



# **Kokemuksia sairaanhoitajien työkykyä heikentävistä tekijöistä**

Joni Hakanpää

Henri Hyttinen

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2012  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JONI HAKANPÄÄ & HENRI HYTTINEN:

Kokemuksia sairaanhoitajien työkykyä heikentävistä tekijöistä

Opinnäytetyö 73 sivua, josta liitteitä 16 sivua  
Lokakuu 2012

---

Työkyky ymmärretään nykyään moniulotteisena ja kokonaisvaltaisena ilmiönä, johon vaikuttavat monet inhimillisyyteen ja ympäristöön liittyvät tekijät. Työkyky on tasapainoa eri tekijöiden välillä, alati muuntuvaa ja aina sidoksissa senhetkiseen ympäristöön. Työkyky muodostuu ihmisen voimavaroista, työhön ja työntekoon liittyvistä tekijöistä sekä ympäristön vuorovaikutuksesta. Yksilöllinen kokemus työkyvystä on yksi tärkeimmistä tekijöistä ennakoitaessa työkyvyn heikkenemistä.

Opinnäytetyö käsitteli sairaanhoitajien työkyvyn heikkenemistä ja heikentyneen työkyvyn käsittelyä työpaikalla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tekijöitä, jotka heikentävät sairaanhoitajien työkykyä sekä millä tavalla heikentynyt työkyky ilmenee ja miten asiaa käsitellään työpaikalla. Tavoitteenamme oli lisätä keskustelua hoitotyöntekijöiden työkyvystä ja helpottaa näin asioiden käsittelyyn ottamista.

Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin teema-haastatteluin kuudelta sairaanhoitajalta huhti-toukokuussa 2012. Vastaajista osa toimi lähiesimiehinä työpaikoillaan. Aineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysimenetelmällä.

Haastateltavien mukaan työkyky koostui työntekijän kokonaisvaltaisesta toimintakyvystä, jossa kokonaisuus ja osatekijöiden välinen tasapaino olivat tärkeitä. Työkykyä heikentävät itsestä johtuvat tekijät kumpusivat terveydestä, kompetenssin puutteista, asenteista, sekä sosiaalisesta ympäristöstä kotona ja työpaikalla. Työkyvyn heikentymisen seurauksia olivat toimintakyvyn lasku, vajaakuntoisena työskentely sekä erityisjärjestelyjen ja sairauspoissaolojen kasvu. Työstä johtuvat työkykyä heikentävät tekijät koskivat hoitotyön kuormittavaa luonnetta, fyysisiä ja psykososiaalisia työoloja, korkeiksi koettuja vaatimuksia sekä raskaita potilastapauksia.

Heikentyneen työkyvyn käsittely työpaikalla oli virallista ja epävirallista. Virallinen käsittely sisälsi yhteistyön eri tahojen välillä ja toimenpiteet työkyvyn tukemiseksi. Epävirallinen käsittely koski työyhteisössä käytävää keskustelua. Sairaanhoitajan heikentynyt työkyky voi tulla esimiehen tietoon viiveellä, vaikka se olisi ollut työryhmän tiedossa pidempään. Heikentyneen työkyvyn käsittely työpaikalla oli hienovaraista ja toisinaan hankalaa, mikäli taustalla oli muita kuin yleisesti todettavia fyysisiä syitä.

Jatkotutkimusehdotuksena voitaisiin tutkia psykososiaalisten työolojen vaikutuksia sairaanhoitajan työkykyyn ja hoitotyön kulttuuria käsitellä vaikeita asioita työyhteisön sisällä.

---

Asiasanat: työkyky, hoitotyö, kollegiaalisuus, toimintakyky

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Public Health Nursing

JONI HAKANPÄÄ & HENRI HYTTINEN:  
Experiences of Factors That Weaken Nurses' Working Ability

Bachelor's thesis 73 pages, appendices 16 pages  
October 2012

---

The purpose of this study was to survey the factors that weaken nurses' working ability, how a weakened working ability manifests itself and how it is handled at the workplace. The method of this study was qualitative. Data were collected by interviews from nurses. The data were analyzed by means of theory-guided content analysis.

According to the interviewees, nurses' working ability consists of overall performance status. The internal factors that weaken nurses' working ability stem from health problems, competence shortcomings, attitudes and social environment at home and at work. The consequences of weakened working ability include decrease of overall performance, working with a disability and an increase in special arrangements and sick leaves. Work related factors that weaken working ability concern the straining nature of nursing, physical and psychosocial working conditions, experiences of not being able to meet the required high standards, and rough patient incidents.

Weakened working ability is dealt with both officially and unofficially at the workplace. Nurses' weakened working ability may remain unrevealed for a long time on the official level even if it had been known for a long time in the work community. At work the discussion about someone's weakened working ability is subtle and sometimes difficult if there are other than commonly found physical factors in the background.

The authors wish to suggest that further studies should be conducted about the effects of psychosocial working conditions on nurses' working ability and the culture of handling difficult subjects inside the work community.

---

Key words: nursing, work ability, collegiality, ability to function

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	6
3	TEOREETTINEN VIIITEKEHYS .....	7
	3.1. Työkyky .....	8
	3.1.1 Toimintakyky .....	9
	3.1.2 Ammatillinen osaaminen.....	10
	3.1.3 Arvot, asenteet ja motivaatio .....	11
	3.1.4 Työ .....	12
	3.1.5 Ympäristö .....	14
	3.2. Työkykyä heikentävät itsestä johtuvat tekijät .....	15
	3.3. Työkykyä heikentävät työstä johtuvat tekijät .....	17
	3.4. Heikentyneen työkyvyn käsittely työpaikalla .....	19
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	22
	4.1. Kvalitatiivinen menetelmä .....	22
	4.2. Aineiston keruu ja teemahaastattelu .....	23
	4.3. Aineiston analyysi.....	25
5	TULOKSET .....	27
	5.1. Yksilön kokemus työkyvystä .....	27
	5.2. Työkykyä heikentävät itsestä johtuvat tekijät .....	28
	5.3. Työkykyä heikentävät työstä johtuvat tekijät .....	32
	5.4. Heikentyneen työkyvyn käsittely työpaikalla .....	36
6	Johtopäätökset & pohdinta .....	41
	6.1. Tulosten tarkastelu .....	41
	6.2. Opinnäytetyön luotettavuus .....	46
	6.3. Eettinen pohdinta .....	49
	6.4. Opinnäytetyön toteuttaminen.....	50
	6.5. Jatkotutkimusaiheet.....	52
	LÄHTEET .....	53
	LIITTEET.....	57
	Liite 1. Teemarunko .....	57
	Liite 2. Saatekirje.....	58
	Liite 3. Sisällönanalyysi .....	59
	Liite 4. Tutkimukset ja tutkimusartikkelit .....	69

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme käsittelee sairaanhoitajien työkyvyn heikkenemistä. Ilmiö on ajan-kohtainen ja tärkeä, mutta asiasta käydään julkisesti vähän keskustelua. Sairaanhoitajilla on korkeat ammatilliset vaatimukset, jotka tekevät hoitotyöstä kuormittavan tavalla, jota ei muilla toimialoilla ole. Sairaanhoitajien pitää työssään vastata terveyden edistämisestä ja ylläpitämisestä, sairauksien ehkäisemisestä ja niiden hoitamisesta sekä kärsimyksen lievittämisestä (Sairaanhoitajaliitto 2012). Yksittäisen sairaanhoitajan työkyvyn heikentyminen voi ääritapauksissa johtaa täysin päinvastaiseen toimintaan ja näin heikentää potilas- ja työturvallisuutta sekä vaikuttaa työyhteisön toimintaan.

Sosiaali- ja terveysalalla on parhaillaan käynnissä suuria rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia. Terveyttä ja työkykyä ovat uhanneet voimavarojen vähennykset, päätöiden lisääntyminen, jatkuvat toiminnalliset ja hallinnolliset muutokset, valtiosuusjärjestelmän muutokset, tuottavuuden kasvu sekä henkilöstön ikääntyminen. (Elovainio & Kivimäki 2005.) Alan johtamisosaamisella ja – käytännöllä on entistä suurempi merkitys työelämän laadulle. Terveiden ja hyvinvoinnin kannalta keskeiset haasteet liittyvät työn henkiseen kuormittavuuteen, fyysiseen raskauteen ja väkivallan uhkaan. (Kauppinen ym. (toim.) 2009.)

Kartoitimme sairaanhoitajien kokemuksia heikentyneestä työkyvystä. Kuvasimme työkykyä heikentäviä tekijöitä, jotka ovat joko yksilö- tai työlähtöisiä. Tutkimme myös työkyvyn heikentymisen käsittelyä työpaikoilla. Kollegan työkyvyn havainnointi voi johtaa tilanteisiin, jotka vaativat eettistä osaamista eivätkä omaa yhtä oikeaa ratkaisuvaihtoehtoa (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 83).

Aihe on lähtöisin omista työelämän kokemuksista, jotka ovat mietityttäneet ja herättäneet keskustelua työkyvyn ilmiöstä. Esitimme aiheita Pirkanmaan sairaanhoitopiirille, jossa koettiin aihe tärkeäksi. Työelämän yhteistyötahona toimi kolme erikoissairaanhoidon somaattista yksikköä. Aiheen näkökulma ja rajaus muotoutuivat työelämäpalaverissa.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa tekijöitä, jotka heikentävät erikoissairaanhoidossa toimivien sairaanhoitajien työkykyä.

Opinnäytetyön tehtävät oli selvittää:

1. Mitä on työkyky?
2. Mitkä tekijät voivat heikentää hoitajan työkykyä?
3. Millä tavalla heikentynyt työkyky ilmenee ja miten asiaa käsitellään työpaikalla?

Opinnäytetyömme tavoitteena on lisätä keskustelua hoitotyöntekijöiden työkyvystä ja helpottaa näin asioiden käsittelyyn ottamista. Tavoitteenamme on lisätä tietoisuutta ongelmista ja tuoda asian yleisyyttä esille. Haluamme korostaa myös työyhteisön ja työntekijän merkitystä työssä jaksamisessa. Opinnäytetyön kautta toivomme saavamme lisää tietoa työssä jaksamisesta ja sen merkityksestä työuran aikana.

### 3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Kuviossa 1. on esitetty opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys. Käsittelemme ensin teoreettisessa viitekehyksessä työkykyä yleisesti. Lisäksi kuvaamme sairaanhoitajien työkyvyn erityispiirteitä sekä työkykyä heikentäviä tekijöitä yksilö- ja työympäristötasolla. Työympäristön näkökulma on tutkimuksessamme erikoissairaanhoidon yksikkö. Kappaleessa 3.4 Heikentyneen työkyvyn käsittely työpaikalla kuvaamme hoitohenkilökuntaa ohjaavia arvoja, sekä heikentyneen työkyvyn työpaikalla käsittelyyn liittyviä eettisiä näkökulmia. Kollegan tukeminen on työkyvyn kannalta tärkeää, mutta hoitajien keskinäinen havainnointi voi johtaa tilanteisiin, jotka vaativat eettistä osaamista eivätkä omaa yhtä oikeaa ratkaisuvaihtoehtoa (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 80).

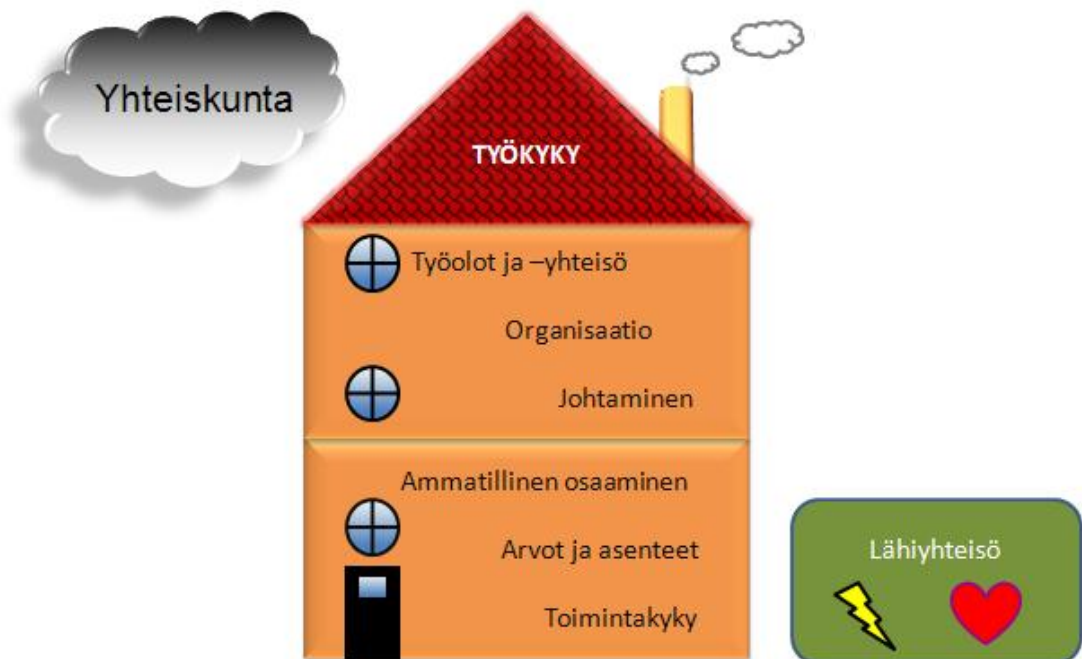


KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys.

### 3.1. Työkyky

Työkyky ymmärretään nykyään moniulotteisena ja kokonaisvaltaisena ilmiönä, johon vaikuttavat monet inhimillisyyteen ja ympäristöön liittyvät tekijät (Järvikoski & Härkäpää 2011, 117). Työkyky on tasapainoa eri tekijöiden välillä. Työkykyä heikentää näiden työkykyä koostavien tekijöiden välinen epätasapaino. On huomion arvoista, että henkilö voi kokea työkykynsä heikentyneen myös syistä, jotka ovat työstä riippumattomia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 81.) Käytämme työssämme Juhani Ilmarisen vuonna 2006 kehittämää työkykymallia. Juhani Ilmarinen on professori ja tutkija, joka on palkittu tutkimuksistaan ikääntymisen ja työelämän laadun parissa (Suomen työelämäpalkinto 2008). Ilmarisen talomalli on ajankohtainen kokonaisuus, josta muita malleja on sovellettu ja sen taustalla on näkemys siitä, että työkyky on alati muuntuvaa ja aina sidoksissa senhetkiseen ympäristöön. (Työterveyslaitos 2011a.)

Kuviossa 2 on esitetty mukailien Ilmarisen talomalli. Talomallin mukaan työkyky muodostuu henkilön voimavaroista, työhön ja työntekoon liittyvistä tekijöistä sekä ulkopuolisesta ympäristöstä (Työterveyslaitos 2011a; Järvikoski & Härkäpää 2011, 117). Ilmarisen malli ei korosta pelkästään yksilön suorituskykyä, kuten monet muut työkykymallit. Seuraavaksi käsittelemme työkykytalomallin eri kerroksia työkyvyn heikkenemisen näkökulmasta.



KUVIO 2. Työkykytalo mukailien (Järvikoski & Härkäpää 2011, 118.)



Talomalli koostuu neljästä kerroksesta, jossa työkyvyn perustana on terveys ja toimintakyky. Työkyvyn näkökulmasta terveyttä on selviytyä ikäkaudelleen ominaisista työ- ja toimintakyvyn vaatimuksista huolimatta sairauksista ja elämänlaatua heikentävistä häiriötekijöistä. Terveys vahvistuu tai heikkenee henkilön omien valintojen ja lähiyhteisöjen toiminnan seurauksena. (Kangasmäki 2007, 13.) Työterveyslaitoksen talomallin mukaan talon kerrokset tukevat toisiaan ja työkyvyssä on kyse henkilön voimavarojen ja työn välisestä yhteensopivuudesta ja tasapainosta. Mallin mukaan talo pysyy pystyssä, kun kerrokset ovat tasapainossa keskenään. (Työterveyslaitos 2011a). Seuraavaksi käsittelemme työkykyä Ilmarisen talomallin kerrosten kautta.

### **3.1.1 Toimintakyky**

Toimintakykyä on määritelty perinteisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen jaottelun kautta (Järvikoski & Härkäpää 2011, 117; Työterveyslaitos 2011a). Huomion arvoista on, että toimintakykyyn vaikuttaa myös vapaa-aika ja harrastukset. Terveysteen ja työkykyyn vaikuttavat tekijät ovat monimutkaisessa vuorovaikutussuhteessa toisiinsa (Järvikoski & Härkäpää 2011, 122).

Fyysinen toimintakyky on yksilön kykyä ottaa käyttöön elimistönsä voimavaroja erilaisien toimintojen suorittamiseksi ja sitä on tarkasteltu elämän perustoimintojen, kevyiden kotitöiden suorittamisen sekä erilaisten fyysikaalisten ominaisuuksien, kuten voiman, tehon, kestävyuden, liikkuvuuden avulla (Järvikoski 1996, 61). Fyysisestä toimintakyvystä kertoo esimerkiksi käden puristusvoima, vartalon koukistus- ja ojennusvoima sekä silmien ja käden yhteistyö (Järvikoski & Härkäpää 2011, 120).

Psyykinen toimintakyky on toisaalta kognitiivisten (tiedon hankinta, järjestäminen, käyttö) toimintojen, ja toisaalta mielenterveyteen ja persoonallisuuteen liittyvien toimintojen toteutumista (Järvikoski 1996, 61). Psyykkisessä toimintakyvyssä on myös kyse henkilön voimavaroista ja persoonallisuudesta, joiden avulla hän kykenee selviytymään sosiaalisen ympäristön haasteista ja kriisitilanteista. Psyykinen toimintakyky liittyy elämäntilanteeseen, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. (Työterveyslaitos 1995, 123; Järvikoski 1996, 61; Aalto 2011)

Psyykkisen toimintakyvyn yhteys kokonaisterveyteen on moninainen. Psyykkisen toimintakyvyn piiriin kuuluvat emotionaalinen, kognitiivinen ja psykososiaalinen toimintakyky. Näiden eri ulottuvuudet vaikuttavat kokonaisuuteen. Se on tärkeää yksilön terveyden ylläpitämisessä ja myös sairauksista toipumisessa tai sairauksien kanssa elämisessä. (Aalto 2011) Psyykkisen toimintakyvyn osatekijöitä ovat työntekijän kyvyt ja taidot, motivaatio, vireys, emotionaalinen tasapaino, minäkäsitys ja sosiaaliset taidot (Työterveyslaitos 1995, 123).

Sosiaalinen toimintakyky on ihmisen toiminnassa julkista ja toisille näkyvää käyttäytymistä. Se ilmenee vuorovaikutuksessa toisiin ihmisiin, esimerkiksi ihmissuhteissa ja ihmisen osallisuudessa yhteisönsä elämään, jossa vallitsevat kirjoitetut ja kirjoittamattomat normit ja odotukset. Suhteet omaisiin ja ystäviin, sosiaalisten suhteiden sujuvuus ja niihin osallistuminen, mutta myös vastuu läheisistä ja elämän mielekkyys määrittävät sosiaalista toimintakykyä. Lisäksi harrastukset, yksin tai toisten kanssa, kotona tai kodin ulkopuolella, kuuluvat sosiaalisen toimintakyvyn alueelle. Ihminen selviytyy elämänsä uusista tilanteista ja kehitystehtävistä sosiaalisen toimintakykynsä mukaisesti. (Nurmi ym. 2006, 190; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 4)

Ihannetilanteessa työ on ihmisen hyvinvointia ja terveyttä edistävä tekijä, joka luo mahdollisuuksia sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä tuo elämään mielekkyyttä ja taloudellista turvaa. Myönteinen asenne työhön ja elämään, aktiivisuus sekä oman itsensä hyväksyminen kuuluu henkiseen hyvinvointiin. Siinä keskeistä on terveys, joka vaikuttaa muihin osatekijöihin ja mahdollistaa oman potentiaalin ”realisoinnin” (Kangasmäki 2007, 13).

### **3.1.2 Ammatillinen osaaminen**

Ilmarisen työkykytalomallissa ammatillinen osaaminen on toisessa kerroksessa ja sen perustana ovat peruskoulutus sekä ammatilliset tiedot ja taidot. Nämä osaltaan mahdollistavat työntekijän hyvinvointia. Mitä parempi on työntekijän koulutuksella saatu ammatillinen pätevyys ja toisaalta itse työssä kehittynyt osaaminen, sitä parempi on työkyky ja työhyvinvointi. Ammatillinen osaaminen ehkäisee työntekijää myös työperäisiltä sairauksilta. Ammatillisen osaamisen kehittäminen ja ylläpitäminen ehkäisevät työstä johtuvilta sairauksilta ja vammoilta. (Ammatillinen osaaminen 2011.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä, koskevat sairaanhoitajia. Annetuilla laeilla varmistetaan sairaanhoitajan riittävä ammatillinen koulutus ja pätevyys, sekä järjestetään valvonta terveydenhuollon ammattihenkilöistä sairaanhoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000.) Valvontaa suorittaa Suomessa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2012). Sairaanhoitajan ammatillisia osa-alueita ovat eettinen toiminta, hoitotyön teoreettinen ja käytännöllinen perusta, opetus, laadunvarmistaminen, hoitotyön kehittäminen, sekä monikulttuurinen hoitotyö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000.) Heikkilä ym. (2007) mukaan sairaanhoitajan pätevyyteen kuuluu lisäksi potilaan tarkkailu, auttaminen ja ohjaaminen, tilannehallinta sekä työrooliin liittyvät tehtävät. Ammatilliseen pätevyyteen liittyy myös persoonaan liittyvät tekijät kuten yhteistyökykyisyys, ihmissuhde-, päätöksenteko- ja muutoksen hallintataidot. (Heikkilä ym. 2007.)

