

**HOITOHENKILÖKUNNAN OMANTUNNON
STRESSIN YHTEYS ALANVAIHTOAIKEISIIN:
RESILIENSSI YHTEYTTÄ MUUNTAVANA TEKIJÄNÄ**

**Jyväskylän yliopisto
Kauppakorkeakoulu**

Pro gradu -tutkielma

2022

**Tekijä: Tiina Salmirinne
Oppiaine: Johtaminen
Ohjaaja: Monika von Bonsdorff**



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

TIIVISTELMÄ

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Tekijä Tiina Salmirinne | |
| Työn nimi Hoitohenkilökunnan omantunnon stressin yhteys alanvaihtoaikeisiin: resilienssi yhteyttä muuntavana tekijänä | |
| Oppiaine Johtaminen | Työn laji Pro gradu -tutkielma |
| Aika (pvm.) 28.4.2022 | Sivumäärä 85 |
| <p>Tiivistelmä – Abstract</p> <p>Tutkimuksessa tarkasteltiin erään terveystieteen organisaation hoitohenkilöstöllä esiintyviä alanvaihtoaikeita. Tutkimuksessa pyrittiin tuottamaan tietoa siitä, miten hoitajien resilienssi ja omantunnon stressin osa-alueet eli hoitotyössä kohdattavien eettisesti haastavien tilanteiden määrä ja hoitajien kokemama omantunnon stressin voimakkuus ovat yhteydessä alanvaihtoaikeiden kokemiseen. Omantunnon stressillä tarkoitettiin tutkimuksessa levottoman omantunnon aiheuttamaa stressiä, jota hoitajat voivat kokea tilanteissa, joissa eivät kykene toimimaan omien eettisten arvojensa mukaisesti (Glasberg ym. 2006). Resilienssin nähtiin olevan yksilön henkilökohtainen voimavara (Eaves & Payne 2019), jonka avulla yksilöt voivat toipua ja palautua kohtaamastaan stressistä (Smith ym. 2008). Tutkimuksessa tarkasteltiin, muuntaako resilienssi omantunnon stressin osa-alueiden ja alanvaihtoaikeiden välistä yhteyttä. Lisäksi tutkimuksessa tuotettiin kuvailevaa tietoa siitä, kuinka usein hoitajat kohtaavat työssään erilaisia eettisiä haasteita, kuten aikapaineesta aiheutuvaa kyvyttömyyttä hyvän hoidon tarjoamiseen tai hoitotyöhön kohdistuvia ristiriitaisia vaatimuksia, sekä tarkasteltiin sitä, kuinka voimakasta omantunnon stressiä erilaisten eettisten haasteiden kohtaamiseen liittyy.</p> <p>Tutkimuksen teoreettisena viitekehysenä toimi Lazaruksen ja Folkmanin (1984) transaktionaalinen stressiteoria, jossa stressin nähdään liittyvän yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksessa esiintyviin ristiriitoihin, ja olevan tulosta kognitiivisista arvioinneista, joita yksilöt tekevät ympäristönsä stressitekijöistä. Stressitilanteiden, eli esimerkiksi hoitotyössä kohdattavien eettisten haasteiden edessä yksilöt arvioivat keinoja selviytyä tilanteesta erilaisten tunne- ja ongelmasuuntautuneiden selviytymiskeinojen avulla (Lazarus & Folkman 1984). Tässä tutkimuksessa alanvaihtoaikeiden nähtiin edustavan ongelmasuuntautuneita selviytymiskeinoja, joiden avulla hoitajat pyrkivät suojaamaan hyvinvointiaan kohdatessaan hoitotyön eettisistä haasteista aiheutuvaa omantunnon stressiä.</p> <p>Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena poikkileikkaustutkimuksena, jonka aineistonkeruu tapahtui vuonna 2021 osana Jyväskylän yliopiston tutkijoiden toteuttamaa IJDFIN-tutkimushanketta. Tässä pro gradu-tutkielmassa tarkasteltiin 131 hoitohenkilökunnan jäsentä. Tutkimusaineiston analyysi tapahtui IBM SPSS Statistics 26-ohjelmiston avulla esimerkiksi logistista regressioanalyysia hyödyntäen.</p> <p>Tutkimuksen kohteena olevista hoitohenkilökunnan jäsenistä 31 % kertoi kokevansa eri tasoisia alanvaihtoaikeita. Ajanpuutteesta johtuva kyvyttömyys kohdella potilaita siten, kun heitä hoitajan mielestä tulisi kohdella, oli sekä useimmiten kohdattava eettinen haaste, että voimakkain omantunnon stressin aiheuttaja. Tutkimuksessa havaittiin hoitajien omantunnon stressin voimakkuuden olevan yhteydessä hoitajien alanvaihtoaikeisiin, ja omantunnon stressin voimakkuuden kasvamisen havaittiin lisäävän todennäköisyyttä alanvaihtoaikeiden esiintymiseen. Vastaavia yhteyksiä ei löydetty eettisesti haastavien tilanteiden määrän osalta. Tutkimuksessa resilienssin ei havaittu olevan yhteydessä alanvaihtoaikeisiin, eikä resilienssi myöskään muuntanut kummankaan omantunnon stressin osa-alueen ja alanvaihtoaikeiden välistä yhteyttä. Tutkimus tuotti uutta tietoa vähän tutkitusta aiheesta, eli omantunnon stressin yhteydestä hoitajien alanvaihtoaikeisiin, sekä osoitti, että hoitajien kokemama omantunnon stressin voimakkuus näyttäisi olevan eettisesti haastavien tilanteiden määrää merkittävämpi alanvaihtoaikeiden aiheuttaja.</p> | |
| Asiasanat: Alanvaihto, Hoitoala, Hoitajapula, Omantunnon stressi, Resilienssi | |
| Säilytyspaikka: Jyväskylän yliopiston kirjasto | |

SISÄLLYS

| | | |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 5 |
| 1.1 | Tutkimusaiheen tausta ja perustelut..... | 5 |
| 1.2 | Tutkimuksen tavoitteet..... | 10 |
| 1.3 | Tutkimusasetelma ja aineisto..... | 11 |
| 1.4 | Tutkimusraportin rakenne..... | 12 |
| 2 | TEOREETTINEN VIITEKEHYS JA KESKEISET KÄSITTEET..... | 13 |
| 2.1 | Hoitotyö ja hoitotyön etiikka..... | 14 |
| 2.2 | Eettisistä haasteista aiheutuva stressi hoitotyössä..... | 15 |
| 2.2.1 | Hoitotyön eettiset haasteet..... | 15 |
| 2.2.2 | Eettisistä haasteista aiheutuvaa stressiä kuvaavat käsitteet... | 16 |
| 2.3 | Omantunnon stressi hoitotyössä..... | 19 |
| 2.3.1 | Omatunto ja omantunnon stressi..... | 19 |
| 2.3.2 | Omantunnon stressin syyt ja seuraukset..... | 21 |
| 2.4 | Hoitoalan alanvaihtoaikeet..... | 23 |
| 2.4.1 | Työntekijöiden vapaaehtoinen vaihtuvuus..... | 23 |
| 2.4.2 | Alanvaihtoaikeet hoitoalalla..... | 25 |
| 2.4.3 | Hoitajien alanvaihtoaikeiden taustalla olevat tekijät..... | 27 |
| 2.5 | Resilienssi..... | 28 |
| 2.5.1 | Resilienssin käsite..... | 28 |
| 2.5.2 | Työntekijän resilienssi ja resilienssin tukeminen..... | 30 |
| 2.5.3 | Hoitohenkilökunnan resilienssi..... | 32 |
| 2.6 | Tutkimuksen teoreettinen malli..... | 34 |
| 3 | TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO..... | 38 |
| 3.1 | Tieteenfilosofiset lähtökohdat ja tutkimusasetelma..... | 38 |
| 3.2 | Kyselylomake..... | 40 |
| 3.2.1 | Kyselylomake aineistonkeruu menetelmänä..... | 40 |
| 3.2.2 | Käytetyt mittarit ja muuttujat..... | 40 |
| 3.3 | Tutkimusaineisto ja vastaajien ominaispiirteet..... | 43 |
| 3.4 | Aineiston käsittely ja analysointi..... | 45 |
| 3.4.1 | Aineiston keräämiseen ja käsittelyyn liittyvät eettiset kysymykset..... | 45 |
| 3.4.2 | Tilastolliset analyysit..... | 46 |
| 4 | TUTKIMUKSEN TULOKSET..... | 52 |
| 4.1 | Kuvailevat tulokset..... | 52 |
| 4.1.1 | Hoitajien alanvaihtoaikeet ja taustatekijöiden yhteys alanvaihtoaikeisiin..... | 52 |
| 4.1.2 | Eettisesti haastavat tilanteet ja omantunnon stressin voimakkuus..... | 54 |
| 4.1.3 | Tarkasteltavat muuttujat ja muuttujien väliset riippuvuudet | 56 |

| | | |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.2 | Tutkimuksen tulokset | 57 |
| 4.2.1 | Omantunnon stressin osa-alueiden ja resilienssin yhteydet hoitajien alanvaihtoaikeisiin sekä resilienssin rooli yhteyttä muuntavana tekijänä..... | 57 |
| 5 | JOHTOPÄÄTÖKSET JA ARVIOINTI | 62 |
| 5.1 | Tutkimustulosten tarkastelua | 63 |
| 5.1.1 | Eettisesti haastavien tilanteiden määrä ja koetun omantunnon stressin voimakkuus | 63 |
| 5.1.2 | Eettisesti haastavien tilanteiden määrän ja omantunnon stressin voimakkuuden yhteydet alanvaihtoaikeisiin | 64 |
| 5.1.3 | Resilienssin yhteys alanvaihtoaikeisiin ja resilienssi omantunnon stressin osa-alueiden ja alanvaihtoaikeiden yhteyttä muuntavana tekijänä | 65 |
| 5.2 | Tutkimuksen luotettavuus, eettisyys ja jatkotutkimusaiheet..... | 67 |
| 5.2.1 | Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset | 67 |
| 5.2.2 | Tutkimuksen luotettavuus | 68 |
| 5.2.3 | Jatkotutkimusaiheet | 71 |
| 5.3 | Johtopäätökset..... | 72 |
| | LÄHTEET | 74 |
| | LIITTEET..... | 84 |

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimusaiheen tausta ja perustelut

Suomessa sosiaali- ja terveysalalla vallitsee krooninen henkilöstöpula (Tevameri 2021) ja tulevaisuudessa pula sosiaali- ja terveysalan osaajista tulee edelleen kasvamaan: vuoteen 2035 mennessä sotealalle tarvitaan jopa 200 000 uutta työntekijää (Honkatukia, Kohl & Lehtomaa 2018; Tevameri 2021). Yhtäaikaisesti sosiaali- ja terveysalalla vallitsevan henkilöstöpulan kanssa ilmenee ongelmaa vaikeuttava ilmiö, eli alanvaihto pois sosiaali- ja terveysalan työtehtävistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattijärjestö Tehy:n yliopistollisissa sairaaloissa sekä keskussairaaloissa työskenteleville jäsenille vuonna 2021 tehty tutkimus osoittaa, että kyselyyn vastanneista 3230 henkilöstä jopa 88 % on joskus harkinnut alanvaihtoa (Aula Research 2021). Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevät ihmiset edustavat useita eri ammattiryhmiä, toimien joko sosiaali- tai terveydenhuollon laillistettuina ammattihenkilöinä kuten esimerkiksi sairaanhoitajina, sosionomeina, psykologeina, lääkäreinä ja farmaseutteina, tai nimikesuojattuna ammattihenkilönä, kuten lähihoitajana (Valvira 2022). Tässä pro gradu-tutkielmassa keskitytään tarkastelemaan erityisesti hoitotyötä toteuttavia sotealan ammattilaisia: tällöin tarkasteluun nousevat esimerkiksi lähihoitajan, sairaanhoitajan, ensihoitajan, terveydenhoitajan sekä kättilön ammattinimikkeellä työskentelevät henkilöt. Sosiaali- ja terveysalalla vallitseva, työvoimapulaa vaikeuttava alanvaihto-ilmio koskee myös hoitoalaa: vuonna 2020 sairaanhoitajaliiton jäsenilleen toteuttama kyselytutkimus (n=2352) osoittaa, että 57 % kyselyyn vastanneista hoitajista harkitsi alanvaihtoa koronapandemian keskellä (Sairaanhoitajaliiton raportti 2020).

Alanvaihtoaikeilla (intention to leave the profession) viitataan kognitiivisesti harkittuun prosessiin, jossa työntekijä harkitsee vapaaehtoisesti jättävänsä nykyisen ammattinsa (Flinkman 2014). Alanvaihtoaikeiden on esitetty johtuvan työntekijän negatiivisesta reagoinnista sisäiseen tai ulkoiseen työympäristöön

(Takase 2010) ja olevan yhteydessä todellisen vaihtuvuuden kanssa (Estryn-Béhar, Van Der Heijden, Fry & Hasselhorn 2010; Hayes, O'Brien-Pallas, Duffield, Shamian, Buchan, Hughes & North 2012). Aiemmissä tutkimuksissa hoitajien alanvaihtoaikeiden on havaittu olevan yhteydessä esimerkiksi uraan liittyviin räjällisiin kehitysmahdollisuuksiin (Estryn-Béhar, Van der Heijden, Ogińska, Camerino, Le Nézet, Conway & Hasselhorn 2007), alhaiseen työtyytyväisyyteen (Ma, Lee, Yang & Chang 2009), kohtuuttomaksi koettuihin työn vaatimuksiin, palkkatyytymättömyyteen ja huonoihin työskentelyolosuhteisiin (Helander, Roos & Suominen 2019), työuupumukseen (Moloney, Boxall, Parsons & Cheung 2018) sekä kokemukseen siitä, että hoitajan ammatti on toissijainen uravalinta (Flinkman & Salanterä 2015). Samanaikaisesti hoitajien alanvaihtoaikeiden ja todellisen vaihtuvuuden kanssa maailman väestön ikääntyminen ja ikääntyvän hoitotyövoiman eläköityminen aiheuttaa kasvavaa tarvetta hoitotyön osaajille niin Suomen (Tevameri 2021), Euroopan (Heinen, Achterberg, Schwendimann, Zander, Mattehews, Kózka & Schoonhoven 2013) kuin koko maailman tasolla (Moloney ym. 2018; Takase 2010). Pahenevan hoitajapulaan ei ole olemassa riittäviä ratkaisuja: siksi nykyisten hoitajien pitäminen ammatissaan on erityisen tärkeää (Heinen ym. 2013). Hoitoalan pahenevaan työvoimapulaan vastaimiseksi niin terveysalan organisaatioissa, kuin yhteiskunnallisellakin tasolla olisi tärkeää ymmärtää syitä, miksi hoitajat jättävät ammatinsa (Ma ym. 2009; Takase 2010). Ponnistelut hoitohenkilökunnan ammatissa pysymiseksi ovat ratkaisevan tärkeitä maailman laajuisen hoitajapulan edessä (Nooney, Unruh & Yore 2010) ja ymmärrys siitä, miksi hoitajat harkitsevat ammatista lähtemistään, voi auttaa organisaatioita kehittämään strategioita hoitohenkilökunnan alanvaihtoaikeiden ehkäisemiseksi (Flinkman & Salanterä 2015). Tämän pro gradu-tutkielman tarkoituksena on ottaa osaa hoitoalan pahenevaan työvoimapulaan koskevaan keskusteluun lisäämällä ymmärrystä siitä, miten hoitohenkilökunnan kokema, hoitotyön eettisistä haasteista aiheutuva omantunnon stressi on yhteydessä hoitohenkilökunnan alanvaihtoaikeisiin tutkimuksen kohteena olevassa terveysalan organisaatiossa.

Hoitohenkilökunta kohtaa päivittäisessä hoitotyössään eettisesti haastavia tilanteita, jotka voivat johtaa omantunnon stressiin (Heikkilä, Huhtala, Mauno & Feldt 2021). Hoitohenkilökunnan kohtaamat eettiset haasteet voivat liittyä esimerkiksi hoidon laatuun vaikuttavaan liian suureen työkuormaan, ajan tai hoitohenkilöstön riittämättömyyteen, ristiriitaisuuksiin potilaiden perheiden ja lääkäreiden kanssa, erimielisyyksiin hoidon toteuttamisesta tai hoidon ja haittojen tasapainottamiseen (Haahr, Norlyk, Martinsen & Dreyr 2020; Rainer, Kraenzle Schneider & Lorenz 2018). Omatunnon stressin käsitteellä (stress of conscience) kuvataan stressiä, joka syntyy silloin, kun henkilö joutuu toimimaan vastoin omia, sisäistettyjä eettisiä arvojaan (Glasberg, Eriksson, Dahlqvist, Lindahl, Strandberg, Söderberg, Sørli & Norberg 2006). Omatunnon stressin voidaan nähdä olevan levottoman omatunnon aiheuttamaa stressiä (Glasberg ym. 2006), toisin sanoen hoitajat voivat kokea niin kutsuttua "huonoa omatuntoa" joutessaan toimimaan vastoin omia eettisiä arvojaan (Saarnio, Sarvimäki, Laukkala & Isola 2012). Omatunnon stressiä saattaa esiintyä esimerkiksi silloin, kun yksilöt

kokevat, että he eivät ole pystyneet tekemään työtään niin hyvin kuin kuuluisi, kun he eivät tiedä, miten heidän kuuluisi toimia, tai silloin, kun he ovat tehneet virheen, joka aiheuttaa omantunnon stressiä (Juthberg, Eriksson, Norberg & Sundin 2007). Hoitajat siis tuntevat omantunnon stressiä tilanteissa, joissa kokevat olevansa kykenemättömiä täyttämään hoitotyön moraalisia velvoitteita eli suojelemaan potilaita ja tarjoamaan heille hyvää hoitoa: omantunnon stressin voidaan nähdä liittyvän ristiriitaan, jossa hoitajalla on oma mielikuvansa hyvästä hoidosta, mutta erilaisista rajoitteista johtuen hoitaja eivät tätä mielikuvaa pysty aina täyttämään (Glasberg, Eriksson, Astrid, Norberg 2007). Glasbergin ja kumppaneiden (2006) mukaan omantunnon stressi on tulosta eettisesti haastavien tilanteiden esiintymistiheydestä sekä terveydenhuollon henkilöstön itsearvioimasta omantunnon levottomuudesta, toisin sanoen henkilöstön kokemasta huonosta omantunnosta. Omantunnon stressin osa-alueita, eli eettisesti haastavien tilanteiden määrää ja hoitajien kokemaa omantunnon stressin voimakkuutta tarkastellaan tässä tutkimuksessa omina ulottuvuuksinaan, sillä kiinnostuksen kohteena on selvittää, onko jompikumpi osa-alue toista merkittävämmän yhteydessä hoitajien alanvaihtoaikaisiin.

Vaikka omatunto voidaan nähdä myönteiseksi voimavaraksi ihmisen elämässä, voi kyvyttömyys seurata omantunnon ääntä johtaa kielteisiin seurauksiin (Glasberg ym. 2006). Glasbergin ja kumppaneiden (2006) mukaan hoitajien kyvyttömyys toimia omantuntonsa mukaisesti voi johtaa sekä hoitajien että potilaiden hyvinvoinnin heikkenemiseen, potilaista etääntymiseen, hoitajien uupumukseen, korkeaan vaihtuvuuteen sekä hoitajapulaan. Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on tarkastella, miten hoitajien kokema omantunnon stressi on yhteydessä hoitajien alanvaihtoaikaisiin tutkimuksen kohteena olevassa terveysalan organisaatiossa. Tutkimuksen teoreettisena mallina hyödynnetään Lazaruksen ja Folkmanin (1984) transaktionaalista stressiteoriaa, jossa stressin nähdään syntyvän yksilön ja ympäristön välillä esiintyvistä ristiriidoista, ja olevan tulosta niistä kognitiivisista arvioinneista, joita yksilöt tekevät ympäristönsä stressitekijöistä. Transaktionaalisen stressiteorian mukaan yksilön kohtaamat stressitilanteet saavat yksilön arvioimaan keinojaan selviytyä stressitilanteista erilaisten tunne- ja ongelmasuuntautuneiden selviytymiskeinojen avulla (Lazarus & Folkman 1984). Hoitotyössä kohdattavien eettisten haasteiden voidaan nähdä edustavan yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksessa esiintyviä ristiriitoja aiheuttavia stressitekijöitä, joiden seurauksena hoitajat kokevat työhyvinvoinnilleen haitallista omantunnon stressiä (Glasberg ym. 2006). Tässä tutkimuksessa hoitajien omantunnon stressin ja sen aiheuttamien hyvinvointihaasteiden nähdään johtavan hoitajien alanvaihtoaikaisiin. Alanvaihtoaikoiden nähdään edustavan ongelmasuuntautuneita selviytymiskeinoja, joiden avulla hoitajat pyrkivät suojaamaan hyvinvointiaan hoitotyössä kohdattavan omantunnon stressin edessä: hoitajat voivat olla kykenemättömiä vaikuttamaan työssään kohtamiinsa, omantunnon stressiä aiheuttaviin eettisiin haasteisiin, mutta alanvaihtoaikoiden kautta he voivat pyrkiä vähentämään kyseisen stressitekijän vaikutusta omalla työurallaan. Tutkimuksen teoreettisena mallina hyödynnetään transaktionaalista stressiteoriaa, sillä kyseinen malli huomioi yksilöiden tekemien

kognitiivisten arviointien merkityksen stressin syntymiselle. Esimerkiksi erilaiset hoitotyössä kohdattavat eettiset haasteet voivat vaikuttaa yksilöihin eri tavoin: vaikka hoitajat kohtaisivat työssään määrällisesti yhtä paljon eettisesti haastavia tilanteita, voivat eri yksilöt kokea tilateisiin liittyen eritasoista omantunnon stressiä. Siten myös eettisesti haastavien tilanteiden määrä ja koettu omantunnon stressin voimakkuus voivat olla eri tavoin yhteydessä hoitajien alanvaihtoaikaisiin.

Hoitajien omantunnon stressistä löytyy vain vähän aikaisempaa tutkimusta, ja siten myös hoitajien omantunnon stressin ja alanvaihtoaikoiden välinen yhteys on vähän tutkittu aihe. Aiheesta löytyy kuitenkin aiempaa tutkimusta omantunnon stressin lähikäsitteiden yhteydestä. Norjalaisia sairaanhoitajia tarkastelleessa tutkimuksessa havaittiin yhteys eettisten dilemموjen ja sairaanhoitajien alanvaihtoaikoiden välillä (Hognestad Haaland, Olsen & Mikkelsen 2021) ja yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa sairaalan eettisen ilmapiiirin havaittiin olevan merkittävä selittäjä sairaanhoitajien alanvaihtoaikaille (Hart 2005). Toisessa yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa sosiaalityöntekijöitä tarkastelleessa tutkimuksessa havaittiin työtyytyväisyyden välittävän työntekijöiden eettisten stressin ja lähtöaikomusten välistä yhteyttä (Ulrich, O'donnell, Taylor, Farrar, Danis & Grady 2007). Nuoria suomalaisia sairaanhoitajia tarkastelleessa tutkimuksessa havaittiin työpaikan eettisten ongelmien selittävän nuorten sairaanhoitajien alanvaihtoaikaita (Flinkman & Salanterä 2015), samoin liettualaisia sairaanhoitajia tarkastelleessa tutkimuksessa havaittiin yhteys moraalisen ahdistuksen ja alanvaihtoaikoiden välillä (Laurus, Blaževičienė, Capezuti, & Milonas 2020). Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa tarkasteltiin sekä moraalista ahdistusta kokevien hoitajien taustatekijöitä, että moraalisen ahdistuksen yhteyttä alanvaihtoaikaisiin (Dyo, Kalowes & Devries 2016) havaiten, että tehohoidossa työskentelevät hoitajat kokivat enemmän moraalista ahdistusta verrattuna ei-kriittisiin hoitotyön erikoisaloihin, lisäksi moraalisen ahdistuksen voimakkuuden havaittiin olevan positiivisesti yhteydessä aikomuksiin jättää työpaikka. Sairaanhoitajien moraalisen ahdistuksen, työuupumuksen ja lähtöaikomusten välisiä yhteyksiä tarkastelleessa kirjallisuuskatsauksessa (Karakachian & Colbert 2019) löydettiin 10 tutkimusta, jotka koskivat sairaanhoitajien moraalisen ahdistuksen ja työn- tai alanvaihdon välistä suhdetta. Kirjallisuuskatsauksen mukaan kuudessa tutkimuksessa havaittiin yhteys korkean moraalisen ahdistuksen ja lähtöaikomusten välillä, kolmessa tutkimuksessa yhteyttä moraalisen ahdistuksen ja lähtöaikoiden välillä ei havaittu (Karakachian & Colbert 2019). Aiempi tutkimus sekä alanvaihdon että omantunnon stressin osalta on rajautunut tarkastelemaan lähinnä sairaanhoitajia (eng. registered nurse). Tämän tutkimuksen tavoitteena on nostaa tarkasteluun laajemmin koko hoitohenkilökunta, eli sairaanhoitajien lisäksi tutkimuksessa tarkastellaan myös esimerkiksi lähihoitajan ammattinimikkeellä työskenteleviä henkilöitä. Omantunnon stressin ja alanvaihtoaikainen yhteys on aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa vain vähän tutkittu aihe, joten tässä tutkimuksessa pyritään tuottamaan uutta tietoa aiheesta, joka aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa on jäänyt vähäiselle huomiolle.

Vaikka yksilöt kohtaavat työssään ja yksityiselämässään erilaisia stressaavia ja kuormittavia tilanteita, on ihmisillä keinoja selviytyä erilaisista elämässä kohdattavista haasteista ja stressitekijöistä. Tätä ilmiötä voidaan kuvata psyykkisen palautumiskyvyn eli resilienssin käsitteellä. Resilienssillä tarkoitetaan yksilöiden kykyä joustaa ja sopeutua stressaaviin tilanteisiin (Saari 2016), ja se voidaan määritellä kyvyksi ylläpitää ja palauttaa mielenterveyttä koetuista vastoin käymisistä huolimatta (Herrman, Stewart, Diaz-Granadon, Berger, Jackson & Yuen 2011). Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu resilienssin liittyvän esimerkiksi matalampaan stressitasoon (Tung, Ning & Kris 2014; Shatté, Perlman, Smiht, Wendy & Lynch 2017), parempaan mielenterveyteen ja korkeampaan työhyvinvointiin (Kermott, Johnson, Sood, Jenkins & Sood 2019) sekä matalampaan työuupumukseen (Mealer, Jones, Newman, McFann, Rothbaum & Moss 2012). Hoitotyön kontekstissa resilienssin voidaan nähdä olevan ominaisuus, jonka avulla hoitajat pystyvät paremmin vastaamaan työssä kohdattavaan stressiin ja haastaviin tilanteisiin, mikä puolestaan kompensoi stressin kielteisiä vaikutuksia ja ylläpitää hoitajien hyvinvointia haasteiden edessä (Hodges, Keeley ja Grier 2005). Tässä tutkimuksessa nojaututaan Smithin ja kumppaneiden määritelmään, jossa resilienssin nähdään olevan ennen kaikkea kykyä toipua ja palautua koetusta stressistä (Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher & Bernard 2008).

Tutkimuksessa tarkastellaan, miten resilienssi on yhteydessä hoitajien alanvaihtoaikesiin. Aiemmissa tutkimuksissa korkeamman resilienssin on havaittu olevan yhteydessä matalampiin työn- tai alanvaihtoaikomuksiin esimerkiksi opettajien (Arnup & Bowles 2016) ja matkailualan työntekijöiden keskuudessa (Dai, Zhuang & Huan 2019), sekä matalampiin aikomuksiin lähteä koulutuksesta kättilöopiskelijoiden keskuudessa (Eaves & Payne 2019). Suorien vaikutusten lisäksi aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa on tutkittu resilienssin muuntavaa vaikutusta työelämän stressitekijöiden ja työhyvinvoinnin välisessä suhteessa (Hartmann, Weiss, Newman & Hoegl 2020). Resilienssin on havaittu vähentävän erilaisten työssä kohdattujen vaatimusten ja haitallisten kokemusten vaikutusta työntekijöiden hyvinvointiin (Hartmann ym. 2020), ja toimivan suojaavana tekijänä stressiä vastaan (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, Martinussen, Aslaksen & Flaten 2006; Shatté ym. 2017). Hoitotyön kontekstissa resilienssin on havaittu muuntavan työuupumuksen ja hoitajien psyykkisen hyvinvoinnin yhteyttä siten, että resilienssi vaimensi työuupumuksen vaikutuksia työntekijöiden psyykkiseen hyvinvointiin (García-Izquierdo, Meseguer de Pedro, Ríos-Risquez & Sánchez 2018). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan resilienssin ja alanvaihtoaikeiden suoran yhteyden lisäksi sitä, muuntaako resilienssi omantunnon stressin osa-alueiden ja alanvaihtoaikeiden välistä yhteyttä. Toipumis- ja palautusmikeyvyksi käsitetyn resilienssin (Smith ym. 2008) oletetaan heikentävän omantunnon stressin ja alanvaihtoaikeiden välistä yhteyttä. Voimakkaan resilienssin omaavien hoitajien oletetaan palautuvan eettisten haasteiden aiheuttamasta omantunnon stressistä paremmin, minkä puolestaan odotetaan heikentävän omantunnon stressin yhteyksiä hoitajien alanvaihtoaikesiin.

1.2 Tutkimuksen tavoitteet

Tämän pro gradu-tutkielman tavoitteena on kartoittaa erään terveysalan organisaation hoitohenkilökunnan jäsenillä esiintyviä alanvaihtoaikaita. Tutkimuksessa otetaan osaa hoitohenkilökunnan alanvaihtoa koskevaan keskusteluun lisäämällä tietoa siitä, miten hoitajien resilienssi ja omantunnon stressin osa-alueet ovat yhteydessä alanvaihtoaikoiden kokemiseen. Tarkastelun kohteena olevan omantunnon stressin ilmiön nähdään koostuvan kahdesta osa-alueesta, eli eettisesti haastavien tilanteiden kohtaamisen määrästä sekä hoitajien kokeman omantunnon stressin voimakkuudesta (Glasberg ym. 2006). Tässä tutkimuksessa omantunnon stressin osa-alueita tarkastellaan erillään, sillä tutkimuksessa halutaan tuottaa tietoa siitä, että onko jompikumpi omantunnon stressin osa-alue toista merkittävämmän yhteydessä hoitajien alanvaihtoaikoihin. Tutkimuksessa kartoitetaan, kuinka usein hoitohenkilökunnan jäsenet kohtaavat erilaisia eettisesti haastavia tilanteita, ja kuinka voimakasta omantunnon stressiä eri tilanteiden kohtaamiseen liittyy. Tutkimuksen varsinaisena päätutkimuskysymyksenä tarkastellaan, miten hoitajien resilienssi vaikuttaa omantunnon stressin osa-alueiden eli eettisesti haastavien tilanteiden määrään ja omantunnon stressin voimakkuuden sekä alanvaihtoaikoiden väliseen yhteyteen. Tutkimuksen aiheena hoitoalan alanvaihtoaikoiden kietoutuvat hyvin ajankohtaiseen, yhteiskunnalliseen keskusteluun hoitoalan kroonisesta henkilöstöpulasta: parhaimmillaan tutkimus voi tarjota aiheesta hyödyllistä tietoa sekä yleisellä tasolla, että yksityiskohtaisemmin tutkimuksen kohteena olevalle terveysalan organisaatiolle. Kuviossa 1 on havainnollistettu tutkimuksen keskeisten käsitteiden ja hypoteesien välistä yhteyttä.

Tutkimuksessa pyritään vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 1) Kuinka usein hoitajat kohtaavat työssään erilaisia eettisesti haastavia tilanteita, ja kuinka voimakasta omantunnon stressiä näiden tilanteiden kohtaamiseen liittyy?
- 2) Miten eettisesti haastavien tilanteiden määrä ja omantunnon stressin voimakkuus ovat yhteydessä hoitohenkilökunnan alanvaihtoaikoihin?

H1a: Eettisesti haastavien tilanteiden määrä on positiivisesti yhteydessä alanvaihtoaikoiden esiintymiseen.

H1b: Omantunnon stressin voimakkuus on positiivisesti yhteydessä alanvaihtoaikoiden esiintymiseen.

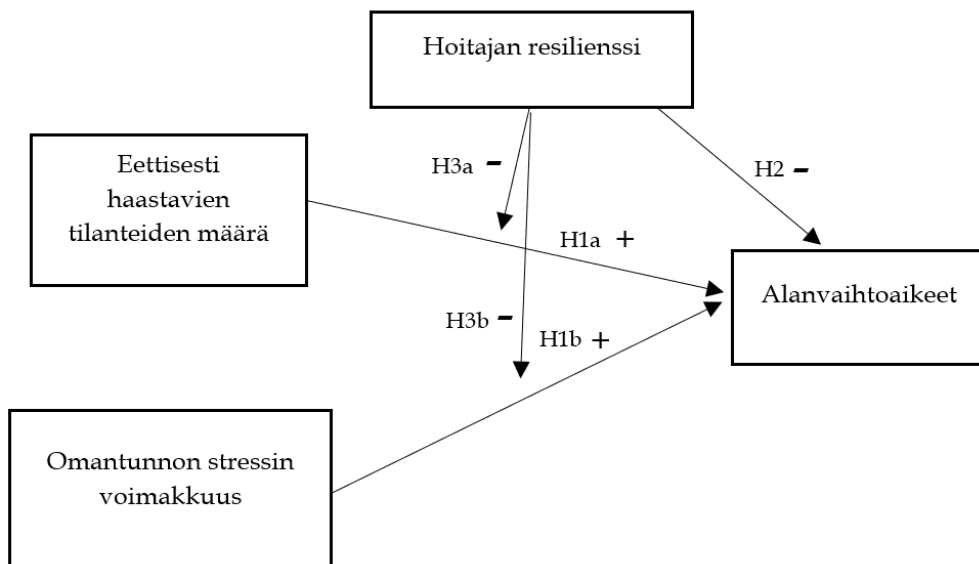
- 3) Miten hoitajien resilienssi on yhteydessä alanvaihtoaikoihin?

H2: Hoitajien korkeampi resilienssi on negatiivisesti yhteydessä alanvaihtoaikeiden esiintymiseen.

- 4) Miten hoitajien resilienssi vaikuttaa omantunnon stressin osa-alueiden (eettisesti haastavien tilanteiden määrä ja omantunnon stressin voimakkuus) ja alanvaihtoaikeiden väliseen yhteyteen?

H3a: Hoitajien resilienssi heikentää eettisesti haastavien tilanteiden määrän ja alanvaihtoaikeiden välistä positiivista yhteyttä.

H3b: Hoitajien resilienssi heikentää omantunnon stressin voimakkuuden ja alanvaihtoaikeiden välistä positiivista yhteyttä.



Kuvio 1 Tutkimuksen keskeisten käsitteiden väliset yhteydet ja tutkimuksen hypoteesit.

1.3 Tutkimusasetelma ja aineisto

Tutkimus on kvantitatiivinen, poikkileikkausasetelmalla toteutettu kyselytutkimus, joka kohdistuu erään terveystieteen organisaation (sairaanhoidopiiri) hoitotyötä tekevään henkilöstöön. Tässä pro gradu-tutkielmassa hyödynnettävä aineisto on osa Suomen Akatemian rahoittamaa, Jyväskylän yliopiston tutkijoiden toteuttamaa IJDFIN-tutkimushanketta. Kyseinen tutkimushanke on kokonaisuudessaan nelivuotinen seurantatutkimus, jossa aineistonkeruu on toteutettu kahdella mittauskerralla vuosina 2019 ja 2021. Tässä tutkimuksessa hyödynnettävä aineisto on kerätty pääasiassa toisella mittauskerralla vuonna 2021, lukuun ottamatta joitakin taustatietoja, jotka on kerätty tutkittavilta ainoastaan ensimmäisellä mittauskerralla vuonna 2019. Tutkimuksessa tarkastellaan

kohdeorganisaation hoitotyötä tekevää henkilöstöä, eli tutkittavat voivat työkennellä esimerkiksi lähihoitajan, sairaanhoitajan, röntgenhoitajan, kättilön, ensihoitajan tai terveydenhoitajan ammattinimikkeellä.

