



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Jaana Tenni, Janina Viitasaari

Sairaanhoitajien psyykkinen työturvallisuus leikkausosastolla

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

17.04.2020

Tekijät Otsikko	Jaana Tenni, Janina Viitasaari Sairaanhoitajien psyykinen työturvallisuus leikkausosastolla
Sivumäärä Aika	21 sivua + 1 liite 17.4.2020
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitotyö
Ohjaaja	TtT, sh, lehtori, Liisa Montin
<p>Sairaanhoitajan psyykkistä työturvallisuutta uhkaavat leikkausosastolla useat tekijät. Aihetta on tutkittu monissa maissa, ja usein uhkatekijä liittyy työympäristön aiheuttamaan stressiin tai työyhteisössä esiintyvään epäasialliseen käytökseen työntekijöiden välillä.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla leikkausosastolla työskentelevien sairaanhoitajien psyykkiseen työturvallisuuteen liittyvää tutkimusta ja tutkimuskysymyksenä oli: mitä tiedetään sairaanhoitajien psyykkisestä työturvallisuudesta leikkausosastolla? Tavoitteena on hyödyntää saatua tietoa perioperatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö toteutettiin opinnäyteyhteistyönä Suomen Leikkaussaliosaston sairaanhoitajat FORNA ry:n ja Metropolia Ammattikorkeakoulun kanssa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jossa analysoitiin 15 artikkelia. Aineisto kerättiin tietokannoista CINAHL, MedLine ja Medic. Valitut artikkelit luokiteltiin vastaamaan tutkimuskysymykseen. Aineisto luokiteltiin viiteen yläluokkaan, jotka ovat leikkaussaliympäristö, sairaanhoitajan työ, työilmapiiri ja kollegoiden käytös, väkivalta sekä traumaattiset tilanteet.</p> <p>Tuloksista kävi ilmi, että leikkaussaliympäristöön liittyvät uhat koskivat psyykkistä painetta ja kemiallisia, biologisia, fyysisiä ja psyykkisiä riskejä. Sairaanhoitajan työhön liittyvät uhat liittyivät stressiin, väsymykseen ja loppuun palamiseen. Työilmapiiri ja kollegoiden käytös sisälsi huonon/häiritsevän käytöksen, epäasiallisen käytöksen ja kiusaamisen sekä sabotoinnin. Väkivaltaan sisältyi erimielisyyksien esiintyminen ja aggressiivinen käytös. Traumaattisiin tilanteisiin lukeutui muun muassa ammattilaisten välillä tapahtuva huono kohtelu ja hyväksikäyttö sekä erilaiset konfliktitilanteet leikkaussalissa. Edellä mainituilla asioilla saattaa olla vaikutusta potilasturvallisuuteen ja potilaiden saaman hoidon laatuun.</p> <p>Leikkausosastolla työskentelevien sairaanhoitajien psyykkistä työturvallisuutta uhkaavat tekijät ovat enimmäkseen luonteeltaan sellaisia, että niihin on mahdollista puuttua. Työntekijöiden välillä ilmenevää epäasiallista käytöstä ei tarvitse kenenkään sietää, ja sitä voidaan vähentää esimerkiksi työsuojelun keinoin tai henkilöstöä kouluttamalla.</p>	
Avainsanat	sairaanhoitaja, leikkausosasto, psyykinen, työturvallisuus

Authors Title	Jaana Tenni and Janina Viitasaari Nurses` Psychological Safety at Work in Operating Room
Number of Pages Date	21 + 1 appendix 17 April 2020
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Liisa Montin, PhD, RN, Senior Lecturer
<p>Many things threat nurses` psychological safety at work in operating room. This topic has been studied in many countries. Often the threat factor relates to work-related stress or to inappropriate behavior in the workplace between employees.</p> <p>The purpose of this thesis was to describe what is known about nurses` psychological safety at work in operating room and the aim is to utilize the knowledge obtained in perioperative nursing. This thesis was carried out in collaboration with Finnish Operating Room Nurses Association (FORNA) and Metropolia University of Applied Sciences.</p> <p>The thesis was carried out as a descriptive litterature review. Fifteen articles were analyzed. The data was collected from three databases which were CINAHL, Medline and Medic. Selected articles were classified to answer the research question. The literature was classified into five upper categories, which are the operating room environment, the work of a nurse, work atmosphere and behavior of colleagues, violence and traumatic situations.</p> <p>The results showed that threat related to the operating room environment included psychological pressure and chemical, biological, physical ja psychological risks. Threats related to the nurse`s work were stress, fatigue and burnout. The work atmosphere and behavior of colleagues included bad/harassing behavior, inappropriate behavior, bullying and sabotage. The threat of violence included the occurrence of disagreements ang aggressive behavior. Traumatic situations included, among other things, abuse between employees as well as various conflicts in the operating room. All of these may have an impact on patient safety and the quality of care patients receive.</p> <p>Most of the factors that threaten the nurse`s psychological safety at work in operating room can be handled. Inappropriate behavior between employees does not have to be tolerated. It can be reduced, for example, by means of occupational safety and health administration or by training staff.</p>	
Keywords	Nurse, Operating Room, Psychological, Safety at Work

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tausta	2
2.1	Työturvallisuus ja työsuojelu	2
2.2	Työyhteisö ja esimiestyö	3
2.3	Työolosuhteet	5
3	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	6
4	Opinnäytetyön toteutus	6
4.1	Aineiston keruumenetelmä	6
4.2	Aineiston keruu	6
4.3	Aineiston analysointi	7
5	Psyykkistä työturvallisuutta uhkaavia tekijöitä	9
5.1	Leikkaussaliympäristö	9
5.2	Sairaanhoidajan työ	9
5.3	Työilmapiiri ja kollegoiden käytös	11
5.4	Väkivalta	12
5.5	Traumaattiset tilanteet	13
6	Pohdinta	13
6.1	Tiedonhakuprosessin tarkastelu	13
6.2	Tulosten tarkastelu	14
6.3	Opinnäytetyön eettisyyden pohdinta	17
6.4	Opinnäytetyön luotettavuuden pohdinta	18
7	Opinnäytetyön hyödynnettävyys	20
	Lähteet	21
	Liitteet	
	Liite 1. Taulukko 2. Analysoidut tutkimusartikkelit.	

1 Johdanto

Perioperatiivinen sairaanhoitaja on ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajan tutkinnon suorittanut henkilö, joka työskentelee anestesia-, valvovana tai instrumentoivana sairaanhoitajana. Perioperatiivinen sairaanhoitaja voi työskennellä millä tahansa näistä kolmesta osaamisalueesta, mutta yleensä työskentely tapahtuu joko anestesia- tai leikkauspuolella. (Karma – Kinnunen – Palovaara – Perttunen 2016: 12.)

Perioperatiiviselta sairaanhoitajalta vaaditaan monipuolista osaamista ja jatkuvaa ammattiosaamisen kehittämistä. Perioperatiivisen sairaanhoitajan osaamisen alueisiin kuuluvat eettisen, lääkehoidon, terveyden edistämisen, hoitotyön tiimityön, hoitotyön tutkimisen ja kehittämisen, ohjauksen ja opettamisen, päätöksenteon, yhteiskunnallisen, monikulttuurisen ja kliinisen hoitotyön osaaminen. (Lukkari – Kinnunen – Korte 2007: 30–31.)

Psyykkinen työturvallisuus on jaettu kokemus ja tietoisuus siitä, että työyhteisön jäsenet voivat vapaasti esittää kysymyksiä, jakaa ajatuksiaan, tuoda esiin ideoita ja huolia sekä tehdä virheitä ilman, että tulevat nuhdelluiksi, nolatuiksi tai rangaistuiksi (Greene – Gilmartin – Saint 2020: 2).

Suomen sairaanhoitajaliitto julkaisi alkuvuodesta 2019 sairaanhoitajien työolobarometrin, jonka tulokset pohjautuvat vuonna 2018 toteutettuun kyselyyn. Kyseessä on jo viidennen kerran julkaistava selvitys, jonka tarkoituksena on tuoda esiin sairaanhoitajien näkemyksiä liittyen työhyvinvointiin ja sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuuteen. Vuosina 2010, 2012 ja 2014 kyselyn kaikkien osa-alueiden arvioinneissa oli nähtävissä laskea, mutta vuonna 2016 trendi kääntyi nousuun. Kuitenkin vuonna 2018 tulokset jäivät merkittävästi huonommiksi edelliseen mittaukseen verrattuna. Kyselyssä pyydettiin sairaanhoitajia arvioimaan esimerkiksi sitä, miten hyvin heidän osaamisensa ja työpanoksensa huomioidaan työyhteisössä. Tätä osiota olivat arvioineet kaikkein kriittisimmin muutaman muun lisäksi leikkaussalissa työskentelevät sairaanhoitajat. (Sairaanhoitajien työolobarometri 2018.)

Vuonna 2010 kirurgisia toimenpiteitä tehtiin Suomessa päätoimenpiteenä lähes 430 000 hoitojaksossa, ja niiden määrä nousi 1,1 % edelliseen vuoteen verrattuna. Kolme

suurinta toimenpideryhmää olivat tuki- ja liikuntaelimiin, ruoansulatusjärjestelmään ja sen oheiselimiin sekä silmän alueelle kohdistuneet leikkaukset. (THL 2011.)

Työnantaja on veloitettu huolehtimaan työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä työpaikalla työturvallisuuslain nojalla. Laissa määritellään esimerkiksi ergonomiaa, fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kuormittavuutta, väkivallan uhkaa sekä yötyötä koskevat säädökset. Työsuojeluviranomaiset valvovat lain noudattamista, ja säännöksiä tulisi olla työpaikalla työntekijöiden nähtävissä. (Työturvallisuuslaki (738/2002).)

Tässä opinnäytetyössä kuvaillaan leikkaussaliympäristössä työskentelevien sairaanhoitajien psyykkistä työturvallisuutta koskevaa tutkimusta. Opinnäytetyö tehdään opinnäyteyhteistyönä Suomen leikkausosaston sairaanhoitajat FORNA ry:n ja Metropolia ammattikorkeakoulun kanssa.

2 Opinnäytetyön tausta

2.1 Työturvallisuus ja työsuojelu

Työturvallisuudella tarkoitetaan, että työntekijän sosiaaliset, psyykkiset ja fyysiset työolosuhteet ovat hyvät (Työturvallisuuskeskus b). Psykkinen työturvallisuus on osa työturvallisuutta. Siihen vaikuttavat työyhteisö jäsenineen, työntekijälle kuuluvat työtehtävät ja niiden vaativuus, työolosuhteet, työvälaineistö sekä työpaikan johtaminen ja esimiestyö. (Työturvallisuuskeskus 2015: 5.) Psykkinen työturvallisuus liittyy ihmisen mielenterveyteen ja henkiseen hyvinvointiin ylipäättään (Työterveyslaitos). Suomessa sattui noin 118 000 työtaturmaa vuonna 2016 (Tapaturmavakuutuskeskus a). Työpaikkatapaturmien lukumäärä nousi 2 % vuosien 2017 ja 2018 välillä. Työmatkatapaturmien määrä puolestaan laski 5 % (Tapaturmavakuutuskeskus b.)

