

Työn piirteet ja hoitosuositusasenteet terveydenhuollon ammattilaisilla

Tutkimuksessa kuvattiin ja vertailtiin lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien (n = 687) hoitosuositusasenteita ja työn piirteitä. Tavoitteena oli tutkia, ovatko työn piirteet välittäviä (mediaattoreita) tai muovaavia (moderaattoreita) tekijöitä ammatin ja hoitosuositusasenteiden välisessä suhteessa. Aineiston keruumenetelmänä oli sähköpostikysely. Hoitosuositusasenteita tutkittiin Elovainion yhdessä työtovereidensa kanssa kehittämällä hoitosuositusasennemittarilla ja työn psyykkistä kuormittavuutta Karasekin työn vaatimusten ja hallinnan mallilla. Lisäksi tutkittiin työntekijöiden kokemuksia sosiaalisen tuen puutteesta ja tietoteknisistä ongelmista. Työn kuormittavuudella sekä kokemuksilla sosiaalisen tuen puutteesta ja tietoteknisistä ongelmista oli yleisesti vaikutusta ammatin ja asenteiden väliseen suhteeseen. Joitakin ammattiryhmäkohtaisia eroja esiintyi. Huomiota tulisi kiinnittää työolojen kehittämiseen uusien toimintakäytäntöjen omaksumista edistäviksi.

**HEIDI KORHONEN, TIINA KORTTEISTO, MINNA KAILA, PEKKA RISSANEN,
MARKO ELOVAINIO**

JOHDANTO

Hoitosuositukset ovat asiantuntijoiden systemaattisesti laatimia kannanottoja, joiden tarkoituksena on tukea terveydenhuollon ammattilaista ja potilasta tekemään päätöksiä asianmukaisesta hoidosta (Field ja Lohr 1992). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim laati yhteistyössä erikoislääkärijärjestöjen kanssa suomalaisen terveydenhuoltoon soveltuvia Käypä hoito -suosituksia, jotka ovat tarkoitettu niin terveydenhuollon ammattilaisten käytännön työn tueksi kuin alueellisten hoito-ohjelmien perustaksi. Ensimmäinen Käypä hoito -suositus julkaistiin vuonna 1997 ja tällä hetkellä suosituksia on olemassa 96 (Käypä hoito 2009). Suositukset ovat helposti saatavilla internetin kautta ja ne julkaistaan painettuina useissa terveydenhuollon ammattilaisille suunnatuissa lehdissä. Hoitosuositukset on osoitettu tehokkaaksi keinoksi parantaa potilaiden saaman hoidon laatua (Grimshaw ja Russell 1993, Thomas ym. 1998). Niiden avulla on mahdollista ylläpitää terveydenhuollon ammattilaisten am-

mattitaitoa, vähentää terveydenhuollon palveluiden tarjonnassa ilmenevää vaihtelua, hillitä terveydenhuollon kustannusten kasvua sekä kehittää hoitoprosesseja (Woolf ym. 1999).

Hoitosuositusten eduista huolimatta niiden käyttö on ollut vähäistä tai vähintäänkin siinä on ilmennyt huomattavaa vaihtelua (Grol 2001, Miihlunpalo ym. 2001, 2002, Roine ym. 2003, Kaila ym. 2006, Kuronen ym. 2006, Francke ym. 2008, Alanen 2009). Hoitosuositusten käytön vakiinnuttaminen osaksi käytännön työtä on osoittanut vaativaksi prosessiksi (Feder ym. 1999, Mäntyranta ym. 2003, Grol ym. 2005, Francke ym. 2008). Hoitokäytäntöjen muuttamisen esteitä voi olla monella tasolla. Yksittäisen ammattilaisen tiedot, taidot, asenteet sekä hoidon sosiaalinen konteksti, kuten potilaat, kollegat ja esimiehet saattavat vaikuttaa valmiuteen muuttaa hoitokäytäntöjä. Myös organisaatioon liittyvillä tekijöillä, kuten sen rakenteilla, saatavilla olevilla resursseilla ja työilmapiirillä näyttäisi olevan vaikutusta siihen, miten muutoksiin suhtaudutaan

(Grol 1997, Solberg ym. 2000, Grol ja Grimshaw 2003, Grol ym. 2005, Francke ym. 2008).

Aiempien tutkimusten mukaan hoidon sosiaaliseseen kontekstiin, työn piirteisiin ja organisaatioon liittyvät tekijät ovat osoittautuneet erityisen merkityksellisiksi hoitokäytäntöjen muuttamisessa. Ne vaikuttavat paitsi mahdollisuuksiin toimia uusien käytäntöjen mukaan myös asenteisiin muutoksia kohtaan (Cabana ym. 1999). Esimerkiksi Elovainio työtovereineen (2001) on osoittanut työyhteisön psykososiaalisten tekijöiden, kuten työn motivoivuuden, muutoksen toteutustavan ja psyykkisten stressioireiden olevan yhteydessä hoitosuositusasenteisiin. Myös organisaatiokulttuurilla ja työilmapiirillä on osoitettu olevan vaikutusta asenteisiin näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä kohtaan (Aarons ja Sawitzky 2006).

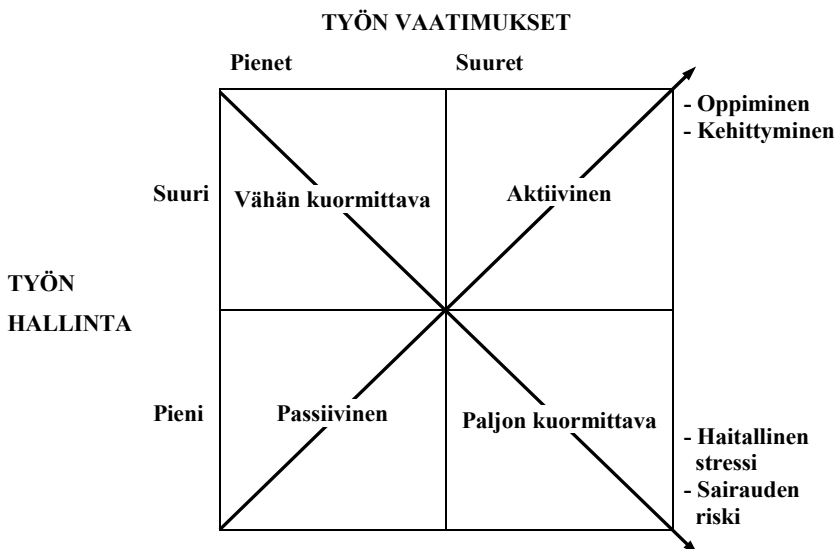
Tässä tutkimuksessa kuvailtiin ja vertailtiin lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien hoitosuositusasenteita ja työn piirteitä. Ammattiryhmien välisten erojen lisäksi tarkasteltiin perusterveydenhuollossa ja erikoissairanhoidossa työskentelevien työntekijöiden asenteita. Eriytyisen kiinnostuneita oltiin työn piirteiden vaikutuksesta ammattiryhmien hoitosuositusasenteisiin. Aiempien tutkimusten mukaan ammattiryhmien hoitosuositusasenteissa on esiintynyt eroja (esim. Elovainio ym. 1999, Kuronen ym. 2006). Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää, toimivatko työn piirteet välittävänä (ns. mediaattorimalli) tai muovaavina (ns. moderaattorimalli) tekijöinä

terveydenhuollon ammattilaisten ja hoitosuositusasenteiden välisessä suhteessa. Toisin sanoen olimme kiinnostuneita siitä, muodostuuko ammatin ja asenteiden välinen yhteys työn piirteiden kautta tai muuntavatko työn piirteet ammattiryhmien hoitosuositusasenteita. Työn piirteitä tarkasteltiin Karasekin (1979) ja Karasekin ja Theorellin (1990) Työn vaatimusten ja hallinnan mallin mukaisesti sekä tutkimalla työntekijöiden kokemuksia sosiaalisen tuen puutteesta ja tietoteknisistä ongelmista.

Karasekin (1979) ja Karasekin ja Theorellin (1990) kehittämä Työn vaatimusten ja hallinnan malli (The Job Demand–Control model) kuvaa työn psykososiaalisia piirteitä, jotka voivat olla toisaalta työntekijää kuormittavia toisaalta hänen oppimistaan edistäviä. Mallia on käytetty etenkin työn piirteiden ja terveyden välisten yhteyksien tutkimiseen (Van der Doef ja Maes 1998, 1999). Sen avulla on mahdollista tutkia myös työn piirteiden ja työntekijöiden työssä oppimisen ja kehittymisen välisiä yhteyksiä.