Tutkimuksen tieteenfilosofinen lähtökohta on tutkimuksen kvantitatiivisen luonteen vuoksi positivistinen (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara & Sinivuori 2009, 139). Positivistiselle suuntaukselle on tunnusomaista ajatus siitä, että tiedon nähdään muodostuvan objektiivisten, mitattavissa olevien havaintojen pohjalle (Hirsjärvi ym. 2009, 139). Siten positivistiselle näkemykselle ominainen tiedonhankintatapa on kvantitatiiviset mittausmenetelmät (Tuomivaara 2005), joita myös tässä tutkimuksessa hyödynnetään. Tutkimuksessa hyödynnettävä aineisto on kerätty sähköisellä kyselylomakkeella hyödyntäen omantunnon stressin mittaamiseen käytettyä Stress of Conscience Questionnaire-mittaristoa (SCQ), sekä resilienssin mittaamiseen käytettyä Brief Resilience Scale-mittaristoa (BRS). Aineiston analysointi tapahtuu IBM SPSS Statistics 26-ohjelmiston avulla. Aineiston analyysi suoritetaan jakaumatarkastelujen, ristiintaulukoinnin, X^2 -testin, korrelaatiotarkastelujen sekä logistisen regressioanalyysin avulla. Tarkemmin tutkimuksen aineistoa, aineiston hankintaa sekä käytettyjä tutkimusmenetelmiä esitellään tutkimusraportin kolmannessa luvussa.

1.4 Tutkimusraportin rakenne

Tutkimusraportin toisessa osassa esitellään tutkimuksen teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet. Luvussa käsitellään hoitotyön erityispiirteitä ja hoitotyöhön liittyvää etiikkaa, sekä eettisiä haasteita ja omantunnon stressiä hoitotyön kontekstissa. Lisäksi syvennytään sekä henkilöstön vapaaehtoiseen vaihtuvuuteen ja tarkemmin hoitoalalla esiintyviin vaihtoaikomuksiin sekä resilienssin ilmiöön. Lopuksi esitellään tutkimuksen teoreettisena mallina toimiva Lazaruksen ja Folkmanin (1984) transaktionaalinen stressiteoria, jonka mukaisesti alanvaihtoaikoiden nähdään edustavan hoitajien ongelmasuuntautuneita selviytymiskeinoja työssä koettua omantunnon stressiä vastaan. Tutkimusraportin kolmannessa luvussa esitellään tutkimuksen aineisto ja kuvaillaan tutkimusaineiston käsittelyä sekä analysointia. Neljännessä luvussa syvennytään tutkimuksen tuloksiin, ja viidennessä luvussa esitellään tutkimuksen johtopäätökset sekä arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta ja jatkotutkimusaiheita. Tutkimusraportin lopussa esitetään tutkimuksessa käytetyt lähteet ja liitteet.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS JA KESKEISET KÄSITTEET

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys rakentuu hoitajien omantunnon stressiä, alanvaihtoaikeita ja resilienssiä tarkastelevan aiemman tutkimuskirjallisuuden pohjalle. Omantunnon stressillä tarkoitetaan stressiä, jota hoitajat voivat kokea joutuessaan toimimaan hoitotyössä vastoin omia, sisäistettyjä eettisiä arvojaan (Glasberg ym. 2006). Resilienssi nähdään ennen kaikkea kykynä toipua ja palautua stressistä (Smith ym. 2008), kuten hoitajien kokemasta omantunnon stressistä. Tutkimuksessa alanvaihtoaikeilla viitataan kognitiivisesti harkittuun prosessiin, jossa työntekijä harkitsee vapaaehtoisesti jättävänsä nykyisen ammattinsa (Flinkman 2014), eli tämän tutkimuksen osalta alanvaihtoaikeilla tarkoitetaan hoitohenkilökunnan vapaaehtoista aikomusta lähteä pois hoitotyöstä, ja siirtyä työskentelemään jonkun toisen ammatin parissa (Flinkman 2014; Helander ym. 2019).

Tutkimuksen keskeiset käsitteet sitoo yhteen tutkimuksen teoreettisena mallina toimiva Lazaruksen ja Folkmanin (1984) transaktionaalinen stressiteoria. Teorian mukaan stressi liittyy yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksessa esiintyviin ristiriitoihin, ollen tulosta niistä kognitiivisista arvioinneista, joita yksilöt tekevät ympäristönsä stressitekijöistä (Lazarus & Folkman 1984). Näihin kognitiivisiin arviointeihin vaikuttavat niin yksilöiden ominaisuudet, kuten yksilön piirteet, uskomukset ja käytössä olevat voimavarat, sekä ulkoiset tekijät, kuten stressitekijän luonne (Feldt & Mäkikangas 2015, 95). Transaktionaalisessa stressiteoriassa stressin nähdään siis olevan riippuvaista yksilöiden kognitiivisista arvioinneista, sekä siitä, millaisia resursseja ja voimavaroja yksilöillä on käsitellä kohtaamaansa stressitekijää (Lazarus & Folkman 1984). Transaktionaalisen stressiteorian mukaan stressitilanteiden kohtaaminen saa yksilön arvioimaan keinojaan selviytyä stressitilanteesta erilaisten tunne- ja ongelmasuuntautuneiden selviytymiskeinojen avulla (Lazarus & Folkman 1984).

Tämän tutkimuksen keskeisten ilmiöiden eli hoitajien omantunnon stressin, resilienssin ja alanvaihtoaikeiden nähdään linkittyvän toisiinsa siten, että transaktionaalisen stressiteorian mukaisesti hoitotyössä kohdattavien eettisten haasteiden nähdään edustavan yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksessa

esiintyviä ristiriitoja, joiden seurauksena hoitajat voivat kokea työhyvinvoinnilleen haitallista omantunnon stressiä (Glasberg ym. 2006). Tutkimuksessa alanvaihtoaikeiden nähdään olevan ongelmasuuntautunut selviytymiskeino, jonka avulla hoitajat pyrkivät vähentämään eettisten haasteiden aiheuttaman omantunnon stressin ja siitä seuraavien haitallisten työhyvinvointivaikutusten roolia omalla työurallaan. Transaktionaalisen stressiteorian mukaisesti yksilön resilienssin voidaan puolestaan nähdä edustavan niitä voimavaroja, joiden avulla yksilöt voivat käsitellä kohtaamiaan stressitekijöitä (Eaves & Payne 2019). Resilienssin nähdään olevan ominaisuus, jonka avulla hoitajat voivat toipua työssään kohtaamastaan stressistä (Smith ym. 2008), minkä puolestaan oletetaan vähentävän hoitajien alanvaihtoaikeita, ja heikentävän omantunnon stressin osa-alueiden ja alanvaihtoaikeiden välillä vallitsevaa yhteyttä.

Seuraavaksi syvennytään tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen keskeisiin käsitteisiin eli hoitotyöhön liittyvään etiikkaan ja eettisistä haasteista aiheutuvaan omantunnon stressiin, hoitajien alanvaihtoaikeisiin sekä suojaavana tekijänä toimivaan resilienssiin. Lopuksi tarkastellaan syvemmin tutkimuksen teoreettisena mallina toimivaa transaktionaalista stressiteoriaa, ja havainnollistetaan kyseisen stressiteorian pohjalta tämän tutkimuksen keskeisten ilmiöiden välisiä yhteyksiä.

2.1 Hoitotyö ja hoitotyön etiikka

Hoitotyö on hoitotieteeseen pohjautuvaa ammatillista hoitamista (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 23), jonka päämääränä toimii terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoitaminen sekä kärsimyksen lieventäminen (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 14). Suomessa oikeus hoitotyön ammatilliseen harjoittamiseen perustuu lakiin (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559), ja hoitotyötä toteuttavat useilla eri ammattinimikkeillä ja koulutustaustoilla työskentelevät henkilöt. Hoitotyössä voivat työskennellä esimerkiksi ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet, terveydenhuollon laillistutettuina ammattihenkilönä työskentelevät sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, kätilöt ja ensihoitajat, tai nimikesuojatut, ammatillisen koulutuksen suorittaneet lähihoitajat (Valvira 2022). Hoitohenkilökunnan ammattinimikkeet, koulutus ja työtehtävät vaihtelevat eri maiden välillä (Lahtinen, Leino-Kilpi & Salminen 2014), ja vain vähemmistö hoitohenkilökuntaa koskevista tutkimuksista käsittelee lähihoitajien ammattiryhmää (eng. practical nurse) (Lavander, Suhonen, Turkki & Merilainen 2018), mikä osaltaan luo haasteita hoitotyötä koskevan aiemman tutkimuskirjallisuuden tarkasteluun. Tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena toimivat tasavertaisesti kaikki tutkimuksen kohteena olevassa terveystieteiden organisaatiossa työskentelevät hoitotyön ammatilliset. Ammattinimikkeestä riippumatta hoitotyössä päämääränä on auttaa ihmisiä saavuttamaan ja ylläpitämään heidän omaan terveyttään ja hyvinvointiaan, ja siten edistää toisen ihmisen hyvää (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 23–24).

Hoitotyö voidaan nähdä eettisiin arvoihin perustuvana moraalisenä toimintana, sillä hoitotyön perustana on pyrkimys toteuttaa sitä, mikä on oikein ja hyvää toisille (Sarvimäki, Stenbock-Hult & Nieminen 2009, 10). Hoitotyötä tekevien henkilöiden voidaan siis nähdä olevan työssään moraalisia toimijoita (Glasberg ym. 2006). Terveystenhoitojärjestelmällä ja ammattihoitajilla on runsaasti valtaa yksittäisten ihmisten ja perheiden elämässä, mikä osaltaan luo eettisiä kysymyksiä (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 14). Hoitotyö ja hoitajan ammatti liittyvät siten kiinteästi arvoihin ja eettisiin kysymyksiin (Sarvimäki ym. 2009, 70).

Hoitotyön etiikalla tarkoitetaan tieteenalaa, joka tarkastelee oikean ja väärän sekä hyvän ja pahan kysymyksiä ammatillisesti toteutettavassa hoitotyössä (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 23). Erilaisten lakien ja asetusten lisäksi eri ammattiryhmien toimintaa ohjaavat ammattieettiset ohjeistukset, joita suomalaisen hoitotyön kontekstissa on määritelty niin sairaanhoitajille, lähihoitajille kuin yhteisesti koko terveydenhuollolle (ETENE 2001). Hoitotyössä arvoista, vastuista, oikeuksista ja velvollisuuksista koostuvan ammattietiikan tehtävänä on suojella potilaita ja toimia hoitohenkilökunnan eettisenä ohjenuorana hoitotyössä (Kangasniemi, Pakkanen & Korhonen 2015). Lähihoitajan eettisiksi periaatteiksi on määritelty esimerkiksi ihmisarvon ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, tasa-arvon edistäminen sekä vastuullisuus (SUPER 2019), sairaanhoitajien eettisiin ohjeisiin kuuluu puolestaan toimia hyvän hoidon asiantuntijana, asiantuntevana yhteistyökumppanina sekä hoitotyön vaikuttajana (Sairaanhoitajaliitto 2021). Hoitotyön eettisten periaatteiden on havaittu olevan globaalisti jaettuina: eri maiden välisiä, hoitotyön eettisiä arvoja tarkastelleessa tutkimuksessa havaittiin, että hoitotyön eettiset arvot ovat kulttuurista riippumatta hyvin samankaltaisia, ja suojaavat ihmisarvoa ja kunnioitusta potilaita kohtaan (Shahriari, Mohammadi, Abbaszadeh & Bahrami 2013). Globaalisti jaettuja hoitotyön eettisiä arvoja olivat esimerkiksi ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, autonomia päätöksenteossa, sitoutuminen, rehellisyys, ammatillinen pätevyys ja myötätunto (Shahriari ym. 2013).

2.2 Eettisistä haasteista aiheutuva stressi hoitotyössä

2.2.1 Hoitotyön eettiset haasteet

Eettisten arvojen ja periaatteiden runsaudesta huolimatta hoitohenkilökunta kohtaa työssään haasteita oikeiden päätösten tekemisen ja oikein toimisen suhteen (Corley 2002). Hoitotyössä kohdattavien eettisten haasteiden ja ongelmien voidaan nähdä syntyvän ristiriidoista arvojen, normien ja etujen välillä (Holm & Severinsson 2014). Hoitotyössä kohdattavista eettisistä haasteista ja moraalisisista ongelmista löytyy runsaasti aiempaa tutkimusta: hoitohenkilökunnan kohtaamia eettisiä haasteita tarkastelevassa, 15 kansainvälisestä artikkelista koostuvassa kirjallisuuskatsauksessa eettisten haasteiden havaittiin liittyvän esimerkiksi hoidon laatuun vaikuttavaan liian suureen työkuormaan ja ajan riittämättömyyteen, erimielisyyksiin lääkäreiden määräämien hoitostrategioiden kanssa sekä hoidon ja

haittojen tasapainottamiseen silloin, kun hoitajat joutuvat suorittamaan toimenpiteitä, jotka aiheuttavat potilaille tuskaa, tai ovat ristiriidassa hoitajien ammatillisten velvollisuuksien kanssa (ks. katsaus Haahr ym. 2020). Toisessa, 35 kansainvälistä artikkelia kattavassa kirjallisuuskatsauksessa havaittiin hoitotyön eettisten haasteiden liittyvän elämän loppupäähän liittyvään hoitotyöhön ja siihen liittyviin erimielisyyksiin, konflikteihin lääkäreiden tai potilaiden perheiden kanssa, organisaation rajoitteisiin esimerkiksi ajan ja hoitohenkilökunnan riittävyyden suhteen sekä potilaan yksityisyyteen ja ihmisarvon kunnioittamiseen liittyviin kysymyksiin (ks. katsaus Rainer ym. 2018). Yksittäisissä tutkimuksissa hoitotyön eettiset haasteet on liitetty esimerkiksi mielipide-eroihin hoitajien ja lääkärien välillä potilaiden hoidon suhteen, raskaasta työtaakasta ja ajanpuutteesta johtuvaan alentuneeseen hoidonlaatuun sekä tilanteisiin, joissa organisaation rajoitteet estävät hoitajia toteuttamasta moraalisesti oikeaksi kokemiaan toimia (Torjuul & Sørli 2006), yleiseen resurssin puutteeseen (esim. ajan, henkilökunnan suhteen ja rahoituksen suhteen), kokemukseen siitä, että potilaita on enemmän kun pystytään hoitamaan (esim. liian vähän vuodepaikkoja) ja sääntöjen rikkomiseen (esim. silloin, kun on potilaan edun mukaista rikkoa organisaation käytänteitä) (Kälvemark, Hoglund, Hanssona, Westerholm & Arnetza 2004), potilaiden kärsimyksen ja kuoleman kohtaamiseen, työn suureen vastuuseen, potilaiden yksityisyyden suojelemiseen ja kiireen keskellä tapahtuvaan hoitotyön priorisoimiseen (Langeland & Sørli 2011) sekä hoitajien kokemuksen ja koulutuksen puutteeseen ja elämän loppupään hoitoon liittyviin haasteisiin (Silén, Tang, & Ahlström 2009).

Hoitohenkilökunnan jäsenet siis kohtaavat päivittäisessä työssään runsaasti erilaisia eettisesti haastavia tilanteita, käyttävät suuren työajastaan näiden tilanteiden ratkaisemiseen sekä kokevat stressiä eettisten haasteiden kohtaamisesta ja käsittelystä (Kälvemark ym. 2004). Eettisesti haastavien tilanteiden kohtaaminen voi vaikuttaa negatiivisesti hoitohenkilökunnan hyvinvointiin, ja aiheuttaa hoitajille stressiä (Corley 2002). Stressi voidaan määritellä prosessiksi, jossa ympäristön kuormittavat tapahtumat ja tilanteet eli stressitekijät (Kinnunen & Feldt 2005, 14), saavat aikaan sekä lyhytaikaisia että pitkäaikaisia muutoksia yksilöiden fyysisessä ja henkisessä terveydessä (Ganster & Rosen 2013). Hoitotyössä kohdattava, eettisistä haasteista aiheutuva stressi on ollut viimeisten vuosikymmenien aikana suuren kiinnostuksen kohteena hoitotyötä tarkastelevassa tutkimuskirjallisuudessa (Pauly, Varcoe & Storch 2012).

2.2.2 Eettisistä haasteista aiheutuvaa stressiä kuvaavat käsitteet

Terveydenhuollon ammattilaisten kohtaamia eettisiä haasteita ja niiden aiheuttamaa kuormitusta on tutkittu viime vuosikymmenten aikana runsaasti, mutta tutkimusta ovat vaikeuttaneet käsitteiden selkeyden puute ja teoreettiset epäselvyydet ilmiön syistä ja seurauksista (Pauly ym. 2012). Näiden epäselvyyksien vuoksi onkin esitetty, että aiheutta koskevaa terminologiaa on määriteltävä tarkemmin (Rainer ym. 2018). Aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa eettisistä haasteista aiheutuvaa kuormitusta on kuvattu useilla eri termeillä, tutkimuskirjallisuudessa vuorottelevat esimerkiksi moraalisen ahdistuksen (moral distress),

eettisen tai moraalisen stressin (ethical stress / moral stress) ja omantunnon stressin (stress of conscience) käsitteet (DeTienne, Agle, Phillips & Ingerson 2012; Lützn & Kvist 2012; Mares 2016). Esimerkiksi omantunnon stressin ja moraalisen ahdistuksen käsitteet eivät ole synonyymeja, mutta kuvaavat samaa ilmiötä (Glasberg 2007). Aiemmissä tutkimuksissa käsitteiden on nähty kuvaavan pääosin samaa ilmiötä, mutta hieman eri lähtökohdista käsin: esimerkiksi moraalisen ahdistuksen käsitteen voidaan nähdä lähestyvän aihetta psykologisesta näkökulmasta, omantunnon stressi kattaa puolestaan teologisen ja filosofisen näkökulman, moraalisen stressin kuvatessa ilmiötä enimmäkseen fysiologisista lähtökohdista käsin (Lützn & Kvist 2012). Saarnion ja kumppaneiden (2012) mukaan eri käsitteet kuvaavat nimestä riippumatta ennen kaikkea tapaa, jolla hoitajat reagoivat työssä kohdattaviin eettisiin haasteisiin.

Yksinkertaisin ilmiötä kuvaava käsite on eettisen stressin käsite, joka voidaan määritellä eettisistä ongelmista tai dilemmoista aiheutuvaksi stressiksi (Raines 2000). Moraalisen stressin käsitteen on puolestaan määritelty kuvaavan stressiä, jota koetaan päätöksentekotilanteissa, joihin liittyy keskenään ristiriitaisia eettisiä periaatteita, ja joissa päätöksentekijällä on vaikeuksia päättää oikeasta toimintatavasta (Zuzelo 2007). Sen sijaan yleisin eettisistä haasteista aiheutuva kuormitusta kuvaava termi on alun perin Jametonin (1984) määrittelemä moraalisen ahdistuksen käsite (moral distress), jossa moraalisen ahdistuksen kuvailaan olevan kärsimystä aiheuttava psykologisen epätasapainon tila, joka syntyy, kun henkilö on institutionaalisista rajoitteista johtuen kyvytön toimimaan sen mukaan, minkä hän kokisi oikeaksi toimintatavaksi. Alkuperäisessä moraalisen ahdistuksen käsitteessä nähdään, että hoitohenkilökunnan moraalista päätöksentekoa rajoittajat tekijät eivät ole yksilöiden hallinnassa, vaan rakenteissa, jotka muokkaavat hoitohenkilökunnan työtä (Pauly ym. 2012), ja siksi moraalinen ahdistus aiheutuu tilanteissa, jossa henkilö tietäisi oikean toimintatavan, mutta ei ulkoisten tekijöiden vuoksi voi toimia parhaaksi katsomallaan tavalla. Alkuperäinen Jametonin (1984) moraalisen ahdistuksen käsite jättää huomioimatta henkilön omista eettisistä valinnoista seuraavan moraalisen ahdistuksen (Rainer ym. 2018), ja käsitettä onkin myöhemmin laajennettu. Kälvemerk ja kumppanit (2004) laajensivat Jametonin (1984) alkuperäistä käsitettä määritellen moraalisen ahdistuksen olevan stressiä, joka johtuu siitä, että eettisen tilanteen arvioinnissa terveydenhuollon ammattilainen kokee olevan kykenemätön säilyttämään kaikki vaakalaudalla olevat arvot ja edut (Kälvemerk ym. 2004). Tämä määritelmä huomioi paremmin sekä sisäiset että rakenteelliset moraalisen ahdistuksen aiheuttajat, laajentaen moraalisen ahdistuksen käsitettä kattamaan kaikenlaisista eettisistä haasteista aiheutuvan stressin (Kälvemerk ym. 2004). Myös McCarthy ja Deady (2008) tarkastelevat moraalista ahdistusta laajasta näkökulmasta, määritellen moraalisen ahdistuksen olevan kattokäsite, joka kattaa erilaisia moraalista ahdistusta aiheuttavia tilanteita. Tämän näkökulman mukaan moraalista ahdistusta voi esiintyä sekä silloin, kun yksikö tietää miten toimiminen on oikein, mutta ei pysty toimimaan sen mukaan, tai silloin, kun yksikö toimii tavalla, jonka uskoo olevan moraalisesti väärin (McCarthy & Deady 2008). Yksilöt siis tekevät arvioita moraalisesti oikeista toimintavaroista, ja kokevat ahdistusta, jos eivät

pysty toteuttamaan oikeaksi arvioimaansa tapaa sisäisten (esim. päättäväisyyden puute tai pelko) tai ulkoisten rajoitusten (esim. resurssien puute, hierarkkinen päätöksenteko) vuoksi (McCarthy & Deady 2008). Neljäs ilmiön kuvaamisen käytetty termi on omantunnon stressin käsite, jolla tässä tutkimuksessa kuvataan eettisistä haasteista aiheutuvaa stressiä. Omantunnon stressillä tarkoitetaan stressiä, joka syntyy silloin, kun henkilö joutuu toimimaan vastoin omia, sisäistettyjä eettisiä arvojaan (Glasberg ym. 2006). Omantunnolla viitataan puolestaan sisäiseen ”omantunnon ääneen”, moraalisten arvojen joukkoon, joka ohjaa ihmisten toimintaa (Dahlqvist, Eriksson, Glasberg, Lindahl, Lützén, Strandberg, Söderberg, Sørli & Norberg 2007; Glasberg ym. 2006). Glasbergin ja kumppaneiden (2006) mukaan omantunnon stressi on tulosta stressaavien tilanteiden esiintymisten määrästä ja terveydenhuollon työntekijöiden itsearvioimasta omantunnon levottomuudesta. Omantunnon stressiä saattaa esiintyä esimerkiksi silloin, kun yksilöt kokevat, että he eivät ole pystyneet tekemään työtään niin hyvin kuin kuuluisi, kun he eivät tiedä, miten heidän kuuluisi toimia, tai silloin, kun he ovat tehneet virheen, joka aiheuttaa omantunnon stressiä (Juthberg ym. 2007). Esimerkiksi hoitohenkilökunnan jäsenet voivat siis kokea niin sanottua ”huonoa omantuntoa”, kun he joutuvat toimimaan vastoin omia, integroituneita eettisiä arvojaan (Saarnio ym. 2012).

Eettisistä haasteista aiheutuvaa stressiä kuvaavat käsitteet ja käsitteiden määritelmät on koottu yhteen taulukossa 1. Kuten voidaan havaita, eri käsitteet kuvaavat pääosin samaa ilmiötä eli eettisistä haasteista aiheutuvaa stressiä, hieman toisista poikkeaviin lähtökohtiin ja käsitteistöön perustuen: kaikille määritelmille yhteistä on se, että käsitteet kuvaavat stressiä, jonka aiheuttajana on jonkinlainen eettinen haaste. Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on tarkastella sekä hoitohenkilökunnan kokemien eettisesti haastavien tilanteiden määrää, että näiden tilanteiden aiheuttaman stressin voimakkuutta. Siksi tutkimuksessa päädyttiin käyttämään useiden ilmiötä kuvaavien käsitteiden joukosta omantunnon stressin käsitettä, käsitteen huomioidessa sekä eettisesti haastavien tilanteiden yleisyyden (kuinka usein työntekijä kohtaa eettisesti haastavia tilanteita), että näiden tilanteiden aiheuttaman stressin voimakkuuden (Glasberg ym. 2006). Lisäksi omantunnon stressin käsite kattaa stressin aiheuttajana sekä ulkoiset vaatimukset ja rajoitteet (esim. hoitajamitoituksesta aiheutuva ajanpuute) (Glasberg ym. 2006) että sisäiset tekijät (esim. itsevalitusta toiminnasta tai laiminlyönneistä johtuvan omantunnon levottomuuden) (Glasberg 2007), kuvaten kattavasti ilmiön eri ulottuvuuksia. Omantunnon stressin käsitteen voidaan nähdä eroavan muista ilmiöistä kuvaavista käsitteistä erityisesti siksi, että muut käsitteet keskittyvät kuvaamaan pääosin erilaisista eettisistä ristiriitatilanteista ja niihin kohdistuvaa puntarointia oikean ja väärän toimintatavan välillä, kun taas omantunnon stressin käsite ei rajoitu pelkästään hoitajien kykyyn tai kyvyttömyyteen toimia eettisesti oikealla tavalla (Jokwiro, Wilson & Bish 2021). Omantunnon tunnon stressin kokemus ei siis liity pelkästään tilanteisiin, joissa hoitajan tulee puntaroida eettisesti oikeiden tai väärin toimintatapojen välillä, vaan laajemmin tilanteisiin, joissa hoitaja havaitsee joutuvansa työssään joustamaan tai neuvottelemaan hoitotyössä oikeaksi kokemistaan eettisistä arvoista (Jokwiro ym. 2021).

TAULUKKO 1 Eettisten haasteiden aiheuttamaa stressiä kuvaavat käsitteet ja käsitteiden määritelmät.

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Moraalinen ahdistus (Moral distress)</p> <p>Kärsimystä aiheuttava psykologisen epätasapainon tila, joka syntyy, kun henkilö on institutionaalista rajoitteista johtuen kyvyttö toimimaan sen mukaan minkä kokisi oikeaksi (Jameton 1984).</p> <p>Stressiä, joka johtuu siitä, että eettisen tilanteen arvioinnissa terveydenhuollon ammattilainen kokee olevan kykenemätön säilyttämään kaikki vaakalaudalla olevat arvot ja edut (Kälvemark ym. 2004).</p> | <p>Omantunnon stressi (Stress of Conscience)</p> <p>Stressiä, joka syntyy, kun henkilö joutuu toimimaan vastoin omia, sisäistettyjä eettisiä arvojaan (Glasberg ym. 2006).</p> <p>Omantunnon stressi on tulos stressaavien tilanteiden esiintymistiheydestä ja terveydenhuollon henkilöstön itsearvioimasta omantunnon levottomuudesta (Glasberg ym. 2006).</p> |
| <p>Moraalinen stressi (Moral stress)</p> <p>Stressiä, jota koetaan ristiriitaisia eettisiä periaatteita sisältävässä päätöksentekotilanteessa (Zuzelo 2007).</p> | <p>Eettinen stressi (Ethical stress)</p> <p>Eettisistä ongelmista tai dilemmoista aiheutuvaa stressiä (Ranes 2000).</p> |

2.3 Omantunnon stressi hoitotyössä

2.3.1 Omatunto ja omantunnon stressi

Glasbergin ja kumppaneiden (2006) mukaan omatunto edustaa rajoja, joita ihmiset eivät voi ylittää ilman seurauksia mielenrauhalle ja moraalille koskemattomuudelle. Näin ollen omantunnon voidaan nähdä olevan yksilöiden tietoisuutta siitä, onko heidän toimintansa oikein vai väärin, sekä ymmärrystä siitä, miten yksilöiden tulisi toimia tai olla toimimatta tietyissä tilanteissa (Glasberg ym. 2006). Omatunto voidaan määritellä ilmiöksi, joka auttaa yksilöitä soveltamaan eettisiä periaatteita konkreettisiin tilanteisiin (Glasberg ym. 2006), ja hoitotyön kontekstissa omatunto voidaan nähdä eräänlaisena oppaana hyvän työn tekemiseen (Juthberg ym. 2007). Tutkimuksissa, joissa on tarkasteltu terveydenhuollon henkilöstön käsityksiä omatunnosta, omatunto on käsitetty esimerkiksi auktoriteetiksi, jonka mukaan työntekijän tulisi työssään toimia, tai varoitussignaaliksi, joka varoittaa työntekijää vahingoittamasta itseään tai muita (Dahlqvist ym. 2007; Saarnio, Sarvimäki, Laukkala & Isola 2013). Toisaalta liian ankara omatunto voidaan nähdä myös taakkana, joka on turrutettava, jotta työtä terveydenhuollon parissa voidaan jatkaa (Juthberg ym. 2007).

Yksilön omatunto olla ristiriidassa esimerkiksi yhteiskunnan arvojen, normien ja käytäntöjen kanssa (Glasberg ym. 2007). Terveystenhoollissa omantunnon ristiriidat liittyvät usein tilanteisiin, joissa hoitohenkilökunnan jäsenet kokevat velvollisuudekseen tarjota hyvää hoitoa potilaille, mutta erilaisista sisäisistä tai ulkoisista rajoitteista johtuen eivät kykene turvaamaan potilaiden hyvää hoitoa (Glasberg ym. 2007). Tällaisissa tilanteissa hoitajat kokevat omantunnon levottomuutta ja siitä aiheutuvaa omantunnon stressiä. Omantunnon stressi ilmenee ristiriitojen, syyllisyyden ja häpeän tunteita silloin, kun henkilö uskoo tekonsa olevan väärä tai paha (Glasberg ym. 2006).

Omantunnon stressin käsite liittyy pohjautuu Lazaruksen ja Folkmanin transaktionaaliseen stressiteoriaan (Glasberg ym. 2006). Transaktionaalisen stressiteorian mukaan stressi on tulosta yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksessa esiintyvistä ristiriidoista (Lazarus & Folkman 1984, 21). Työssään hoitajat tasapainoilevat omien, sisäistettyjen eettisten arvojensa, sekä ulkoisten, esimerkiksi organisaation, työtovereiden ja potilaiden asettamien vaatimusten välillä (Glasberg ym. 2007). Hoitajien kokeman omantunnon stressin nähdään muodostuvan tilanteissa, joissa hoitajat kohtaavat ristiriitoja erilaisten sisäisten ja ulkoisten vaatimusten välillä (Glasberg ym. 2006). Hoitajien kokema omantunnon stressi voi liittyä esimerkiksi tilanteisiin, joissa hoitaja kokee velvollisuudekseen tarjota potilaalleen hyvää hoitoa, mutta ei ympäristön rajoitteista (esim. ajanpuute, resursien riittämättömyys) johtuen kykene tätä velvollisuutta täyttämään. Tämän ristiriidan tuloksena hoitaja kokee omantunnon stressiä. Toisaalta omantunnon stressi voi liittyä myös itseaiheutettuun toimintaan tai laiminlyönteihin: keskeistä on yksilön kokemus siitä, että on toiminut vastoin omaa omatuntonsa ääntä (Glasberg 2007).

Terveystenhoollon ja hoitotyön työpaikoissa esiintyy runsaasti erilaisia ristiriitoja aiheuttavia stressitekijöitä, ja omantunnon stressin käsite ja sen mittaamiseen kehitetty SCQ-mittaristo (Stress of Conscience Questionnaire) perustuvatkin tutkimuksiin terveystenhoollon työntekijöiden kohtaamista eettisistä haasteista (Glasberg ym. 2006). Glasberg ja kumppanit (2006) kokoavat artikkelissaan yhteen omantunnon stressiä aiheuttavia, terveystenhoollissa esiintyviä eettisiä haasteita: terveystenhoollon työntekijöiden kohtaamien eettisesti haastavien tilanteiden on havaittu liittyvän esimerkiksi kyvyttömyyteen tarjota potilaille heidän tarvitsemaansa hoitoa ajanpuutteen vuoksi, kokemukseen siitä, että hoitajat joutuvat antamaan potilaille hoitoa, joka tuntuu väärältä, ristiriitaisten vaatimusten kohtaamiseen, potilaiden tai potilaiden perheenjäsenten välttelyyn, kokemukseen siitä, että hoitotyö on niin vaativaa, että hoitajilla ei riitä energiaa perheelleen, kyvyttömyyteen vastata muiden odotuksille hoitotyötä kohtaan sekä hoitajan pyrkimykseen laskea hyvälle hoidolle asettamia vaatimuksia (Glasberg ym. 2006). Näiden havaintojen pohjalle Glasberg ja kumppanit (2006) rakensivat omantunnon stressin mittaamiseen tarkoitetun Stress of Conscience Questionnaire (SCQ) - mittariston.

2.3.2 Omantunnon stressin syyt ja seuraukset

Suomessa toteutetussa, iäkkäiden potilaiden hoitolaitoksissa työskenteleviä hoitajia tarkastelevassa tutkimuksessa havaittiin, että voimakkaimmin omantunnon stressiä hoitajille aiheutti kokemus siitä, että heillä ei ole tarpeeksi aikaa tarjota iäkkäille potilaille hoitoa, jota potilas hoitajan mielestä tarvitsi (Saarnio ym. 2012). Saman tutkimuksen mukaan suomalaiset hoitajat kokivat voimakasta omantunnon stressiä kokiessaan työnsä niin vaativaksi, että heillä ei ollut jäljellä voimia omaa perhettään varten (Saarnio ym. 2012). Saarnion ja kumppaneiden (2012) havainto hoitajien ajanpuutteesta oli yhtenäinen Glasbergin ja kumppaneiden (2006) sekä Juthberg, Erikssonin, Norbergin ja Sundin (2008) tutkimusten kanssa, joissa ajanpuutteen havaittiin olevan merkittävin omantunnon stressin voimakkuuteen vaikuttava tekijä. Eettisesti haastavien tilanteiden määrän suhteen useissa tutkimuksissa on havaittu, että määrällisesti eniten hoitajat kohtaavat tilanteita, joissa he ovat ajanpuutteesta johtuen kyvyttömiä tarjoamaan potilaille heidän kaipaamaansa hoitoa, sekä tilanteita, joissa hoitajat kohtaavat työssään ristiriitaisia vaatimuksia (Glasberg ym. 2006; Juthberg ym. 2008; Saarnio ym. 2012). Toisessa suomalaisia hoitohenkilökunnan jäseniä tarkastelevassa tutkimuksessa havaittiin omantunnon stressin olevan yhteydessä sairaalaorganisaatiossa tapahtuvaan työn tehostumiseen (Heikkilä ym. 2021). Ruotsalaisia psykiatristen potilaiden parissa työskenteleviä hoitajia tarkastelleessa tutkimuksessa puolestaan havaittiin, että potilaiden vihainen ja aggressiivinen käytös oli yhteydessä hoitajien kokemaan omantunnon stressiin (Tuvešson, Eklund, Wann-Hansson 2012). Kiinalaisia terveydenhuollon työntekijöitä tarkastelevan tutkimuksen mukaan terveydenhuollon ammattilaisten omantunnon stressin kokemusta selitti kollegoiden kokema omantunnon stressi (Zhang, Wang, Liu & Chan 2013). Myös esihenkilön tuen puutteen ja työntekijän alhaisen resilienssin on havaittu olevan yhteydessä omantunnon stressiin (Glasberg, Eriksson & Norberg 2008). Glasbergin ja kumppaneiden (2008) mukaan omantunnon stressiä vaikuttaa esiintyvän erityisesti sellaisilla työntekijöillä, jotka eivät pysty seuraamaan omatuntoaan työssään, ja jotka kokevat joutuvansa tukahduttamaan omatuntonsa jatkaakseen terveydenhuollossa työskentelyä.

Omantunnon stressin seurauksien suhteen aiempi kirjallisuus on keskittynyt tarkastelemaan lähinnä omantunnon stressin yhteyksiä työuupumukseen, ja lukuisat tutkimukset ovatkin havainneet omantunnon stressin olevan yhteydessä terveydenhuollon työntekijöiden työuupumukseen (Glasberg ym. 2007; Juthberg ym. 2008; Åhlin, Ericson-Lidman, Norberg & Strandberg 2015). Omantunnon stressin lähikäsitteiden, kuten moraalisen ahdistuksen seurauksista löytyy sen sijaan laajemmin tutkimusta. Esimerkiksi Corleyn (2002) malli moraalisen ahdistuksen seurauksista kokoaa yhteen tutkimustuloksia moraalisen ahdistuksen seurauksista, havainnollistaen hoitohenkilökunnan moraalisen ahdistuksen seurauksia niin potilaiden, hoitajien kuin organisaationkin suhteen. Mallin mukaan moraalista ahdistusta kokevat hoitajat voivat vältellä moraalista ahdistusta aiheuttavia potilaita ja olla haluttomia hoitamaan tällaisten potilaiden asiota, mikä johtaa potilaiden pahoinvointiin ja kärsimykseen (Corley 2002).

