

**EETTINEN KUORMITTUNEISUUS JA EETTISTEN
DILEMMOJEN SISÄLLÖT KUNTA-ALAN
HOITOHENKILÖSTÖLLÄ**

**Maarit Grönroos
Anna Hirvonen
Pro gradu -tutkielma
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Toukokuu 2012**

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

GRÖNROOS, MAARIT & HIRVONEN, ANNA: Eettinen kuormittuneisuus ja eettisten dilemmojen sisällöt kunta-alan hoitohenkilöstöllä

Pro gradu -tutkielma, 41 s.

Ohjaaja: Taru Feldt

Psykologia

Toukokuu 2012

Tutkimuksessa tarkasteltiin kunta-alan hoitohenkilöstön eettistä kuormittuneisuutta ja eettisten dilemmojen sisältöjä kahden eri dilemmatyyppin suhteen. Eettistä kuormittuneisuutta kuvattiin eettisten dilemmojen useudella ja niistä johtuvalla stressillä. Dilemmatyypeistä ensimmäinen kuvasi tilanteita, joissa hoitaja ei tiennyt oikeaa toimintatapaa (A-tyyppin dilemma) ja toinen tilanteita, joissa hoitaja joutui toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojensa vastaisesti (B-tyyppin dilemma). Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, joka kohdistui kaupunkiorganisaation sosiaali- ja terveyspalveluihin. Tutkitut (n = 622) olivat terveyspalveluissa työskenteleviä perushoitajia (17 %), lähihoitajia (53 %) ja sairaanhoitajia (30 %). Vastanneista suurin osa oli naisia (96 %) ja vakituudessa työsuhteessa (78 %). Vastaajista nuorimmat olivat alle 25-vuotiaita ja vanhimmat yli 60-vuotiaita.

Tulokset osoittivat, että hoitajista 53 % koki A-tyyppin eettisiä dilemmoja ja 29 % B-tyyppin eettisiä dilemmoja vähintään muutaman kerran viikossa. Hoitajista 31 % koki A-tyyppin eettisistä dilemmoista ja 40 % B-tyyppin eettisistä dilemmoista stressiä vähintään melko paljon. Hoitajat siis kokivat A-tyyppin eettisiä dilemmoja huomattavasti B-tyyppin eettisiä dilemmoja useammin. He kuitenkin kokivat B-tyyppin eettisistä dilemmoista stressiä enemmän kuin A-tyyppin eettisistä dilemmoista. Tyypillisin sekä A- että B-tyyppin eettisten dilemmojen sisältö oli kiire ja resurssipula. A-tyyppin eettisten dilemmojen sisällöistä toiseksi tyypillisin oli hoitolinjojen ja -menetelmien sekä hoitopaikkojen valinta; kolmanneksi tyypillisin oli ristiriidat työyhteisössä tai yhteistyötahojen kanssa. B-tyyppin eettisten dilemmojen sisällöistä toiseksi tyypillisin oli arvoristiriidat eri tahojen välillä ja kolmanneksi tyypillisin oli itsemääräämisoikeus ja potilaan fyysinen rajoittaminen.

Johtopäätöksenä suosittelemme huomioimaan hoitajien kokemat eettiset dilemmat hoitoalan työyhteisöjen kehittämisessä, sillä eettiset dilemmat aiheuttavat stressiä, jonka voidaan ajatella heikentävän hoitajien työhyvinvointia. Tulostemme perusteella suosittelemme erityisesti kiinnittämään huomiota kunta-alan hoitohenkilöstön resurssien riittävyteen ja kiireen vähentämiseen.

Avainsanat: eettinen kuormittuneisuus, eettiset dilemmat, stressi, etiikka, hoitohenkilöstö, eettinen päätöksenteko

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	1
1.1 Eettisyys hoitotyössä	2
1.2 Eettiset dilemmat ja eettinen päätöksenteko	2
1.3 Eettinen kuormittuneisuus	5
1.4 Tutkimuksen tavoite	7
2. MENETELMÄT	8
2.1 Tutkittavat	8
2.2 Menetelmät ja muuttujat	9
2.3 Aineiston analysointi	10
3. TULOKSET	12
3.1 Eettisen kuormittuneisuuden kokeminen	12
3.1.1 Eettisen kuormittuneisuuden määrä	12
3.1.2 Eettisen kuormittuneisuuden yhteydet taustatekijöihin	14
3.2 Eettisten dilemmojen sisällöt	22
3.2.1 Eettisten dilemmojen sisältöluokat	22
3.2.2 Eettisten dilemmojen sisältöluokkien yhteydet taustatekijöihin	30
4. POHDINTA	30
4.1 Kunta-alan hoitajat eettisesti kuormittuneita	30
4.2 Kunta-alan hoitajien tyypillisimmät dilemmat koskivat useimmiten kiirettä ja resurssipulaa	33
4.3 Tutkimuksen arviointi ja jatkotutkimustarpeet	35
4.4 Johtopäätökset ja suositukset	36
LÄHTEET	37

1. JOHDANTO

Työhyvinvoinnin tarkastelu eettisten kysymysten näkökulmasta on noussut ajankohtaiseksi aiheeksi. Työelämän alati kovenevat taloudelliset tehokkuusvaatimukset vaikuttavat lähtökohtaisesti ristiriitaisilta tiettyjen alojen, kuten hoitoalan, ammattietiikan kanssa. Suomen jatkuvasti kasvavat terveydenhuoltomenot (THL, 2011b) ja taloudellisen tilanteen heikentyminen ovat johtaneet säästöpaineesiin terveydenhuollossa (Valtioneuvoston kanslia, 2010; Valtioneuvoston kanslia, 2011). Terveydenhuolto on käynyt läpi suuria muutoksia mm. valtionosuusuudistuksen myötä, mikä on johtanut potilaiden eriarvoistumiseen (ETENE, 2001; Suomen Lääkäriliitto, 1999). Muutokset ovat tuoneet mukanaan myös sen, että kaikki potilaat eivät ole saaneet niin hyvää hoitoa kuin mitä he olisivat ammattihenkilökunnan mielestä tarvinneet (ETENE, 2001). Hoitotyöntekijät joutuvat yhä useammin miettimään, miten toimia säästöpainneiden alla eettisesti oikein ja potilaan hyvinvointia edistää.

Hoitotyössä eettiset kysymykset ovat jatkuvasti läsnä (Corley, 2002; Haho, 2006; Suomen sairaanhoitajaliitto, 2011). Osa eettisistä kysymyksistä voi olla melko helpostikin ratkaistavissa, osa taas ei, jolloin ne ovat eettisiä ongelmatilanteita eli dilemmoja. Eettiset dilemmat voivat aiheuttaa psyykkistä stressiä, mitä kutsutaan eettiseksi kuormittuneisuudeksi (Huhtala, Puutio ym., 2010; Huhtala, Feldt, Lämsä, Mauno, & Kinnunen, 2011). Eettinen kuormittuneisuus on uusi käsite eikä sitä ole tietääksemme vielä tutkittu hoitotyöntekijöiden keskuudessa. Hoitajien eettisiä dilemmoja sen sijaan on tutkittu jonkin verran aiemminkin, joskin dilemموjen määritelmät sekä tutkimusmenetelmät vaihtelevat melko paljon, joten tieto hoitajien kokemien eettisten dilemموjen sisällöistä on pirstaleista. Tästä syystä tavoitteenamme on tarkastella laajalla otoksella kunta-alan hoitohenkilöstön työssään kokemaa eettistä kuormittuneisuutta eli sitä, kuinka usein he kohtaavat eettisiä dilemموja ja kuinka stressaaviksi he ne kokevat. Lisäksi tutkimme, millaisia ovat kunta-alan hoitajien työssään kokemiensa eettisten dilemموjen sisällöt.

1.1 Eettisyys hoitotyössä

Etiikka on filosofian osa-alue, joka tutkii moraalialia eli sitä, mikä on ihmisten toiminnassa ja käyttäytymisessä hyvää ja pahaa tai oikeaa ja väärää (Sajama, 1995). Moraalilla tarkoitetaan siis empiiristä ilmiötä, josta voidaan tehdä havaintoja (Pietarinen & Poutanen, 2005). Käytännössä se on yhteisöjen ja niiden jäsenten toiminnan piirre, joka näyttäytyy arkisessa toiminnassa. Usein etiikan ja moraalin käsitteitä ei eroteta toisistaan (Pietarinen & Poutanen, 2005; Sajama, 1995), vaan niillä molemmilla tarkoitetaan kysymyksiä, jotka vaativat eettistä tai moraalista pohdintaa. Tässä tutkimuksessa käytämme johdonmukaisesti kulloisenkin alkuperäisen lähteen mukaista termiä, mistä johtuen molemmat termit (eettinen ja moraalinen) ovat käytössä läpi työn.

Hoitotyöksi kutsutaan hoitotieteeseen perustuvaa ammatillista hoitamista, jota tekevät hoitotyöntekijät eli esimerkiksi eriasteiset sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, kättilöt ja lähihoitajat (Leino-Kilpi, 2010). Hoitotyön perustehtäväksi voidaan katsoa ihmisten tukeminen heidän oman terveyshyvänsä ylläpitämisessä ja saavuttamisessa. Pohjimmiltaan on siis kyse pyrkimyksestä edistää toisen ihmisen hyvää, jolloin toimintaan liittyy eettinen ulottuvuus (Haho, 2006; Leino-Kilpi, 2010). Hoitotyön etiikalla, tai hoitoetiikalla, tarkoitetaan tiedonala, joka käsittelee hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän kysymyksiä osana ammatillista hoitotyötä (Leino-Kilpi, 2010; Sarvimäki, 2002). Terveysthuollon ammattilaiset kokevat työssään eettisiä ristiriitoja silloin, kun he havaitsevat omien arvojensa olevan ristiriidassa sen kanssa, miten potilaita hoidetaan ja kohdellaan (Gaudine, LeFort, Lamb, & Thorne, 2011).

1.2 Eettiset dilemmat ja eettinen päätöksenteko

Eettinen ongelmatilanne asettaa yksilön päätöksentekotilanteen eteen. Eettisiä ongelmatilanteita, eli dilemmoja, on Nashin (1993) mukaan kahdentyyppisiä. Tyypin A dilemmoissa yksilö ei tiedä, mikä on oikein ja mikä väärin. Toisin sanoen hän ei siis tiedä oikeaa toimintatapaa. Tyypin B dilemmoissa yksilö tietää, mikä olisi oikea tapa toimia, mutta hän ei toimi niin.

Kohdatessaan eettisen dilemman yksilö joutuu tekemään päätöksen, olkoon se sitten hyvä tai huono (Garsten & Hernes, 2009). Trevino (1986) on luonut vuorovaikutusmallin eettisestä päätöksenteosta organisaatioissa. Mallin mukaan eettinen päätöksenteko on selitettävissä yksilöön ja tilan-

teeseen liittyvien osatekijöiden vuorovaikutuksella. Yksilön kognitiivisen moraalikehityksen taso ohjaa sitä, mitä yksilö ajattelee eettisestä dilemmasta ja mikä hänen mielestään on oikein tai väärin. Muita yksilöön liittyviä osatekijöitä ovat egon vahvuus, riippuvuus sosiaalisista vihjeistä ja hallintakäsitys, jotka kaikki vaikuttavat siihen, toimiiko yksilö kognitiivisten arvioidensa mukaisesti. Tilanteeseen liittyvät osatekijät voidaan jakaa kolmeen: välittömään työn kontekstiin (vahvistaminen eli palkkiot tai rangaistukset sekä muu paine), organisaatiokulttuuriin (normatiivinen rakenne, viite-ryhmän toiset jäsenet, kuuliaisuus auktoriteeteille ja vastuu seurauksista) ja työn luonteeseen liittyviin tekijöihin (roolin ottaminen ja moraalisten konfliktien ratkaiseminen).

Eettiseen päätöksentekoon vaikuttavia niin yksilöön kuin organisaationkin liittyviä tekijöitä on tutkittu melko paljon (ks. katsaus O’Fallon & Butterfield, 2005). Yksilöön liittyvien tekijöiden osalta iän vaikutuksesta eettiseen päätöksentekoon on saatu ristiriitaisia tuloksia. Sukupuolten välillä ei useimmiten ole havaittu eroja, mutta jos eroja on havaittu, ovat naiset olleet miehiä eettisempiä. Eettistä päätöksentekoa on tutkittu myös hoitajien keskuudessa. Tutkimuksissa on havaittu, että myös hoitajien eettiseen päätöksentekoon vaikuttavat niin yksilöön liittyvät kuin kontekstiinkin liittyvät seikat (ks. katsaus Goethals, Gastmans, & de Gasterlé, 2010).

Jones (1991) on tuonut esiin, että eettiseen päätöksentekoon vaikuttaa myös eettisen päätöksenteon kohteena olevan asian moraalinen intensiteetti. Hänen luomansa teorian mukaan moraalinen intensiteetti sisältää kuusi osatekijää. *Seurausten laajuus* tarkoittaa sitä, miten paljon haittaa tai hyötyä kyseessä oleva moraalinen teko aiheuttaa toisille. *Sosiaalinen konsensus* tarkoittaa sitä, miten samaa mieltä aiotun toimen hyvydestä tai pahuudesta ollaan. *Vaikutusten todennäköisyys* muodostuu siitä, miten todennäköisesti kyseessä oleva seuraus tulee tapahtumaan ja miten todennäköisesti se tulee aiheuttamaan haittaa tai hyötyä. *Ajallinen välittömyys* kuvaa, kuinka kauan kestää, että teon seuraukset ilmenevät. *Läheisyys* kuvaa sitä, miten lähellä (sosiaalisesti, kulttuurisesti, psykologisesti tai fyysisesti) moraalisen teon tekijä kokee olevansa henkilöitä, joihin hänen tekonsa vaikuttaa. *Vaikutusten keskittyminen* viittaa siihen, miten suurta ihmisjoukkoa tietyn laajuiset seuraukset koskevat.

Jotta eettistä päätöksentekoa voi tapahtua, tulee ensin pystyä tunnistamaan moraalisia näkökohtia sisältävä tilanne (Butterfield, Treviño, & Weaver, 2000; Jones, 1991; Ulrich ym., 2010). Rest (1994) puhuu moraalista sensitiivisyydestä tarkoittaen sillä tietoisuutta siitä, miten tekemme vaikuttavat toisiin ihmisiin. Moraalinen sensitiivisyys sisältää myös tietoisuuden erilaisista tavoista toimia sekä käsityksen erilaisten toimintatapojen seurauksista (Rest, 1994). Moraalista sensitiivisyyttä on määritelty myös tietoisuudeksi ristiriitatilanteen moraalista arvoista sekä henkilön itse-tietoisuudeksi omasta roolistaan ja vastuustaan kyseisessä tilanteessa (Lützen, Dahlqvist, Eriksson, & Norberg, 2006). Tässä määritelmässä moraalinen sensitiivisyys liittyy henkilökohtaiseen toimi-

juuteen (personal agency) ihmisten välisissä suhteissa. Eettisten ongelmien tunnistamista koskevaa tutkimusta ei näyttäisi tehdyn kovinkaan paljon hoitoalalla. Van der Arend ja Remmers-van den Hurk (1999) kuitenkin tulevat tutkimuksessaan johtopäätökseen, että hoitajat eivät kokeneet tilanteita usein moraalisesti ongelmallisina, ainakaan niin usein kuin oli etukäteen odotettu.

