



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Eveliina Mäki

RAKENTAVAN VUOROVAIKUTUKSEN
KEINOT PERIOPERATIIVISESSA
HOITOTYÖSSÄ

Sosiaali- ja terveysala
2013

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Eveliina Mäki
Opinnäytetyön nimi	Rakentavan vuorovaikutuksen keinot perioperatiivisessa hoitotyössä
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	45 + 2 liitettä
Ohjaaja	Koskimäki Riitta, Nurmi Regina

Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata sairaanhoitajien rakentavan vuorovaikutuksen keinoja perioperatiivisessa hoitotyössä. Tutkimuksessa selvitettiin tekijöitä, jotka vaikuttivat vuorovaikutuksen onnistumiseen ja epäonnistumiseen. Tutkimusongelmia olivat: Mitkä ovat rakentavan vuorovaikutuksen edellytykset leikkaussalissa? Mitkä tekijät vaikuttavat vuorovaikutuksen epäonnistumiseen ja miten rakentavaa vuorovaikutusta voidaan kehittää leikkaussalissa?

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen eli kvalitatiivinen. Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä käytettiin avoimia kysymyksiä sisältävää kyselylomaketta. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat erään keskussairaalan osastolla työskentelevät, 67 perioperatiivisen hoitohenkilökunnan työntekijää. Aineiston keruu toteutettiin joulukuun 2012 aikana. Aineisto analysoitiin sisältöanalyysillä. Opinnäytetyö on saatavilla ammattikorkeakoulujen Theseus-verkkokirjastosta.

Tutkimustulokset osoittivat toimivan vuorovaikutuksen edellytyksiksi kommunikointi- ja tiimityötaitoja. Vuorovaikutusta heikentäviä tekijöitä olivat yhteisten pelisääntöjen puuttuminen, kommunikaatio-ongelmat, työn kuormittavuus sekä työn ulkopuoliset tekijät. Epäasiallista vuorovaikutusta ennaltaehkäistiin avoimuudella työyhteisössä sekä hyvillä tiimityötaidoilla. Hoitohenkilökunta antoi säännöllisesti rakentavaa palautetta. Palautetta annettiin onnistuneissa hoitotilanteissa ja sitä otettiin vastaan hyvin. Osaston yleinen suhtautuminen palautteen antoon oli vastausten perusteella vaihtelevaa. Koulutusta vuorovaikutustaitojen kehittämiseen oli tarjottu 33 vastaajalle.

Avainsanat	rakentava vuorovaikutus, rakentavan vuorovaikutuksen keinot, perioperatiivinen hoitotyö
------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

ABSTRACT

Author	Eveliina Mäki
Title	The Means of Constructive Interaction in Perioperative Nursing
Year	2013
Language	Finnish
Pages	45 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Koskimäki Riitta, Nurmi Regina

The purpose of the research was to describe the means of constructive interaction in perioperative nursing. The focus was on factors that either create successful interaction or cause the interaction to fail. The research problems were: What are the prerequisites of constructive interaction in operating theater? What are the factors that have a negative impact on interaction? And how can constructive interaction be developed in the operating theater?

The research is qualitative. The material was collected with a questionnaire with open ended questions. The target group included 67 perioperative nurses of a ward in a central hospital. The material was collected in December 2012 and analysed with content analysis. This bachelor's thesis can be found in the Theseus- online library of universities of applied sciences.

The research results showed that the prerequisites of functional interaction are communication and team work skills. Factors that weaken the interaction include the lack of common rules, communication problems, work load and other external factors. Inappropriate interaction was prevented with open communication in the work community and with good team work skills. Constructive feedback was given regularly by the nursing staff. Feedback was given after a successful nursing procedure and it was also received well. The attitude towards giving feedback varied in the ward. Further training on developing the interaction skills had been offered to 33 respondents.

Keywords	Constructive interaction, means of constructive interaction, perioperative nursing
----------	------------------------------------------------------------------------------------

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	3
2	RAKENTAVA VUOROVAIKUTUS.....	5
	2.1 Vuorovaikutustaidot.....	6
	2.2 Palautteen antaminen ja vastaanottaminen.....	7
	2.3 Vuorovaikutuksen edistäminen.....	7
3	HYVÄN VUOROVAIKUTUKSEN MENETELMIÄ	9
	3.1 Yhteiset pelisäännöt	10
	3.2 Ryhmädynamiikka	11
	3.3 Suora viestintä.....	11
4	MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ	13
	4.1 Perioperatiivinen hoitotyö	14
	4.2 Potilasturvallisuus	14
	4.3 Hoitotyöntekijän moniammatillisuus	15
	4.4 Tiimityö	16
5	RAKENTAVA VUOROVAIKUTUS JA TYÖHYVINVOINTI.....	20
	5.1 Työyhteisön ilmapiiri	20
	5.2 Työyhteisön vuorovaikutus osana työuupumukseen	21
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	22
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	23
	7.1 Tutkimusmenetelmän valinta.....	23
	7.2 Aineiston keruu.....	24
	7.3 Aineiston analyysi.....	24
8	TUTKIMUSTULOKSET	27
	8.1 Rakentavan vuorovaikutuksen edellytykset	28

8.2	Rakentavaa vuorovaikutusta heikentävät tekijät.....	29
8.3	Työyhteisön rakentava vuorovaikutus.....	31
8.4	Vuorovaikutuksen toteutuminen työyhteisössä	32
8.5	Epäasiallisen vuorovaikutuksen ennaltaehkäisy	33
8.6	Rakentavan palautteen anto	35
8.7	Rakentavan palautteen antotilanteet ja palautteen muoto	35
8.8	Rakentavan palautteen vastaanottaminen.....	36
8.9	Työyhteisön yleinen suhtautuminen palautteen antoon ja vastaanottamiseen.....	36
8.10	Työyhteisön saama koulutus vuorovaikutustaitoihin.....	37
9	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	38
9.1	Tutkimustulosten tarkastelu.....	39
9.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	40
9.3	Tutkimukseen liittyvät omat oppimiskokemukset	40
9.4	Jatkotutkimusehdotukset	42
	LÄHTEET	43
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla perioperatiivisessa hoitotyössä työskentelevän hoitohenkilökunnan välistä rakentavaa vuorovaikutusta.

Rakentava vuorovaikutus liittyy oleellisenä tekijänä työhyvinvointiin ja potilasturvallisuuteen (Helovuori 2012, 25-26). Brogmuksen (2007) mukaan, tiimityöskentelytaitoja tulisi leikkaussaleissa kehittää, koska tiimityöskentely leikkaussaleissa ei toteudu. Leikkaussaleissa on havaittu muun muassa työpaikkakiusaamista vähättelyn, tiedon panttaamisen sekä auttamatta jättämisen muodoissa (Kirchner 2009). Häiriökäyttäytymistä pidetään vaiettuna ongelmana (Vessey 2009). Myös Erja Tengvallin (2010) väitöskirjan mukaan hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus leikkaussaleissa toteutuu huonosti. Tutkimuksen tulosten mukaan leikkaus- ja anestesiahoitajilta edellytetään korkeaa ammatillista osaamista, joissa korostuu muunmuassa kommunikointi, tiimi- ja ohjaustaidot sekä yhteisvastuutaidot (Tengvall 2010, 38-39). Mikäli yhteistyö ei toimi, hoitovirheet lisääntyvät. Hoitovirheiden määrää kasvattaa puutteellinen neuvonta, liialliset työtehtävät sekä sairauspoissaolot. Vallankäyttö ja eriarvoisuus hoitohenkilökunnan välillä vaikuttaa hoitovirheiden esiintyvyyteen (Silén-Lipponen 2008, 142).

Perioperatiivisen hoitotyön lehtori ehdotti opinnäytetyön aiheeksi empiiristä tutkimusta rakentavan vuorovaikutuksen keinoista perioperatiivisessa hoitotyössä. Aihe sopii tekijän sairaanhoitajaopintoihin, joissa suuntautumisvaihtoehto on perioperatiivinen hoitotyö.

Opinnäytetyöhön haettiin tutkittua tietoa Medic ja Linda -tietokantoja hyödyntäen. Tietokannoista saatiin suhteellisen vähän hakutuloksia. Keskeiset käsitteet ovat rakentava vuorovaikutus, rakentavan vuorovaikutuksen keinot sekä perioperatiivinen hoitotyö. Käsitteiden avulla aihe pysyi rajattuna sekä tukee

tutkimuksen tekoa. Tutkittua tietoa haettiin myös manuaalisesti hoitotieteellisistä lehdistä, kuten Tutkiva hoitotyö, Spirium, Nursing standard ja Hoitotiede.

2 RAKENTAVA VUOROVAIKUTUS

Moniammatillisen yhteistyön tärkeä osa-alue on vuorovaikutustaidot. Vastavuoroinen ja luottamuksellinen vuorovaikutus työntekijöiden välillä varmistaa tiedonkulun, eikä haittaa potilaan kokonaishoitoa. Onnistunut yhteistyö lisää asiantuntijuutta hoitohenkilöstön yhteisessä prosessissa ja luo asiantuntijuutta myös yksilöllisesti. Työntekijöillä tulee olla yhteinen päämäärä ja selkeä työnjako, jotta yhteistyö voi toimia. Näin vuorovaikutus, toisen työn tunteminen sekä –arvostaminen ovat moniammatillisen yhteistyön toteutumisen kulmakiviä. (Eloranta & Kuusela 2011, 5, 10.)

Oppiminen moniammatilliseen työskentelyyn on yhtäläillä yksilöstä kuin yhteisöstä lähtevää. Prosessiin kuuluu erilaisuuden kunnioittaminen, motivaatio oppia moniammatillisuutta, mahdollisuudet yhteisölliseen oppimiseen, ohjaaminen sekä arviointi. (Hopia, Heinonen & Liimatainen 2012, 29.)

Ihmisten erilaisuuden ja yhteistyötä tekevien alojen hyväksyminen tai hyväksymättömyys ilmenee arvojen ja asenteiden kautta. Pienetkin eleet voivat paljastaa koetaanko työyhteisössä tasavertaisuutta. Se voi näkyä sanoista, ilmeistä, eleistä tai toiminnasta. Motivaatiota oppimiseen lisää muun muassa positiivinen palaute, onnistuminen tai vastuun saaminen. Jäsenten erilaisuus vahvistaa tiimin kumulaatiota. (Hopia ym. 2012, 29-33.)

Turvallinen, myönteinen ilmapiiri auttaa ongelmien ratkaisussa, oman osaamisen tarkastelussa sekä puhumisessa. Yhteisöllisen oppimisen teorian tieto tulee näkyviin käytännön työn kautta. Tunnusomaista sille on dialogi, jossa kaikkien tiedot voivat täydentää yhteistä osaamista. Hoitotyön toiminnon kokonaisuus tulee aktiivisessa, moniammatillisessa vuorovaikutuksessa monipuolisemmaksi. Vuorovaikutustaitojen välityksellä tapahtuvia ohjaustaitoja tarvitaan

potilaskontaktien lisäksi yhteisölliseen kanssakäymiseen. (Hopia ym. 2012, 29-33.)

Hoitajien on erittäin tärkeää uskaltaa puuttua tilanteisiin, joissa havaitsee tai on huolissaan potilaan hoidosta ja terveydentilasta. Potilaan turvallisuus on jokaisen hoitohenkilökunnan jäsenen asia, eikä vain muutaman ihmisen vastuulla. (Paterson 2012, 35–40.)