Organisaation tasolla hoitajien moraalinen ahdistus voi näyttäytyä hoitajien korkeana vaihtuvuutena, hoidon laadun laskemisena sekä alentuneena potilastytyväisyytenä, hoitajien kohdalla puolestaan korkeampana työuupumuksena, irtisanoutumisina ja ammatinvaihtoina (Corley 2002).

Omantunnon stressin seurauksista ei siis löydy kovinkaan paljon aiempaa tutkimusta: tässä tutkimuksessa hoitajien omantunnon stressin tarkastelua laajennetaan koskemaan omantunnon stressin ja alanvaihtoaikoiden välistä yhteyttä. Tutkimuksessa tarkastellaan erikseen sekä eettisesti haastavien tilanteiden määrää, että näiden tilanteiden aiheuttaman omantunnon stressin voimakkuutta. Hoitotyössä omantunnon stressiä aiheuttavien eettisesti haastavien tilanteiden esiintyvyyttä tarkastellaan tutkimuksessa seitsemän ulottuvuuden avulla. Kyseiset ulottuvuudet pohjautuvat Glasbergin (2006) ja kumppaneiden näkemyksiin hoitotyössä esiintyvistä, omantunnon stressiä aiheuttavista eettisistä haasteista. Tässä tutkimuksessa tarkasteltavat eettisten haasteiden ulottuvuudet on esitelty taulukossa 2.

Hoitotyössä kohdattavien eettisesti haastavien tilanteiden voidaan nähdä liittyvän sekä sisäisiin, että ulkoisiin vaatimuksiin (Glasberg ym. 2006; Åhlin, Ericson-Lindman, Norberg & Strandberg 2012). Tässä tutkimuksessa ulkoisiin vaatimuksiin pohjautuvia hoitotyön eettisiä haasteita edustustavat hoitajan kokemus ristiriitaisten vaatimusten kohtaamisesta sekä siitä, että hoitaja ei kykene täyttämään niitä odotuksia, joita muut asettavat hänen työtään kohtaan. Sisäisistä tekijöistä aiheutuvia hoitotyön eettisiä haasteita edustavat puolestaan tilanteet, joissa hoitaja kokee joutuvansa tekemään työssään vääraltä tuntuvia asioita, näkemään kun hoidon kohteena olevia henkilöitä loukataan tai vahingoitetaan, laskemaan hyvälle hoidolle asettamia vaatimuksia tai välttelemään tuen tarpeessa olevia henkilöitä. Lisäksi tässä tutkimuksessa tarkastellaan useissa aiemmissä tutkimuksissa (Glasberg ym. 2006; Juthberg ym. 2008; Saarnio ym. 2012) merkittäväksi omantunnon stressiä aiheuttavaksi tekijäksi osoittautunutta ajanpuutetta, eli hoitajan kokemusta siitä, että hän ei ajanpuutteen vuoksi kykene kohteilemaan potilaita siten, kun heitä hoitajan mielestä tulisi kohdella. Ajanpuute on aiemmissä tutkimuksissa nähty haasteeksi, joka johtuu sekä sisäisistä että ulkoisista tekijöistä: ajanpuutteen voidaan nähdä johtuvan sekä yksilön työs-kentelytahdistista, että organisaation asettamista, liian suurista vaatimuksista (Glasberg ym. 2006).

TAULUKKO 2 Tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena olevat hoitotyön eettiset haasteet (Glasberg ym. 2006; Åhlin ym. 2012).

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sisäisistä vaatimuksista aiheutuvat eettiset haasteet: | Ulkoisista rajoitteista & vaatimuksista aiheutuvat eettiset haasteet: |
| Hoitaja joutuu tekemään työssään vääraltä tuntuvia asioita. | Hoitaja kohtaa työssään ristiriitaisia vaatimuksia (esim. potilaiden ja perheiden, kollegoiden tai organisaation taholta). |
| Hoitaja joutuu näkemään, kun työn kohteena olevaa ihmistä loukataan tai vahingoitetaan. | Hoitaja kokee olevansa kyvytön vastaamaan niihin vaatimuksiin, joita muut asettavat hänen työpanokselleen (esim. potilaat ja perheet, kollegat tai organisaatio). |
| Hoitaja välttelee työssään tukea tarvitsevaa ihmistä. | Hoitaja ei ajanpuutteen vuoksi kykene kohtelemaan työn kohteena olevia henkilöitä niin, kuin heitä hänen mielestään tulisi kohdella. |
| Hoitaja joutuu laskemaan hyvälle työlle asettamiaan vaatimuksia. | |

2.4 Hoitoalan alanvaihtoaikeet

2.4.1 Työntekijöiden vapaaehtoinen vaihtuvuus

Alanvaihtoaikeilla (intention to leave the profession) viitataan kognitiivisesti harkittuun prosessiin, jossa työntekijä harkitsee vapaaehtoisesti jättävänsä nykyisen ammattinsa (Flinkman 2014). Tässä tutkimuksessa alanvaihtoaikeilla tarkoitetaan hoitohenkilökunnan harkitsemaa, vapaaehtoista aikomusta lähteä pois hoitotyöstä, ja siirtyä työskentelemään jossakin toisessa ammatissa (Flinkman 2014; Helander ym. 2019). Englannin kielessä työntekijöiden vapaaehtoista irtisanoutumista eli työntekijöiden vapaaehtoista vaihtuvuutta voidaan kuvata *turnover*-käsitteellä (Hom & Griffeth 1995). Aiemmissä tutkimuksissa työntekijöiden vapaaehtoisesta vaihtuvuudesta on esitetty aiheuttavan organisaatioille taloudellisia menetyksiä, jotka liittyvät esimerkiksi korvaavien työntekijöiden rekrytointikustannuksiin ja kouluttamiseen, sekä sosiaalisia menetyksiä, jotka liittyvät esimerkiksi sosiaalisen pääoman ja lähtevien työntekijöiden mukana katoavan hiljaisen tiedon menettämiseen (ks. meta-analyysi Rubenstein, Eberly, Lee & Mitchell 2018). Lisäksi vaihtuvuuden on havaittu heikentävän sekä organisaatioiden taloudellista suorituskykyä, että vaikuttavan organisaation kilpailuetuun organisaation kokiessa menetyksiä inhimillisessä ja sosiaalisessa pääomassa työntekijöiden siirtyessä töihin kilpaileville työnantajille (ks. katsaus Hom, Leen, Shaw ja Hausknecht 2017). Terveystieteiden organisaatioissa työntekijöiden

vaihtuvuus näyttäytyy ammattitaitoisen ja asiantuntevan henkilöstön menetyksinä, mikä puolestaan voi johtaa tietotaidon katoamiseen, työmoraalin laskemiseen, hoidon saatavuuden ja laadun laskemiseen sekä taloudellisiin kustannuksiin, jotka johtuvat esimerkiksi uuden työvoiman rekrytoinnista, väliaikaisten sijaisten palkkaamisesta sekä perehdytys- ja koulutuskustannuksista (ks. katsaus Buchan 2010). Lisäksi hoitajien vaihtuvuudesta aiheutuvien kustannusten on havaittu liittyvän työsuhteen alussa esiintyvään alentuneeseen tuottavuuteen (O'Brien-Pallas, Griffin, Shamian, Buchan, Duffield, Hughes, Laschinger, North & Stone 2006). Toisaalta vaihtuvuuden seurauksena organisaatio voi saavuttaa myös joitakin hyötyjä, jotka liittyvät esimerkiksi uuden henkilöstön mukanaan tuomaan uuteen tietotaitoon ja innostukseen, organisaation joustavuuden lisääntymiseen uusien osaajien avulla sekä siihen, että vaihtuvuuden kautta organisaatiosta saattaa lähteä sellaista työvoimaa, joka muuten osoittaisi vetäytymiskäyttäytymistä esimerkiksi työpoissaolojen kautta (Buchan 2010). Suuressa mittakaavassa tarpeettomaan vaihtuvuuteen liittyy kuitenkin negatiivisia vaikutuksia, jotka heijastuvat organisaation tehokkuuteen, kustannuksiin, hoidon laatuun ja potilaisiin: vaihtuvuuden vähentämisen avulla terveydenhuollon organisaatiot voivat pyrkiä vähentämään kustannuksia, sekä parantamaan organisaatioiden tuottavuutta ja hoitotuloksia (Buchan 2010). Hoitotyön kontekstissa hoitohenkilökunnan vaihtuvuuden, erityisesti alanvaihdon voidaan nähdä vaikuttavan organisaatioille aiheutuvien haasteiden lisäksi myös laajemmalla tasolla, hoitohenkilökunnan alanvaihdon ollessa maailmanlaajuinen ongelma, joka pahentaa puola hoitotyövoimasta (Parry 2008) ja vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin, tehokkuuteen ja laatuun (Buchan 2010; Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä 2010). Samanaikaisesti hoitotyössä esiintyvän alanvaihdon kanssa maailman väestön ikääntyminen ja ikääntyvän hoitotyövoiman eläköityminen aiheuttaa kasvavaa tarvetta hoitotyön osaajille (Moloney ym. 2018; Takase 2010). Maailmanlaajuinen hoitajapula ja tarve hoitohenkilökunnan vaihtuvuuden vähentämiseen ovat suunnanneet kiinnostuksen sen tutkimiseen, miksi ja miten hoitohenkilökunta päätyy jättämään työnsä tai lähtemään ammatistaan (Takase 2010).

Työntekijöiden vapaaehtoisesta vaihtuvuudesta löytyy runsaasti aiempaa tutkimusta sekä yleisellä tasolla, että hoitotyön kontekstista. Aiemmat työntekijöiden vapaaehtoisista vaihtuvuutta tarkastelevat tutkimukset ovat pyrkineet selittämään todellista vaihtuvuutta esimerkiksi erilaisilla työntekijöiden henkilökohtaisiin ominaisuuksiin liittyvillä tekijöillä (esim. ikä, sukupuoli, koulustausta ja työntekijän persoonallisuuden piirteet) työn ominaisuuksilla (esim. työtehtävien monipuolisuus, työturvallisuus, etenemismahdollisuudet ja palkkaus), työhön liittyvillä asenteilla (esim. työttyytyväisyys ja organisaatioon sitoutuminen), työhön liittyvillä kuormitustekijöillä (esim. työkuormitus, stressi ja työuupumus), työntekijän muuhun elämään liittyvillä olosuhteilla (esim. työn ja perhe-elämän tasapaino), organisaatioon liittyvillä tekijöillä (esim. organisaation koko, työilmapiiri ja johdon toiminta), ulkoisilla tekijöillä (esim. työmarkkinatilanne) sekä vetäytymisaikomoiksilla (esim. alan tai ammatinvaihtoaikheet) (ks. katsaukset Chan, Tam, Lung, Wong & Chau 2013; Flinkman, Kilpi & Salanterä 2010; Griffeth, Hom & Gaertner 2000; Hayes ym. 2012; Hom ym. 2017; Rubenstein

ym. 2018). Työntekijöiden lähtöaikomusten on havaittu korreloivan vahvasti todellisen vaihtuvuuden kanssa sekä yleisellä tasolla (Rubenstein ym. 2018; Grif-feth ym. 2000), että hoitotyön kontekstissa (Estryn-Béhar ym. 2010; Hayes ym. 2012; Takase 2010). Rubenstein ja kumppanit (2018) kuitenkin painottavat, että huolimatta lähtöaikomusten ja todellisen vaihtuvuuden välisestä vahvasta yhteydestä, eivät vaihtoaikheet aina johda todelliseen irtisanoutumiseen, ja siksi aiheesta onkin varottava tekemästä liian yksinkertaisia johtopäätöksiä. Tässä pro gradu-tutkielmassa keskitytäänkin tarkastelemaan hoitajien alanvaihtoaikomuksia, hoitajien todellisen vaihtuvuuden jäädessä tarkastelun ulkopuolelle.

2.4.2 Alanvaihtoaikheet hoitoalalla

Hoitajien vaihtoaikomusten (turnover intention) on esitetty olevan monivaiheinen prosessi, jossa hoitajat lähtevät vapaaehtoisesti työpaikastaan tai ammatistaan, ja jonka käynnistäjänä toimivat työntekijän negatiiviset psykologiset reaktiot sisäiseen tai ulkoiseen työympäristöön (Takase 2010). Takasen (2010) kehittämän, hoitajien vaihtoaikomuksia havainnollistavan mallin mukaan työntekijän negatiivinen reagointi ulkoista tai sisäistä työympäristöä kohtaan kehittyy kognitiiviseksi vetäytymiskäyttäytymiseksi, joka lopulta voi johtaa työntekijöiden todelliseen vaihtuvuuteen. Takasen (2010) malli hoitoalalla esiintyvistä vaihtoaikomuksista perustuu aiempaan tutkimuskirjallisuuteen tekijöistä, joiden on havaittu olevan yhteydessä työntekijöiden vaihtoaikomuksiin. Mallin mukaan vaihtoaikomuksiin vaikuttavat tekijät voidaan jaotella organisatorisiin tekijöihin, työhön liittyviin tekijöihin, työntekijän ominaisuuksiin ja ulkoisiin tekijöihin (Takase 2010). Organisatoriset tekijät kattavat esimerkiksi organisaation ominaisuudet, organisaation kulttuurin ja ilmapiirin (esim. eettinen ilmapiiri, organisaation tarjoama tuki, organisaatiokulttuuri ja työntekijöiden tasa-arvo) sekä ihmissuhteet organisaatiossa (esim. suhteet esimiehiin ja kollegoihin) (Takase 2010). Työhön liittyvät tekijät liittyvät puolestaan työssä koettuun roolistressiin (esim. työroolien epäselvyydet), työmäärään (esim. liian suuri työkuorma), taloudellisiin palkkioihin (työstä maksettava korvaus ja muut edut), työoloihin (esim. vuoro-työssä toimiminen tai vaaralliset työolosuhteet) sekä työntekijöiden itsemääräämisoikeuteen (Takase 2010). Työntekijän ominaisuudet kattavat työntekijän demografiset ominaisuudet (esim. työntekijät sukupuoli, ikä, koulutustausta, työsuhteen laatu, työkokemus) sekä työntekijän käyttäytymiseen ja asenteisiin liittyvät tekijät (esim. työtyytyväisyys, organisaatioon sitoutuminen, suorituskyky, koettu työuupumus) (Takase 2010). Ulkoiset tekijät puolestaan liittyvät kokemukseen työn ja perhe-elämän tasapainosta (esim. työn ja perheen välillä ilmenevä ristiriita, tai työstä johtuva heikentynyt henkilökohtainen elämä) ja ulkoisiin työmarkkinoihin (esim. tarjoilla olevat vaihtoehtoiset työpaikat) (Takase 2010).

Takasen (2010) mallin mukaisesti vaihtoaikomukset voivat käynnistyä tilanteessa, jossa työntekijä tekee arvioita organisaationsa ja työnsä olosuhteita. Näihin arvoihin vaikuttavat sekä työntekijän ominaisuudet (demografiset tekijät sekä asenteisiin ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät) että ulkoiset tekijät (esim. valitseva työmarkkinatilanne) (Takase 2010). Mikäli työntekijän arvio omasta työympäristöstään on kielteinen, voi työntekijällä esiintyä erilaisia negatiivisia

psykologisia reaktioita, kuten turhautumista työtä kohtaan, työtyytymättömyyttä ja alhaista organisaatioon sitoutumista (Takase 2010). Mallissa negatiivisten psykologisten reaktioiden nähdään puolestaan johtavan kognitiiviseen vetäytymiskäyttäytymiseen, jota voi esiintyä eri tasoilla aina vaihtoaikomuksista päätöksentekoon ja varsinaiseen työn tai alanvaihdon suunnitteluun. Tässä vaiheessa työntekijä voi esimerkiksi etsiä vaihtoehtoisia työllistymismahdollisuuksia tai jopa hakea uutta työpaikkaa (Takase 2010). Toisinaan vetäytymiskäyttäytyminen voi näyttäytyä esimerkiksi alhaisesta sitoutumisesta johtuvana myöhästelynä tai poissaoloina. Takasen (2010) mallin mukaan vaihtoaikomusten prosessi päättyy lopulta siihen, kun työntekijä löytää vaihtoehtoisen työpaikan tai alan, ja päätyy lopullisesti toteuttamaan aikomuksensa vaihdosta. Toisaalta vaihtoaikkeitä voi esiintyä siitä huolimatta, että sopivaa vaihtoehtoa ei löydy: tällaisissa tilanteissa työntekijät voivat silti vetäytyä työstään psykologisella tasolla, ja jatkaa vaihtoaikomusten kehittämistä (Takase 2010).

Huomioitavaa on se, että työntekijöiden vaihtuvuutta kuvaavan *turnover*-käsitteen, kuten myös vaihtoaikomuksia kuvaamaan käytetyn *turnover intention*-käsitteen nähdään kuvaavan vaihtuvuutta ja vaihtoaikomuksia yleisellä tasolla, eikä käsitteissä oteta tarkemmin kantaa siihen, mihin vaihtoaikkeitä nähdään suuntautuvan. Laajasti määriteltynä hoitajien vapaaehtoisen vaihtuvuuden voidaan nähdä tapahtuvan kolmella eri tasolla: hoitajat voivat vaihtaa yksikköä organisaation sisällä, jolloin siirtymä tapahtuu esimerkiksi sairaalan sisällä osastolta toiselle, tai kokonaan organisaatiota, jolloin hoitaja jatkaa ammattinsa parissa työskentelyä uudessa organisaatiossa (Hinno, Partanen & Vehviläinen-Julkunen 2012). Kolmas vaihtuvuuden taso on alanvaihto, jolloin hoitaja jättää hoitajan ammatin, ja siirtyy työskentelemään kokonaan uudella alalla (Hinno ym. 2012). Myös vaihtoaikomusten voidaan nähdä ilmentyvän osaston, organisaation tai ammattialan tasolla (Hinno ym. 2012).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan osaston tai työpaikanvaihtoaikkeitä sijaan hoitajien alanvaihtoaikkeitä, eli tarkastelun kohteena ovat hoitajien aikomukset lähteä kokonaan pois hoitoalan työtehtävistä. Sairaanhoidtajien alanvaihtoaikkeitä on mallinnettu niin kutsutulla vetäymismallilla, jossa sairaanhoidtajien alanvaihdon on esitetty tapahtuvan ajassa etenevänä prosessina, jossa hoitajat saattavat jättää ensin osastonsa, sitten organisaation ja lopulta koko ammattinsa (Krausz, Koslowsky, Shalom & Elyakim 1995). Morrelin (2005) mukaan sairaanhoidtajien alanvaihto liittyy usein tilanteisiin, joissa hoitajat vetäytyvät asteittain työstään erilaisten taustatekijöiden, kuten lisääntyneen työmäärän, moraalisten haasteiden tai hoitotyössä vallitsevan henkilöstöpulan vuoksi. Toisinaan hoitajien alanvaihto voi liittyä erilaisiin työhön tai henkilökohtaiseen elämään liittyviin negatiivisiin tai positiivisiin shokkitapahtumiin (Morrell 2005). Positiivisia, odotettuja shokkitapahtumia edustavat usein hoitajien henkilökohtaisiin elämään liittyvät tilanteet, esimerkiksi perhetilanteen tai asuinpaikan muutokset, kun taas negatiivisten, odottamattomien shokkitapahtumien nähdään liittyvän yksittäisiin, työssä tapahtuviin järkyttäviin tapahtumiin (Morrell 2005).

2.4.3 Hoitajien alanvaihtoaikoiden taustalla olevat tekijät

Aiemmissä tutkimuksissa hoitajien alanvaihtoaikoiden on havaittu olevan yhteydessä esimerkiksi hoitajien uraan liittyviin rajallisiin kehitysmahdollisuuksiin (Estry-Béhar ym. 2007), liian suureen työkuormaan, puutteelliseen työtehtäviin perehdyttämiseen sekä kokemukseen siitä, että hoitajan ura oli toissijainen uravalinta (Flinkman & Salanterä 2015), alhaiseen työtyytyväisyyteen (Ma ym. 2009), kohtuuttomaksi koettuihin työn vaatimuksiin, palkkatyytymättömyyteen ja huonoihin työskentelyolosuhteisiin (Helander ym. 2019), työuupumukseen (Moloney ym. 2018), hoitajamitoituksen vajavaisuuteen (Burmeister, Kalisch, Xie, Doumit, Lee, Ferraresion & Bragadóttir 2019) sekä hoitotyössä ilmenevään ponnistelujen ja palkkioiden (esim. palkka, etenemismahdollisuudet ja arvostus) epätasapainoon (Li, Galatsch, Siegrist, Müller & Hasselhorn 2011). Aiemmissä tutkimuksissa myös hoitotyön eettisten haasteiden ja eettisistä haasteista aiheutuvan stressin on havaittu vaikuttavan hoitajien alanvaihtoaikoihin (katso esim. Dyo ym. 2016; Flinkman 2014; Flinkman & Salanterä 2015; Hognestad Haaland ym. 2021; Karakachian & Colbert 2019; Laurs ym. 2020; Ulrich ym. 2007). Sen sijaan organisaation sitoutumisen (Moloney ym. 2018) ja hoitajan ammattiin sitoutumisen (Asakura, Asakura, Satoh, Watanabe & Hara 2020), on havaittu pienentävän hoitajien alanvaihtoaikomuksia. Myös hoitajien kokemuksen resurssien riittävydestä ja johdon tuesta on havaittu korreloivan negatiivisesti aikomuksiin lähteä yksiköstä, organisaatiosta ja koko ammatista (Hinno ym. 2012).

Hoitajien demografisten tekijöiden yhteyttä työpaikan ja alanvaihtoaikoihin on tarkasteltu esimerkiksi iän, sukupuolen, koulutustaustan ja työaikaomudon suhteen. Lukuisat tutkimukset osoittavat hoitajien iän olevan yhteydessä sekä hoitajien vaihtoaikomuksiin, että todelliseen vaihtuvuuteen siten, nuorilla hoitajilla esiintyy enemmän sekä vaihtoaikomuksia, että todellista vaihtuvuutta (Barron & West 2005; Burmester ym. 2019; Ma ym. 2009; Tschannen, Kalisch & Lee 2010). Vaihtoaikomusten on havaittu olevan yhteydessä sukupuoleen siten, että mieshoitajilla esiintyy naishoitajia enemmän vaihtoaikomuksia (Barron & West 2005; Estry-Béhar ym. 2007; Hart 2005; Nooney ym. 2010). Koulutustaustan osalta on havaittu, että vaihtoaikomuksia esiintyy enemmän korkeasti koulutetuilla hoitajilla (Barron & West 2005; Delobelle, Rawlinson, Ntuli, Malatsi, Decock & Depoorter 2011; Estry-Béhar ym. 2007; Ma ym. 2009; Nooney ym. 2010; Sourdif 2004). Työaikoihin liittyen vuorotyön tekemisen ja ilt- sekä yövuoroissa työskentelyn on havaittu olevan yhteydessä hoitajien vaihtoaikomuksiin (Flinkman, Laine, Leino-Kilpi, Hasselhorn & Salanterä 2008; Ma ym. 2009; Mryaan 2005).

2.5 Resilienssi

2.5.1 Resilienssin käsite

Yksilöt reagoivat elämässä kohdattaviin kuormitustekijöihin hyvin eri tavoin: toiset vaikuttavat pärjäävän voimakkaastikin kuormittavista tilanteista ilman psyykkistä oireilua, kun taas toisille arkisetkin kuormitustekijät saattavat olla liikaa (Joutsenniemi & Lipponen 2015). Vaihtelua yksilöiden kyvyssä reagoida ja sopeutua elämän haastaviin tilanteisiin on pyritty selittämään resilienssin käsitteellä. Resilienssillä tarkoitetaan yksilön kykyä joustaa ja sopeutua stressaaviin tilanteisiin (Saari 2016).

Resilienssin käsitteelle ei ole olemassa yhtä, yleisesti hyväksyttyä tieteellistä määritelmää (Wald, Taylor, Asmundson, Jang & Stapleton 2006). Resilienssin ilmiötä tutkitaan useiden eri tieteenalojen, kuten psykologian, sosiologian ja biologian lähtökohdista käsin, joten määritelmät vaihtelevat niin eri tutkimusten kuin tieteenalojenkin välillä (Herrman, Stewart, Diaz-Granadon, Berger, Jackson & Yuen 2011). Eri tutkimusten ja tieteenalojen määritelmässä kuitenkin toistuvat yhteiset piirteet, joiden mukaan resilienssin nähdään liittyvän esimerkiksi kärsimystä seuraavaan kasvuun, mukautumiseen ja selviytymiseen sekä positiivisiin seurauksiin vastoinkäymisten kohtaamisen jälkeen (Wald ym. 2006). Yksinkertaisimmillaan resilienssi voidaankin määritellä positiiviseksi sopeutumiseksi tai kyvyksi ylläpitää ja palauttaa mielenrenteyttä koetuista vastoinkäymisistä huolimatta (Herrman ym. 2011).

Resilienssin käsitteelle ei myöskään ole täsmällistä suomenkielistä vastinetta. Englannin kielessä resilienssin termi kuvaa kykyä ponnahtaa takaisin vaikeuksista (Lipponen 2020). Suomenkielessä resilienssille läheisiä käsitteitä ovat esimerkiksi psyykinen sietokyky, kimmoisuus ja toipumiskyky (Joutsenniemi & Lipponen 2015). Vakiintuneen suomennoksen puutteen vuoksi tässä tutkimuksessa psyykkistä palautumiskykyä kuvataan alkuperäisellä resilienssin käsitteellä. Resilienssin käsitettä voidaan käyttää kuvaamaan niin yksilöiden, perheiden, systemien kuin organisaatioidenkin uudelleen suuntautumiskykyä kriisien ja haasteiden edessä (Poiijula 2020, 23). Tässä tutkimuksessa resilienssiä tarkastellaan yksilökeskeisestä näkökulmasta, eli kiinnostuksen kohteena on tarkastella hoitohenkilökunnan resilienssiä ja sitä, miten hoitajien resilienssi vaikuttaa alanvaihtoaikaisiin sekä suoraan, että omantunnon stressin osa-alueiden ja alanvaihtoaikaiden yhteyttä muuntaen. Toisaalta hoitajien resilienssiä tutkitaan tässä pro gradu-tutkielmassa työelämän kontekstissa. Tällöin esiin nousee näkökulma siitä, miten työntekijöiden resilienssi näyttäytyy organisaatioiden lähtökohdista käsin, ja miten hoitajien resilienssiin voidaan organisaation osalta vaikuttaa.

Keskeinen kysymys resilienssin tutkimisessa on se, miten jotkut yksilöt kykenevät selviytymään elämässä kohdatuista vastoinkäymisistä ilman fyysiseen tai henkiseen terveyteen kohdistuvia haittavaikutuksia (Herrman ym. 2011). Aiemmissa tutkimuksissa resilienssi on nähty esimerkiksi yksilön ominaisuutena, kykynä sopeutua ikäviin tapahtumiin tai positiivisena kasvuna

vastoinkäymisten kohtaamisen jälkeen (Britt, Shen, Sinclair, Grossman & Klieger 2016). Alkujaan resilienssin tutkimus keskittyi tarkastelemaan resilienssiä pelkästään synnynnäisenä ominaisuutena, eli kiinnostuksen kohteena oli tarkastella poikkeuksellisen resiliентtejä, vaikeuksista selviäviä yksilöitä ja näiden synnynnäisiä ominaisuuksia, kuten neurobiologisista pohjaa ja persoonallisuuden piirteitä (Pojjula 2020, 23). Myöhemmin käsitys resilienssistä on laajentunut, eikä resilienssiä tarkastella enää ainoastaan yksilön ominaisuutena tai persoonallisuuden piirteenä, vaan pikemminkin muuttuvana ja dynaamisena prosessina (Pojjula 2020, 31), johon vaikuttavat yksilön ominaisuudet, sosiaaliset suhteet ja ympäristön rakenteet (Joutsenniemi & Lipponen 2015). Resilienssi ei siis ole pysyvä persoonallisuuden piirre tai yksilön ominaisuus (Joutsenniemi & Lipponen 2015), vaan ajattelua, toimintaa ja käyttäytymistä, joita kaikilla on mahdollisuus oppia ja kehittää (Pojjula 2020, 21).

Resilienssin tutkimus on keskittynyt pääasiassa tarkastelemaan elämän suuria haasteita, kuten erilaisia traumaattisia tapahtumia tai menetyksiä, joita voivat olla esimerkiksi hengenvaaraan joutuminen tai läheisen ihmisen menettäminen (Bonanno 2004). Fletcherin ja Sarkarin (2013) kirjallisuuskatsauksen mukaan useissa tutkimuksissa vallitsee yhteisymmärrys siitä, että resilienssin ilmeneminen vaatii sekä vastoinkäymisten olemassaoloa, että positiivista sopeutumista. Tämän näkemyksen mukaan resilienssiä ei voi ilmetä ilman vastoinkäymisten kohtaamista. Vastakkaisen näkemyksen mukaan resilienssiä voi ilmentyä myös ilman suuria vastoinkäymisiä: esimerkiksi Näswall, Malinen, Kuntz ja Hodliffe (2019) esittävät, että työelämän kontekstissa ilmenevä työntekijöiden resilienssi ei vaadi esiintyäkseen kriisiä. Resilienssiä ilmenee myös arkipäiväisessä elämässä (Lipponen 2020). Arjen resilienssiä voidaan kuvata joustavaksi, ratkaisukeskeiseksi toiminnaksi, johon kuuluu muutosjoustavuutta, merkityksellisyyden kokemusta ja sosiaalista kyvykkyyttä (Lipponen 2020). Esimerkiksi aikapaine, kiire ja työssä kohdattavat yllättävät muutokset edustavat työn arjessa kohdattavia, työntekijöiden resilienssiä vaativia tekijöitä (Saari 2016).

Hoitohenkilökunta kohtaa omantunnon stressiä aiheuttavia eettisiä haasteita arkipäiväisessä hoitotyössään, ja usein myös hoitohenkilökunnan alanvaihto liittyy yksittäisten shokkitapahtumien sijaan tilanteisiin, joissa hoitajat vetäytyvät asteittain työstään erilaisten taustatekijöiden, kuten lisääntyneen työmäärän, moraalisten haasteiden tai hoitotyössä vallitsevan henkilöstöpulan vuoksi (Morrell 2005). Tässä tutkimuksessa hoitajien resilienssiä ei tarkastella suhteessa yksittäisiin kriiseihin tai traumaattisiin tilanteisiin, vaan hoitajien resilienssin nähdään toimivan eräänlaisena suojaavana tekijänä hoitotyössä kohdattavaa stressiä vastaan. Resilienssi ei siis estä stressiä aiheuttavien tapahtumien kohtaamista, mutta vaikuttaa siihen, miten stressiä aiheuttavista tilanteista selviydyttyään. Zautra, Hall jawarne Murray (2010, 4) määrittelevät resilienssin olevan kykyä sopeutua onnistuneesti vastoinkäymisiin. Tämä sopeutuminen tapahtuu ennen kaikkea kahden prosessin, eli toipumisen ja eteenpäin jatkamisen avulla (Zautra ym. 2010, 4). Toipuminen viittaa yksilön kykyyn palautua haasteista fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella tasolla, kun taas eteenpäin jatkamisen kyky on sananmukaisesti kykyä jatkaa eteenpäin koetuista vastoinkäymisistä

huolimatta (Zautra ym. 2010, 4). Myös Smith ja kumppanit (2008) korostavat toimimisen merkitystä määritellesään resilienssin kyvyksi palautua ja toipua stressistä. Tämän näkemyksen mukaista resilienssiä mittaamaan on kehitetty tässä pro gradu-tutkielmassa hyödynnettävä Brief Resilience Scale-mittaristo (BRS) (Smith ym. 2008).

2.5.2 Työntekijän resilienssi ja resilienssin tukeminen

Etenevässä määrin resilienssin tutkimus on siirtynyt koskemaan työntekijöiden ja organisaatioiden resilienssiä. Kuten alkuperäiselle resilienssin käsitteelle, myöskään työntekijöiden resilienssin käsitteelle ei ole löydetty yhtä, yleisesti hyväksyttyä määritelmää (Britt ym. 2016). Työntekijöiden resilienssi voidaan määritellä yksinkertaisimmillaan esimerkiksi kyvyksi, jonka avulla organisaatioiden työntekijät voivat sopeutua organisaation muuttuviin olosuhteisiin (Näswall ym. 2019). Työntekijät tarvitsevat resilienssiä selviytyäkseen sekä suurista, organisaatiota kohtaavista muutoksista, että päivittäisestä, työssä kohdattavasta stressistä (Warner & April 2012). Warner ja April (2012) määrittelevät organisaatioympäristössä ilmenevän työntekijän resilienssin kyvyksi pysyä tuottavana, tehtäväkeskeisenä ja organisaatioon missioon sitoutuneena myös haastavien aikojen keskellä. Kuntz, Näswall ja Malinen (2016) puolestaan näkevät työntekijöiden resilienssin ennen kaikkea kylynä, jossa työntekijät hyödyntävät tehokkaasti organisaation resursseja mukautuakseen ja menestyäkseen työssään myös haastavissa olosuhteissa. Toisin kuin useissa henkilökohtaisen resilienssin määritelmässä, työelämän kontekstissa esiintyvän resilienssin ei nähdä liittyvän ainoastaan vastoinikäymisiin, vaan resilienssiä voi ilmetä sekä vakaissa, että epäsuotuisissa olosuhteissa (Kuntz ym. 2016). Kokonaisuudessaan työntekijän resilienssin voidaan nähdä kuvaavan prosessia, jossa työntekijä kohtaa työssään haasteita, pyrkii selviytymään näistä haasteista ja samalla kehittää kykyään selviytyä myös tulevista haasteista (Saari 2016).

Käytännön työelämässä työntekijän resilienssi voi näyttäytyä esimerkiksi kylynä toipua työssä kohdattavasta epävarmuudesta, epäonnistumisista ja vastoinkäymisistä, ja toisaalta myös positiivisten tekijöiden, kuten lisääntyneen vastuun aiheuttamasta stressistä (Luthans & Youssef 2004). Yossefin ja Luthansan (2007) mukaan resilientit työntekijät kykenevät tunnistamaan ja ennakoimaan työssä kohdattavia epäsuotuisia olosuhteita, jolloin heille jää energiaa, aikaa ja resursseja palautua rasituksesta ja palata takaisin tasapainoon. Shatté ja kumppanit (2017) havaitsivat tutkimuksessaan työntekijöiden resilienssin toimivan suojaavana tekijänä haastavien työolosuhteiden (korkeat vaatimukset, vähäiset vaikutusmahdollisuudet työhön sekä matala tuki) aiheuttamia kielteisiä työhyvinvointivaikutuksia vastaan. Tutkimuksessa havaittiin, että voimakkaamman resilienssin omaavilla työntekijöillä esiintyi vähemmän työstressiä, työuupumusta, masennusta, uniongelmia, työn lopettamisaikomuksia, tuottavuuden heikkenemistä ja poissaoloja, sekä enemmän työtyytyväisyyttä, kun matalan resilienssin omaavilla työntekijöillä (Shatté ym. 2017). Myös muissa tutkimuksissa resilienssin on havaittu olevan yhteydessä työntekijöiden matalampaan työuupumukseen (Mealer ym. 2012) ja korkeampaan työhyvinvointiin (Kermott ym.

2019). Työntekijöiden resilienssiä tarkastelevan kirjallisuuskatsauksen mukaan resilienssi voi suorien vaikutusten lisäksi vaikuttaa työntekijöiden hyvinvointiin myös välillisesti: aiemmissa tutkimuksissa on havaittu resilienssin toimivan eräänlaisena moderaattorina, eli yhteyttä muuntavana tekijänä, jolloin resilienssin on havaittu vähentävän erilaisten työssä kohdattavien vaatimusten ja haitallisten kokemusten vaikutuksia työntekijöiden hyvinvointiin (Hartmann ym. 2020).