### 3.1.3 Arvot, asenteet ja motivaatio

Ilmarisen talomallin kolmannessa kerroksessa ovat arvot, asenteet sekä motivaatio. Yleensä arvot käsitetään uskomuksiksi siitä, että jokin toimintatapa tai päämäärä on henkilökohtaisesti tai sosiaalisesti tavoiteltavampi kuin vastakkainen toimintatapa tai päämäärä. Arvot auttavat ihmistä tilanteen arvioimisessa ja valintojen tekemisessä. (Juujärvi, Myyry, Pessa 2007, 35; Työterveyslaitos 2011a.) Kolmannessa kerroksessa kohtaavat työelämän ja muun elämän yhteensovittaminen. Ihminen sovittaa oman arvomaailmansa työelämän arvoihin. Oma kokemus työn mielekkyydestä joko vahvistaa tai heikentää työkykyä. (Työterveyslaitos 2011a.)

Ihmisen arvot ovat yksilöllisiä, mutta ne muodostuvat kokemuksista, havainnoista ja valinnoista elämän varrella. Ihminen toimii arvojensa pohjalta yksilöllisesti mutta arvot muotoutuvat vuorovaikutuksessa muiden kanssa, yhteisöllisesti. (Juujärvi ym. 2007, 35; Kuokkanen, Katajisto, Leino-Kilpi 2010, 2;) Arvot ovat toisaalta yksilöllisiä mutta luonteeltaan yleisempiä kuin asenteet. Arvot ohjaavat asenteita. Asenteet perustuvat kokemukseen ja ne eivät ole sisäsyntyisiä. Poiketen arvoista, asenteilla on aina kohde. Asenne on ikään kuin kehys, jonka läpi ihminen katsoo maailmaa. Yksittäinen asenne

voi kuvastaa koko arvomaailmaa tai yksi arvo voi heijastaa useita asenteita. (Juujärvi ym. 2007, 36.)

Motivaatio on sisäinen tila ja sen ytimessä ovat tahto toimia tiettyä tavoitetta kohti ja vireys. Työntekijän motivaatioon vaikuttavat monet asiat kuten esimiestyö, avoin organisaatiokulttuuri ja vuorovaikutus, palkitseminen, työn organisointi sekä työn sisällöllinen haastavuus ja koettu merkitys. Vireyteen vaikuttavat edellä mainittujen asioiden lisäksi muun muassa fyysinen, psyykinen sekä sosiaalinen toimintakyky. (Luoma, Troberg, Kaajas, Nordlund 2004, 20)

Työmotivaatiolla on merkitystä, koska se vaikuttaa työn tulosten ja laadun ohella työntekijöiden energiantasoon ja hyvinvointiin. Työntekijöiden motivaatio ja sitoutuminen ovat tärkeitä organisaatioissa, joiden menestyminen edellyttää jatkuvaa osaamisen kehittämistä ja yhdistämistä, eli jatkuvaa muuttumista. (Luoma ym. 2004, 20)

### 3.1.4 Työ

Ilmarisen talomallissa neljäs kerros on työn kerros, joka koostuu työoloista, työyhteisöstä, organisaatiosta sekä esimiestyöstä ja työn johtamisesta. Nämä tekijät muuttuvat nopeasti ilman muiden kerrosten muutosta ja voivat aiheuttaa talon alimmille, ihmisen voimavaroja kuvaaville kerroksille, liian raskaan taakan. On kuvaavaa, että neljäs kerros on Ilmarisen mallissa kooltaan yhtä suuri kuin kolme edellistä yhteensä. (Työterveyslaitos 2011a.)

Työturvallisuuslaki luo raamit työoloihin ja siinä määritellään työturvallisuuden minimaatimukset (Työturvallisuuslaki 2002; Työterveyslaitos 2007, 23). Työolot koostuvat aineellisista ja aineettomista eli fyysisistä ja psykososiaalisesta työympäristöistä. Fyysiseen työympäristöön kuuluvat muun muassa työpaikka fyysisenä ympäristönä, laitteet, koneet henkilökunta sekä työvälineet. Aineettomaan ympäristöön kuuluvat johtaminen, yhteistyö sekä yhteiset pelisäännöt. Edellytyksenä turvallisille, työhyvinvointia edistäville ja terveellisille työoloille ovat työn teon ehtojen, sisältöjen ja tekemisen sekä työolosuhteiden suunnittelu, mitoitus ja toteutus työsuojelusäännösten ja sopimusmääräysten pohjalta. (Keinänen & Häkkinen 2003, 9-10; Työsuojeluhallinto 2012.) Työnan-

taja on vastuussa fyysisestä ympäristöstä sekä siitä että resurssit vastaavat työn vaatimuksiin (Laaksonen, Niskanen, Ollila, Risku 2005, 158;).

Työyhteisö on henkilökunnan muodostama yhteenliittymä, jossa heillä on yhteinen tavoite, voimavarat, esimies, työn jako ja yhteiset toimintatavat. Työyhteisölle ominaista ovat yhteinen historia, kieli sekä vuorovaikutuksen tavat ja asiat, joita arvostetaan. (Valtionkonttori 2007). Työyhteisössä esimies huolehtii sen perusrakenteista ja että tavoitteet ohjaavat työn tekemistä. Hyvä työyhteisö mahdollistaa muutosten toteuttamisen onnistuneesti ja innovatiivisuuden. Toimiva työyhteisö ei ole kuitenkaan ristiriidaton. Ongelmia tulee, kun ristiriitoja ei osata ratkaista tai käsitellä työyhteisössä. (Työterveyslaitos 2011b.)

Organisaation tarkoitus on työtehtävien ja sen perusteella työntekijöiden järjestäminen tietyllä tavalla suhteisiin toistensa kanssa kahdella ulottuvuudella: horisontaalisesti työtehtävien välillä ja vertikaalisesti johtajien ja työntekijöiden välillä. Virallinen organisaatorakenne on muuttanut muotoaan toiminnan ohjenuorasta työn järjestämisen tukirakenteen suuntaan. (Kasvio & Tjäder 2007, 55.)

Organisaation yksiköt ovat yhteisöllisiä toimijoita, joiden välillä on virallisia ja epävirallisia vuorovaikutussuhteita. Virallisia suhteita ovat esimerkiksi työnjakoon ja suoritamiseen sekä voimavarojen ja henkilöstön vaihtoon liittyvät sidokset. Epävirallisia ovat suhteet, joissa eri yksiköiden työntekijät hakevat neuvoja tai luovat ystävyysuhteita toistensa kesken. Organisaation rakenne muovaa verkostoja ja vaikuttaa myös työntekijöiden välisiin epävirallisiin suhteisiin. Muodollisten asemien lisäksi fyysinen sijainti ja sijoittuminen työvirroissa muovaavat työntekijöiden sosiaalisia suhteita organisaation sisällä. (Kasvio & Tjäder 2007, 56.)

Terve organisaatio on ihannelanteessa kuin perhe, jonka jäsenistä huolehditaan ja pidetään. Terveelle organisaatiolle on ominaista hyvä luottamuksellinen ja avoin ilmapiiri, jossa ihmiset keskustelevat myös vaikeista asioista keskenään. Terveessä organisaatiossa stressitaso, poissaolot sekä vaihtuvuus ovat matalalla tasolla. (Kangasmäki 2007, 10.)

Johtamista pidetään taitolajina, joka vaatii monenlaisia virallisia taitoja ja kykyjä sekä vaikeammin määriteltäviä ja mitattavia, osittain synnynnäisiä, ominaisuuksia henkilöltä. Johtamiskompetenssia on jaettu viiteen osaan: oman toiminnan hallintaan, kommuni-

kointitaitoon, ihmisten ja tehtävien johtamiseen, liiketoiminnan johtamiseen, innovatiivisuuteen ja muutosten hallintaan. Lähiesimiehen tehtäviin sisältyy paljon valtaa ja vastuuta. Lähiesimiehen johtamista on jaoteltu toiminnan ja ihmisten johtamiseen. (Laaksonen ym. 2005, 72–81.)

Lähiesimiehellä on asemansa velvoittamana työn johto- ja valvomisoikeus. Lähiesimiehen tulee ihmisiä johtaessaan huomioida näiden yksilölliset ammatilliset, fyysiset ja henkiset valmiudet työtehtäviin sekä työssäjaksaminen. (Laaksonen ym. 2005, 72–81.) Esimiehen tehtävänä on luoda yksikköönsä avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri, joka mahdollista avoimen keskustelun myös eettisistä ongelmista. Esimiehen on turvattava resurssit, jotta henkilöstön voi toimia eettisten periaatteiden mukaisesti. (Laaksonen ym. 2005, 83.)

Johtamisella on suuri merkitys koettuun henkisen työkykyyn. Lähijohtaja voi joko lisätä tai vähentää koettua henkistä työhyvinvointia omalla toiminnallaan. Vuorovaikutuksellinen yhteistyö edistää työhyvinvointia, joka koskee kaikkia työelämän tahoja yksittäisistä työntekijöistä esimiehiin sekä työnantajaan niin yksilö- kuin yhteisötasolla. (Kangasmäki 2007, 9.)

### **3.1.5 Ympäristö**

Perheen ja terveyden ohella työ on aikuisen elämän keskeisimpiä asioita. Perhe ja lähiyhteisö voivat tukea yksilön työkykyä. Työn ja muun elämän yhteensovittaminen on edellytys työkyvylle. (Gould, Ilmarinen, Järvisalo, Koskinen 2006, 24.) Työterveyslaitoksen (2012) mukaan työn ja perhe-elämää yhdistettäessä on mietittävä arjen ajankäyttöä, erilaisten velvoitteiden jakamista perheenjäsenten kesken ja pohdittava mitkä elämäalueet ovat tärkeitä. Haasteita työn ja perheen yhteensovittamiselle ovat työn taipumus hallita ajankäyttöä ja rytmittää elämää, työntekijän ja vanhemman roolien toisistaan eroavat ristiriitaiset odotukset, velvollisuudet ja vastuut. Perhe-elämälle haasteita aiheuttaa työelämän epävakaus, taloudelliset ja organisatoriset muutokset sekä työtahdin kiristyminen. (Työterveyslaitos 2012) Työ ottaa ja antaa, se tuottaa tyydytystä ja kokemusta elämän mielekkyydestä mutta voi myös kuormittaa tekijäänsä. Työn hallinta tarkoittaa työntekijän mahdollisuuksia vaikuttaa työn sisältöön. (Nurmi ym. 2006, 194.)

Työkykytalon ympärillä vaikuttavat sosiaaliset verkostot, yhteiskunnan rakenteet ja säännöt. Vastuu yksilön työkyvystä jakaantuu yksilön itsensä, organisaation sekä yhteiskunnan kesken (Työterveyslaitos 2011a). Yhteiskuntatasolla työ-, terveys- ja koulutuspolitiikka luovat edellytyksiä työkyvylle ja työmarkkinaosapuolet sopivat työnteon pelisäännöistä (Gould ym. 2006, 24).

### **3.2. Työkykyä heikentävät itsestä johtuvat tekijät**

Työkykyä heikentävät itsestä johtuvat tekijät jakautuvat sairaanhoitajan henkilökohtaisen toimintakyvyn fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen tasoon sekä henkilökohtaisen lähipiirin vaikutuksiin. Itsestä johtuvat tekijät määrittävät Ilmarisen talomallin kolmen alimman kerroksen mukaan.

Fyysisen työkyvyn heikentymistä ja työkyvyttömyyttä ennakoivat työn fyysinen raskaus ja työympäristön haittatekijät. Näitä tekijöitä ovat työn koettu ruumiillinen kuormittavuus, nostamisen, kantamisen ja äkkiliikkeiden osuus työprosessissa sekä epäergonomiset työliikkeet (Järvikoski & Härkäpää 2011, 122). Liiallinen kuormitus vaurioittaa aina liikuntaelimistöä ja näin heikentää fyysistä toimintakykyä. Ylikuormituksesta johtuvasta haitasta saattaa jäädä pahimmillaan pysyvä häiriö työntekijälle (Antti-Poika, Martimo, Husman (toim.) 2006, 118).

Lihaksiin ja muuhun tukielimistöön kohdistuva mekaaninen rasitus on tärkein tekijä tuki- ja liikuntaelinten oireiden synnyssä (Työterveyshuolto 2006, 116). Mekaaninen rasitus voidaan sairaanhoitajilla havaita fysiologisissa vasteissa, kuten syketaajuudessa, elimistön hapenkulutuksessa ja lihasjännityksenä (Nuikka 2002, 23). Työkyvyn fyysisten tekijöiden ilmaantuminen on monimutkaisessa riippuvuussuhteessa työntekijän persoonallisuuteen ja elämäntapaan (Työterveyslaitos 1995, 125). Fyysisillä ominaisuuksilla on merkitystä työkyvyn säilymisen kannalta ja niiden vajeet lisäävät työkyvyn heikkenemisen riskiä (Järvikoski & Härkäpää 2011, 120). Ennen on ajateltu, että työkyvyn heikkeneminen esiintyy fyysisenä vammuna tai haittana, mutta nykyään on myös todettu psyykkisen ja sosiaalisen kuormituksen olevan yhteydessä fyysisiin vaivoihin (Antti-Poika ym. 2006, 118).

Psyykkisen toimintakyvyn heikentyminen lähtee ristiriidasta psyykkisten toimintakyvyn osatekijöiden ja ympäristön välillä. Ristiriidasta seuraa negatiivinen kehityssarja, joka merkitsee psyykkistä kuormittumista ja siten lisää työssä kuormittumista ja pitkällä aikavälillä heikentää työkykyä. Tällöin ilmenee usein jatkuvaa stressaantumista ja ylikuormitusta sekä turhautumista tai epäonnistumisen kokemuksia. Psyykkinen kuormitus aiheuttaa haitallisia psykosomaattisia prosesseja. (Antti-Poika ym. 2006, 118; Työterveyslaitos 1987, 51.) Psyykkisesti rasittunut henkilö saattaa jännittää tiedostamattaan lihaksiaan sekä muuttaa asentojaan ja liikemallejaan epäedulliseen suuntaan, jolloin fyysinen kuormitus suurenee. Psyykkisesti hyvinvoiva työntekijä hakeutuu harvemmin sairauslomalle tilapäisten fyysisten epämukavuustuntemusten vuoksi kuin työnsä rasakaaksi kokeva työntekijä. Tasapaino psyykkisessä toimintakyvyssä lisää tyytyväisyyttä, hallinnan tunnetta, itsetuntoa ja tukee persoonallisuuden kehitystä ja hyvinvointia. (Antti-Poika ym. 2006, 118; Työterveyslaitos 1987, 51).

Psyykkinen kuormittuminen on ihmisen ja ympäristön vuorovaikutussuhteen aiheuttamaa. Sairaanhoidajan psyykkisessä kuormittumisessa keskeisiä tekijöitä ovat negatiiviset tunnetilat. Tunnetilat muuttuvat yksilön ja ympäristön vuorovaikutussuhteen aikana (Nuikka 2002, 24). Psyykkinen kuormittuneisuus näkyy negatiivisina tunnekokemuksina, joita ovat hermostuneisuus, väsymys, ahdistuneisuus, tyytymättömyys, jännittyneisyys ja epävarmuus. Sairaanhoidajan ja potilaan vuorovaikutustilanteessa psyykkistä kuormitusta aiheuttavat negatiivinen tunnekokemus ja negatiivinen pohjavire (Nuikka 2002, 65–67).

Psyykkiseen toimintakykyyn liittyy myös ihmisen yksilöllinen kokemus työkyvystä, joka on yksi tärkeimmistä tekijöistä ennakoitaessa työkyvyn heikkenemistä ja työkyvyttömyyttä. Henkilökohtainen käsitys omista valmiuksista jatkaa työssä on yhteydessä työntekijän valmiuksiin selviytyä työelämässä eläkeikään asti (Järvikoski & Härkäpää 2011, 122). Samat asiat ja tilanteet voivat tuottaa hyvin erilaisia tulkintoja yksilöissä. Tilanteet sisältävät stressitekijöitä, jotka vaativat arviointia ja käsittelyä erilaisin keinoin ja voimavaroin, joita yksilöllä on käytettävänä, sekä sopeutumista tilanteeseen tavalla tai toisella. Yksilön oma tulkinta luo stressitekijät asioille ja tilanteille. (Nurmi ym. 2006, 196.)

Psyykkiseen hyvinvointiin liittyy koherenssin käsite ja sen perusta koostuu stressin hallinnan resursseista, joita ovat materiaaliset resurssit, älykkyys, vahva identiteetti, sosiaa-



linen tuki ja terveyttä edistävät elämäntavat. Korkeaa koherenssia pidetään ihmisen psyykkisen toimintakyvyn suojaavana tekijänä, kuten hyvää fyysistä kuntoa pidetään terveyden fyysisiä puolia ylläpitävänä ja edistävänä tekijänä. Koherenssi vaikuttaa hyvinvointiin niin fyysisellä, psyykkisellä kuin sosiaalisella tasolla. (Nurmi ym. 2006, 196; Sihto 2010, 1.)

Koherenssin terveysvaikutukset liittyvät stressinkäsittelykykyyn. Heikko koherenssi liittyy taipumukseen tulkita ongelma uhkaavaksi ja reagoida siihen välttämiskäyttäytymisellä ja negatiivisilla tunteilla. Vahvan koherenssin tunteen omaavilla on työssään vähemmän stressi- ja uupumusoireita ja vähemmän sairauspoissaoloja. Vahva koherenssi myös vaimentaa työn haitallisia terveysvaikutuksia. Vahvojen resurssien omaamista tärkeämpänä pidetään yksilöllistä uskoa omiin kykyihin ja resursseihin. (Nurmi ym. 2006, 196; Sihto 2010, 1). Sairaanhoidajan työkokemus ja -rooli, työssä koetut haasteet sekä rooli perheessä esimerkiksi vanhempana, lieventävät terveydellisiä haittavaikutuksia vähentämällä työtilanteista johtuvia fysiologisia reaktioita (Nuikka 2002, 23).

Kun sosiaali- ja terveysalalla toimiva ihminen ei koe pystyvänsä vastaamaan kaikkiin työn vaatimuksiin tavoitteidensa mukaisesti, hän kokee itsensä riittämättömäksi ja hänen voimavaransa häipyvät vähitellen näköpiiristä. Työntekijän kokemus työyhteisöstä on lannistava sekä voimia kuluttava. Työ koetaan ainoastaan vaatimuksiin vastaamisena. (Mattila 2008, 121.)

Työntekijöiden kokemat roolit perheessä ja puutteellinen sosiaalinen tuki kuluttavat fyysisiä ja henkisiä voimavaroja, mutta toisaalta perhe- ja parisuhde täydentävät voimavaroja ja antavat tukea jaksamiseen. Perheen ja työn yhteensovittaminen voi olla hoitoalalla vaikeaa, jolloin riski työkyvyn heikkenemiseen kasvaa. Sosiaalinen tuki on tärkeää ristiriitatilanteissa ja auttaa selviytymään haasteista. Sosiaaliset verkostot ja hyvä sosiaalinen tuki ovat tärkeässä merkityksessä stressin ja työkyvyn heikkenemisen ehkäisyssä. (Nuikka 2002, 26.)

### **3.3. Työkykyä heikentävät työstä johtuvat tekijät**

Työ- ja terveys 2009 haastattelututkimuksen mukaan sosiaali- ja terveysalalla suurin osa työntekijöistä kokee pystyvänsä tekemään työnsä hyvin. Tutkimuksen mukaan työn

vaihtelevuus ja kokemus työn alati opettavasta luonteesta lisää henkilöstön työviihtyvyyttä. Kuitenkin alalla käynnissä tai suunnitteilla olevat muutokset vaikuttavat kehitykseen henkilöstön työssä jaksamisen osalta negatiivisesti. (Kauppinen ym. 2009, 228.) Laineen ym. (2006) tutkimuksessa on todettu, että etenkin sairaalatyössä työn jatkuvat muutokset koettiin rasittaviksi. Muutokset rasittivat eniten lähiesimiehiä. (Laine ym. 2007, 26-27.) Seuranta-aineistot 1980-luvulta saakka ovat osoittaneet hoitoalan olevan psyykkisesti raskas. Työ on koettu yhä raskaammaksi 2000 – lukua kohti. Seurannoissa työntekijät itse ovat arvioineet syyksi työssä tarvittavan tiedon ja työmäärän lisääntymisen. (Elovainio & Kivimäki 2006.)

Sosiaali- ja terveysalalla työn haasteina ovat henkinen kuormittavuus, tyytyväisyys organisaatioon, huoli väkivallasta sekä oman työn määrään ja laatuun vaikuttamisen vähäiset mahdollisuudet (Kauppinen ym. 2009, 228). Hoitoalalla organisaatio on tavallisesti koettu jäykäksi ja byrokraattiseksi. Hierarkkiset rakenteet ja byrokraattiset toiminta- ja johtamistavat sekä talouden negatiiviset suhdanteet luovat otolliset suhteet työyhteisön sisäisille ristiriidoille. (Sandelin 2007, 77; Kangasmäki 2007, 52.) Toimintatavat, jotka on luotu jäsentämään organisaation toimintaa estävät innovatiivista käyttäytymistä ja vaikeuttavat organisaation muuttumista (Kangasmäki 2007, 52).