Jonesin (1991) mukaan korkean moraalisen intensiteetin asiat tunnistetaan moraalisiksi asioiksi helpommin kuin alhaisemman moraalisen intensiteetin asiat. Butterfield ym. (2000) ovat tutkimuksessaan havainneet useiden tekijöiden vaikuttavan moraaliseen tietoisuuteen. Käsillä olevaan asiaan liittyvistä tekijöistä tällaisia olivat asian muotoilu, eli se käytetäänkö asian esittämiseen moraalisia termejä, sekä jo Jonesin (ks. Jones, 1991) teoriassa mainittu seurausten laajuus. Sosiaaliseen kontekstiin liittyvistä tekijöistä vaikuttavia olivat kilpailuhenkisyys ja sosiaalinen konsensus, jota siis Jonesin (ks. Jones, 1991) teoriasta poiketen käsiteltiin sosiaaliseen kontekstiin eikä asiaan itseensä liittyvänä seikkana.

Aiempi aineistolähtöinen tutkimus hoitajien kokemien eettisten dilemموjen sisällöistä näyttää olevan vähäistä. Aiemmissa tutkimuksissa luokitukset hoitajien kokemien eettisten dilemموjen sisällöistä olivat erilaisia, joskin myös samoja luokkia löytyi: eriävät näkemykset potilaan hoidosta (Gaudine ym., 2011; Silén, Fen Tang, Wadensten, & Ahlström, 2008; Torjuul & Sorlie, 2006), potilaan toiveita ei kunnioiteta (Gaudine ym., 2011; Zuzelo, 2007), vaikeudet päättää aktiivisen hoidon lopettamisesta ja palliatiiviseen hoitoon siirtymisestä (Gaudine ym., 2011; Zuzelo, 2007), rajalliset resurssit (esim. kiire) (Gaudine ym., 2011; Häggström, Mbusa, & Wadensten, 2008; Torjuul & Sorlie, 2006; Zuzelo, 2007) sekä vaikeudet suojella potilaiden yksityisyyttä ja luottamuksellisuutta (Häggström ym., 2008; Silén ym., 2008; Torjuul & Sorlie, 2006).

Yksittäisissä erillisissä tutkimuksissa on tullut esiin myös muita eettisten dilemموjen sisältöjä. Kanadalaisille hoitajille tehdyssä tutkimuksessa: potilaiden tai omaisten käytös vaarantaa hoidon, potilaalta tai perheeltä ei ole tietoon perustuvaa suostumusta, ei tiedetä oikeaa toimintatapaa, hoitajan arvot ovat ristiriidassa potilaan arvojen kanssa, hoidon alhainen laatu johtuen hoitajan tai lääkärin pätevydestä (Gaudine ym., 2011). Yhdysvaltalaisia hoitajia koskevassa tutkimuksessa: turhautuminen alaisen rooliin, lääkärin kanssa toimiminen, huoli elämänlaatukysymysten sivuuttamisesta ja erilaisten toimenpiteiden harjoittelu potilailla (Zuzelo, 2007). Norjalaisten kirurgisten hoitajien keskuudessa: potilaisiin ja omaisiin liittyen avoimuus ja rehellisyys, luottamus sekä rajojen asettaminen, lääkäreiden keskittyminen vain diagnoosin hoitamiseen ja hoidon laatu (Torjuul & Sorlie, 2006). Tansanialaisilla hoitajille eettiseksi dilemmaksi nousi myös potilaiden eriarvoinen kohtelu (Häggström ym., 2008).

Aiemmissa tutkimuksissa eettisten dilemموjen määritelmät sekä tutkimusmenetelmät vaihtelevat jonkin verran ja tieto hoitajien kokemista eettisistä dilemmoista on täten pirstaleista. Lisäksi osa

tutkimuksista on tarkastellut vain jonkin tietyn erikoisalan hoitajia, jolloin tutkimustuloksia ei juurikaan voida yleistää koskemaan koko hoitajakuntaa. Tässä tutkimuksessa tutkimme laajalla otoksella kunta-alan hoitajien kokemuksia eettisistä dilemmoista Nashin (1993) määritelmän ja Huhtalan ym. (2011) tutkimuksen mukaisesti. Tällöin päästään järjestelmällisesti ensimmäistä kertaa tarkastelemaan sekä eettisiä tilanteita, joissa hoitajat eivät tiedä, kuinka toimia (tyypin A dilemmat) että myös tilanteita, joissa hoitajat toimivat vastoin oikeaa toimintatapaa tai omia arvojaan (tyypin B dilemmat).

1.3 Eettinen kuormittuneisuus

Eettisellä kuormittuneisuudella tarkoitetaan Huhtalan ym. (2011) määritelmän mukaisesti eettisten dilemmojen useutta sekä niistä johtuvaa stressiä. Stressi nähdään transaktionaalisena eli jatkuvana dynaamisena prosessina yksilön ja ympäristön välillä (Cooper, Dewe, & O’Driscoll, 2001; Lazarus & Folkman, 1984). Lazaruksen ja Folkmanin (1984) mukaan stressiä syntyy, kun yksilö arvioi suhteensa ympäristöön sellaiseksi, että se koettelee hänen resurssejaan tai ylittää ne sekä vaarantaa hänen hyvinvointinsa. Olennaista on siis kognitiivinen arviointi, jota on kahdenlaista. Primaariarvioinnissa yksilö arvioi tilanteen joko merkityksettömäksi, myönteiseksi tai stressaavaksi. Stressaavat tilanteet voidaan edelleen arvioida menetyksiksi, uhiksi tai mahdollisuuksiksi. Sekundaariarvioinnissa yksilö arvioi, mitä tilanteessa voisi tehdä. Yksilö voi edelleen uudelleen arvioida tilannetta, jos uutta tietoa ilmenee.

Myös yksilön ja ympäristön yhteensopivuus -teorian (person-environment fit theory) mukaan stressi syntyy yksilön ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa (Edwards, Caplan, & Harrison, 2002). Kuormitus syntyy, kun yksilön ja ympäristön välillä vallitsee epätasapaino (Cooper ym., 2001; Edwards ym., 2002). Stressiä voi aiheuttaa joko se, että työ ei tarjoa mahdollisuuksia, jotka vastaisivat yksilön motiiveja tai se, että yksilön kyvyt eivät riitä vastaamaan työn vaatimuksiin (Harrison, 1979). Arvojen käsitettä on käytetty motiivien rinnalla (ks. Edwards & Cooper, 1990) tai asemesta (ks. Edwards, 1996). Näin ollen stressi voi syntyä myös siitä, että yksilön arvot ja työn tarjoamat mahdollisuudet eivät kohtaa (Edwards, 1996; Edwards & Cooper, 1990). Yksilön ja organisaation yhteensopivuusmallissa (model of person-organization fit) on kyse juuri yksilön arvojen ja organisaation arvojen yhteensopivuudesta (Chatman, 1989). Mallin mukaan alhainen yksilön ja organisaation yhteensopivuus voi johtaa jopa siihen, että yksilö lähtee organisaatiosta. Maslach ja Lei-

ter (1997) pitävät yksilön ja työn yhteensopimattomuutta suurena riskinä työuupumukselle. Yhtenä tällaisena yhteensopimattomuuden muotona he mainitsevat arvoriititit, jotka Schaufelin, Leiterin ja Maslachin (2009) mukaan ovat yksi suurimmista työuupumuksen aiheuttajista. Thorne (2010) havaitsi tutkimuksessaan, että sairaanhoitajan ja organisaation arvojen yhdenmukaisuus oli yhteydessä vähäisempään stressiin ja suurempaan organisaatioon sitoutumiseen. Hän havaitsi myös, että eettiset konfliktit olivat yhteydessä stressiin, vähäisempään organisaation sitoutumiseen, työpaikan vaihtoikeisiin ja poissaoloihin. Voitanen siis olettaa, että korkea eettinen kuormittuneisuus on yhteydessä alhaisempaan työhyvinvointiin.

Eettinen kuormittuneisuus on uusi käsite eikä sitä ole tietääksemme vielä tutkittu terveydenhuoltohenkilöstön keskuudessa. Suomessa eettistä kuormittuneisuutta on tutkittu johtajilla (ks. Huhtala, Puutio ym., 2010; ks. Huhtala, Lämsä, & Feldt, 2010; ks. Huhtala ym., 2011). Johtajista yli puolet koki eettisesti haastavia tilanteita muutaman kerran vuodessa ja vain noin 20 prosenttia vähintään muutaman kerran kuukaudessa (Huhtala, Lämsä, & Feldt, 2010). Yli puolet johtajista koki näistä tilanteista stressiä melko vähän, viidesosa koki stressiä vähintään melko paljon.

Eettisen kuormittuneisuuden lähikäsitteenä voidaan pitää moraalisen ahdistuksen (moral distress) käsitettä, jota on tutkittu terveydenhuollossa (ks. katsaus Corley, 2002; ks. katsaus Hanna, 2004). Jameton (1984) on määritellyt moraalista ahdistusta esiintyvän, kun yksilö tietää, mikä on oikea toimintatapa, mutta institutionaaliset esteet tekevät lähes mahdottomaksi toimia oikein. Moraalista ahdistusta on tutkittu pitkälti juuri Jametonin määritelmän mukaan (Hanna, 2004). Redman ja Fry (2000) analysoivat viisi hoitajien eettisiä konflikteja tarkastellutta tutkimusta ja havaitsivat, että 33 % tutkituista hoitajista koki moraalista ahdistusta.

Corley (2002) on aiempien tutkimustulosten perusteella hahmotellut mallin moraalisen ahdistuksen seurauksista potilaalle, hoitajalle itselleen ja koko organisaatiolle. Moraalista ahdistusta kokeva hoitaja voi vältellä potilaita ja olla haluton ajamaan heidän asioitaan, mikä voi lisätä potilaan pahoinvointia ja kärsimystä. Moraalinen ahdistus voi johtaa hoitajan työuupumukseen, irtisanoutumiseen tai koko ammatin jättämiseen. Organisaatioon kohdistuvia seurauksia ovat hoitajien suuri vaihtuvuus ja tätä myötä mahdolliset rekrytointiongelmat, hoidon laadun heikkeneminen ja alentunut potilastyytyväisyys, jotka vaikuttavat myös organisaation maineeseen. Hoitajien kokemalla eettisiin ristiriitatilanteisiin liittyvällä stressillä on selkeästi monia epäsuotuisia vaikutuksia, minkä takia se on tärkeä tutkimuksen kohde.

1.4 Tutkimuksen tavoite

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella kunta-alan hoitohenkilöstön työssään kokemaa eettistä kuormittuneisuutta (eettisten dilemموjen yleisyys ja niistä johtuva stressi) sekä heidän työssään kokemiensa tyypillisempien eettisten dilemموjen sisältöjä. O’Fallonin ja Butterfieldin (2005) katsauksen mukaan eettistä päätöksentekoa tarkastelevissa tutkimuksissa on saatu ristiriitaisia tuloksia iän ja sukupuolen vaikutuksista. Moraalisen ahdistuksen yhteydestä ikään ja sukupuoleen on niin ikään saatu ristiriitaisia tuloksia (ks. Corley, Minick, Elswick, & Jacobs, 2005; Pauly, Varcoe, Storch, & Newton, 2009). Huhtala ym. (2011) havaitsivat johtajille tekemässään tutkimuksessa, että eettisen kuormittuneisuuden suhteen sukupuolten välillä ei ollut eroja dilemموjen kokemisessa, mutta sen sijaan naiset kokivat niistä enemmän stressiä kuin miehet. Käytämme myös tässä tutkimuksessa taustatekijöinä sukupuolta ja ikää. Eri ammattinimikkeillä toimivien hoitajien työnkuva voi olla toisistaan poikkeava, joten heidän eettinen kuormittuneisuutensa ja eettisten dilemموjensa sisällöt voivat olla erilaisia. Käytämme siksi taustatekijänä ammattinimikettä. Kunta-alalla työskentelevistä perus- ja lähihoitajista noin neljännes on määräaikaaisessa työsuhteessa (STTK, 2009) ja sairaanhoitajista reilu viidennes (SuPer, 2009). Haluamme tarkastella, onko työsuhdemuodolla yhteyttä työntekijän kokemaan eettiseen kuormittuneisuuteen tai eettisten dilemموjen sisältöön, joten käytämme taustatekijänä työsuhdemuotoa. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Missä määrin kunta-alan hoitohenkilöstö kokee eettistä kuormittuneisuutta (eettisten dilemموjen useus ja niistä johtuva stressi) työssään?
 - 1.1. Onko eettinen kuormittuneisuus yhteydessä taustatekijöihin (sukupuoli, ikä, ammattinimike, työsuhdemuoto)?
2. Millaisia ovat kunta-alan hoitohenkilöstön työssään kokemien tyypillisimpien eettisten dilemموjen (tyypit A ja B) sisällöt?
 - 2.1. Eroavatko tyypillisimpien eettisten dilemموjen sisällöt taustatekijöiden (sukupuoli, ikä, ammattinimike, työsuhdemuoto) suhteen?

2. MENETELMÄT

2.1 Tutkittavat

Tutkimuksessa käytetty aineisto on osa Eettinen organisaatiokulttuuri ja henkilöstön hyvinvointi -hanketta. Hankkeessa tutkimus kohdistui yhteen kaupunkiorganisaatioon, joka koostui neljästä palvelualasta: 1) hallintopalvelut, 2) tekniset palvelut ja liiketoiminta 3) sivistyspalvelut sekä 4) sosiaali- ja terveystyöpalvelut. Henkilöstön kokonaislukumäärä tutkimusajankohtana oli 8366. Koko henkilöstöstä 3 % (n = 268) työskenteli hallintopalveluissa, 21 % (n = 1766) teknisissä palveluissa ja liiketoiminnassa, 24 % (n = 1973) sivistyspalveluissa ja 52 % (n = 4359) sosiaali- ja terveystyöpalveluissa. Aineistonkeruu toteutettiin toukokuussa 2011 tutkittujen sähköpostiin lähetettynä sähköisenä kyselynä. Kyselyyn vastasi 40 % (n = 3308) koko kaupungin henkilöstöstä, sosiaali- ja terveystyöpalveluiden henkilöstöstä kyselyyn vastasi 46 % (n = 2021). Vastaukset tallentuivat nimettöminä suoraan tutkijoille.