Kirurgien kommunikointi tapahtuu pääosin kysymyksillä ja toteamuksilla. Sairaanhoitajat käyttävät vähän kysymyksiä, mutta kirurgeja enemmän toteamuksia sekä käskyjä. Kielteistä palautetta sekä muuta kommunikointia (vitsit, tarinat ja niin edelleen) välittävät molemmat alan edustajat yhtä paljon. Hoitajat osaavat vähentää jännitteitä asiallisella ja vaihtoehtoja antavalla vuorovaikutuskeinoilla. Kulmakiviä rakentavassa vuorovaikutuksessa ovat sanat ja tavat, joilla palautetta annetaan. Kuunteleminen ja elekieli ovat suuressa roolissa. Mikäli tiimin yhteistyö on hyvin toimivaa, korvaa se yksilöiden heikkouksia. (Niemi- Murola 2005, 305-306.)

2.1 Vuorovaikutustaidot

Leikkaussalissa työskentelevillä tulee lääketieteellisen osaamisen lisäksi olla sosiaalisia-, yhteistyö- sekä vuorovaikutustaitoja. Epätasa-arvoiseen ja työtä haittaaviin tekijöihin on puututtava. Asioista tulee keskustella kyseessä olevan henkilön kanssa, jota asia koskee. Sivistyneeseen käytökseen kuuluu, että toista yksilöä arvostetaan ja kunnioitetaan (Rauramo 2009, 134). Asenne omia työtovereita ja potilaita kohtaan on oltava joustava, mutta jämäkkä (Laiho 2004, 36).

2.2 Palautteen antaminen ja vastaanottaminen

Positiivista palautetta tulisi antaa viisi kertaa niin paljon kuin negatiivista. Kun esiin tuodaan myönteisiä asioita, tulee tunne, että lähimmäistä arvostetaan ja häneen luotetaan. Myönteinen palaute vahvistaa myös kritiikkiä vastaan. Palautteen antamisessa tulee aina olla jokin tavoite, miksi sitä annetaan eli sen pitää olla työtä kehittävää ja virheitä vähentävää. Toisen nöyryyttäminen ei ole rakentavan palautteen antoa. Kriittinen palaute tulee antaa kasvotusten ja mielellään kahden kesken (Kupias, Peltola & Saloranta 2012, 35-37). Palautteen annossa ja –vastaanottamisessa edetään kyselemällä ja pohdiskelemalla, ei konflikteilla (Rauramo 2009, 134). Palautetta antavassa ja -vastaanottavassa työyhteisössä työntekijä ei myöskään pelkää kysyä, jos on toimissaan epävarma (Helovuori 2012, 25-26).

2.3 Vuorovaikutuksen edistäminen

Vuorovaikutustaitojen koulutusta tarvitaan tiimityötä koskevien asenteiden parantamiseksi. Asenteihin negatiivisesti vaikuttaa muun muassa leikkaussalitoiminnan keskittämiset, työyksiköiden kasvavat henkilöstömäärät sekä henkilökunnan suuri vaihtuvuus. (Niemi- Murola 2005, 305.)

Tiimityön vuorovaikutusta potilaan kiireellistä hoitoa vaativissa tapauksissa voi harjoitella, kehittää ja tutkia simulaatio-harjoitusten avulla. Tilanteita voidaan toistaa, joka vahvistaa oppimista. Näiden myötä oma rooli tiimissä vahvistuu ja kommunikaatiosta tulee tehokkaampaa sekä vaikuttavampaa. (Paterson 2012, 35–40; Niemi- Murola 2005, 307.)

Huonon kohtelun uhri usein vetäytyy kuoreensa, jolloin tiimin suoriutuminen tehtävissä epäonnistuu. Potilasvahinkoja syntyy vuorovaikutuksen epäonnistumisen vuoksi monia. Niitä voi olla ajoitukseen liittyvät ongelmat, epätarkkuus, päättämättömyys, liian myöhään käydyt keskustelut, tiedon

puutteellisuus ja tiimin hajanaisuus. Leikkaussalin henkilökunta itse on nostanut vuorovaikutuksen kehittämisen potilasturvallisuuden sekä työviihtyvyyden tärkeimmäksi tekijäksi. (Niemi-Murola 2005, 307.)

3 HYVÄN VUOROVAIKUTUKSEN MENETELMIÄ

Suurimmat potilasturvallisuuden toteutumisen häiritsevät tekijät ovat vuorovaikutusongelmat. Vakavia vaaratilanteita aiheuttaneet tapahtumat ovat suurimmaksi osaksi huonon viestinnän syytä. Osittain ne liittyvät kirjalliseen tiedonkuluun, mutta myös hoitohenkilökunnan väliset väärinkäsitykset sekä tiedonkulun katkeamiset ovat syynä potilasturvallisuuden katkeamiseen. (Niemi-Murola 2005, 305-307.)

Tiimityö ja vuorovaikutus perioperatiivisessa hoitotyössä on haasteellista teknologisten, tarkkojen toimintasääntöjen sekä fyysikaalisten tekijöiden vuoksi. Kun näihin ominaisuuksiin lisätään vielä kiire, työn akuuttiluonne, lyhentyneet leikkausajat ja ennakoimattomuus, on turvallisuusvaarojen riski huomattava. Suurin osa huonosta vuorovaikutuksesta ja yhteistoiminnallisuudesta korostuu kiireisessä, epätietoisuuden leimaamassa ja päivystysaikaisessa työyksikössä. Aikaa ei usein ole riittävästi myöskään perehdyttää uusia työntekijöitä tai muuten henkilökuntaa esimerkiksi uusittujen laitteiden ja toimintatapojen suhteen. Kaikki nämä tekijät aiheuttavat myös stressiä työilmapiirissä. (Laiho 2004, 36.)

Potilaan kokonaishoitoa sen sijaan heikentää hoitohenkilökunnan välinen valtataistelu, roolit sekä epäselvät työnjaot ja vastualueet. Näkemuserot synnyttää ristiriitoja potilaan hoidossa. Jos toisten tekemää työtä ei kunnioiteta, puuttuu tiimityön onnistumisen kannalta tärkein tekijä (Laiho 2004, 36). Silén-Lipposen (2008) tutkimuksen mukaan virheen sattuessa, niistä puhutaan kovaan ääneen, juorutaan ja arvostellaan syyttelevästi. Asioista neuvottelu sekä kaikkien mielipiteiden kuunteleminen ovat osa avoimuutta, jolla vältetään tiedon pantaaminen ja puutteellinen tiedonkulku (Laiho 2004, 36).

Koulutustarve tiimityöskentelyn vuorovaikutuksesta on suurta. Terveystieteiden peruskoulutuksessa siihen ei paneuduta tarpeeksi. Hyvä vuorovaikutuksen

harjoittelussa voidaan käyttää simulaatiokoulutusta, joka ei ole kuitenkaan kaikkien saatavilla (Väisänen 2011, 21).

3.1 Yhteiset pelisäännöt

Etiikka ohjaa oikeisiin valintoihin sekä toisten kuin omankin työn arvostamiseen. Etiikan arvojen, ihanteiden ja periaatteiden avulla erottaa hyvän pahasta ja oikean väärästä. Eettiset periaatteet hoitotyössä koskevat yhtenä tärkeänä osa-alueena työilmapiiriä (Arjatsalo 2010, 22-23). Yhteisiä pelisääntöjä voisi ajatella seuraavien kysymysten pohjalta; miksi ja ketä varten töitä tehdään, mitä työssä onnistuminen on ja mitä se tarkoittaa (Huuskonen 2011, 40). Moniammatillisuus tiimissä muodostuu avoimuudesta, luottamuksesta ja yhteishengestä. Avoimuudella tarkoitetaan tiimin yhteisiä ongelmanratkaisutaitoja, tilan antamista ja –ottamista itselle sekä vastavuoroisuutta. Vuorovaikutuksen epäonnistumiseen vaikuttaa avoimuuden ja johtamisen epäonnistuminen. Kun tiimi onnistuu tai epäonnistuu, on niistä hyvä keskustella ja ottaa opiksi (Hopia, Heinonen & Liimatainen 2012, 26-29).

Hiljainen tieto välittyy työtavoista. Käytännön työtä oppii vain sitä tekemällä. Kun opiskelija alkaa hallita teknisen tiedon, hän alkaa etsiä omaa rooliaan työyhteisössä. Työyhteisöön päästessä, opiskelija tutustuu työpaikan kulttuuriin. Opiskelijat saavat huonon esimerkin kollegiaalisuudesta, saadessaan itse tai todistaessaan epäkollegiaalista käyttäytymistä. Leikkaussalissa käytettävä oma ammattisanasto sitoo ryhmää yhteen, mutta on myös eristävä tekijä niille, jotka eivät sitä vielä täysin hallitse. Kaikkien täytyy ymmärtää saatu informaatio, mutta tutkitusti vain kolme neljäsosaa uskaltaa kysyä, mikäli ei ymmärtänyt. Kokemattomien henkilöiden kanssa työskentely aiheuttaa ärtymystä (Niemi-Murola 2005, 307). Uudella, vastavalmistuneella hoitajalla menee aikansa ennen kuin on valmis työskentelemään täysipainoisesti tiimin jäsenenä. Hoitoalan

koulutus sekä harjoittelujaksot eivät yksinään vielä riitä antamaan valmiuksia leikkaussalityöskentelyyn ilman perehdytystä (Silén-Lipponen 2008, 142-149).

3.2 Ryhmädynamiikka

Erilaiset ryhmädynamiikan menetelmät vaikuttavat ryhmässä tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Oma mielipidettä ei tuoda esille, asioita käsitetään väärin, kollegan toimintapäätöstä ei uskalleta kyseenalaistaa tai toimintatapojen mielletään olevan jo niin tuttuja, ettei niistä tarvitse ääneen kommunikoida. Omista virheiden tekemisistä ei haluta keskustella, koska hävetään ja pelätään muiden suhtautumista. (Niemi-Murola 2005, 307.)

Ongelmat omassa yksityiselämässä voivat vaikuttaa työhön, oppimiseen ja itsensä toteuttamiseen. Itse työ sekä ihmissuhteet työssä ovat osa työmotivaatiota, tuloksellisuutta sekä työhyvinvointia. Työyhteisön on kyettävä tukemaan yksilön itsetuntoa. Siihen ei voi yksin vaikuttaa, vaan merkittäviä vaikuttajia ovat yhteisö ja sen jäsenet. Jokaisella on oikeus hyvään kohteluun. Toimeen on tultava ja tähän auttaa avoin ja luottamuksellinen työyhteisö. Myös yhteenkuuluvuuden-tunne on tärkeä. (Rauramo 2009, 39, -122-125; Utriainen 2006, 7.)

3.3 Suora viestintä

Suorassa viestinnässä asiat kerrotaan asianomaiselle suoraan. Epäsuoraa viestintää on, kun jokin asia yritetään tuoda esille kiertoteitse. Tätä viestintätapaa käytetään paljon jännitteisessä työilmapiirissä. Ei välttämättä uskalleta suoraan kyseenalaistaa toisen päätöstä, mikä tekee viestinnästä hidasta ja tehotonta, sekä väärinymmärrysten riski on suurta verrattuna avoimeen viestintätapaan. Toisen työtavan kyseenalaistaminen ei saisi johtaa konflikteihin, vaan olla osa normaalia työkäytäntöä, jossa potilasturvallisuuteen panostetaan. Mielipiteiden esittämiseen

tulisi rohkaista ja esitetyistä huomioista tulisi aina saada positiivista palautetta. (Helovuori 2012, 25-26.)