Laineen ym. (2006) tutkimuksessa sairaalatyössä rasitusta aiheuttavat eniten potilaiden moniongelmaisuus, vastuun tunteminen potilaista, työn fyysinen raskaus sekä ajan kuluminen toisarvoisiin tehtäviin. Lisäksi työn fyysinen raskaus on pysynyt muuttumattomana 1990 – luvun alusta saakka. Yli kolmannes vastaajista oli kokenut työn raskautta ja rasittumista usein tai jatkuvasti. Huoli asiakkaiden väkivaltaisuudesta sekä myös kokemus siitä on lisääntynyt sairaalatyössä. (Laine ym. 2006, 95.) Sairaanhoidajilla kuormitusta aiheuttavat esimerkiksi potilaan siirtämiseen ja liikuttamiseen liittyvät tilanteet sekä kiertynyt ja staattinen työasento (Nuikka 2002, 23).

Resurssien riittämättömyys aiheuttaa työssä kiirettä, stressiä ja riittämättömyyden tunnetta, joka näkyy työyhteisössä jäsenten työuupumuksena ja pitkinä sairaslomina (Kangasmäki 2007, 39; Ahola, Tuisku, Rossi 2011). Hoitotyössä työuupumukselle ominaista ovat väsymys, kyynistynyt asenne työtä kohtaa ja heikentynyt ammatillinen itsetunto. Työuupumus lisää riskiä sairastua esimerkiksi masennukseen, uni- ja päihdehäiriöihin sekä stressiperäisiin somaattisiin sairauksiin. Työuupumus heikentää työkykyä ja voi johtaa työkyvyttömyyteen. (Ahola ym. 2011.) Työntekijöiden uupumus ja riittämättö-

mät resurssit lisäävät myös työyhteisön sisäisiä jännitteitä ja ristiriitoja (Sandelin 2007, 67).

Esimiesten tai työtovereiden tuen puute, liialliset työn määrälliset sekä laadulliset vaatimukset ja huonot vaikutusmahdollisuudet ovat yleisimpiä psyykkisen kuormituksen tekijöitä ja osaltaan fyysisen toimintakyvyn riskitekijöitä. (Antti-Poika ym. 2006, 118) Työn psyykkisten vaatimusten ja työntekijän vaikutusmahdollisuuksien keskinäinen suhde ennustaa työntekijän terveyttä. Sairaanhoidajaliiton tekemässä työbarometrissä, kliinistä työtä tekevät sairaanhoitajat kokivat voivansa vaikuttaa heikosti työtahtiinsa ja – määräänsä. Puutteellisilla vaikutusmahdollisuuksilla on yhteys esimerkiksi kohonneeseen sepelvaltimotautisairastavuuteen ja – kuolleisuuteen. (Partanen, Heikkinen, Vehviläinen & Julkunen 2004, 44; Elovainio & Kivimäki 2005.)

### **3.4. Heikentyneen työkyvyn käsittely työpaikalla**

Opinnäytetyössämme työkykyä arvioidaan myös hoitotyössä kollegiaalisuuden näkökulmasta. Heikentyneen työkyvyn käsittely työyhteisöissä vaatii eettistä osaamista kaikilta työyhteisön jäseniltä. Kuokkasen ym. (2010, 6) selvityksen mukaan työpaikoilla joissa eettiset periaatteet ja arvot on ilmaistu selkeästi, ollaan tyytyväisempiä työhön ja työpaikkaan, sekä työkyvyn heikentymistä havaitaan vähemmän.

Hoitotyötä ohjaavat sairaanhoitajan eettiset ohjeet ja arvot. Sairaanhoidajaliiton asettamien sairaanhoitajan eettisten ohjeiden tulee tukea hoitotyöntekijöitä työssään. Hoitotyötä pohjustavat eettiset ohjeet on ryhmitelty hoitotyön arvojen mukaan. Ihmisarvo, oikeudenmukaisuus ja terveyden arvo ovat keskeisimpiä hoitotyötä ohjaavia arvoja. Näitä arvoja määritellään eettisissä ohjeissa sairaanhoitajan tehtävänä, potilaskeskeisyytenä ja ammattitaitona. Eettisissä ohjeissa ilmaistaan myös sairaanhoitajan rooli ammatikuntaa, työtovereita ja yhteiskuntaa kohtaan. Sairaanhoidajakunta huolehtii jäsentensä työssä jaksamisesta ja hyvinvoinnista sekä ammatillisessa kehittämisessä. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996; Kainuun maakunta -kuntayhtymä 2007, 6-7; Qvick 2010.)

Eettisen ongelman peruskysymys on, mikä on oikein tai väärin tietyllä inhimillisen toiminnan alueella tai tietyssä tilanteessa. Eettinen ongelma on ristiriita, johon ei yleensä ole yhtä oikeaa ratkaisua tai täydellistä ratkaisuvaihtoehtoa. Eettinen ongelma yleensä

kestää pitkään ja sen seuraukset saattavat olla kauaskantoiset. Eettisestä ongelmasta voidaan puhua myös silloin, kun eettisten periaatteiden noudattamiselle syntyy este (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 58; Kuokkanen ym. 2010, 2).

Hoitotyössä eettinen ongelma hoitotyöntekijän ja oman ammattikunnan välillä voi olla kahdentasoinen. Ongelma voi syntyä ristiriidasta koko ammattikunnan eettisiä sitoumuksia tai ohjeita kohtaan, tai yksittäisten työntekijöiden välisestä ristiriidasta. Sairaanhoidajien ammattikunnan toimintaan kuuluu jokaisen oikeus oman mielipiteen ilmaisuun ja sen kehittämiseen. Kuitenkin eettisen pohjan tulee olla mahdollisimman yhtenäinen ja yleisesti hyväksytty. Hoitotyössä eettiset ongelmat yksittäisten työntekijöiden välillä liittyvät erilaiseen näkemykseen siitä, miten ammatissa tulisi toimia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 78–80.) Sandelinin (2007, 100) mukaan terveydenhuollon yhteisössä erilaisuutta siedetään heikosti, mikä voi altistaa työntekijöitä psyykkisen väkivallan uhreiksi ja käyttäjiksi.

Sairaanhoidajan ammattitaitoon kuuluvat eettiset taidot, kyky arvioida omaa ja muiden pätevyyttä työssä, ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen sekä vastuu henkilökohtaisesti harjoittamastaan hoitotyöstä. Ensisijaisesti sairaanhoidaja on vastuussa potilaille, joita hän hoitaa. Hoitohenkilökunta tukee toisiaan hoitoa koskevissa asioissa sekä toisaalta valvoo, etteivät oman ammattikunnan jäsenet tai muut potilaan hoitoon osallistuvat toimi potilasta kohtaan epäeettisesti. (Qvick 2010.)

Hoitotyöntekijä voi havaita, että kollega toimii epäeettisesti tai muuten eettisesti arveluttavalla tavalla terveystalouden käyttäjää kohtaan. Työtoveri saattaa laiminlyödä velvollisuuksiaan, tehdä virheitä ja salailla niitä, suhtautua epäkunnioittavasti terveystalouden käyttäjää kohtaan, salailla tietoa tai kertoa vain osittaisia tietoja, tai työntekijällä on työhön vaikuttavia ongelmia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 81.) Syitä vastaavalle toiminnalle voi olla esimerkiksi samat syyt jotka heikentävät työkykyä tai ne ovat seurauksia työkyvyn alenemisesta. Leino-Kilven ja Välimäen (2008, 81) mukaan edellä mainituissa tapauksissa hoitotyöntekijä joutuu pohtimaan oman ja toista hoitotyöntekijää kohtaan kokemansa kollegiaalisuuden, terveystalouden käyttäjän tai koko työyhteisön välisiä ristiriitoja. Pahimmassa tapauksessa voi syntyä ristiriita kollegoiden välillä, joka haittaa koko yhteisön toimintaa ja vaarantaa hoidon laadun.

Hoitotyötä ohjaavien arvojen lisäksi työyhteisöllä on myös omat arvot ja eettiset periaatteet. Työyhteisön arvot ovat muodostuneet työyhteisön historian tuloksena. Ne ovat toiminnan taustalla olevia vaikuttimia, jotka määräävät valintoja erilaisissa käytännön tilanteissa. Työyhteisön arvot voivat olla kirjoitettuja tai kirjoittamattomia. Kirjoitetut arvot edustavat usein toiminnan tavoitteellisia arvoja, ei niinkään todellisuudessa vaikuttavia, historian saatossa syntyneitä ja toiminnan muovaamia arvoja. Kirjoittamattomat arvot vaikuttavat arkipäivän valinnoissa ja toimintatavoissa usein enemmän kuin tietoisesti ajatellaan. Arvot ovat osa työyhteisön syvärakennetta, jolla on suuri merkitys toiminnassa mutta ne voi olla vaikeasti havainnoitavissa. Arvojen yhtenäisyys lisää myös työyhteisössä koettua henkistä pääomaa. Arvojen hyödyn realisoimisen edellytys on työyhteisön käymä arvokeskustelu, joka sisältää myös arvojen tuomisen käytännön tasolle ja keskustelun siitä, miten arvot ilmenevät ja miten niiden halutaan ilmenevän toiminnassa. (Mäkipeska & Niemelä 2005, 21.)

Sosiaali- ja terveysalan talousperäiset muutospaineet ovat vaarassa altistaa yhteisön arvot taloudellisille arvoille alisteisiksi, jolloin tulosjohtaminen ja – ajattelu näkyy vaatimuksena kaikilla työnteon alueilla. Yhteisön arvojen muuttuminen käänteisiksi ja vääristyneiksi on yhteydessä hoitohenkilökunnan sisäisten ristiriitojen kehittymisessä, joka saa ihmiset helposti käyttäytymään kielteisesti toisiaan kohtaan ja etsimään joukostaan syntipukkia hallitseviin ongelmiin. (Sandelin 2007, 97.)

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1. Kvalitatiivinen menetelmä

Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisella, eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja täten saamaan syvempi ja kokonaisvaltaisempi käsitys ilmiöstä (Tuomi & Sarajarvi 2009, 17). Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja sen moninaisuus. Kvalitatiivinen tutkimus tutkii elämismailmaa ja sen keskiössä ovat merkitykset, jotka ilmevät monin eri tavoin. Laadullinen tutkimus mahdollistaa erilaisuuden ja monentyyppiset ratkaisut ja se pyrkii tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullista menetelmää käyttävä kohtaa monia kysymyksiä, kuten miten kerään aineistoni ja kuinka paljon sitä tarvitaan, mistä tiedän, että tämä aineistonkeruu tapa on tarkoituksen mukainen, miten analysoida aineistoa tai miten asioista kirjoitetaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 156; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 3-4.)

Laadulliset tutkimukset voivat rakentua aiemmista samasta aiheesta tehdyistä tutkimuksista ja teorioista, empiirisistä aineistoista sekä tutkijan omista päätelmistä ja ajatteluisista. Laadullisen tutkimuksen aineisto voidaan kerätä esimerkiksi haastatteluista, päiväkirjoista ja havainnoista, sanomalehdistä tai muista julkisista kirjoituksista. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavat ovat luonnollisessa tilassa, eikä kokeellisia asetelmia luoda. (Hirsjärvi ym. 2007, 156; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 5.)

Laadullista tutkimusta luonnehtii hypoteesittomuus, vaikka tutkija ei täysin pystykään irtautumaan omista arvolähtökohdistaan. Analyysin tehtävä ei ole hypoteesien todentaminen, vaan niiden keksiminen, eli aineisto analysoidaan induktiivisesti. Aineistokoot ovat harkittuja ja pääsääntöisesti pieniä, koska tutkitaan sosiaalisen todellisuuden näytteitä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla on vapaus valintoihin ja valintojen myötä tutkimus on aina subjektiivinen kokonaisuus, vaikka objektiivisuuteen pyrittäisiinkin mahdollisimman tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2007, 156; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 5.)

Aiheemme on ilmiönä monitulkintainen ja koska kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuskohteena olevien henkilöiden omille tulkinnoille annetaan sijaa, osoittautui tämä

tutkimusmenetelmä sopivimmaksi. Hirsjärven ym. (2007, 158) mukaan jokainen kertomus on todellinen tapaus ja edustaa sellaisenaan todellisuutta. Tämän opinnäytetyön tutkimusympäristö määräytyi työelämätahon halukkuuden mukaan. Haastattelijoiden määrä sovittiin ohjaus- sekä työelämäpalaverissa. Päädyimme kvalitatiiviseen menetelmään, koska tahtoimme saada materiaaliksi subjektiivisia kokemuksia sairaanhoitajilta itseltään etenkin heikentyneen työkyvyn käsittelystä työelämässä ja aihetta ei ole laajalti tutkittu.

#### **4.2. Aineiston keruu ja teemahaastattelu**

Saaranen-Kauppinen ja Puusniekan (2009, 8) mukaan tutkimusaihetta mietittäessä ja rajatessa on hyödyllistä keskustella aiheesta eri ihmisten kanssa, jolloin on mahdollista saada aiheeseen uusia näkökulmia ja asiantuntemusta. Keskustelussa joutuu esittämään sanallisesti hajanaisia ajatuksia ja perustelemaan kantojaan ja näin kirkastamaan omia näkökulmiaan.

Aineisto kerättiin teemahaastatteluin kuudelta eri henkilöltä (ks. Liite 1). Henkilöt olivat toimipaikan työntekijöitä, joista kolme oli esimiestehtävissä ja kolme sairaanhoitajan tehtävissä. Esimiehet valikoitiin vapaaehtoisuuden nojalla. Sairaanhoitajat arvottiin vapaaehtoisten joukosta siten, että esimiehet olivat laatineet ehdokaslistan yksikkönsä sairaanhoitajista, jotka sopivat valintakriteereihin. Tästä listasta arvoimme yhden sairaanhoitajan jokaisesta tutkimukseen osallistuvasta yksiköstä. Valintakriteereinä olivat vapaaehtoisuus, halukkuus sekä vähintään viiden vuoden kokemus omassa yksikössään. Kriteereillä tahdottiin varmistaa, että tiedonantajat ovat sopivia tutkimusasetelman kannalta. Henkilöille lähetettiin sähköpostilla saatekirje (ks. Liite 2), jolla he vahvistivat halukkuutensa osallistua tutkimukseen. Pyysimme vastaamaan sähköpostitse ja samalla osallistujat pystyivät esittämään kysymyksiä. Kaikki valitut haastateltavat suostuivat osallistumaan, emmekä joutuneet arpomaan uudestaan haastateltavia halukkaiden joukosta.

Haastattelun teemat muodostuivat teoreettisen lähtökohdan kappalejaon pohjalta. Teoreettisen lähtökohdan kappalejako perustui Ilmarisen työkyvyntalomallin kerroksiin ja heikentyneen työkyvyn käsittelyyn työpaikalla. Ilmarisen talomallin kerrokset muodostivat rungon opinnäytetyön kappaleille 3.1–3.3 ja ne muodostivat haastattelun teemat 1-

3. Kappale 3.4, heikentyneen työkyvyn käsittely työpaikalla, muodosti haastattelun neljännen teeman. Teoreettisen viitekehyksen kappaleiden 3.2 ja 3.3 jakaminen itsestä ja työstä lähteviin tekijöihin perustui Ilmarisen työkyvyntalomallin teoriaan, jonka mukaan työkyky koostuu yksilön, ympäristön ja työn osatekijöistä.

Teemahaastattelussa edetään etukäteen valittujen teemojen ja tarkentavien kysymysten mukaan. Teemahaastattelussa korostuu tulkinnat, asioista annetut merkitykset ja miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelussa sanavalinnoissa ja kysymysten asettelussa voi olla vaihtelua tiedonantajien välillä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Pyrimme työssämme esittämään kysymykset kaikille haastateltaville samalla tavalla. Haastattelujen edetessä harjaannuimme esittämään tarkentavia kysymyksiä. Teemahaastattelussa etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehukseen ja tarkentavilla kysymyksillä pyritään löytämään vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75).

Tuomi & Sarajärven (2009) mukaan teemahaastattelun teemojen sisältämien kysymysten suhde viitekehyksessä esitettyyn vaihtelee intuitiivisen ja kokemusperäisten havaintojen sallimisesta varsin tiukasti vain etukäteen tiedetyissä kysymyksissä pitäytymiseen. Kysymysten avoimuuden asteita ovat strukturoitu, puolistrukturoitu ja avoin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75–77).

Teemahaastattelun ensimmäisessä teemassa, yksilön kokemus työkyvystä, pyrimme kartoittamaan vastaajien henkilökohtaisia näkemyksiä työkyvyn osatekijöistä ja kokemuksia omasta työkyvystä sekä sen muutoksista. Teemoissa kaksi ja kolme pyrimme saamaan tietoa tutkimuskysymyksiin käytännön tasolta. Lisäksi halusimme selvittää kokonaiskuvaa työkykyä heikentävistä tekijöistä sairaanhoitajien kuvaamana. Neljännen teeman tarkoituksena oli tuottaa tietoa heikentyneen työkyvyn käsittelykulttuurista hoitotyössä. Käytimme haastatteluiden lopussa myös vapaan sanan osiota, jossa tiedonantaja pystyi sanomaan vielä mieleen tulevia asioita, sekä sai nähdä kaikki haastattelun kysymykset erikseen paperilla ja palata haluamaansa aiheeseen.



### 4.3. Aineiston analyysi

Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Kerätty aineisto saadaan kuitenkin vain järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. Sisällönanalyysissä etsitään tekstin merkityksiä ikään kuin todellisuutta tarkasteltaisiin ulkopuolelta. Todellisuus näyttäytyy inhimillisenä ajattelutapana, eikä totuutena sinänsä ja aineisto pyritään järjestämään tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107–108.) Taulukossa 1 on esitetty sisällönanalyysi vaiheittain. Sisällönanalyysi alkaa haastatteluiden kuuntelulla ja litteroinnilla, jossa haastattelu kirjoitetaan auki sana tarkasti. Litteroidusta materiaalista etsitään pelkistettyjä ilmauksia, joko tiivistämällä tai pilkkomalla informaatiota osiin. Tiivistetystä materiaalista etsitään erilaisuuksia tai samankaltaisuuksia, jotka ovat olennaisia tutkimus tehtävien kannalta. Pelkistetyt ilmaukset yhdistetään ja ne luokitellaan. Luokittelu jatkuu edelleen siten, että alaluokkien muodostuksen jälkeen niistä kootaan yläluokkia, ja yläluokista edelleen yhdistelemällä kokoavia käsitteitä. (Hirsjärvi ym. 2007, 219; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

TAULUKKO 1. Sisällönanalyysi ja luokkien muodostus

Alkuperäisilmaus	Pelkistetyt ilmaukset ja ryhmittely	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<i>Varmaan elämäntavat tietysti, et jos sä et pidä ittestäs huolta, ja elät epä-terveellistä elämää</i>	Ei huolehdi omasta hyvinvoinnista (epäterveelliset elämäntavat)	Häiriöt ja muutokset terveydessä	Häiriöt ja puutteet sairaanhoitajan toimintakyvyssä	Toimintakyvyn lasku
<i>Kuitenkin on semmosia tapauksia, jotka jää vaivaan vielä, vatvoo vielä kotona.</i>	Kyvyttömyys irrottautua töistä	Asenne työtä kohtaan		

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä teoreettiset käsitteet kootaan aineistosta, kun teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä käsitteet tuodaan valmiina entuudestaan tiedettyinä. Sisällönanalyysissä olennaista on, poimiiko tutkija alkuperäisestä aineistosta ilmauksia tai asioita tietyn teorian mukaan vai lähestyykö hän aineistoa sen omilla ehdoilla ja vasta analyysin edetessä sopeuttaa sen tiettyyn teoriaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 117.)

Opinnäytetyössä toteutimme analyysin teoriaohjaavana siten, että muodostimme alkuperäisilmauksista pelkistettyjä ilmauksia joista muodostimme ala- ja yläluokkia. Luokat sovitimme haastattelun teema runkoon, joka perustui teoreettisen viitekehyksen perusrunkoon, eli Ilmarisen työkyvyntalomalliin. Pelkistetyt ilmaukset luokiteltiin yhtä aikaa niitä muodostettaessa siten, että ilmaus sovitettiin parhaiten sopivaan teemaan. Pelkistetyt ilmaukset sopivat pääosin kysymyksen teemaan, mutta luokkien sovittelua tapahtui etenkin itsestä johtuvien ja työstä johtuvien tekijöiden välillä.

## 5 TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset noudattavat teoreettisen viitekehysten ja kysymyspatteriston rakennetta. Tulokset esitetään teemoittain kysymyskohtaisesti. Opinnäytetyön tulokset on esitetty kokonaisuudessaan taulukkomuodossa sisällönanalyysi-liitteessä (Liite 3.).

### 5.1. Yksilön kokemus työkyvystä

*”Pystyy tekemään sitä työtään, mitä tekee...”*

Työkyky koostuu haastateltavien mukaan työntekijän kokonaisvaltaisesta toimintakyvystä, joka edelleen jakautuu fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn ja ammatilliseen osaamiseen. Näiden muodostama kokonaisuus ja osatekijöiden välinen tasapaino kuuluvat tärkeänä osana yksilön työkykyyn.

