuutta.

Reliabiliteetti tarkoittaa, että käytetty mittari tuottaa samat tulokset eri mittauskerroilla ja saadut tulokset eivät johdu sattumasta. Reliabiliteetti jakautuu kahteen osatekijään, stabiliteettiin ja konsistenssiin. Stabiliteetti mittaa mittarin pysyvyyttä ajassa ja sitä voidaan nostaa suorittamalla mittauksia ajallisesti peräkkäin. Opinnäytetyössä ei voida kiinnittää huomiota stabiliteetikysymykseen, sillä uusintamittaukset harvoin ovat ajallisesti ja taloudellisesti mahdollisia. Konsistenssi tarkoittaa yhteneväisyyttä. Sillä tarkoitetaan sitä, että mittarin osatekijät mittaavat samaa asiaa. (Kananen 2008, 79–80.)

Opinnäytetyössämme on vaikea todistaa sen reliabiliteettia, koska emme voi ajallisesti emmekä taloudellisesti lähteä suorittamaan uusintamittauksia. Näin ollen emme voi tarkistaa saisimmeko me tuottamallamme kyselylomakkeella uudella kyselykierroksella samat tulokset kuin nyt saimme. Toisaalta kyselylomakettamme voidaan käyttää tulevaisuudessa uudelleen jos opinnäytetyömme kohteena oleva

sairaala haluaa tutkia hoitajien mielipiteitä työkierrosta myöhemmin uudelleen. Voimme todeta, että saamamme tulokset eivät johdu sattumasta. Tulokset ovat ihmisten mielipiteitä opinnäytetyömme aiheesta eivätkä mielipiteet ole sattumaa. Voimme myös todeta, että kyselylomakkeemme kaikki osa-alueet liittyvät tavalla tai toisella samaan asiaan, eli työmme aiheeseen ja näin konsistenssi eli yhteneväisyys toteutuu.

Tutkimuksen reliaabelius ja validius muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Kokonaisluotettavuutta voidaan parantaa monin seikoin tutkimusprosessin aikana. Tärkeintä on tutkia sitä mitä alun perinkin piti tutkia. Tutkimuksen kohde tulee valita huolella. Valitaan kohderyhmään ja tutkittavaan asiaan sopiva aineiston keräämisen tapa. Analyysimenetelmän tulee olla sellainen, jolla saadaan merkittävää tietoa tutkittavasta asiasta. Mittauksessa on oltava mukana kaikki tarvittava tieto ja mitattavat asiat tulee olla määriteltä selkeästi ja yksiselitteisesti. Kysymysten tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä sekä konkreettisia. Lomake tulee olla testattu ja korjattu. Tietojen syöttö analysointivaiheessa tulee tehdä huolellisesti ja se tarkistetaan ennen tallennusta. Koko prosessi tulee siis toteuttaa huolellisesti ja rehellisesti. Myös saadut kommentit ja väliarvioinnit ovat tärkeitä ja niiden avulla kokonaisluotettavuutta on helppo kasvattaa. Toisaalta kokonaisluotettavuutta vähentäviä tekijöitä ovat systemaattiset virheet ja satunnaisvirheet. Systemaattinen virhe voi johtua vastaajien valehtelusta, kaunistelusta tai vähättelystä. Tällainen johtaa tuloksia harhaan. Satunnaisvirheet, kuten vastaajan muistivirhe, heikentävät myös tutkimuksen luotettavuutta ja tarkkuutta. (Vilkkä 2007, 152–153.)

Olemme koko työmme teon ajan pysyneet aiheessamme ja tutkineet juuri sitä mitä meidän on pitänytkin tutkia eli työkiertoa anestesia- ja leikkausosaston välillä. Kohderyhmäksi muodostui automaattisesti näiden kahden osaston sairaanhoitajat, koska heidän mielipidettään aiheeseen halutaan selvittää. Tuloksia voidaan tältä osin pitää luotettavana, sillä kyse on tutkittavien työstä ja he ovat asiantuntijoita siinä. Koska kohderyhmä oli niin suuri koimme, että ainoa oikea ja luotettava analyysimenetelmä on kvantitatiivinen. Syötimme tiedot tietokoneelle yhdessä vähen-

tääksemme mahdollisia virhesyöttöjä. Ennen tietojen lopullista tallentamista tarkistimme tiedoston vielä kerran. Vastaajien rehellisyydestä emme tietenkään voi olla täysin varmoja. Vastaustilanteeseen emme myöskään ole pystyneet vaikuttamaan, esimerkiksi onko kysymyksiin vastattu yksin vai ryhmissä, jolloin muiden vastaajien mielipiteet ovat voineet vaikuttaa kysymysten vastauksiin. Tämä heikentää opinäytetyömme tuloksien luotettavuutta. Toisaalta luotamme siihen, että koska kyse on vastaajien työstä ja mahdollisista muutoksista siihen ja sitä kautta heidän elämänsä, he luultavasti haluavat vastata kyselyyn mahdollisimman rehellisesti.

5.2 Eettisyys

Hyvä tieteellinen käytäntö on, että tutkimuksen kohdehenkilöt säilyvät tuntemattomina. Tämä vakuutetaan tutkittaville saatekirjeessä. Tutkittaville kerrotaan tutkimuksen luottamuksellisuudesta ja tämän lupauksen on pidettävä koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimusraporttiin voi kirjoittaa vain sellaisia asioita, jotka eivät riko lupautusta tietojen luottamuksellisuudesta, vaitiololupauksesta ja salassapitovelvollisuudesta. Määrällisessä tutkimuksessa tuloksia ei kirjata yksilöittäin, joten tunnistamisriskiä ei ole. Sen sijaan tärkeämmäksi etiikan kannalta muodostuukin kirjoittamistapa. Tutkimuseettisesti tunnistamista olennaisempaa saattaakin olla, mitä tutkittavista kirjoitetaan. Tutkijan tulee välttää tutkimustulosten esittämisessä ilmaisutapoja, jotka ovat tutkimuskohdetta loukkaavia, epäkunnioittavia, yksipuolisia, tirkisteleviä tai halventavia. (Vilkkä 2007, 164.)

Pohdittaessa tutkimuksen eettisiä kysymyksiä on otettava huomioon muutamia seikkoja. Eettisesti oikeanlainen tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. Tutkimuksesta saatavaa hyötyä on verrattava siitä aiheutuvaan haittaan. Hyödyn on oltava huomattavasti suurempi kuin haitan. Tutkimuksen tulee olla siihen osallistuville vapaaehtoinen ja hänen on mahdollisuus keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa. Tutkimusta varten on saatava myös lupa sen kohteena olevalta taholta. Suomessa lupakäytännöt vaihtelevat sairaaloit-

tain. Tutkijan on otettava selvää organisaation lupakäytännöstä ja varattava aikaa lupien saamiseen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 27–28.)

Lähetimme opinnäytetyömme kohteena oleville tutkittaville kyselylomakkeen mukana saatekirjeen (liite 1, s.63), jossa kerroimme tutkimuksen anonymiteetistä. Lupasimme kohderyhmälle, että he pysyvät tunnistamattomina koko tutkimuksen ajan, alusta loppuun. Tämä mahdollistui sillä, että toimitimme kyselylomakkeet kohteena olevaan sairaalaan työelämän yhteyshenkilöllemme, joka toimitti lomakkeet hoitajille. He saivat myös palauttaa lomakkeet työelämän yhteyshenkilöllemme, joten emme missään vaiheessa itse nähneet kohdehenkilöitä ja tätä kautta heidän tunnistamisensa oli mahdotonta. Tiedot kerättiin nimettömänä. Saatekirjeessä painotettiin myös tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista.

Aloittaessamme opinnäytetyön tekoa, anoimme opinnäytetyömme kohteena olevalta sairaalalta tutkimuslupaa. Tähän anomukseen liitimme kaikki tarvittavat tiedot opinnäytetyöstämme ja sen aiheesta. Ennen luvan saamista emme ole suorittaneet minkäänlaisia kyselyitä kohderyhmälle. Tutkimuksen ajan olemme olleet yhteydessä työelämän yhteyshenkilöömme ja näin pitäneet opinnäytetyömme kohteena olevia henkilöitä ajan tasalla työstämme ja sen etenemisestä.

Tutkimusetiikkaan kuuluu toisen työn kunnioittaminen ja tämä tarkoittaa, että omaa työtä varten käytettäviä lähteitä tulee käyttää asiallisesti. Lähteet tulee merkata huolellisesti omaan työhön ja lähdeviitteitä tulee käyttää asiallisesti omassa tutkimusraportissa. Tutkimusraportissa käytetään lähdeviitteitä ja jokainen käytetty lähde merkitään lähdeluetteloon. Kun käyttää toisen tutkijan työn tuloksia, tulee tulokset selostaa kunnioittavasti eikä tietoa saa vähätellä tai vääristellä. Tutkimusraportissa toisen tutkijan tuloksia ei tule esittää yksipuolisesti, tyypittelevästi tai epäkunnioittavasti. (Vilkkä 2007, 165–166.)