Tässä tutkimuksessa tutkittiin hoitotyöntekijöitä, joten mukaan rajattiin vain terveydenhuollossa ammattinimikkeellä perushoitaja, lähihoitaja tai sairaanhoitaja työskennelleet vastaajat (n = 622). Tutkittavien taustatiedot ovat nähtävissä taulukossa 1. Vastaajista valtaosa oli naisia, mikä vastaa erittäin hyvin kunta-alan terveydenhuollossa työskentelevien perus-, lähi- ja sairaanhoitajien sukupuolijakaumaa (ks. THL, 2011a). Vastaajista lähes puolet oli iältään 41–60 vuotta, mikä vastaa melko hyvin kunta-alan terveydenhuollossa toimivien keskiarvoikää, joka on 45 vuotta (ks. THL, 2011a). Vastaajista vain vajaa kolmannes oli sairaanhoitajia, vaikka kunta-alan terveydenhuollossa ammattinimikkeillä perus-, lähi- ja sairaanhoitaja työskentelevistä lähes 70 % on sairaanhoitajia ja vain kolmannes perus- tai lähihoitajia (ks. THL, 2011a). Ammattiluokkien osalta otos ei siis näyttäisi edustavan kunta-alan yleistä tilannetta. Vastaajista reilu viidennes oli määräaikaissuhteessa, mikä vastaa melko hyvin kunta-alalla työskentelevien perus-, lähi- ja sairaanhoitajien tilannetta (ks. STTK, 2009; SuPer, 2009).

TAULUKKO 1. Tutkittavien taustatiedot ($n = 622$)

	%	n
Sukupuoli		
mies	4	25
nainen	96	597
	100	622
Ikäluokka		
25 vuotta tai alle	10	63
26–30 vuotta	10	62
31–35 vuotta	9	59
36–40 vuotta	11	69
41–45 vuotta	16	99
46–50 vuotta	15	93
51–55 vuotta	16	97
56–60 vuotta	10	60
yli 60 vuotta	3	20
	100	622
Ammattiluokka		
perushoitaja	17	107
lähihoitaja	53	329
sairaanhoitaja	30	186
	100	622
Työsuhdemuoto		
vakituinen	78	485
määräaikainen	21	129
tieto puuttuu	1	8
	100	622

2.2 Menetelmät ja muuttujat

Eettistä kuormittuneisuutta mitattiin kysymällä, kuinka usein tutkittavat kokivat eettisiä dilemmoja (tyypit A ja B) ja kuinka stressaaviksi he ne kokivat. Kysymykset eettisten dilemmojen useudesta muotoiltiin Nashin (1993) teorian ja Huhtalan ym. (2011) tutkimuksen pohjalta seuraaviksi: Dilemma A) ”Ihmiset joutuvat työssään toisinaan pohtimaan toimintansa, valintojensa tai päätöstensä oikeellisuutta ja hyvyyttä. Tällaiset tilanteet ovat usein eettisesti haastavia, sillä niissä ei ole aina selvää mikä on oikea tapa toimia. Kuinka usein Sinä kohtaat työssäsi tällaisia eettisesti haastavia tilanteita?”. Dilemma B) ”Toisinaan työntekijät kohtaavat tilanteita, joissa he joutuvat – syystä tai

toisesta – toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojen vastaisesti. Kuinka usein Sinä kohtaat työssäsi tällaisia tilanteita?”. Molempien kysymysten vastausvaihtoehdot olivat 1 = ”en koskaan”, 2 = ”muutaman kerran vuodessa”, 3 = ”muutaman kerran kuukaudessa”, 4 = ”muutaman kerran viikossa”, 5 = ”lähes päivittäin”. Mikäli vastaaja oli kokenut tyyppin A dilemmoja työssään, kysyttiin häneltä dilemموjen stressaavuudesta: ”Koetko tällaisten tilanteiden takia stressiä? Stressillä tarkoitetaan tilannetta, jossa ihminen tuntee itsensä jännittyneeksi, levottomaksi, hermostuneeksi tai ahdistuneeksi tai hänen on vaikea nukkua asioiden vaivatessa jatkuvasti mieltä.”. Mikäli vastaaja oli kokenut tyyppin B dilemموja työssään, kysyttiin häneltä dilemموjen stressaavuudesta: ”Koetko tällaisten tilanteiden takia stressiä?”. Vastauskaala molempiin stressikysymyksiin oli 1 = ”en lainkaan”, 2 = ”melko vähän”, 3 = ”melko paljon”, 4 = ”erittäin paljon”.

Eettisten dilemموjen sisältöjä kartoitettiin kahdella avoimella kysymyksellä. A-tyypin eettisten dilemموjen sisältöjä kysyttiin seuraavasti: ”Kuvaile alla olevaan tilaan työhösi liittyen tyypillisin tällainen tilanne, jossa koet epävarmuutta oikeiden toimintatapojen valinnassa.” B-tyypin eettisten dilemموjen sisältöjä kartoitettiin kysymyksellä: ”Kuvaile alla olevaan tilaan työhösi liittyen tyypillisin tällainen tilanne, jossa koet joutuvasi toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojen vastaisesti.”

Taustamuuttujina tutkittiin sukupuolta, ikää, ammattinimikettä (perushoitaja, lähihoitaja, sairaanhoitaja) ja työsuhdemuotoa (vakituinen, määräaikainen).

2.3 Aineiston analysointi

Aineiston tilastolliset analyysit tehtiin IBM SPSS Statistics 19 -ohjelmalla. Eettisen kuormittuneisuuden osalta eettisten dilemموjen (A- ja B-tyypit erikseen) kokemisen useutta sekä niistä koettua stressiä (A- ja B-tyypin dilemmat erikseen) kuvattiin prosentein. Tarkasteltaessa eettisen kuormittuneisuuden yhteyttä taustatekijöihin käytettiin dikotomisten muuttujien (sukupuoli ja työsuhdemuoto) kohdalla Mann-Whitneyn U-testiä ja useampiluokkaisten muuttujien (ikä ja ammattinimike) kohdalla Kruskal-Wallis testin testiä. Jos Kruskal-Wallis testillä havaittiin muuttujien välillä eroja, suoritettiin parittaiset jatkotarkastelut Mann-Whitneyn U-testillä. Tilastollisia analyysejä varten ikä uudelleenluokiteltiin isompiin luokkiin (ks. taulukko 2).

TAULUKKO 2. Tutkittavien ikä uudelleen luokiteltuna ($n = 622$)

	%	n
Ikäluokka		
25 vuotta tai alle	10	63
26–35 vuotta	20	121
36–45 vuotta	27	168
46–55 vuotta	31	190
56 vuotta tai yli	13	80
	100	622

Eettisten dilemموjen sisältöjä koskevien kysymysten vastaukset analysoitiin aineistolähtöisesti. Analyysi tehtiin molempien dilemματοtyyppien osalta erikseen. Vaikka vastaajia pyydettiin kuvaamaan tyypillisin tilanne, jossa kyseistä eettistä dilemmaa ilmenee, sisälsi osa vastauksista kuitenkin useampia tilanteita. Tällaisten vastausten osalta huomioon otettiin vain ensimmäisenä mainittu tilanne. Näin ollen jokainen vastaus on edustettuna luokittelussa vain kerran. Analyysin luotettavuuden lisäämiseksi molemmat tutkijat tutustuivat aluksi itsenäisesti eettisten dilemموjen sisältöjä koskeviin vastauksiin ja luokittelivat ne alustavasti sisältöjen samanlaisuuden ja erilaisuuden perusteella. Tämän jälkeen tutkijat vertasivat, millaisia luokkia he olivat muodostaneet ja yhdessä keskustellen muodostivat yhteisen luokittelun ja nimesivät luokat. Tässä vaiheessa tutkijat eivät yhdessä käyneet läpi yksittäisiä vastauksia. Molemmat tutkijat luokittelivat vastaukset itsenäisesti tämän yhdessä luodun luokituksen mukaan. Tämän jälkeen tutkijat vertasivat luokittelujaan ja laskivat niille rinnakkaisreliabiliteetit eli samalla tavalla luokiteltujen vastausten prosenttiosuudet. Molempien dilemموjen luokittelun rinnakkaisreliabiliteetit olivat erittäin hyviä: A-tyypin dilemموjen luokittelun rinnakkaisreliabiliteetti oli 88,4 % ja B-tyypin dilemموjen luokittelun 85,2 %. Lopuksi tutkijat kävivät läpi ne vastaukset, jotka he olivat luokitelleet keskenään eri luokkiin. Tutkijat sopivat yhdessä keskustellen siitä, mihin luokkaan kukin näistä vastauksista lopullisessa luokituksessa parhaiten sopi.

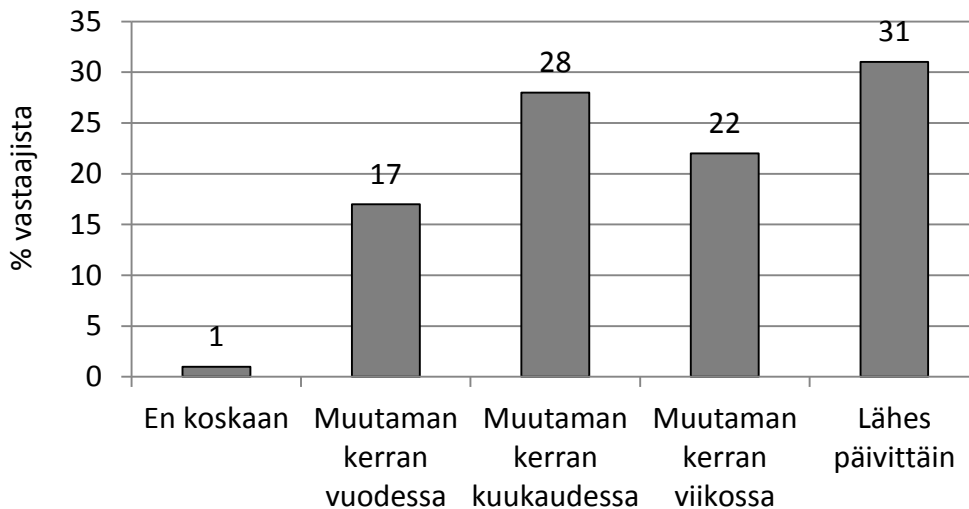
Eettisten dilemموjen sisältöluokkien yhteyksiä taustatekijöihin tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla (Monte Carlo).

3. TULOKSET

3.1 Eettisen kuormittuneisuuden kokeminen

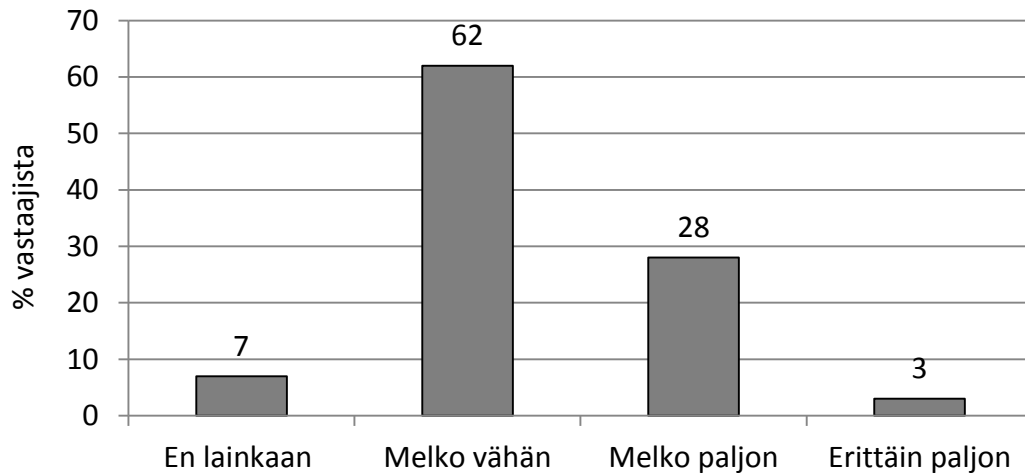
3.1.1 Eettisen kuormittuneisuuden määrä

A-tyyppin eettisten dilemموjen (tilanteet, joissa hoitaja ei tiennyt, mikä on oikea tapa toimia) useutta koskevat tulokset ovat nähtävissä kuviossa 1. Hieman yli puolet (53 %) vastaajista koki A-tyyppin eettisiä dilemموja vähintään muutaman kerran viikossa. Vain 1 % vastaajista ei kokenut kyseisiä dilemموja koskaan.



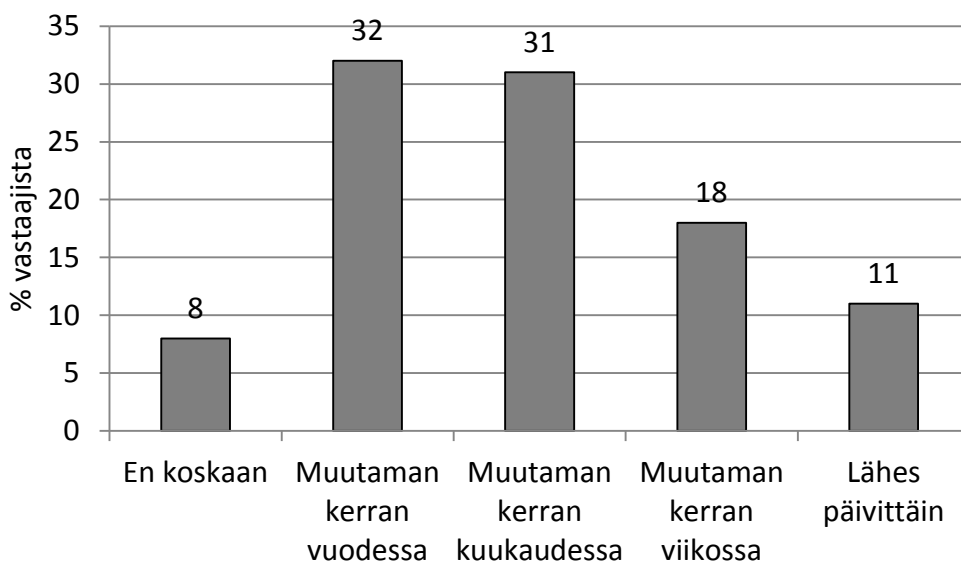
KUVIO 1. A-tyyppin eettisten dilemموjen (tilanteet, joissa hoitaja ei tiennyt, mikä on oikea tapa toimia) kokemisen useus ($n = 596$)

A-tyyppin eettisistä dilemموista koetun stressin määrä on nähtävissä kuviosta 2. Suurin osa vastaajista (62 %) koki kyseisistä dilemموista stressiä vain melko vähän. Toisaalta lähes kolmannes (31 %) vastaajista koki stressiä vähintään melko paljon.