*”Fyysinen terveydentila, psyykinen terveydentila ja semmoinen sosiaalinen kyky ja kunto, on sellaisessa tasapainossa, kokonaisuus on sellaisessa tasapainossa, että ihminen kykenee, paitsi että omasta mielestään, suoriutuun sillai kohtuullisella menestyksellä niistä työtehtävistä.”*

Haastateltavat nostivat esille hyvän fyysisen ja psyykkisen terveyden osatekijöistä yksilön riittävät voimavarat, kuten palautumiskyvyn, paineensietokyvyn ja itsetunnon ja nämä vaikuttavat työkykyyn. Vastaajat kokivat, että ammattitaidon tulee vastata työtehtäviä ja ammattitaidon merkitys työkyvylle riippuu työtehtävien vaatimuksista. Näiden lisäksi ehdottoman tärkeäksi koettiin se, että ammattitaitoa pidetään yllä.

*”Pitää jaksaa kestää, jonkinlaista painettakin välillä, että pitää nopeesti tehdä asioita ja muutoksia.”*

*”Ajan tasalla tieto, et se on tärkeätä ja se on yks osa-alue työkyvyssä.”*

Vastaajat kokivat, että heidän työkykynsä oli ollut parempi, työkyky oli vaihtelevaa sekä elämäntilanteen muutokset olivat ajoittain vaikuttaneet väliaikaisesti työkykyyn.

Työkyky on jaksoittain vaihteleva lopputulos yksilön voimavarojen, elämäntilanteen sekä terveydentilan välisistä muutoksista. Jaksot voivat olla ihmisen itse kokemia abstrakteja vaiheita elämässä tai esimerkiksi työolosuhteisiin vaikuttavia vaiheita, jotka vaikuttavat työkykyyn. Pääosa vastaajista kertoi, että he kokivat työkykynsä osittain hyväksi tai että se on ollut aiemmin parempi. Nuorena heidän työkykynsä oli parempi, mutta he olivat sopeutuneet iän tuomiin muutoksiin.

*”Se työelämän ja muun siis tavallaan työnsuhde muuhun elämään on tasanpainossa. Työ ei ryöstä liikaa muuta elämää ja elämästä on asiat kohdallaan, sanotaanko näin.”*

Lähiesimiesten työssä kausittainen vaihtelu työkyvyssä korostui. He kokivat, että työn erilaiset vaihtelut vaikuttivat työkykyyn yleensä vain hetkellisesti. Työn vaihtelevuus huomattiin myös siten että välillä oltiin motivoituneempia työhön ja välillä työote oli mekaanisempaa. Kausittaiseen vaihteluun kuuluivat myös elämäntilanteiden muutokset, jotka olivat vaikuttaneet työuran aikana työkykyyn tavalla tai toisella.

*”Nuorempana se on mukavampaa kun pääsee säpinöimään ja tekeen paljon, mutta nyt niin kuin haluais tehdä rauhallisesti työtä.”*

## **5.2. Työkykyä heikentävät itsestä johtuvat tekijät**

Työkykyä heikentävät itsestä lähtevät tekijät muodosti yläluokan häiriöt ja puutteet sairaanhoitajan työkyvyssä, jonka alaluokkia ovat häiriöt ja muutokset fyysisessä sekä psyykkisessä terveydessä, lähiyhteisön vaikutukset sekä asenne työtä kohtaan. Työkykyä heikentävät itsestä johtuvat tekijät mukailevat työkyvyn talomallin jaottelua. Sairaanhoitajien kokemusten mukaan työkyvyn heikentymisen oireita tai seurauksia ovat toimintakyvyn lasku, vajaakuntoisena työskentely sekä sairauspoissaolojen kasvu.

Häiriöt ja muutokset fyysisessä ja psyykkisessä terveydessä olivat haastatteluiden perusteella merkittävä työkykyä heikentävät itsestä lähtevät tekijä. Vastaajat painottivat terveyden fyysisiä muutoksia haastattelussa. Terveydellisiksi syiksi laskettiin taudit ja sairaudet sekä tapaturmat ja onnettomuudet. Muita terveyteen liittyviä syitä oli heikko fyy-

sinen kunto tai ylipaino, hormonaaliset muutokset ja fyysisen suorituskyvyn lasku sekä omasta hyvinvoinnista huolehtimattomuus ja epäterveelliset elämäntavat.

*”Et oo terve fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti sulla on jotakin murheita, niin kyllä se saattaa aika nopeesti heikentää työssä selviytymistä ja työn tekemisen kykyjä.”*

*”Pitkäaikaissairaus, joka kuormittaa ja heikentää. Tai se voi olla joku akuutin tapaturman seuraus tai ihan yhtäläillä sairaanhoitaja omassa elämässä joutuu tautien runtelemiksi.”*

Alaluokka lähiyhteisön vaikutukset käsitteli elämäntapahtumia ja koettua sosiaalista toimintakykyä. Elämäntapahtumista parisuhdetilanteen muutokset, kuolemantapaukset ja erilaiset arjen huolet joko omassa tai perheen elämässä koettiin itsestä lähtevänä tekijänä, jolla on vaikutusta työkykyyn. Muita kuormittavia tekijöitä olivat esimerkiksi rasakaaksi tuleminen, lasten syntyminen, yksinhuoltajuus sekä lasten sairastaminen tai muut lasten kasvattamiseen liittyvät tilanteet. Myös lasten harrastukset saattoivat olla ajoittain kolmivuorotyötä tekeväille sairaanhoitajalle työkykyä heikentävä tekijä. Työkykyä heikentävät tekijät eivät kuitenkaan aina olleet välttämättä ongelmia, vaan olosuhteita, jotka kuormittivat sairaanhoitajaa monella tavalla.

*”Jos sul on hirveitä ongelmia kotona, niin aika vaikee niitä on ihan kokonaan unohtaa.”*

*”Monilla on lapsia, se ei tarvi olla perhe-elämän ongelma, vaan voi olla kuormittava tekijä.”*

Ikääntyminen kuvattiin fyysistä työkykyä jossain määrin heikentävänä tekijänä. Iän mukanaan tuomat vaikutukset työkykyyn olivat yksilöllisiä ja osin riippuvaisia elämäntavoista. Naisilla myös hormonaaliset muutokset voivat heikentää työkykyä hetkellisesti. Vastaajat kokivat, että iän myötä palautuminen vaatii myös enemmän aikaa kuin nuorempana.

*”Se toipuminen vaatii enemmän aikaa, sekin on yks iän mukana tullut juttu, mikä pitäis työvuorosuunnittelussakin ottaa huomioon.”*

Joko oma tai läheisen päihteiden käyttö nousi haastatteluissa esille yhtenä itsestä lähtevänä tekijänä. Haastateltavat olivat kohdanneet uransa aikana sellaista päihdekäyttämistä, joka oli vaikuttanut työntekijän työkykyyn heikentävästi hetkellisesti tai pysyvästi. Päihteiden alaisena tai krapulaisena tuleminen töihin kuvasi myös vajaakuntoisena työskentelemistä. Eräs haastateltava toi esille, että päihteiden käyttö tai muut terveydelle haitalliset elämäntavat voivat olla joko syynä tai seurauksena työkyvyn heikentymisestä.

*”Päihteiden käyttö voi olla syynä tai seurauksena.”*

Vastaajat kokivat, että sairaanhoitajan oma asenne työtä kohtaan, koettu työmotivaatio, saattoi olla myös työkykyä heikentävä tekijä. Vastaajat kuvasivat niin sanottuja kutsu-mushoitajia, jotka tekivät työtä oman hyvinvointinsa kustannuksella eivätkä pitäneet itsestään huolta. Haastateltavat kertoivat myös tilanteista, joissa työntekijät eivät hakeutuneet sairauslomalle tai työterveyteen, vaan tulivat sairaina töihin.

Yhtenä piirteenä nähtiin kyvyttömyys irrottautua hoitotyöstä, jonka nähtiin heikentävän työkykyä pitkällä aikavälillä. Työtä kohtaan koettu asenne ja motivaatio teki samankaltaisten tilanteiden, sairauksien tai oireiden kokemuksesta täysin yksilöllisen, eikä voitu sanoa, että jokin asia heikentää työkykyä kaikilla samalla tavalla. Puutteet ammatillisessa osaamisessa vaikuttivat heikentävästi työkykyyn, mikäli ammatillista osaamista ei pidetty ajan tasalla.

*”Että siitä pitäis itse pitää kiinni, eikä olla semmosta marttyyria tai olla semmonen kutsumushoitaja. – – Mun mielestä hoitajan ammatin pitää olla semmonen professio, eikä mitään tämmöisiä pitäisi liittää siihen, että Florence Nightingalen sais unohtaa, että se on niin kun, tää on työtä. – – Että mennään vaan, eikä pidetä huolta itsestä.”*

Fyysisen toimintakyvyn laskun oireita olivat ongelmat ja sairaudet tuki- ja liikuntaelimestössä, suonikohju- sekä iho-ongelmat ja jatkuva päänsärky. Tuki- ja liikuntaelimestön kuormitus kohdistui vastaajien mukaan eniten niskahartiaseudulle, sekä etenkin sel-

kään ja selkärankaan. Vastaajat kertoivat päänsärlyn johtuvan lihasten jumiutumuksesta, taukojen pitkistä väleistä tai pitkästä valvomisesta. Uniongelmat koettiin sekä fyysisenä että psyykkisenä oireena joka voi olla syy tai seuraus. Psyykkisen toimintakyvyn laskun oireisiin kuului uniongelmien ohella väsymys, uupumus, stressaantuneisuus, ärtyneisyys ja hermoilu. Kun keskittymiskyky laskee niin asiat unohtuvat helpommin ja virhemahdollisuuksien todennäköisyys kasvaa.

*”Se semmoinen seisominen ja paikallaan oleminen, kyllä aika paljon on hartia ja niskavaivoja ja niistä voi tulla päänsärkyä mikä taas sitten heikentää jaksamista ja keskittymistä hommiin – Päänsärky voi tulla stressistä ja jostain niskahartia vaivoista ja jos ei pääse syömään.”*

Lähiesimiesten kokemusten mukaan työkyvyn heikentymisen oireet näkyivät sairauspoissaoloina siten, että nuoremmilla lyhyet poissaolot olivat yleisempiä ja vanhemmilla työntekijöillä sairauspoissaoloja oli harvemmin, mutta poissaolot olivat pidempiä. Lisäksi kun poissaolot lisääntyivät, niin työhön sitoutuminen heikkeni.

*”Poissaolot lisääntyä, jos on merkittävä työkykyä heikentäviä asioita, niin silloin alkaa oleen enempi poissaoloja ja semmonen sitoutuminen ehkä vähän heikkenee tähän perustehtävään.”*

Potilastyötä tekevät sairaanhoitajat kuvasivat yhtenä oireena vajaakuntoisena työskentelemisen, mikä näkyi sairaana töihin tulemisena ja siten laskeneena työkykynä. Työkyky voi olla laskenut pitkäaikaissairauden pahenemisen vuoksi. Fyysiset vaivat ja ongelmat huomattiin työssä varomisenä ja työn tekemistä rajoittavana tekijänä. Myös raskauden katsottiin kuvaavan vajaakuntoisena työskentelemistä.

*”Että jos on jotain flunssanoireita tai jotain muuta – että jos on vähän semmosta, että ottaa illalla särkylääkkeen ja lepää mutta jos yrittää rauhautua puolikuntoisena töihin, niin se voi pitkittyä.”*

### 5.3. Työkykyä heikentävät työstä johtuvat tekijät

Työkykyä heikentävät työstä johtuvat tekijät koskivat hoitotyön luonnetta, työoloja sekä esimiestyötä ja johtamista. Työkykyä heikentävien tekijöiden yläluokaksi muodostui hoitotyö kokonaisuudessaan. Tämä koostui perustehtävän vaatimustasosta, potilaista ja omaisista, fyysisestä ja psykososiaalisesta työympäristöstä, vuorotyöstä sekä esimiestöistä.

Hoitotyössä työkykyä heikensi perustehtävän korkeaksi koettu vaatimustaso, potilaat sekä mieleenpainuvat raskaat tapaukset. Haastateltavat kuvasit työn vaatimustasoa heikentävänä tekijänä, mikäli ammattitaito ei vastannut täysin perustehtävän vaatimustasoa. Työn luonteeseen kuului nopeat muutokset käytännön potilastyössä, tarve tehdä ja opetella nopeasti asioita, korkea vastuu ja kuorma.

*”Työtä on yksinkertaisesti liikaa, ei oo kunnan mahdollisuuksia, kun on kiire.”*

*”Tiedolliset ja taidolliset vaatimukset ovat aika kovia.”*

Vastaajat kokivat, että työn luonne saattoi heikentää työkykyä hetkellisesti mutta vastuu koettiin yksilöllisesti myös motivoivana tekijänä. Työn kuormitus heikensi työkykyä tilanteissa, joissa muu elämä koettiin kuormittavana. Ennakoimattomuus ja joustamattomuus koettiin työn luonteeseen kuuluviksi elementeiksi, jotka heikensivät työkykyä.

*”Sama asia, jonka joku voi kokea kuormittavana stressitekijänä, toinen voi kokea motivoivana tekijänä.”*

Vastaajat kokivat, että potilailla oli vaikutusta työkykyyn. Raskaat ja mieleenpainuvat, rankoiksikin koetut kohtalot, heikensivät ajoittain työkykyä ja saattoivat jäädä ajatuksiin myös vapaa-ajalla. Potilaiden fyysinen koko sekä aggressiivinen ja sekava käyttäytyminen mainittiin työstä johtuvana työkykyä heikentävänä tekijänä. Vastaajat mainitsivat myös, että potilaiden omaiset saattoivat aiheuttaa kuormaa omalla käyttäytymisellään. Nykyään potilaat ovat huonokuntoisempia sekä suurikokoisempia ja heitä on määrälli-



sesti enemmän kuin aikaisemmin. Tämä on lisännyt työn kuormittavuutta viime vuosina.

*”Vuosittain useita potilaita joiden elopaino on yli 120kg. Jos miettii että meillä on viikonloppuna 2-3 hoitajaa joista kaikki saattaa olla 150cm pitkiä naisia.”*

*”Semmosta henkisenpuolen kuormitusta, että on sekavia potilaita saattaa olla väkivaltaisesti tai aggressiivisesti käyttäytyviä, myös omaiset saattavat olla yhtäläillä.”*

Fyysisten työolojen ongelmia olivat työtilojen toimimattomuus, melu, kemikaaleista ja kaasusta aiheutuvat haitat sekä toimimattomat työvälineet. Työvälineistä vastaajat nostivat esille tietojärjestelmien ongelmat ja muutokset, jotka hidastivat ja veivät aikaa perustehtävän suorittamiselta. Huonot työasennot, fyysisesti raskaat työt ja työtä helpottavien apuvälineiden vähyys tai puutteellinen perehdytys niiden käyttöön koettiin tekijöinä, jotka heikentävät työkykyä ainakin välillisesti.

*”Jotka vaikuttaa työtehoon. just nää tietojärjestelmät, kun ne ei toimi kunnolla. Ne aiheuttaa semmosta ärsyntyä, kun ne ei toimi, ja sitte sen virhemahdollisuus pelottaa ja kaikki tälläset.”*

Psykososiaalisten työolojen kuormittavina tekijöinä koettiin henkilökunnan jatkuva läsnäolo, joka ei mahdollistanut yksityisyyttä työnteossa, jolloin muu henkilökunta oli aina paikalla kaikkien tehdessä työtä. Hoitajat kokivat, että olivat työtä tehdessään jatkuvan tarkkailun alla ja heidän tuli varoa sanomisiaan tai tekemisiään. Työympäristö koettiin myös monesti rauhattomana.

*”Eli epäergonomiset työolosuhteet, liiankova melu, häiriö, työn jatkuvat keskeytykset että sulla ei oo työrauhaa – Se että siinä ollaan kokoajan ihan iholla ja se että hoitohenkilöstön ainoa työtila on potilastila – Koen että se voi olla painetta ja stressiä lisäävä, että ollaan silmän ja korvan alla. Tavallaan ei voida hetkeksään herpaannuttaa omaa ajatustaan ja kieltään.”*

Tiukat tilanteet, väsyminen sekä käytettävissä olevan ajan ja työtehtävien välinen epätasapaino olivat psykososiaalisten työolojen heikentäviä tekijöitä. Näissä tilanteissa koettiin, että henkisellä ilmapiirillä oli korostunut merkitys. Huono työilmapiiri itsessään koettiin työkykyä heikentäväksi tekijäksi hoitotyössä. Vastaajat toivat esille kokemuksia epäoikeudenmukaisuudesta ja yhteisten pelisääntöjen puuttumisesta, jotka he kokivat vaikuttavan omaan työkykyynsä. Huonoksi koettu johtaminen johti haastateltavien mukaan työkuormituksen lisääntymiseen ja lisäsi muiden työkykyä heikentävien tekijöiden vaikutusta.

*”Varmasti se kiire on semmonen. ja semmonen riittämättömydentunne, että ei ehdi.”*

*”Sitten oikeudenmukaisuus, eli kokemus oikeudenmukaisuudesta. Että mikäli sitä on niin se parantaa työkykyä ja – hyvinvointia tai sitten se heikentää. Sehän vähentää myös sitä sitoutumista.”*

Hoitotyöhön pääsääntöisesti kuuluva vuorotyö koettiin ajoittain työkykyä heikentäväksi tekijäksi. Haastateltavat kertoivat epäsäännöllisen työrytmin, yötyön, pitkien ja rankkojen työputkien sekä päivystystyön itsessään heikentävän työkykyä. Myös riittävän levon ja taukojen puuttumisen haastateltavat näkivät hoitotyön työoloihin liittyväksi ongelmaksi ja niiden vaikutusten koettiin korostuvan iän myötä.

*”Tämmönen ylikuormitus, liian pitkät vuorot - kun sä oot väsyny nälkänen - Et sitä sillon, kun on jaksamisen ääri rajoilla just väsymyksen mukaan niin sitä vaan tekee kuin kone ja ei kauheesti ajattele.”*

Vastaajat kuvasivat hoitotyön muutosten voivan heikentää työkykyä esimerkiksi kuormittavuuden kasvulla sekä työolojen muuttumisella haastavammiksi. Tilapäisesti muutokset heikensivät työkykyä, kun työn vaatimukset, kuorma ja määrä kasvoivat. Työnjärjestämisestä tuli haasteellisempaa ja haavoittuvampaa. Vastaajat kokivat työskentelevänsä jatkuvassa muutostilassa. Muutostilan vaikutukset työkykyyn olivat hyvin yksilöllisiä. Toiset saivat motivaatiota muutoksista ja toiset kokivat sen kuormittavana. Esimerkiksi vastuun lisääntyminen koettiin toisaalta motivoivana ja hyvänä asiana, ja toisaalta stressaavana ja työkykyä heikentävänä asiana. Muutokset näkyivät kiireen ja työtahdin kiristymisenä, tehokkuuden vaatimuksina sekä toimintojen tehostamisina.

Käytännön työssä esimerkiksi käytössä olevien työvälineiden muutokset koettiin hetkelisesti heikentävinä tekijöinä. Etenkin käyttöönottovaihe koettiin raskaana.

*”Kun näitä muutoksia tulee niin paljon, tulee kauheesti uusia laitteita ja sitten sitä opiskelua ei anneta kaikille, että joku pieni porukka mikä nyt sattuu olemaan töissä, niin niille esitellään tää uus laite. Ja sit kun sä oot töissä, niin sitä ei oo kukaan sulle näyttänyt ja sä et osakaan sitä käyttää.”*

Esimiestyössä koettiin kausittaisia vaihteluja sekä poikkeavia tilanteita, jotka lisäsivät kuormitusta ja tekivät toiminnan jatkuvuuden varmistamisesta ajoittain haavoittuvampaa ja haasteellisempaa. Kausittaiset vaihtelut liittyivät etenkin erilaisiin muutosvaiheisiin ja loma-aikoihin sekä sairauspoissaoloihin. Muutokset organisaatiotasolla ja hoitotyön prosesseissa koettiin heikentävän työkykyä

*”Mun mielestä on työyhteisöstä, ei terveydenhuollon vaan ihan koko yhteiskunnassa on valtavat muutokset ja hektisyys. Kaikki on nopeeta ja tehokasta ja muutosta tulee muutoksen perään. Jolloin ei ole ehtinyt sopetua edelliseen muutokseen, niin sittenkin jotain muuttuu. Se on mun mielestä erittäin kuormittavaa. Joskus ajattelen että olisi edes yksi vuosi jolloin mikään ei muutu.”*

Työkyvyn kannalta arvojen koettiin olevan tärkeitä hoitotyössä. Haastatteluisissa arvot jakautuivat organisaatiotason- ja työelämän arvoiksi sekä yksilötason arvoiksi. Organisaatiotason arvot koettiin haastaviksi ja vastaajat kokivat, että työntekijän on jossain määrin pakko jakaa ne, vaikka yksilötasolla olisi erimieltä. Erimieltä oltiin arvojen tuomisesta käytäntöön ja taloudelliset intressit koettiin jossain määrin hoitotyöhön sopimattomiksi. Hoitotyön arvot jaettiin pääsääntöisesti ja haastateltavat kokivat, että ne toteutuvat työssä.