Työn vaatimusten ja hallinnan mallin (Kuvio 1) mukaan yksilön työssä kehittymiseen ja kokeemukseen työn aiheuttamasta psyykkisestä kuormituksesta vaikuttaa olennaisesti kaksi tekijää: työn vaatimukset ja työn hallinta. Työn hallintaan sisältyy mahdollisuus itsenäiseen päätöksentekoon ja omien taitojen käyttämiseen työtehtävissä. Työn vaatimuksiin kuuluu puolestaan esimerkiksi työajan riittämättömyydestä ja työtehtävistä aiheutuva kuormitus.

Kuvio 1.
Työn hallinnan ja vaatimusten malli (Karasek 1979).



Työn vaatimusten ja hallinnan mallin mukaan tunne työn hallinnasta vähentää työntekijän kokemaa työn kuormittavuutta ja edesauttaa hänen oppimistaan. Työn psyykkiset vaatimukset puolestaan lisäävät paitsi oppimista myös työn aiheuttamaa stressiä. Työssä kehittymisen ja työmotivaation kannalta suotuisin vaihtoehto on mallin mukaan aktiivinen työ, jossa työntekijälle asetetaan korkeita vaatimuksia, mutta jossa hänellä on myös mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä. Aktiivinen työ koetaan haasteellisena ja se vahvistaa työntekijän oppimista, työmotivaatiota ja työhön sitoutumista. Vähän kuormittavassa työssä, jossa työn vaatimukset ovat vähäiset, mutta työn hallinta on korkea, työntekijällä on vähemmän mahdollisuuksia hyödyntää tietojaan ja taitojaan. Seurauksena voi olla työntekijän turhautuminen työhönsä. Passiivisessa työssä, jossa sekä työn hallinta että vaatimukset ovat vähäiset, riskeinä ovat tietojen, taitojen ja oppimiskyvyn heikkeneminen sekä pelko muutoksia kohtaan. Psyykkinen kuormittuneisuus ja terveyden heikentyminen uhkaavat puolestaan paljon kuormittavassa työssä, jossa työn vaatimukset ovat korkeat, mutta vaikutusmahdollisuuksia on vähän. Tällaisessa työssä myös mahdollisuudet uusien asioiden oppimiseen ovat vähäiset (Karasek 1979, Karasek ja Theorell 1990).

Työn vaatimusten ja hallinnan malliin on myöhemmin lisätty työyhteisöstä saatavan sosiaalisen tuen ulottuvuus (Karasek ja Theorell 1990). Sosiaalisen tuen vaikutusten oletetaan olevan yhdensuuntaisia työn hallinnan kanssa: ne vähentävät työstä aiheutuvaa psyykkistä kuormittuneisuutta ja edesauttavat oppimista. Työssä kehittymisen ja työn aiheuttaman kuormittavuuden kannalta epäedullisimpana nähdään työ, jossa yhdistyvät korkeat vaatimukset, vähäiset hallinnan mahdollisuudet ja vähäinen sosiaalinen tuki. Työstä aiheutuvaa kuormittuneisuutta on mahdollista vähentää ja työsuorituksia parantaa muuttamalla työn vaatimuksia ja työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia työhön sekä lisäämällä työntekijöiden mahdollisuuksia saada tukea työyhteisöltä.

AINEISTO JA MENETELMÄT

TUTKIMUSJOUKKO

Tämä tutkimus on osa Sähköisen päätöksentuen (EBMeDS, Evidence Based Medicine electronic Decision Support) -hanketta. Hankkeen tavoitteena on kehittää, testata ja arvioida terveydenhuol-

lon ammattilaisille suunnattua potilaskertomusjärjestelmiin integroitavaa sähköistä päätöksentukijärjestelmää (Kortteisto ym. 2006). Tietokoneavusteisen päätöksentukijärjestelmän perustana ovat näyttöön perustuvat hoitosuosituksset, joihin järjestelmä yhdistää potilaskohtaista tietoa (Varonen ym. 2006).

Sähköisen päätöksentuen -hankkeessa toteutettiin marraskuun 2006 ja toukokuun 2007 välisenä aikana sähköpostikysely, jossa selvitettiin terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksia sähköisen päätöksentukijärjestelmän käyttöönottamiseksi. Kysymykset koskivat sähköisten tieto- ja potilaskertomusjärjestelmien käyttöä, hoitosuositusasenteita ja suositusten käyttöä sekä terveydenhuollon ammattilaisten työn piirteitä. Kyselylomake esiteltiin ennen sen lähettämistä tutkitaville.

Aineisto kerättiin Kymenlaakson ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä sekä Saarijärvi-Karskulan terveydenhuollon kuntayhtymässä Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä, joissa päätöksentukijärjestelmää on kehitetty. Tutkimusjoukko muodostui lääkäreistä, sairaanhoitajista, terveydenhoitajista ja muista terveydenhuollon ammattilaisista, joiden koulutus vastasi vähintään nykyistä ammattikorkeakoulututkintoa, poissulkien suun terveydenhuollon, laboratorion ja kuvantamisen ammattilaiset. Poikkeuksena oli Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, jossa päätöksentukijärjestelmää testattiin diabeteksen hoidon tietojärjestelmässä (Prowellness), ja näin ollen kysely lähetettiin vain diabeteksen hoitoon osallistuville ammattilaisille.

Kysely lähetettiin sähköpostitse kaikkiaan 2 252 terveydenhuollon ammattilaiselle, joista 806 vastasi kyselyyn. Uusintakyselyt lähetettiin kahdesti niille, jotka eivät olleet vielä vastanneet kyselyyn. Tässä tutkimuksessa tarkastelunkohteeksi valittiin hoitosuositusasenteita ja työn piirteitä koskeneet kysymykset, ja otos rajattiin kyselyn saaneisiin lääkäreihin, sairaanhoitajiin ja terveydenhoitajiin, joiden osuus kaikista kyselyn saaneista oli 1 940. Kyselyyn vastanneista lääkäreitä, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia oli 687, joten tämän tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 35.

Lääkäreiden osuus kyselyyn vastanneista oli 20, sairaanhoitajien 59 ja terveydenhoitajien 21 prosenttia (Taulukko 1). Valtaosa heistä oli naisia. Lääkäreiden keski-ikä oli 46 (keskihajonta 8.9), sairaanhoitajien 43 (4.3) ja terveydenhoitajien 48 (7.9) vuotta. Kyselyyn vastasi lähes sama

Taulukko 1.

Kyselyyn vastanneiden lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien taustatiedot.

	Lääkärit n = 133–135 ¹ %	Sairaanhoitajat n = 398–406 ¹ %	Terveydenhoitajat n = 145–146 ¹ %
Sukupuoli			
Naiset	59	93	99
Ikä			
Alle 35	9	17	8
35–44	36	35	26
45–54	37	39	48
yli 54	18	9	19
Terveydenhuoltoala			
Perusterveydenhuolto	50	39	99
Erikoissairaanhoito	49	61	–
Muu	1	–	1
Sairaanhoitopiiri			
Kymenlaakso	45	60	37
Pohjois-Savo	51	36	51
Keski-Suomi	4	4	12

¹ vastanneiden määrät vaihtelivat kysymyksittäin

määrä niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon lääkäreitä. Sairaanhoitajista noin kaksi kolmasosaa työskenteli erikoissairaanhoidossa, kun taas terveydenhoitajista kaikki yhtä lukuun ottamatta edustivat perusterveydenhuoltoa.

Tutkimukseen osallistumatta jättäneistä aiheutuvan kadon selvittämiseksi vertasimme kyselyyn vastanneita lääkäreitä, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia kaikkiin kyseisten ammattiryhmien edustajiin, joille kysely lähetettiin. Vertailu oli mahdollista tehdä ammattia, sukupuolta, terveydenhuoltoalaa ja sairaanhoitopiiriä kuvaavien jakaumien osalta. Vertailu osoitti, että terveydenhoitajien vastausprosentti (53 %) kyselyyn oli muita korkeampi (sairaanhoitajilla 34 % ja lääkäreillä 29 %). Naislääkärit olivat puolestaan vastanneet kyselyyn aktiivisemmin kuin mieskollegansa (naislääkärit 34 % vrt. mieslääkärit 24 %). Sairaanhoitajista perusterveydenhuollossa työskentelevät olivat vastanneet kyselyyn hieman useammin kuin erikoissairaanhoidossa työskentelevät sairaanhoitajat (perusterveydenhuolto 36 % vrt. erikoissairaanhoito 32 %). Eri ammattiryhmien suhteellinen osuus tutkimukseen osallistuneista vastasi heidän suhteellista osuuttaan kussakin sairaanhoitopiirissä ja kuntayhtymässä.

