

**SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TYÖNTEKIJÖIDEN KOETUN TERVEYDEN JA
PSYKOLOGISEN TURVALLISUUDEN YHTEYS**

Anni Poltinora-Salonen

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Syksy 2022

TIIVISTELMÄ

Poltinora-Salonen, A. 2022. Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden koetun terveyden ja psykologisen turvallisuuden yhteys. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden pro gradu -tutkielma, 62 s., 6 liitettä.

Sosiaali- ja terveysala on suuri työllistäjä Suomessa ja sen sisällä toimii paljon eri ammattiryhmiä. Psykologinen turvallisuus sote-alalla, etenkin uskallus ottaa asioita puheeksi ja toimia yhteisössä tiiminä, on jo potilasturvallisuudenkin kannalta olennainen asia. Koettu terveys on paljon käytetty mittari, joka on yhteydessä niin työssä kuin vapaa-ajalla jaksamiseen sekä ennustaa esimerkiksi ennen aikaista eläkkeelle jäämistä ja kuolemaa. Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli tarkastella miten psykologinen turvallisuus ja koettu terveys vaihtelevat ammattiryhmittäin, onko psykologisen turvallisuuden arvioinnissa eroja yksilö- ja työyhteisötasolla sekä onko psykologinen turvallisuus yhteydessä koettuun terveyteen. Tutkimuksen kontribuutiota korostaa se, että kirjallisuuden perusteella, tämä on ensimmäinen empiirinen tutkimus psykologisen turvallisuuden ja koetun terveyden yhteydestä.

Aineistona käytettiin otosta Työterveyslaitoksen sosiaali- ja terveysalan työntekijöille syksyllä 2020 toteutetusta Mitä kuuluu -kyselystä (N = 15 769). Aineiston analyysi tehtiin SPSS 28.0 -ohjelmistolla ja menetelminä käytettiin kuvailevaa analyysiä (frekvenssit ym.), keskiarvotestejä (t-testi), korrelaatioita, ristiintaulukointia, varianssianalyysiä ja logistista regressioanalyysiä.

Tutkimuksessa löydettiin tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä koetun terveyden, psykologisen turvallisuuden ja ammattiryhmien välillä. Tutkimuksen päätulokset olivat: 1) Korkeampi koulutustaso tai esihenkilöasema olivat selvästi yhteydessä parempaan psykologiseen turvallisuuteen ja koettuun terveyteen, 2) Psykologinen turvallisuus koettiin yksilötasolla yleisesti paremmaksi kuin työyhteisössä keskimäärin ja 3) Heikomman psykologisen turvallisuuden tunteen havaittiin myös lisäävän ammattiryhmien yhteyttä heikoksi koettuun terveyteen. Tuloksia ja niiden yleistettävyyttä arvioitaessa on kuitenkin hyvä huomioida, että yhteyksien efektkoot ja mallien selitysasteet jäivät pieniksi.

Tutkimus tuotti uutta tietoa siitä, että psykologinen turvallisuus ja koettu terveys näyttäisivät olevan yhteydessä toisiinsa sosiaali- ja terveysalan työntekijöillä ja ammattiryhmien välillä on tilastollisesti merkitseviä eroja. Jatkossa tarvitaan kuitenkin lisää tutkimusta koetun terveyden ja psykologisen turvallisuuden yhteydestä, etenkin pitkittäisasetelmalla toteutettuna, jotta voidaan tarkastella syy-seuraussuhdetta. Lisäksi muiden taustamuuttujien, kuin tässä tutkimuksen aineistossa käytössä olleiden, vaikutusta psykologiseen turvallisuuteen ja koettuun terveyteen olisi hyvä kartoittaa. Ammattiryhmien välisiä eroja olisi hyvä myös selvittää lisää. Myös laadullinen näkökulma voisi tuoda uutta tietoa asiaan esimerkiksi haastattelujen kautta.

Asiasanat: sosiaali- ja terveysala, koettu terveys, psykologinen turvallisuus

ABSTRACT

Poltinora-Salonen, A. 2022. The connection between self-rated health and psychological safety of health care and social service employees. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis in Health Education, 62 pp., 6 appendices.

Health and social care service sector (HSS) is a large employer in Finland and has many different occupational groups working within it. Psychological safety, particularly the courage to speak up and work as a team, is important for patient safety, and thus, an essential factor to study in the HSS context. Self-rated health is a widely used indicator that has been shown to be related to coping both at work and in leisure time and it also predicts premature retirement and death. This master's thesis aimed to study how psychological safety and self-rated health varied by occupational groups, whether psychological safety was evaluated differently when comparing individuals to their work communities and whether psychological safety and self-rated health correlated. The contribution of the study is emphasized by the fact that, based on the literature, this is the first empirical study on the connection between psychological safety and self-rated health.

The data is a sample from a "How are you?" -survey (N = 15 769) that was conducted by Finnish Institute of Occupational Health in the fall of 2020 for different occupational groups working within HSS. The data was analyzed using SPSS 28.0 -program and the methods used were descriptive analysis (frequencies, etc.), means tests (t-test), correlations, cross-tabulation, variance analysis and logistic regression.

The study found statistically significant connections between self-rated health, psychological safety, and occupational groups. The main results of the study were: 1) A higher level of education or superior status were clearly connected to better psychological safety and self-rated health, 2) Psychological safety was generally perceived to be better at the individual level than at the work community level and 3) Weaker psychological safety was also found to increase the association observed in occupational groups with weaker self-rated health. However, when evaluating the results and their generalizability, it is good to note, that the effect sizes of the connections and the explanation levels of the models remained small.

The study produced new information that psychological safety and self-rated health seem to be connected to each other in HSS workers and there are statistically significant differences between occupational groups. In the future, more research is needed on the connection between self-rated health and psychological safety, especially in a longitudinal setting to examine the cause-and-effect relationship. It could also be useful to map the effect of other background variables, than those used in this study, on psychological safety and self-rated health, as well as to study differences between occupational groups more. A qualitative perspective could also bring new information to the research topic, for example through interviews.

Key words: health care, social service, self-rated health, psychological safety

KÄYTETYT LYHENTEET

KH Keskihajonta

LV Luottamusväli

SOTE Sosiaali- ja terveysala

WHO World Health Organization, Maailman terveysjärjestö

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	1
2 PSYKOLOGINEN TURVALLISUUS	3
2.1 Psykologinen turvallisuus yksilötasolla.....	3
2.2 Psykologinen turvallisuus yhteisötasolla.....	3
2.3 Työpaikkojen psykologisen turvallisuuden parantaminen ja nykytila	7
3 KOETTU TERVEYS	9
3.1 Koettuun terveyteen vaikuttavat tekijät.....	9
3.1.1 Fyysiset tekijät.....	10
3.1.2 Psykkiset tekijät.....	10
3.1.3 Sosiaaliset sekä ympäristötekijät.....	11
3.2 Koetun terveyden arviointi	11
4 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TYÖNTEKIJÖIDEN TYÖHÖN LIITTYVÄT KUORMITUSTEKIJÄT	13
4.1 Työhön liittyvät kuormitustekijät ja voimavarat	13
4.2 Yksilötason tekijät	15
4.3 Yhteisö- ja ympäristötason tekijät	17
5 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TYÖNTEKIJÖIDEN KOETTU TERVEYS JA PSYKOLOGINEN TURVALLISUUS	19
5.1 Katsauksen toteutus	19
5.2 Sote-alan työntekijöiden koettu terveys	20
5.3 Sote-alan työntekijöiden psykologinen turvallisuus.....	21
5.4 Sote-alan työntekijöiden koettu terveys ja psykologinen turvallisuus	22
6 TUTKIMUSKYSYMYKSET	23
7 TUTKIMUSMENETELMÄT.....	24

7.1 Tutkimusaineisto ja muuttujat	24
7.2 Tutkimusasetelma ja muuttujien tilastollinen tarkastelu	25
8 TULOKSET.....	29
8.1 Yleiset tiedot aineistosta.....	29
8.2 Psykologinen turvallisuus ja sen vaihtelu ammattiryhmittäin.....	30
8.3 Koettu terveys ja sen vaihtelu ammattiryhmittäin.....	35
8.4 Psykologisen turvallisuuden, ammattiryhmän ja muiden taustamuuttujien yhteys koettuun terveyteen.....	38
9 POHDINTA.....	43
9.1 Tulosten yhteenveto.....	43
9.2 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet sekä tutkimuksen luotettavuus	46
9.3 Tutkimuksen eettisyys	47
9.4 Yhteenveto ja jatkotutkimusehdotukset.....	47
LÄHTEET	49

LIITTEET

Liite 1: Mitä kuuluu? -kyselyn kysymykset

Liite 2: Kirjallisuuskatsauksen vuokaaviot tutkimuskysymyksittäin

Liite 3: Korrelaatiomatriisi muuttujien välisestä korrelaatiosta (Spearmanin korrelaatiokerroin)

Liite 4: Psykologisen turvallisuuden kysymyskohtaiset vastausjakaumat prosentteina

Liite 5: Psykologisen turvallisuuden ammattiryhmäkohtaiset erot Bonferroni -testillä

Liite 6: Koetun terveyden ammattiryhmäkohtaiset erot Bonferroni -testillä

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden jaksaminen on ollut jo pidempään laskusuunnassa Suomessa. Tietty epävarmuus jo pitkään puhutusta ja vihdoinkin 2023 käyttöön otettavasta sote-uudistuksesta (Rautiainen ym. 2020) yhdistettynä muihin kunta-alan haasteisiin, kuten taloudelliseen tilanteeseen, on havaittu lisäävän sairastumisia (Virtanen ym. 2013). Vuonna 2022 asia on noussut kunnolla esiin esimerkiksi hoitajien lakkojen ja työtaisteluiden vuoksi ja on edelleen erittäin ajankohtainen siirryttäessä hyvinvointialueille. Myös väestön huoltosuhde jatkaa heikkenemistään, mikä lisää varsinkin hoitajien tarvetta (Tilastokeskus 2022a).

Maailman terveysjärjestö WHO (2022a) määrittelee terveyden ”täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi”. Koettu terveys eroaa tästä siten, että se on yksilön oma henkilökohtainen käsitys tilanteestaan ja siihen vaikuttaa enemmän asioita niin menneisyydestä, nykyhetkestä sekä tulevaisuudesta, verrattuna objektiivisiin lääketieteellisiin mittauksiin (Idler & Benyamini 1997; Jylhä 2009). Vaikka koettu terveys on hyvin henkilökohtainen ja yksilöllinen mittari, sen on osoitettu olevan yhteydessä myös objektiivisiin mittareihin (Idler & Benyamini 1997). Sen vuoksi koetun terveyden voidaan nähdä olevan hyvä keino mitata ja arvioida henkilön terveydentilaa.

Franssonin ym. (2012) meta-analyysissä havaittiin, että jos työ on hyvin fyysisesti kuormittavaa tai vastaavasti passiivista sisältäen vain vähän vaikutusmahdollisuuksia, vapaa-ajan liikkumattomuus lisääntyy, mikä vaikuttaa suoraan myös henkilön terveyteen. Työn määrän lisääntymisen, eli töiden suuri määrä ja/tai aikapaine, on puolestaan huomattu haittaavan työntekijän palautumista (Kinnunen 2013). Nämä ja lukuisat muut tekijät ovat usein yhteydessä juuri sosiaali- ja terveysalan työntekijöihin, joiden työ voi olla erittäin fyysisesti, psykososiaalisesti, kognitiivisesti sekä myös eettisesti kuormittavaa (Työterveyslaitos 2021).

Psykologisen turvallisuuden alkuperäisen määritelmän mukaan sillä tarkoitetaan yksilön tunte-
musta siitä, että hän voi olla oma itsensä ilman, että tarvitsee pelätä sen myötä tulevia mahdollisia kielteisiä vaikutuksia omaan asemaan tai työhön (Kahn 1990). Psykologisella turvallisuudella työyhteisössä Edmondson (1999) on tarkoittanut kaikkien työntekijöiden välistä kokemusta yhteisestä kommunikaatiosta, tiimin luottamuksesta ja kunnioituksesta. Tähän sisältyy monta eri puolta, kuten vaikka yleistä keskustelun avoimuutta, uskallusta ottaa riskejä sekä hyväksytyksi tulemisen kokemuksia (Edmondson 1999; Newman ym. 2017). Voidaan nähdä,

että psykologinen turvallisuus muodostuu siitä uskomuksesta, että esimerkiksi työtiimissä epäonnistumisista puhuminen tai niiden myöntäminen tai avun pyytäminen kollegoilta ei ole rangaistavaa, vaan siihen mielellään jopa kannustetaan työyhteisöissä (Edmondson 2018).

Uskallus ottaa asioita esille, varsinkin sote-alalla, on erityisen tärkeää jo potilasturvallisuuden kannalta (Edmondson 2019, 3–7; 83–86). Puhumattomuuden ongelma juontaa juurensa sote-maailman erittäin hierarkkiseen luonteeseen, jossa ylintä auktoriteettia (usein lääkäri) ei uskalleta kyseenalaistaa niin potilaiden kuin työntekijöidenkään toimesta (Edmondson 2019, 83–86). On huomattu, että sote-alan työntekijät eivät ole olleet erityisen halukkaita puhumaan mahdollisista epäkohdista työpaikoilla. Syynä on usein ollut, joko pelko siitä, ettei puhumisella pysty vaikuttamaan, tai on voitu ajatella, että puhumalla kuormitetaan muita työntekijöitä (Attree 2007; Moore & Mcauliffe 2010).

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan miten psykologinen turvallisuus ja koettu terveys vaihtelevat ammattiryhmittäin, onko psykologisen turvallisuuden arvioinnissa eroja yksilö- ja työyhteisötasolla sekä onko psykologinen turvallisuus yhteydessä koettuun terveyteen. Aineistona käytettiin otosta Työterveyslaitoksen sosiaali- ja terveystieteen työntekijöille syksyllä 2020 toteuttamasta Mitä kuuluu -kyselyä.

2 PSYKOLOGINEN TURVALLISUUS

Tässä luvussa keskitytään kuvaamaan psykologista turvallisuutta ensin yksilö- ja sitten yhteisötasolla. Tasot ovat voimakkaasti toisiinsa yhteydessä, sillä vaikka arvioitaisiin työyhteisön psykologista turvallisuutta, sitä selvitetään aina yksilöltä.

2.1 Psykologinen turvallisuus yksilötasolla

Psykologisen turvallisuuden alkuperäisen määritelmän mukaan sillä tarkoitetaan yksilön tunteista siitä, että hän voi olla oma itsensä ilman, että hänen tarvitsee pelätä sen myötä tulevia mahdollisia kielteisiä vaikutuksia omaan asemaan tai työhön (Kahn 1990). Yksilön oma käsitys siitä, etteivät toiset hylkää tai rankaise, jos uskalletaan puhua asioista, on Edmondsonin (1999) mukaan psykologista turvallisuutta. Kahnin (1990) mukaan yksilön oma psykologinen turvallisuus myös muokkaa sitä, kuinka henkilöt ”asettuvat rooleihinsa organisaatiossa”.

Manka ja Manka (2016, 73) nostavat tärkeäksi seikaksi hallinnan tunteen, jonka avulla työntekijä pystyy vaikuttamaan omaan työhönsä ja kokee toimintansa mielekkääksi. Jos vaikutusmahdollisuuksia ei ole, Manka ja Manka (2016, 65) muistuttavat, että hallinnan tunteen puuttuminen voi aiheuttaa stressiä, joka puolestaan voi johtaa fysiologiseen reagoimiseen ja näin myös sairauksien kehittymiseen. Edmondson ja Lei (2014) ovat määritelleet, että yksilötasolla psykologista turvallisuutta tutkitaan yleensä joko käytöksenä, mikä ilmenee työrooleissa (”in-role behavior”), tai millä lailla asioista uskalletaan puhua (”speaking up”).

2.2 Psykologinen turvallisuus yhteisötasolla

Psykologisella turvallisuudella työyhteisössä Edmondson (1999) on tarkoittanut kaikkien työntekijöiden välistä kokemusta yhteisestä kommunikaatiosta, tiimin luottamuksesta ja kunnioituksesta. Tähän sisältyy monta eri puolta, kuten vaikka yleistä keskustelun avoimuutta, uskallusta ottaa riskejä sekä hyväksytyksi tulemisen kokemuksia (Edmondson 1999; Newman ym. 2017). Edmondsonin (2018) mukaan psykologisesti turvallisessa työyhteisössä työntekijät uskaltavat ilmaista itseään, keskustella työpaikan haasteista ja tekemistään virheistä ja kertoa ajatuksiaan. Voidaan nähdä, että psykologinen turvallisuus muodostuu siitä uskomuksesta, että esimerkiksi työtiimissä epäonnistumisista puhuminen tai niiden myöntäminen tai avun pyytäminen kollegoilta ei ole rangaistavaa, vaan siihen mielellään jopa kannustetaan työyhteisöissä

(Edmondson 2018). Kun työyhteisön jäsenet kokevat psykologista turvallisuutta, saadaan ripeästi havaittua ongelmakohtia, korjattua virheitä, tehdä innovaatioita, tieto kulkee työyhteisössä kaikille ja ilmapiiri on avoin (Edmondson 2018). Kuitenkin Edmondson (1999) painottaa sitä, että psykologinen turvallisuus ei tarkoita sitä, että ihmiset ovat hyviä ystäviä keskenään, vaan että fokus on tuotteliaassa keskustelussa, työyhteisön ongelmien ehkäisemisessä ja yhteisten tavoitteiden saavuttamisessa. Työyhteisötasolla psykologista turvallisuutta voidaan tarkastella myös organisaation suorituskykyyn tai oppimiseen liittyen (Edmondson & Lei 2014).

Työyhteisöön liittyvästä psykologisesta turvallisuudesta puhuttaessa on huomioitava myös työhyvinvointi ja tarkastella mitä se tarkoittaa. Sosiaali- ja terveysministeriö (2022) määrittelee työhyvinvoinnin siten, että työtä tehdään terveellisessä, turvallisessa ympäristössä ja työkoetaan merkitykselliseksi. Siihen vaikuttavat niin yksilön omat elämäntavat, kuin työyhteisön henki ja johtaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022). Yksilö voi vaikuttaa työhyvinvointiinsa ehkäisemällä työ- ja toimintakykyä haittaavia sairauksia liikunnalla ja ruokavaliolla (Työterveyslaitos 2022a). Työpaikka pystyy tukemaan tässä omien käytänteidensä sekä henkilökunnalle tarjottujen etujen kautta (Lemon ym. 2018; Ojala & Ahonen 2003, 33). Tästä esimerkkinä toimivat työn tauotuksen mahdollistaminen, terveellisemmät välipalavaihtoehdot virvoitusjuoma-automaattien sijaan sekä vaikka liikuntasetelit. Jotta työhyvinvointia voidaan kohentaa, on työyhteisössä kehitettävä kaikille soveltuvia keinoja päästä vaikuttamaan ja kokemaan onnistumisia, jotta sen edistämisestä tulee koko työpaikan yhteinen asia (Ojala & Ahonen 2003, 70–73). Kun työhyvinvointi parantuu, se lisää työhön sitoutumista ja tuottavuutta ja laskee sairauspoissaolojen määrää (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022). Työhyvinvointiin liitetyt vaikuttaminen ja onnistumisen kokemukset, liittyvät kiinteästi psykologiseen turvallisuuteen.

Manka ja Manka (2016, 51–64) ovat luoneet uuden käsitteen työhyvinvointipääoma, joka sisältää kolme osa-aluetta. Ensimmäinen osa-alue on yksilön inhimillinen pääoma, joka koostuu tämän omasta psykologisesta pääomasta, omista tiedoista, taidoista sekä asenteista (Manka & Manka 2016, 53). Yksilötasolla työhyvinvointipääoma liittyy kiinteästi myös terveyteen, sillä Manka ja Manka (2016, 53) esittävät sen tukevan niin koulutuksen hankkimista, työkokemusta, kuin myös työssä menestymistä. Terveiden ja sitä kautta työkyvyn säilyvyys onkin olennaista niin yksilölle kuin työnantajalle, sillä muuten kaksi muuta työhyvinvointipääoman osa-aluetta ei toimi (Manka & Manka 2016, 53). Toinen työhyvinvointipääoman osa-alue keskittyy yhteisön toimivuuteen ja sosiaaliseen pääomaan,

jolloin päärooliin nousee työtiimin sosiaalinen tuki ja esihenkilön suhde alaisiin (Manka & Manka 2016, 53). Oksanen (2009) havaitsi väitöskirjassaan, että vähäinen sosiaalinen pääoma työyhteisössä nosti riskiä terveyden huononemiselle jopa 80 prosenttia, kun tilannetta verrattiin työyhteisöihin, joissa sosiaalinen pääoma oli korkeaa. Oksanen (2009) tutkimuksessa sosiaalista pääomaa tutkittiin väittämällä kuten ”pidämme toisemme ajan tasalla työasioissa”, ”työyhteisön jäsenet toimivat yhdessä toteuttaakseen uusia ideoita” ja ”jokainen tuntee olevansa ymmärretty ja hyväksytty”. Kyseiset väittämät vastaavat hyvin Edmondsonin (2018) näkemystä psykologisesta turvallisuudesta ja ovat myös erittäin lähellä tässä tutkimuksessa käytettäviä psykologisen turvallisuuden kysymyksiä Mitä kuuluu? -kyselystä (liite 1).

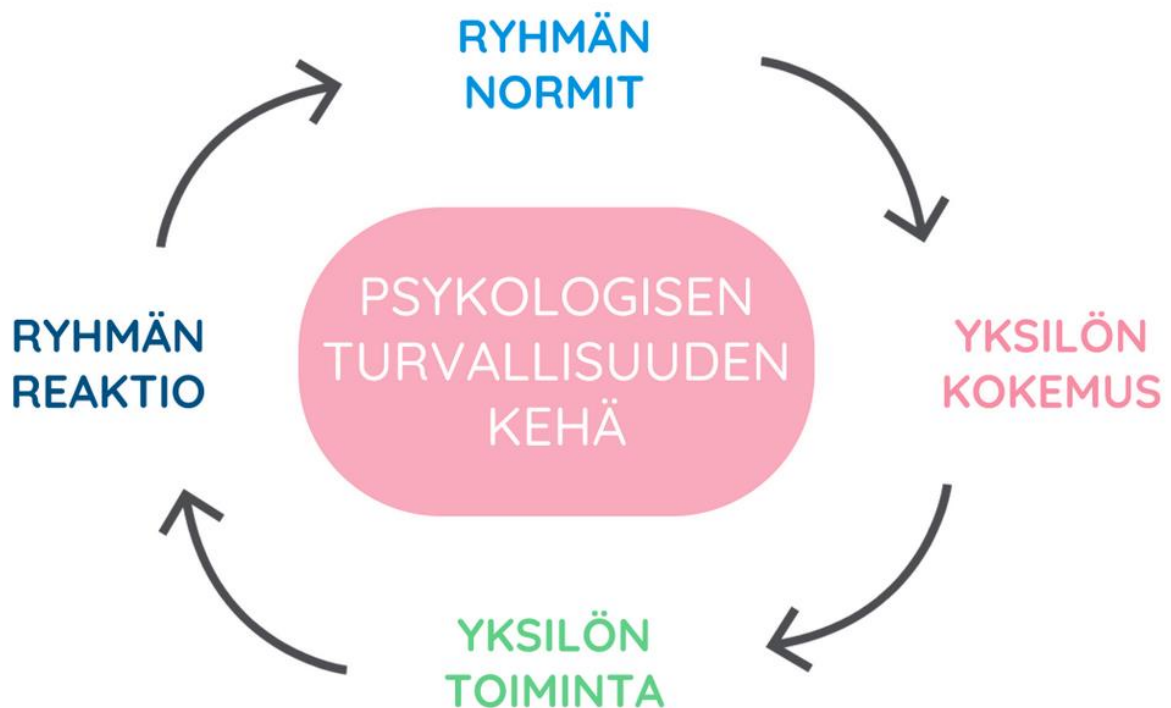
Kolmas ja viimeinen osa-alue Mankan ja Mankan (2016, 53) työhyvinvointipääomassa on organisaation rakennepääoma ja organisaatiokulttuuri, sekä sitä kautta tuleva panostus kehitystyöhön. Jotta organisaation rakennepääomaan voisi vaikuttaa, yksilöllä ja yhteisöllä tulisi olla mahdollisuuksia muokata työn sisältöä, tavoitteita ja rakenteita (Manka & Manka 2016, 53–56). Ylipäättään organisaation päätöksenteon oikeudenmukaisuuden on osoitettu olevan yhteydessä niin tyytyväisyyteen työssä, kuin myös terveyteen (esimerkiksi Cohen-Charash & Spector 2001; Colquitt & Greenberg 2005).

Psykologinen turvallisuus voi näyttäytyä eri tavoin työyhteisöissä. Psykologisesti turvallisessa työyhteisössä vuorovaikutus on avointa ja omaa ääntä uskalletaan tuoda esiin, virheet ymmärretään osaksi työtä ja niistä halutaan oppia sekä myös riskejä uskalletaan ottaa herkemmin (Yli-Kaitala & Toivanen 2021). Lisäksi tiimin välinen yhteistyö on sujuvaa ja kaikkien työntekijöiden vahvuuksiin sekä taustoihin suhtaudutaan arvostuksella (Yli-Kaitala & Toivanen 2021).

Myös työyhteisön resilienssi on termi, joka on lähellä psykologista turvallisuutta. Työterveyslaitos (2022b) määrittelee resilienssin kyvyksi muutoksista selviämiseen. Kun työyhteisö on resilienssi, voidaan ajatella, että jokainen työntekijä kokee olevansa tärkeä ja pääsee osallistumaan työhön liittyvään päätöksentekoon (Työterveyslaitos 2022c). Organisaatiossa tietoa jaetaan, mietitään yhdessä ja tämän perusteella ilmapiiri on kannustava, jotta jokainen uskaltaa ehdottaa tuoreita näkökulmia (Työterveyslaitos 2022c).