*”Jos ihmiset joutuu tekeen arvojen vastaisesti, niin se on yks semmonen suurimpia ja se syö ihmisiä.”*

Haastateltavat toivat esille, että arvokeskustelun ylläpitäminen ja arvojen näkyvyys on tärkeää. He kokivat koko työnteon lähtevän arvoista ja pyrkimys niiden noudattamiseen

oli koko työyhteisön tavoite. Joidenkin arvojen kuten hierarkkisuus, koettiin olevan muuttumassa parempaan suuntaan, minkä koettiin parantavan psykososiaalisia työoloja.

*”Olen keskustellut arvoista miksi me ollaan täällä ja miten potilaita pitää hoitaa ja mikä on ihmisen kunnioittaminen, arvostus ja loukkaamattomuus. – Ja minusta kohtuullisen hyvin ne toteutuu täällä ja asiakas on keskiössä. Sitä pitää kokoajan pitää silmällä, ettei arvoissa tapahdu heilahduksia.”*

Työyhteisön arvoista tuli eritasoisia ristiriitoja. Näitä ristiriitoja ilmeni strategisissa linjauksissa, potilastyössä sekä joissakin hoitolinjauksissa. Talouden intressit hoitotyössä mietityttivät haastateltavia ja koettiin, että palkkaukseen liittyvät raha-asiat voivat aiheuttaa arvoriistiriitoja. Potilastyössä ilmenevät ristiriidat liittyivät lähinnä sekavan sekä tajuttoman potilaan kohtaamiseen ja siihen suhtautumiseen. Hoitolinjausten ristiriidat liittyivät hoitoon pääsemisen tasa-arvoon ja elämän kunnioittamiseen, eli kuinka pitkälle ja ketä hoidetaan. Hoitotieteellisen näkemyksen ja lääketieteellisen näkemyksen välillä koettiin ristiriitaa, mikä mietitytti sairaanhoitajia.

*”Hoitaja huutaa (potilaalle) pää punasena, et oot vaan hiljaa ja paikallas - Vaikka kaikki varmasti tietää sen, et sekoo kahta kauheemmin se potilas.”*

*”Mikä on ongelmallista et kun on kaks, tää lääketieteellinen ja hoitotieteellinen. – Lääkärit kun kattoo lääketieteellistä ja hoitajat kattoo hoitotieteellistä. Vähän inhimillisemmin kun aatellaan vanhempaa ja huonokuntoempaa. Kannattaako niille ruveta tekeen isoo toimenpidettä, kun ne on sit lopun ikänsä koneen nokassa, kuin että ne keinuttelisi tuolissa joillain lääkkeillä.”*

#### **5.4. Heikentyneen työkyvyn käsittely työpaikalla**

Neljännessä teemassa pureuduttiin tapoihin miten heikentyntä työkykyä käsitellään työpaikalla ja millaista sen käsittely on ollut käytännössä työyhteisössä. Teemassa käytiin läpi myös miten sairaanhoitajan heikentynyt työkyky näkyy hoitotyössä.

Heikentyneen työkyvyn käsittely työpaikalla voitiin jakaa haastatteluiden perusteella viralliseen ja epäviralliseen käsittelyyn. Virallisessa käsittelyssä yleisin muoto oli asianomaisen ja esimiehen välinen keskustelu. Sen edellytyksenä oli, että tieto työkyvyn heikentymisestä oli tullut esimiehen tietoon. Riippuen tilanteesta työntekijä voi tarvittaessa hakeutua joko itse työterveyden piiriin tai hänet ohjataan sinne. Seuraamalla sairauspoissaoloja, tulokuntomittareita sekä työhyvinvointi kyselyitä, voidaan saada viitteitä mahdollisesta työkyvyn heikkenemisestä. Haastateltavien työpaikoilla noudatettiin varhaisen puuttumisen periaatetta, jonka mukaan lisääntyneisiin sairauspoissaoloihin kiinnitettiin huomiota. Lisäksi työkyvyn heikkenemisestä saatiin tietoa kehityskeskusteluin ja työnohjauksen kautta.

*”Esimies saa tiedoksi ja sitten ottaa keskustelun sen asianomaisen kanssa.”*

Mikäli työntekijän työkyky havaittiin heikentyneeksi, voitiin vastaajien työpaikoilla tehdä työkykyä tukevia muutoksia työntekijän toimenkuvaan. Vastaajat kertoivat, että muutokset koskivat toimenkuvan muokkaamista. Työaika voitiin jossakin määrin muokata työntekijälle sopivaksi tai työpistettä pystyttiin vaihtamaan tai työntekijä saattoi vaihtaa työpaikkaa. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä pyrittiin välttämään mahdollisimman pitkään, mutta siihenkin voitiin päätyä, mikäli muut toimenpiteet eivät riittäneet.

*”Yleensä esimiehelle tulee ilmoitus ja sairauslomatodistus ja lähetään yhdessä miettimään, että onks tää ohimenevä, pitkäaikainen, tarvitaanko siihen työterveyshuoltoon mukaan suunnitteleen jotakin jatkotoimenpiteitä.”*

Haastateltavien kokemusten mukaan suurin osa työkyvyn heikentymisen käsittelystä tehtiin epävirallisesti. Epävirallisessa käsittelyssä työkyvyn heikentymisestä tai siihen liittyvistä ongelmista keskusteltiin pelkästään työntekijöiden kesken. Vastaajat kuvasivat, että epävirallinen keskustelu saattoi olla työkaverin kanssa tapahtuvaa höyryjen päästelyä tai heihin tukeutumista. Epävirallinen käsittely koettiin myös negatiivisena, mikäli keskustelu tapahtuu asianomaisen selän takana tai käsittelyn sävy oli vähättelevää tai epäasiallista.

*”Ennen kuin se asia on esimiehen tiedossa esimerkiksi, niin aika usein voi olla, et sitä asiaa on jo jollakin tavalla käsitelty.”*

*”Suurin osa käsittelystä on epävirallista, ei esimiesten tiedossa olevaa keskustelua työntekijöiden välillä, kunnes tapahtuu hirveitä, jolloin esimies saa tiedon.”*

Työkyvyn käsittely on ollut haastateltavien mukaan täysin tapauskohtaista. Fyysisen työkyvyn heikentymisen kohdalla koettiin, että asioista oli helpompi keskustella ja ottaa esille kuin psykososiaalisten asioiden kohdalla. Haastatteluissa tuli ilmi, että työpaikalla voi nousta ristiriitatilanteita työtovereiden kesken, jos työntekijä tulee sairaana tai puolikuntoisena töihin, eikä pysty toimimaan täyspainoisesti. Hoitajat kokivat, että työtoverin raskaana olemisen voi myös aiheuttaa eripuraisuutta.

Ongelmat psykososiaalisissa asioissa koettiin haastateltavien piirissä vaikeaksi ottaa esille tai puheeksi. Haastatteluissa koettiin, että suomalaisessa hoitotyön kulttuurissa on korkea kynnyks antaa työkaverista negatiivista palautetta ja ottaa puheeksi vaikeat asiat. Tästä syystä pitkään katseltiin, pohdittiin ja puhuttiin työyhteisön sisällä epävirallisesti, vaikka tilanne saattoi vaatia konkreettista avunantoa. Pelättiin myös, että psykososiaalisten ongelmien puheeksi ottaminen aiheuttaisi lisää ongelmia työkaverille, sekä vähäteltiin omaa näkemystä asiaan.

*”Henkisen puolen asiat, - Ne on vähän vaikeampia asioita.”*

Esimiesten mukaan heikentyneen työkyvyn virallinen käsittely on aina yksityis-, henkilö- ja tapauskohtaista. Puhuttaessa yksittäisen työntekijän terveystiedoista esimiehiä koskivat rajoitukset sekä salassapitovelvollisuus. Avointa ilmapiiriä yritettiin kuitenkin tukea esimiestaholta rajoitusten mukaan ja esimiehet pyrkivät olemaan helposti lähestyttäviä ja käytettävissä. Esimiehet kokivat, että heillä on jonkin verran keinoja ja mahdollisuuksia muokata työntekijän toimenkuvaa työkykyä ylläpitävämpään suuntaan, esimerkiksi työaikaa tai perustehtävää keventämällä, mutta niitä ei voitu tehdä ilman työntekijän suostumusta. Kevennykset koettiin onnistuneiksi esimiesnäkökulmasta.

Esimiesten mukaan työntekijän heikentynyt työkyky tulee heidän tietoonsa yleensä viiveellä kehityskeskusteluiden, sairauspoissaolojen tai esimiehen toimia vaativien tilanteiden tai sattumusten kautta. Esimerkiksi työntekijän psyykkisen toimintakyvyn hei-

kentymisen oireet saattoivat tulla pitkän ajan kuluttua esimiehen tietoon, vaikka työyhteisössä asiaa olisi jo puitu pitkään.

*”Kynnys on tosi korkea, että silloin kun koetaan, että joudutaan kantelemaan tai tuomaa jotain negatiivista viestiä toisesta ihmisestä, sairaanhoitajasta.”*

Työntekijöiden kokemukset heikentyneen työkyvyn käsittelystä työpaikalla vaihtelivat laidasta laitaan. Jotkin haastateltavista kokivat, että virallinen käsittely on ollut riittämätöntä tai tehotonta. Koettiin, että käsittelytavoissa on kuitenkin menty eteenpäin, esimiehet kuuntelevat ja ymmärtävät nykyään paremmin ja vastakaikua voi saada, jos kykenee ottamaan asiat puheeksi. Haastateltavat korostivat sairaanhoitajien omaa vastuuta ottaa työkyvyn notkahdukset itse puheeksi esimiesten kanssa.

*”Enemminkin vois olla sitä keskustelua. – Mutta kyllä mun mielestä ollaan menossa eteenpäin, että keskustellaan asioista. Esimiehet enemmän ymmärtää ja uskaltaa sanoa heillekin.”*

Haastateltavat kokivat, että työntekijän heikentyneen työkyvyn epävirallinen käsittely työpaikalla riippui työpaikan vuorovaikutusilmapiiristä. Jos psykososiaaliset työolot koettiin vaikeiksi, heikentyneen työkyvyn epävirallinen käsittely ei ollut kollegiaalista ja työkaveria tukevaa. Vastaajat kertoivat kokemuksinaan työpaikoiltaan, että käsittely oli ollut karmeaa, työntekijän selän takana oli naureskeltu ja keskustelu oli ollut tosiasiasta vääristelevää. Sairaanhoitajat toivoivat, että näkökulma asioihin olisi avoimempi ja kollegiaalisempi. Työkaverin tukeminen ja auttaminen koettiin yhteiseksi asiaksi koko työyhteisössä.

*”Sitä vaan naureskellaan, et mikset pysty mitään tekeen.”*

Työkyvyn heikentyminen näkyi vastaajien mukaan sairaanhoitajan työotteessa ja hoitotyönlaadussa. Vuorovaikutus ja käyttäytyminen kuvattiin äreudeksi, kireudeksi, pahanuulisuudeksi sekä joustamattomuudeksi. Sairaanhoitajan heikentynyt työkyky näkyi huonona vuorovaikutuksena suhteessa potilaisiin tai työtovereihin. Työote muuttui mekaaniseksi ja työmotivaatio laski. Hoitotyönlaatu heikkeni, mikä ilmeni lisääntyneinä virheinä kuten lääke- tai hoitovirheinä, sekä siten, että potilaita hoidettiin huonommin.

*”Käyttäytyminen on varmaan se ensimmäinen. Tulee äreyttä, kireyttä, pahantuulisuutta ja joustamattomuutta.”*

*”Tai sitten hoitaja voi tehdä jotain virheitä, lääkevirheitä tai tämmösiä.”*

Työkyvyn heikentyminen näkyi myös sairauspoissaolojen ja työntekijöiden rajoitusten lisääntymisenä. Rajoitusten myötä sairaanhoitajan työtehtäviä tai työ aikaa voitiin muokata hänelle sopiviksi. Haastateltavat kuvasivat, että työnteon rajoituksia ovat yleistyneet hoitotyössä. Rajoitukset saattoivat olla joko hetkellisiä tai pysyviä.

*”Tietenkin, jos on näitä joilla on tukiranka oireita niin heille pitää valita tehtävät niin että mahdollisimman vähän kuormittuu.”*

*”Se on vähän kurja, jos sä oot monen raskaana olevan kanssa töissä.”*



## 6 Johtopäätökset & pohdinta

Seuraavaksi käsittelemme opinnäytetyön tuloksia peilaten vastauksia tutkimuskysymyksiin ja aikaisempiin tutkimuksiin. Käsittelemme myös opinnäytetyön luotettavuuteen ja etiikkaan liittyviä kysymyksiä. Lisäksi esittelemme opinnäytetyön prosessin aikatauluineen sekä mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

### 6.1. Tulosten tarkastelu

Lähdemme pohtimaan aihetta opinnäytetyön tehtävien pohjalta. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää mitä on työkyky ja mitkä tekijät voivat heikentää hoitajan työkykyä, millä tavalla heikentynyt työkyky ilmenee ja miten asiaa käsitellään työpaikalla.

Järvikoski & Härkäpää (2011) kuvaavat työkykyä moniulotteisena ja kokonaisvaltaisena ilmiönä, johon vaikuttaa monet inhimillisyyteen ja ympäristöön liittyvät tekijät sekä niiden tasapaino. Haastatteluissa sairaanhoitajat kuvasivat työkykyä hyvin samantapaisesti, moniulotteisena ilmiönä. Sairaanhoitajien käsitykset työkyvyn koostumuksesta olivat myös hyvin samankaltaiset, kuin mitä esimerkiksi Ilmarisen työkykymalli esittää työkyvystä. Vastaajat korostivat työn vaikutuksia työkykyyn korostuneesti verrattuna itsestä lähteviin työkykyä heikentäviin tekijöihin. Huomion arvoista oli, että kaikki vastaajat kertoivat heidän työkykynsä muuttuneen työuran aikana. Osa vastaajista koki, että heidän työkykynsä oli ollut joskus parempi. Työkyky ei välttämättä laskeutunut iän myötä, vaikka fyysinen toimintakyky saattoi heikentyä. Kertynyt työkokemus ja parantunut ammattitaito kompensoi menetettyä fyysistä toimintakykyä. Haasteltavat toimivat vaativissa erikoissairaanhoidon yksiköissä, joissa perustehtävän onnistunut suorittaminen vaati ammattitaitoa sekä paljon yksikkökohtaista erityisosaamista. Haasteltavat kokivat, että fyysisen toimintakyvyn osittain laskiessa uran aikana juurikin parantunut ammattitaito ja kattunut kokemus kompensoi työtehtävien aiheuttamaa kuormaa.

Ojala (2012) on todennut vastaavaa ilmiötä myös muilla kuin sosiaali- ja terveysalalla. Kokemus voi korvata työkyvyn ongelmia siten, että työkyky ei ole heikentynyt. Kokenut työntekijä voi olla työkykyinen, vaikka hänellä olisi työkykyä heikentäviä ongelmia.

Opinnäytetyön vastaajat kuvasivat vastaavaa ilmiötä tilanteissa, joissa sairaanhoitajalla on pitkäaikaissairauksia, joka vaikuttaa työntekoon mutta ei välttämättä heikennä sitä.

Sairaanhoitajan työkykyä voivat heikentää häiriöt ja puutteet henkilökohtaisessa toimintakyvyssä sekä hoitotyöstä johtuvat tekijät. Työkykyä heikentävät hoitotyön osa-alueet jakaantuivat perustehtävän vaatimustason, potilaiden ja omaisten, fyysisen ja psykososiaalisen työympäristön, vuoro- ja esimiestyön kesken. Kuviossa 3 on esitetty tiivistetysti sairaanhoitajan työkykyä heikentävien tekijöiden alakäsitteet opinnäytetyön mukaan.



Kuvio 3. Sairaanhoitajan työkykyä heikentävät tekijät

Tulosten mukaan häiriöt ja muutokset terveydessä olivat suurin työkykyä heikentävä itsestä johtuva tekijä. Terveyden muutokset saattoivat olla hetkellisiä tai pitkäaikaisia sairastumisia ja vammautumisia tai iän mukanaan tuomia muutoksia. Toisaalta terveyden muutokset ja häiriöt saattoivat johtua myös psyykkisistä ja sosiaalisista tekijöistä. Vastauksissa korostui fyysistä työkykyä heikentävät tekijät. Nuikan (2002) mukaan somaattisessa hoitotyössä työn fyysinen kuormittavuus on suurta ja työuran aikana tuki- ja liikuntaelinten ongelmat ja sairaudet yleistyvät. Toisaalta fyysisistä tekijöistä on myös helpompi puhua kuin psykososiaalisista tekijöistä, kuten vastaajat itse kertoivatkin. Vas-

taukset olivat fyysisissä tekijöissä hyvinkin henkilö- ja yksityiskohtaisia verrattuna psykososiaalisiin heikkenemistekijöihin. Vastaajat pyrkivät itsekkin suojaamaan omaa ja työtovereiden anonymiteettiä vastauksissaan.

Haastatteluissa tuli esille eräänä työkykyä heikentävänä tekijänä raskaus. Raskaana oleva työntekijä koettiin jossain määrin haasteelliseksi työpariksi etenkin loppu raskauden aikana, koska fyysinen suorituskyky on tällöin rajallinen. Oli mielestämme jopa yllättävää, että raskaana oleminen koettiin jopa negatiivisesti ja koettiin, että se kuormittaa muita työvuorossa olevia. Tämä on toisaalta paikkaansa pitävää, mutta yllättävää etenkin alalla joka on naisvaltainen ja raskaus ei sinänsä ole sairaus tai vaiva.

Lähiyhteisön vaikutukset koskivat enimmäkseen perhe-elämään liittyviä tekijöitä. Lähiyhteisö saattoi heikentää työkykyä mutta toisaalta työ koettiin myös pakokeinona arjen asioista tilanteissa, joissa kotiasiat olivat kriisitilanteessa. Perhe-elämän yhteensovittaminen itsessään koettiin työkykyä heikentäväksi tekijäksi, vaikka lähiyhteisöllä on tutkitusti työkykyä ylläpitävä ja edesauttava vaikutus (Gould ym. 2006, 198).

Asenne työtä kohtaan vaikutti työkykyyn monella tavalla. Toisaalta negatiivinen asenne itsessään vaikutti lannistavasti ja toisaalta liian suuren työlle omistautumisen ns. ”kutsuksen”, katsottiin heikentävän työkykyä, mikäli sairaanhoitajan kyky huolehtia itsestään jäi taka-alalle. Kyvyttömyys irrottautua töistä koettiin pitkällä aikavälillä kuormittavaksi tekijäksi. Myös kompetenssin katsottiin vaikuttavan työkykyyn negatiivisesti, mikäli työn vaatimuksiin ei kyetty vastaamaan täysin. Toisaalta työ muuttuu nykyään niin nopeasti, että työn vaatimuksiin täysin vastaaminen on lähestulkoon mahdotonta. Työn vaatimukset lisääntyvät ja muuttuvat sitä mukaa, kun niihin pystyy vastaamaan. (Mattila 2008, 95.)

Haastateltavien vastaukset olivat monipuolisempia ja sisällöltään rikkaampia käsitellessä juuri työstä johtuvia työkykyä heikentäviä tekijöitä. Kertoisiko tämä hoitotyön perusluonteesta, joka on hyvin erilainen moneen muuhun alaan verrattuna. Toisaalta haastateltavat kokivat mahdollisesti helpommaksi keskustella nimenomaan hoitotyöhön liittyvistä tekijöistä verrattuna yksityiselämään ja itsestä johtuviin tekijöihin. Hoitotyöhön kiinteästi kuuluva vuorotyö koettiin työkykyyn vaikuttavana tekijänä. Vastaajien mukaan vuorotyön vaikutukset lisääntyivät iän myötä. Se aiheutti haasteita työn ja muun elämän yhteen sovittamiselle. Laineen ym. (2005, 106) mukaan vaikeudet työn ja perhe-

elämän yhteensovittamisessa on yleisin syy vaihtaa alaa. Vuorotyö aiheuttaa myös uupumusta ja stressiä.

Vastaajat kokivat työympäristönsä haastavaksi monella tavalla. Puutteet ja epäkäytännöllisyys nousi esille fyysisten tilojen vaikutuksina. Koettiin, että epäergonomiset työolot heikensivät työkykyä konkreettisesti. Nuikan (2002, 23) mukaan etenkin potilaan siirtämiseen ja liikuttamiseen liittyvät tilanteet ja niiden mukanaan tuomat epäergonomiset työasennot kuormittavat sairaanhoitajan työkykyä. Fyysisten tilojen katsottiin vaikuttavan myös työilmapiiriin. Psykososiaaliset työolot koettiin yhtäläillä tärkeiksi ja niiden vaikutuksia kuvattiin epäsuorempina kuin fyysisten työolojen.

Lindholmin (2012, 33) mukaan sairaanhoitajat kokivat erikoissairaanhoidossa kollegoiden käytöksen joskus vaikeuttavan perustehtävän tekoa. Opinnäytetyömme tuloksissa sairaanhoitajat kuvasivat myös muiden vuorossa olevien hoitajien ajoittain häiritsevän hoitotyön suorittamista ja heikentävän työilmapiiriä. Vastaajat kokivat heikon työilmapiirin heikentävän työkykyä. Heponiemen ym. (2008, 23) mukaan juuri työilmapiiriin ja muihin psykososiaalisiin tekijöihin tulisi kiinnittää päähuomio mietittäessä työssäjaksamista ja työhyvinvointia.