Organisaation selviytymisen ja tehokkuuden on esitetty olevan riippuvaista organisaation työntekijöiden resilienssistä (Näswall ym. 2019; Tonkin, Malinen, Näswall & Kuntz 2018). Työntekijöiden resilienssin on havaittu olevan yhteydessä esimerkiksi työntekijöiden työtyytyväisyyteen, organisaatioon sitoutumiseen sekä työssä koettuun onnellisuuteen (Näswall ym. 2019; Yussef & Luthans 2007). Lisäksi resilienssin on havaittu olevan suoraan yhteydessä vähäisempiin työpaikan- tai alanvaihtoaikomuksiin (Arnup & Bowles 2016; Dai ym. 2019; Eaves & Payne 2019). Työntekijöiden resilienssin voidaan siis nähdä tukevan organisaation hyvinvointia. Organisaatioiden kannalta kiinnostavaa onkin se, millaisilla keinoilla organisaatiot voivat tukea työntekijöidensä resilienssiä. Nykäsityksen mukaan resilienssi ei ole yksilön pysyvä tai muuttumaton ominaisuus, vaan pikemminkin ajattelua ja käyttäytymistä, jota jokaisella on mahdollisuus oppia ja kehittää (Poijula 2020, 21). Kuntz, Näswall ja Malinen (2016) korostavat työntekijän resilienssin olevan kyky, jota on mahdollista toteuttaa ja kehittää suosuisissa organisaatio-olosuhteissa. Organisaation ja työntekijöiden resilienssin voidaan nähdä ilmenevän vuorovaikutussuhteessa, jossa organisaatio toimii mahdollistajana työntekijöiden resilienssille, ja työntekijöiden resilienssi puolestaan tukee organisaation suorituskykyä (Näswall ym. 2019). Vuorovaikutusnäkemys korostaa organisaation resurssien merkitystä, sillä ne voivat suojella työntekijöitä työssä kohdattavilta vastoinikäymisiltä, auttaa työntekijöitä selviytymään työssä kohdattavista haasteista ja mahdollistaa työntekijöiden joustavan käyttäytymisen haasteiden edessä. Kyseisen näkemyksen mukaisesti työntekijän resilienssi vaatii toteutuakseen resilienssiä tukevan ja mahdollistavan organisaatioympäristön (Näswall ym. 2019). Organisaation toimesta työntekijöiden resilienssiä voidaan tukea esimerkiksi johtajuuden, työympäristön oppimiskulttuurin ja tukea tarjoavan työympäristön kautta (Kuntz ym. 2016). Erityisesti voimaannuttavan johtamistyylin on havaittu liittyvän työntekijöiden resilienssiin (Nguyen, Kuntz, Näswall & Malinen 2016). Voimaannuttavaan johtamistyyliin liittyvät esimerkiksi selkeästi ilmaistut tavoitteet ja odotukset sekä usko työntekijän pätevyyteen ja osaamiseen (Nguyen ym. 2016). Myös työntekijöiden ominaisuuksilla, kuten proaktiivisella persoonallisuudella ja optimismilla on esitetty olevan vaikutusta työntekijän resilienssiin (Nguyen ym. 2016). Työntekijöiden resilienssi näyttäisikin kehittyvän yksilöllisten, työntekijään liittyvien tekijöiden ja organisaatioon liittyvien kontekstuaalisten tekijöiden yhteysvaikutuksen tuloksena (Nguyen ym. 2016; Kuntz ym. 2016).

Näswall ja kumppanit (2019) esittävät, että erityisesti sellaiset organisaatiot, joiden työntekijöiden resilienssi on alhaista, voisivat hyötyä investoinneista esimerkiksi johtajuuden kehittämiseen ja oppimisympäristöjen uudelleen arvioitiin

työntekijöiden resilienssin tukemiseksi. Työntekijöiden resilienssin tukemisen voidaan nähdä sekä edistävän organisaation sopeutumista kriisin aikana, että tukevan mahdollisuuksia organisaation kehitykseen vakaassa ympäristössä (Kuntz ym. 2016). Käytännön tasolla työntekijöiden resilienssiä kehittävien HRM-toimintojen on havaittu liittyvän erilaisten psykologisten, taloudellisten ja sosiaalisten resurssien kehittämiseen (Bardoel, Pettit, De Cieri & McMillan 2014). Toimenpiteillä pyritään sekä kehittämään työntekijöiden resilienssiä, että ehkäisemään työssä kohdattavia stressi- ja kriisitilanteita (Bardoel ym. 2014). Erilaisia työntekijöiden resilienssin tukemiseen tähtäviä HRM-toimenpiteitä voivat olla esimerkiksi erilaiset resilienssin lisäämiseen tähtäävät työntekijöiden koulutusohjelmat, sosiaalisen tuen kehittäminen työssä, joustavat työjärjestelyt, avustushjelmat, joiden avulla työntekijöille pyritään tarjoamaan neuvontaa ja konsultaatiota, riskien- ja kriisinhallintajärjestelmät sekä työterveyteen ja työturvallisuuteen tähtäävät toimenpiteet (Bardoel ym. 2014).

2.5.3 Hoitohenkilökunnan resilienssi

Hoitohenkilökunta kohtaa työssään paljon haastavia tilanteita. Haasteita hoitohenkilökunnan työhön luovat esimerkiksi erilaiset ammatilliset haasteet, pitkät työpäivät ja tarkkuutta vaativa työ, tuen puute, työssä kohdattava väkivalta tai häirintä, pula hoitohenkilökunnasta sekä työssä kohdattavat eettiset ongelmat (Hart, Brannan & De Chesnay 2014). Hoitajien resilienssin voidaan nähdä olevan ominaisuus, jonka avulla hoitajat pystyvät paremmin vastaamaan työssä kohdattavaan stressiin ja haastaviin tilanteisiin, mikä puolestaan kompensoi stressin kielteisiä vaikutuksia ja ylläpitää hoitajien hyvinvointia haasteiden edessä (Hodges ym. 2005). Terveysthuollon työntekijän resilienssi voidaankin nähdä kyknä ylläpitää henkilökohtaista ammatillista hyvinvointia vastuullisen työn kuormituksesta huolimatta (Laukkala, Tuisku, Juntila, Haravuori, Kujala, Haapa & Jylhä 2020). Terveysthuollon ammattilaisten resilienssin on havainnollistettu muodostuvan työntekijöiden henkilökohtaisten ominaisuuksien (esim. optimismi, joustavuus, itseluottamus, organisointikyky), työpaikan ominaisuuksien (esim. vahva johdon tuki, tiimityöskentely) ja työntekijän sosiaalisen verkoston (esim. perheen ja ystävien tuki, vapaa-ajan kiinnostuksen kohteet) yhteisvaikutuksesta (Matheson, Robertson, Elliott, Iversen & Murchie 2016).

Hoitajien resilienssin tunnistamisen ja tukemisen on esitetty olevan keino maailmanlaajuiseen, kasvavaan hoitajapulaan vastaamiseen (Grafton, Gilliespie & Henherson 2010; Hart ym. 2014). Cusack ja kumppanit (2016) esittävät hoitajien resilienssin tukemisen olevan välttämätön toimenpide, jotta organisaatiot saavat pidettyä ammattitaitoiset hoitajat työpaikoillaan ja kykenevät näin turvaamaan potilaiden turvallisen hoidon (Cusack, Smith, Hegney, Rees, Breen, Witt & Cheung 2016). Myös Robertson ja kumppanit korostavat, että terveysthuollon työntekijöiden resilienssiä tarvitaan nykyaikaisten haasteiden ja vaatimusten edessä yhä enemmän, jotta terveysthuollon työvoima säilyy myös tulevaisuudessa tehokkaana, mukautuvana ja kestäväenä (Robertson, Elliot, Burton, Murchie, Poteous & Matheson 2016).

Hoitohenkilökunnan resilienssiä tarkastelevissa tutkimuksissa hoitajien henkilökohtaisista piirteistä esimerkiksi toivon, itseluottamuksen, joustavuuden, sopeutumiskyvyn, kontrollin, elämänhallinnan, osaamisen ja organisointikyvyn on havaittu olevan yhteydessä resilienssiin (Hart ym. 2014; Gillespie, Chaboyer, Wallis & Grimbeek 2007) Myös empatian, optimismin ja positiivisen minäkuvan (McAllister & McKinnon 2009) sekä työtä kohtaan koetun positiivisen asenteen, kliinisen asiantuntemuksen ja työn ja perhe-elämän tasapainon on esitetty tukevan hoitajien resilienssiä (Cameron & Brownie 2010). Perusterveydenhuollossa työskenteleviä terveydenhuollon ammattilaisia tarkastelleessa tutkimuksessa havaittiin, että ammatillista resilienssiä edistäviä ulkoisia tekijöitä olivat vahva johdon tuki, tiimityöskentely sekä sosiaaliset tekijät, kuten perhe, ystävät ja vapaa-ajan aktiviteetit (Matheson ym. 2016). Terveydenhuollon työntekijöiden resilienssiä voidaan vahvistaa myös organisaation toteuttamalla toimenpiteillä, kuten vertaistuen tarjoamisella, konsultaatiomahdollisuuksilla, stressinhallinta interventioilla ja tarpeen mukaan toteutetuilla tukitoimilla, kuten psykiatrisella tuella ja työterveyshuollon tukitoimilla (Laukkala ym. 2020). McAllisterin ja McKinnonin (2009) mukaan kaikkiin terveydenhuollon ammattilaisten koulutusohjelmiin tulisi sisällyttää keinoja, joilla terveydenhuollon työntekijöiden resilienssiä voidaan tukea. Resilienssin kehittämisen keinoina koulutuksessa voivat toimia esimerkiksi ammatti-identiteetin vahvistaminen, henkilökohtaisten vahvuuksien löytäminen sekä muutoksiin sopeutumiskyvyn kehittäminen (McAllister & McKinnon 2009). Koulutusohjelmiin sisältyvän resilienssin vahvistamisen lisäksi terveydenhuollon työntekijöille tulisi antaa mahdollisuus työpaikalla tapahtuvaan oppimiseen, jolloin tuoreet terveydenhuollon työntekijät voivat oppia joustavuutta tukevia käytäntöjä positiivisten roolimallien avulla (McAllister & McKinnon 2009). Lisäksi McAllister ja McKinnon (2009) rohkaisevat resilienttejä terveydenhuollon työntekijöitä jakamaan kokemuksiaan muiden työntekijöiden kanssa esimerkiksi mentoroinnin, motivoinnin ja esimerkin näyttämisen avulla.

Hoitohenkilökunnan resilienssin tukeminen voidaan nähdä siis toimenpiteenä, jonka avulla voidaan helpottaa työntekijöiden sopeutumiskykyä ja mahdollistaa työntekijöiden selviytyminen työssä kohdattavista vastoinkäymisistä, jotka ovat välttämätön osa terveydenhuollon haastavissa työtehtävissä työskentelevien henkilöiden arkea (Matheson ym. 2016). Vahva resilienssi auttaa hoitajia hallitsemaan reagointiaan työssä kohdattavaan stressiin, auttaa hoitajia palautumaan stressistä ja vähentää hoitajien haavoittuvuutta stressin haittavaikutuksille (Grafton ym. 2010). Aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa on esitetty, että korkean resilienssin omaavat hoitajat kykenevät sopeutumaan paremmin epäsuotuisiin työolosuhteisiin, ja kokevat siksi työssä kohdatuista vaatimuksista huolimatta parempaa psyykkistä ja fyysistä terveyttä (García-Izquierdo ym. 2018).

2.6 Tutkimuksen teoreettinen malli

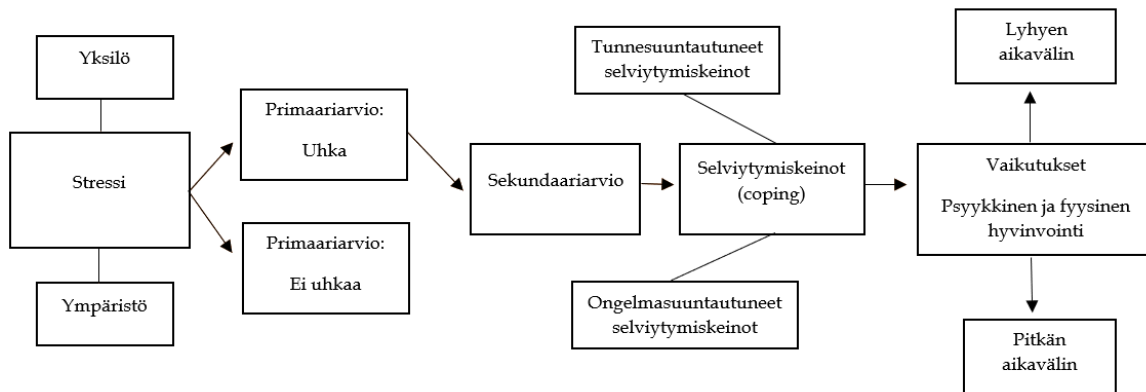
Tämän pro gradu-tutkimuksen teoreettisena mallina hyödynnetään transaktionaalista stressiteoriaa (Lazarus & Folkman 1984), joka on esitetty kuviossa 2. Transaktionaalisessa stressiteoriassa stressin nähdään liittyvän yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksessa esiintyviin ristiriitoihin, jolloin tarkastelussa yhdistyvät yksilön henkilökohtaisten ominaisuuksien ja toisaalta ympäristön tapahtumien, eli erilaisten stressitekijöiden merkitys stressin syntymiselle (Lazarus & Folkman 1984, 21). Hoitajien omantunnon stressiä tarkasteltaessa ympäristön stressitekijöitä edustavat hoitajien työssään kohtamat eettiset haasteet, kuten esimerkiksi työssä kohdattavat ristiriitaiset vaatimukset, hoitotyön laatuun vaikuttava ajanpuute sekä hoitajan kokemus siitä, että hän joutuu työssään tekemään vääraltä tuntuvia asioita. Omantunnon stressin nähdään aiheutuvan hoitajan omantunnon äänen ja ympäristön toimintamahdollisuuksien välisistä ristiriidoista (Glasberg ym. 2006). Toisaalta on huomioitavaa, että omantunnon stressi kattaa myös itsevalitusta toiminnasta ja laiminlyönneistä johtuvan omantunnon levottomuuden (Glasberg ym. 2007).

Transaktionaalinen stressimalli korostaa yksilön kognitiivisten arviointien merkitystä stressin syntymiselle (Kinnunen & Feldt 2005, 17). Teorian mukaan stressin kokemus syntyy tilanteissa, joissa yksilö arvioi, että ympäristön vaatimukset ylittävät hänen voimavaransa, jolloin yksilö kokee hyvinvointinsa vaarantuvan (Lazarus & Folkman 1984, 21). Kognitiivisen arvioinnin kautta yksilöt määrittelevät, miksi ja missä määrin jokin tapahtuma yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksessa aiheuttaa yksilölle stressiä (Lazarus & Folkman 1984, 21). Tilanteiden kognitiivista arviointia määrittävät niin henkilöön liittyvät ominaisuudet, kuten yksilön piirteet, uskomukset ja tavoitteet, kuin myös tilanteen ominaisuudet, joita ovat esimerkiksi stressitekijän luonne ja yksilön käytössä olevat voimavarat (Feldt & Mäkikangas 2015, 95). Esimerkiksi yksilön resilienssin voidaan nähdä olevan voimavara, jonka avulla yksilöt voivat käsitellä kohtaamiaan stressitekijöitä (Eaves & Payne 2019). Transaktionaalisessa stressiteoriassa stressin kokemuksen nähdään siis olevan hyvin yksilöllinen, toiselle voimakastakin stressiä aiheuttava tilanne saattaa olla toiselle henkilölle merkityksetön. Omantunnon stressin käsite huomioi erillisinä ulottuvuuksina eettisesti haastavien tilanteiden määrän, ja tilanteiden aiheuttaman omantunnon stressin voimakkuuden: käsitteen ansiona voidaankin pitää sitä, että käsite huomioi kognitiivisten arviointien merkityksen omantunnon stressin syntymiselle. Erilaiset eettiset haasteet voivat siis aiheuttaa eritasoista omantunnon stressin voimakkuutta.

Transaktionaalisen stressiteorian mukaan stressitilanteiden kognitiivinen arviointi voidaan jaotella kahteen osaan, primaariin eli ensisijaiseen ja sekundaariin eli toissijaiseen arviointiin (Lazarus & Folkman 1984, 31). Primaarissa arvioinnissa yksilö arvioi, aiheuttaako stressaava tilanne uhkaa hänen hyvinvointilleen (Lazarus & Folkman 1984, 31). Stressitilanne voidaan nähdä yksilön hyvinvoinnin kannalta uhkana, haittana tai positiivisena haasteena tai mahdollisuutena (Lazarus & Folkman 1984, 32). Tilanteissa, joissa ympäristön stressitekijän

koetaan uhkaavan yksilön hyvinvointia, seuraa primaariarviota sekundaariarvio, jossa yksilö arvioi keinojaan selviytyä tilanteesta (Lazarus & Folkman 1984, 35). Näitä keinoja kutsutaan coping-keinoiksi eli selviytymiskeinoiksi. Transaktionaalisen stressiteorian mukaan selviytymiskeinot ovat jatkuvasti muuttuvia, kognitiiviseen (tiedolliseen) toimintaan ja käyttäytymiseen suuntautuvia toimintoja, joiden avulla yksilöt pyrkivät käsittelemään erilaisia sisäisiä ja ulkoisia vaatimuksia, joiden koetaan ylittävän yksilön voimavarat ja vaarantavan hänen hyvinvointinsa (Feldt & Mäkikangas 2015, 94). Huomioitavaa on se, että yksilöt eivät useinkaan pysty hallitsemaan erilaisia ympäristön stressitekijöitä – selviytymisen kannalta olennaista onkin se, että yksilöt pyrkivät sietämään, vähentämään, hyväksymään tai jättämään huomiotta sellaiset ympäristön tekijät, joita eivät voi hallita (Lazarus & Folkman 1984, 140).

Transaktionaalisessa stressiteoriassa selviytymiskeinot jaotellaan ongelmasuuntautuneisiin (problem-focused coping) ja tunnesuuntautuneisiin (emotion-focused coping) selviytymiskeinoin (Lazarus & Folkman 1984, 150). Ongelmasuuntautuneilla selviytymiskeinoilla on paljon yhteistä tavallisten ongelmanratkaisukeinojen kanssa: yksilöt käyttävät ongelmasuuntautuneita keinoja silloin, kun kokevat voivansa vaikuttaa vallitsevaan tilanteeseen esimerkiksi vaihtoehtoisten ratkaisujen etsimisen ja toteuttamisen kautta (Lazarus & Folkman 1984, 152). On esitetty, että tunnesuuntautuneita selviytymiskeinoja käytetään puolestaan sellaisissa tilanteissa, joissa yksilöt kokevat olevansa kykenemättömiä muuttamaan vallitsee tilannetta: tilanteen muuttamisen sijaan tunnesuuntautuneet selviytymiskeinot kohdistuvat stressaavien tilanteiden aiheuttamien epämiellyttävien tunteiden lievittämiseen esimerkiksi välttelyn tai etäännyttämisen avulla (Lazarus & Folkman 1984, 150). Lazaruksen ja Folkmanin (1984, 223–224) mukaan yksilöiden fyysinen ja psyykkinen terveys on riippuvaista siitä, miten ihmiset selviytyvät erilaisista stressitekijöistä selviytymiskeinojaan käyttäen. Ongelma- ja tunnesuuntautuneiden keinojen vaikutuksia yksilöiden hyvinvointiin on tutkittu paljon: pääasiassa tunnesuuntautuneiden keinojen on nähty olevan yhteydessä erilaisiin terveyden ja hyvinvoinnin ongelmiin, ongelmasuuntautuneiden selviytymiskeinojen osalta tulokset ovat ristiriitaisempia, sillä joissakin tutkimuksissa ongelmasuuntautuneiden keinojen on esitetty olevan yhteydessä parempaan terveyteen, joissakin taas ei (Feldt & Mäkikangas 2015, 100). Sairaanhoidajia tarkastelleessa tutkimuksessa havaittiin, että hoitajien käyttämällä selviytymiskeinoilla oli vaikutusta hoitajien psyykkiseen hyvinvointiin: tutkimuksessa tunnesuuntautuneiden selviytymiskeinojen (esim. itsensä syyttäminen, välttely ja toiveajattelu) havaittiin korreloivan positiivisesti ahdistuksen ja masennuksen kanssa, ongelmasuuntautuneet selviytymiskeinot korreloivat puolestaan negatiivisesti masennuksen kanssa (Mark & Smith 2012). Toisessa hoitajien selviytymiskeinoja tarkastelevassa tutkimuksessa havaittiin yhteys välttämiskäyttäytymisen (tunnesuuntautunut selviytymiskeino) ja mielialahäiriöiden välillä (Healy & McKay 2000). Sekä tunne- ja ongelmasuuntautuneiden selviytymiskeinojen on havaittu toimivan välittävänä tekijänä sairaanhoitajien työstressin ja psyykkisen hyvinvoinnin välillä (Jang, Gu & Jeong 2019).

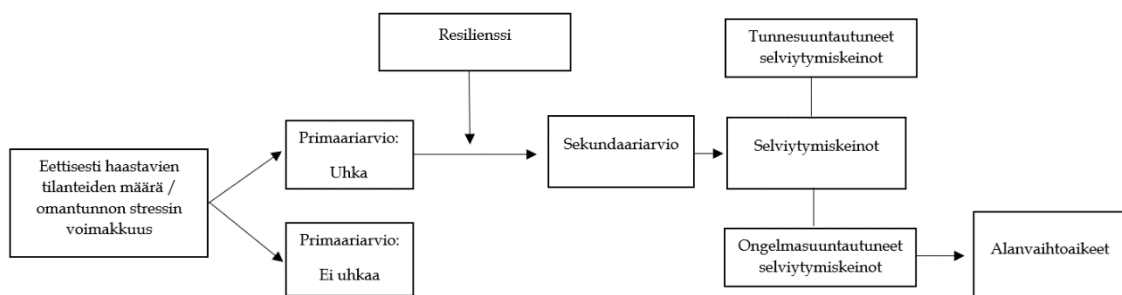


KUVIO 2 Lazaruksen ja Folkmanin transaktionaalinen stressiteoria (Schuster, Hammitt & Moore 2006, 88).

Kuviossa 3 on esitetty tutkimuksen teoreettinen malli, joka pohjautuu yllä esitettyyn transaktionaaliseen stressiteoriaan (Lazarus & Folkman 1984). Mallin mukaisesti hoitajien kohtaamien eettisesti haastavien tilanteiden nähdään edustavan yksilön ja ympäristön väliseen vuorovaikutukseen ristiriitoja aiheuttavia stressitekijöitä. Näiden ristiriitojen tuloksena hoitajat kokevat eettisistä haasteista aiheutuvaa omantunnon stressiä. Omantunnon stressin kokemusta seuraavat primaari- ja sekundaariarviot, joissa kognitiivisen arvioinnin myötä omantunnon stressi voidaan arvioida uhaksi, haitaksi tai positiiviseksi haasteeksi tai mahdollisuudeksi. Mikäli hoitaja arvioi omantunnon stressin kokemuksen uhkaavan hänen hyvinvointiaan, seuraa primaariarviota sekundaariarvio, jossa hoitaja arvioi keinojaan selviytyä tilanteesta. Selviytymiskeinoja voivat transaktionaalisen stressimallin mukaisesti erilaiset tunnesuuntautuneet (esimerkiksi välttely, etäännyttäminen tai itsesyytökset) tai ongelmasuuntautuneet selviytymiskeinot (esimerkiksi pyrkimykset tunnistaa, muuttaa tai ratkaista stressitilanne), joista alanvaihtoaikeiden nähdään edustavan äärimmäisiä ongelmasuuntautuneita selviytymiskeinoja. Alanvaihtoaikeita oletetaan esiintyvän sellaisissa tilanteissa, joissa hoitajat eivät koe pystyvänsä vaikuttamaan alalla esiintyviin omantunnon stressiä aiheuttaviin ongelmiin, mutta alanvaihdon avulla hoitajat pyrkivät minimoimaan kyseisen stressitekijän omasta työurastaan, ja näin ollen ongelmasuuntautuneiden selviytymiskeinojen tapaan muuttamaan omassa elämässään vallitsevaa tilannetta. Glasbergin ja kumppaneiden (2006) määritelmään pohjautuen omantunnon stressiä hoitajille voivat aiheuttaa sekä eettisten haasteiden runsas esiintymistiheys, että hoitajien työssään kokema omantunnon stressin voimakkuus. Eettisesti haastavien tilanteiden määrää ja omantunnon stressin voimakkuutta tarkastellaan tutkimuksessa erillään, koska tutkimuksessa halutaan selvittää, onko jompikumpi tekijä toista voimakkaammin yhteydessä hoitajien alanvaihtoaikeisiin. Transaktionaalisen stressimallin mukaisesti stressi kehittyy yksilöllisesti, ajassa etenevänä prosessina (Kinnunen & Feldt 2005, 17): siten myös hoitajien kokeman omantunnon stressin nähdään tässä tutkimuksessa

kasaantuvan yksilöllisesti ajan myötä, jolloin alanvaihtoaikeet voivat olla tulosta pitkään jatkuneesta omantunnon kuormittuneisuudesta.

Tutkimuksessa tarkastellaan myös resilienssin yhteyttä alanvaihtoaikeisiin. Resilienssin nähdään olevan transaktionaaliseen stressiteoriaan pohjautuen voimavara, joka auttaa yksilöitä suojaamaan hyvinvointiaan stressitekijöiden edessä (Eaves & Payne 2019). Tarkastelun kohteena on sekä resilienssin ja alanvaihtoaikeiden välinen suora yhteys, että resilienssin rooli omantunnon stressin osa-alueiden ja alanvaihtoaikeiden välistä yhteyttä muuntavana tekijänä. Smithin ja kumppaneiden (2008) määritelmän mukaisesti resilienssin nähdään olevan ennen kaikkea kykyä toipua ja palautua stressistä. Tutkimuksessa oletetaan korkean resilienssin omaavien hoitajien palautuvan paremmin työssään kohtaamastaan stressistä, ja kokevan siksi vähemmän alanvaihtoaikeita. Resilienssin muuntavaa roolia tarkastellessa oletetaan, että korkean resilienssin omaavat hoitajat palautuvat paremmin työssään kohtaamastaan omantunnon stressistä, eivätkä siksi joudu turvaamaan hyvinvointiaan alanvaihtoaikeiden kautta. Resilienssin odotetaan siis heikentävän omantunnon stressin osa-alueiden ja alanvaihtoaikeiden välistä yhteyttä.



KUVIO 3 Tämän pro gradu-tutkielman tutkimusmalli, perustuen Lazaruksen ja Folkmanin (1984) transaktionaaliseen stressiteoriaan.

3 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO

Tässä luvussa pohditaan tutkimuksen tutkimusasetelmaan ja tutkimuksen tieteenfilosofisiin lähtökohtiin liittyviä kysymyksiä, sekä tarkastellaan tutkimuksen aineistonkeruussa hyödynnettyjä mittareita ja menetelmiä. Luvussa esitellään Jyväskylän yliopiston tutkijoiden toteuttama IJDFIN-tutkimushanke, jonka puitteissa on kerätty tässä tutkimuksessa hyödynnettävä tutkimusaineisto, sekä tarkastellaan tutkimuksen kohteena toimivien vastaavien ominaispiirteitä. Lopuksi tarkastellaan tutkimuksen aineistonkeruuseen liittyviä eettisiä kysymyksiä, sekä esitellään tutkimuksen toteuttamiseksi käytettyjä tilastollisia analyysimenetelmiä.

3.1 Tieteenfilosofiset lähtökohdat ja tutkimusasetelma

Jokaisella tutkimuksella on aina jokin tarkoitus tai tehtävä: tutkimus voi esimerkiksi pyrkiä kartoittamaan, kuvailemaan, selittämään tai ennustamaan jotakin ilmiötä (Hirsjärvi ym. 2009, 138–139). Tutkimuksen tarkoitus tai tehtävä pyritään täyttämään valitun tutkimusstrategian avulla: tutkimusstrategialla tarkoitetaan tutkimuksen menetelmällisten ratkaisujen muodostamaa kokonaisuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 132). Tyypillisiä tieteellisiä tutkimusstrategioita ovat esimerkiksi kokeellinen tutkimus, survey-tutkimus sekä tapaustutkimus (Hirsjärvi ym. 2009, 134–135). Esimerkiksi survey-tutkimus voidaan yksinkertaisimmillaan nähdä tutkimuksena, jossa tietoa kerätään standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä (Hirsjärvi ym. 2009, 134–135). Survey-tutkimukselle ominaista on se, että tutkimuksen kohteena toimii jostakin tietystä ihmisjoukosta kerätty otos ja tutkimuksen aineiston keruu tapahtuu strukturoidulla tavalla, eli esimerkiksi kyselylomakkeella tai strukturoidulla haastattelulla (Hirsjärvi ym. 2009, 134–135). Survey-tutkimuksen tavoitteena on kerätyn aineiston avulla kuvailla, selittää ja vertailla tutkimuksen kohteena olevia ilmiöitä (Hirsjärvi ym. 2009, 134–135). Tämä pro gradu-tutkielma täytti monilta osin perinteisen survey-tutkimuksen tunnusmerkit: tutkimuksen kohteena toimi tietty terveysalan organisaatio ja sen

hoitotyötä tekevä henkilöstö, tutkimuksen aineistonkeruu tapahtui strukturoidun kyselylomakkeen avulla ja tutkimuksen tavoitteena oli sekä kartoittaa hoitajien kokemaa omantunnon stressiä, että kuvailla ilmiöiden välisiä suhteita, kuten omantunnon stressin ja resilienssin yhteyksiä hoitajien alanvaihtoaikaisiin.

Tässä tutkimuksessa kuvailevaa ja kartoittavaa tietoa tuotettiin määrällisen tutkimusaineiston pohjalta, joten tutkimus oli luonteeltaan määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimuksen tieteenfilosofinen lähtökohta oli tutkimuksen kvantitatiivisen luonteen vuoksi positivistinen (Hirsjärvi ym. 2009, 139). Positiviselle suuntaukselle on tunnusomaista ajatus siitä, että tiedon nähdään muodostuvan objektiivisten, mitattavissa olevien havaintojen pohjalta (Hirsjärvi ym. 2009, 139). Positivistiseen ajatteluun pohjautuvaan kvantitatiiviseen tutkimussuuntaukseen kuuluu keskeisesti esimerkiksi aiempaan tutkimukseen pohjautuva tarkka käsitteiden ja teorioiden määrittely, hypoteesien esittäminen, perusjoukon tutkiminen poimitun otoksen perusteella sekä päätelmien teko tutkimusaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen (Hirsjärvi ym. 2009, 140). Kvantitatiivisessa tutkimussuuntauksessa tietoa pyritään tuottamaan empiirisen eli kokemusperäisen, numeeriseen muotoon muutetun tiedon pohjalta tilastollisen tarkastelun avulla (Valli 2001, 9). Tilastollisessa tarkastelussa pyrkimyksenä on esimerkiksi tarkastella tutkimuksen kohteena olevien ilmiöiden yleistettävyyttä eli sitä, voidaanko tutkimusaineiston pohjata tehdä päätelmiä, jolla tuloksia voidaan yleistää koskemaan koko perusjoukkoa (Valli 2001, 11). Tutkimuksen luotettavuuden ja yleistettävyyden kannalta on erittäin tärkeää, että tarkastelun kohteena oleva otos vastaa ominaisuuksiensa suhteen tutkimuksen kohteena olevaa perusjoukkoa (Heikkilä 2004, 33).

Tutkimuksen tekemiseen liittyvät keskeisellä tavalla ontologian ja epistemologian käsitteet. Ontologialla viitataan todellisuuden luonteeseen liittyviin kysymyksiin, eli esimerkiksi siihen, mitä voidaan pitää todellisena, ja millainen on tutkittavan ilmiön luonne (Hirsjärvi ym. 2009, 130–131). Epistemologia eli tieto-oppi kuvaa puolestaan tietämisen alkuperään ja tiedon muodostamiseen liittyviä kysymyksiä, jolloin voidaan pohtia esimerkiksi tutkijan ja tutkittavan ilmiön välillä vallitsevia suhteita, sekä arvojen merkitystä tutkittavien ilmiöiden ymmärtämisessä (Hirsjärvi ym. 2009, 130–131). Hakala (2015, 20) esittää kvantitatiivista tutkimusta toteuttavan tutkijan tarkastelevan tutkittaviaan ulkopuolisesta näkökulmasta, kun taas kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen suorittajan voidaan nähdä toimivan jonkinlaisena sisäisenä tarkkailijana. Vaikka määrällisen tutkimuksen suorittajan katsottaisiin tarkastelevan ilmiötä ulkopuolisesta näkökulmasta, on myös määrällisessä tutkimuksessa tarpeen tarkastella ontologiaan ja epistemologiaan liittyviä kysymyksiä esimerkiksi tutkittavan tiedon luonteen ja tutkijan aseman suhteen.

Tässä pro gradu-tutkielmassa tutkimuskysymyksiin vastattiin IJDFIN-hankkeeseen kerätyn aineiston avulla. IJDFIN-hankkeen aineistonkeruu toteutettiin Jyväskylän yliopiston tutkijoiden laatiman kyselylomakkeen pohjalta. Tämän pro-gradu tutkielman epistemologisia lähtökohtia tarkastellessa on tarpeen tiedostaa, että IJDFIN-hankkeen aineistonkeruussa kyselylomakkeen laatineet tutkijat ovat tehneet valintoja esimerkiksi tutkimushankkeessa tarkasteltujen

ilmiöiden sekä käytettyjen mittareiden suhteen, mikä osaltaan vaikuttaa siihen, millaista tietoa tutkimushankkeessa on saatu kerättyä. Tutkimuksen aineistonkeruussa hyödynnetyt mittaristot ovat yhteydessä siihen, miten tutkimuksen kohteena oleva ilmiö kussakin tutkimuksessa käsitetään: esimerkiksi tässä pro gradu-tutkielmassa resilienssin nähtiin olevan ennen kaikkea kykyä toipua ja palautua stressistä, ja resilienssiä mitattiin tähän näkemykseen perustuvalla mittaristolla (Smith ym. 2008). On mahdollista, että erilaisten mittaristojen hyödyntäminen olisi tuottanut erilaista tietoa tutkimuksen kohteena olevista ilmiöistä, kuten resilienssistä tai omantunnon stressistä. Tutkielman kirjoittajana myös minä olen tämän pro gradu-tutkielman puitteissa tehnyt valintoja, jotka vaikuttivat tutkimuksessa saadun tiedon luonteeseen: valinnat liittyvät esimerkiksi tutkimukseen mukaan otettujen taustamuuttujien valintaan sekä siihen, miten saatuja tutkimustuloksia myöhemmin tulkittiin tutkimukseen valittuun teoreettiseen viitekehykseen pohjautuen.

3.2 Kyselylomake

3.2.1 Kyselylomake aineistonkeruu menetelmänä

Tässä tutkimuksessa hyödynnettävä aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella Webropol-ohjelmiston avulla. Tutkimuksessa hyödynnettävä aineisto oli osa myöhemmin esiteltävää, Jyväskylän yliopiston tutkijoiden toteuttamaa IJDFIN-tutkimushanketta, ja myös aineistonkeruussa käytetty sähköinen kyselylomake oli Jyväskylän yliopiston tutkijoiden laatima.

Aineistonkeruun muotona sähköiseen kyselylomakkeeseen liittyväksi eduksi voidaan nähdä itse aineistonkeruun tapahtuminen helpolla ja nopealla tavalla (Heikkilä 2004, 69). Vastaajat voivat itse täyttää kyselylomakkeen omalta laitteeltaan käsin, ja kerätty aineisto on yleensä nopeasti käytettävissä jatkoanalyysia varten aineistonkeruun toteuttamisen jälkeen (Heikkilä 2004, 69). Lisäksi kyselylomakkeiden etuna voidaan pitää sitä, että niiden avulla voidaan kustannustehokkaasti saavuttaa laajoja tutkimusaineistoja ja isoja vastaajamääriä sekä kartoittaa kerralla vastauksia useisiin eri asioihin (Hirsjärvi ym. 2009, 195). Seuraavassa kappaleessa esitellään tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa hyödynnetyt mittarit ja muuttujat. Omantunnon ja resilienssin mittaamisessa käytetyt SCQ (Stress of Conscience Questionnaire) ja BRS (Brief Resilience Scale) mittaristot on liitetty tutkimuksen loppuun liitteisiin.