Työyhteisössä sosiaaliset suhteet voidaan nähdä vaikuttavina tekijöinä yksilöiden olotilaan ja jopa toimintaan, sillä työtoverin tai -tiimin kanssa käydyn hyvän keskustelun jälkeen on mahdollista, että edessä oleva työtehtävä kulkee sujuvammin tai ainakin työntekijän mieliala on parempi (Lipponen 2020, 283). Ihmissuhteet ja vuorovaikutus työyhteisössä ovat tärkeimmät tekijät, jonka varaan työyhteisön resilienssi rakentuu (Lipponen 2020, 283).

Freese (2021) ehdottaa, että psykologinen turvallisuus on koko ajan muutoksessa oleva ja elossa oleva järjestelmä ja hän onkin luonut siitä psykologisen turvallisuuden kehämallin (kuva 1). Ryhmän normeilla tarkoitetaan tiimin jäsenten erilaisuutta ja uuden oppimista ja ne puolestaan määrittelevät yksilöiden kokemuksen, mikä perustuu ryhmän normeihin ja yhteishenkeen (Freese 2021). Tämän perusteella muodostuu yksilön oma valinta toimia joko pidättyen tai uskaltuen olla haavoittuva, jonka jälkeen ryhmä reagoi yksilön toimintaan. Näin kehä alkaa taas alusta, kun ryhmän reaktiot muovaavat sen normeja (Freese 2021). Malli hahmottaa hyvin, miten kokonaisvaltainen asia psykologinen turvallisuus on ja kuinka niin yksilön kuin ryhmänkin osa-alueet muokkaavat sitä (Freese 2021).



KUVA 1. Psykologisen turvallisuuden kehä (Freese 2021).

Psykologinen turvallisuus on Edmondsonin ja Woolleyn (2003) mukaan kaikkien työntekijöiden yhteinen käsitys, mutta jossa jokainen yksilö kuitenkin päättää oman psykologisen turvallisuuden tasonsa. Työtiimissä yksilöiden väliset psykologisen turvallisuuden kokemukset voivatkin vaihdella (Periard ym. 2018), mutta useimmiten tutkimuksen kohteena on oman kokemuksen sijaan koettu psykologinen turvallisuus työyhteisössä tai esihenkilöiden kanssa (Edmondson & Woolley 2003; Frazier ym. 2017; Newman ym. 2017). Asioista puhuminen, eli uskallus kysyä kysymyksiä, aktiivinen palautteen hakeminen, virheistä puhuminen, ehdottaminen ja ongelmista keskusteleminen on olennainen osa niin yksilön kuin työyhteisönkin psykologista turvallisuutta (Edmondson 1999).

2.3 Työpaikkojen psykologisen turvallisuuden parantaminen ja nykytila

Psykologinen turvallisuus työpaikalla voi parhaimmillaan uudistaa työtä parempaan suuntaan (Kauppi ym. 2021, 93) ja sen on osoitettu vaikuttavan positiivisesti myös vuorovaikutukseen ja toiminnan tuottavuuteen (Frazier ym. 2017; Newman ym. 2017). Psykologista turvallisuutta voidaan parantaa työpaikoilla monin keinoin. Hyviä vaikutuksia on ollut muun muassa, kun työ kulttuuria on kehitetty avoimemmaksi tai kun on puututtu hierarkiaan madaltamalla sitä (Newman ym. 2017; O'donovan & McAuliffe 2020). Manka ja Manka (2016, 55) kuvaavat erilaisia keinoja, miten työyhteisön psykologista pääomaa voidaan kehittää. Pääajatuksena on saada tiimin vuorovaikutus parhaalle mahdolliselle tasolle ja yksi tärkeimmistä tekijöistä tässä on esihenkilöiden ja työyhteisön tiimityöskentely ja tuki (Manka & Manka 2016, 55).

Positiivinen havainto on se, että psykologinen turvallisuus yleisesti suomalaisilla työpaikoilla on 2000-luvulla noussut huomattavasti ja yhä useampi kokee työpaikan hengen olevan avoin ja keskustelempampi (Sutela ym. 2019, 163–165). Työ ja Terveys -tutkimuksessa vuonna 2012, kaksi kolmesta vastaajasta kertoivat, että heillä on aina (35 %) tai satunnaisesti (30 %) tilaisuus osallistua kehittämiseen työpaikalla (Työterveyslaitos 2013, 93). Myös vuoden 2021 Työolobarometrissa 74 prosenttia vastaajista kokivat mahdollisuudet kokeilla uusia asioita työpaikalla hyväksi (Työ- ja elinkeinoministeriö 2022, 26). Kuitenkin alemmat toimihenkilöt kokivat, että heillä oli muita ryhmiä vähemmän aikaa ideoida ja vaikuttaa työpaikan asioihin (Työ- ja elinkeinoministeriö 2022, 27).

Työolotutkimuksessa 2018 yli 80 prosenttia miehistä ja hieman alle 80 prosenttia naisista kokivat, että työyhteisössä uskalletaan ottaa riskejä ja että työpaikalla on avoin ilmapiiri (Kauppi ym. 2021, 80). Työryhmässä erittäin hyvin ymmärretyksi tulemisen kokemuksia raportoivat 19 prosenttia vastaajista ja melko hyvin jopa 57 prosenttia vastaajista (Työterveyslaitos 2013, 94). Kehittämistyöhön ja innovointiin liittyen yli puolet vastasivat, että työtiimi toimii aina tai melko usein yhdessä ryhmänä (Työterveyslaitos 2013, 91). Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden psykologista turvallisuutta tarkastellaan kappaleessa 5.

3 KOETTU TERVEYS

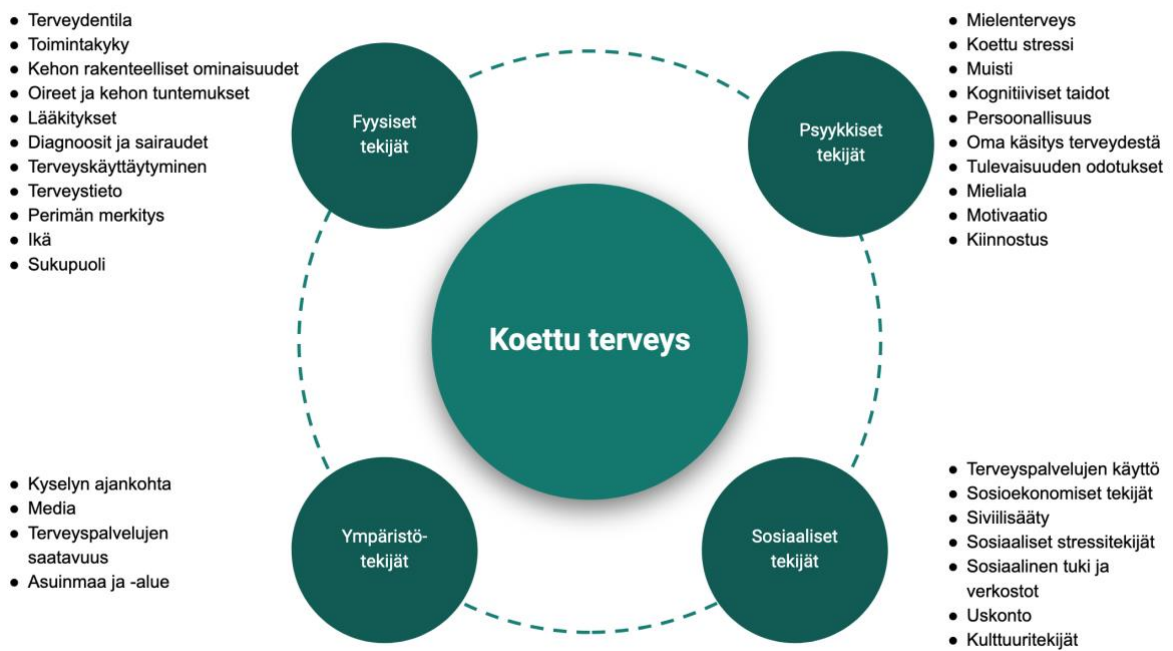
Terveys on moniulotteinen termi, jota voidaan lähestyä eri lähtökohdista. Maailman terveysjärjestö WHO (2022a) on määritellyt, että terveys tarkoittaa ”täydellistä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa”. Ottawan asiakirjassa (WHO 1986) terveys puolestaan nähdään pikemminkin voimavarana ja kaikille yhtäläisenä oikeutena. Huber ym. (2011) ovat esittäneet terveydelle uutta määritelmää, jonka mukaan terveydellä tarkoitettaisiin ensisijaisesti kyvykkyyttä kokea niin fyysisiä, psyykkisiä kuin sosiaalisia vaikeuksia sekä taitoa, jolla selvitetään kyseiset vaikeudet.

Koettu terveys eroaa tästä siten, että se on yksilön oma henkilökohtainen käsitys tilanteestaan ja siihen voidaan ajatella vaikuttavan paljon enemmän asioita niin menneisyydestä, nykyhetkestä sekä tulevaisuudesta, verrattuna objektiivisiin lääketieteellisiin mittauksiin (Idler & Benyamini 1997; Jylhä 2009). Vaikka koettu terveys on hyvin henkilökohtainen ja yksilöllinen mittari, sen on osoitettu olevan yhteydessä myös objektiivisiin mittareihin ja se on näin ollen hyvä keino mitata ja arvioida henkilön terveydentilaa (Idler & Benyamini 1997). Koetun terveyden on myös havaittu olevan hyvä mittari ennustamaan ennenaikaista eläkkeelle jäämistä ja kuolleisuutta (Idler & Beryamini 1997; Jylhä 2009). Koettu terveys mitataan useimmiten kysymyksellä ”Millaiseksi arvioisit/koet/ym. terveydentilasi?”, johon vastausvaihtoehtoina on yleisimmin neljä- tai viisi valintamahdollisuutta (Jylhä 2009).

Terveyden monien eri määritelmien vuoksi myös koettu terveys on käsitteenä erittäin moniulotteinen. Kukin yksilö on ainutkertainen asiantuntija arvioimaan ja määrittelemään omaa terveyttään ja oma näkemys voi olla hyvin erilainen, jos sitä verrataan vaikkapa lääkärin tai läheisten näkemykseen (Huttunen 5.11.2020). Tässä luvussa käsitellään koettuun terveyteen vaikuttavia tekijöitä ja sen arviointiin liittyviä seikkoja.

3.1 Koettuun terveyteen vaikuttavat tekijät

Koettuun terveyteen vaikuttavat monet asiat, kuten henkilön omat pyrkimykset elämässä sekä millainen on hänen fyysinen ja sosiaalinen elinympäristönsä (Huttunen 5.11.2020). Kuva 2 esittelee Garbarskin (2016) mallin pohjalta useita eri tekijöitä, jotka kaikki vaikuttavat yksin ja yhdessä koettuun terveyteen. Tekijät on jaoteltu neljään: fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin sekä ympäristötekijöihin.



KUVA 2 Koettuun terveyteen vaikuttavat tekijät Garbarskin (2016) mallia mukailten.

3.1.1 Fyysiset tekijät

Koettuun terveyteen vaikuttavat monet fyysiset tekijät. Vastaajan sukupuoli, ikä, kehon rakenteet sekä perimä vaikuttavat koettuun terveyteen (Garbarski 2016). Henkilön oma terveydentila, oireet, sairaudet, lääkitykset ja toimintakyky tuovat oman näkökulman asiaan (Garbarski 2016). Näiden lisäksi myös henkilön terveystietämys sekä terveyskäyttäytyminen voidaan Garbarskin (2016) mukaan laskea fyysisiksi tekijöiksi.

Ikä on olennainen osa, kun mietitään koettua terveyttä, sillä sairauksia esiintyy eri ikäisillä eri määrä (Jylhä 2009). Myös esiintyvät sairaudet ovat hyvin erilaisia eri ikäisillä, josta esimerkkinä toimii nuorempien aikuisten suurempi mielenterveysongelmien määrä verrattuna vanhempiin (Bakkum & Vaalavuo 2019).

3.1.2 Psyykkiset tekijät

Psyykkisiksi tekijöiksi koetun terveyden taustalla Garbarski (2016) nostaa esiin henkilön mielenterveyden ja stressitason. Tämän lisäksi vastaajien persoonallisuus, muisti ja kognitiiviset taidot ylipäätään, omien terveuskäsitysten ja tulevaisuuden näkemysten kanssa, ovat koettuun

terveyteen vaikuttavia tekijöitä (Garbarski 2016). Myös mieliala ja motivaatio tai ylipäättään kiinnostus kyselyyn, voivat vaikuttaa vastaamiseen (Garbarski 2016).

Layes ym. (2012) ovat havainneet, että persoonallisuus vaikuttaa paljon oman terveyden arviointiin ja tämä voi osittain selittää sitä, miksi henkilöt, joilla on samoja sairauksia, arvioivat terveytensä erilaisiksi. Antonovsky (1987) kuvailee, että kun elämästä katoaa merkityksellisyys tai hallittavuuden tunne, se laskee henkistä koherenssin tunnetta, joka puolestaan voi heikentää terveyttä. Hämäläisen (2013) mukaan henkistä koherenssia määrittelevät erilaiset voimavarat sekä haasteet, ja jos arjen haasteita on enemmän kuin henkilön omia voimavaroja, terveys kärsii esimerkiksi stressin vuoksi. Mielenterveyden haasteet ovatkin tällä hetkellä merkittävin syy työkykyeläkkeille Suomessa (Eläketurvakeskus 2022).

3.1.3 Sosiaaliset sekä ympäristötekijät

Sosiaalisiksi tekijöiksi Garbarski (2016) nostaa esiin sosioekonomiset tekijät, terveystalouden käytön, henkilön siviilisäädyn, uskonnon ja kulttuurin. Näiden lisäksi myös sosiaalinen tuki ja verkostot sekä sosiaaliset stressitekijät kuten koettu syrjintä, ovat tärkeitä taustatekijöitä (Garbarski 2016). Koettuun terveyteen vaikuttaa edellä mainittujen lisäksi myös ympäristötekijät. Näitä ovat median vaikutus, asuinmaa ja -alue, median vaikutus sekä kyselyn ajankohta (Garbarski 2016).

Sosiaalisiin ja ympäristötekijöihin vaikuttavat aina myös politiikka ja talous, kuin myös koulutus ja työpaikka (WHO 2022b). Työpaikka on työkäisille ympäristö, jossa vietetään suuri osa päivästä. WHO (2010, 6) on määritellyt terveellisen työpaikan sellaiseksi, mikä ottaa huomioon niin fyysiset ympäristötekijät, psykososiaaliset tekijät kuin työntekijöiden omat terveyden voimavarat sekä osallistaa työyhteisöä.

3.2 Koetun terveyden arviointi

Koettu terveys on tutkimuksissa laajalti käytössä oleva mittari. Sitä käytetään yksilön terveyden määrittelyn ohella myös silloin, kun halutaan selvittää väestön terveyttä ja kuolleisuutta tai terveystalouden käyttöastetta sekä se toimii myös politiikan päätöksentekovälineenä (De-Salvo ym. 2006).

Jylhän (2009) mukaan koetun terveyden itsearviointiprosessi on hyvin monitahoinen ja siihen liittyy kiinteästi edellä mainittujen koettuun terveyteen vaikuttavien tekijöiden lisäksi myös henkilön oma tulkinta niistä ja miten niiden perusteella arvioidaan omaa terveyttä. Voidaankin ajatella, että koettu terveys muotoutuu niin tietoon perustuvista (Jylhä 2009) kuin myös enemmän tunteisiin (Garbarski ym. 2017) liittyvistä tekijöistä ja että arviointiprosessi on hyvin monimutkainen ja yksilöllinen (Shooshtari ym. 2007).

Kun arvioidaan koettua terveyttä, silloin ei mietitä vain nykyistä terveydentilaa, mutta myös omia aikaisempia kokemuksia sekä käsityksiä tulevaisuudesta (Garbarski ym. 2017; Jylhä 2009). Shooshtari ym. (2007) havainnoivat Waren (1987) kanssa yhdenmukaisesti, että terveys tarkoittaa eri asioita eri ihmisille, jolloin yksi terveyteen liittyvä tekijä voi merkitä eri asioita ja näin ollen ei voida sanoa, että yksittäinen tekijä olisi huono tai hyvä koetulle terveydelle. On myös hyvä muistaa, että kaikkien koettuun terveyteen vaikuttavien tekijöiden ja sen arvioinnin haastavuuden vuoksi, hyväksi koettu terveys ei ole takuu hyvästä fyysisestä terveydestä, mutta jos henkilö arvioi terveytensä heikoksi, silloin on tärkeää tutkia asiaa tarkemmin (Jylhä 2009).

Jopa 71 prosenttia työtä tekevistä suomalaisista arvioi oman terveydentilansa erittäin tai melko hyväksi ja 96 prosenttia ainakin keskinkertaiseksi (Työterveyslaitos 2013). Kun ikää tulee lisää, koettu terveys heikkenee ja kun koulutustaso nousee, terveys arvioidaan paremmaksi (Työterveyslaitos 2013). Koko kansan koettu terveys on heikentynyt, kun vertaillaan Finterveys 2011- ja Finterveys 2017-tutkimuksia (Koponen ym. 2018).

Vuoden 2018 FinSote -tutkimuksen mukaan korkeammin koulutetuista neljäsosa määrittelee terveytensä keskitasoiseksi tai heikommaksi kun taas matalammin koulutetuilla vastaava luku on jopa 40 prosenttia (Pentala-Nikulainen ym. 2018). Lahelma ym. (11.8.2017) tutkivat koulutusryhmien välisiä terveyseroja 36 vuoden ajalta ja tuloksena huomattiin, että koettu terveys on pysynyt huomattavasti heikompana alemmissa koulutusryhmissä. Kun tarkastellaan terveyttä tulotasojen mukaan, on myös havaittu, että heikoimmaksi koettu terveys löytyy matalimmista tuloluokista (Karvonen ym. 2019). Tämän takia koetun terveyden vertaileminen ammattiryhmien välillä on kiinnostavaa. Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden koettua terveyttä tarkastellaan kappaleessa 5.

4 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TYÖNTEKIJÖIDEN TYÖHÖN LIITTYVÄT KUORMITUSTEKIJÄT

Sosiaali- ja terveysala on suuri työllistäjä Suomessa. Vuoden 2019 lopussa suomalaisista työsäikäyvistä noin 17,5 prosenttia teki työtä sote-palveluissa ja heistä 2/3 julkisella sektorilla (Tilastokeskus 2022b). Tilastokeskuksen (2022b) mukaan sote-alan työntekijöistä vuonna 2020, suurin osa oli lähihoitajia ja lähes yhtä suuri osa sairaanhoitajia. Miesten osuus terveys- ja sosiaalipalveluissa oli vuonna 2020 13,4 prosenttia ja ammattiryhmistä miehiä työskenteli eniten ensihoitajina (Tilastokeskus 2022b). Työvoimapula ja työntekijöiden eläköityminen on alalla suuri ongelma. Kaikista toimialoista juuri sote-palveluissa rekrytointihaasteita oli vuonna 2020 suurin määrä ja yleisin syy uuden työntekijän rekrytoinnille oli edellisen eläkkeelle jääminen (Peltonen 2021).

4.1 Työhön liittyvät kuormitustekijät ja voimavarat

Sosiaali- ja terveysalalla työn vaatimuksina ja kuormitustekijöinä voidaan ajatella kaikkia niitä fyysisiä, psykososiaalisia, kognitiivisia, eettisiä ja organisaatiotason tekijöitä, jotka vaativat ponnisteluja ja joista voi aiheutua erinäisiä haittavaikutuksia (Demerouti ym. 2001; Työterveyslaitos 2021). Fyysisiä kuormitustekijöitä ovat esimerkiksi haastavat ja epäergonomiset työasennot, nostelu ja kantaminen, liikkeiden ja asentojen toistuvuus, istumisen määrä/ paikallaanolo sekä kävelyn määrä (Työterveyslaitos 2021). Psykososiaaliset kuormitustekijät voidaan jakaa psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin ja moni niistä voi toimia niin kuormitustekijänä, mutta toisaalta myös voimavarana. Psyykkiset tekijät liittyvät työn sisältöön ja organisointiin, niin kuin työn tahti, tavoitteet, haastavuus tai vastuuseen liittyvät seikat (Työterveyslaitos 2021). Sosiaalisia tekijöitä ovat taas kaikki asiat, jotka liittyvät vuorovaikuttamiseen muiden kanssa, kuten keskustelun avoimuus, sosiaalinen tuki, yhteinen toiminta ja miten tieto kulkee työyhteisössä (Salo ym. 2016, 9). Voidaan ajatella, että sosiaaliset tekijät vaikuttavat erittäin paljon myös yksilöiden hyvinvointiin ja toimivat näin ollen myös työyhteisön voimavarana (Salo ym. 2016, 9; Työterveyslaitos 2021). Kun työyhteisöstä löytyy sosiaalista tukea, sen on havaittu laskevan stressiä, psyykkistä kuormitusta ja jopa masennusoireita (Salo ym. 2016, 9).

Kognitiivista kuormitusta tuottaa aivoilla tehty työ ja siinä varsinkin monen asian yhtäaikainen tekeminen, informaatioähky sekä lisääntyneet teknologiset vaatimukset (Työterveyslaitos

2021). Tällä tarkoitetaan esimerkiksi ongelmanratkaisua, työn suunnittelua, työn tekemistä tietoon pohjautuen ja uusien asioiden oppimista. Kognitiiviset kuormitustekijät ovat lisääntyneet myös sosiaali- ja terveysalalla viime vuosikymmenen aikana (Työterveyslaitos 2021). Myös eettisyys on sote-alalla olennaisessa roolissa, sillä siihen liittyy kiinteästi arvot ja moraali, jotka ovat aina läsnä, kun tehdään työtä ihmisten kanssa ja eettinen kuormitus kehittyä, jos työntekijän täytyy toimia vasten omia tai työpaikan arvoja tai ammattietiikkaa (Työterveyslaitos 2021). Tähän liittyy kiinteästi myös riittämättömyyden tunne, joka on usein läsnä sosiaali- ja terveyspalveluissa ja etenkin sosiaalipalveluissa sitä koetaan enemmän kuin muuten sote-alalla (Salo ym. 2016, 7). Suomessa naisvaltaisten alojen ongelmana on myös kiire. Jopa 48 prosenttia suomalaisista naistyöntekijöistä kokee kiirettä joko aina tai usein juuri sosiaali- ja terveyspalveluissa ja opetuslalla, kun taas EU-tasolla suurin osa naisista kokee kiirettä rahoitus- ja vakuutuslalla (Sutela 24.11.2020).

Kun ajatellaan työn voimavaroja, ne koostuvat Demeroutin ym. (2001) mukaan niistä työn osista, jotka auttavat työn vaatimusten kohtaamisessa, helpottavat saavuttamaan tavoitteita työssä sekä edesauttavat työssä kehittymistä ja oppimisprosessia. Näin ollen, voimavarojen voidaan sanoa keventävän työn kuormitustekijöitä ja niiden on huomattu olevan yhteydessä myös parempaan työn imuun (Demerouti ym. 2001). Voimavaroja työssä tuo esimerkiksi työn riittävä haastavuus, palautumisen merkitys ja myös kognitiiviseksi kuormitustekijäksi luokiteltu uusien asioiden oppiminen (Työterveyslaitos 2021). Voimavarojen avulla työn mielekkyys lisääntyy sekä myös toimintakyky voi parantua (Työterveyslaitos 2021).

Sally Maitlis Oxfordin yliopistosta on havainnut, että sosiaali- ja terveysalalla kutsumusammattissa toimivat henkilöt ovat usein myös melko taipuvaisia intensiivisille tunteille ja mahdolliselle uupumukselle (Lipponen 2020, 292–295). Tämä liittyy Maitlisin mukaan siihen, että työ koetaan niin suureksi osaksi identiteettiä, jolloin myös hankalat tilanteet työssä nähdään uhkana omalle minäkuvalle ja arvoille (Lipponen 2020, 292–295). Hoitoalalla vaikeuksien kohtaamiseen Maitlis on havainnut kolme erilaista polkua; identiteettipolku, rakentava polku ja toiminnallinen polku (Lipponen 2020, 292–295). Näistä kaksi ensimmäistä johtavat työuupumukseen ja mahdolliseen työpaikan tai jopa alan vaihtoon (Lipponen 2020, 292–295). Viimeinen polku kuitenkin on keino kehittää omaa työtä ja organisaatiota, sillä sen valitessaan, työntekijä ryhtyy etsimään vaikeuksien edessä apua työyhteisöstä ja yhdessä ratkaisuja saadaan kehitettyä (Lipponen 2020, 292–295).

4.2 Yksilötason tekijät

Sosiaali- ja terveysalalla työhön liittyvät terveysriskit ovat usein fyysisiä tai henkisiä (Työturvallisuuskeskus 2022). Fyysistä kuormitusta aiheuttaa varsinkin hoitajille potilassiirtojen, haastavien työasentojen sekä toistuvien liikkeiden ansiosta (Työturvallisuuskeskus 2022). Henkistä kuormitusta aiheuttavat asiakastilanteet, väkivallan uhka, epäsäännöllinen työaika sekä paine (Työturvallisuuskeskus 2022). Työ vaatii keskittymistä, monisuorittamista, muistamista sekä jatkuvaa ongelmanratkaisua ammatista riippumatta, jonka lisäksi työ edellyttää kasvokkain tapahtuvaa vuorovaikutusta, jossa omien tunteiden kontrollointi voi lisätä työn kognitiivisia ja emotionaalisia vaatimuksia (Mauno ym. 2017; Työturvallisuuskeskus 2022). Tunnetyön puolestaan on osoitettu altistavan työntekijän terveysongelmille (Hülshager & Schewe 2011).

Kognitiivista kuormitusta voi aiheuttaa niin sanottu rooliylikuormitus, josta esimerkkinä hoitajat kokevat työn ydintehtävän eli potilaan hoidon lisäksi tulevat lisätöiden, kuten potilastietojärjestelmään kirjaamisen, vievän liikaa aikaa ydintehtävältä (Mauno ym. 2017). Mauno ym. (2017) pohtivatkin, että vaikka nopea digitalisaatio pyrkii helpottamaan työtä, se voi tuoda tullessaan myös paljon lisävaatimuksia perustyön rinnalle.