Opinnäytetyössämme sairaanhoitajat kuvasivat, että kokemus epäoikeudenmukaisuudesta sairaanhoitajien kesken heikensi työkykyä. Lindholmin (2012, 33) mukaan erikoissairaanhoidossa esiintyy työntekijöiden suosimista esimerkiksi työtehtävien ja vastualueiden jakamisessa siten, että syntyy kokemus epäoikeudenmukaisuudesta. Töiden ja vastuiden jakamisen epäoikeudenmukaisuus tuo esille työkykyä tukevien erikoisjärjestelyiden problematiikkaa. Toisen työn keventäminen saattaa tuntua toisesta suosimiselta ja aiheuttaa eripuraa työyhteisössä, vaikka erikoisjärjestelyillä pystyttäisiinkin jatkamaan työuria. Haastatteluiden perusteella epäoikeudenmukaisuutta ei koettu jokapäiväisessä arjessa mutta sen kuvattiin voivan vaikuttaa työkykyyn. Oikeudenmukaisuus ja vaikutusmahdollisuudet voivat vaikuttaa työkykyyn vähentämällä koettua stressiä ja terveysongelmien negatiivisia vaikutuksia (Heponiemi 2008, 23). Esimiesten johtamisella oli vaikutusta työkykyyn myös esimiehille itselleen.

Potilaiden ja omaisten raskaita kohtaloita korostettiin Nuikan (2002, 76) tutkimuksessa, jossa tutkittiin sairaanhoitajien kuormittumista hoitotilanteissa. Myös opinnäytetyön haastateltavat kuvasivat potilaiden ja omaisten vaikutusta omaan työkykyyn. Raskaat

kohtalot saattoivat jäädä sairaanhoitajien mieleen vapaa-ajallekin työkokemuksesta riippumatta. Sairaanhoitajat tiesivät, että työ ei saisi seurata kotiin mutta myönsivät, että toisinaan on mahdotonta olla ajattelematta potilaita ja omaisia.

Haastateltavien mukaan työkyvyn heikentyminen näkyy hoitotyössä ensisijaisesti vuorovaikutuksessa suhteessa työtovereihin ja potilaisiin. Yksi haastateltava kuvasi tilannetta, missä potilaille saatettiin huutaa, vaikka tiedettiin, että huutamalla sekavaa potilasta ei saada rauhalliseksi. Työkyvyn heikentyessä työote muuttuu mekaaniseksi, eikä potilaita hoideta kunnolla tai heidän asioistaan olla enää kiinnostuneita. Myös hoito- ja lääkevirheet nostettiin esille heikentyneen työkyvyn seurauksena. Heikentynyt työkyky vaikuttaa suoraan laskevasti hoitotyön laatuun.

Heikentynyttä työkykyä käsitellään epävirallisesti ja virallisesti, ennen pitkää tieto voi levitä kahvipöydästä esimiehelle tai toisinpäin. Kahvipöytäkeskusteluista esimiehen tietoisuuteen tieto muuttuu ja tosiasiat sekä perimmäiset syyt voivat unohtua tai muuttua. Haastattelujen mukaan heikentyneen työkyvyn käsittely työpaikalla etenee siten, että työyhteisössä on yksittäisiä havaintoja heikentyneestä työkyvystä, josta mahdollisesti keskustellaan työntekijöiden kesken. Keskusteluista tai havainnoista seuraa tieto esimiehelle. Esimies keskusteleo asianosaisen kanssa, tai asianosainen käy työterveydenhuollossa. Käsitelyssä voi olla mukana myös työsuojeluvaltuutettu tai luottamusmies.

Työkyvyn varhaisessa tukemisessa esimies ja työntekijä kartoittavat keskustellen, miten heikentynyt työkyky näkyy ja mitä muutoksia tarvitsee tehdä, jotta työkyky säilyy. Varhaisen tuen ollessa riittämätön käsitellään asiaa työntekijän, esimiehen ja työterveydenhuollon kanssa. Toimenkuvaa muutetaan tämän perustella ja työntekijä ohjataan tarvittaessa kuntoutukseen. (Työturvallisuuskeskus 2012.) Työturvallisuuskeskuksen varhaisen tuen vaiheet tulivat esille myös esimiesten haastatteluissa. Heikentynyt työkyky voi myös jäädä virallisesti käsittelemättä, mikäli työntekijä hakeutuu sairaalomalle tai irtisanoutuu. On yleistä, että työntekijät vähättelevät omia havaintojaan kollegan heikentyneestä työkyvystä, vaikka yhtaikaa moni muukin tekisi samansuuntaisia havaintoja.

Heikentyneen työkyvyn käsittely työpaikalla koettiin tärkeäksi kehittämisalueeksi niin esimies- kuin työntekijätasolla. Kehitetyt menetelmät koettiin toimivina tapauksissa, joita pidettiin helpompina käsitellä. Viiveellä esimiesten tietoon tulleissa tapauksissa,

joissa heikentynyt työkyky ei ollut selvästi todettavissa, esimiesten tukikeinot eivät olleet tarpeeksi tehokkaita. Näin koettiin niin esimiesten kuin työntekijöiden taholta. Työntekijöiden ja esimiesten näkemykset virallisten tukitoimien riittävydestä erosivat toisistaan. Esimiehet kertoivat saaneensa hyvää palautetta heikentyneen työkyvyn käsittelystä mutta sairaanhoitajat kokivat, että käsittely ja keskustelu on toisinaan riittämätön tuki.

Esimiehet toivoivat, että työntekijät tukisivat toisiaan enemmän arjen työssä. Työntekijän työkyvyn heikentymisestä olisi hyvä käydä keskustelua avoimesti ja rakentavassa hengessä, johon koko työyhteisö sitoutuisi. Opinnäytetyössä tuli ilmi joitain näkemuseroja työkyvyn käsittelystä esimiesten ja työntekijöiden välillä. Työterveyslaitos (2010) mainitsee, että esimies on työn ja työkyvyn johtaja ja vastuussa siitä. Olisi oleellista, että työntekijöiden ja esimiesten näkemykset olisivat lähellä toisiaan, jotta työkyvyn johtaminen toteutuisi hyvin. Työntekijöinä toimivat sairaanhoitajat kokivat usein, että työilmapiirissä kollegiaalisuus ja työparin tukeminen ei toteutunut parhaalla mahdollisella tavalla. Toisaalta työnantajaa sitoo vaitiolovelvollisuus, eikä yksittäisen työntekijän tietoja ole lupa puhua, ilman erillistä lupaa.

## **6.2. Opinnäytetyön luotettavuus**

Vaikka tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän vuoksi tutkimuksissa pyritään tekemään itsearviointi tutkimuksen luotettavuudesta. Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksen kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliaabelius voidaan todeta esimerkiksi jos kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen. Validius on kykyä tuottaa aiottuja tutkimustuloksia, siten että tutkimusmenetelmä vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Näiden käsitteiden käyttöä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on kritisoitu, koska ne on alkujaan luotu määrällisen tutkimuksen arviointia varten. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnille ei ole yksiselitteisiä ohjeita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 137.) Validiteetin käsite laadullisessa tutkimuksessa on epäselvä, koska tutkija voi aiheellisesti ajatella, että kaikki ihmistä ja kulttuuria koskevat kuvaukset ovat ainutlaatuisia, eikä ole kahta samanlaista tapausta. Näistä syistä perinteiset luotettavuuden ja pätevyyden arvioinnit eivät sovellu laadullisen tutkimuksen arviointiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 227).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden parantamisen keinoja ovat pyrkimys perusteltuun ja aukikirjoitettuun luokitteluun, haastattelun ennakkotestaus ja harjoittelu. Nauhoittaminen ja videoiminen lisäävät myös luotettavuutta, sillä tallenteiden avulla voivat muutkin analysoida ja vertailla havaintojaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tässä opinnäytetyössä nauhoitukset ovat pysyneet opinnäytetyöntekijöiden tiedossa eikä vertailuja ulkopuolisten toimijoiden kanssa ole tehty alkuperäismateriaalilla. Olemme kuitenkin pystyneet nauhoitettujen äänitteiden avulla palaamaan itse alkuperäiseen ilmaisuun, jos on ollut siihen tarve luokittelua tehdessä.

Vastaajien määrä sovittiin opinnäytetyön ohjauskeskusteluissa koulun ja työelämän kanssa. Kuusi teemahaastattelua ei kerro kaikkea mahdollista ilmiöstä mutta vastauksista muodostui myös yhtäläisyyksiä ja aineistosta oli nähtävissä saturaatiota. Opinnäytetyön tutkimusasetelmiin vaikuttaa tutkimuksen paikkansapitävyyden ohella myös käytettävissä olevat resurssit sekä se, että ammattikorkeakoulun opinnäytetyö on monesti tekijöidensä ensimmäinen kirjallinen tuotos, joka edes viittaa tutkimustyöhön.

Litteroimme aineiston huolellisesti ja tarkasti lisätäksemme tutkimuksen luotettavuutta. Jätimme joitakin ”niin ku” ja ”että” ilmaisuja kirjaamatta. Emme litteroineet haastateltavien äänenpainoja, asentoja tai tunnetiloja, vaan linjasimme, että keskityimme vain puhuttuun materiaaliin, emmekä pyrkineet tulkitsemaan haastateltavan kehonkieltä. Opinnäytetyön valmistuttua tuhosimme kaiken ensikäden haastattelumateriaalin.

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta on lisännyt se, että työ on tehty parityönä koko prosessin ajan. Opinnäytetyön tekemiseen liittyvät valinnat ovat olleet yhteisen arvioinnin tulosta, vaikka lähtökohtaiset näkemyserot ovat olleet kokoajan läsnä. Opinnäytetyön näkökulmat ovat laajentuneet tekijöiden vuorovaikutuksen seurauksena prosessin edetessä. Reliaabelius tuli ilmi muun muassa analyysivaiheessa, jolloin kummatkin tekijät tekivät omia havaintojaan, jotka olivat hyvin yhdenmukaisia.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta, koskien tutkimuksen kaikkia vaiheita. Olosuhteet, joissa aineistoa on tutkittu, tulee kertoa selvästi, samoin haastatteluihin käytetty aika, häiriötekijät, mahdolliset virhetulkinnat ja myös tutkijan oma itsearviointi tilanteesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.)

Haastattelut sujuivat pääosin keskeytyksittä ja tilat olivat melko rauhallisia. Kahden haastattelun aikana oli keskeytyksiä, kuten vieraiden henkilöiden tulo haastattelutilaan. Väärinymmärrystilanteissa pyrimme mahdollisimman tarkasti selventämään asiaa tai tehdä tarkentavia kysymyksiä. Jotkin haastateltavat ymmärsivät tutkimusasetelman siten, että käsittelemme enemmän ikänäkökulmasta työkykyä. Päätimme, että väärinymmärrys ei kuitenkaan haitannut tutkimusta siinä määrin, että haastattelua olisi tarvinnut uusaa. Vastaajat puhuivat omasta näkökulmastaan, mikä on kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän oleellinen osa-alue.

Laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään tosiasia, että tiedonantajan kertomus suodattuu tutkijan oman kehyksen läpi, koska tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija. Teoriaohjaava analyysitapa tarkoittaa, että empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 117 & 135.) Teoriaohjaavalla analyysitavalla pyrimme luomaan luotettavan kuvan työkyvyn heikentymisestä mukaillen aiheesta jo kirjoitettua tutkittua tietoa.

Laadullisessa aineiston analyysissä on tärkeää luokittelujen tekeminen ja sitä ohjanneet periaatteet. Tutkijoiden olisi tehtävä näkyväksi luokittelun syntymisen alkujuuret ja perusteet. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.) Tässä tutkimuksessa luokittelun perusteet on esitetty taulukoissa kysymyskohtaisesti ja tarkasti (Liite 3). Luokittelu perustui valittuun analyysitapaan. Ilmarisen talomallin teoria toimi koko opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen, teemarakenteen ja analyysin pohjana.

Tulosten esittämisessä vaaditaan samaa tarkkuutta, tutkijoiden on kerrottava millä perusteella tulkintoja esitetään ja mihin päätelmät perustuvat. Tutkijat voivat auttaa lukijaa rikastuttamalla tutkimuselosteita esimerkiksi suorilla haastattelu otteilla. (Hirsjärvi ym. 2007, 228) Tulosten esittelyn yhteydessä olemme käyttäneet suoria lainauksia ja alkuperäisilmauksia, joiden pohjalta olemme tehneet tulkintoja. Opinnäytetyön tulosten esittämisessä käytimme kysymyskohtaista teemarunkoa, jotta kaikki tulokset esitettäisiin mahdollisimman alkuperäisessä muodossa ja läpinäkyvästi. Näin mahdolliset hypoteesit ja opinnäytetyön tekijöiden omat mielipiteet sekä tulkinnat pyrittiin minimoimaan.



### 6.3. Eettinen pohdinta

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen noudattaminen kuten rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen arvioimisessa. Tutkimuksen tekijöiden tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä noudattaa tieteellisen tiedon avoimuutta tuloksia julkaistaessa. Tutkimuksen tekijöiden tulee ottaa huomioon aiempien tutkimuksien tulokset ja saavutukset ja kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös yksityiskohtainen ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämä suunnittelu, toteutus ja yksityiskohtainen raportointi. (Tuomi & Saraoja 2009, 132–133.)

Tutkittavien anonymiteetin suojaaminen on yksi tärkeimpiä osa-alueita tutkimusetiikassa. Tutkittaville on selvitettävä tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja riskit osallistumisesta. Tutkittavien on osallistuttava vapaaehtoisesti ja yksilöllillä on oikeus kieltäytyä tutkimukseen, keskeyttää milloin tahansa tutkimuksen aikana, oikeus kieltää jälkikäteen itseen kohdistuvan aineiston käyttö tutkimusaineistona. Tutkijan on varmistettava osallistujille että nämä ymmärtävät mistä tutkimuksessa on kyse. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131)

Lähestyimme saatekirjeellä (liite 2) haastateltavia saatuamme tutkimusluvut Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Tutkimusluvassa määriteltiin ehdot tietosuojan osalta siten, että työelämäyhteytenä mainitaan sairaanhoitopiiri. Haastattelujen alussa kerroimme haastateltaville tutkimuksen aiheen, tarkoituksen ja tavoitteet. Haastateltaville kerroimme opinnäytetyön tietosuojakäytännöt ja annettiin mahdollisuus kieltäytyä osallistumalla milloin tahansa opinnäytetyön aikana. Käsitelimme kaikkia tietoja luottamuksellisesti. Haastateltavat esiintyivät nimettöminä ja huolehdimme, ettei yksittäistä henkilöä tunnistettu missään vaiheessa prosessia.

Kahdessa haastattelussa haastateltava käytti oikeuttaan rajata kertomansa julkaisuoikeuksia tietyin osin turvatakseen näin niin omaa kuin työyhteisönsä anonymiteettiä. Näissä haastatteluissa vastaajat kertoivat tapauksista, joissa heidän yksikkönsä työntekijän työkyky oli heikentynyt, eikä asialle tehty auttamismenetelmät olleet riittäneet tai työkyvyn heikentyminen oli havaittu mutta käsittely oli jäänyt epäviralliselle tasolle liian

pitkäksi aikaa. Näitä tapauksia emme saaneet käyttää opinnäytetyön tuloksina ja jätimme tilanteet litteroimattakin.

#### 6.4. Opinnäytetyön toteuttaminen

Taulukossa 2 esittelemme aikataulun työn etenemisestä. Opinnäytetyön prosessi alkoi kesällä 2011 aiheen keksimisellä. Opinnäytetyön aihe pohjautui todellisiin tilanteisiin ja olimme kiinnostuneita hoitotyön kulttuurista käsitellä työkyvyn heikentymistä. Hahmotelimme aihetta alkusyksystä 2011 ja tarjosimme sitä Tampereen kaupungille ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirille.

TAULUKKO 2. Opinnäytetyön aikataulu

<b>Heinä-syyskuu 2011</b>	Aiheen suunnittelu, työelämäyhteyden etsiminen
<b>Lokakuu 2011</b>	Aiheen luominen, työelämäpalaveri PSHP:n kanssa, yhteistyön aloittaminen
<b>Marras-joulukuu 2011- tammikuu 2012</b>	Tutkimusasetelman luominen, teoreettisen viitekehyksen suunnittelu ja valmistelu
<b>Helmikuu 2012</b>	Suunnitelmaseminaari, teoreettisen viitekehyksen ja haastattelurungon tekeminen. Palaute opponenteilta ja opettajalta.
<b>Helmi-Maaliskuu 2012</b>	Lupahakemus PSHP:lle ja haastateltavien arvonta, saatekirjeet haastateltaville ja haastatteluajkojen sopiminen. Haastattelurungon testaaminen ja täydentäminen. Ohjauksessa käynti.
<b>Maalis–Toukokuu 2012</b>	Haastattelut
<b>Huhti-Toukokuu 2012</b>	Haastattelujen litterointia
<b>Toukokuu 2012</b>	Käsikirjoitus seminaari, ja ensimmäinen alustava analyysi. Palaute opponenteilta ja opettajalta.
<b>Huhti–Elokuu 2012</b>	Sisällönanalyysi, raportin kirjoittamista
<b>Elo–Lokakuu 2012</b>	Opinnäytetyön raportin tekemistä, ohjauksessa käynti
<b>Lokakuu 2012</b>	Työ valmis ja esitykset työelämässä.
<b>Joulukuu 2012</b>	Posterit esillä ja esitykset Tamk – tutkii ja kehittää –päivässä.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yksiköistä osoitettiin kiinnostusta opinnäytetyön aiheelle ja asiasta pidettiin palaveri, johon osallistui työelämän ja koulun ohjaajat sekä allekirjoittaneet. Työelämäpalaverissa saimme tilaisuuden keskustella ja esittää kysymyksiä ja selvittää epäselviä asioita. Palaverissa sovittiin laadullisesta tutkimuksesta, johon osallistuisi kolme esimiestä ja kolme sairaanhoitajaa. Työelämän yhteyshenkilö kartoitti vapaaehtoisia sairaanhoitajia, joista varsinaiset haastateltavat arvottiin. Työelämäpala-

verin jälkeen aloimme tutustumaan kirjallisuuteen ja hahmottelemaan tutkimusasetelmaa sekä teoreettista viitekehystä. Opinnäytetyön suunnitelmaseminaari pidettiin helmikuussa 2012, jonka jälkeen suunnitelmaa muokattiin opponenteilta sekä opettajalta saadun palautteen suuntaisesti. Valmis suunnitelma liitettiin lupahakemukseen.

Lupahakemuksen lähetimme Pirkanmaan sairaanhoitopiirille helmikuussa 2012 ja saimme opinnäytetyölle luvat maaliskuussa. Luvan edellytyksinä oli, että työelämäta-hona mainitaan Pirkanmaan Sairaanhoitopiiri, haastatteluun osallistuminen on vapaaeh-toista, tiedonantajia informoidaan tutkimusprotokollan mukaisesti, vastaajia ei voida tunnistaa tuloksia raportoitaessa, opinnäytetyön julkistamisluvan antaa haastatteluyksi-kön henkilöstöpäällikkö sekä opinnäytetyöstä toimitetaan raportti työelämäyhteistyöta-holle ja siitä pidetään osastokokous.

Luvan saatuaamme lähetimme saatekirjeet kaikille haastatteluihin osallistuville ja työ-elämän yhteyshenkilölle. Kaikki valitut haastateltavat suostuivat osallistumaan, emmekä joutuneet arpomaan uudestaan haastateltavia halukkaiden joukosta. Esitetasimme haas-tattelurungon huhtikuussa eri toimipaikan sairaanhoitajalla ja teimme muutoksia testa-uksen perusteella kysymysten muotoiluun. Haastattelut tapahtuivat maaliskoukokuussa. Haastattelujen kesto vaihteli välillä 15-80 minuuttia. Haastateltavat osallistuivat opin-näytetyöhön työvuoronsa aikana työajalla. Osa haastateltavista oli valmistautunut etukä-teen kirjoittamalla ylös mietteitään heikentyneestä työkyvystä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Haastateltavat olivat varovaisia vastauksissaan, mutta kokivat aiheen käsitte-lyn tärkeäksi. Nauhoitimme haastattelut kahdella digitaalisella laitteella, jonka jälkeen siirsimme tiedostot tietokoneelle. Teimme kaikki haastattelut parityönä, litteroinnin teimme puoliksi. Analyysivaiheen, kuten muutkin kirjalliset osiot, teimme kokonaisuus-nessaan parityönä.

Kevään ja alkukesän aikana teimme kerätyn aineiston litteroinnin ja aloitimme sisällön-analyysin. Litteroitua materiaalia kertyi 68 konekirjoitettua liuskaa. Käytimme litteroin-nissa äänentoisto-ohjelmaa, jolla pystyimme hidastamaan äänen nopeutta ja näin ollen helpottamaan litterointia. Litteroinnissa kirjoitimme puheen sanatarkasti. Vuoden 2012 kesän ja alkusyksyn aikana teimme analyysia ja kirjoitimme opinnäytetyön raportin. Opinnäytetyö prosessin loppuvaiheilla hahmotimme selkeämmin kokonaiskuvan sekä opinnäytetyömme haastavuuden.