3.2.2 Käytetyt mittarit ja muuttujat

Omantunnon stressi. Hoitajien kokeman omantunnon stressin mittaamiseen käytettiin Glasbergin ja kumppaneiden (2006) kehittämää the Stress of Conscience Questionnaire-mittaristoa. Alkuperäisestä yhdeksän osioisesta mittaristosta jätettiin pois kaksi työn ja perheen ristiriitaa kuvaavaa väittämää, joten omantunnon stressiä tarkasteltiin yhteensä seitsemän osion avulla. SCQ-mittariston

validointitutkimuksessa (Åhlin ym. 2012) on havaittu, että erityisesti alkuperäisen mittariston perheestä työhön suuntautuvaa ristiriitaa kuvaava väittämä soveltuu mittariin huonosti. SCQ-mittaristo suomennettiin IJDFIN-hankkeen ensimmäisen aineistonkeruun yhteydessä kielipalvelun avulla. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen omantunnon stressin mittaamiseen kehitetty SCQ-mittaristo tarkastelee sekä eettisesti haastavien tilanteiden määrää, että tilanteiden aiheuttaman omantunnon stressin voimakkuutta (Glasberg ym. 2006). Mittari koostui kahdesta osiosta, joissa ensimmäisessä osiossa vastaajaa pyydettiin arvioimaan, kuinka usein hän kohtaa erilaisia eettisesti haastavia tilanteita, ja toisessa osiossa vastaajaa pyydettiin arvioimaan kyseisten tilanteiden aiheuttaman omantunnon stressin voimakkuutta. Eettisesti haastavien tilanteiden kohtaamista arvioitiin esimerkiksi väittämien ”Joudutko tekemään työssäsi sellaista, mikä tuntuu Sinusta väärältä?”, ”Kohtaatko työssäsi ristiriitaisia vaatimuksia?” ja ”Lasketko hyvälle työlle asettamiasi vaatimuksia?” avulla. Ensimmäisen osion väittämiin vastattiin asteikolla kuusiportaisella Likert-asteikolla, joista 1 = En koskaan ja 6 = Päivittäin. Jokaisen sellaisen väittämän jälkeen, johon vastaaja vastasi muun kuin ”1 = en koskaan” vastauksen, esitettiin osio ”Onko Sinulla tämän takia huono omatunto?”. Omantunnon stressin voimakkuutta mittaavan osion väittämiin vastattiin kuusiportaisella Likert-asteikolla, joista 1 = Ei lainkaan ja 6 = Erittäin paljon.

Yleensä omantunnon stressimittaristoa käytetään kertomalla eettisesti haastavien tilanteiden määrä omantunnon stressin voimakkuudella (Glasberg ym. 2006). Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena oli tarkastella erikseen molempia omantunnon stressin osa-alueita, joten eettisesti haastavien tilanteiden määrää ja omantunnon stressin voimakkuutta käsiteltiin erikseen. Aiemmassa tutkimuksessa esimerkiksi Heikkilä ja kumppanit (2021) ovat soveltaneet omantunnon stressimittaristoa vastaavalla tavalla, tarkastellen erikseen eettisesti haastavien tilanteiden määrää ja omantunnon stressin voimakkuutta. Myöhempiä analyyseja varten molemmista omantunnon stressin osa-alueista muodostettiin omat summamuuttujansa, jossa korkeat pistemäärät kuvasivat eettisesti haastavien tilanteiden kohtaamisen runsautta ja korkeampaa omantunnon stressin voimakkuutta.

Resilienssi. Hoitajien resilienssiä mitattiin tässä tutkimuksessa Smithin ja kumppaneiden (2008) kehittämällä Brief Resilience Scale (BRS) mittaristolla, jossa resilienssin nähdään olevan ennen kaikkea kykyä toipua ja palautua stressaavien tilanteiden kohtaamisesta. Tässä tutkimuksessa hyödynnetyn Brief Resilience Scale-mittariston suomennos tehtiin alun perin Media Work 2030 projektiin virallisen kielenkääntäjän avulla (Rantanen, Koivula, Hiltunen, Niemi, Saari, Tammelin, Parvianen & Villi 2020). BRS-mittaristoa hyödyntäen resilienssiä mitattiin yhteensä kuudella osiolla. Osa resilienssin mittaamiseen tarkoitetuista väittämistä oli suoria, ja osa käänteisiä väittämiä. Suoria väittämiä olivat esimerkiksi ”Palaudun stressaavista tilanteista nopeasti” ja ”Pääsen yleensä vaikeuksista nopeasti jaloilleni”, käänteisiä väittämiä puolestaan esimerkiksi ”Ikävistä tapahtumista toipuminen on minulle vaikeaa” ja ”Stressaavista tapahtumista selviytyminen on minulle haastavaa”. Resilienssiä arvioitiin väittämiin vastattiin

viisiportaisella asteikolla, jossa 1 = Täysin eri mieltä, 5 = Täysin samaa mieltä sekä keskimäinen väittämä 3 = Ei samaa eikä eri mieltä. Tässä tutkimuksessa resilienssiä mittaavista osioista muodostettiin myöhempiä analyyseja varten summamuuttuja, jossa korkeiden pistemäärien nähtiin kuvaavan voimakasta resilienssiä.

Alanvaihtoaiheet. Alanvaihtoaikeita tarkasteltiin tutkimuksessa väitteellä "On todennäköistä, että vaihdan alaa lähitulevaisuudessa". Alanvaihtoaikeita kartoittavaan väitteeseen vastattiin kuusi portaisella Likert-asteikolla, jossa 1 = Täysin eri mieltä ja 6 = Täysin samaa mieltä. Myöhempiä analyyseja varten alanvaihtoaikeista luotiin dikotominen eli kaksiluokkainen muuttuja. Dikotominen muuttuja tarkoittaa muuttujaa, joka voi saada ainoastaan kaksi arvoa (Tähinen, Laakkonen & Broberg 2020, 184). Tässä tutkimuksessa alanvaihtoaikeet luokiteltiin uudelleen siten, että alanvaihtoaikeita kuvaava muuttuja kykeni saamaan ainoastaan arvot 0 = ei alanvaihtoaikeita ja 1 = on alanvaihtoaikeita. Arvo 0 eli ei alanvaihtoaikeita kattoi vastaukset "Täysin eri mieltä" (25 % vastaajista, n=33), "Eri mieltä" (28 % vastaajista, n=36) ja "Osittain eri mieltä" (17 % vastaajista, n=22). Arvo 1 eli on alanvaihtoaikeita, kattoi vastaukset "Osittain samaa mieltä" (15 % vastaajista, n=19), "Samaa mieltä" (8 % vastaajista, n=11) ja "Täysin samaa mieltä" (8 % vastaajista, n=10). Uusien luokkien perusteella eri tasoisia alanvaihtoaikeita havaittiin olevan 31 % (n=40) hoitajista, kun taas lopulla 69 % (n=91) alanvaihtoaikeita ei ollut.

Taustamuuttujat. Taustamuuttujia kartoitettiin tutkittavien sukupuolen, iän, koulutustaustan ja työaikamuodon osalta. Taustamuuttujista sukupuolta (1= nainen, 2=mies, 3= muu, 4= en halu vastata), ikää (9-luokkainen muuttuja välillä alle 25-vuotta - yli 60-vuotta) ja koulutustaustaa (7-luokkainen muuttuja välillä peruskoulu, keskikoulu tai vastaava - liseniaatin tai tohtorin tutkinto) kysyttiin tutkittavilta ainoastaan ensimmäisellä mittauskerralla vuonna 2019. Taustamuuttujista työaikamuotoa (säännöllinen päivätyö, säännöllinen kaksivuorotyö, säännöllinen kolmivuorotyö ja epäsäännöllinen vuorotyö) kysyttiin toisella mittauskerralla vuonna 2021. Taustamuuttujien alkuperäiset vastaukset on esitelty tämän tutkimusraportin vastaajien ominaispiirteitä kuvaavassa osiossa. Myöhempiä analyyseja varten taustamuuttujista muodostettiin uusia luokkia siten, että vastaajien iästä luotiin neljälukkinen muuttuja, jossa 1 = korkeintaan 30-vuotiaat, 2 = 31-40-vuotiaat, 3 = 41-50-vuotiaat, 4 = 51-vuotiaat ja tätä vanhemmat. Sukupuoli luokiteltiin uudelleen kaksiluokkaiseksi muuttujaksi, jossa 1 = nainen ja 2 = mies. Lisäksi vastaajien koulutustasosta muodostettiin kolmiluokkainen muuttuja siten, että 1 = toiseen asteen tutkinto (sisältää ammatillisen perustutkinnon ja ylioppilastutkinnon) 2 = Alempi korkeakoulututkinto (sisältää ammatillisen opintoasteen tutkinnon, kandidaatin tutkinnon sekä amk-tutkinnon) 3 = ylempi korkeakoulututkinto (sisältää maisterin tutkinnon, ylempään amk-tutkinnon sekä tohtorin tai liseniaatin tutkinnon). Ammatillinen opintoasteen tutkinto on vanha nimitys, jolla suomessa on kuvattu ammatillista koulutusta. Nykyään kyseinen tutkinto on korvautunut suurimmaksi osaksi erilaisilla ammattikorkeakoulutasoisilla tutkinnoilla, joten tässä tutkimuksessa opintoasteen tutkinto liitettiin alemman korkeakoulututkinnon suorittaneiden luokkaan.

3.3 Tutkimusaineisto ja vastaajien ominaispiirteet

Tutkimus kohdistui erään terveystieteen organisaation (sairaanhoitopiiri) hoitotyötä tekevään henkilöstöön. Tutkimuksessa hyödynnettävä aineisto on osa Suomen Akatemian rahoittamaa, Jyväskylän yliopiston tutkijoiden toteuttamaa IJDFIN-tutkimushanketta. Kokonaisuudessaan hanke kantaa nimeä ”Työn intensifikaatio ja sen hallinta itsesääntelyn voimavarojen avulla: Laaja vertaileva tutkimus eri ammatti- ja ikäryhmissä”. IJDFIN-tutkimushankkeen tavoitteena on tutkia työelämän intensifikaatiota ja sen mukanaan tuomia haasteita, sekä sitä, miten työntekijöiden yksilölliset voimavarat tukevat näistä haasteista selviämistä. Kokonaisuudessaan IJDFIN-hanke on seurantatutkimus, jonka aineistonkeruu on toteutettu samoilta tutkittavilta kahdella mittauskerralla vuosina 2019 ja 2021. Tässä tutkimuksessa hyödynnettävä aineisto on kerätty pääosin toisella mittauskerralla vuonna 2021, lukuun ottamatta joitakin taustekijöitä, joita on kartoitettu tutkittavilta ainoastaan ensimmäisellä mittauskerralla vuonna 2019. Tämän pro gradu-tutkielman poikkileikkausastelmasta huolimatta IJDFIN-hanke on kokonaisuudessaan luonteeltaan pitkittäistutkimus: selvyiden vuoksi tässä kuvataan kokonaisuudessaan aineiston hankintaprosessia. Tutkittavien taustatietoja kuvataan tarkemmin tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena olevien vastaajien osalta.

Ensimmäisellä mittauskerralla vuonna 2019 Jyväskylän yliopiston tutkijoiden laatima kyselylomake lähetettiin kohdeorganisaation edustajan toimesta sairaanhoitopiirin koko henkilöstölle eli 3748 henkilölle. Ensimmäisen aineistonkeruun yhteydessä kyselyyn vastasi 1024 henkilöä, vastausprosentin ollessa 27 %. Toisella mittauskerralla vuonna 2021 kyselylomake lähetettiin henkilöille, jotka olivat ensimmäisellä mittauskerralla antaneet luvan yhteydenottoon seurantatutkimuksen osalta, eli yhteensä 571 henkilölle. Toisen aineistonkeruun yhteydessä kyselyyn vastasi yhteensä 318 henkilöä, vastausprosentin ollessa 57 %. Vuosina 2019 ja 2021 toteutettujen mittauskertojen välillä yhteensä 721 tutkittavaa jäi pois tutkimuksesta. Koko tutkimusaineiston tasolla toteutettu katoanalyysi osoitti, että tutkimukseen molemmilla kerroilla osallistuneet ja tutkimuksesta pudonneet erosivat toisistaan iän ja työhyvinvoinnin suhteen siten, että tutkimuksesta pudonneissa oli enemmän alle 30-vuotiaita henkilöitä, ja tutkimuksesta pudonneet henkilöt kokivat tutkimukseen molemmilla kerroilla osallistuneita enemmän työuupumusta ja vähemmän työn imua (Mölsä & Salmirinne 2022). Sen sijaan eroja tutkimukseen molemmilla kerroilla osallistuneiden ja tutkimuksesta pudonneiden väliltä ei löytynyt esimerkiksi sukupuolen tai potilastyössä toimimisen osalta (Mölsä & Salmirinne 2022).

Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin pääosin toisella mittauskerralla kerättyä aineistoa, jolloin tutkittavilta kartoitettiin työssä koettua omantunnon stressiä (tilanteiden määrä sekä omantunnon stressin voimakkuus), resilienssiä sekä alanvaihtoaikkeitä, lisäksi toisella mittauskerralla kartoitettiin tutkittavista taustamuuttujista vastaajien työaikamuotoa. Ensimmäisen mittauskerran aineistosta hyödynnettiin muutamia taustatekijöitä (ikä, sukupuoli ja koulutustausta), joita

kysyttiin tutkittavilta ainoastaan ensimmäisellä mittauskerralla vuonna 2019. Koska tutkimuksessa oli kiinnostuksen kohteena tarkastella nimenomaan hoitotyötä tekevää henkilöstöä, otettiin tutkimukseen mukaan ne henkilöt, jotka kertoivat toisella mittauskerralla vuonna 2021 työskentelevänsä hoitajien ammattiryhmässä (n=133). Tutkimukseen otettiin mukaan ne henkilöt, jotka olivat antaneet vastauksia kaikkiin taustatietokysymyksiin (ikä, sukupuoli, koulutustausta ja työaikaamuoto). Taustatekijöiden puuttumisen vuoksi tarkasteltavasta aineistosta tippui pois kaksi henkilöä, joista toinen oli jättänyt vastaamatta ikää koskevaan kysymykseen ja toinen sukupuolta koskevaan kysymykseen. Lopullinen otos muodostui siis yhteensä 131 tutkittavasta, jotka työskentelivät hoitajien ammattiryhmässä ja olivat antaneet vastauksia kaikkiin tarkastelun kohteena oleviin taustatietokysymyksiin. Tarkastelun kohteena olevassa hoitajien ammattiryhmässä työskentelevät henkilöt toimivat esimerkiksi lähihoitajan, sairaanhoitajan, kättilön, röntgenhoitajan, terveydenhoitajan tai ensihoitajan ammattinimikkeillä.

Yhteensä 131 tutkittavista 90 % (n=118) oli naisia ja 10 % (n=13) miehiä. Tutkittavien sukupuolijakauma vastasi kohtalaisesti tarkastelun kohteena olevan terveysalan organisaation sukupuolijakaumaa, vaikka otoksessa naissukupuolen edustajat olivat hieman yliedustettuina (organisaation henkilökunnasta 83 % naisia). Ikkä kartoitettiin ainoastaan ensimmäisellä mittauskerralla vuonna 2019, jolloin korkeintaan 25-vuotiaita oli 4 % (n=5), 26-30-vuotiaita 6 % (n=8), 31-35-vuotiaita 13 % (n=17), 36-40-vuotiaita 13 % (n=17), 41-45-vuotiaita 17 % (n=22), 46-50-vuotiaita 13 % (n=17), 51-55-vuotiaita 18 % (n=23), 56-60-vuotiaita 15 % (n=19) ja yli 60-vuotiaita 2 % (n=3). Myös ikäjakauma edusti suhteellisen hyvin tutkimuksen kohdeorganisaation ikäjakaumaa, sillä kohdeorganisaation henkilökunnasta 52 % oli yli 45-vuotiaita. Tarkempia tietoja kohdeorganisaation ikä ja sukupuolijakaumasta kohdennetusti hoitajien osalta ei ole tiedossa. Hoitajien ollessa tutkimuksen kohteena olevan organisaation suurin henkilöstöryhmä (n. 58 % henkilöstöstä hoitajia), voitiin kohdeorganisaation ikä ja sukupuolijakaumien katsoa kuvaavan kohtuullisesti hoitajien vastaavia jakaumia: siten tämän tutkimuksen otoksen voitiin katsoa olevan suhteellisen edustava iän ja sukupuolen osalta. Tutkittavista 5 % (n=6) omasi ammatillisen perustutkinnon tai ylioppilastutkinnon, 30 % (n=39) ammatillisen opintoasteen tutkinnon, 57 % (n=75) alemman korkeakoulututkinnon tai amk-tutkinnon, 8 % (n=10) ylemmän korkeakoulututkinnon tai ylemmän amk-tutkinnon ja 1 % (n=1) lisensiaatin tai tohtorin tutkinnon. Tutkittavista säännöllistä päivätyötä teki 37 % (n=48), säännöllistä kaksivuorotyötä 9 % (n=12), säännöllistä kolmivuorotyötä 23 % (n=30) ja epäsäännöllistä vuorotyötä 31 % (n=41). Tutkittavien taustatiedot luokiteltiin myöhempiä analyyseja varten uusiin luokkiin iän ja koulutustaustan suhteen. Työaikaamuotoa käsiteltiin alkuperäisessä muodossaan 4-luokkaisena muuttujana, ja tutkittavien vastausten perusteella sukupuolesta muodostui kaksiluokkainen muuttuja. Taulukossa 3 on esitetty tutkittavien taustatiedot uusien muodostettujen uusien luokkien mukaisesti. Taustamuuttujien lisäksi taulukkoon on sisällytetty alanvaihtoaikeiden jakauma uuden luokittelun mukaisesti.

TAULUKKO 3 Tutkimuksessa mukana olevien tutkittavien taustatiedot uusien luokkien mukaisesti sekä alanvaihtoaikaiden jakauma uuden luokittelun mukaisesti.

| | N | % |
|----------------------------|-----|------|
| Sukupuoli | | |
| Mies | 13 | 10 % |
| Nainen | 118 | 90 % |
| Ikä | | |
| Alle 30-vuotiaat | 13 | 10 % |
| 31–40-vuotiaat | 34 | 26 % |
| 41–50-vuotiaat | 39 | 30 % |
| 51-vuotiaat ja vanhemmat | 45 | 34 % |
| Koulutustausta | | |
| Toisen asteen koulutus | 6 | 5 % |
| Alempi korkeakoulu | 114 | 87 % |
| Ylempi korkeakoulu | 11 | 8 % |
| Työaikamuoto | | |
| Säännöllinen päivätyö | 48 | 37 % |
| Säännöllinen kaksivuorotyö | 12 | 9 % |
| Säännöllinen kolmivuorotyö | 30 | 23 % |
| Epäsäännöllinen vuorotyö | 41 | 31 % |
| Alanvaihtoaikeet | | |
| On alanvaihtoaikaita | 91 | 69 % |
| Ei alanvaihtoaikaita | 40 | 31 % |

3.4 Aineiston käsittely ja analysointi

3.4.1 Aineiston keräämiseen ja käsittelyyn liittyvät eettiset kysymykset

Aineiston keräämistä ja käsittelyä koskevat eettiset kysymykset liittyvät esimerkiksi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuteen, tutkimusaineiston huolelliseen ja luottamukselliseen säilyttämiseen sekä henkilötietorekisteriin liittyviin kysymyksiin: lähtökohdaksi kaiken tieteellisen tutkimuksen tekemiseen voidaan nähdä tutkittavien ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, tutkittavien yksityisyyden suojaaminen sekä vahinkojen välttäminen (Kuula 2006, 60). Tässä pro gradu-tutkimuksessa hyödynnettävä aineisto kerättiin osana IJDFIN-tutkimushanketta, joten aineiston keräämiseen ja käsittelyyn liittyviä eettisiä kysymyksiä on tarkasteltu kyseisen tutkimushankkeen puitteissa.

Keskeinen osa eettisesti kestävästä tutkimuksesta on tutkittavien henkilöiden vapaaehtoisuus tutkimukseen osallistumisesta (Kuula 2006, 61). Tutkittavat voivat kuitenkin tehdä päätöksen tutkimukseen osallistumisesta tai osallistumatta jättämisestä vasta riittävän informaation varassa (Kuula 2006, 107). Kun aineistonkeruu tapahtuu kyselylomakkeen kautta, voidaan lomakkeeseen

sisällyttää informaatiota tutkimuksesta ja tutkimusaineiston käsittelystä: tällöin lomake toimii asiakirjana, johon nojautuen tutkittava voi antaa suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta (Kuula 2006, 122). IJDFIN-hankkeessa tutkittavien osallistumisen vapaaehtoisuus pyrittiin varmistamaan siten, että kaikille tutkitaville tiedotettiin molemmilla mittauskerroilla tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, aineiston luottamuksellisesta käsittelystä sekä siitä, että yksittäisiä vastaajia ei voida tunnistaa aineistosta. Molemmilla mittauskerroilla jokaiselta tutkittavalta kysyttiin kyselylomakkeen ohessa lupa tieteelliseen tutkimukseen osallistumisesta, ja tutkittaville annettiin tiedoksi IJDFIN-hankkeen tietosuojailmoitus. Lisäksi tutkittavia tiedotettiin siitä, että he voivat halutessaan vetäytyä tutkimuksesta. Hankkeen tietosuojailmoitus on liitetty tämän pro gradu-tutkielman loppuun liitteisiin.

IJDFIN-tutkimus on luonteeltaan pitkittäistutkimus, jossa samat tutkittavat vastasivat haastattelututkimukseen ensimmäisellä ja toisella mittauskerralla. Tutkimushankkeen luonteen vuoksi hankkeessa käsiteltiin tutkittavien henkilötietoja: siksi tutkimushankkeessa olikin tarpeen kiinnittää erityistä huolellisuutta tutkimusaineiston huolelliseen käsittelyyn. Henkilötietojen kerääminen ja suojeleminen on sekä tutkimuseettinen (Kuula 2006) että tietosuojalakiin liittyvä kysymys (Tietosuojalaki 2018/1050). Keskeistä tutkittavien yksityisyyden suojaamisessa on pohtia, kuinka paljon ja mitä varten tutkimuksessa on tarpeen kerätä tutkittavien henkilötietoja (Kuula 2006, 87). IJDFIN-hankkeessa tutkittavilta kerättiin molemmilla mittauskerroilla henkilötietoja ainoastaan heidän itsensä antamina seuraavilta osin: organisaation palvelualue, ammattiryhmä, työtunnit, esimiestehtävät, alaisten määrä, työsuhde ja työaikamuoto. Kerätyistä henkilötiedoista tässä pro gradu-tutkimuksessa hyödynnettiin tutkittavien ikää, sukupuolta, koulutustaustaa, ammattiryhmää sekä työaikamuotoa. Kyseisten tietojen tarkastelu oli tämän tutkimuksen puitteissa perusteltua, sillä tutkimuksessa haluttiin tuottaa kuvailevaa tietoa hoitohenkilökunnan taustatekijöiden yhteydestä hoitajien alanvaihtoaikaisiin. Yksittäisiä tutkittavia ei ollut mahdollista tunnistaa aineistosta, sillä ensimmäisellä mittauskerralla tutkittavien yksilöinti tapahtui jokaisella tutkittavalle annettavan numeerisen tunnusluvun avulla.

Tutkimuksen eettisiin kysymyksiin liittyy myös tutkimusaineiston huolinen ja turvallinen säilyttäminen (Kuula 2006, 64). IJDFIN-hankkeen rekisterinpitäjänä toimii Jyväskylän yliopisto, ja tutkimusaineiston käsittelyyn ovat oikeutettuja ainoastaan tutkimuksen suorittajat. Tutkimusaineistosta opinnäytetöitä tekevät opiskelijat (kuten minä tämän pro gradu-tutkielman puitteissa) solmivat rekisterin ylläpitäjän kanssa erillisen sopimuksen tietojen käsittelystä, ja kirjoittavat vaitiolositoumuksen aineistoon liittyen. Kun IJDFIN-hankkeeseen liittyvä tutkimustyö on kokonaisuudessaan suoritettu (arviolta vuoden 2026 loppuun mennessä), siirretään tutkimusaineisto säilöön tietoarkistoon.

3.4.2 Tilastolliset analyysit

Tämä pro gradu tutkielma oli luonteeltaan kvantitatiivinen eli määrällinen poikileikkaustutkimus, jossa aineiston analysointi tapahtui IBM SPSS Statistics 26-ohjelmistolla. Tutkimusaineistoa analysoitiin jakaumatarkastelujen,

ristiintaulukoinnin sekä X^2 -testin, korrelaatiotarkastelujen sekä logistisen regressioanalyysin avulla. Seuraavaksi esitellään tässä tutkimuksessa toteutetut muuttajien muokkaukset sekä käytetyt tilastolliset analyysimenetelmät.

Muuttajien muokkaukset: muuttajien luokittelu ja summamuuttajat. Tutkimusaineiston esittelyn yhteydessä kuvattiin, kuinka tarkasteltavista taustamuuttujista ikä, sukupuoli ja koulutustausta luokiteltiin uudelleen myöhempien analyysien helpottamiseksi, työaikamuodon ollessa valmiiksi neliluokkainen muuttuja. Myös alanvaihtoaikasta muodostettiin analyysia varten dikotominen eli kaksiluokkainen muuttuja. Lisäksi tarkasteltavista muuttujista muodostettiin summamuuttujia omantunnon stressin osa-alueiden (eettisesti haastavien tilanteiden määrä ja omantunnon stressin voimakkuus) ja resilienssin osalta, sillä molemmat muuttajat koostuivat useista ilmiötä tarkastelevista osioista. Summamuuttajien avulla voidaan vähentää käsiteltävien muuttajien määrää tiivistämällä yhteen muuttujia, jotka mittaavat samaa asiaa tai saman asian eri puolia (Tähtinen ym. 2020, 80). Summamuuttajissa siis tiivistetään yhteen samaa ominaisuutta mittaavien muuttajien sisältämä tieto (Nummenmaa 2009, 161). Summamuuttujia voidaan muodostaa laskemalla yhteen muuttajien alkuperäiset havaintoarvot tai laskemalla muuttajien havaintoarvoista keskiarvo (Nummenmaa 2009, 162). Tutkimuksessa omantunnon stressin osa-alueista eli eettisesti haastavien tilanteiden määrästä sekä omantunnon stressin voimakkuudesta muodostettiin molemmista omat summamuuttujansa, samoin resilienssistä muodostettiin oma summamuuttuja. Tarkasteltavat summamuuttajat perustuivat muuttajien havaintoarvojen keskiarvoihin. Muodostetuista summamuuttajista raportoitiin summamuuttajien osioiden lukumäärät, vaihteluvälit, keskiarvot ja keskihajonnat, lisäksi summamuuttajien sisäistä johdonmukaisuutta eli reliabiliteettia tarkasteltiin Cronbachin alfa kertoimien avulla.

Jakaumatarkastelut. Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä tutkimuksessa haluttiin tarkastella, kuinka usein hoitajat kohtaavat erilaisia eettisesti haastavia tilanteita, ja kuinka paljon omantunnon stressiä tilanteiden kohtaamisesta aiheutuu. Eettisesti haastavien tilanteiden määrää ja tilanteista aiheutuvan omantunnon stressin voimakkuutta kuvattiin prosenttijakaumien avulla. Yksinkertaisuudessaan jakaumilla tarkoitetaan listaa, joissa kuvataan, kuinka monta kertaa minäkään suuruinen havainto aineistossa esiintyy (Nummenmaa 2009, 58). Prosenttijakaumien tarkastelu tapahtui suhteellisten prosenttien avulla, eli kunkin tilanteen määrää tai omantunnon stressin voimakkuutta tarkasteltiin suhteessa vastaajiin, jotka olivat antaneet vastauksensa kyseiseen kysymykseen. Lisäksi eettisesti haastavien tilanteiden määrää ja omantunnon stressin voimakkuutta vertailtiin eri tilanteiden välillä keskiarvotarkastelujen avulla: kiinnostuksen kohteena oli siis tarkastella, kohtaavatko hoitajat jotakin tiettyä eettisesti haastavaa tilannetta muita tilanteita enemmän tai aiheuttaako jokin tietty eettisesti haastava tilanne muita tilanteita voimakkaampaa omantunnon stressiä.

Ristiintaulukointi ja X^2 -testi. Kuvailevaa tietoa tutkimuksen kohteena olevien hoitajien taustatekijöiden ja alanvaihtoaikojen välisestä yhteydestä tuotettiin ristiintaulukoinnin ja X^2 -testin avulla. Ristiintaulukoinnin ja X^2 -testin avulla voidaan selvittää luokitteluasteikollisten muuttajien välillä vallitsevia

riippuvuuksia (Tähtinen ym. 2020, 167). Mikäli ristiintaulukoinnin ja X^2 -testin perusteella havaittiin tilastollisesti merkitseviä riippuvuuksia alanvaihtoaikeiden ja taustatekijöiden välillä, suoritettiin tarkempia tarkasteluja standardoitujen jäännösten avulla (adjusted standardized residuals). X^2 -testin lähtöoletusten mukaisesti korkeintaan 20 % tarkasteltavista solufrenvensseistä saa olla alle 5, ja jokaisen täytyy olla suurempi kuin 1 (Tähtinen ym. 2020, 167). Ristiintaulukointi ja X^2 -testi soveltuivat hyvin tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena olevien taustatekijöiden ja alavaihtoaikeiden välisen riippuvuuden tarkasteluun, sillä kyseisiä testejä voidaan käyttää luokitteluasteikollisten muuttujien tarkasteluun, ja X^2 -testin lähtöoletukset solufrekvenssien koon suhteen täytyivät (Tähtinen ym. 2020, 167).

Korrelaatiot. Tutkimuksessa tarkasteltiin tutkimuksen kohteena olevien muuttujien välisiä korrelaatioita, sillä tutkimuksessa hyödynnetyn logistisen regressioanalyysin vaatimuksena on se, että tarkastelun kohteena olevat muuttujat eivät saa korreloida keskenään liian vahvasti (Kirves 2013). Korrelaation avulla voidaan tarkastella muuttujien välillä vallitsevia riippuvuuksia, ja yleisesti käytettyjä menetelmiä korrelaation kuvaamiseen ovat Pearsonin ja Spearmanin korrelaatiokertoimet (Heikkilä 2004, 90). Spearmanin korrelaatiokerroimen avulla voidaan kuvata järjestysasteikollisten muuttujien välisiä riippuvuuksia, Pearsonin korrelaatiokerrointa käytetään puolestaan välimatka- ja suhdeasteikollisten muuttujien välisen riippuvuuden havainnollistamiseen (Metsämuuronen 2006, 355–558). Mitta-asteikkoon liittyvien vaatimusten lisäksi korrelaatiokertoimien yhteydessä on huomioitava se, että korrelaatiot kuvaavat ainoastaan muuttujien välistä lineaarista eli suoraviivaista yhteyttä (Tähtinen ym. 2020, 184). Korrelaatiokertoimien arvot voivat vaihdella arvojen -1 ja 1 välillä. Arvo -1 kuvaa tilannetta, jossa muuttujien välillä vallitsee täydellinen negatiivinen riippuvuus, eli toisen muuttujan arvojen kasvaessa toisen muuttujan arvot vähenevät samassa suhteessa, arvon 1 kuvatessa puolestaan täydellistä positiivista riippuvuutta, jolloin toisen muuttujan kasvaessa myös toisen muuttujan arvot kasvavat samassa suhteessa (Heikkilä 2004, 91). Tässä tutkimuksessa muuttujien välisten riippuvuuksien kuvaamiseen käytettiin sekä Spearmanin että Pearsonin korrelaatiokertoimia. Korrelaatioiden perusteella voidaan sanoa, vallitseeko muuttujien välillä riippuvuuksia, ja onko mahdollinen riippuvuus luonteeltaan negatiivista vai positiivista. Sen sijaan korrelaatioiden perusteella ei pysytä tekemään päätelmiä muuttujien välisestä kausaalisuhteesta eli syy-seurausyhteydestä (Heikkilä 2004, 91). Korrelaation avulla ei siis voida sanoa, kumpi muuttujista on syy ja kumpi seuraus (Tähtinen ym. 2020, 184).

Logistinen regressioanalyysi. Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena oli selvittää, miten hoitajien resilienssi ja omantunnon stressin osa-alueet ovat yhteydessä hoitajien alanvaihtoaikeisiin. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin, vaikuttaako hoitajien resilienssi omantunnon stressin osa-alueiden (eettisesti haastavien tilanteiden määrä ja omantunnon stressin voimakkuus) ja alanvaihtoaikeiden väliseen yhteyteen. Tarkastelu toteutettiin logistisen regressioanalyysin avulla. Logistisessa regressioanalyysissä pyrkimyksenä on muodostaa matemaattinen malli, jossa selittävien muuttujien pohjalta pyritään ennustamaan

selitettävän muuttujan vaihtelua (Nummenmaa 2009, 332). Logistisessa regressioanalyysissä selitettävänä on kaksiluokkainen eli dikotominen muuttuja: tässä tutkimuksessa selitettävänä muuttujana toimi alanvaihtoaikeiden kokemus, joka tarkastelua varten luokiteltiin uudelleen kaksiluokkaiseksi muuttujaksi. Logistisen regressioanalyysin tarkoituksena on löytää tekijöitä, jotka selittävät tiettyyn luokkaan (esim. on alanvaihtoaikeita) kuulumisen todennäköisyyttä (Tähtinen ym. 2020, 207).

Logistisen regressioanalyysin tarkasteluun liittyy keskeisesti termi odds, joka voidaan suomentaa esimerkiksi vedoksi (Tähtinen ym. 2020, 210–211) tai riskiksi (Nummenmaa 2009, 332). Odds-käsite tarkoittaa logistisessa regressioanalyysissä tarkastelun kohteena olevien tapahtumien, kuten alanvaihtoaikeiden esiintymättömyyden (0) ja alanvaihtoaikeiden esiintyvyyden (1) todennäköisyyksien osamäärää (Nummenmaa 2009, 332). Odds-arvo voidaan siten laskea jakamalla luokkaan 1 kuulumisen todennäköisyys arvolla, joka kuvaa luokkaan 1 kuulumattomuuden todennäköisyyttä (Tähtinen ym. 2020, 211). Odds-arvosta on johdettu logistisen regressioanalyysin tulkinnan kannalta keskeinen arvo Odds ratio ((Exp (B))), joka puolestaan voidaan suomentaa esimerkiksi riskisuhteeksi (Tähtinen ym. 2020, 211). Odds ratio-arvojen avulla voidaan ilmaista logistisessa regressioanalyysissä kunkin selittävän muuttujan voimakkuus (Tähtinen ym. 2020, 211).

Logistisessa regressioanalyysissä tarkastellaan mallin sopivuutta, selitysasetta, ennustustarkkuutta sekä selittäjien merkityksellisyyttä (Nummenmaa 2009, 337). X^2 -testin avulla voidaan tarkastella, sopiiko malli ylipäätään aineistoon (Nummenmaa 2009, 337–338). Selitysasetta tarkastellaan puolestaan Nagelkerken R^2 - kertoimen avulla, kertoimen arvioidessa, kuinka suurta osaa selitettävän muuttujan vaihtelusta voidaan kuvata selittävien muuttujien avulla (Nummenmaa 2009, 338). Mallin ennustustarkkuus kertoo siitä, kuinka suuren osan havainnoista malli kykenee luokittelemaan oikeisiin luokkiin, eli tässä tapauksessa alanvaihtoaikeita kokemattomien ja alanvaihtoaikeita kokevien luokkiin (Nummenmaa 2009, 338). Selittäjien merkityksellisyys kuvaa puolestaan sitä, mikä on yksittäisten muuttujien merkitys mallin selityksessä (Nummenmaa 2009, 339).

Logistisen regressiomallin etuna on se, että mallin avulla voidaan tarkastella kaksiluokkaista selitettävää eli riippuvaa muuttujaa, eikä mallin käyttämiin liity oletuksia muuttujien jakaumista (Nummenmaa 2009, 331). Logistinen regressioanalyysi on herkkä muuttujien väliselle multikollineaarisuudelle (Metsämuuronen 2006, 672), joten selittävät muuttujat eivät saa korreloida keskenään liian vahvasti ($r > .50$) (Kirves 2013). Logistisen regressiomallin käyttämiseksi tutkittavan aineiston täytyy sisältää vähintään 50–100 havaintoa (Nummenmaa 2009, 343), joten tässä tutkimuksessa vaatimus havaintoyksiköiden lukumäärästä täyttyi havaintoyksiköiden kokonaismäärän ollessa 131.