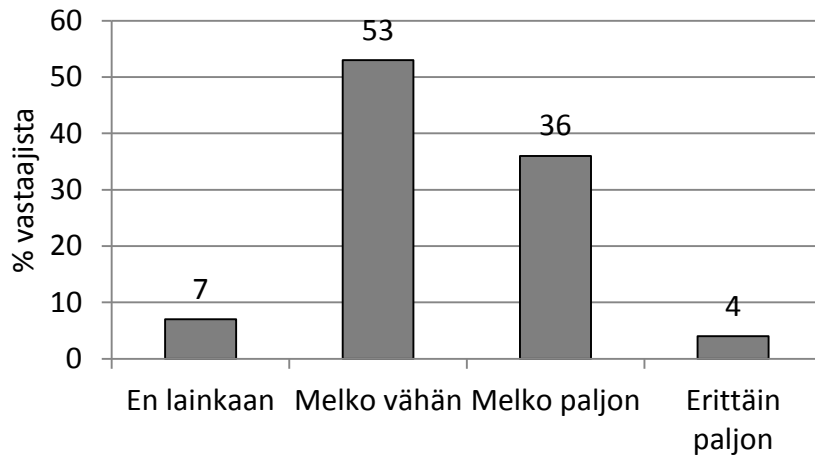
KUVIO 2. A-tyyppin eettisistä dilemmoista (tilanteet, joissa hoitaja ei tiennyt, mikä on oikea tapa toimia) koetun stressin määrä ($n = 577$)

B-tyyppin eettisten dilemموjen (tilanteet, joissa hoitaja joutui toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojen vastaisesti) useutta koskevat tulokset ovat nähtävissä kuviosta 3. Suurin osa vastaajista (63 %) koki kyseisiä dilemموja muutaman kerran vuodessa tai muutaman kerran kuukaudessa. Lähes kolmannes (29 %) vastaajista koki kyseisiä dilemموja vähintään muutaman kerran viikossa.



KUVIO 3. B-tyyppin eettisten dilemموjen (tilanteet, joissa hoitaja joutui toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojen vastaisesti) kokemisen useus ($n = 574$)

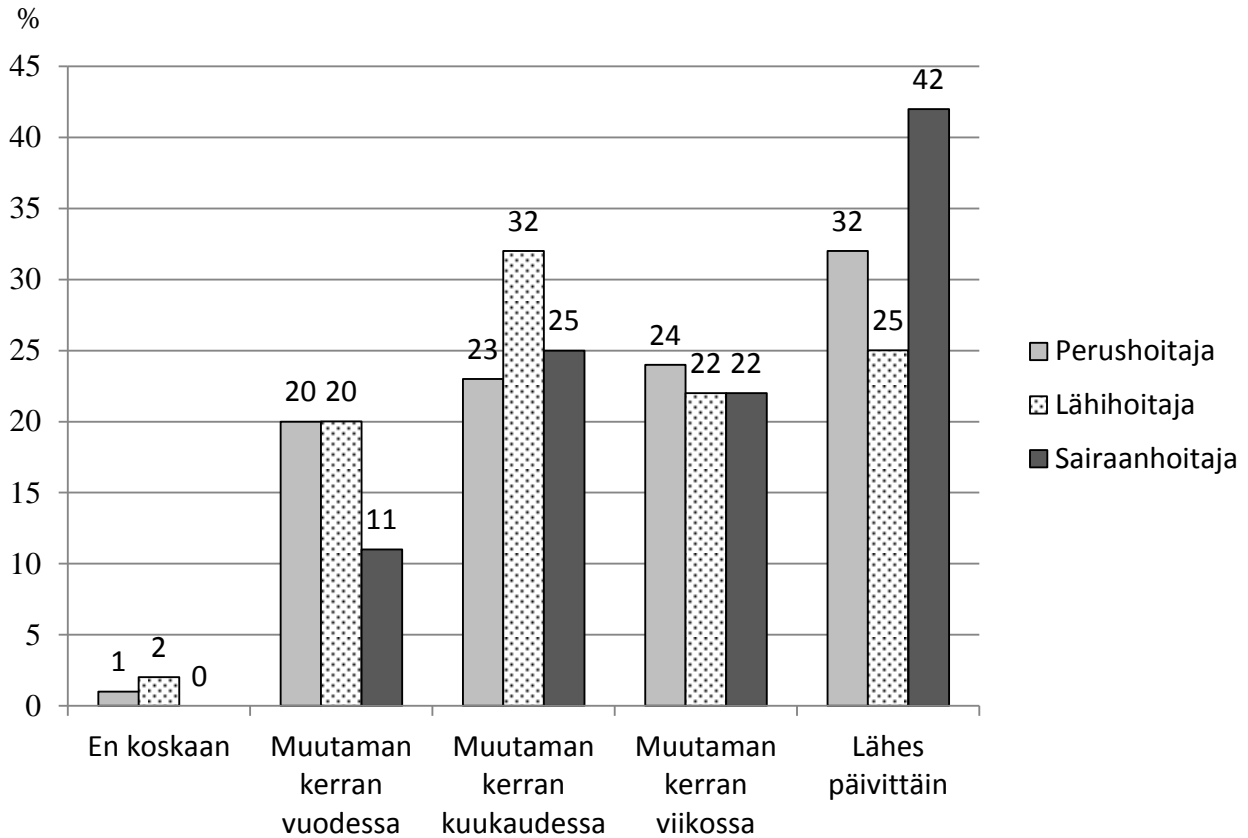
B-tyyppin eettisistä dilemmoista koetun stressin määrä on nähtävissä kuviosta 4. Suurin osa (53 %) vastaajista koki kyseisistä dilemmoista stressiä vain melko vähän. Toisaalta 40 % vastaajista koki stressiä vähintään melko paljon.



KUVIO 4. B-tyyppin eettisistä dilemmoista (tilanteet, joissa hoitaja joutui toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojen vastaisesti) koetun stressin määrä ($n = 515$)

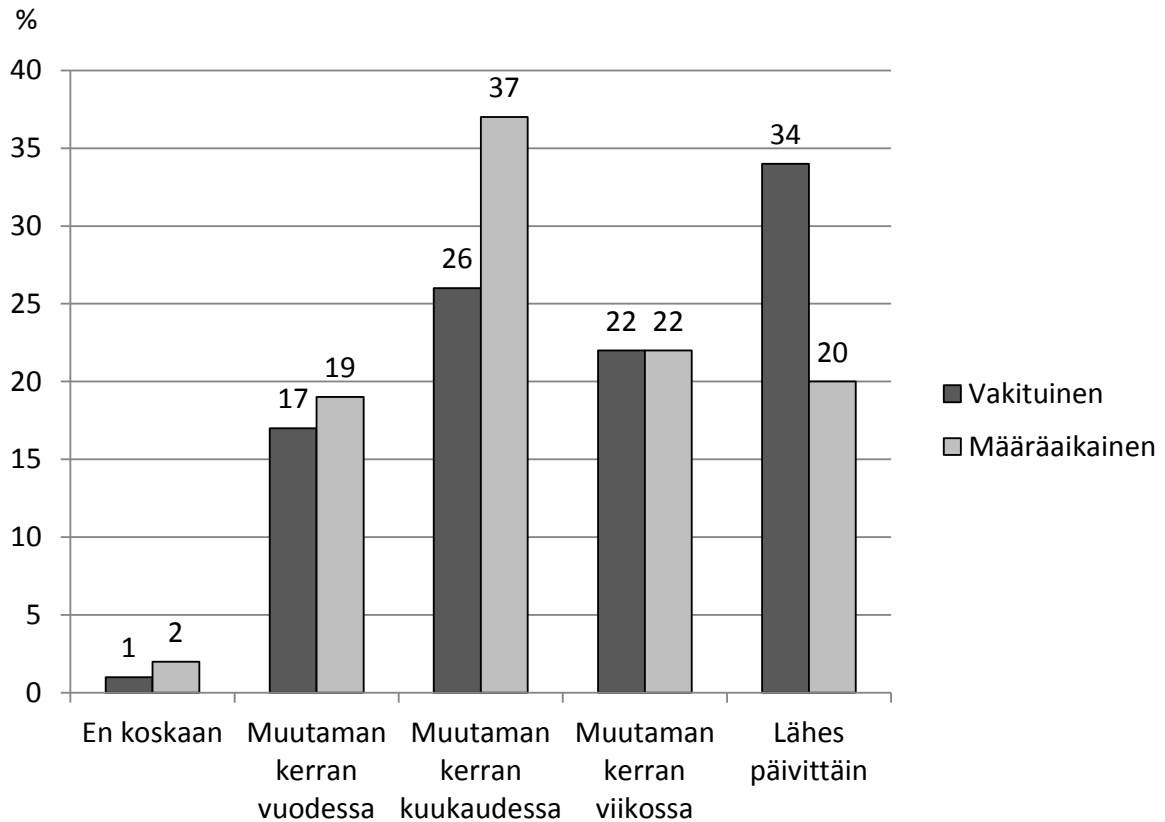
3.1.2 Eettisen kuormittuneisuuden yhteydet taustatekijöihin

A-tyyppin eettisten dilemmojen kokemisen useuden suhteen ammattinimikkeittäin oli eroja ($\chi^2(2) = 18,05$, $p < .001$, $n = 596$) (ks. kuvio 5). Lähi- ja sairaanhoitajien välillä ero oli selkeä ($U = 22\,423,00$, $p < .001$, $n = 496$). Kuvion 5 perusteella sairaanhoitajat näyttäisivät kokevan A-tyyppin eettisiä dilemmoja useammin kuin lähihoitajat. Sen sijaan perus- ja lähihoitajien välillä ei ollut eroa ($U = 14\,229,50$, n.s., $n = 411$) kuten ei myöskään perus- ja sairaanhoitajien välillä ($U = 8\,033,50$, n.s., $n = 285$).



KUVIO 5. A-tyyppin eettisten dilemموjen (tilanteet, joissa hoitaja ei tiennyt, mikä on oikea tapa toimia) kokemisen useuden jakaumat ammattinimikkeittäin ($n = 596$)

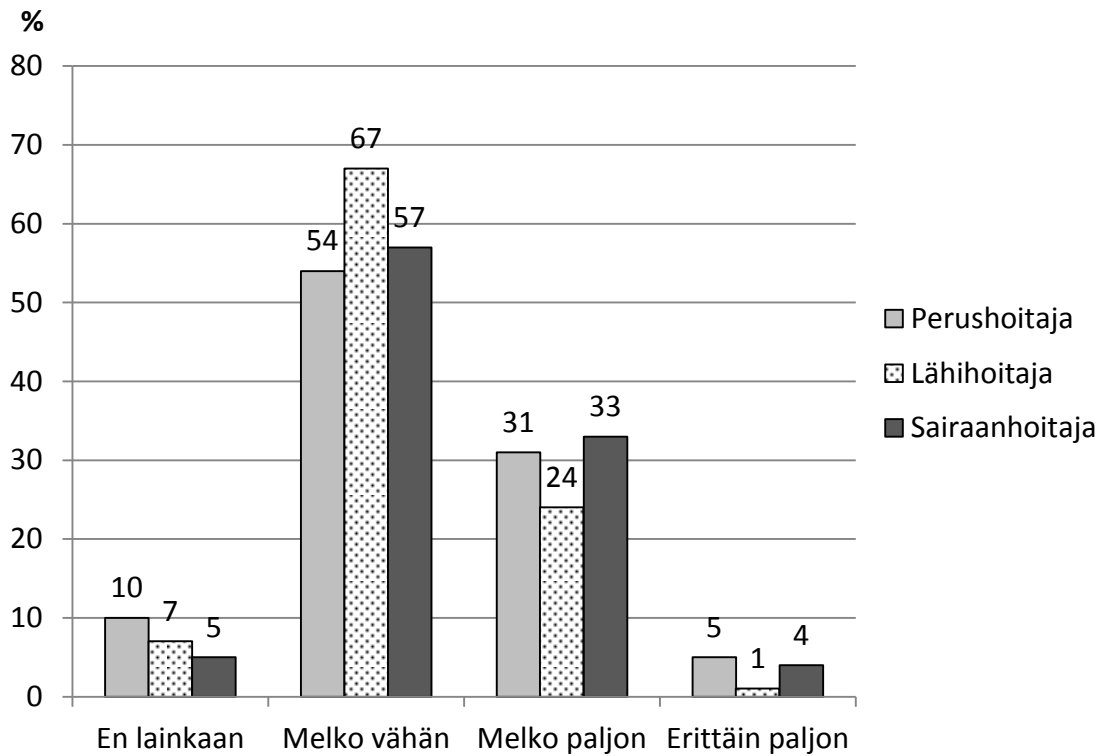
Vakituisten ja määräaikaisten työntekijöiden välillä oli eroja A-tyyppin eettisten dilemموjen kokemisen useudessa ($U = 24\,542.00$, $p < .01$, $n = 595$). Kuvion 6 perusteella vakituiset työntekijät näyttäisivät kokevan ko. dilemموja useammin kuin määräaikaiset työntekijät.



KUVIO 6. A-tyyppin eettisten dilemموjen (tilanteet, joissa hoitaja ei tiennyt, mikä on oikea tapa toimia) kokemisen useuden jakaumat työsuhdemuodoittain ($n = 595$)

A-tyyppin eettisten dilemموjen kokemisen useudessa ei ollut eroja sukupuolten välillä ($U = 5\,509.00$, n.s., $n = 596$) kuten ei myöskään eri ikäluokkien välillä ($\chi^2(4) = 4,62$, n.s., $n = 596$).

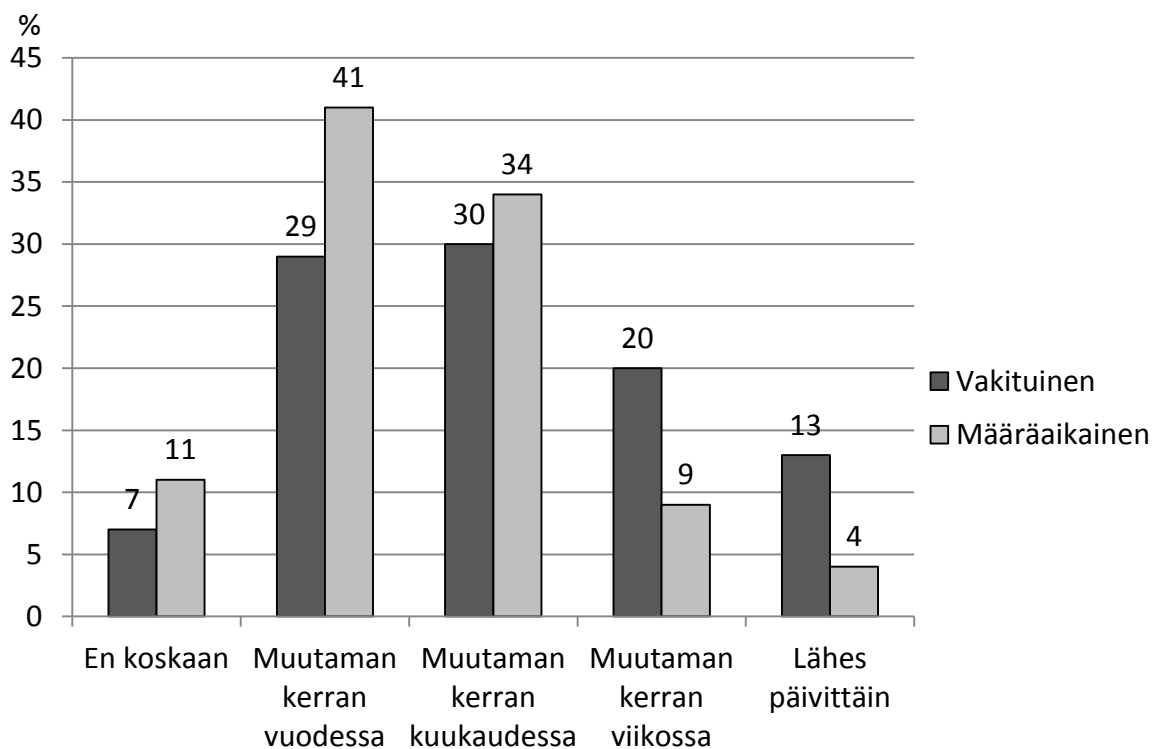
A-tyyppin eettisistä dilemموista koetun stressin suhteen oli eroja ammattinimikkeittäin ($\chi^2(2) = 9,25$, $p < .05$, $n = 577$) (ks. kuvio 7). Lähi- ja sairaanhoitajien välillä ero oli selkeä ($U = 23\,278.50$, $p < .01$, $n = 479$). Kuvion 7 perusteella näyttäisi, että lähihoitajat kokevat A-tyyppin eettisistä dilemموista stressiä sairaanhoitajia vähemmän. Perus- ja lähihoitajien välillä eroa ei ollut ($U = 13\,276.00$, n.s., $n = 394$) kuten ei myöskään perus- ja sairaanhoitajien välillä ($U = 8\,534.50$, n.s., $n = 281$).