Työsuojelulla puolestaan tarkoitetaan työntekijöiden ja työnantajan toteuttamaa yhteistä toimintaa, jonka avulla edistetään turvallisia ja terveellisiä työolosuhteita (Työturvallisuuskeskus c). Työsuojelua tahdittavat erilaiset sopimukset ja lait, kuten työterveyshuoltolaki (1383/2001), työturvallisuuslaki (738/2002) ja laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta (44/2006). Työsuojelun tärkein tavoite on pitää huolta työntekijän hyvinvoinnista ja edistää tehokasta työskentelyä. (Työturvallisuuskeskus d.) Tärkeimpiä työsuojelusäännöksiä ovat työturvallisuuslaki (738/2002), työterveyshuoltolaki (1383/2001), tapaturmavakuutuslaki (608/1948), ammattitautilaki

(1343/1988), laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta (44/2006), laki nuorista työntekijöistä (998/1993), laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) sekä valtioneuvoston päätös työntekijöiden suojelemisesta työhön liittyvältä biologisten tekijöiden aiheuttamalta vaaralta (1155/1993) (Työturvallisuuskeskus 2014).

Työturvallisuuslaissa (738/2002) kielletään muun muassa työntekijän terveyden vaarantava häirintä, jota on esimerkiksi pelottelu, pilkkaavat ja väheksyvät puheet, seksuaalinen häirintä, työyhteisöstä eristäminen, ja uhkailu sekä työjohto-oikeuden väärinkäyttö esimerkiksi nöyryyttäviä käskyjä antamalla tai muuttamalla sovittuja työehtoja laittomin perustein. Häirintää ennaltaehkäiseviä toimia työpaikalla ovat esimerkiksi yhteiset pelisäännöt, nollatoleranssi häirinnän suhteen sekä hyvä esimieskoulutus. (Työsuojelu.fi.)

Sosiaali- ja terveysaloilla työturvallisuuteen ja -terveyteen vaikuttavat merkittävästi vuorotyö, biologiset, fysikaaliset ja kemialliset vaaratekijät sekä henkinen ja ruumiillinen kuormitus. Henkistä kuormitusta teettävät muun muassa kiire, hankalat asiakastilanteet ja väkivallan uhka. Fyysistä kuormitusta puolestaan toistuvat ja vaikeat työasennot ja liikeradat sekä raskaat potilassiirrot. Sosiaali- ja terveysaloilla korostuukin riskien hallinnan kokonaisvaltaisuus. (Työturvallisuuskeskus a.)

2.2 Työyhteisö ja esimiestyö

Epäkunnioittava käyttäytyminen on yleistä terveydenhuollossa ja sillä on monia muotoja. Se uhkaa potilaiden ja terveyden huollon työntekijöiden turvallisuutta ja terveyttä, ja se voidaan jakaa eri tyyppeihin. Häiritsevä käyttäytyminen on herättänyt yhä enemmän huomiota viime vuosina, vaikka muun tyyppinen epäkunnioitus on usein yleisempää ja mahdollisesti jopa haitallisempaa. Muita tyyppisiä ovat halventava ja nöyryyttävä kohtelu, potilaiden vähättelevä hoito, passiivisaggressiivinen käytös, passiivinen epäkunnioitus sekä systeeminen epäkunnioitus. Institutionalisoitu epäkunnioitus, kuten kohtuuttoman pitkä työaika, psyykkinen pelottelu, fyysiset vaarat ja raskaat työkuormat ovat niin yleisiä terveydenhuollossa, että ne mielletään normaaleiksi. Vaikka persoonallisuusominaisuudet altistavat jotkut ihmiset epäkunnioittavalle käyttäytymiselle, on epäkunnioitus usein opittu käytösmalli, jota tukee ja vahvistaa autoritaarinen, statuspohjainen kulttuuri, jollainen vallitsee useimmissa sairaaloissa. (Lape ym. 2012: 2–4, 7.)

Leikkaussalit ovat intensiivisiä ympäristöjä, joissa vaatimukset ja paineet voivat johtaa epäkunnioittavaan käyttäytymiseen. Yli 60 % 248 vastaajasta oli kokenut tai havainnut epäkunnioitusta ajoittain. Vastaajista 10 % oli havainnut epäkunnioittavaa käytöstä ja 7 % oli kokenut epäkunnioittavaa käytöstä usein. Kunnioitusta tarvitaan, jotta voidaan luoda positiivinen perioperatiivinen ympäristö ja tehokkaita leikkaussalitiimejä. (Costello – Clarke – Gravely – D'Agostino – Puopolo 2011: 115, 117, 125.) Hamlin ja Hoffman (2002: 857) kertovat artikkelissaan, että aiemmassa tutkimuksessa on havaittu myös erityyppistä loukkaavaa käytöstä, kuten ihmiskudoksen ja instrumenttien heittäminen, veren ja kehon eritteiden tahallista roiskimista sekä alentavaa kommentointia.

Edellytykset tunnetuille ja vältettävissä oleville haitoille kuten kiusaamiselle, epäkunnioittavalle kohtelulle, häirinnälle, halveksuville kommenteille ja huomiotta jättämiselle ovat olemassa perioperatiivisessa ympäristössä. Hoitohenkilökuntaa ei kohdella kunnioitavasti. Henkilökunta saattaa esimerkiksi pysytellä hiljaa ja olla pyytämättä neuvoa ja apua pelätessään häiritseväänsä "itseään tärkeämpiä henkilöitä", kuten kirurgeja ja joutuvansa sitä kautta nöyryytetyksi, loukatuksi, pilkatuksi tai nuhdelluksi. (Morath – Filipp – Cull 2014: 379.)

Erikoissairaanhoidossa toteutettuun kyselyyn vastanneista 181 hoitajasta 20 % oli kokenut ja jopa 90 % oli havainnut työpaikkakiusaamista omassa työyksikössään. Kiusaajana oli useimmiten joko lähiesimies (19 %) tai kollega (75 %). Kiusaaminen ilmeni esimerkiksi selän takana puhumisena, juoruamisena, puhumisen keskeyttämisenä, työn kritisointina, kuuntelemattomuutena, epäkohteliaisuutena, pilkallisuutena, uhkailuna ja jopa ilkivalta. (Tuovinen – Kvist – Partanen 2010: 7.)

Sairaanhoitajien kiusaamista koskeneen tutkimuksen mukaan kiusaamistilanteissa kiusaajana oli sairaanhoitaja (27 %), potilaan perhe (25 %), lääkäri (22 %), potilas (17 %), asukas (4 %), joku muu (3 %) tai harjoittelija (2 %). Kiusaava hoitaja oli useammin rivihoitaja (80 %) kuin osastonhoitaja (20 %). (Rowe – Sherlock 2005: 243.)

Seksuaalinen häirintä on yleistä terveydenhuollossa, ja se on merkittävä stressinaiheuttaja perioperatiivisille sairaanhoitajille. Seksuaalista häirintää on esimerkiksi tahallinen, ei-toivottu fyysinen koskettelu, vilkuilu, vihjailu ja loukkaavien visuaalisten materiaalien näyttäminen. (Hamlin – Hoffman 2002: 859)

Kirurgian historiaan kuuluu monia tarinoita kirurgien sairaanhoitajiin kohdistamista tunteenpurkauksista ja hermonmenetyksistä. Näillä työpaikalle kuulumattomilla ja asiattomilla tunteenpurkauksilla, kuten solvauksilla, instrumenttien heittelyllä ja todellisella häirinnällä, on monenlaisia negatiivisia seurauksia ja lisäksi ne ovat lainvastaista toimintaa. (Jacobs – Wille 2012: 172.)

2.3 Työolosuhteet

Melu on epämiellyttävää, häiritsevää, odottamatonta tai kuulolle haitallista ääntä, jonka aiheuttamien terveysvaikutusten suuruuteen vaikuttaa äänen fysikaaliset ominaisuudet, altistumisen aika ja paikka sekä altistuneen henkilön mahdollinen meluherkkyys ja oma asennoituminen melua kohtaan. Melu voi aiheuttaa ihmisen elimistössä stressireaktion, häiritä unta, lisätä sydän- ja verisuonitautien riskiä sekä heikentää henkistä hyvinvointia. (THL 2019.) Leikkaussalissa on usein haitallisen voimakasta melua, jolla voi olla vakaiviakin seurauksia niin henkilökunnalle kuin potilaallekin. Meteliä aiheuttavat esimerkiksi tekniset laitteet, henkilökunnan keskustelu ja musiikin kuuntelu. Seurauksista haitallisimpia ovat esimerkiksi kyvyttömyys ajatella selkeästi, kuulon aleneminen, stressi, ahdistuneisuus, kyvyttömyys toimia parhaalla mahdollisella tavalla sekä vaikeus keskittyä käsillä olevaan tehtävään. The National Institute for Occupational Safety and Health on asettanut 8-tuntisen työpäivän ajalle melurajaksi 85 dB, ja vastaavan luvun on määrittänyt The Occupational Safety and Health Administration tasolle 90 dB. Kuitenkin leikkaussalin äänenvoimakkuus saattaa olla jopa 110 dB. Äänenvoimakkuuteen vaikuttaa sen lähteen lisäksi myös esimerkiksi lattiamateriaalit sekä muut pinnat. (Ford 2015: 85.)

Hybridileikkaussaleissa työntekijät ovat samanaikaisesti alttiina useammille riskeille, jotka jaotellaan biologisiin, fysikaalisiin, kemiallisiin, ergonomisiin ja psykologisiin. Vastoinkäymiset hybridileikkaussaliympäristössä ja työolosuhteissa vaikuttavat negatiivisesti työntekijän fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen, työtyytyväisyyteen, menestykseen sekä tuottavuuteen. (Gencturk – Ay 2018: 1990.)

3 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla leikkausosastolla työskentelevien sairaanhoitajien psyykkiseen työturvallisuuteen liittyvää tutkimusta. Tavoitteena on hyödyntää saatua tietoa perioperatiivisessa hoitotyössä. Tutkimuskysymyksenä oli: Mitä tiedetään sairaanhoitajien psyykkisestä työturvallisuudesta leikkausosastolla?

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Aineiston keruumenetelmä

Tässä opinnäytetyössä menetelmänä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka avulla saadaan laadullinen vastaus valittuun tutkimuskysymykseen. Menetelmässä muodostetaan tutkimuskysymys, kerätään ja valitaan riittävä aineisto, muotoillaan kuvaus aiheesta ja lopuksi tarkastellaan saatua tulosta (Kangasniemi ym. 2013: 291).

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on ymmärtämiseen tähtäävä, ilmiölähtöinen menetelmä, jonka avulla voidaan kuvata aikaisempaa tietoa. Aineistoksi valitaan mahdollisimman ajankohtaisia lähteitä. Valinta suoritetaan joko implisiittisellä tai eksplisiittisellä valinnalla, joiden systemaattisuus ja raportointitapa poikkeavat toisistaan. Aineiston sopivuutta ja riittävyttä arvioidaan prosessin aikana. (Kangasniemi ym. 2013: 294–295, 299.) Muun muassa otoskoko, puolueettomuus, tutkivan henkilön tunnettuus ja arvostettavuus, saatujen tulosten uskottavuus, monitieteellisyys, alkuperäisyys lähteissä, kattavuus kirjallisuudessa sekä tutkimuksen tasokkuus ja ikä on huomioitava aineiston valinnassa (Kankunen – Vehviläinen – Julkunen 2013: 95).

4.2 Aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymys muotoutui saadun aiheen mukaisesti, ja työssä hyödynnettiin eksplisiittistä aineiston valintaa. Aineistoon valittiin mahdollisimman ajankohtaisia, tutkimuskysymykseen vastaavia alkuperäislähteitä. Tietoa haettiin tietokannoista CINAHL, MedLine ja Medic aluksi tiukasti rajatuilla hakusanoilla *psychological, safety at work, safety, operating room, nursing, psyyk**, *työturvallisuus** ja *sairaanhoit**.