Logistisessa regressioanalyysissä voidaan tarkastella aiemmissä tutkimuksissa merkittäväksi osoittautuneiden muuttujien osuutta ilmiötä selittävinä tekijöinä (Metsämuuronen 2006, 671). Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että alanvaihtoaikeisiin yhteydessä olevia taustatekijöitä ovat esimerkiksi miessukupuoli (Barron & West 2005; Estryn-Béhar ym. 2007; Hart 2005; Nooney ym. 2010),

nuorempi ikä (Barron & West 2005; Burmester ym. 2019; Ma ym. 2009; Tschannen ym. 2010), korkeampi koulutus (Barron & West 2005; Delobelle ym. 2011; Estryn-Béhar ym. 2007; Ma ym. 2009; Nooney ym. 2010; Sourdif 2004) ja vuorotyön tekeminen (Flinkman ym. 2008; Ma ym. 2009; Mryaan 2005), joten kyseiset taustatekijät päädyttiin ottamaan mukaan tutkimukseen. Lisäksi aiemmissa tutkimuksissa on havaittu yhteyksiä omantunnon stressin lähikäsitteiden ja alanvaihtoaikeiden välillä (Dyo ym. 2016; Flinkman 2014; Hognestad Haaland ym. 2021; Karakachian & Colbert 2019; Laurs ym. 2020; Ulrich ym. 2007), samoin resilienssin ja alanvaihtoaikeiden välillä (Arnup & Bowles 2016; Dai ym. 2019; Eaves & Payne 2019). Tässä tutkimuksessa alanvaihtoaikeita pyrittiin siis selittämään aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa merkittäväksi osoittautuneiden taustatekijöiden (ikä, sukupuoli, koulutustausta ja työaikamuoto), resilienssin sekä oman tunnon stressin osa-alueiden avulla.

Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin, muuntaako hoitajien resilienssi oman tunnon stressin osa-alueiden ja alanvaihtoaikeiden välistä yhteyttä: tilannetta voidaan kuvata moderaation käsitteellä. Moderaatiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa selittävän ja selitettävän muuttujan yhteys riippuu tietyn moderaattorimuuttujan arvosta (Kaakinen ja Ellonen 2022). Moderaattorivaikutusta voidaan tarkastella muodostamalla malli, johon lisätään moderaattorimuuttujan (tässä tutkimuksessa resilienssi) ja selittävän muuttujan (tässä tutkimuksessa oman tunnon stressin osa-alueet) lisäksi interaktiotermin, joka muodostuu moderaattorin ja selittävän tekijän tulosta (Kaakinen & Ellonen 2022). Tässä tutkimuksessa moderaattorivaikutuksen tarkastelemiseksi luotiin kaksi interaktiomuuttujaa (resilienssi*eettisesti haastavien tilanteiden määrä ja resilienssi*omantunnon stressin voimakkuus), joiden avulla voitiin tarkastella, muuntaako resilienssi oman tunnon stressin osa-alueiden ja alanvaihtoaikeiden välistä yhteyttä.

Logistinen regressioanalyysi toteutettiin hierarkkisena siten, että ensimmäiselle askelelle sijoitettiin tarkastelun kohteena olevat taustamuuttujat, toiselle askelelle hoitajien resilienssi, kolmannelle askelelle eettisesti haastavien tilanteiden määrä tai oman tunnon stressin voimakkuus ja neljännelle askelelle muodostettu interaktiotermin (resilienssi*eettisesti haastavien tilanteiden määrä tai resilienssi*omantunnon stressin voimakkuus). Logistista regressioanalyysia varten työaikamuodon ja koulutustaustan luokitteluasteikollisista muuttujista luotiin uusia dummy-muuttujia (esim. 0 = muut ja 1 = ylempi korkeakoulututkinto tai 0 = muut ja 1 = epäsäännöllinen vuorotyö). Kun luokitteluasteikollinen muuttuja koodataan regressioanalyysia varten uudelleen dummy-muuttujaksi, täytyy yksi muuttujan luokista jättää vertailuluokaksi (Nummenmaa 2009, 326). Tässä tutkimuksessa koulutustaustan ja työaikamuodon osalta vertailuluokiksi jätettiin alkuperäisten luokitteluasteikollisten muuttujien ensimmäiset luokat, eli koulutustaustan osalta toisen asteen koulutus ja työaikamuodon osalta säännöllinen päivätyö. Logistista regressioanalyysia varten jatkuvat muuttujat eli oman tunnon stressin osa-alueiden keskiarvosummamuuttujat sekä resilienssin keskiarvosummamuuttuja standardoitiin ja logistinen regressioanalyysi toteutettiin standardoitujen arvojen pohjalta, sillä standardoinnin avulla on mahdollista vertailla muuttujien regressiokertoimia (Tähtinen ym. 2020). Muuttujien

standardointi tapahtuu siten, että muuttujan arvosta vähennetään muuttujan keskiarvo, ja saatu erotus jaetaan muuttujan keskihajonnalla: tuloksena saadaan muuttuja, jonka keskiarvo on 0 ja keskihajonta 1 (Kaakinen & Ellonen 2022). Standardoitujen muuttujien tulkinnassa standardoidun muuttujan kasvu yhden yksikön verran tarkoittaa samaa, kuin alkuperäisen muuttujan kasvaminen yhden keskihajonnan verran (Kaakinen & Ellonen 2022). Myös moderaattorivaikutuksen tarkasteluun hyödynnettävät interaktiotermit muodostettiin standardoitujen arvojen pohjalta, sillä interaktioon tulevat jatkuvat muuttujat on standardoitava multikollineaarisuuden vähentämiseksi (Kirves 2013).

4 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimusraportin neljännessä luvussa esitellään tutkimuksen tulokset. Ensin kuvaillaan tutkimuksessa tuotettuja kuvailevia tuloksia, eli tarkasteltujen taustatekijöiden yhteyksiä alanvaihtoaikeisiin, eettisesti haastavien tilanteiden esiintymistä ja koettua omantunnon stressin voimakkuutta sekä tutkimuksessa hyödynnettyjen summamuuttujien ominaisuuksia ja tarkasteltujen muuttujien välisiä riippuvuuksia. Tämän jälkeen siirrytään varsinaisten tulosten esittämiseen logistisen regressioanalyysin avulla.

4.1 Kuvailevat tulokset

4.1.1 Hoitajien alanvaihtoaiheet ja taustatekijöiden yhteys alanvaihtoaikeisiin

Tutkimuksen kohteena olevista hoitajista 31 % kertoi kokevansa eri tasoisia alanvaihtoaikeita, kun taas 69 % hoitajista ei omannut ollenkaan alanvaihtoaikeita. Kuvailevaa tietoa tuotettiin taustatekijöiden, eli iän, sukupuolen, koulutustaustan ja työaikamuodon yhteydestä alanvaihtoaikeisiin. Taustatekijöiden ja alanvaihtoaikeiden yhteyttä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin, χ^2 -testin sekä mukautettujen standardoitujen jäännösten avulla (adjusted standardized residual). Ristiintaulukointi ja χ^2 -testi osoittivat, että alanvaihtoaikeita kokevien hoitajien ja alanvaihtoaikeita kokemattomien hoitajien taustatekijöissä ei ollut eroa sukupuolen ($\chi^2 (1) = 3.698$; $p = .054$) eikä koulutustaustan suhteen ($\chi^2 (2) = 1.726$; $p = .422$). Sen sijaan taustatekijöiden välillä havaittiin tilastollisesti merkitseviä eroja iän ($\chi^2 (3) = 8.689$; $p = .034$) ja työaikamuodon osalta ($\chi^2 (3) = 12.477$; $p = .006$). Mukautettujen standardoitujen jäännösten tarkastelu osoitti, että yli 51-vuotiaat hoitajat olivat yliedustettuna ryhmässä, joihin kuuluvilla ei ollut alanvaihtoaikeita, ja siten aliedustettuna ryhmässä, jossa alanvaihtoaikeita esiintyi. Työaikamuodon osalta säännöllistä päivätyötä tekevät hoitajat olivat yliedustettuina ryhmässä, jossa alanvaihtoaikeita ei esiintynyt, ja aliedustettuina ryhmässä, jossa

alanvaihtoaikeita ilmeni. Epäsäännöllistä vuorotyötä tekevät hoitajat olivat puolestaan yliedustettuina ryhmässä, jossa alanvaihtoaikeita ilmeni, ja aliedustettuina ryhmässä, jossa alanvaihtoaikeita ei esiintynyt. Taulukossa 4 on esitetty alanvaihtoaikeiden taustatekijät iän ja työaikamuodon suhteen, sekä mukautettujen standardoitujen jäännösten mukaiset yli- ja aliedustukset kyseisissä ryhmissä.

TAULUKKO 4 Alanvaihtoaikeiden taustatekijät iän ja työaikamuodon osalta (ristiintaulukointi ja χ^2 -testi; ae = aliedustus, mukautettu standardoitu jäännös ≤ 2 ; ye = yliedustus, mukautettu standardoitu jäännös ≥ 2).

| Ikä | n % muk. st. jäännös | Ei alanvaihtoa- | On alanvaihtoa- |
|----------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------|
| | | ikeita | ikeita |
| Alle 30-vuotiaat | | 6 7 % -1.9 | 7 18 % 1.9 |
| 31-40-vuotiaat | | 20 22 % -1.6 | 14 35 % 1.6 |
| 41-50-vuotiaat | | 28 31 % 0.4 | 11 28 % -0.4 |
| 51-vuotiaat ja yli | | 37 41 % 2.3 ye | 8 20 % -2.3 ae |
| Yhteensä | | 91 100 % | 40 100 % |
| Työaikamuoto | | | |
| Säännöllinen päivätyö | | 39 43 % 2.2 ye | 9 23 % -2.2 ae |
| Säännöllinen kaksivuorotyö | | 11 12 % 1.8 | 1 3 % -1.8 |
| Säännöllinen kolmivuorotyö | | 20 22 % -0.4 | 10 25 % 0.4 |
| Epäsäännöllinen vuorotyö | | 21 23 % -3.10 ae | 20 50 % 3.1 ye |
| Yhteensä | | 91 100 % | 40 100 % |

4.1.2 Eettisesti haastava tilanteet ja omantunnon stressin voimakkuus

Hoitajien kokemien eettisesti haastavien tilanteiden määrää sekä omantunnon stressin voimakkuutta tarkasteltiin eri tilanteisiin liittyvien prosenttijakaumien, keskiarvojen ja keskihajontojen avulla. Kyseiset arvot on esitetty taulukossa 5. Eettisesti haastavista tilanteista hoitajat kokivat useimmiten ajanpuutteesta johtuvaa kyvyttömyyttä kohdella työnsä kohteena olevia henkilöitä siten, kun heitä tulisi hoitajan mielestä kohdella (ka = 4.1). Kysymykseen vastanneista hoitajista 21 % arvioi kohtaavansa ajanpuutteesta johtuvaa kyvyttömyyttä kohdella potilaitaan kuten kokisi oikeaksi kerran kuukaudessa, 25 % kerran viikossa ja 21 % päivittäin. Toisiksi yleisin eettisesti haastava tilanne liittyi työssä kohdattaviin ristiriitaisiin vaatimuksiin (ka = 3.8), joita 19 % kysymykseen vastanneista hoitajista arvioi kohtaavansa kerran kuukaudessa, 24 % kerran viikossa ja 15 % päivittäin. Harvinaisin eettisesti haastava tilanne oli tukea tarvitsevan henkilön välttely (ka = 1.7). Hoitajista 63 % arvioi, että ei koskaan välttele työssään tukea tarvitsevaa henkilöä, ja 23 % arvioi välttelyä tapahtuvan harvemmin kuin kerran puolessa vuodessa. Hoitajista 6 % arvioi välttelevänsä tukea tarvitsevaa henkilöä keskimäärin kerran viikossa, ja 2 % arvioi välttelyä tapahtuvan päivittäin.

Tarkasteltavista tilanteista voimakkain omantunnon stressin kokemus liittyi ajanpuutteesta johtuvaan kyvyttömyyteen kohdella potilaita, niin kuin heitä tulisi hoitajan mielestä kohdella (ka = 4.3). Kysymykseen vastanneista hoitajista 30 % arvioi kokevansa jonkin verran huonoa omatuntoa, 26 % arvioi kokevansa melko paljon huonoa omatuntoa ja 22 % arvioi kokevansa erittäin paljon huonoa omatuntoa ajanpuutteeseen liittyvissä tilanteissa. Toisiksi voimakkain omantunnon stressi liittyi tilanteisiin, joissa hoitajat kokivat joutuvansa tekemään työssään väärtä tuntuvia asioita (ka = 4.1). Tällaisissa tilanteissa 27 % hoitajista arvioi kokevansa jonkin verran huonoa omatuntoa, 26 % melko paljon huonoa omatuntoa ja 17 % erittäin paljon huonoa omatuntoa. Myös sellaisiin tilanteisiin, joissa hoitaja joutuu näkemään, että työn kohteena olevia henkilöitä loukataan tai vahingoitetaan, liittyi melko voimakasta omantunnon stressiä (ka = 4.0). Kysymykseen vastanneista hoitajista 25 % arvioi kokevansa tällaisissa tilanteissa jonkin verran huonoa omatuntoa, 25 % melko paljon huonoa omatuntoa ja 19 % erittäin paljon huonoa omatuntoa. Vähiten voimakasta omantunnon stressiä koettiin tukea tarvitsevan henkilön välttelyyn liittyvissä tilanteissa (ka = 3.2) sekä tilanteissa, joissa hoitaja kokee, ettei työssään pysty vastaamaan muiden työpanokselle asettamiin odotuksiin (ka = 3.2). Kysymykseen vastanneista hoitajista 27 % kertoi kokevansa välttelyyn liittyvissä tilanteissa vähän huonoa omatuntoa, 25 % erittäin vähän ja 8 % ei lainkaan huonoa omatuntoa. Tilanteissa, joissa hoitaja koki olevansa kyvytön vastaamaan muiden odotuksiin, hoitajista 19 % kertoi kokevansa tilanteissa vain vähän huonoa omatuntoa, 25 % erittäin vähän ja 11 % ei lainkaan huonoa omatuntoa.

TAULUKKO 5 Omantunnon stressin osa-alueiden tilannekohtaiset vastausprosentit, keskiarvot ja keskihajonnat.

| Eettisesti haastavien tilanteiden määrä | Kuinka usein et ehdi kohtelevaan työsi kohteena olevia henkilöitä niin kuin heitä mielestäsi tarvitsisi kohdella? | Joudutko tekemään työssäsi sellaista, mikä tuntuu Sinusta vääraltä? | Kohtaatko työssäsi ristiriitaisia vaatimuksia? | Joudutko näkemään, kun työsi kohteena olevia ihmisiä loukataan ja/tai vahingoitetaan? | Välitteletkö tukea tarvitsevaa henkilöä työssäsi? | Tuntuuko Sinusta, ettet pysty vastaamaan muiden työpanostasi koskeviin odotuksiin? | Lasketko hyvälle työlle asettamiasi vaatimuksia? |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Prosenttijakauma ¹ | | | | | | | |
| En koskaan | 7 % | 25 % | 6 % | 44 % | 63 % | 17 % | 21 % |
| Harvemmin kuin kerran puolessa vuodessa | 14 % | 24 % | 19 % | 31 % | 23 % | 34 % | 21 % |
| Useammin kuin kerran puolessa vuodessa | 12 % | 14 % | 16 % | 11 % | 4 % | 13 % | 13 % |
| Kerran kuukaudessa | 21 % | 15 % | 19 % | 9 % | 2 % | 17 % | 17 % |
| Kerran viikossa | 25 % | 16 % | 24 % | 5 % | 6 % | 13 % | 15 % |
| Päivittäin | 21 % | 6 % | 15 % | 1 % | 2 % | 6 % | 13 % |
| Yht. | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| ka (kh) | 4.1 (1.6) | 2.9 (1.6) | 3.8 (1.5) | 2.0 (1.2) | 1.7 (1.2) | 2.9 (1.5) | 3.0 (1.7) |
| Omantunnon levottomuus | Onko Sinulla tämän takia huono omatunto? | Onko Sinulla tämän takia huono omatunto? | Onko Sinulla tämän takia huono omatunto? | Onko Sinulla tämän takia huono omatunto? | Onko Sinulla tämän takia huono omatunto? | Onko Sinulla tämän takia huono omatunto? | Onko Sinulla tämän takia huono omatunto? |
| Prosenttijakauma ² | | | | | | | |
| Ei lainkaan | 3 % | 2 % | 11 % | 7 % | 8 % | 11 % | 7 % |
| Erittäin vähän | 9 % | 14 % | 18 % | 14 % | 25 % | 25 % | 18 % |
| Vähän | 10 % | 15 % | 15 % | 11 % | 27 % | 19 % | 16 % |
| Jonkin verran | 30 % | 27 % | 33 % | 25 % | 23 % | 26 % | 29 % |
| Melko paljon | 26 % | 26 % | 17 % | 25 % | 10 % | 14 % | 17 % |
| Erittäin paljon | 22 % | 17 % | 7 % | 19 % | 6 % | 6 % | 14 % |
| Yht. | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| ka (kh) | 4.3 (1.4) | 4.1 (1.4) | 3.5 (1.4) | 4.0 (1.5) | 3.2 (1.3) | 3.2 (1.4) | 3.7 (1.5) |

¹⁻² = Prosenttijakauma ilman puuttuvia havaintoja

4.1.3 Tarkasteltavat muuttujat ja muuttujien väliset riippuvuudet

Tutkimuksessa omantunnon stressin osa-alueista (tilanteiden määrä ja omantunnon stressin voimakkuus) sekä resilienssistä luotiin ilmiöitä mittaavat keskiarvosummamuuttujat. Taulukossa 6 on esitetty tarkasteltavien summamuuttujien osiot, vaihteluvälit, keskiarvot, keskihajonnat sekä Cronbach alfa-kertoimet. Mittarin reliabiliteettia tarkastelevan Cronbachin alfa-kertoimen riittävyydelle on haastavaa määrittää tarkkaa raja-arvoa, mutta erilaisia suosituksia arvoista voidaan antaa: esimerkiksi standardoituja mittaristoja käytettäessä mittarin reliabiliteetin kannalta riittävänä Cronbach alfa-kertoimena voidaan pitää arvoa 0.70 (Tähtinen ym. 2020, 86). Tässä tutkimuksessa omantunnon stressin osa-alueita eli eettisesti haastavien tilanteiden määrää ja omantunnon stressin voimakkuutta sekä resilienssiä mitattiin standardoitujen mittaristojen avulla, joten riittävänä raja-arvona voidaan pitää arvoa 0.70, joka kaikkien tarkasteltavien summamuuttujien osalta täyttyi.

TAULUKKO 6 Tarkasteltavien summamuuttujien osiot, vaihteluvälit, keskiarvot, keskihajonnat ja Cronbach α .

| Summamuuttuja | Osioiden lkm (vaihteluväli) | ka (kh) | Cronbach α |
|-----------------------------------------|--------------------------------|-----------|-------------------|
| Omantunnon stressi | | | |
| Eettisesti haastavien tilanteiden määrä | 7 (1-6) | 3.0 (1.0) | 0.79 |
| Omantunnon stressin voimakkuus | 7 (1-6) | 3.6 (1.2) | 0.90 |
| Resilienssi | 6 (1-5) | 3.5 (0.7) | 0.88 |

Taulukossa 7 on esitetty tutkimuksen muuttujien väliset korrelaatiot. Korrelaatiokertoimien tarkastelu osoitti omantunnon stressin alaulottuvuuksien eli eettisesti haastavien tilanteiden määrän ja omantunnon stressin voimakkuuden korreloivan vahvasti keskenään ($r = .514$; $p < .001$), joten logistinen regressioanalyysi päädyttiin toteuttamaan erikseen omantunnon stressin osa-alueille.

TAULUKKO 7 Muuttujien väliset korrelaatiot Spearmanin (1–5) ja Pearsonin korrelaatioker-
toimilla (6–8).

| Muuttujat | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. |
|--------------------------------------------------|--------|---------|-------|--------|-------|----------|----------|
| 1. Sukupuoli | | | | | | | |
| 2. Ikä ¹ | -.060 | | | | | | |
| 3. Koulutustausta ² | -.107 | -.043 | | | | | |
| 4. Työaikamuoto ³ | .031 | -.070 | -.044 | | | | |
| 5. Alanvaihtoaikeet ⁴ | .168 | -.254** | .115 | .239** | | | |
| 6. Eettisesti haastavien tilanteiden määrä | -.047 | -.088 | .174* | .275** | .156 | | |
| 7. Omantunnon stressin voimakkuus | -.210* | -.219* | .088 | .084 | .188* | .514*** | |
| 8. Resilienssi | .133 | -.020 | -.139 | .010 | .016 | -.319*** | -.368*** |

*** p < 0.001, ** p < 0.01, * p < 0.05

¹ = 4-luokkainen muuttuja, ² = 3-luokkainen muuttuja, ³ = 4-luokkainen muuttuja, ⁴ = 2-luokkainen muuttuja

4.2 Tutkimuksen tulokset

4.2.1 Omantunnon stressin osa-alueiden ja resilienssin yhteydet hoitajien alanvaihtoaikeisiin sekä resilienssin rooli yhteyttä muuntavana tekijänä

Logistisen regressioanalyysin avulla tarkasteltiin, miten omantunnon stressin osa-alueet ja resilienssi ovat yhteydessä hoitajien alanvaihtoaikeisiin, ja miten resilienssi muuntaa omantunnon stressin osa-alueiden ja alanvaihtoaikeiden välistä yhteyttä. Logistinen regressioanalyysi toteutettiin erikseen omantunnon stressin osa-alueille eli eettisesti haastavien tilanteiden määrälle ja omantunnon stressin voimakkuudelle. Taulukossa 8 on esitetty logistinen regressiomalli, jossa selittävinä muuttujina olivat ensimmäisellä askeleella aiemman kirjallisuuden perusteella merkittäväksi osoittautuneet taustamuuttujat (sukupuoli, ikä, koulutustausta ja työaikamuoto), toisella askeleella resilienssi (standardoitu), kolmannella askeleella eettisesti haastavien tilanteiden määrä (standardoitu) ja neljännellä askeleella standardoiduista muuttujista muodostettu interaktiotermi, jonka avulla tarkasteltiin, muuntaako resilienssi eettisesti haastavien tilanteiden useuden ja alanvaihtoaikeiden yhteyttä.

Muodostettu logistinen regressiomalli oli kokonaisuudessaan tilastollisesti merkitsevä ($\chi^2(10) = 30.176$; $p < .001$), ja soveltui siten alanvaihtoaikeiden esiintymisen tarkasteluun. Mallin ennustustarkkuuden tarkastelu osoitti, että kaikki neljä askelta sisältävä malli luokitteli oikein 92 % hoitajista, jotka eivät kokeneet

alanvaihtoaikeita, ja 45 % hoitajista, jotka kokivat alanvaihtoaikeita. Kaikki askeleet sisältävän mallin selitysaste oli .291 eli taustatekijät, resilienssi, eettisesti haastavien tilanteiden määrä sekä interaktiotermit selittivät yhdessä 29 % alanvaihtoaikeiden esiintymisestä. Vaikka askelten lisääminen paransi hieman mallin selitysastetta askelten välillä, oli mallin kannalta tilastollisesti merkitsevä ainoastaan ensimmäinen askel, jossa malliin lisättiin tarkastelun kohteena olevat taustamuuttujat. Taustamuuttujista tilastollisesti merkitseviä selittäjiä olivat sukupuoli ($p = .036$), ikä ($p = .013$) sekä epäsäännöllisen vuorotyön tekeminen ($p = .006$). Sukupuolen riskisuhde oli 4.443, eli mieshoitajilla oli 4.443ertainen riski alanvaihtoaikeiden kokemiseen naishoitajiin verrattuna. Iän osalta riskisuhde oli .570, eli aina kun 4-luokkaisessa iässä siirryttiin kohti suurempaa luokkaa, väheni riski alanvaihtoaikeiden kokemiseen 0.570 kertaisesti. Koska logistista regressioanalyysia varten muodostettujen dummy-muuttujien osalta vertailuluokaksi valittiin säännöllinen päivätyö, oli tulos tulkittavissa siten, että verrattuna säännöllisen päivätyön tekijöihin, oli epäsäännöllistä vuorotyötä tekevillä 4.507ertainen riski alanvaihtoaikeiden kokemiseen.

Logistisen regressioanalyysin perusteella resilienssi ja eettisesti haastavien tilanteiden määrä eivät selittäneet tilastollisesti merkitsevästi alanvaihtoaikeiden esiintymistä. Myöskään interaktiotermit ei ollut tilastollisesti merkitseviä, eli resilienssi ei muuntanut eettisesti haastavien tilanteiden sekä alanvaihtoaikeiden välistä yhteyttä. Tutkimuksen ensimmäisessä hypoteesissa (H1a) oletettiin eettisesti haastavien tilanteiden määrän olevan positiivisesti yhteydessä alanvaihtoaikeiden esiintymiseen, ja toisessa hypoteesissa (H2) oletettiin resilienssin olevan negatiivisesti yhteydessä alanvaihtoaikeiden esiintymiseen. Kumpikaan hypoteesi ei saanut tukea aineistosta. Tutkimuksen kolmannessa hypoteesissa (H3a) oletettiin resilienssin heikentävän eettisesti haastavien tilanteiden määrän ja alanvaihtoaikeiden välistä positiivista yhteyttä, joten myöskään hypoteesi H3a ei saanut tukea aineistosta.

TAULUKKO 8 Logistinen regressiomalli, jossa selittävinä muuttujina taustatekijät (ikä, sukupuoli, koulutustausta ja työaikamuoto), resilienssi, eettisesti haastavien tilanteiden määrä ja interaktiotermin (resilienssi * eettisesti haastavien tilanteiden määrä) sekä selitettävänä muuttujana alanvaihtoaikeiden esiintyminen.

| Muuttujat | β | SE | p-arvo | Exp (B) | Nagelkerken R2 |
|--------------------------------------------------------------------|---------|-------|--------|---------|----------------|
| Askel 1: (χ^2 (7) = 28.695; p < .001) | | | | | .278 |
| Sukupuoli | 1.491 | .712 | .036 | 4.443 | |
| Ikä ¹ | -.563 | .227 | .013 | .570 | |
| Alempi korkeakoulututkinto ² | 1.777 | 1.178 | .131 | 5.913 | |
| Ylempi korkeakoulututkinto ³ | 2.527 | 1.393 | .070 | 12.516 | |
| Säännöllinen kaksivuorotyö ⁴ | -1.332 | 1.173 | .256 | .264 | |
| Säännöllinen kolmi- vuorotyö ⁵ | .919 | .593 | .121 | 2.506 | |
| Epäsäännöllinen vuorotyö ⁶ | 1.506 | .553 | .006 | 4.507 | |
| Askel 2: (χ^2 (1) = .184; p = .668) | | | | | .279 |
| Resilienssi | .002 | .239 | .992 | 1.002 | |
| Askel 3: (χ^2 (1) = .565; p = .452) | | | | | .284 |
| Eettisesti haastavien tilanteiden määrä | .193 | .246 | .432 | 1.213 | |
| Askel 4: (χ^2 (1) = .732; p = .392) | | | | | .291 |
| Interaktio (resilienssi * eettisesti haastavien tilanteiden määrä) | -.212 | .249 | .393 | .809 | |

¹= 4-luokkainen muuttuja, ²⁻³ = vertailuluokkana toisen asteen koulutus, ⁴⁻⁶ = vertailuluokkana säännöllinen päivätyö, β = Standardoitu logistinen regressiokerroin mallin viimeiseltä askeleelta, SE = keskivirhe, *** p < 0.001, ** p < 0.01, * p < 0.05, Exp (B) = Riskisuhde, Nagelkerken R2 = Selitysaste. Koko mallin merkitsevyys neljännellä askeleella tarkasteltuna: (χ^2 (10) = 30.176; p < .001).

Taulukossa 9 on esitetty vastaava logistinen regressiomalli, jossa selittävänä muuttujana toimi omantunnon stressin voimakkuus. Muodostettu logistinen regressiomalli oli kokonaisuudessaan tilastollisesti merkitsevä ($\chi^2(10) = 35.425$; $p < .001$). Kaikki neljä askelta sisältävä malli luokitteli oikein 91 % alanvaihtoaikeita kokemattomista, ja 48 % alanvaihtoaikeita kokevista hoitajista. Kokonaisuudessaan mallin selitysaste oli .336 eli taustatekijät, resilienssi, omantunnon stressin voimakkuus sekä interaktiotermin selittivät yhdessä 34 % alanvaihtoaikeiden esiintymisestä. Tilastollisesti merkitseviä askeleita olivat ensimmäinen ja kolmas askel eli mallin selitysasteeseen vaikuttivat tilastollisesti merkitsevästi sekä taustatekijät että omantunnon stressin voimakkuus. Ensimmäisellä askeleella pelkät taustatekijät sisältävän mallin ($p < .001$) selitysaste oli .277 ja kolmannella askeleella malli, johon oli lisätty taustatekijöiden lisäksi ei-merkitsevä resilienssi ($p = .741$) sekä tilastollisesti merkitsevä omantunnon stressin voimakkuus ($p = .049$) oli selitysasteeltaan .312, eli tilastollisesta merkitsevyydestään huolimatta omantunnon stressin voimakkuus lisäsi mallin selitystetta vain hiekan (4 %).

Taustatekijöistä tilastollisesti merkitseviä alanvaihtoaikeiden selittäjiä olivat sukupuoli ($p = .036$), ikä ($p = .050$), ylempi korkeakoulututkinto ($p = .044$) sekä epäsäännöllinen vuorotyö ($p = .003$). Miessukupuolisilla hoitajilla oli naissukupuolisiin hoitajiin verrattuna 4.671 kertainen riski alanvaihtoaikeiden kokemiseen. Ikäluokasta suurempaan siirtyminen pienensi alanvaihtoaikeiden kokemista 0.627 kertaisesti. Koulutusmuodon osalta dummy-muuttujien vertailuluokaksi valittiin toisen asteen koulutus, joten tulos tulkittiin siten, että ylempään korkeakoulututkinnon omaavilla hoitajilla oli 18.684 kertainen riski alanvaihtoaikeiden kokemiseen verrattuna toisen asteen koulutuksen saaneisiin hoitajiin. Epäsäännöllistä vuorotyötä tekeville hoitajilla oli puolestaan 5.628 kertainen riski kokea alanvaihtoaikeita verrattuna hoitajiin, jotka tekivät säännöllistä päivätyötä.

Myös omantunnon stressin voimakkuus oli tilastollisesti merkitsevä alanvaihtoaikeiden selittäjä ($p = .042$). Koska logistista regressioanalyysia varten omantunnon stressin voimakkuutta kuvaava summamuuttuja standardoitiin, oli tulos tulkittavissa siten, että omantunnon stressin kasvaessa yhden keskihajonnan verran, kasvoi riski alanvaihtoaikeiden kokemiseen 1.695 kertaiseksi. Omantunnon stressin voimakkuuden lisääntyminen siis kasvatti todennäköisyyttä alanvaihtoaikeiden esiintymiseen. Resilienssin sisältävä askel ei osoittautunut tilastollisesti merkitseväksi, eli hoitajien resilienssi ei selittänyt alanvaihtoaikeiden esiintymistä. Myöskään interaktiotermin sisältävä askel ei ollut tilastollisesti merkitsevä, joten tämän tutkimuksen perusteella resilienssi ei vaikuttanut omantunnon stressin voimakkuuden ja alanvaihtoaikeiden väliseen yhteyteen. Hypoteesissa 1b oletettiin omantunnon stressin voimakkuuden olevan positiivisesti yhteydessä alanvaihtoaikeisiin, joten hypoteesi 1b sai tukea aineistosta. Sen sijaan hypoteesi 2 eli oletus resilienssin negatiivisesta yhteydestä alanvaihtoaikeisiin ei saanut tukea aineistosta tämänkään logistisen regressiomallin osalta. Hypoteesissa 3b oletettiin resilienssin heikentävän omantunnon stressin voimakkuuden ja alanvaihtoaikeiden välistä yhteyttä, joten myöskään hypoteesi 3b ei saanut tukea aineistosta.

TAULUKKO 9 Logistinen regressiomalli, jossa selittävinä muuttujina taustatekijät (ikä, sukupuoli, koulutustausta ja työaikamuoto), resilienssi, omantunnon stressin voimakkuus ja interaktiotermin (resilienssi* omantunnon stressin voimakkuus) sekä selitettävänä muuttujana alanvaihtoaikeiden esiintyminen.

| Muuttujat | β | SE | p-arvo | Exp (B) | Nagelkerken R2 |
|--------------------------------------------------------------|---------|--------|--------|---------|----------------|
| Askel 1: (χ^2 (7) = 28.470; p < .001) | | | | | .277 |
| Sukupuoli | 1.541 | .737 | .036 | 4.671 | |
| Ikä ¹ | -.466 | .238 | .050 | .627 | |
| Alempi korkeakoulututkinto ² | 2.270 | 1.227 | .064 | 9.675 | |
| Ylempi korkeakoulututkinto ³ | 2.928 | 1.1451 | .044 | 18.684 | |
| Säännöllinen kaksivuorotyö ⁴ | -1.143 | 1.160 | .324 | .319 | |
| Säännöllinen kolmi- vuorotyö ⁵ | 1.126 | .614 | .066 | 3.083 | |
| Epäsäännöllinen vuorotyö ⁶ | 1.728 | .573 | .003 | 5.628 | |
| Askel 2: (χ^2 (1) = .109; p = .741) | | | | | .278 |
| Resilienssi | .274 | .274 | .316 | 1.316 | |
| Askel 3: (χ^2 (1) = 3.882; p = .049) | | | | | .312 |
| Omantunnon stressin voimakkuus | .528 | .260 | .042 | 1.695 | |
| Askel 4: (χ^2 (1) = 2.963; p = .085) | | | | | .336 |
| Interaktio (resilienssi * omantunnon stressin voimakkuus) | -.451 | .264 | .088 | .637 | |

¹= 4-luokkainen muuttuja, ²⁻³ = vertailuluokkana toisen asteen koulutus, ⁴⁻⁶ = vertailuluokkana säännöllinen päivättyö, β = Standardoitu logistinen regressiokerroin mallin viimeiseltä askeleelta, SE = keskivirhe, *** p < 0.001, ** p < 0.01, * p < 0.05, Exp (B) = Riskisuhde, Nagelkerken R2 = Selitysaste. Koko mallin merkitsevyys neljännellä askeleella tarkasteltuna: (χ^2 (10) = 35.425; p < .001).

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA ARVIOINTI

Tutkimusraportin viimeisessä luvussa tarkastellaan tutkimuksessa saatuja tutkimustuloksia sekä käsitellään tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaneita tekijöitä. Lisäksi pohditaan tulevaisuuden jatkotutkimusaiheita ja esitetään tutkimuksen johtopäätökset.

Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena oli tarkastella tutkimuksen kohdeorganisaatiossa työskentelevien hoitajien alanvaihtoaikkeitä. Kuvailevaa tietoa tuotettiin hoitajien kokemien eettisesti haastavien tilanteiden määrästä ja hoitajien kokeman omantunnon stressin voimakkuudesta. Tutkimuksessa tarkasteltiin omantunnon stressin osa-alueiden eli eettisesti haastavien tilanteiden määrän ja omantunnon stressin voimakkuuden sekä hoitajien resilienssin yhteyttä alanvaihtoaikkeisiin. Lisäksi tutkimuksessa tuotettiin tietoa siitä, miten resilienssi vaikuttaa omantunnon stressin osa-alueiden ja alanvaihtoaikkeiden väliseen yhteyteen. Tutkimuksessa vastattiin seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 1) Kuinka usein hoitajat kohtaavat työssään erilaisia eettisesti haastavia tilanteita, ja kuinka voimakasta omantunnon stressiä näiden tilanteiden kohtaamiseen liittyy?
- 2) Miten eettisesti haastavien tilanteiden määrä ja omantunnon stressin voimakkuus ovat yhteydessä hoitohenkilökunnan alanvaihtoaikkeisiin?
- 3) Miten hoitajien resilienssi on yhteydessä alanvaihtoaikkeisiin?
- 4) Miten hoitajien resilienssi vaikuttaa omantunnon stressin osa-alueiden (eettisesti haastavien tilanteiden määrä ja omantunnon stressin voimakkuus) ja alanvaihtoaikkeiden väliseen yhteyteen?