MITTARIT JA MUODOSTETUT MUUTTUJAT

Asenteita hoitosuosituksia kohtaan tutkittiin Elovainion kollegoinea (1999) kehittämällä 14

osiota sisältävällä mittarilla (Attitudes towards guidelines scale, AGS). Mittari koostuu seitsemästä ulottuvuudesta, joista kukin sisältää kaksi väittämää. Väittämät liittyvät suositusten käyttöönottoa edistäviin ja estäviin tekijöihin. Esimerkiksi yleistä suhtautumista hoitosuosituksia kohtaan kuvaava ulottuvuus muodostuu kahdesta väittämästä: ”Hoitosuositukset ovat hyödyllisiä opetusvälineitä” ja ”Hoitosuosituksista saa kätevästi neuvoja”. Hoitosuositusten käyttöönottoa estäviä tekijöitä mittaa esimerkiksi organisaation kielteistä asennoitumista kuvaava ulottuvuus, johon sisältyvät väittämät: ”Organisaatiossamme ei arvosteta suosituksia” ja ”Hoitosuositusten toteuttaminen on liian kallista meille”. Vastausvaihtoehdot vaihtelevat 7-portaisella asteikolla, jossa arvo 1 ilmaisee, että vastaaja on väittämän kanssa täysin eri mieltä ja arvo 7, että vastaaja on täysin samaa mieltä. Mittarin seitsemän ulottuvuutta ja aineistostamme niille lasketut reliabilitteittikertoimet (Cronbachin alpha) sekä mittarin asteikko on kuvattu taulukossa 2. Aineistossamme Cronbachin alpha- kertoimet jäivät alhaisiksi kolmen hoitosuositusasenteita kuvaavan ulottuvuuden kohdalla.

Taulukossa 2 on esitetty myös tähän tutkimukseen mukaan otetut työn piirteitä kuvaavat summamuuttujat, niille lasketut Cronbachin alpha- kertoimet ja muuttujien asteikot. Karasekin työn hallinnan ja vaatimusten malliin sisältyvät työn vaikutusmahdollisuuksia kuvaavat ulottuvuudet: työn taitovaatimukset ja työn autono-

mia sekä työn vaatimuksia kuvaava ulottuvuus. Ne muodostuivat kukin kolmesta väittämästä, joihin vastattiin asteikolla 1–5 (1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä). Työntekijöiden kokemusta sosiaalisesta tuen puutteesta ja tietoteknisistä ongelmista tutkittiin kahdella väittämällä, joihin vastattiin asteikolla 0–5 (0 = ei koske työtäni, 1 = erittäin harvoin tai ei koskaan, 5 = erittäin usein tai jatkuvasti). Sosiaalista tuen puutetta kuvanneet väittämät liittyivät työntekijöiden kokemuksiin yksinyöskentelystä ja konsultaatiomahdollisuuksien puutteesta ja tietoteknisistä ongelmia kuvanneet väittämät liittyivät kokemuksiin muuttuvista sähköisistä tietojärjestelmistä sekä hankalasti ja huonosti toimivista tietoteknisistä laitteista tai ohjelmista.

Hoitosuositusaseteita, sosiaalisen tuen puutetta ja tietoteknisistä ongelmia koskevien summamuuttujien muodostamisen edellytyksenä oli vastauksen saaminen molempiin kahdesta väittämästä. Sosiaalisen tuen puutetta ja tietoteknisistä ongelmia kuvaavien vastausten analysoimiseksi vastausvaihtoehdoista rajattiin pois vaihtoehto 0 (ei koske työtäni). Näin ollen asteikko alkoi arvosta 1 (ei koskaan tai harvoin). Hoitosuositusaseteitä tarkasteltiin lisäksi kaikkien asenneulottuvuuksien vastausten kokonaiskeskiarvona.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä eroja oli mahdollista analysoida vain lääkäreiden ja sairaanhoitajien osalta, koska kaikki terveydenhoitajat yhtä lukuun ottamatta edustivat perusterveydenhuoltoa. Tarkastelua varten luotiin neliluokkainen muuttuja (1 = perusterveydenhuollon lääkäri, 2 = erikoissairaanhoidon lääkäri, 3 = perusterveydenhuollon hoitaja, 4 = erikoissairaanhoidon hoitaja).

Karasekin työn hallinnan ja vaatimusten mallin mukaisen nelikentän muodostamiseksi työn autonomiaa ja taitovaatimuksia koskevat väittämät yhdistettiin työn hallintaa kuvaavaksi muuttujaksi. Työn hallintaa kuvaava summamuuttuja muodostui näin ollen kuudesta väittämästä ja sen laskemisen edellytyksenä oli vastauksen saaminen vähintään viiteen kuudesta väittämästä. Työn vaatimuksia kuvaava summamuuttuja laskettiin, mikäli vastaaja oli vastannut kaikkiin kolmeen väittämään. Työn hallinta määriteltiin vähäiseksi, mikäli sille annettu arvo jäi alle mediaanin. Jos työn hallintaa kuvaava arvo oli yhtä suuri tai suurempi kuin mediaani, määriteltiin työn hallinta suureksi. Samalla tavoin määriteltiin työn vaatimukset joko vähäisiksi tai suuriksi. Työn kuormittavuutta kuvaava muuttuja muodostettiin

Taulukko 2.

Tutkimuksessa käytetyt summamuuttujat ja niille aineistosta lasketut reliabiliteettikertoimet (Cronbachin alpha)

Hoitosuositusasennemittari¹

Yleinen asenne suosituksia kohtaan	0.65
Hoitosuositusten hyödyllisyys	0.63
Hoitosuositusten luotettavuus	0.69
Ammatillisen pätevyyden puute hoitosuositusten käyttöönottamiseksi ja ryhmän kielteinen asenne suosituksia kohtaan	0.44
Organisaation kielteinen asenne hoitosuosituksia kohtaan	0.52
Hoitosuositusten epäkäytännöllisyys	0.71
Hoitosuositusten huono saatavuus	0.54

Työn piirteet

Työn taitovaatimukset ²	0.74
Työn autonomia ²	0.80
Työn vaatimukset ²	0.82
Sosiaalisen tuen puute ³	0.62
Tietotekniset ongelmat ³	0.77

¹ asteikko: 1 = täysin eri mieltä, 2 = eri mieltä, 3 = jossain määrin eri mieltä, 4 = siltä väliltä, 5 = jossain määrin samaa mieltä, 6 = samaa mieltä, 7 = täysin samaa mieltä

² asteikko: 1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = ei samaa, eikä eri mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä (sisältyy Karasekin työn hallinnan ja vaatimusten malliin)

³ asteikko: 0 = ei koske työtäni, 1 = erittäin harvoin tai ei koskaan, 2 = melko harvoin, 3 = silloin tällöin, 4 = melko usein, 5 = erittäin usein tai jatkuvasti

edelleen työn hallintaa ja työn vaatimuksia kuvaavien muuttujien avulla edellä esitetyn kuvion 1 mukaisesti. Mediaaniin perustuvaa työn kuormittavuusluokitusta ovat aiemmin käyttäneet esimerkiksi Ylipaavalniemi kollegoineen (2005).

TILASTOLLISET ANALYYSIT

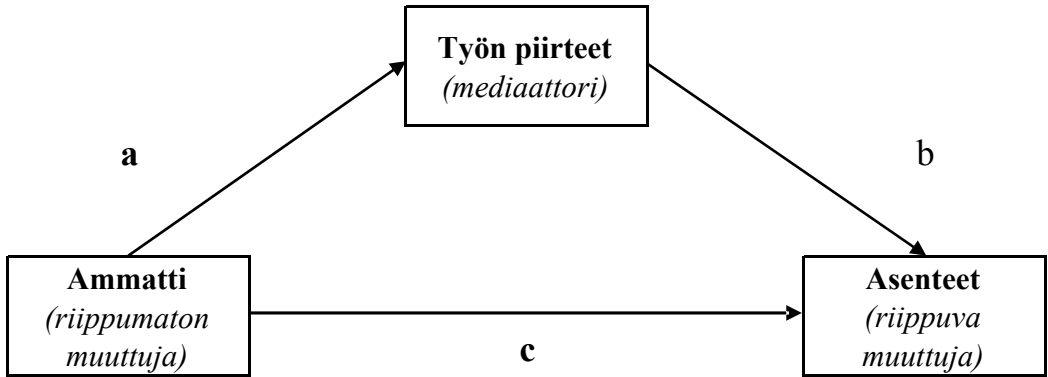
Ammattiryhmien välisiä eroja hoitosuositusaseteissa sekä kokemuksissa sosiaalisen tuen puutteesta ja tietoteknisistä ongelmista tutkittiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä ja Bonferronin parivertailutestillä. Samoja menetelmiä hyödynnettiin tarkasteltaessa terveydenhuoltoalakohtaisia eroja hoitosuositusaseteissa.