Koska näillä hakusanoilla löytyi tutkimuksia vain yksi, lisättiin hakusanoiksi *workplace*, *perioperative*, *burnout*, *work safety*, *health risk*, *stress* ja *job-related*. Hakuja rajattiin esimerkiksi lähteiden kielen mukaan. Jokaisen valitun tutkimusartikkelin lähdeluettelo käytiin myös läpi ja sieltä sopivia tutkimuksia löydettiin viisi, joten analysoitava aineisto muodostui yhteensä viidestätoista artikkelista. Taulukossa 1 on valittujen artikkeleiden sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

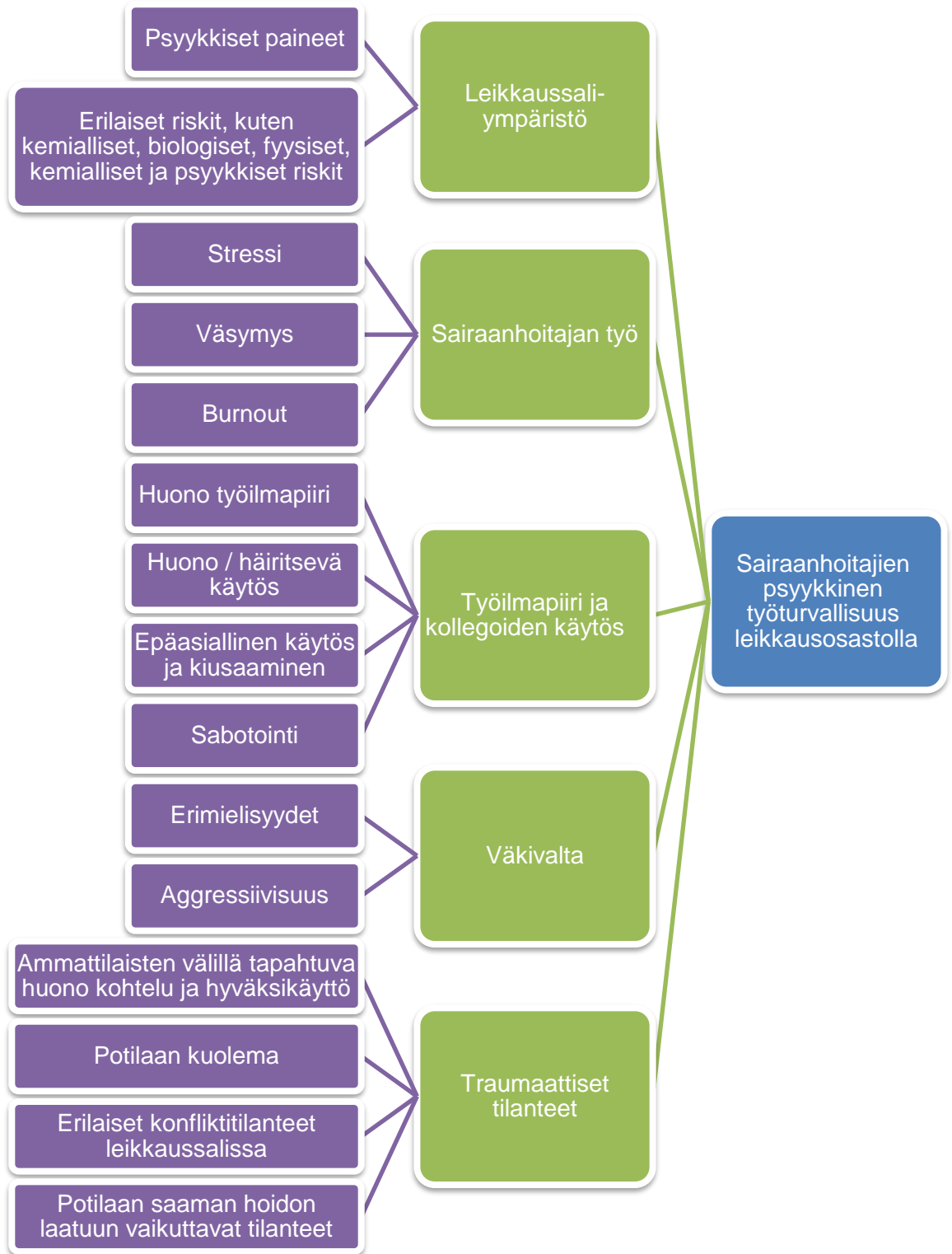
Taulukko 1. Valittujen artikkeleiden sisäänotto- ja poissulkukriteerit

	Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Artikkelin tyyppi	Tutkimusartikkelit	Kirjallisuuskatsaukset, muut kuin tutkimusartikkelit
Artikkelin kieli	Suomi, englanti	Muut kielet
Tutkimuskysymykseen vastaaminen	Vastaa tutkimuskysymykseen	Ei vastaa tutkimuskysymykseen

4.3 Aineiston analysointi

Kuvailun rakentaminen eli analysointivaihe on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kolmas vaihe. Analysointivaiheessa lähdetään rakentamaan tutkimuskysymykseen vastaavaa kuvailevaa vastausta sisältöä yhdistelemällä, syntetisoimalla ja vertailemalla. Analysointivaiheessa on tärkeä muistaa aineistolähtöisyys. Useimmiten valitaan yksi tai useampi päälähde, joiden ympärille kuvausta lähdetään rakentamaan täydentäen, täsmentäen ja kritisoiden. (Kangasniemi ym. 2013: 294, 297.)

Tulosten tarkastelu –vaiheessa kootaan keskeisimmät tulokset yhteen. Vaihe sisältää sekä menetelmällisen että sisällöllisen pohdinnan lisäksi tutkimuksen luotettavuuden ja etiikan arvioinnin. (Kangasniemi ym. 2013: 294, 297.) Taulukossa 2 on esitetty analysoidut artikkelit (Liite 1). Aineisto luokiteltiin vastaamaan tutkimuskysymykseen. Aineisto luokiteltiin viiteen yläluokkaan ja viiteentoista alaluokkaan (Kuvio 1).



Kuvio 1. Aineiston luokittelu ylä- ja alaluokkiin

5 Psyykkistä työturvallisuutta uhkaavia tekijöitä

5.1 Leikkaussaliympäristö

Leikkaussali on yksi stimuloivimmista ja haastavimmista sairaalayksiköistä, joissa sairaanhoitajia työskentelee. Psyykkistä painetta luovia tekijöitä leikkaussalissa ovat tarve työskennellä nopeasti, monimutkaisien tekniikoiden hallinta, instrumenttien käsittely, epävarmat työvuorot ja lääketieteellisten erimielisyyksien kohtaaminen. (Chen – Lin – Wang – Hou 2009: 200.) Henkilökunta saattaa altistua esimerkiksi erilaisille kemiallisille, biologisille ja fyysisille riskeille. Myös psyykkisten riskitekijöiden on todettu olevan merkittäviä kyseisessä työskentely-ympäristössä. (Azizoglu – Köse – Gül 2019.)

Leikkaussalin sairaanhoitajien elämänlaadun ja työtuloksen parantamiseksi, tärkeää olisi tutkia väestötietojen ja esimerkiksi työhön liittyvien muuttujien, työstressin, työtyytyväisyyden ja työssä käytettävien stressinhallintamenetelmien suhteita. (Chen ym. 2009: 200.) Leikkaussali ympäristönä sekä perioperatiivisen hoidon tarjoaminen pitävät sisälleen lukuisia riskejä, jotka tulisi minimoida järjestelmällisillä toimenpiteillä ja henkilöstön tarkkaavaisuudella. Myös laadunvalvonta perioperatiivisessa hoitotyössä on ajankohtainen ongelma. (Pavlová – Holá – Škaroupková 2019: 1132.)

5.2 Sairaanhoitajan työ

Sairaanhoitajan ammattiin liittyy korkea stressitaso. Sadan sairaanhoitajan kokemuksia työperäisestä stressistä ja siihen vaikuttavista tekijöistä selvitettiin. Tutkimuksen mukaan vakavimmin stressistä kärsivät päivystys- sekä teho-osastoilla työskentelevät sairaanhoitajat, ja heihin verrattuna leikkaussalissa työskentelevät sairaanhoitajat olivat vähemmän stressaantuneita. Stressiä aiheutti muun muassa lääkärin huono asenne, riittämätön palkka, liiallinen työmäärä, aikapaine, kiireisillä osastoilla kuten päivystys- ja teho-osastoilla työskentely sekä väsyttävä työ ilman riittävää aikaa lepoon ja aterioihin. (Sharma ym. 2014: 52, 54.)

Kolmannes stressiä koskevaan tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista arvioi stressitasonsa korkeaksi, ja yli 35 % harkitsi työpaikan vaihtoa. Leikkaussalissa työskentelevät sairaanhoitajat ilmoittivat stressin syyksi liiallisen työkuorman, aikataulupaineet, henkilöstövajauksen sekä esimiehen ja kollegoiden tuen puutteen. He olivat yhdessä esimerkiksi päivystys- sekä psykiatrisella osastolla työskentelevien sairaanhoitajien

kanssa myös kiinnostuneempia vaihtamaan työpaikkaansa, kuin monella muulla osastolla työskentelevät sairaanhoitajat. (Mosadeghrad 2013: 172–173.)

Perioperatiivisten sairaanhoitajien leikkauksen aikana kokemaa stressiä selvittäneeseen tutkimukseen osallistui kaiken kaikkiaan 375 perioperatiivista sairaanhoitajaa, jotka työskentelivät tutkimuksen aikana 279 leikkauksessa. Analysoitavaksi valittiin 124 leikkaustapausta, joiden osalta oli saatu vastaukset sekä instrumentti- että valvovalta hoitajalta. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella, jonka sairaanhoitajat täyttivät välittömästi jokaisen leikkauksen jälkeen. Lomakkeella esitettiin neljä yksinkertaista kysymystä, joista yhdenä kysymys ”Oletko henkisesti stressaantunut leikkauksen aikana?”. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että 30–40 % perioperatiivisista sairaanhoitajista kokivat itsensä stressaantuneiksi leikkausten aikana, mutta tulos ei yllättänyt tutkijoita. Leikkaussali on monimutkainen, korkean riskin työympäristö, jossa on suuri haitallisten tapahtumien mahdollisuus, ja tästä johtuen perioperatiiviset sairaanhoitajat kokevat ahdistusta usein jo preoperatiivisesti. Stressin aiheuttajiksi tutkimuksessa nimettiin esimerkiksi tiimityöskentelyn sujumattomuus, huomion jakautuminen moneen asiaan leikkauksen aikana sekä työtaakka. Lisäksi huomioitiin, että stressiä aiheuttavat seikat vaihtelevat sairaanhoitajan roolista riippuen. Sairaanhoitajien henkinen stressi vaikuttaa negatiivisesti leikkaussuoritukseen sekä sen kliiniseen tulokseen. Tämän vuoksi onkin ensiarvoisen tärkeää kehittää toimintatapoja, joiden avulla perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemaa stressiä saataisiin vähennettyä. (Sonoda – Onozuka – Hagihara 2018: 69–70.)

Sairaanhoitajien kokema stressitaso, stressitekijöiden esiintyvyys ja työtyytyväisyys leikkaussalissa riippuu merkittävästi sairaalatyyppistä. Tutkimuksessa todettiin myös, että potilasturvallisuus arvioitiin suurimmaksi stressin aiheuttajaksi. Ammatilliseen asemaan liittyvä työstressi, potilasturvallisuus ja leikkaussaliympäristö ovat yhteydessä rakentaviin stressinhallintamenetelmiin. Kaikki stressitekijät ovat puolestaan yhteydessä haitallisiin stressinhallintamenetelmiin. Työtyytyväisyystekijät mukaan lukien työstä saatavat palkinnot, leikkaussaliympäristö ja hallinnollinen johtaminen olivat käänteisesti yhteydessä haitallisiin stressinhallintamenetelmiin. (Chen ym. 2009: 209.)