Leinosen ym. (2011) mukaan tuki- ja liikuntaelinten sairaudet aiheuttavat toiseksi eniten työkyvyttömyyttä, vaikka voidaan yleisesti nähdä, että ruumiillinen työ on vähentynyt. Müller (2013) ja Rahkonen ym. (2011) selittävät ilmiötä sillä, että hoitoalalla työ koetaan yhä useammin fyysisesti rasittavaksi ja kyseisten sairauksien on havaittu vaivaavan erityisesti naisia, joita onkin suuri osuus alan työntekijöistä. Työ sosiaali- ja terveysalalla nähdään kuitenkin merkityksellisenä varsinkin kuntasektorilla, jossa vuonna 2012 tehdyssä laajassa Työ ja Terveys -tutkimuksessa jopa 78 prosenttia vastaajista kokivat tekevänsä tärkeää ja merkityksellistä työtä joka päivä (Työterveyslaitos 2013, 52).

Työ ja Terveys 2012 -tutkimuksessa sosiaali- ja terveysalalla työn kokivat henkisesti raskaaksi jopa 42 prosenttia vastaajista, mikä oli tarkastelluista toimialoista toiseksi eniten (Työterveyslaitos 2013). Terveys- ja sosiaalipalveluiden työntekijöillä havaittiin toimialakohtaisessa vertailussa kolmanneksi eniten psyykkisiä oireita, kuten väsymystä, masentuneisuutta ja voimattomuutta (Työterveyslaitos 2013).

Stakesin 2007 toteuttamassa laajassa kohorttitutkimuksessa (Heponiemi ym. 2008) havaittiin, että päivystäminen ja heikot elintavat lisäsivät stressiä lääkäreillä. Stressi taas lisäsi univaikeuksia, jonka huomattiin olevan yhteydessä ammatinvaihtohalukkuuteen (Heponiemi ym. 2008). Lääkäreistä 76 prosenttia koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi sukupuolesta riippumatta (Heponiemi ym. 2008). Sairaanhoidajilla tyytyväisyys työhön oli hyvä, mutta lähtöaikomukset alalta suuria (Heponiemi ym. 2008). Myös suurin osa sairaanhoidajista koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, mutta heikoksi terveytensä kokevia oli verrattaen paljon vanhustenhuollossa työskentelevien parissa (Heponiemi ym. 2008). Laine ym. (2011) selittävät tätä haastavilla työasunnoilla ja potilassiirroilla. Yleinen havainto tutkimuksessa oli, että sote-alan työhyvinvointiin vaikuttavat väestön ikääntyminen, lääkärien ja hoitajien vajaus sekä työtehtävien ja jakamisen uudelleen muokkaaminen (Heponiemi ym. 2008).

Valtakunnallisessa kyselytutkimuksessa 2010 (Laine ym. 2011) kaikista sosiaali- ja terveysalan työntekijöistä terveytensä koki hyväksi 77 prosenttia vastaajista ja huonoksi 5 prosenttia. Ammattiryhmittäin paras terveys oli psykologeilla, kuntoutuspuolen henkilökunnalla sekä lääkäreillä ja heikommaksi terveytensä arvioivat avustavaa hoitotyötä tekevät (Laine ym. 2011). Sote-alalla terveyteen voidaan ajatella vaikuttavan työn henkinen kuormittavuus sekä useiden työtehtävien fyysisuus, varsinkin hoitohenkilöstöllä (Laine ym. 2011).

Vuoden 2020 Kunta10 -tutkimuksessa (Työelämätiето 2022) sairauspoissaoloja havaittiin olevan eniten hoitoalan ammattiteilla sekä muilla fyysistä työtä tekevillä ammattiryhmillä. Sairauspoissaolojen määrä on suurin lähihoitajilla ja sairaala-apulaisilla ja pienin lääkäreillä psykologeilla sekä terapeuteilla (Salo ym. 2012). Toisaalta alalla sattuu keskimääräistä vähemmän työtapaturmia (Työterveyslaitos 2013).

Sosiaali- ja terveysala on hyvin naisvaltainen ala (Tilastokeskus 2022b) ja työssä vaikutusmahdollisuudet voidaan kokea hyvin eri lailla miesten ja naisten keskuudessa (Työterveyslaitos 2013, 86). FinTerveys 2017 -tutkimuksessa koetussa terveydessä ei kuitenkaan löydetty selkeää sukupuolesta johtuvaa eroa (Koponen ym. 2018).

Kela maksoi vuonna 2020 sairauspäivärahaa eniten (26 %) tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuoksi ja toiseksi eniten (25 %) mielenterveyden häiriöiden takia (Kela 2022). Maksukaudet päivärahoissa olivat kuitenkin pidempiä mielenterveyden häiriöissä verrattuna keskimääräiseen

(Kela 2022). Alemmissa toimihenkilöissä (kuten hoitajat) ja varsinkin naisilla, sairauspoissaoloja mielenterveyden vuoksi oli enemmän verrattuna muihin ammattiryhmiin (Kela 2022). Salosen ym. (2018) tutkimuksessa huomattiin, että kun sairauspoissaolot pitkittyvät tai jos henkilöllä on useita lyhyitä sairauspäiväraha-kausia, se ennustaa työkyvyttömyyseläkkeelle päätymistä. Pensola ym. (2010) selittävät naisvaltaisten ja ihmisläheistä työtä (esimerkiksi perus-, lähi- ja sairaanhoitajat) tekevien keskiarvoa enemmän masennuksen vuoksi eläkkeelle jäämistä määrää työn vaatimuksilla. Kuitenkin työn voimavarat ja mielekkyys voivat selittää sitä, että hoitoalalla osatyökyvyttömyyseläke oli yleisintä, eli osittaista työkykyä halutaan hyödyntää (Pensola ym. 2010).

Kuitenkin sote-alalla tyytyväisyys työhön on hyvällä tasolla ja Laineen ym. (2011) mukaan alan työntekijät kokevat asiakastyön olevan antoisaa ja palkitsevaa. Työ- ja terveys 2012-tutkimuksessa melkein puolet sote-alan vastaajista koki innostuvansa päivittäin työssään, mikä oli paras tulos, kun huomioitiin kaikki toimialat (Työterveyslaitos 2013).

4.3 Yhteisö- ja ympäristötason tekijät

Psykososiaaliset tai laadulliset kuormitustekijät, eli työtehtävän tai siihen liittyvän suunnittelun, johtamisen, työympäristön, organisaation tai työyhteisön ja sen vuorovaikutukseen liittyvät seikat, voidaan nähdä sosiaali- ja terveysalalla merkittävimpinä kuormitustekijöinä (Työturvallisuuskeskus 2022). Psykososiaalisia kuormitustekijöitä aiheuttavat esimerkiksi työn väärin mitoittaminen, puutteellinen hallinta sekä yleiset työolosuhteet (Työturvallisuuskeskus 2022). On muistettava, että työn vaatimukset eivät aina ole negatiivisia asioita, mutta jos henkilö ei ehdi palautua tarpeeksi tai vaatimukseen pyrkiminen on turhan raskasta, silloin ne voivat muuttua kielteisiksi (Manka & Manka 2016, 182–185).

Työsuhteet ovat sote-alalla jonkin verran toisia toimialoja vähemmän vakituisia (Työterveyslaitos 2013) ja sosiaali- ja terveysalalla työ on usein muita aloja harvemmin joustavaa, jonka vuoksi työntekijät eivät siksi koe, että heillä olisi niin paljon mahdollisuuksia vaikuttaa (Laine ym. 2011). Heikoimmaksi vaikuttaminen koetaan terveyskeskusten vuodeosastoilla, sairaaloissa sekä vanhustenpalvelussa (Laine ym. 2011).

Myös itse työympäristö voi tuoda myös mukanaan terveyteen liittyviä kuormitustekijöitä ja riskejä. Työ ja Terveys 2012 -tutkimuksessa sote-alan työntekijät nostivat esiin varsinkin korkean äänitason ja sisäilmaongelmat (Työterveyslaitos 2013).

5 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TYÖNTEKIJÖIDEN KOETTU TERVEYS JA PSYKOLOGINEN TURVALLISUUS

Tätä pro gradu -tutkielmaa varten tehtiin heinäkuussa 2022 katsaus aiempaan tutkimuskirjallisuuteen. Haut tietokantoihin tehtiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen lailla tutkimuskysymyksittäin.

5.1 Katsauksen toteutus

Tietokantojen valinta tehtiin koehakujen perusteella. Tähän pro graduun tietokannoiksi valikoituivat MEDLINE, Cinahl, Psychinfo, Scopus sekä Web of Science. Haussa käytettiin MeSH-termejä, Cinahlin omia asiasanoja sekä vapaasanahakua. Kaikki hakutermit ja koko hakustrategia toteutui samanlaisena kussakin tietokannassa. Haut dokumentoitiin päivämäärillä viitteiden hallintaohjelma Zoteroon, sekä lisäksi taulukoitiin Exceeliin mistä tietokannasta etsittiin, millä hakutermeillä ja mitä hausta tuli esiin. Hakuun määriteltiin selvät sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka ovat esitelty alla olevassa taulukossa (taulukko 1). Katsauksen hakuprosessi hakutermeineen on esitetty tarkemmin vuokaavioilla, jotka löytyvät liitteestä 2.

TAULUKKO 1. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
Tutkimuksen tulee käsitellä sosiaali- ja terveysalan työntekijöitä.	Tutkimus ei käsittele sosiaali- ja terveysalan työntekijöitä.
Tutkimuksen tulee käsitellä psykologista turvallisuutta (tutkimuskysymys 1 ja 3).	Tutkimus ei käsittele tutkittavaa aihetta.
Tutkimuksen tulee käsitellä koettua terveyttä (tutkimuskysymys 2 ja 3).	
Kohderyhmä on työikäiset.	Tutkimuksesta ei löydy ilmaista kokotekstiä.
Tutkimuksen tulee olla julkaistu vuonna 2000 tai myöhemmin.	Tutkimus on julkaistu ennen vuotta 2000.
Tutkimuksen tulee olla vertaisarvioitu.	Tutkimus ei ole vertaisarvioitu.
Tutkimuksen tulee olla suomen tai englanninkielinen.	Tutkimus on julkaistu muulla kuin suomen tai englannin kielellä.

Kirjallisuuskatsauksen artikkelien laadun arvioinnissa käytettiin Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) -työkalua, joka on lyhyt ja helppokäyttöinen työkalu, jota pystyi käyttämään niin laadullisiin, määrällisiin sekä monimenetelmäisiin tutkimuksiin. Työkalua oli käytetty aiemmin myös muissa systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa (Choi ym. 2021; Crowley ym. 2019; Hlongwa ym. 2020; Lee ym. 2021). Katsaukseen mukaan otettujen systemaattisen kirjallisuuskatsausten ja muiden synteessien laadun arvioimiseen käytössä oli laajalti käytetty ja hyväksi havaittu JBI Critical appraisal checklist for systematic reviews and research syntheses. Laadunarvioinnissa havaittiin, että valtaosassa tutkimuksia mahdollinen harhan riski jäi pieneksi. Artikkelit, jotka valittiin mukaan, olivat suurimmaksi osaksi julkaistu tasokkaissa tieteellisissä lehdissä. Lehtien tasoluokitus oli keskiarvoltaan 2 (Julkaisufoorumi 2022), joten aiemman tutkimuksen osalta luotettavuus voidaan ajatella melko hyvänä.

5.2 Sote-alan työntekijöiden koettu terveys

Koettua terveyttä on tutkittu paljon sosiaali- ja terveysalan työntekijöillä eri näkökulmista. Pro gradu -tutkielmaa varten tehty kirjallisuuskatsaus toi esiin, että heikko koettu terveys vaikuttaa suoraan työuupumiseen (Bao ym. 2013; Cho ym. 2014; Diehl ym. 2020; Nwosu ym. 2021; Peterson 2008; Tsou 2022) ja sitä kautta myös lisääntyneisiin sairauslomiin (Cullati ym. 2017; Dellve ym. 2011; García-Iglesias ym. 2021; Peterson ym. 2011;). Lääkäreillä näyttäisi esiintyvän enemmän työuupumusta kuin hoitajilla (Ferreira ym. 2021; Hammig & Vetsch 2021), mutta hoitajat puolestaan kokevat oman terveytensä heikommaksi lääkäreihin verrattuna (Ferreira ym. 2021; Ferri-Garcia ym. 2021; Hammig & Vetsh 2021). Ammattiryhmiä erottelemattomissa tai pelkkiä hoitajia koskevissa tutkimuksissa havaittiin, että koettu terveys arvioidaan usein heikoksi tai jopa huonoksi (Ge ym. 2021; Malinauskiene ym. 2011; Sveinsdóttir & Gunnarsdóttir 2008; Thompson ym. 2014). Toisaalta Ferri-Garcia ym. (2021) tekivät löydöksen, että muu väestö arvioi oman terveytensä merkittävästi heikommaksi verrattuna sote-alan työntekijöihin. Kuusio ym. (2012) havaitsivat, että julkisen puolen lääkäreillä oli enemmän psykososiaalisia stressitekijöitä ja he kokivat terveytensä heikommaksi, kun vertailu tehtiin yksityisen puolen lääkäreiden kanssa.

Koettu terveys oli merkitsevässä roolissa myös kokonaan sosiaali- ja terveysalalta lähtemisen tai nykyisestä työpaikasta eroamisen kanssa (Bao ym. 2013; Björn ym. 2016; Ge ym. 2021; Lai ym. 2008; Suadecani ym. 2013). Kiinnostava löydös oli myös, että sote-alan työntekijöiden hei-

koksi koettu terveys näyttäisi vaikuttavan myös potilaiden saamaan hoitoon koskien ennaltaehkäisevää työtä (Delnevo ym. 2003) tai terveyskäyttäytymiseen liittyviä keskusteluja (Bright ym. 2021; Neto ym. 2021).

5.3 Sote-alan työntekijöiden psykologinen turvallisuus

Sote-alan työntekijöiden psykologista turvallisuutta on tutkittu aiemmin, mutta ammattiryhmittäin vertailu oli vähäistä. Maxfield ym. (2013) havaitsivat, että mitä vaikutusvaltaisemmassa asemassa hoitaja oli, sitä enemmän uskallettiin puhua ryhmälle muun muassa potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista. Niederhauser ja Schwappach (2022) puolestaan löysivät, että hoitajilla ja terapiahenkilöstöllä psykologinen turvallisuus ja asioiden esiin nostaminen oli paljon alhaisempaa verrattuna lääkäreihin.

Enemmän oli tutkittu koko hoitohenkilökuntaan liittyvää psykologista turvallisuutta juuri potilasturvallisuuteen liittyen, eli uskalletaanko tiimeissä tai moniammatillisesti nostaa esiin potilasturvallisuuteen liittyviä seikkoja kuten esimerkiksi haittatapahtumia. Yleinen havainto oli, että mitä matalammaksi psykologinen turvallisuus koettiin, sitä vähemmän uskallettiin puhua eri potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista tai raportoida haittatapahtumia (Appelbaum ym. 2016; Aranzamendez ym. 2015; Buljac-Samardžić ym. 2021; Derickson ym. 2015; Grailey ym. 2021; Hu & Casey 2021; Jones ym. 2021; Jung ym. 2021; Leroy ym. 2012; Schwappach & Gehring 2015). Kuitenkin myös vastakkaisia löydöksiä löytyi, jossa korkea psykologinen turvallisuus ennusti sitä, että haittatapahtumia ei raportoitu (Schwappach & Niederhauser 2019; Schwappach & Richard 2018). Diabes ym. (2021) havaitsivat, että psykologisella turvallisuudella ei ollut vaikutusta hoitokäytänteisiin, kuten haittatapahtumien raportoimiseen, vaan enemmänkin tiimityöskentelyn parantumiseen. Tämän lisäksi psykologisella turvallisuudella on kirjallisuudessa löydetty olevan yhteyttä myös yleisemmin työtyytyväisyyteen ja eroaikomukseen (Bowling 2021; Maxfield ym. 2013; Schwappach & Richard 2018; Yanchus ym. 2015).

Yanchus ym. (2014) tutkivat työntekijöiden käsityksiä kommunikoinnista psykologisesti turvallisissa ja turvattomissa hoitoympäristöissä. He havaitsivat, että tiimin psykologinen turvallisuus on olennaista juuri terveydenhuollon ympäristöissä, sillä henkilöstö koki suoran yhteyden viestinnän, psykologisen turvallisuuden ja potilaiden hoidon välillä (Yanchus ym. 2014). Gronow (2018) toteaa väitöskirjassaan, joka tutki moniammatillisten terveydenhuoltotiimien

reagoimista haittatapahtumiin, että ryhmässä uuden oppiminen toimii parhaiten silloin kun psykologinen turvallisuus on vahvalla pohjalla. Bowling (2021) puolestaan havaitsi väitöskirjassaan, että työyhteisön heikko psykologinen turvallisuus ennustaa terveydenhuollon työntekijöiden työstä lähtemisen aikomuksia.

5.4 Sote-alan työntekijöiden koettu terveys ja psykologinen turvallisuus

Koettua terveyttä sekä psykologista turvallisuutta on tutkittu paljon erikseen, mutta pro graduun tehdyn kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että niitä ei ole juuri tutkittu yhdessä. Hakutuloksia tuli viidestä eri tietokannasta vain 60 kappaletta, joista vain yhdessä tutkimuksessa (Ohnishi ym., 2021) oli käsitelty koettua terveyttä ja psykologista turvallisuutta yhdessä. Tarkemmin luettuna selvisi kuitenkin, että psykologisella turvallisuudella ei tässä tapauksessa tarkoitettu työyhteisön psykologista turvallisuutta, vaan yleistä turvallisuuden tunnetta liittyen esimerkiksi työpaikalla tapahtuvaan väkivaltaan.

Kuitenkin ilmiöillä voidaan ajatella olevan yhteys toisiinsa. Ejlertson ym. (2018) tutkivat työssä tapahtuvan palautumisen mahdollisuuksia ja havaitsivat yhteyden koetun terveyden ja työssä koetun ilon, merkityksellisyyden ja työn haastavuuden välillä. Elovainio ym. (2002) löysivät puolestaan kytköksen koetun terveyden ja päätöksenteon sekä työtiimin välisien suhteiden oikeudenmukaisuuden välillä. Myös Persson ym. (2018) liittivät yhteen hyvän yhteishengen ja työyhteisöön kuulumisen tunteet parempaan koettuun terveyteen. Vaikka tutkimuksissa ei käsitelty suoraan psykologista turvallisuutta, tarkastellut asiat voidaan nähdä olevan yhteydessä myös psykologiseen turvallisuuteen.

6 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää miten psykologinen turvallisuus ja koettu terveys vaihtelevat ammattiryhmittäin, onko psykologisen turvallisuuden arvioinnissa eroja yksilö- ja työyhteisötasolla sekä onko psykologinen turvallisuus yhteydessä koettuun terveyteen.

Tällä pro gradulla on kolme tutkimuskysymystä:

1. Miten psykologinen turvallisuus vaihtelee ammattiryhmittäin ja onko sen arvioinnissa havaittavissa eroavaisuuksia yksilö- ja työyhteisötasolla?
2. Miten koettu terveys vaihtelee ammattiryhmittäin?
3. Onko psykologinen turvallisuus yhteydessä koettuun terveyteen ja onko siinä ammattiryhmäkohtaisia eroavaisuuksia?

Ensimmäisen ja toisen tutkimuskysymyksen hypoteesina on, että mitä korkeammin koulutettu tai mitä korkeammassa asemassa sosiaali- ja terveysalan työntekijä on, koetaan oma terveys ja/tai psykologisen turvallisuuden tunne paremmaksi. Jos hypoteesi on oikea, se tukisi ammattiryhmittäin tarkasteltuna aiempaa tutkimusta. Kolmannen tutkimuskysymyksen hypoteesina on, että heikko psykologinen turvallisuus olisi yhteydessä myös heikompaan koettuun terveyteen.

Tämä tutkimus tulee tuottamaan uutta tutkimustietoa psykologisen turvallisuuden yhteydestä koettuun terveyteen sosiaali- ja terveysalan työntekijöillä. Työterveyslaitoksen vuonna 2020 kerätty Mitä kuuluu? -kysely tarjosi mahdollisuuden tarkastella ensimmäistä kertaa koetun terveyden ja psykologisen turvallisuuden mahdollisia yhteyksiä. Tämä tutkimus tarkastelee myös aiempien tutkimusten lailla ammattiryhmittäin eroavaisuuksia koetun terveyden ja psykologisen turvallisuuden osalta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2022a) kertoo, että korkeasti koulutetuista noin neljäsosa kokee oman terveytensä korkeintaan keskitasoiseksi, mutta matalasti koulutetuilla vastaava luku on jo noin 40 prosenttia. Tämän takia koetun terveyden vertaileminen ammattiryhmittäin on kiinnostavaa myös sosiaali- ja terveysalan työntekijöillä.

7 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tässä luvussa käsitellään tutkimusmenetelmiä. Alkuun esitellään aineistoa ja muuttujia. Lopuksi käydään läpi tutkimusasetelmaa sekä muuttujien analysoimista tilastollisin menetelmin.

7.1 Tutkimusaineisto ja muuttujat

Aineistona käytettiin Työterveyslaitoksen syksyllä 2020 toteutettua Mitä kuuluu? -kyselyä, johon vastaajina oli yli 20 000 sosiaali- ja terveysalan työntekijää eri puolilta Suomea. Kysely toteutettiin yhdeksässä eri kokoisessa julkisen puolen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa, joihin kuului muun muassa kuntayhtymiä ja sairaanhoitopiirejä. Organisaatioiden maantieteellinen sijainti vaihteli, mutta painottui Itä- ja Pohjois-Suomeen ja esimerkiksi pääkaupunkiseutu jäi tutkimuksen ulkopuolelle. Alkuperäisen kyselyn vastausprosentti oli 67 prosenttia. Aineiston käyttöön on haettu tutkimussuunnitelmalla lupa Työterveyslaitokselta. Aineistosta saatiin allekirjoittaneen käyttöön 70 prosentin otos (N= 15 769).

Tutkimuksessa tarkastellaan Mitä kuuluu? -kyselyn kysymyksiä 15. ja 30. jotka löytyvät kokonaisuudessaan liitteestä 1. Kysymys 15 sisältää seitsemän eri väittämää työpaikan psykologisesta turvallisuudesta, johon pystyi vastaamaan viisiportaisella asteikolla (täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä). Aineisto sisälsi tiedon yksilön vastauksista tutkimuskysymyksittäin sekä tiedon psykologisen turvallisuuden keskiarvosta työyksikötasolla. Kysymys 30 puolestaan kartoittaa koettua terveyttä myös viisiportaisella asteikolla (täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä).

Tutkimuksessa käytetyt päämuuttujat ovat psykologinen turvallisuus yksilötasolla, työyhteisön psykologinen turvallisuus muuttujien keskiarvosta ja koettu terveys. Taustamuuttujia ovat ammattiryhmä, tieto siitä, onko kyseessä työntekijä vai esihenkilö, tieto työyksikön koosta, ikä (5 eri luokkaa) ja sukupuoli.

Eri ammatteja oli jopa 72 kappaletta ja ne olivat koodattu aineistossa sekä kolmen, että neljän numeron luokkiin, Tilastokeskuksen vuoden 2001 ISCO -ammattiluokituksen mukaisesti. Tutkimuksessa haluttiin tarkastella ammattia mahdollisimman tarkasti, joten tutkimuksessa päädyttiin käyttämään neljän numeron mukaista ammattiluokitusta. Ammattien suuren määrän

vuoksi päädyttiin tarkastelemaan 13:sta suurinta ammattiryhmää ominaan ja tämän lisäksi niputtamaan loput ammattiryhmät kolmeen eri kategoriaan: muut esihenkilöt, muut terveydenhuollon asiantuntijat ja työntekijät sekä muut työntekijät. Muihin esihenkilöihin kuuluvat kaikki muut johtajat ja esihenkilöt pois lukien osaston- ja ylihoitajat, joka on omana ammattiryhmänään. Muut terveydenhuollon asiantuntijat ja työntekijät ovat mm. hammaslääkäreitä, hammashoitajia, farmaseutteja, lastenhoitajia sekä muita sosiaali- ja terveydenhuollon erityisasiantuntijoita. Muut työntekijät kohtaan luokiteltiin kaikki muut ammatit ja siinä on mukana esimerkiksi fyysikot, tekstinkäsittelijät, palkanlaskijat, parturit, palomiehet, kokit, ajoneuvojen kuljettajat sekä konetekniikan asiantuntijat. Ammattiluokitus löytyi 15 109:lla vastaajista ja se puuttui 660:lta.

Vastaajien sukupuoli oli ilmoitettu joko naiseksi tai mieheksi. Ikä oli luokiteltu viiteen eri luokkaan (29>, 30-39, 40-49, 50-59 ja 60< -vuotiaisiin). Henkilön esihenkilöasema oli ilmoitettu neljällä luokalla: 1) ei esihenkilöasemaa, 2) kyllä, mutta välittömällä alaisillani ei ole alaisia, 3) kyllä ja välittömällä alaisillani on alaisia ja 4) kyllä, ja myös alaisillani on alaisia.

7.2 Tutkimusasetelma ja muuttujien tilastollinen tarkastelu

Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista lähestymistapaa. Menetelmä on sopivin aineiston numeraalinen laatu huomioiden ja koska tilastollisilla menetelmillä pystytään paremmin selvittämään selvittävien muuttujien välisiä yhteyksiä. Tutkimus on määrällinen poikkileikkaustutkimus, jossa pyrittiin tulkitsemaan muuttujien jakaumia ja mahdollisia keskinäisiä yhteyksiä.

Aineiston analyysi suoritettiin SPSS 28.0 -ohjelmistolla. Aineistolle tehtiin alkuun kuvailevaa analyysiä, jossa saatiin tarkasteltua jakaumia ja keskiarvoja. Muuttujien yhteyttä toisiinsa katsottiin myös korrelaatiokertoimien avulla. Muuttujien välisiä eroja tarkasteltiin keskiarvotestillä (t-testi) sekä ristiintaulukoimalla. Varianssianalyysin sekä logistisen regressioanalyysin kautta päästiin tarkastelemaan muuttujien välisiä yhteyksiä ja selittäviä tekijöitä. Analyysi tehtiin tutkimuskysymyksittäin eli tarkasteltiin psykologisen turvallisuuden yhteyttä ammattialaan, koetun terveyden yhteyttä ammattialaan sekä psykologisen turvallisuuden ja ammattialan yhteyttä koettuun terveyteen. Tämän lisäksi tarkasteltiin yhteisön ja yksilön psykologisen turvallisuuden korrelaatiota ja erotusta. Tutkimusmenetelmät ovat esitetty tutkimuskysymyksittäin taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Tutkimusmenetelmät ja muuttujat tutkimuskysymyksittäin.