Ammattiryhmien välisiä eroja työn kuormittavuudessa tarkasteltiin χ^2 -testillä ja merkitsevyyden tulkinnassa hyödynnettiin adjustoituja jäännöksiä (adjusted residuals). Adjustoidut jäännökset osoittavat, missä kohdin ryhmät eroavat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Mikäli solun adjustoitu jäännös on suurempi kuin 2 tai pienempi kuin -2, niin kyseinen solu vaikuttaa merkitsevästi testisuureen arvoon.

Aineiston kuvailemiseksi tutkimuksessa tarkasteltiin myös työn piirteiden yhteyttä hoitosuo-

Kuvio 2.

Mediaattorimalli työn piirteistä terveydenhuollon ammattilaisten ja hoitosuositusasenteiden välisessä suhteessa (Mukailtu Baron ja Kenny 1986).



situsasenteisiin. Työn kuormittavuuden osalta analyysimenetelminä käytettiin yksisuuntaista varianssianalyysia ja Bonferronin parivertailustettä. Sosiaalisen tuen puutteen ja tietoteknisten ongelmien yhteyttä asenteisiin tutkittiin regressioanalyysilla.

Mediaattorilla viitataan välittävään muuttajaan, jonka vaikutuksesta riippumattoman ja riippuvan muuttujan välille syntyy yhteys. Moderaattori puolestaan kuvaa muuttujaa, joka vaikuttaa riippumattoman ja riippuvan muuttujan suhteen suuntaan ja/tai voimakkuuteen (Baron ja Kenny 1986). Muuttuja toimii mediaattorina, mikäli se täyttää seuraavat ehdot 1) riippumaton muuttuja vaikuttaa riippuvaan muuttajaan tilastollisesti merkitsevästi (c), 2) riippumaton muuttuja vaikuttaa merkitsevästi mediaattoriin (a), 3) mediaattori vaikuttaa riippuvaan muuttajaan (b), ja 4) kun mediaattorin vaikutus on kontrolloitu, riippuvan ja riippumattoman muuttujan suhde muuttuu (Kuvio 2).

Kokonaismediaatio toteutuu, mikäli riippumattomalla muuttujalla ei ole enää vaikutusta riippuvaan muuttajaan, kun mediaattori lisätään malliin. Osittaisesta mediaatiosta on kyse silloin, kun riippumaton muuttuja ennustaa mediaattorin lisäksi merkitsevästi riippuvan muuttujan vaihtelua. Moderaatio toteutuu, kun riippumattoman muuttujan ja moderaattorin yhdysvaikutus on tilastollisesti merkitsevä (Baron ja Kenny 1986).

Työn piirteiden mediaattori- ja moderaattorihypoteesien testauksessa käytettiin kaksisuuntaista varianssianalyysia. Mediaattoritestauksessa ikävakioidun ammattiryhmä-muuttujan lisäksi malliin lisättiin vuorollaan yksi työn piirteitä ku-

vaava muuttuja: työn kuormittavuus (Malli 1), sosiaalisen tuen puute (Malli 2) ja tietotekniset ongelmat (Malli 3). Moderaatio testattiin lisäämällä edellä mainittuihin malleihin vielä ammatin ja työn piirteiden yhdysvaikutustermit.

Tulosten analysoinnissa käytettiin SPSS 15.0 for Windows -ohjelmaa. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin arvoa < 0.05 . Tulosten raportoinnissa merkinnällä *k.a* viitataan keskiarvoon, merkinnällä *sd* keskijajontaan ja merkinnällä *df* vapausasteisiin.

TULOKSET

HOITOSUOSITUSASENTEET

Suhtautuminen hoitosuosituksiin oli yleisesti myönteistä (Taulukko 3). Suosituksia pidettiin hyödyllisinä ja luotettavina. Eniten kriittisyyttä esiintyi suositusten käytännöllisyyttä ja saatuutta kohtaan.

Ammattiryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja (p -arvot < 0.01) kaikkien paitsi suositusten luotettavuutta kuvaavan ulottuvuuden suhteen ($p = 0.088$). Terveydenhoitajat suhtautuivat suosituksiin lääkäreitä ja sairaanhoitajia myönteisemmin ja he pitivät suosituksia myös hyödyllisempinä kuin muut. Sairaanhoitajat kokivat muita useammin, että heidän ammatillinen pätevyytensä oli riittämätön hoitosuositusten hyödyntämiseksi, ja että heidän ammattiryhmänsä jäsenillä oli kielteinen asenne hoitosuosituksia kohtaan. Myös terveydenhoitajat olivat tätä mieltä yleisemmin kuin lääkärit. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat arvioivat koko organisaation hoitosuositusasenteet kielteisemmiksi kuin lääkä-

Taulukko 3.

Hoitosuositusasenteet ammattiryhmittäin ja terveydenhuoltoaloittain (yksisuuntainen varianssianalyysi: keskiarvo, keskihajonta, F-testisuuren arvo, vapausasteet, p-arvo ja ryhmien vertailut. Asennemittarin asteikko 1–7, 1 = täysin samaa mieltä, 7 = täysin eri mieltä)

	Yleinen suhtautuminen	Hyödyllisyys	Luotettavuus	Ammatill. pätevyden puute ja ryhmän kielt. asenne	Organisation kielteinen asenne	Epä-käytännöllisyys	Huono saatavuus	Kokonais-keskiarvo
	k.a (sd)	k.a (sd)	k.a (sd)	k.a (sd)	k.a (sd)	k.a (sd)	k.a (sd)	k.a (sd)
Lääkärit (L) n = 128–133	5.7 (1.0)	5.5 (1.0)	6.1 (0.8)	2.0 (0.8)	2.2 (1.1)	3.5 (1.3)	2.5 (1.2)	5.6 (0.7)
Sairaanhoidajat (Sh) n = 356–367	5.7 (1.0)	5.7 (1.0)	6.0 (0.8)	2.7 (1.1)	2.7 (1.1)	2.6 (1.1)	2.9 (1.1)	5.5 (0.8)
Terveydenhoitajat (Th) n = 137–142	6.0 (0.8)	5.9 (0.7)	6.2 (0.8)	2.3 (1.0)	2.5 (1.1)	2.5 (1.1)	2.5 (1.1)	5.8 (0.7)
F-testisuuren arvo	7,51	6,26	2,44	2,5,56	9,89	29,56	9,61	7,01
Vapausasteet	2,634	2,637	2,631	2,626	2,626	2,630	2,621	2,638
p-arvo	0.001	0.002	0.088	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.001
Ryhmien vertailut	Th > L, Sh	Th > L, Sh		Sh, Th > L ja Sh > Th	Sh, Th > L	L > Sh, Th	Sh > L, Th	Th > Sh
Pth ¹ lääkärit n = 65–67	5.6 (1.0)	5.5 (1.0)	6.0 (0.8)	2.1 (0.9)	2.4 (1.3)	3.6 (1.3)	2.6 (1.3)	5.5 (0.8)
Esh ² lääkärit n = 60–63	5.8 (0.7)	5.6 (0.8)	6.1 (0.6)	1.8 (0.7)	2.0 (0.9)	3.4 (1.3)	2.4 (1.0)	5.7 (0.6)
Pth ¹ sairaanh. n = 145–149	5.9 (0.9)	5.9 (0.8)	6.1 (0.7)	2.5 (1.0)	2.4 (1.0)	2.4 (1.0)	2.6 (1.3)	5.7 (0.7)
Esh ² sairaanh. n = 210–219	5.5 (1.0)	5.5 (0.9)	5.9 (0.9)	2.8 (1.1)	2.8 (1.1)	2.7 (1.1)	3.2 (1.4)	5.3 (0.8)
F-testisuuren arvo	5,95	4,14	4,62	20,38	10,96	21,87	10,07	9,57
Vapausasteet	3,488	3,491	3,487	3,484	3,483	3,483	3,476	3,492
p-arvo	0.001	0.006	0.003	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Ryhmien vertailut	Pth_Sh > Esh_Sh	Pth_Sh > Esh_Sh	Pth_Sh > Esh_Sh	Esh_Sh > Pth_Sh	Esh_Sh > Pth_Sh	Esh_Sh > Pth_Sh	Esh_Sh > Pth_Sh	Pth_Sh, Esh_L > Esh_Sh

¹=perusterveydenhuolto

²= crikoissairaanhoido

rit. Lisäksi sairaanhoitajat raportoivat terveydenhoitajia ja lääkäreitä useammin ongelmista hoitosuosituksien saatavuudessa. Lääkärit puolestaan pitivät hoitosuosituksia epäkäytännöllisempinä kuin hoitajat.

Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoitossa työskentelevien hoitajien asenteet erosivat tilastollisesti merkitsevästi kaikkien seitsemän hoitosuositusulottuvuuden suhteen (p-arvot < 0.01). Perusterveydenhuollon hoitajien arviot hoitosuosituksista olivat kaikkien ulottuvuuksien suhteen myönteisemmät kuin erikoissairaanhoitossa toimivien hoitajien. Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoitossa työskentelevien lääkäreiden asenteet eivät sen sijaan eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi minkään ulottuvuuden suhteen.

Ammattiryhmien välinen tarkastelu osoitti lääkäreiden pitävän suosituksia epäkäytännöllisempinä kuin sairaanhoitajat sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoitossa (p-arvo < 0.001). Lisäksi erikoissairaanhoitossa hoitajat arvioivat lääkäreitä useammin oman ammattitaitonsa puutteelliseksi suositusten käyttämiseksi sekä ammattiryhmänsä ja organisaation asenteet hoitosuosituksia kohtaan kielteisimmiksi (p-arvot < 0.001). He raportoivat useammin myös ongelmista suositusten saatavuudessa (p < 0.001).

TYÖN PIIRTEET

Lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien eroja (p < 0.001) työn kuormittavuudessa on kuvattu taulukossa 4. Lääkäreistä ja sairaanhoitajista 40 prosenttia kuului ryhmään aktiivinen (työn hallinta ja työn vaatimukset suuret). Terveydenhoitajista tähän ryhmään kuului hieman yli kolmannes. Yleisimmin terveydenhoitajat sijoittuivat ryhmään passiivinen (työn hallinta ja vaatimukset pienet). Työnsä paljon kuormittavaksi kokevien osuus lääkäreistä ja sairaanhoitajista oli neljännes ja terveydenhoitajista hieman alle viidennes. Terveydenhoitajat sijoittuvat muita ammattiryhmiä yleisemmin työnsä vähän kuormittavaksi kokevien ryhmään (adjustoitu resi-

duaali 3.7), kun taas sairaanhoitajien kuuluminen tähän ryhmään oli muita harvinaisempaa (adjustoitu residuaali -4.2). Eroja erikois- ja perusterveydenhuollon välillä ei ollut, kun huomioitiin kaikki vastanneet. Erojen tarkastelu ammattiryhmittäin ei ollut mahdollista, koska osa ryhmistä jäi liian pieniksi χ^2 -testin toteuttamiseksi.

Kyselyyn vastanneiden lääkäreiden ja sairaanhoitajien mukaan sosiaalisen tuen puute häittäsi heidän työtään harvoin (molemmilla $\bar{x} = 2.2$, sd = 1.0). Terveydenhoitajat raportoivat sosiaalisen tuen puutteesta useammin ($\bar{x} = 2.6$, sd = 1.1, p = 0.001). Terveydenhuoltoalakohtaisia eroja ei esiintynyt.

Tietotekniset ongelmat häittäivät terveydenhuollon ammattilaisten työtä sosiaalisen tuen puutetta yleisemmin ($\bar{x} = 2.9$, sd = 1.1). Ne kuormittivat erityisesti lääkäreitä ($\bar{x} = 3.4$, sd = 1.1, p < 0.001). Ammattiryhmien välinen tarkastelu osoitti tietoteknisten ongelmien rasittavan useammin lääkäreitä kuin sairaanhoitajia sekä erikoissairaanhoitossa että perusterveydenhuollossa (p-arvot < 0.01). Ammattiryhmäkohtainen tarkastelu puolestaan osoitti tietoteknisten ongelmien olevan yleisempiä erikoissairaanhoitossa kuin perusterveydenhuollossa työskentelevillä sairaanhoitajilla (p < 0.001).

TYÖN PIIRTEIDEN YHTEYS HOITOSUOSITUSASENTEISIIN

Työn kuormittavuuden yhteyttä terveydenhuollon ammattilaisten asenteisiin hoitosuosituksia kohtaan on kuvattu Taulukossa 5. Asenteet erosivat työn eri kuormittavuusryhmissä seuraavilla ulottuvuuksilla: ammatillisen pätevyyden puute ja ryhmän kielteinen asenne, organisaation kielteinen asenne sekä suositusten huono saatavuus. Myös kaikkien asenneulottuvuuksien perusteella lasketussa kokonaiskeskiarvossa esiintyi eroja työn kuormittavuuden suhteen. Ryhmien välinen vertailu osoitti työnsä paljon kuormittavaksi kokevien työntekijöiden asenteiden olevan vähemmän myönteiset suosituksia kohtaan kuin muissa ryhmissä.

Taulukosta 6 käy ilmi sosiaalisen tuen puut-

Taulukko 4.

Työn kuormittavuus lääkäreillä ja hoitajilla (prosenttiosuudet, khiin neliö-testi)

	Passiivinen	Vähän kuormittava	Aktiivinen	Paljon kuormittava
Lääkäri (n = 130)	26	9	40	25
Sairaanhoitaja (n = 396)	34	3	40	24
Terveydenhoitaja (n = 144)	37	13	34	17
p-arvo	<0.001			

teen ja tietoteknisten ongelmien yhteys hoitosuositusasenteisiin: sosiaalisen tuen puutteen yhteys oli tilastollisesti merkitsevä kolmella asenneulottuvuudella ja tietoteknisten ongelmien yhteys kaikilla ulottuvuuksilla. Sosiaalisen tuen puute ja tietotekniset ongelmat olivat yhteydessä kielteisempään asennoitumiseen suosituksia kohtaan.

MEDIAATTORITESTAUS

Mediaattoritestausta varten ammattiryhmämuuttuja ikävakioidiin. Ikävakioidulla ammattiryhmä-muuttujalla oli yhteys kaikkiin asenneulottuvuuksiin (p-arvot < 0.05 vrt. Taulukko 3). Työn piirteiden mediaattoritestausta (Taulukko 7) osoitti tietoteknisten ongelmien toimivan yleisimmin välittävänä tekijänä ammatin ja asenteiden välisen suhteessa: kokonaismediaatio toteutui suositusten luotettavuutta kuvaavan ulottuvuuden kohdalla ja osittainen mediaatio toteutui muiden ulottuvuuksien kohdalla (Malli 3). Työn kuormittavuus toimi osittaisena mediaattorina kolmella asenneulottuvuudella: ammatillisen pätevyyden puute ja ryhmän kielteinen asenne, organisaation kielteinen asenne ja suositusten huono saatavuus (Malli 1). Sosiaalisen tuen puute toimi osittaisena mediaattorina puolestaan neljän ulottuvuuden kohdalla: ammatillisen pätevyyden puute ja ryhmän kielteinen asenne, organisaation kielteinen asenne, suositusten epäkäytännöllisyys ja suositusten huono saatavuus (Malli 2). Kaiken kaikkiaan mallien selitysosuudet hoitosuositusasenteista jäivät kuitenkin melko alhaisiksi ($R^2 = 1.4\text{--}12.3\%$).

MODERAATTORITESTAUS

Työn piirteiden moderaatiotestaus osoitti ammatilla ja työn kuormittavuudella olevan yhdysvaikutusta organisaation kielteisistä asennetta kuvaavan ulottuvuuden kohdalla ($F = 2.19$, $df = 6$, 595 , $p = 0.042$, Taulukko 8). Hoitajien asenteet vaihtelivat työn eri kuormittavuusryhmissä siten, että työnsä paljon kuormittavaksi kokeneet sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat sekä työnsä vähän kuormittavaksi kokeneet terveydenhoitajat arvioivat organisaation asenteet hoitosuosituksia kohtaan kielteisemmiksi kuin muut. Lääkäreiden asennoituminen oli sen sijaan varsin samanlaista riippumatta siitä, miten kuormittavaksi heidän työtään voitiin luonnehtia.

Ammatilla ja tietoteknisillä ongelmilla oli yhdysvaikutusta ammatillisen pätevyyden puutetta ja ryhmän kielteisistä asennetta kuvaavan ulottuvuuden suhteen ($F = 4.54$, $df = 2$, 578 , $p = 0.011$).

Taulukko 5.