Leikkaussalissa työskentelevät sairaanhoitajat kärsivät useimmiten väsymyksestä, tehosastolla työskentelevät ahdistuneisuudesta ja kirurgisilla osastoilla ja sisätautiosastoilla työskentelevät ahdistuneisuudesta ja masentuneisuudesta. Leikkaussalihoitajien työkyky ja energisyys olivat ryhmistä matalimmat. Leikkaussalissa työskentelevät hoitajat kokivat myös voivansa vaikuttaa työympäristönsä tapahtumiin muista ryhmistä vähiten.

Huono työhön vaikuttamismahdollisuus saattaa olla psyykkisen ahdingon, kuten energisyyden puutteen, väsymyksen, ahdistuneisuuden ja masennuksen keskeinen riskitekijä. Huono työkyky aiheuttaa energisyyden puutetta, ärtyneisyyttä, väsymystä ja masennusta. Tutkimus osoitti, että leikkaussalihoitajilla ilmenee väsymystä taustatietoihin ja työperäisiin stressitekijöihin katsomatta. (Kawano 2008: 79, 81.)

Leikkaussalissa työskentelevillä sairaanhoitajilla esiintyy ”loppuun palamista”. Tähän vaikuttaa esimerkiksi heikosti järjestetty työterveyshuolto, ilman suojausta toteutettu säteilyn käyttö sekä huonoksi koettu esimiehen tuki. (Findik 2015: 610.) Sairaanhoitajien on havaittu kohtaavan kiusaamista, ”loppuun palamista”, työn kuormittavuutta ja jopa väkivaltaa työssään (Azizoglu ym. 2019: 92).

5.3 Työilmapiiri ja kollegoiden käytös

Psyykkisen turvallisuuden luominen on leikkaussalissa vallitsevan ihmissuhdedynamiikan ja sopimattoman ja jopa epäkunnioittavan viestintämallin takia haastavaa. Tutkimuksen mukaan yhteistyön, turvallisuuskulttuurin ja hoidon laadun parantamiseksi, ennakoivan ja intuitiivisen viestinnän edistämiseksi sekä tarkkaamattoman ja epäselvän viestinnän ennaltaehkäisemiseksi, tulisi tulevaisuudessa järjestää tiimikoulutusta. (Torrington - Laursen - Rasmussen - Sorensen 2019: 12.)

On olemassa kasvava määrä näyttöä, jonka mukaan kirurgit tarvitsevat koulutusta koskien konfliktien ratkaisutaitoja leikkaussalissa. Kirurgien koulutukseen ei kuulu konfliktien ratkaisutaitojen opetus tai harjoittelu. Ratkaisematta jääneet konfliktitilanteet aiheuttivat leikkaustiimissä lisääntyneitä stressiä, turhautuneisuutta sekä potilastyön häiriintymistä. Tällaiset tilanteet vähensivät myös leikkaustiimin keskinäistä kommunikointia, pidensivät leikkausaikoja sekä aiheuttivat jopa potilasturvallisuuden vaarantumista. Sairaanhoitajat toivoivat kirurgien kommunikoivan enemmän leikkauksen aikana, kuuntelevan heidän mielipidettään sekä arvostavan heidän työpanostaan. Konfliktitilanteiden tehokas ratkaiseminen vähentää sekä kirurgin että sairaanhoitajan stressiä ja turhautuneisuutta, sekä tehostaa työskentelyä. Toisaalta näyttää siltä, että kulttuuri on muuttumassa, ja sairaanhoitajat uskaltavat tarvittaessa uhmata ja jopa nuhdella kirurgia, jos esimerkiksi huomaa potilasturvallisuuden vaarantuvan kirurgista johtuvasta syystä. Tällainen käytös ei olisi aikaisemmin tullut kysymykseen. (Rogers ym. 2013: 127–129.)

Häiritsevää käyttäytymistä esiintyy kaikkialla kirurgian piirissä. Tutkimukseen osallistui lääkäreitä, erikoistuvia lääkäreitä, hoitajia sekä muita perioperatiivisesta hoidosta vastaavia henkilöitä. Häiritsevää käyttäytymistä on muun muassa loukkaaminen, huutaminen ja äänen korottaminen, epäkunnioittava vuorovaikutus, loukkaava kielenkäyttö, alentaminen sekä haukkuminen. Häiritsevä käyttäytyminen leikkaussalissa vaikuttaa henkilöstösuhteisiin, tiimityöhön ja hoidon klinisiin tuloksiin. Häiritsevä käyttäytyminen aiheuttaa stressiä ja turhautumista, vaikuttaa keskittymiseen sekä haittaa kommunikaatiota, tiedonsiirtoa ja yhteistyötä, mikä estää potilaan hoidon optimoinnin. Tulosten mukaan häiritsevän käyttäytymisen esiintymisellä oli vahva yhteys haitallisiin tapahtumiin, lääketieteellisiin virheisiin, kompromisseihin potilasturvallisuudessa, laatuun sekä kuolleisuuteen. (Rosenstein – O'Daniel 2006: 96–98, 102.)

Perioperatiivinen henkilökunta ei aina edes tunnista epäasiallista käytöstä kiusaamiseksi. Kiusaaminen ilmeni tutkimuksessa monella eri tavalla, ja yleisimpiä kiusaamismuotoja olivat esimerkiksi mielipiteen huomiotta jättäminen, nöyryytetyksi tuleminen, huhujen ja juurujen kohteeksi joutuminen, huomiotta tai ulkopuolelle jätetyksi tuleminen ja vihamielisyyden kohtaaminen. Osa vastaajista koki kiusaamista päivittäin, osa viikoittain ja osa kuukausittain, mutta kaiken kaikkiaan kiusaamistyyppien mukaan luokiteltuna kiusaamista koki vastaajista pahimmillaan lähes 30 %, ja kollegoidensa kiusaamista oli joutunut todistamaan lähes 60 % vastaajista. Tutkimuksessa nousi esiin myös kiusaamisen vaikutukset virheiden tekemiseen sekä potilasturvallisuuden vaarantumiseen. (Chippis – Stelmaschuk – Albert – Bernhard – Holloman 2013: 484–486.)

Sabotointi on yleistä leikkaussalissa. Sabotointia koskeva tutkimus tuo esiin lukuisia sabotoinnin muotoja, joita ovat muun muassa puhumisen lopettaminen muiden astuessa sisään saliin, muista valittaminen ilman asianmukaista keskustelua, väärän tiedon levittäminen, toisen tavaroiden käyttäminen ilman lupaa, irtisanominen syyttä, salassa pidettävän tiedon levittäminen ilman lupaa sekä toisen tekemän työn tunnustuksen omiminen. Sabotoinnin yleisyydestä huolimatta sillä ei ole havaittu olevan merkittävää yhteyttä perioperatiivisten sairaanhoitajien kokemaan työtyytyväisyyteen. (Dunn 2003: 977, 985.)

5.4 Väkivalta

Tutkimukseen osallistuneista 69 % kertoi kokeneensa erimielisyyttä konsultoivan kirurgin kanssa viimeisen puolen vuoden aikana, mutta myös muiden ryhmien kanssa koetut erimielisyydet olivat yleisiä. Suurin erimielisyyden aiheuttaja oli listojenhallinta. Aggressiivista käytöstä ilmenee kirurgien ja sairaanhoitajien sekä muun

leikkaussalihenkilökunnan ja sairaanhoitajien välillä. Vastaajista 53 % kertoi kokeneensa konsultoivan kirurgin ja 33,5 % konsultoivan anestesia­lääkärin toteuttamaa aggressiivista käytöstä viimeisen puolen vuoden aikana. Yleisin menetelmä kohdatun aggressiivisuuden kanssa selviytymiseen oli kinnan aloittaminen, mitä aiemmat tutkimukset eivät tue. (Coe – Gould 2007: 614–615.)

5.5 Traumaattiset tilanteet

Sairaanhoitajien kohtaamia traumaattisia tilanteita leikkausosastolla käsitelleessä tutkimuksessa kyselylomakkeella kerätystä aineistosta esiin nousseet teemat luokiteltiin esimerkiksi sen mukaan, oliko vastaaja ollut osallisena traumaattisessa tilanteessa vai todistanut sitä etäämmältä. Traumaattisten tilanteiden luonne luokiteltiin vastausten perusteella seuraavasti: ammattilaisten välillä tapahtunut huono kohtelu tai hyväksikäyttö (45 %), potilaan kuolema (10,6 %), erilaiset konfliktitilanteet leikkaustiimissä (17,5 %) sekä tilanteet, jotka vaikuttivat potilaan saaman hoidon laatuun (26,9 %). Reilu 68 % vastaajista kertoi kohdanneensa joskus traumaattisia tilanteita työpaikallaan, ja viimeisen vuoden aikana raportoi vähintään yhdestä tilanteesta vajaa 70 % ja yli viidestä tilanteesta reilu neljännes vastaajista. Toisaalta noin 30 % tutkituista ei ollut kohdannut ollenkaan traumaattisia tilanteita viimeisen vuoden aikana. Lisäksi aineisto luokiteltiin sen mukaan, kuka traumaattisen tilanteen aiheuttajana oli ollut, ja luokiksi muodostui lääkäri, potilas, kollega, esimies tai joku muu. Useimmiten tekijä oli ollut lääkäri ja (47,5 %) harvimminkin potilas (10 %), muiden luokkien kesken tapaukset jakautuivat melko tasaisesti. (Michael – Jenkins 2001: 19–25.)

6 Pohdinta

6.1 Tiedonhakuprosessin tarkastelu

Tiedonhaussa nousi esiin runsaasti artikkeleita, jotka eivät käsitelleet aihetta sairaanhoitajan psyykinen työturvallisuus leikkausosastolla, vaan toista ammattiryhmää tai muutoin aihetta liian yleisellä tasolla. Esimerkiksi kirurgien työturvallisuudesta ja stressistä sekä sairaanhoitajien työturvallisuudesta ja työhyvinvoinnista ylipäänsä löytyi jonkin verran tutkimustietoa. Nämä on luonnollisesti jouduttu jättämään tämän opinnäytetyön ulkopuolelle.

Monissa tutkimuksissa oli tähän opinnäytetyöhön soveltuvaa tietoa, vaikka pelkän otsikon perusteella ne olisi suoraan jätetty työn ulkopuolelle. Psykkisestä työturvallisuudesta puhuvia tutkimuksia ei juuri löytynyt. Sen sijaan, siihen viitattiin ohimennen tai sitä ei mainittu ollenkaan, vaikka asiat, joista kirjoitettiin, vaikuttivat merkittävästi psyykkiseen työturvallisuuteen. Tämän vuoksi pelkän otsikon perusteella ulosraajamisen kanssa oltiin varovaisia.

Yksi opinnäytetyön suurimmista haasteista oli aiheesta pysyminen. Työtä tehtäessä, jouduttiin usein palaamaan kysymykseen; mitä oikeastaan on psyykinen työturvallisuus. Mitä kuuluu psyykkiseen työturvallisuuteen ja mitä ei. Opinnäytetyötä tehtäessä oli psyykkisen hyvinvoinnin käsite myös läsnä useaan otteeseen. Jossain kohtaa tiedonhakuja alettiin pohtimaan psyykkisen hyvinvoinnin merkitystä psyykkiseen työturvallisuuteen, sillä psyykinen työturvallisuus ei voi toteutua, jos psyykinen hyvinvointi ei toteudu.