5.1 Tutkimustulosten tarkastelua

5.1.1 Eettisesti haastavien tilanteiden määrä ja koetun omantunnon stressin voimakkuus

Tutkimuksessa tarkasteltiin hoitajien kokemien eettisesti haastavien tilanteiden määrää sekä tilanteista aiheutuvan omantunnon stressin voimakkuutta suhteessa eri tilanteisiin. Tutkimuksessa havaittiin, että useimmiten hoitajien kohtaamat eettisesti haastavat tilanteet liittyivät ajanpuutteesta johtuvaan kyvyttömyyteen tarjota potilaille heidän kaipaamaansa hoitoa, sekä työssä kohdattaviin ristiriitaisiin vaatimuksiin. Hoitajista 21 % kertoi kohtaavansa päivittäin ja 25 % viikoittain tilanteita, joissa he ovat ajanpuutteesta johtuen kyvyttömiä kohtelemaan potilaita niin, kuin heitä hoitajan mielestä tulisi kohdella. Ristiriitaisia vaatimuksia kohtasi hoitajista päivittäin 15 % ja viikoittain 24 %. Tulos oli yhteneväinen aiempien tutkimustulosten kanssa, joissa on havaittu, että eettisesti haastavista tilanteista useimmiten hoitajat kohtaavat ajanpuutteesta aiheutuvaa kyvyttömyyttä hyvänhoidon tarjoamiseen, sekä ristiriitaisia vaatimuksia (Glasberg ym. 2006; Juthberg ym. 2008; Saarnio ym. 2012). Aiemmissä tutkimuksissa on lisäksi osoitettu, että ajanpuute on myös merkittävin omantunnon stressin voimakkuuteen vaikuttava tekijä (Glasberg ym. 2006; Juthberg ym. 2008; Saarnio ym. 2012). Myös tässä tutkimuksessa havaittiin, että voimakkainta omantunnon stressiä liittyi ajanpuutteesta johtuvaan kyvyttömyyteen hyvän hoidon tarjoamiseen.

Sen lisäksi, että ajanpuutteen on havaittu olevan merkittävin omantunnon stressin aiheuttaja, on hoitotyössä kohdattavan kiireen ja aikapaineen havaittu olevan myös yleisellä tasolla merkittävä hoitotyön stressitekijä (ks. katsaukset Lambert & Lambert 2001; McVicar 2003; McVigar 2016). Tiukoissa aikarajoissa ja raskaan työtaakan alla työskentely voi haastaa hoitajien mahdollisuuksia toteuttaa eettisesti oikeaksi kokemaansa hoitotyötä (Haahr ym. 2020), ja omantunnon stressin kokemuksen nähdäänkin liittyvän tilanteisiin, joissa hoitaja ei voi toimia omien eettisten arvojensa, kuten hoitotyön eettisten periaatteiden mukaisesti (Glasberg ym. 2006). Terveystieteiden työpajoissa vallitseva aikapaine ja hoitajan kokemus ajan riittämättömyydestä voivat siis johtaa siihen, että hoitaja ei työssään pysty tarjoamaan laadukkaaksi kokemaansa hoitoa, mikä puolestaan johtaa kokemukseen omantunnon stressistä. Ajanpuutteen aiheuttaman omantunnon stressin lisäksi tässä tutkimuksessa havaittiin, että voimakasta omantunnon stressiä hoitajille aiheuttivat kokemukset siitä, että hoitaja koki joutuvansa tekemään työssään väärältä tuntuvia asioita, ja näkemään, kun työn kohteena olevia henkilöitä loukataan tai vahingoitetaan.

Mielenkiintoinen havainto oli se, että hoitajien arvioimana eettisesti haastavista tilanteista toiseksi harvinaisinta oli joutua näkemään, kun työn kohteena olevaa henkilöä loukataan tai vahingoitetaan, mutta kyseiseen tilanteeseen liittyvän omantunnon stressin voimakkuuden arvioitiin olevan kolmanneksi suurinta. Saman ilmiön havaitsivat myös Glasberg ja kumppanit (2006), joiden tutkimuksessa osoitettiin terveydenhuollon työntekijöiden kohtaavan vain harvoin tilanteita, joissa he joutuivat näkemään työn kohteena olevan henkilön loukkaamista

tai vahingoittamista. Kuitenkin silloin, kun työntekijät kohtasivat tällaisen tilanteen, aiheutti se voimakasta omantunnon stressiä (Glasberg ym. 2006).

Tutkimuksen taustateorianäkökulmaksi hyödynnettyyn transaktionaaliseen stressiteoriaan (Lazarus & Folkman 1984) liittyvä kognitiivisen arvioinnin käsite voi osaltaan selittää kyseistä ilmiötä. Stressitilanteissa tehtäviin kognitiivisiin arviointeihin vaikuttavat yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten hoitajien uskomukset hyvästä hoidosta ja eettisesti oikeista toimintatavoista. Hoitajien ammattieettisiin periaatteisiin kuuluu keskeisesti esimerkiksi ihmisarvon kunnioittaminen (Shahriari ym. 2013), ja hoitotyön yleisenä pyrkimyksenä voidaan nähdä sen toteuttaminen, mikä on oikein ja hyvää toisille (Sarvimäki ym. 2009, 10). Tilanteet, joissa hoitaja joutuu esimerkiksi näkemään työn kohteena olevan henkilön vahingoittamista tai loukkaamista, ovat voimakkaassa ristiriidassa hoitajien ammattieettisten periaatteiden kanssa, mikä puolestaan voi osaltaan selittää tilanteisiin liittyvää voimakasta omantunnon stressiä.

5.1.2 Eettisesti haastavien tilanteiden määrän ja omantunnon stressin voimakkuuden yhteydet alanvaihtoaikaisiin

Tutkimuksessa havaittiin, että tarkastelun kohteena olevista hoitajista 31 % omasi eritasoisia alanvaihtoaikaisia, kun taas 69 % hoitajista alanvaihtoaikaisia ei ollut. Kiinnostuksen kohteena oli tarkastella, miten omantunnon stressin osa-alueet eli eettisesti haastavien tilanteiden määrä ja omantunnon stressin voimakkuus ovat yhteydessä hoitajien alanvaihtoaikaisiin. Tutkimus osoitti, että eettisesti haastavien tilanteiden määrä ei ollut tilastollisesti merkitsevällä tavalla yhteydessä alanvaihtoaikaisiin esiintymiseen. Sen sijaan tutkimuksessa havaittiin omantunnon stressin voimakkuuden olevan tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä alanvaihtoaikaisiin. Tulos oli tulkittavissa siten, että omantunnon stressin voimakkuuden kasvaessa kasvaa todennäköisyys alanvaihtoaikaisiin kokemuksiin. Aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa omantunnon stressin ja alanvaihtoaikaisien välisen yhteyden on vähän tutkittu aihe, mutta aiemmissa tutkimuksissa on havaittu yhteys omantunnon stressin lähikäsitteiden, kuten moraalisen ahdistuksen ja alanvaihtoaikaisien välillä (ks. esim. Dyo ym. 2016; Karakachian & Colbert 2019; Laurs ym. 2020). Tämän tutkimuksen tulos oli siis omantunnon stressin voimakkuuden osalta linjassa aiempien tutkimustulosten kanssa.

Tutkimuksen teoreettisena viitekehystenä toimi transaktionaalinen stressiteoria, jonka mukaan erilaisten stressitekijöiden kohtaaminen saa yksilön arvioimaan keinojaan selviytyä tilanteesta erilaisten tunne- ja ongelmasuuntautuneiden selviytymiskeinojen avulla (Lazaruksen & Folkman 1984). Alanvaihtoaikaisiin nähtiin tutkimuksessa edustavan ongelmasuuntautuneita selviytymiskeinoja, joilla hoitajat pyrkivät turvaamaan oman hyvinvointinsa omantunnon stressin kokemuksen edessä: kokiessaan työssään omantunnon stressiä, hoitajat voivat harkita alanvaihtoa vähentääkseen kyseisen stressitekijän ja sitä seuraavien haitallisten työhyvinvointivaikutusten roolia omalla työurallaan. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella vaikuttaisi siltä, että alanvaihtoaikaisien kannalta eettisesti haastavien tilanteiden määrää keskeisempää on se, että kuinka voimakasta omantunnon stressiä hoitajat työssään kokevat. Hoitajat siis voivat

kohdata arjen hoitotyössä erilaisia eettisesti haastavia tilanteita, mutta tämän tutkimuksen valossa pelkkä eettisesti haastavien tilanteiden kohtaaminen ei johtanut hoitajien alanvaihtoaikeiden esiintymiseen. Tämän pro gradu-tutkielman tulosten perusteella näyttäisi siltä, että hoitajien kokema voimakas omantunnon stressi voi johtaa siihen, että hoitajat käyttävät ongelmasuuntautuneena selviytymiskeinona alanvaihdon harkitsemista. Eettisesti haastavien tilanteiden määrän ja omantunnon stressin voimakkuuden toisistaan eroavat yhteydet alanvaihtoaikeisiin voivat transaktionaalisen stressiteorian valossa tarkasteltuna selittyä yksilön stressitekijöistä tekemien kognitiivisten arvioiden kautta: pelkkä eettisesti haastavien tilanteiden kohtaaminen ei välttämättä johda kielteisiin työhyvinvointivaikutuksiin ja alanvaihdon harkitsemiseen, vaan tilanteiden määrää merkittävämpää on se, miten kuormittavaksi hoitajat erilaiset eettiset haasteet kokevat. Toisin sanoen eettisesti haastavien tilanteiden seurausten kannalta merkittävää voi olla se, miten työntekijä suhtautuu kohtaamaansa eettisesti haastavaan tilanteeseen.

5.1.3 Resilienssin yhteys alanvaihtoaikeisiin ja resilienssi omantunnon stressin osa-alueiden ja alanvaihtoaikeiden yhteyttä muuntavana tekijänä

Tässä pro gradu-tutkielmassa kiinnostuksen kohteena oli tarkastella resilienssin yhteyttä alanvaihtoaikeisiin. Resilienssin nähtiin tutkimuksessa olevan yksilön henkilökohtainen voimavara (Eaves & Payne 2019), jonka avulla yksilöt voivat toipua ja palautua kohtaamastaan stressistä (Smith ym. 2008). Siksi voimakkaan resilienssin omaavien hoitajien oletettiin toipuvan työssä kohdattavasta stressistä paremmin, ja kokevan siksi vähemmän alanvaihtoaikeita. Resilienssin ja alanvaihtoaikeiden suoran yhteyden lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin myös resilienssin muuntavaa roolia omantunnon stressin ja alanvaihtoaikeiden välillä. Tutkimuksessa oletettiin, että voimakkaan resilienssin omaavat hoitajat palautuisivat paremmin työssään kohtaamastaan omantunnon stressistä, ja kokisivat siksi vähemmän alanvaihtoaikeita. Resilienssin oletettiin siis heikentävän omantunnon stressin osa-alueiden ja alanvaihtoaikeiden välillä vallitsevaa positiivista yhteyttä. Tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella kuitenkin havaittiin, että resilienssi ei ollut suoraan yhteydessä alanvaihtoaikeisiin, eikä resilienssi muuntanut kummankaan omantunnon stressin osa-alueen ja alanvaihtoaikeiden välistä yhteyttä.

Tulos oli ristiriidassa aiempien tutkimusten kanssa, joissa korkeamman resilienssin on havaittu olevan yhteydessä vähäisempiin vaihtoaikomuksiin (Arnup & Bowles 2016; Dai ym. 2019; Eaves & Payne 2019), ja joissa resilienssin on havaittu heikentävän erilaisten työn kuormitustekijöiden ja työntekijän hyvinvointiin kohdistuvien vaikutusten yhteyttä (García-Izquierdo ym. 2018; Hartmann ym. 2020; Shatte ym. 2017). Oletusten vastaista tutkimustulosta voivat selittää useat eri tekijät. Tässä pro gradu-tutkielmassa tehdyt oletukset resilienssin suorasta ja muuntavasta roolista perustuivat aiempaan tutkimuskirjallisuuteen, jossa on hoitotyön ammattilaisten sijaan tarkasteltu esimerkiksi matkailualan työntekijöitä (Dai ym. 2019), opettajia (Arnup & Bowles 2016), kättilöopiskelijoita

(Eaves & Payne 2019) ja yleisemmin useiden eri alojen edustajia (Shatte ym. 2017). On mahdollista, että hoitotyön kontekstissa resilienssin yhteys alanvaihtoaikeisiin on erilaista, kun muiden ammattialojen yhteydessä. Lisäksi oletukset sekä resilienssin suorasta, että muuntavasta roolista perustuivat kansainväliseen lähdekirjallisuuteen, joten voi olla, että esimerkiksi suomalainen työkuulttuuri vaikuttaa siihen, miksi resilienssi ei tämän tutkimuksen valossa näyttäytynyt alanvaihtoaikeisiin yhteydessä olevana tekijänä. Tarkastelu rajautui koskemaan resilienssin ja alanvaihtoaikeiden välistä yhteyttä: on mahdollista, että resilienssin rooli heijastuisi vahvemmin suhteessa muihin ilmiöihin, kuten vaikkapa vähäisempiin sairaspaisaoloihin tai vähäisempiin työpaikanvaihtoaikeisiin. Koska resilienssin ei tässä tutkimuksessa havaittu olevan yhteydessä hoitajien alanvaihtoaikeisiin, on todennäköistä, että jotkin muut tekijät, kuten esimerkiksi organisaatioon sitoutuminen, hoitotyön merkityksellisyys tai korkeaksi koettu työhyvinvoinnin taso toimivat resilienssiä merkittävämmiin alanvaihtoaikeilta suojaavina tekijöinä. Lisäksi on tarpeen huomioida se, että tässä tutkimuksessa resilienssiä tarkasteltiin kykynä toipua ja palautua stressistä (Smith ym. 2008). Resilienssin ilmiö voidaan kuitenkin hahmottaa myös muilla tavoilla, esimerkiksi työelämän kontekstissa työntekijöiden resilienssi käsitetään usein kykynä sopeutua organisaation muuttuviin olosuhteisiin (esim. Näswall ym. 2019). Mikäli resilienssi olisi tässä tutkimuksessa määritelty ja mitattu stressistä toipumiskyvyn sijaan esimerkiksi sopeutumiskykynä, on mahdollista, että tutkimuksessa olisi saatu erilaisia tuloksia resilienssin ja alanvaihtoaikeiden välisestä yhteydestä. Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu erilaisten taustatekijöiden yhteyksiä resilienssiin: voi kuitenkin olla, että osaltaan myös tutkimukseen osallistuneiden hoitajien taustatekijät esimerkiksi ikäjakauman tai koulutustaustaustan osalta vaikuttavat siihen, että resilienssin ei havaittu olevan suoraan tai muuntaen yhteydessä alanvaihtoaikeisiin. Mielenkiintoinen havainto on myös se, että vaikka resilienssi ei muuntanut omantunnon stressin osa-alueiden ja alanvaihtoaikeiden välistä yhteyttä, tutkimuksessa suoritettu korrelaatiotarkastelu kuitenkin osoitti, että resilienssin ja molempien omantunnon stressin ulottuvuuksien välillä vallitsi voimakas negatiivinen riippuvuus. Omantunnon stressin ja resilienssin välisten suorien yhteyksien tarkastelu rajautui tämän tutkimuksen ulkopuolelle, mutta tulevaisuudessa on tarpeen syventää ymmärrystä omantunnon stressin ja resilienssin välisistä yhteyksistä. Tarpeellisenä näyttäytyy myös tiedon lisääminen resilienssin roolista suomalaisen hoitotyön kontekstissa, esimerkiksi tarkastelemalla resilienssiä palautumis- ja toipumiskyvyn sijaan kykynä sopeutua hoitotyön muuttuviin olosuhteisiin.

Tutkimuksen tuloksia arvioidessa on tarpeen huomioida, että merkittävä osa (28 %) hoitohenkilökunnan alanvaihtoaikeista selittyi mukaan otetuilla taustatekijöillä: vanhemman iän havaittiin pienentävän riskiä alanvaihtoaikeisiin, kun taas miessukupuolen havaittiin lisäävän riskiä alanvaihtoaikeiden kokemiselle, toisen asteen koulutuksen saaneisiin verrattuna korkeasti koulutetuilla oli suurempi riski alanvaihtoaikeille, samoin epäsäännöllisessä vuorotyössä työskentelevillä oli suurempi riski alanvaihtoaikeiden kokemiseen verrattuna niihin, jotka työskentelevät säännöllisessä päivätyössä. Tulokset taustatekijöiden

suhteesta alanvaihtoaikaisiin olivat yhdenmukaisia aiempien tutkimusten suhteen niin iän (Barron & West 2005; Estryn-Béhar ym. 2007; Hart 2005; Nooney ym. 2010), sukupuolen (Barron & West 2005; Burmester ym. 2019; Ma ym. 2009; Tschannen ym. 2010), koulutustaustan (Barron & West 2005; Delobelle ym. 2011; Estryn-Béhar ym. 2007; Ma ym. 2009; Nooney ym. 2010; Sourdif 2004), kuin työaikamuodonkin osalta (Flinkman ym. 2008; Ma ym. 2009; Mryaan 2005), osoittaen tiettyjen ryhmien olevan erityisen haavoittuvassa asemassa alanvaihtoaikoiden kokemiselle. Vanhempien hoitajien vähäisempiä alanvaihtoaikomuksissa voidaan selittää sillä, että vanhemmilla hoitajilla voi olla nuorempiin hoitajiin verrattuna haastavampi löytää uusia työ- ja koulutuspaikkoja, ja toisaalta vanhempien hoitajien on esitetty olevan nuorempia hoitajia sitoutuneempia työpaikkaansa (Hayes ym. 2012). Alanvaihtoaikoiden esiintyminen korkeasti koulutetuilla hoitajilla voi puolestaan selittyä esimerkiksi sillä, että työn tai organisaation tarjotessa rajallisia kehitysmahdollisuuksia, voivat korkeammin koulutetut hoitajat olla alttiimpia alanvaihtoaikaille tukeakseen omaa urakehitystään (Hayes ym. 2012). Korkeammin koulutetuilla hoitajilla voi koulutuksensa myötä olla myös paremmat käytännön mahdollisuudet siirtyä työskentelemään hoitotyön ulkopuolisissa työtehtävissä. Vuorotyön tekemisen on puolestaan havaittu itsessään olevan merkittävä stressitekijä hoitotyössä (ks. esim. katsaukset Lambert & Lambert 2001; McVicar 2003; McVicar 2016), mikä osaltaan voi selittää sitä, miksi epäsäännöllistä vuorotyötä tekevät ovat suuremmassa riskissä alanvaihtoaikoiden kokemiselle.

5.2 Tutkimuksen luotettavuus, eettisyys ja jatkotutkimusaiheet

5.2.1 Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset

Tutkimuksen tekoon sisältyvät eettiset kysymykset liittyvät esimerkiksi tutkimusaiheen valintaan, tutkimuksen kohteina olevien henkilöiden kohteluun sekä rehellisyyteen tutkimuksen toteuttamisen kaikissa vaiheissa (Hirsjärvi ym. 2009, 23–27). Tutkimuksen kohteina olevien henkilöiden osalta tutkimuksessa tulee huolehtia esimerkiksi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, riittävästä tiedottamisesta sekä tutkittavien yksityisyyden suojelemisesta (Hirsjärvi ym. 2009, 25). Tässä pro gradu-tutkielmassa hyödynnettiin IJDFIN-hankkeessa kerättyä tutkimusaineistoa. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus pyrittiin tutkimushankkeessa varmistamaan riittäväällä tiedottamisella sekä sillä, että tutkittaville kerrottiin aineistonkeruun yhteydessä osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja tutkittavilta kysyttiin kirjallinen lupa aineiston hyödyntämiseen tieteellisessä tutkimuksessa. Lisäksi tutkittaville kerrottiin aineistonkeruun yhteydessä, että he voivat halutessaan vetäytyä tutkimuksesta. Tutkittavien yksityisyyden suojelemiseksi vastaajat anonymisoitiin, eikä yksittäisiä tutkittavia voitu siten tunnistaa aineistosta. IJDFIN-tutkimushankkeen toteutukseen ei vaadittu erikseen eettistä lausuntoa, sillä tutkimukseen osallistuminen perustui täysin tutkittavien vapaaehtoisuuteen, tutkimus ei kajoanut tutkittavien

koskemattomuuteen eikä aiheuttanut haittaa tutkittaville, eikä tutkimuksessa käsitelty esimerkiksi tutkittavien terveystietoja tai muitakaan tietoja, joita tutkittavat eivät itse antaneet. Tarkemmin tutkimusaineiston hankintaan, tutkimushenkilöiden vapaaehtoisuuteen sekä aineiston säilyttämiseen liittyviin kysymyksiin on paneuduttu tämän pro gradu-tutkielman aineistoa ja menetelmiä käsittelevän kappaleen yhteydessä.

Keskeisenä osana eettisesti kestävän tutkimuksen tekemiseen sisältyy epärehellisyyden välttäminen tutkimuksenteon kaikissa vaiheissa (Hirsjärvi ym. 2009, 25). Epärehellisyyden välttämiseen liittyy esimerkiksi se, että tutkimuksen tekijän on viitattava toisten tuottamaan tekstiin selkeästi ja riittävin lähdeviittein, toisten tutkijoiden ja tutkijaryhmien tuloksia ei pidä vähätellä tai esittää katteettomasti ominaan, tutkimuksen tuloksia ei pidä kritiikittömästi yleistää eikä tutkimuksen raportointi saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista (Hirsjärvi ym. 2009, 26–27). Tässä pro gradu-tutkielmassa tutkimuksen eettisyys pyrittiin turvaamaan edellä mainituin keinoin, esimerkiksi huolehtimalla asianmukaisista lähdeviitteistä, toisten tutkimusten kunnioittamisesta sekä tutkimuksen huolellisesta toteuttamisesta aina aineiston hankinnasta analyysivaihteeseen ja tulosten raportointiin. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä on eritelty tarkemmin seuraavassa kappaleessa.

5.2.2 Tutkimuksen luotavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella reliabiliteetin eli toistettavuuden ja validiteetin eli pätevyuden käsitteiden kautta (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Reliabiliteetin käsite tarkoittaa yksinkertaisuudessaan tutkimuksen toistettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 231) ja reliabiliteetin tarkastelu kietoutuu tutkimuksessa käytettyjen mittareiden luotettavuuteen (Nummenmaa 2009, 346). Reliabiliteetin osalta kiinnostuksen kohteena on esimerkiksi tarkastella käytettyihin mittareihin liittyviä mittausvirheitä ja mittareiden ominaisuuksia, kuten summamuuttujien sisäistä johdonmukaisuutta (Nummenmaa 2009, 346). Tämän tutkimuksen mittareiden reliabiliteettia on tarkasteltu tutkimuksessa käytettyjen summamuuttujien osalta tutkimuksen tulososiossa. Validiteetti puolestaan kuvaa tutkimuksen luotettavuutta sen osalta, onnistuttiinko tutkimuksessa tavoittamaan se ilmiö, mitä alun perin haluttiin tutkia (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Tutkimuksen validiteettia voidaan tarkastella sisäisen ja ulkoisen validiteetin avulla: ulkoiseen validiteettiin liittyvät kysymykset liittyvät tutkimusten tulosten yleistettävyyteen eli siihen, voidaanko otoksen perusteella tehtyjä päätelmiä yleistää koskemaan tutkimuksen perusjoukkoa (Metsämuuronen 2006, 55). Sisäiseen validiteettiin liittyvät kysymykset koskevat puolestaan tutkimuksen sisäistä luotettavuutta (Metsämuuronen 2006, 55).

Tämän tutkimuksen ulkoiseen validiteettiin eli tutkimustuloksen yleistettävyyteen liittyy joitakin rajoitteita. Tutkimus kohdistui 133 hoitohenkilökunnan jäseneseen, ja otoksen kokoa voidaan itsessään pitää riittävänä tilastollisten tarkastelujen toteuttamiseen käytetyillä analyysimenetelmillä, kuten logistisella regressioanalyysillä (Nummenmaa 2009, 342). Tutkimustulosten yleistettävyyteen kuitenkin vaikuttaa otoksen rajallinen koko suhteessa perusjoukon

hoitohenkilökuntaan: tässä tutkimuksessa vastaajiksi tavoitettiin 133 hoitohenkilökunnan jäsentä, mutta koko kohdeorganisaation tasolla hoitohenkilökuntaan kuuluu kokonaisuudessaan n. 2200 työntekijää. Aineistonkeruussa käytettiin sähköistä kyselylomaketta, joka itsessään saattoi vaikuttaa jossain määrin otoksen muodostumiseen: tutkimuksen vastaajiksi saattoi valikoitua esimerkiksi erityisen motivoituneita tai erityisen tyytymättömiä vastaajia. Toisaalta otoksen rajallista kokoa selittävät myös aineistonkeruuseen liittyvät tekniset syyt, sillä tässä tutkimuksessa tarkasteltiin poikkileikkausasetelmalla pitkittäistutkimuksen toista aineistonkeruukertaa, jolloin aineistonkeruulomake voitiin lähettää ainoastaan sellaisille henkilöille, jotka olivat ensimmäisellä mittauskerralla antaneet luvan seurantatutkimuksen yhteydenottoon.

Tutkimuksessa saatujen tulosten luotettavuuden suhteen täytyy huomioida, että vaikka omantunnon stressin voimakkuuden ja alanvaihtoaikeiden välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys, ei havaittu yhteys ollut kovin voimakas. Omantunnon stressin voimakkuus selitti hoitajien alanvaihtoaikeiden esiintymisestä vain pienen osan (4 %), ja suurin osa muodostetun logistisen regressiomallin selitysasteesta syntyi tutkittujen taustatekijöiden eli hoitajien iän, sukupuolen, koulutustaustan sekä työaikamuodon roolista.

Ulkoisen validiteetin osalta tulosten yleistettävyyttä tarkastellessa voidaan todeta tulosten olevan yleistettävissä tutkimuksen kohteena olevaan perusjoukkoon, sillä tutkimuksessa tarkasteltu otos kuvasi kohtuullisesti tutkittavan perusjoukon ominaisuuksia, ja tutkimuksessa saadut tulokset olivat omantunnon stressin voimakkuuden osalta tilastollisesti merkitseviä. Tulosten yleistettävyydessä on kuitenkin hyvä tiedostaa yllämainitut rajoitteet, jotka liittyvät tutkimustulosten merkitsevyyteen sekä tutkimuksessa tarkastellun otoksen rajalliseen kokoon suhteessa perusjoukkoon.

Tutkimuksen sisäistä validiteettia voidaan tukea esimerkiksi toimivalla tutkimusasetelmalla, tarkalla käsitteen määrittelyllä sekä mittareiden luotettavuudella (Metsämuuronen 2006, 55). Tässä tutkimuksessa keskeisiä käsitteitä, kuten omantunnon stressiä, resilienssiä ja alanvaihtoaikeita tarkasteltiin kattavasti ja monipuolisesti: tutkimuksen käsitteiden määrittelyn ja tarkastelun voidaan nähdä siis tukevan tutkimuksen sisäistä validiteettia. Tämän pro gradu-tutkielman etuna voidaan nähdä myös tutkittujen ja validoitujen mittaristojen käyttäminen tutkittujen ilmiöiden mittaamisessa. Omantunnon stressin mittaamiseen käytetty SCQ-mittaristo on suunnattu nimenomaan terveydenhuollon työntekijöiden omantunnon stressin mittaamiseen, ja mittarin on havaittu olevan validi terveydenhuollon työntekijöiden omantunnon stressin mittaamisessa (Glasberg ym. 2006). Suomessa omantunnon stressimittaristoa on käytetty toistaiseksi vain harvassa tutkimuksessa (ks. Heikkilä ym. 2021; Saarnio ym. 2012), mutta mittarin on havaittu toimivan luotettavasti myös suomalaisten hoitajien omantunnon stressin mittaamisessa (Saarnio ym. 2012). Tässä tutkimuksessa resilienssiä mitattiin BRS-mittaristolla, joka on niin ikään todettu luotettavaksi mittaamaan toimimis- ja palautumiskykynä nähtyä resilienssiä (Smith ym. 2008). Kyseisten mittaristojen käyttöä voidaan siis pitää tutkimuksen luotettavuutta lisäävinä tekijöinä.

Toisaalta erilaisten mittaristojen käyttöön voi liittyä tiettyjä rajoitteita esimerkiksi kysymysten ymmärtämisen suhteen (Hirsjärvi ym. 2009, 195). On mahdollista, että tässäkin tutkimuksessa yksittäiset vastaajat ovat saattaneet ymmärtää kysymyksiä eri tavoin, tai strukturoidut vastausvaihtoehdot eivät ole välttämättä sisältäneet sellaista vastausvaihtoehtoja, jonka vastaaja kokisi parhaaksi kokemuksensa kuvaamiseen. Tutkimuksen aineisto kerättiin sähköisen kyselylomakkeen avulla, mihin osaltaan liittyy joitakin rajoitteita: sähköisen kyselylomakkeen käyttö voi osoittautua haasteeksi edustavan otoksen saavuttamisen kannalta, sillä sähköisellä kyselylomakkeella kerätyn otoksen rakenne esimerkiksi ikä tai sukupuolijakaumien suhteen saattaa olla erilainen, kuin vastaavat jakaumat tutkimuksen kohteena toimivassa perusjoukossa (Heikkilä 2004, 69). Muita lomakkeiden käyttöön liittyviä haasteita ovat esimerkiksi epävarmuus siitä, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen ja miten huolellisia vastauksia he ovat antaneet (Hirsjärvi ym. 2009, 195).

Osaltaan tutkimuksen luotettavuutta saattaa heikentää analyyseja varten suoritettu muuttujien uudelleen luokittelu: esimerkiksi alanvaihtoaikeet luokiteltiin tässä tutkimuksessa uudelleen kaksiluokkaiseksi muuttujaksi, jolloin alanvaihtoaikeiksi nähtiin sekä heikommat että voimakkaammat harkinnat alanvaihdosta. On mahdollista, että alanvaihtoaikeiden suhteen tulokset olisivat olleen erilaisia, mikäli luokittelu olisi kyselylomakkeessa tai varsinaisessa analyysivaiheessa tehty toisella tavalla. Lisäksi tutkimuksen poikkileikkaus luo osaltaan rajoitteita tutkimuksen tulosten tarkasteluun: pitkittäistutkimusasetelma olisi mahdollistanut esimerkiksi sen tarkastelun, että voidaanko hoitajien kokemalla omantunnon stressillä ennustaa hoitohenkilökunnan alanvaihtoaikeita. Poikkileikkausasetelmalla toteutetulla tutkimusotteella ei myöskään voida tehdä oletuksia muuttujien välisestä kausaalisuudesta eli syy-seurausuhteista, vaan tarkastelu rajautuu ilmiöiden välisten yhteyksien tarkasteluun. On siis mahdollista, että omantunnon stressin voimakkuuden ja alanvaihtoaikeiden välillä vallitseva yhteys selittyy osin sillä, että ne työntekijät, jotka jo valmiiksi kokevat alanvaihtoaikeita, saattavat arvioida erilaisiin eettisesti haastaviin tilanteisiin liittyvän omantunnon stressin korkeammaksi.

Eräs keskeinen rajoite liittyy tämän tutkimuksen tutkimusaiheeseen. Tutkimuksessa tarkasteltiin hoitajien taustatekijöiden, resilienssin sekä omantunnon stressin osa-alueiden yhteyksiä alanvaihtoaikeisiin: kuitenkin hoitajien alanvaihtoaikeiden taustalta löytyy lukuisia muitakin tekijöitä, jotka saattavat selittää hoitajien alanvaihtoaikeita tässä tutkimuksessa tarkasteltuja tekijöitä paremmin. Esimerkiksi viime vuosina koko maailmaa ja erityisesti terveydenhuoltoalaa haastanut koronapandemia saattaa osaltaan selittää tässä tutkimuksessa havaittuja alanvaihtoaikeita. Lisäksi tutkimuksen kohteena olevassa terveysalan organisaatiossa on viime vuosien aikana toteutettu organisaatiomuutos, joka osaltaan voi selittää tutkimuksessa havaittujen alanvaihtoaikeiden esiintymistä.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusotteella tarkastellen numeerisella tasolla ilmiöiden välisiä yhteyksiä: kvalitatiivisen tutkimusotteen hyödyntäminen olisi luonut osaltaan syvempää ymmärrystä siitä, miten tutkimuksen kohteena olevat hoitohenkilökunnan jäsenet kokevat työssään esimerkiksi

omantunnon stressin tai resilienssin, tai mistä tekijöistä yksittäiset alanvaihtoaikeita kokevat hoitajat kokevat alanvaihtoaikeidensa johtuvan. Tässä tutkimuksessa tuotettua määrällistä tietoa olisikin mielenkiintoista päästä jatkossa täydentämään ja syventämään aihetta koskevalla laadullisella tutkimuksella.

Tutkimuksessa hyödynnettyä SCQ-mittaristoa ja omantunnon stressin käsitettä alanvaihtoaikeiden yhteydessä on aikaisemmassa tutkimuskirjallisuudessa tutkittu vain vähän. Rajoitteista huolimatta tämän tutkimuksen ansiona voidaan pitää ennen kaikkea sitä, että tutkimuksessa onnistuttiin tuottamaan uutta tietoa ennestään vähän tutkitusta aiheesta, eli eettisesti haastavien tilanteiden ja omantunnon stressin voimakkuuden yhteydestä alanvaihtoaikeisiin, ja siten laajentamaan omantunnon stressin käsitteen tutkimuskenttää. Lisäksi suurin osa aiemmasta hoitohenkilökunnan alanvaihtoa ja eettisistä haasteista aiheuttavaa stressiä koskevasta tutkimuksesta on kohdistunut nimenomaan sairaanhoitajien ammattinimikkeellä työskenteleviin henkilöihin. Tämän tutkimuksen ansioksi voidaan nähdä myös se, että tutkimuksen kohteena toimivat tasapuolisesti kaikki kohdeorganisaation hoitotyötä tekevät henkilöt koulutustaustasta riippumatta. Tutkimuksessa saavutettiin uutta tietoa esimerkiksi siitä, että ylempään korkeakoulututkinnon suorittaneet hoitajat olivat suuremmassa riskissä alanvaihtoaikeiden kokemiseen, kuin toiseen asteen koulutuksen, eli esimerkiksi lähihoitajatutkinnon suorittaneet hoitajat.

5.2.3 Jatkotutkimusaiheet

Tämä tutkimus toteutettiin poikkileikkaustutkimuksena, jonka pohjalta on mahdollista tutkia ilmiöiden välisiä yhteyksiä, mutta jonka avulla ei voida esimerkiksi ennustaa toisen ilmiön pohjalta toisen ilmiön esiintyvyyttä. Tulevaisuudessa omantunnon stressin ja alanvaihtoaikeiden tai resilienssin ja alanvaihtoaikeiden välisistä yhteyksistä olisi mielenkiintoista lisätä ymmärrystä pitkittäisasetelman avulla, jolloin voitaisiin tutkia sitä, että voiko omantunnon stressin kokemus tai hoitajan resilienssi ennustaa myöhempiä alanvaihtoaikeita. Tässä tutkimuksessa tutkimus rajautui alanvaihtoaikeiden tarkasteluun, joten myös resilienssin ja omantunnon stressin yhteys todelliseen vaihtuvuuteen näyttäytyy tulevaisuudessa tarpeellisena tutkimusaiheena.

Tutkimuksessa tarkasteltiin omantunnon stressin osa-alueiden yhteyksiä hoitajien alanvaihtoaikeisiin. On mahdollista, että hoitajien kokemus työssä kohdattavasta omantunnon stressistä heijastuisi eri tavoin työpaikanvaihtoaikeisiin. Työpaikanvaihdon voidaan nähdä olevan työuran kannalta vähemmän äärimäinen vaihtoehto, joten omantunnon stressin kokemus saattaa alanvaihtoaikeita vahvemmin olla yhteydessä hoitajien aikomuksiin vaihtaa työpaikkaa. Siksi tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista lisätä ymmärrystä siitä, millainen yhteys hoitajien kokeman omantunnon stressin ja työpaikanvaihtoaikeiden välillä vallitsee. Kiinnostavana tutkimusaiheena tulevaisuudessa näyttäytyy myös sen tutkiminen, voiko jonkin tietty eettisesti haastava tilanne ja tähän tilanteeseen liittyvä omantunnon stressi olla muita vahvemmin yhteydessä alanvaihtoaikeisiin. Tässä tutkimuksessa eettisesti haastavien tilanteiden tarkasteleminen osoitti, että eettisistä haasteista useimmiten hoitajat kokivat ajanpuutteesta johtuvaa

kyvyttömyyttä kohdella potilaita siten, kun heitä hoitajan mielestä tulisi kohdella. Kyseiseen tilanteeseen liittyen koettiin myös voimakkainta omantunnon stressiä. Olisikin tarpeellista tehdä jatkotarkasteluja sen suhteen, liittyykö esimerkiksi koettu ajanpuute muita eettisesti haastavia tilanteita vahvemmin hoitajien alanvaihtoaikeisiin.