Hoitosuositusasenteet työn eri kuormittavuusryhmissä (yksisuuntainen varianssianalyysi; keskiarvo, keskihajonta, F-testisuuren arvo, vapausasteet, p-arvo ja ryhmien vertailut. Asennemittarin asteikko 1–7, 1 = täysin samaa mieltä, 7 = täysin eri mieltä)

	Yleinen suhtautuminen	Hyödyllisyys	Luotettavuus	Ammatill. pätevyyden puute ja ryhmän kielt. asenne	Organisaation kielteinen asenne	Epäkäytännöllisyys	Huono saatavuus	Kokonaiskeskiarvo
	k.a (sd)	k.a (sd)	k.a (sd)	k.a (sd)	k.a (sd)	k.a (sd)	k.a (sd)	k.a (sd)
Passiivinen (P) n = 200–205	5.8 (0.9)	5.7 (0.9)	6.0 (0.8)	2.4 (1.0)	2.4 (1.0)	2.7 (1.2)	2.7 (1.2)	5.6 (0.8)
Vähän kuormittava (VK) n = 38–40	5.9 (0.7)	6.0 (0.6)	6.3 (0.6)	2.2 (1.0)	2.5 (1.1)	2.6 (1.2)	2.4 (0.9)	5.8 (0.5)
Aktiivinen (A) n = 233–244	5.8 (1.0)	5.7 (0.9)	6.1 (0.9)	2.3 (1.0)	2.5 (1.0)	2.8 (1.2)	2.7 (1.3)	5.6 (0.7)
Paljon kuormittava (PK) n = 138–140	5.6 (0.9)	5.6 (0.8)	5.9 (0.8)	2.9 (1.1)	2.8 (1.1)	2.9 (1.2)	3.0 (1.4)	5.3 (0.8)
F-testisuuren arvo	1,66	2,61	1,91	9,59	5,06	1,28	3,88	6,64
Vapausasteet	3, 623	3, 626	3, 620	3, 615	3, 615	3, 620	3, 611	3, 627
p-arvo	0.174	0.051	0.126	<0.001	0.002	0.282	0.009	<0.001
Ryhmien vertailut				PK > P, VK, A	PK > P, A		PK > P, VK	P, VK, A > PK

Taulukko 6.

Sosiaalisen tuen puutteen ja tietoteknisten ongelmien yhteys hoitosuositus-asenteisiin (regressioanalyysi; β -kerroin, t-testisuureen arvo ja p-arvo)

	Sosiaalisen tuen puute			Tietotekniset ongelmat		
	β	t	p	β	t	p
Yleinen asennoituminen	-0.011	-0.246	0.806	-0.200	-5.007	<0.001
Hyödyllisyys	-0.001	-0.033	0.973	-0.195	-4.892	<0.001
Luotettavuus	-0.065	-1.518	0.130	-0.189	-4.706	<0.001
Ammatill. pätevyyden puute ja ryhmän kielt. asenne	0.129	3.013	0.003	0.118	2.898	0.004
Organisaation kielt. asenne	0.126	2.942	0.003	0.156	3.845	<0.001
Epäkäytännöllisyys	0.091	2.214	0.034	0.259	6.461	<0.001
Huono saatavuus	0.065	1.502	0.134	0.203	5.049	<0.001
Kokonaiskeskiarvo	-0.102	-2.400	0.017	-0.267	-6.809	<0.001

Mitä enemmän sairaanhoitajat kokivat tietoteknisten ongelmien haittaavan työtään, sitä kielteisemmiksi he arvioivat ammatillisen pätevyytensä hoitosuosituksen käyttämiseksi sekä ammattiryhmänsä hoitosuositusasenteet. Ammatilla ja sosiaalisen tuen puutteella ei yhdysvaikutusta esiintynyt.

POHDINTA

PÄÄTULOKSET

Lääkäreiden ja hoitajien yleinen suhtautuminen hoitosuositukseen oli myönteistä ja suositukset arvioitiin luotettaviksi ja hyödyllisiksi. Ongelmia nähtiin eniten suositusten saatavuudessa ja niiden käytännöllisyydessä. Hoitajat kokivat lääkäreitä useammin puutteita omassa ammatillisessa pätevyydessään suositusten käyttämiseksi ja he arvioivat ammattiryhmänsä ja koko organisaation asenteet suosituksia kohtaan kielteisemmiksi kuin lääkärit. Positiivisimmin suositukseen suhtautuivat terveydenhoitajat ja kriittisimmin sairaanhoitajat. Tuloksemme ovat yhdensuuntaisia aiempien lääkäreiden ja hoitajien hoitosuositusasenteita selvittäneiden tutkimusten kanssa (Elovainio ym. 1999, 2000, 2001, Roine ym. 2003, Kuronen ym. 2006). Vertailu aiempiin tutkimuksiin viittaa siihen, että suositukseen liittyvät ongelmat ovat säilyneet varsin samanlaisina. Näin siitakin huolimatta, että viimeisen vuosikymmenen aikana informaatioteknologian käyttömahdollisuudet ovat yleistyneet ja monipuolistuneet, hoitosuosituksen kehittämistyöhön on panostettu ja suosituksista tiedottamisessa on hyödynnetty useita julkaisukanavia. Tulevaisuudessa huomiota tulisi kiinnittää erityisesti hoitajien valmiuksiin ja mahdollisuuksiin hyödyntää hoitosuosituksia työssään.

Terveydenhuollon ammattilaisten työoloja koskevat tulokset viittavat siihen, että lääkäreistä ja sairaanhoitajista enemmistön ja terveydenhoitajista reilun kolmanneksen työtä voitiin kuvata aktiiviseksi työksi. Aktiivisen työn on arvioitu luovan parhaat edellytykset työhön sitoutumiseen ja haluun kehittyä työssä. Työn piirteiden osalta yllättävänä tuloksena voidaan pitää passiiviseksi luonnehditun työn yleisyyttä: terveydenhoitajista ja sairaanhoitajista noin kolmanneksen ja lääkäreistä neljänneksen työtä voitiin kuvata passiiviseksi. Toisaalta myös työnsä paljon kuormittaviksi kokevien osuus lääkäreistä ja sairaanhoitajista oli huomattava (17–25 %) ottaen huomioon kuormittavaksi koettuun työhön liittyvät monet terveyttä ja työkykyä alentavat riskitekijät.

Tulostemme mukaan työn piirteet toimivat yleisesti välittävänä tekijöinä (ns. mediaattorimalli) ammatin ja hoitosuositusasenteiden välisessä suhteessa. Työn kuormittavuus sekä kokemukset työhön liittyvästä sosiaalisen tuen puutteesta ja tietoteknisistä ongelmista olivat yhteydessä kielteisempään asennoitumiseen suosituksia kohtaan. Erityisesti näin oli tietoteknisiä ongelmia työssään kokevien kohdalla. Toimivat tietotekniset laitteet ovat edellytys hoitosuosituksen vaivattomalle käytölle internetin kautta ja niihin liittyvät ongelmat voivat heijastua yleiseen asennoitumiseen suosituksia kohtaan.

Työn piirteiden vaikutus asenteisiin erosi osittain ammattiryhmittäin (ns. moderaattorimalli). Työn kuormittavuudella oli vaikutusta hoitajien asenteisiin siten, että työnsä paljon kuormittavaksi kokeneet sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat sekä työnsä vähän kuormittavaksi kokeneet terveydenhoitajat arvioivat organisaationsa asenteet hoitosuosituksia kohtaan kielteisemmiksi kuin

muut. Lääkäreiden asenteet eivät sen sijaan eronneet työn kuormittavuuden suhteen. Lisäksi sairanhoidajilla tietotekniset ongelmat olivat yhteydessä kielteisempiin arvioihin omasta ammatillisesta pätevydestä suositusten käyttämiseksi ja ammattiryhmänsä hoitosuositusasenteista.

Tuloksemme ovat samansuuntaisia Elovainion ja kollegojen (2001) työn piirteiden, muutoksen toteutustavan ja psyykkisten stressioireiden yhteyttä hoitosuositusasenteisiin koskevien tutkimustulosten kanssa. Työn piirteet osoittautuivat Elovainion ja kollegoiden (2000, 2001) mukaan erityksen merkityksellisiksi hoitosuositusten käytön kannalta. Myös Aarons (2005) ja Aarons ja Sawitsky (2006) ovat osoittaneet organisaatiokulttuurin ja työilmapiirin olevan yhteydessä asenteisiin näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä kohtaan. Tuore tutkimus puolestaan osoittaa hoitajien asenteiden olevan myönteisemmät työyhteisöissä, jotka tukivat hoitosuositusten käyttöä kuin työyhteisöissä, joissa tuki oli vähäistä (Alanen 2009).