Tulosten luokittelu osoittautui osin mutkikkaaksi tehtäväksi. Monesta tutkimuksesta löytyi samoja elementtejä ja aiheita, mutta hieman eri näkökulmista tarkasteltuina. Tutkimuksissa oli myös käsitelty useita tekijöitä yhdessä ja niitä oli yhdistelty erilaisiksi kombinaatioiksi. Se asetti haasteita tulosten analysointivaiheeseen siksi, että moni aihe olisi sopinut luokittelussamme useampaan kategoriaan. Tilanne pyrittiin ratkaisemaan hahmottamalla kunkin tutkimuksen pääaiheen tai -tuloksen, ja muodostamalla luokittelua sen mukaisesti. Toisaalta luokittelu hahmottui pilkkomalla tulokset hyvinkin pieniin osiin, joiden perusteella muodostettiin yläluokkia ja sitä kautta pääluokat.

6.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössä saadut tulokset kumoavat tehokkaasti käsitystä, jonka mukaan leikkaussalissa tapahtuva tiimityöskentely on alansa sujuvinta ja saumattominta. Kuten Coe ja Gould (2007) mainitsevat tutkimuksessaan, eivät eri ammattien väliset suhteet voi hyvin. Varsinkin kirurgien ja sairaanhoitajien väliset suhteet tuntuvat olevan tulehtuneet. Coen ja Gouldin (2007) tutkimuksessa reilusti yli puolet vastanneista sairaanhoitajista kertoi kokeneensa erimielisyyttä konsultoivan kirurgin kanssa viimeisen puolen vuoden aikana ja noin puolet vastaajista kertoi kokeneen konsultoivan kirurgin ja noin yksi kolmasosa konsultoivan anestesia- ja lääketieteen erikoislääkärin toteuttamaa aggressiivista käytöstä viimeisen puolen vuoden aikana. Luvut ovat suuria. Sairaaloissa on perinteisesti ollut hierarkkiset suhteet lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä. Ei tarvitse mennä montakaan

vuosikymmentä taaksepäin, kun kulttuuri oli vielä sellainen, ettei sairaanhoitajalla ollut mahdollisuutta esimerkiksi ohjeistaa lääkäriä tai välttämättä edes sanoa mielipidettään ääneen. Tänä päivänä maailma on erilainen, ja myös tilanne sairaalan seinien sisäpuolella on muuttunut. Lääkäri ei ole enää yksiselitteisesti arvoasteikossa sairaanhoitajan yläpuolella, eikä lääkärin myöskään oleteta tietävän kaikesta sairaanhoitajaa enemmän. Kummallakin ammattiryhmällä on omat vastualueensa ja on selvää, että sairaanhoitaja hallitsee omaan työhönsä liittyvän tiedon ja taidon lääkäriä paremmin. Näistä syistä sekä potilasturvallisuuden takaamiseksi on tärkeää, että sairaanhoitaja uskaltaa tarvittaessa puuttua lääkärin toimintaan leikkaussalissa.

Myös muista lähteistä on saatu vastaavia tuloksia. Muun muassa Jacobs ja Wille (2012) kertovat tutkimuksessaan havainneensa kirurgien sairaanhoitajiin kohdistamia tunteenpurkauksia ja hermonmenetyksiä sekä fyysistä väkivaltaa/häirintää. Rosenstein ja O'Daniel (2006) kertovat havainneensa muun muassa loukkaamista, huutamista, äänenkrottamista, loukkaavaa kielenkäyttöä, alentamista, epäkunnioittavaa vuorovaikutusta sekä haukkumista. Michael ja Jenkins (2001) tuovat esiin hoitajien kokeneen traumaattisena tilanteena huonoa kohtelua ja hyväksikäyttöä. Hamlin ja Hoffman (2002) kertovat artikkelissaan löytäneensä tutkimuksen, jossa käsitellään niinkin röyhkeää käytöstä kuin ihmiskudoksen ja instrumenttien heittäilyä, veren ja kehon eritteiden tahallista roiskimista. Dunn (2003) kertoo tutkimuksessaan kollegoiden sabotoinnista. Michael ja Jenkins (2001) tuovat esiin hoitajien kokeneen traumaattisena tilanteena huonoa kohtelua ja hyväksikäyttöä.

Saadut tulokset olivat suorastaan pöyristyttäviä. Erityisesti leikkaussalin työilmapiiriin pitäisi olla hyvä ja turvallinen, mutta tämä osoittautui olemaan enemmän poikkeus kuin sääntö. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien ihmisten luulisi tietävän, että edellä mainittu käytös ei ole hyväksyttävää.

Kuka tai mikä antaa luvan tällaiseen käytökseen - tulokset laittavat pohtimaan, mistä kyseinen käytös johtuu. Sitä ei voi enää laittaa täysin kiireen, paineiden, stressin ynnä muiden piikkiin, ei ainakaan pitkällä tähtäimellä. Hermojen menettäminen tai äänen krottaminen silloin tällöin on jossain määrin inhimillistä, jokainen on joskus väsynyt tai ärtynyt. Jokaisella on kuitenkin oma henkilökohtainenkin elämä. Tässä huomataan jälleen, miten läheisesti hyvinvointi ja työturvallisuus kulkevat yhdessä. Pahoinvointi aiheuttaa turvattomuutta ja turvattomuus pahoinvointia.

Yllättävää oli myös Chippsin ym. (2013) esille tuoma tulos, että epäasiallista käytöstä ei aina tunnisteta kiusaamiseksi - niistä on tullut normaalia toimintaa leikkausosastolla. Tämä kertoo siitä, miten pitkään toiminta on jatkunut tällaisenaan. Huutamisesta tai toisen haukkumisesta ei yhden työvuoron aikana tule normaalia. Se vie vuosia, jotta työntekijät tottuvat tällaiseen käytökseen. Mutta miten sitten tällainen käytös on voinut jatkua vuosien ja jopa vuosikymmenten ajan. Tämä kertoo jollain tapaa myös huonosta johtamisesta ja esimiestyöstä.

Työpaikan johtaminen ja esimiestyö vaikuttavat psyykkiseen työturvallisuuteen. Niiden vaikutuksesta ei kuitenkaan löytynyt yhtään suoranaista tutkimusta. Findik (2015) tutkimuksessaan kuitenkin viittaa huonoksi koetun esimiehen tuen olevan yhteydessä loppuunpalamisten runsaaseen määrään. Myös Kawanon (2008) tutkimuksessa ilmenevä tulos leikkaussalihoitajien kokemasta huonosta vaikuttamismahdollisuudesta työympäristöön on heijastusta johtamisesta ja esimiestyöstä. Mosadeghrad (2013) puolestaan tuo tutkimuksessaan esiin esimiehen ja kollegoiden tuen puutteen aiheuttavan stressiä. Rowe ja Sherlock (2005) mainitse kiusaajan olleen 20 % tapauksista osastonhoitaja.

Michael ja Jenkins (2001) sekä Rogers ym. (2013) tuovat esiin leikkaussalissa tapahtuvan konfliktitilanteita sekä niiden käsittelemättömyyttä. Tutkimuksissa jää kuitenkin auki, että miksi konfliktitilanteita ei ratkaista. Mikäli työntekijät eivät keskenään kykene sopimaan ja käsittelemään tilanteita on asia vietävä eteenpäin esimiehelle ja tarvittaessa vielä eteenpäin korkeammalle taholle. Työntekijä - esimiessuhteiden pitäisi olla niin hyvät, että työntekijä pystyy turvallisesti mielin tuomaan esiin kaiken häntä askarruttavan. Työntekijän pitäisi pystyä keskustelemaan esimiehensä kanssa myös niistä kipeistä asioista – kuten epäasiallisesta käytöksestä, kiusaamisesta ja hyväksikäytöstä. Tärkeä tutkimuskohde voisikin olla työntekijöiden ja esimiesten väliset suhteet.

Taustassa psyykkiseen työturvallisuuteen määritellään kuuluvan työyhteisö jäsenineen, työntekijälle kuuluvat työtehtävät ja niiden vaativuus, työolosuhteet ja työväliseistö. Edellä mainitut ovat kuitenkin aina jollain tapaa tulosta työpaikan johtamisesta ja esimiestyöstä. Tämän vuoksi voidaankin karkeasti sanoa, että puutteet edellä mainituissa asioissa kielivät huonosta johtamisesta ja esimiestyöstä. Tutkimuksissa kävi ilmi muun muassa työn kuormittavuus, paineet, kiire, lääkärin huono asenne ja stressi. Saatujen tulosten puitteissa voidaankin todeta, että johtaminen ja esimiestyö leikkausosastoilla ei ole hyvää ja riittävää. Olisikin mielenkiintoista, jos asiaa lähdetäisiin tutkimaan tarkemmin.

Meteli ja suositukset ylittävä äänenvoimakkuus leikkaussalissa ovat työntekijöiden terveyteen ja työhyvinvointiin vaikuttava riskitekijä. Vaikka meteli onkin sinänsä fyysinen tekijä, vaikuttaa se myös ihmisen psyykkiseen vointiin. Kova meteli tai vähän hiljaisempikin ylimääräinen ääni pitkään jatkuessaan rasittaa ja kuormittaa ihmisen psyykeä sekä heikentää henkistä jaksamista. Meteli vaikuttaa myös ihmisen kognitiiviseen suoriutumiseen, mikä on oleellinen riskitekijä potilasturvallisuuden kannalta leikkaussalissa. Opin- näytetyön tuloksissa painottui työperäisen stressin merkitys, mikä ei ehkä yllätä arkiko- kemuksen perusteella. Melu on yksi stressiä aiheuttava tekijä, ja sen vaikutukset ihmisen aivokemiatasolla ovat kiistattomat. Lisäksi nykytiedon valossa on keinotekoisia jakaa riskitekijät puhtaasti fyysisiin tai psyykkisiin, sillä ihminen on psykofyysinen kokonaisuus, jonka toiminnassa fyysiset ja psyykkiset tekijät vaikuttavat toinen toisiinsa.

6.3 Opinnäytetyön eettisyyden pohdinta

Tieteellisen käytännön loukkaukset ovat jaettavissa kahteen suurempaan kokonaisuuteen, jotka pitävät sisällään useita eri kohtia. Nämä kaksi kokonaisuutta ovat tieteellisessä toiminnassa tapahtuva vilppi ja hyvästä tieteellisestä käytännöstä piittaamattomuus. Vilppi tieteellisessä toiminnassa pitää sisällään havaintojen vääristelyn, sepittämisen, plagioinnin ja anastamisen. Havaintojen vääristelyllä tarkoitetaan havaintoihin perustuvien tulosten vääristelyä, sepittämisellä keksittyjen havaintojen esittämistä, plagioinnilla toisen kirjoittaman tekstin suoraa tai mukailtua kopiointia ja anastamisella toisen tuotosten esittämistä tai käyttämistä omanaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) a.) Piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä pitää sisällään puutteellisen kirjaamisen ja säilyttämisen, tulosten uusintajulkaisun uusina, tiedeyhteisön harhaanjohtamisen sekä muiden tutkijoiden työn merkityksen vähättelyn (Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) b). Tämä opinnäytetyö tarkistettiin Turnitin -ohjelman avulla plagioinnin estämiseksi.

Luotettavuus ja eettisyys toteutuvat, kun tutkimus suoritetaan hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Koko prosessin aikana tulee pysyä rehellisenä, tarkkana ja huolellisena. Eettisesti kestäviä sekä kriteerien mukaisia menetelmiä tiedonhankinnassa, tutkimuksessa ja arvioinnissa tulee käyttää. Muiden tutkijoiden toteuttama työ ja heidän saavutuksensa on huomioitava asianmukaisesti ja niitä tulee kunnioittaa. Heidän julkaisuihinsa tulee viitata asianmukaisesti. Työ tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida sekä tuotokset tallentaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) b.) Helsingin julistus ja kansallinen lainsäädäntö, TENK eli Tutkimuseettinen neuvottelukunta ja ETENE eli

Terveystieteiden neuvottelukunta ovat Suomen tutkimusetiikan ohjeistajat (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 227).