KUVIO 7. A-tyyppin eettisistä dilemmoista koetun stressin määrän jakaumat ammattinimikkeittäin ($n = 577$)

A-tyyppin eettisistä dilemmoista koetun stressin suhteen eroja ei ollut sukupuolten välillä ($U = 5\,168.00$, n.s., $n = 577$), eri ikäluokkien välillä ($\chi^2(4) = 4.10$, n.s., $n = 577$) eikä vakituisten ja määräaikaisten työntekijöiden välillä ($U = 24\,302.00$, n.s., $n = 576$).

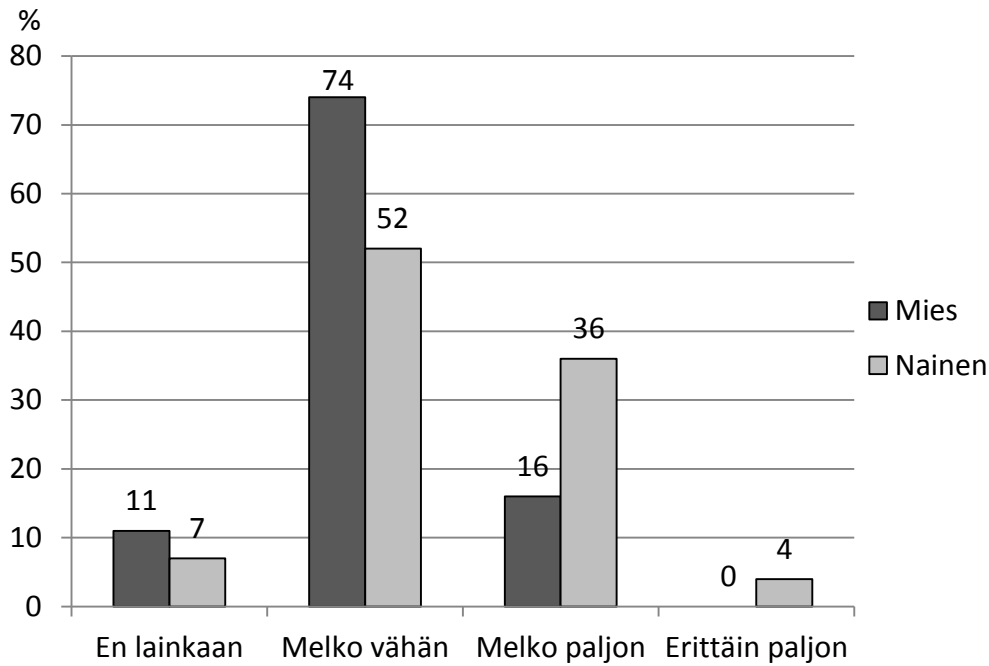
B-tyyppin eettisten dilemموjen kokemisen useuden suhteen oli eroja vakituisten ja määräaikaisten työntekijöiden välillä ($U = 20\,522.50$, $p < .001$, $n = 573$). Kuvioista 8 voidaan nähdä, että vakituiset työntekijät kokevat B-tyyppin eettisiä dilemموja useammin kuin määräaikaisten työntekijät.



KUVIO 8. B-tyypin eettisten dilemموjen kokemisen useuden jakaumat työsuhdemuodoittain ($n = 573$)

B-tyypin eettisten dilemموjen kokemisen useuden suhteen ei ollut eroja sukupuolten välillä ($U = 5\,903.50$, n.s., $n = 574$), ikäluokkien välillä ($\chi^2(4) = 2.67$, n.s., $n = 574$) eikä myöskään ammattinimikkeittäin ($\chi^2(2) = 5.24$, n.s., $n = 574$).

Sukupuolten välillä oli eroja B-tyypin eettisistä dilemموista koetun stressin suhteen ($U = 3\,500.00$, $p < .05$), $n = 515$. Kuvioista 9 nähdään, että naiset kokevat ko. stressiä enemmän kuin miehet.



KUVIO 9. B-tyyppin eettisistä dilemmoista koetun stressin määrän jakaumat sukupuolittain ($n = 515$)

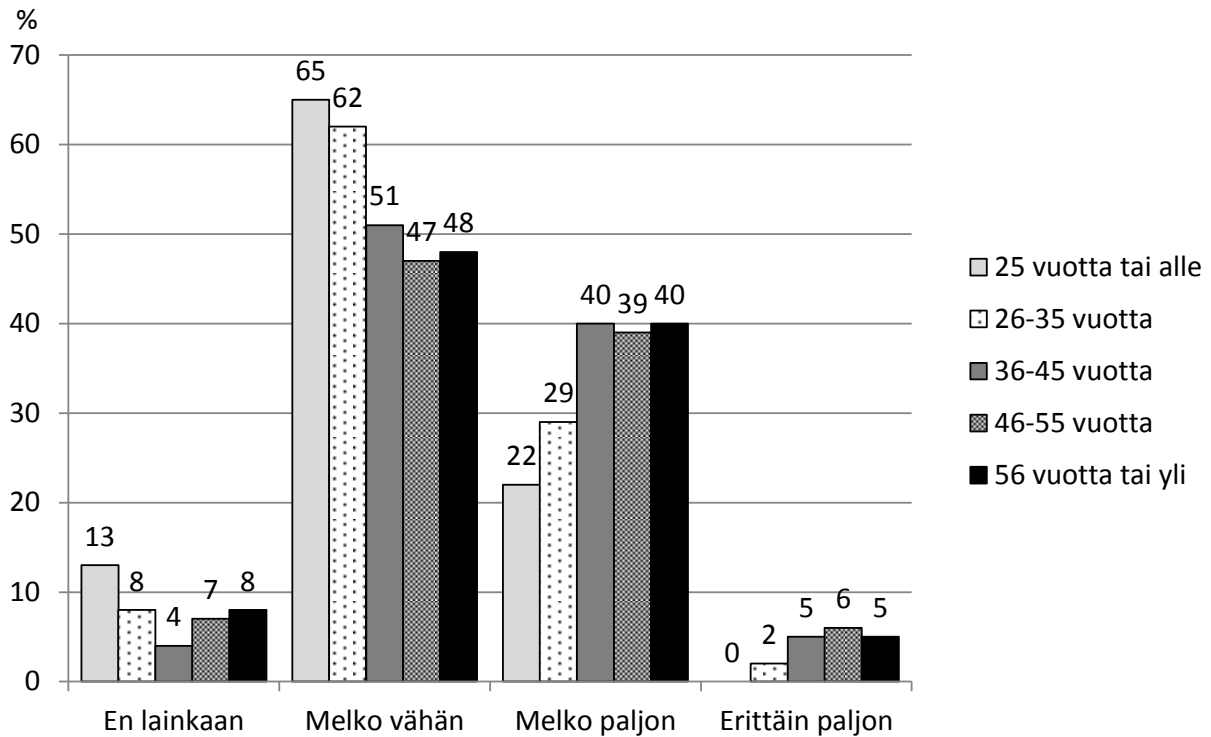
Ikäluokkien välillä oli eroja B-tyyppin eettisistä dilemmoista koetun stressin suhteen ($\chi^2(4) = 16,56$, $p < .05$), $n = 515$. Taulukosta 3 on nähtävissä, että nuorin ikäluokka eroaa kolmesta vanhimmasta ikäluokasta. Toiseksi nuorinkin ikäluokka eroaa kolmanneksi ja toiseksi vanhimmista ikäluokista, mutta ei enää vanhimmasta ikäluokasta.

TAULUKKO 3. B-tyyppin eettisistä dilemmoista koetun stressin määrän vertailu ikäluokkien välillä, U-arvot (Mann-Whitneyn U-testi, $n = 515$)

Ikäluokka	1	2	3	4
1 25 vuotta tai alle				
2 26–35 vuotta	2512.00			
3 36–45 vuotta	2805.00***	6167.00**		
4 46–55 vuotta	3050.50**	6656.00*	10506.50	
5 56 vuotta tai yli	1343.50**	2929.00	4485.50	4804.50

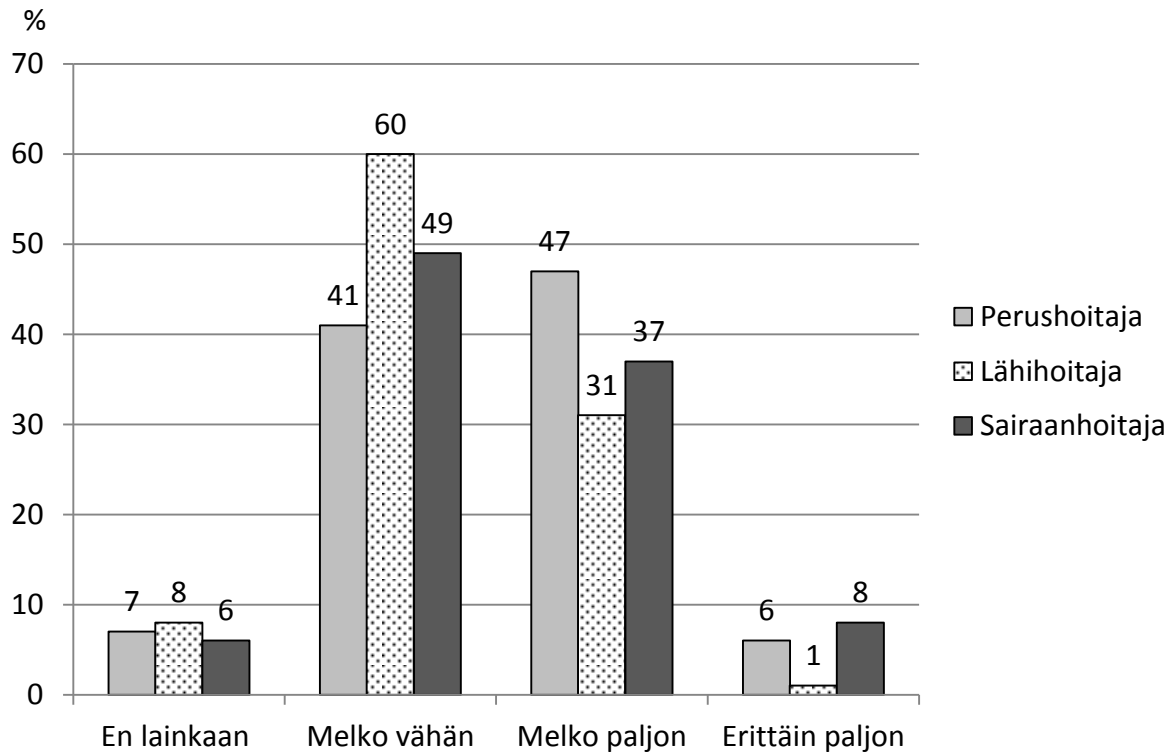
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Kuviosta 10 nähdään, että B-tyyppin eettisistä dilemmoista koetun stressin määrä näyttää nuoremmilla ikäluokilla olevan melko vähäistä kun taas vanhemmilla ikäluokilla ko. stressiä on melko paljon.



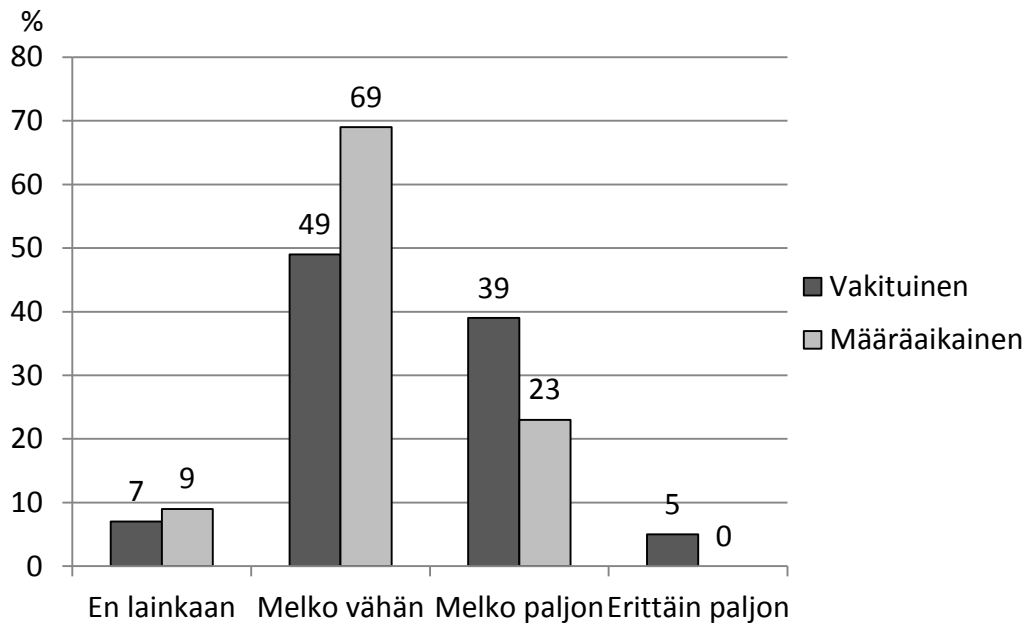
KUVIO 10. B-tyypin eettisistä dilemmoista koetun stressin määrän jakaumat ikäluokittain ($n = 515$)

B-tyypin eettisistä dilemmoista koetun stressin suhteen oli eroja ammattinimikkeittäin ($\chi^2(2) = 15,47, p < .001, n = 515$). Lähi- ja perushoitajien välillä oli eroa ($U = 8\,843.50, p < .001$), $n = 343$, kuten myös lähi- ja sairaanhoitajien välillä ($U = 18\,461.00, p < .01$), $n = 427$. Kuvioista 11 nähdään, että lähihoitajat kokevat B-tyypin eettisistä dilemmoista stressiä vähemmän kuin muut ammattiryhmät. Perus- ja sairaanhoitajien välillä eroa ei ollut ($U = 7\,204.50, p > .05$), $n = 260$.