5.3 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen kohteena toimivan terveysalan organisaation hoitohenkilökunnasta 31 % kertoi kokevansa eritasoisia alanvaihtoaikeita. Alanvaihtoaikeisiin yhteydessä olevien taustatekijöiden tarkastelu osoitti, että tietyt ryhmät, kuten epäsäännöllisessä vuorotyössä työskentelevät hoitajat, olivat muita suuremmassa riskissä alanvaihtoaikeiden kokemiseen. Tulosten perusteella näyttäisi siltä, että terveysalan organisaatioiden tulisi paneutua erityisesti sellaisten ryhmien alanvaihtoaikeiden ehkäisemiseen, jolla riski alanvaihtoaikeiden kokemiseen on erityisen suuri.

Tutkimuksessa saadut tulokset osoittivat, että hoitajien resilienssi ei ollut yhteydessä alanvaihtoaikeisiin, eikä resilienssi myöskään muuntanut omantunnon stressin osa-alueiden ja alanvaihtoaikeiden välistä yhteyttä: tämän tutkimuksen perusteella resilienssi ei siis näyttäytynyt hoitotyön kuormitustekijöiltä suojaavana tekijänä. Sen sijaan tutkimus tarjosi tietoa omantunnon stressin osa-alueiden yhteydestä hoitajien alanvaihtoaikeisiin osoittaen, että eettisesti haastavien tilanteiden määrän sijaan keskeisempänä alanvaihtoaikeiden kannalta näytetään se, kuinka voimakasta omantunnon stressiä hoitajat kokevat: omantunnon stressin voimakkuuden havaittiin olevan yhteydessä alanvaihtoaikeisiin, ja omantunnon stressin voimakkuuden kasvamisen havaittiin lisäävän todennäköisyyttä alanvaihtoaikeiden kokemiseen.

Sen lisäksi, että tässä tutkimuksessa hoitajien omantunnon stressin voimakkuuden havaittiin olevan yhteydessä hoitajien alanvaihtoaikeisiin, voi hoitajien jatkuva kokemus omantunnon stressistä muodostaa uhan hoitohenkilökunnan hyvinvoinnille ja työssä jaksamiselle myös yleisellä tasolla (Saarnio ym. 2012). Alanvaihtoaikeiden ja hoitajien työhyvinvointiin kohdistuvien vaikutusten lisäksi hoitajien kohtaamista eettisistä haasteista aiheutuva stressi voi heijastua myös organisaatioon ja potilaisiin esimerkiksi hoidon laadun laskemiseen ja alentuneen potilastyytyväisyyden kautta (Corley 2002). Siksi terveysalan organisaatioiden on hyvä tiedostaa omantunnon stressin rooli sekä yhtenä mahdollisena alanvaihtoaikeiden aiheuttajana, hoitajien hyvinvoinnin yleisenä uhkana sekä niin potilaisiin, kuin organisaatioonkin vaikuttavana tekijänä, ja pohtia keinoja hoitohenkilökunnan omantunnon stressin ehkäisemiseksi. Organisaation keinoina hoitohenkilökunnan omantunnon stressin vähentämisessä voivat toimia esimerkiksi työn johtamiseen ja organisointiin panostaminen sekä henkilöstöresurssien lisääminen (Saarnio ym. 2012), henkilökeskeisen hoidon tarjoamisen helpottaminen (Edvardsson, Sandman & Borell 2014), sekä sellaisen keskusteluympäristön luominen, joka mahdollistaa ja rohkaisee hoitajia keskustelemaan ja

pohtimaan työympäristössä esiintyviä eettisiä haasteita (Tu vesson ym. 2012). Myös vahvan eettisen organisaatiokulttuurin on havaittu olevan yhteydessä vähäisempään eettiseen kuormittuneisuuteen terveydenhuollon organisaatiossa (Pihlajasaari, Feldt, Lämsä, Huhtala & Tolvanen 2013): siten myös eettisen organisaatiokulttuurin kehittäminen näyttäytyy yhtenä keinona omantunnon stressin vähentämisessä. Eettistä organisaatiokulttuuria voidaan tukea esimerkiksi lisäämällä organisaation johdon, esihenkilöiden ja henkilöstön tietoisuutta eettisesti toimijuudesta työhönohjauksen, koulutuksen tai vertaisryhmäkeskustelujen avulla (Pihlajasaari ym. 2013). Hoitajille suunnattujen stressinhallinta - tai reflektiotaitojen kehittämiseen tähtäävien interventioiden ei ole toistaiseksi havaittu vaikuttavan merkittävästi hoitajien kokemaan omantunnon stressiin, mutta tulevaisuudessa erilaisten interventioiden vaikutuksesta hoitajien omantunnon stressin vähentämiseksi kaivataan lisää tutkimusta (Jokwiro ym. 2021).

Tässä tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella hoitajien kokemus siitä, että he eivät ajanpuutteen vuoksi kykene kohtelevaan työnsä kohteena olevia henkilöitä niin, kuin heitä hoitajan mielestä tulisi kohdella, osoittautui sekä useimmiten kohdattavaksi eettiseksi haasteeksi, että voimakkaimmin omantunnon stressiä aiheuttavaksi tekijäksi. Huolimatta siitä, että ajanpuute näyttäytyy sekä keskeisenä hoitotyön yleisenä stressitekijänä (ks. katsaukset Lambert & Lambert 2001; McVicar 2003; McVicar 2016), että merkittävimpänä omantunnon stressin aiheuttajana (Glasberg ym. 2006; Juthberg ym. 2008; Saarnio ym. 2012), vallitsee työelämässä jatkuva kehityskulku kohti aina vain tehokkaampaa työskentelyä (Heikkilä ym. 2021). Tämän tutkimuksen valossa näyttää kuitenkin siltä, että sekä yksittäisten terveystalon organisaatioiden, että yhteiskunnan tasolla tulisi etsiä lisää keinoja hoitotyössä kohdattavan aikapaineen lievittämiseksi. Esimerkiksi henkilöstöressurssien lisääminen näyttäytyy tekijänä, jonka avulla voidaan tarjota hoitajille mahdollisuus riittävän hyvän hoidon tarjoamiseen, ja siten myös hoitotyössä kohdattavan omantunnon stressin vähentämiseen (Heikkilä ym. 2021).

Tutkimuksessa muodostetun mallin selittäessä parhaimmillaan 34 % alanvaihtoaikeiden esiintymisestä, jää iso osa hoitajien alanvaihtoaikeita selittävästä tekijöistä tämän tutkimuksen tarkastelun ulkopuolelle. Tulevaisuudessa hoitajien alanvaihtoaikeiden taustalta löytyvien tekijöiden tutkiminen on kuitenkin yhä tärkeämpää, jotta ymmärretään, miksi hoitajat haluavat lähteä hoitoalalta. Suomessa tälläkin hetkellä vallitseva pula sosiaali- ja terveystalon ammattilaisista, eli esimerkiksi juuri hoitohenkilökunnasta, tulee tulevaisuudessa vain kasvaamaan. Jotta nykyisten hoitajien alanvaihtoaikeet eivät etene todelliseksi vaihtuvuudeksi, tulee niin organisaatioiden, kun yhteiskunnankin tasolla kiinnittää huomiota hoitajien alanvaihtoaikeita aiheuttaviin tekijöihin, ja näihin tekijöihin puuttumiseen. Tämän tutkimuksen valossa yhtenä keinona hoitajien alanvaihtoaikeiden ehkäisemisessä näyttäytyy puuttuminen hoitajille omantunnon stressiä aiheuttaviin tekijöihin.

LÄHTEET

- Asakura, K., Asakura, T., Satoh, M., Watanabe, I. & Hara, Y. 2020. Health indicators as moderators of occupational commitment and nurses' intention to leave. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), 1-9.
- Aula Research. 2021. Kysely tehyläisille 2021 – Tulosesitys. Haettu 11.1.2022 osoitteesta: https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/dokumentti/aula_researchin_kyskys_hoitajien_tyossajaksamisesta_ja_tyohyvinvoinista_2021_id_17362.pdf.
- Bardoel, E. A., Pettit, T. M., De Cieri, H. & McMillan, L. 2014. Employee resilience: An emerging challenge for HRM. *Asia Pacific Journal of Human Resources* 52(3), 279-297.
- Barron, D. & West, E. 2005. Leaving nursing: an event-history analysis of nurses' careers. *Journal of Health Services Research & Policy* 10(3), 150-157.
- Bonanno, G. A. 2004. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist* 59(1), 20-28.
- Britt, T. W., Shen, W., Sinclair, R. R., Grossman, M. R. & Klieger, D. M. 2016. How much do we really know about employee resilience? *Industrial and Organizational Psychology* 9(2), 378-404.
- Buchan, J. 2010. Reviewing the benefits of health workforce stability. *Human resources for health* 8(1), 1-5.
- Burmeister, E. A., Kalisch, B. J., Xie, B., Doumit, M. A., Lee, E., Ferraresion, A., Terzioglu, F. & Bragadóttir, H. 2019. Determinants of nurse absenteeism and intent to leave: An international study. *Journal of nursing management* 27(1), 143-153.
- Cameron, F. & Brownie, S. 2010. Enhancing resilience in registered aged care nurses. *Australasian journal on ageing* 29(2), 66-71.
- Chan, Z. C., Tam, W. S., Lung, M. K., Wong, W. Y. & Chau, C. W. 2013. A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *Journal of nursing management* 21(4), 605-613.
- Corley, M. C. 2002. Nurse Moral Distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing ethics* 9(6), 636-650.
- Cusack, L., Smith, M., Hegney, D., Rees, C. S., Breen, L. J., Witt, R. R., Rogers, C., Williams, A., Cross, W. & Cheung, K. 2016. Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: Constructing a unified theoretical model. *Frontiers in psychology* 7, 600.
- Dahlqvist, V., Eriksson, S., Glasberg, A. L., Lindahl, E., Lütznén, K., Strandberg, G., Söderberg, A., Sørli, v. & Norberg, A. 2007. Development of the perceptions of conscience questionnaire. *Nursing Ethics* 14(2), 181-193.
- Dai, Y. D., Zhuang, W. L. & Huan, T. C. 2019. Engage or quit? The moderating role of abusive supervision between resilience, intention to leave and work engagement. *Tourism Management* 70, 69-77.

- Delobelle, P., Rawlinson, J. L., Ntuli, S., Malatsi, I., Decock, R. & Depoorter, A. M. 2011. Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: a questionnaire survey. *Journal of advanced nursing* 67(2), 371-383.
- DeTienne, K. B., Agle, B. R., Phillips, J. C. & Ingerson, M. C. 2012. The impact of moral stress compared to other stressors on employee fatigue, job satisfaction, and turnover: An empirical investigation. *Journal of Business Ethics* 110(3), 377-391.
- Dyo, M., Kalowes, P. & Devries, J. 2016. Moral distress and intention to leave: a comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. *Intensive and Critical Care Nursing* 36, 42-48.
- Eaves, J. L. & Payne, N. 2019. Resilience, stress and burnout in student midwives. *Nurse education today* 79, 188-193.
- Edvardsson, D., Sandman, P. O. & Borell, L. 2014. Implementing national delines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *International Psychogeriatrics* 26(7), 1171-1179.
- Estryn-Béhar, M., Van der Heijden, B. I., Ogińska, H., Camerino, D., Le Nézet, O., Conway, P. M., Fry, C. & Hasselhorn, H. M. 2007. The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical care* 45(10), 939-950.
- Estryn-Béhar, M., Van Der Heijden, B. I., Fry, C. & Hasselhorn, H. M. 2010. Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. *Nursing research* 59(3), 166-177.
- ETENE. 2001. Terveystienhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet.
- Feldt, T. & Mäkikangas, A. 2015. Selviytymiskeinot ja niiden käyttöä suuntaavat persoonallisuuden ominaisuudet. Teoksesta: Metsäpelto, R., Feldt, T., Vierikko, E., Keltikangas-Järvinen, L., Rantanen, J., Mäkikangas, A., Nurmi, J-K., Salmela-Aro, K., Kokkonen, M., Kinnunen, M-L., Kokko, P., Fadjuskoff, P., Perttula, J., Räikkönen, K., Pesonen, A-K., Honkaniemi, L., Vuori, J., Mauno, S., Kinnunen, U., Ruoppila, I. & Pulkkinen, L. (Toim.), *Meitä on moneksi: Persoonallisuuden psykologiset perusteet* (s. 93-110). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Fletcher, D. & Sarkar, M. 2013. Psychological resilience. *European psychologist* 18(1), 12-23.
- Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H. M. & Salanterä, S. 2008. Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies* 45(5), 727-739.
- Flinkman, M., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2010. Nurses' intention to leave the profession: integrative review. *Journal of advanced nursing* 66(7), 1422-1434.

- Flinkman, M. 2014. Young registered nurses' intent to leave the profession in Finland—a mixed-method study. Turku: Turun yliopiston julkaisu.
- Flinkman, M. & Salanterä, S. 2015. Early career experiences and perceptions—a qualitative exploration of the turnover of young registered nurses and intention to leave the nursing profession in Finland. *Journal of nursing management* 23(8), 1050-1057.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Aslaksen, P. M. & Flaten, M. A. 2006. Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of psychosomatic research* 61(2), 213-219.
- Ganster, D. C. & Rosen, C. C. 2013. Work stress and employee health: A multidisciplinary review. *Journal of management* 39(5), 1085-1122.
- Garcia-Izquierdo, M., Meseguer de Pedro, M., Ríos-Risquez, M. I. & Sánchez, M. I. S. 2018. Resilience as a moderator of psychological health in situations of chronic stress (burnout) in a sample of hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 50(2), 228-236.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M. & Grimbeek, P. 2007. Resilience in the operating room: Developing and testing of a resilience model. *Journal of advanced nursing* 59(4), 427-438.
- Glasberg, A. L., Eriksson, S., Dahlqvist, V., Lindahl, E., Strandberg, G., Söderberg, A., Sørli, V. & Norberg, A. 2006. Development and initial validation of the stress of conscience questionnaire. *Nursing Ethics* 13(6), 633-648.
- Glasberg, A. L. 2007. Stress of conscience and burnout in healthcare: The danger of deadening one's conscience. Umeå: Umeå University Medical Dissertations.
- Glasberg, A. L., Eriksson, S. & Norberg, A. 2007. Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of advanced nursing* 57(4), 392-403.
- Glasberg, A. L., Eriksson, S. & Norberg, A. 2008. Factors associated with 'stress of conscience' in healthcare. *Scandinavian journal of caring sciences* 22(2), 249-258.
- Grafton, E., Gillespie, B. & Henderson, S. 2010. Resilience: the power within. In *Oncology nursing forum* 37(6), 698-705.
- Griffeth, R. W., Hom, P. W. & Gaertner, S. 2000. A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: Update, moderator tests, and research implications for the next millennium. *Journal of management* 26(3), 463-488.
- Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B. & Dreyer, P. 2020. Nurses' experiences of ethical dilemmas: a review. *Nursing ethics* 27(1), 258-272.
- Hakala, J. 2015. Toimivan tutkimusmenetelmän löytäminen, Teoksessa Valli, R., Aaltola, J., Aaltola, J., Laine, T., Moilanen, P., Kiviniemi, K. & Collin, K. (Toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2, Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin* (s. 14-26). 4. uud. p. Jyväskylä: PS-kustannus.

- Hart, P. L., Brannan, J. D. & De Chesnay, M. 2014. Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of nursing management* 22(6), 720-734.
- Hart, S. E. 2005. Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. *Journal of Nursing Scholarship* 37(2), 173-177.
- Hartmann, S., Weiss, M., Newman, A. & Hoegl, M. 2020. Resilience in the workplace: A multilevel review and synthesis. *Applied Psychology* 69(3), 913-959.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F. Spence Laschinger, H., North, N. & Stone, P. 2012. Nurse turnover: a literature review—an update. *International journal of nursing studies* 49(7), 887-905.
- Healy, C. M. & McKay, M. F. 2000. Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of advanced nursing* 31(3), 681-688.
- Heikkilä, T. 2004. *Tilastollinen tutkimus*. 5. uud. p. Helsinki: Edita.
- Heikkilä, M., Huhtala, M., Mauno, S. & Feldt, T. 2021. Intensified job demands, stress of conscience and nurses' experiences during organizational change. *Nursing Ethics* 9(1), 217-230.
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Strømseng Sjetne, I., Casbas, M. & Schoonhoven, L. 2013. Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International journal of nursing studies* 50(2), 174-184.
- Helander, M., Roos, M. & Suominen, T. 2019. Nuorten sairaanhoitajien näemyksiä ammatista lähtemisestä. *Hoitotiede* 31(3), 180-190.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B. & Yuen, T. 2011. What is resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry* 56(5), 258-265.
- Hinno, S., Partanen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2012. The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands. *Scandinavian journal of caring sciences* 26(1), 133-143.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. & Sinivuori, E. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Hodges, H. F., Keeley, A. C. & Grier, E. C. 2005. Professional resilience, practice longevity, and Parse's theory for baccalaureate education. *Journal of Nursing Education* 44(12), 548-554.
- Hognestad Haaland, G., Olsen, E. & Mikkelsen, A. 2021. The association between supervisor support and ethical dilemmas on Nurses' intention to leave: The mediating role of the meaning of work. *Journal of Nursing Management* 29(2), 286-293.
- Holm, A. L. & Severinsson, E. 2014. Reflections on the ethical dilemmas involved in promoting self-management. *Nursing Ethics* 21(4), 402-413.
- Hom, P. W. & Griffeth, R. W. 1995. *Employee turnover*. Cincinnati, OH: South-Western College Publishing.

- Honkatukia, J., Kohl, J. & Lehtomaa, J. 2018. *Uutta, vanhaa ja sinivalkoista-Suomi 2040*. Espoo: VTT Technical Research Centre of Finland.
- Jang, M. H., Gu, S. Y. & Jeong, Y. M. 2019. Role of coping styles in the relationship between nurses' work stress and well-being across career. *Journal of nursing scholarship* 51(6), 699-707.
- Jokwiro, Y., Wilson, E. & Bish, M. 2021. The extent and nature of stress of conscience among healthcare workers: A scoping review. *Applied Nursing Research* 63, 151554.
- Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A. & Sundin, K. 2007. Perceptions of conscience in relation to stress of conscience. *Nursing ethics* 14(3), 329-343.
- Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A. & Sundin, K. 2008. Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care-providers in older people. *Journal of Clinical Nursing* 17(14), 1897-1906.
- Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A. & Sundin, K. 2010. Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care. *Journal of advanced nursing* 66(8), 1708-1718.
- Kaakinen, M. & Elonen, M. 2022. Moderaation tarkastelu regressioanalyysissä. Teoksessa *Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteis kuntatieteellinen tietoaarkisto (ylläpitäjä ja tuottaja). Haettu 29.3.2022 osoitteesta: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/regressio/moderaatio/>
- Kangasniemi, M., Pakkanen, P. & Korhonen, A. 2015. Professional ethics in nursing: an integrative review. *Journal of advanced nursing* 71(8), 1744-1757.
- Karakachian, A. & Colbert, A. 2019. Nurses' moral distress, burnout, and intentions to leave: an integrative review. *Journal of Forensic Nursing* 15(3), 133-142.
- Kermott, C. A., Johnson, R. E., Sood, R., Jenkins, S. M. & Sood, A. 2019. Is higher resilience predictive of lower stress and better mental health among corporate executives? *PloS one* 14(6), e0218092.
- Kinnunen, M. & Feldt, T. 2005. *Hyvinvointi työssä*. Teoksessa Kinnunen, U., Feldt, T. & Mauno, S. (Toim.), *Työ leipälajina: Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet* (s. 13-37). Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Krausz, M., Koslowsky, M., Shalom, N. & Elyakim, N. 1995. Predictors of intentions to leave the ward, the hospital, and the nursing profession: A longitudinal study. *Journal of Organizational Behavior* 16(3), 277-288.
- Kuntz, J. R., Näswall, K. & Malinen, S. 2016. Resilient employees in resilient organizations: Flourishing beyond adversity. *Industrial and Organizational Psychology* 9(2), 456-462.
- Kuula, Arja. 2006. *Tutkimusetiikka: Aineistojen Hankinta, Käyttö Ja Säilytys*. Tampere: Vastapaino.
- Kälvemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P. & Arnetz, B. 2004. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social science & medicine* 58(6), 1075-1084.

- Lahtinen, P., Leino-Kilpi, H. & Salminen, L. 2014. Nursing education in the European higher education area – Variations in implementation. *Nurse education today* 34(6), 1040-1047.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Annettu Helsingissä 28.6.1994
- Lambert, V. A. & Lambert, C. E. 2001. Literature review of role stress/strain on nurses: an international perspective. *Nursing & health sciences* 3(3), 161-172.
- Langeland, K. & Sørli, V. 2011. Ethical challenges in nursing emergency practice. *Journal of clinical nursing* 20(13-14), 2064-2070.
- Laukkala, T., Tuisku, K., Junttila, K., Haravuori, H., Kujala, A., Haapa, T. & Jylhä, P. 2020. COVID-19-pandemian aiheuttama psyykinen kuormitus terveydenhuollossa-seuranta on perusteltua. Duodecim.
- Lauris, L., Blaževičienė, A., Capezuti, E. & Milonas, D. 2020. Moral Distress and Intention to Leave the Profession: Lithuanian Nurses in Municipal Hospitals. *Journal of nursing scholarship* 52(2), 201-209.
- Lavander, P., Suhonen, M., Turkki, L. & Merilainen, M. 2018. How Practical Nurses, Registered Nurses and Nurse Managers View Practical Nurses' Work Activities. *International journal of caring sciences* 11(1), 23-35.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. 1984. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. *Etiikka hoitotyössä*. 5. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.
- Li, J., Galatsch, M., Siegrist, J., Müller, B. H., Haselhorn, H. M. & European NEXT Study group. 2011. Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession – Prospective results from the European longitudinal NEXT study. *International journal of nursing studies* 48(5), 628-635.
- Lipponen, K. 2020. *Resilienssi arjessa*. Helsinki: Duodecim.
- Luthans, F. & Youssef, C. M. 2004. Human, social, and now positive psychological capital management: Investing in people for competitive advantage. *Organizational dynamics*, 33(2), 143-160.
- Lützn, K. & Kvist, B. E. 2012. Moral Distress: A Comparative Analysis of Theoretical Understandings and Inter-Related Concepts. *HEC forum* 24(1), 13-25.
- Ma, J. C., Lee, P. H., Yang, Y. C. & Chang, W. Y. 2009. Predicting factors related to nurses' intention to leave, job satisfaction, and perception of quality of care in acute care hospitals. *Nursing Economics* 27(3), 178.
- Mares, J. 2016. Moral distress: Terminology, theories and models. *KONTAKT* 18(3), 137-144.
- Mark, G. & Smith, A. P. 2012. Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British journal of health psychology* 17(3), 505-521.
- Matheson, C., Robertson, H. D., Elliott, A. M., Iversen, L. & Murchie, P. 2016. Resilience of primary healthcare professionals working in challenging en

- vironments: a focus group study. *British Journal of General Practice* 66(648), 507-515.
- McAllister, M. & McKinnon, J. 2009. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse education today* 29(4), 371-379.
- McCarthy, J. & Deady, R. 2008. Moral Distress Reconsidered. *Nursing Ethics* 15(2), 254-262.
- McVicar, A. 2003. Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of advanced nursing* 44(6), 633-642.
- McVicar, A. 2016. Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000-2013) using the job demands-resources model of stress. *Journal of nursing management* 24(2), 112-136.
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B. & Moss, M. 2012. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *International journal of nursing studies* 49(3), 292-299.
- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: Opiskelijalaitos. 2. laitos, 3. uud. p. Helsinki: International Methelp.
- Moloney, W., Boxall, P., Parsons, M. & Cheung, G. 2018. Factors predicting Registered Nurses' intentions to leave their organization and profession: A job demands-resources framework. *Journal of advanced nursing* 74(4), 864-875.
- Mryaan, M. T. 2005. Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan. *Journal of nursing management* 13(1), 40-50.
- Mölsä, E. & Salmirinne, T. 2022. Muutosvoimavarojen yhteys henkilöstön työhyvinvointiin terveysalan organisaation muutosprosessissa. Julkaisematon Pro Gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopiston psykologian laitos.
- Nguyen, Q., Kuntz, J. R., Näswall, K. & Malinen, S. 2016. Employee resilience and leadership styles: The moderating role of proactive personality and optimism. *New Zealand Journal of Psychology (Online)* 45(2), 13.
- Nooney, J. G., Unruh, L. & Yore, M. M. 2010. Should I stay or should I go? Career change and labor force separation among registered nurses in the US. *Social science & medicine* 70(12), 1874-1881.
- Nummenmaa, L. 2009. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. 1. p., uud. laitos. Helsinki: Tammi.
- Näswall, K., Malinen, S., Kuntz, J. & Hodliffe, M. 2019. Employee resilience: Development and validation of a measure. *Journal of Managerial Psychology* 34(5), 353-367.
- Parry, J. 2008. Intention to leave the profession: antecedents and role in nurse turnover. *Journal of Advanced Nursing* 64(2), 157-167.
- Pauly, B. M., Varcoe, C. & Storch, J. 2012. Framing the Issues: Moral Distress in Health Care. *HEC forum* 24(1), 1-11.
- Pihlajasaari, P., Feldt, T., Lämsä, A. M., Huhtala, M. & Tolvanen, A. 2013. Eettinen kuormittuneisuus ja sen yhteydet eettiseen organisaatiokulttuuriin

- kaupunkiorganisaatioissa, suunnittelutoimistossa ja pankissa. *Hallinnon tutkimus* 2013(2), 75–94.
- Poijula, S. 2020. *Resilienssi: Muutosten kohtaamisen taito*. 4. uud. p. Helsinki: Kirjapaja.
- Rainer, J., Schneider, J. K. & Lorenz, R. A. 2018. Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing* 27(19-20), 3446-3461.
- Raines, M. L. 2000. Ethical decision making in nurses. Relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONA'S healthcare law, ethics and regulation* 2(1), 29–41.
- Rantanen, J., Koivula, M., Hiltunen, P., Niemi, L., Saari, T., Tammelin, M., Parvainen, T. & Villi, M. 2020. Mediatyöntekijöiden kokemuksia työstä digitaalisessa toimintaympäristössä: Media Work 2030-kyselyn alustavat tulokset. Tampereen yliopisto, Työelämän tutkimuskeskus: Työraportti 109.
- Robertson, H. D., Elliott, A. M., Burton, C., Iversen, L., Murchie, P., Porteous, T. & Matheson, C. 2016. Resilience of primary healthcare professionals: a systematic review. *British Journal of General Practice* 66(647), e423-e433.
- Rubenstein, A. L., Eberly, M. B., Lee, T. W. & Mitchell, T. R. 2018. Surveying the forest: A meta-analysis, moderator investigation, and future-oriented discussion of the antecedents of voluntary employee turnover. *Personnel Psychology* 71(1), 23–65.
- Saari, T. 2016. Resilienssi työntekijän voimavarana asiantuntijatyön aikapainneiden hallinnassa. *Hallinnon tutkimus*, 35(3), 232–243.
- Saarnio, R., Sarvimäki, A., Laukkala, H. & Isola, A. 2012. Stress of conscience among staff caring for older persons in Finland. *Nursing Ethics* 19(1), 104–115.
- Saarnio, R., Sarvimäki, A., Laukkala, H. & Isola, A. 2013. Iäkkäiden muistisairaiden henkilöiden hoitotyössä toimivien hoitajien käsitys omastatunosta/Perseptiona of conscience among nursing staff working with older people with dementia. *Hoitotiede* 25(1), 62.
- Sairaanhoitajaliitto. 2021. Sairaanhoitajien ammattieettiset ohjeet. Haettu 27.1.2022 osoitteesta: <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>
- Sairaanhoitajaliitto. 2020. Tulosraportti Sairaanhoitajaliiton määrällisestä koronakyselystä 2020: Sairaanhoitaja koronaviruspandemian keskellä. Haettu 27.11.2021 osoitteesta: https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2021/03/Loppuraportti-Sairaanhoitajaliiton-m%C3%A4%C3%A4r%C3%A4llisest%C3%A4-koronakyselyst%C3%A4-sairaanhoitajille-ja-esihenkil%C3%B6ille_2020.pdf
- Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B. & Nieminen, P. 2009. *Hoitotyön etiikka*. Helsinki: Edita.
- Schuster, R., Hammitt, W. E. & Moore, D. 2006. Stress appraisal and coping response to hassles experienced in outdoor recreation settings. *Leisure Sciences* 28(2), 97-113.

- Shahriari, M., Mohammadi, E., Abbaszadeh, A. & Bahrami, M. 2013. Nursing ethical values and definitions: A literature review. *Iranian journal of nursing and midwifery research* 18(1), 1-8.
- Shatté, A., Perlman, A., Smith, B. & Lynch, W. D. 2017. The positive effect of resilience on stress and business outcomes in difficult work environments. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 59(2), 135-140.
- Silén, M., Tang, P. F. & Ahlström, G. 2009. Swedish and Chinese nurses' conceptions of ethical problems: a comparative study. *Journal of clinical nursing* 18(10), 1470-1479.
- Sourdif, J. 2004. Predictors of nurses' intent to stay at work in a university health center. *Nursing & Health Sciences* 6(1), 59-68.
- SUPER. 2019. Lähihoitajan eettiset ohjeet. Haettu 27.1.2022 osoitteesta: <https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/superliitto-lahihoitajan-eettiset-ohjeet-2019.pdf>
- Takase, M. 2010. A concept analysis of turnover intention: Implications for nursing management. *Collegian* 17(1), 3-12.
- Tevameri, T. 2021. Katsaus sote-alan työvoimaan: Toimintaympäristön ajan kohtaisten muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua. Toimialaraportit 2021. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Tietosuojalaki 2018/1050. Annettu Helsingissä 5.12.2018.
- Tonkin, K., Malinen, S., Näswall, K. & Kuntz, J. C. 2018. Building employee resilience through wellbeing in organizations. *Human Resource Development Quarterly* 29(2), 107-124.
- 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(4), 404-413.
- Tschannen, D., Kalisch, B. J. & Lee, K. H. 2010. Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *Canadian Journal of Nursing Research Archive* 42 (4), 22-39.
- Tung, K. S., Ning, W. W. & Kris, L. T. Y. A. 2014. Effect of resilience on self-perceived stress and experiences on stress symptoms a surveillance report. *Universal Journal of public health* 2(2), 64-72.
- Tuomivaara, T. 2005. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Haettu 9.11.2021 osoitteesta: <https://www.mv.helsinki.fi/home/ttuomiva/Y125luku6.pdf>
- Turesson, H., Eklund, M. & Wann-Hansson, C. 2012. Stress of conscience among psychiatric nursing staff in relation to environmental and individual factors. *Nursing Ethics* 19(2), 208-219.
- Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. 2020. Tilastollisen aineiston käsitteilyn ja tulkinnan perusteita. 2. uud. p. Turku: Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos.
- Ulrich, C., O'donnell, P., Taylor, C., Farrar, A., Danis, M. & Grady, C. 2007. Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Social science & medicine* 65(8), 1708-1719.
- Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: PS-kustannus.

- Valvira. 2022. Terveystuollon ammattioikeudet. Haettu 4.4.2022 osoitteesta: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>.
- Wald, J., Taylor, S., Asmundson, G. J., Jang, K. L. & Stapleton, J. 2006. Literature review of concepts: Psychological resiliency. Toronto: DRDC Toronto.
- Warner, R. & April, K. 2012. Building personal resilience at work. *Effective executive* 15(4), 53.
- Youssef, C. M. & Luthans, F. 2007. Positive organizational behavior in the workplace: The impact of hope, optimism, and resilience. *Journal of management* 33(5), 774-800.
- Zautra, A. J., Hall, J. S. & Murray, K. E. 2010. Resilience: a new definition of health for people and communities. Teoksessa Reich, W., Zautra, A. & Hall, H. T. (Toim.), *Handbook of Adult Resilience* (s. 3-34). New York, NY: The Guilford press.
- Zhang, H., Wang, K., Liu, Y. & Chan, D. K. S. 2013. Factors associated with stress of conscience among emergency medical technicians in China. *International journal of nursing practice* 19, 89-96.
- Zuzelo, P. R. 2007. Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing ethics* 14(3), 344-359.
- Åhlin, J., Ericson-Lidman, E., Norberg, A. & Strandberg, G. 2012. Revalidation of the perceptions of conscience questionnaire (PCQ) and the stress of conscience questionnaire (SCQ). *Nursing Ethics* 19(2), 220-232
- Åhlin, J., Ericson-Lidman, E., Norberg, A. & Strandberg, G. 2015. A comparison of assessments and relationships of stress of conscience, perceptions of conscience, burnout and social support between healthcare personnel working at two different organizations for care of older people. *Scandinavian journal of caring sciences* 29(2), 277-287.

LIITTEET

IJDFIN-hankkeen nettisivut:

https://www.jyu.fi/edupsy/fi/laitokset/psykologia/en/research/research-areas/work/projects/managing_new_intensified_jobdemands/suomeksi

IJDFIN-hankkeen tietosuojailmoitus:

https://www.jyu.fi/edupsy/fi/laitokset/psykologia/tutkimus/tutkimusalueet/tyo/tietosuojailmoitus_ijdfin_jy_seuranta2021_final.pdf

IJDFIN-hankkeen aineistonkeruussa käytetyt mittaristot:

Eettinen/moraalinen kuormittuneisuus:

Vastaa jokaiseen väittämään omien kokemustesi perusteella.

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Kuinka usein et ehdi kohtelevaan työsi kohteena olevia henkilöitä niin kuin heitä mielestäsi tarvitsisi kohdella? | SCQ1 |
| Joudutko tekemään työssäsi sellaista, mikä tuntuu Sinusta väärältä? | SCQ2 |
| Kohtaatko työssäsi ristiriitaisia vaatimuksia? | SCQ3 |
| Joudutko näkemään, kun työsi kohteena olevia ihmisiä loukataan ja/tai vahingoitetaan? | SCQ4 |
| Välitteletkö tukea tarvitsevaa henkilöä työssäsi? | SCQ5 |
| Tuntuuko Sinusta, ettet pysty vastaamaan muiden työpanostasi koskeviin odotuksiin? | SCQ6 |
| Lasketko hyvälle työlle asettamiasi vaatimuksia? | SCQ7 |

Vastausasteikko:

- 1 = En koskaan
- 2 = Harvemmin kuin kerran puolessa vuodessa
- 3 = Useammin kuin kerran puolessa vuodessa
- 4 = Kerran kuukaudessa
- 5 = Kerran viikossa
- 6 = Päivittäin

Jokaisen väittämän, johon vastattu muu kuin '1 = en koskaan', jälkeen esitetään jatko osio:

Onko Sinulla tämän takia huono omatunto? (SCQ_s)

- 1 = Ei lainkaan
- 2 = Erittäin vähän
- 3 = Vähän
- 4 = Jonkin verran
- 5 = Melko paljon
- 6 = Erittäin paljon

Resilienssi:

Missä määrin seuraavat väittämät kuvaavat Sinua?

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Pääsen yleensä vaikeuksista nopeasti jaloilleni. | BRS1 |
| Stressaavista tapahtumista selviytyminen on minulle haastavaa. (asteikko käännetty) | BRS2 |
| Palaudun stressaavista tilanteista nopeasti. | BRS3 |
| Ikävistä tapahtumista toipuminen on minulle vaikeaa. (asteikko käännetty) | BRS4 |
| Selviydyn yleensä vaivatta ikävistä tapahtumista. | BRS5 |
| Elämän takaiskuista ylipääseminen vie minulta yleensä kauan. (asteikko käännetty) | BRS6 |

Vastausasteikko:

- 1 = Täysin eri mieltä
- 2 = Eri mieltä
- 3 = Ei samaa eikä eri mieltä
- 4 = Samaa mieltä
- 5 = Täysin samaa mieltä