Luotettavuutta ja eettisyyttä arvioitaessa on tärkeää huomioida myös kielen kääntämiseen liittyvät haasteet. Käännösten tulee olla tarkkoja eli niiden tulee säilyttää lähdetekstin merkitys ja tyyli. Ammattimaisuuden säilyttämiseksi kääntäjän tulee pysyä puolueettomana ja ilmoittaa mahdollisista eturistiriidoista, jotka voivat vaikuttaa hänen kääntämiseensä. Kääntäjän tulee tietää kielitaitonsa rajat ja kieltäytyä tehtävistä, jotka ylittävät hänen taitonsa ja pätevyytensä. (Multi-Languages.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa eettisyys korostuu erityisesti tutkimuskysymystä muotoiltaessa (Kangasniemi ym. 2013: 297).

Tutkimuskysymys muotoiltiin annetun aiheen ympärille, ja koska kyseessä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, löysi kysymys hyvin nopeasti muotonsa. Taustatyöllä ei näin ollen ollut vaikutusta tutkimuskysymyksen muotoon. Aineisto valinta ja käsittely on avattu mahdollisimman selvästi ja yksityiskohtaisesti mitään lisäämättä ja mitään poisjättämättä.

Molemmat opinnäytetyön tekijät lukivat jokaisen tutkimuksen läpi ja niistä keskusteltiin yhteisymmärryksen löytämiseksi. Myös kääntämiseen liittyvistä haasteista keskusteltiin todenmukaisen ja alkuperäistä vastaavan käännöksen luomiseksi. Opinnäytetyön aiheesta ei löytynyt yhtäkään suomenkielistä tutkimusta, jonka vuoksi kirjallisuuskatsauksen lähteinä on käytetty yksinomaan englanninkielisiä tutkimusartikkeleita. Opinnäytetyön tekijöillä on keskiverto-opiskelijan kielitaito, mutta tieteellisen tekstin lukeminen vieralla kielellä ja sen suomentaminen on kyettävä tekemään virheettä, jotta tulosten luotettavuus säilyy.

6.4 Opinnäytetyön luotettavuuden pohdinta

Tutkimuksen luotettavuus jaetaan kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa arvioidaan tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia, kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen kuvauksen elävyyttä, metodologista sopivuutta, analyttistä täsmällisyyttä sekä teoreettista loogisuutta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 189–201.) Eettinen näkökulma, siirrettävyys, reflekttiivisyys, tulkinta, analyysi, otoksen valikointi, valittu asetelma, tutkimuksen tarkoitus ja merkityksellisyys arvioimalla voidaan arvioida kvalitatiivista tutkimusta paremmin (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 203–204).

Koska tämä opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, käytettiin luotettavuuden arviointiin kvalitatiivisen tutkimuksen arviointimenetelmiä huomioiden tutkimusmenetelmän vaikutus arviointiin. Tässä työssä käytettiin ennalta määrätyn kriteerein valittuja lähteitä, ja jokaisen lähteen kohdalla arvioitiin sen luotettavuutta, ajankohtaisuutta ja sopivuutta tähän opinnäytetyöhön. Lähteitä etsiessä keskityttiin sellaisiin hakusanoihin, jotka tuottavat mahdollisimman tarkkaan opinnäytetyön otsikon käsitteitä sisältäviä artikkeleita. Lähteet haettiin luetettavista tietokannoista.

Hakuja tehtäessä selvisi opinnäytetyön tekijöille melko pian, että tutkittua tietoa aiheesta on rajallisesti. Hakuja tehtiin aluksi tiukoin, otsikon mukaisin hakusanoin, mutta koska niillä ei riittävästi tutkimuksia löydetty, lähdettiin hakusanoja laajentamaan muilla aiheeseen sopivilla sanoilla. Hakuja pyrittiin tekemään monipuolisesti, kaikki sopivat sanat ja sanayhdistelmät huomioiden, mutta mahdollisuus on, että haut eivät kuitenkaan olleet riittävän laajat, ja hyviä tutkimuksia jäi tästä opinnäytetyöstä puuttumaan. Tutkimuksia rajautui pois myös niiden maksullisuuden vuoksi, mikä saattaa vääristää saatuja tuloksia.

Opinnäytetyön tekijät joutuivat pohtimaan käytettävien hakusanojen perusteltavuutta. Ideaalitulanteessa olisi käytetty ainoastaan opinnäytetyön otsikosta löytyviä sanoja hakusanoina, mutta niillä ei löytynyt riittävästi tuloksia. Tämän vuoksi jouduttiin hakemaan perusteluja valituille hakusanoille siitä, millä tavalla työn taustassa oli käsite psyykinen työturvallisuus määritelty. Perustellusta hakusanojen valinnasta huolimatta työn tekijöille jäi sellainen käsitys, ettei näin menettelemällä kuitenkaan saatu työhön mukaan kaikkia sellaisia hyviäkin lähteitä, jotka olisivat opinnäytetyön tutkimuskysymykseen vastanneet. Tämä epäkohta hyväksyttiin opinnäytetyön resurssien rajallisuuden vuoksi. Sama problematiikka nousi esiin laajempien hakusanojen tuottaessa kymmeniä ja jopa satoja tuloksia. Hakusanat piti muotoilla niin, että tuloksia tuli resursseihin nähden sellainen määrä, että kaikki pystyttiin käymään läpi.

Tässä opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ovat lähtöisin useammalta eri mantereelta. Opinnäytetyön tekijöiden yllätykseksi tutkimuksia löytyi maista, joita ei osattu odottaa; hyviä tutkimuksia löytyi nimittäin muun muassa Iranista, Turkista ja Intiasta. Vaikka työtä tehdessä oltiin tyytyväisiä tutkimusten maantieteelliseen kattavuuteen, herätti se samalla epäilystä tutkimustulosten käytettävyydestä/hyödynnettävyydestä. Kulttuurilliset erot Suomessa ja esimerkiksi Iranissa ovat melko suuria, samoin hoidon taso vaihtelee

maittain hyvinkin laajasti. Muutamissa tutkimuksissa oli keskenään huomattavissa ristiriitaisuutta. Voidaanko saatuja tutkimustuloksia hyödyntää Suomessa?

Opinnäytetyötä arvioi kaksi henkilöä, jotka arvioivat työn yksilöinä, mutta myös keskustelivat tekemistään havainnoista keskenään. Näin saatiin mahdollisimman objektiivinen ja laaja palaute sekä arviointi. Lisäksi opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa oli seminaari, joista saatiin palautetta ja uusia näkökulmia aiheeseen alan muilta opiskelijoilta.

7 Opinnäytetyön hyödynnettävyys

Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää perioperatiivisessa hoitotyössä. Tulokset ovat osittain hyödynnettävissä myös muuhun hoitotyöhön. Leikkausosaston työilmapiiri vaatii kehittämistä, samoin leikkausosaston esimiestyö ja johtaminen. Pohdinnassa on pyritty tuomaan mahdollisimman hyvin esiin myös muita leikkausosastolla esiintyviä riskejä ja ongelmia.

Saatuja tuloksia olisi hyvä peilata omaan työpaikkaan - miten juuri sinun työpaikkasi ja työkaverisi voivat tällä hetkellä. Tässä opinnäytetyössä ei ole käsitelty varsinaisia ratkaisuja ongelmiin, muutamia mainintoja sieltä täältä saattaa löytyä. Viime vuosina on alettu panostaa psyykkiseen hyvinvointiin. Nyt voisi olla hyvä panostaa myös psyykkiseen työturvallisuuteen.

Lähteet

Azizoglu, Fatma – Köse, Adnan – Gül, Hülya 2019. Self-reported Environmental Health Risks of Nurses Working in Hospital Surgical Units. *International Nursing Review* 66 (1). 87–93.

Chen, Chung-Kuang – Lin, Cecilia – Wang, Shu-Hui – Hou, Tung-Su 2009. A Study of Job Stress, Stress Coping Strategies, and Job Satisfaction for Nurses Working in Middle-Level Hospital Operating Rooms. *Journal of Nursing Research* 17 (3). 199–211.

Chippis, Esther – Stelmaschuk, Stephanie – Albert, Nancy – Bernhard, Linda – Holloman, Christopher 2013. Workplace bullying in the OR: Results of a Descriptive Study. *AORN Journal* 98 (5). 479–493.

Coe, Richard – Gould, Dinah 2007. Disagreement and Aggression in the Operating Theatre. *Journal of Advanced Nursing* 61 (6). 609–618.

Costello, Judy – Clarke, Cathy – Gravely, Gillian – D'Agostino, Rose, D. – Puopolo, Rose 2011. Working Together to Build a Respectful Workplace: Transforming OR Culture. *AORN Journal* 93 (1). 115–126.

Dunn, Herbert 2003. Horizontal Violence Among Nurses in the Operating Room. *AORN Journal* 78 (6). 977–988.

Findik, Ummu Yildiz 2015. Operating Room Nurses' Burnout and Safety Applications. *International Journal of Caring Sciences* 8 (3). 610–617.

Ford, Donna 2015. Speaking up to Reduce Noise in the OR. *AORN Journal* 102 (1). 85–89.

Greene, M. Todd – Gilmartin, Heather M. – Saint, Sanjay 2020. Psychological Safety and Infection Prevention Practices: Result from a National Survey. *American Journal of Infection Control* 48 (1). 2–6.

Gencturk, Nuran – Ay, Fatma 2018. Worker Safety in Hybrid Operating Rooms. *International Journal of Caring Sciences* 11 (3). 1990–1996.

Hamlin, Lois – Hoffman, Anita 2002. Perioperative Nurses and Sexual Harassment. *AORN Journal* 76 (5). 855–860.

Jacobs, George B. – Wille, Rosanne L. 2012. Consequences and Potential Problems of Operating Room Outbursts and Temper Tantrums by Surgeons. *Surgical Neurology International* 3 (3). 167–173.

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Ahonen, Sanna-Mari - Pietilä, Anna-Maija - Jääskeläinen, Petri – Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4). 291–301.

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karma, Anna – Kinnunen, Timo – Palovaara, Marjo – Perttunen, Jaana 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kawano, Yuri 2008. Association of Job-related Stress Factors with Psychological and Somatic Symptoms among Japanese Hospital Nurses: Effect of Departments Environment in Acute Care Hospitals. *Journal of Occupational Health* 50 (1). 79–85.

Lape, Lucian – Shore, Miles – Dienstag, Jules – Mayer, Robert – Edgman-Levitan, Susan – Meyer, Gregg – Healy Gerald 2012. Perspective: A Culture of Respect, Part 1: The Nature and Causes of Disrespectful Behavior by Physicians. *Academic Medicine* 87 (7). 845–852.

Lukkari, Liisa – Kinnunen, Timo – Korte, Ritva 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Michael, Rene – Jenkins, Heather J. 2001. Work Related Trauma: the Experiences of Perioperative Nurses. *Collegian* 8 (1). 19–25.

Morath, Julianne – Filipp, Rhonda – Cull, Michael 2014. Strategies for Enhancing Perioperative Safety: Promoting Joy and Meaning in the Workforce. *AORN Journal* 100 (4). 377–389.

Mosadeghrad, Ali Mohammad 2013. Occupational Stress and Turnover Intention: Implications for Nursing Management. *International Journal of Health Policy and Management* 1 (2). 169–176.

Multi-Languages. Translator code of ethics. High Quality Translation and Interpretation Services. Verkkodokumentti. <https://multi-languages.com/translations-shtml/translators_ethics-shtml/>. Luettu 01.10.2019.

Pavlová, Petra - Holá, Jana - Škaroupková, Lenka 2019. Compliance with the Principles of the Perioperative Safety Process in the Context of the Work of Perioperative Nurses. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 10 (4). 1125–1133.