KUVIO 11. B-tyypin eettisistä dilemmoista koetun stressin määrän jakaumat ammattinimikkeittäin ($n = 515$)

Vakituisten ja määräaikaisten työntekijöiden välillä oli eroja B-tyypin eettisistä dilemmoista koetun stressin suhteen ($U = 16\,344.00$, $p < .001$), $n = 514$. Kuviosta 12 nähdään, että vakituiset työntekijät kokevat kyseistä stressiä määräaikaista työntekijöitä enemmän.



KUVIO 12. B-tyypin eettisistä dilemmoista koetun stressin määrän jakaumat työsuhdemuodoittain ($n = 514$)

3.2 Eettisten dilemmojen sisällöt

3.2.1 Eettisten dilemmojen sisältöluokat

A-tyypin eettisten dilemmojen (hoitaja ei tiedä oikeaa toimintatapaa) sisältöluokat ovat nähtävissä taulukossa 4. Luokkia oli yhteensä 14, joista selkeästi isoin luokka oli resurssipula ja kiire. Kyseiseen luokkaan sisältyivät vastaukset, joissa kuvattiin kiirettä, pulaa ajasta, henkilökunnasta tai muista resursseista. Tähän luokkaan kuului yli neljäsosa annetuista vastauksista. Toiseksi suurin luokka oli hoitolinjien ja -menetelmien sekä hoitopaikkojen valinta. Kyseiseen luokkaan kuului reilu kymmenes annetuista vastauksista. Kolmanneksi suurin luokka oli ristiriidat työyhteisössä tai yhteistyötahojen kanssa. Tähän luokkaan kuului noin kymmenes annetuista vastauksista. Loppuihin luokkiin kuului kuhunkin selkeästi alle kymmenes annetuista vastauksista.

TAULUKKO 4. A-tyyppin eettisten dilemموjen (hoitaja ei tiedä oikeaa toimintatapaa) sisällöt.

A-tyyppin eettisten dilemmo- jen luokat	<i>n</i>	% ¹	% ²	Sisällön kuvaus	Esimerkkejä
1. Resurssipula ja kiire	93	28,4	15,0	Kiire, pula ajasta, henkilökunnasta tai muista resursseista	”vanhusten perushoitoon liian vähän aikaa ja resursseja”; ”kiire”
2. Hoitolinjojen ja -menetelmien sekä hoitopaik- kojen valinta	43	13,1	6,9	Hoitolinjojen valinta, tietyt hoitomenetelmät, oikeiden hoitopaikkojen valinta	”Hoitomenetelmät ja suunnat. Hoitoisuustaso.”; ”kuuluuko potilas perusterveydenhuollon piiriin vai keskussairaahan hoitoon sairautensa vuoksi”
3. Ristiriidat työyhteisössä tai yhteistyötahojen kanssa	33	10,1	5,3	Ristiriidat työtoverien tai esimiesten kanssa, työtoverin epäasiallinen käytös, ristiriidat yhteistyötahojen kanssa	”työparini käyttäytyy epäasiamukaisesti potilasta kohtaan”; ”esimies käytös”
4. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi, lääkäripula	23	7,1	3,7	Kuinka kiireellisesti potilaan on päästävä lääkäriin, pula lääkäreistä, ei ole antaa lääkärin vastaanottoaikaa potilaalle	”hoidon kiireellisyyden arviointi”; ”Potilas tarvitsisi lääkärille aikaa, eikä aikoja ole.”
5. Potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen	23	7,1	3,7	Itsemääräämisoikeuden toteutuminen, toimiminen vastoin potilaan tahtoa	”asiakkaan itsemääräämisoikeus”; ”Kun pitää tehdä jotain hoidettavan toiveiden vastaisesti.”

(taulukko 4 jatkuu)

(jatkoa taulukko 4)

6. Aggressiivisesti ja/tai haasteellisesti käyttäytyvät potilaat	17	5,2	2,7	Aggressiivisesti käyttäytyvät potilaat, haasteellisesti käyttäytyvät potilaat	”silloin kun kohtaa hankalan / agressiivisen asiakkaan”; ”Jos asukas käyttäytyy väkivaltaisesti hoitohenkilöä kohtaan.”
7. Kuolevan potilaan hoito ja saattohoito	14	4,3	2,3	Kuolevan potilaan hoito ja saattohoito	”Kuolevan potilaan hoito”; ”saattohoitopotilaan hoitaminen”
8. Potilaan/omaisen/hoitavan tahon eriävät näkemykset potilaan hoidosta	14	4,3	2,3	Vähintään kahdella osapuolella (potilas, omainen, hoitava taho) on selkeästi eriävät näkemykset potilaan hoidosta	”Potilaan oma tahto ei kohtaa joko hoitohenkilökunnan tai omaisten tahdon kanssa”; ”Omaisella eri toive kuin potilaalla.”
9. Lääkehoidon toteuttaminen	13	4,0	2,1	Lääkehoidon toteuttaminen, lääkemääräykset	”Kipulääkitykset”; ”lääkkeet/ lumelääkkeet”
10. Potilaan fyysinen rajoittaminen	13	4,0	2,1	Potilaan liikkumisen rajoittaminen, sitominen, lepoliivien käyttö	”Pot. liikkumisen rajoittaminen”; ”Saako potilasta sitoa sänkyyn”
11. Yhteistyö omaisten kanssa	12	3,7	1,9	Omaisten kanssa toimiminen	”Omaisten kanssa toimiminen.”; ”Haastavat omaiset ja akressiiviset potilaat/omaiset.Tukea tarvitsevat omaiset.”
12. Muistihäiriötä sairastavan potilaan hoito	11	3,4	1,8	Muistihäiriötä sairastavan potilaan hoitaminen	”muistihäiriöisen käsittely”; ”Toimiminen esim. muistihäiriöisen kanssa (pesutilanteet tms.)”

(taulukko 4 jatkuu)

(jatkoa taulukko 4)

13. Uudet toimintatavat	10	3,0	1,6	Uudet toimintamallit, uudet hoitomenetelmät, jatkuvasti vaihtuva työpiste	”uudet toimintamallit, kun tehtävä kaikki ”Kylön” malliin”; ”työpisteen jatkuva vaihtuminen”
14. Huoli asiakkaan kotona pärjäämisestä	9	2,7	1,4	Huoli siitä, miten asiakas pärjää kotonaan seuraavaan käyntiin, huoli huonokuntoisen asiakkaan kotiuttamisesta	”Huonokuntoinen asiakas jää kotiin yksin seuraavaan käyntiin asti”; ”Huonokuntoisen potilaan kotiutus”
Ei ole kohdannut	6		1,0	Rastitettu: ”En ole kohdannut työssäni eettisesti haastavia tilanteita/asioita.”	
Ei ole vastannut	288		46,3	Ei ole annettu dilemmakuvausta, vaikka rastitettu että dilemmeja on TAI ei ole vastattu ollenkaan kysymykseen onko dilemmeja	
Yhteensä	622	100	100		

¹ Prosenttiosuus laskettu huomioiden vain ne vastaukset, joissa on annettu dilemmakuvaus. $n = 328$

² Prosenttiosuus laskettu huomioiden kaikki vastaajat eli myös he joilta dilemmakuvaus puuttuu. $n = 622$

B-tyypin eettisten dilemموjen (hoitaja joutuu toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojensa vastaisesti) sisältöluokat ovat nähtävissä taulukossa 5. Luokkia oli yhteensä 10, joista selkeästi isoin luokka oli kiire ja resurssipula. Kyseiseen luokkaan sisältyivät vastaukset, joissa kuvattiin kiirettä, pulaa ajasta, henkilökunnasta tai muista resursseista. Tähän luokkaan kuului yli kolmasosa annetuista vastauksista. Toiseksi suurin luokka oli arvoriidat eri tahojen välillä. Kyseiseen luokkaan sisältyivät vastaukset, joissa kuvattiin oman etiikan ristiriitaisuutta työyhteisön toimintatapojen, esimiehen määräysten, potilaan tai omaisten näkemysten kanssa sekä sääntöjen rikkomista. Tähän luokkaan kuului reilusti yli kymmenes annetuista vastauksista. Kolmanneksi suurin luokka oli itsemääräämisoikeus ja potilaan fyysinen rajoittaminen. Tähän luokkaan kuuluneissa vastauksissa pohdittiin potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista, potilaan sitomista ja toimimista vastoin potilaan tahtoa. Tähän luokkaan kuului reilu kymmenes annetuista vastauksista. Neljänneksi suurimpaan luokkaan, käytännön hoitotilanteet, kuului vielä yli kymmenes annetuista vastauksista. Loppuihin luokkiin kuului kuhunkin selkeästi alle kymmenes annetuista vastauksista.

TAULUKKO 5. B-tyypin eettisten dilemموjen (hoitaja joutuu toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojen vastaisesti) sisällöt.

B-tyypin eettisten dilemmo- jen luokat	<i>n</i>	% ¹	% ²	Sisällön kuvaus	Esimerkkejä
1. Kiire ja resurssipula	96	37,5	15,4	Kiire, pula ajasta, henkilökunnasta tai muista resursseista	”Kiireen vuoksi ei ehdi tehdä kaikkea niin hyvin kuin haluaisi”; ”asukkaan hoitoon ei pysty antamaan riittävästi aikaa, useasti tulee keskeytyksiä, ei ole riittävästi käsipareja työhön”
2. Arvoristiriidat eri tahojen välillä	37	14,5	5,9	Oma etiikka ristiriidassa työyhteisön toimintatapojen, esimiehen määräysten, potilaan tai omaisten näkemysten kanssa, sääntöjen rikkominen	”Eettisyys ja inhimillisyys on kaukana nykyajan mm. ”kuntouttavan” työotteen kanssa.”; ”potilaan/asukkaan tai työtoverin arvot ovat ristiriidassa omien arvojen kanssa.”; ”toimitaan vastoin yhteisesti sovittuja sääntöjä/toimintatapoja”
3. Itsemääräämisoikeus ja potilaan fyysinen rajoittaminen	34	13,3	5,5	Itsemääräämisoikeuden toteutuminen, potilaan sitominen, toimiminen vastoin potilaan tahtoa	”asiakkaan itsemääräämisoikeus”; ”Esim. sitominen/taltuttaminen”; ”Jos joudun toimimaan ns. pakolla, vaikka se onkin asiakkaan parhaaksi.”
4. Käytännön hoitotilanteet	29	11,3	4,7	Käytännön hoitotilanteet, hoitomenetelmät, -linjat ja -paikat, tietyt potilasryhmät, uudet toimintamallit	”hoitotilanteissa varsinkin kun kyse on kotihoitosta.”; ”uudet toimintamallit, kaikki tehtävä kuitenkin ”kyllössä””

(taulukko 5 jatkuu)

(jatkoa taulukko 5)

5. Palvelujärjestelmän joustamattomuus	16	6,3	2,6	Palvelujärjestelmän joustamattomuus ja monimutkaisuus	”Organisaation hierarkisuus, omat ratkaisut tarvitsevat ylemmän tahon hyväksyntää.”; ”Asiakkaan palvelujen saaminen heikentynyt ja tehty monimutkaisemmaksi”
6. Lääkärin vastaanottoaikojen riittämättömyys	12	4,7	1,9	Ei ole antaa lääkärin vastaanottoaika potilaalle	”Kun joudun käännyttämään asiakkaan pois, koska lääkäriaikoja ei saatavilla.”; ”Esim. lääkärille ei saa aikaa, vaikka potilaalla olisi selvä tarve (kiiretön aika)”
7. Aggressiivisesti ja/tai haasteellisesti käyttäytyvät potilaat	9	3,5	1,4	Aggressiivisesti käyttäytyvät potilaat, haasteellisesti käyttäytyvät potilaat	”Hoitoa vastustava aggressiivinen potilas”; ”Asiakkaan vastustelu ja väkivalta tilanteet”
8. Omaisten vaatimukset	8	3,1	1,3	Omaiset vaativat potilaalle erityiskohtelua tai apua heti	”Tilanteessa jossa toisen asukkaan vuoro olisi saada hoitoa, mutta toisen asukkaan omainen vaatii että keskityn juuri nyt hänen omaiseensa.”; ”Omaiset toivovat ”jotain”, mitä en pysty tekemään”
9. Omien tehtävärajojen ylittäminen potilaan hyväksi	8	3,1	1,3	Hoitaja tekee potilaan hyväksi enemmän kuin hänen tehtäväkuvaansa kuuluisi	”annan palvelua joka ei kuulu hoito- ja palvelusuunnitelmaan”; ”Esim. Vähävaraisen vanhuksen luokse tehtävä ylimääräinen kotikäynti , jota en tilastoi tai kirjaa ,ettei tule maksua. Tai hoidan jonkun asian ,joka ei ”kuuluisi” työhöni – asiointiapua työajan jälkeen tms.”

(taulukko 5 jatkuu)

(jatkoa taulukko 5)

10. Lääkehoito	7	2,7	1,1	Lääkemääräykset, lääkkeiden käyttö, lääkekielteisyys	”lääkkeellinen rauhoittaminen”; ”lummelääkkeiden käyttö”; ”lääkekielteisyys”
Ei ole kohdannut	47		7,6	Rastitettu: ”En ole kohdannut työssäni eettisesti haastavia tilanteita/asioita.”	
Ei ole vastannut	319		51,3	Ei ole annettu dilemmakuvausta, vaikka rastitettu että dilemmoja on TAI ei ole vastattu ollenkaan kysymykseen onko dilemmoja	
Yhteensä	622	100	100		

¹ Prosenttiosuus laskettu huomioiden vain ne vastaukset, joissa on annettu dilemmakuvaus. $n = 256$

² Prosenttiosuus laskettu huomioiden kaikki vastaajat eli myös he joilta dilemmakuvaus puuttuu. $n = 622$

3.2.2 Eettisten dilemموjen sisältöluokkien yhteydet taustatekijöihin

A-tyypin eettisten dilemموjen sisältöluokilla oli yhteys ammattinimikkeisiin ($\chi^2(26) = 50.30$, $p < .01$, $n = 328$). Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi, lääkäripula -luokassa perushoitajat olivat aliedustettuina (sovitettu standardoitu jäännös -2,4) kuten myös lähihoitajat (sovitettu standardoitu jäännös -3,0), sairaanhoitajat sen sijaan olivat yliedustettuina (sovitettu standardoitu jäännös 5,1). Huoli asiakkaan kotona pärjäämisestä -luokassa lähihoitajat olivat yliedustettuina (sovitettu standardoitu jäännös 2,1). A-tyypin eettisten dilemموjen sisältöluokilla ei ollut yhteyttä ikäluokkiin ($\chi^2(52) = 60.44$, n.s., $n = 328$) eikä työsuhdemuotoon ($\chi^2(13) = 20.13$, n.s., $n = 328$). Sukupuolen yhteyttä eettisten dilemموjen sisältöluokkiin ei tutkittu, koska vain alle kymmenen miestä oli vastannut eettisten dilemموjen sisältöä koskevaan kysymykseen.