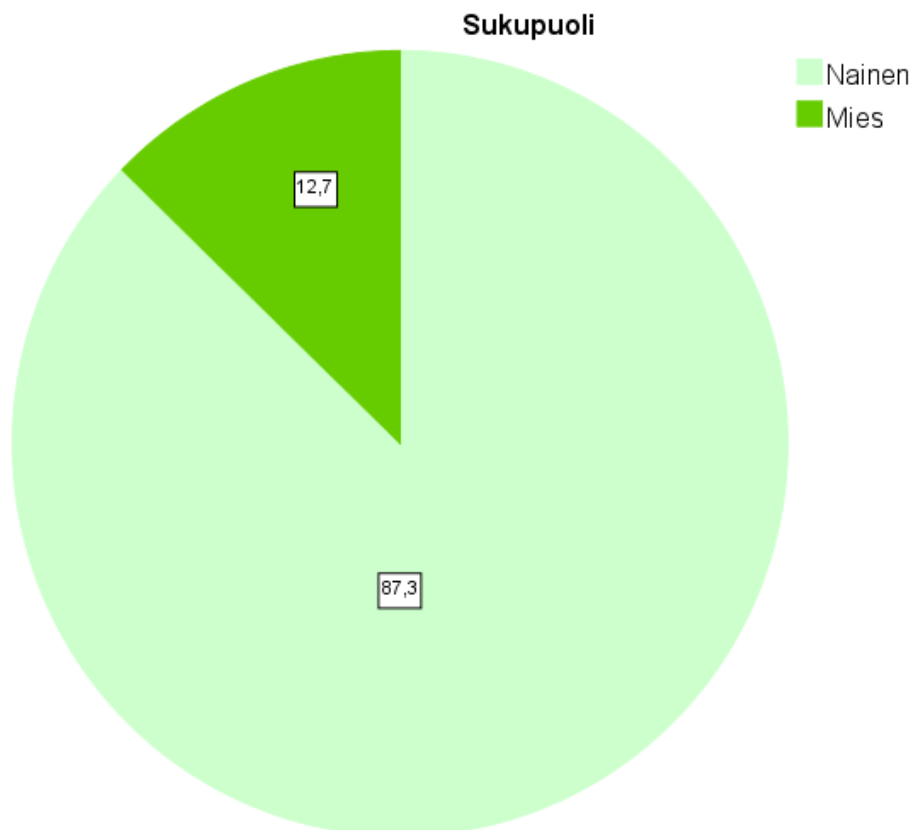
Hyvää eettistä käytäntöä noudattaen olemme merkanneet työssämme käyttämät lähteet huolella ja oikein. Olemme merkinneet koko työn ajan kaikki lähdeviitteet ja täydentäneet koko ajan lähdeluetteloamme. Emme ole käyttäneet toisen tutkijan tekstiä omanamme. Olemme käyttäneet lähteitä asiallisesti ja toisten tekstiä kunnioittavasti. Opinnäytetyössämme emme ole muokanneet tai vääristäneet toisen kirjoittajan tekstiä.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Seuraavassa esittelemme opinnäytetyömme tutkimustulokset. Tulokset olemme jakaneet eri teemojen mukaan, jotka pohjautuvat opinnäytetyömme tutkimusongelmiin. Tulokset on jaettu osioihin: vastaajien taustatiedot, työkierto ja siihen osallistuminen, tiimityö ja työkierron vaikutus siihen, työkierron vaikutus ammattitaitoon sekä vastaajien näkemyksiä työkiertoon tarvittavasta koulutuksesta.

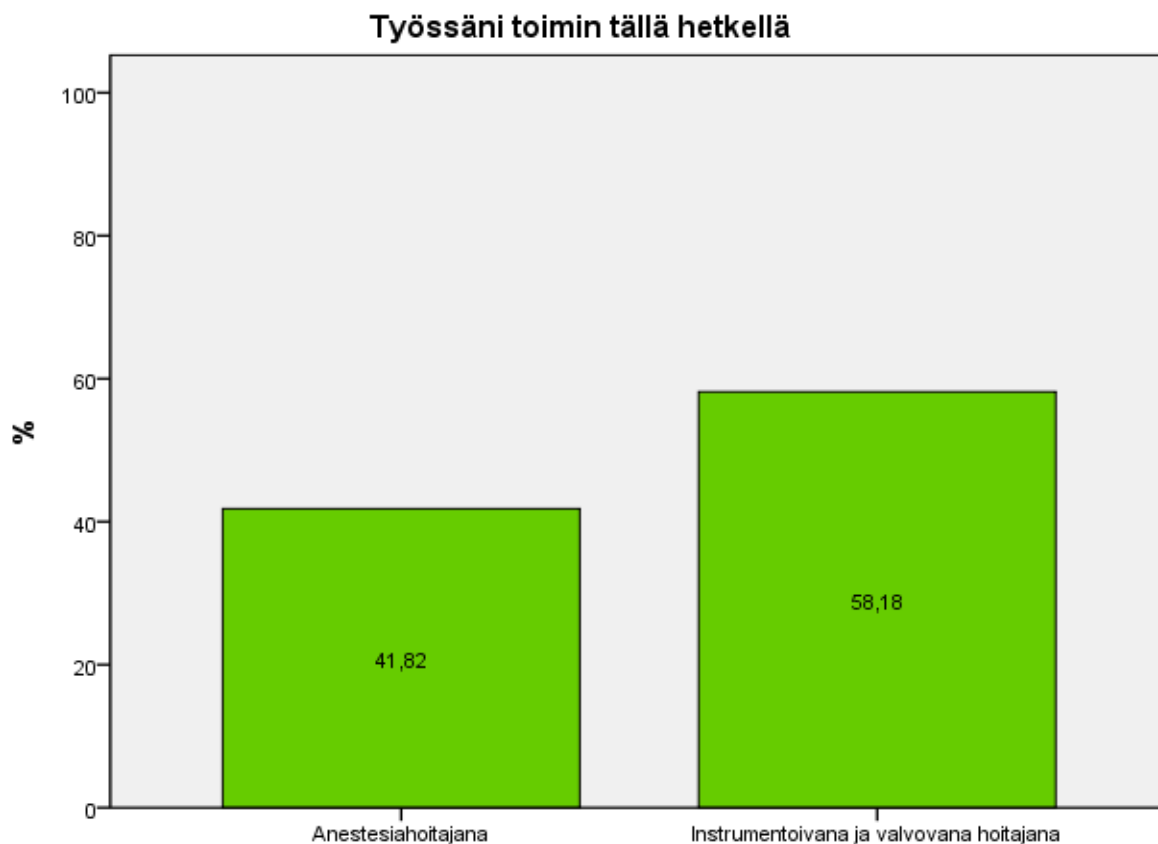
6.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeet jaettiin osastotunneilla perioperatiivisille sairaanhoitajille (N=55). Vastaajista 87,3 % (n=48) oli naisia ja 12,7 % (n=7) miehiä. Kyselyyn vastanneiden sukupuolijakauma graafisesti esitettynä alla olevassa kuviossa (kuvio 3).



KUVIO 3. Vastaajien sukupuoli

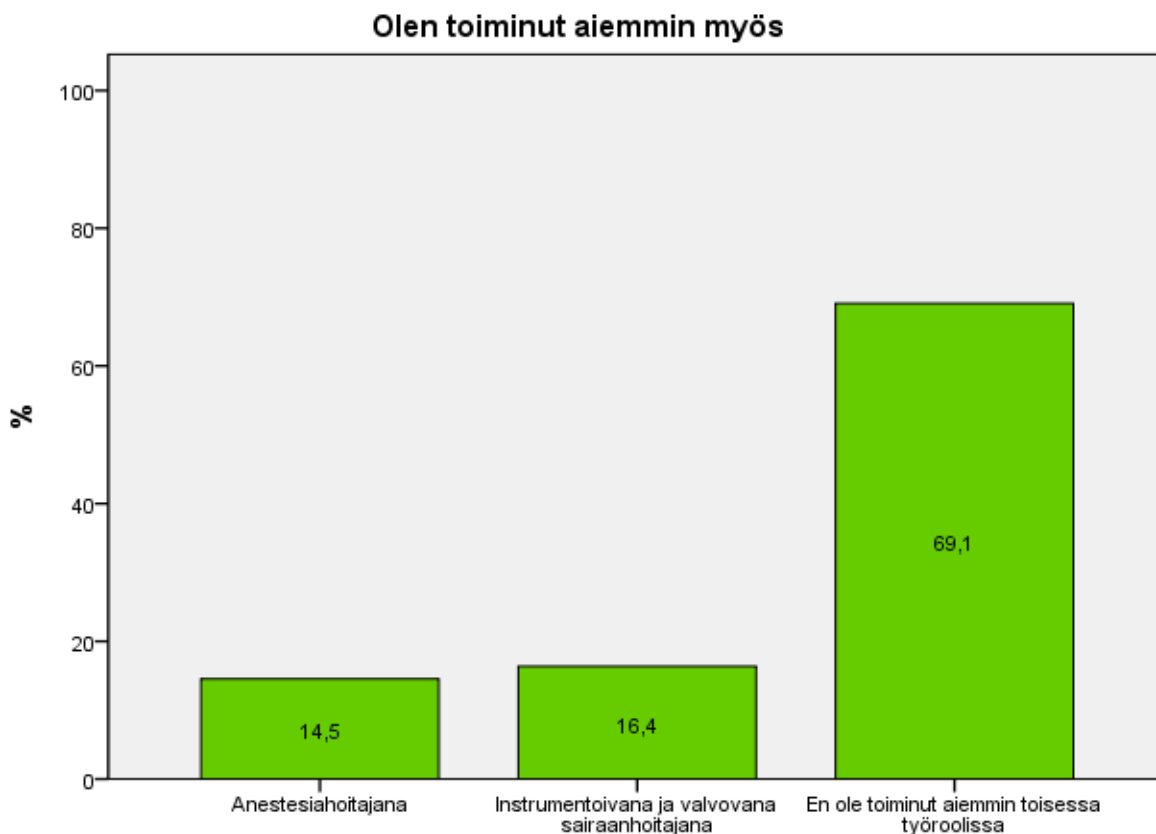
Kysyttäessä vastaajien tämän hetkistä työtä, 41,82 % (n=23) vastasi työskentelevänsä anestesiahoitajana ja 58,18 % (n=32) instrumentoivana ja valvovana sairaanhoitajana. (Kuvio 4).



KUVIO 4. Vastaajien tämänhetkinen työtehtävä.

Kyselylomakkeen avoimella kysymyksellä ”olen työskennellyt tässä työroolissa”, selvitimme vastaajien (N=52) tämän hetkisen työroolissa toimimisen pituutta. Kysymykseen vastanneista 13,46 % (n=7) oli toiminut työssään alle vuoden ja 53,85 % (n=28) 1-5 vuotta. 5-10 vuotta oli työskennellyt 11,54 % (n=6) ja yli 10 vuotta 21,15 % (n=11) vastanneista.

Kyselyyn osallistuneilta kysyttiin myös mahdollista aiempaa työtehtävää. Vastaajista 14,5 % (n=8) oli aiemmin toiminut myös anestesiahoitajana ja 16,4 % (n=9) instrumentoituvana tai valvovana sairaanhoitajana. Vastaajista 69,1 % (n=38) ei ollut aiemmin toiminut toisessa työtehtävässä. (Kuvio 4).