Rogers, David A. – Lingard, Lorelei – Boehler, Margaret L. – Espin, Sherry – Mellinger, John D. – Schindler, Nancy – Klingensmith, Mary 2013. Surgeons Managing Conflict in the Operating Room: Defining the Educational Need and Identifying Effective Behaviors. *The American Journal of Surgery* 205 (2). 125–130.

Rosenstein, Alan – O'Daniel, Michelle 2006. Impact and Implications of Disruptive Behavior in the Perioperative Arena. *Journal of the American College of Surgeons* 203 (1). 96–105.

Rowe, M. Michelle – Sherlock, Holly 2005. Stress and Verbal Abuse in Nursing: Do Burned out Nurses Eat Their Young? *Journal of Nursing Management* 13 (3). 242–248.

Sairaanhoitajien työolobarometri 2018. Verkkodokumentti. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2019/01/tyoolobarometri_2018_web.pdf>. Luettu 20.8.2019.

Sharma, Parul – Davey, Anuradha – Davey, Sanjeev – Shukla, Arvind – Shrivastaja, Kajal – Bansal, Rahul 2014. Occupational Stress Among Staff Nurses: Controlling the Risk to Health. *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine* 18 (2). 52–56.

Sonoda, Yukio – Onozuka, Daisuke – Hagihara, Akihito 2018. Factors Related to Teamwork Performance and Stress of Operating Room Nurses. *Journal of Nursing Management* 26 (1). 66–73.

Tapaturmavakuutuskeskus a. Työtapaturmat. Verkkodokumentti. <<https://www.tvk.fi/tietopalvelu-ja-julkaisut/tilastot/tyotapaturmatilastot/>>. Luettu 28.08.2019.

Tapaturmavakuutuskeskus b. Ennakkoarvio: Työpaikkatapaturmien määrä nousi vuonna 2018. Verkkodokumentti. <<https://www.tvk.fi/uutiset/ennakkoarvio-tyopaikkatapaturmien-maara-nousi-vuonna-2018/>>. Luettu 26.08.2019.

THL 2019. Ympäristöterveys. Melu. <<https://thl.fi/fi/web/ymparistoterveys/melu>>. Luettu 5.3.2020.

THL 2011. Toimenpiteelliset hoitajaksot 2010. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80384/Tr41_11.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 25.08.2019.

Torrington, Birgitte – Gittel, Jody – Laursen, Mogens – Rasmussen, Bodil – Sorensen, Erik 2019. Communication and Relationship Dynamics in Surgical Teams in the Operating Room: An Ethnographic Study. *BMC Health Services Research* 19 (528).

Tuovinen, Raija – Kvist, Tarja – Partanen, Pirjo 2010. Työpaikkakiusaaminen erikoissairaanhoidossa. *Tutkiva Hoitotyö* 8 (4): 4–11.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) a. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Verkkodokumentti. <<https://www.tenk.fi/fi/htk-loukkaukset>>. Luettu 21.08.2019.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) b. HTK-loukkaukset. Verkkodokumentti. <<https://www.tenk.fi/fi/htk-loukkaukset>>. Luettu 21.08.2019.

Työterveyslaitos. Asennetta työhön. Ohjaajan opas. Verkkodokumentti. <<https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2017/02/asennetta-tyohon-ohjaajan-opas.pdf>>. Luettu 03.09.2019

Työsuojelu.fi Työsuojeluhallinnon verkkopalvelu a. Epäasiallinen kohtelu. Verkkodokumentti. <<https://www.tyosuojelu.fi/tyoolot/epaasiallinen-kohtelu>>. Luettu 02.09.2019.

Työturvallisuuskeskus a. Sosiaali- ja terveysala. Verkkodokumentti. <https://ttk.fi/tyoturvallisuus_ja_tyosuojelu/toimialakohtaista_tietoa/sosiaali-ja_terveysala>. Luettu 24.08.2019.

Työturvallisuuskeskus b. Turvallinen ja terveellinen työ varmistetaan työsuojelulla. Verkkodokumentti. <https://ttk.fi/tyoturvallisuus_ja_tyosuojelu>. Luettu 24.08.2019.

Työturvallisuuskeskus c. Lait ja sopimukset säätelevät työsuojelua. Verkkodokumentti. <https://ttk.fi/tyoturvallisuus_ja_tyosuojelu/tyosuojelu_tyopaikalla>. Luettu 24.08.2019.

Työturvallisuuskeskus d. Työsuojaus on yhteistoimintaa. Verkkodokumentti. <https://ttk.fi/tyoturvallisuus_ja_tyosuojelu/tyosuojelu_tyopaikalla>. Luettu 24.8.2019.

Työturvallisuuskeskus 2015. Työn henkisten kuormitustekijöiden hallinta. Verkkodokumentti. <https://ttk.fi/files/4660/Tyon_henkisten_kuormitustekijoiden_hallinta.pdf>. Luettu 28.08.2019.

Työturvallisuuskeskus 2014. Yksityisten terveydenhuoltopalvelujen työsuojaus. Verkkodokumentti. <https://ttk.fi/files/6405/Yksityisten_terveydenhuoltopalvelujen_tyosuojelu.pdf>. Luettu 26.08.2019.

Työturvallisuuslaki (738/2002). Verkkodokumentti. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738#L9P65>>. Luettu 1.9.2019.

Liite 1

Taulukko 2. Analysoidut tutkimusartikkelit (n=15)

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset
Azizoglu, Fatma – Köse, Adnan – Gül, Hülya 2008, Turkki	Tunnistaa yliopistollisen sairaalan kirurgisissa yksiköissä työskentelevien sairaanhoitajien havaitsemia työpaikkapohjaisia ympäristöriskejä.	229 sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät ison yliopistollisen sairaalan 11 eri kirurgisella osastolla.	Tutkimusta varten tehtiin 10 kysymystä sisältävä monivalintakysely, joka kattoi vastaajien henkilökohtaiset ominaisuudet ja riskitekijät. Analysointi tapahtui käyttämällä the Statistical Package for the Social Sciencesia.	Biologisten ja psykologisten riskien havaittiin olevan korkeita. Fyysisten, kemiallisten ja ergonomisten riskien sekä yleisten työriskien havaittiin olevan kohtalaisia. Yövuoroissa työskentelevät hoitajat kohtasivat päivävuoroissa työskenteleviä hoitajia useammin fyysisiä ja psykologisia riskejä.
Chen, Chung-Kuang – Lin, Cecilia – Wang, Shu-Hui – Hou, Tung-Su 2009, Kiinan tasavalta	Määrittää leikkaussalissa työskentelevien sairaanhoitajien stressin aiheuttajia, stressistä selviytymisstrategioita ja työtyytyväisyyttä sekä selvittää väestön ominaisuuksien vaikutuksia edellä mainittuihin.	121 yli kuusi kuukautta töissä ollutta, Yun Linissä tai Chiayi maissa työskentelevää sairaanhoitajaa. 112 sairaanhoitajalta saatiin vastaus kyselyyn.	Tutkimusta varten luotiin neljä eri elementtiä sisältävä kyselylomake, joka suunniteltiin viittamaan aiempiin tutkimuksiin, ja jonka arvioi ja muokasi yhdeksän asiaankuuluvan asiantuntemuksen omaavaa henkilöä. Data analysoitiin käyttämällä SPSS-ohjelmaa. Itsenäistä t-testiä, varianssianalyysia ja Pearsonin korrelaatiota käytettiin määrittämään korrelaatioita.	Leikkaussalissa työskentelevän sairaanhoitajan stressin taso ja frekvenssi olivat merkittävästi kytköksissä sairaalan tyyppiin. Suurin stressin aiheuttaja oli potilasturvallisuus. Useimmiten stressiä aiheutti hallinnollinen palaute. Vaikka työstressi liittyy tuhoisiin stressinhallintastrategioihin, niin ammatillinen asema, potilasturvallisuus ja leikkaussalinympäristö liittyivät myös rakentaviin stressinhallintastrategioihin.
Chipps, Esther – Stelmaschuk, Stephanie – Albert, Nancy – Bernhard, Linda – Holloman,	Selvittää kiusaamisen esiintyvyyttä leikkausosastolla, sekä onko työpaikkakiusaamisella yhteyttä seuraaviin: sukupuoli, etnisyys, sairaala,	582 työntekijää kahdessa toimipisteessä, työntekijöissä eri ammattinimikkeiden edustajia. Työsuhteen oli täytynyt kestää yli puoli vuotta, ja työajan tuli	Tutkimuksessa käytettiin kyselylomaketta, jossa oli 22 kohtaa. Tutkittavilta kysyttiin, kuinka usein viimeisen 6 kuukauden aikana he olivat kokeneet negatiivisia toimia työpaikallaan. Tutkittaville annettiin myös	59 % vastaajista oli nähnyt kiusaamista viikoittain, 34 % kahdesti viikossa. Mieli-piteen huomiotta jättäminen oli yleisin kiusaamisen muoto, jota olikin kokenut 28 % vastaajista. Eri sairaaloiden ja etnisten edustajien kesken nähtiin eroja

Christopher 2013, Yhdysvallat	jossa henkilö työskentelee, työkokemus vuosina ja nykyisessä yksikössä, ammattinimike, henkinen uupumus, käsitykset potilasturvallisuudesta.	olla vähintään 50 % viikkotuntimäärästä. 167 henkilö vastasi kyselyyn ja vastanneista 44,7 % oli sairaanhoitajia.	luettavaksi määritelmä kiusaamisesta, ja heiltä kysyttiin, olivatko he tulleet kiusatuksi työpaikallaan. Saadun datan analysointiin käytettiin eritilastollisia menetelmiä	kiusaamiskokemuksissa. Henkinen uupumus oli yhteydessä kiusaamiskokemukseen, mutta vastaajat eivät kokeneet kiusaamisen vaikuttavan potilasturvallisuuteen.
Coe, Richard – Gould, Dinah 2007, Englanti	Selvittää eri ammattiryhmien sisällä ja niiden välillä tapahtuvia erimielisyyksiä sekä aggressiivisen käytöksen yleisyyttä leikkausosastolla sekä näiden kansallista levinneisyyttä.	Satunnaisotos, johon valittiin 62 leikkausosastoa. 37 osastoa osallistui tutkimukseen. Vastaajia oli 391, joista 227 oli sairaanhoitajia.	Kyselylomake suunniteltiin tiimityön teoreettisten perusteiden pohjalta ja kehitetty edelleen erimielisyyksiä ja konflikteja koskevan kirjallisuuden pohjalta. Tulokset analysoitiin syöttämällä kyselylomakkeella saadut tiedot minitabiin. Lisäksi tehtiin kuvaileva ja kaksiulotteinen normaalikauma –analyysit.	Puolet vastaajista kertoivat kokeneensa konsultoivan kirurgin harjoittamaa aggressiivista käytöstä. Päivittäisiä erimielisyyksiä listojenhallinnasta sairaanhoitajien ja konsultoitavien kirurgien välillä havaittiin. Roolien ymmärtämättömyyttä sekä potilaiden hoidon tavoitteen jakamattomuutta ilmoitettiin myös. Vastaavia tuloksia saatiin kaikkien maantieteellisten sijaintien otoksista.
Dunn, Herbert 2003, Yhdysvallat	Selvittää leikkaussalissa tapahtuvan sabotoinnin ja työtyytyväisyyden välistä suhdetta perioperatiivisilla sairaanhoitajilla.	500:lle New Jerseyläiselle, tutkimukseen sopivalle AORN-jäsenelle lähetettiin kyselylomakkeita. Jäseniä listalla oli 1523. 29 % eli 145 vastasi kyselyyn.	Tietoa kerättiin kyselylomakkeella, joka sisälsi Sabotage savy-kyselyn, IWS-kyselyn sekä kyselyn taustatiedoista. Tietoa analysoitiin ANOVA:n avustuksella.	Tutkimuksen mukaan leikkaussalissa tapahtuvan sabotoinnin yleisyydestä huolimatta, sillä ei ole merkittävää vaikutusta työhyvinvointiin.
Findik, Ummu Yildiz 2015, Turkki	Määrittää erilaisten turvallisuustoimenpiteiden ja sairaanhoitajien burnout -kokemusten välinen suhde leikkaussalissa.	106 perioperatiivista sairaanhoitajaa kolmessa yliopistollisessa ja kahdessa julkisessa sairaalassa. 64 sairaanhoitajaa vastasi kyselyyn.	Tietoa kerättiin lähettämällä sairaanhoitajille sähköpostitse kolme erilaista kyselylomaketta koskien henkilökohtaisia tietoja, työntekijän turvallisuuteen liittyviä seikkoja sekä Maslachin burnout -arviointia. Kerättyä dataa analysoitiin tilastollisia menetelmiä käyttäen.	Seuraavien seikkojen havaittiin olevan yhteydessä korkeaan burnout-riskiin: pistohaavat, työpaikan heikko terveystarkastus- ja rokotushuolenpito, säteilyn käyttäminen ilman varotoimenpiteitä sekä esimieheltä saatu vähäinen tuki.