Amerikassa, eräässä leikkaus- ja anestesiayksikössä, tiimityön epäonnistumisen seurauksena potilas kuoli. Tilanteessa ei ollut selkeää roolijakoa, mutta tilannetta johti kaksi anestesioologia. Eräs hoitaja oli huomauttanut tilanteen kriittisyydestä, mutta anesthesiologit olivat tyrmänneet hänet sanomalla, että hän ylireagoi. Tämän tapauksen pohjalta tehdyn, kahden tutkimuksen perusteella huomattiin, että vanhemmilla ja kokeneemmilla työntekijöillä oleva auktoriteetti sekä hierarkisesti korkeampi asema, vaikuttaa siihen, ettei heidän tekemisiinsä uskalleta puuttua. Heidän arviointikykynsä luotetaan paljon ja kyseenalaistamalla heidän päätöksensä, pelätään sillä aiheutuvan vain negatiivisia seuraamuksia asiaan puuttuneelle työntekijälle. (Paterson 2012, 35–40; White 2012, 43-48.)

4 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

Leikkaustoiminta on tiimityötä, jossa työskentelee yleensä kirurgi, anestesiologi, anestesiahoitaja, kaksi leikkaushoitajaa ja lääkintävahtimestari (Silén-Lipponen. 2008, 139). Moniammatillinen yhteistyö on kommunikaatio- ja päätöksentekoprosessi, jossa eri asiantuntijoiden tiedoilla ja taidoilla yhdessä edistetään potilaan terveyttä. Potilaiden hoitotarpeiden lisääntyminen sekä samalla laadun ja saatavuuden turvaaminen on kasvattanut yhteistyön merkitystä hoitotyössä.

Onnistunut yhteistyö toteutuu sitä tukevan johtamiskulttuurin johdosta. Johdon tehtävä on luoda yhteinen työskentelymalli ja organisoida työntekoa. Toinen tärkeä ehto yhteistyön onnistumiselle on koettu olevan riittävät henkilöstö- ja materiaaliresurssit (Niemi-Murola 2005, 305). Jokaisella työntekijällä tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä. Päätöksentekoon osallistuminen lisää työtyytyväisyyttä.

Työhyvinvointia edistävät tekijät, vaikuttavat yhtäläillä hoitotyön tuloksellisuuteen kuin palvelun laatuunkin. Työyhteisön kulttuuri on tervehenkistä, kun jokaisen vastuu-alueet on selvillä, jokainen auttaa toistaan, esimies antaa säännöllisesti myös positiivista palautetta ja kollegat voivat luottaa toisiinsa. Luottamus syntyy, kun ihmiset tuntevat toisensa ja toistensa tavat. Tämä on tietysti nykypäivänä henkilöstön suuren vaihtuvuuden ja –määrien vuoksi haasteellista (Surakka 2009, 101-114). Yhteistyön esteitä syntyy, jos kollegaa ei huomioida ja se voi synnyttää kilpailua sekä turvattomuuden tunnetta. Arjatsalon (2012) tutkimuksessa haastatellut perioperatiiviset hoitajat arvioivat tärkeimmiksi asioiksi perioperatiivisen hoitotyön onnistumisessa ihmisen kunnioittamisen, yhteishengen sekä perioperatiivisen ammattiosaamisen.

4.1 Perioperatiivinen hoitotyö

”Peri”on kreikkaa ja tarkoittaa ympäri. Perioperatiivinen tarkoittaa leikkauksen eri vaiheiden kokonaisuutta leikkaushoidossa. Leikkaus- ja anestesia-osastolla tehtäviä leikkaus- ja toimenpiteitä kutsutaan perioperatiiviseksi hoitotyöksi. Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu käsitteet potilaskeskeisyys, yksilöllisyys, turvallisuus sekä hoitotyön jatkuvuus (Lukkari, Kinnunen & Korte 2010, 11-12). Perioperatiivisessa hoitotyössä leikkaussalin sairaanhoitajat takaavat potilaan turvallisen ja invasiivisen hoidon. Sairaanhoitajalla on kyseessä olevassa erikoisalassa toimiakseen oltava tietoa anatomiasta, fysiologiasta sekä kirurgisista toimenpiteistä. Perioperatiivisessa hoitotyössä työskentelevillä sairaanhoitajilla on kolme eri roolia: anestesia-, instrumentti- ja valvova sairaanhoitaja. Leikkausryhmä vastaa leikkauksen- ja potilaan turvallisuudesta leikkauksen alussa, sen aikana ja -jälkeen siihen asti, että potilas siirtyy heräämöstä vuodeosastolle tai suoraan kotiin jos kyseessä on päiväkirurginen toimenpide (Perioperative patient focused model. AORN, Inc, 2002).

4.2 Potilasturvallisuus

Potilas on hoidon keskipiste ja tämä keskipiste on arvo, jota kunnioitetaan ja kohdellaan ainutlaatuisena. Potilas on myös osa tiimiä, koska hoito lähtee potilaasta ja hänen hoito on työn tavoite. Avoimuutta hoitajien välillä arvostetaan. Avoimuus on erilaisuuden hyväksymistä sekä toisesta välittämistä. Rikkautena työyhteisössä pidetään eri-ikäisiä kollegoita. Me-hengen tärkeyttä korostetaan erityisesti akuuteissa ja yllättävissä hoitotilanteissa, joissa potilaan henki täytyi pelastaa. Avoin sekä aktiivinen vuorovaikutus moniammatillisessa työryhmässä vaikuttaa paljon potilasturvallisuuteen. (Niemi-Murola 2005, 305-307.)

Leikkaustiimin jäsenillä on yhteinen vastuu potilaan virheettömästä hoidosta. Vaativassa tiimityössä tavoitellaan täydellisyyttä, joka vaikuttaa paljon teknisiin

ja sosiaalisiin voimavaroihin. Tällöin omaa toimintaa on vaikea kyseenalaistaa ja virheitä, poikkeavuuksia havaita ajoissa. Leikkaussali-työskentelyssä ominaista on, että tiimit, joissa työskentelee, vaihtuvat jatkuvasti. Epävarmuuden tunne syntyy helposti, kun joutuu työskentelemään tuntemattomilla erikoisaloilla, tuntemattomien ihmisten kanssa, eikä tunne heidän työskentelytapojaan tai osaamista. Epävarmuus välittyy koko tiimiin ja potilaan hoito voi olla vaarassa. Huonot yhteistyötaidot, hidas työskentelytapa sekä väsymys voivat vaikuttaa epävarmuuden tavoin, vaikka kyseessä olisi kokenut hoitaja. Potilasturvallisuutta vähentää työntekijän henkinen paine (esimerkiksi ristiriidat ja vihamielisyys kollegoiden välillä), riitely tai epäammatillinen käytös kesken leikkauksen, kollegiaalisuuden puute, haluttomuus työskennellä jonkun tietyn hoitajan kanssa, tiedon kulun katkokset sekä väärinymmärrykset. (Silén-Lipponen 2008, 142-149.)

Hyvän yhteistyön kuvailtiin olevan tehokkainta työskenneltäessä saman tai samojen kollegoiden kanssa. Kun hyväksyy ja luottaa tiimiinsä, on työ sujuvampaa ja palkitsevaa. Hoitajan ollessa ystävällinen, avoin ja rehellinen, työtyytyväisyys lisääntyy molemmin puolin ja työssäjaksaminen kasvaa. Työyhteisöön kuulumisen tunne liittyy paljon työviihtyvyyteen, jota lisätään hyväksymällä sekä arvostamalla työtoveria. Ammatillista osaamista ja aseptica omaatuntoa kuin –työskentelytapaakin arvostetaan paljon ja niiden kehittämistä sekä säilyttämistä pidetään tärkeänä. Yhteenkuuluvuudentunnetta lisää taitojen sekä osaamisen eteenpäin antaminen. Hoitajien välistä suhdetta yhdistää vastuu toisesta ihmisestä sekä tasa-arvo. Hoitajat arvostavat toisissaan ominaisuuksia, joita ovat muun muassa auttaminen, suvaitsevaisuus, vastuunotto ja ystävällisyys. (Arjatsalo 2010, 22-23.)

4.3 Hoitotyöntekijän moniammatillisuus

Hoitotyön tekijän moniammatillisuus tarkoittaa kykyä toimia eri ammattiryhmien kanssa. Kykyihin kuuluu yhteistyö, yhteisöllisyys sekä monimuotoinen

vuorovaikutus ihmisten kesken, jotka kaikki toimivat yhteiseen tavoitteeseen pyrkien. Näihin kykyihin sisältyy arvot, asenteet ja tunteet. Yhteiseen toimintaan sitoutuminen sekä vastuun kantaminen on kiinni jokaisen omasta asenteesta, arvoista sekä tunteista, niin työtä, potilaita kuin työtovereita kohtaan. Kyky kuunnella ja kuulla toista sekä ilmaista itseään niin kirjallisesti kuin suullisesti hyvin, on perusedellytys yhteisen ymmärryksen rakentamiseen. (Hopia ym. 2012, 26-29.)

4.4 Tiimityö

Tiimityö kärsii myös epäasiallisesta sekä epäkunnioittavasta käytöksestä. Toimiva tiimityö rakentuu avoimesta keskustelusta, kuuntelemis- ja palautteen antotaidoista. Ne lisäävät työviihtyvyyttä ja –terveyttä, ammattiyllpeyttä ja iloa työntekemiseen. Ne ovat myös luottamuksen kulmakiviä. Oikeus itsenäiseen työskentelyyn työpaikan yhteisissä säännöissä lisäävät työmoraalia sekä työssä viihtymistä. Potilaan hoito ja hoitajien osaamistaidot kehittyvät myös onnistuneen tiimityön ansioista. Tiimin jäsenten tukiessa ja kunnioittaessa toinen toistaan, turvallisuus potilaan kokonaishoidossa kasvaa. Jos tiimin jäsenet eivät saa tukea toisiltaan, ei intensiivinen yhteistyö toteudu. (Arjatsalo 2010, 22-23.)

Tiimeissä olisi hyvä olla aina mukana kokeneita hoitajia, koska uusien työntekijöiden puutteellinen osaaminen lisää muiden työtaakkaa, vähentäen potilasturvallisuutta. Tiimin jäsenten tunniessa toisensa, työjako helpottuu ja saavutetaan luottamusta tiimin sisällä. Se helpottaa myös työn suunnittelua, kasvattaa yhteistä vastuuta ja helpottaa vaaratilanteiden ennakkointia. Tiimien vaihtuessa koko ajan, jokainen ottaa helposti vastuuta vain omista tekemisistään, jolloin yhteinen vastuunotto vähenee. (Silén-Lipponen 2008, 142-149.)

Turvallisuutta kontrolloidaan virheiden ehkäisyllä ja –korjaamisella, työtoverin opastamisella, rohkeudella toimia oikein sekä virhetilanteiden raportoinnilla. Jokaisen leikkaussaliryöntekijän vahvuus on kyky työskennellä erilaisissa kokoonpanoissa, muuttuvissa tilanteissa. Päivystysluonteisessa toiminnassa tätä ominaisuutta edellytetään paljon, kun taas päiväkirurgisissa sekä elektiivisissä työyksiköissä tiimien vakiinnuttaminen on tarkoituksenmukaista. (Silén-Lipponen 2008, 142-149.)

Leikkaustiimin jokainen jäsen on osallisena leikkauksen onnistumisesta ja sujumisesta. Kun tiimi niin sanotusti ”puhalletaan yhteen hiileen”, se auttaa jaksamaan pitkätkin leikkaukset. Monesti tiimin jäsenten täytyy olla valmiita mahdollisiin muutoksiin, joita leikkauksessa tulee toimenpiteen suhteen. Se vaatii koulutusta ja paneutumista leikkauksenväliseen sekä leikkauksen kulkuun. Hoitohenkilökunta tarvitsee työssään työrauhaa keskittymiseen ja ennakointiin tulevia tilanteita varten. (Lehtinen & Puustinen 2010, 8.)