TUTKIMUSKYSYMYS	MUUTTUJAT	TUTKIMUSMENETELMÄT
1A) Miten psykologinen turvallisuus vaihtelee ammattiryhmittäin?	Psykologinen turvallisuus Ammattiryhmä	Korrelaatio Ristiintaulukointi Varianssianalyysi (Oneway ANOVA) ja Bonferroni -testi
1B) Onko psykologisessa turvallisuuden arvioinnissa eroa yksilön ja yhteisön välillä?	Yksilön psykologinen turvallisuus (ka kaikista kysymyksistä) Yhteisön psykologinen turvallisuus Ammattiryhmä	Korrelaatio Muuttujien erotus (yksilötaso-yhteisötaso) T-testi
2) Miten koettu terveys vaihtelee ammattiryhmittäin?	Koettu terveys Ammattiryhmä	Korrelaatio Ristiintaulukointi Varianssianalyysi (Oneway ANOVA) ja Bonferroni -testi Kruskal-Wallis -testi
3) Onko psykologinen turvallisuus yhteydessä koettuun terveyteen ja onko siinä ammattiryhmäkohtaisia eroavaisuuksia?	Koettu terveys (kaksiportainen) Psykologinen turvallisuus (kaksiportainen) Ammattiryhmä Sukupuoli Ikä Esihenkilöstatus	Logistinen regressio

Psykologisen turvallisuuden ammattiryhmäkohtaisia keskiarvoeroja tarkasteltiin varianssianalyysin avulla. Tätä varten seitsemästä erillisestä psykologista turvallisuutta kuvaavasta kysymyksestä muodostettiin keskiarvosummamuuttuja (Cronbachin $\alpha = 0,911$).

Psykologista turvallisuutta oli selvitetty myös työyhteisöissä, johon löytyi aineistosta oma muuttuja. Yksilön ja yhteisön välisten erojen tarkastelua varten yksilötason seitsemästä erillisestä psykologista turvallisuutta kuvaavasta kysymyksestä laskettiin keskiarvo, jotta tarkastelu ja muuttujien välisen erotuksen laskeminen onnistui.

Muuttujien normaalisuutta selvitettiin Kolmogorov-Smirnov-testillä. Muuttujat eivät olleet testin mukaan normaalisti jakautuneita ($p < 0,05$), mutta kun jakaumia tarkasteltiin graafisesti, niiden havaittiin varsinkin Q-Q-kuvion mukaan noudattavan normaalijakaumaa melko hyvin. Tähän voi liittyä suuri otoskoko, jonka vuoksi pienetkin muuttujan vaihtelut vaikuttavat nollahypoteesiin hylkäämiseen (Tietoarkisto 2022).

Metsämuurosen (2011, 784–785) mukaan parametrisiä testejä, kuten varianssianalyysiä, voi käyttää, kun aineisto on tarpeeksi suuri ja muuttujat ovat kohtalaisen normaalijakautuneesta perusjoukosta, joten tämän vuoksi varianssianalyysi koettiin hyväksi vaihtoehdoksi tarkastelulle. Varianssianalyysien jälkeen keskiarvojen tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin vielä Bonferroni -testillä, jolla verrattiin jokaisen ammattiryhmän keskiarvoa erikseen kaikkiin muihin ryhmiin niin psykologisen turvallisuuden kuin koetun terveyden osalta.

Yksilön ja yhteisön psykologisen turvallisuuden eroja tarkasteltiin muuttujien erotuksella (yksilötaso miinus yhteisötaso). Tämän lisäksi keskiarvoeroja haluttiin katsoa kahden riippumattoman otoksen t-testillä. T-testissä nollahypoteesina (H_0) oli, että muuttujien keskiarvot ovat yhtä suuria molemmissa ryhmissä ja vastahypoteesina (H_1) oli, että muuttujien keskiarvot eivät ole yhtä suuret.

Logistinen regressiomalli valittiin, sillä vasteeksi haluttu koettu terveys ei ole aidosti jatkuva muuttuja ja lineaarinen tarkastelu ei olisi toiminut sen kohdalla. Koettu terveys on tutkimuksessa kysytty viisiportaisella asteikolla. Logistisen regressiomallin mukaista tarkastelua varten muuttuja uudelleen luokiteltiin kaksiporaiseksi, jossa koettu terveys on heikentynyt (=1), jos vastaaja on ilmoittanut sen keskitasoiseksi tai huonommaksi ja hyvä koettu terveys (=0) on niillä vastaajilla, jotka ovat vastanneet terveytensä olevan hyvä tai melko hyvä. Samaa luokittelua on käytetty suomalaisissa tutkimuksissa aiemminkin (esimerkiksi Aromaa ym. 1989; Lahelma ym. 2002; Kallio 2006; Talala ym. 2014). Tarkastelua varten myös psykologinen turvallisuus luokiteltiin uudelleen kaksiporaiseksi, jotta sen ja koetun terveyden välillä oli helpompaa. Psykologinen turvallisuus oli hyvä (0=) jos vastausten keskiarvo oli $3 >$ ja heikentynyt (=1) jos se oli $3 <$. Ammattiryhmien vertailuun referenssiryhmäksi valittiin muut työntekijät -ryhmä, sillä sen sisällä ammateissa oli vähiten hoitotyötä tekeviä henkilöitä.

Logistinen regressiomalli toteutettiin vaiheittain käyttäen Enter-menetelmää. Tämän avulla pystyttiin osoittamaan yhteyksien mahdollisia muutoksia, kun malliin lisättiin uusia selittäviä

muuttujia. Tulokset raportoitiin ristitulosuhteen (Odds Ratio, OR) avulla ja luottamusvälinä (LV) käytettiin 95 % vaihteluväliä. Hosmer ja Lemeshow -testin avulla haluttiin tarkastella mallin ja aineiston yhteensopivuutta. Jos testin arvo on alle 0,05, malli ei sovi aineistoon riittävän hyvin (Metsämuuronen 2011, 761).

Nagelkerken R^2 -pseudoselitysarvo kertoo, paljonko riippuvan muuttujan eli koetun terveyden varianssista selittyy riippumattomilla muuttujilla. Nagelkerken R^2 voi saada arvoja nollan ja yhden välillä. Vaikka arvoilla ei ole suoraa prosentuaalista tulkintaa, kuten lineaarisissa regressiomalleissa, yhtä lähestyvät arvot kertovat mallin korkeammasta selitysarvosta (Metsämuuronen 2011, 753). Näiden lisäksi tarkasteltiin myös Khiin neliö -testisuuretta (χ^2) ja sen mahdollisia muutoksia, kun malliin lisättiin muuttujia.

Multikollinearisuus on huomioitava, kun tehdään logistista regressiota. Logistinen regressio on erityisen herkkä selittävien muuttujien välisille korrelaatioille, joten tämän vuoksi ne eivät saa korreloida liikaa keskenään (Metsämuuronen 2011, 746). Muuttujien väliset korrelaatiot on esitetty liitteessä 3. Korrelaatiot katsottiin Spearmanin korrelaatiokerrointa käyttäen, sillä suuri osa niistä oli luokittelu- tai järjestysasteikollisia, mutta varmuuden vuoksi tarkistettiin myös Pearsonin korrelaatiokertoimen luvut, jotka olivat hyvin samankaltaisia. Mikään muuttujista ei korreloinut juurikaan keskenään, joten multikollinearisuus ei ole ongelma tässä tutkimuksessa.

Pelkkien p-arvojen lisäksi tarkasteltiin myös efektikokoja, jotta saadaan tarkempaa tietoa erojen suuruudesta suhteessa aineiston kokoon. Effektikokoja tarkasteltiin varianssianalyysin yhteydessä etan neliöllä, joka kuvaa sitä, kuinka paljon selitettävän muuttujan vaihtelusta pystytään selittämään selittävän muuttujan avulla. Effektikokoja arvioidaan Tähtisen ym. (2020, 49) suuntaa antavilla suosituksilla. Etan neliölle arvot ovat 0,01-0,05 (pieni/heikko), 0,06-0,13 (keskisuuri) ja 0,14< (suuri/voimakas).

Tilastollisen merkitsevyyden raja-arvoiksi otettiin yleisesti käytetyt merkitsevyydet $p < 0,05$ (melkein merkitsevä)*, $p < 0,01$ (merkitsevä)** ja $p < 0,001$ (erittäin merkitsevä)***. Näitä merkitään taulukoissa * -merkeillä. Korrelaation voimakkuutta (Pearson ja Spearman) arvioitiin Metsämuuronen (2011, 371) mukaan, jossa $0,40 >$ =matala, $0,40-0,60$ =melko korkea tai kohtuullinen, $0,60-0,80$ =korkea ja $0,80-1$ =erittäin korkea korrelaatio.

8 TULOKSET

Tässä luvussa käsitellään alkuun yleisiä havaintoja aineistosta kuten frekvenssijakaumia ja keskiarvoja. Tämän jälkeen keskitytään käymään läpi tuloksia tutkimuskysymyksittäin.

8.1 Yleiset tiedot aineistosta

Enemmistö aineiston vastaajista oli naisia (86,9 %) ja suurin ikäryhmä oli 50–59-vuotiaat (29,0 %). Keskiarvo iässä oli 3,02, joka osuu 40–49-vuotiaiden ryhmään (kh= 1,19). Suurin osa vastaajista toimi työntekijäasemassa (91,2 %). Esihenkilöinä toimi 7,9 prosenttia vastaajista, joista valtaosa (6,4 %) ilmoitti että heidän alaisillaan ei ole alaisia. Ylempiä esihenkilöitä, joiden alaisilla on alaisia, oli yhteensä vain 236 kpl eli 1,5 prosenttia vastaajista.

Suurimmat ammattiryhmät olivat sairaanhoitajat (34,4 %) sekä lähi- ja perushoitajat (22,1 %) (kts. taulukko 3), joista koostuikin jo yli puolet kaikista vastaajista. Seuraavaksi suurimpia ammattiryhmiä oli sosiaalialan ohjaajat, lääkärit ja muut työntekijät -luokka. Ammattiryhmien koko vaihteli 5191:n työntekijän (sairaanhoitajat) ja 203:n (kättilöt) välillä.

Naisten osuus oli suurimmassa osissa ammattiryhmiä melko tasainen (80–90 %). Eniten naisia toimi kättilöiden ammattiryhmässä (100 %) ja vähiten lääkäreiden (63,4 %) ja muiden työntekijöiden (65,4 %) keskuudessa. Sosiaalialan erityisohjaajat työskentelivät tyypillisesti pienemmissä työyksiköissä (keskimäärin 13,5 työntekijää) kuin sairaanhoitajat (keskimäärin 46,7 työntekijää). Muiden ammattiryhmien työyksiköiden koko oli 13,5–46,7 välillä. Sosiaali- ja terveysalalla töitä tehdään yleensä moniammatillisesti ja työyksikön koko ei ole kuitenkaan sen takia niin yksiselitteinen.

TAULUKKO 3. Vastaaajien taustatiedot ammattiryhmittäin.

AMMATTI	N (%)	IKÄ- LUOKKA (ka)	NAISTEN OSUUS (%)	TYÖYKSIKÖN KOKO (ka)
Sairaanhoidajat	5191 (34.4%)	30-39	90.5%	46.7
Lähi- ja perushoitajat	3334 (22.1%)	40-49	90.0%	33.9
Sosiaalialan ohjaajat ym.	1042 (6.9%)	40-49	88.6%	15.6
Lääkärit	901 (6%)	30-39	63.4%	32.4
Fysio-, toiminta- ja muut terapeutit	463 (3.1%)	30-39	89.2%	27.0
Osasto- ja johdon sihteerit	415 (2.7%)	40-49	97.6%	50.1
Sosiaalialan erityisasiantuntijat	409 (2.7%)	40-49	90.2%	13.5
Osaston- ja ylihoitajat	385 (2.5%)	40-49	91.4%	38.9
Sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset sekä laitoshuoltajat	380 (2.5%)	40-49	95.3%	35.7
Julkisen alan erityisasiantuntijat	280 (1.9%)	40-49	83.2%	23.0
Sihteerit	273 (1.8%)	40-49	98.2%	38.9
Psykologit, psyko- ja puheterapeutit	223 (1.5%)	30-39	93.3%	16.7
Kätilöt	203 (1.3%)	30-39	100%	39.3
Muut esihenkilöt	361 (2.4%)	40-49	84.2%	24.9
Muut terveydenhuollon asiantuntijat ja työntekijät	544 (3.6%)	40-49	89.0%	31.9
Muut työntekijät	705 (4.7%)	40-49	65.4%	26.0

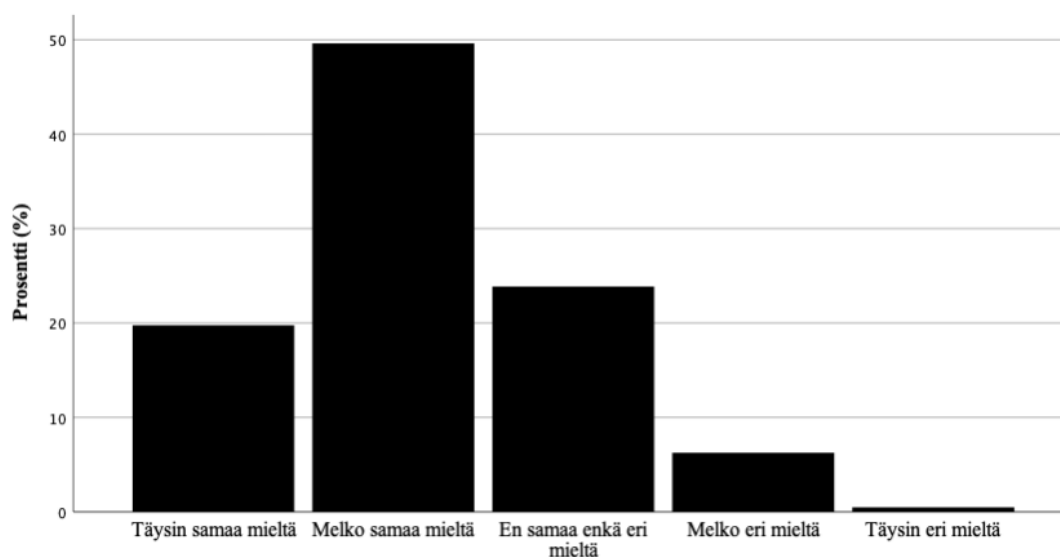
8.2 Psykologinen turvallisuus ja sen vaihtelu ammattiryhmittäin

Psykologisen turvallisuuden kysymyksissä 1–4 vastaajat kokivat yleisesti olevan melko samaa mieltä väittämän kanssa. Enemmän hajontaa näkyi kysymysten 5–7 kohdalla. Kysymyksessä 1 ”Pidämme toisemme ajan tasalla työasioissa” keskiarvo oli kaikista kysymyksistä paras (2.21,

kh =0,900) kun taas huonoin keskiarvo oli kysymyksessä 6 ”Työyhteisössä käytetään aikaa uusien ideoiden kehittelyyn” (2,99, kh=1,057). Psykologisen turvallisuuden kysymyskohtaiset vastausjakaumat ovat esitetty liitteessä 4.

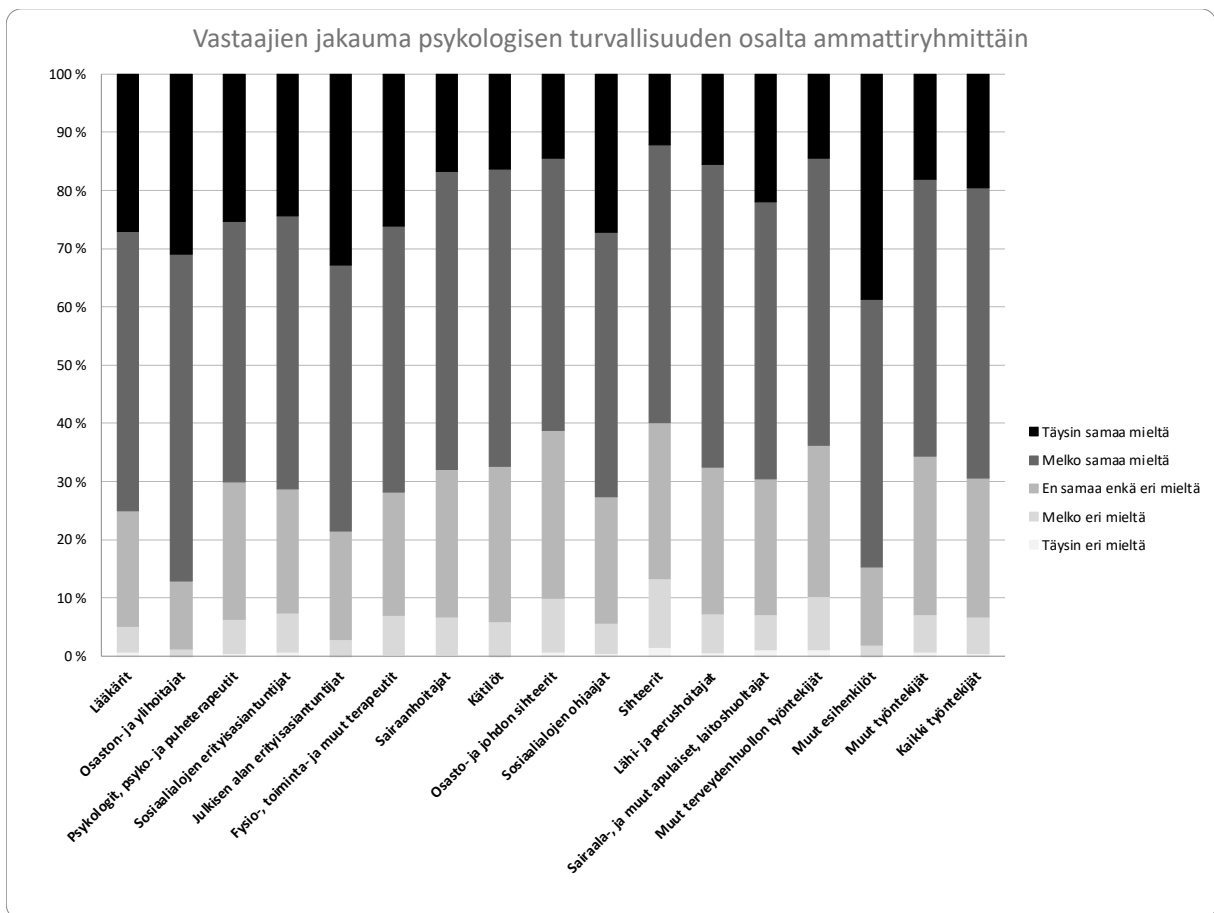
Kysymysten välisiä yhteyksiä tutkittiin Spearmanin ja Pearsonin korrelaatiokertoimien avulla. Korrelaatio psykologisen turvallisuuden kysymysten välillä oli melko korkea tai korkea sekä Spearmanin (0,427-0,775, p= <0,000), että Pearsonin korrelaatiokertoimien mukaan (0,433-0,790, p= <0,000). Alhaisin korrelaatio oli kysymysten ”Pidämme toisemme ajantasalla työasioissa” ja ”Työyhteisössä käytetään aikaa uusien ideoiden kehittelyyn” välillä (Spearman 0,427 ja Pearson 0,433). Korkein korrelaatio oli ”Pidämme toisemme ajantasalla työasioissa” ja ”Tietoa todella pyritään jakamaan työyhteisön sisällä” kysymysten välillä (Spearman 0,775 ja Pearson 0,790).

Täysin samaa mieltä on 1 ja täysin eri mieltä 5, joten kun jatkossa puhutaan korkeasta psykologisesta turvallisuudesta, mitä pienempi luku on, sitä parempi ja korkeampi psykologinen turvallisuus on, eli vastaaja on ollut väittämien kanssa enemmän samaa mieltä. Kuvassa 3 on esitetty seitsemän eri psykologisen turvallisuuden kysymysten keskiarvo yksilötasolla. Keskiarvo oli 2,18 (melko samaa mieltä), moodi ja mediaani 2 (melko samaa mieltä) ja keskihajonta 0,84. Melko samaa mieltä kaikkien seitsemän psykologisen turvallisuuden väittämien kanssa, oli 49,6 prosenttia vastaajista.



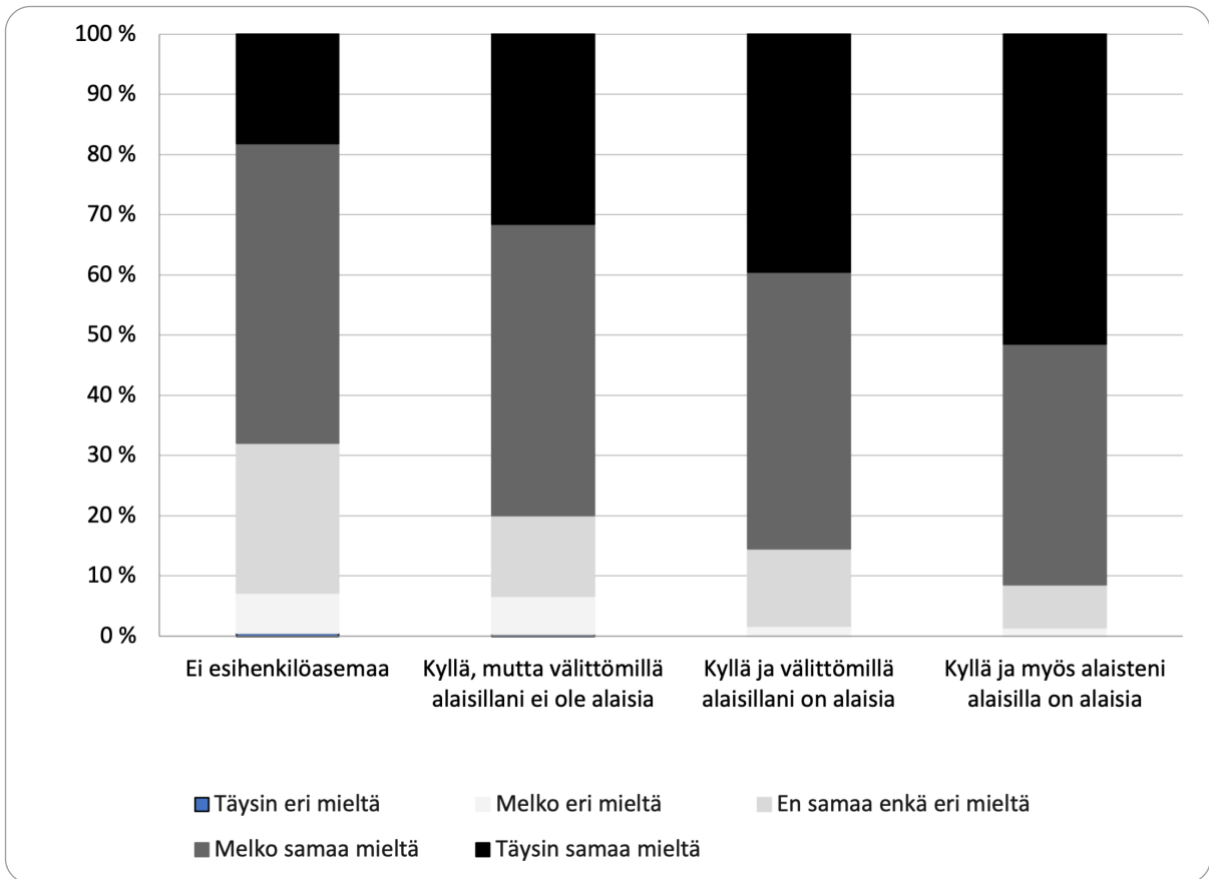
KUVA 3. Vastausjakauma psykologisen turvallisuuden kysymysten keskiarvosta yksilötasolla.

Kun tutkittiin ammattiryhmien välisiä eroja (kuva 4), havaittiin, että psykologinen turvallisuus oli korkein muilla esihenkilöillä (1,79), osaston- ja ylihoitajilla (1,83) ja julkisen alan erityisasiantuntijoilla (1,92). Lääkäreillä oli parempi psykologinen turvallisuus (2,04) verrattuna muuhun hoitohenkilökuntaan (terapeutit 2,10, sairaanhoitajat 2,22 ja lähi- ja perushoitajat 2,25). Huonoimmaksi psykologisen turvallisuutensa kokivat sihteerit (2,42), osasto- ja johdon sihteerit (2,35) sekä muut terveydenhuollon asiantuntijat ja työntekijät (2,33). Sairaala-, hoito- ja keittiöapulaisilla sekä laitoshuoltajilla oli parempi psykologinen turvallisuus (2,17) kuin hoitajilla.



KUVA 4. Psykologisen turvallisuuden vaihtelu ammattiryhmittäin.

Tämän lisäksi tarkasteltiin myös esihenkilöaseman yhteyttä psykologiseen turvallisuuteen (kuva 5). Mitä korkeammassa esihenkilöasemassa vastaaja toimi, sitä paremmaksi hän koki oman psykologisen turvallisuutensa verrattuna muihin. Kaikki esihenkilöasemassa toimivat kokivat psykologisen turvallisuutensa paremmaksi työntekijöihin tai asiantuntijoihin verrattuna.



KUVA 5. Esihenkilöaseman yhteys psykologiseen turvallisuuteen.

Ammatin yhteyttä psykologiseen turvallisuuteen testattiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä (Oneway ANOVA). Ammattiryhmien välisten erojen tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin F-testiluvun (22,114) ja p-arvon ($< 0,001$) avulla. Koska p-arvo on selvästi pienempi kuin yleisesti raja-arvona pidetty 0,05, voitiin nollahypoteesi ryhmäkeskiarvojen samansuuruisuudesta hylätä. Toisin sanoen eri ammattiryhmiin kuuluvien välillä on eroja psykologisessa turvallisuudessa. Etan neliö luku on tässä tapauksessa vain 0,022 eli vaikutus on pientä tai heikkoa. Luku voidaan tulkita niin, että ammattiryhmällä voidaan selittää vain 2,2 % vastaajien suhtautumisen vaihtelusta psykologiseen turvallisuuteen.

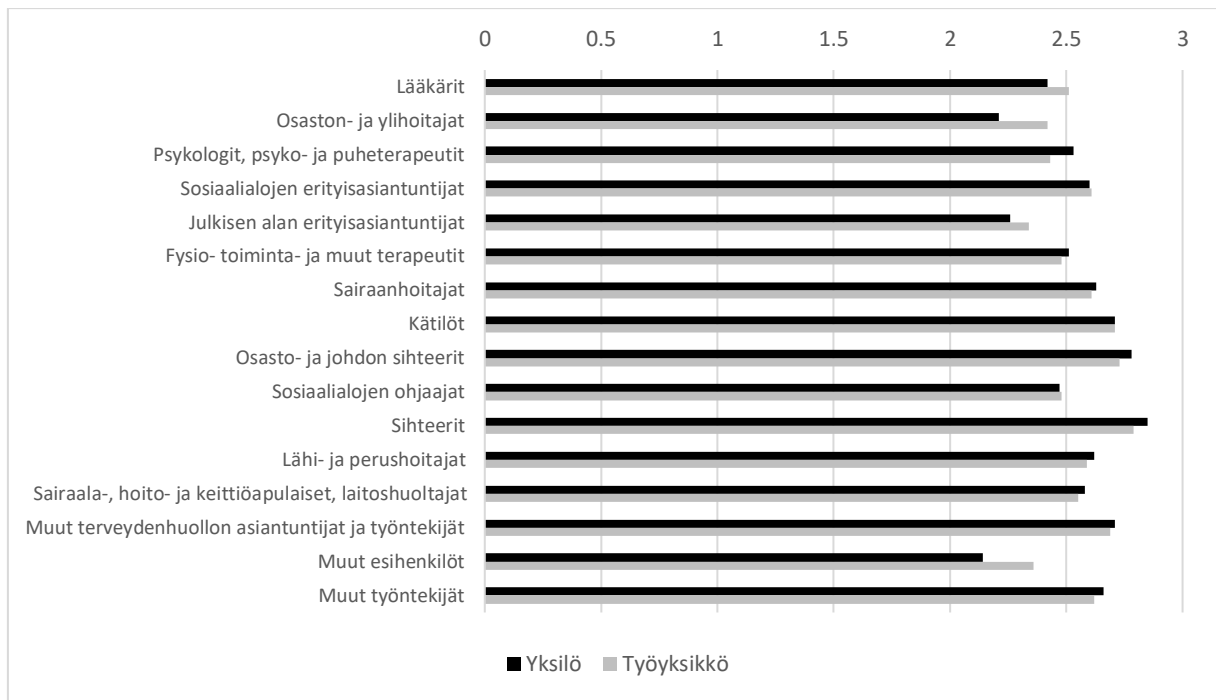
Liitteessä 5 on esitetty tarkemmin millä ammattiryhmillä oli tilastollisesti ($< 0,01-0,001$) merkitseviä tai erittäin merkitseviä eroavaisuuksia keskenään psykologisessa turvallisuudessa. Taulukkoon on valittu vain ne ryhmät, joilta löytyi tilastollisesti merkitseviä tai erittäin merkitseviä eroja. Eniten ammattiryhmäkohtaisia eroja löytyi muilta esihenkilöiltä, osaston- ja ylihoitajilta sekä sihteereiltä. Esihenkilöasemassa toimiminen tekee tilastollisesti merkitsevästi paremman psykologisen turvallisuuden tunteen, kun taas esimerkiksi sihteereillä kaikki

tilastollisesti merkitsevät tulokset tulivat ammattiryhmistä, jotka kokivat psykologisen turvallisuutensa paremmaksi sihteereihin verrattuna.

Kun tarkasteltiin yksilön ja yhteisön välistä erotusta (yksilötason keskiarvo – yhteisötason keskiarvo), tulokset noudattivat Kolmogorov-Smirnov-testin mukaan melko hyvin normaalijakaumaa ja olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,001$). Keskiarvo oli hyvin lähellä nollaa ($-0,0122$, 95 % luottamusväli $-0,0097-0,0160$), mikä tarkoittaa, että yksilön kokemus psykologisesta turvallisuudesta on hieman parempi kuin työyhteisössä keskimäärin. Aineistosta puuttui 23 prosenttia vastauksista ($N=3622$) joko yksilö- tai yhteisötasolta. Yksilön psykologisen turvallisuuden keskiarvo ja työyksikkötason keskiarvo korreloivat keskenään tilastollisesti merkitsevästi ja kohtalaisella tasolla (Pearsonin korrelaatiokerroin $0,457$, 95 % luottamusväli $0,443-0,471$, $p < 0,01$, Spearmanin korrelaatiokerroin $0,444$, 95 % luottamusväli $0,429-0,458$, $p < 0,01$).

Ammattiryhmien välisiä eroja löytyi jonkin verran (kuva 6). Ammattiryhmistä kuudessa (lääkärit, osasto- ja ylihoitajat, sosiaalialojen erityisasiantuntijat, julkisen alan erityisasiantuntijat, sosiaalialojen ohjaajat ja muut esihenkilöt) yksilöt kokivat psykologisen turvallisuuden paremmaksi kuin työyhteisössä keskimäärin. Suurin keskiarvojen välinen erotus yksilön ja yhteisön välillä oli muilla esihenkilöillä ($-0,22$) ja osaston- ja ylihoitajilla ($-0,21$), eli näissä ammattiryhmissä yksilöt kokivat psykologisen turvallisuutensa merkittävästi paremmaksi kuin työyhteisössä. Kätilöillä tulos oli täysin sama niin yksilö- kuin yhteisötasolla.

Yksilön ja työyksikön psykologisen turvallisuuden erotukselle tehtiin kahden riippumattoman otoksen t-testi, jolla haluttiin selvittää, onko mittaustulosten keskiarvot yhtä suuret (H_0) vai onko niissä eroja (H_1). T-testisuureen arvo on $0,486$ vapausastein $12\ 146$ ja t-testin p-arvo on $0,627$. Tulos ei ole tilastollisesti merkitsevä ja nollahypoteesi jää voimaan ja voidaan sanoa, että mittaustulosten keskiarvot ovat yhtä suuret yksilö- ja yhteisötasolla.

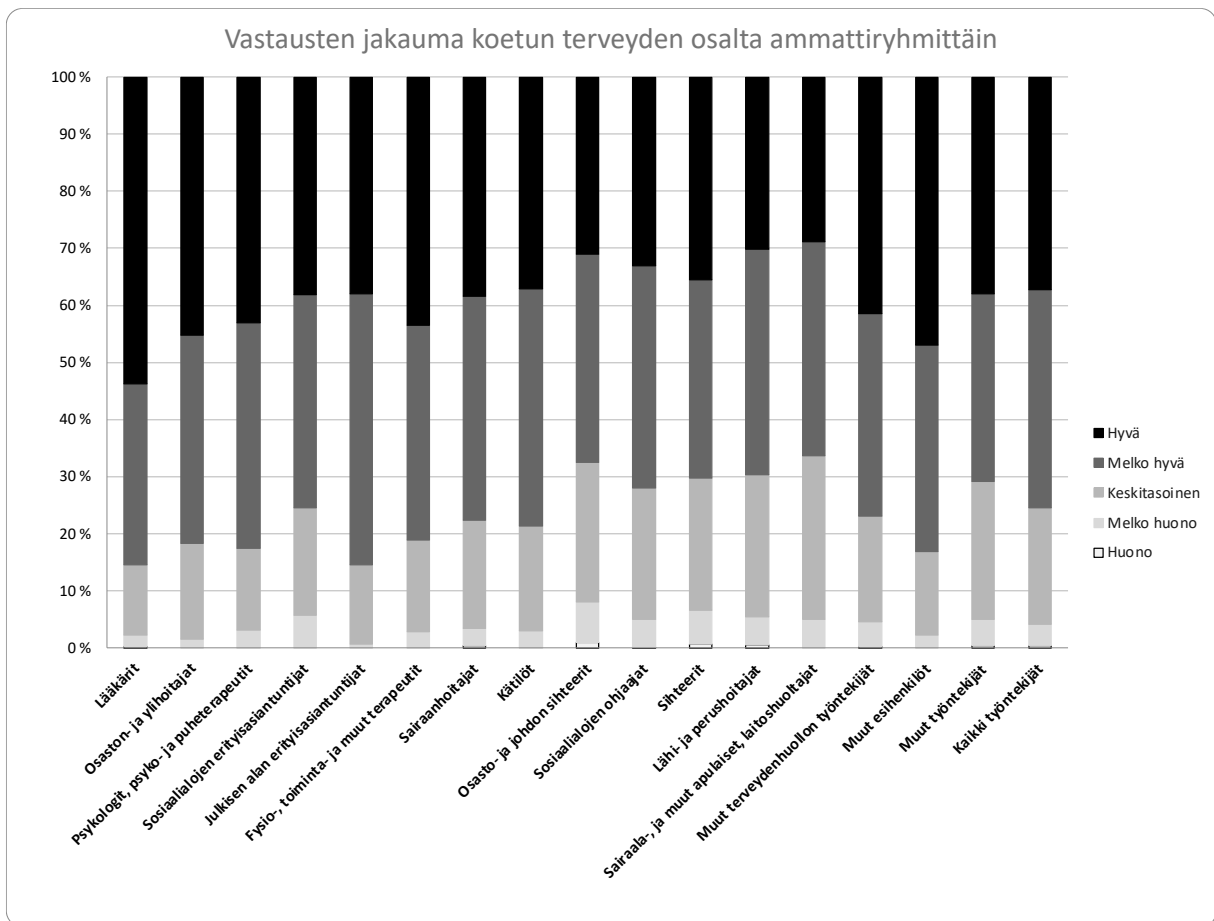


KUVA 6. Yksilö- ja työyhteisötason psykologisen turvallisuuden erot ammattiryhmittäin (1=korkea psykologinen turvallisuus ja 5=matala).

8.3 Koettu terveys ja sen vaihtelu ammattiryhmittäin

Yleisesti vastaajat kokivat terveytensä hyväksi (37,6 %) tai melko hyväksi (38,0 %). Vain 0,3 prosenttia kertoivat koetun terveytensä olevan huono. Melko huonoksi sen arvioi 3,8 prosenttia vastaajista.

Koetun terveyden viisiportaisessa (1=hyvä, 5=huono) ammattiryhmäkohtaisessa tarkastelussa nähdään, että lääkärit kokivat terveytensä parhaimmaksi ja heistä 53,7 prosenttia vastasi terveytensä olevan hyvä. Tämän jälkeen paras koettu terveys oli muilla esihenkilöillä (1= 46,9 %) ja osaston- ja ylihoitajilla (1= 45,3 %). Heikoimmaksi terveytensä kokivat sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset ja laitoshuoltajat (1= 28,8 %), lähi- ja perushoitajat (1= 30,2 %) sekä osaston- ja johdon sihteerit (1= 31,1 %). Myös sihteerit ja sosiaalialojen ohjaajat olivat ammattiryhmistä heikoimmaksi terveytensä kokevien joukossa. Hyväksi koetun terveytensä arvioivien keskiarvo kaikki ammattiryhmät huomioiden oli 37,3 prosenttia. Vastausten ammattiryhmäkohtainen jakauma näkyy kuvassa 7.



KUVA 7. Koettu terveys viisiportaisena ammattiryhmittäin.

Kaksiportaisessa tarkastelussa (taulukko 4) nähdään, että 85,4 prosenttia lääkäreistä ja julkisen alan erityisasiantuntijoista koki terveytensä hyväksi. Tämän jälkeen paras koettu terveys oli muilla esihenkilöillä (83,1 %) ja psykologeilla sekä psyko- ja puheterapeuteilla (82,5 %). Heikoimmaksi terveytensä kokivat sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset ja laitoshuoltajat (66,4 %) ja osaston- ja johdon sihteerit (67,5 %). Myös lähi- ja perushoitajat (69,7 %), sihteerit (70,3 %), muut työntekijät (70,8 %) ja sosiaalialojen ohjaajat (72,0 %) olivat ammattiryhmistä heikoimmaksi terveytensä kokevien joukossa. Hyväksi terveytensä kokevien prosenttiosuus kaikki ammattiryhmät huomioiden, oli 75,4 prosenttia. Ammattiryhmien järjestys viisi- ja kaksiportaisessa tarkastelussa oli melko lailla sama.

TAULUKKO 4. Kaksiportaisen koetun terveyden ammattiryhmien välinen prosentuaalinen tarkastelu.

AMMATTI	KOETTU TERVEYS	
	<i>Hyvä</i>	<i>Heikentynyt</i>
Lääkärit	85.4%	14.6%
Julkisen alan erityisasiantuntijat	85.4%	14.6%
Muut esihenkilöt	83.1%	16.9%
Psykologit, psyko- ja puheterapeutit	82.5%	17.5%
Osaston- ja ylihoitajat	81.8%	18.2%
Fysio-, toiminta- ja muut terapeutit	81.1%	18.9%
Kätilöt	78.7%	21.3%
Sairaanhoitajat	77.6%	22.4%
Muut terveydenhuollon asiantuntijat ja työntekijät	77.0%	23.0%
Sosiaalialojen erityisasiantuntijat	75.4%	24.6%
Sosiaalialojen ohjaajat	72.0%	28.0%
Muut työntekijät	70.8%	29.2%
Sihteerit	70.3%	29.7%
Lähi- ja perushoitajat	69.7%	30.3%
Osasto- ja johdon sihteerit	67.5%	32.5%
Sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset, laitoshuoltajat	66.4%	33.6%
Kaikki ammattiryhmät	75.4%	24.6%

Koettua terveyttä tarkasteltiin ristiintaulukoimalla (taulukko 4) ja khiin neliö -testin avulla. Khiin neliö -testissä testin oletukset olivat voimassa ja testin tulos oli 220,024 (df=15), $p < 0,001$. Koska p-arvo oli merkittävästi pienempi kuin yleisesti raja-arvona pidetty 0,05, voidaan nollahypoteesi ryhmäkeskiarvojen samansuuruisuudesta hylätä. Eli eri ammattiryhmiin kuuluvien välillä on eroja koetussa terveydessä.

Koettua terveyttä haluttiin analysoida vielä yksisuuntaisen varianssianalyysin (Oneway ANOVA) avulla viisiportaisen luokituksen kanssa. Ammattiryhmien välisien erojen tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin F-testiluvun ja p-arvon avulla. F-testiluku oli viisiportaisella luokituksella 21,043 ja p-arvo $< 0,001$. Koska p-arvo oli merkittävästi pienempi kuin yleisesti raja-arvona pidetty 0,05, voidaan nollahypoteesi ryhmäkeskiarvojen samansuuruisuudesta hylätä. Eli eri ammattiryhmiin kuuluvien välillä on eroja koetussa terveydessä myös varianssianalyysin mukaan. Etan neliö luku oli viisiportaisella luokituksella 0,021 eli efektikoon vaikutus on pientä tai heikkoa. Toisin sanoen ammattiryhmällä voidaan selittää vain 2,1 % vastaajien suhtautumisen vaihtelusta koettuun terveyteen. Koetun terveyden ja ammattiryhmien osalta, varianssianalyysin tulokset haluttiin varmistaa vielä käyttämällä ei-

parametristä testiä (Kruskal-Wallis), koska koettu terveys on järjestysasteikollinen muuttuja. Kruskal-Wallis testi antoi saman tuloksen nollahypoteesin hylkäämisestä kuin ANOVA ($p < 0,001$). Näin ollen varianssianalyysin tulosta voidaan pitää luotettavana sen ollessa yhteneväinen niin Kruskal-Wallis -testin, kuin khiin neliö -testin kanssa.

Kuten psykologisen turvallisuuden kanssa, myös koetun terveyden ammattiryhmien välisiä eroja tarkasteltiin Bonferroni -testin avulla, jotta saatiin selville millä ammattiryhmillä oli merkitseviä eroja keskenään. Eniten ammattiryhmäkohtaisia eroja löytyi muilta lääkäreiltä, osasto- ja johdon sihteereiltä sekä sairaala, hoito- ja keittiöapulaisilta sekä laitoshuoltajilta. Kuten psykologisessa turvallisuudessa, myös koetun terveyden osalta erot esihenkilöiden ja työntekijöiden välillä olivat tilastollisesti merkitseviä. Esihenkilöasemassa toimivat kokevat terveytensä paremmaksi kuin työntekijäasemassa toimivat. Liitteessä 6 on esitetty tarkemmin millä ammattiryhmillä oli tilastollisesti ($< 0,01 - 0,001$) merkitseviä tai erittäin merkitseviä eroavaisuuksia keskenään koetussa terveydessä. Taulukkoon on valittu vain ne ryhmät, joilta löytyi tilastollisesti merkitseviä eroja.

8.4 Psykologisen turvallisuuden, ammattiryhmän ja muiden taustamuuttujien yhteys koettuun terveyteen

Koettua terveyttä ja etenkin sitä, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että terveys koetaan heikentyneeksi, tarkasteltiin logistisen regressioanalyysin avulla. Logistinen regressio tehtiin kahteen kertaan. Ensin haluttiin tarkastella, onko ammattiryhmällä yhteyttä psykologiseen turvallisuuteen ja heikkoon terveyteen. Ensimmäisen logistisen regressioanalyysin kolmivaiheisen enter -menetelmän tulokset ovat esitetty taulukossa 5.

Heikoksi koettu psykologinen turvallisuus oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä heikompaan koettuun terveyteen joka vaiheessa, eikä ristitulo suhde (OR) juurikaan muuttunut, kun malliin lisättiin muita selittäviä muuttujia. Viimeisenä malliin lisättiin ammatti, joka ei juuri poistanut psykologisen turvallisuuden yhteyttä koettuun terveyteen. Tämä selittyy todennäköisesti työn muilla kuormitustekijöillä. Iän merkitys oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yli 40-vuotiailla. Kun ikää oli yli 50 vuotta, riski huonommaksi koettuun terveyteen oli yli kaksinkertainen verrattuna alle 30-vuotiaisiin. Naisilla riski oli 1,2-kertainen miehiin verrattuna, mutta kun ammattiryhmä ja esihenkilöasema otettiin mukaan, erot eivät olleet enää tilastollisesti merkitseviä.

TAULUKKO 5. Ammatin ja heikon psykologisen turvallisuuden yhteys heikoksi koettuun terveyteen (**p < 0,001, **p < 0,01, *p < 0,05, LV=95 %).

SELITTÄVÄT TEKIJÄT	VAIHE 1 (OR, LV, p)	VAIHE 2 (OR, LV, p)	VAIHE 3 (OR, LV, p)
<i>Psykologinen turvallisuus</i> (ref. Hyvä)			
Heikko psykologinen turvallisuus	1,715 (1,586-1,855)***	1,684 (1,555-1,823)***	1,632 (1,506-1,768)***
<i>Ikä (ref. < 30)</i>			
30-39		1,110 (0,955-1,291)	1,151 (0,989-1,339)
40-49		1,319 (1,141-1,526)***	1,369 (1,183-1,586)***
50-59		2,225 (1,963-2,592)***	2,281 (1,981-2,626)***
60 <		2,540 (2,155-2,993)***	2,631 (2,226-3,109)***
<i>Sukupuoli (ref. Mies)</i>			
Nainen		1,227 (1,085-1,389)**	1,139 (1,002-1,295)
<i>Esihenkilö (ref. Kyllä)</i>			
Työntekijä			1,229 (0,976-1,548)
<i>Ammatti (ref. Muut työntekijät)</i>			
Lääkärit			0,500 (0,387-0,646)***
Osaston- ja ylihoitajat			0,637 (0,443-0,917)*
Psykologit, psyko- ja puheterapeutit			0,607 (0,411-0,897)*
Sosiaalialojen erityisasiantuntijat			0,841 (0,631-1,121)
Julkisen alan erityisasiantuntijat			0,439 (0,300-0,645)***
Fysio-, toiminta- ja muut terapeutit			0,641 (0,478-0,860)**
Sairaanhoidajat			0,790 (0,657-0,950)*
Kätilöt			0,735 (0,501-1,080)
Osaston- ja johdon sihteerit			1,076 (0,820-1,412)
Sosiaalialojen ohjaajat			1,045 (0,839-1,302)
Sihteerit			0,854 (0,622-1,173)
Lähi- ja perushoitajat			1,070 (0,887-1,291)
Sairaala-, ja muut apulaiset, laitoshuoltajat			1,158 (0,873-1,537)
Muut terveydenhuollon työntekijät			0,737 (0,565-0,962)*
Muut esihenkilöt			0,578 (0,402-0,831)**
<i>Mallin yhteenveto:</i>			
Nagelkerke R ²	0,018	0,052	0,068
Hosmer ja Lemeshow	.	0,903	0,562
χ ² vaihe (df)	179,056 (1)***	345,862 (5)***	164,462 (16)***
χ ² malli (df)	179,056 (1)***	524,918 (6)***	689,381 (22)***

Esihenkilöstä ei tämän mallin mukaan ole tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä koettuun terveyteen. Ammattiryhmistä suurin ristitulosuhde oli sairaala-, ja muilla apulaisilla sekä laitoshuoltajilla (1,158) verrattuna muihin työntekijöihin, mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Tilastollisesti merkitseviä tai erittäin merkitseviä tuloksia löytyi lääkäreiltä, julkisen alan erityisasiantuntijoilta, terapiahenkilöstöltä sekä muilta esihenkilöiltä.

Mallin χ^2 parani jatkuvasti, kun malliin lisättiin muuttujia (179,056 -> 689,381, $p < 0,001$), jolloin voidaan päätellä, että se eroaa merkitsevästi vain vakiotermin sisältävästä mallista, jolloin mallin voidaan ajatella olevan merkittävä ennustaja selitettävälle muuttujalle. Mallin vahvuutta selittää Nagelkerken R^2 . Tässä tapauksessa mallin selitysaste Nagelkerken R^2 mukaan (0,018–0,068) on erittäin matala, mikä tarkoittaa, että vain 1,8–6,8 prosenttia selitettävän muuttujan vaihtelusta voidaan selittää mallin avulla. Mallin selitysaste toki nousee, kun muuttujia lisätään. Vaiheessa yksi, Hosmer ja Lemeshow -arvo on 0, jolloin voidaan sanoa, että psykologinen turvallisuus ei yksin riitä ennustamaan muuttujien sijoittumista hyvän tai huonon terveyden luokkiin (arvon tulisi olla yli 0,05). Kun lisätään selittäviä muuttujia vaiheessa kaksi ja kolme, arvo nousee heti, jolloin malli on testin mukaan soveltuva aineiston osalta ja sen ennustekyky parantuu.

Logistinen regressio tehtiin vielä toisen kerran (taulukko 6), jolloin ensin malliin lisättiin ammatit ja esihenkilöstä, tämän jälkeen ikä ja sukupuoli ja viimeisenä psykologinen turvallisuus. Näin pystyttiin tarkastelemaan, miten ammattien yhteys psykologiseen turvallisuuteen muuttuu, kun malliin lisätään psykologinen turvallisuus. Eli haluttiin selvittää missä määrin psykologinen turvallisuus kykenee lieventämään eri ammateissa toimivien kokemusta heikoksi koetusta terveydestä.

Kuten taulukosta 6 näkyy, psykologinen turvallisuus ei heikentänyt ammattiryhmien ja heikon terveyden yhteyttä vaan lisäsi sitä. Huomioitava on kuitenkin, että tilastollinen merkitsevyys ammattiryhmittäin heikkeni, kun malliin lisättiin muuttujia vaiheissa kaksi ja kolme. Heikolla psykologisella turvallisuudella oli myös itsessään tilastollisesti erittäin merkitsevä ja korkea ristitulosuhde (1,632, $lv=1,506-1,768$). Psykologinen turvallisuus lievensi iän ja sukupuolen yhteyttä heikoksi koettuun terveyteen. Psykologisen turvallisuuden lisääminen toi erittäin tilastollisesti merkitseviä tuloksia ammattiryhmittäin tarkasteltuna lääkäreiden ja julkisen alan erityisasiantuntijoiden ryhmissä ja tilastollisesti merkitseviä terapeuttien ja muiden esihenkilöiden ryhmissä.

TAULUKKO 6. Psykologisen turvallisuuden vaikutus eri ammattiryhmien kokemukseen heikosta terveydestä (**p < 0,001, *p < 0,01, *p < 0,05, LV=95%).

SELITTÄVÄT TEKIJÄT	VAIHE 1 (OR, LV, p)	VAIHE 2 (OR, LV, p)	VAIHE 3 (OR, LV, p)
<i>Ammatti (ref. Muut työntekijät)</i>			
Lääkärit	0,433 (0,337-0,556)***	0,489 (0,379-0,630)***	0,500 (0,387-0,646)***
Osaston- ja ylihoitajat	0,619 (0,433-0,886)**	0,598 (0,416-0,859)**	0,637 (0,443-0,917)*
Psykologit, psyko- ja puheterapeutit	0,542 (0,357-0,768)***	0,592 (0,401-0,874)**	0,607 (0,411-0,897)*
Sosiaalialojen erityisasiantuntijat	0,804 (0,607-1,065)	0,815 (0,613-1,086)	0,841 (0,631-1,121)
Julkisen alan erityisasiantuntijat	0,420 (0,287-0,613)***	0,416 (0,284-0,609)***	0,439 (0,300-0,645)***
Fysio-, toiminta- ja muut terapeutit	0,557 (0,418-0,743)***	0,621 (0,463-0,832)**	0,641 (0,478-0,860)**
Sairaanhoidajat	0,708 (0,593-0,846)***	0,779 (0,649-0,936)**	0,790 (0,657-0,950)*
Kätilöt	0,663 (0,455-0,965)**	0,725 (0,495-1,063)	0,735 (0,501-1,080)
Osaston- ja johdon sihteerit	1,197 (0,919-1,558)	1,081 (0,825-1,416)	1,076 (0,820-1,412)
Sosiaalialojen ohjaajat	0,958 (0,773-1,187)	1,001 (0,804-1,246)	1,045 (0,839-1,302)
Sihteerit	1,026 (0,753-1,398)	0,870 (0,635-1,192)	0,854 (0,622-1,173)
Lähi- ja perushoitajat	1,044 (0,871-1,252)	1,050 (0,871-1,265)	1,070 (0,887-1,291)
Sairaala-, ja muut apulaiset, laitoshuoltajat	1,204 (0,913-1,586)	1,116 (0,842-1,479)	1,158 (0,873-1,537)
Muut terveydenhuollon työntekijät	0,733 (0,565-0,950)*	0,744 (0,571-0,970)*	0,737 (0,565-0,962)*
Muut esihenkilöt	0,577 (0,403-0,825)**	0,547 (0,380-0,785)**	0,578 (0,402-0,831)**
<i>Esihenkilö (ref. Kyllä)</i>			
Työntekijä	1,181 (0,941-1,482)	1,317 (1,047-1,657)*	1,229 (0,976-1,548)
<i>Ikä (ref. < 30)</i>			
30–39		1,178 (1,013-1,370)*	1,151 (0,989-1,339)
40-49		1,411 (1,219-1,633)***	1,369 (1,183-1,586)***
50-59		2,358 (2,049-2,714)***	2,281 (1,981-2,626)***
60 <		2,694 (2,281-3,181)***	2,631 (2,226-3,109)***
<i>Sukupuoli (ref. Mies)</i>			
Nainen		1,169 (1,029-1,328)*	1,139 (1,002-1,295)*
<i>Psykologinen turvallisuus (ref. Hyvä)</i>			
Heikko psykologinen turvallisuus			1,632 (1,506-1,768)***
<i>Mallin yhteenveto:</i>			
Nagelkerke R ²	0,022	0,054	0,068
Hosmer ja Lemeshow	0,600	0,232	0,562
χ ² vaihe (df)	217,084 (16)***	331,991 (5)***	140,307 (1)***
χ ² malli (df)	217,084 (16)***	549,074(21)***	689,381 (22)***

Mallin χ^2 parani jatkuvasti, kun malliin lisättiin muuttujia (217,084 -> 689,381, $p < 0,001$). Hosmer ja Lemeshow -arvon mukaan malli on joka vaiheessa soveltuva aineiston osalta. Kuten ensimmäisessä mallissa, myös tämän mallin Nagelkerken R^2 mukaan vain 2,2–6,8 prosenttia selitettävän muuttujan vaihtelusta voidaan selittää mallin avulla.

9 POHDINTA

Tässä luvussa käydään läpi tutkimuksen tuloksia ja niiden merkitsevyyttä sekä pohditaan tutkimuksen vahvuuksia ja heikkouksia. Tässä pro gradu -tutkielmassa selvitettiin, miten sote-alan työntekijöiden psykologinen turvallisuus vaihtelee ammattiryhmittäin ja onko siinä eroja yksilö- ja yhteisötasolla, miten koettu terveys vaihtelee ammattiryhmittäin sekä miten psykologinen turvallisuus ja ammattiryhmä ovat yhteydessä koettuun terveyteen. Kaksi ensimmäistä tutkimuskysymystä rakentuivat hypoteesille, että korkeampi koulutus tai työntekijän asema olisivat yhteydessä myös parempaan koettuun terveyteen ja/tai psykologisen turvallisuuden tunteeseen. Kolmannen tutkimuskysymyksen hypoteesina oli, että heikko psykologinen turvallisuus olisi yhteydessä myös heikompaan koettuun terveyteen.

Tutkimuksen tulokset voidaan kiteyttää kolmeen päätulokseen. 1) Psykologisesta turvallisuudesta ja koetusta terveydestä löytyi merkitseviä eroja ammattiryhmittäin. Esihenkilöstatus tai korkeampi koulutus olivat selvästi yhteydessä parempaan psykologiseen turvallisuuteen ja koettuun terveyteen. 2) Pieni, mutta tilastollisesti merkitsevä ero havaittiin myös yksilö- ja yhteisötason psykologisen turvallisuuden erotuksessa, jonka mukaan yksilö kokee psykologisen turvallisuutensa hieman paremmaksi kuin työyhteisössä keskimäärin. 3) Psykologisen turvallisuuden huomattiin olevan yhteydessä koettuun terveyteen sosiaali- ja terveysalan työntekijöillä, mutta se ei yksin ole riittävä toimimaan selittävänä tekijä. Myös osa ammattiryhmistä oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä koettuun terveyteen yhdessä psykologisen turvallisuuden kanssa tarkasteltuna, mutta eivät läheskään kaikki ammatit.

9.1 Tulosten yhteenveto

Ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä haluttiin selvittää, miten psykologinen turvallisuus vaihtelee ammattiryhmittäin ja onko sen arvioinnissa eroja yksilötason ja työyhteisötason välillä. Lääkärien psykologinen turvallisuus oli selvästi parempi muuhun hoitohenkilökuntaan verrattuna ja samoja löydöksiä on tehty myös aiemmassa tutkimuksessa (Ferreira ym. 2021; Ferrer-Garcia ym. 2021; Hammig & Vetsh 2021; Niederhauser ja Schwappach 2022). Sairaanhoidajien psykologinen turvallisuus oli korkeampi kuin lähi- ja perushoitajilla ja myös esimerkiksi Maxfield ym. (2013) olivat havainneet saman omassa tutkimuksessaan. Heikoin psykologinen turvallisuus koettiin sihteerien ja osaston- ja johdon sihteerien ryhmissä. Alkuperäisen hypoteesin

vastaisesti, sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset sekä laitoshuoltajat -ammattiryhmässä oli parempi psykologinen turvallisuus verrattuna hoitajiin, mutta toisaalta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Muiden terveydenhuollon työntekijöiden -ammattiryhmällä oli kolmanneksi heikoin psykologinen turvallisuus, mikä on kiinnostavaa, koska ryhmässä on mukana myös korkeammin koulutettuja ammattiryhmiä, kuten hammaslääkärit ja proviisorit. Tilastollisesti merkitseviä eroja muut terveydenhuollon työntekijät -ryhmä sai lääkäreiden ja kaikkien esihenkilöiden lisäksi suhteessa julkisen alan erityisasiantuntijoihin, terapiahenkilöstöön sekä sosiaalialojen ohjaajiin.

Psykologinen turvallisuus oli selvästi vahvempaa esihenkilöillä verrattuna työntekijöihin tai asiantuntijoihin. Mitä korkeampi esihenkilöstatus oli, sitä suurempi osa oli myös vastannut psykologisen turvallisuuden väittämiin olevansa täysin samaa mieltä. Esihenkilöitä ei oltu tarkasteltu kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa erikseen, mutta koska he ovat korkeammassa asemassa kuin työntekijät tai asiantuntijat, se vahvistaa myös tutkimuksen alkuperäistä hypoteesia.

Ammattiryhmien välillä havaittiin tilastollisesti merkitseviä eroavaisuuksia psykologisessa turvallisuudessa, mutta vain noin 2,2 prosenttia vastaajien suhtautumisen vaihtelusta psykologisessa turvallisuudessa voidaan selittää ammattiryhmällä. Tilastollisesti merkitseviä eroja löytyi monien ammattiryhmien väliltä, varsinkin parhaiten (esihenkilöt) ja heikoiten (sihteerit) psykologisen turvallisuuden kokeneilta ammattiryhmiltä. Yksilöt kokivat psykologisen turvallisuutensa hieman paremmaksi kuin mitä työyhteisössä keskimäärin koettiin. Muut esihenkilöt sekä osaston- ja ylihoitajat kokivat yksilötasolla psykologisen turvallisuutensa merkittävästi työyhteisöä paremmaksi. Tämä selittynee sillä, että esihenkilöiden työyhteisöön kuuluu myös heidän alaisensa.

Toinen tutkimuskysymys selvitti, miten koettu terveys vaihtelee ammattiryhmittäin. Koettu terveys oli yleisesti ottaen hyvä tai melko hyvä kaikilla ammattiryhmillä, mikä eroaa jonkin verran aiemmasta tutkimuksesta, jossa ammattiryhmiä erottelemattomissa tai pelkkiä hoitajia koskevista tutkimuksista koettu terveys oli arvioitu yleisesti heikoksi (Ge ym. 2021; Malinauskiene ym. 2011; Sveinsdóttir & Gunnarsdóttir 2008; Thompson ym. 2014). Lääkärit kokivat selvästi terveytensä parhaaksi ammattiryhmistä. Samoja havaintoja olivat tehneet myös Ferreira ym. (2021), Ferri-Garcia ym. (2021) ja Hammig & Vetsch (2021) vertaillen lääkärien terveyttä hoitajiin. Heikoin koettu terveys oli sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset ja laitoshuoltajat -ryhmässä sekä osaston- ja johdon sihteereillä. Myös valtakunnallisessa kyselytutkimuksessa 2010

(Laine ym. 2011) heikoimmaksi terveytensä arvioivat juuri avustavaa hoitotyötä tekevät henkilöt. Koetussa terveydessä huomattiin olevan tilastollisesti merkitseviä eroja useiden ammattiryhmien välillä, varsinkin taas terveytensä parhaimmaksi (lääkärit ja esihenkilöt) ja heikoimmaksi (sairaala, hoito- ja keittiöapulaiset sekä laitoshuoltajat) kokevien kohdalla. Kuitenkin erojen suuruus suhteessa aineiston kokoon jäi pieneksi. Osaston- ja johdon sihteerit ja sihteerit ylipäättään olivat arvioineet sekä psykologisen turvallisuutensa että koetun terveytensä heikoimmaksi. Kaikki esihenkilöt puolestaan olivat selkeä ryhmä, jossa psykologinen turvallisuus ja koettu terveys oli arvioitu parhaimmaksi, mikä tukee alkuperäistä hypoteesia.

Viimeisellä tutkimuskysymyksellä pyrittiin tarkastelemaan, onko psykologinen turvallisuus yhteydessä koettuun terveyteen ja löytyykö siinä ammattiryhmäkohtaisia eroavaisuuksia. Heikoksi koetun psykologisen turvallisuuden huomattiin olevan tilastollisesti erittäin merkitsevä, kun sitä verrattiin heikoksi koettuun terveyteen. Kuitenkin voidaan sanoa, että psykologinen turvallisuus ei ole yksin riittävä selittämään heikoksi koettua terveyttä. Tutkimuksessa käytettyjen tilastollisten mallien voidaan sanoa olevan erittäin tilastollisesti merkitseviä ennustamaan heikoksi koettua terveyttä. On kuitenkin hyvin todennäköistä, että on olemassa myös muita riippumattomia muuttujia, jotka voivat toimia merkitsevinä ennustajina.

Ammattiryhmistä tilastollisesti merkitseviä tuloksia saatiin lääkärien, julkisten alan erityisasiantuntijoiden, terapiahenkilöiden, sairaanhoitajien, muiden terveydenhuollon työntekijöiden sekä muiden esihenkilöiden ryhmistä suhteessa muihin työntekijöihin. Esihenkilöaseman yhteys heikoksi koettuun terveyteen ei kuitenkaan regressiomallin mukaan ollut tilastollisesti merkitsevä, vaikka varianssianalysissä siinä löytyikin selkeä merkitsevyys.

Tämän lisäksi havaittiin, että heikoksi koettu psykologinen turvallisuus lisäsi ammattiryhmien yhteyttä heikkoon koettuun terveyteen, mutta ammattiryhmittäin tilastollinen merkitsevyys heikkeni, kun analyysiin lisättiin muuttujia. Heikompi psykologinen turvallisuus lievensi iän ja sukupuolen yhteyttä heikkoon koettuun terveyteen. Psykologisen turvallisuuden lisääminen toi erittäin tilastollisesti merkitseviä tuloksia ammattiryhmittäin tarkasteltuna lääkäreiden ja julkisen alan erityisasiantuntijoiden ryhmissä ja tilastollisesti merkitseviä terapeuttien ja muiden esihenkilöiden ryhmissä suhteessa muihin työntekijöihin.

9.2 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet sekä tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen vahvuutena on sen tarjoama uusi tieto koetun terveyden ja psykologisen turvallisuuden välisestä yhteydestä sosiaali- ja terveysalan työntekijöillä. Tutkimuksen luotettavuutta lisää erittäin suuri otoskoko ja kyselyn korkea vastausprosentti (67 %). Aineisto on laaja (n= 15 769) ja se voidaan ajatella melko kattavana otoksena sosiaali- ja terveysalan työntekijöistä. Kyselyn mittareiden suunnittelussa oli mukana useita asiantuntijoita eri organisaatioista, mikä lisää sitä kautta niiden luotettavuutta.

Koettu terveys ja sairastavuusindeksi ei ole kuitenkaan yhtäläinen koko maassa, ja maakuntien välillä sekä jopa niiden sisällä, on huomattavia eroja (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022b). Tutkimuksen aineistossa ei ole lainkaan mukana pääkaupunkiseutua, mikä on huomioitava, kun pohditaan tutkimuksen yleistettävyyttä koko Suomeen ja varsinkin muualle maailmaan. Mitä kuuluu -kysely toteutettiin syksyllä 2020, minkä vuoksi on hyvä pohtia, vaikuttiko ainakin koetun terveyden osalta vallitseva koronapandemia-tilanne vastauksiin.

Koettua terveyttä ja psykologista turvallisuutta on mitattu kyselyssä subjektiivisesti ilmoitetuilla arvoilla, ja itseraportointia voidaankin ajatella rajoituksena, sillä yksilöt saattavat ajatella ja tuntea asiat eri tavoin. Toki kyselyt ovat ensisijainen tapa mitata kyseisiä muuttujia ja mittarit ovat havaittu luotettaviksi. On myös mahdollista, että sote-alan työntekijät arvioivat omaa terveyttään eri tavoin, koska ovat tekemisissä sairauden ja terveyden kanssa päivittäin.

Kun mietitään tutkimusmenetelmiä ja etenkin logistista regressiota, on huomioitava, että ammattiryhmien koot vaihtelevat paljon, sillä aineistosta yli puolet koostui sairaanhoitajista ja lähi- ja perushoitajista. Tämä voi vähentää tulosten luotettavuutta, koska tarkasteltavat ammattiryhmät eivät ole samankokoisia. Tutkimustulosten voidaan nähdä olevan toistettavissa. Analyysit tehtiin SPSS-ohjelmistolla aina kahteen otteeseen, jotta vähennettiin inhimillisten virheiden todennäköisyyttä.

Tutkimus on poikkileikkausasetelman vuoksi estynyt esittämään kausaaliteettia asioiden välillä, mikä on väistämättä heikkous. Aineiston analyysissä käytetyn logistisen regression haasteena on puolestaan se, että välttämättä mikään teoreettinen syy ei kerro, mitkä ovat niitä tekijöitä, joilla ilmiötä tulisi selittää eli jos analyysiin on valittu epäoleellisia muuttujia, voivat tuloksetkin olla epävarmoja (Metsämuuronen 2011, 745). Tutkimuksen toteuttamisessa ja

aineiston analyysissä on myös otettava huomioon, että sen on toteuttanut vain yksi henkilö, joka lisää aina myös inhimillisten virheiden riskiä.

9.3 Tutkimuksen eettisyys

Jotta tieteellistä tutkimusta voidaan pitää luotettavana, se on toteutettava tiedeyhteisön yhteisten sääntöjen eli hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (TENK 2012). Tämän pro gradu -tutkielman tekemisessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä huomioimalla tutkimuksen kaikissa vaiheissa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksen: ”Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa” (TENK 2012).

Aineisto luovutettiin Työterveyslaitokselta vain graduntekijän henkilökohtaiseen käyttöön ja sitä ei ole luovutettu muille osapuolille. Aineiston käyttöön liittyvät kysymykset osoitettiin vain Työterveyslaitoksen tutkimusryhmän työntekijöille tai yliopiston graduohjaajalle. Aineistoa käsiteltiin asianmukaisesti ja tietosuoja huomioiden. Aineisto välitettiin graduntekijälle salattuna sähköpostina ja salattuna tiedostona, jota säilytettiin käyttäjätunnuksella ja salasanaalla suojatulla tietokoneella. Tietokonetta käytettiin vain joko suojatussa kotiverkossa tai yliopiston salasanaa vaativassa opiskelijaverkossa. Aineistosta saatuja tietoja ei ole paljastettu eteenpäin, eikä niitä ole käytetty kenenkään vahingoksi tai hyödyksi.

Aineistoa on käytetty vain anottuun tutkimussuunnitelman mukaiseen tutkimustyöhön. Aineistosta käyttöön saatiin anonymisoitu 70 prosentin otos. Graduntekijä huolehti siitä, että kyselyyn osallistuneiden anonymiteetti ei vaarantunut. Toki luovutettu aineisto itsessään ei sisältänyt mitään suoria henkilötietoja, vaan pelkästään tutkimukseen liittyvät muuttujat ja ammattiryhmätiedot numeerisessa muodossa. Tämän vuoksi aineistosta ei ole mahdollista tunnistaa yksittäisiä vastaajia. Myös tulokset on esitetty ryhmätasolla, mikä lisää tietosuojaa. Aineisto hävitetään, kun pro gradu -tutkielma on lopullisesti hyväksytty. Lopullinen versio pro gradu -tutkielmasta toimitetaan PDF-muodossa myös Työterveyslaitokselle. Tutkimus julkaistaan myös yleiseen käyttöön Jyväskylän yliopiston julkaisuarkistossa.

9.4 Yhteenveto ja jatkotutkimusehdotukset

Yhteenvetona voidaan sanoa, että tutkimuksessa löydettiin tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä koetun terveyden, psykologisen turvallisuuden ja ammattiryhmien välillä. Kuitenkin erojen

suuruus suhteessa aineiston suureen kokoon jäi matalaksi, samoin kuin käytettyjen mallien selitysteet. Osa tutkimustuloksista tukee aiempaa tutkimusta, mutta kun pohditaan tämän tutkimuksen uutuusarvoa tuottavaa tietoa, eli psykologisen turvallisuuden ja ammattiryhmän yhteyttä koettuun terveyteen, ei voida vielä tehdä suuria johtopäätöksiä asiasta. Tutkimus tuotti uutta tietoa siitä, että psykologinen turvallisuus ja koettu terveys näyttäisivät olevan yhteydessä toisiinsa sosiaali- ja terveysalan työntekijöillä ja ammattiryhmien välillä on eroavaisuuksia niissä. Aihe vaatii kuitenkin jatkotutkimusta.

Jatkossa tarvitaan lisää tutkimusta koetun terveyden ja psykologisen turvallisuuden yhteydestä, etenkin pitkittäisasetelmalla toteutettuna, jotta voidaan tehdä päätelmiä syy-seuraussuhteista. Olisi tärkeää myös pohtia minkä suuntainen mahdollinen syy-seuraussuhde on, eli tuottaako koettu terveys psykologista turvallisuutta vai onko asetelma pikemminkin toisinpäin. Myös muiden taustamuuttujien kuin tässä tutkimuksen aineistossa käytössä olleiden vaikutusta psykologiseen turvallisuuteen ja koettuun terveyteen olisi hyvä kartoittaa. Tutkimuksessa havaitut erot ammattiryhmien välillä niin psykologisessa turvallisuudessa kuin koetussa terveydessä ovat tärkeä huomio ja tukevat myös aiempaa tutkimusta, mutta ammattiryhmien välisiä eroja selvittäviä tutkimuksia aiheesta on tehty toisaalta melko vähän. Laadullinen näkökulma toisi myös varmasti uutta ja erilaista tietoa asiasta, sillä koettu terveys ja psykologinen turvallisuus toimisivat erittäin hyvin myös kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Laadullisten haastattelujen kautta voisi saada esimerkiksi tarpeellista tietoa muista koettuun terveyteen ja psykologiseen turvallisuuteen liittyvistä tekijöistä.

LÄHTEET

- Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances*, 4(1), 47–55.
- Appelbaum, N. P., Lockeman, K. S., Orr, S., Huff, T. A., Hogan, C. J., Queen, B. A., & Dow, A. W. (2020). Perceived influence of power distance, psychological safety, and team cohesion on team effectiveness. *Journal of interprofessional care*, 34(1), 20–26. doi: 10.1080/13561820.2019.1633290
- Aranzamendez, G., James, D., & Toms, R. (2015). Finding Antecedents of Psychological Safety: A Step Toward Quality Improvement. *Nursing Forum*, 50(3), 171–178. doi: 10.1111/nuf.12084
- Aromaa A., Heliövaara M., Impivaara O., Knekt, P., Maatela, J., Joukamaa M., Klaukka, T., Lehtinen, V., Melkas, T., Mälkiä, E., Nyman, K., Paunio, I., Reunanen, A., Sievers, K., Kalimo, E. & Kallio, V. (1989). Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32/1989. Helsinki.
- Attree M. (2007). Factors influencing nurses' decisions to raise concerns about care quality. *Journal of nursing management*, 15(4), 392–402. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00679.x
- Bakkum, B. & Vaalavuo M. (2019). Nuorten aikuisten mielenterveysongelmat yhteydessä pitkäkestoiseen toimentulotuen saantiin. Tutkimuksesta tiiviisti 41, 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Verkkolähde. Viitattu 9.9.2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138565/URN_ISBN_978-952-343-403-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bao, Y., Vedina, R., Moodie, S., & Dolan, S. (2013). The relationship between value incongruence and individual and organizational well-being outcomes: An exploratory study among Catalan nurses. *Journal of advanced nursing*, 69(3), 631–641. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06045.x
- Björn, C., Lindberg, M., & Rissén, D. (2016). Significant factors for work attractiveness and how these differ from the current work situation among operating department nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1–2), 109–116. doi: 10.1111/jocn.13003
- Bowling, P. B. (2021). Civility, psychological safety, and turnover intentions in regional federal healthcare workers [ProQuest Information & Learning]. In *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* (Vol. 82, Issue 6–B).

- Väitöskirja. Viitattu 30.8.2022. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/civility-psychological-safety-turnover-intentions/docview/2466029472/se-2>
- Bright, D., Gray, B. J., Kyle, R. G., Bolton, S., & Davies, A. R. (2021). Factors influencing initiation of health behaviour conversations with patients: Cross-sectional study of nurses, midwives, and healthcare support workers in Wales. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 77(11), 4427–4438. doi: 10.1111/jan.14926
- Buljac-Samadžić, M., Dekker-van Doorn, C., & Van Wijngaarden, J. (2021). Detach Yourself: The Positive Effect of Psychological Detachment on Patient Safety in Long-Term Care. *Journal of patient safety*, 17(7), 490–496. doi: 10.1097/PTS.0000000000000479
- Cho, S.-H., Park, M., Jeon, S. H., Chang, H. E., & Hong, H.-J. (2014). Average hospital length of stay, nurses' work demands, and their health and job outcomes. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 46(3), 199–206. doi: 10.1111/jnu.12066
- Choi, J., Tate, J. A., & Son, Y. J. (2021). Challenges Experienced by Family Caregivers of the Adult Intensive Care Unit Patients in Korea: An Integrative Review. *Clinical nursing research*, 30(4), 423–441. doi: 10.1177/1054773820918433
- Cohen-Charash Y. & Spector P. (2001). The role of justice in organizations: A meta-analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 86, 278–321. doi: 10.1006/obhd.2001.2958
- Colquitt J. & Greenberg J. (2005). *Handbook of organizational justice*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, NJ
- Crowley, J., Ball, L., & Hiddink, G. J. (2019). Nutrition in medical education: a systematic review. *The Lancet. Planetary health*, 3(9), e379–e389. doi: 10.1016/S2542-5196(19)30171-8
- Cullati, S., Cheval, B., Schmidt, R. E., Agoritsas, T., Chopard, P., & Courvoisier, D. S. (2017). Self-Rated Health and Sick Leave among Nurses and Physicians: The Role of Regret and Coping Strategies in Difficult Care-Related Situations. *Frontiers in psychology*, 8(101550902), 623. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00623
- Dellve, L., Hadzibajramovic, E., & Ahlborg, G. (2011). Work attendance among healthcare workers: Prevalence, incentives, and long-term consequences for health and performance. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*, 67(9), 1918–1929. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05630.x

- Delnevo, C. D., Steinberg, M. B., Abatemarco, D. J., & Hausman, A. J. (2003). Correlates of clinical preventive practices among internal medicine residents. *Preventive medicine*, 36(6), 645–651. doi: 10.1016/s0091-7435(03)00041-0
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. doi: 10.1037/0021-9010.86.3.499
- Derickson, R., Fishman, J., Osatuke, K., Teclaw, R., & Ramsel, D. (2015). Psychological safety and error reporting within Veterans Health Administration hospitals. *Journal of patient safety*, 11(1), 60–66. doi: 10.1097/PTS.0000000000000082
- DeSalvo, K., Bloser, N., Reynolds, K., He, J. & Muntner, P. (2006). Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 21 (3), 267–275. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x
- Diabes, M. A., Ervin, J. N., Davis, B. S., Rak, K. J., Cohen, T. R., Weingart, L. R., & Kahn, J. M. (2021). Psychological Safety in Intensive Care Unit Rounding Teams. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(6), 1027–1033. doi: 10.1513/AnnalsATS.202006-753OC
- Diehl, E., Rieger, S., Letzel, S., Schablon, A., Nienhaus, A., Escobar Pinzon, L. C., & Dietz, P. (2020). Health and intention to leave the profession of nursing—Which individual, social and organisational resources buffer the impact of quantitative demands? A cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 19(1). doi: 10.1186/s12904-020-00589-y
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44 (2), 350–383. doi: 10.2307/2666999.
- Edmondson, A. (2018). *The fearless organization*. New York: John Wiley & Sons.
- Edmondson, A. (2019). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Edmondson, A. & Lei, Z. (2014). Psychological safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1 (1), 23-43. doi: 10.1146/annurev-orgpsych-031413-091305
- Edmondson, A., & Woolley, A. W. (2003). Understanding outcomes of organizational learning interventions. Teoksessa Easterby-Smith M. & Lyles, M. (toim.), *The Blackwell Handbook of Organizational Learning & Knowledge Management*, 185-211. Malden, MA: Blackwell Publishing.

- Ejlertsson, L., Heijbel, B., Ejlertsson, G., & Andersson, I. (2018). Recovery, work-life balance and work experiences important to self-rated health: a questionnaire study on salutogenic work factors among Swedish primary health care employees. *Work A journal of Prevention, Assessment and rehabilitation*, 59(1), 155-163. doi: 10.3233/WOR-172659
- Elovainio M, Kivimäki M, & Vahtera J. (2002). Organizational justice: Evidence of a new psychosocial predictor of health. *American Journal of Public Health*, 92(1), 105–108. doi: 10.2105/AJPH.92.1.105
- Eläketurvakeskus (2022). Suomen työeläkkeensaajat (SVT). Verkkosivusto. Viitattu 25.8.2022. <https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ja-ennusteet/tilastot/tyoelakkeensaajat/>
- Ferreira, P. L., Raposo, V., Tavares, A. I., & Pinto, A. (2021). Burnout and health status differences among primary healthcare professionals in Portugal. *BMC Family Practice*, 22(1), 1–17. doi: 10.1186/s12875-021-01425-9
- Ferri-Garcia, R., Rueda, M., & Cabrera-Leon, A. (2021). Self-Perceived Health, Life Satisfaction and Related Factors among Healthcare Professionals and the General Population: Analysis of an Online Survey, with Propensity Score Adjustment. *MATHEMATICS*, 9(7). doi: 10.3390/math9070791
- Fransson, E. I., Heikkilä, K., Nyberg, S. T., Zins, M., Westerlund, H., Westerholm, P., Väänänen, A., Virtanen, M., Vahtera, J., Theorell, T., Suominen, S., Singh-Manoux, A., Siegrist, J., Sabia, S., Rugulies, R., Pentti, J., Oksanen, T., Nordin, M., Nielsen, M. L., Marmot, M. G., & Kivimäki, M. (2012). Job strain as a risk factor for leisure-time physical inactivity: an individual-participant meta-analysis of up to 170,000 men and women: the IPD-Work Consortium. *American journal of epidemiology*, 176(12), 1078–1089. doi: 10.1093/aje/kws336
- Frazier, M. L., Fainshmidt, S., Klinger, R. L., Pezeshkan, A., & Vracheva, V. (2017). Psychological safety: A meta-analytic review and extension. *Personnel Psychology*, 70(1), 113-165. doi: 10.1111/peps.12183
- Freese, P. (2021). Psykologinen turvallisuus -tietopaketti. Verkkosivusto. Viitattu 14.9.2022. <https://pekkafreese.com/psykologinen-turvallisuus/>
- Garbarski D. (2016). Research in and Prospects for the Measurement of Health Using Self-Rated Health. *Public opinion quarterly*, 80(4), 977–997. doi: 10.1093/poq/nfw033
- Garbarski, D., Dykema, J., Croes, K. & Edwards, D. (2017). How participants report their health status: cognitive interviews of self-rated health across race/ethnicity, gender, age,

- and educational attainment. *BMC Public Health*. 17 (771). doi:10.1186/s12889-017-4761-2
- García-Iglesias, J., Gomez-Salgado, J., Ortega-Moreno, M., & Navarro-Abal, Y. (2021). Relationship Between Work Engagement, Psychosocial Risks, and Mental Health Among Spanish Nurses: A Cross-Sectional Study. *FRONTIERS IN PUBLIC HEALTH*, 8. doi: 10.3389/fpubh.2020.627472
- Ge, J., He, J., Liu, Y., Zhang, J., Pan, J., Zhang, X., & Liu, D. (2021). Effects of effort-reward imbalance, job satisfaction, and work engagement on self-rated health among healthcare workers. *BMC public health*, 21(1), 195. doi: 10.1186/s12889-021-10233-w
- Grailey, K. E., Murray, E., Reader, T., & Brett, S. J. (2021). The presence and potential impact of psychological safety in the healthcare setting: An evidence synthesis. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–15. doi: 10.1186/s12913-021-06740-6
- Gronow, T. M. (2018). Do no harm: A case study of interprofessional healthcare team adaptation in response to adverse events. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences (Vol. 79, Issue 8–A(E)). ProQuest Information & Learning. Väitöskirja. Viitattu 29.8.2022. <https://www-proquest-com.ezproxy.jyu.fi/dissertations-theses/do-no-harm-case-study-interprofessional/docview/2029208451/se-2>
- Hammig, O., & Vetsch, A. (2021). Stress-Buffering and Health-Protective Effect of Job Autonomy, Good Working Climate, and Social Support at Work Among Health Care Workers in Switzerland. *Journal of occupational and environmental medicine*, 63(12), e918–e924. doi: 10.1097/JOM.0000000000002404
- Heponiemi, T., Sinervo, T., Räsänen, K., Vänskä, J., Halila, H. & Elovainio, M. (2008). Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys – laaja kohorttitutkimus -hankkeen loppuraportti. Stakes, Raportteja 35/2008, Helsinki.
- Hlongwa, M., Mashamba-Thompson, T., Makhunga, S., Muraraneza, C., & Hlongwana, K. (2020). Men's perspectives on HIV self-testing in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-synthesis. *BMC public health*, 20(1), 66. doi: 10.1186/s12889-020-8184-0
- Hu, X., & Casey, T. (2021). How and when organization identification promotes safety voice among healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 77(9), 3733–3744. doi: 10.1111/jan.14868
- Huber M., Knottnerus J.A., Green L., van der Horst H., Jadad A.R., Kromhout D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., van der Meer, J.W., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C. &

- Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ* 343:d4163. doi:10.1136/bmj.d4163
- Huttunen, J. (5.11.2020). Mitä terveys on? Duodecim Terveyskirjasto. Verkkosivusto. Viitattu 15.9.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00903>
- Hülshager, U. R., & Schewe, A. F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor: a meta-analysis of three decades of research. *Journal of occupational health psychology, 16*(3), 361–389. doi: 10.1037/a0022876
- Hämäläinen, T. (2013). Hyvinvointi. Teoksessa Saari, J. (toim.) Suomen sillat tulevaisuuteen. Kuluttajatutkimuksen kirjoja 8. Tampereen yliopistopaino. 209-235.
- Idler, E. & Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior. 38* (1), 21-37.
- Jones, A., Blake, J., Adams, M., Kelly, D., Mannion, R., & Maben, J. (2021). Interventions promoting employee "speaking-up" within healthcare workplaces: A systematic narrative review of the international literature. *Health policy (Amsterdam, Netherlands), 125*(3), 375–384. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.12.016
- Julkaisufoorumi (2022). Julkaisukanavahaku. Verkkosivusto. Viitattu 13.8.2022. <https://www.tsv.fi/julkaisufoorumi/haku.php>
- Jung, O. S., Kundu, P., Edmondson, A. C., Hegde, J., Agazaryan, N., Steinberg, M., & Raldow, A. (2021). Resilience vs. Vulnerability: Psychological Safety and Reporting of Near Misses with Varying Proximity to Harm in Radiation Oncology. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety, 47*(1), 15–22. doi: 10.1016/j.jcjq.2020.09.005
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards to unified conceptual model. *Social Science & Medicine. 68* (3), 307-316. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.05.013
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal, 33*(4), 692–724. doi: 10.2307/256287
- Kallio, J. (2006). Koettu terveys ja terveydellinen tasa-arvo kuudessa hyvinvointivaltiossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 43*:3, 218–230.
- Karvonen S., Martelin, T., Kestilä, L. & Junna, L. (2019). Tulotason mukaiset terveyserot. Teoksessa Kestilä L. & Karvonen S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 101-119.
- Kauppi, M., Toivanen, M. & Tuomivaara, S. (2021). Psykologinen turvallisuus uudistumisen kasvualustana. Teoksessa Toivanen, M., Käsälä, M., Kalliomäki-Levanto, T., Kauppi, M., Tuomivaara, S., Yli-Kaitala, K. & Suorsa, T. (toim.) Onnekkaat sattumat ja

- psykologinen turvallisuus uudistumisen lähteinä työpaikoilla. Työterveyslaitos, Helsinki. 79-94
- Kela (2022). Pitkien sairauspoissaolojen määrä kääntyi laskuun vuonna 2020. Verkkosivusto. Viitattu 25.8.2022. <https://www.kela.fi/sairauspoissaolojen-tutkimus>
- Kinnunen, U. (2013). Työstä palautuminen. Teoksessa Mäkikangas, A., Mauno, S. & Feldt, T. (toim.) Tykkää työstä: Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. PS-Kustannus, 127-148
- Koponen P., Borodulin K., Lundqvist A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) (2018). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa; FinTerveys 2017 -tutkimus. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 4/2018
- Kuusio, H., Heponiemi, T., Aalto, A., Sinervo, T., & Elovainio, M. (2012). Differences in well-being between GPS, medical specialists, and private physicians: The role of psychosocial factors. *Health Services Research*, 47(1, Pt1), 68–85. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01313.x
- Lahelma, E., Kivelä, K., Roos, E., Tuominen, T., Dahl, E., Diderichsen, F., Elstad, J. I., Lissau, I., Lundberg, O., Rahkonen, O., Rasmussen, N. K., & Yngwe, M. A. (2002). Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states. *Social science & medicine* (1982), 55(4), 609–625. doi: 10.1016/s0277-9536(01)00191-5
- Lahelma E., Pentala, O., Helldán, A., Helakorpi, S. & Rahkonen, O. (11.8.2017). Koetun terveyden koulutusryhmittäiset erot ovat pysyneet tasaisen suurina. *Lääkärilehti* 25–32/2017 vsk 72. 1629–1634.
- Lai, H.-L., Lin, Y.-P., Chang, H.-K., Wang, S.-C., Liu, Y.-L., Lee, H.-C., Peng, T.-C., & Chang, F.-M. (2008). Intensive care unit staff nurses: Predicting factors for career decisions. *Journal of clinical nursing*, 17(14), 1886–1896. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02180.x
- Laine, M., Kokkinen, L., Kaarlela-Tuomaala, A., Valtanen, E., Elovainio, M., Keinänen, M. & Suomi, R. (2011). Sosiaali- ja terveystalouden työlöt 2010: Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Työterveyslaitos.
- Layes, A., Asada, Y., & Kepart, G. (2012). Whiners and deniers - what does self-rated health measure? *Social science & medicine* (1982), 75(1), 1–9. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.10.030
- Lee, S. E., Choi, J., Lee, H., Sang, S., Lee, H., & Hong, H. C. (2021). Factors Influencing Nurses' Willingness to Speak Up Regarding Patient Safety in East Asia: A Systematic

- Review. *Risk management and healthcare policy*, 14, 1053–1063. doi: 10.2147/RMHP.S297349
- Leinonen, T., Sirniö, O., Lahelma, E. & Martikainen, P. (2011). Eriarvoisesti työkyvyttömyyseläkkeelle? Teoksessa Pietikäinen, P. (toim.): Työstä, joustaa ja jaksa. Työn ja hyvinvoinnin tulevaisuus. Helsinki: Gaudeamus, 30–44
- Lemon, S.C., Ablah, E. & Estabrook, B. (2018). Prevention of Chronic Disease at the Worksite. Teoksessa M.E. Hilliard, K.A. Riekert, J.K. Ockene & L. Pbert (toim.) *The Handbook of Health Behavior Change*. 5. Uudistettu painos. New York: Springer Publishing Company, 437-458
- Leroy H., Dierynck B., Anseel F., Simons T., Halbesleben JR., McCaughey D., Savage GT., & Sels L. (2012). Behavioral integrity for safety, priority of safety, psychological safety, and patient safety: A team-level study. *Journal of Applied Psychology*, 97(6), 1273–1281. doi: 10.1037/a0030076
- Lipponen, K. (2020). Resilienssi arjessa (1. painos). Duodecim.
- Malinauskienė, V., Leisyte, P., Romualdas, M., & Kirtiklyte, K. (2011). Associations between self-rated health and psychosocial conditions, lifestyle factors and health resources among hospital nurses in Lithuania. *Journal of advanced nursing*, 67(11), 2383–2393. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05685.x
- Manka, M. & Manka, M-L. (2016). Työhyvinvointi. Helsinki: Talentum Pro.
- Mauno, S., Huhtala, S. & Kinnunen, U. (2017) Työn laadulliset kuormitustekijät. Teoksessa Mäkikangas, A., Mauno, S. & Feldt, T. (toim). Tykkää työstä: Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. PS-Kustannus, 73–102
- Maxfield, D. G., Lyndon, A., Kennedy, H. P., O’Keeffe, D. F., & Zlatnik, M. G. (2013). Confronting safety gaps across labor and delivery teams. *American journal of obstetrics and gynecology*, 209(5), 402-408.e3. doi: 10.1016/j.ajog.2013.07.013
- Metsämuuronen, J. (2011). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: E-kirja opiskelijalaitos. Helsinki: International Methelp
- Moore, L. & McAuliffe, E. (2010), "Is inadequate response to whistleblowing perpetuating a culture of silence in hospitals?", *Clinical Governance: An International Journal*, Vol. 15 No. 3, pp. 166-178. doi: 10.1108/14777271011063805
- Müller, K. (2013). Työelämä. Teoksessa Saari, J. (toim.): Suomen sillat tulevaisuuteen. Kuluttaja tutkimuskeskus. Kuluttajatutkimuskeskuksen kirjoja 8. Tampere: Tampereen yliopistopaino, 187–188

- Neto, J. M. S., Florindo, A. A., & da Costa, F. F. (2021). Associated factors with physical activity counseling among Brazilian family health strategy workers. *Ciencia e Saude Coletiva*, 26(1), 369–378. doi: 10.1590/1413-81232020261.10082019
- Newman, A., Donohue, R. & Eva, N. (2017). Psychological safety: A systematic review of the literature. *Human Resource Management Review*, 27 (3), 521–535. doi: 10.1016/j.hrmr.2017.01.001
- Niederhauser, A., & Schwappach, D. L. B. (2022). Speaking up or remaining silent about patient safety concerns in rehabilitation: A cross-sectional survey to assess staff experiences and perceptions. *Health science reports*, 5(3), e631. doi: 10.1002/hsr2.631
- Nwosu, A. D. G., Ossai, E., Onwuasoigwe, O., Ezeigweneme, M., & Okpamen, J. (2021). Burnout and presenteeism among healthcare workers in Nigeria: Implications for patient care, occupational health and workforce productivity. *Journal of public health research*, 10(1), 1900. doi: 10.4081/jphr.2021.1900
- O'donovan, R., & Mcauliffe, E. (2020). A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 32(4), 240–250. doi: 10.1093/intqhc/mzaa025
- Ohnishi, M., Tembo, B., Nakao, R., Matsuura, E., & Fujita, W. (2021). Factors associated with self-rated health among mineworkers in Zambia: A cross-sectional study. *Tropical Medicine and Health*, 49(1), 11. doi: 10.1186/s41182-021-00300-8
- Oksanen, T. (2009). Workplace social capital and employee health. University of Turku: distribution: Turku University Library.
- Otala L. & Ahonen G. (2003) Työhyvinvointi tuloksen tekijänä. WSOY, Helsinki
- Peltonen, J. (2021). Työvoiman hankinta toimipaikoissa vuonna 2020. Työ- ja elinkeinoministeriö. TEM-analyysijä, 106/2021. Verkkojulkaisu. Viitattu 1.9.2022. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163354/Ty%C3%B6voiman%20hankinta%20toimipaikoissa%20vuonna_2020.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Pensola T., Gould R. & Polvinen A. (2010). Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Masennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 16. Yliopistopaino, Helsinki.
- Pentala-Nikulainen O., Koskela T., Parikka S., Kilpeläinen H., Koskenniemi T., Aalto A-M., Muuri A., Koskinen S. & Lounamaa A. (2018). Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja

- palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.9.2022. <https://www.terveytemme.fi/finsote/2017-2018/index.html>
- Periard, D.A., Yanchus, N.J., Morris, M.B., Barnes, T., Yanovsky, B., & Osatuke, K. (2018). LGB and Heterosexual Federal Civilian Employee Differences in the Workplace. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5, 57–71. doi: 10.1037/sgd0000257
- Persson, S.S., Lindström, P.N., Pettersson, P., & Andersson, I. (2018). Workplace relationships impact self-rated health: A survey of Swedish municipal health care employees. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 60(1), 85–94. doi: 10.3233/WOR-182721
- Peterson, U. (2008). *Stress and burnout in healthcare workers* (2022-34080-058; Numerot 5-B) [ProQuest Information & Learning]. Karolinska Institutet. Väitöskirja. Viitattu 13.7.2022. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/stress-burnout-healthcare-workers/docview/2596642281/se-2>
- Peterson, U., Bergström, G., Demerouti, E., Gustavsson, P., Åsberg, M., & Nygren, Å. (2011). Burnout Levels and Self-Rated Health Prospectively Predict Future Long-Term Sickness Absence: A Study Among Female Health Professionals. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 53(7), 788–793. doi: 10.1097/JOM.0b013e318222b1dc
- Rahkonen, O., Laaksonen, M., Lallukka, T. & Lahelma, E. (2011). Työolot ja terveys – onko ruumiillisella työllä enää merkitystä? Teoksessa Pietikäinen, P. (toim.): Työstä, jouta ja jaksa. Työn ja hyvinvoinnin tulevaisuus. Helsinki: Gaudeamus, 21–29
- Rautiainen P., Taskinen H. & Rissanen S. (2020). Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen - virstanpylväitä menneestä ja suuntia tulevasta. Teoksessa Hujala A. & Taskinen H. (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press, Tampere, 15-45.
- Salo P., Linna A. & Oksanen T. (2012). Kunta-alan työolot ja hyvinvointi 2000-luvulla. Teoksessa Oksanen T. (toim.) Hyvinvointihavaintoja – tutkimustietoa kunta-alalta. Työterveyslaitos, Helsinki, 19–43
- Salo, P., Rantonen, O., Aalto, V., Oksanen, T., Vahtera, J., Junnonen, S-R., Baldschun, A., Väisänen, R., Mönkkönen, K. & Hämäläinen, J. (2016). Sosiaalityöntekijöiden hyvinvointi. Sosiaalityön kuormittavuus, voimavaratekijät ja sosiaalityöntekijöiden mielenterveys. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Salonen, L., Blomgren, J., Laaksonen, M., & Niemelä, M. (2018). Sickness absence as a predictor of disability retirement in different occupational classes: a register-based study

- of a working-age cohort in Finland in 2007–2014. *BMJ Open*, 8:e020491. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020491
- Schwappach, D., & Gehring, K. (2015). Frequency of and predictors for withholding patient safety concerns among oncology staff: A survey study. *European Journal of Cancer Care*, 24(3), 395–403. doi: 10.1111/ecc.12255
- Schwappach, D., & Niederhauser, A. (2019). Speaking up about patient safety in psychiatric hospitals – a cross-sectional survey study among healthcare staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(6), 1363–1373. doi: 10.1111/inm.12664
- Schwappach, D., & Richard, A. (2018). Speak up-related climate and its association with healthcare workers' speaking up and withholding voice behaviours: A cross-sectional survey in Switzerland. *BMJ QUALITY & SAFETY*, 27(10), 827–835. doi: 10.1136/bmjqs-2017-007388
- Shooshtari, S., Menec, V., & Tate, R. (2007). Comparing predictors of positive and negative self-rated health between younger (25-54) and older (55+) Canadian adults: A longitudinal study of well-being. *Research on Aging*, 29(6), 512–554. doi:10.1177/0164027507305729
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2022). Työhyvinvointi. Verkkosivusto. Viitattu 25.8.2022. <https://stm.fi/tyohyvinvointi>
- Suadican, P., Bonde, J. P., Olesen, K., & Gyntelberg, F. (2013). Job satisfaction and intention to quit the job. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 63(2), 96–102. doi: 10.1093/occmed/kqs233
- Sutela, H., Pärnänen, A. & Keyriläinen, M. (2019). Digiajan työelämä – Työolotutkimuksen tuloksia 1977–2018. Tilastokeskus, Helsinki.
- Sutela, H. (24.11.2020). Suomalaisten naispalkansaajien kiire korostuu eurooppalaisessa vertailussa. Tieto & Trendit. Asiantuntija-artikkelit. Tilastokeskus. Verkkoartikkeli. Viitattu 1.9.2022. <https://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2020/suomalaisten-naispalkansaajien-kiire-korostuu-eurooppalaisessa-vertailussa-1/?listing=simple>
- Sveinsdóttir, H., & Gunnarsdóttir, H. K. (2008). Predictors of self-assessed physical and mental health of Icelandic nurses: Results from a national survey. *International journal of nursing studies*, 45(10), 1479–1489. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.01.007
- Talala, K., Härkänen, T., Martelin, T., Karvonen, S., Mäki-Opas, T., Manderbacka, K., Suvisaari, J., Sainio, P., Rissanen, H., Ruokolainen, O., Heloma, A. & Koskinen S. (2014). Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. *Suomen Lääkärilehti* 36:69, 2185–2192.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2022a). Koettu terveys. Verkkosivusto. Viitattu 22.7.2022.
<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/terveys/koettu-terveys>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2022b). THL:n sairastavuusindeksi 2019. Verkkosivusto. Viitattu 12.12.2022.
- Thompson, M. G., Gaglani, M. J., Naleway, A., Thaker, S., & Ball, S. (2014). Changes in self-rated health and subjective social status over time in a cohort of healthcare personnel. *Journal of Health Psychology, 19*(9), 1185–1196. doi: 10.1177/1359105313485486
- Tietoarkisto (2022). Hypoteesien testaus -SPSS-harjoitus 1. Kvantitatiivinen käsikirja. Verkkosivusto. Viitattu 8.11.2022.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/hypoteesi/harjoitus1/>
- Tilastokeskus (2022a). Taloudellinen huoltosuhde oli 142 vuonna 2020. Verkkosivusto. Viitattu 1.12.2022. https://www.stat.fi/til/tyokay/2020/01/tyokay_2020_01_2022-03-10_kat_001_fi.html
- Tilastokeskus (2022b). Työlliset ammattiryhmän (AML 2010, tasot 1–5), ammattiaseman, sukupuolen ja vuoden mukaan. StatFin. Tilastokeskuksen maksuttomat tilastotietokannat. Verkkosivusto. Viitattu 1.9.2022.
https://statfin.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__tyokay/
- Tsou, M.-T. (2022). Influence of Prolonged Visual Display Terminal Use on Physical and Mental Conditions among Health Care Workers at Tertiary Hospitals, Taiwan. *International journal of environmental research and public health, 19*(7). doi: 10.3390/ijerph19073770
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 10.11.2022.
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Työelämätiето (2022). Sairauspoissaolot kunnissa. Verkkosivusto. Viitattu 25.8.2022.
<https://www.tyoelamatiето.fi/fi/dashboards/kunta10-sick-leave>
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2022). Työolobarometri 2021. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2022:46.
- Työterveyslaitos (2013). *Työ ja terveys Suomessa 2012: Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista*. Työterveyslaitoksen julkaisuja. Viitattu 20.8.2022.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134951/ty%c3%b6ja%20terveys%20suomessa%202012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Työterveyslaitos (2021). Pötki pitkälle! Keinoja työn kuormitustekijöiden hallintaan sosiaali- ja terveysalan yrittäjille ja työntekijöille. Työterveyslaitos. Viitattu 30.8.2022.

- <https://www.ttl.fi/potki-pitkalle-keinoja-tyon-kuormitustekijoiden-hallintaan-sosiaali-ja-terveysalan-yrittajille-ja>
- Työterveyslaitos (2022a). Elintavat ja työhyvinvointi. Verkkosivusto. Viitattu 25.8.2022. <https://www.ttl.fi/teemat/tyohyvinvointi-ja-tyokyky/elintavat/elintavat-ja-tyohyvinvointi>
- Työterveyslaitos (2022b). Resilienssi ja jatkuvuuden hallinta. Verkkosivusto. Viitattu 26.8.2022. <https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/resilienssi-ja-jatkuvuudenhallinta>
- Työterveyslaitos (2022c). Johtaminen ja osallistumisen varmistaminen. Verkkosivusto. Viitattu 27.8.2022. <https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/resilienssi-ja-jatkuvuudenhallinta/johtaminen-ja-osallistumisen-varmistaminen>
- Työturvallisuuskeskus (2022). Sosiaali- ja terveysala. Verkkosivusto. Viitattu 10.8.2022. <https://ttk.fi/tyoturvallisuus/toimialakohtaista-tietoa/sosiaali-ja-terveysala/#baa5b7a6>
- Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. (2020). Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja C:22, 2. uudistettu painos. Painosalama Oy, Turku.
- Virtanen, M., Nyberg, S., Batty, G., Jokela, M., Heikkilä, K., Fransson, E., Alfredsson, L. ym. (2013). “Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: systematic review and meta-analysis.” *BMJ : British Medical Journal* 347 (1): f4746. doi:10.1136/bmj.f4746
- Ware, J. (1987). Standards for Validating Health Measures: Definition and Content. *Journal of Chronic Diseases* 406: 473–80. doi: 10.1016/0021-9681(87)90003-8
- WHO (1986). Ottawa charter for health promotion. Verkkosivusto. Viitattu 22.9.2022. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- WHO (2010). Healthy workplaces: A model for Action. Geneva: WHO
- WHO (2022a). Constitution. Verkkosivusto. Viitattu 27.7.2022. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- WHO (2022b). Social determinant of health. Verkkosivusto. Viitattu 15.9.2022. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- Yanchus, N.J., Derickson, R., Moore, S.C., Bologna, D., & Osatuke, K. (2014). Communication and psychological safety in veterans health administration work environments. *Journal of Health Organization and Management*, 28(6), 754-776. doi:10.1108/JHOM-12-2012-0241

- Yanchus, N.J., Periard, D., Moore, S.C., Carle, A.C., & Osatuke, K. (2015). Predictors of Job Satisfaction and Turnover Intention in VHA Mental Health Employees: A Comparison Between Psychiatrists, Psychologists, Social Workers, and Mental Health Nurses. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 39(3), 219–244. doi: 10.1080/23303131.2015.1014953
- Yli-Kaitala, K. & Toivanen, M. (2021). Pelotta töissä – Psykologinen turvallisuus työyhteisöissä. Teoksessa Toivanen, M., Käsälä, M., Kalliomäki-Levanto, T., Kauppi, M., Tuomivaara, S., Yli-Kaitala, K. & Suorsa, T. (toim.) *Onnekkaita sattumat ja psykologinen turvallisuus uudistumisen lähteinä työpaikoilla*. Työterveyslaitos, Helsinki. 115-125

LIITE 1. Mitä kuuluu? -kyselyn kysymykset

Kysymys 15: Miten hyvin seuraavat väitteet kuvaavat yhteistyötä työyhteisössäsi?

Vastausvaihtoehdot: täysin samaa mieltä, melko samaa mieltä, en samaa enkä eri mieltä, melko eri mieltä ja täysin eri mieltä

- 1) Pidämme toisemme ajan tasalla työasioissa
- 2) Tietoa todella pyritään jakamaan työyhteisön sisällä
- 3) Asenteemme on:” Toimimme yhdessä”.
- 4) Jokainen tuntee tulevaisuutensa ymmärretyksi ja olevansa hyväksytty
- 5) Työyhteisön jäsenet etsivät kaiken aikaa uusi, tuoreita tapoja tarkastella työn ongelmia.
- 6) Työyhteisössä käytetään aikaa uusien ideoiden kehittelyyn.
- 7) Työyhteisön jäsenet toimivat yhdessä toteuttaakseen uusia ideoita.

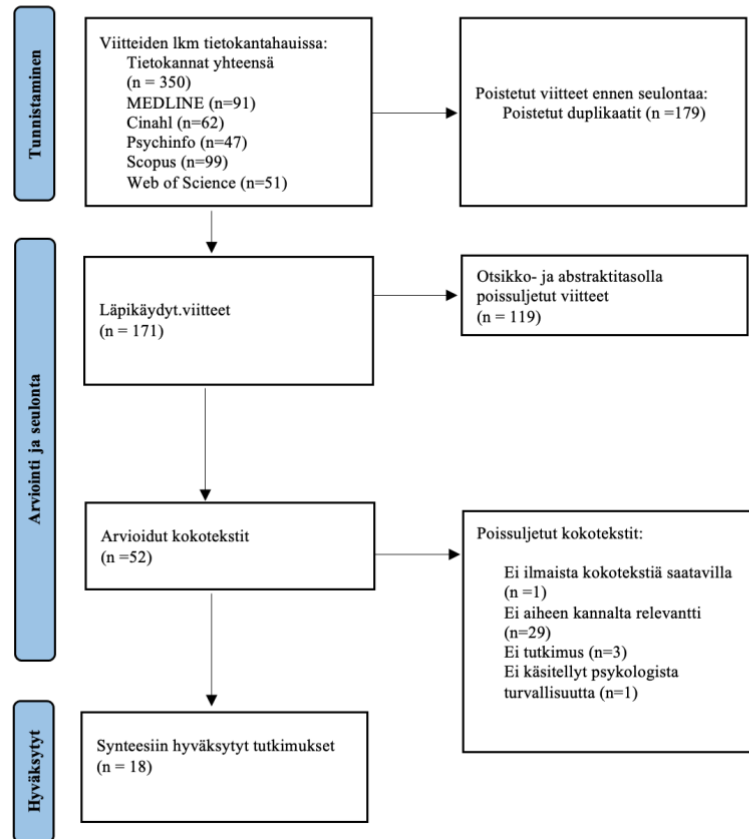
Kysymys 30: Millainen on terveydentilasi?

5. Hyvä
4. Melko hyvä
3. Keskitasoinen
2. Melko huono
1. Huono

LIITE 2. Kirjallisuuskatsauksen vuokaaviot tutkimuskysymyksittäin

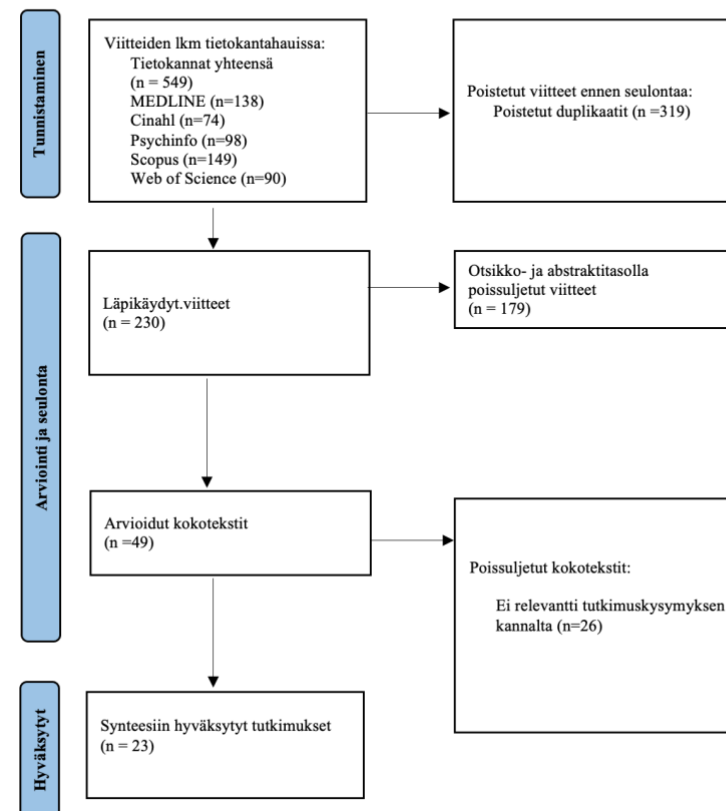
Tutkimuskysymys 1: Systemaattinen haku tietokannoista

Hakusanat: (“psychological safety” AND (“health personnel” OR “healthcare professionals” OR “healthcare workers”))



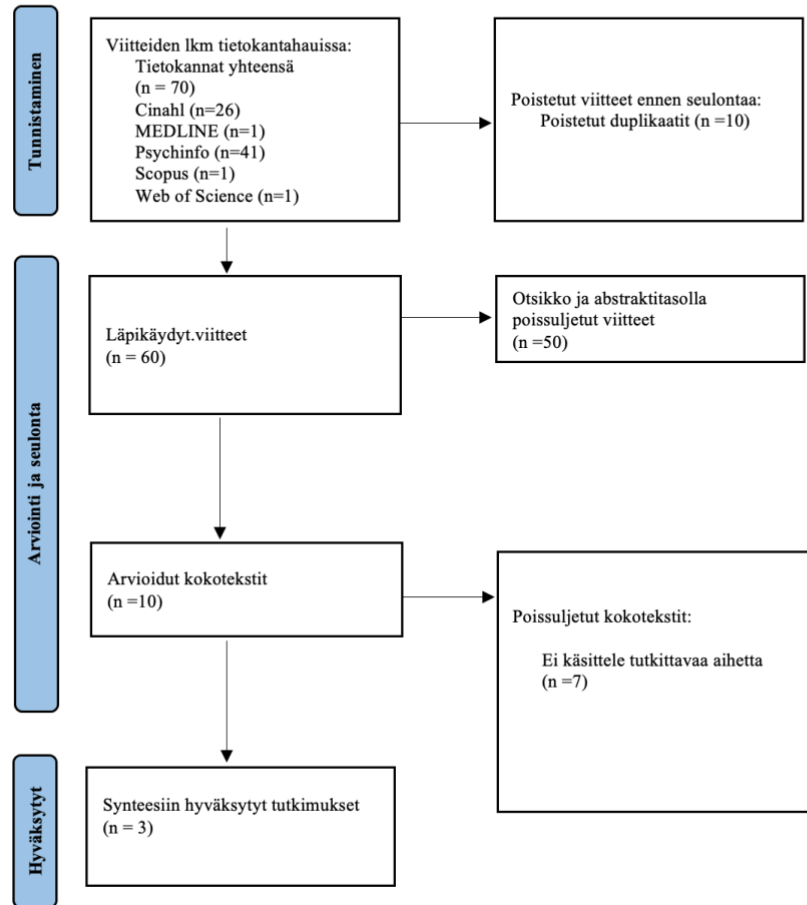
Tutkimuskysymys 2: Systemaattinen haku tietokannoista

Hakusanat: (“self-rated health” OR “self-assessed health” OR “self-perceived health”) AND (“health personnel” OR “healthcare professionals” OR “healthcare workers”)



Tutkimuskysymys 3: Systemaattinen haku tietokannoista

Hakusanat: ("psychological safety" AND ("self-rated health" OR "self-assessed health" OR "self-perceived health"))

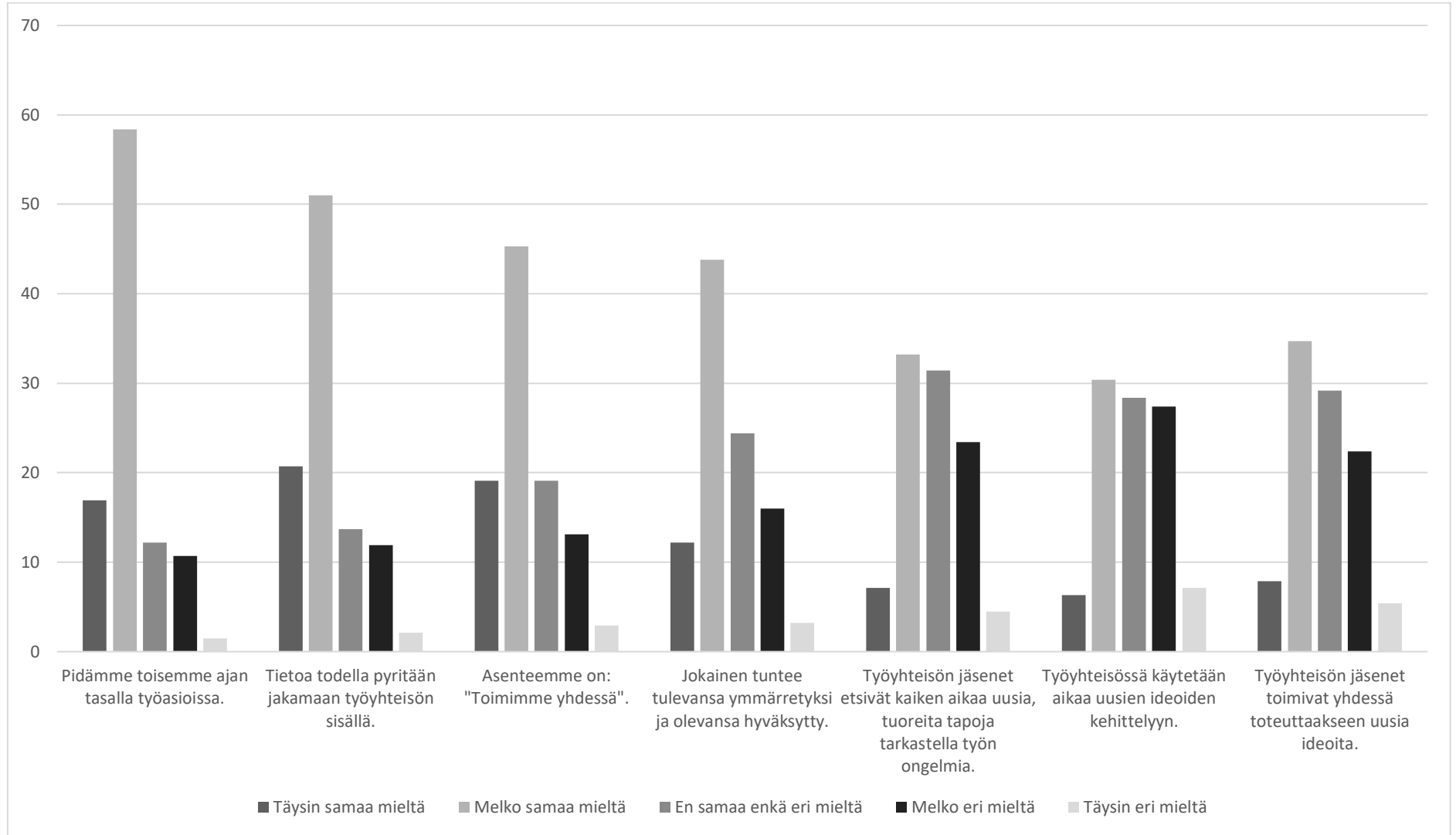


LIITE 3. Korrelaatiomatriisi muuttujien välisestä korrelaatiosta (Spearmanin korrelaatiokerroin)

		Ammatti	Koettu terveys	Yksilön psykologinen turvallisuus	Esihenkilöasema	Työyksikön koko	Ikä luokkina	Sukupuoli
Ammattiryhmä	r	1.000						
	p	.						
	N	15109						
Koettu terveys (2- portainen)	r	.090**	1.000					
	p	<.001	.					
	N	15077	15736					
Yksilön psykologisen turvallisuuden ka	r	.043**	.144**	1.000				
	p	<.001	<.001	.				
	N	14892	15522	15547				
Esihenkilöasema	r	-.112**	-.049**	-.142**	1.000			
	p	<.001	<.001	<.001	.			
	N	15060	15691	15502	15719			
Työyksikön koko	r	-.061**	-.014	.095**	-.033**	1.000		
	p	<.001	.070	<.001	<.001	.		
	N	15109	15736	15547	15719	15769		
Ikä luokkina	r	.099**	.150**	.027**	.136**	-.123**	1.000	
	p	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	.	
	N	15109	15721	15532	15704	15754	15754	
Sukupuoli	r	-.021*	-.042**	-.064**	.089**	-.001	-.062**	1.000
	p	.011	<.001	<.001	<.001	.909	<.001	.
	N	15109	15721	15532	15704	15754	15754	15754

(**p < 0,01, *p < 0,05) r= Spearmanin korrelaatiokerroin

LIITE 4. Psykologisen turvallisuuden kysymyskohtaiset vastausjakaumat prosentteina



LIITE 5. Psykologisen turvallisuuden ammattiryhmäkohtaiset erot Bonferroni -testillä

PSYKOLOGINEN TURVALLISUUS AMMATTI, JOHON VERRATAAN (AMMATTI)	ERO KESKIAARVOSSA (LV 99,9%)
Lääkärit	Sairaanhoitajat -0,184*** (-0,318, -0,051)
	Osasto- ja johdon sihteerit -0,313*** (-0,533, -0,094)
	Sihteerit -0,390*** (-0,645, -0,135)
	Lähi- ja perushoitajat -0,212*** (-0,351, -0,073)
	Muut terveydenhuollon asiantuntijat ja työntekijät -0,293*** (-0,494, -0,092)
	Muut esihenkilöt 0,251*** (0,021, 0,481)
	Muut työntekijät -0,205*** (-0,392, -0,019)
Osaston- ja ylihoitajat	Sosiaalialojen erityisasiantuntijat -0,293*** (-0,557, -0,030)
	Fysio-, toiminta- ja muut terapeutit -0,264*** (-0,519, -0,009)
	Sairaanhoitajat -0,388*** (-0,584, -0,193)
	Kätilöt -0,389*** (-0,710, -0,069)
	Osasto- ja johdon sihteerit -0,517*** (-0,780, -0,255)
	Sosiaalialojen ohjaajat -0,229*** (-0,451, -0,008)
	Sihteerit -0,594*** (-0,887, -0,302)
	Lähi- ja perushoitajat -0,416*** (-0,616, -0,216)
	Sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset, laitoshuoltajat -0,335*** (-0,606, -0,065)
	Muut terveydenhuollon asiantuntijat ja työntekijät -0,497*** (-0,744, -0,250)
	Muut työntekijät -0,410*** (-0,645, -0,175)
Psykologit, psyko- ja puheterapeutit	Muut esihenkilöt 0,326*** (0,011, 0,641)
Sosiaalialojen erityisasiantuntijat	Osaston- ja ylihoitajat 0,293*** (0,030, 0,557)
	Sihteerit -0,301*** (-0,590, -0,012)
	Muut esihenkilöt 0,340*** (0,072, 0,607)
Julkisen alan erityisasiantuntijat	Sairaanhoitajat -0,306*** (-0,534, -0,078)
	Osasto- ja johdon sihteerit -0,435*** (-0,722, -0,148)

	Sihteerit			-0,512*** (-0,827, -0,197)
	Lähi- ja perushoitajat			-0,334*** (-0,565, -0,102)
	Muut terveydenhuollon työntekijät	asiantuntijat	ja	-0,415*** (-0,688, -0,142)
	Muut työntekijät			-0,327*** (-0,590, -0,065)
Fysio-, toiminta- ja muut terapeutit	Osaston- ja ylihoitajat			0,264*** (0,009, 0,519)
	Osasto- ja johdon sihteerit			-0,253*** (-0,503, -0,004)
	Sihteerit			-0,330*** (-0,612, -0,049)
	Muut terveydenhuollon työntekijät	asiantuntijat	ja	-0,233** (-0,467, 0,001)
	Muut esihenkilöt			0,311*** (0,051, 0,570)
Sairaanhoitajat	Lääkärit			0,184*** (0,051, 0,318)
	Osaston- ja ylihoitajat			0,388*** (0,193, 0,5842)
	Julkisen alan erityisasiantuntijat			0,306*** (0,078, 0,534)
	Sosiaalialojen ohjaajat			0,159*** (0,033, 0,285)
	Muut esihenkilöt			0,435*** (0,234, 0,636)
Kätilöt	Osaston- ja ylihoitajat			0,389*** (0,069, 0,710)
	Muut esihenkilöt			0,436*** (0,112, 0,760)
Osasto- ja johdon sihteerit	Lääkärit			0,313*** (0,094, 0,533)
	Osaston- ja ylihoitajat			0,517*** (0,255, 0,780)
	Julkisen alan erityisasiantuntijat			0,435*** (0,148, 0,722)
	Fysio-, toiminta- ja muut terapeutit			0,253*** (0,004, 0,503)
	Sosiaalialojen ohjaajat			0,288*** (0,073, 0,503)
	Muut esihenkilöt			0,564*** (0,298, 0,831)
Sosiaalialojen ohjaajat	Osaston- ja ylihoitajat			0,229*** (0,008, 0,451)
	Sairaanhoitajat			-0,159*** (-0,285, -0,033)
	Osasto- ja johdon sihteerit			-0,288*** (-0,503, -0,073)
	Sihteerit			-0,365*** (-0,616, -0,114)
	Lähi- ja perushoitajat			-0,187*** (-0,318, -0,055)

	Muut terveydenhuollon asiantuntijat ja työntekijät	-0,268*** (-0,463, -0,072)
	Muut esihenkilöt	0,276*** (0,050, 0,502)
	Muut työntekijät	-0,180** (-0,361, -0,000)
Sihteerit	Lääkärit	0,390*** (0,135, 0,645)
	Osaston- ja ylihoitajat	0,594*** (0,302, 0,887)
	Sosiaalialojen erityisasiantuntijat	0,301*** (0,012, 0,590)
	Julkisen alan erityisasiantuntijat	0,512*** (0,197, 0,827)
	Fysio-, toiminta- ja muut terapeutit	0,330*** (0,049, 0,612)
	Sosiaalialojen ohjaajat	0,365*** (0,114, 0,616)
	Muut esihenkilöt	0,641*** (0,345, 0,937)
Lähi- ja perushoitajat	Lääkärit	0,212*** (0,073, 0,351)
	Osaston- ja ylihoitajat	0,416*** (0,217, 0,616)
	Julkisen alan erityisasiantuntijat	0,334*** (0,102, 0,565)
	Sosiaalialojen ohjaajat	0,187*** (0,055, 0,318)
	Muut esihenkilöt	0,463*** (0,258, 0,668)
Sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset, laitoshuoltajat	Osaston- ja ylihoitajat	0,335*** (0,065, 0,606)
	Muut esihenkilöt	0,382*** (0,107, 0,656)
Muut terveydenhuollon asiantuntijat ja työntekijät	Lääkärit	0,293*** (0,092, 0,494)
	Osaston- ja ylihoitajat	0,497*** (0,250, 0,744)
	Julkisen alan erityisasiantuntijat	0,415*** (0,142, 0,688)
	Fysio-, toiminta- ja muut terapeutit	0,233** (-0,001, 0,467)
	Sosiaalialojen ohjaajat	0,268*** (0,072, 0,463)
	Muut esihenkilöt	0,544*** (0,293, 0,795)
Muut esihenkilöt	Lääkärit	-0,251*** (-0,481, -0,021)
	Psykologit, psyko- ja puheterapeutit	-0,326*** (-0,641, -0,011)
	Sosiaalialojen erityisasiantuntijat	-0,340*** (-0,607, -0,072)
	Fysio-, toiminta- ja muut terapeutit	-0,311*** (-0,570, -0,051)

	Sairaanhoitajat	-0,435*** (-0,636, -0,234)
	Kätilöt	-0,436*** (-0,760, -0,112)
	Osasto- ja johdon sihteerit	-0,564*** (-0,831, -0,298)
	Sosiaalialojen ohjaajat	-0,276*** (-0,502, -0,050)
	Sihteerit	-0,641*** (-0,937, -0,345)
	Lähi- ja perushoitajat	-0,463*** (-0,668, -0,258)
	Sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset, laitoshuoltajat	-0,382*** (-0,657, -0,107)
	Muut terveydenhuollon asiantuntijat ja työntekijät	-0,544*** (-0,795, -0,293)
	Muut työntekijät	-0,456*** (-0,696, -0,217)
Muut työntekijät	Lääkärit	0,205*** (0,019, 0,392)
	Osaston- ja ylihoitajat	0,410*** (0,175, 0,645)
	Julkisen alan erityisasiantuntijat	0,328*** (0,065, 0,590)
	Sosiaalialojen ohjaajat	0,180** (-0,000, 0,361)
	Muut esihenkilöt	0,456*** (0,217, 0,696)

(***p < 0.001, **p < 0.01)

Keskiarvoeron edessä oleva - -merkki tarkoittaa, että kyseinen ammattiryhmä koki psykologisen turvallisuutensa huonommaksi vertailuryhmään verrattuna.

LIITE 6. Koetun terveyden ammattiryhmäkohtaiset erot Bonferroni -testillä

KOETTU TERVEYS (AMMATTI)	AMMATTI, JOHON VERRATAAN	ERO KESKIAARVOSSA (LV 99,9%)
Lääkärit	Sairaanhoitajat	-0,079*** (-0,148, -0,010)
	Osasto- ja johdon sihteerit	-0,180*** (-0,293, -0,066)
	Sosiaalialojen ohjaajat	-0,135*** (-0,022, -0,048)
	Sihteerit	-0,151*** (-0,283, -0,019)
	Lähi- ja perushoitajat	-0,157*** (-0,229, -0,086)
	Sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset, laitoshuoltajat	-0,190*** (-0,307, -0,073)
	Muut työntekijät	-0,146*** (-0,242, -0,050)
Osaston- ja ylihoitajat	Osasto- ja johdon sihteerit	-0,143*** (-0,278, -0,008)
	Lähi- ja perushoitajat	-0,121*** (-0,224, -0,018)
	Sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset, laitoshuoltajat	-0,154*** (-0,292, -0,016)
Psykologit, psyko- ja puheterapeutit	Sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset, laitoshuoltajat	-0,161*** (-0,322, -0,000)
Julkisen alan erityisasiantuntijat	Osasto- ja johdon sihteerit	-0,179*** (-0,326, -0,031)
	Sosiaalialojen ohjaajat	-0,134*** (-0,262, -0,006)
	Lähi- ja perushoitajat	-0,157*** (-0,275, -0,038)
	Sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset, laitoshuoltajat	-0,190*** (-0,340, -0,039)
	Muut työntekijät	-0,145*** (-0,280, -0,010)
Fysio-, toiminta- ja muut terapeutit	Osasto- ja johdon sihteerit	-0,137*** (-0,266, -0,008)
	Lähi- ja perushoitajat	-0,114*** (-0,209, -0,020)
	Sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset, laitoshuoltajat	-0,147*** (-0,280, -0,015)
Sairaanhoitajat	Lääkärit	0,079*** (0,010, 0,148)
	Osasto- ja johdon sihteerit	-0,101*** (-0,198, -0,004)
	Lähi- ja perushoitajat	-0,079*** (-0,121, -0,036)
	Sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset, laitoshuoltajat	-0,112*** (-0,213, -0,010)
Osasto- ja johdon sihteerit	Lääkärit	0,180*** (0,066, 0,293)

	Osaston- ja ylihoitajat	0,143*** (0,008, 0,278)
	Julkisen alan erityisasiantuntijat	0,179*** (0,031, 0,326)
	Fysio-, toiminta- ja muut terapeutit	0,137*** (0,008, 0,266)
	Sairaanhoitajat	0,101*** (0,004, 0,198)
	Muut esihenkilöt	0,156*** (0,019, 0,293)
Sosiaalialojen ohjaajat	Lääkärit	0,135*** (0,048, 0,222)
	Julkisen alan erityisasiantuntijat	0,134*** (0,006, 0,262)
Sihteerit	Lääkärit	0,151*** (0,019, 0,283)
Lähi- ja perushoitajat	Lääkärit	0,157*** (0,086, 0,229)
	Osaston- ja ylihoitajat	0,121*** (0,018, 0,224)
	Julkisen alan erityisasiantuntijat	0,157*** (0,038, 0,275)
	Fysio-, toiminta- ja muut terapeutit	0,114*** (0,020, 0,209)
	Sairaanhoitajat	0,079*** (0,036, 0,121)
	Muut esihenkilöt	0,134*** (0,028, 0,239)
Sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset, laitoshuoltajat	Lääkärit	0,190*** (0,073, 0,307)
	Osaston- ja ylihoitajat	0,154*** (0,016, 0,292)
	Psykologit, psyko- ja puheterapeutit	0,161*** (0,000, 0,322)
	Julkisen alan erityisasiantuntijat	0,190*** (0,039, 0,340)
	Fysio-, toiminta- ja muut terapeutit	0,147*** (0,015, 0,280)
	Sairaanhoitajat	0,116*** (0,010, 0,213)
	Muut esihenkilöt	0,167*** (0,026, 0,307)
Muut esihenkilöt	Osasto- ja johdon sihteerit	-0,156*** (-0,293, -0,019)
	Lähi- ja perushoitajat	-0,134*** (-0,239, -0,028)
	Sairaala-, hoito- ja keittiöapulaiset, laitoshuoltajat	-0,167*** (-0,307, -0,026)
	Muut työntekijät	-0,122** (-0,246, 0,001)
Muut työntekijät	Lääkärit	0,146*** (0,050, 0,242)
	Julkisen alan erityisasiantuntijat	0,145*** (0,010, 0,280)

Muut esihenkilöt

0,122** (-0,001, 0,246)

(*p < 0.001, **p < 0.01)**

Keskiarvoeron edessä oleva - -merkki tarkoittaa, että kyseinen ammattiryhmä koki terveytensä huonommaksi vertailuryhmään verrattuna.