Prosessin loppuvaiheessa tunnistimme, että erilainen analyysitapa olisi voinut tehdä tulosten esittämisestä lukijan kannalta helpompaa. Huomasimme myös, että kokonaisuus olisi ehkä ollut eheämpi, mikäli olisimme keskittyneet joko työkyvyn heikentymisen syihin ja seurauksiin tai työkyvyn heikentymisen käsittelyyn työyhteisössä. Näitä asioita oli raportin viimeistely vaiheessa tosin turha enää muuttaa ja toisaalta laadullisen tutkimuksen yhtenä lähtökohtana on kuvata mahdollisimman kokonaisvaltaisesti tutkittavaa ilmiötä. Opinnäytetyön raportti valmistui lokakuussa 2012 ja se esitettiin opinnäytetyöseminaarissa, työelämässä sekä TAMK – tutkii ja kehittää – päivässä.

## **6.5. Jatkotutkimusaiheet**

Jatkotutkimusehdotuksena voitaisiin tutkia psykososiaalisten työolojen vaikutuksia sairaanhoitajan työkykyyn ja hoitotyön kulttuuria käsitellä vaikeita asioita työyhteisön sisällä. Työkykyä heikentävien tekijöiden kartoittaminen missä tahansa työssä olisi tärkeä tutkimusaihe yhteiskunnallisestikin, jotta pienenevä työkäisten määrä saataisiin pysymään työmarkkinoilla mahdollisimman pitkään. Heponiemi ym. (2008, 23) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö hyvinvointiin on panostettava voimakkaasti etenkin psykososiaalisten tekijöiden osalta. Sairaanhoitajien fyysisen työkyvyn heikentymisestä on tehty muutamia yliopistotasoisia tutkimuksia. Psykkisen toimintakyvyn laskun syitä ja seurauksia voisi tutkia vielä enemmän ja syvällisemmin. Etenkin hoitotyön vaikutusta psyykkisen toimintakyvyn laskulle voisi olla mielenkiintoista tutkia, jotta alaa voisi kehittää vetovoimaisemmaksi ja alalle kouluttautuneita henkilöitä saataisiin pysymään työssä.

Työkyvyn ylläpitämisen ja työssäjaksamisen kannalta olisi tärkeä tutkia käytössä olevien tukitoimintamallien tehokkuuta ja työpaikan sisäisiä käytäntöjä tukea kollegoita vaikeissa tilanteissa. Opinnäytetyön tulosten perusteella työntekijöiden ja esimiesten välistä yhteydenpitoa olisi hyödyllistä kehittää avoimempaan suuntaan.

## LÄHTEET

- Aalto, A-M. 2011. Suositus psyykkisen toimintakyvyn mittaamiseen väestötutkimuksissa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Luettu 20.1.2012. [http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S007\\_suositus\\_psykkinen\\_vt\\_110126.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S007_suositus_psykkinen_vt_110126.pdf)
- Ahola, K., Tuisku, K. & Rossi, H. 2011. Tietoa potilaalle: työuupumus (Burnout). Lääkärikirja Duodecim. Luettu 11.11.11. [http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=ty%F6kyky](http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=ty%F6kyky)
- Ammatillinen osaaminen. 2011. Ergonomialla ehkäistään tuki- ja liikuntaelinsairauksia. Euroopan työterveys ja –turvallisuus virasto. Luettu. 26.1.2012. [http://osha.europa.eu/fop/finland/fi/good\\_practice/tule/ergonomia/ammattillinen\\_osaaminen/index\\_html](http://osha.europa.eu/fop/finland/fi/good_practice/tule/ergonomia/ammattillinen_osaaminen/index_html)
- Antti-Poika, M., Martimo, K-P. & Husman, K. (toim.) 2006. Työterveyshuolto. Helsinki: Duodecim.
- Elovainio, M. & Kivimäki, M. 2005. Suomalaisten terveys. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja henkilöstön hyvinvointi. Terveyskirjasto. Luettu 13.3. 2012. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00051](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00051)
- Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen, S. (toim.) 2006. Työkyvyn ulottuvuudet –Terveys 2000 –tutkimuksen tuloksia. Helsinki: ETK, Kela, KTL, TTL. Luettu 21.5.2012. [http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS\\_0\\_2712\\_459\\_440\\_3034\\_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/erillisjulkaisut/tyokyvyn\\_ulottuvuudet\\_7.pdf](http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/erillisjulkaisut/tyokyvyn_ulottuvuudet_7.pdf)
- Heikkilä, A., Ahola, N., Kankkunen, P., Meretoja, R. & Suominen T. 2007. Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteiden laitos. Hoitotiede-lehti 1/07, 3-11.
- Heponiemi, T., Sinervo, T., Räsänen, K., Vänskä, J., Halila, H & Elovainio M. 2008. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys – laaja kohorttitutkimus – hankkeen loppuraportti. Helsinki: Stakes. Luettu 6.10.2012. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R35-2008-VERKKO.pdf>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Juuvärvi, S., Myrsky, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyyden ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Hygieia.
- Järviskoski, A. 1996. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Helsinki: Työeläkesäätiö.
- Järviskoski, A. & Härköpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.
- Kainuun maakunta –kuntayhtymä. 2007. Hoitotyön arvokirja. Kajaani: Kainuun maakunta –kuntayhtymä, sosiaali –ja terveystoimi.

Kangasmäki, E. 2007. Eettisen johtajuuden toteutuminen ja sen merkitys henkisen työhyvinvoinnin tukemisessa - sairaanhoitajien kokemuksia sairaalan osaston työyhteisössä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro Gradu –tutkielma.

Kasvio, A. & Tjäder, J. (toim.) 2007. Työ Murroksessa. Helsinki: Työterveyslaitos.

Kauppinen, T., Hanhela, R., Kandolin, I., Karjalainen, A., Kasvio, A., Perkiö-Mäkelä, M., Priha, E., Toikkanen, J. & Viluksela, M. (toim.) 2009. Työ ja terveys. Työterveyslaitos. Luettu 9.1.2012.  
[http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo\\_ja\\_terveys\\_suomessa/Documents/Tyo\\_ja\\_terveys\\_2009.pdf](http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/Tyo_ja_terveys_2009.pdf)

Keinänen, J. & Häkkinen, K. 2003. Huono kohtelu työssä – Valvonnan suuntaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työsuojeluosasto. Luettu 26.3.2012.  
<http://www.tyosuojelu.fi/upload/julkaisu68.pdf>

Kuokkanen, L., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2010. Sairaanhoitajien kokemat eettiset ongelmat hoitotyössä. Hoitotiede-lehti. 22/2010, 26-35.

Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.

Laine, M., Wickström, G., Pentti, J., Elovainio, M., Kaarlela-Tuomaala, A., Linström, K., Raitoharju, R. & Suomala, T. 2006. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005. Helsinki: Työterveyslaitos.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY

Lindholm, V. 2012. Sairaanhoitajien käsityksiä ja kokemuksia oikeuksistaan erikoissairaanhoidon organisaatiossa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu. Luettu 25.9.2012.  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120582/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120582.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120582/urn_nbn_fi_uef-20120582.pdf)

Luoma, K., Troberg, E., Kaajas, S. & Nordlund, H. 2004. Ei ainoastaan rahasta – osaamisen kokonaispalkitseminen. Helsinki: Tammi.

Mattila, H. 2008. Voimaantumisen ydin: Sosiaali- ja terveysalalla toimivien ihmisten mahdollisuuksia voimaantua työssään. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. (s. 121)

Mäkipeska, M. & Niemelä, T. 2005. Haasteena luottamus – Työyhteisön sosiaalinen pääoma ja syvärakenne. Helsinki: Edita.

Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Luettu 20.1.2012.  
<http://acta.uta.fi/haekokoiversio.php?id=6128>

Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L & Ruoppila, I. 2006. Ihmisen psykologinen kehitys. Helsinki: WSOY.

Ojala, Hanna-Mari. 2012. Tulkintoja työkyvystä koetun heikentyneen työkykyvyn näkökulmasta: diskurssianalyttinen tarkastelu työkykyä koskevasta haastattelupuheesta.

- Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Pro-Gradu. Luettu 6.10.2012.  
<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/33375>
- Partanen, P., Heikkinen, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2004. Sairaanhoidajien työolo-  
barometri 2004. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Luettu 23.3.2012.  
<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/1472413/Tyoolobarometri-1.pdf>
- Qvick, L. 2010. Sairaanhoidajan käsikirja: Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet. Luettu  
11.11.11. [http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=ty%F6kyky](http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=ty%F6kyky)
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto –  
KvaliMOTV. Tampere: Yhteiskuntatieteellisen tietoarkisto. Luettu 6.9.2012.  
[http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv\\_pdf/KvaliMOTV.pdf](http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf)
- Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoidajaliitto. Luettu 13.3.2012.  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyön/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)
- Sairaanhoidajan työ. 2012. Sairaanhoidajaliitto. Luettu 14.9.2012.  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyön/sairaanhoitajan\\_tyo/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/)
- Sandelin, P. 2007. Kertomuksia psyykkisestä väkivallasta terveydenhuollon työ- ja  
opiskeluyhteisöissä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskir-  
ja. Luettu 27.4.2012.  
<http://herkules oulu.fi/isbn9789514284755/isbn9789514284755.pdf>
- Sihto, M. 2010. Työpoliittinen aikakausikirja. Tutkimus elämänhallinnasta ja työllisty-  
misestä. Luettu 20.9.2012. <http://www.tem.fi/files/27128/sihto.pdf>
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2012. Tehtävät. Luettu 27.1.2012.  
[http://www.valvira.fi/valvira/valviran\\_tehtavat](http://www.valvira.fi/valvira/valviran_tehtavat)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2000. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaa-  
misvaatimukset terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Luettu  
27.1.2012. [http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20\\_15/moniste.pdf](http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20_15/moniste.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006 Kuntainfo. Ikäihmisten toimintakyvyn selvittäminen  
osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Luettu 20.1.2012.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=207651&name=DLFE-8728.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=207651&name=DLFE-8728.pdf)
- Suomen työelämäpalkinto. 2008. Professori Juhani Ilmarinen. Sitra – työelämäpalkin-  
non rahasto. Luettu 14.9.2012.  
[http://www.tyoe lamapalkinto.fi/fi/Palkitut/ilmarinen\\_2008.htm](http://www.tyoe lamapalkinto.fi/fi/Palkitut/ilmarinen_2008.htm)
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki:  
Tammi.
- Työsuojeluhallinto. 2012. Työolot, vaara- ja haittatekijät. Luettu 24.4.2012.  
<http://www.tyosuojelu.fi/fi/tyoolot>

- Työterveyslaitos. 1987. Työpsykologia – Terveys ja työelämän laatu. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Työterveyslaitos. 1995. Hyvä työkyky – Työkyvyn ylläpidon malleja ja keinoja. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Työterveyslaitos. 2007. Työturvallisuuslaki – soveltamisopas. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Työterveyslaitos. 2010. Terveys ja työkyky – Esimies työkyvyn johtajana. Luettu 6.10.2012.  
[http://www.ttl.fi/fi/terveys\\_ja\\_tyokyky/sairauspoissaolo/tyokyvyn\\_varhainen\\_tuki/esimies\\_tyokyvyn\\_johtajana/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/terveys_ja_tyokyky/sairauspoissaolo/tyokyvyn_varhainen_tuki/esimies_tyokyvyn_johtajana/sivut/default.aspx)
- Työterveyslaitos. 2011a. Mitä työkyky on? Luettu 11.11.2011.  
[http://www.ttl.fi/fi/terveys\\_ja\\_tyokyky/tykytoiminta/mita\\_on\\_tyokyky/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/terveys_ja_tyokyky/tykytoiminta/mita_on_tyokyky/sivut/default.aspx)
- Työterveyslaitos. 2011b. Työyhteisö ja esimiestyö. Luettu 22.4.2012.  
[http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso\\_ja\\_esimiestyo/Sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/Sivut/default.aspx)
- Työterveyslaitos. 2012. Työn ja perheen yhteensovittaminen. Luettu 14.9.2012.  
[http://www.ttl.fi/fi/tyoura/tyon\\_ja\\_perheen\\_yhteensovittaminen/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoura/tyon_ja_perheen_yhteensovittaminen/sivut/default.aspx)
- Työturvallisuuskeskus. 2012. Työterveyshuolto - Työkyvyn hallinta, seuranta ja varhainen tuki. Luettu 6.10.2012. [http://www.ttk.fi/tyoterveyshuolto/tyokyvyn\\_hallinta](http://www.ttk.fi/tyoterveyshuolto/tyokyvyn_hallinta)
- Valtionkonttori. 2007. Kaiku - Työyhteisön kehittäminen. Luettu 22.4.2012.  
<http://www.valtiokonttori.fi/public/default.aspx?nodeid=16589>



## LIITTEET

### Liite 1. Teemarunko

#### Haastattelun teemat

1. Yksilön kokemus työkyvystä
  - a. Mitä työkyky tarkoittaa sairaanhoitajalle?
  - b. Miten koet henkilökohtaisen työkykysi?
  
2. Työkykyä heikentävät itsestä lähtevät tekijät
  - a. Minkälaiset itsestä lähtevät tekijät heikentävät sairaanhoitajan työkykyä?
  - b. Millaisia oireita työkyvyn heikentymiseen liittyy kokemuksesi mukaan?
  
3. Työkykyä heikentävät työstä johtuvat tekijät
  - a. Minkälaiset tekijät työssä heikentävät työkykyä?
  - b. Onko työssä ollut muutoksia, jotka vaikuttavat työkykyyn heikentävästi?
  - c. Koetko työyhteisön arvot myös omiksesi?
  - d. Tuleeko työyhteisön arvoista ristiriitoja.
  
4. Heikentyneen työkyvyn käsittely työpaikalla.
  - a. Miten työkyvyn heikentyminen käsitellään työpaikalla?
  - b. Millaista työkyvyn heikentymisen käsittely on ollut työpaikalla?
  - c. Millä tavalla työkyvyn heikentyminen näkyy hoitotyössä?
  
5. Vapaa sana.

## Liite 2. Saatekirje



Arvoisa opinnäytetyöhömmme osallistuja,

Olette valikoitunut haastateltavaksi opinnäytetyöhömmme, joka käsittelee hoitohenkilökunnan työkykyä heikentäviä tekijöitä. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan työkykyä heikentäviä tekijöitä. Opinnäytetyössä haastattelemme Teitä noin yhden tunnin ajan työajalla maaliskokuussa 2012. Tarkemmat ajat haastatteluille sovimme erikseen jokaisen kanssa henkilökohtaisesti. Työ valmistuu loka-kuussa 2012.

Haastattelemme yksittäin yhteensä 6 sairaanhoitajaa, joista 3 toimii esimiehenä ja 3 työntekijänä. Esimiehet ovat valikoituneet vapaaehtoisuuden nojalla. Loput kolme haastateltavaa olemme arponeet esimiesten kartoittamasta joukosta, jonka valintakriteereinä ovat olleet vapaaehtoisuus, halukkuus osallistua opinnäytetyöhömmme sekä vähintään 5 vuoden työkokemus yksikössään.

Työssämme kunnioitamme kaikkien osapuolien anonymiteettia ja huolehdimme siitä, että yksittäistä osallistujaa ei tunnisteta missään työn vaiheessa. Toivomme, että olette halukkaita osallistumaan opinnäytetyöhömmme!

Opinnäytetyön ohjaajana toimii lehtori Rami Yli-Villamo. [rami.yli-villamo@tamk.fi](mailto:rami.yli-villamo@tamk.fi) ,  
050-3119757

Yhteistyö terveisin,

Joni Hakanpää & Henri Hyttinen

sairaanhoitajaopiskelijat, Tampereen ammattikorkeakoulu

e-mail: [joni.hakanpaa@health.tamk.fi](mailto:joni.hakanpaa@health.tamk.fi) , [henri.hyttinen@health.tamk.fi](mailto:henri.hyttinen@health.tamk.fi)

## Liite 3. Sisällönanalyysi

## Teema 1

Mistä työkyky koostuu?

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kyky selviytyä työstä riittävällä tasolla</li> <li>- Hyvä fyysinen terveys</li> <li>- Palautumiskyky</li> </ul>	Fyysinen	Työntekijän toimintakyky	Työkyky
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyvä itsetunto</li> <li>- Pitää jaksaa painetta</li> </ul>	Psyykinen		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kotiolot</li> </ul>	Sosiaalinen		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kokonaisuus on tasapainossa</li> <li>- Yksilöllä riittävät voimavarat tehtävään</li> <li>- Pystyy tekemään työtä</li> </ul>	Kokonaisuus		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ammattitaito vastaa työtehtäviä ja sitä pidetään yllä</li> <li>- Mitä työkyvyltä vaaditaan, riippuu tehtävästä</li> <li>- Riittävä työkyvyn taso riippuu tehtävän vaatimuksista</li> </ul>	Ammatillinen osaaminen		

Miten koet henkilökohtaisen työkykyysi?

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Osittain hyväksi</li> <li>- On ollut parempi.</li> <li>- Liikunnan määrä vaikuttanut</li> <li>- Työnkuvat muuttunut hieman kevyemmäksi</li> <li>- Työn vaiheittaiset/kausittaiset vaihtelut vaikuttavat hetkellisesti työkykyyn</li> <li>- Vaihtelua ollut, välillä motivoituneempi ja välillä mekaanisempi työote</li> </ul>	Muuttuva	Työn ja elämäntilanteiden vaihtelevuus	Henkilökohtainen kokemus
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elämäntilanteiden muutokset</li> <li>- Raskaana oleminen vaikuttanut hetkellisesti</li> <li>- Kriisit, avioerot</li> <li>- Muutoksia tulee iän myötä monella tavalla</li> </ul>	Elämäntilanne vaikuttaa		

## Teema2

Minkälaiset itsestä johtuvat tekijät heikentävät sairaanhoitajan työkykyä?

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taudit ja sairaudet (äkilliset, pitkäaikaiset ym.)</li> <li>- Tapaturmat ja onnettomuudet</li> <li>- Heikko fyysinen kunto (lihavuus)</li> <li>- Hormonaaliset muutokset, fyysinen suorituskyvyn lasku</li> <li>- Ei huolehdi omasta hyvinvoinnista (epäterveelliset elämäntavat, valvoo myöhään, ruokailutavat, käyttää päihkeitä)</li> </ul>	Häiriöt ja muutokset terveydessä (fyysisessä, psyykkisessä)	Häiriöt ja puutteet sairaanhoitajan toimintakyvyssä	Toimintakyvyn lasku
<ul style="list-style-type: none"> <li>- On huolia kotona</li> <li>- Lapsen saaminen, lapsen uniongelmat/sairaus</li> <li>- parisuhdeongelmat ja – muutokset (avioerot), läheisen kuolema</li> <li>- Yksinhuoltajana oleminen</li> <li>- Elämässä liikaa aktiviteettia (omat ja lasten harrastukset), että ei jaksaa töissä</li> </ul>	Lähiyhteisön vaikutukset		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kutsumushoitaja: ei pidetä itsestä huolta, tehdään työtä oman hyvinvoinnin kustannuksella</li> <li>- Ei hakeuduta sairauslomalle tai työterveyteen, vaan tullaan kipeinä töihin</li> <li>- Kyvyttömyys irrottautua töistä</li> <li>- Ei pidä osaamistaan ajan tasalla.</li> </ul>	Asenne työtä kohtaan (asenne, motivaatio, osaaminen)		

Millaisia oireita työkyvyn heikentymiseen liittyy kokemuksesi mukaan?

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urautuminen työhön</li> <li>- Joku tottuu muutoksiin, eikä jää helposti sairauslomalle</li> <li>- Jää helposti sairauslomalle</li> <li>- Työhön sitoutuminen heikkenee, kun työkyky heikkenee</li> </ul>	Suhde työhön	Toimintakyvyn lasku	Oireet työkyvyn heikentymisessä
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tuki- ja liikuntaelimestön vaivat ja sairaudet (ranka, niskahartiaseutu, jalat, kädet, selkä, nivelet)</li> <li>- Suonikohju-ongelmat seisomisesta, iho-ongelmat, kemikaaleista</li> <li>- Pääsärky, jonka voi aiheuttaa lihasten jumitukset tai taukojen pitkät välit valvominen</li> <li>- Väsymys, uupumus, stressaantunut, uniongelmat, ärtyneisyys, hermoilu</li> <li>- Keskittymiskyky laskee ja asiat unohtuvat helpommin</li> </ul>	Toimintakyvyn lasku	Suhtautuminen vajaakuntoisuuteen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nuoremmilla enemmän lyhyitä sairauslomia, kun vanhemmilla tulee pidempiä</li> <li>- Sairauspoissaolot lisäänty</li> </ul>	Sairauspoissaolot		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sairaana töihin, sairaus laskenut työkykyä, raskaus</li> <li>- Fyysiset vaivat rajoittavat työtä ja joutuu varomaan töissä, ettei tule kipuja yms.</li> <li>- Tulee työpaikalle päihteiden alaisena tai krapulaisena</li> </ul>	Työpaikalle tulo vajaakuntoisena		

## Teema 3 Minkälaiset tekijät työssä heikentävät työkykyä?

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pitää jaksaa kestää, kun täällähän on paljon kiirettä ja painettakin välillä, pitää tehdä nopeasti asioita ja muutoksia</li> <li>- Vaativa perustehtävä (työn kuva), vastuu, kuorma, rankat kohtalot</li> <li>- Ammattitaidon tulee vastata vaatimuksiin</li> <li>- Työn ennakoimattomuus ja joustamattomuus</li> <li>- Nopeat ja suuret muutokset, uusien asioiden opettelu</li> </ul>	Perustehtävän vaatimustaso	Hoitotyö	Työn vaikutukset
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suuret ja painavat potilaat</li> <li>- Aggressiiviset ja sekavat potilaat</li> <li>- Potilaiden omaiset</li> <li>- Raskaat tapaukset potilailla/työyhteisössä, jotka vaivaavat vapaa-ajallakin</li> </ul>	Potilaat ja omaiset		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Työtilat</li> <li>- Melu, kemikaalit ja kaasut</li> <li>- Työvälineet: tietojärjestelmät ja niiden ongelmat ja muutokset</li> <li>- Huonot asennot, fyysisesti raskaat työt, apuvälineiden vähyys</li> </ul>	Fyysinen työympäristö		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Henkilökunta koko ajan läsnä, ei yksityisyyttä, kaikki näkee kaikkien työn</li> <li>- Henkinen ilmapiiri, kun on tiukkoja tilanteita ja väsymistä ja paljon töitä</li> <li>- Rauhattomuus</li> <li>- käytettävissä olevan ajan ja tehtävien epäsuhta, eli kiire</li> <li>- Kokemus epäoikeudenmukaisuudesta, ei yhteisiä pelisääntöjä</li> <li>- Vaikeita tilanteita ja yhteensattumia</li> </ul>	Psykososiaalinen työympäristö		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yötyö, epäsäännöllinen työrytmi, pitkät rankat työputket, varallaolo, päivystystyö</li> <li>- Levon ja taukojen puute</li> </ul>	Vuorotyö		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kausivaihtelut vaikuttaa väliaikaisesti</li> <li>- Sairauspoissaolot, äkilliset poisjäämiset, lomakaudet</li> <li>- Poikkeavien asioiden kasautuminen samana ajankohtaan</li> <li>- Toiminnan jatkuvuuden turvaaminen poikkeavissa tilanteissa</li> <li>- Johtaminen, töiden organisointi</li> </ul>	Esimestyöt		

Onko työssä ollut muutoksia, jotka vaikuttavat työkykyyn heikentävästi?