Niemi-Murolan (2005, 305) mukaan vuorovaikutukseen leikkaussaliryöntekijöissä liittyy jännitteitä. Tutkimuksen mukaan jännitteitä syntyy eniten kirurgien ja hoitajien välisessä vuorovaikutuksessa. Molemmat alan edustajat määrittelivät työnsä moniosaavaksi tiimityöskentelyksi, mutta näkökannat toistensa rooleista eivät täsmänneet. Anestesia- ja leikkaukselääkärit kokivat vuorovaikutuksen hoitajien kanssa hyväksi. Yleisesti lääkärit pitivät vuorovaikutusta hoitajien kanssa parempana kuin hoitajat lääkäreiden kanssa.

Jännitteitä aiheuttavat asiat liittyivät aikaan ja välineisiin. Aseptiikkaan suhtautuminen vaihteli, jotkut suhtautuvat tärkeään asiaan suurpiirteisesti. Lämpötila leikkaussalissa on usein leikkaustiimille liian korkea ja potilaan lämpötilaloudesta huolehtivalle anestesiapuolelle liian matala. Ajankäyttö, esimerkiksi vaihtoaika leikkausten välillä, tarvittavat välineet leikkaukseen tai

välineiden puutteet. Jännitteitä synnyttää myös henkilöstöpula sekä erimielisyydet vastuunjaosta. (Niemi-Murola 2005, 305-307.)

Tehokas tiimityöskentely on terveydenhuollon toiminto, jonka ei tule olla henkilökohtaisista ominaisuuksista koostuva. Tiimityötaidot ovat hyvän oppimisen tulos (Väisänen 2011, 21). Humanistiset ja holistiset arvot toimivat perioperatiivisen hoitotyön lähtökohtina. Leikkaussalitiimin jäsenten välinen moniammatillinen suhde on tärkeää ja vaatii toimiakseen monia eri tekijöitä. Aktiivisuus, keskustelun avoimuus ja joustavuus lisää tiimin toiminnan onnistumista, kun taas väsymys, hitaus ja keskittymiskyvyn puute vähentävät sitä (Arjatsalo 2010, 22-23).

Kun tiimillä on yhteiset tavoitteet ja kaikkien tiedot sekä taidot ovat aktiivisesti käytössä, mahdolliset vaaratilanteet ennakoidaan aiemmin. Vaaratilanteiden ja poikkeamien ennakointi helpottuu, kun kaikilla on yhteinen tieto tilanteen etenemisestä. Tähän päästään jatkuvalla tilanteen havainnoinnilla, asioista etukäteen informoinnilla sekä suoritettujen toimenpiteiden ääneen niin sanotusti kuittaamisella. Selkeään ja ymmärrettävään, kaksisuuntaiseen viestintään päästään vakioiduilla viestintärutiineilla. Vakiintuneet viestintärutiinit ovat kuittauskäytäntöjä, eli kaksisuuntaista viestintää, jolloin tiedon vastaanottaja kuittaa lähettäjälle tiedon tulleen perille. Väärinkäsitysten riski pienenee ja tiedonkulku paranee varsinkin tilanteissa, joissa virheellisen tulkinnan riski on suuri. Potilasturvallisuuden vaarantaa myös työnjaon epäselvyydet ja olettamukset, että joku muu on asian jo hoitanut tai ajatellaan jonkin, hoidon kannalta oleellisen asian olevan jo kaikkien tiedossa ja niin edelleen. Potilasta kohtaa vaaratilanne, koska hoidon toimintasuunnitelma epäonnistuu. Kiire, vajaa henkilöstömäärä, väsymys sekä kokemattomuus saa aikaan stressiä, jolloin virheitä syntyy herkästi. Väsymystä riskitekijänä ei kuitenkaan kovin paljon mielletä hoitovirheen syyksi. Sen ei myönnetä vaikuttavan suorituskykyyn, vaikka

kyky tunnistaa ja ennakoida vaaratilanteita kasvaa. (Niemi-Murola 2005, 305-307.)

WHO:n vuonna 2009 julkaiseman leikkaussalin tarkistuslistan raportoitiin vähentäneen haittatapahtumia sekä kuolemantapauksia leikkaussalitoiminnassa. Tarkistuslistan käyttö edellyttää tiimin hyvää yhteistyötä. Tarkistuslistan käyttö on oleellinen osa potilasturvallisuutta, esimerkiksi Valvira suosittelee sen käyttöä. Alustavien tutkimustulosten mukaan sen käytön on huomattu parantavan kommunikaatiota sekä tilannetietoisuutta. (Väisänen 2011, 20-21.)

5 RAKENTAVA VUOROVAIKUTUS JA TYÖHYVINVOINTI

Työilmapiiri vaikuttaa hyvinvointiin, yhteistyöhön ja kollegan kunnioittamiseen. Työhyvinvointi koostuu työn mielekkyydestä, työpaikan ilmapiiristä, tasokkaasta johtamisesta ja -lähiesimiestyöstä. Työnteon sujuminen, niin yksilötasolla, kuin yhteistyönä, on työhyvinvoinnin kannalta merkittävä tekijä (Surakka 2009, 101-114). Perusasioiden on hyvä olla kunnossa, jotta työpaikalla yhteistyö ja hyvinvointi toteutuisi. Perusasioita ovat motivaatio, luottamus, yhteishenki, yhteiset tavoitteet, rooli- ja vastuutietoisuus (Huuskonen 2011, 40).

5.1 Työyhteisön ilmapiiri

Roi Talent management Oy:n sekä Tehy Ry:n yhteistyönä teettämän tutkimuksen (2012) mukaan huono vuorovaikutus terveydenhuoltoalan työpaikoilla vaikuttaa koko työyhteisöön, niin työhyvinvoinnillisesti kuin taloudellisesti. Tutkimuksen kyselyyn vastanneista yli puolet (939 vastaajaa) oli kokenut tai huomannut työyhteisössään epäasiallista vuorovaikutusta. Epäasiallisuus oli ollut yhtä yleistä niin yksityisellä, kuin julkisella sektorilla ja kohdistunut niin miehiin, kuin naisiin, hoitohenkilökuntaan, kuin johtotasoon yhtä paljon. Valtaosa kiusaajista oli työtovereita hoitohenkilökunnasta. Seurauksia epäasiallisen kohtelun seurauksena oli muun muassa uhrin jatkuva ahdistuneisuus tapahtuneesta ja uuden samankaltaisen tapahtumisen uusiutuminen, epäasiallisesti käyttäytyvän kollegan vältteleminen, oman työaktiivisuuden laskeminen työnteon suhteen sekä vähentynyt osallistuminen ylitöihin. Vastaajista joka kolmas oli halukas vaihtamaan työpaikkaa, mikäli tilanteeseen ei tulnaisi puuttumaan. Nuorista vastaajista yli puolet olivat tapahtuneen johdosta valmiita vaihtamaan työpaikkaa heti.

Sana huonosta ilmapiiristä työpaikoilla leviää myös ulkopuolisille, koska uhrin haluavat purkaa pahaa oloaan esimerkiksi ystäville tai perheelle. Tämä huonontaa

työpaikan mainetta ja vaikuttaa kykyyn kilpailla työvoimasta. Tutkimus tuo myös esille, seurauksien taloudellisen puolen; tuottavuus, joka menetettäisiin yhtä sairaanhoitopiiriä kohden olisi vähän yli 30 miljoonaa euroa. Ilman tätä menetystä, hoitajien palkkoja voitaisiin nostaa 600 eurolla tai palkata satoja hoitajia lisää. (Heiskanen 2012, 13.)

5.2 Työyhteisön vuorovaikutus osana työuupumukseen

Työuupumusta aiheuttavia tekijöitä on sosiaalinen toimimattomuus sekä työyhteisön epävarmuus. Sosiaalisen tuen puute, vähäinen palaute ja konfliktit työntekijöiden välillä liittyvät sosiaaliseen toimivuuteen. Epävarmuuden tunnetta luo toiminnan epävarmuus työyhteisössä sekä organisaation negatiivinen tulevaisuusorientoituminen. Työuupumuksen yksi keskeinen piirre on huono suhtautuminen niin itseen, kuin muihin ihmisiin. Tämän aikaan saa motivaation puute sekä jaksamattomuuden jatkuvat tuntemukset. Työuupumuksesta kärsivä vetäytyy vuorovaikutuksesta muiden kanssa. Työuupumus on prosessina pitkä ja se alkaa kehittyä työn aiheuttamasta stressistä. Stressiin voi vaikuttaa monet asiat, joista yleisimpiä ovat työntekijään, työyhteisöön ja -tehtäviin, työnluonteeseen, organisaatioon sekä sosiaalisiin suhteisiin vaikuttavat tekijät.

Työuupumusta voidaan ennalta ehkäistä kehittämällä työyhteisön oloja. Työtovereilta ja esimieheltä saatu tuki, ennaltaehkäisevä väsymykseltä sekä työstä etäännyttämisestä. Rakentavan palautteen antaminen, toimiva yhteistyö, hyvät ihmissuhdetaidot, vaikutusmahdollisuudet omaan työhön sekä toimintavapaus sosiaalisessa ilmapiirissä suojaavat työuupumukselta. Edellä mainittujen asioiden puuttuminen tai vähäisyys vaikuttaa päinvastoin. Työntekijän tulee tuntea itsensä arvostetuksi ja että häntä kunnioitetaan. (Kanste 2006, 10-13.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, mitkä rakentavan vuorovaikutuksen keinot olivat perioperatiivisessa hoitotyössä sekä miten ne toteutuivat. Tutkimuksessa selvitettiin tekijöitä, jotka vaikuttivat vuorovaikutuksen onnistumiseen tai epäonnistumiseen.

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa vuorovaikutuksesta perioperatiivisessa hoitotyössä, sekä miten sitä voitiin perioperatiivisessa hoitotyössä edistää. Tutkimus ja sen tulokset vastasivat keinoja, joilla hoitotyöntekijät voitaisiin saada tarkemmin miettimään omaa käyttäytymistään työyhteisössä ja tiimityöskentelyssä. Tavoitteena tutkimuksessa oli selvittää myös, millaista vuorovaikutus perioperatiivisessa hoitotyössä oli.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Mitkä ovat rakentavan vuorovaikutuksen edellytykset leikkaussalissa?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat vuorovaikutuksen epäonnistumiseen leikkaussalissa?
3. Miten rakentavaa vuorovaikutusta voidaan kehittää leikkaussalissa?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen kohderyhmä (67 hoitotyöntekijää) oli erään keskussairaalan leikkaus- ja anestesiayksikön hoitohenkilökunta. Hoitohenkilökuntaan kuuluvat osastonhoitajat, instrumentti- ja anestesiasairaanhoitajat, perushoitaja sekä lääkintävahtimestarit.

7.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tutkimuksessa selvitettiin rakentavan vuorovaikutuksen keinoja sekä toteutumista perioperatiivisessa hoitotyössä. Tutkimuksessa käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmuotoa, jolla pystytään kuvailemaan ja tulkitsemaan hoitohenkilökunnan aitoja kokemuksia ja mielipiteitä omin sanoin kerrottuna. Tiedonhankinta on hyvin kokonaisvaltaista kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Kohdejoukko on tarkoituksenmukainen ja aineisto on kerätty todellisessa tilanteessa, osastotunnilla. Laadullisen tutkimuksen metodeja ovat tutkittavien esille tuodut mielipiteet sekä näkökulmat. Kvalitatiivinen tutkimus kuvaa todellista elämää. Tutkimusmuoto liittyy uskomuksiin, asenteisiin ja muutoksiin käyttäytymisessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 161-164; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 49.)

Tutkimus toteutetaan valitulle kohderyhmälle avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella. Avoimien kysymysten avulla vastaajat saavat omin sanoin kertoa mielipiteensä laajemmin. Keskeisin vaihe tutkimuksessa on aineiston analysoiminen, tulkitseminen sekä johtopäätöksien teko. Näiden avulla selviää vastaukset tutkimusongelmiin. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Laadullisen tutkimusmenetelmän metodeilla tietoa saa kokonaisvaltaisemmin, koska tutkimukseen osallistuvien henkilökohtaiset mielipiteet ja näkemykset pääsevät esille. (Hirsjärvi ym. 2010. 194, 221- 225, 161-164; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 49.)

7.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin joulukuun 2012 aikana sovittuna tutkimuspäivänä keskussairaalassa. Kyselylomake jaettiin leikkaus- ja anestesiaosaston osastotunnilla, jolloin tavoitettiin suuri otos työntekijöitä. Ennen kyselylomakkeiden jakoa, työntekijöille kerrottiin opinnäytetyön sisällöstä ja aiheesta. Kyselylomakkeet jätettiin osastolle viikon ajaksi, jolloin työntekijät, joita ei osastotunnilla tavoitettu, saivat mahdollisuuden ottaa osaa tutkimukseen. Vastaukset kerättiin tämän viikon jälkeen. Vastaukset palautettiin siihen tarkoitettuun palautuslaatikkoon. Kyselylomakkeen tarkoitus on selvittää totuutta, käyttäytymistä, toimintatapoja, asenteita, käsityksiä ja mielipiteitä. (Hirsjärvi ym. 2010, 74.)

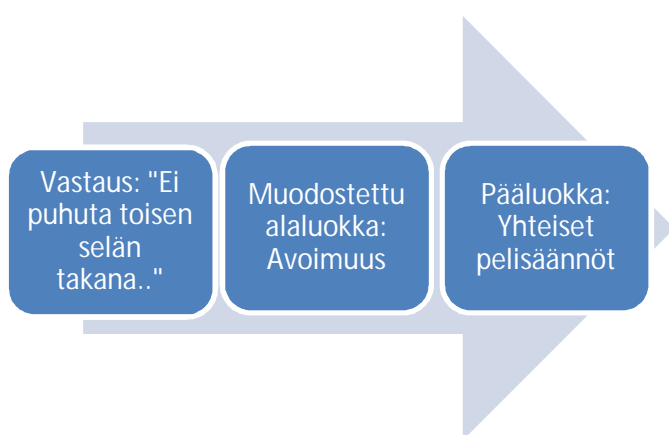
Koska aineisto kerätään yhdestä paikasta, on varmistettava, ettei tutkimus vahingoita ketään tunnistamalla vastaaja vastauksensa perusteella. Suorien lainausten esille tuonnissa suuri huomio tuotiin kunkin vastaajan anonymiteetin säilymiseen. Kyselyyn sai jokainen vastata nimettömänä, eikä vastaajien kanssa oltu henkilökohtaisesti tekemisissä. Aineisto kerättiin anonyymisuojatusti, luottamuksellisesti ja tallennettiin asianmukaisesti.

7.3 Aineiston analyysi

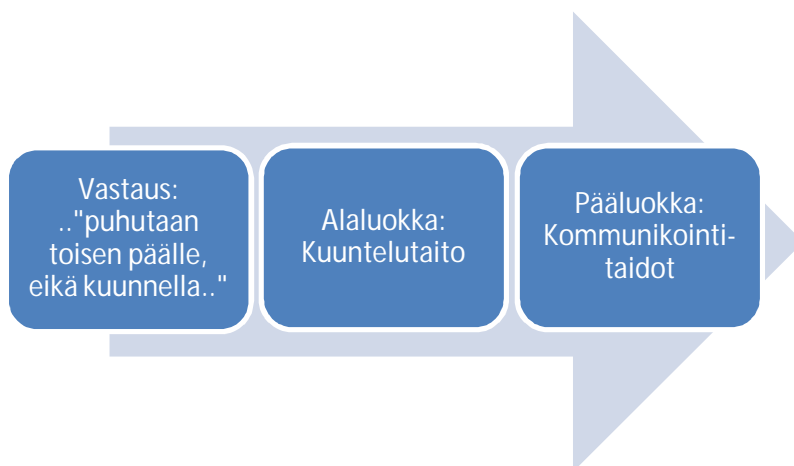
Tutkimuksen keskeisin vaihe on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten tekeminen. Niiden avulla selvitetään, minkälaisia vastauksia tutkimusongelmiin saadaan. Aineistoa voidaan laadullisessa tutkimuksessa analysoida monin tavoin ja juuri aineiston runsaus ja elämänläheisyys tekevät analyysivaiheen mielenkiintoiseksi. Tutkimusongelmat vaikuttavat analyysimenetelmän valintaan (Hirsjärvi ym. 2010, 221-225). Kyselyn avulla kerätty aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä analysoidaan kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja sen avulla tarkastellaan asioiden ja

tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Tieto ei ole esitettävissä numeerisina tuloksina vaan sanallisina tulkintoina (Janhonen & Nikkonen 2001, 21; Vilka 2005, 139-140). Sisällönanalyysin avulla laaja ilmiö saadaan esitettyä tiiviissä muodossa. Menetelmä haastaa tutkijan ajattelemaan (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 134-135).

Analyysi aloitettiin kirjoittamalla kyselylomakkeiden vastaukset puhtaaksi pelkistämällä vastausten alkuperäiset ilmaukset. Pelkistämisen jälkeen muokattiin niille alaluokat. Samanlaisia pelkistettyjä ilmauksia ryhmiteltiin ja jaettiin niille kuuluviin alaluokkiin. Esimerkiksi kyselylomakkeen kysymys toimivan vuorovaikutuksen edellytyksistä. Vastausten perusteella saatiin 30 eri ryhmää. Jokainen maininta muodosti oman alaluokan. Alaluokkien ilmaukset liittyivät vahvasti kahteen eri vuorovaikutukseen liittyvään käsitteeseen. Pääryhmiksi muodostui yhteiset pelisäännöt sekä kommunikointitaidot. Kuviossa 1 kuvataan pääluokan ”Yhteiset pelisäännöt” muodostumista. Kuviossa 2 kuvataan pääluokan ”Kommunikointitaidot” muodostumista.



Kuvio 1. Aineiston analyysiesimerkki 1



Kuvio 2. Aineiston analyysiesimerkki 2

8 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselylomakkeet jaettiin koko leikkaussalin hoitohenkilökunnalle (n=67) ja kyselyyn vastasi 52 % (n=35) koko leikkaus- ja anestesiaosaston hoitohenkilökunnasta. Vastaajista instrumenttihoitajia oli 14, anestesiahoitajia 16 ja muun hoitohenkilökunnan edustajia 5; perushoitaja, osastonhoitajat sekä lääkintävahtimestarit. Hoitohenkilökunnan työkokemus vuosina jaettiin neljään eri työkokemus-kategoriaan; 1-5 vuotta palvelleita oli kuusi henkilöä, 6-10 vuotta; viisi henkilöä, 11-15 vuotta; kahdeksan ja yli 16 vuotta palvelleita oli 16 henkilöä. Kato tutkimuksessa oli 48 %. Taulukossa 1 esitetään vastaajien taustatiedot.

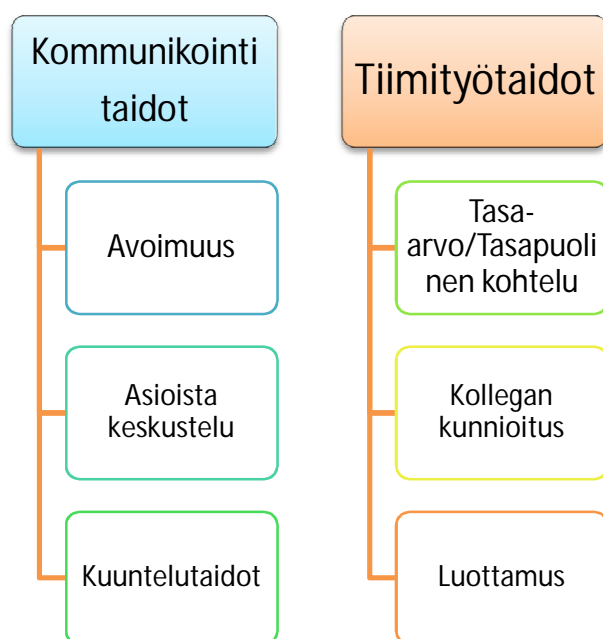
Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot

Naisia	80% (28/35)
Miehiä	20% (7/35)
Instrumenttihoitajat	40 % (14/35)
Anestesiahoitajat	46% (16/35)
Muut	14% (5/35)
Työkokemus vuosina	
1-5 vuotta	17% (6/35)
6-10 vuotta	14% (5/35)
11-15 vuotta	23% (8/35)
yli 16- vuotta	46% (16/35)

8.1 Rakentavan vuorovaikutuksen edellytykset

Kysymyksessä pyydettiin vastaajia kuvailemaan toimivan vuorovaikutuksen edellytyksiä. Vastauksissa korostui kaksi eri pääryhmää, joita olivat 1. kommunikointitaitoihin liittyvät sekä 2. tiimityötaitoihin liittyvät käsitteet.

Kolme yleisintä rakentavan vuorovaikutuksen edellytystä oli vastausten perusteella työyhteisön välinen avoimuus (9/30), asioista keskustelu (7/30) sekä toisen kuunteleminen (6/30). Osaston kaksikielisyys tuotti ongelmia kommunikoinnissa, joten sama käytettävä puhekieli mainittiin osana kommunikointitaitoja (5/30). Vastauksissa tuotiin esille läsnäolon merkitys sekä halu olla vuorovaikutuksessa hoitohenkilökunnan kanssa (3/30). Selkeää ja kuuluvaa sanallista puhetta sekä äänen käyttöä mainittiin pari kertaa (2/30), kuten myös asiallisen huumorin käyttö (2/30) sekä palautteen anto- ja vastaanottamistaidot (2/30). Kuviossa 3 kuvataan rakentavan vuorovaikutuksen edellytyksiä.



Kuvio 3. Rakentavan vuorovaikutuksen edellytykset

Rakentavan vuorovaikutuksen edellytyksiksi muodostui toinen pääluokka tiimityötaidoista; tasa-arvo/ tasapuolinen kohtelu (7/30) kollegan kunnioitus (7/30) sekä luottamus (7/30). Muiden huomiointi ja kaikkien mielipiteiden kuunteleminen, kyky asettua toisen ihmisen asemaan (6/30). Toimivan vuorovaikutuksen edellytyksiä mainittiin selkeän työnkuvan, työtehtävien ja asioiden tiedotuksen osalta (4/30). Esimiesten välittämä, alaistensa tasapuolinen kohtelu ja -tuki oli yksi vastausten perusteella luotu käsityhmä (3/30). Työyhteisön hyvä ilmapiiri mainittiin kuusi kertaa, mutta se on enemmän seurausta aiemmin mainituista käsitteistä kuin syy rakentavaan vuorovaikutukseen.

”Tasavertaisuus, luottamus, kunnioitus ja sama kieli.”

”Osaa antaa ja vastaanottaa palautetta, ottaa huomioon muiden mielipiteet, osaa kuunnella.”

”Kantava ääni, puheen selkeys, kieli, uskallus kysyä jos epäselvää, kaikilla oikeus ja uskallus sanoa, kysyä ja vastata.”