Kawano, Yuri 2008, Japani	Selvittää työhön liittyvien stressitekijöiden ja psykologisten ja somaattisten oireiden välistä yhteyttä sekä osastojen ympäristön vaikutusta ja panilaisissa akuuttisairaaloissa.	Itse tehty kyselylomake jaettiin 1882 neljässä eri akuuttisairaalassa täyskokoisesti työskentelevälle sairaanhoitajalle. 1599 vastauksesta 1551 päätyi analysoitavaksi.	Seitsemää työn aiheuttamaa stressitekijää, kolmea sosiaalista tukiasteikkoa ja kuutta psykologista ja somaattista oiretta kuudella eri osastolla vertailtiin käyttämällä varianssianalyysiä. Bonferronin testiä käytettiin useampaa tekijää samanaikaisesti vertailtaessa.	Leikkaussalissa työskentelyyn liittyi väsymisyys, teho-osastoilla ahdistuneisuus ja kirurgialla ja sisätaudeilla ahdistuneisuus ja masentuneisuus riippumatta väestötiedoista ja työhön liittyvistä stressitekijöistä.
Michael, Rene – Jenkins, Heather J 2001, Australia	Kuvata sairaanhoitajien raportoimia traumaattisten tapahtumien kokemuksia ja niiden määrää perioperatiivisessa työympäristössä.	233 perioperatiivista sairaanhoitajaa 30 sairaalassa eri puolilla läntistä Australiaa. Otoksessa oli sekä julkisia että yksityisiä sairaaloita.	Tietoa kerättiin tutkimuslomakkeella, jossa oli ensin määritelty termi ”traumaattinen tapahtuma”. Tapahtumat jaettiin sellaisiin, joissa vastaaja oli itse ollut osallisena ja sellaisiin, joita vastaaja oli joutunut etäämmältä todistamaan. Aineisto analysoitiin kvalitatiivista sisällönanalyysiä hyväksikäyttäen.	Yli 68 % vastaajista oli kokenut traumaattisen tapahtuman, ja heistä vajaa 70 % raportoi yhdestä tai useammasta traumasta viimeisen vuoden aikana.
Mosadeghrad, Ali Mohammad 2013, Iran	Tutkia sairaanhoitajien tilannetta työperäisen stressin suhteen. Lisäksi haluttiin tutkia myös stressin ja työpaikanvaihtamisaikojen välistä.	296 sairaanhoitajaa iranilaisessa sairaalassa.	Aineisto kerättiin validoidulla kyselylomakkeella, jossa vastaajia pyydettiin arvioimaan 30 tavallisen stressitekijän voimakkuutta käyttäen 5-portaista asteikkoa.	Kolmannes hoitajista arvioi stressitasonsa korkeaksi, ja 35 % hoitajista harkitsikin työpaikan vaihtoa. Leikkaussalissa työskentelevät sairaanhoitajat ilmoittivat stressin syyksi liian suuren työkuorman, aikataulupaineet, henkilökuntapuutokset ja esimiehen sekä kollegoiden tuen puutteen.
Pavlová, Petra – Holá, Jana – Škaroupková, Lenka 2019, Tšekki	Kuvata tämänhetkisiä perioperatiivisia turvallisuusprosesseja perioperatiivisten sairaanhoitajien työhön viitaten.	139 akuuttisairaanhoidon tarjoavan sairaalan osaston osastonhoitajaa tai leikkauserikoistumisesta vastaavaa henkilöä lähestyttiin tutkimuksella. 68	Tutkimusta varten luotiin kyselylomake, jonka perustana oli aiemmin toteutettu tutkimus sekä WHO:n leikkaustiimin tarkistuslista. Aineisto analysoitiin käyttämällä Statistican tutkimusmenetelmiä.	Yli 96 % vastaajaosastoista omasi vakiintuneet käytännöt, jotka olivat potilaan tunnistus, leikkauksen puolen ja tyypin varmistus, potilaan allergiahistorian tarkistus sekä lääketieteellisten laitteiden määrän tarkistus. Tutkimus osoitti, että vastaajaosastot pitivät turvallisuustarkastuksia

		vastausta 14 eri alueelta saatiin.		erittäin tärkeänä perioperatiivisissa toimenpiteissä.
Rogers, David A. – Lingard, Lorelei – Boehler, Margaret L. – Espin, Sherry – Mellinger, John D. – Schindler, Nancy – Klingensmith, Mary 2013, Yhdysvallat	Arvioida kirurgien koulutustarvetta konfliktien ratkaisussa sekä tunnistaa sellaisia käyttäytymismalleja, jotka ovat tehokkaita konfliktitilanteiden ratkaisemisessa.	31 perioperatiivista sairaanhoitajaa ja 35 kirurgia.	Aineistonkeruussa käytettiin puolistrukturoitua kysymyslomaketta. Sairaanhoitajat ja kirurgit jaettiin 3–9 hengen ryhmiin. Sairaanhoitajille annettiin eri kysymykset kuin kirurgeille.	Koulutus konfliktien ratkaisuun työpäivällä oli riittämätöntä. Konflikteilla ja niiden taitamattomalla selvittämisellä on negatiivinen vaikutus työtiin jäseniin ja tiimin toimintaan. Tutkimuksessa havaittiin neljä tehokasta tapaa hoitaa konfliktitilanteet. Kumpikin ammattiryhmä arvioi itsensä tehokkaaksi konfliktitilanteiden ratkaisussa, vaikka eroja oli todellisuudessa havaittavissa.
Rosenstein, Alan – O'Daniel, Michelle 2006, Yhdysvallat	Tutkia häiritsevää käyttäytymisestä perioperatiivisessa ympäristössä, jotta voidaan tunnistaa tilanteita, joissa voitaisiin parantaa.	Tutkimukseen osallistui 244 henkilöä (lääkäreitä, erikoistuvia lääkäreitä, hoitajia sekä muita perioperatiivisesta hoidosta vastaavia henkilöitä).	Tietoa kerättiin 25-kysymystä sisältävällä kyselylomakkeella. Aineisto analysoitiin SPSS:llä ja vastauksia verrattiin aiempiin tuloksiin, jotka saatiin kansallisesta tutkimustietokannasta.	Häiritsevä käyttäytyminen on yleinen ilmiö perioperatiivisessa ympäristössä. Sitä toteutti useimmiten hoitava kirurgi. Se nostaa stressitasoa ja aiheuttaa turhautumista, mikä aiheuttaa edelleen keskittymisvaikeuksia, häiritsee kommunikaatiota ja vaikuttaa haitallisesti henkilösuhteisiin ja tiimityöhön. Sen havaittiin olevan yhteydessä lääketieteellisiin virheisiin, haittatapahtumiin, potilasturvallisuuden vaarantamiseen sekä hoidon laatuun.
Sharma, Parul – Davey, Anuradha – Davey, Sanjeev – Shukla, Arvind – Shrivastaja, Kajal – Bansal, Rahul 2014, Intia	Tutkia sairaanhoitajien työperäistä stressiä ja siihen vaikuttavia tekijöitä.	100 sairaanhoitajaa intialaisessa sairaalassa.	Aineisto kerättiin ennakkoon testatulla ja validoidulla kyselykaavakkeella, joka oli toteutettu sekä englanniksi että hindiksi. Kysely oli kaksiosainen. Ensimmäisessä osassa käsiteltiin vastaajan henkilökohtaisia tietoja. Toisessa osassa käytettiin David Fontanan kehittämää 22-kohtaista stressiä koskevaa	Lääkäreiden arvioitiin kohtelevan hoitohenkilöstöä huonosti tai tyydyttävästi 3–4 kertaa useammin kuin hyvin, ja se tuotti stressiä. Osastolla, jolla henkilö työskenteli, oli merkitystä koetun stressin määrälle. Hoitajilla ei ollut aikaa taukoihin, ja heistä 42 % kokivat olevansa kohtalaisen tai vakavasti stressaantuneita. Hoitajat, jotka kokivat työnsä rasittavaksi, arvioivat myös stressitasonsa korkeammaksi.

			kysymyskaavaketta. Tulokset luokiteltiin pistemäärän mukaan neljään luokkaan.	Leikkaussalissa työskentelevät sairaanhoitajat eivät kokeneet stressiä niin paljon kuin päivystyksessä ja teho-osastolla työskentelevät hoitajat.
Sonoda, Yukio – Onozuka, Daisuke – Hagihara, Akihito 2018, Japani	Arvioida leikkaussalissa työskentelevien sairaanhoitajien käsityksiä tiimityöskentelystä ja henkisen stressin tasosta, sekä niihin liittyviä tekijöitä.	375 perioperatiivista sairaanhoitajaa Fukuoka Sanno -sairaalassa Japanissa	Tutkimuksessa käytettiin kyselykaavaketta, jonka sairaanhoitajat täyttivät heti jokaisen leikkauksen jälkeen. Kaavakkeessa kysyttiin esimerkiksi "Oletko stressaantunut leikkauksen aikana?". Tulosten analysoinnissa käytettiin tilastollisia menetelmiä (esimerkiksi chi-square -testi).	Tutkimuksen tulokset osoittavat, että 30–40 % perioperatiivisista sairaanhoitajista olivat stressaantuneita leikkauksen aikana.
Torrington, Birgitte – Gittel, Jody – Laursen, Mogens – Rasmussen, Bodil – Sorensen, Erik 2019, Tanska	Tutkia kommunikaatiota ja ihmissuhde-dynamiikkaa moniammatillisissa kirurgisissa tiimeissä.	39 kirurgista tiimiä tarkkaihin ja 15 henkilöä haastettiin kahdessa ortopedisessä leikkausyksikössä tanskalaisessa yliopistollisessa sairaalassa.	Deduktiivisesti ohjattua sisällönanalyysiä käytettiin aineiston analysointiin relaatiokoordinaation teorian pohjalta.	Tutkimuksessa tunnistettiin neljä erilaista viestintä- ja suhdemallia, jotka ovat: ennakkoiva ja intuitiivinen viestintä, hiljainen ja tavallinen viestintä, tarkkaamaton ja epäselvä viestintä sekä ristiriitainen ja erittäin dynaaminen viestintä. Tulokset viittaavat siihen, että leikkaustiimien viestinnän ja ihmissuhde-dynamiikan ja toimenpiteen monimutkaisuuden välillä on yhteys.