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
- Potilaat on suurempia ja huonokuntoisempia - Potilasmäärä kasvaa	Potilaat	Työn kuormittavuuden muutokset Työolojen muutokset	Työkykyä heikentävät muutokset
- Kokemus on, että kaikki muuttuu kokoajan ja jatkuvasti - Toimenkuva muuttunut - Vastuu on lisääntynyt, osaamisen vaatimukset kasvavat - Kiire lisääntynyt, työtahti kiristynyt, tehokkuuden vaatimus, toimintojen tehostaminen - Työn järjestämisen haasteet	Perustehtävän muutokset		
- Uudet laitteet, hoitomuodot, tietotekniikka ym. - Käyttöönotto-, toteutus- ja muutosvaiheet - Isot organisaatiomuutokset	Organisaatio, prosessi sekä työvälineiden muutokset		



Koetko työyhteisön arvot myös omiksesi?

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toteutustavoista ollaan eri mieltä</li> <li>- Organisaation arvoja hankala tuoda käytäntöön ja taloudelliset intressit eivät sovi hoitotyöhön</li> <li>- Osittain jaetaan, pakko pääosin jakaa arvot, kun on tiettyjä sääntöjä</li> </ul>	Organisaatiotason arvot jaetaan vaihtelevasti	Kokemus arvojen toteutumisesta on yksilöllistä.	Työtä ohjaavat arvot
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoitotyön arvot hyvin yhdensuuntaiset ja koetaan, että ne toteutuvat</li> <li>- Koetaan, että pääasia, että potilaat hoidetaan</li> </ul>	Hoitotyöhön ja potilastyöhön liittyvät arvot jaetaan pääsääntöisesti		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Koetaan, että jotkut arvot ovat muuttumassa parempaan suuntaan</li> <li>- Arvokeskustelun ylläpitäminen koetaan tärkeäksi</li> <li>- Kaikki lähtee arvoista, pyrkimys arvojen näkyvyyteen ja noudattamiseen</li> </ul>	Arvojen näkyvyys ja ajankohtaisuus.		

Tuleeko työyhteisön arvoista ristiriitaa?

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Strategiset linjaukset voivat aiheuttaa ongelmia</li> <li>- Talouden intressit hoitotyössä mietittyvät ja palkkaukseen liittyvät raha-asiat voivat aiheuttaa ristiriitoja arvoissa</li> </ul>	Eettisiä ongelmia strategisista linjauksista	Ristiriidat organisaatio ja henkilökohtaisten arvojen välillä	Arvo ristiriidat
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potilaisiin suhtautuminen, potilaiden kohtaaminen</li> <li>- Sekavan potilaan kohtaaminen</li> <li>- Perioperatiivisen potilaan kohtaaminen</li> </ul>	Potilastyössä ilmenevät ristiriidat		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ketä hoidetaan, missä vaiheessa, kuinka pitkälle</li> <li>- Tasa-arvo potilaiden välillä</li> </ul>	Hoitolinjauksissa on ristiriitoja		

## Teema 4.

Miten työkyvyn heikentyminen käsitellään työpaikalla?

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asianomaisen ja esimiehen välinen keskustelu</li> <li>- Varhainen puuttuminen, kehityskeskustelut, työohjaus</li> <li>- Seurataan sairauspoissaoloja, tulokuntomittareita sekä työhyvinvointi kyselyitä.</li> <li>- Työntekijä joko itse hakeutuu tai ohjataan työterveyden piiriin</li> </ul>	Virallinen käsittely ja seuranta	Käsittely ja toimenpiteet	Työkyvyn heikentymisen käsittely
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toimenkuvan muokkaaminen</li> <li>- Työaika tai -paikka järjestelyt</li> <li>- Työkyvyttömyyseläke</li> </ul>	Työn uudelleen organisointi		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keskustelua työntekijöiden kesken</li> <li>- Työparin tai -kaverin kanssa epävirallista höyryjen päästelyä ja heihin tukeutuminen</li> <li>- Haukutaan selän takana</li> </ul>	Epävirallinen käsittely		

Millaista työkyvyn heikentymisen käsittely on ollut työpaikalla?

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
- Fyysistä asioista on helpompi keskustella ja puhuminen helpompaa nähdään nousee helposti, jos on sairaana / vaivaisena töissä (myös raskaana olemisesta voi nousta), kollegalta odotetaan, että pystyy toimimaan täyspainoisesti	Fyysisten asioiden käsittely helpompaa		
- Jos ongelmia henkisistä yms. asioissa niin koetaan, että niitä on vaikea ottaa puheeksi - Pitkään katsellaan ja pohditaan ja puhutaan työyhteisössä, että onko jollain kaikki kunnossa - Suomalainen kulttuuri: suuri kynnyks antaa toisesta negatiivista palautetta - Pelko, että aiheutetaan lisää ongelmia ja vähätellään omaa näkemystä	Psykososiaalisten asioiden käsittely vaikeampaa	Puheeksi ottaminen	
- Käsittely ei ainakaan asiallista tai tarpeeksi tehokasta, esimiesten puuttuminen ei aina tarpeeksi tehokasta - Jos ei ole avoin vuorovaikutus-ilmapiiri, niin käsittely ei ole rakentavaa - Työyhteisössä kokemuksia: karmeaa, selkään puukottamista, naureskelu, huonosti käsitellään työkavereiden kesken - Ihmisillä vastuu myös itse tuoda asioitaan esille - Käsittelytavoissa on edistytty hieman; esimiehet kuuntelee ja ymmärtää nykyään paremmin ja vastakaikua on tullut, kun on ottanut puheeksi - Työkaverit voisivat auttaa siskoa mäessä, auttaminen kuuluu myös työkavereille. - Toivotaan että asioista puhuttaisiin avoimesti, otettaisiin puheeksi	Työntekijöiden kokemuksia	Tapauskohdaita	Heikentyneen työkyvyn käsittely
- Virallinen käsittely on yksityis-, henkilö- ja tapauskohtaista - Rajoitukset puhuttaessa yksittäisen työntekijän terveystiedoista mutta kuitenkin yrittää tukea avointa ilmapiiriä - Joustaminen on onnistunutta ja tarjotaan lomaa tai taukoa mutta ei voida pakottaa - Asiat tulee esimiesten tietoon joko viiveellä kehityskeskusteluissa, sairauspoissaoloissa tai työtaturmissa jne. - Asiat voivat tulla myös tietoon, kun työkyky on jo heikentynyt jos ei ole selvästi ollut aiemmin nähtävissä, esimerkiksi henkisissä väsymistilanteissa oireet ovat voineet olla piilossa pitkään.	Esimiesten kokemuksia		

Millä tavalla työkyvyn heikentyminen näkyy hoitotyössä?

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Areys, kireys, pahantuulisuus, joustamattomuus</li> <li>- Huonona vuorovaikutuksena suhteessa potilaisiin (tiuskinta potilaille), suhteessa työtovereihin</li> <li>- Motivaation puute työtä kohtaan ja mekaaninen työote</li> </ul>	Vuorovaikutuksessa ja käyttäytymisessä	Laatu	Heikentyneen työkyvyn vaikutukset hoitotyöhön
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sairaslomat kasvaa</li> <li>- Hoitajia siirretään tehtäviin missä he eivät kuormitu niin paljoa</li> <li>- Monella hoitajalla alkaa olemaan rajoituksia työntekoon, niin se kertoo työkyvyn heikentymisestä</li> </ul>	Sairauslomien ja työntekijöiden rajoitusten lisääntymisessä	Poikkeusjärjestelyiden kautta	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoidetaan potilaita huonommin</li> <li>- Tulee virheitä kuten lääkevirheitä tai hoitovirheitä.</li> </ul>	Työn laatu heikkenee		

## Liite 4. Tutkimukset ja tutkimusartikkelit

Tutkimuksen tekijä ja julkaisu-vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja kohde	Tutkimustulokset
Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen, S. (toim.) 2006. Työkyvyn ulottuvuudet –Terveys 2000 – tutkimuksen tuloksia.	Teoksen tarkoituksena on antaa kattava kuva suomalaisen väestön työkyvystä Terveys 2000 -aineiston perusteella. Miten esimerkiksi terveys, työ, osaaminen ja asenteet liittyvät itse arvioituun työkykyyn	Kirjallisuuskatsaus jossa tarkastellaan 18 - 74-vuotiaiden työkykyä, joskin pääpaino on 30 - 64-vuotiaita koskevissa tuloksissa.	Suurin osa työikäisistä arvioi työkykynsä hyväksi. Eri väestöryhmien työkyvyssä oli kuitenkin eroja. Työkyvyn rajoittuneisuus oli yleisempää työttömillä kuin työssä käyvillä. Terveys ja työ koettiin tärkeimmiksi työkyvyn ulottuvuuksiksi. Työssä käyvien työkykyä heikensivät eniten masennus ja selkäsairaudet. Työkyvyn rajoittuneisuus yleistyi iän myötä. Työn piirteistä etenkin esimies- ja työyhteisötuki sekä työn itsenäisyys ja kehittävyys liittyivät hyvään työkykyyn.
Heikkilä, A., Ahola, N., Kankkunen, P., Meretoja, R. & Suominen T. 2007. Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä.	Tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä.	Kvantitatiivinen tutkimus, jonka aineisto kerättiin kyselylomakkeella yliopistosairaalan vastuualueen sairaanhoitajilta ja osastonhoitajilta (n=296)	Ammatillinen pätevyys arvioitiin keskimäärin hyväksi. Kokonaispätevydessä ei ollut eroa toimintaympäristöittäin, mutta psykiatrian alalla työskentelevien pätevyys auttamisessa sekä ohjaamisessa ja opettamisessa oli korkeampaa kuin muilla.
Heponiemi, T., Sinervo, T., Räsänen, K., Vänskä, J., Halila, H & Elovainio M. 2008. Lääkärin ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys – laaja kohorttitutkimus – hankkeen loppuraportti.	Tarkoituksena on laajasti selvittää työn psykososiaalisten riskitekijöiden vaikutuksia lääkärin ja sairaanhoitajien työkykyyn.	Määrällinen kyselytutkimus, jossa kyselylomakkeet lähetettiin lääkäreille (n=5000) ja sairaanhoitajille (n=5000). Vastausprosentti oli 43-56,8%.	Sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä työhönsä, mutta halukkuus eläkkeelle siirtymiseen oli suurta. Vanhustenhuolto oli selkeimmin ala, joka nousi esille negatiivisesti vaativien työolojen vuoksi. Lääkäreillä kuolleisuusriski oli korkea verrattuna muuhun henkilöstöön. Lääkäreiden hyvinvointi todettiin myös huonommaksi kuin sairaanhoitajien.

Tutkimuksen tekijä ja julkaisu-vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja kohde	Tutkimustulokset
Kangasmäki, E. 2007. Eettisen johtajuuden toteutuminen ja sen merkitys henkisen työhyvinvoinnin tukemisessa - sairaanhoitajien kokemuksia sairaalan osaston työyhteisössä.	Tarkoituksena oli selvittää eettisen johtajuuden toteutumista ja sen merkitystä henkisen työhyvinvoinnin tukemisessa sairaalan osaston työyhteisössä sairaanhoitajien kokemusten mukaan.	Laadullinen tutkimus, jonka aineisto koostuu kolmentoista sairaanhoitajan esseekirjoitusvastauksista, jotka käsittelivät eettisen johtajuuden toteutumista.	Sairaanhoitajat olivat kokeneet eettisen johtajuuden toteutuvan sairaalan osaston työyhteisön johtamisessa riittävästi tai huonosti. Hyvä eettinen johtajuus tukee henkistä työhyvinvointia ja työssä jaksamista sekä työyhteisön, että organisaation tasolla.
Kuokkanen, L., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2010. Sairaanhoitajien kokemat eettiset ongelmat hoitotyössä.	Tarkoituksena on kuvata suomalaisten sairaanhoitajien työssään kokemia eettisiä ongelmia ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä.	Kvantitatiivinen tutkimus, jossa 1000 sairaanhoitajille lähetettiin strukturoitu kyselylomake. Vastausprosentti oli 55% (n=551).	Lähes puolet kokivat eettisiä ongelmia työssään. Suurin syy katsottiin olevan aikapuola. Vastaajat kokivat, ettei heillä ole aikaa keskustella eettisistä kysymyksistä tai toteuttaa eettisiä arvoja oikein. Näkemuseroja oli eniten muihin ammattiryhmiin ja vähiten hoitaja –kollegoiden kesken. Eettiset ongelmat olivat yhteydessä koettuun työkykyyn.
Laine, M., Wickström, G., Pentti, J., Elovainio, M., Kaarlela-Tuomaala, A., Linström, K., Raitoharju, R. & Suomala, T. 2006. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005.	Tarkoituksena on selvittää sosiaali- ja terveysalan työoloja sekä työhyvinvointia Suomessa 2005.	Kvantitatiivinen kyselytutkimus. Kysely toteutettiin vuosina 1992, 1999 ja 2005 (n=5000) sosiaali- ja terveysalalla työskenteleville henkilöille.	Sosiaali- ja terveysalan tehtäviin liittyi runsaasti myönteisiä piirteitä. Valtaosa henkilöstöstä kykenee tekemään työtään hyvin. Viimevuosien kehitys näyttää kuitenkin negatiiviselta. Organisaatioiden toimintatapa on heikentynyt ja vaikutusmahdollisuudet nähdään entistä heikompana. Huoli väkivallasta on lisääntynyt, ja asiakkaiden moniongelmaisuus rasittaa enemmän. Suurin huoli on vanhusten laitoshuollon ja pitkäaikaissairanhoidon henkilöstön tilanteesta. Vanhusten hoitoon ei kyetä enää panostamaan niin kuin aikaisemmin ja tämä luo ongelmia.

Tutkimuksen tekijä ja julkaisu-vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja kohde	Tutkimustulokset
Lindholm, V. 2012. Sairaanhoitajien käsityksiä ja kokemuksia oikeuksistaan erikoissairaanhoidon organisaatiossa.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien käsityksiä ja kokemuksia oikeuksistaan erikoissairaanhoidon organisaatiossa.	Aineisto oli kerätty aiemmin osana sairaanhoitajien oikeuksia käsittelevää tutkimushanketta. Tässä laadullisessa tutkimuksessa aineisto (n=37) koostui sairaanhoitajista, joita haastateltiin teemahaastatteluin.	Osa sairaanhoitajista koki oikeudet siten, että he olivat ns. palvelijan roolissa. Velvollisuuksia korostetaan koulutuksessa ja potilaan oikeuksista puhutaan, mutta ei sairaanhoitajan oikeuksista. Tuloksista korostui myös hoitajien vahva kokemus oikeudesta asiantuntijuutensa käyttämiseen.
Ojala, Hanna-Mari. 2012. Tulkintoja työkyvystä koetun heikentyneen työkyvyn näkökulmasta: diskursiivianalyttinen tarkastelu työkykyä koskevasta haastattelupuheesta.	Tarkoituksena oli tarkastella sitä, miten henkilöt, joiden työkyky on heidän itsensä mukaan heikentynyt tai heikkenemässä, rakentavat ja jäsentävät työkykyä ja siihen vaikuttavia tekijöitä.	Kvalitatiivinen tutkimus, jossa aineisto (n=13) kerättiin rakennusalan organisaation työntekijöiltä yksilöhaastatteluin.	Kokenut työntekijä voi korvata työkyvyn heikentymisen työkokemuksellaan, jota nuori työntekijä ei voi tehdä. Kokemus oli keskeisin asia työn tekemisen jatkamisessa. Mitätöimisen reper-tuaarissa rakentui kuva työntekijästä, jonka työkyky ei ongelmista huolimatta heikentynyt. Se mahdollisti ongelmista huolimatta työkyvyn työntekijälle.
Tutkimuksen tekijä ja julkaisu-vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja kohde	Tutkimustulokset
Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa.	Tutkimuksen tarkoituksena oli määrittää sairaanhoitajien kuormittumista hoitotilanteissa ja kuvata heidän kokemuksia kuormittavista hoitotilanteista.	Kvalitatiivinen sekä kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimukseen osallistui KYS:n kirurgian ja sisätautien vuodeosastoilta sairaanhoitajia (n=45). Tutkimukseen valittiin 24-45-vuotiaita	Sairaanhoitajat kuormittuivat perushoitotilanteissa, hoitosuunnittelussa, potilaan mittauksessa sekä erikoishoitotilanteissa. Kuormittuneisuus oli riippuvainen hoitajan peruskunnosta. Kiire liittyi myös usein kuormittumi-

		hoitajia, kyselyn avulla.	seen. Psykkistä kuormitusta aiheutti useimmiten kuolevan potilaan hoito, yhteisen näkemyksen löytämättömyys potilaan kanssa, sekä tilanteet joissa oli epävarmuutta omasta osaamisesta.
Partanen, P., Heikkinen, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2004. Sairaanhoitajien työolobarometri 2004.	Tarkoituksena on kuvata kliinistä hoitotyötä tekevien sairaanhoitajien työolosuhteita Suomessa.	Kvalitatiivinen tutkimus, joka kohdistettiin satunnaisesti valitulle Suomen Sairaanhoitajaliiton jäsenrekisteriin kuuluvalle henkilölle. n=3000	<p>Hoitohenkilökuntaa arvioitiin yleisesti olevan työvuoroissa työmäärään nähden liian vähän. Sairaanhoitajan tehtäväkuva käsitti töitä, jotka eivät vaatisi sairaanhoitajan asiantuntemusta. Hoidettavat potilaat olivat kuormittavia, usein moni- tai mielen-terveysongelmaisia.</p> <p>Yleisin työtapaturma oli neulanpistotapaturma ja viilto- tai muu haava. Potilasvahinkoja ilmoitettiin sitä enemmän, mitä enemmän sairaanhoitajalla oli vastuullaan potilaita.</p> <p>Sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä työnsä haasteellisuuteen, työskentelyyn kollegojensa kanssa ja yhteistyöhön lääkäreiden kanssa. Johdon tuki arvioitiin useimmiten riittämättömäksi eikä Ylihoitajan arvioitiin olevan huonosti näkyvä ja tavoitettava. Osastonhoitajan rooli arvioitiin myönteisemmin</p>



Tutkimuksen tekijä ja julkaisu-vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja kohde	Tutkimustulokset
Sandelin, P. 2007. Kertomuksia psyykkisestä väkivallasta terveydenhuollon työ- ja opiskeluyhteisöissä.	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psyykkistä väkivaltaa terveydenhuollon työntekijöiden ja opiskelijoiden kokemuksellisten kertomusten avulla.	Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimus aineisto koottiin kahdessa eri vaiheessa. Ensimmäisen vaiheen aineisto muodostui terveydenhuollon työntekijöiden ja opiskelijoiden kirjeistä (n=32). Toisen vaiheen aineisto koottiin keskusteluissa niiden kanssa jotka kirjeiden lähettämisen yhteydessä antoivat.	Terveydenhuollon työyhteisössä ilmenee psyykkistä väkivaltaa. Se kehittyy sille otollisissa olosuhteissa, joissa toimivat ihmiset muodostavat ongelmallisen vuorovaikutusjärjestelmän. Monet psyykkisen väkivallan tapahtumat ovat ennustettavissa tietyistä merkeistä ja käyttäytymisestä yhteisöissä. Psyykkisen väkivallan menetelmiä ovat avoin ja kätkeytyvä uuvuttaminen. Psyykkisen väkivallan seurauksena on uhrin kokonaisvaltainen uupuminen ja loppuun kuluminen, joka on suuri terveysriski ihmisen kokonaisvaltaiselle terveydelle.