B-tyypin eettisten dilemموjen sisältöluokilla oli yhteys ammattinimikkeisiin ($\chi^2(18) = 38.04$, $p < .01$, $n = 256$). Lääkärin vastaanottoaikojen riittämättömyys -luokassa lähihoitajat olivat aliedustettuina (sovitettu standardoitu jäännös -3,0) ja sairaanhoitajat yliedustettuina (sovitettu standardoitu jäännös 4,8). B-tyypin eettisten dilemموjen sisältöluokilla ei ollut yhteyttä ikäluokkiin ($\chi^2(36) = 28.18$, n.s., $n = 256$) eikä työsuhdemuotoon ($\chi^2(9) = 12.31$, n.s., $n = 256$). Sukupuolen yhteyttä eettisten dilemموjen sisältöluokkiin ei tutkittu, koska vain alle kymmenen miestä oli vastannut eettisten dilemموjen sisältöä koskevaan kysymykseen.

4. POHDINTA

4.1 Kunta-alan hoitajat eettisesti kuormittuneita

Tulokset osoittivat, että kunta-alan hoitajat kokivat työssään eettistä kuormittuneisuutta. Hieman yli puolet hoitajista koki vähintään muutaman kerran viikossa tilanteita, joissa he eivät tieneet, mikä on oikea tapa toimia (A-tyypin dilemma). Lähes kolmannes koki kyseisistä tilanteista stressiä vähintään melko paljon. Lähes kolmannes hoitajista koki vähintään muutaman kerran viikossa tilanteita, joissa he joutuivat toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojen vastaisesti (B-tyypin dilem-

ma). 40 % hoitajista koki kyseisistä tilanteista stressiä vähintään melko paljon. Tilanteet, joissa hoitaja joutui tietoisesti toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojensa vastaisesti, näyttivät siis olevan stressaavampia kuin tilanteet, joissa hoitaja ei tiennyt oikeaa toimintatapaa.

Kunta-alan hoitajien eettinen kuormittuneisuus näyttäisi olleen hieman runsaampaa verrattuna muihin ammattiryhmiin, joiden eettistä kuormittuneisuutta on tutkittu Suomessa. A-tyypin eettisiä dilemmoja hoitajat kokivat yhtä usein kuin opettajatkin, mutta B-tyypin eettisiä dilemmoja hoitajat kokivat selkeästi useammin kuin opettajat: hoitajista 60 % koki kyseisiä dilemmoja vähintään kerran kuukaudessa kun taas opettajilla vastaava luku oli 23 % (ks. Enlund & Luokkanen, 2012). Hoitajat näyttivät kokevan eettisiä dilemmoja selkeästi useammin kuin suomalaiset johtajat: johtajista vain noin viidennes koki eettisesti haastavia tilanteita (dilemmoja) vähintään muutaman kerran kuukaudessa (ks. Huhtala, Lämsä, & Feldt, 2010), kun vastaava luku oli hoitajilla A-tyypin dilemموjen osalta 81 % ja B-tyypin dilemموjen osalta 60 %. Hoitajat kohtasivat työssään useammin tilanteita, joissa he eivät tienneet, mikä oli oikea tapa toimia (A-tyypin dilemma) kuin tilanteita, joissa he joutuivat toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojensa vastaisesti (B-tyypin dilemma). Sama tilanne on havaittu myös opettajilla (ks. Enlund & Luokkanen, 2012). Hoitajat kokivat B-tyypin dilemموista stressiä (40 % vähintään melko paljon) hieman A-tyypin dilemموja enemmän (31 % vähintään melko paljon). Hoitajien kokeman stressin määrä oli A-tyypin dilemموjen osalta samansuuntainen opettajien kokeman vastaavan stressin kanssa (ks. Enlund & Luokkanen, 2012). Sen sijaan B-tyypin dilemموista hoitajat kokivat stressiä hieman opettajia enemmän (hoitajista 40 % vähintään melko paljon, vastaava luku opettajilla 34 %) (ks. Enlund & Luokkanen, 2012). Hoitajat kokivat eettisistä dilemموista stressiä selkeästi suomalaisia johtajia enemmän: johtajista noin viidennes koki eettisesti haastavista tilanteista (dilemموista) stressiä vähintään melko paljon, kun vastaava luku oli hoitajilla A-tyypin dilemموjen osalta 31 % ja B-tyypin dilemموjen osalta 40 %.

Vakituisessa työsuhteessa olleiden hoitajien eettinen kuormittuneisuus oli määräaikaaisessa työsuhteessa olleita työntekijöitä runsaampaa. Vakituiset työntekijät kokivat määräaikaaisia työntekijöitä useammin tilanteita, joissa he eivät tienneet, mikä on oikea tapa toimia (A-tyypin dilemma) sekä tilanteita, joissa he joutuivat toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojensa vastaisesti (B-tyypin dilemma). Lisäksi vakituiset työntekijät kokivat määräaikaaisia enemmän stressiä tilanteista, joissa he joutuivat toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojensa vastaisesti (B-tyypin dilemma). Eroja vakituisen ja määräaikaisten työntekijöiden eettisessä kuormittuneisuudessa voisi selittää Jonesin (1991) moraalisen intensiteetin teoria. Teorian mukaan korkean moraalisen intensiteetin asiat tunnustetaan moraaliseksi asioiksi helpommin kuin alhaisemman moraalisen intensiteetin asiat. Moraalisen intensiteetin osatekijöistä ajallinen välittömyys viittaa siihen, kuinka kauan kestää, että

teon seuraukset ilmenevät. Vakituiset työntekijät ovat työyhteisössä pidemmän aikaa, joten he pystyvät havaitsemaan myös tekojen pitkäaikaiset tai myöhemmin ilmenevät seuraukset. Tämän voisi ajatella lisäävän heidän eettistä kuormittuneisuuttaan. Toinen moraalisen intensiteetin osatekijä, läheisyys, kuvaa sitä, miten lähellä (sosiaalisesti, kulttuurisesti, psykologisesti tai fyysisesti) moraalisen teon tekijä kokee olevansa henkilöitä, joihin hänen tekonsa vaikuttaa. Vakituiset työntekijät todennäköisesti kokevat olevansa lähempänä sekä työyhteisöään että mahdollisesti potilaitaan ja heidän omaisiaan. Tämä voi lisätä heidän eettistä kuormittuneisuuttaan. Toisaalta vakituisten työntekijöiden suurempi eettinen kuormittuneisuus voisi selittyä myös heidän moraalisen sensitiivisyytensä avulla. Vakituksilla työntekijöillä voi olla mahdollisesti vahvempi moraalinen sensitiivisyys eli tietoisuus siitä, miten heidän tekonsa vaikuttavat toisiin ihmisiin (Rest, 1994), koska he näkevät myös tekojensa pitkäaikaiset tai myöhemmin ilmenevät seuraukset. Moraalista sensitiivisyyttä voi vakituksilla työntekijöillä vahvistaa myös se, että heillä on enemmän kokemusta erilaisista tavoista toimia ja näiden erilaisten toimintatapojen seurauksista (Rest, 1994), selkeämpi tietoisuus ristiriitatilanteen moraalisisista arvoista sekä vahvempi itsetietoisuus omasta roolistaan ja vastuustaan kyseisessä tilanteessa (Lützen ym., 2006).

Sairaanhoitajat kokivat lähihoitajia enemmän A-tyyppin dilemmoja ja sekä A- että B-tyyppin dilemmoista johtuvaa stressiä. Tämän lisäksi lähihoitajat kokivat perushoitajia vähemmän B-tyyppin dilemmoista johtuvaa stressiä. Erot voisivat selittyä eri ammattinimikkeellä toimivien hoitajien erilaisilla työnkuvilla. Sairaanhoitajat kantavat usein enemmän vastuuta potilaan kokonaishoidosta, joten he saattavat tästä johtuen kokea enemmän eettistä kuormittuneisuutta. Hoitajien työnkuvien tarkastelu ei kuitenkaan kuulunut tähän tutkimukseen, joten asiasta ei voida esittää enempää päätelmiä.

Hoitajien sukupuolen ja iän merkitys eettisen kuormittuneisuuden kokemiselle jäi vähäiseksi, kuten aiempien tutkimustulosten perusteella saattoi odottaakin (ks. Corley ym., 2005; Enlund & Luokkanen, 2012; katsaus O'Fallon & Butterfield, 2005; Pauly ym., 2009). Sukupuolten välillä eroa oli vain B-tyyppin eettisistä dilemmoista koetussa stressissä, jota naiset kokivat miehiä enemmän. Myös Huhtala ym. (2011) havaitsivat johtajille tekemässään tutkimuksessa, että sukupuolten välillä ei ollut eroja eettisten dilemmojen kokemisessa, mutta naiset kokevat dilemmoista enemmän stressiä kuin miehet. Eri ikäluokkien suhteen ainoat erot löytyivät B-tyyppin eettisistä dilemmoista koetusta stressistä. Nuoremmat hoitajat näyttivät kokevan kyseistä stressiä hieman vähemmän kuin vanhemmat hoitajat.

4.2 Kunta-alan hoitajien tyypillisimmät dilemmat koskivat useimmiten kiirettä ja resurssipulaa

Hoitohenkilöstö koki kiireen ja resurssipulan tyypillisimpänä eettisenä dilemmana hoitotyössä. Sekä tilanteet, joissa hoitaja ei tiennyt oikeaa tapaa toimia (A-tyyppin dilemma), että tilanteet, joissa hoitaja joutui toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojen vastaisesti (B-tyyppin dilemma), liittyivät selkeästi useimmiten kiireeseen ja resurssipulaan. Aiemmin mainituissa tilanteissa kiire ja resurssipula nousivat esiin yli neljäsosassa annetuista vastauksista ja jälkimmäisissä tilanteissa peräti yli kolmasosassa. Samansuuntainen tulos kiireen ja resurssipulan merkityksestä eettiselle toiminnalle on havaittu myös tutkimuksessa, jossa vertailtiin eri organisaatioiden eettistä organisaatiokulttuuria. Yksi tutkituista organisaatioista oli sama kaupunkiorganisaatio kuin tässä tutkimuksessa. Eettisen organisaatiokulttuurin osa-alueista toteutettavuus, joka kuvaa sitä, millaiset mahdollisuudet työntekijällä on organisaation toiminnassa toteuttaa julkilausuttuja arvoja ja normeja (Kaptein, 2008), havaittiin kaikista heikoimmaksi tutkimuksen kohteena olleen kaupunkiorganisaation sosiaali- ja terveystalveissa (Forss, 2012). Työntekijöiden kokemukset riittämättömistä resursseista (esim. aika, budjetti, välineet, tieto tai valta toteuttaa velvollisuuksia) ovat aiemman tutkimuksen mukaan yhteydessä epäeettiseen käyttäytymiseen (Kaptein, 1998). Vaikuttaisi siltä, että kiire ja resurssipula heikentävät hoitajien mahdollisuuksia toteuttaa organisaation arvoja ja normeja.

Kiireen ja resurssipulan lisäksi eettisten dilemموjen sisältöinä oli muitakin tilanteita, ja myös niiden osalta osittain samoja teemoja ilmeni sekä A- että B-tyyppin dilemmoissa. Tällaisia molemmissa dilemmatyypeissä esiinnousseita teemoja olivat esimerkiksi aggressiivisesti ja/tai haasteellisesti käyttäytyvät potilaat, potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja potilaan fyysinen rajoittaminen sekä lääkehoitoon liittyvät asiat. A- ja B-tyyppin dilemموjen sisällöt eivät kuitenkaan olleet täysin samanlaisia. Tämä kertoo siitä, että tilanteet, joissa hoitaja ei tiennyt oikeaa toimintatapaa ja tilanteet, joissa hoitaja joutui toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojensa vastaisesti, eivät olleet täysin samanlaisia.

Saamamme tutkimustulokset eettisten dilemموjen sisällöistä ovat osittain samankaltaisia aiempien tutkimustulosten kanssa. Myös aiemmassa hoitohenkilöstöä koskevassa tutkimuksessa esiin ovat nousseet mm. rajalliset resurssit (esim. kiire) (Gaudine ym., 2011; Häggström ym., 2008; Torjuul & Sorlie, 2006; Zuzelo, 2007), eriävät näkemykset potilaan hoidosta, (Gaudine ym., 2011; Silén ym., 2008; Torjuul & Sorlie, 2006), ja se että potilaan toiveita ei kunnioiteta (Gaudine ym.,

2011; Zuzelo, 2007). Tutkimustulosten vertailu on kuitenkin haasteellista erilaisten tutkimusmenetelmien ja kysymystenasettelujen vuoksi.

Eettisten dilemmojen sisällöissä nousi esiin useita teemoja, joiden esittämiseen tyypillisesti käytetään termejä, jotka ovat jo ennalta tunnistettavissa moraaliksi. Tiedyt tyypilliset ilmaisut hoitoalalla, kuten esimerkiksi tässäkin tutkimuksessa esiin nousseet itsemääräämisoikeus ja potilaan fyysinen rajoittaminen, ovat tällaisia termejä, jotka maallikkokin helposti tunnistaa moraalista aineesta sisältäviksi. Asian muotoilu, eli se käytetäänkö asian esittämiseen moraalisia termejä, vaikuttaa moraaliseen tietoisuuteen (Butterfield ym., 2000). Näin ollen moraalisesti latautuneita termejä sisältäneet tilanteet lienevät nousseet vastaustilanteessa helpommin mieleen kuin tilanteet, joiden kuvaamiseen käytetyt termit eivät ole moraalisesti latautuneita. Tietysti on myös luonnollista, että tyypillisimpiin eettisiin dilemmoihin nimenomaan liittyy moraalisesti lataantuneempia termejä enemmän kuin harvinaisempiin eettisiin dilemmoihin.

Perus-, lähi- ja sairaanhoitajien kokemien tyypillisimpien eettisten dilemmojen sisällöt olivat hyvin samankaltaisia. Sairaanhoitajat kokivat perus- ja lähihoitajia useammin hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin sekä lääkäripulan tyypillisimmäksi tilanteeksi, jossa he eivät tienneet oikeaa toimintatapaa. Lähihoitajat kokivat perus- ja sairaanhoitajia useammin huolta asiakkaan kotona pärjäämisestä. Tilanteissa, joissa joudutaan toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojen vastaisesti, sairaanhoitajat kohtasivat muita hoitajia useammin lääkärin vastaanottoaikojen riittämättömyyttä, kun taas lähihoitajat muita hoitajia vähemmän. Kyseiset tulokset voisivat selittyä sillä, missä työpis-teissä ja työtehtävissä tietyn koulutuksen suorittaneet työntekijät työskentelevät. Usein nimenomaan sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi sekä ajanvaraus lääkärin vastaanotolle. Näin ollen olisi luontevaa, että kyseistä dilemmaa kokevat eniten juuri sairaanhoitajat ja vähemmän perus- ja lähihoitajat, joiden työnkuvaan kyseiset asiat eivät ehkä kovinkaan usein kuulu. Kotihoidossa työskentelee usein paljon juuri lähihoitajia, mikä voi selittää sen, että he kokevat enemmän huolta asiakkaan kotona pärjäämisestä.