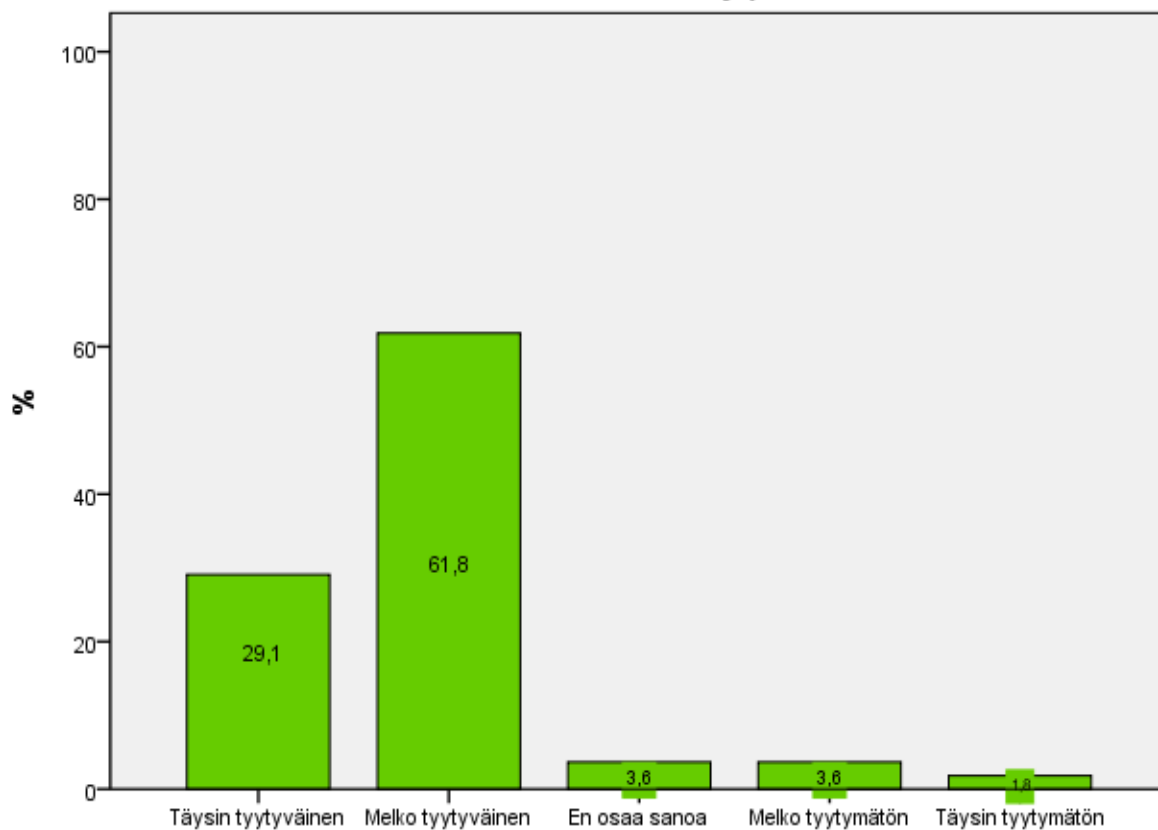


KUVIO 5. Vastaajien aiemmat työtehtävät.

Kyselylomakkeen kysymykseen ”olen toiminut aiemmin myös?”, vastaajilla oli mahdollisuus täydentää avoimeen kysymykseen, kuinka kauan he olivat toimineet kyseisessä työtehtävässä. Kysymykseen vastanneista (N=8) 1-5 alle vuoden oli toiminut 12,5 % (n=1), 1-5 vuotta 62,5 % (n=5) ja 5-10 vuotta 25 % (n=2).

Kyselyyn osallistuneilta kysyttiin myös tyytyväisyyttä tämän hetkiseen työrooliinsa. Kyselyyn vastanneista 29,1 % (n=16) oli täysin tyytyväinen ja 61,8 % (n=34) oli melko tyytyväinen tämän hetkiseen työrooliin. Vastaaajista 3,6 % (n=2) oli melko tyytymättömiä ja 1,8 % (n=1) täysin tyytymättömiä. 3,6 % (n=2) vastaaajista valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Vastaukset esitettynä pylväsdiagrammina alapuolella (kuvio 6).

Oletko tyytyväinen tämän hetkiseen työrooliisi (anestesia-, instrumenttihoitajana tai valvova sairaanhoitaja)?



KUVIO 6. Vastaaajien tyytyväisyys tämän hetkiseen työrooliin.

6.2 Työkierto ja siihen osallistuminen

Vastaajien kiinnostusta tehdä työkiertoa leikkaus- ja anestesiaosaston välillä selvitimme useamman kysymyksen avulla. Kysyttäessä halukkuutta tehdä työkiertoa sekä leikkaus- että anestesiahoitajan työssä, 52,7 % (n=29) vastasi kieltävästi, kun taas halukkaita työkiertoon osallistumaan oli 36,4 % (n=20). 10,9 % (n=6) vastaajista valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Vastaukset esitetty graafisesti seuraavassa kuviossa (kuvio 7).



KUVIO 7. Vastaajien halukkuus tehdä työkiertoa.

Kysymykseen ”Koetko, että sinulla on valmiudet toimia työkierrossa?” 32,7 % (n=18) vastasi myöntävästi ja 56,4 % (n=31) kieltävästi. Kysymykseen 10,9 % (n=6) valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Vastaukset kuviona seuraavassa (kuvio 8).



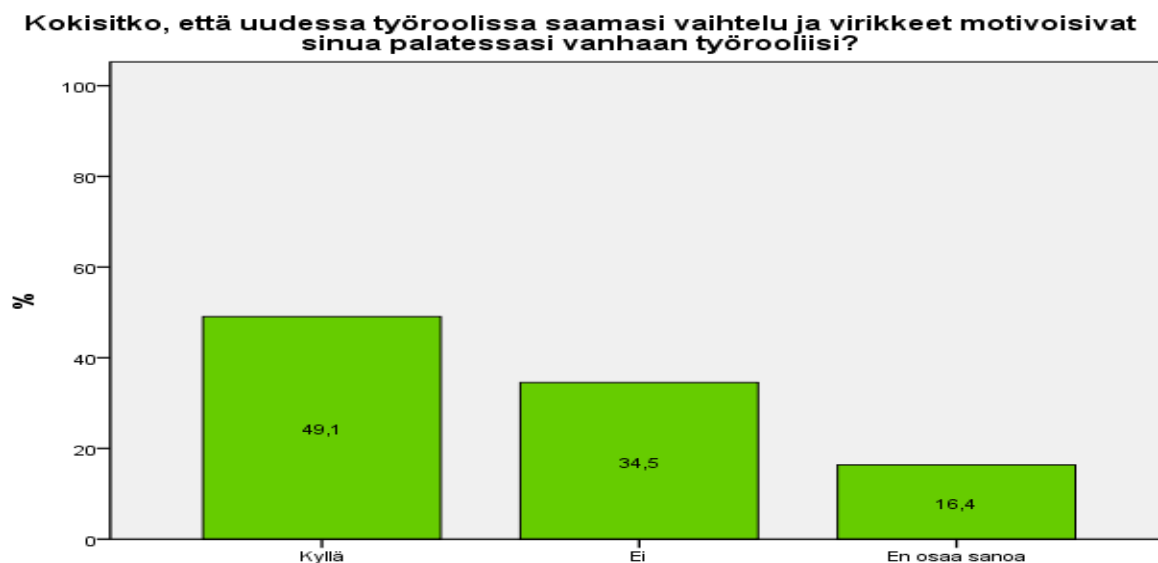
KUVIO 8. Vastaajien kokemus valmiuksista toimia työkierrossa.

Kysymykseen ”Lisäisikö työkierto mielestäsi työn mielekkyyttä?”, vastaajien mielipiteet jakautuivat seuraavasti: työn mielekkyys lisääntyisi työkierron myötä 43,6 % (n=24) mielestä, 40 % (n=22) mielestä työn mielekkyys ei lisääntyisi, 16,4 % (n=9) vastatessa ”en osaa sanoa”. Kuviona sivulla 43 (kuvio 8).



KUVIO 9. Vastaajien mielipide työn mielekkyuden lisääntymisestä työkierron myötä.

Kysyttäessä vastaajien mielipidettä siitä, kokisivatko he työkierrossa saamansa vaihtelun ja virikkeiden motivoivan heitä palatessa vanhaan työrooliin, vastaajista 49,1 % (n=27) vastasi ”kyllä”, 34,5 % (n=19) ”ei” ja 16,4 % (n=9) ”en osaa sanoa”. Vastauksien jakautuminen seuraavassa kuviossa (kuvio 10).



KUVIO 10. Vastaajien kokemus työkierron motivoivasta vaikutuksesta palattaessa vanhaan työhön.

Kyselyyn osallistuneilta kysyttiin avoimella kysymyksellä ”Mielestäni sopiva aika toimia yhdessä työroolissa olisi”, kuinka kauan heistä mahdollisen työroolin tulisi kestää vuosina, kuukausina ja viikkoina ilmaistuna. Vastaaajista (N=34) noin 12 % (n=4) näkisi sopivana työkierron pituutena alle puoli vuotta, puolesta vuodesta vuoteen sopivana koki noin 62 % (n=21), kun taas yhdessä työroolissa toimimisen koki sopivana yli vuoden pituisen jakson noin 26 % (n=9).

Lisäksi heiltä kysyttiin mahdollisen työkierron toistuvuutta kysymyksellä: ”Miten usein mahdollinen työkierto voisi mielestäsi toistua, jotta ammattitaito säilyisi?” Kysymykseen vastasi 32 henkilöä. Toistuvuutta ehdotettiin pääasiassa noin vuoden välein.

”Kerran vuodessa ehkä.”

”1 vuoden välein.”

”4kk/vuosi.”

Osa vastaajista kokisi jatkuvan kierron parhaana:

”Molempien täytyy tehdä säännöllisesti kummallakin puolella, että selviää.”

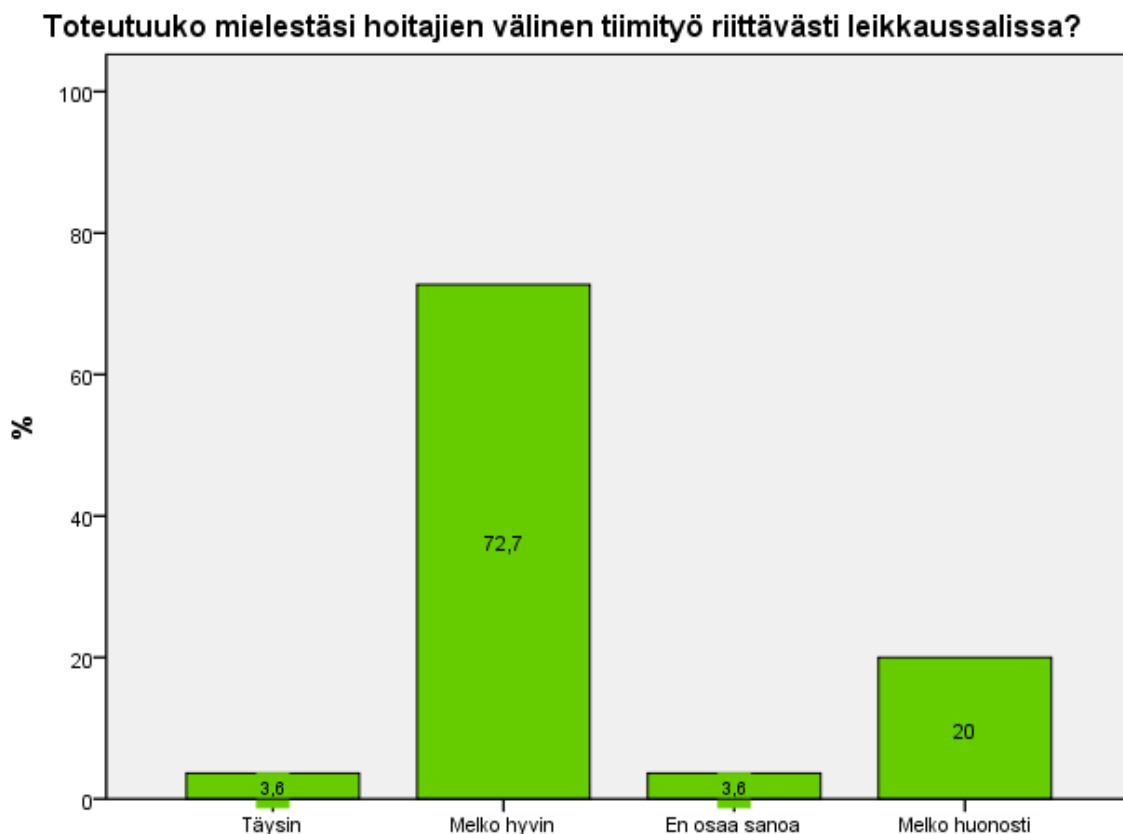
”Ainakin kerran vuodessa esim. 3kk jatkuvassa kierrossa esim. 6kk anestesia ja 6kk instrumenteissa.”

”Jatkuva vaihto”

”Roolien pitäisi vaihdella jatkuvasti ja jaksojen tulisi olla tarpeeksi pitkiä, että ammattitaito säilyy vakaana. Esim. 6kk/6kk.”

6.3 Tiimityö ja työkierron vaikutus siihen

Vastaajista 72,7 % (n=40) koki hoitajien välisen tiimityön toteutuvan leikkaussalissa melko hyvin, kun melko huonosti koki tiimityön toteutuvan 20 % (n=11). Tiimityön tämän hetkisen toimivuuden koki toteutuvan täysin 3,6 % (n=2), samoin kuin ”en osaa sanoa” vaihtoehdon valitsi 3,6 % (n=2). Kukaan vastaajista ei valinnut vaihtoehtoa ”ei toteudu ollenkaan”. Kuvio pylväsdiagrammina seuraavassa kuviossa (kuvio 11).



KUVIO 11. Mielenpitoet tiimityön toteutuvuudesta leikkaussalissa.

Kysymykseen oli liitettyä lisäksi avoin kohta ”perustelut”, johon vastaajat pystyivät perustelemaan antamaansa vastausta. Vastausta perusteli yhteensä 30 hoitajaa. Tiimityön riittävää toteutumista leikkaussalissa kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

”Vaikka tehtävät jaettu, toisia autetaan.”

”Jokaisella on omat roolinsa, apua saa tarvittaessa.”

”Ainakin kokeneempien hoitajien muodostama tiimi, kun jokainen tietää mitä toinen tekee/mistä kukin on vastuussa.”

Tiimityön toteutuvuuden puutteita perusteltiin lähinnä sillä, että tieto toisen puolen tehtävistä oli vähäistä, jolloin avunanto tiimin sisällä vaikeutui. Toimimattomuutta perusteltiin myös tiimin sisäisellä vuorovaikutuksen puutteilla sekä toimimattomilla henkilökemioilla.

”Usein tietämättömyys toisen puolen asioista on esteenä. Usein kuulee ”että ei ole perehdytetty”, kun apua pyytää.”

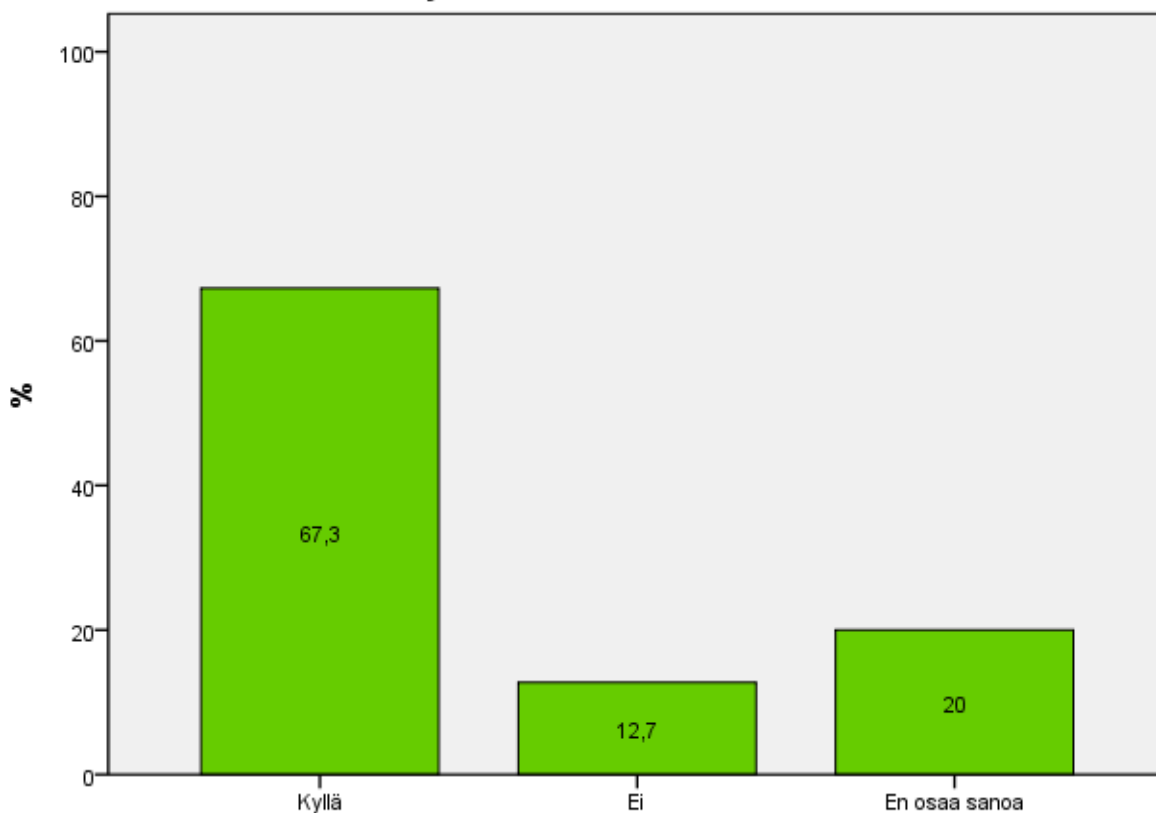
”Aina ei osata huomioida toisen roolia ja työnkuvaa tiimissä, osittain sen takia kun ei välttämättä täysin hahmota toisen tiimin jäsenen työnkuvaa. Tätä työkierto varmasti myös osaltaan vähentäisi.”

”Joskus tiimin jäsenet eivät keskustele tarpeeksi keskenään johtuen eri työtehtävistä, ts. eri asiat koetaan tärkeiksi. Myös eri osastot saattavat joskus painottaa eri asioita ja se näkyy työskentelyssä.”

”Isossa porukassa paljon eri persoonallisuuksia, joten kaikkien kanssa henkilökemiat eivät vain kohtaa.”

Mahdollisen työkierron nähtiin helpottavan leikkaus- ja anestesiaosaston välistä tiimityön toimivuutta 67,3 % (n=37) osalta. 12,7 % (n=7) mielestä työkierto ei helpottaisi tiimityön toimivuutta leikkaussalissa ja 20 % (n=11) ei osannut vastata kysymykseen. Kysymyksen vastaukset esitettynä kuviona seuraavassa (kuvio 12).

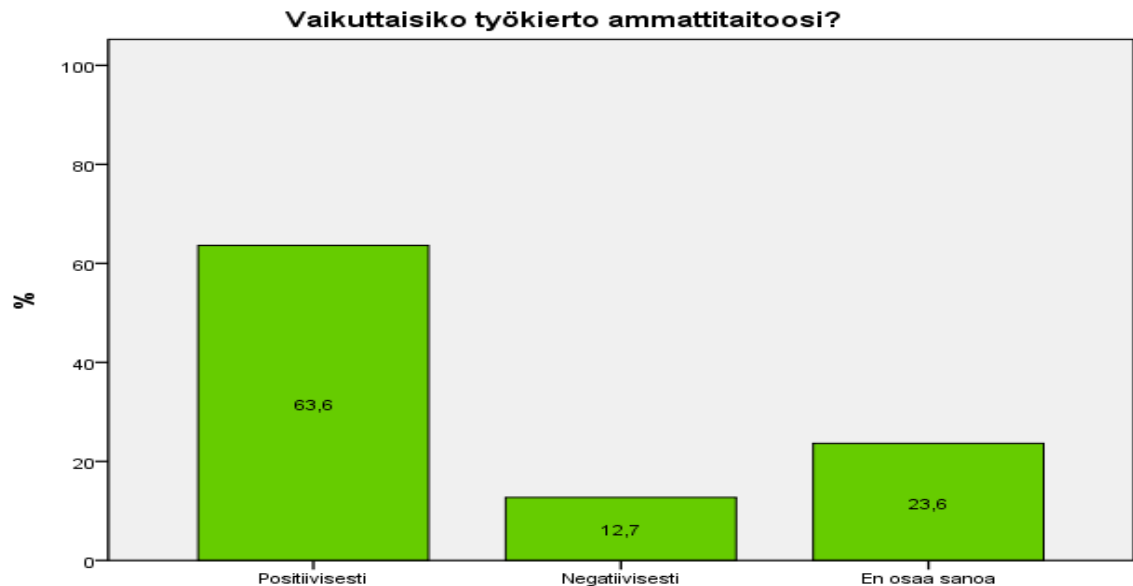
Kokisitko työkierron leikkaus- ja anestesiaosaston välillä helpottavan hoitajien välistä tiimityön toimivuutta leikkaussalissa?



KUVIO 12. Vastaajien kokemus tiimityön toteutuvuuden lisääntymisestä työkierron myötä.

6.4 Työkierron vaikutus ammattitaitoon

Vastaajista 63,6 % (n=35) vastasi työkierron vaikuttavat ammattitaitoonsa positiivisesti, kun negatiivisesti mahdollisen työkierron vaikutuksen koki 12,7 % (n=7). Vaihtoehtoon ”en osaa sanoa” valitsi 23,6 % (n=13) vastaajista. Vastaukset taulukkona seuraavassa kuviossa (kuvio 13).



KUVIO 13. Työkierron vaikutus ammattitaitoon.

Työkierron vaikutusta ammattitaitoon vastaajilla oli lisäksi mahdollisuus perustella vastaustaan vapaasti. Perusteluja tuli yhteensä 31 kappaletta. Positiivisesti työkierron nähtiin vaikuttavan ammattitaitoon ja osaamisen laajenemiseen. Työkierron nähtiin myös lisäävän työn vaihtelevuutta ja mielenkiintoa sekä tehokkuutta.

”Kyllä. Vaihto anestesia- ja instrumenttipuolen kesken voisi lisätä tehokkuutta leikkaussalityöskentelyssä, kun kummatkin puolet voisi auttaa toisiaan.”

”Osaisi arvostaa toisen työtä. Lisäisi mielenkiintoa kun saisi vaihtelua.”

”Sitä kautta tulisi parempi ymmärrys kokonaiskuvasta sekä ammattitaito monipuolistuisi.”

”Parempi ymmärrys potilaan kokonaishoidosta.”

Työkierron negatiivista vaikutusta ammattitaitoon perusteltiin sillä, että työntekijällä tulisi olla mielenkiintoa ja motivaatiota työkiertoa kohtaan, jotta se olisi mielekästä ja ammattitaitoa kehittävää.

”Ne jotka haluavat työkiertoa, varmasti saavat intoa eri tavalla tehdä töitä ja eri lailla ymmärtävät toisen puolen työskentelyä. Oma innostus täytyy olla työkiertoon!”

”Ei kiinnostusta työkiertoon tällä hetkellä.”

*”Leikkaussalissa anestesiahoitajan työ ei kiinnosta. Siinä en tule toimi-
maan.”*

*”Ei tule rutiinia, aina tunne, ettei osaa. Liian suuri alue hallittavaksi, potilas-
turvallisuus kärsii. Riittämättömyyden tunne.”*

Vastaajat myös näkivät osastojen osaamisalueiden laajuuden vaikeuttavan työkie-
ron toteutumista leikkaus- ja anestesiaosaston välillä. Työtehtävien lisääntymisen
myötä koettiin työntekijän asiantuntijuuden kärsivän.

*”Aina voi oppia uutta, mutta leikkurimme potilasmateriaali ja erikoissalat ovat
niin laajat, että se olisi suuri mahdottomuus.”*

*”Koska tehtäväalue on niin laaja, johtaisi työkierto siihen, ettei kukaan osaisi
kunnolla mitään ja etenkin vastualueen asiantuntijahoitajuus vaarantuisi ja
pahimmassa tapauksessa sitä ei olisi lainkaan.”*

*”Toisaalta lisää tietoa toisesta puolesta. Tämä yksikkö on liian iso ja vaativa
työkierron toteuttamiseen. Hallittavaa riittää jo omallakin puolella aivan riittä-
västi. Haluan tehdä/osata työni hyvin, ei sinne päin.”*

*”Tosin meillä laajat erikoissalat ja jatkuvasti uusia laitteita yms. lääkkeitä ja
tapoja, joten niiden kärryillä pysyminen hankaloituisi. Työkiertojen pituuden
valitseminen tarkkaan. Osaamisen määrä ja vaadittava ammattitaito koko
alueella valtava ja sen kaiken omaksuminen vie yksittäiseltä työntekijältä
vuosia.”*

Oman osaamisensa riittäväksi työkiertoon osallistumiseen koki 20 % (n=11), kun taas riittämättömäksi sen koki 69,1 % (n=38). Vastaajista 10,9 % (n=6) valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Tulokset kuviona seuraavana (kuvio 14).



KUVIO 14. Vastaajien arvio oman osaamisen riittävydestä työkiertoon osallistumiseen.

6.5 Vastaajien näkemyksiä työkiertoon tarvittavasta koulutuksesta

Kyselylomakkeen lopussa selvitimme avoimella kysymyksellä hoitajien mielipiteitä työkiertoon tarvittavasta koulutuksesta kysymyksellä: ”Minkälaista koulutusta koki-
sit tarvitsevasi, jotta kykenisit työkiertoon leikkaus- ja anestesiaosaston välillä?”.
Kysymykseen vastasi 43 hoitajaa. Vastauksissa korostettiin riittävän pitkää ja mo-
nipuolista perehdytystä, jotta oma varmuus toimia myös toisessa roolissa lisäänty-
si.

*”Neljän ja puoli vuotta ilman instrumentteja on aiheuttanut totaalisen unoh-
duksen instrumentteihin ja vaatisi puolen vuoden perehdytyksen. Tämä joh-
taisi huomattaviin ansion menetyksiin lisäkorvauksen puuttuessa. Jyrkkä ei
pakolliselle työkierrolle, vapaaehtoiselle kyllä!”*

”Täydellisen perehdytyksen, siis oikean perehdytyksen ja ylläpidon.”

*”Instrumenttiosastolla/puolella olen ollut vain opiskeluaikana, joten koke-
musta ei juuri ole. Pitäisi aloittaa harjoittelu aika alusta ja pitkä perehdytys!”*

”Anestesiapuolta olisi virkistettävä, en ole toiminut anestesiahoitajana.”

*”Kunnon pitkä työpaikkakoulutus = perehdytys instrumenttihoitajan työhön.
Valitettavasti työnkuva meillä on niin laaja mol. osa-alueilla ja hallittavien
asioiden määrä ja muuten vauhti on niin suuri, että työkierto lähes mahdoton
niin, että ammattitaito olisi riittävä.”*

*”Osastomme vaativuus molemmilla sekä instru- että anestesiapuolella eivät
mielestäni salli kovinkaan helposti työkiertoa, koska osaamisalueet molem-
milla puolilla ovat laajat, joten perehdytystä/koulutusta pitäisi olla runsaasti
molemmista puolista.”*

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

Opinnäytetyömme kyselyyn osallistuneista enemmistö oli naisia. Vastaajat jakautuivat melko tasaisesti työnkuvansa mukaan joko anestesiahoitajaksi tai instrumentoivaksi ja valvovaksi sairaanhoitajaksi. Enemmistö vastaajista toimi leikkauspuolella. Suurin osa kyselyyn osallistuneista, yli puolet, oli toiminut työroolissaan 1-5 vuotta. Selvä enemmistö vastaajista ei ollut aiemmin toiminut toisessa työroolissa leikkaussalissa, vaan työkokemusta oli lähinnä vain tämän hetkisestä työroolista. Tämän hetkiseen työrooliin vastaajat olivat joko täysin tai melko tyytyväisiä ja vain pieni vähemmistö oli melko tai täysin tyytymättömiä.

7.2 Työntekijöiden halukkuus työkiertoon

Tämän opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että enemmistö eli hieman yli puolet kyselyyn osallistuneista ei ole halukas pakolliseen työkiertoon anestesia- ja leikkausosaston välillä. Noin joka kolmas olisi halukas toimimaan osastojen välisessä työkierrossa. Vastaajista enemmistö ei myöskään kokenut omia valmiuksiaan riittäväksi toimiakseen työkierrossa, mikä voi osaltaan selittää myös vastaajien vähäistä halukkuutta osallistua työkiertoon. Työkierrolla nähtiin kuitenkin olevan myös positiivisia vaikutuksia työhön. Vastaajien mielipiteet jakautuivat tasaisemmin selvittäessä, lisäisikö työkierto työn mielekkyyttä. Enemmistön mukaan työn mielekkyys lisääntyisi työkierron myötä. Suurin osa vastaajista näkisi myös mahdollisen työkierron myötä saamansa vaihtelun ja virikkeiden motivoivan palatessaan vanhaan työrooliin.

Tutkimustulosten mukaan työkiertoon ei olla halukkaita menemään mutta työkierron nähdään vaikuttavan työhön myös positiivisesti. Selityksenä haluttomuuteen osallistua työkiertoon voi olla esimerkiksi tiedon puute työkierrosta tai kynnys työn-

kuvan muuttumiseen koetaan liian suureksi. Kuten Hongisto (2005) tuo esille, työntekijä saattaa kokea joutuvansa luopumaan turvallisuudesta ja tutuista asioista. Työntekijällä voi olla vääriä odotuksia tulevaisuuden ja oman asemansa suhteen. Tietoa työkierrosta työskentelymuotona tulisikin tiedottaa enemmän työntekijöille ja tuoda esiin esimerkiksi kokemuksia toisista työyksiköistä, joissa työkiertoa toteutetaan. Tärkeää on myös huomioida kokeeko työntekijä joutuvansa vai pääsevänsä työkiertoon. Jos työkierron toteuttaminen on liian vaikeaa ja osallistumishalukkuus siihen heikkoa, voi ammatillisen kehittymisen keinona pohtia muita vaihtoehtoja. Kuten Könönen (2005) tuo tutkimuksessaan esille, voi ammatillisen kehittymisen keinona kokeilla myös esimerkiksi kehityskeskustelua ja jatkokoulutusta.

7.3 Tiimityö ja työkierron vaikutus leikkaussalin tiimityöhön

Opinnäytetyömme tuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajat kokevat tämän hetkisen tiimityön toteutuvan leikkaussalissa melko hyvin. Tätä vastaajat perustelivat muun muassa sillä, että toisia autetaan huolimatta eri rooleista ja tehtävien jakautumisesta. Tiimityö nähtiin myös toimivaksi varsinkin tiimeissä, joissa henkilökunta tunsi ennestään toisensa ja toimintatapansa. Kyselyyn vastanneista selvä vähemmistö koki tiimityön toteutuvan tällä hetkellä leikkaussalissa melko huonosti.

Tiimityön huonoa toimivuutta selitettiin esimerkiksi sillä, ettei tiedetä toisen tehtäviä, jolloin työntekijöiden välinen auttaminen vaikeutuu. Tiimityön melko huonoa toteutumista selitettiin myös muun muassa osaston liian suurella koolla, tehtävien eriytymisellä leikkaus- ja anestesiaryhmän välillä, töissä olevalla kiireellä ja toimimattomilla henkilökemioilla. Myös kommunikoinnin merkitystä korostettiin, koska osa vastaajista koki, että vuorovaikutus osastojen kesken vaikeutui, kun eri asiat koettiin työssä tärkeiksi ja korostettiin eri asioita tiedottamisessa. Silén-Lipposen (2005) tutkimuksessa toimiva tiimi vaatii jatkuvaa ja joustavaa kommunikointia huomioiden kaikki työntekijät. Yhteistyökyky tiimissä kehittyi kokemuksen ja taitojen kehittymisen myötä. Tiimin koolla oli myös merkitystä, koska pienet tiimit olivat esimerkiksi joustavampia verrattuna isoihin tiimeihin.

Mahdollisen työkierron nähtiin myös vaikuttavan leikkaussalin tiimityön toimivuuteen. Selvä enemmistö näkisi työkierron helpottavan hoitajien välistä tiimityötä. Tätä voi osaltaan selittää esimerkiksi se, että työkierron myötä myös muiden tiimin jäsenten työnkuva tulisi tutummaksi ja kynnys auttaa pienentyisi. Tiimin jakautuminen kahteen eri ryhmään, leikkaus- ja anestesiaryhmään, ei olisi niin selvää tai toiminta olisi onnistuessaan joustavampaa näiden kahden ryhmän välillä. Samansuuntaisia tuloksia on saanut myös Könönen (2005) tekemässään tutkimuksessa jo työkierrossa olleille työntekijöille, joiden mielestä työkierron jälkeen avunanto toiseen yksikköön koettiin helpommaksi. Myös Hongiston (2005) tutkimuksessa vastaajat kokivat työkierron helpottaneen kohtaamaan ja ymmärtämään muita ihmisiä. Työkierto lisäsi myös työntekijöiden kykyä toimia muiden ammattiryhmien kanssa.

Tämän opinnäytetyön ja aiempien tutkimustulosten pohjalta käy siis ilmi, että vaikka työntekijät ovatkin pääasiassa tyytyväisiä leikkaussalin tiimin toimivuuteen, myös kehittämisen tarvetta tuotiin esille. Yksi tällainen tiimityöskentelyä kehittävä ja monipuolistava keino voisi olla työkierto. Mahdollisen työkierron kautta vastaajat kokivatkin tiimityön helpottuvan, koska toisen työnkuvan tuntisi paremmin ja tätä kautta ymmärrys toisen työtä kohtaan lisääntyisi ja auttaminen helpottuisi. Työkierron onnistuessa, se voisi helpottaa työskentelyä eri ammattiryhmien kanssa ja parantaa vuorovaikutusta eri tiimin jäsenten välillä.

7.4 Työkierron vaikutus ammattitaitoon

Opinnäytetyömme kautta selvitimme myös työkierron vaikutusta ammattitaitoon. Vastaajista selvästi suurin osa kokisi työkierron vaikuttavan ammattitaitoonsa positiivisesti. Kyselyyn osallistuneet perustelivat vastaustaan esimerkiksi sillä, että työkierron myötä oma ammattitaito laajenisi ja monipuolistuisi sekä työn kokonaiskuva tulisi paremmin tutuksi. Työkierron nähtäisiin tuovan myös vaihtelua ja lisäävän

työn mielenkiintoa. Laajempi osaaminen voisi myös helpottaa työllistymistä jatkossa.

Osan vastaajien mielestä työkierron myötä työnkuva laajenisi liikaa, mikä vaikuttaisi negatiivisesti esimerkiksi omaan osaamiseen ja asiantuntijuuteen. Osastojen suuren koon ja osaamisalueiden laajuuden nähtiin myös olevan merkittävä este työkierron toteuttamiselle ollenkaan. Vastaajat korostivat myös omaa halukkuutta ja kiinnostusta, jotta työkiertoa voitaisiin alkaa toteuttamaan. Kyselyyn osallistuneista selvä enemmistö koki oman osaamisensa tällä hetkellä riittämättömäksi työkiertoon osallistumiseen leikkaus- ja anestesiaosastojen välillä.

Hongisto (2005) tuo tutkimuksessaan esille työkierron positiivisen vaikutuksen esimerkiksi ammattitaidon ja kokemuksen kasvuun. Työkierron koettiin kehittäneen muun muassa päätöksentekotaitoja. Könösenkin (2005) tutkimuksessa työkierto koettiin ammatillisen kehittymisen keinona ja siihen hakeutuminen työntekijän haluna ylläpitää ammattitaitoaan. Vaikka enemmistö vastaajista ei ole halukas osallistumaan työkiertoon, nähdään se työskentelymuotona ammattitaitoa kehittäväenä ja työnkuvaa monipuolistavana tekijänä. Työkierron toteutusta voisi kokeilla osastojen välillä käytännössä tai mahdollisesti ensin osassa leikkaussaleista, jolloin työkierron muodostuisi selkeämpi kuva juuri kyseisillä osastoilla. Jotta työkierron toteuttaminen olisi mahdollista, tulisi työntekijöiden motivointiin ja kiinnostukseen kiinnittää huomioita.

7.5 Työkiertoon perehdyttäminen

Työkiertoon tarvittavasta koulutuksesta vastaajat olivat hyvin yksimielisiä. Perehdytystä haluttiin monipuolisesti ja riittävän pitkään puolelta, jolla työntekijä ei työskennellyt tällä hetkellä. Perehdytykseen haluttiin olevan samanlaista kuin uudelle työntekijälle, eikä esimerkiksi oman työn ohella. Perehdytys nähtiin kuitenkin vaikeaksi toteuttaa käytännössä, koska osastojen työnkuva oli osan vastaajien mielestä liian

laaja, jolloin perehtyminen lyhyessä ajassa ei olisi mahdollista. Työkiertoon osallistumisen vapaaehtoisuutta myös korostettiin tämänkin kysymyksen kohdalla.

Hongiston (2005) tekemässä tutkimuksessa korostuu myös vastaajien näkemys siitä, että työkierron tulee perustua vapaaehtoisuuteen. Työkierto tulisi Hongiston mukaan suunnitella hyvin yhdessä työntekijän, esimiehen ja tulevan työkiertopainkan esimiehen kanssa. Työkierron suunnitelma tulisi myös kirjata ylös. Könösen (2005) tutkimuksessakin käy ilmi, että uudelle työntekijälle eli työkiertoon lähtevälle, tulisi nimetä oma ohjaaja, joka alkuun ohjaisi ja perehdyttäisi häntä. Osa vastaajista koki joutuneensa heti vahvuuteen mukaan ilman riittävää perehdytystä. Könösen tutkimuksessa vastaajien mielipiteet erosivat enemmän koskien työkierron vapaaehtoisuutta, osan mielestä työkierron tuli perustua omaan halukkuuteen kun taas osan mielestä jokaisen olisi pakko lähteä työkiertoon.

Koulutuksen tulisi siis opinnäytetyön tulosten ja aiempien tutkimusten perusteella olla työpaikkakohtaista koulutusta. Perehdytys tulisi suunnitella yksilöllisesti kunkin työntekijän kohdalla erikseen, huomioiden hänen aiempi tieto- ja taitotasonsa. Jokaiselle kiertoon lähtijälle tulisi nimetä oma ohjaaja, joka tukisi ja perehdyttäisi häntä uuteen työtehtävään. Perehdytystä tulisi jatkaa niin kauan kunnes työntekijällä olisi valmiudet toimia yksin ilman ohjaajaansa. Työkierron tavoitteista ja toteuttamisesta tulisi yhdessä työntekijän ja johdon kanssa laatia kirjallinen suunnitelma, mikä voisi selkeyttää toteumista ja lisäksi auttaa osapuolia sitoutumaan työkiertoon. Myös koko työyhteisön suhtautumiseen työkiertoa kohtaan tulee pyrkiä vaikuttamaan positiivisesti, jotta ilmapiiri olisi edullinen. Jokaisen työntekijän tulisi myös osallistua uuden työntekijän perehdyttämiseen, eikä vastuuta jätettäisi vain yhdelle työntekijälle.

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyömme on ollut prosessina pitkä ja haastava mutta samalla myös palkitseva. Olemme pyrkineet prosessin alusta asti työskentelemään työn parissa aktiivisesti, jolloin kiirettä ei ole päässyt syntymään. Näin olemme rauhassa pystyneet keskittymään kuhunkin vaiheeseen kunnolla ja palautteen myötä muokkaamaan opinnäytetyötämme. Prosessin eri vaiheissa olemme saaneet myös tukea ja kannustusta työelämän yhteistyöhenkilöltä, mikä on auttanut meitä eteenpäin. Työelämän yhteistyöhenkilön kanssa tekemämme palaverin myötä saimme esimerkiksi muotoiltua kyselylomaketta toimivammaksi ja heidän käyttöönsä sopivammaksi. Olemme myös saaneet kehitettyä työtä koko prosessin ajan ohjaavalta opettajaltamme saadun palautteen kautta.

Opinnäytetyön teko prosessina ja kyselytutkimuksen teko on ollut meille molemmille uutta, mikä on ollut oma haasteensa. Uskomme, että sen vuoksi olemme oppineetkin paljon tutkimuksen teosta ja jatkossa sen teko on tarvittaessa helpompaa. Opinnäytetyömme prosessia on hankaloittanut se, että asumme eri paikkakunnilla, jolloin työn yhdessä tekeminen on jäänyt vähäisemmäksi. Tämän vuoksi olemmekin jakaneet työskentelyä ja prosessoineet toistemme tuotoksia, jolloin olemme saaneet työstämme yhdenmukaisen. Tämä on vaatinut meiltä joustavuutta ja kykyä työskennellä itsenäisesti sekä taitoa tarkastella työtä kokonaisuutena.

8.2 Kyselylomakkeen toimivuus

Muodostimme kyselylomakkeemme kysymykset opinnäytetyömme tutkimusongelmiin ja teoriaosuuteen pohjautuen. Tällä varmistamme sen, että tutkimme kyselylomakkeemme avulla oikeaa asiaa, eli saamme tietoa juuri oikeasta aiheesta. Testasimme kyselylomakettamme toisen sairaalan perioperatiivisilla hoitajilla varmis-

taaksemme, että lomake on toimiva ja ymmärrettävä sekä helppo ja miellyttävä täyttää. Tällä tavoin halusimme varmistaa mahdollisimman suuren vastausprosentin. Saimme 103 lomakkeesta 60 lomaketta takaisin, joista 5 jouduimme hylkäämään vajaiden vastauksien vuoksi. Vastausprosentiksi tuli siis 55 %. Näiden lukujen perusteella koemme, että saimme tehtyä kyselylomakkeestamme niin sanotusti käyttäjäystävällisen eli helposti täytettävän. Mielestämme osasimme kysyä lomakkeella oikeita asioita oikeilla tavoilla, koska tutkimustulokset vastaavat aiempien tutkimusten tuloksia. Kysyimme mielestämme riittävän monta kysymystä saadaksemme riittävät tutkimustulokset. Toisaalta pyrimme kuitenkin pitämään kysymysten lukumäärän mahdollisimman alhaisena, jotta vastaajien mielenkiinto riittäisi koko kysymyslomakkeeseen, viimeisimpiinkin kysymyksiin. Mielestämme kyselylomakkeemme ulkoasu on siisti ja yksinkertainen.

Jos toteuttaisimme kyselyn nyt uudelleen, tekisimme joitakin asioita toisin. Saadaksemme enemmän sairaanhoitajia vastaamaan kyselylomakkeeseen, olisimme voineet käydä pitämässä osastoilla muutaman informaatiotilaisuuden kyselytutkimuksesta, jolloin vastaajia olisi voinut motivoida vastaamaan lomakkeeseen ja samalla he olisivat voineet halutessaan esittää meille kysymyksiä. Tällöin olisimme myös voineet paremmin kontrolloida sitä, että kukin vastaaja vastaa lomakkeisiin itsenäisesti, eikä lomakkeita täytetä esimerkiksi ryhmissä. Kyselylomakkeeseen olisi vastattu informaatiotilaisuudessa, jolloin kyselylomakkeet olisi palautettu samassa tilanteessa. Tällöin vastaajien aikaa ei olisi kulunut lomakkeen täyttöön esimerkiksi muun työn ohella. Kyselylomakkeen kysymyksiä voisi myös muotoilla toisin, jotta niistä tulisi vastaajan kannalta miellyttävämpiä. Esimerkiksi kysyttäessä mahdollisen työkierron pituutta ja toistuvuutta, voisi kysymykseen antaa valmiit vastausvaihtoehdot. Tällöin kysymyksen vastausten määrä voisi olla isompi. Tulostaisimme kyselylomakkeen sivut myös yksipuoleisena, koska jotkin vastaajat eivät olleet huomanneet kysymyksiä sivun toisella puolella ja tämän vuoksi jouduimme hylkäämään osan vastauksista.

8.3 Opinnäytetyön merkitys hoitotyön käytännölle

Toivomme, että opinnäytetyömme myötä Pirkaanmaan sairaanhoitopiirin johto saa lisää tietoa työkierrosta ja sen soveltamismahdollisuuksista leikkaus- ja anestesia-osastojen välillä. Koska opinnäytetyömme pohjautuu hoitohenkilökunnalle tehtyyn mielipidekyselyyn, tuo se heidän halukkuutensa osallistua työkiertoon näkyvämmäksi ja näin ollen paremmin johdon tarkasteltavaksi. Olemme myös halunneet tuoda esiin hoitohenkilökunnan kokemuksia tiimityön toimivuudesta osastoilla tällä hetkellä ja mahdollisia kehittämis ehdotuksista tiimityön toimivuudesta. Opinnäytetyömme myötä toivomme, että tiimityön toimivuutta voisi kehittää edelleen ja näin lisätä henkilökunnan työtyytyväisyyttä sekä avunantoa eri tiimien välillä, esimerkiksi juuri työkierron kautta.

Opinnäytetyömme tavoitteena on lisätä johdon tietoa siitä, ovatko osastojen sairaanhoitajat halukkaita toimimaan työkierrossa leikkaus- ja anestesiaosaston välillä. Tämän lisäksi toivomme, että myös hoitohenkilökunta hyötyisi opinnäytetyöstämme. Kyselyyn vastanneille kuuluu kiitos siitä, että he perustelivat vastauksiaan hyvin ja monipuolisesti, jolloin saimme omaan työhömme paljon lisää sisältöä ja monipuolisuutta. Vastauksia oli mielenkiintoista lukea läpi kyselylomakkeiden vastauksia prosessoitaessa. Haluamme työmme myötä lisätä työntekijöiden tietoa työkierrosta työskentelymuotona sekä mahdollisesti muuttaa heidän käsityksiään siitä tiedon lisääntymisen myötä. Työmme kautta olemme halunneet tuoda esiin työkierron eri mahdollisuuksia sekä sen kehittämis ehdotuksia. Parhaassa tapauksessa työmme myötä osastoilla aletaan huomioida ja kehittää eri ammatillisen kehittymisen keinoja huomioiden työntekijöiden tarpeet.

8.4 Oma oppiminen

Opinnäytetyön myötä olemme oppineet tekemään kyselytutkimusta ja hahmottamaan tutkimuksen tekoa prosessina. Kvantitatiivinen menetelmä on tullut meille tutummaksi ja ymmärrämme sen keskeisimmät piirteet. Olemme myös tehneet ky-

selylomakkeen ensimmäistä kertaa, jonka myötä olemme oppineet sen vahvuudet ja vaativuuden. Tiedonhaku eri lähteistä on kehittynyt ja suullinen esiintyminen opinnäytetyön seminaarien kautta on saanut lisää varmuutta.

Teoriaosuuden teon myötä oma asiantuntijuus aihetta kohtaan on kasvanut, esimerkiksi työkierto oli meille melko vieras käsite ennen opinnäytetyön aloittamista. Kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin perehtymisen myötä olemme oppineet paljon tästä työskentelymuodosta, niin sen vahvuuksista kuin mahdollisista ongelmistakin. Vahvuutena mainittakoon sen myötä laajeneva ammattitaito, kun työntekijä oppii uusia tapoja ja käytäntöjä uudessa yksikössä. Ongelmana voi nähdä esimerkiksi työkierron aloittamisen, koska siihen vaaditaan vahvaa sitoutumista työntekijältä itseltään, vanhan ja uuden työyksikön esimiehiltä sekä koko työyhteisöltä, jonka täytyy pystyä muun muassa joustavuuteen vastaanottaessaan uutta työntekijää.

8.5 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimuksena voisi tutkia syvemmin ja tarkemmin mistä haluttomuus työkiertoon anestesia- ja leikkausosastojen kesken johtuu. Olisi myös mielenkiintoista tietää miten hoitajien asennetta työkiertoa kohtaan voisi parantaa. Olisiko esimerkiksi muutaman päivä tutustuminen toisen osaston hoitajan tehtäviin mahdollista ja miten se vaikuttaisi hoitajien asenteisiin. Tieto siitä miten asenteita työkiertoa kohtaan saataisiin paranemaan, hyödyttäisi myös anestesia- ja leikkausosastojen johtoa jos he olisivat halukkaita lähteä kehittämään työkiertoa. Tällaista työmuotoa tuskin on järkevä lähteä kehittämään jos työntekijät itse eivät ole motivoituneita ja halukkaita muutokseen. Toisaalta myös tutkimusehdotukseksi voisi nousta tiimityön tutkiminen tarkemmin leikkaussalin henkilökunnan kesken. Toimiiko se ja miten hyvin sekä mitä keinoja olisi tiimityön parantamiseksi. Tutkimus voitaisiin suorittaa myös kvalitatiivisesti haastatteleamalla osaston sairaanhoitajia työkierrosta tai tiimityöstä, jolloin näkemyksiä ja kuvailua voitaisiin syventää. Asiaa voisi tutkia myös siitä näkökulmasta vaikuttaisiko palkkaus mahdollisesti kiinnostukseen työkiertoa kohtaan.

LÄHTEET

- Blixt M-J. & Uusitalo T. 2006. Työkierto hoitotyössä – Esimerkki silmähoitajien osaamisen edistämisestä. Teoksessa Miettinen M., Hopia H., Koponen L. & Wilskman K. (toim.) Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Helsinki: Gummerus, 183–198.
- Fairchild S. 1996. Perioperative Nursing – Principles and Practice. Boston: Little, Brown & co.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Helin, K. 2006. Yhdessä menestymisen taito. Helsinki: Talentum.
- Hildén, R. 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu.
- Hongisto, L. 2005. Työkierron vaikutus osaamiseen ja työhyvinvointiin hoitohenkilökunnan kokemana. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja – talouden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Järvensivu, A. 2007. Työprosessitieto- avain monitaitoisuuteen. Tampere: Tampereen yliopistopaino- Juvenes Print.
- Kananen, J. 2008. Kvantti: Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 1996. Perioperatiivinen hoito. Helsinki: WSOY.
- Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Kuitunen, P., Ollikainen, H., Vartianen-Ora, P., Pasanen, T. & Puro, U. 2001. Tukeva tiimi- opas tiimin jäsenelle. Helsinki: Työväen sivistysliitto.
- Könönen, M. 2005. Työkierto ammatillisen kehittymisen keinona Kuopion yliopistollisen sairaalan naistentautien ja synnytys klinikassa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja –talouden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Laiho, M. 2004. Tiimityö edistää yhteistoiminnallisuutta leikkaushoitotyössä. Sairaanhoidaja 8/2004, 35.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. 28.6.1994/559

Lindström, K. & Kiviranta, J. 1995. Työryhmät ja tiimit- Ryhmän toimivuus ja jäsen-
ten hyvinvointi. Helsinki: Työterveyslaitos, Työministeriö.

Lukkari L., Kinnunen T. & Korte R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki:
WSOY.

Nummenmaa, L. 2006. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki:
Tammi.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka.
Helsinki: WSOY.

Peltari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaati-
mukset. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Silén-Lipponen, M. 2005. Teamwork in operating room nursing: conceptual pers-
pective and Finnish, British and American nurses'and nursing students' expe-
riences. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet. Väitöskirja.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku: Turun yliopiston täy-
dennyskoulutuskeskus.

Valtiovarainministeriö. 2001. Henkilökierto-opas. Helsinki: Oy Edita Ab.

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

Vilkka, H. 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.



HYVÄ KYSELYYN VASTAAJA!

Olemme Johanna Hoffrén ja Henna Santanen. Opiskelemme Tampereen ammatti-korkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Opinnäytetyömme teemana on työkierto. Opin-näytetyömme tavoitteena on kartoittaa leikkaus- ja anestesiaosastojen johdolle perioperatiivisten sairaanhoitajien mielipiteitä työkierrosta ja sen pohjalta lisätä tie-toa siitä, onko tällaisen työskentelymallin kehittäminen mahdollista. Tavoitteenam-me on myös lisätä hoitohenkilökunnan tietoa työkierrosta ja sen tuomista mahdolli-suuksista. **Kyselyn tavoitteena on kartoittaa mahdollisuutta leikkaus- ja anes-tesiaosaston väliseen työkiertoon ja tehtävänvaihtoon. Kyselyyn vastataan nimettömänä. Kysymykset on pyritty tekemään niin, ettei kenenkään henki-löllisyys paljastu yksittäisistä vastauksista.**

Yksi kappale opinnäytetyöstä luovutetaan leikkaus- ja anestesiaosastolle. On tär-keää opinnäytetyön onnistumisen kannalta, että vastaat kaikkiin kysymyksiin. **Vas-taamalla voit olla myös itse kehittämässä oman työpaikkasi toimintaa.**

Yhteistyöstä kiittäen,

Johanna Hoffrén ja Henna Santanen



Kyselylomake

leikkaus- ja anestesiaosaston hoitohenkilökunnalle osastojen välisestä työkierrosta.