8.2 Rakentavaa vuorovaikutusta heikentävät tekijät

Tähän osioon yhdistettiin kaksi kyselylomakkeen kysymystä, jotka olivat a) Mitkä asiat heikentävät vuorovaikutusta? sekä b) Mitkä ovat tyypillisimmät syyt epäasialliseen käytökseen? Syy tähän oli vastauksissa huomioitu väsyminen toisen kysymyksen kohdalla (jätettiin kokonaan vastaamatta), koska kysely oli pitkä. Jälkimmäinen kysymys sai samoja vastauksia, kuin ensimmäinen mainittu. Mainintoja oli kaiken kaikkiaan 127 kappaletta. Kuviossa 4 kuvataan rakentavaa vuorovaikutusta heikentäviä tekijöitä.



Kuvio 4. Rakentavaa vuorovaikutusta heikentävät tekijät

Vastauksista korostui neljä eri pääryhmää. Yhteisten pelisääntöjen puuttuminen, kommunikaatio-ongelmat, työn kuormittavuustekijät sekä työn ulkopuoliset tekijät.

Yhteisten pelisääntöjen puuttumiseen kuuluvia tekijöitä mainittiin yhteensä 41 kertaa ja niitä olivat huono yhteistyö, tasa-arvottomuus, kunnioituksen sekä luottamuksen puute, juoruaminen ja huhut työyhteisön sisällä, negatiivinen asenne, huono tiedonkulku, tietämättömyys ja niistä johtuvat väärinymmärrykset sekä esimiesten ja johdon antama vähäinen tuki.

Kommunikaatio-ongelmista yleisimpiä olivat, ettei työyhteisössä kuunnella toista, puhutaan eri kielillä (raportit, mahdolliset koulutukset vain toisella kielellä, väärinymmärrykset), kykenemättömyys ottaa vastaan palautetta sekä keskustelun puuttuminen. Puuttuvat kommunikointitaidot kuten, ettei omia mielipiteitä tuoda julki, verbaalinen aggressiivisuus, kun oma tahto ei toteudu, passiivisuus ja ylimielisyys. Kommunikaatio-ongelmia oli lisäksi kateus, välinpitämättömyys, epäselvä puhe ja konfliktit. Edellä mainittuja kommunikaatio-ongelmia mainittiin vastauksissa yhteensä 42 kertaa.

Työn kuormittavuustekijät, kiire, väsymys, stressi, kireä ilmapiiri ja esimiesten vaatimukset, mainittiin yhteensä 33 kertaa vastauksissa. Työn kuormittavuuteen vaikuttavia tekijöitä olivat myös vuorotyö, korkea taustahäly, työn asettamat vaatimukset, paineet ja olettamukset sekä mahdollinen potilaan huono tilanne.

Työn ulkopuolisista tekijöistä esille tuotiin henkilökohtaiset ongelmat, erilaiset lähtökohdat, ammatilliset identiteetikriisit sekä omien tunteiden vaikuttaminen työntekoon. Mainintoja oli yhteensä 11. Alla esimerkkejä hoitajien vastauksista.

”Ei olla avoimia, esimiesten malli, tasa-arvoisuus ei toteudu..”

”..oletetaan toisen aina tietävän, erikielisyys, ei olla kiinnostuttu toisten tekemisistä, pidetään itseä parempana kuin muita..”

”korkea taustahäly, epäselvä puhetapa, hiljainen äänenkäyttö, epäselvissä asioissa ei kysytä tai selvitetä asiaa..”

” Nälkä, jano, wc-hätä, henkilökunnan henkilökohtaiset ongelmat, burn-out..”

8.3 Työyhteisön rakentava vuorovaikutus

Kysymykseen, miten vuorovaikutus toimii osastollanne, vastattiin kolmella eri tavalla. Vastaukset olivat muotoa ”hyvin” 12 vastaajaa/35 (34%), ”vaihtelevasti” 17/35 (49 %) sekä huonosti 6/35 (17%). Työyhteisössä käytetään huumoria, työyhteisön hengen mainittiin olevan hyvä ja yleisesti asioista puhutaan rakentavaan sävyyn. Pääasiassa vuorovaikutus toimi henkilökunnan kesken kuitenkin vaihtelevasti. Johto-, esimiestasoa ja lääkäreitä kritisoitiin palautteen vastaanottotaidoissa. Tiedotus eri ammattiryhmien välillä ei toimi kiitettävästi

koko ajan. Uusien hoitajien asema oli alempi verrattuna kokeneeseen hoitohenkilökuntaan. Juoruamista, palautetta ei aina osata ottaa vastaan tai positiivinen palaute käännetään negatiiviseksi.

”Suurimmaksi osaksi vuorovaikutus on asiallista, avointa ja se tapahtuu hyvässä hengessä.”

”Ylempi taso ei siedä arvostelua ja aitoa tietoa saatetaan pimittää..”

”Alltid kan man stötä på dålig interaktion, vi är människor och gör misstag ibland.”

”Osittain toimii, osittain ei, jotkut ei osaa ottaa palautetta vastaan, vaan kääntää positiivisenkin palautteen negatiiviseksi..”

8.4 Vuorovaikutuksen toteutuminen työyhteisössä

Vuorovaikutuksen toteutumista kartoitettiin kahdella kysymyksellä. Vuorovaikutuksen joko toteutuessa (vastaajia yhteensä 14) tai ei toteutuessa. Vuorovaikutuksen epäonnistumisessa, vastausten perusteella muodostettiin kolme eri pääryhmää; työnteon sujumattomuuteen, yhteistyöhön sekä potilaan hoitoon liittyvät asiat. Vuorovaikutuksen toteutumiseen vaikuttivat työn sujuvuus ja hyvä hoitotyö.

Vuorovaikutuksen toimimattomuus työyhteisössä näkyy työnteon sujumattomuutena (8/32), asiat eivät etene, asioita jää tekemättä ja huomaamatta (12/32). Työn määrän ja kiireen lisääntyminen, vaikuttavat työssä näkyvään väsymykseen sekä sairaspöissaoloihin (2/32).

Mikäli yhteistyö ei toimi, hoitotyöntekijä ei tiedä mitä pitäisi tai olisi pitänyt tehdä ja asioita voidaan tehdä toisin kuin on sovittu (6/42). Ei uskalleta kysyä tai varmistaa asioita, jolloin väärinkäsitykset lisääntyvät (6/42). Huhut ja juorut

kasvavat työyhteisön sisällä. Mieltä osoitetaan eleillä ja ilmeillä, jolloin syntyy niinsanottuja ”kuppikuntia”, joka synnyttää kireää ilmapiiriä (6/42). Vastausten mukaan potilaat huomaavat kireän ilmapiirin (2/42). Tämä vaikuttaa hoitomyönteisyyteen, -tyytyväisyyteen sekä turvallisuudentunteeseen.

Vuorovaikutuksen toteutuessa hyvin, työnteko sujuu mutkattomasti (6/14) , työskentely on helpompaa (3/14), kaikki tietää miten toimitaan (3/14), tiedonkulku ei katkeile (1/14) ja potilasturvallisuus on paremmin taattu (1/14). Seuraavana esimerkkejä hoitohenkilökunnan vastauksista.

”Ei tehdä sovittuja asioita tai tehdään toisin kuin on sovittu. Asiat ei etene toivottuun tapaan, aiheuttaa ylimääräistä työtä jälkikäteen..”

”Salissa voi olla koko päivän hiljaista, ei puhuta mitään ylimääräistä ja välttämättömimmätkin asiat mahdollisimman lyhyesti..”

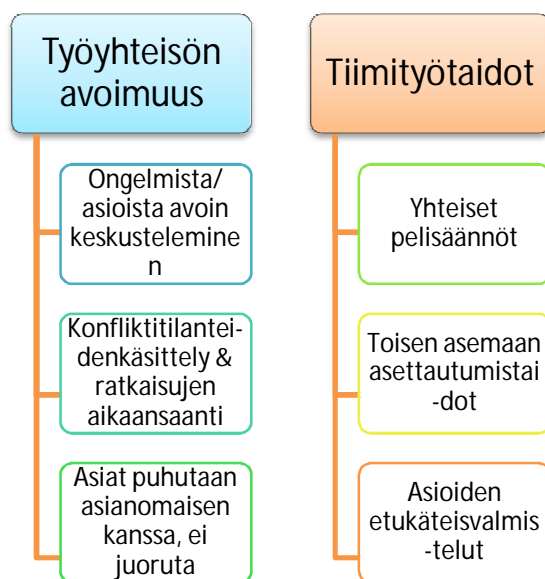
”Toteutuessa asiat hoituu sujuvasti, ammatillisesti sekä toisia auttaen.”

”..työskentely on jouhevampaa ja mielekästä, eikä potilasturvallisuus vaaraannu tai ainakin sen turvaamiseen on paremmat mahdollisuudet.”

8.5 Epäasiallisen vuorovaikutuksen ennaltaehkäisy

Vastaajien mukaan epäasiallista vuorovaikutusta voidaan ennaltaehkäistä avoimuudella työyhteisössä sekä tiimityötaidoilla. Avoimuudella tarkoitettiin ongelmista keskustelua/ epäkohtien esilletuontia eli asioista avointa keskustelemista (17/42). Konfliktitilanteissa, ne haluttiin käsiteltävän, saaden aikaan myös ratkaisut (9/42). Asioista ja ihmisistä ei juoruta, ei syyllistetä ja asiat puhutaan suoraan asianomaisen kanssa (4/42). Tiedonanto esimerkiksi moniammatillisten kokousten muodossa koettiin tärkeäksi kolmen vastauksen perusteella (3/42).

Tiimitaitojen merkityksessä tuotiin esille yhteiset pelisäännöt (3/42), toisen asemaan asettautumistaidot (3/42) asioiden valmistelu (2/42), oma toimiminen esimerkkinä (2/42), kompromissien teko (1/42), esimiehen tuki (1/42) ja henkilökohtaisten asioiden jättäminen työajan ulkopuolelle (1/42). Kuvio 5 kuvaa epäasiallisen vuorovaikutuksen ennaltaehkäisyä.



Kuvio 5. Epäasiallisen vuorovaikutuksen ennaltaehkäisy

Vastauksista poimittuja esimerkkejä.

”Själv vara gott exempel. Tala, tala och tala om detta. Värdediskussion. Ta i osakligheter på olika sätt. Informera om arbetsskyddes program.”

”Pyrkimällä ammatilliseen käytökseen koko ajan. Olemalla avoin ja keskusteleva. Välttelemällä juoruilemista.”

”Inse att sar och en är en länk i en kedja. Brister en länk brister hela kedjan. Alla är bra på något.”

8.6 Rakentavan palautteen anto

Vastauksia haettiin kysymykseen, miten hoitohenkilökunta itse antaa rakentavaa palautetta. Vastaajista 24 (69%) antoi palautetta, 10 (28%) antoi joskus ja vastaajista yksi (3%) ei antanut palautetta lainkaan. Perusteluita omaan palautteen antoon oli seuraavanlaisia.

”Aina kun on aihetta.”

”Yritän ainakin, koska tiedän kuinka mukava rakentavaa palautetta on saada asiattoman palautteen sijaan. Kerron myös työtovereille, jos he ovat hoitaneet jonkin asian hyvin.”

”Joskus positiivista, pitäisi myös uskaltaa antaa jos jokin asia ei ole toiminut oikein tai on toiminut epäasiallisesti. Kollegojen kesken ei anneta negatiivista palautetta.”

8.7 Rakentavan palautteen antotilanteet ja palautteen muoto

Kaikista 35 vastaajasta, kysymykseen vastasi 16 henkilöä. Kysymykseen vastaajista 9/16 oli sitä mieltä, että he antavat enimmäkseen positiivista palautetta. Palautetta annettiin tilanteissa, joissa tiimityöskentely on sujunut hyvin. Tilanteissa, joissa olisi parantamisen varaa tai ei esimerkiksi olla toimittu oikein, palautetta kertoi antavansa 2/16 kysymykseen vastaajista. Vastaajista 2/16 kertoi antavan rakentavaa palautetta niin kehittävässä mielessä, kuin esimerkiksi hyvin onnistuneen hoitotilanteenkin lopuksi. Seuraavassa yhteenveto palautteenanto tilanteista; kun kaikki on sujunut hyvin 9/16, keskustelutilanteet 7/16, hoitotilanteen jälkeen 6/16, kun on toimittu väärin 5/16, auttamistilanteet 4/16 ja ohjaamistilanteet 2/16.

Esimerkkejä hoitohenkilökunnan vastauksista.

”Negatiivista palautetta on vaikea antaa loukkaamatta ketään..”

”Riippuu tilanteesta, ei potilastyössä, mutta mielellään mahdollisimman nopeasti. Annan etenkin positiivista palautetta, koska sitä saa yleensä ihan liian vähän.”

”Enemmän keskustellaan miten asioita voitaisiin tehdä paremmin.”

”Pyrkimys positiiviseen palautteeseen, mutta kun kaikki ei mene suunnitelmien mukaan, helposti purkaa kiukun työkavereihin, mikä ei ole hyvä.”

8.8 Rakentavan palautteen vastaanottaminen

Positiivisesti palautteeseen kerrottiin reagoitavan 22 (63 %) vastaajista. Kukaan vastaajista ei kertonut reagoinnin olleen pelkästään negatiivista, mutta molemmilla tavoin työyhteisössä palautteeseen reagoitiin 13 (37%). Alla hoitohenkilökunnan perusteluita.

”Asialliseen palautteeseen suhtaudutaan asiallisesti.”

”Ihan niinkuin pitääkin, otettu hyvin vastaan ja koitettu parantaa toimintaa ja muuttaa toimintatapoja erilaisiksi.”

”Vaihtelevasti. Jotkut eivät kestä kehittävää palautetta.”

8.9 Työyhteisön yleinen suhtautuminen palautteen antoon ja vastaanottamiseen

Miten osastolla suhtaudutaan esimerkiksi asioiden esille tuontiin, kyseenalaistamiseen, asioista keskustelemiseen, kiitoksiin? Annetaanko osastolla yleisesti palautetta tai neuvoja? Kysymyksillä kartoitettiin osaston yleistä

toimintatapaa palautteen annosta ja –vastaanottamisesta. Vastaajista 18 (51 %) kertoi osaston yleisen suhtautumisen palautteen antoon olevan vaihtelevaa. Positiivinen asennoituminen palautteeseen oli 15 vastaajan (43 %) mielestä ja kahden (6%) vastauksen perusteella osaston suhtautuminen oli negatiivista.

”Hoitajien kesken hyvin, esimiestasolla huonosti.”

”Toivotaan lisää. Jokainen voisi itse antaa enemmän.”

”Palautetta annetaan paljon enemmän ja rakentavammin kuin monta vuotta sitten.”

8.10 Työyhteisön saama koulutus vuorovaikutustaitoihin

Vastaajista 23/35 (66 %) oli sitä mieltä, että koulutusta vuorovaikutustaitojen kehittämiseksi on tarjottu. Koulutus on tapahtunut koulutus- ja Tyky-päivillä vieraillevien luennoitsijoiden toimesta (muun muassa lentokapteenin luento). NLP eli aivojen toiminnasta ja kommunikoinnista kertova Neuro-Linguistic Programming- koulutus on pidetty. Loput 12/35 (34%), eivät olleet samaa mieltä. Aihetta oli ehkä sivuttu jossain, tai ei muistettu oliko järjestetty vai ei. Ruotsiksi on järjestetty, muttei suomeksi tai oltiin mieltä, ettei koulutus aiheeseen liittyen ole ollut kunnollista. Seuraavassa vielä joitain esimerkkejä hoitajien vastauksista.

”On ja monenlaista.”

”..koulutuspäivänä oli jotain samansuuntaista, mutta se oli kokonaan ruotsiksi, joten suurin osa meni vähän ohi.”

”En muista, että olisi. On ehkä sivuttu jossain.”

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimustulokset osoittivat toimivan vuorovaikutuksen edellytyksiksi kommunikointitaidot sekä tiimitaidot. Vuorovaikutusta heikentävät tekijät olivat yhteisten pelisääntöjen puuttuminen, kommunikaatio-ongelmat, työn kuormittavuus sekä työn ulkopuoliset tekijät. Osaston vuorovaikutus toimi pääasiassa vaihtelevasti. Vuorovaikutuksen epäonnistuminen näkyi käytännöntyössä työnteon sujumattomuutena sekä yhteistyöhön- ja potilaan hoitoon liittyvinä tekijöinä. Vuorovaikutuksen onnistuessa työnteoko sujui mutkattomasti ja potilasturvallisuus oli turvattu. Epäasiallista vuorovaikutusta pystyttiin ennaltaehkäisemään avoimuudella työyhteisössä sekä hyvillä yhteistyö- ja tiimityötaidoilla. Hoitohenkilökunnasta reilusti yli puolet antoivat rakentavaa palautetta. Rakentavaa palautetta annettiin pääasiassa kun asiat oli hoituneet hyvin. Rakentavan palautteen otti vastaan hyvin reilusti yli puolet. Vastaaajista suurin osa oli sitä mieltä, että osaston yleinen suhtautuminen palautteen antoon oli vaihtelevaa. Koulutusta vuorovaikutustaitojen kehittämiseksi oli tarjottu suurimmalle osalle vastaaajista.

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset

1. Rakentavan vuorovaikutuksen edellytyksiä olivat kommunikointitaitoihin sekä tiimityötaitoihin liittyvät käsitteet. Nämä edellytykset toimivat 17 (49 %) vastaajan mielestä pääasiassa vaihtelevasti. Hyvin 12 vastaajan (34 %) ja huonosti kuuden (17 %) vastaajan mielestä. Vuorovaikutuksen onnistuessa työnteoko sujui mutkattomammin ja potilasturvallisuus oli turvatumpi.
2. Rakentavaa vuorovaikutusta heikentävät tekijät olivat yhteisten pelisääntöjen puuttuminen, kommunikaatio-ongelmat, työn kuormittavuus sekä työn ulkopuoliset tekijät. Vuorovaikutuksen epäonnistuminen näkyi käytännöntyössä työnteon sujumattomuutena sekä yhteistyöhön- ja potilaan hoitoon liittyvinä

tekijöinä. Rakentavaa palautetta annettiin, kun asiat olivat hoituneet hyvin tai oli jotain parantamisen varaa.

3. Rakentavaa vuorovaikutusta voidaan kehittää palautteen anto- ja vastaanottamistaidoilla, avoimuudella työyhteisössä sekä hyvillä yhteistyö- ja tiimityötaidoilla. Koulutusta vuorovaikutustaitojen kehittämiseksi oli tarjottu 23:lle vastaajista. Vastaajista 12, ei ollut saanut koulutusta vuorovaikutustaitoihin. Vastaajista suurin osa (18) oli sitä mieltä, että osaston yleinen suhtautuminen rakentavaan vuorovaikutukseen kuuluvaan palautteen antoon oli vaihtelevaa. Positiivinen suhtautuminen palautteen antoon oli 15:sta ja kahden vastauksen perusteella suhtautuminen oli negatiivista. Rakentavan palautteen otti vastaan hyvin 22 (63 %). Sekä hyvin, että huonosti palautetta kerrottiin otettavan vastaan 13 vastaajan (37 %) mukaan. Kukaan ei kokenut kenenkään suhtautuvan pelkästään negatiivisesti palautetta annettaessa. Hoitohenkilökunnasta 24 antoi rakentavaa palautetta, 10 joskus ja vain yksi vastasi, ettei anna palautetta koskaan.

9.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkitussa työyhteisössä oli havaittavissa hyvä ilmapiiri ja ammatillisesti käyttäytyvää hoitohenkilökuntaa. Työyhteisössä tapahtuvaan vuorovaikutukseen, vaikuttaa yhteisten pelisääntöjen puuttuminen, kommunikointi- ongelmat, työn kuormittavuustekijät, omat henkilökohtaiset eli työn ulkopuoliset asiat. Näitä kehittäessä, kehittyy myös työyhteisössä tapahtuva vuorovaikutus. Rakentavaa palautetta annetaan ja osataan ottaa vastaan, mutta vastausten perusteella kyseessä olevia taitoja voisi vielä kehittää. Saman yhteisen äidinkielen puuttuminen on suuri haastava tekijä kommunikointitaitojen parantamiseen työyhteisössä. Kaikki eivät koe saaneensa koulutusta vuorovaikutustaitoihin, joten sille on tarvetta.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimustulosten toistettavuudella voidaan pois sulkea tulosten sattumanvaraisuus. Tutkimusta voidaan arvioida myös pätevyyttä arvioimalla eli tutkimuksen validiteettia. Tämä tarkoittaa, että tutkimuksella on kyky tutkia juuri sitä, mitä oli tarkoituskin (Hirsjärvi ym. 2005, 226). Tutkimuksen eettisyyden kannalta on tärkeää tiedostaa mitä tutkimus palvelee, sen luotettavuutta sekä suoritustapaa. Rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus ovat tieteellisiä toimintatapoja, joita on noudatettava. Tiedonhankinnassa, raportoinnissa sekä arvioinnissa tieteellisesti ja eettisesti saatu tutkimustulos on selkeä, kaikille avoin, eikä se vääristele totuutta (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 363–370). Osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuvien tutkimustietoja ei luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 179).

Aineistonkeruu tapahtui hoitohenkilökunnalle jaetuilla avoimilla kyselylomakkeilla. Kyselyn vastausprosentti oli 52. Mahdollisimman suureen vastausprosenttiin motivoitiin suorittamalla kysely osastotunnilla. Tutkimuksessa kerätty aineisto on hävitetty asianmukaisesti. Kyselylomake testattiin syksyllä 2012 perioperatiivisessa hoitotyön yksikössä, toisessa sairaalassa, kahdella anestesiahoitajalla.

9.3 Tutkimukseen liittyvät omat oppimiskokemukset

Työtä tehdessä tuntui välillä raskaalta ottaa yksin kaikki vastuu työn tekemisestä. Koen kuitenkin, että itsenäisesti tehtynä, työ tuli nopeammin valmiiksi, koska sitä pystyi työstämään omien aikataulujen mukaisesti. Prosessina opinnäytetyö on opettanut järjestelmällisyyttä ja teoreettisen tiedon kokoamista kokonaisuudeksi. Tutkimuksen eri vaiheet ovat tulleet tutuiksi työtä tehdessä ja ohjauksesta

saatavan positiivisen palautteen tärkeys korostui. Positiivista palautetta tulisi saada paljon verrattuna negatiiviseen, jotta motivaatio työn tekoon säilyisi.

Tutkimuksen edetessä, pohdin eri lähteiden yhdistämistä tietoja prosessoimalla. Suoria lähteitä perioperatiivisen hoitotyön vuorovaikutuksesta löytyi todella vähän, mutta muuten hoitotyönvuorovaikutuksesta tai siihen tavalla tai toisella hyvin liittyvää lähdemateriaalia löytyi hyvin. Oli pohdittava tarkasti, voitiinko asia liittää perioperatiiviseen hoitotyöhön. Lähdemateriaalin kerääminen sekä tarkastelu vei työssä eniten aikaa.

Tulosten analysointi oli mielenkiintoista, mutta vaativaa. Olin tyytyväinen saamiini vastausten määrään ja laatuun. Sain mielestäni hyviä ja monipuolisia vastauksia. Kyselylomake oli ehkä liian pitkä, sen huomasi niin sanottuna ”väsymisenä” kyselyn vastauksissa. Esimerkiksi kyselylomakkeen palautteen antoa- ja vastaanottamista koskevat kysymykset saivat vajaita 50 %:n vastausmääriä (15/35 vastaajaa). Kaikkiin kysymyksiin ei oltu välttämättä vastattu, vaan kysymyksiä oli valikoitu ja vastattu vain osaan. Vastausprosentti ei siis jokaiseen kysymykseen ollut 100 %. Se aiheutti omat haasteensa vastausten analysointiin. Kyselylomakkeessa oli palautteenantoa ja vastaanottamista käsitteleviä kysymyksiä, jotka eivät suoranaisesti liittyneet tutkimusongelmiin.

Tutkimuksen toteutus kaksikielisessä sairaalassa edellytti, että myös kyselylomakkeet olivat molemmilla kielillä. Tämä aiheutti mielestäni lisää työmäärää niiden analysoinnissa, koska kielen kääntäminen omalle äidinkielelle on haastavaa.

Opinnäytetyö aiheena opetti paljon, vahvistaen samalla aiempia käsityksiä rakentavan vuorovaikutuksen merkityksestä tiimityössä. Lähdeaineiston tutkimustulosten perusteella oli mielenkiintoista verrata tutkittua tietoa käytäntöön ja huomata useiden asioiden kohdalla niiden todenperäisyys. Omaan persoonaan osaa

jatkossa käsitellä paremmin työelämässä, kuuntelemalla muiden mielipiteitä ja puhaltamalla yhteen hiileen.

9.4 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusaiheena opinnäytetyöntekijä ehdottaa vastaavanlaista tutkimusta Leiko-yksikölle ja päiväkirurgisille osastoille sekä yhteisten täydennyskoulutusten järjestämistä.

Rakentava vuorovaikutus vaikuttaa työn kuormittavuustekijöihin sekä työhyvinvointiin. Mielestäni näitäkin asioita olisi hyvä tutkia jatkossa.

LÄHTEET

Arjatsalo C. 2010. Perioperatiivisten hoitajien yhteinen ja yhdistävä eetos. *Pinsetti* 3(22), 22-23.

Eloranta S.& Kuusela M. 2011. Moniammatillinen yhteistyö – katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. *Tutkiva hoitotyö* 9(3), 4-13.

Euroopan elin- ja työolojen kehittämissäätiö 2006. Neljäs Euroopan työolotutkimus. Viitattu 15.10.2012.
<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/78/fi/1/ef0678fi.pdf>

Heiskanen A. ROI Talent Management Oy & Tehy Ry. Häiriökäyttäytymisen inhimillinen ja taloudellinen vaikutus. *Kyselytutkimusraportti*. 2012, 13.

Helovuori A. 2012. Potilasturvallisuus edellyttää avointa viestintää. *Sairaanhoitaja* 85(2), 25-26.

Hirsjärvi S., Remes P.& Sajavaara P. 2010. *Tutki ja kirjoita*. 15-16.painos. Hämeenlinna. Kariston kirjapaino Oy.

Hirsjärvi S., Remes P.& Sajavaara P. 2005. *Tutki ja kirjoita*. 11.painos. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Hopia H., Heinonen H. & Liimatainen L. 2012. *Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt – Hoitotyön vuosikirja 2012*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Fioca Oy, Helsinki.

Huuskonen V. 2011. Työhyvinvointi ja yhteiset pelisäännöt. *Spirium* 46(2), 40.

Janhonen S.& Nikkonen M. 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. 2. uudistettu painos. Juva. WS Bookwell Oy.

Kankkunen P.,& Vehviläinen- Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.painos. WSOYpro Oy.

Kanste O. 2011. Johtajuuden yhteys hoitohenkilöstön työasenteisiin ja työhyvinvointiin. Tutkiva hoitotyö 9(2), 30-36.a)

Kanste O. 2008. Johtajuuden yhteys henkilöstön työhön sitoutumiseen ja haluun pysyä työssä. Tutkiva hoitotyö 6(3), 18-24.b)

Kanste O.2006. Työuupumuksen työyhteisölliset riskitekijät hoitotyössä: Katsaus kansainvälisiin empiirisiin tutkimuksiin. Tutkiva hoitotyö 4(1), 10-15.c)

Kupias P., Peltola R. & Saloranta P. 2012. Onnistu palautteessa. Tehy 7/2012, 35-37.

Laiho M. 2004. Tiimityö edistää yhteistoiminnallisuutta leikkaushoitotyössä. Sairaanhoitaja 77(8), 35-37.

Lehtinen E. & Puustinen A. 2010. Leikkaustiimi puhaltaa yhteen hiileen. Pinsetti. 4(22), 8.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. painos 2009. WSOY oppimateriaalit Oy.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö, 3.painos. Helsinki. WSOY.

Niemi-Murola L. 2005. Ryhmästä tiimiksi – vuorovaikutusta leikkaussalissa. Lääkärilehti nro3, 305-308.

Nurmeksela A., Koivunen M., Asikainen P.& Hupli M. 2011. Kehityskeskustelut hoitotyön johtamisen tukena. Tutkiva hoitotyö 9(4), 23-31.

Paterson, J. 2012. Clinical human factors: the need to speak up to improve patient safety. Nursing Standard 26(35), p 35–40.

Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1. painos. WSOY. Porvoo.

Perioperative patient focused model. Recommended Standards, Recommended Practices, and Guidelines. AORN, Inc, pp. 15-18, 2002.

Rauramo P. 2009. Työhyvinvoinnin portaat. 1.p Edita Prima Oy. Helsinki. 39, 122-125, 134.

Silén-Lipponen M. 2008. Virheet leikkaustiimityössä – suomalaisten, amerikkalaisten ja englantilaisten hoitajien kokemuksia. Hoitotiede 20(3), 138-150.

Surakka T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla. 1. p. SanomaPro. Tammi.

Tengvall E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys, kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Hoitotieteenlaitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä- Suomen yliopisto. Väitöskirja.

Tuovinen R., Kvist T. & Partanen P. 2010. Työpaikkakiusaaminen erikoissairaanhoidossa. Tutkiva hoitotyö 8(4), 4-11.

Utriainen K. 2006. Hoitajien hyvinvointi: Positiivisen hyvinvoinnin lähestymistapa. Tutkiva hoitotyö 4(3), 4-9.

Vilkkä H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.

Väisänen O. 2011. Tiimityöskentely operatiivisessa toiminnassa. Spirium 46(3), 20-21.

White N. 2012. Understanding the role of non-technical skills in patient safety. Nursing Standard 26(26), 43–48.

LIITE 1

SAATEKIRJE

Hyvä vastaaja,

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla hoitotyöntekijöiden vuorovaikutusta ja vuorovaikutustaitoja perioperatiivisessa hoitoympäristössä. Tutkimuksen avulla pyritään tuomaan esiin vuorovaikutuksen toteutuminen käytännössä. Jokaisella on mahdollisuus tuoda omin sanoin mielipiteensä esille. Tutkimus auttaa tiedostamaan vuorovaikutuksen merkityksen. Hoitotyön vuorovaikutuksen ontumisella on vaikutuksia yhteistyön onnistumiseen, potilasturvallisuuteen ja eriarvoisuuteen työntekijöiden kesken. Negatiivisia jälkiseurauksia voi olla auttamatta jättäminen, tiedon panttaus ja työpaikkakiusaaminen. Vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisina.

Vastauksenne antaa arvokasta tietoa rakentavan vuorovaikutuksen keinoista perioperatiivisessa hoitotyössä. Jokaisen mielipide on tärkeä!

Yhteistyöstä kiittäen,

Eveliina Mäki, Sh AMK- opiskelija

Vaasan ammattikorkeakoulu, 65100 Vaasa

Sähköposti: e0900372@puv.fi

LIITE 2

KYSELY

TAUSTATIEDOT

1. Sukupuoli

a) Nainen

b) Mies

2. Työtehtävä

a) Instrumentti/valvovasairaanhoitaja

b) Anestesiahoitaja

c) Jokin muu

3. Työkokemuksesi vuosina leikkausosastolla _____

4. Mitkä ovat mielestäsi toimivan vuorovaikutuksen edellytykset?

5. Mitkä asiat heikentävät vuorovaikutusta?

6. Miten vuorovaikutus mielestäsi toimii osastollanne?

7. Jos vuorovaikutus toteutuu tai mielestäsi ei toteudu, miten se näkyy käytännön-työssä?

8. Miten epäasiallista vuorovaikutusta voisi mielestäsi ennaltaehkäistä?

9. Mitkä ovat mielestäsi tyypillisimmät syyt epäasialliseen vuorovaikutukseen?

10. Annatko koskaan rakentavaa palautetta kollegoillesi?

11. Jos annat rakentavaa palautetta, millaisissa tilanteissa ja minkäläistä se on?

12. Miten antamaasi palautteeseen on reagoitu?

13. Miten osastollasi suhtaudutaan palautteen antamiseen ja sen saamiseen?

14. Onko osastollasi järjestetty koulutusta vuorovaikutustaitoihin? Jos on, millaista.

Kiitos paljon vastauksestasi!

BILAGA 1

FÖLJEBREV

Bästa studiedeltagare,

Syftet med den här undersökningen är att beskriva vårdpersonalens interaktion och kommunikationsförmåga i den perioperativa vårdmiljön. Syftet med studien är att framföra hur interaktion och kommunikation sker i verkligheten. Alla har en möjlighet att berätta sin åsikt och uttrycka sig med egna ord. Studien hjälper personalen med att bli medveten om vilken betydelse interaktion och kommunikation har. Om interaktion bland vårdpersonalen inte fungerar, påverkar det hur väl man lyckas med samarbetet, patientsäkerheten och jämställdheten bland medarbetare. Exempel på negativa följder kan vara mobbning på arbetsplatsen, att man inte hjälper varandra eller patienten och att man håller information till sig själv. Svaren behandlas anonymt och absolut konfidentiellt.

Dina svar kommer att ge värdefull information om konstruktiv interaktion inom perioperativ vård. Varje åsikt är viktig!

Tack för samarbete,

Eveliina Mäki, sjuksköterskestuderande

Vasa yrkeshögskola, 65100 Vasa

Email: e0900372@puv.fi

BILAGA 2

FRÅGEFORMULÄR

BAKGRUNDSINFORMATION

1. Kön

a) Kvinna

b) Man

2. Arbetsuppgift

a) Instrument/ övervakande sjuksköterska

b) Anestesisjuksköterska

c) Någon annan

3. Yrkeserfarenhet på operationsavdelningen (hur många år/
månader) _____

4. Vilka förutsättningar krävs för en fungerande interaktion?

5. Vilka saker försvagar kommunikationen och interaktionen bland personalen?

6. Hur tycker du att interaktionen fungerar på din avdelning?

7. Om interaktionen inte fungerar, hur syns det i praktiken?

8. Hur skulle man kunna förebygga osaklig och olämplig interaktion?

9. Vad tror du är de vanligaste orsakerna för osaklig och olämplig interaktion?

10. Ge du själv konstruktiv feedback till dina kollegor?

11. Om du ger konstruktiv feedback, i vilka situationer har det hänt och hurdan feedback har du givit?

12. Hur har man reagerat på din feedback?

13. Hur förhåller man sig på din avdelning i allmänhet på att ge och få feedback?

14. Har du fått utbildning i att utveckla din kommunikationskompetens och kommunikationsförmåga? Om du har, hurdan?

Tack så mycket för dina svar!