Perus- ja lähihoitajat kokivat hieman toisistaan poikkeavia eettisiä dilemmoja, vaikka tutkinnot vastaavat toisiaan (perushoitaja vanhempi tutkinto, lähihoitaja uudempi). Tätä ilmiötä voisi mahdollisesti selittää se, että organisaatiossa voi kuitenkin olla käytäntöjä, joissa perus- ja lähihoitajat saattavat työskennellä hieman erilaisissa työtehtävissä, vaikka tutkinnot ovatkin periaatteessa toisiaan vastaavat. Työtehtävien tarkastelu ei kuitenkaan kuulunut tämän tutkimuksen kysymyksenasetteluun, joten perus- ja lähihoitajien erilaisista rooleista ei voida esittää pidemmälle meneviä johtopäätöksiä.

Vakituisen ja määräaikaisten työntekijöiden kokemien tyypillisimpien eettisten dilemmojen sisällöt olivat samankaltaisia, vaikka vakituiset työntekijät kokivatkin A- ja B-tyypin dilemmoja sekä

B-tyypin dilemmoista johtuvaa stressiä määräaikaista työntekijöitä enemmän. Vakituisten työntekijöiden suurempaa eettistä kuormittuneisuutta ei siis selitä se, että vakituiset työntekijät kokisivat erilaisia dilemmoja kuin määräaikaisten työntekijät.

4.3 Tutkimuksen arviointi ja jatkotutkimustarpeet

Tietääksemme tämä oli ensimmäinen tutkimus, joka antoi tietoa kunta-alan hoitohenkilöstön kokemasta eettisestä kuormittuneisuudesta sekä heidän kokemiensa tyypillisimpien eettisten dilemموjen sisällöistä. Tutkimuksessa käytettiin määrällisten menetelmien lisäksi myös avointen vastausten sisällön luokittelua, joten tutkittavasta ilmiöstä saatiin melko kattava kuva. Tutkittavilta kysyttiin kuitenkin vain tyypillisintä dilemmaa (A- ja B-tyypit erikseen), jolloin ei voinut syntyä kattavaa kuvaa dilemموjen kirjosta. Jatkossa kannattaisikin tutkia haastattelemalla tai avoimilla kysymyksillä kaikkia hoitajien kokemia eettisiä dilemموja eikä vain tyypillisintä dilemmaa. Haastattelemalla tai päiväkirjamenetelmällä voitaisiin saada tietoa myös siitä, kuormittavatko jonkin tyyppiset eettisesti haastavat tilanteet muita enemmän, ja toisaalta onko usein toistuvia eettisesti haastavia tilanteita, jotka kuormittavat vain kohtalaisesti.

Tutkittu otos oli suuri ja vastasi sukupuoleltaan, iältään ja työsuhdemuodoltaan hyvin Suomen kunta-alan terveydenhuollossa työskenteleviä perus-, lähi- ja sairaanhoitajia. Tutkimuksessa oli kuitenkin katoa, eikä ole mahdollista selvittää, erosivatko vastaamatta jättäneet hoitajat jotenkin tutkimukseen vastanneista hoitajista. On mahdollista, että hoitajien kokema kiire on osaltaan vaikuttanut kadon muodostumiseen. Tutkimus kohdistui suureen kunta-alan organisaatioon, jossa on terveydenhuollon osalta monipuolisia työpisteitä. Tutkimustulokset ovat melko hyvin yleistettävissä Suomen kunta-alan terveydenhuollossa kyseisillä ammattinimikkeillä työskenteleviin hoitajiin. Jatkossa kannattaisi tutkia myös muualla kuin kunta-alalla, esim. yksityisellä sektorilla, toimivien hoitajien eettistä kuormittuneisuutta ja eettisten dilemموjen sisältöjä, jotta saataisiin kattavammin tietoa koko hoitohenkilöstöstä.

4.4 Johtopäätökset ja suositukset

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että kunta-alan hoitajilla ilmeni eettistä kuormittuneisuutta, ja tyyppillisin sekä A- että B-tyyppin eettisiä dilemmoja aiheuttava tilanne oli kiire ja resurssipula. Kiire ja resurssipula nousivat tutkimuksessa niin selkeästi esille, että suosittelimme vahvasti kunta-alan hoitohenkilöstön resurssien, etenkin henkilökuntamäärän, lisäämistä. Tutkimustulostemme valossa voidaan olettaa, että resursseja lisäämällä ja kiirettä vähentämällä voidaan saada myös hoitohenkilöstön eettinen kuormittuneisuus vähenemään.

Kunta-alan hoitajien eettistä kuormittuneisuutta aiheuttivat hieman enemmän tilanteet, joissa hoitaja ei tiennyt oikeaa toimintatapaa kuin tilanteet, joissa hoitaja joutui toimimaan sääntöjen, normien tai omien arvojensa vastaisesti. Näin ollen eettistä kuormittuneisuutta voisi pyrkiä vähentämään tarjoamalla mahdollisimman hyvä eettinen toimintaohjeisto päätöksenteon tuoksi. Eettiset dilemmat ovat, tulostemmekin mukaan, moninaisia, joten kaiken kattavaa ohjeistoa tuskin on mahdollista laatia. Hoitajille olisikin hyvä järjestää esimerkiksi työnohjausta tai keskustelutilaisuuksia eettisten dilemmojen käsittelyä varten. Esimiesten olisi hyvä olla tietoisia hoitajien eettisestä kuormittuneisuudesta, jotta he voisivat ottaa kyseisen ilmiön huomioon pyrkiessään rakentamaan riittäviä tukitoimia hoitajien työssä jaksamisen edistämiseksi.

Hoitajien koulutuksessa tulisi kiinnittää huomiota eettisen arvopohjan läpikäymiseen riittävän konkreettisella tasolla, liittäen se hoitotyössä eteen tuleviin käytännön ongelmatilanteisiin, jotta syntyisi riittävän ajoissa todenmukainen kuva hoitotyön eettisesti haastavista tilanteista. Tulostemme perusteella hoitajia tulisi valmistaa huomioimaan erityisesti vastaan tuleva kiire ja resurssipula sekä siitä aiheutuva eettinen kuormittuneisuus, sillä tämän korjaamiseen ei juuri voida vaikuttaa eettisten toimintaohjeiden kautta. Erilaisilla tukikeinoilla ei välttämättä voida riittävästi vähentää hoitajien eettistä kuormittuneisuutta vaan pitkänäköisin ratkaisu olisi lisätä resursseja, jotta laadukas ja eettisesti korkeatasoinen hoitotyö saadaan turvattua tulevaisuudessa.

Kiitokset

Tämä pro gradu -tutkielma on osa Eettinen organisaatiokulttuuri ja henkilöstön hyvinvointi -hanketta, jota rahoittaa Työsuojelurahasto (hankenumero 110104). Kiitämme tutkimukseen osallistuneita hoitajia.

LÄHTEET

- Butterfield, K. D., Treviño, L. K., & Weaver, G. R. (2000). Moral awareness in business organizations: Influences of issue-related and social context factors. *Human Relations, 53*, 981–1018.
- Chatman, J. A. (1989). Improving Interactional Organizational Research: A Model of Person-Organization Fit. *Academy of Management Review, 14*, 333–349.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O’Driscoll, M. P. (2001). *Organizational stress: a review and critique of theory, research, and applications*. Thousand Oaks: Sage.
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics, 9*, 636–650.
- Corley, M. C., Minick, P., Elswick, RK., & Jacobs, M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics, 12*, 381–390.
- Edwards, J. R. (1996). An examination of competing version of the person-environment fit approach to stress. *Academy of Management Journal, 39*, 292–339.
- Edwards, J. R., Caplan, R. D., & Harrison, R. V. (2002). Person-Environment Fit Theory: Conceptual Foundations, Empirical Evidence, and Directions for Future Research. Teoksessa C. L. Cooper (toim.), *Theories of organizational stress*. (s. 28–67). New York: Oxford.
- Edwards, J. R. & Cooper, C. L. (1990). The person-environment fit approach to stress: Recurring problems and some suggested solutions. *Journal of Organizational Behavior, 11*, 293–307.
- Enlund, E. & Luokkanen, M. (2012). *Opettajien eettinen kuormittuneisuus ja eettiset dilemmat*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

ETENE. (2001). *Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet*. Helsinki: ETENE.

Forss, P. (2012). *Eettisen organisaatiokulttuurin yhteys työuupumukseen: kyselytutkimus kaupunkiorganisaatiossa, konsulttitoimistossa ja pankissa*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Garsten, C., & Hernes, T. (2009). Introduction: dilemmas of ethical organizing. Teoksessa C. Garsten & T. Hernes (toim.), *Ethical dilemmas in management*. (s. 1–10). New York: Routledge.

Gaudine, A., LeFort, S. M., Lamb, M., & Thorne, L. (2011). Clinical ethical conflicts of nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 18, 9–19.

Goethals, S., Gastmans, C., & de Gasterlé, B. D. (2010). Nurses' ethical reasoning and behaviour: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 635–650.

Haho, A. (2006). *Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaviin teoreettisiin väittämiin*. Oulu: Oulun yliopisto.

Hanna, D. R. (2004). Moral Distress: The State of the Science. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 18, 73–93.

Harrison, R. V. (1979). Person-Environment Fit and Job Stress. Teoksessa C. L. Cooper & R. Payne (toim.), *Stress at work*. (s. 175–205). Bath: Wiley.

Huhtala, M., Feldt, T., Lämsä, A.-M., Mauno, S., & Kinnunen, U. (2011). Does the Ethical Culture of Organisations Promote Managers' Occupational Well-Being? Investigating Indirect Links via Ethical Strain. *Journal of Business Ethics*, 101, 231–247.

Huhtala, M., Lämsä, A.-M., & Feldt, T. (2010). Eettiset dilemmat ja niistä johtuva kuormittuneisuus johtajien työssä. *Yritysetiikka*, 2, 6–13.

Huhtala, M., Puutio, R., Lämsä, A.-M., Mauno, S., Kinnunen, U., Hyvönen, K., & Feldt, T. (2010). Eettisesti haastavat tilanteet ja niiden kuormittavuus johtajien työssä: fokusryhmäkeskusteluiden analyysi. *Työelämän tutkimus*, 8, 13–25.

Häggström, E., Mbusa, E., & Wadensten, B. (2008). Nurses' workplace distress and ethical dilemmas in Tanzanian health care. *Nursing Ethics, 15*, 478–491.

Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Jones, T. M. (1991). Ethical decision making by individuals in organizations: an issue-contingent model. *Academy of Management Review, 16*, 366–395.

Kaptein, M. (1998). *Ethics management: Auditing and developing the ethical content of organizations*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Kaptein, M. (2008). Developing and testing a measure for the ethical culture of organizations: the corporate ethical virtues model. *Journal of Organizational Behavior, 29*, 923–947.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Leino-Kilpi, H. (2010). Hoitotyön etiikan perusta. Teoksessa H. Leino-Kilpi & M. Välimäki, *Etiikka hoitotyössä*, 5.–6. painos (s. 23–35). Helsinki: WSOYpro.

Lützen, K., Dahlqvist, V., Eriksson, S., & Norberg, A. (2006). Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics, 13*, 187–196.

Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout : how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.

Nash, L. L. (1993). *Good intentions aside: a manager's guide to resolving ethical problems*. Boston: Harvard Business School Press.

O'Fallon, M. J., & Butterfield, K. D. (2005). A Review of The Empirical Ethical Decision-Making Literature: 1996–2003. *Journal of Business Ethics, 59*, 375–413.

Pauly, B., Varcoe, C., Storch, J., & Newton, L. (2009). Registered Nurses' Perceptions of Moral Distress and Ethical Climate. *Nursing Ethics, 16*, 561–573.

Pietarinen, J. & Poutanen, S. (2005). *Etiikan teorioita*. Tampere: Gaudeamus.

Redman, B. K. & Fry, S. T. (2000). Nurses' ethical conflicts: what is really known about them? *Nursing Ethics*, 7, 360–366.

Rest, J. R. (1994). Background: Theory and Research. Teoksessa J. R. Rest & D. Narváez (toim.), *Moral development in the professions: psychology and applied ethics*, (s. 1–26). New Jersey: Erlbaum.

Sajama, S. (1995). *Arkipäivän etiikkaa hoitotyön näkökulmasta*. Tampere: Kirjayhtymä.

Sarvimäki, A. (2002). Hoitotyön etiikan filosofiset perusteet. Teoksessa H. Kalkas & A. Sarvimäki, *Hoitotyön etiikan perusteet*, 5.–7. painos (s. 11–74). Vantaa: WSOY.

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14, 204–220.

Silén, M., Fen Tang, P., Wadensten, B., & Ahlström, G. (2008). Workplace distress and ethical dilemmas in neuroscience nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40, 222–231.

STTK. (2009). *SuPer: Määräaikaiset työsuhteet vakinaistettava hoitoalalla*. [viitattu 29.10.2011]. Saatavissa: <http://www.sttk.fi/fi-FI/uutiset/uutinen/?announcementId=d5f7b367-3c73-4667-ad03-14f267fa380f&groupId=a4b48303-1dfb-49d5-bdfa-1961d8d11f4e>.

Suomen Lääkäriliitto. (1999). *Terveyspalvelujen rahoitus tienhaarassa*. Rahkeet-työryhmän muistio. [viitattu 26.10.2011]. Saatavissa: <http://www.laakariliitto.fi/uutiset/kannanotot/rahoitus.html>.

Suomen sairaanhoitajaliitto. (2011). *Sairaanhoitajan työ*. [viitattu 27.10.2011]. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_työ/.

SuPer. (2009). *Havainnot määraaikaisten hoitajien määristä kunta-alalla 2000- luvulla*. [viitattu 29.10.2011]. Saatavissa:

<http://www.superliitto.fi/datafiles/userfiles/File/julkaisut/M%C3%A4%C3%A4r%C3%A4aikaiset%20raportti%202009%202007%20tiedoin.pdf>.

THL. (2011a). *Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2010*. Helsinki: THL.

THL. (2011b). *Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2009*. Helsinki: THL.

Thorne, L. (2010). The Association Between Ethical Conflict and Adverse Outcomes. *Journal of Business Ethics*, 92, 269–276.

Torjuul, K. & Sorlie, V. (2006). Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 404–413.

Trevino, L. K. (1986). Ethical Decision Making in Organizations: A Person-Situation Interactionist Model. *Academy of Management Review*, 11, 601–617.

Ulrich C. M., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M., & Grady, C. (2010). Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 2510–2519.

Valtioneuvoston kanslia. (2010). *Valtioneuvoston tiedonanto Eduskunnalle 22.6.2010 nimitetyn pääministeri Mari Kiviniemen hallituksen ohjelmasta*. [Pdf-julkaisu]. [viitattu 28.10.2011]
Saatavissa: <http://www.vn.fi/tietoarkisto/aiemmat-hallitukset/kiviniemi/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf>

Valtioneuvoston kanslia. (2011). *Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma*. [Pdf-julkaisu]. [viitattu 28.10.2011] Saatavissa: <http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/fi.pdf>

Van der Arend, A. & Remmers-van den Hurk, C. (1999). Moral problems among Dutch nurses: a survey. *Nursing ethics*, 6, 468–482.

Zuzelo, P. R. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics*, 14, 344–359.