TUTKIMUKSEN VAHVUDET JA HEIKKOUEDET

Tutkimuksemme aineistonkeruun menetelmänä käytetyn kyselylomakkeen laadinnassa hyödynnettiin useita tutkimusaihetta tuntevia asiantuntijoita ja kyselylomake testattiin ennen sen lähettämistä tutkittaville tutkimuksen kohdejoukkoon kuulumattomilla terveydenhuollon ammattilaisilla. Tutkimuksen toteuttamiseksi pyydettiin kirjalliset tutkimusluvut tutkimukseen osallistuvien organisaatioiden yllälääkäreiltä tai johtavilta lääkäreiltä. Kyselylomakkeen yhteydessä lähetetyssä saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä siitä, että tutkittavilta saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja anonyymisti. Tutkimukseen osallistuneilla organisaatioilla oli myös mahdollisuus saada käyttöönsä organisaatiota koskevia tutkimustuloksia sekä esitellä ja hyödyntää niitä työyhteisöissään. Tutkimuseettisestä näkökulmasta ongelmallisena voidaan pitää otoksen edustavuutta: alhaisen vastausprosentin vuoksi kyse on pikemminkin näytteestä kuin tutkimusjoukkoa hyvin edustavasta otoksesta. Toiseksi, kyselylomakkeiden saajien mahdollisuudet osallistua sähköisesti toteutettuun tutkimukseen eivät ehkä olleet tasavertaiset mikäli tutkittavien mahdollisuudet käyttää tietoteknisiä laitteita työssään vaihtelevat.

Tulostemme perusteella muodostuneisiin käsitteisiin terveydenhuollon ammattilaisten hoito-

Taulukko 7.

Mediaattoriregressaatio (kaksisuuntainen varianssianalyysi, F-testisuureen arvot ja p-arvot)

	Malli 1			Malli 2			Malli 3							
	Ammatti ¹		F	Kuormittuneisuus		F	Sosiaal. tuen puute		F	Ammatti ¹		F	Tietotekn. ongelmat	
	p-arvo	F		p-arvo	F		p-arvo	F		p-arvo	F		p-arvo	F
Yleinen asennoituminen	7,43	0,001	1,40	0,241	6,32	0,002	0,18	0,671	5,44	0,005	19,15	<0,001		
Hyödyllisyys	5,09	0,006	2,24	0,083	6,04	0,003	0,21	0,648	3,52	0,030	17,17	<0,001		
Luotettavuus	2,20	0,055	1,62	0,183	5,18	0,006	3,45	0,064	2,48	0,085	23,81	<0,001		
Ammattil. pätevyden puute ja ryhmän kielt. asenne	28,51	<0,001	10,90	<0,001	21,51	<0,001	12,93	<0,001	31,72	<0,001	17,32	<0,001		
Organisaation kielt. asenne	13,07	<0,001	5,73	0,001	7,85	<0,001	8,98	0,003	17,17	<0,001	23,20	<0,001		
Epäkäytännöllisyys	26,99	<0,001	1,45	0,227	30,08	<0,001	8,81	0,003	18,01	<0,001	28,75	<0,001		
Huono saatavuus	9,34	<0,001	2,96	0,032	7,75	<0,001	4,25	0,040	9,41	<0,001	33,55	<0,001		
Kokonaistekijä	6,80	0,001	6,07	<0,001	7,39	0,001	8,82	0,003	6,85	0,001	47,37	<0,001		

¹ ikävakioitu

Malli 1 = ammatti ja työn kuormittuneisuus
Malli 2 = ammatti ja sosiaalisen tuen puute
Malli 3 = ammatti ja tietotekniset ongelmat

Taulukko 8.

Organisaation kielteistä asennetta hoitosuosituksia kohtaan kuvaavat keskiarvot työn eri kuormittavuusryhmissä lääkäreillä ja hoitajilla (kaksisuuntainen varianssianalyysi; keskiarvo, keskihajonta, F-testisuureen arvo, vapausasteet ja p-arvo. Asenne-mittarin asteikko 1–7, 1 = täysin samaa mieltä, 7 = täysin eri mieltä)

	Passiivinen k.a (sd)	Vähän kuormittava k.a (sd)	Aktiivinen k.a (sd)	Paljon kuormittava k.a (sd)
Lääkäri (n = 125)	2.2 (1.2)	2.0 (0.5)	2.1 (1.0)	2.1 (1.1)
Sairaanhoitaja (n = 348)	2.5 (1.0)	2.1 (1.0)	2.6 (1.1)	3.1 (1.0)
Terveydenhoitaja (n = 135)	2.3 (1.1)	3.0 (1.2)	2.4 (1.0)	2.9 (1.0)

F = 2.19, df = 6.595, p = 0.042

suositusasenteista ja työoloista ovat saattaneet vaikuttaa eroavuudet tutkimukseen osallistuneiden ja osallistumatta jättäneiden välillä. Ensinnäkin mieslääkäreiden alhainen vastausprosentti herättää kysymyksen mahdollisista eroista nais- ja mieslääkäreiden suhtautumisessa hoitosuosituksiin ja työhön liittyvissä kokemuksissa. Toiseksi tulostemme perusteella muodostunut käsitys hoitosuositusasenteista voi olla todellisuutta myönteisempi. Terveydenhoitajat osallistuivat tutkimukseen selvästi lääkäreitä ja sairaanhoitajia useammin ja heidän suhtautumisensa suosituksia kohtaan oli kaikkein positiivisinta. Samansuuntaisia tuloksia on saatu aiemminkin (Elovainio ym. 2001). Lisäksi perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien vastausprosentti kyselyyn oli erikoissairaanhoidossa työskenteleviä hoitajia korkeampi ja heidän hoitosuositusasenteensa olivat niin ikään positiivisemmat.

Tutkimuksemme vahvuutena voidaan pitää sitä, että siinä selvitettiin lääkäreiden hoitosuositusasenteiden lisäksi sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien asenteita, joita on tutkittu vähemmän. Toiseksi asenteita hoitosuosituksia kohtaan tutkittiin aiemmin testatulla ja paljon käytetyllä mittaristolla (Elovainio ym. 1999). Tutkimusjoukko oli myös melko suuri (n = 687) ja se edusti kahta sairaanhoitopiiriä ja yhtä terveydenhuollon kuntayhtymää. Lisäksi tutkimuksessamme ei tyydytty vain kuvailemaan hoitosuositusasenteita, vaan siinä haluttiin tutkia, onko työn piirteillä vaikutusta terveydenhuollon ammattilaisten asenteissa esiintyviin eroihin.

Tulosten yleistettävyyttä ja luotettavuutta heikentää alhainen vastausprosentti (35 %). Kysely toteutettiin sähköisesti. Tällä tavoin toteutetussa tiedonkeruussa haasteena ovat tutkittavien tavoitettavuus ja heidän kiinnostuksensa herättäminen tutkimukseen osallistumiseksi (Rhodes ym.

2003). Tutkimustuloksiin on saattanut vaikuttaa myös tutkittavien taipumus antaa sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia heidän todellisia asenteitaan ja kokemuksiaan kuvaavien vastausten sijaan.

Kolmen hoitosuositusasenteita kuvaavan ulottuvuuden Cronbachin alfa-kertoimet jäivät alhaisiksi, joka viittaa siihen, etteivät summamuuttujien osiot korreloi riittävästi keskenään. Kysymysten määrän lisääminen parantaa usein Cronbachin alfa-kertoimen arvoja. Käyttämämme hoitosuositusasenteita kuvaavan mittarin laadinnassa lähtökohtana oli kuitenkin halu tutkia mahdollisimman kattavasti ja yksityiskohtaisesti hoitosuositusten käyttöönottoon vaikuttavia tekijöitä pitäytymällä samanaikaisesti kohtuullisessa kysymysten määrässä. Tämä saattaa osittain selittää alhaisia Cronbachin alfa-kertoimia.

Tässä tutkimuksessa kyselyyn otettujen työoloja koskevien kysymysten määrää rajoitettiin kyselylomakkeen pituuden pitämiseksi kohtuullisena. Tällä saattaa olla vaikutusta esimerkiksi passiiviseksi luonnehditun työn yleisyyteen aineistossamme. Työn vaatimuksia koskeneet kysymykset liittyivät työssä koettuun kiireeseen ja aikarajoitteisiin. Kuitenkin myös erilaisten asiakassuhteiden ja niihin liittyvien vaatimusten on osoitettu olevan yhteydessä terveydenhuollon ammattilaisten kokemukseen työn kuormittuneisuudesta (Laine ym. 2006; Perkiö-Mäkelä ym. 2006).

JOHTOPÄÄTÖKSET

Tuloksemme viittaavat siihen, että työn piirteet toimivat yleisesti välittävinä tekijöinä terveydenhuollon ammattilaisten ja hoitosuositusasenteiden välisessä suhteessa. Työn kuormittavuus, työssä koettu sosiaalisen tuen puute ja tietotekniset ongelmat näyttäisivät olevan yhteydessä kielteisempään asennoitumiseen suosituksia kohtaan. Tu-

loksemme viittaavat siihen, että hoitosuositusten omaksumisen ja käytön kannalta työyhteisöltä saatu tuki on tärkeää. Suositusten tulisi olla myös helposti terveydenhuollon ammattilaisten saata-

villa. Huomiota tulisi kiinnittää erityisesti työnsä kuormittavaksi kokeviin työntekijöihin ja heidän työolojen kehittämiseen uusien toimintakäytäntöjen oppimista edistäviksi.