Rastita sopiva vaihtoehto (X) tai täydennä sopivalla numerolla tai kirjoita vastaus omin sanoin avoimiin kysymyksiin.

1. Työssäni toimin tällä hetkellä

- a ____ Anestesiahoitajana.
- b ____ Instrumentoivana ja valvovana hoitajana.

2. Olen työskennellyt tässä työroolissa

____ vuotta, ____ kuukautta.

3. Olen toiminut aiemmin myös

- a ____ Anestesiahoitajana.
- b ____ Instrumentoivana ja valvovana hoitajana.
- c ____ En ole toiminut aiemmin toisessa työroolissa.

4. Olen toiminut aiemmin toisessa työroolissa

____ vuotta, ____ kuukautta.

5. Sukupuoli

- a ____ Nainen
- b ____ Mies

6. Oletko tyytyväinen tämän hetkiseen työrooliisi (anestesia-, instrumentti-hoitaja tai valvova hoitaja)?

- a ____ täysin tyytyväinen
- b ____ melko tyytyväinen
- c ____ en osaa sanoa
- d ____ melko tyytymätön
- e ____ täysin tyytymätön

7. Olisitko halukas tekemään työkiertoa sekä leikkaus- että anestesiahoitajan työssä?

- a ____ kyllä
- b ____ ei
- c ____ en osaa sanoa

(jatkuu)

8. Koetko, että sinulla on valmiudet toimia työkierrossa?

- a ____ kyllä
b ____ ei
c ____ en osaa sanoa

9. Lisäisikö työkierto mielestäsi työn mielekkyyttä?

- a ____ kyllä
b ____ ei
c ____ en osaa sanoa

10. Kokisitko, että uudessa työroolissa saamasi vaihtelu ja virikkeet motivoisivat sinua palatessasi vanhaan työrooliisi?

- a ____ kyllä
b ____ ei
c ____ en osaa sanoa

11. Mielestäni sopiva aika toimia yhdessä työroolissa olisi

____ vuotta, ____ kuukautta, ____ viikkoa.

12. Miten usein mahdollinen työkierto voisi mielestäsi toistua, jotta ammattitaito säilyisi? (esim. 3kk jakso kerran vuodessa toisessa työroolissa)

13. Toteutuuko mielestäsi hoitajien välinen tiimityö riittävästi leikkaussalissa?

- a ____ täysin
b ____ melko hyvin
c ____ en osaa sanoa
d ____ melko huonosti
e ____ ei toteudu ollenkaan

Perustelut vastauksellesi:

(jatkuu)

14. Kokisitko työkierron leikkaus- ja anestesiaosaston välillä helpottavan hoitajien välistä tiimityön toimivuutta leikkaussalissa?

- a ____ kyllä
- b ____ ei
- c ____ en osaa sanoa

15. Vaikuttaisiko työkierto ammattitaitoosi?

- a ____ positiivisesti
- b ____ negatiivisesti
- c ____ en osaa sanoa

Perustelut vastauksellesi:

16. Koetko osaamisesi riittäväksi leikkaus- ja anestesiaosaston väliseen työkiertoon?

- a ____ kyllä
- b ____ ei
- c ____ en osaa sanoa

17. Minkälaista koulutusta kokisit tarvitsevasi, jotta kykenisit työkiertoon leikkaus- ja anestesiaosaston välillä?

KIITOS VASTAUKSESTASI!

TAULUKKO 1. Aiemmat tutkimukset aiheesta

Sukunimi (vuosi). Työn nimi. Työn luonne.	Tarkoitus/tavoite. Tehtävät/ongelmat.	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Hildén (1999)</p> <p>Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät.</p> <p>Väitöskirja.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena selvittää työyhteisöjen odotuksia sairaanhoitajan ammatillisesta pätevyydestä, sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden nykytilaa ja sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden kehittämisen tarvetta.</p> <p>Tarkoituksena selvittää niitä tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet sairaanhoitajan työn muuttumiseen, miten sairaanhoitajan työ on muuttunut ja minkälaista osaamista muutokset edellyttävät sairaanhoitajalta. Lisäksi tarkoituksena on selvittää niitä keinoja, joilla sairaanhoitaja ylläpitää ja kehittää omaa ammatillista pätevyyttä.</p>	<p>Määrällinen ja laadullinen</p> <p>Yhden sairaanhoitopiirin ja yhden kansanterveysystyön kuntayhtymän kaikille sairaanhoitajille ja teema-haastattelu 14 osastonhoitajalle.</p> <p>N=429</p> <p>Kyselylomake ja teema-haastattelu.</p> <p>Tulokset analysoitiin SPSS-ohjelmalla ja käyttämällä sisällön analyysia.</p>	<p>Sairaanhoitajien mielestä heidän työyhteisönsä edellyttää, että sairaanhoitaja arvioi omaa ammattiaan ja omaa työtänsä.</p> <p>Lisäksi ne edellyttävät sairaanhoitajalta hyviä muutoksenhallinta- ja päätöksentekotaitoja. Sairaanhoitajilla on tarvetta parantaa omia suunnittelu-, kehittämis- ja arviointitaitojaan. Sairaanhoitajat tarvitsevat nykyistä paremmat oman erityisalan tiedot ja tiedon soveltamistaidot.</p>

(jatkuu)

LIITE 3:2 (3)

Sukunimi (vuosi). Työn nimi. Työn luonne.	Tarkoitus/tavoite. Tehtävät/ongelmat.	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Hongisto (2005)</p> <p>Työkierron vaikutus osaamiseen ja työhyvinvointiin hoitohenkilökunnan kokemana.</p> <p>Pro gradu-tutkielma.</p>	<p>Tutkielman tavoitteena selvittää työkierron vaikutusta henkilöstön osaamiseen ja työhyvinvointiin henkilöstön omien kokemusten perusteella. Tutkielman tehtävänä ovat kuvata, miten hoitohenkilökunta kokee työkierron vaikuttaneen heidän perusosaamiseensa, potentiaaliseen tulevaisuuden osaamiseensa ja aitoon tulevaisuuden osaamiseensa sekä selvittää, miten työkierto on vaikuttanut hoitohenkilökunnan kokemusten mukaan heidän työhyvinvointiinsa.</p>	<p>Määrällinen tutkimus.</p> <p>Kuopion yliopistollisessa sairaalassa, lukuun ottamatta synnytys- ja naistentautien klinikkaa.</p> <p>N=103 henkilöä.</p> <p>Sähköpostikysely.</p> <p>Tilastollinen analyysi.</p>	<p>Hoitohenkilökunnan osaaminen ja työhyvinvointi paranivat työkierron ansiosta.</p> <p>Työkiertoon halukkaat tarvitsevat tukea ja kannustusta työkierron järjestelyissä hoitotyön johtajilta. Työkierron tulee olla suunnitelmallista ja tarpeet työkiertoon tulisi lähteä yksilön ja työyhteisöltä.</p>
<p>Könönen (2005)</p> <p>Työkierto ammatillisen kehittymisen keinona Kuopion yliopistollisen sairaalan naistentautien ja synnytys klinikassa.</p> <p>Pro gradu-tutkielma.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena selvittää, millaisena ammatillisen kehittymisen keinona Kuopion yliopistollisen sairaalan naistentautien- ja synnytysklinikkan hoitajat kokivat klinikassa toteutettavan työkierron.</p> <p>Tutkimuksen avulla haluttiin saada tietoa, miten työkiertoa tulisi kehittää, että se palvelisi työntekijöitä ja organisaatiota parhaalla mahdollisella tavalla.</p>	<p>Määrällinen tutkimus.</p> <p>Kuopion yliopistollisen sairaalan naistentautien ja synnytysklinikkan sairaanhoitajat.</p> <p>N=61.</p> <p>Sähköpostikysely.</p> <p>Tilastollinen analyysi.</p>	<p>Työkierto koettiin hyvänä ammatillisen kehittymisen keinona ja siihen hakeutuminen osoitti halua ylläpitää ammattitaitoa. Työkierron avulla hoitajien työn mielekkyys lisääntyi ja haasteellisuus kasvoi. Osan vastaajien mielestä työkierto tulisi perustua vapaaehtoisuuteen ja osan mielestä sen tulisi olla osana klinikkan toimintaa. Työkierto lisää hoitohenkilökunnan valmiuksia työskennellä kaikissa työyksiköissä.</p>

(jatkuu)

LIITE 3:3 (3)

Sukunimi (vuosi). Työn nimi. Työn luonne.	Tarkoitus/tavoite. Tehtävät/ongelmat.	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Silén-Lipponen (2005)</p> <p>Teamwork in operating room nursing: conceptual perspective and Finnish, British and American nurses' and students' experiences.</p> <p>Väitöskirja.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tiimityön merkitystä leikkaushoito-työssä suomalaisten, englantilaisten ja amerikkalaisten hoitajien ja hoitotyön opiskelijoiden kokemusten kautta sekä kuvata tiimi-käsitteen määrittelyä ja ilmenemistä aikaisemman kirjallisuuden perusteella.</p>	<p>Haastattelu ja kirjallinen aineisto kerätty merkityksellisten tapahtumien menetelmää käyttäen.</p> <p>Suomen, Amerikan ja Englannin yliopistollisen sairaalan sairaanhoitajia ja sairaanhoidon opiskelijoita sekä aikaisempi aiheeseen liittyvä kirjallisuus.</p> <p>N=81.</p> <p>Analysoitu kuvailevaa fenomenologista menetelmää ja sisällön analyysia käyttäen. Aikaisempi tutkimustieto analysoitu käsiteanalyysia käyttämällä.</p>	<p>Ammattitaitoiset tiimit ovat kyvykkäitä ja halukkaita yhteistyöhön hoidollisen osaamisen, persoonallisen taitavuuden sekä sosiaalisten ja teknisten taitojen osalta. Pienet leikkausryhmät olivat miellyttävämpiä ja joustavampia kuin verrattuna suuriin yksiköihin. Leikkauspotilaan turvallisuutta ylläpiti tiimin jäsenten kyky havaita sekä mahdollisia että ilmeisiä riskejä ja ohjata toisten tiimin jäsenten työskentelyä.</p>