Korhonen H, Kortteisto T, Kaila M, Rissanen P, Elovainio M. Health care professionals' job characteristics and attitudes towards clinical guidelines

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2010;47:3–16

The aim of the study was to describe and compare doctors' and nurses' job characteristics and their attitudes towards clinical guidelines. We also examined the mediating or moderating effect of job characteristics on the relationship between profession and attitudes. The data (n = 687) were collected using an electronic survey carried out between November 2006 and May 2007 in two hospital districts and one joint municipal authority of health care in Finland. Attitudes towards guidelines were assessed by Attitudes towards guidelines scale and job characteristics with the Job Demand-Control model by Karasek. The professionals' experiences of lack of social support and problems with information technology

were also examined. Data were analysed using variance analysis, regression analysis and χ^2 -test.

In general, the health care professionals' attitudes of clinical guidelines were rather positive. Job strain, lack of social support, and problems with information technology worked as a mechanism through which professions influenced attitudes. However, there were differences between professions. Health care organisations may benefit from considerations of how job characteristics and work community affect staffs' attitudes toward changes in clinical practices. Attention should be paid especially on those who considered their work stressful.

KIRJALLISUUS

- Alanen S. Implementing an evidence-based hypertension guideline into Finnish primary care nursing. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopiston julkaisu. Turku 2009.
- Aarons G. Measuring provider attitudes toward evidence-based practice: consideration of organizational context and individual differences. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2005;14:255–71.
- Aarons G, Sawitsky, A. Organisational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychol Serv* 2006;3:61–72.
- Baron R., Kenny D. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986;51:1173–82.
- Cabana M, Rand C, Powe N, Wu A, Wilson M, Abboud P-A, Rubin H. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458–65.
- Elovainio M, Eccles M, Mäkelä M. Attitudes towards guidelines and a scale for measuring them. Teoksessa Thorsen T, Mäkelä M. (toim.) *Changing professional practice. Theory and practice of clinical guidelines implementation*. Danish Institute for Health Services Research and Development. Report 99.05. Copenhagen, 1999, 153–67.
- Elovainio M, Marjukka M, Sinervo T, Kivimäki M, Eccles M, Kahan J. Effects of job characteristics, team climate, and attitudes towards clinical guidelines. *Scand J Public Health* 2000;28:117–22.
- Elovainio M, Sinervo T, Pekkarinen L. Uusien työvälineiden omaksuminen. Asenteet, työn sisältö, yhteistyö ja prosessi muutosta edistävänä tekijöinä perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiskeskuksen aiheita-monistesarja 1, Helsinki 2001.
- Feder G, Eccles M, Grol R, Griffiths C, Grimshaw J. Using clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:728–30.
- Field M, Lohr K. (toim.) *Guidelines for clinical practice. From development to use*. Committee on Clinical Practice Guidelines. National Academies Press, Washington D.C. 1992.
- Francke A.L, Smit M.C, de Veer A.JE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Med Informat Decis Making* 2008;8:38. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6947-8-38.pdf>. [Luettu 11.5.2009]
- Grimshaw J, Russell I. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;342:1317–22.
- Grol R. Personal paper: Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997;315:418–21.

- Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care* 2001;39:Supplement 2:46–54.
- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patient's care. Research into practice I. *Lancet* 2003;362:1225–30.
- Grol R., Wensing M, Eccles M. Improving patient care. The implementation of change in clinical practice. Elsevier Butterworth-Heinemann, Edinburgh 2005.
- Kaila M, Rintanen H, Saalasti-Koskinen U. Käypä hoito -suositusten käyttöönotto terveysterveyskeskuksissa. *Suom Lääkäril* 2006;19:214243.
- Karasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Admin Sci Q* 1979;24:285–308.
- Karasek R, Theorell T. Healthy work, stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books, Inc., Publishers, New York 1990.
- Kortteisto T, Kaila M, Komulainen J, Kunnamo I, Mäkelä M, Mäntyranta T, Rissanen P, Varonen H. Evidence-based medicine decision support (EMBeDS) project, 2004–2009. EBMeDS study proposal. 2006. http://www.kaypahoito.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=1434. [Luettu 23.3.2009]
- Kuronen R, Jallinoja P, Ilvesmäki V, Patja K. Miten valtimotautiriskejä koskevat suositukset on otettu käyttöön? *Suom Lääkäril* 2006;44:4571–77.
- Käypä hoito. <http://www.kaypahoito.fi/>. [Luettu 21.9.2009]
- Laine M, Wickström G, Pentti J, Elovainio M, Kaarlela-Tuomaala A, Lindström K, Raitoharju K, Suomala T. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005. Työterveyslaitos 2006. http://www.ttl.fi/NR/rdonlyres/358C8DAC-116D-42A5-905B-DDB0E7CF10BA/0/Tyoolot_ja_hyvinvointi_sosiaali_ja_terveysalalla_2005.pdf [Luettu 23.4.2009]
- Miilunpalo S, Toropainen E, Moisio P. Implementation of guidelines in primary health care: a challenge for the municipal health centres in Finland. *Scand J of Prim Health Care* 2001;19:227–31.
- Miilunpalo S, Toropainen E, Mäkinen M. Miten valtakunnalliset suositukset tunnetaan terveyskeskuksissa? *Duodecim* 2002;118:613–19.
- Mäntyranta T, Kaila M, Varonen H, Marjukka M, Roine R.P, Lappalainen J. Hoitosuosituksen toimeenpano. Käypä hoito -suosituksesta käytäntöön. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim* 2003. <http://www.duodecim.fi/koulutus/materiaali/suositusopas.pdf>. [Luettu 17.2.2009]
- Perkiö-Mäkelä M, Hirvonen M, Elo A-L. ym. Työ ja terveys -haastattelututkimus 2006. Taulukkoraportti. Työterveyslaitos 2006. http://www.ttl.fi/NR/rdonlyres/8435263D-4EEC-42AE-AE68-FB7B3B4E9A94/0/tyo_ja_terveys_2006_taulukkoraportti.pdf. [Luettu 23.4.2009]
- Roine R, Kaila M, Nuutinen M, Mäntyranta T, Nuutinen L, Auvinen O, Mustajoki P. Käypä hoito-suositusten toimeenpano erikoissairaanhoidossa. *Duodecim* 2003;199:399–406.
- Rhodes S, Bowie D, Hergenrather, K. Collecting behavioural data using the world wide web: considerations for researchers. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:68–73.
- Solberg L, Brekke M, Fazio C, Fowles J, Jacobsen D, Kottke T, Mosser G, O'Connor P, Ohnsorg, K & Rolnick S. Lessons from experienced guideline implementers: Attend to many factors and use multiple strategies. *J of Quality Improvement* 2000;26:171–88.
- Thomas L, McColl E, Cullum N, Rousseau N, Soutter J, Steen, N. Effect of clinical guidelines in nursing, midwifery and the therapies: a systematic review of evaluations. *Qual Health Care* 1998;7:183–91.
- Van der Doef M, Maes S. The job demand-control (-support) model and physical health outcomes: a review of the strain and buffer hypotheses. *Psychology and Health* 1998;13:909–936.
- Van der Doef, M, Maes, S. The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work & Stress* 1999;13:87–114.
- Varonen H, Kaila M, Kunnamo I, Komulainen J, Mäntyranta T. Tietokoneavusteisen päätöksentuen avulla kohti neuvovaa potilaskertomusta. *Duodecim* 2006;122:1174–81.
- Woolf S, Grol R, Hutchnson A, Eccles M, Grimshaw, J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:527–30.
- Ylipaavalniemi J, Kivimäki M, Elovainio M, Virtanen M, Keltinkangas-Järvinen L, Vahtera J. Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models. *Soc Sci Med* 2005;61:111–122.

HEIDI KORHONEN

TtM

Tampereen yliopisto

Terveystieteen laitos

TIINA KORTTEISTO

TtM, tutkija

Tampereen yliopisto

Terveystieteen laitos

MINNA KAILA

LT, dos., yksikön päällikkö

Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos

PEKKA RISSANEN

FT, terveystaloustieteen professori

Laitoksen johtaja

Tampereen yliopisto

Terveystieteen laitos

ELOVAINIO MARKO

VTT, dos., tutkimuspäällikkö

Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos