

S T A D I A

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Kätilön ammatillinen osaaminen naistentautien hoitotyössä

Kysely valmistuville kätilöopiskelijoille

Hoitotyön koulutusohjelma,
Kätilö AMK
Opinnäytetyö
5.11.2007

Anne Jerrman
Saija Kokkonen



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö		Kättilötyö	
Tekijä/Tekijät			
Jerrman, Anne ja Kokkonen, Saija			
Työn nimi			
Kättilön ammatillinen osaaminen naistentautien hoitotyössä - kysely valmistuville kättilöopiskelijoille			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Syky 2007	71 + 5 liitettä	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa valmistuvassa olevien kättilöopiskelijoiden ammatillista osaamista naistentautien hoitotyössä. Lisäksi työssä kartoitettiin kuinka vetovoimaiseksi kättilöopiskelijat kokevat naistentautien hoitotyön alan. Opinnäytetyö on osa Näyttöön perustuva kättilötyö -hanketta. Hanke toteutetaan yhteistyössä HUS Naistensairaalan kanssa, ja sen tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa toiminnan kehittämiseksi.</p> <p>Opinnäytetyön aineisto kerättiin keväällä 2007 strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Lomake sisälsi myös muutaman avoimen kysymyksen. Otos (N = 30) koostui Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian kahdesta lähellä valmistumista olevasta kättilöopiskelijaryhmästä. Kyselylomake sisälsi neljä eri osaamisen osa-alueita, jotka olivat eettinen osaaminen, opetus- ja ohjausosaaminen, yhteistyöosaaminen sekä kliininen osaaminen. Lisäksi kyselylomake sisälsi kysymyksiä liittyen naistentautien hoitotyön koulutukseen, harjoitteluun sekä vetovoimaisuuteen. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin SPSS-ohjelman avulla ja kvalitatiivinen aineisto käsiteltiin sisällön analyysin avulla.</p> <p>Tuloksista kävi ilmi, että kättilöopiskelijoiden osaaminen naistentautien hoitotyön osalta on hyvää mutta ei erinomaista. Osaaminen oli parhaita eettisen osaamisen osa-alueella (ka 1,59) ja yhteistyötaitojen osa-alueella (ka 1,59). Selvästi heikointa osaaminen oli opetus- ja ohjausosaamisen osa-alueella (ka 1,87). Kliininen osaaminen oli puolestaan kolmanneksi parasta (ka 1,77). Erot eri osaamisen osa-alueiden välillä olivat kuitenkin pieniä. Opiskelijat kokivat hallitsevansa parhaiten alkuraskauden ongelmista kärsivän potilaan hoitotyön ja gynekologisen leikkauspotilaan hoitotyön. Heikoiten hallittiin gynekologisen syöpäpotilaan hoitotyö, seksuaalisuuden ongelmista sekä lapsettomuudesta kärsivän potilaan hoitotyö. Hieman yli puolet kättilöopiskelijoista koki naistentautien hoitotyön vetovoimaiseksi alaksi. Noin 87 % opiskelijoista oli valmiita menemään töihin naistentautien hoitotyön alueelle. Opiskelijoiden mielestä koulutus vastasi melko hyvin työelämän vaatimuksiin. Kättilöopiskelijat toivoivat opetuksen tuntimäärän lisäämistä ja sisällön laajentamista naistentautien hoitotyön osalta. Harjoittelujen toivottiin olevan hieman pidempiä ja mahdollisesti kaksiosaisia.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kättilökoulutuksen kehittämiseen sekä naistentautien hoitotyön osastojen toiminnan kehittämiseen. Osastot voivat tulosten avulla kehittää uusien työntekijöiden perehdytystä sekä opiskelijan ohjausta. Työ antaa myös näyttöön perustuvaa tietoa naistentautien hoitotyön alan vetovoimaisuudesta.</p>			
Avainsanat			
Naistentautien hoitotyö, ammatillinen osaaminen, vetovoimaisuus, kättilö			



Degree Programme in		Degree	
Nursing of Health care		The Bachelor of Health care	
Author/Authors			
Jerrman, Anne and Kokkonen, Saija			
Title			
The professional competence of a midwife in the nursing of women´s diseases - a survey for graduating midwife students			
Type of Work	Date	Pages	
Final project	Autumn 2007	71 + 5 appendixes	
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of this final project was to survey the professional competence of women´s diseases from the midwife students who were just about to graduate. In addition, we tried to find out if midwife students experience nursing of women´s diseases as an appealing field of health care, and if the education of midwives responds to the needs of working life. This final project is a part of the enterprise called Evidence based nursing. The enterprise is fulfilled in intense co-operation with HUS-women´s hospital and it aims to produce evidence based knowledge to evolve the ways of action.</p> <p>The material of this final project was collected in spring 2007 with the help of a structured survey. The survey included also a few open questions. The sample consisted of two midwife classes of Helsinki polytechnic who were near graduation. The competence was divided in four different sectors in this survey. The sectors were ethical competence, education and guidance competence, collaboration competence and clinical competence. Furthermore, the survey included questions in relation to the education and internship of nursing in women´s diseases and the appeal of nursing in women´s diseases. The quantitative material were analyzed with the help of the SPSS-program and the qualitative material were analyzed via the analysis of the contents.</p> <p>The results showed that the competence of the midwife students in nursing of women´s diseases was good but not perfect. Competence was the best in the sector of ethical competence and collaboration competence. It was clearly the weakest in the sector of education and guidance competence. Clinical competence was the third best sector. A little over half of the midwife students experienced nursing of women´s diseases as an appealing field. About 87 % of the students thought they could work in the field of nursing in women´s diseases. According to the students, the education of midwives responds rather well to the demands of working life.</p> <p>The results of this final project can benefit the developing of the education of midwives and developing the function of the departments of nursing in women´s diseases. With the help of the results the departments can develop the orientation of new workers and also the guiding of students. This work also gives evidence based information about the appeal of nursing in women´s diseases.</p>			
Keywords			
nursing in women`s diseases, professional competence, appealing, a midwife			

SISÄLLYS

1	OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS	1
2	KÄTILÖN AMMATILLINEN OSAAMINEN NAISTENTAUTIEN HOITOTYÖSSÄ	3
2.1	Keskeiset käsitteet	3
2.1.1	Naistentautien hoitotyö sekä seksuaali- ja lisääntymisterveys	4
2.1.2	Ammatillinen osaaminen ja ammatillinen kasvu	5
2.1.3	Kätilön ammatillinen osaaminen	8
2.1.4	Vetovoimaisuus	11
2.2	Ammatillisen osaamisen kehittyminen	12
2.2.1	Bennerin ammattiuralla etenemisen malli	12
2.2.2	Kehittyvän hoitotyön malli	14
2.3	Ammatillinen osaaminen ja sen mittaaminen aikaisemmissa tutkimuksissa	16
3	OPINNÄYTETYÖN KYSYMYKSET	26
4	OPINNÄYTETYÖN SUORITTAMINEN	27
4.1	Kyselytutkimus tutkimusmenetelmänä	27
4.2	Mittarin kehittäminen ja aineiston keruu	28
4.3	Aineiston analyysi	31
4.3.1	Kvantitatiivisen aineiston analyysi	31
4.3.2	Kvalitatiivisen aineiston analyysi	33
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	34
5.1	Tutkimusjoukon kuvaus	34
5.2	Kätilöiden ammatillinen osaaminen	34
5.2.1	Eettinen osaaminen	35
5.2.2	Opetus- ja ohjausosaaminen	36
5.2.3	Yhteistyötaidot	37
5.2.4	Kliininen osaaminen	39
5.3	Naistentautien hoitotyön vetovoimaisuus	43
5.3.1	Koulutus naistentautien hoitotyön osalta	43
5.3.2	Kiinnostavimmat työpaikat	43
5.3.3	Naistentautien hoitotyön opetuksen kehittäminen	46
5.3.4	Naistentautien hoitotyön harjoittelun kehittäminen	47

6	POHDINTA	48
6.1	Luotettavuus	48
6.2	Eettiset kysymykset	51
6.3	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	53
6.3.1	Ammatillisen osaamisen tarkastelua	53
6.3.2	Naistentautien hoitotyön vetovoimaisuuden tarkastelua	60
6.3.3	Naistentautien hoitotyön koulutuksen kehittämisehdotusten tarkastelua	62
6.4	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	63
6.5	Opinnäytetyöprosessin tarkastelu	65
	LÄHTEET	68

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupa-anomus

Liite 2. Tutkimuslupa

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Kyselylomake

Liite 5. Tulostaulukot

1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

Kätilö on seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntija. Kätilö edistää seksuaali- ja lisääntymisterveyttä siten, että ihmisillä on mahdollisuus tyydyttävään ja turvalliseen seksuaalisuuteen, tietoiseen perhesuunnitteluun sekä suunniteltuihin ja toivottuihin raskauksiin ja synnytyksiin. Kätilö tukee ja auttaa naisia, perheitä ja yhteisöjä määrittämään, saavuttamaan sekä parantamaan seksuaali- ja lisääntymisterveyttään. Kätilö on eri-ikäisten naisten ja koko perheen terveyden ja hyvinvoinnin edistäjä monikulttuurisessa yhteiskunnassa. Kätilö edistää sukupuolten välistä tasa-arvoa, naisten ja lasten oikeuksia sekä seksuaalisia oikeuksia. Kätilöt luovat kestäväää pohjaa yhteiskunnan sosiaaliselle kehitykselle edistämällä erityisesti tyttöjen ja naisten tasa-arvoa ja terveyttä. (Opetusministeriö 2006: 78.)

Kätilökoulutusta ohjaavat EU:n säätämät direktiivit (Suomen kätilöliitto 2007). Direktiivien avulla Euroopan maiden kätilöiden koulutukset saadaan mahdollisimman yhdenmukaisiksi, jolloin kätilöiden osaaminen on kaikkialla samankaltaista. Direktiivien myötä suomalainen kätilö voi harjoittaa ammattiaan kaikissa EU-maissa ja yleensä myös Euroopan ulkopuolella (Suomen kätilöliitto 2007). Direktiivit määräävät, mitä kätilökoulutuksen ja ohjattujen harjoittelujen tulee pitää sisällään. Ne keskittyvät pääasiassa kuitenkin vain synnytysten hoitoon, raskaana olevan ja synnyttäneen naisen hoitoon sekä vastasyntyneen hoitoon, jolloin naistentautien hoitotyö jää vähemmälle huomiolle. (EUR-Lex 2007.) Monissa maailman maissa kätilön toimenkuva keskittyykin vain raskaana olevien ja synnyttäneiden naisten hoitoon, synnytysten hoitoon sekä vastasyntyneen hoitoon. Suomessa kätilön toiminta-alue on kuitenkin laajempi, sillä meillä kätilötyöhön liitetään myös eri-ikäisten naisten terveystarpeet, seksuaaliterveyden asiantuntijuus sekä naistentautien hoitotyö. (Paananen – Pietiläinen – Raussi-Lehto – Väyrynen – Äimälä 2006: 26.)

Valmistumassa olevien kätilöopiskelijoiden tietopohja naistentautien hoitotyön osalta rakentuu koulun teoriajaksojen, harjoittelujen ja muun koulun aikana saadun työkokemuksen pohjalta. Kätilökoulutus kestää 4,5 vuotta ja kokonaisuudessaan kätilötutkinto on 270 opintopistettä (eli 180 opintoviikkoa). Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiassa näistä vain 15 opintopistettä (eli 10 opintoviikkoa) koskee naistentautien hoitotyötä, joista 9 opintopistettä (eli 6 opintoviikkoa) on harjoittelua. (Opinto-opas 2004: 120-136.) Kätilötyön suuntautumisvaihtoehdon opetussuunnitelma muuttui vuonna 2005.

Uudessa nuorisoasteen opetussuunnitelmassa naistentautien hoitotyön osuus väheni entisestään, sillä siinä naistentautien hoitotyö on yhdistetty kirurgisen potilaan hoitotyön kanssa. Tämä opintokokonaisuus on 4 opintopistettä teoriaopetuksena ja 13 opintopistettä harjoitteluna. Seksuaaliterveyden opintoja on teorian muodossa 4 opintopisteen verran ja harjoittelua on 3 opintopistettä. Lisäksi opintoihin kuuluu vielä 3 opintopisteen kokoinen opintojakso, terveystieteen erityiskysymykset. (Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia 2006a.) Kättilökoulutuksen naistentautien hoitotyön opetuksen vähyyden vuoksi onkin mielenkiintoista ottaa selvää valmistuvien kättilöiden osaamisen tasosta juuri naistentautien hoitotyön osalta.

Opinnäytetyömme on osa Näyttöön perustuva kättilötyö -hanketta. Hanke toteutetaan yhteistyössä HUS Naistensairaalan kanssa, ja sen tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa toiminnan kehittämiseen. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa valmistumassa olevien kättilöopiskelijoiden ammatillista osaamista naistentautien hoitotyössä. Otimme selvää kättilöopiskelijoiden mielipiteistä osaamisestaan naistentautien hoitotyön osalta ja siitä, kuinka vetovoimaiseksi he kokevat kyseisen alan. Työelämä oli kiinnostunut selvittämään, vaikuttaako kättilöopiskelijoiden naistentautien hoitotyön osaaminen heidän kiinnostukseensa naistentautien hoitotyötä kohtaan. Tämän vuoksi tähän työhön liitettiin myös alan vetovoimaisuuden kuvaaminen. Työssä kartoitettiin myös, vastasiko koulutus opiskelijoiden mielestä työelämän vaatimuksia naistentautien hoitotyön osalta.

Opinnäytetyömme aihe nousi naistentautien osastojen huolesta vastavalmistuneiden kättilöiden taidoista ja niiden mahdollisesta puutteesta. Kättilöiden ammatillista osaamista naistentautien hoitotyössä on aikaisemmin tutkittu hyvin vähän. Laakkosen tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat, että nykyinen ammatillinen koulutus ei vastaa työelämän vaatimuksia (Laakkonen 2004: 158). Naistentautien osastot haluavatkin kartoittaa vastavalmistuneiden opiskelijoiden käsitystä omasta ammatillisesta osaamisestaan. Koska EU-direktiivit säätelevät pääasiassa vain raskauden ja synnytyksen aikaista opetusta (EUR-Lex 2007), jää opiskelijoiden käytännön osaaminen suureksi osaksi harjoittelupaikan ja sen työntekijöiden ohjaushalukkuuden varaan. Myös harjoittelupaikan ilmapiiri, ohjaajan lisäksi, on keskeinen opiskelijan oppimiseen vaikuttava tekijä (Laakkonen 2004: 25). Harjoittelupaikkojen poikkeavuuden vuoksi on riskinä, että kättilöopiskelijoilla on toisistaan poikkeavat taidot naistentautien hoitotyön osalta.

Naistentautien hoitotyön alan vetovoimaisuudesta ei ole juurikaan tutkittua tietoa. Laakkosen tutkimuksen mukaan naistentautien hoitotyön tutkimusyksikön hoitajat kokivat oman erikoisalansa arvostuksen jäävän heikoksi jopa omassa organisaatiossa. Tielannetta ei myöskään parantanut se, että kätilöt joutuivat todistelemaan tekevänsä *’oikeita kätilön töitä’*. (Laakkonen 2004: 170.) Naistentautien hoitotyön vetovoimaisuuden puute voi näkyä myös esimerkiksi siinä, että naistentautien osastoille on vaikea löytää uusia innokkaita työntekijöitä. Haluammekin työssämme selvittää, kuinka vetovoimaiseksi valmistumassa olevat kätilöopiskelijat kokevat naistentautien hoitotyön ja olisivatko he itse valmiita menemään töihin naistentautien osastoille. Koska koulutus sisältää varsin vähän naistentautien hoitotyön opetusta ja direktiivitkin keskittyvät muihin kätilötyön alueisiin (EUR-Lex 2007; Opinto-opas 2004), tulee kätilöopiskelijoille helposti mielikuva naistentautien hoitotyön merkityksen vaatimattomuudesta. Tämän lisäksi opiskelijat saattavat kuulla työelämässä ja muuallakin arvostelua siitä, että naistentautien hoitotyö ei ole oikeaa kätilön työtä (Laakkonen 2004: 170). Kaikki tämä aiheuttaa vaaran, että opiskelijoiden ja valmiiden kätilöiden arvostus naistentautien hoitotyötä kohtaan vähenee.

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa sekä koulun että työelämän hyödynnettäväksi. Työmme avulla voidaan kehittää naistentautien osastojen työhön perehdyttämistä siten, että kätilön ammatillinen osaaminen saavuttaisi mahdollisimman tehokkaasti työelämän vaatiman tason. Tulosten avulla osastot voivat myös kehittää opiskelijan ohjausta. Työmme avulla osastot voivat pohtia, kuinka saada naistentautien hoitotyö houkuttelevammaksi ja miten osastot saisivat joukkoonsa uusia innokkaita kätilöitä. Opinnäytetyön tuloksien avulla kätilökoulutusta on mahdollista kehittää vastaamaan paremmin työelämän vaatimuksia.

2 KÄTILÖN AMMATILLINEN OSAAMINEN NAISTENTAUTIEN HOITOTYÖSSÄ

2.1 Keskeiset käsitteet

Työssämme keskeisiä käsitteitä ovat naistentautien hoitotyö, kätilö ja kätilökoulutus, kätilön ammatillinen osaaminen, ammatillinen kasvu sekä vetovoimaisuus. Työssämme

kuvataan myös ammatillisen osaamisen kehittymistä. Sitä kuvaa esimerkiksi Bennerin malli, Bennerin malliin pohjautuva HUS:n AURA-malli sekä kehittyvän hoitotyön malli.

2.1.1 Naistentautien hoitotyö sekä seksuaali- ja lisääntymisterveys

Naistentaudeilla tarkoitetaan naisen lantion elinten eli käytännössä sukupuolielinten ja niiden toiminnan erilaisia häiriöitä ja tautitiloja. Potilaat voivat vaihdella nuorista naisista aina vanhuksiin asti. Naisen hoitotyö jakautuu kahteen erityisalueeseen, jotka ovat äitiyshuolto ja naistentautien hoito. *Naistentautien hoitotyöhön* liittyvä lääketieteellinen erityisalue on gynekologia. Naistentautipotilaiden hoitotyö vaatii hoitajalta paljon erilaisia taitoja potilaiden monipuolisuuden vuoksi. Osa potilaista tarvitsee kirurgista hoitoa, osalla on tulehdustauteja, jotkut tulevat tutkimuksiin ja toiset saavat säde- tai sytostaattihoidoa gynekologisen syövän vuoksi. Naistentautien hoitotyö pitää sisällään myös alkuraskauteen (alle 20 - 22 raskausviikkoa) liittyvät häiriöt ja ongelmat. Näitä alkuraskauden ongelmia ovat muun muassa kohdun ulkoinen raskaus, keskenmeno ja lapsettomuus. Hoitoa annetaan poliklinikoilla, vuode- ja toimenpideosastoilla. (Eskola – Hytönen 1997: 30-31; Saarikoski 1992: 127-132, 140-151; Suomen kielen perussanakirja 2004.)

Naistentautien hoitotyöhön liittyy kiinteästi myös *seksuaaliterveys* ja *lisääntymisterveys*. Seksuaali- ja lisääntymisterveys sisältävät molemmat jonkin verran naistentautien hoitotyön ja gynekologian alueita. Seksuaaliterveys on edellytys lisääntymisterveydelle ja on käsitteenä laajempi kuin lisääntymisterveys. Seksuaaliterveys on tavoite, johon pyritään. Se kattaa yksilön kyvyn nauttia seksuaalisuudesta ilman ei-toivotun raskauden, sukupuolitautilien tai pakotetuksi tulemisen pelkoa. Seksuaaliterveys on sidoksissa ihmisten välisiin suhteisiin, ja se liittyy koko ihmisen elämänkaaren aikaan eikä rajoitu ainoastaan hedelmälliseen lisääntymisikään. Lisääntymisterveys puolestaan kattaa sukupuolielinten sairaudet ja niiden toimintahäiriöt. Sen katsotaan sisältävän myös hedelmällisyyden ja eri kliiniset palvelut, jolloin lisääntymisterveys tarkoittaa seksuaalisuuteen, lisääntymiseen ja ihmiskehon lisääntymisjärjestelmään liittyvää ilmiötä, jolla on terveysulottuvuus. Täten se on osa seksuaaliterveyttä. (Paananen ym. 2006: 533, 540-541.)

2.1.2 Ammatillinen osaaminen ja ammatillinen kasvu

Ammatillisesta osaamisesta voidaan käyttää lukuisia eri termejä. Näitä ovat muun muassa osaaminen, pätevyys, kompetenssi, kvalifikaatio, ammattitaito ja valmiudet. Valitsimme työssämme käytettäväksi termin ammatillinen osaaminen.

Osaaminen määritellään taitotiedoksi. Taitotieto taas määritellään tekniseksi tietämykseksi sekä asiantuntemukseksi. Taitotieto määritellään myös uudelleen osaamiseksi. (Nurmi 2004: 684, 1064.) Voidakseen soveltaa taitotietoja on ymmärrettävä, mistä on kyse. Osaaminen sisältää paljon äänetöntä osaamista. Tämän taustalla olevaa tietoperustaa kutsutaan arkitiedoksi tai hiljaiseksi tiedoksi. Äänettömät taidot (tacit knowledge) syntyvät pitkäaikaisista kokemuksista. Tähän liittyvät myös oikeiden ja virheellisten päätelmien antamat käsitykset. Äänettömät taidot mahdollistavat intuitiivisen, melkein tiedostamattoman toiminnan sekä nopeat ratkaisut päätöksenteossa. Taitavan tai osaa van toimijan on vaikea kertoa, miksi hän toimii niin kuin toimii. Osaaminen perustuu myös harjoitteluun. (Iivanainen ym. 2004: 19.)

Ammatillinen osaaminen voidaan määritellä hoitotyön asettamiin kvalifikaatiovaatimuksiin vastaavana sairaanhoitajan kompetenssina eli kykynä hallita oman ammattinsa toimintakokonaisuuksia. Tämän mukaan ammatillinen osaaminen tarkoittaa tietojen, taitojen, arvojen ja asenteiden kokonaisuutta, joiden avulla hoitaja kykenee itsenäisesti selvittämään ja ratkaisemaan työtilanteessa ilmeneviä ongelmia taitavasti ja joustavasti. Asiakkaiden tarpeet ja ongelmat muuttuvat, työmenetelmät ja toimintaympäristöt muuttuvat. Nämä asettavat ammatissa toimiville hoitajille yleisosaamisen lisäksi vaatimuksia erityisosaamisesta ja muuttavat täten asiantuntijuutta. Näillä hoitotyön edellyttämästä osaamisesta johdetuilla kvalifikaatiovaatimuksilla tarkoitetaan niitä työelämän tai työtehtävien edellyttämiä tiedollisia, taidollisia ja kokemuksellisia vaatimuksia, joiden hallintaa hoitotyö ja tietynlainen toimintaympäristö edellyttävät hoitajilta. Vaatimukset myös muuttuvat jatkuvasti yhteiskunnan, ihmisen ja työelämän tarpeiden kehittyessä ja muutuessa. (Suikkala 2004: 14.)

Koulutuksen aikana saavutetaan ammatilliseen osaamiseen liittyvät perustiedot ja taidot. Kaikki eivät kuitenkaan hallitse kaikkia hoitotyön toimintoja yhtä hyvin, ja eri oppilaitoksissa ja koulutuslinjoilta valmistuneiden kohdalla hoitotyön toimintojen hallinnassa ilmenee suuria eroja. Koulutuksella on yhteys hoitajan käsitykseen omaan rooliin hoito-

työssä ja jatko-opintoihin hakeutumiseen. Samoin sillä on todettu olevan yhteyttä myös potilaan paranemiseen ja hoitotyön tuloksellisuuteen. (Suikkala 2004: 14.)

Pätevyys tarkoittaa sitä, että on johonkin pätevä ja kelvallinen. Esimerkiksi voi olla pätevä virkaansa, voi olla pätevä selitys tai voi olla lakimiehen pätevyys. Pätevyys-sanan pohjalla on sana pätevä. Pätevä tarkoittaa paikkansa pitävää, sitovaa ja tehokasta. Pätevä tarkoittaa myös kykenevää ja alansa taitavaa, esimerkiksi ”Kyllä oli pätevä lääkäri”. (Nurmi 2004: 840.)

Pätevyyden eli kompetenssin synonyymeina käytetään mm. sanoja ”ammattitaito” ja ”kvalifikaatio”. Yksittäistä termiä käytetään monessa eri merkityksessä, esimerkiksi kvalifikaatio liitetään sekä epämuodollisiin/todellisiin pätevyys- ja ammattitaitovaatimuksiin. Kvalifikaatiovaatimukset tarkoittavat niitä taitoja ja tietoja, joita työtehtävät vaativat työntekijältä. Kvalifikaatio on näin ollen pikemminkin työtehtävien ja työn kuin työntekijän ominaisuus. Pätevyyttä ei sinänsä ole, vaan se voidaan lähinnä liittää johonkin tehtävään tai toimintaan. Pätevyys käsitteenä on merkityksetön, jos toimintaa tai tehtävää ei tunneta. Yksilön ominaisuudet eivät muodosta pätevyyttä, jollei ole määritely, minkä tehtävän tai laajemman kokonaisuuden hallinnan tai suorittamisen ne mahdollistavat. Näin ollen voidaan puhua mm. ammatillisesta pätevyydestä. Ammatillinen pätevyys kehittyy yleensä parhaiten oppimisprosessissa, jossa henkilö itse osallistuu oman työnsä kehittämiseen. Hän on siis työn kehittäjä eikä pelkästään vain toteuttaja. Suurin osa ammattipätevyydestä hankitaankin itse ammatissa. Työ ikään kuin kouluttaa tekijäänsä. Ammatillisen pätevyuden eli kompetenssin määrittely lähtee yksilön tiedollisista ja taidollisista kyvyistä hallita tietyn ammatin tai ammattialueen toiminnallisia kokonaisuuksia. (Ellonen 1999: 3-10; Laakkonen 2004: 22.)

Pätevyys voidaan jakaa 5 eri osa-alueeseen. Ensimmäinen osa-alue on tehtäväpätevyys. Tehtäväpätevyys kertoo, miten henkilö suoriutuu tietyistä tehtävistä. Toisena osa-alueena on substantiaalinen ammattipätevyys. Tämä tarkoittaa ammattitehtävän kokonaisuuksien hallintaa, ja se edellyttää tietotaitoa annetusta tehtävästä. Kolmantena osa-alueena on hallinnollinen ammattipätevyys. Hallinnollisen ammattipätevyyden arvosisältönä on toimintapoliittisen ohjelman hallinta, välineellisenä sisältönä yhteistoiminnan tietotaidon hallinta. Neljäntenä pätevyuden osa-alueena on poliittinen pätevyys. Se liittyy arvoihin, valtaan ja intresseihin. Viides osa-alue on eettinen pätevyys, joka hoitotyössä on todella tärkeää. Tämä osa-alue viittaa sellaisten moraalisten arvojen toteutta-

miseen ja sellaisten moraalisten arvojen noudattamiseen, jotka ovat yleisesti vallitsevia, tavoiteltavia ja hyväksyttäviä. (Ellonen 1999: 3-10.)

Ammattitaito tarkoittaa ammattiin liittyvää osaamista ja asiantuntemusta. Ammattitaitoinen ihminen on ammatissaan pätevä, kykenevä ja korkeatasoinen. Ammatilainen taas on jotakin ammatikseen tekevä henkilö, sen alan asiantuntija. Ammattitaidolla tarkoitamme tässä työssä kättilön ammattiin liittyvää ammattitaitoa koskien naistentautipotilaan hoitoa. (Nurmi 2004: 37.) Ammatillinen osaaminen voidaan määritellä alan työelämälle tyypillisten tehtävien ja toimintojen hallitsemiseksi. Toimintojen hallitseminen on laaja käsite, joka sisältää erilaisten toimintokokonaisuuksien hallinnan. Tällöin siihen kuuluvat myös työn kokonaisuuden ja työn kehittämisen hallinta, ei pelkästään yksittäisten ammatillisten taitojen (skills) hallinta. Ammattitaidon osana on korostettu myös sosiaalisia taitoja, työn oppimisen sekä työn organisoimisen taitoja. Huomioitavaa on, että taito on yhteydessä ammatilliseen toimintaan mutta myös tekemisen valmiuteen ja toiminnan tuloksiin. (Iivanainen – Jauhiainen – Pikkarainen 2004: 17.)

Valmiudet on monikkomuoto sanasta valmius, joka tarkoittaa jonkun kyvyn omaamista, mahdollisuutta tehdä asioita. Valmiustila, jonka myös voisi liittää tähän, tarkoittaa mm. tilaa, jossa ollaan valmiita (tässä tapauksessa) auttamaan kun tarve ilmenee. Kättilöllä kuuluu olla tietyt valmiudet, joiden pitäisi koulutuksen aikana syntyä ja kehittyä. Niiden avulla kättilö pystyy harjoittamaan omaa ammattiaan. (Nurmi 2004: 1222.) Koulutuksen antamat valmiudet voidaan määritellä teoreettisten ja käytännöllisten valmiuksien kautta. Tällaiset valmiudet voidaan määritellä miettien teoreettista opetusta, käytännön opetusta ja peruskoulutuksen vastaavuutta työhön. (Holvikivi 1992: 38.) Valmiuksien riittävyttä määriteltäessä voidaan miettiä, miten riittävästi kättilöopiskelijat katsovat jo hallitsevansa esitetyt asiat (Björkroth 1993: 17).

Ammatillinen kasvu nähdään elinikäisenä prosessina, jossa yksilö hankkii tietoja, taitoja sekä kokemuksia vastatakseen jatkuvasti muutuviin työelämän ammattitaitovaatimuksiin. Ammatillista kehittymistä ohjaavat minäkäsitys, itsearvostus ja itseluottamus, motivaatio, vuorovaikutus ympäristön kanssa, kognitiiviset taidot, oppimistyyli sekä tavoitteiden asettaminen. Ammatillisen kasvun tavoitteena on osaamisen sekä suorituksen parantaminen. Terveystieteiden koulutuksen tehtävänä on taata valmistuneiden osaamisen taso. (Ahola ym. 2005: 15.)

Ammatillinen kasvu käsittää kaikki kehittämistoimet, jotka kohdistuvat ammatillisen pätevyyden ylläpitämiseen ja lisäämiseen. Vastuu ja haasteet nähdään edellytyksinä ammatilliselle kasvulle, omanarvontunteen kehittymiselle ja itsensä toteuttamiselle. Organisatorisia kasvutekijöitä ovat muun muassa turvallinen ja kannustava ilmapiiri, kehittämisestä palkitseminen sekä kannustava ja osallistava johtamistapa. Työrooliin liittyviä tekijöitä ovat haasteellinen, itsenäinen ja vaihteleva työ. Henkilökohtaisia kasvutekijöitä puolestaan ovat urakehitykseen liittyvät onnistumisen kokemukset, uramotiivaation voimakkuus ja oppimaan oppimisen taidot. Oppimaan oppimisen taidot pitävät sisällään oppimisstrategioiden hallinnan ja soveltamisen, kyvyn käytännölliseen ajatte-

luun, resurssien hallintataidon ja kyvyn uusien tietojen soveltamiseen. (Aura-työryhmä 1995: 6.)

2.1.3 Kättilön ammatillinen osaaminen

Kättilö on ammattihenkilö, jolle Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO) on myöntänyt oikeuden harjoittaa kättilön ammattia laillistettuna ammattihenkilönä, ja joka on suorittanut asianomaiseen ammattiin johtavan koulutuksen. Kättilön ammatinharjoittaminen perustuu terveydenhuollon eettisten periaatteiden ja normien soveltamiseen, synnytysopin ja naistentautien sairaanhoidon hallitsemiseen, naisen psykososiaalisen ja seksuaalisen kehityksen ymmärtämiseen, lapsen ja vanhempien välisen vuorovaikutuksen tukemiseen, seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien perhedynaamisten ja kulttuuristen tekijöiden ymmärtämiseen sekä kättilötyön menetelmien ja niiden vaikutusten hallitsemiseen. (Finlex 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001; Opetusministeriö 2001.) Kättilötyön tieteellinen ja teoreettinen perusta on terveystieteissä, mikä edellyttää kättilöltä sairaanhoitajan tietoperustan lisäksi kättilötyön, hoitotieteen, lääketieteen ja farmakologian tutkimustiedon ajankohtaista osaamista. Kättilö integroi eri tieteenalojen tietoa kättilötyön teoreettiseen tietoon ja perustelee sen avulla itsenäisen päätöksenteonsa ja toimintansa. (Opetusministeriö 2006: 78.)

Kättilökoulutus sisältää nykyisin sairaanhoitajan ja kättilön ammattikorkeakoulututkinnot. Kättilötutkinnon (AMK) laajuus on 270 opintopistettä, joista 210 opintopistettä on sairaanhoitajatutkintoa. Kättilötutkintoon johtavia ammattiopintoja on 90 opintopistettä, joista 30 opintopistettä on sairaanhoitajatutkintoon sisältyviä kättilötyön vaihtoehtoisia ammattiopintoja. Kättilökoulutuksen suorittanut laillistetaan terveydenhuollon ammattihenkilöksi sairaanhoitajana ja kättilönä. Yleensä tutkinnon suorittaminen kestää 4,5 vuotta. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian vanhan opintosuunnitelman mukaan kättilötyön opintoihin siirrytään noin kolmannen opiskeluvuoden aikana. Ensimmäinen opintokokonaisuus kättilötyön opinnoissa on naisen terveyttä edistävä kättilötyö. (Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia 2006b; Opetusministeriö 2001; Opinto-opas 2004: 120-136.)

Kättilön ammatillinen osaaminen on hyvin monitahoista. Kättilötyö edellyttää kättilöltä itsenäistä päätöksentekokykyä, tilanneherkkyyttä, kohtaamistaitoja ja hyviä kädentaitoja. Kättilön asiantuntijuutta on seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Kättilön ammatillinen osaaminen sisältää nuorten, perhettä suunnittelevien ja ikääntyvien naisten

kätilötyön. Se pitää sisällään eri-ikäisten tyttöjen ja naisten terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisen ja edistämisen sekä nuorten ja aikuisten sekä heidän perheittensä kohtaamisen, tuen ja ohjauksen. Kätilön täytyy hallita gynekologiset tutkimukset ja näytteet. Hänen täytyy myös tuntea raskauden ehkäisymenetelmät ja kuinka ehkäisyä toteutetaan sekä hänen täytyy osata ohjata ja neuvoa niihin liittyvissä asioissa. Kätilö tuntee seksuaaliteitse tarttuvat taudit, hallitsee niiden tunnistamisen ja ehkäisyn sekä seksuaalivonnan. Raskauden keskeytyminen, keskeyttäminen ja lapsettomuus ovat tärkeitä osa-alueita kätilötyössä. Kätilön täytyy hallita gynekologiset sairaudet sekä keskeinen farmakologia ja hoitotyö. Tärkeää on myös tuntea ikääntyneiden naisten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät erityiskysymykset, lääkemääräykset ja lääkehoito ohjeiden ja lainsäädännön mukaisesti. (Opetusministeriö 2006: 81-83.)

Kätilötyön perusosaaminen rakentuu kätilötyön historiasta, arvoista, etiikasta, lainsäädännöstä sekä monitieteisestä tutkimuksesta, tiedoista ja taidoista sekä kansainvälisestä ja monikulttuurisesta osaamisesta. Kätilöltä edellytetään sekä eettistä että arvo-osaamista. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että kätilö ottaa vastuun omasta kehittämisestään ja kätilötyön laadun kehittämisestä, kätilö osaa toimia kätilötyön arvojen, eettisten periaatteiden ja lainsäädännön mukaisesti, ja että kätilö edistää ja tukee naisen, miehen ja perheen hyvinvointia ja itsemääräämisoikeutta seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella. Ammatillinen osaaminen edellyttää kätilöltä myös teoreettista osaamista eli että kätilö osaa integroida eri tieteenalojen tietoa kätilötyön teoreettiseen tietoon ja perustelee sen avulla itsenäistä päätöksentekoaan ja toimintaansa. Se tarkoittaa myös sitä, että kätilö osaa käyttää tutkimustietoa kätilötyön kehittämiseksi. (Opetusministeriö 2001; Opetusministeriö 2006: 79.)

Kätilön ammatillinen osaaminen pitää sisällään myös kliinisen osaamisen. Kliininen osaaminen edellyttää, että kätilö

- osaa suunnitella, toteuttaa ja arvioida perhesuunnittelua, -valmennusta ja -neuvontaa sekä ohjata ja tukea asiakkaita vanhemmuuteen ja perhe-elämään liittyvissä kysymyksissä,
- osaa toimia naisen ja perheen sosiaalisena tukena, osaa todeta alkaneen raskauden, tarkkailee äidin ja sikiön vointia raskauden aikana ja tekee tarvittavat tutkimukset, osaa todeta varhain raskauden aikaiset riskitekijät ja ohjata tarvittaviin jatkotutkimuksiin, osaa hoitaa itsenäisesti säännöllisen synnytyksen ja toteaa häiriöt synnytyksen kulussa, osaa arvioida välilihan leikkauksen tarpeellisuuden ja leikata episiotomian tarvittaessa sekä ommella leikkaushaavan tai repeämän,

osaa hoitaa perätilasyntymisen ja mahdolliset hätätilanteet synnytyksessä mikäli lääkäri ei ole paikalla, osaa tutkia vastasyntyneen sekä tarkkailee ja hoitaa tervettä vastasyntyntä itsenäisesti, omaa valmiudet erityishoitoa tarvitsevien vastasyntyneiden tarkkailuun ja hoitoon sekä vastasyntyneen elvyttämiseen tarvittaessa, osaa arvioida, tukea ja edistää lapsen ja vanhempien välistä varhaista vuorovaikutusta, osaa hoitaa synnyttäneitä naista itsenäisesti, ohjaa ja tukee imetyksessä ja toteaa lapsivuodeajan häiriöt, osaa arvioida raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan häiriöt ja konsultoida tarvittaessa muita terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja muiden alojen asiantuntijoita, osaa toimia komplisoituneen raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan kättilötyöstä moniammatillisessa työryhmässä, osaa toimia naistentautien hoitotyön asiantuntijana, joka määrittelee ja tunnistaa eri ikäisten naisten voimavaroja ja mahdollisia terveysongelmia sekä suunnittelee, toteuttaa ja arvioi niiden hoitoa, osaa toimia terveyden edistämisen, ehkäisy- ja urtoyönäin luotettavasta dokumentoinnista ja osaa ohjata perhettä yhteiskunnan tarjoamista sosiaalietuksista. (Opetusministeriö 2001; Opetusministeriö 2006: 78-83.)

Kättilön ammatillinen osaaminen käsittää myös opetus- ja ohjausosaamisen, terveyden edistämisen osaamisen, yhteistyöosaamisen, tutkimus-, kehittämis- ja johtamisosaamisen, monikulttuurisen ja yhteiskunnallisen kättilötyön osaamisen sekä kättilötyön keskeiset sisällöt. Opetus- ja ohjausosaaminen tarkoittaa sitä, että kättilö hallitsee erilaisten yksilöiden ja ryhmien ohjauksen kättilötyössä. Terveyden edistämisen osaaminen taas tarkoittaa, että kättilö osaa toimia naisen ja miehen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi elämänsä eri vaiheissa. Kättilö osaa ohjata yksilöä ja pareja perhesuunnittelussa, vanhemmuuteen kasvussa ja synnytykseen valmistautumisessa, toimia lasten ja nuorten sukupuoli- ja ihmissuhdekasvattajana, antaa nuorille seksuaalivouontaa, tukea naista naiseuteen kasvussa elämänsä eri vaiheissa ja ohjata ikääntyvää naista ikääntymisen mukanaan tuomissa muutoksissa. (Opetusministeriö 2001; Opetusministeriö 2006: 78-83.)

Yhteistyöosaamisessa kättilö osaa toimia asiantuntijana sekä itsenäisesti että moniammatillisten työryhmien ja verkostojen jäsenenä. Tutkimus- ja kehittämisosaamisessa kättilö osaa kriittisen ja luovan kättilötyön arvioinnin, sekä osaa kehittää ja toteuttaa näyttöön perustuvaa kättilötyötä. Kättilö myös pystyy osallistumaan kättilötyötä kehittävään tutkimustoimintaan. Johtamisosaaminen tarkoittaa, että kättilö osaa vastata kättilötyön laadusta ja johtaa alansa työryhmiä. Monikulttuurisessa kättilötyön osaamisessa kättilön osaamisvaatimuksissa korostuvat eri kulttuurien kohtaamiseen liittyvät taidot. Kättilö osaa

toimia kulttuurilähtöisesti erilaisista taustoista tulevien asiakkaiden kanssa. Yhteiskunnallinen osaaminen puolestaan edellyttää, että kättilö osaa edistää naisten, miesten, lasten ja perheiden hyvinvoinnin toteutumista yhteiskunnassa sekä soveltaa taitojaan muuttuvissa tilanteissa ja haasteissa. (Opetusministeriö 2001; Opetusministeriö 2006: 78-83.)

2.1.4 Vetovoimaisuus

Työssä pohditaan kättilön osaamisen lisäksi myös naistentautien hoitotyön vetovoimaisuutta. *Vetovoimaisuus* ja houkuttelevuus ovat suomen kielessä toistensa synonyymeja. Usein myös termiä kiinnostavuus käytetään vastaavanlaisessa merkityksessä. Termi vetovoimaisuus on sidoksissa yksilön tai joukon käytökseen sekä asenteisiin. Termi on siis sosio-psykologinen käsite. (Siikaniemi 2005: 69.) Uusi suomen kielen sanakirja ei määrittele vetovoimaisuutta, mutta sanan vetovoima määritelmä kuvaa myös vetovoimaisuutta. Ensiksi vetovoima tarkoittaa fysiikassa puoleensa vetävää voimaa kuten maan vetovoimaa. Toiseksi vetovoima tarkoittaa vetämiseen käytettävää tai tarvittavaa voimaa. Kolmanneksi vetovoima voi olla kuvaavaa, jokin houkutus tai kiinnostus johonkin, kuten esimerkiksi vetovoima hoitotyöhön. Viimeiseksi vetovoima tarkoittaa viehätystä tai voimaa ihmisellä, esimerkiksi ”kyllä hänessä on sitten vetovoimaa”. (Nurmi 1998: 1259.)

2.2 Ammatillisen osaamisen kehittyminen

Hoitajien ammatillisia urakehitysmalleja on nykyisin useita, joista ensimmäiset ovat Yhdysvalloista 1970-luvulta. Urakehitysmalleilla on tiettyjä yhteisiä piirteitä. Ne esitetään yleensä portaikon tai tasojen muodossa. Uralla eteneminen tapahtuu tasolta toiselle siirtymisenä. Tasojen ja portaiden lukumäärä vaihtelee. Yleisimmin niitä on kolmesta kuuteen. Kullekin tasolle on laadittu tasokuvaus tavoitteineen ja kriteereineen, jotka toimivat uralla etenemisen arviointiperusteina. Ohjelmissa esitetään usein aikasuositukset, joiden mukaan tasolta toiselle etenemisen oletetaan tapahtuvan. Samoin on määritetty minimitaso, johon hoitajien edellytetään etenevän. (Aura-työryhmä 1995: 8.)

2.2.1 Bennerin ammattiuralla etenemisen malli

Benner on kehittänyt mallin sairaanhoitajan ammattiuralla etenemisestä. Mallin mukaan kokemuksen ja tiedon karttuessa taidon luonne muuttuu ja muutos taas parantaa suoritusta. Sairaanhoitaja etenee hoitotyön pätevyyttä ja asiantuntijuutta hankkiessaan viides-ässä tasossa. Viisitasoisen mallin kolme ensimmäistä tasoa muodostavat perustan, jota kaikilta sairaanhoitajilta odotetaan. Eteneminen neljännelle ja viidennelle tasolle perustuu vapaaehtoisuuteen ja riippuu sairaanhoitajan omista yksilöllisistä tavoitteista ja motivaatiosta hankkia syventävää tietoa hoitotyöstä. Näillä tasoilla sairaanhoitaja voi halutessaan lisätä asiantuntijuuttaan esimerkiksi jollakin hoitotyön osaamisen alueella. (Auratyöryhmä 1995: 9-10; Benner 1989.)

Bennerin luomissa tasoissa edetään aloittelijasta asiantuntijaksi. Tasot ovat seuraavat: noviisi, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija. *Noviisilla eli aloittelijalla* ei ole kokemusta tilanteista, joissa heidän odotetaan toimivan. Heille opetetaan sellaisia yksinkertaisia taitoja, joita voidaan toteuttaa ilman käytännössä saatua kokemusta. Noviiseille opetetaan myös yhteydestään irrotettuja sääntöjä, joiden avulla heidän tulee toimia. Noviisin sääntöihin perustuva toiminta on erittäin rajoittunutta ja joustamatonta. (Benner 1989: 33-44.)

Edistyneet aloittelijat ovat puolestaan sairaanhoitajia, jotka kykenevät vähimmäisvaatimukset täyttäviin suorituksiin. He ovat joutuneet riittävän moniin tilanteisiin voidakseen itse tai ohjaajan opastuksella havaita tilanteiden merkitykselliset toistuvat osatekijät. Noviisit ja edistyneet aloittelijat pystyvät omaksumaan hyvin vähän tilanteista: se on liian uusi, liian outo ja sitä paitsi heidän on keskityttävä opetettuihin sääntöihin. (Benner 1989: 34-37.)

Pätevyys saavutetaan silloin, kun sairaanhoitaja alkaa nähdä oman toimintansa tietoisten pitkäaikaisten tavoitteiden tai suunnitelmien valossa. Tyypillinen tämän vaiheen sairaanhoitaja on toiminut samanlaisissa tai samantyyppisissä työtehtävissä pari kolme vuotta. Suunnitelma sanelee, mitkä nykyhetken ja mahdolliseen tulevaan tilanteeseen liittyvät asiat ovat tärkeimpiä ja mitkä voi jättää huomioimatta. Pätevältä sairaanhoitajalta puuttuu taitavan hoitajan nopeus ja joustavuus, mutta hän tuntee hallitsevansa asiat ja kykenevänsä selviytymään monista kliiniseen hoitotyöhön liittyvistä arvaamattomista tilanteista. Tietoinen ja harkittu suunnittelu auttaa hoitajaa tehostamaan ja organisomaan toimintaansa. (Benner 1989: 37-38.)

Taitava sairaanhoitaja puolestaan tarkastelee tilannetta kokonaisuutena. Havaintokyky on avainsana. Näkökulma tilanteeseen ei perustu tietoiseen harkintaan, vaan se avautuu aiempien kokemusten ja viimeaikaisten tapahtumien pohjalta. Taitava sairaanhoitaja näkee tilanteen kokonaisuutena, koska hän osaa tarkastella sen merkitystä pitkäaikaisten tavoitteiden valossa. Taitava hoitaja oppii kokemuksesta, millaisia tapahtumia kussakin tilanteessa voi odottaa ja miten suunnitelmia on muutettava tapahtumien mukaan. (Benner 1989: 38-41.)

Viimeinen kehittymisen taso on *asiantuntija*. Asiantunteva sairaanhoitaja ei enää turvaudu analyttiseen periaatteeseen (kuten sääntöihin tai suuntaviivoihin) muuttaakseen omaa näkemystään tilanteesta asianmukaiseksi toiminnaksi. Ammattitaitoisella, asiantuntevalla sairaanhoitajalla on takanaan valtava määrä kokemuksia ja intuitiivinen ote kuhunkin tilanteeseen, ja hän keskittyy täsmälliseen ongelma-alueeseen pohtimatta suotta hedelmättömiä diagnoosi- ja ratkaisuvaihtoehtoja. Asiantuntijan toimintaa on vaikea kuvailla, koska hän toimii kokonaistilanteen syvällisen ymmärtämisen pohjalta. (Benner 1989: 41-44.)

Bennerin sairaanhoitajan ammatillisen kehittymisen malli sisältää seitsemän hoitotyön osa-alueita: auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, diagnosointi ja tarkkailu, nopeasti muuttuvien tilanteiden tehokas hallinta, hoitotoimenpiteiden ja hoito-ohjelmien toteuttaminen ja valvonta, terveydenhoidon laaduntarkkailu ja -varmistus sekä organisatoriset ja työrooliin liittyvät taidot. Auttaminen sisältää parantamista edistävän ilmapiirin luomisen, potilaan ja perheiden tukemisen, läsnäolon, potilaan osallistumisen, lohduttamisen, kommunikoimisen, potilaan ohjaamisen ja terapeutin ilmapiirin luomisen. (Benner 1989: 52-75.)

Bennerin kehittämä malli ei ole kuitenkaan kaikkien mielestä pätevä ja se onkin saanut osakseen kritiikkiä. Mallia syytetään esimerkiksi siitä, että se suosii konservatiivisuutta. Toinen, mistä Benneriä kritisoidaan, on vetoaminen intuitioon. Tämän vuoksi Bennerin mallia voidaan tulkita useilla eri tavoilla, mikä johtaa epäselvyyksiin. (Edwards 2001: 56-66.) Kritiikistä huolimatta malli toimii nykyisinkin monen uuden mallin pohjana (mm. Aura-työryhmä 1995; Meretoja 2003).

2.2.2 Kehittyvän hoitotyön malli

Janhonen ja Pyykkö ovat kehittäneet kehittyvän hoitotyön mallin. Kehittyvän hoitotyön mallin hoitotavat esiintyvät hoitotyössä ja sen koulutuksessa. Malli on jaettu neljään eri hoitotyön malliin: varmistava, kasvattava, ymmärtävä ja katalyyttinen hoitotyön malli. Näissä malleissa on erilainen näkemys asiakkaan tarpeista ja käytetyistä hoitotyön keinoista asiakkaan selviytymisen tukemiseksi. Siirryttäessä varmistavasta hoitotyön mallista katalyyttiseen hoitotyön malliin, näkyy muuntuva ja toisiaan täydentävä hoitotyön tavoite ja tehtävä hoitotaidossa ja käytetyissä epäsuorissa ja suorissa hoitotyön keinoissa hoidon eri vaiheissa sekä yhteistyössä eri osapuolten välillä. (Janhonen – Pyykkö 1996: 12.)

Varmistavassa hoitotyössä asiakkaan selviytyminen kohdistuu fyysiseen selviytymiseen. Tavoitteena voi olla esimerkiksi potilaan paraneminen yksittäisen elintoiminnan tai tietyn diagnoosin mukaisesta sairaudesta. Hoitotyössä on yhteyttä perinteiseen hoitotyöhön, jossa hoitaja toteuttaa erikoishoitoa passiiviselle vastaanottajalle. Hoitotyön itsenäisenä alueena on potilaan fyysisistä tarpeista huolehtiminen, mikä tarkoittaa potilaan päivittäisistä toiminnoista huolehtimista. Potilaan fyysisistä tarpeista ja turvallisuudesta huolehditaan suoria hoitotyön keinoja hyväksi käyttäen. (Janhonen – Pyykkö 1996: 12.)

Hoitosuhdetta luonnehtii muun muassa huumorin käyttö ja hoitajan omien tunteiden eritasoinen eristäminen. Hoitotaidossa korostetaan lääketieteellistä taitoa ja tietoa hoitotyön tavoitteen saavuttamiseksi. Tiedot ja taidot kehittyvät etupäässä käytännön kokemuksen kautta. Varmistavat hoitajat ilmaisevat, että heidän tietonsa ja taitonsa vastaavat noviisin ja edistyneen aloittelijan kuvauksia. Varmistavat hoitajat ilmaisevat halunsa kasvaa ihmisenä ja hoitajana. Elämäkokemukset vaikuttavat hoitajan persoonalliseen kasvuun ja laajentavat näkemystä asiakkaan ja hänen omaistensa tunteiden ja kokemusten ymmärtämiseksi. Yhteistyötä lääkäreiden kanssa pidetään hyvin tärkeänä erityisesti lääketieteellisen hoidon varmistamiseksi. (Janhonen – Pyykkö 1996: 12-13.)

Kasvattavassa hoitotyössä näkyy jo monitieteellisyyden vaikutus ja hoitajan rooli korostuu asiakkaan opettamisessa ja itsetunnon kohottamisessa. Kasvattavan hoitotyön mallissa asiakkaan selviytyminen laajenee sairauden hoitamisesta hänen yksilöllisten tarpeiden hoitamiseen. Hoitotyön tehtävänä on arvioida potilaan yksilölliset elämän muutoksen tarpeet hoitotyön asiantuntijuuden näkökulmasta. Asiakasta pidetään vas-

tuullisena hoidon vastaanottajana. Tiedoiltaan ja taidoiltaan kasvattavan hoitotyön edustaja vastaa Bennerin mallin pätevää hoitajaa. (Janhonen – Pyykkö 1996: 13.)

Ymmärtävässä hoitotyössä asiakkaan selviytyminen laajenee edelleen myös tunteista ja kokemuksista selviytymiseen. Hoitotyön tavoitteena on tarjota asiakkaalle hyvää oloa pahassa olossa. Asiakasta pidetään tuntevana ja ajattelevana ihmisenä. Suorina hoitotyön keinoina on ymmärtää ja sallia potilaan tunteet ja kokemukset myötäelämällä tilanteessa. Ymmärtävän hoitosuhteen tavoitteena on luoda turvallinen vuorovaikutus ja kommunikaatiosuhde, jossa asiakas voi ilmaista tunteitaan ja kokemuksiaan. Hoitotaidossa korostetaan hoitajien omaa persoonallista kasvua, joka muuttuu henkilökohtaiseksi tiedoksi ja taidoksi. Hoitajilla on enemmän tietoa, taitoa ja työkokemusta sairaan ihmisen hoitamisesta ja he ovat iältään vanhempia kuin varmistavat hoitajat. Ymmärtävät hoitajat vastaavat Bennerin mallin taitavaa hoitajaa, ja hoitajilla on kykyä ja taitoa toimia laajemman näkökulman mukaan. Ymmärtävät hoitajat, jotka ovat kehittymässä katalyyttisiksi hoitajiksi, tuovat esiin puutteita omassa toiminnassaan. He korostavat, että pelkkä ymmärtäminen ei riitä, vaan hoitajalla täytyy olla konkreettisia keinoja auttaa potilasta selviytymään. (Janhonen – Pyykkö 1996: 14.)

Katalyyttisessä hoitotyössä hoitaja on oman alansa asiantuntija ja asiakas on oman elämänsä asiantuntija. Asiakasta pidetään aktiivisena ja vastuullisena ihmisenä, joka osallistuu omaan hoitoonsa. Hoitajan rooli laajenee pyrkimykseen auttaa potilasta käyttämään omia maksimaalisia kykyjään päivittäisissä toiminnoissa. Hoitajan tehtävänä on katalyyttisessä hoitotyössä motivoida ja orientoida asiakasta hoitoonsa toimimalla katalysaattorina eli liikkeellepanevana hoitajana. Tällainen toiminta tarkoittaa potilaan selviytymistä hidastavien tekijöiden poistamista tai lievittämistä sekä selviytymistä edistävien tekijöiden vahvistamista yhdessä asiakkaan kanssa. Hoitosuhteessa luodaan turvallinen, motivoiva ja asiakaslähtöinen ilmapiiri. (Janhonen – Pyykkö 1996: 15.)

Hoitotaidossa korostuu hoitajan laaja asiantuntijatieto, joka tarjoaa hoitajalle mahdollisuuden ajatella loogisesti ja tehdä päätelmiä. Katalyyttisellä hoitajalla on käytössään kaikki samat tietotaidot kuin varmistavalla, kasvattavalla ja ymmärtävällä hoitajalla. Katalyyttisen hoitajan tiedot ja taidot vastaavat Bennerin mallin asiantuntijahoitajaa. Katalyyttisessä hoitotyössä korostuvat hoitajien pitkä käytännön kokemus, oma elämäkokemus, erilaisten tunteiden ja tarpeiden tunnistaminen omassa itsessään ja hoitotyössä saatu palaute asiakkaalta. Katalyyttiseksi hoitajaksi kasvaminen edellyttää omaa

persoonallista kasvua tietojen ja taitojen lisääntymisen rinnalla. Hoitaja on aktiivinen uuden tiedon hankkija ja avoin kysymään muilta ammattilaisilta asiakkaan hoitoon liittyvistä asioista. Hän kykenee altistamaan oman terveen persoonallisuutensa hoitotyön välineeksi. (Janhonen – Pyykkö 1996: 15.)

Benner painotti mallissaan noviisista asiantuntijaksi sitä, että hoitaja ei toimi joka tilanteessa kuten asiantuntija. Hänen mukaansa hoitaja voi olla esimerkiksi tutussa tilanteessa kuten asiantuntija, mutta siirtyä pätevän hoitajan rooliin oudossa tilanteessa. Janhosen ja Pyykön tutkimusten mukaan hoitaja kuitenkin toimii koko ajan tietyn yhden mallin sisällä asettamansa hoitotyön tavoitteen ja tehtävän saavuttamiseksi. Hoitajan toiminnassa voi kuitenkin näkyä edellisen tai seuraavan mallin piirteitä. (Janhonen - Pyykkö 1996: 16.)

2.3 Ammatillinen osaaminen ja sen mittaaminen aikaisemmissa tutkimuksissa

Tutkimuksia, jotka käsittelevät kätilön ammatillista osaamista, ei ole kovinkaan monta. Naistentautien hoitotyöhön liittyviä tutkimuksia on tehty Suomessa vain vähän, eikä niistä yksikään koske varsinaisesti kätilön tai sairaanhoitajan valmiuksia naistentautien hoitotyössä. Opinnäytetyömme käsittelee ennalta tutkimatonta aihetta ja on tämän vuoksi merkityksellinen omalla alallaan. Tässä luvussa esittelemme joitakin uusimpia suomalaisia tutkimuksia, jotka käsittelevät hoitotyön tai kätilötyön osaamista. Ulkomaisia tutkimuksia ei otettu mukaan, sillä kulttuurit ja hoitotyön käytännöt ovat erilaiset eri maissa.

Tuula Kiuttu on tehnyt vuonna 2003 tutkimuksen koskien kätilön ammattitaitoa. Hän tutki osana SURAKE-hanketta kätilöiden osaamistasoa eri osaamisalueilla. Arvioitavat osaamisalueet ovat hoitotyön lähtökohdat, yhteistyö ja viestintä, työn hallinta, itsensä johtaminen ja työn kehittäminen. Tutkimuksessa tarkasteltiin, miten ikä, koulutus, työkokemus, fyysinen terveys ja henkinen vireys selittivät osaamista. Osaaminen kuvattiin osaamisalueittain kolmeen tasoon luokiteltuna. Tasot ovat: I-taso: Varmistava hoitotyön taso, II-taso: Pohtiva, erittelevä, arvioiva, ymmärtävä, yhteistyötä tekevä ja tukea antava hoitotyön taso ja III-taso: Voimavaraistava, kehittävä, soveltava, ennakoiva ja yhteiskunnallisesti osallistuva hoitotyön taso. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena itsearviointitutkimuksena Sairaanhoitajien urakehitys -hankkeessa (SURAKE) luodun kyselylomakkeen avulla ja kohderyhmänä olivat Keski-Suomen keskussairaalan naistentautien ja synnytysten klinikassa työskennelleet kätilöt (N = 79). Tuloksista ilmeni, että hoito-

työn lähtökohdat –osaamisalueella III-tasoon sijoittui eniten vastaajia (35 %) ja vähiten (22 %) työn hallinta- ja työn kehittäminen –osaamisalueilla. Tämä tarkoittaa siis sitä, että osaaminen oli parasta hoitotyön lähtökohtien –osaamisalueella ja huonointa hallinta- ja työn kehittäminen –osaamisalueilla. Kaikkien osaamisalueiden mukaan 19 % vastaajista sijoittui I-tasolle, 47 % II-tasolle ja 26 % III-tasolle. Taustamuuttujista ainoastaan lisä- ja täydennyskoulutuksilla ilmeni yhteyttä osaamiseen. Fyysisellä terveydellä ja iällä puolestaan oli yhteyttä henkiseen vireyteen. (Kiuttu 2003: 54-61, 64-78.)

Vaikka kätilön ammatillista osaamista ei ole tutkittu juurikaan, on sairaanhoitajan valmiuksia sitä vastoin tutkittu runsaasti. Kätilö toimii naistentautien hoitotyössä oman alansa erikoissairaanhoitajana, ja siksi on tärkeää huomioida myös sairaanhoitajien ammatillista osaamista koskevat tutkimukset. Monet tutkimukset myös lähestyvät hoitajan ammattitaitoa ja valmiuksia samalla tavalla kuin meidän opinnäytetyömme lähestyy kätilön ammattitaitoa ja valmiuksia.

Nina Ahola ja Anne Heikkilä (2005) ovat tutkineet sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä erikoissairaanhoidossa. He käyttivät tutkimuksessaan Meretojan NCS-mittaria, joka on luotu Bennerin mallin mukaan. Mittarissa osaaminen on jaettu seuraavaan seitsemään osa-alueeseen, jotka ovat auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, diagnosointi ja tarkkailu, nopeasti muuttuvien tilanteiden tehokas hallinta, hoitotoimenpiteiden ja hoito-ohjelmien toteuttaminen ja valvonta, terveyden hoidon laaduntarkkailu ja -varmistus sekä organisatoriset ja työrooliin liittyvät taidot. Tutkimuksen kohteena olivat suomalaisessa yliopistosairaalassa työskentelevät sairaanhoitajat. Aineisto koostui 296 sairaanhoitajan itsearvioinneista. (Ahola – Heikkilä 2005: 35-36.)

Tutkimuksessa kävi ilmi, että sairaanhoitajat arvioivat oman ammatillisen pätevyytensä hyväksi kaikilla seitsemällä osaamisen alueella. Parhainta ammatillinen pätevyys oli auttamisen osa-alueella. Sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä erittäin hyväksi eettisessä päätöksenteossa, hoitosuunnitelman muokkaamisessa potilaan tilanteen mukaisesti, potilaan selviytymiskeinojen tukemisessa ja potilaan yksilöllisessä kokonaisuhoiton suunnittelussa. Opettamisen ja ohjaamisen osa-alueella sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa erittäin hyväksi potilaan yksilöllisessä ohjauksessa, ohjattavan asian sisällön hallinnassa ja oman ammattitaitonsa aktiivisesta huolehtimisesta. Heikoimmat arvioinnit sairaanhoitajat antoivat ohjauksen tuloksien arvioinnista yhdessä omaisten kanssa, potilasohjauksen kehittämisestä ja koordinoinnista. Tarkkailutehtävän

osa-alueella sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä erittäin hyväksi potilaan voinnin analysoinnissa ja henkisen tuen tunnistamisessa. (Ahola – Heikkilä 2005: 40-67.)

Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat puolestaan arvioivat melko hyväksi ammatillisen osaamisensa kirjaamisen kehittämisessä. Tilannehallinnan osa-alueella sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä erittäin hyväksi priorisoidessaan toimintaansa joustavasti tilanteen mukaan ja toimiessaan hätätilanteissa. Ammatillinen pätevyys koettiin heikoimmaksi laadun varmistuksessa ja hoitotoimien hallinnassa. Hoitajat kokivat osavansa hyvin hyödyntää aktiivisesti tutkimustietoa työssään. He raportoivat myös hyödyntävänsä satunnaisesti tutkimustietoa potilashoidon kehittämisessä. Melko hyväksi sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa opiskelijoiden ja muun henkilökunnan ohjaamisessa. (Ahola – Heikkilä 2005: 40-67.)

Aholan ja Heikkilän tutkimuksen mukaan tilastollisesti merkittäviä, ammatillisen pätevyyteen yhteydessä olevia, taustamuuttujia olivat ammattinimike, tulosityksikkö, opiskelu tällä hetkellä, työkokemus terveydenhuollossa yhteensä, työkokemus nykyisessä työyksikössä, työsuhde ja ikä. Sairaanhoitajien arvioinnin mukaan pitkä työkokemus terveydenhuollossa yhteensä ja vakituinen työsuhde lisäävät ammatillista pätevyyttä kaikilla seitsemällä osa-alueella. (Ahola – Heikkilä 2005: 35-36, 40-67.)

Myös Mari Blek-Vehkaluoto (2006) käytti benneriläistä NCS-mittaria tutkiessaan sairaanhoitajien ammattipätevyyttä terveyskeskuksen avohoidossa. Blek-Vehkaluodon tutkimustulokset olivat samansuuntaiset Aholan ja Heikkilän tutkimustulosten kanssa. Tässäkin tutkimuksessa kävi ilmi, että sairaanhoitajat kokivat ammattipätevyytensä hyväksi kaikilla seitsemällä osaamisen alueella ja parasta osaaminen oli auttamisen osa-alueella. Myös tässä tutkimuksessa heikoimmaksi osa-alueeksi koettiin hoitotoimien hallinta. (Blek-Vehkaluoto 2006: 23, 26-48.)

Edellisten tutkijoiden lisäksi myös Jaana Mäkipoura (2005) käytti Meretojan luomaa NCS-mittaria selvittäessään sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä ja täydennyskoulutustarvetta. Tutkimuksen kohteena olivat erään sairaalan neurologian klinikan sairaanhoitajat (N = 49). Tutkimuksen tulokset erosivat hieman aikaisemmin esitellyistä tutkimuksista. Tulosten mukaan sairaanhoitajien itsearvioima ammatillinen pätevyys oli hyvä. Sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä parhaimmaksi tarkkailutehtävi-

en ja auttamisen alueilla. Heikoimmaksi alueeksi puolestaan arvioitiin laadunvarmistuksen alue. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien toiminnalla, ammatillisella koulutuksella ja työsuhteella oli yhteyttä ammatilliseen pätevyyteen. Tutkimuksen avoimien kysymysten vastausten mukaan sairaanhoitajat toivoivat eniten täydennyskoulutusta neurologisen potilaan hoitotyöstä, hoitotoimien hallinnasta sekä opettamisesta ja ohjaamisesta. (Mäkipeura 2005: 7-8, 30-31, 36-55.)

Virpi Sulosaari (2005) on tutkinut vastavalmistuneen sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen tasoa sairaanhoitajan arvioimana. Tuloksista selvisi, että vastavalmistuneet sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen kokonaisosaamisen tasonsa hyväksi. Tutkimus oli survey-tyyppinen kyselytutkimus. Tutkimuskohteina olivat sairaanhoitajan viisi ammatillisen osaamisen aluetta: teoreettinen osaaminen, kliininen osaaminen, opetus- ja ohjausosaaminen, eettinen ja arvo-osaaminen ja yhteistyöosaaminen. Tutkimukseen osallistui yhteensä 135 sairaanhoitajaa. (Sulosaari 2005: 2, 30-33, 38.)

Tutkimuksen mukaan vastavalmistuneiden sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen taso kokonaisosaamisena arvioituna oli hyvä, mutta ei erinomainen. Vastavalmistuneiden sairaanhoitajien osaaminen koettiin yksilöllisesti hyvinkin eritasoiseksi. Persoonallisuuden ja asenteen koettiin myös vaikuttavan ammatillisen osaamisen kehittymiseen vastavalmistuneella sairaanhoitajalla. Hyvinä persoonallisuuden piirteinä pidettiin aktiivisuutta, ulospäin suuntautuneisuutta, nöyryyttä sekä oma-aloitteisuutta. Edellytyksiä ammatillisen osaamisen kehittymiselle ovat halu oppia ja aito kiinnostus sairaanhoitajan työhön. Kyky ottaa ohjausta vastaan sekä myönteinen asenne ovat tärkeitä asenteellisia ominaisuuksia. Pidempään alalla olleiden osaamista on osattava kunnioittaa ja oman osaamisen rajat on tunnettava. (Sulosaari 2005: 39- 40.)

Tutkimuskohteina olleista osaamisalueista vastavalmistuneiden sairaanhoitajien ammatillinen osaaminen on parhainta eettisen ja arvo-osaamisen alueella sekä yhteistyöosaamisen alueella sairaanhoitajien arvioimana. Vastavalmistunut sairaanhoitaja hallitsee paremmin teoreettisen ja kliinisen osaamisen kuin ohjaus- ja opetusosaamisen. Opetus- ja ohjausosaaminen hallitaankin selvästi heikommin muihin osaamisalueisiin verrattuna. Erityisesti työyksikköön liittyvät opetus- ja ohjaustaidot vastavalmistunut sairaanhoitaja osaa vain tyydyttävästi. Teoreettisen osaamisen alueella hallitaan parhaiten uuden tiedon hankinta sekä tieto erilaisista hoitotyön auttamismenetelmistä. (Sulosaari 2005: 41-48.)

Heikoiten vastavalmistunut sairaanhoitaja hallitsee tutkitun tiedon soveltamisen työyksikön hoitotyön arviointiin ja kehittämiseen. Kliinisen osaamisen alueella hallitaan heikoiten hoitoelvytys, keskeisiin radiologisiin tutkimuksiin liittyvät valmistelut ja potilaan seuranta, hoitotyössä tarvittavien teknisten laitteiden käyttö sekä potilastietojärjestelmien käyttö. Parhaiten hallitaan aseptinen toiminta, hyvä perushoito, keskeiset hoitotyön auttamismenetelmät, sekä potilaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti hoitosuhteessa toimiminen. Opetus- ja ohjausosaamisen alueilla hallitaan heikoiten uuden ohjausmateriaalin tuottaminen, uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttäminen ja hoitotyön opiskelijoiden ohjaaminen ja opettaminen. Parhaiten hallitaan potilaan tukeminen ja ohjaaminen itsehoidossa, potilaan ohjaustarpeen tunnistaminen ja ohjaustilanteen toteuttaminen. (Sulosaari 2005: 41- 48.)

Eettisen ja arvo-osaamisen alueella hallitaan selkeästi heikoiten potilaan ohjaaminen potilaan oikeuksia koskevaan lainsäädäntöön liittyvissä kysymyksissä. Parhaiten hallitaan salassapitovelvollisuuden noudattaminen ja toimiminen ammatinharjoittamista koskevan lain ja potilaan oikeuksia koskevan lainsäädännön mukaisesti. Yhteistyöosaamisen alueella hallitaan heikoiten hoitotyön toteutus ja arviointi yhdessä potilaan kanssa, työtovereiden tukeminen ongelmatilanteissa sekä rakentavan ja kannustavan palautteen antaminen työyhteisössä. Parhaiten hallitaan neuvojen kysyminen tarvittaessa työtehtävien suorittamiseksi sekä yhteistyössä toimiminen muiden sairaanhoitajien kanssa. (Sulosaari 2005: 41- 48.)

Arja Laakkonen (2004) on tehnyt tutkimuksen hoitohenkilöstön ammatillisesta kasvusta hoitokulttuurissa. Tutkimuksen tarkoituksena oli laajentaa ymmärrystä hoitokulttuurista ammatillisena kasvuympäristönä. Tutkimuksessa kuvattiin erästä terveydenhuollon toimintayksikköä hoito- ja työympäristönä sekä siellä vallitsevia toimintakäytäntöjä. Tutkimusyksiköksi oli valittu eräs gynekologinen poliklinikka. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida tutkitun hoitokulttuurin tarjoamia ammatillisen kasvun mahdollisuuksia. Tutkimus on laadullinen etnografinen tutkimus. Tutkimuksen aineisto kerättiin usealla eri aineistonkeruumenetelmällä (menetelmätriangulaatio). (Laakkonen 2004: 56, 60-67.)

Tutkimustuloksissa kävi ilmi, että tutkimusyksikössä vallitseva hoitokulttuuri ei mahdollista työntekijöiden eikä myöskään opiskelijoiden kehittymistä kyseisessä työyksi-

kössä. Tutkimustulosten mukaan nykykäytäntö tuhlaa organisaation resursseja sekä hukkaa hoitajien voimavaroja. Yksikössä hoitajan rooli oli kapea-alainen sekä passiivinen ja siihen kohdistui kapea-alaisia odotuksia. Olemassa olevaa osaamista ei myöskään hyödynnetty. Ammatillisen osaamisen arviointi työyksikössä oli sangen vähäistä. Hoitajien päätöksenteko- ja ongelmanratkaisutaidot eivät kehittyneet, koska tutkimusyksikössä hoitajien toiminta oli epäitsenäistä sekä annettujen tehtävien rutiininomaista ja sääntöorientoitunutta suorittamista. Sama pätee opiskelijaan, joka saa ohjausta tutkimusyksikön hoitajilta. (Laakkonen 2004: 168-169.)

Tutkimusyksikön hoitajien näkemys omasta työyhteisöstään oli suppea. Hoitajat tarkoittivat työyhteisöllä lähinnä hoitajien muodostamaa yhteisöä. Tutkimusyksikön hoitajat kokivat myös oman erityisalansa arvostuksen jäävän heikoksi verrattuna muuhun toimintaan. Kaiken kaikkiaan hoitajan ammatillinen kasvu oli jäänyt varmistavan hoitotyön tasolle. (Laakkonen 2004: 169-180.)

Sari Härkin (2000) on tutkinut ammattikorkeakoulusta valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemyksiä koulutuksesta saavuttamistaan valmiuksista. Tämän lisäksi selvitettiin miten koulutus vastaa sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemysten mukaan työelämästä nouseviin sairaanhoitajan ammattitaitovaatimuksiin. Aineisto kerättiin kuuden eri ammattikorkeakoulun juuri valmistumassa olevilta sairaanhoitajaopiskelijoilta keväällä 1999. Kyselyyn vastasi 60 sairaanhoitajaopiskelijaa. (Härkin 2000: 8-10, 38.)

Härkinin tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajaopiskelijat näkivät koulutuksessa saavuttamansa teoretiedot pääosin hyvinä. Erityisen hyviksi taidot koettiin hoitotieteen perusteissa, hoitotyön tutkimuksessa sekä hoitotyön etiikassa. Myös tiedot ihmisestä ja ihmisen toiminnasta arvioitiin pääosin hyviksi. Erikoisaloilta saavutetut teoretiedot olivat kohtalaiset tai heikot. Ensihoidossa, anestesiologiassa, hoitotyön laadun hallinnassa, hoitotyön pedagogiikassa opiskelijat arvioivat tietonsa melko heikoiksi. Kirurgiassa, pediatriassa, psykiatriassa, sisätaudeissa ja yksilövastuisessa hoitotyössä he puolestaan kokivat tietonsa melko hyviksi. Hoitotaidollisista valmiuksista perushoitovalmiudet puolestaan arvioitiin erittäin hyviksi. Sen sijaan akuuteissa tilanteissa vaadittavissa taidoissa opiskelijat kokivat saavuttaneensa valmiudet pääosin kohtalaisesti. Potilaan kohtaamisen valmiudet opiskelijat arvioivat hyviksi samoin kuin yhteistyövalmiudet eri yhteistyötahojen kanssa. Opetukselliset ja ohjaukselliset valmiudet koettiin muuten hyviksi, mutta ennakoivan terveyskasvatuksen kohdalla valmiudet arvioitiin kohta-

laisiksi. Itsensä ja ammattinsa kehittämisen valmiudet opiskelijat kokivat saavuttaneensa hyvin. (Härkin 2000: 43-63.)

Opiskelijoiden näkemysten mukaan koulutus oli vastannut pääosin hyvin työelämän ammattitaitovaatimuksiin. Kuitenkin opiskelijat olisivat toivoneet saavuttavansa paremmat käden taidot. Opiskelijat olisivat halunneet koulutukseensa enemmän laboraatio- ja kliinisen käytännön opetusta. He toivoivat myös teoriaopetuksen kehittämistä käytännönläheisemmäksi, sillä nyt teorian tiedon soveltaminen käytäntöön koettiin vaikeaksi. Teorian tiedon opetusta oli ollut opiskelijoista noin 50 %:n mielestä riittävästi koulutuksen aikana. Noin kolme neljäsosaa opiskelijoista oli kokenut ristiriitaa koulutuksen ja työelämän vaatimusten välillä. Eniten ristiriitaa oli esiintynyt käytännön toimenpiteiden ja teoriatietojen yhteydessä. Noin kolme neljäsosaa vastaajista myös ilmoitti kokeneensa puutteita koulutuksessaan saavuttamistaan valmiuksissa ja vajaa kolmasosa opiskelijoista koki olevansa tyytymätön saavuttamiinsa valmiuksiin ja koulutukseensa. (Härkin 2000: 63-68.)

Marjo Salmela (2004) on tutkinut valmistumassa olevien sairaanhoitajaopiskelijoiden hoitamisen taitoja ja niiden opetusta ammattikorkeakoulussa. Tutkimuksessa tarkastellaan opiskelijoiden, opettajien ja ohjaajien arvioita opiskelijoiden fyysisistä ja psykoemotionaalisista hoitamisen taidoista sekä niiden opetuksen määrästä. Tarkoituksena oli myös verrata eri ryhmien arviointeja keskenään. Tutkimuksen aineisto kerättiin useaan eri otteeseen eri tutkimusjoukoilta tutkimusta varten laaditulla kyselylomakkeella. Ensimmäisessä vaiheessa vuonna 1996 kerättiin aineisto sekä opistoasteen että ammattikorkeakoulujen sairaanhoitajaopiskelijoilta, mutta tähän tutkimukseen otettiin mukaan vain ammattikorkeakoulujen opiskelijat, koska heidän osaamisensa oli heikompaa kuin opistoasteen opiskelijoiden. Opettaja- ja ohjaaja-aineistot kerättiin puolestaan vuonna 2001 eri lääneistä. (Salmela 2004: 11-12, 43-46.)

Salmelan tutkimuksen mukaan kaikki osapuolet arvioivat opiskelijoiden taidot keskinertaisiksi. Ohjaajien arvioinnit olivat kaikista kriittisimpiä. Opettajat kokivat opiskelijoiden fyysiset hoitamisen taidot kaikkein positiivisimmin. Fyysisten taitojen opetuksen määrän opiskelijat arvioivat muista poiketen keskimääräistä vähäisemmäksi. Ohjaajat arvioivat opiskelijoiden psykoemotionaaliset hoitamisen taidot kaikilla hoitamisen tasoilla huonommiksi kuin opiskelijat ja opettajat. Kaikki osapuolet olivat kuitenkin yksimielisiä siitä, että opiskelijoiden taidot olivat parhaimmat terveyttä tukevassa hoitami-

sessä. Kaikki olivat yksimielisiä myös siitä, että eniten oli opetettu psykoemotionaalista terveyttä tukevaa ja vähiten tautispesifistä hoitamista. Opiskelijoiden hoitamisen taitoja selittivät tutkimuksen mukaan opetuksen määrä, suuntaavien opintojen painottuminen, käytännön harjoittelu sekä aikaisempi tutkinto. (Salmela 2004: 56-103.)

Sanna Ylisipola on tehnyt opinnäytetutkielman vuonna 2004 aiheesta Hoitotyön opiskelijoiden valmiudet näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Kohteena oli vuoden 2003 aikana valmistuvia hoitotyön opiskelijoita viidestä eri ammattikorkeakoulusta. Kysely osoitettiin sadalle opiskelijalle, joista 95 % vastasi. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. (Ylisipola 2004: 9, 18-20.)

Tuloksista kävi ilmi, että hoitotyön opiskelijoiden tiedot näyttöön perustuvasta hoitotyöstä olivat keskinertaiset tai hiukan paremmat. Vain neljäsosa opiskelijoista arvioi itse tietonsa hyväksi. Hoitotyön opiskelijoilla oli hyvät taidot hakea tietoa tietokoneen avulla, mutta ajanpuute esti kunnollisen tiedon haun. Kotimaisen kirjallisuuden ja tutkimustiedon käyttö oli runsasta, kun taas kansainvälistä kirjallisuutta ja tutkimustietoa opiskelijat eivät juuri hyödyntäneet. Useat opiskelijat arvioivat, että koulussa opetetut tiedot pohjautuivat tutkimustietoon, ja että tutkimukselliseen otteeseen rohkaistiinkin, mutta lisätukea näyttöön perustuvan hoitotyön harjoitteluun kaivattiin. Käytännön harjoittelussa opiskelijat eivät hakeneet paljoa tutkimustietoa itse ja harva oli keskustellut tai kokenut saavansa tukea tutkimustiedon käyttöön käytännön ohjaajilta. Suurin osa opiskelijoista oli sitä mieltä, että tutkimustiedon hyödyntäminen on tärkeää omassa opiskelussa ja hoitotyössä. Melkein kaikki hoitoalan opiskelijoista (92 %) olivat sitä mieltä, että näyttöön perustuvan hoitotyön toiminnan avulla voidaan potilasta hoitaa yksilöllisesti. 78 % oli sitä mieltä, että potilaan hoidossa tehtävän päätöksenteon tulee pohjautua tutkittuun tietoon. Toisaalta 82 % opiskelijoista arvioi, että käytännön hoitotyöstä saatu kokemustieto on tärkein tietoperusta. (Ylisipola 2004: 24-37.)

Riitta-Liisa Ääri (2002) on tehnyt pro gradu -tutkielman, jonka tarkoituksena oli kuvata valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksia (perustietoja ja -taitoja) toimia tehohoitajina sekä tarkastella tehohoidon perustietoihin vaikuttavia tekijöitä. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella tehohoidon perustiedon hallintaa mittaavalla mittarilla BKAT-5. Kyselyyn vastasi 130 jouluna 2001 tai vuoden vaihteessa 2001-2002 valmistuvaa sairaanhoidon opiskelijaa, jotka olivat Länsi-Suomen läänistä kahdesta eri ammattikorkeakoulusta. (Ääri 2002: 30-33.)

Tutkimuksen mukaan suomalaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden tehohoitotyön perustiedot olivat korkeintaan tyydyttävät. Valmistuvien pistekeskisarvo Tehohoitotyön perustiedot –arviointimittarista oli 40 pistettä. Suurin pistemäärä oli 76 pistettä ja pienin pistemäärä oli neljä pistettä. Mittarin maksimipistemäärä oli 100 pistettä. Parhaimmat tiedot opiskelijoilla oli muu tehohoitotieto -osa-alueesta, hermoston ja umpieritysrauhasten toiminasta. Huonoimmin opiskelijat hallitsivat hengityksen, mahasuolikanavan ja sydämen ja verenkiertoelimistön toimintaan liittyviä asioita. Miehet saivat keskimäärin parempia pisteitä kuin naiset. Tehohoitto-opintojen suorituksella oli myönteinen vaikutus perustiedon hallintaan. Pelkällä kiinnostuksella tehohoittoon ei ollut vaikutusta tietoon, mutta halukkuudella hakeutua töihin teho-osastolle valmistumisen jälkeen oli myönteinen yhteys tietoon. Teho-osastolla suoritettulla ohjatulla harjoittelulla ei havaittu olevan yhteyttä tehohoidon perustietoon. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajakoulutusta tulisi kehittää tukemaan enemmän tehohoidon osaamista erityisesti hengityksen sekä sydämen ja verenkiertoelimistön toiminnan osalta. Myös yhteistyötä käytännön harjoittelukenttien kanssa tulisi kehittää, sillä käytännön harjoittelu on tutkimuksen mukaan tällä hetkellä tehotonta. (Ääri 2002: 35-46.)

Anna-Maija Kaira on tutkinut vuonna 2002 sairaanhoitajan ammattitaitoa sairaanhoitajien itsensä ja osastonhoitajien arvioimana. Tutkimuksen kohderyhmänä oli yhden sairaanhoitopiirin kirurgien ja sisätautien toimialueilla työskentelevät sairaanhoitajat ja heidän osastonhoitajansa. Tutkimuksessa käytettiin kyselylomaketta, joka on luotu alun perin USA:ssa kehitetyn ammattitaitomittarin pohjalta. Tutkimuksen aineisto koostuu sairaanhoitajien itsearvioinneista (n=483) ja osastonhoitajien tekemistä esimiesarvioinneista (n=81). (Kaira 2002: 20-26.)

Kairan tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajan ammattitaidon vahvimpia osa-alueita heiltä itseltään saadun tiedon perusteella ovat ammatillinen kehittyminen, kriittisesti sairaan potilaan hoitamisen taidot ja vuorovaikutustaidot. Heikoimpia osa-alueita puolestaan ovat opetus- ja yhteistyötaidot, johtamistaidot sekä hoidon suunnittelu- ja arviointitaidot. Parhaimmiksi arvioimiaan taitoja sairaanhoitajat tarvitsevat työssään useammin kuin heikommiksi arvioimiaan taitoja. (Kaira 2002: 33-56, 66.)

Osastonhoitajilta saadun tiedon mukaan sairaanhoitajan ammattitaidon vahvimmat osa-alueet ovat kriittisesti sairaan potilaan hoitamisen taidot, vuorovaikutustaidot, ammatil-

linen kehittyminen sekä hoidon suunnittelu- ja arviointitaidot. Ammattitaidon heikoimmat osa-alueet taas ovat opetus- ja yhteistyötaidot sekä johtamistaidot. Myös osastonhoitajilta saadun tiedon perusteella parhaimmiksi arvioituja taitoja tarvitaan sairaanhoitajan työssä useammin kuin heikommiksi arvioituja taitoja. (Kaira 2002: 33-56, 66.)

Tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajan ammattitaito heiltä itseltään saadun tiedon mukaan on kokonaisuudessaan hyvä. Osastonhoitajilta saadun tiedon mukaan ammattitaito puolestaan on erittäin hyvä. Työkokemuksella oli yhteyttä ammattitaidon kehittymiseen sairaanhoitajien itsensä arvioimana. Lähes kaikilla ammattitaidon osa-alueilla taidot karttuivat kokemusvuosien myötä. Sairaanhoitajien itsensä kokemana ammattitaito on parhaimmillaan 11 - 20 vuoden työkokemuksella. Sairaanhoitajien itsearvioinneissa myös iän karttumisella on yhteys ammattitaidon kehittymiseen. Nuorin ikäluokka, 21 – 30 -vuotiaat, arvioivat taitonsa heikommiksi kaikilla ammattitaidon osa-alueilla kuin muut. Osastonhoitajien tekemien arviointien mukaan ei ole vastaavaa yhteyttä iän ja kokemusvuosien karttumisen ja ammatillisen kehittymisen välillä. Tutkimuksen tulokset paljastivat myös että, sairaanhoitajien ja osastonhoitajien arviointien mukaan koulutuksella ei ole juurikaan merkitystä ammattitaidon kannalta. Kairan tutkimuksen tuloksia voidaan mahdollisesti hyödyntää sairaanhoitajan ammattitaidon arvioimisessa ja ammatillisessa kehittämisessä, koulutuksen suunnittelussa ja hoitotyön johtamisessa. Kaira myös ehdottaa, että jatkotutkimuksena olisi hyvä tutkia sairaanhoitajakoulutuksen antamia valmiuksia niihin taitoihin, joita käytännön työssä tarvitaan. (Kaira 2002: 59-66, 76.)

Suomessa on tehty joitakin julkaisuja sairaanhoitajan ammattiuralla etenemisestä ja pätevyuden mittaamisesta hoitotyössä. Hyksin Aura-työryhmä on laatinut Bennerin mallin pohjalta sairaanhoitajien ammatillista kehittymistä ja hoitotyön asiantuntijuutta tukevan urakehitysmallin ja kehittämisohjelman. Raportissa esitellään myös kattava sairaanhoitajan ammatillisen kasvun ja ammattiuralla etenemisen arviointimittari, jota sairaalat voivat hyödyntää kehittäessään hoitajien koulutusta. (Aura-työryhmä 1995.)

Anne Ellonen (1999) on puolestaan laatinut julkaisun pätevyuden mittaamisesta hoitotyössä. Tässä työssä kuvataan muun muassa valmistuvien sairaanhoitajien pätevyysvaatimukset. Pätevyysvaatimukset jaetaan yhteentoista luokkaan ja niissä on yhteensä 68 osa-aluetta. Nämä luokat ovat: 1) potilaan turvallisuudesta huolehtiminen, 2) potilaan hygienian hoito, 3) potilaan aktiivisuudesta ja levosta huolehtiminen, 4) potilaan ravit-

semuksesta huolehtiminen, 5) potilaan erittämisestä huolehtiminen, 6) potilaan hengittämisestä huolehtiminen, 7) potilaan lääkityksestä ja erityishoidosta huolehtiminen, 8) potilaan tilan arvioiminen, 9) kommunikointi, 10) toiminnan organisointi ja 11) itsensä ja ammatin kehittäminen. Tässä julkaisussa selvennettiin myös, millaisia ovat hoitotyön tekijöiden pätevyysvaatimukset. Näiden vaatimusten avulla luodulla mallilla voidaan arvioida hoitotyön tehtäviin hakevien henkilöiden pätevyyttä. (Ellonen 1999.)

3 OPINNÄYTETYÖN KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa valmistumassa olevien kättilöopiskelijoiden kokemustaan taidoistaan naistentautien hoitotyössä. Työssä keskitytään neljään naistentautien hoitotyön osaamisalueeseen, joita ovat eettinen osaaminen, ohjaus- ja opetusosaaminen, yhteistyötaidot ja kliininen osaaminen. Näiden lisäksi työssä kartoitetaan, kuinka vetovoimaiseksi kättilöopiskelijat kokevat naistentautien hoitotyön alan. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää alan vetovoimaisuuden kehittämiseen, kättilökoulutuksen kehittämiseen vastaamaan paremmin työelämän vaatimuksia sekä osastojen perehdytyksen kehittämiseen.

Opinnäytetyömme kysymykset ovat:

- Millaiseksi valmistuvat kättilöopiskelijat kokevat eettisen osaamisensa naistentautien hoitotyössä?
- Millaiseksi valmistuvat kättilöopiskelijat kokevat ohjaus- ja opetusosaamisensa naistentautien hoitotyössä?
- Millaiseksi valmistuvat kättilöopiskelijat kokevat yhteistyötaitonsa naistentautien hoitotyössä?
- Millaiseksi valmistuvat kättilöopiskelijat kokevat kliinisen osaamisensa naistentautien hoitotyössä?
- Kuinka vetovoimaiseksi valmistuvat kättilöopiskelijat kokevat naistentautien hoitotyön alan?

4 OPINNÄYTETYÖN SUORITTAMINEN

4.1 Kyselytutkimus tutkimusmenetelmänä

Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelmat ratkaisevat ensisijaisesti tutkimusmenetelmän. Tässä työssä tutkimusongelmiin etsitään ratkaisua kyselytutkimuksen avulla, sillä sen avulla saadaan arvokasta tietoa siitä, millaiseksi kättilöopiskelijat kokevat oman osaamisensa. Kvantitatiivinen tutkimus on havainnoiva eli empiirinen tutkimus. Kvantitatiivisen tutkimuksen tyypillisiä aineistonkeruumenetelmiä ovat lomakekyselyt eli surveyt, www-kyselyt, strukturoidut haastattelut, systemaattinen havainnointi ja kokeelliset tutkimukset. Oman aineiston kerääminen on erittäin tavallista tällaiselle tutkimustyyppille. Kvantitatiivista tutkimusta voidaan kutsua myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Sen avulla voidaan selvittää lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä ja eri asioiden välisiä riippuvaisuuksia. Sen avulla voidaan selvittää myös tutkittavissa ilmiöissä tapahtuneita muutoksia. Tämä tutkimustapa edellyttää riittävän suurta otosta. Yleensä aineistonkeruussa käytetään valmiita kyselylomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen. Asioita voidaan kuvata numeeristen suureiden avulla. Tuloksista voidaan tehdä taulukoita ja erilaisia kuvioita. Kvantitatiivinen tutkimus on tehokas ja taloudellinen tapa tutkia ilmiötä silloin, kun tutkittavia on paljon. Kyselytutkimuksessa tutkitaan jo tapahtuneita asioita tai tutkittavien odotuksia tulevasta. (Heikkilä 2004: 13-19.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkija voi olla joko tutkittavien lähellä tai etäällä tutkittavista. Kyselytutkimuksessa on monta hyvää puolta. Huolellisesti suunnitellun kyselylomakkeen ansiosta aineisto voidaan käsitellä nopeasti tallennettuun muotoon ja analysoida se tietokoneen avulla. Kustannukset ja aikataulu voidaan arvioida tarkoin. Kyselylomakkeen avulla kerätyn tiedon käsittelyyn on kehitetty tilastolliset analyysitavat ja raportointimuodot, tutkijan ei siis tarvitse tavattomasti itse kehittää uusia aineistojen analyysitapoja. Toisinaan tulosten tulkinnassa voi silti esiintyä ongelmia. Kyselytutkimukseen liittyy myös heikkouksia. (Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 2004: 182-184.)

Kontrolloituja kyselyitä on kahdenlaisia: informoitu kysely sekä henkilökohtaisesti tarkistettu kysely. Kontrolloidussa kyselyssä tutkija jakaa kyselylomakkeet henkilökohtaisesti. Jakaessaan tutkimusta tutkija kertoo tutkimuksen tarkoituksesta, selostaa kyselyä sekä vastaa mahdollisiin kysymyksiin. Henkilökohtaisesti tarkistetussa kyselyssä tutkija on lähettänyt lomakkeen postitse, mutta noutaa ne itse sovittuna ajankohtana. Näin hän voi tarkistaa miten lomakkeet on täytetty ja keskustella lomakkeen täyttämiseen tai tutkimukseen liittyvistä kysymyksistä. (Hirsjärvi ym. 2004: 185-186.) Tässä opinnäyte-

työssä käytetään kontrolloitua informoitua kyselyä. Veimme itse kyselylomakkeet ryhmille kouluun ja keräsimme ne opiskelijoilta, kun he olivat täyttäneet ne. Kerroimme pääkohdat työstämme ja annoimme ohjeet, miten lomakkeet täytetään. Vastasimme myös tarvittaessa lisäkysymyksiin.

4.2 Mittarin kehittäminen ja aineiston keruu

Työelämästä nousi tarve tutkia kätilön ammatillista osaamista naistentautien hoitotyössä sekä valmistumassa olevien kätilöopiskelijoiden että jo jonkin aikaa työelämässä olleiden kätilöiden osalta. Tätä varten koottiin kaksi opinnäytetyöryhmää, joista toinen ryhmä ryhtyi selvittämään valmistuvien kätilöopiskelijoiden ja toinen ryhmä työssä olevien kätilöiden ammatillista osaamista. Tämän opinnäytetyön kartoittama joukko koostui valmistuvista opiskelijoista. Toisen ryhmän opiskelijat Marianne Ilveskoski, Hanna Metelinen ja Niina Pöyhönen selvittelivät puolestaan jo työssä olevien kätilöiden osaamista.

Halusimme tehdä yhdenmukaisen mittarin toisen ryhmän kanssa, että tutkimustulokset olisivat helposti vertailtavissa keskenään. Valmista mittaria, jolla mitattaisi valmistumassa olevien kätilöopiskelijoiden valmiuksia naistentautien hoitotyössä, ei ole. Tutkimme erilaisia mittarivaihtoehtoja kuten HUS:n AURA-mallia, Riitta Meretojan NCS-mittaria ja Virpi Sulosaaren luomaa mittaria sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen tasosta (Ahola ym. 2005; Aura-työryhmä 1995; Meretoja 2003; Sulosaari 2005). Yhdessä toisen ryhmän kanssa päädyimme käyttämään mittarimme pohjana Sulosaaren mittaria, sillä se vastasi eniten tarpeitamme. Sulosaaren mittarista hyödynsimme sen rakennetta koskien osaamisen luokittelua. Hahmottelimme omat väitteemme käyttäen apuna Sulosaaren luoman mittarin kysymyksiä. Mittaria on kehitelty myös yhteistyössä työelämän edustajan kanssa luodaksemme mittarin, joka vastaa juuri heidän tarpeitaan.

Mittari pohjautuu opetusministeriön luokitukseen kätilötyön osaamisesta. Osaamisen osa-alueet ovat 1) eettinen osaaminen, 2) terveyden edistäminen, 3) ohjaus- ja opetusosaaminen, 4) yhteistyötaidot, 5) tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen, 6) yhteiskunnallinen ja monikulttuurinen osaaminen, 7) kliininen osaaminen ja 8) osaaminen kätilötyön keskeisillä osa-alueilla. (Opetusministeriö 2006: 78-83; Sulosaari 2005.) Näistä alueista valitsimme mittarimme pohjaksi eettisen osaamisen, ohjaus- ja opetusosaamisen, yhteistyötaidot sekä kliinisen osaamisen. Päädyimme kyseisiin osa-alueisiin,

koska ne ovat keskeisimpiä uraa aloittelevalla kättilölle tai vasta jonkin aikaa työssä olleelle kättilölle. Yhdistimme edellä mainittuihin mittarimme osa-alueisiin kysymyksiä myös terveyden edistämisestä, yhteiskunnallisesta ja monikulttuurisesta osaamisesta sekä osaamisesta kättilötyön keskeisillä osa-alueilla. Täten saimme luotua mittaristamme mahdollisimman kattavan.

Mittarin alussa kartoitettiin vastaajien taustatietoja. Tässä opinnäytetyössä selvitettiin kysymyksillä 1 - 5 vastaajan ikä, opiskeluaste, aiemmat tutkinnot, naistentautien hoitotyön harjoittelupaikka sekä muu työkokemus naistentautien hoitotyöstä. Mittari koostui suurimmaksi osaksi strukturoiduista kysymyksistä eli kyselylomake sisälsi väitteitä, joihin vastattiin ympyröimällä mielipidettä parhaiten kuvaava vaihtoehto. Likertasteikon vaihtoehdot olivat: täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä. Strukturoidut väitteet oli jaettu neljään eri osa-alueeseen: eettinen osaaminen (väitteet 6 - 17), ohjaus ja opetusosaaminen (väitteet 18 - 24), yhteistyötaidot (väitteet 25 - 38) ja kliininen osaaminen (väitteet 39 - 76). Kliinisen osaamisen osa-alue piti sisällään osion, jossa selviteltiin vastaajan osaamista naistentautien hoitotyön eri osa-alueilla (väitteet 69 - 76). Edellä mainittujen neljän osaamisen osa-alueen strukturoidut väitteet ovat pääosin samat kummallakin opinnäytetyöryhmällä. Joitakin kysymyksiä jouduimme muokkaamaan erilaisiksi sen mukaan onko otoksena opiskelijat vai jo valmistuneet kättilöt. Näiden väitteiden lisäksi kyselylomakkeen kysymyksessä 77 pyydettiin opiskelijoita tai valmiita kättilöitä arvioimaan kokonaisosaamistaan naistentautien hoitotyössä kouluarvosanalla 4 - 10. (Liite 4.)

Kyselylomakkeen lopussa oli osio, jolla haettiin vastauksia naistentautien hoitotyön vetovoimaisuuteen sekä koulutuksen ja harjoittelujen tasoon opiskelijan kokemana (väitteet 78 - 81). Lomakkeen kysymyksellä 82 selvitettiin, minne opiskelijat halusivat töihin valmistumisen jälkeen. Viimeisessä osiossa oli myös kolme avointa kysymystä. Ensimmäisellä avoimella kysymyksellä (kysymys 83) haettiin perusteluja siihen, miksi opiskelija voisi tai ei voisi työskennellä naistentautien osastolla. Kahdella viimeisellä avoimella kysymyksellä puolestaan selvitettiin kehitysehdotuksia naistentautien hoitotyön opetukseen (kysymys 84) ja ohjattuun harjoitteluun (kysymys 85). (Liite 4.)

Ennen virallisten kyselyiden suorittamista teimme pienen esitutkimuksen, jonka tulosten avulla muokkasimme mittaria tarkoituksiimme sopivammaksi. Esitutkimuksen suoritimme helmi-maaliskuussa 2007 neljällä Stadian opiskelijalla, jotka eivät kuuluneet

opinnäytetyömme viralliseen otokseen. Saimme esitutkimuksessa hyviä vinkkejä joidenkin kysymysten selkeyttämiseksi ja kehittämiseksi. Ehdotusten avulla muutimme muutaman kysymyksen rakennetta.

Opinnäytetyötä varten hankimme kirjallisen tutkimusluvan ammattikorkeakoulu Stadian vs. va. rehtori Juha-Pekka Liljanderilta. Lupahakemusta varten laadimme kirjallisen hakemuksen (Liite 1), jonka liitteeksi laitoimme tutkimussuunnitelmamme, kyselylomakkeen (Liite 4) sekä saatekirjeen (Liite 3). Luvan saimme kirjallisena 20.3.2007 (Liite 2).

Toteutimme kyselyn huhtikuussa ja toukokuussa vuonna 2007. Opinnäytetyön perusjoukko koostui kahdesta Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian lähellä valmistumista olevasta ryhmästä, joista toinen oli nuorisoasteen ryhmä ja toinen oli aikuisopiskelijaryhmä. Valitsemamme opiskelijat valmistuivat noin puolen vuoden sisällä kyselyn suorittamisesta, joten he olivat jo suorittaneet naistentautien hoitotyön opinnot. Nuorisoasteen kättilöopiskelijat opiskelevat vanhan suunnitelman mukaan ja aikuisasteen opiskelijat opiskelevat uuden juonneopetussuunnitelman mukaan. Kysely toteutettiin paperimuodossa, sillä mittarin saattaminen sähköiseen muotoon olisi aiheuttanut lisäkustannuksia ja olisi vienyt ylimääräistä aikaa. Olimme keväällä 2007 yhteydessä ryhmien tutoropettajiin ja sovimme heidän kanssaan sopivat ajankohdat kyselyn toteuttamiselle. Kyselyn toteutimme menemällä itse ryhmien tunneille, joten saimme itse jaettua lomakkeet kaikille osallistujille. Ennen kyselyn täyttämistä kerroimme opiskelijoille lyhyesti opinnäytetyöstämme. Tämän lisäksi jaoimme jokaiselle osallistuvalla opiskelijalle saatekirjeen, jossa oli lisätietoa opinnäytetyöhömmä liittyen. Keräsimme kyselylomakkeet itse heti, kun opiskelijat olivat saaneet täytettyä ne. Kyselylomakkeita jaettiin kaikkiaan 30 opiskelijalle, joista kaikki täyttivät lomakkeen. Kaikki lomakkeet olivat riittävän huolellisesti täytettyjä, joten pystyimme hyödyntämään niistä jokaisen opinnäytetyöhömmä.

4.3 Aineiston analyysi

4.3.1 Kvantitatiivisen aineiston analyysi

Strukturoiduilla kyselyillä saatu aineisto johtaa hyvin usein kvantitatiivisiin analyysimenetelmiin (Yli-Luoma 2001: 29-34). Käytimme aineistomme analysointiin kvantita-

tiivisia analyysimenetelmiä varten kehitettyä SPSS for Windows 15 -ohjelmaa. Ensimmäiseksi saatoimme SPSS:llä käsiteltävän aineiston havaintomatriisimuotoon, joka oli kaksiulotteinen taulukko, jossa määriteltiin sarakkeille muuttujat ja kirjattiin riveille tilastoyksiköittäin mittaustulokset (Leppälä 2004: 10). Koska saimme analysoitavan materiaalin paperimuodossa, syötimme tiedot ohjelmaan käsin. Kun olimme syöttäneet tulokset, tarkastimme tiedot mahdollisten syöttövirheiden löytämiseksi. Virheiden korjaamisen jälkeen, kun havaintomatriisi oli kunnossa, aloitimme aineiston analysoinnin.

SPSS-ohjelma sisältää lukuisia vaihtoehtoja aineiston työstämiseksi. (Leppälä 2004; Yli-Luoma 2000). Käytimme frekvenssitaulukoita aineistomme analysointia varten. Frekvenssitaulukoista saimme jokaiselle kysymykselle tai väitteelle vastaajien lukumäärän, kysymyskohtaisen kadon, keskiarvon, mediaanin sekä prosenttijakaumat. Taustatietojen analysointiin käytimme frekvenssejä, keskiarvoja ja prosenttijakaumia. Osaamisen eri osa-alueiden vastauksia päädyimme vertailemaan keskenään keskiarvojen avulla. Tarkastelimme tuloksia kahden desimaalin tarkkuudella saadaksemme riittävästi eroja esille tulosten välille. Keskiarvojen mukaan osaaminen on hyvää pisteillä 1,00 - 1,74, melko hyvää pisteillä 1,75 - 2,49, tyydyttävää pisteillä 2,50 - 3,24 ja heikkoa pisteillä 3,25 - 4,00.

TAULUKKO 1. Osaamisen määrittelyn pisterajat.

Osaaminen on...	Pisterajat
hyvää	1,00 – 1,74
melko hyvää	1,75 – 2,49
tyydyttävää	2,50 – 3,24
heikkoa	3,25 – 4,00

Keskiarvojen lisäksi selvitimme kysymyskohtaisesti vastausten prosenttijakaumat ja frekvenssit. Tarkastelimme silmämääräisesti väitteiden tulosten prosenttijakaumia ja tämän avulla nostimme esille joitakin mielenkiintoiseksi havaitsemiamme väitteitä. Lisäkysymysten monivalintakysymyksiä analysoimme myös frekvenssitaulukoista saamiemme tietojen avulla. Loimme itse kaikkien saamiemme tunnuslukujen avulla useita taulukoita, joita sijoitimme sekä tulosten analysointi -osioon että työn loppuun liitteeksi.

Työn laajuutta rajoittaaksemme vastaajien taustatietoja ei ole huomioitu eri osa-alueiden osaamisen tarkastelemiseksi. Taustatietoja käytetään tässä työssä ainoastaan tutkimus-

joukon kuvaamiseen. Opinnäytetyön ohjaajan kanssa on sovittu, että teemme tämän opinnäytetyön pohjalta jatkotyön kättilötyön asiantuntijuuden opintoihin. Jatkotyössä keskitytään vertailemaan ristiintaulukoinnin avulla saatuja tuloksia keskenään huomioiden eri taustatietoja. Tuloksista julkaistaan lisäksi raportti tai artikkeli.

Tunnuslukujen ja taulukoiden lisäksi on usein paikallaan esittää aineistoa myös graafisesti. SPSS-ohjelma sisältää hyvin kattavan graafisen paketin ja ohjelmalla luotuja kuvioita on helppo siirtää muihin ohjelmiin kuten Microsoft Word -tekstinkäsittelyohjelmaan. (Yli-Luoma 2000: 47.) Loimme joitakin kuvioita havainnollistamaan saamiamme tuloksia, jotka liitimme osaksi tulosten raportointiamme. Emme kuitenkaan käytäneet graafisten kuvioiden luomiseen SPSS-ohjelmaa, vaan teimme omat kuviot Microsoft Office Excel -ohjelmalla.

Analysoinnissa siis valitaan kuhunkin tilanteeseen sopivin menetelmä, suoritetaan analyysi ja tulkitaan tulokset. Jokaiseen analysointivaiheeseen kuuluu johtopäätösten teko. Tilastollisessa tutkimuksessa on oleellista, että tutkimustulokset esitetään sellaisessa muodossa, että lukija, jolle tulokset on suunnattu, saa sen sisältämän informaation mahdollisimman helposti, havainnollisesti ja yksikäsitteisessä muodossa. (Leppälä 2004: 39.)

4.3.2 Kvalitatiivisen aineiston analyysi

Lomakkeen lopussa olevat avoimet kysymykset analysoimme induktiivisen sisällön analyysin avulla. Sisällön analyysi on menettelytapa, jonka avulla aineistoa voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Se sopii erityisen hyvin strukturoimattoman aineiston kuvaamiseen. Menetelmän avulla on tarkoitus saada esitettyä tutkittava asia tiiviissä ja yleisessä vuorossa. Sisällön analyysi voidaan aloittaa joko induktiivisesti eli aineistosta lähtien tai deduktiivisesti eli käyttämällä aineiston luokittelussa jotain aiempaa käsitejärjestelmää. Analyysin lopputuloksena saadaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, käsitekarttoja tai malleja. (Kyngäs - Vanhanen 1999: 4-5.)

Sisällön analyysissä on olennaista erottaa tutkimusaineistosta samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineiston analyysi alkaa analyysiyksikön määrittämisellä. Tavallisesti analyysiyksikkö on sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen tutkija tutustuu huolellisesti aineistoon, mikä luo poh-

jaa itse analyysille. Induktiivisessa sisällön analyysissä seuraavat vaiheet ovat aineiston pelkistäminen, ryhmittely sekä abstrahointi. Pelkistämässä aineistosta poimitaan ilmaisuja, jotka ryhmittelyssä jaetaan eri kategorioihin. Kategorioiden tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Kategorian sisältämät sanat tai käsitteet on luokiteltu samaan luokkaan merkityksen perusteella eli ne merkitsevät samaa asiaa. Abstrahoinnissa puolestaan muodostetaan eri kategorioiden avulla yläkäsitteitä, joilla muodostetaan kuvaus tutkimuskohteesta. Viimeiseksi aineistosta saadut tulokset tulkitaan ja arvioidaan sisällön analyysin luotettavuutta. Usein analyysi on edellä kuvattua monivaiheisempi ja prosessin eri vaiheet voivat esiintyä myös samanaikaisesti. Tutkimuksen tuloksena raportoidaan analyysissä muodostettu malli tai kategoriat. Tämän lisäksi tuloksissa selitetään, mitä malli tai kategoria tarkoittaa ja mitä se sisältää. Suorat lainaukset auttavat tutkijaa havainnollistamaan eri kategorioita ja ne myös lisäävät raportin luotettavuutta. (Janhonen - Nikkonen 2001: 23-24; Kyngäs - Vanhanen 1999: 5-7, 10.)

Aloitimme avoimien kysymysten vastausten analysoinnin siirtämällä ne alkuperäisessä kieliasussaan tekstinkäsittelyohjelmaan. Tämän jälkeen tutustuimme huolella vastauksiin ja aloimme etsiä usein toistuvia käsitteitä. Käsitteiden poimimisen jälkeen ryhmitelimme käsitteet aihepiireittäin ja loimme näin eri kategorioita ja yläkäsitteitä. Lisäsimme suoria lainauksia tekstiimme havainnollistamaan eri kategorioiden sisältöjä.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Tutkimusjoukko koostui 30 lähellä valmistumista olevasta Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian kättilöopiskelijasta. Tutkimusjoukosta kaikki vastasivat kyselyyn. Opiskelijoista 70 % (n = 21) oli nuorisosteen opiskelijoita ja 30 % (n = 9) oli aikuisasteen opiskelijoita. Nuorin vastaaja oli 23-vuotias ja vanhin 46-vuotias. Ikäryhmät, joissa oli eniten vastaajia, oli 24-vuotiaat (16,7 %, n = 5) ja 26-vuotiaat (16,7 %, n = 5). Vastaajien keski-ikä oli 28,33 vuotta.

Vastaajista 50 %:lla (n = 15) oli aikaisempi terveydenhuoltoalan koulutus. Perushoitajia tai lähihoitajia oli 13,3 % (n = 4), joista kolmella oli lisäksi ylioppilastutkinto. Sairaanhoidajia tai sairaanhoitajia AMK vastaajista oli 30 % (n = 9). Terveydenhoitajia tai ter-

veydenhoitajia AMK oli 6,7 % (n = 2). Opiskelijoista 86,7 %:lla (n = 26) oli ylioppilastutkinto. Vastaajista 50 %:lla (n = 15) oli jokin muu kuin terveydenhuoltoalan tutkinto.

Kätilökoulutuksen naistentautien harjoittelupaikat koostuvat naistentautien vuodeosastoista, poliklinikoista, päivystyspoliklinikoista tai muista naistentautien harjoittelun suorituspaikoista. Vastaajista 50 % (n = 15) suoritti naistentautien harjoittelun naistentautien vuodeosastolla. Poliklinikalla harjoittelunsa suoritti 23,3 % (n = 7) opiskelijoista ja päivystyspoliklinikalla 6,7 % (n = 2) opiskelijoista. Yksi opiskelija suoritti harjoittelunsa sekä vuodeosastolla että poliklinikalla, yksi opiskelija ensikodissa ja päivystyspoliklinikalla sekä kolme opiskelijaa Tyttöjen talolla. Yhdellä opiskelijalla naistentautien harjoittelun korvasi seksuaaliterveyden edistäminen ensikodissa.

Vastaajista 20 %:lla (n = 6) oli harjoittelun lisäksi työkokemusta naistentautien hoitotyöstä. Työkokemuksen kesto vaihteli 2 kuukaudesta 15 vuoteen. Suurimmalla osalla työkokemuksen kesto oli 2-5 kk (n = 4). Vastaajista neljä oli työskennellyt naistentautien vuodeosastolla, yksi poliklinikalla ja yksi terveyskeskuksessa.

5.2 Kätilöiden ammatillinen osaaminen

Kätilöiden ammatillinen osaaminen pitää tässä opinnäytetyössä sisällään neljä osa-aluetta: eettinen osaaminen, opetus- ja ohjausosaaminen, vuorovaikutustaidot sekä kliininen osaaminen. Osa-alueet koostuivat erilaisista väittämistä, joihin vastattiin asteikolla 1 - 4: 1 = täysin samaa mieltä, 2 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = jokseenkin eri mieltä ja 4 = täysin eri mieltä. Kyselyn lopuksi vielä kartoitettiin naistentautien hoitotyön vetovoimaisuutta.

Kätilöopiskelijat kokivat osaamisensa lähes yhtä hyväksi kaikilla osa-alueilla. Kaikilla neljällä osa-alueella opiskelijat kokivat osaamisensa melko hyväksi tai hyväksi. Osaaminen oli parhainta eettisen osaamisen osa-alueella (ka 1,59) sekä yhteistyötaitojen osa-alueella (ka 1,59). Osaaminen oli heikointa ohjaus- ja opetusosaamisen osa-alueella (ka 1,87). Prosenttijakaumien tarkastelussa näkyi se, että ohjaus- ja opetusosaamisen osa-alueella täysin samaa mieltä -vastauksia oli huomattavasti vähemmän kuin muilla osaamisen osa-alueilla. Tämä korostaa sitä, että osaaminen oli tällä osa-alueella heikointa. Kliinisen osaamisen osa-alue sijoittui kolmanneksi (ka 1,77).

5.2.1 Eettinen osaaminen

Eettisen osaamisen osa-alue piti sisällään kaksitoista väittämää. Vastausten keskiarvot vaihtelivat 1,10 ja 2,57 välillä. Parhaiten opiskelijat kokivat kantavansa vastuuta työstään (ka 1,10). Täysin samaa mieltä oli 90 % vastaajista (n = 27) ja jokseenkin samaa mieltä oli 10 % vastaajista (n = 3). Toiseksi parhaiten opiskelijat kokivat noudattavansa salassapitovelvollisuutta kaikissa tilanteissa (ka 1,13). Täysin samaa mieltä oli 86,7 % vastaajista (n = 26) ja jokseenkin samaa mieltä oli 13,3 % vastaajista (n = 4). Kolmanneksi parhaiten opiskelijat kokivat olevansa motivoituneita edistämään ja tukemaan kaikkien potilaiden terveyttä ja voimavaroja (ka 1,20). Vastaajista täysin samaa mieltä oli 80 % (n = 24) ja jokseenkin samaa mieltä 20 % (n = 6).

Eettisen osaamisen osa-alueelta kättilöopiskelijat kokivat osaavansa heikoiten ohjata potilasta valitusasioihin liittyvissä käytännöissä (ka 2,57). Täysin samaa mieltä väitteestä oli 6,7 % vastaajista (n = 2) ja jokseenkin samaa mieltä oli 36,7 % (n = 11). Jokseenkin eri mieltä puolestaan oli 50,0 % vastaajista (n = 15) ja täysin eri mieltä oli 6,7 % (n = 2). Toiseksi heikoiten opiskelijat kokivat omaavansa riittävästi valmiuksia ratkaistakseen eettisiä ongelmatilanteita (ka 2,17). Täysin samaa mieltä oli 13,3 % opiskelijoista (n = 4) ja jokseenkin samaa mieltä 56,7 % (n = 17). Jokseenkin eri mieltä väitteestä oli 30 % (n = 9). Kolmanneksi heikoiten opiskelijat kokivat tuntevansa kättilötyötä ohjaavan lainsäädännön (ka 1,93). Opiskelijoista 13,3 % (n = 4) oli täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä väitteestä oli 80,0 % (n = 24). Vastaajista 6,7 % (n = 2) oli jokseenkin eri mieltä.

TAULUKKO 2. Eettinen osaaminen naistentautien hoitotyössä.

		ka
6.	Tunnen kättilötyön eettiset periaatteet.	1,43
7.	Tunnen kättilötyötä ohjaavan lainsäädännön.	1,93
8.	Noudatan salassapitovelvollisuutta <i>kaikissa</i> tilanteissa.	1,13
9.	Osaan ohjata potilasta valitusasioihin liittyvissä käytännöissä.	2,57
10.	Olen motivoitunut edistämään ja tukemaan <i>kaikkien</i> potilaiden terveyttä ja voimavaroja.	1,20
11.	Kohtelen <i>kaikkia</i> potilaita tasavertaisesti <i>joka tilanteessa</i> .	1,47
12.	Kunnioitan potilaan itsemääräämisoikeutta.	1,30
13.	Olen motivoitunut kehittämään ammatillista osaamistani.	1,27
14.	Tunnistan eettisen ongelmatilanteen.	1,67

15.	Koen valmiuteni riittäviksi ratkaistakseni eettisiä ongelmatilanteita.	2,17
16.	Kannan vastuuta työstäni.	1,10
17.	Tutustun uudessa paikassa työyksikön toimintafilosofiaan.	1,87

Prosenttijakaumien tarkastelussa nousi esille väite eettisen ongelmatilanteen tunnistamisesta. Vastausten mukaan opiskelijoilla on ongelmia eettisten ongelmatilanteiden tunnistamisessa. Väitteestä täysin samaa mieltä oli 33,3 % vastaajista (n = 10) ja jokseenkin samaa mieltä oli 66,7 % (n = 20).

5.2.2 Opetus- ja ohjausosaaminen

Opetus- ja ohjausosaamisen osa-alue piti sisällään seitsemän väittämää. Vastausten keskiarvot vaihtelivat 1,47 ja 2,27 välillä. Parhaimmaksi koettiin ohjausmateriaalin käyttö ohjauksen tukena (ka 1,47). Täysin samaa mieltä oli 60,0 % vastaajista (n = 18) ja jokseenkin samaa mieltä oli 33,3 % (n = 10). Jokseenkin eri mieltä väitteestä oli 6,7 % (n = 2). Toiseksi parhaiten opiskelijat kokivat osaavansa ohjata asiakaslähtöisesti (ka 1,70). Täysin samaa mieltä oli 33,3 % (n = 10) ja jokseenkin samaa mieltä oli 63,3 % vastaajista (n = 10). Jokseenkin eri mieltä puolestaan oli 3,3 % (n = 1). Kolmanneksi parhaiten opiskelijat kokivat tuntevansa potilaan opettamisen ja ohjauksen menetelmät hoitotyössä (ka 1,87). Opiskelijoista täysin samaa mieltä oli 20,0 % (n = 6) ja jokseenkin samaa mieltä oli 73,3 % (n = 22). Jokseenkin eri mieltä väitteestä oli 6,7 % (n = 2).

Heikoiten opetus- ja ohjausosaamisen osa-alueella opiskelijat kokivat osaavansa tunnistaa omaisten ohjaustarpeen sekä suunnitella ja toteuttaa ohjaustilanteen omaisille (ka 2,27). Opiskelijoista täysin samaa mieltä oli vain 3,3 % (n = 1) ja jokseenkin samaa mieltä väitteestä oli 70,0 % (n = 21). Jokseenkin eri mieltä oli 23,3 % (n = 7) vastaajista ja täysin eri mieltä oli 3,3 % (n = 1). Toiseksi heikoiten vastaajat kokivat osaavansa tunnistaa potilaan ohjaustarpeen (ka 1,93) ja osaavansa arvioida ohjaustilanteen toteutumista ja ohjauksen vaikuttavuutta (ka 1,93). Ohjaustarpeen tunnistuksen suhteen täysin samaa mieltä oli 10,3 % vastaajista (n = 3) ja jokseenkin samaa mieltä oli 86,2 % vastaajista (n = 25). Jokseenkin eri mieltä taas oli 3,3 % vastaajista (n = 1). Ohjaustilanteen toteutumisen ja ohjauksen vaikuttavuuden arvioinnin suhteen täysin samaa mieltä oli 10,0 % opiskelijoista (n = 3) ja jokseenkin samaa mieltä oli 86,7 % vastaajista (n = 26). Jokseenkin eri mieltä oli 3,3 % (n = 1). Kolmanneksi heikoiten opiskelijat kokivat osaavansa suunnitella ohjaustilanteen yksilöllisesti potilaan lähtökohdista käsin (ka 1,90).

Täysin samaa mieltä opiskelijoista oli 20,0 % (n = 6) ja jokseenkin samaa mieltä väitteestä oli 70 % opiskelijoista (n = 21). Jokseenkin eri mieltä puolestaan oli 10 % (n = 3).

TAULUKKO 3. Opetus- ja ohjausosaaminen naistentautien hoitotyössä.

		ka
18.	Tunnen potilaan opettamisen ja ohjauksen menetelmät hoitotyössä.	1,87
19.	Osaan ohjata asiakaslähtöisesti.	1,70
20.	Osaan tunnistaa potilaan ohjaustarpeen.	1,93
21.	Osaan suunnitella ohjaustilanteen yksilöllisesti potilaan lähtökohdista käsin.	1,90
22.	Osaan arvioida ohjaustilanteen toteutumista ja ohjauksen vaikuttavuutta.	1,93
23.	Osaan tunnistaa omaisten ohjaustarpeen sekä suunnitella ja toteuttaa ohjaustilanteen omaisille.	2,27
24.	Käytän ohjausmateriaalia ohjauksen tukena.	1,47

5.2.3 Yhteistyötaidot

Yhteistyötaitojen osa-alue sisälsi neljätoista väittämää. Vastausten keskiarvot vaihtelivat 1,13 ja 2,23 välillä. Parhaimmaksi koettiin neuvojen kysyminen tarvittaessa työtehtävien suorittamiseksi (ka 1,13). Täysin samaa mieltä oli 86,7 % opiskelijoista (n = 26) ja jokseenkin samaa mieltä oli 13,3 % (n = 4). Toiseksi parhaimmaksi opiskelijat kokivat työtovereiden tukemisen ongelmatilanteissa (ka 1,30). Saman keskiarvon sai väite vuorovaikutustaitojen hyvydestä (ka 1,30). Työtovereiden tukemisen suhteen täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli 96,7 % vastaajista (n = 29). Jokseenkin eri mieltä oli 3,3 % vastaajista (n = 1). Vuorovaikutustaitojen hyvyuden suhteen puolestaan täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli 93,3 % vastaajista (n = 28) ja jokseenkin eri mieltä oli 6,7 % (n = 2). Kolmanneksi parhaimmaksi koettiin kyky toimia yhteistyössä potilaan omaisten kanssa (ka 1,33). Täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli 96,7 % opiskelijoista (n = 29) ja jokseenkin eri mieltä oli 3,3 % (n = 1).

Heikoiten opiskelijat kokivat antavansa rakentavaa palautetta työyhteisössä (ka 2,23). Täysin samaa mieltä oli 13,3 % opiskelijoista (n = 4) ja jokseenkin samaa mieltä väitteestä oli 50,0 % vastaajista (n = 15). Jokseenkin eri mieltä puolestaan oli 36,7 % opiskelijoista (n = 11). Toiseksi heikoimmaksi koettiin kyky koordinoita potilaan hoitoa (ka 2,13). Täysin samaa mieltä väitteestä oli 16,7 % (n = 5) ja jokseenkin samaa mieltä oli 53,3 % kättilöopiskelijoista (n = 16). Jokseenkin samaa mieltä oli 30 % (n = 9). Kolmanneksi heikoiten opiskelijat kokivat osaavansa suunnitella, toteuttaa ja arvioida hoi-

totyötä yhdessä potilaan kanssa (ka 1,90). Täysin samaa mieltä väitteestä oli 20,0 % vastaajista (n = 6) ja jokseenkin samaa mieltä oli 70 % vastaajista (n = 21). Jokseenkin eri mieltä oli taas 10 % opiskelijoista (n = 3).

TAULUKKO 4. Yhteistyötaidot naistentautien hoitotyössä.

		ka
25.	Suunnittelen, toteutan ja arvioin hoitotyötä yhdessä potilaan kanssa.	1,90
26.	Tuen potilaan osallistumista omaan hoitoonsa.	1,40
27.	Kykenen toimimaan yhteistyössä potilaan omaisten kanssa.	1,33
28.	Kannustan omaisia osallistumaan potilaan hoitoon.	1,87
29.	Kykenen koordinoimaan potilaan hoitoa.	2,13
30.	Kykenen moniammatilliseen yhteistyöhön.	1,37
31.	Sopeudun helposti erilaisiin työyhteisöihin.	1,50
32.	Vuorovaikutustaitoni ovat hyvät.	1,30
33.	Huomioin potilaan kulttuurisen taustan hoitotyössä.	1,83
34.	Osaan hyödyntää saamaani palautetta.	1,53
35.	Annan rakentavaa palautetta työyhteisössä.	2,23
36.	Kysyn tarvittaessa neuvoa työtehtävieni suorittamiseksi.	1,13
37.	Neuvon tarvittaessa työtovereitani.	1,50
38.	Tuen työtovereitani ongelmatilanteissa.	1,30

Prosenttijakaumien tarkastelussa nousi esille väite potilaan kulttuurisen taustan huomioimisesta hoitotyössä. Tulosten mukaan opiskelijat eivät huomioi kovin hyvin potilaan kulttuurista taustaa työssään. Väitteestä täysin samaa mieltä oli 26,7 % opiskelijoista (n = 8) ja jokseenkin samaa mieltä oli 63,3 % (n = 19). Jokseenkin eri mieltä puolestaan oli 10 % vastaajista (n = 3). Tarkastelussa nousi myös esille se, että opiskelijat eivät koe aktiivisesti kannustavansa omaisia osallistumaan potilaan hoitoon. Täysin samaa mieltä väitteestä oli 33,3 % vastaajista (n = 10) ja jokseenkin samaa mieltä 50,0 % (n = 15). Jokseenkin eri mieltä taas oli 13,3 % opiskelijoista (n = 4) ja täysin eri mieltä oli 3,3 % (n = 1).

5.2.4 Kliininen osaaminen

Kliinisen osaamisen osa-alue käsitti 29 väittämää koskien erilaisia kliinisiä taitoja. Vastausten keskiarvot vaihtelivat 1,10 ja 2,30 välillä. Näiden väittämien lisäksi osa-alue sisälsi kahdeksan väittämää liittyen opiskelijan osaamiseen hoitotyön eri osa-alueilla.

Lopuksi opiskelijoita pyydettiin arvioimaan omaa ammatillista osaamista naistentautien hoitotyössä.

Kliinisen osaamisen alueella opiskelijat kokivat osaamisensa parhaimmaksi potilaan perushoidon osalta (ka 1,10). Täysin samaa mieltä oli 90 % vastaajista (n = 27) ja jokseenkin samaa mieltä oli 10 % (n = 3). Toiseksi parhaiten opiskelijat kokivat hallitsevansa potilaan peruselintoimintojen tarkkailun (ka 1,13). Täysin samaa mieltä oli 86,7 % opiskelijoista (n = 26) ja jokseenkin samaa mieltä oli 13,3 % (n = 4). Kolmanneksi parhaimmaksi koettiin lääkehoidon turvallinen toteutus (ka 1,30). Täysin samaa mieltä oli 70 % vastaajista (n = 21). Jokseenkin samaa mieltä puolestaan oli 30 % opiskelijoista (n = 9).

Heikoimmaksi koettiin ergonominen toiminta (ka 2,30). Täysin samaa mieltä väitteestä oli 10,0 % vastaajista (n = 3) ja jokseenkin samaa mieltä oli 50,0 % vastaajista (n = 15). Jokseenkin eri mieltä väitteestä oli 40 % vastaajista (n = 12). Toiseksi heikoiten opiskelijat kokivat hallitsevansa verensiirron toteuttamiseen liittyvät toimenpiteet (ka 2,23). Täysin samaa mieltä väitteestä oli 33,3 % opiskelijoista (n = 10) ja jokseenkin samaa mieltä oli 23,3 % vastaajista (n = 7). Jokseenkin eri mieltä puolestaan oli 30,0 % (n = 9) ja täysin eri mieltä taas oli 13,3 % opiskelijoista (n = 4). Kolmanneksi heikoiten opiskelijat kokivat hallitsevansa kuolevan potilaan ja omaisten hoidon ja tukemisen (ka 2,17). Opiskelijoista täysin samaa mieltä oli 13,8 % (n = 4) ja jokseenkin eri mieltä väitteestä oli 55,2 % (n = 16). Jokseenkin eri mieltä taas oli 31 % (n = 9).

TAULUKKO 5. Kliininen osaaminen naistentautien hoitotyössä.

		ka
39.	Toimin hoitosuhteessa potilaslähtöisesti.	1,37
40.	Tunnistan potilaan voimavaroja ja uhkia.	1,87
41.	Hallitsen potilaan kokonaisvaltaisen hoitamisen.	1,70
42.	Keskustelen potilaan kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista.	1,83
43.	Osaan suunnitella työtehtäväni.	1,73
44.	Hallitsen potilaan peruselintoimintojen tarkkailun.	1,13
45.	Hallitsen potilaan peruselintoimintojen ylläpitämisen.	1,47
46.	Hallitsen potilaan tilan, oireiden ja hoidon vaikuttavuuden seurannan tavallisimpien sairauksien hoidossa.	1,77
47.	Toimin aseptisesti.	1,27
48.	Toimin ergonomisesti.	2,30

49.	Hallitsen potilaan perushoidon.	1,10
50.	Toteutan lääkehoitoa turvallisesti.	1,30
51.	Tiedän lääkkeiden yleisimmät haitta- ja yhteisvaikutukset.	1,93
52.	Osaan toteuttaa potilaan nestehoitoa.	1,50
53.	Osaan arvioida lääke- ja nestehoidon vaikutusta.	1,77
54.	Hallitsen verensiirron toteuttamiseen liittyvät toimenpiteet.	2,23
55.	Osaan ottaa keskeiset näytetutkimukset.	1,97
56.	Osaan hyödyntää keskeisten laboratoriotutkimusten tuloksia hoitotyössä.	2,00
57.	Hallitsen keskeisten naistentautien hoitotyössä tarvittavien tutkimusten teon.	2,13
58.	Osaan valmistaa potilaan tutkimuksiin.	1,70
59.	Hallitsen kivun hoidon ja arvioinnin.	1,63
60.	Hallitsen ensiavun antamisen.	1,90
61.	Hallitsen elvytyksen.	2,03
62.	Hallitsen kuolevan potilaan ja omaisten hoidon ja tukemisen.	2,17
63.	Hallitsen työssäni tarvitsemiä teknisten laitteiden käytön.	1,93
64.	Osaan käyttää tietotekniikkaa työssäni.	1,63
65.	Hallitsen hoitotyön suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kirjaamisen.	1,73
66.	Hankin uutta tietoa hoitotyön tueksi.	1,87
67.	Osaan arvioida kriittisesti uutta tietoa.	2,00
68.	Osaan perustella toimintaani tutkimustietoon pohjautuen sekä hyödyntää tutkimus-tietoa hoitosuhteessa.	2,03

Prosenttijakaumia tarkastellessa nousivat esille väitteet uuden tiedon hankinnasta, uuden tiedon kriittisestä arvioimisesta sekä tutkimustiedon hyödyntämisestä hoitotyössä. Tulosten mukaan opiskelijat eivät hanki kovinkaan aktiivisesti uutta tietoa hoitotyön tueksi. Täysin samaa mieltä väitteestä oli vain 33,3 % opiskelijoista (n = 10) ja jokseenkin samaa mieltä väitteestä oli 46,7 % (n = 14). Jokseenkin eri mieltä puolestaan oli 20,0 % opiskelijoista (n = 6). Tulokset paljastivat, että opiskelijoiden pitäisi vielä kehittyä uuden tiedon kriittisessä arvioinnissa. Opiskelijoista oli täysin samaa mieltä väitteestä vain 6,7 % (n = 2) ja jokseenkin samaa mieltä 86,7 % (n = 26). Jokseenkin eri mieltä oli 6,7 % vastaajista (n = 2). Näiden lisäksi opiskelijat eivät osaa kovinkaan hyvin perustella toimintaansa tutkimustietoon pohjautuen sekä hyödyntää tutkimustietoa hoitosuhteessa. Täysin samaa mieltä väitteestä oli 13,3 % opiskelijoista (n = 4) ja jokseenkin samaa mieltä 70,0 % (n = 21). Jokseenkin eri mieltä puolestaan oli 16,7 % vastaajista (n = 5).

Prosenttijakaumien tarkastelussa nousi esille myös väite keskeisten naistentautien hoitotyössä tarvittavien tutkimusten teon hallitsemisesta. Tuloksista kävi ilmi, että opiskelijat eivät koe hallitsevansa hyvin keskeisten tutkimusten tekoa. Opiskelijoista täysin samaa

mieltä väitteestä oli 13,3 % (n = 4) ja jokseenkin samaa mieltä oli 63,3 % (n = 19). Jokseenkin eri mieltä taas oli 20,0 % vastaajista (n = 6) ja täysin eri mieltä 3,3 % (n = 1).

Lääkehoidon turvallinen toteutus on ollut lähiaikoina mediassa paljon puhuttava aihe. Tämän vuoksi päätimme nostaa tarkastelussamme esille ne väitteet, jotka koskevat lääkehoitoa ja sen toteutusta. Tulosten mukaan opiskelijat kokevat osaavansa hyvin toteuttaa lääkehoitoa turvallisesti. Väitteestä täysin samaa mieltä oli 70,0 % vastaajista (n = 21) ja jokseenkin samaa mieltä 30,0 % (n = 9). Tuloksista kävi myös ilmi, että opiskelijat eivät koe osaavansa kovinkaan hyvin lääkkeiden yleisimpiä haitta- ja yhteisvaikutuksia. Opiskelijoista täysin samaa mieltä väitteestä oli 33,3 % (n = 10) ja jokseenkin samaa mieltä oli 40,0 % (n = 12). Jokseenkin eri mieltä puolestaan oli 26,7 % vastaajista (n = 8). Opiskelijat kokevat osaavansa hyvin toteuttaa potilaan nestehoitoa. Väitteestä täysin samaa mieltä oli 50,0 % vastaajista (n = 15) ja jokseenkin samaa mieltä oli 50,0 % (n = 15). Tulosten mukaan opiskelijat eivät kuitenkaan koe kovin hyvin osaavansa arvioida lääke- ja nestehoidon vaikutusta. Väitteestä täysin samaa mieltä oli 33,3 % vastaajista (n = 10) ja jokseenkin samaa mieltä 56,7 % (n = 17). Jokseenkin samaa mieltä puolestaan oli 10,0 % opiskelijoista (n = 3).

Naistentautien hoitotyö oli jaettu kahdeksaan eri alueeseen, joista opiskelijat kokivat hallitsevansa parhaiten alkuraskauden ongelmista kärsivät potilaan hoitotyön (ka 1,83). Täysin samaa mieltä oli 36,7 % opiskelijoista (n = 11) ja jokseenkin samaa mieltä oli 50,0 % opiskelijoista (n = 15). Jokseenkin eri mieltä puolestaan oli 6,7 % vastaajista (n = 2) ja täysin eri mieltä puolestaan oli 6,7 % (n = 2). Toiseksi parhaiten opiskelijat kokivat hallitsevansa gynekologisen leikkauspotilaan hoitotyön (ka 2,07). Opiskelijoista täysin samaa mieltä oli 16,7 % (n = 5) ja jokseenkin samaa mieltä oli 60,0 % (n = 18). Jokseenkin eri mieltä taas oli 23,3 % (n = 7). Kolmanneksi parhaiten opiskelijat kokivat hallitsevansa perhesuunnittelun asiakkaan hoitotyön (ka 2,17). Täysin samaa mieltä oli 23,3 % vastaajista (n = 7) ja jokseenkin samaa mieltä oli 40,0 % (n = 12). Jokseenkin eri mieltä puolestaan oli 33,3 % vastaajista (n = 10) ja täysin eri mieltä oli 3,3 % (n = 1).

Heikoiten opiskelijat kokivat hallitsevansa gynekologisen syöpäpotilaan hoitotyön (ka 2,67). Täysin samaa mieltä oli 6,7 % vastaajista (n = 2) ja jokseenkin samaa mieltä oli 33,3 % (n = 10). Jokseenkin eri mieltä taas oli 46,7 % opiskelijoista (n = 14) ja täysin eri mieltä oli 13,3 % (n = 4). Toiseksi heikoiten vastaajat kokivat hallitsevansa seksuaalisuuden ongelmista kärsivän potilaan hoitotyön (ka 2,63). Opiskelijoista täysin samaa

mieltä oli 6,7 % (n = 2) ja jokseenkin samaa mieltä väitteestä oli 30,0 % (n = 9). Jokseenkin eri mieltä puolestaan oli 56,7 % vastaajista (n = 17) ja täysin eri mieltä oli 6,7 % (n = 2). Kolmanneksi heikoiten opiskelijat kokivat hallitsevansa lapsettomuudesta kärsivän potilaan hoitotyön (ka 2,47). Täysin samaa mieltä väitteestä oli 6,7 % vastaajista (n = 2) ja jokseenkin samaa mieltä oli 46,7 % (n = 14). Jokseenkin eri mieltä väitteestä oli 40,0 % opiskelijoista (n = 12) ja täysin eri mieltä oli 6,7 % (n = 2).

TAULUKKO 6. Opiskelijan osaaminen eri osa-alueilla naistentautien hoitotyössä.

	Hallitsen hyvin...	ka
69.	...gynekologisen syöpäpotilaan hoitotyön.	2,67
70.	...gynekologisen leikkauspotilaan hoitotyön.	2,07
71.	...alkuraskauden ongelmista kärsivän potilaan hoitotyön.	1,83
72.	...perhesuunnittelun asiakkaan hoitotyön (esim. ehkäisyneuvonta, raskauden keskeytys).	2,17
73.	...gynekologisista ongelmista (esim. vuotohäiriöt, endometrioosi, vaihdevuosisiongelmat) kärsivän potilaan hoitotyön.	2,33
74.	...sukupuolitauteja sairastavan potilaan hoitotyön.	2,30
75.	...lapsettomuudesta kärsivän potilaan hoitotyön.	2,47
76.	...seksuaalisuuden ongelmista kärsivän potilaan hoitotyön.	2,63

Prosenttijakaumien tarkastelussa nousi esille se, että opiskelijat eivät koe hallitsevansa hyvin gynekologisista ongelmista kärsivän potilaan hoitotyötä. Väitteestä täysin samaa mieltä oli vain 3,3 % vastaajista (n = 1) ja jokseenkin samaa mieltä oli 63,3 % (n = 19). Jokseenkin eri mieltä puolestaan oli 30,0 % opiskelijoista (n = 9) ja täysin eri mieltä oli 3,3 % (n = 1).

Osion lopussa kättilöopiskelijoita pyydettiin vielä arvioimaan omaa osaamistaan naistentautien hoitotyössä kouluarvosanalla 4 - 10. Vastausten keskiarvo oli 7,83. Huonoin omalle osaamiselle annettu arvosana oli 6 ja paras arvosana oli 9. Yli puolet opiskelijoista (n = 16) arvioi omaa osaamistaan naistentautien hoitotyössä arvosanalla 8.

5.3 Naistentautien hoitotyön vetovoimaisuus

5.3.1 Koulutus naistentautien hoitotyön osalta

Ensimmäiseksi selviteltiin, miten hyvin opiskelijoiden mielestä koulutus vastasi työelämän vaatimuksia naistentautien hoitotyön osalta. Opiskelijoiden mielestä koulutus

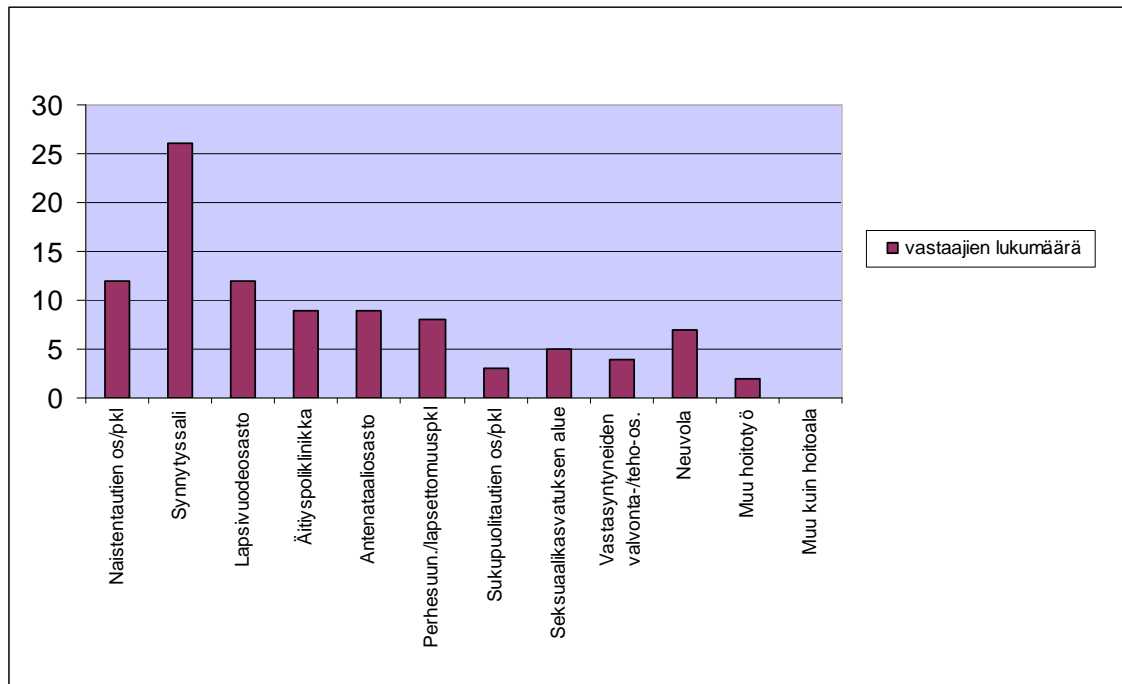
vastasi melko hyvin työelämän vaatimuksia (ka 2,23). Täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli 73,3 % opiskelijoista (n = 22) ja jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä oli 26,7 % (n = 8). Toisessa kohdassa kysyttiin, miten hyvin harjoittelu tuki opiskelijan oppimista naistentautien hoitotyön osalta. Kätilöopiskelijoiden mielestä harjoittelu tuki melko hyvin oppimista (ka 1,83). Täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli 83,3 % opiskelijoista (n = 25) ja jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä oli 16,7 % (n = 5).

Opinnäytetyössä selvitettiin myös, miten hyvin koulutus vastasi kokonaisuudessaan opiskelijan odotuksia naistentautien osalta. Opiskelijoiden mielestä koulutus vastasi heidän odotuksiaan naistentautien hoitotyön osalta melko hyvin (ka 2,20). Täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli 66,7 % vastaajista (n = 20) ja jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä oli 33,3 % (n = 10).

5.3.2 Kiinnostavimmat työpaikat

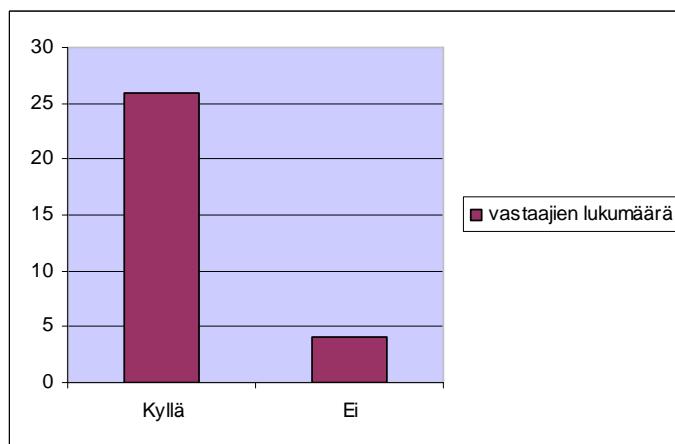
Opinnäytetyössä tiedusteltiin pitävätkö opiskelijat naistentautien hoitotyötä vetovoimaisena alana. Hieman yli puolet opiskelijoista piti naistentautien hoitotyötä vetovoimaisena alana. Täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli 56,7 % opiskelijoista (n = 17) ja jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä oli 43,4 % (n = 13). Väittämän vastausten keskiarvo oli 2,27.

Kyselylomakkeen avulla selvitettiin myös, minne opiskelija haluaisi mennä töihin valmistumisensa jälkeen. Opiskelija sai valita useita mieleisiään vaihtoehtoja. Suosituimmaksi kohteeksi nousi synnytysosasto, jonne halusi töihin 86,7 % vastaajista (n = 26). Toiseksi suosituimmat olivat naistentautien osasto tai poliklinikka sekä lapsivuodeosasto, jonne molempiin töihin halusi 40 % vastaajista (n = 12). Kolmanneksi suosituimmat kohteet olivat äitiyspoliklinikka sekä antenataaliosasto, jonne molempiin halusi 30 % opiskelijoista (n = 9). Neljänneksi suosituin paikka oli perhesuunnittelu-/lapsettomuuspoliklinikka, jonne halusi 26,7 % opiskelijoista (n = 8). Yksikään vastaajista ei halunnut töihin hoitoalan ulkopuolelle.



KUVIO 1. Opiskelijoiden toiveet tulevasta työpaikasta.

Edellisen kysymyksen lisäksi selvitettiin monivalintakysymyksellä, olisiko opiskelija valmis menemään töihin naistentautien hoitotyön alueelle. Kysymyksen lisäksi opiskelijoita pyydettiin perustelemaan omin sanoin vastauksensa. Kaikki opiskelijat vastasivat monivalintakysymykseen, kun taas avoimeen kysymykseen vastasi 25 opiskelijaa (83,3 %). Kaikki kielteisesti vastanneet opiskelijat perustelivat vastauksensa.



KUVIO 2. Opiskelijoiden halukkuus työskennellä naistentautien hoitotyön alueella.

Suurin osa opiskelijoista ilmoitti olevansa valmiita menemään töihin naistentautien hoitotyön alueelle (86,7 %, n = 26). Avoimen kysymyksen vastauksista tehtiin sisällön ana-

lyysi -prosessin avulla neljä luokkaa. Myönteisesti vastanneista 33,3 % (n = 7) piti alaa mielenkiintoisena ja monipuolisena.

”Alue on laaja ja monipuolinen. Potilaat ovat pääsääntöisesti melko oma-toimisia ja mukavia.”

”Miksi en? Naistentaudit on mielestäni ihan yhtä kiinnostava osa-alue kuin synnytys-/lapsivuodepuolikin.”

Myönteisesti vastanneista 33,3 % (n = 7) ilmoitti olevansa avoimia kaikenlaisille työkokemuksille, tai että mikään hoitotyön osa-alue ei ole vielä poissuljettu.

”Saisi erilaista näkökulmaa kättilön työhön.”

”Hoitotyötä se on missä muukin hoitotyö.”

”Kokemusta niin vähän joka alueelta, että haluaisin työskennellä mahd. monilla alueilla, että löytäisin omimman.”

”Tässä vaiheessa en ole sulkenut vielä mitään vaihtoehtoa pois.”

Kysymykseen myönteisesti vastanneista 23,8 % (n = 5) olisivat valmiita tietyillä ehdoilla työskentelemään naistentautien hoitotyön alueella. Opiskelijat voisivat työskennellä naistentautien hoitotyön alueella esimerkiksi tietyssä elämäntilanteessa, vaihtelun vuoksi tai tietyissä hoitotyön yksiköissä. Kaksi vastaajaa ilmoitti, että he eivät ensisijaisesti halua työskennellä naistentautien hoitotyön alueella, mutta se on kuitenkin yksi vaihtoehto.

”Tietyssä elämän vaiheessa, voisi olla hyvä vaihtoehto.”

”Kiinnostava, muttei ensisijainen työpaikka. Keikkailemaan tai vaihtelun vuoksi joksikin aikaa voisi mennä.”

”Ehkä poliklinikkatyöhön mutten osastolle. Ei vaan kiinnosta niin paljon.”

Edellisten lisäksi yksi vastaaja perusteli myönteistä vastaustaan sillä, että naistentautien hoitotyö on vaativa alue. Yksi vastaaja myös kertoi, että on menossa töihin yksityiselle gynekologiselle lääkäriasemalle.

Neljä opiskelijaa (13,3 %) ei ollut valmiita menemään töihin naistentautien hoitotyön alueelle. Kielteisesti vastanneista kaksi perusteli kantaansa sillä, että he eivät ole kiinnostuneita naistentautien hoitotyöstä, yksi halusi työskennellä vauvojen parissa ja yksi halusi suuntautua laaja-alaisemmin.

5.3.3 Naistentautien hoitotyön opetuksen kehittäminen

Toisen avoimen kysymyksen avulla selvitettiin, miten opiskelijat kehittäisivät naistentautien hoitotyön opetusta. Kysymykseen vastasi 56,7 % opiskelijoista (n = 17). Vastaukset luokiteltiin kolmeen eri kategoriaan.

Vastaajista 41,2 % (n = 7) oli sitä mieltä, että naistentautien hoitotyön opetuksessa ei ole kehitettävää ja he olivat tyytyväisiä saamaansa opetukseen. Opetus myös koettiin mielenkiintoiseksi ja kattavaksi.

”Naistentautien opetus oli mielestäni toteutettu todella mielenkiintoisella tavalla, joten ei kehityshaasteita siihen.”

”Kurssi oli erittäin hyvä ja opettaja varsin motivoitunut. Ei tule kehitettävää mieleen näin äkkiseltään.”

”Tunnit & luennot mielenkiintoisia ja niitä riittävästi. Ei kehittämishaasteita.”

Vastaajista 41,2 % (n = 7) halusi enemmän tunteja ja opetuksen sisällön laajentamista naistentautien hoitotyön osalta. Opiskelijat kokivat kurssit sisällöltään hyviksi, mutta heidän mielestään asiat käydään liian nopeasti ja pinnallisesti läpi. Opiskelijat toivoivat lisäopetusta erityisesti gynekologisten syöpien, sukupuolitautilien ja lapsettomuuden osalta.

”Enemmän aikaresursseja, jotta eri osa-alueet voitaisiin käydä syvällisemmin ja kiireettömämmin läpi. Lisää ”asiantuntijoita” eli esim. jonkin gyn.syövän sairastaneita kertomaan kokemuksiaan hoidosta. Muutakin kuin luentopohjaista opetusta.”

”Enemmän opetustunteja ja teoriaa esim. gyn.syövän hoidosta, lapsettomuudesta. Tuntien sisällöt hyviä, mutta asiat käsitellään nopeasti.”

Kolme vastausta (17,6 % vastauksista) luokiteltiin muut vastaukset -kategoriaan. Vastaajista yksi halusi naistentautien hoitotyön harjoittelun pakolliseksi myös aikuisopiskelijoille. Yksi puolestaan toivoi harjoittelun ohjaajiksi päteviä ja innokkaita ihmisiä. Kolmas vastaaja toivoi, että kättilökoulutuksessa tulisi paremmin esille se, että kättilön ammattitaito ei rajoitu pelkästään synnytysalain.

”Kättilöiden tulisi kokea asemansa kättilönä tärkeäksi myös muualla kuin synnärissä. Kättilö on ”naisen hoitoon” erikoistunut

sen pitäisi paremmin tulla esille opetuksessa”

5.3.4 Naistentautien hoitotyön harjoittelun kehittäminen

Viimeisen avoimen kysymyksen avulla selvitettiin, miten opiskelijat kehittäisivät naistentautien hoitotyön ohjattua harjoittelua. Kysymykseen vastasi 50 % opiskelijoista (n = 15). Sisällön analyysi -prosessin avulla vastaukset luokiteltiin kolmeen eri kategoriaan.

Vastaaajista 26,7 % (n = 4) oli tyytyväisiä ohjattuun harjoitteluun eikä heillä ollut kehittämisehdotuksia.

”Oma harjoittelu... oli todella antoisa. Mielestäni ei kehitettävää.”

Vastaaajista 53,3 % (n = 8) haluaisi muuttaa harjoittelun rakennetta. Yhden opiskelijan vastaus saattoi sisältää useampia kehittämisehdotuksia. Viisi opiskelijaa pidentäisi harjoittelua. Viisi opiskelijaa myös haluaisi, että harjoittelu esimerkiksi jaettaisi kahteen osaan. Tällöin eri osat suoritettaisiin eri toimintayksiköissä. Yksi opiskelija toivoi, että harjoittelupaikat olisivat aina varsinaisilla naistentautien osastoilla.

”Enemmän käytännön harjoittelua naistentautien puolella niin, että jokainen opiskelija voisi harjoitella sekä vuodeosastolla että poliklinikalla useamman viikon. Näin varmistettaisiin se, että opiskelija pääsisi perehtymään laajemmin naistentautien alueeseen, eikä vain esim. johonkin syöpäosastoon tai muuhun erityisalaan.”

”Harjoittelu pidemmäksi, tai mahd. mukaan 2 harj. eri yksiköissä. On niin laaja alue ja paljon opittavaa.”

Vastanneista opiskelijoista 20,0 % (n = 3) toivoivat motivoituneempaa ja muutenkin parempaa ohjausta. Toivottiin, että yhteistyö kentän ja opettajan välillä olisi tehokkaampaa, ja että ohjaajat olisivat aidosti motivoituneita ohjaamiseen. Toivottiin myös, että ohjaajat olisivat itsekin kättilöitä.

”Motivoituneet ohjaajat ovat olennainen osa harjoittelua, joten tehtävään tulisi valikoitua sellaiset henkilöt. Opiskelijan ohjaamisen pitäisi olla ns. etuoikeus ei pakkopullaa.”

”Harjoittelussa olisi hyvä, jos ohjaajat olisivat kättilöitä (saisi kättilön näkökulmaa jo tuolloin) ei sairaanhoitajia. Tämä myös tulisi kättilön identiteetin kehittymisen kannalta.”

6 POHDINTA

6.1 Luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta tarkastellaan mittaamisen, aineiston keuruun ja tulosten luotettavuuden kautta. Mittarin kehittäminen on tutkimuksen tärkeimpiä vaiheita, sillä tutkimuksen luotettavuus perustuu suurelta osin mittaamisen luotettavuuteen. Voidaan jopa sanoa, että tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. Tämän vuoksi mittarin luotettavuuden tarkastelu on äärimmäisen tärkeää. (Konttinen 2004: 60.)

Kehittelimme opinnäytetyömme mittaria huolella ja useaan otteeseen. Mittari pohjautuu osittain jo olemassa olevaan mittariin, joten mittarin toimivuutta on osittain testattu jo aikaisemmin. Tätä kyseistä mittaria ei kuitenkaan ole käytetty aiemmin, joten se vähentää mittarin luotettavuutta. Mittarin luotettavuutta vähentää myös se, että mittari on opinnäytetyön tekijöiden itsensä tekemä. Mittarin luotettavuutta kuitenkin lisää se, että kehittelyyn osallistui toinenkin opinnäytetyöryhmä, joten kehittäjiä oli useita. Mittarin kehittämisessä oli mukana myös työelämän yhteyshenkilö, joka antoi kehitysehdotuksensa ja hyväksymisensä mittarille.

Luotettavuutta voidaan tarkastella mittarin reliabiliteettina ja validiteettina. Mittarin reliabiliteetti eli mittauksen pysyvyys tai mittauksen toistettavuus kuvaa mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Mittarin reliabiliteettia voidaan arvioida mittarin pysyvyytenä, vastaavuutena ja sisäisenä johdonmukaisuutena. Reliabiliteetti voidaan todeta usealla tavalla. Mittarin reliabiliteettia mitataksemme voidaan esimerkiksi kysyä samaa asiaa kyselyssä hieman eri muodossa ja voidaan verrata vastausten yhdenmukaisuutta. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007: 226; Paunonen ym. 1997: 206-213.) Kyselyn olisi myös voinut toistaa jonkin ajan kuluttua tai tehdä sen useammalle ryhmälle, mutta se olisi vaatinut liikaa resursseja siihen nähden, mitä meillä oli nyt käytettävissä.

Saadaksemme aikaan luotettavan mittarin suoritimme pienen esitutkimuksen, jolla testasimme mittarin ymmärrettävyyttä ja toimivuutta. Esitutkimuksen perusteella muokkasimme kyselyä toimivammaksi ja hioimme kysymyksiä ymmärrettävämmiksi. Huo-

lehdimme myös siitä, että kysely sisälsi hyvät ja selkeät ohjeet kyselyn suorittamiseksi. Kyselyä suorittaessa olisi hyvä pyrkiä minimoimaan kohteesta johtuvat virhetekijät kuten mittausaika, väsymys, kiire ja kysymysten ymmärrettävyys sekä paljous (Hirsjärvi ym. 2007: 226; Paunonen ym. 1997: 206-213).

Mittausaikaan, väsymykseen ja kiireeseen emme juurikaan voineet itse henkilökohtaisesti vaikuttaa, sillä kysely toteutettiin tutoropettajien valitsemina ajankohtina. Molemmat kyselyajankohdat olivat tuntien yhteydessä, jolloin opiskelijoilla oli kiire muihin tehtäviin. Opiskelijat kuitenkin vaikuttivat vastaavan kysymyksiin huolellisesti ja kiireettömästi. Tuloksia tarkastellessa oli havaittavissa se, että opiskelijat olivat jaksaneet kirjoittaa myös viimeisiin avoimiin kysymyksiin pitkiäkin vastauksia. Suurin osa opiskelijoista myös vastasi viimeisiin avoimiin kysymyksiin. Opiskelijoiden vastausten rehellisyyttä on aina vaikea arvioida. Monet vastaukset sisälsivät kuitenkin niin henkilökohtaisia mielipiteitä, että vastausten voi arvioida olevan varsin rehellisiä. Kysymysten ymmärrettävyyttä paransimme esitutkimuksessa saatujen tietojen avulla. Mittarin kysymysten lukumäärää kritisoitiin jo esitutkimuksessa, mutta emme pystyneet vähentämään niiden määrää ilman, että kyselyn luotettavuus olisi vähentynyt. Kysymysten suuresta lukumäärästä huolimatta kyselyyn vastaaminen ei kuitenkaan vienyt kuin noin 15 minuuttia, joka ei esitutkimukseen osallistuneiden mielestä ollut liian pitkä aika. Kyselyn luotettavuuden voi katsoa olevan hyvä myös vastausprosentin osalta, sillä se oli 100 %.

Mittarin validiteettia eli pätevyyttä tarkasteltaessa on keskeistä se, mittaako mittari todella sitä, mitä sen tulisi mitata. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi kyselylomakkeiden kysymyksiin voidaan saada vastaukset, mutta vastaajat ovat saattaneet käsittää monet kysymykset aivan eri tavalla kuin tutkija on ajatellut. Jos tutkija käsittelee saatuja tuloksia edelleen alkupe räisen oman ajattelumallinsa mukaisesti, ei tuloksia voida pitää tosina ja pätevinä. Tällöin mittari siis aiheuttaa tuloksiin virheitä. Esitutkimus auttaa myös validiteetin arvioimisessa. (Hirsjärvi ym. 2007: 227-227; Paunonen ym. 1997: 206-213.) Esitutkimuksen avulla muokkasimme kysymykset sellaisiksi, että kysymysten ymmärrettävyys olisi mahdollisimman hyvä ja ettei väärinkäsityksiä pääsisi syntymään. Tuloksista on kuitenkin hyvin vaikea arvioida olivatko opiskelijat oikeasti ymmärtäneet kysymykset niin kuin me olimme tarkoittaneet.

Validiteetti voidaan jakaa ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Ulkoisessa validiteetissa pohditaan sitä, ovatko tulokset yleistettävissä ja onko otos edustava. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkittava joukko on tarpeeksi suuri ja tutkimukseen sopiva. (Paunonen ym. 1997: 206-213.) Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiasta valmistuu puolivuositain kaksi opiskelijaryhmää, joista toinen on nuoriso- ja toinen aikuisasteen opiskelijaryhmä. Tämän vuoksi teimme tutkimuksen yhden ryhmän sijasta kahdelle eri opiskelijaryhmälle. Valitsimme ryhmät siten, että toinen ryhmä oli aikuisopiskelijaryhmä ja toinen nuorisoasteen ryhmä. Tällä tavalla saimme otoksen edustavuuden mahdollisimman monipuoliseksi. Molemmat ryhmät myös valmistuivat puolen vuoden sisään, joten osallistuneet opiskelijat olivat valmistumassa olevia, kuten pitikin olla. Opiskelijat olivat myös suorittaneet jo naistentautien hoitotyön opintonsa varmasti, sillä naistentautien hoitotyön opinnot suoritetaan ensimmäisenä kätilötyön opinnoissa. Otokoko oli 30 opiskelijaa, mikä kattoi varsin hyvin opinnäytetyön perusjoukon eli Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian valmistuvat opiskelijat. Tutkimustulokset ovat siis hyvin yleistettävissä perusjoukossa.

Sisäinen validiteetti puolestaan käsittelee sitä, että tutkittiinko sitä, mitä oli tarkoituskin tutkia. Halutaan tietää, johtuvatko tulokset tutkimusasetelmasta eivätkä sekoittavista tekijöistä. Sisäisessä validiteetissa pohditaan käsitteiden operationalisointia ja niiden valintaa. Halutaan tietää, kattavatko käsitteet tarpeeksi hyvin koko tutkittavan alueen. Sisäistä validiteettia on melko vaikea tutkia. (Paunonen ym. 1997: 206-213.) Mittarin valmistuttua pohdimme, olivatko valitsemamme käsitteet sopivat ja kattoivatko ne alueen tarpeeksi laajasti. Esitutkimus myös antoi viitteitä myös siihen, että vastasiko mittarimme tutkimusongelmiemme kysymyksiin tarpeeksi kattavaksi. Lopulliset tulokset vaikuttivat vastaavan hyvin asettamiimme opinnäytetyön kysymyksiin ja valitsemamme käsitteet tuntuivat sopivan hyvin osaamisen kuvaamiseen. On kuitenkin todella vaikea tietää varmaksi kattoivatko mittarimme ja käsitteemme alueen riittävän kattavasti.

6.2 Eettiset kysymykset

Etiikan peruskysymyksiä ovat kysymykset hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on otettava huomioon. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä. Näiden periaatteiden tunteminen ja niiden noudattaminen on jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttääkin, että tutkimuksen te-

kemisessä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2007: 23.) Tutkija on vastuussa tutkimuksen eettisistä ratkaisuista tiedeyhteisölle, yhteiskunnalle ja itselleen. Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset voidaan jakaa tutkimusongelman asettelua, tutkijan ja tutkimusorganisaation välistä suhdetta, tutkijan ja tutkittavien välistä suhdetta sekä aineiston keruuta ja tulosten julkaisemista koskeviin kysymyksiin. Tutkimuksen näkökulma on aina sekä rajattu että rajoittunut ja tutkimukseen liittyvissä valinnoissa näkyvät tutkimuksen tekijän omat arvot. (Konttinen 2004: 63.)

Tutkimuslupakysymykset ovat tärkeä osa tutkimuksen eettisiä periaatteita (Konttinen 2004: 63). Opinnäytetyötä varten hankimme kirjallisen tutkimusluvan ammattikorkeakoulu Stadian vs. va. rehtori Juha-Pekka Liljanderilta. Luvan saimme kirjallisena 20.3.2007 (Liite 2).

Lupien hankkimisen lisäksi täytyy huolehtia siitä, että tutkimus ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkittavaa. Lähtökohtana tutkimuksessa tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisten itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan antamalla ihmisille mahdollisuus päättää haluavatko he osallistua tutkimukseen. Päätöksen tukemiseksi ihmisille täytyy antaa riittävästi tietoa liittyen tutkimukseen. Yleensä tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä edellytetään asiaan perehtyneesti annettu suostumus. Perehtyneisyys tarkoittaa sitä, että tutkittavalla on kaikki tutkimusta koskeva oleellinen tieto hallussaan ja hän on kykenevä ymmärtämään tämän tiedon. Tutkimuksen täytyy olla siihen osallistuville vapaaehtoista ja he voivat keskeyttää sen koska tahansa. Vastuu tutkimuksesta on aina tutkimuksen johtajilla. Tutkittavalle on taattava anonymiteetti ja tutkittavan on tiedettävä tutkimuksen riskeistä ja siitä mahdollisesti saatavista hyödyistä. Tutkimuksen kulku täytyy selvittää tutkittaville ja heillä on oikeus saada tutkimustulokset tietoonsa tutkimuksen valmistuttua. Tutkimus tulee viedä läpi asianmukaisesti eikä se saa sisältää vilppiä. Tärkeää on myös tutkimuksen eettisesti oikeanlainen raportointi. Tutkimuksessa ei saa esiintyä plagiointia eikä tuloksia saa yleistää kritiikittömästi. Tuloksia ei saa sepittää eikä niitä saa kaunistella. Raportointi ei myöskään saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Toisten tutkijoiden osuutta ei saa vähätellä eikä tutkimukseen myönnettyjä määrärahoja saa käyttää väärin tarkoituksiin. (Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 2000: 26-27; Hirsjärvi ym. 2007: 25-27; Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 26-33.)

Eettisten kysymysten luomia vaatimuksia ratkaisimme antamalla kyselyn mukana kyselyyn osallistuville saatekirjeen, jossa selitettiin tutkimus, tutkimuksen tarkoitus ja siitä saatava hyöty. Lisäksi kirjeessä selitettiin, että kysely tehdään anonymisti ja vastaaminen on vapaaehtoista. Annoimme vastaajille myös yhteystietomme, että he voivat halutessaan tiedustella opinnäytetyöstä lisää ja myöhemmin he voivat kysellä myös tutkimuksen tuloksia. Kerroimme myös, että opinnäytetyö on luettavissa Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian Sofianlehdonkadun kirjastossa marraskuun 2007 jälkeen. Saatekirjeen lisäksi kerroimme suullisesti opinnäytetyöstämme ennen kuin opiskelijat pääsivät vastaamaan kyselyyn. Perehtyneesti annetuksi suostumukseksi katsoimme sen, että opiskelija vastasi kyselyyn vapaaehtoisesti saatekirjeen luettuaan. Kyselyn vapaaehtoisuutta voi kuitenkin hieman pohtia. Kysely toteutettiin tuntien yhteydessä opettajan läsnäollessa. Opettajan ja toisaalta myös opinnäytetyön tekijöiden läsnäolo saattaa helposti luoda vastaajalle painostuksen tunteen. Tämä voi aiheuttaa sen, että vastaaja kokee, että kyselyyn osallistuminen ei olekaan täysin vapaaehtoista.

Opinnäytetyön eettisyyttä lisää se, että käsitelimme vastauksia niin, että ulkopuoliset eivät päässeet niitä näkemään. Tutkimuksen missään vaiheessa emme käyttäneet tutkittavien nimiä eikä yhteystietoja. Kyselylomakkeet myös täytettiin anonymisti. Pyrimme olemaan tarkkoja ja kriittisiä tuloksista raportoidessamme emmekä syyllistyneet missään vaiheessa plagiointiin.

6.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisiksi valmistuvat kättilöopiskelijat kokevat ammatillisen osaamisensa naistentautien hoitotyön osalta. Lisäksi työssä kartoitettiin kuinka vetovoimaiseksi kättilöopiskelijat kokevat naistentautien hoitotyön alueen ja vastaako koulutus tämänhetkisen työelämän vaatimuksia. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaisia kuin teoreettisessa viitekehyksessä esitellyissä tutkimuksissa (Ahola – Heikkilä 2005; Härkin 2000; Kaira 2002; Sulosaari 2005; Ylisipola 2004). Tulosten perusteella opiskelijat kokivat osaamisensa naistentautien hoitotyön osalta hyväksi mutta ei erinomaiseksi. Osaaminen oli parhainta eettisen osaamisen osa-alueella sekä yhteistyötaitojen osa-alueella. Osaaminen oli puolestaan heikointa opetus- ja ohjausosaamisen osa-alueella. Kliinisen osaamisen osa-alue sijoittui kolmanneksi. Erot eri osa-alueiden välillä olivat kuitenkin varsin pieniä.

Hieman yli puolet vastaajista ilmoitti pitävänsä naistentautien hoitotyötä vetovoimaisena alana. Vajaa puolet opiskelijoista ilmoitti haluavansa mennä valmistumisen jälkeen töihin naistentautien hoitotyön alueelle. Synnytyssali nousi halutuimmaksi työpaikaksi ja sinne halusi töihin 87 % vastaajista. Jopa 87 % opiskelijoista ilmoitti, että voisi mennä töihin naistentautien hoitotyön alueelle milloin tahansa tai joissakin tilanteissa. Ainoastaan neljä vastaajaa kolmestakymmenestä ilmoitti, ettei halua lainkaan töihin naistentautien hoitotyön alueelle. Tulosten perusteella ei voida tehdä selkeitä päätelmiä naistentautien hoitotyön alan vetovoimaisuudesta, mutta voidaan kuitenkin todeta, että opiskelijat ovat varsin kiinnostuneita työskentelemään kyseisellä alalla. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni lisäksi, että opiskelijoiden mielestä käytännön harjoittelu naistentautien hoitotyön alueella tukee oppimista paremmin kuin teoriaopinnot. Opiskelijoiden mielestä koulutus vastasi kuitenkin melko hyvin heidän odotuksiaan naistentautien hoitotyön osalta.

6.3.1 Ammatillisen osaamisen tarkastelua

Opetusministeriön mukaan kättilöltä edellytetään eettistä ja arvo-osaamista. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että kättilö ottaa vastuun omasta kehittämisestään, kättilö osaa toimia kättilötyön arvojen, eettisten periaatteiden ja lainsäädännön mukaisesti, ja että kättilö edistää ja tukee naisen, miehen ja perheen hyvinvointia ja itsemääräämisoikeutta. (Opetusministeriö 2001; Opetusministeriö 2006: 79.) Opinnäytetyön tulosten mukaan osaaminen oli parhaita juuri eettisen osaamisen osa-alueella ja yhteistyötaitojen osa-alueella. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan eettinen osaaminen on erittäin hyvää (Ahola-Heikkilä 2005; Sulosaari 2005; Härkin 2000).

Eettisen osaamisen osa-alueella opiskelijat kokivat osaavansa parhaiten kantaa vastuuta, noudattaa salassapitovelvollisuutta sekä edistää ja tukea terveyttä ja voimavaroja. Myös Sulosaaren (2005) tutkimuksesta ilmenee, että hoitajat hallitsevat parhaiten salassapitovelvollisuuden noudattamisen. Salassapitovelvollisuus ja vastuun kantaminen ovat asioita, jotka jokaisen ihmisen täytyisi huomioida missä tahansa työssä. Yleiseen hoitajan ammatillisuuteen kuuluu vastuun kantaminen ja salassapitovelvollisuuden noudattaminen. Myös laki edellyttää hoitajalta edellä mainittuja asioita. Terveiden ja voimavarojen edistäminen ja tukeminen puolestaan on jo itsessään terveydenhuoltoalan ammattilaisten työn tarkoitus.

Tulosten mukaan eettisen osaamisen osa-alueella osattiin heikoiten ohjata valitusasioihin liittyvissä käytännöissä sekä ratkaista eettisiä ongelmatilanteita. Valitusasioihin liittyvät käytännöt tulevat parhaiten tutuiksi työelämässä eikä näitä asioita juuri käsitellä koulutuksen aikana. Täten ei ole hälyttävää, että valmistumassa oleva opiskelija ei vielä hallitse kaikkia valitusasioihin liittyviä käytäntöjä. Opiskelija ehtii vielä hyvin työelämässäkin tutustua näihin käytäntöihin eikä osaamattomuus tässä asiassa vaikuta sinänsä työssä vaadittaviin ammattitaitoihin. Myös Sulosaaren (2005) tutkimuksen mukaan vastavalmistuneella sairaanhoitajalla on vaikeuksia ohjata potilasta potilaan oikeuksia koskevaan lainsäädäntöön liittyvissä kysymyksissä.

Tulosten mukaan vain yksi kolmasosa opiskelijoista tunnistaa varmasti eettisen ongelmatilanteen. Tämän lisäksi vain 13,3 % opiskelijoista ilmoitti omaavansa hyvät valmiudet eettisten ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi ja jopa lähes kolmasosa opiskelijoista totesi valmiutensa riittämättömiksi. Naistentautien hoitotyössä käsitellään usein hyvin intiimejä ja herkkiä asioita ja sellaisia asioita, jotka voivat vaikuttaa elämänlaatuun merkittävästi. Näin ollen eettisiä ongelmatilanteita tulee varmasti vastaan. Täten on huolestuttavaa, että valmistumassa olevat kättilöopiskelijat eivät osaa ratkaista hyvin eettistä ongelmatilannetta eivätkä he edes välttämättä tunnista tällaista tilannetta.

Kättilötyötä ohjaavan lainsäädännön tuntemisessa on kättilöopiskelijoilla vielä kehitettävää. Opetusministeriön mukaan kättilön täytyy osata toimia lainsäädännön mukaan (Opetusministeriö 2001; Opetusministeriö 2006: 79). Sulosaaren (2005) tutkimuksesta ilmenee, että vastavalmistuneet sairaanhoitajat osaavat toimia hyvin ammatinharjoittamista koskevan lain mukaan. Miksi siis tämän opinnäytetyön tulosten mukaan kättilöopiskelijat eivät osaa kovinkaan hyvin lainsäädäntöä? Kättilötyötä ohjaava lainsäädäntö on todella laaja eikä kättilön tai kättilöopiskelijan tarvitsekaan tuntea jokaista lakipykälää, mutta lain ohjaamat suuntaviivat olisi kuitenkin hyvä tietää. Koulutuksen aikana lainsäädäntöä käydään läpi vain muutamalla opintojaksolla ja opintojaksot sijoittuvat pääasiassa opintojen alkupuolelle. Täten siis voisi olla hyvä kerrata lainsäädäntöä pitkin opintoja. Osastot voisivat myös sisällyttää perehdytykseen jonkin verran tärkeiden lakien kertausta.

Opinnäytetyön tulosten mukaan kättilöopiskelijoiden osaaminen oli heikointa ohjaus- ja opetusosaamisen osa-alueella. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa osaaminen tällä osa-

alueella on ollut heikkoa (Kaira 2002; Mäkipoura 2005; Sulosaari 2005). Tulosten mukaan opiskelijat hallitsivat parhaiten ohjausmateriaalin käytön ja asiakaslähtöisen ohjauksen. Lisäksi opiskelijat tunsivat melko hyvin opettamisen ja ohjaamisen menetelmät hoitotyössä. Heikoiten osattiin tunnistaa omaisten ohjaustarve sekä suunnitella ja toteuttaa ohjaustilanne omaisille. Heikoimmin osattiin myös tunnistaa potilaan ohjaustarve, arvioida ohjauksen toteutumista ja vaikuttavuutta sekä suunnitella ohjaus potilaan lähtökohdista käsin. Vaikka osaaminen tällä osa-alueella oli keskiarvon mukaan melko hyvää, vastausten prosenttijakaumia tarkastellessa ilmeni, että vain hyvin harva opiskelija koki osaamisensa todella hyväksi. Moni opiskelija jopa myönsi, ettei juuri osaa ohjata. Esimerkiksi omaisten ohjaukseen liittyvissä toiminnoissa peräti yksi neljäsosa opiskelijoista ilmoitti, ettei oikeastaan osaa ohjata.

Kättilökoulutus pitää sisällään jonkin verran opetusta liittyen potilaan opettamiseen ja ohjaamiseen. Koulutukseen ei sisälly varsinaista opintojaksoa koskien ohjaamista vaan opetus on ripoteltu eri opintojaksoille ja harjoitteluille. Opettamista ja ohjaamista on kovin vaikea oppia luennoilla vaan se opitaan parhaiten käytännön kautta. Opiskelijoille paras paikka oppia tätä taitoa on ohjattu harjoittelu. Naistentautien hoitotyön harjoittelupaikat puolestaan vaihtelevat suuresti ja harjoittelu ei kestä kuin joitakin viikkoja. Opiskelijat saavat täten rajallisesti mahdollisuuksia harjoitella ohjaamista käytännössä. Harjoittelumahdollisuudet riippuvat usein myös osastoista ja harjoittelun ohjaajasta. Opiskelijoiden saamat tiedot myös vaihtelevat riippuen harjoittelupaikasta.

Erityisesti opetus- ja ohjausosaamisen osa-alueella sekä jonkin verran myös kliinisen osaamisen osa-alueella kättilöopiskelijat ovat usein rehellisesti ilmoittaneet, että he eivät hallitse kaikkia taitoja. Valmistumassa olevan kättilöopiskelijan ei vielä tarvitsekaan hallita hyvin kaikkia hoitotyöhön liittyviä taitoja. Onkin hyvä, että opiskelijat ovat myöntäneet tässä opinnäytetyössä puutteelliset tietonsa rehellisesti. Tämä on tärkeää opiskelijan päästessä työelämään, koska opiskelijan tiedostaessa rajalliset taitonsa, hän myös luultavasti pyytää apua sitä tarvitessaan.

Yhteistyöosaamisessa kättilö osaa toimia asiantuntijana sekä itsenäisesti että moniammatillisten työryhmien ja verkostojen jäsenenä. Monikulttuurisessa kättilötyön osaamisessa kättilön osaamisvaatimuksissa korostuvat eri kulttuurien kohtaamiseen liittyvät taidot. Kättilö osaa toimia kulttuurilähtöisesti erilaisista taustoista tulevien asiakkaiden kanssa. (Opetusministeriö 2001; Opetusministeriö 2006: 78-83.) Tulosten mukaan osaaminen

yhteistyötaitojen osa-alueella oli hyvää. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan yhteistyötaidot ja vuorovaikutustaidot koetaan hyväksi (Härkin 2000; Kaira 2002; Sulosaari 2005).

Parhaiten yhteistyötaitojen osa-alueella kättilöopiskelijat kokivat osaavansa kysyä tarvittaessa neuvoa työtehtävien suorittamiseksi ja tukea työtovereita ongelmatilanteissa. Lisäksi opiskelijat kokivat vuorovaikutustaitonsa hyväksi. Opiskelijat myös kokivat vuorovaikutustaitonsa hyväksi toimiessaan potilaan omaisten kanssa. Myös Sulosaaren (2005) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat hallitsevat hyvin neuvojen kysymisen tarvittaessa ja yhteistyössä toimimisen muiden sairaanhoitajien kanssa. Samassa tutkimuksessa todetaan, että sairaanhoitajat hallitsevat heikosti rakentavan ja kannustavan palautteen antamisen työyhteisössä (Sulosaari 2005). Rakentavan palautteen antaminen koettiin tässäkin opinnäytetyössä vaikeaksi. Opiskelijat kokivat osaamisensa heikoimmiksi myös potilaan hoidon koordinoinnissa sekä hoitotyön suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa yhdessä potilaan kanssa. Tuloksista voi päätellä, että kättilöopiskelijat kokevat vuorovaikutustaitonsa yleisesti hyväksi. Opiskelijat kokevat myös yhteistyötaitonsa toisten ammattihenkilöiden kanssa hyväksi, mutta yhteistyötaidoissa potilaan kanssa olisi vielä kehitettävää. Tälläkin osa-alueella työkokemuksen puute todennäköisesti vaikuttaa osaamisen tasoon.

Tuloksista paljastui, että kättilöopiskelijat eivät kovin hyvin ota huomioon potilaan kulttuurista taustaa. Vain reilu neljäsosa opiskelijoista huomioi aina potilaan kulttuurisen taustan ja jopa kymmenen prosenttia opiskelijoista ei juurikaan huomioi kulttuurista taustaa. Suomi kansainvälistyy koko ajan ja erityisesti pääkaupunkiseudulla on paljon eri etnisten taustojen omaavia potilaita. Kulttuurista riippuen seksuaalisuuteen suhtaudutaan eri tavalla ja juuri naistentautien hoitotyö on kiinteästi sidoksissa seksuaalisuuteen. Kättilön tulisi siis osata toimia vuorovaikutuksessa eri kulttuurien edustajien kanssa.

Tuloksista ilmeni, että opiskelijat eivät juurikaan kannusta omaisia osallistumaan potilaan hoitoon. Vain kolmasosa opiskelijoista ilmoitti aktiivisesti kannustavansa omaisia ja jopa kuudesosa opiskelijoista kertoi, ettei juuri ollenkaan huomioi omaisia. Työssä oleva jatkuva kiire voi helposti aiheuttaa sen, että hoitajat tekevät vain välttämättömät hoitotoimenpiteet. Kiire aiheuttaa myös sen, että hoitajat kokevat työn joutuisammaksi tehdessään asiat itse kuin ohjattessaan toista tekemään asiat. Tulosten mukaan opiskeli-

joiden vuorovaikutustaidot potilaiden ja omaisten kanssa ovat heikommat kuin ammattihenkilökunnan kanssa. Tämäkin osaltaan vaikuttaa siihen, että omaisten kanssa toimiminen koetaan haasteelliseksi.

Kliinisen osaamisen osa-alueella opiskelijat kokivat osaamisensa kokonaisuudessaan melko hyväksi. Osaamisen taso kuitenkin vaihteli suuresti osa-alueen sisällä. Sulosaari (2005) on saanut kliinisen osaamisen suhteen tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia tämän opinnäytetyön kanssa. Tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajat hallitsevat parhaiten perushoidon, aseptisen toiminnan ja keskeiset hoitotyön auttamismenetelmät (Sulosaari 2005). Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan opiskelijat hallitsivat parhaiten perushoidon, peruselintoimintojen tarkkailun ja lääkehoidon turvallisen toteutuksen. Heikoiten puolestaan osattiin toimia ergonomisesti, hallittiin verensiirron toteuttamiseen liittyvät toimenpiteet sekä kuolevan potilaan hoitotyö. Heikohko osaaminen kuolevan potilaan hoidon osalta voisi todennäköisesti johtua siitä, että opiskelijat eivät kohtaa moniakaan kuolevia potilaita koulutuksensa aikana. Osaaminen tältä osin kehittyi eniten työkokemuksen myötä, joten koulutuksen lisäämisellä tuskin olisi suurta vaikutusta.

Yli puolet opiskelijoista ilmoittaa toimivansa lähes aina ergonomisesti, kun taas vajaa puolet myöntää, ettei toimi ergonomisesti. Hyvä ergonomia on hyvin tärkeää hoitotyössä. Se vaikuttaa huomattavasti hoitajan terveyteen ja työssä jaksamiseen. Hoitotyö sisältää paljon potilaiden nostelemista sekä siirtelemistä ja hoitajan omalla työasennolla on suuresti merkitystä ergonomian kannalta. Hyvä ergonomia vaikuttaa myös potilaan vointiin ja terveyteen. Kätilökoulutuksessa ergonomiaa käsitellään pääasiassa vain ensimmäisenä opiskeluvuotena ja silloinkin vain vähän. Ergonomian opetuksen lisääminen voisi olla turhaa, sillä ergonominen toiminta on suurimmaksi osaksi kiinni henkilöstä itsestään ja työelämän antamasta mallista.

Opetusministeriön mukaan kätilön täytyy hallita gynekologiset tutkimukset ja näytteet (Opetusministeriö 2006). Opinnäytetyön tulosten mukaan opiskelijat tarvitsisivat vielä lisää harjaantumista keskeisten naistentautien hoitotyössä tarvittavien tutkimusten teosta. Koulutuksessa käydään läpi jonkin verran keskeisiä tutkimuksia ja niiden tekoa. Itse tutkimusten tekoa harjoitellaan yleensä laboraatiotunneilla muovisilla lantioilla ja rinoilla. Esimerkiksi jotkin ryhmät harjoittelevat papa-kokeen ottamista yhdellä tunnilla muovisen lantion avulla. Tämä ei tietenkään vastaa todellista hoitotilannetta. Opiskelijat myös suorittavat naistentautien hoitotyön harjoittelun hyvin vaihtelevissa paikoissa ja

vain osassa paikoista opiskelijoilla on mahdollisuus päästä harjoittelemaan näyttötoota. Opiskelijoiden olisi siis hyvä päästä opintojensa aikana harjoittelemaan enemmän näyttötoota käytännössä.

Ammatillinen osaaminen edellyttää kättilöltä myös teoreettista osaamista eli että kättilö osaa integroida eri tieteenalojen tietoa kättilötyön teoreettiseen tietoon ja perustelee sen avulla itsenäistä päätöksentekoaan ja toimintaansa. Se tarkoittaa myös sitä, että kättilö osaa käyttää tutkimustietoa kättilötyön kehittämiseksi. (Opetusministeriö 2001; Opetusministeriö 2006: 79.) Opinnäytetyön tulosten mukaan valmistumassa olevat kättilöopiskelijat eivät koe osaavansa kovinkaan hyvin hankkia uutta tietoa hoitotyön tueksi, arvioida uutta tietoa ja hyödyntää tutkimustietoa hoitotyössä. Vain yksi kolmasosa opiskelijoista ilmoitti hankkivansa aktiivisesti uutta tietoa ja jopa joka viides myönsi, ettei hankki tietoa juuri lainkaan. Tämän lisäksi vain joka viidestoista opiskelija kertoi osaavansa varmasti arvioida kriittisesti uutta tietoa. Hieman yli kymmenen prosenttia osasi hyvin perustella toimintaansa tutkimustiedon avulla sekä hyödyntää tutkimustietoa hoitosuhteessa ja hieman yli viisitoista prosenttia ilmoitti, ettei osaa hyödyntää tutkimustietoa.

Edellä mainittujen tulosten perusteella voi tehdä johtopäätöksen, että opiskelijat eivät ole kovinkaan innokkaita hankkimaan uutta tietoa. Opiskelijoilta myös puuttuu taito käyttää tietoa hyväkseen. Jos opiskelijat kerran eivät osaa hyödyntää tietoa, vaikuttaa se varmasti myös tiedonhankintahalukkuuteen. Jos opiskelijat eivät hankki tietoa aktiivisesti edes työelämässä ollessaan, johtaa se helposti siihen, että hoitotyön taso laskee ja hoitajan tiedot vanhenevat. Hoitoala on nopeasti kehittyvä ala, joten pitääkseen yllä ammatillista osaamistaan hoitajan on aktiivisesti hankittava uutta tietoa.

Ylisipola (2004) on tutkinut hoitotyön opiskelijoiden valmiuksia näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Tulosten mukaan opiskelijoiden tiedot ovat keskinkertaiset tai hiukan paremmat. Vain neljäsosa opiskelijoista arvioi tietonsa hyväksi. Opiskelijat eivät hakeneet juurikaan tutkimustietoa itse harjoittelujensa aikana ja harva oli saanut tukea tiedon hakuun harjoittelun ohjaajalta. Opiskelijat toivoivat lisää opetusta liittyen tutkimustiedon hakuun ja hyödyntämiseen. Tutkimuksen mukaan suurin osa opiskelijoista on sitä mieltä, että tutkimustiedon hyödyntäminen hoitotyössä on tärkeää. (Ylisipola 2004.)

Tämän opinnäytetyön ja Ylisipolan (2004) tulosten perusteella voidaan todeta, että tutkimustiedonhaun opetusta olisi syytä lisätä. Olisi myös syytä opettaa, miten tutkimustie-

toa voidaan parhaiten hyödyntää hoitotyössä. Nykyisessä kättilökoulutuksessa näyttöön perustuvan tiedon tärkeyttä korostetaan paljon. Kuitenkaan varsinaista opintojaksoa ei ole, jossa opetettaisi miten tietoa kannattaa hakea ja hyödyntää, vaan opiskelijoiden täytyy hankkia taitonsa itsenäisten tehtävien kautta. Itsenäisiä tehtäviä tehdessään opiskelija joutuu itse ottamaan selvää, mistä ja miten tietoa hankitaan. Tämä ei kannusta tulevaisuudessakaan hankkimaan itse uutta tietoa.

Kättilön täytyy hallita gynekologiset sairaudet sekä keskeinen farmakologia ja hoitotyö. Tärkeää on myös tuntee ikääntyneiden naisten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät erityiskysymykset, lääkemääräykset ja lääkehoito ohjeiden ja lainsäädännön mukaisesti. (Opetusministeriö 2006: 81-83.) Lääkehoidon turvallinen toteutus on tällä hetkellä paljon puhuttava aihe, sillä pienen ajan sisään julkisuuteen on tullut useita tapauksia, joissa hoitaja on tehnyt virheen lääkehoidossa. Opinnäytetyön tulosten mukaan valmistumassa olevat kättilöopiskelijat kokevat osaavansa toteuttaa lääkehoitoa melko turvallisesti.

Reilut kaksi kolmasosaa opiskelijoista katsoi toteuttavansa lääkehoitoa aina turvallisesti ja puolet opiskelijoista ilmoitti osaavansa toteuttaa hyvin potilaan nestehoitoa. Tästä huolimatta vain kolmasosa opiskelijoista tiesi hyvin lääkkeiden yleisimmät haitta- ja yhteisvaikutukset ja kolmasosa osasi arvioida hyvin lääke- ja nestehoidon vaikutusta. Tämän lisäksi usea opiskelija myönsi, ettei osaa juurikaan yleisimpiä lääkehoidon haitta- ja yhteisvaikutuksia tai arvioida lääke- ja nestehoidon vaikutusta.

Lääkehoidon turvallinen toteutus on todella tärkeää hoitotyössä. On tärkeää tietää esimerkiksi lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutukset, ettei vahingossa anna potilaalle yhteen sopimattomia lääkkeitä. Pienetkin virheet tässä asiassa voivat johtaa jopa potilaan kuolemaan. Tämän vuoksi on äärimmäisen tärkeää, että koulutuksessa panostettaisi huolella lääkehoidon koulutukseen. Tällä hetkellä kättilökoulutus sisältää vain yhden varsinaisen farmakologian kurssin, joka käydään heti opintojen aluksi. Lääkelaskuja harjoitellaan yhdellä lääkelaskukurssilla ja lisäksi laskuja harjoitellaan vähän jokaisen opintokokonaisuuden yhteydessä. Farmakologiaa ei juurikaan opeteta enää varsinaisen kurssin jälkeen. Täten opiskelijoiden lääketietämys ei kata kaikkien eri hoitotyön alueiden yleisimpiä lääkkeitä. Koulutuksessa voitaisiin esimerkiksi naistentautien hoitotyön osalta käydä läpi juuri sen hoitotyön alueen tärkeimmät lääkkeet ja niiden vaikutukset. Myös harjoitteluissa olisi tärkeää käydä läpi opiskelijan kanssa osastolla yleisimmin käytettä-

vät lääkkeet. Uuden työntekijän perehdytyksessä olisi myös hyvä kerrata lääkeosaamista.

Opinnäytetyössä selvitettiin opiskelijoiden osaamista naistentautien hoitotyön eri osa-alueilla. Tulosten mukaan parhaiten hallittiin alkuraskauden ongelmista kärsivän potilaan hoitotyö sekä gynekologisen leikkauspotilaan hoitotyö. Molempia osa-alueita käsitellään ainakin jollakin lailla myös muissa kättilötyön opintojaksoissa. Esimerkiksi leikkauspotilaan hoitotyötä käsitellään kirurgisen hoitotyön jaksolla. Heikoiten opiskelijat puolestaan hallitsivat gynekologisen syöpäpotilaan hoitotyön, seksuaalisista ongelmista kärsivän potilaan hoitotyön sekä lapsettomuudesta kärsivän potilaan hoitotyön. Opiskelijoiden osaaminen vaihteli suuresti eri osa-alueilla. Vaihtelua voisi selittää esimerkiksi se, missä naistentautien hoitotyön harjoittelu on suoritettu. Naistentautien hoitotyö jakautuu useaan eri osa-alueeseen ja opetuksen tuntimäärä on rajallinen, joten kaikkia alueita ei ehditä käsitellä kovinkaan syvällisesti. Myös avoimien kysymysten vastauksista kävi ilmi, että opiskelijat toivoivat lisää tunteja ja syvällisempää opetusta esimerkiksi gynekologisen syöpien ja sukupuolitautien hoidosta sekä lapsettomuuden hoitotyöstä.

6.3.2 Naistentautien hoitotyön vetovoimaisuuden tarkastelua

Naistentautien hoitotyön vetovoimaisuus oli tämän opinnäytetyön yksi keskeisimmistä aiheista. Tulosten mukaan reilu puolet valmistuvista kättilöopiskelijoista piti naistentautien hoitotyötä vetovoimaisena alana kun taas vajaa puolet ei pitänyt alaa kovinkaan vetovoimaisena. Kuitenkin 40 % opiskelijoista ilmoitti, että haluaisi valmistumisensa jälkeen töihin naistentautien hoitotyön alueelle. Lapsivuodeosastolle halusi töihin yhtä moni opiskelija. Synnytyssali nousi odotetusti suosituimmaksi kohteeksi ja sinne halusi töihin jopa 87 % vastaajista. Alan vetovoimaisuuden puolesta kuitenkin puhuu se, että jopa 87 % opiskelijoista ilmoitti voivansa työskennellä naistentautien hoitotyön alueella. Näistä vastaajista kaksi kolmasosaa oli avoimia kaikenlaisille työkokemuksille ja pitivät alaa mielenkiintoisena. Vajaa yksi kolmasosa puolestaan ilmoitti, että voisi työskennellä alalla tietyissä tilanteissa tai vaihtelun vuoksi. Tulosten perusteella ei voida tehdä selkeitä päätelmiä naistentautien hoitotyön alan vetovoimaisuudesta, mutta voidaan kuitenkin todeta, että opiskelijat ovat varsin kiinnostuneita työskentelemään kyseisellä alalla.

Laakkonen (2004) on tutkinut hoitohenkilöstön kasvua hoitokulttuurissa. Tutkimuksen kohteena olivat erään gynekologisen poliklinikan hoitajat. Tutkimuksessa ilmenee, että poliklinikan toimintatavat eivät mahdollista työntekijöiden eivätkä opiskelijoiden kehittymistä. Tutkimusyksikössä hoitajien toiminta on passiivista, epäitsenäistä sekä rutiniinomaista. Tämä toimintatapa ei tue hoitajan omaa aktiivisuutta. Samat toimintamallit pätevät myös harjoittelussa olevaan opiskelijaan. Hoitajat kokevat naistentautien hoitotyön arvostuksen jäävän heikoksi. Kapea hoitajan ja hoitotyön rooli saattavat heikentää hoitajan ammatillista itsearvostusta. Tämä saattaa vahvistaa kokemusta, että hoitajien toimintaa ei huomioida riittävästi edes omassa organisaatiossa. (Laakkonen 2004.)

Harjoittelut vaikuttavat suuresti kättilöopiskelijoiden mielipiteisiin eri aloista. Opiskelijan ollessa harjoittelussa Laakkosen (2004) tutkimuksessa kuvatun poliklinikan kaltaisessa harjoittelupaikassa, vaikuttaa kokemus luultavimmin opiskelijan asenteisiin naistentautien hoitotyötä kohtaan. Laakkosen (2004) tutkimuksen mukaan gynekologisella poliklinikalla hoitajan rooli on passiivinen ja kapea-alainen eikä työyksikön toiminta tue hoitajien eikä opiskelijoiden kehittymistä. Tutkimuksesta ilmenee myös, että vakituisesti naistentautien hoitotyön alueella työskentelevät hoitajat eivät välttämättä koe saavansa arvostusta työstään. Jos opiskelija saa samankaltaisia kokemuksia harjoittelussa ollessaan, voi se vaikuttaa kättilöopiskelijan kokemukseen alan vetovoimaisuudesta. Laakkosen (2004) tutkimus koski kuitenkin ainoastaan poliklinikkatyöskentelyä ja työskentely naistentautien hoitotyön vuodeosastoilla on hyvin erilaista. Osastolla hoitajan rooli on itsenäisempi ja aktiivisempi. Hoitaja on myös enemmän vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Tällaisessa harjoittelupaikassa opiskelija saa hyvin erilaisia oppimiskokemuksia kuin poliklinikalla. Tämän vuoksi opinnäytetyössä olisikin ollut mielenkiintoista tarkastella vaikuttaako harjoittelupaikka opiskelijan mielipiteeseen naistentautien hoitotyön vetovoimaisuudesta.

Yleisen mielikuvan mukaan kättilö hoitaa raskaana olevia ja synnyttäviä naisia ja perheitä. Tähän mielikuvaan ei yleensä kuulu se, että kättilö on myös naistentautien hoitotyön asiantuntija. Tällaiseen mielikuvaan on hyvin vaikea vaikuttaa. Luultavasti iso osa kättilöksi hakevista henkilöistä ajattelee samalla tavalla. Koulutuksen aikana kättilöopiskelijat kyllä sisäistävät sen, että naistentautien hoitotyö kuuluu kättilön toimenkuvaan, mutta koulutus ei välttämättä pysty vaikuttamaan kyseisen alan vetovoimaisuuteen. Vetovoimaisuus riippuu todella paljon yksittäisen henkilön omasta kiinnostuksesta eikä kiinnos-

tukseen ole helppo vaikuttaa. Naistentautien hoitotyön vetovoimaisuutta saattaisi olla mahdollista lisätä muuttamalla yleistä mielikuvaa kätilön työnkuvan sisällöstä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan kätilöopiskelijat vaikuttavat hyvin sitoutuneilta valitsemaansa alaan. Hoitotyön alalla on tällä hetkellä sellainen ongelma, että hoitajat ja kätilöt vaihtavat alaa. Hoitajien jaksaminen on tällä alalla melko heikkoa ja työolot sekä palkan taso puhuttavat koko yhteiskuntaa. Opiskelijat näkevät jo koulutuksen aikana millaista työelämässä todellisuudessa on. Myös opiskelijoihin heijastuu työelämässä vallitseva kiire ja stressi. Tämä saattaa vaikuttaa siihen, että haluaako opiskelija valmistuttuaan todella työskennellä hoitoalalla. Opinnäytetyössä selvitetiinkin minne kätilöopiskelija haluaisi töihin valmistumisensa jälkeen. Vastanneista yksikään ei ilmoittanut haluavansa hoitoalan ulkopuolelle ja vain kaksi ilmoitti harkitsevansa suuntautumista muulle hoitotyön alueelle kuin kätilötyön alueelle.

6.3.3 Naistentautien hoitotyön koulutuksen kehittämisehdotusten tarkastelua

Opinnäytetyössä selvitettiin vetovoimaisuuden lisäksi kätilöopiskelijoiden mielipiteitä kätilökoulutuksesta ja koulutukseen liittyvistä harjoitteluista. Tuloksista kävi ilmi, että kätilöopiskelijat kokivat koulutuksen vastaavan melko hyvin työelämän vaatimuksia naistentautien hoitotyön osalta. Myös harjoittelun koettiin tukeneen oppimista ja koulutuksen koettiin vastanneen opiskelijoiden odotuksia melko hyvin. Avoimien kysymysten vastauksissa vain yhdellä kolmasosalla opiskelijoista oli kehitysehdotuksia koulutuksen osalta. Hieman alle yksi kolmasosa opiskelijoista ilmoitti olevansa tyytyväisiä opetukseen. Tämä tukee sitä, että koulutus koetaan naistentautien hoitotyön osalta varsin kattavaksi. Kehitysehdotukset koskivat pääasiassa opetuksen tuntimäärän lisäämistä ja sisällön laajentamista.

Noin yksi kolmasosa opiskelijoista halusi muuttaa myös ohjattua naistentautien hoitotyön harjoittelua. Reilu 10 % opiskelijoista ilmoitti olevansa tyytyväisiä harjoitteluun. Kehitysehdotukset jakautuivat harjoittelun rakenteeseen ja ohjaukseen liittyviin ehdotuksiin. Ehdotettiin harjoittelun pidentämistä ja sen jakamista kahtia. Ohjauksen puolestaan toivottiin olevan motivoituneempaa ja ohjaajien toivottiin olevan itsekin kätilöitä.

Tämän opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaisia Härkinin (2000) saamien tulosten kanssa. Härkinin tulosten mukaan opiskelijoiden mielestä koulutus vastaa pääosin hyvin

työelämän ammattitaitovaatimuksiin. Opiskelijat kritisoivat sitä, että teoria on irrallista käytännön hoitotyöstä, itsenäistä opiskelua on liikaa ja oppitunteja on supistettu liikaa. Opiskelijat toivovat harjoittelujen olevan pidempiä ja että samassa harjoittelu paikassa ei ole monta opiskelijaa yhtä aikaa. (Härkin 2000.)

Tulosten perusteella voidaan päätellä, että opiskelijat ovat pääpiirteittäin tyytyväisiä naistentautien hoitotyön opetukseen sekä harjoitteluihin. Muutosehdotukset ovat sellaisia, että ne voisivat hyvinkin koskea koko kättilökoulutusta eikä vain pelkkää naistentautien hoitotyön opetusta. Monet opiskelijoiden tekemistä ehdotuksista ovat todellisuudessa sellaisia, että niiden toteutus on vaikeaa, ellei jopa mahdotonta, tämänhetkisen kättilökoulutuksen rakenteella. Kättilökoulutus on tällä hetkellä suurien muutosten alla ja opintosuunnitelmia muutellaan aktiivisesti. Täten myös naistentautien hoitotyön opetus tulee muuttumaan.

6.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön pohjalta saatiin tietoa valmistumassa olevien kättilöopiskelijoiden osaamisesta koskien naistentautien hoitotyötä. Työ antoi myös kuvan, miten vetovoimaiseksi alaksi naistentautien hoitotyö koettiin ja siitä saatiin kehitysehdotuksia kättilökoulutukseen. Tulosten avulla voidaan kehittää sekä kättilökoulutusta että naistentautien hoitotyön yksikköjä. Koulutukseen olisi hyvä lisätä opetusta naistentautien hoitotyön osalta. Erityisesti opetuksessa olisi hyvä käsitellä enemmän kättilötyötä ohjaavaa lainsäädäntöä sekä potilaan ja omaisten opettamista ja ohjaamista. Koulutuksessa voitaisiin syventyä enemmän gynekologisen syövän, lapsettomuuden sekä seksuaalisuuden ongelmien hoitoon.

Opinnäytetyön tulosten mukaan kättilöopiskelijoiden lääkehoidon osaaminen ei ollut niin hyvää kuin sen pitäisi olla. Koulutuksen aikana olisi hyvä olla useita lääkehoitoa käsitteleviä opintojaksoja tai opintojakson osia, jotka pitäisivät sisällään sekä lääkelaskuja että farmakologiaa. Esimerkiksi naistentautien hoitotyön opintojaksolla voitaisiin käsitellä tämän hoitotyön alueen tärkeimmät lääkkeet perusteellisesti. Tällä voitaisiin helposti ehkäistä mahdollisia lääkehoidossa tapahtuvia virheitä.

Tutkimustiedon hyödyntäminen on kättilön työssä tärkeää, koska ala kehittyy jatkuvasti. Tulosten mukaan kättilöopiskelijat eivät hallitse kunnolla uuden tiedon hankkimista ja

hyödyntämistä. Täten koulutuksen aikana olisi hyvä käydä läpi huolella tutkimustiedon hankkimiseen liittyviä asioita. Tutkimustiedon hankkimista ei pitäisi jättää yksin opiskelijan harteille vaan tiedon hankkimista pitäisi myös kunnolla opettaa.

Opetuksen lisäksi koulujen olisi hyvä hieman kehittää naistentautien harjoittelun rakennetta. Erityisesti olisi tärkeää, että kaikilla opiskelijoilla olisi naistentautien harjoitteluun soveltuvat harjoittelupaikat. Harjoittelu voisi mahdollisesti olla hieman pidempi. Koulut voisivat myös harkita harjoittelun jakamista kahteen osaan, jolloin kumpikin osa suoritettaisiin erityyppisissä paikoissa. Tällöin opiskelijan osaaminen tulisi olemaan mahdollisimman laaja.

Osastojen kehitysehdotukset koskevat perehdytystä ja opiskelijoiden ohjaamista. Uuden työntekijän perehdytyksessä olisi hyvä huomioida erityisesti turvalliseen lääkehoitoon liittyvät asiat. Myös nestehoitoon ja verensiirtoihin liittyviä asioita olisi hyvä kerrata. Tulosten mukaan opiskelijat eivät hallinneet hyvin potilaan ohjausta eivätkä he tunteet kunnolla naistentautien hoitotyössä tehtäviä tutkimuksia. Näihin asioihin olisi kiinnittää huomiota uuden työntekijän perehdytyksessä.

Opiskelijan ohjaus harjoittelujakson aikana on tärkeää ja ohjauksen laatu vaikuttaa paljon opiskelijan osaamiseen ja asenteisiin. Osastojen tulisi valita ohjaajiksi aidosti motivoituneita työntekijöitä. Ohjaajan valinnassa tulisi myös ottaa huomioon, että työntekijällä on riittävästi taitoja ohjata opiskelijaa. Ohjaajalla tulisi olla myös kattavat tiedot omasta erikoisalastaan. Osaston suhtautuminen opiskelijaan vaikuttaa suuresti opiskelijan asenteisiin. Harjoittelun aikana opiskelija luo mielikuvan siitä, millainen kyseinen hoitotyön ala on ja haluaako hän mahdollisesti töihin alalle valmistumisen jälkeen. Täten osastojen kannattaa panostaa siihen, että opiskelijoihin suhtaudutaan myönteisesti ja heitä kohdellaan kuin kollegoita.

Tämän opinnäytetyön pohjalta nousi joitakin jatkotutkimusehdotuksia. Kätilökoulutus muuttuu parhaillaan, ja tämä opinnäytetyön kysely on tehty vanhan opetussuunnitelman mukaan opiskeleville opiskelijoille. Täten olisi mielenkiintoista toistaa kysely uuden opetussuunnitelman mukaan opiskelevilla opiskelijoilla ja selvittää, onko heidän osaamisensa naistentautien hoitotyön osalta erilaista. Tulevaisuudessa olisi myös mielenkiintoista toistaa kysely tähän opinnäytetyöhön osallistuneille opiskelijoille sen jälkeen, kun he ovat olleet jo hetken työelämässä. Tällaisen tutkimuksen tulosten avulla voitai-

siin nähdä, miten kättilöiden osaaminen on kehittynyt. Olisi myös mielenkiintoista selvittää kuinka moni tähän opinnäytetyöhön osallistuneista meni todellisuudessa töihin naistentautien hoitotyön alueelle. Varteenotettava jatkotutkimusehdotus olisi vertailla tämän opinnäytetyön tuloksia työssä olevien kättilöiden osaamista koskevan opinnäytetyön tuloksiin. Vertailussa voisi nähdä miten osaaminen eroaa opiskelijoiden ja työssä olevien kättilöiden kesken.

Tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta tullaan tekemään jatkotyö myöhempiin kättilötyön opintoihin. Jatkotyössä keskitytään selvittämään taustatietojen vaikutusta osaamiseen ja asenteisiin. Työstä tullaan tekemään erillinen kirjallinen raportti tai artikkeli.

6.5 Opinnäytetyöprosessin tarkastelu

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2006 orientoitumisella ja aiheen valinnalla. Pääsimme mukaan Näyttöön perustuva kättilötyö -hankkeeseen ja saimme opinnäytetyömme aiheeksi ensisijaisen aihetoiveemme. Tämän jälkeen aloitimme aiheen työstämisen ja alustavan tiedon hakemisen. Marraskuussa 2006 oli ideaseminaari ja ideapaperi hyväksyttiin. Tästä alkoi opinnäytetyön muotoutuminen.

Alkuvuosi 2007 kului opinnäytetyön suunnitelmavaiheen parissa. Kävimme hakemassa neuvoja työsuunnitelmapajassa ja pidimme kokouksia sekä opinnäytetyön ohjaajan että työelämän edustajan kanssa. Teimme aktiivisesti yhteistyötä myös Niina Pöyhösen, Marianne Ilveskosken ja Hanna Metelisen kanssa, sillä he tekivät opinnäytetyötä rinnakkaisesta aiheesta. Yhteistyökokoukset olivat hedelmällisiä ja hyödynsimme tehokkaasti niistä saamiamme neuvoja ja ideoita. Loimme opiskelijatovereidemme ja työelämän yhteyshenkilön kanssa yhteistyössä opinnäytetyöhömme sopivan mittarin. Suunnitelmavaiheessa teimme myös hyvin paljon tiedonhakua ja harjaannuimme siinä työn edetessä. Maaliskuussa 2007 saimme opinnäytetyömme työsuunnitelman hyväksytyksi.

Suunnitelman hyväksymisen jälkeen siirryimme työstämään virallista opinnäytetyötämme. Haimme ensimmäiseksi tutkimusluvat Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian vs. va. rehtorilta. Etsimme vielä lisää tutkimuksia viitekehukseemme ja muokkasimme viitekehysten lopulliseen muotoonsa. Myös johdanto sai uuden ilmeen. Aineiston keruu vei todella pitkän ajan ja tutkimuksia oli vaikea saada. Opinnäytetyön työstäminen jatkui mittarin esitestauksella, jonka jälkeen pääsimme suorittamaan virallisen kyselyn.

Kyselyn saimme lopulta suoritettua ongelmitta, vaikka aluksi oli vaikeuksia löytää yhteistä aikaa kyselyyn osallistuvien ryhmien kanssa. Kyselyt saatiin suoritettua ennen kesää, joten pääsimme myös analysoimaan tuloksia ennen kesäloman alkua. Syksyllä 2007 työskentelimme ahkerasti tulosten analysoinnin ja pohdinnan parissa saadaksemme työn valmiiksi hyvissä ajoin.

Mielestämme onnistuimme melko hyvin opinnäytetyön kysymysten ratkaisemisessa. Saimme kaikkiin kysymyksiin vastaukset, ja ne olivat pääasiallisesti odotetun suuntaiset. Valitsemamme tutkimusmenetelmä toimi varsin hyvin tässä opinnäytetyössä. Oli hyvä, että monivalintakysymysten lisäksi oli myös avoimia kysymyksiä, koska niistä saimme paljon hyödyllistä lisätietoa. Tätä aihealuetta on tutkittu aikaisemmin hyvin vähän, joten kaikki tästä työstä saatu uusi tieto on hyödyllistä. Tuloksia voi hyödyntää sekä koulu että työelämä. Koulu voi miettiä, voisiko naistentautien hoitotyön opintojen ja harjoittelujen rakennetta muuttaa toimivammaksi. Työelämä puolestaan voi hyödyntää tuloksia opiskelijoiden ohjaamiseen ja uusien työntekijöiden perehdytykseen. Työelämän on luultavasti helpompaa hyödyntää tämän työn tuloksia kuin koulun, koska koulutusta koskevat kehitysehdotukset ovat vaativampia ja vaikeammin toteutettavia.

Opinnäytetyö on tarkoitus julkaista Naistenklinikalla 14.11.2007 olevassa julkistamistilaisuudessa. Tällä tavoin työelämä pääsee parhaiten hyödyntämään opinnäytetyötä ja sen tuloksia. Julkaisemistilaisuuden lisäksi mahdollisesti esittelemme työmme myös Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian opettajien kättilötiimin kokouksessa. Täten myös koulu saa parhaan mahdollisen hyödyn työstämme irti.

Opinnäytetyöstämme tuli todella pitkä, vaikka emme edes ottaneet työhömmekään kaikkia saamiamme kehitysehdotuksia. Opinnäytetyön ohjaaja ja työelämän edustaja antoivat runsaasti uusia ajatuksia ja ehdotuksia työn kehittämiseksi. Jos olisimme toteuttaneet kaikki ideat, työstämme olisi tullut aivan liian laaja ja työlle varattu aika olisi loppunut kesken. Täten päätimme yhdessä ohjaavan opettajan kanssa, että teemme jatkotyön tämän työn pohjalta.

Opinnäytetyön tekeminen oli kokonaisuudessaan antoisa prosessi. Opimme paljon uusia taitoja kuten tutkimustiedon hakemista ja sen hyödyntämistä. Opimme myös lukemaan tutkimuksia ja etsimään niistä tärkeimmät pääkohdat. Olemme myös harjaantuneet ryhmätyötaidoissa, sillä opinnäytetyö vaati toimivaa yhteistyötä yli vuoden ajan. Prosessin alussa emme vielä tieneet, mitä kaikkea opinnäytetyön tekeminen pitää sisäl-

lään, joten työhön ryhtyminen tuntui jännittävältä ja hieman ahdistavaltakin. Vaikka työ eteni varsin jouhevasti, säilyi epävarma tunne lähes loppuun asti. Kokonaisuudessaan opinnäytetyön tekeminen on kuitenkin ollut varsin mukavaa.

LÄHTEET

- Ahola, Nina – Heikkilä, Anne 2005: Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys erikoissairaanhoidossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Aura-työryhmä 1995: Sairaanhoidajien ammattiuralla eteneminen ja sen tunnistaminen Hyksissä. Raportti hoitohenkilöstön keskitetyn täydennyskoulutuksen kehittämiseksi Hyksissä. Helsinki: Helsingin yliopistollinen keskussairaala.
- Benner, Patricia 1989: Aloittelijasta asiantuntijaksi. Toivanen, Kristiina (suom.). Juva: WSOY.
- Björkroth, Raija 1993: Terveystieteiden ammattinsa kuuluvien tehtävien tarpeellisuudesta, valmiuksiensa riittävydestä ja opiskelun kiinnostavuudesta. Pro gradu -tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto. Käyttäytymistieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Blek-Vehkaluoto, Mari 2006: Sairaanhoidajien ammattipätevyys terveyskeskuksen avohoidossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Edwards, Steven D. 2001: Philosophy of nursing. An introduction. New York: Palgrave macmillan.
- Ellonen, Anne 1999: Pätevyyden mittaaminen hoitotyössä. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja b5/1999.
- Eskola, Kaarina – Hytönen, Eeva 1997: Naisen elämä ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- EUR-Lex. Neuvoston direktiivi 80/155/ETY. Verkkodokumentti. <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31980L0155:FI:HTML>>. Luettu 2.3.2007.
- Finlex. Valtion säädöstietopankki. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=k%C3%A4til%C3%B6%2A>>. Luettu 14.11.2006.
- Heikkilä, Tarja 2004: Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia 2006a: Helsingin ammattikorkeakoulun opinto-opas. Verkkodokumentti. <<http://opinto-opas.stadia.fi/ops.php?c=129&clang=fi&ls=1>>. Luettu 20.2.2006.
- Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia 2006b: Hoitotyön koulutusohjelma Kätilö AMK. Verkkodokumentti. <<http://www.stadia.fi/opiskelu/sote/hoitotyö/katilo/index.asp>>. Luettu 2.10.2006.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2000: Tutki ja kirjoita. 6. uudistettu painos. Vantaa: Tammi.

- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2004: Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007: Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Holvikivi, Johanna 1992: Toimintaterapeutin ammatti toimintaterapeuttien käsitykset työstä ja koulutuksen antamista valmiuksista. Pro gradu -tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto. Käyttäytymistieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Härkin, Sari 2000: Ammattikorkeakoulusta valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemyksiä koulutuksesta saavuttamistaan valmiuksista. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Janhonen, Sirpa - Nikkonen Merja (toim.) 2001: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.
- Iivanainen, Ansa – Jauhiainen Mari – Pikkariainen, Pirjo 2004: Hoitamisen taito. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Janhonen, Sirpa – Pyykkö, Anita 1996: Kehittyvän hoitotyön malli. Juva: WSOY.
- Kaira, Anna-Maija 2002: Sairaanhoitajan ammattitaito: sairaanhoitajien itsensä ja osastonhoitajien arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kiuttu, Tuula 2003: Kätilön osaaminen tiedon johtamisen kysymyksenä. Itsearviointitutkimus kätilöillä. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystalouden ja -talouden laitos.
- Konttinen, Arja 2004: Ajanvarauspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien valmiudet näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Kyngäs, Helvi - Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1). 3-12.
- Laakkonen, Arja 2004: Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos.
- Leppälä, Raija 2004: Ohjeita tilastollisen tutkimuksen toteuttamiseksi SPSS for Windows -ohjelmiston avulla. 3. uudistettu painos. Opetusmoniste B 53. Tampere: Tampereen yliopisto. Matematiikan, tilastotieteen ja filosofian laitos.
- Meretoja, Riitta 2003: Nurse competence scale. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Mäkipeura, Jaana 2005: Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys ja täydenniskoulutus-tarve. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Nurmi, Timo 1998: Uusi suomen kielen sanakirja. Jyväskylä: Gummerus.

- Nurmi, Timo 2004: Suuri Suomen kielen sanakirja. Jyväskylä: Gummerus.
- Opetusministeriö 2001: Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Verkkodokumentti. Päivitetty 7.9.2001. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2001/liitteet/opm_10_amksta_tervhuoltoon.pdf?lang=fi>. Luettu 15.11.2006.
- Opetusministeriö 2006: Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.
- Opinto-opas 2004. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.) 2006: Kätilötyö. Tampere: Edita.
- Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Saarikoski, Seppo 1992: Naistentautien perustiedot. Tampere: Legekustannus Oy.
- Salmela, Marjo 2004: Sairaanhoidajaopiskelijoiden hoitamisen taidot ja niiden opetus ammattikorkeakoulussa – opiskelijoiden, opettajien ja ohjaajien arviot. Tutkimus. Turku: Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Siikaniemi, Lena 2005: Magnetic Metal - Toward a Model for Satisfaction of Education and Career in Vocational Upper Secondary Education and Training of Machinery and Metal Technology in the Lahti Region. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Kasvatustieteen laitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kätilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Verkkodokumentti. Päivitetty 29.11.2001. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20_15/moniste.htm>. Luettu 14.11.2006.
- Suikkala, Arja (toim.) 2004: Sairaanhoidajan kliininen urakehitys. Ura- ja kehityssuunnitelman malli ja menetelmät. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Sulosaari, Virpi 2005: Vastavalmistuneen sairaanhoidajan ammatillisen osaamisen taso - sairaanhoidajien arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Suomen kielen perussanakirja. Ensimmäinen osa. 2004. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Suomen kätilöliitto 2007: Kätilön ammatti. Verkkodokumentti. <<http://www.suomenkatiloliitto.fi/index9.html>>. Luettu 2.3.2007.
- Yli-Luoma, Pentti V. J. 2000: Johdatus kvantitatiivisiin analyysimenetelmiin SPSS for Windows-ohjelman avulla. Sipoo: IMDL Oy.

- Yli-Luoma, Pertti V. J. 2001: Ohjeita opinnäytetyön tekemiseen. Sipoo: IMDL Oy Ltd.
- Ylisipola, Sanna 2004: Hoitotyön opiskelijoiden valmiudet näyttöön perustuvassa hoitotyössä, kysely valmistuville opiskelijoille. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Ääri, Riitta-Liisa 2002: Valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiudet toimia tehohoitajina. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

1.3.2007

Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto

Anne Jerrman
Saija Kokkonen
Sofianlehdonkatu 5 B
PL 4032
00099 Helsingin kaupunki

Helsingin ammattikorkeakoulu
va.rehtori Riitta Konkola
PL 4000
00099 Helsingin kaupunki

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

Pyydämme lupaa opinnäytetyöhömmme liittyvien kyselyiden suorittamiselle Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiassa.

Olemme kaksi kättilöopiskelijaa Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiasta. Teemme opinnäytetyötämme Näyttöön perustuva kättilötyö -hankkeeseen ja aiheenamme on kättilön ammatillinen pätevyys naistentautien hoitotyössä. Tarkoituksenamme on suorittaa kysely valmistuville kättilöopiskelijoille. Olemme valinneet yhdessä kättilökoulutuksen koulutusjohtaja Anna-Kaisa Pienimaan kanssa kaksi Stadian kättilöopiskelijaryhmää (SHKXXXX ja SHKXXXX), jotka sopisivat hyvin kyselymme vastajiksi.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa opiskelijoiden näkemyksiään osaamisestaan naistentautien hoitotyössä. Kyselyssä keskitymme neljään naistentautien hoitotyön osa-alueeseen, jotka ovat eettinen osaaminen, ohjaus- ja opetusosaaminen, yhteistyötaidot ja kliininen osaaminen. Kyselyn avulla selvitämme myös kokevatko valmistumassa olevat opiskelijat naistentautien hoitotyön vetovoimaiseksi alaksi. Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää naistentautien hoitotyön alan vetovoimaisuuden, naistentautien osastojen perehdytyksen ja kättilökoulutuksen kehittämisen pohjana.

Kysely suoritetaan huhti-toukokuussa 2007 edellä mainitsemiemme ryhmien tutortunneilla. Aineisto kerätään kvantitatiivisesti kyselylomakkeella, joka sisältää sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Kyselyyn vastataan anonyymisti ja vastauksia käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Vastaukset analysoidaan käyttäen SPSS-ohjelmaa ja avoimien kysymysten vastauksen analysoidaan käyttäen kvalitatiivisia menetelmiä. Opinnäytetyömme on tarkoitus valmistua marraskuussa 2007, jonka jälkeen se on luettavissa Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian Sofianlehdonkadun kirjastossa.

Opinnäytetyötämme ohjaa pt. tuntiopettaja, FT, THM Arja Laakkonen (arja.laakkonen@stadia.fi, 31064743).

Helsingissä 1.3.2007

Anne Jerrman
anne.jerrman@edu.stadia.fi

Saija Kokkonen
saija.kokkonen@edu.stadia.fi

Liitteenä: Saatekirje, kyselylomake ja opinnäytetyön kirjallinen suunnitelma



20.3.2007

1075 §

TUTKIMUSLUPA ANNE JERRMANILLE JA SAIJA KOKKOSELLE

Amk

Vs va rehtori päätti myöntää tutkimuslupan Helsingin ammattikorkeakoulun kättilöopiskelijoille Anne Jerrmanille ja Saija Kokkoselle.

Opiskelijat tekevät opinnäytetyönsä "Näyttöön perustuva kättilötyö"-hankkeeseen ja aiheena on "Kättilön ammatillinen pätevyys naistentautien hoitotyössä".

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa opiskelijoiden näkemyksiä osaamisestaan naistentautien hoitotyön osa-alueeseen, jotka ovat eettinen osaaminen, ohjaus- ja opetusosaaminen, yhteistyötaidot ja kliininen osaaminen. Kyselyn avulla selvitetään myös kokevatko valmistumassa olevat opiskelijat naistentautien hoitotyön vetovoimaiseksi alaksi. Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää naistentautien hoitotyön alan vetovoimaisuuden, naistentautien osastojen perehdytyksen ja kättilökoulutuksen kehittämisen pohjana.

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat kaksi Helsingin ammattikorkeakoulun kättilöopiskelijaryhmää (SHKXXXX ja SHKXXXX).

Kysely suoritetaan huhti-toukokuussa 2007 ryhmien tutortunneilla. Kyselyyn vastataan anonyymisti ja vastauksia käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti.

Valmiista opinnäytetyöstä toimitetaan yksi kappale Helsingin ammattikorkeakoulun kirjastoon, Sofianlehdonkadun toimipisteeseen.

Opinnäytetyötä ohjaa pt.tuntiopettaja, FT, THM Arja Laakkonen.

Päätösluettelonote asianomaisille, Arja Laakkoselle, Anna-Kaisa Pienimaa ja koulutusjohtaja Elina Erikssonille.

Lisätiedot:

Eriksson Elina, koulutusjohtaja, puhelin 09- 310 81718

Pienimaa Anna-Kaisa, koulutuspäällikkö, puhelin 09 310 81145

Vakuudeksi

Kati Kuronen
johdon sihteeri

HYVÄ KÄTILÖOPISKELIJA!

Opiskelemme kättilöiksi Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiassa. Teemme opinnäytetyötä aiheesta kättilön ammatillinen osaaminen naistentautien hoitotyössä. Opinnäytetyön tutkimusjoukon muodostavat lähellä valmistumista olevat kättilöopiskelijat Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiasta. Opinnäytetyömme on osa Näyttöön perustuva kättilötyö –hanketta, joka toteutetaan yhdessä HUS Naistensairaalan kanssa. Työmme tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa hoitotyön kehittämisen pohjaksi, tueksi ja arvioimiseksi. Opinnäytetyön tuloksia on mahdollista hyödyntää kehitettäessä uusien työntekijöiden perehdytystä osastoilla sekä kehitettäessä kättilökoulutusta vastaamaan työelämän muuttuvia tarpeita.

Aineisto kerätään kyselylomakkeella, joka sisältää sekä monivalinta- että avoimia kysymyksiä. Kysely toteutetaan tutortuntien yhteydessä. Tutkimusluvat on saatu 20.3.2007 Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian vs. va. rehtorilta Juha-Pekka Liljanderilta. Vastaaminen kyselyyn on *vapaaehtoista*. Kyselyyn vastataan *anonymisti* ja tuloksia käsitellään ehdottoman *luottamuksellisesti*. Opinnäytetyömme valmistuu vuoden 2007 lopussa, jonka jälkeen se on saatavilla esimerkiksi Stadian Sofianlehdonkadun toimipisteestä (Kättilöopisto). Halutessanne lisätietoa opinnäytetyöstämme, voitte ottaa yhteyttä meihin tai ohjaajaamme pt tuntiopettaja, FT, THM Arja Laakkoseen (310 64743).

On tärkeää, että juuri Sinä osallistut tutkimukseen ja jaat näkemyksesi omasta ammatillisesta osaamisestasi naistentautien hoitotyön osalta. Kiitos osallistumisestasi jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin,

Anne Jerrman

anne.jerrman@edu.stadia.fi

XXX-XXXXXXX

Kättilöopiskelija AMK

Saija Kokkonen

saija.kokkonen@edu.stadia.fi

XXX-XXXXXXX

Kättilöopiskelija AMK

KYSELYLOMAKE

Ympyröi tilannettasi / mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto tai kirjoita vastaus varattuun tilaan. Tarvittaessa voit jatkaa vastaustasi paperin kääntöpuolelle.

I. TAUSTATIEDOT

1. Ikä: _____

2. Oletko
 1. nuorisoasteen opiskelija
 2. aikuisasteen opiskelija

3. Suoritetut aikaisemmat tutkinnot
 1. ylioppilastutkinto
 2. perushoitaja/lähihoitaja
 3. sairaanhoitaja/sairaanhoitaja AMK
 4. muu, mikä? _____

4. Naistentautien harjoittelusi suorituspaikka
 1. vuodeosasto
 2. poliklinikka
 3. päivystyspoliklinikka
 4. muu, mikä? _____

5. Onko sinulla harjoittelusi lisäksi muuta työkokemusta **naistentautien hoitotyöstä**?
 1. ei
 2. kyllä
 - a) Jos vastasit kyllä, mikä on muun työkokemuksesi kesto? _____v_____ kk
 - b) Jos vastasit kyllä, missä olet työkokemuksesi saanut? (Voit valita useamman vaihtoehdon)
 1. vuodeosasto
 2. poliklinikka
 3. päivystyspoliklinikka
 4. muu, mikä? _____

Osissa II-V pyydämme sinua ympyröimään väittämään parhaiten sopivan vaihtoehdon numeron:

1) täysin samaa mieltä, 2) jokseenkin samaa mieltä, 3) jokseenkin eri mieltä tai 4) täysin eri mieltä. **Huomioithan, että vastaat kaikkiin kysymyksiin naistentautien hoitotyön näkökulmasta!**

II. EETTINEN OSAAMINEN NAISTENTAUTIEN HOITOTYÖSSÄ

		täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
6.	Tunnen kättilötyön eettiset periaatteet.	1	2	3	4
7.	Tunnen kättilötyötä ohjaavan lainsäädännön.	1	2	3	4
8.	Noudatan salassapitovelvollisuutta <i>kaikissa</i> tilanteissa.	1	2	3	4
9.	Osaan ohjata potilasta valitusasioihin liittyvissä käytännöissä.	1	2	3	4
10.	Olen motivoitunut edistämään ja tukemaan <i>kaikkien</i> potilaiden terveyttä ja voimavaroja.	1	2	3	4
11.	Kohtelen <i>kaikkia</i> potilaita tasavertaisesti <i>joka tilanteessa</i> .	1	2	3	4
12.	Kunnioitan potilaan itsemääräämisoikeutta.	1	2	3	4
13.	Olen motivoitunut kehittämään ammatillista osaamistani.	1	2	3	4
14.	Tunnistan eettisen ongelmatilanteen.	1	2	3	4
15.	Koen valmiuteni riittäviksi ratkaistakseni eettisiä ongelmatilanteita.	1	2	3	4
16.	Kannan vastuuta työstäni.	1	2	3	4
17.	Tutustun uudessa paikassa työyksikön toimintafilosofiaan.	1	2	3	4

III. OHJAUS- JA OPETUSOSAAMINEN NAISTENTAUTIEN HOITOTYÖSSÄ

		täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
18.	Tunnen potilaan opettamisen ja ohjauksen menetelmät hoitotyössä.	1	2	3	4
19.	Osaan ohjata asiakaslähtöisesti.	1	2	3	4
20.	Osaan tunnistaa potilaan ohjaustarpeen.	1	2	3	4
21.	Osaan suunnitella ohjaustilanteen yksilöllisesti potilaan lähtökohdista käsin.	1	2	3	4
22.	Osaan arvioida ohjaustilanteen toteutumista ja ohjauksen vaikuttavuutta.	1	2	3	4
23.	Osaan tunnistaa omaisten ohjaustarpeen sekä suunnitella ja toteuttaa ohjaustilanteen omaisille.	1	2	3	4
24.	Käytän ohjausmateriaalia ohjauksen tukena.	1	2	3	4

IV. YHTEISTYÖTAIDOT NAISTENTAUTIEN HOITOTYÖSSÄ

		täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
25.	Suunnittelen, toteutan ja arvioin hoitotyötä yhdessä potilaan kanssa.	1	2	3	4
26.	Tuen potilaan osallistumista omaan hoitoonsa.	1	2	3	4
27.	Kykenen toimimaan yhteistyössä potilaan omaisten kanssa.	1	2	3	4
28.	Kannustan omaisia osallistumaan potilaan hoitoon.	1	2	3	4

		täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
29.	Kykenen koordinoimaan potilaan hoitoa.	1	2	3	4
30.	Kykenen moniammatilliseen yhteistyöhön.	1	2	3	4
31.	Sopeudun helposti erilaisiin työyhteisöihin.	1	2	3	4
32.	Vuorovaikutustaitoni ovat hyvät.	1	2	3	4
33.	Huomioin potilaan kulttuurisen taustan hoitotyössä.	1	2	3	4
34.	Osaan hyödyntää saamaani palautetta.	1	2	3	4
35.	Annan rakentavaa palautetta työyhteisössä.	1	2	3	4
36.	Kysyn tarvittaessa neuvoa työtehtävieni suorittamiseksi.	1	2	3	4
37.	Neuvon tarvittaessa työtovereitani.	1	2	3	4
38.	Tuen työtovereitani ongelmatilanteissa.	1	2	3	4

V. KLIININEN OSAAMINEN NAISTENTAUTIEN HOITOTYÖSSÄ

		täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
39.	Toimin hoitosuhteessa potilaslähtöisesti.	1	2	3	4
40.	Tunnistan potilaan voimavaroja ja uhkia.	1	2	3	4
41.	Hallitsen potilaan kokonaisvaltaisen hoitamisen.	1	2	3	4
42.	Keskustelen potilaan kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista.	1	2	3	4
43.	Osaan suunnitella työtehtäväni.	1	2	3	4

		täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
44.	Hallitsen potilaan peruselintoimintojen tarkkailun.	1	2	3	4
45.	Hallitsen potilaan peruselintoimintojen ylläpitämisen.	1	2	3	4
46.	Hallitsen potilaan tilan, oireiden ja hoidon vaikuttavuuden seurannan tavallisimpien sairauksien hoidossa.	1	2	3	4
47.	Toimin aseptisesti.	1	2	3	4
48.	Toimin ergonomisesti.	1	2	3	4
49.	Hallitsen potilaan perushoidon.	1	2	3	4
50.	Toteutan lääkehoitoa turvallisesti.	1	2	3	4
51.	Tiedän lääkkeiden yleisimmät haitta- ja yhteisvaikutukset.	1	2	3	4
52.	Osaan toteuttaa potilaan nestehoitoa.	1	2	3	4
53.	Osaan arvioida lääke- ja nestehoidon vaikutusta.	1	2	3	4
54.	Hallitsen verensiirron toteuttamiseen liittyvät toimenpiteet.	1	2	3	4
55.	Osaan ottaa keskeiset näytetutkimukset.	1	2	3	4
56.	Osaan hyödyntää keskeisten laboratoriotutkimusten tuloksia hoitotyössä.	1	2	3	4
57.	Hallitsen keskeisten naistentautien hoitotyössä tarvittavien tutkimusten teon.	1	2	3	4
58.	Osaan valmistaa potilaan tutkimuksiin.	1	2	3	4
59.	Hallitsen kivun hoidon ja arvioinnin.	1	2	3	4
60.	Hallitsen ensiavun antamisen.	1	2	3	4
61.	Hallitsen elvytyksen.	1	2	3	4
62.	Hallitsen kuolevan potilaan ja omaisten hoidon ja tukemisen.	1	2	3	4
63.	Hallitsen työssäni tarvitsemiäni teknisten laitteiden käytön.	1	2	3	4
64.	Osaan käyttää tietotekniikkaa työssäni.	1	2	3	4
65.	Hallitsen hoitotyön suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kirjaamisen.	1	2	3	4
66.	Hankin uutta tietoa hoitotyön tueksi.	1	2	3	4

		täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
67.	Osaan arvioida kriittisesti uutta tietoa.	1	2	3	4
68.	Osaan perustella toimintaani tutkimustietoon pohjautuen sekä hyödyntää tutkimustietoa hoitosuhteessa.	1	2	3	4
	Hallitsen hyvin...				
69.	...gynekologisen syöpäpotilaan hoitotyön.	1	2	3	4
70.	...gynekologisen leikkauspotilaan hoitotyön.	1	2	3	4
71.	...alkuraskauden ongelmista kärsivän potilaan hoitotyön.	1	2	3	4
72.	...perhesuunnittelun asiakkaan hoitotyön (esim. ehkäisyneuvonta, raskauden keskeytys).	1	2	3	4
73.	...gynekologisista ongelmista (esim. vuotohäiriöt, endometrioosi, vaihdevuosisongelmat) kärsivän potilaan hoitotyön.	1	2	3	4
74.	...sukupuolitauteja sairastavan potilaan hoitotyön.	1	2	3	4
75.	...lapsettomuudesta kärsivän potilaan hoitotyön.	1	2	3	4
76.	...seksuaalisuuden ongelmista kärsivän potilaan hoitotyön.	1	2	3	4

77. Arvioi kouluarvosanalla 4-10 omaa ammatillista osaamistasi naistentautien hoitotyössä?

Ympyröi sopivin arvosana: 4 5 6 7 8 9 10

VI. LISÄKYSYMYKSET

		täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
78.	Koen koulutuksen vastaavan hyvin työelämän vaatimuksia naistentautien hoitotyön osalta.	1	2	3	4
79.	Harjoittelu tuki hyvin oppimistani naistentautien hoitotyön osalta.	1	2	3	4
80.	Koulutus vastasi hyvin odotuksiani naistentautien hoitotyön osalta.	1	2	3	4
81.	Pidän naistentautien hoitotyötä vetovoimaisena alana.	1	2	3	4

82. Minne haluaisit töihin valmistumisen jälkeen? (Voit valita useamman vaihtoehdon.)

- a) naistentautien osastolle/poliklinikalle
- b) synnytys saliin
- c) lapsivuodeosastolle
- d) äitiyspoliklinikalle
- e) antenataaliosastolle
- f) perhesuunnittelu-/lapsettomuuspoliklinikalle
- g) sukupuolitautilien poliklinikalle/osastolle
- h) seksuaalikasvatuksen alueelle
- i) vastasyntyneiden valvonta- tai teho-osastolle
- j) muulle hoitotyön alueelle, minne? _____
- k) jonnekin muualle kuin hoitoalalle

83. Voisitko mennä töihin naistentautien hoitotyön alueelle? Perustele vastauksesi sille varattuun tilaan.

- a) kyllä
- b) en

Perustelut: _____

84. Miten kehittäisit naistentautien hoitotyön opetusta?

85. Miten kehittäisit naistentautien hoitotyön ohjattua harjoittelua?

KIITOS VASTAUKSISTASI!

TULOSTAULUKOT

Frekvenssitaulukot: vastausten osuudet prosentteina (n eli vastaajien lukumäärä) kysymyksittäin

EETTINEN OSAAMINEN NAISTENTAUTIEN HOITOTYÖSSÄ

		1) täysin samaa mieltä	2) jokseenkin samaa mieltä	3) jokseenkin eri mieltä	4) täysin eri mieltä
6.	Tunnen kätilötyön eettiset periaatteet.	60 (18)	36,7 (11)	3,3 (1)	0 (0)
7.	Tunnen kätilötyötä ohjaavan lainsäädännön.	13,3 (4)	80 (24)	6,7 (2)	0 (0)
8.	Noudatan salassapitovelvollisuutta <i>kaikissa</i> tilanteissa.	86,7 (26)	13,3 (4)	0 (0)	0 (0)
9.	Osaan ohjata potilasta valitusasioihin liittyvissä käytännöissä.	6,7 (2)	36,7 (11)	50 (15)	6,7 (2)
10.	Olen motivoitunut edistämään ja tukemaan <i>kaikkien</i> potilaiden terveyttä ja voimavaroja.	80 (24)	20 (6)	0 (0)	0 (0)
11.	Kohtelen <i>kaikkia</i> potilaita tasavertaisesti <i>joka tilanteessa</i> .	56,7 (17)	40 (12)	3,3 (1)	0 (0)
12.	Kunnioitan potilaan itsemääräämisoikeutta.	70 (21)	30 (9)	0 (0)	0 (0)
13.	Olen motivoitunut kehittämään ammatillista osaamistani.	73,3 (22)	26,7 (8)	0 (0)	0 (0)
14.	Tunnistan eettisen ongelmatilanteen.	33,3 (10)	66,7 (20)	0 (0)	0 (0)
15.	Koen valmiuteni riittäviksi ratkaistakseni eettisiä ongelmatilanteita.	13,3 (4)	56,7 (17)	30 (9)	0 (0)
16.	Kannan vastuuta työstäni.	90 (27)	10 (3)	0 (0)	0 (0)
17.	Tutustun uudessa paikassa työyksikön toimintafilosofiaan.	26,7 (8)	60 (18)	13,3 (4)	0 (0)

OHJAUS- JA OPETUSOSAAMINEN NAISTENTAUTIEN HOITOTYÖSSÄ

		1) täysin samaa mieltä	2) jokseenkin samaa mieltä	3) jokseenkin eri mieltä	4) täysin eri mieltä
18.	Tunnen potilaan opettamisen ja ohjauksen menetelmät hoitotyössä.	20 (6)	73,3 (22)	6,7 (2)	0 (0)
19.	Osaan ohjata asiakaslähtöisesti.	33,3 (10)	63,3 (19)	3,3 (1)	0 (0)
20.	Osaan tunnistaa potilaan ohjaustarpeen.	10,3 (3)	86,2 (25)	3,3 (1)	0 (0)
21.	Osaan suunnitella ohjaustilanteen yksilöllisesti potilaan lähtökohdista käsin.	20 (6)	70 (21)	10 (3)	0 (0)
22.	Osaan arvioida ohjaustilanteen toteutumista ja ohjauksen vaikuttavuutta.	10 (3)	86,7 (26)	3,3 (1)	0 (0)
23.	Osaan tunnistaa omaisten ohjaustarpeen sekä suunnitella ja toteuttaa ohjaustilanteen omaisille.	3,3 (1)	70 (21)	23,3 (7)	3,3 (1)
24.	Käytän ohjausmateriaalia ohjauksen tukena.	60 (18)	33,3 (10)	6,7 (2)	0 (0)

YHTEISTYÖTAIDOT NAISTENTAUTIEN HOITOTYÖSSÄ

		1) täysin samaa mieltä	2) jokseenkin samaa mieltä	3) jokseenkin eri mieltä	4) täysin eri mieltä
25.	Suunnittelen, toteutan ja arvioin hoitotyötä yhdessä potilaan kanssa.	20 (6)	70 (21)	10 (3)	0 (0)
26.	Tuen potilaan osallistumista omaan hoitoonsa.	60 (18)	40 (12)	0 (0)	0 (0)
27.	Kykenen toimimaan yhteistyössä potilaan omaisten kanssa.	70 (21)	26,7 (8)	3,3 (1)	0 (0)
28.	Kannustan omaisia osallistumaan potilaan hoitoon.	33,3 (10)	50 (15)	13,3 (4)	3,3 (1)
29.	Kykenen koordinoimaan potilaan hoitoa.	16,7 (5)	53,3 (16)	30 (9)	0 (0)
30.	Kykenen moniammatilliseen yhteistyöhön.	63,3 (19)	36,7 (11)	0 (0)	0 (0)
31.	Sopeudun helposti erilaisiin työyhteisöihin.	56,7 (17)	36,7 (11)	6,7 (2)	0 (0)
32.	Vuorovaikutustaitoni ovat hyvät.	76,7 (23)	16,7 (5)	6,7 (2)	0 (0)
33.	Huomioin potilaan kulttuurisen taustan hoitotyössä.	26,7 (8)	63,3 (19)	10 (3)	0 (0)
34.	Osaan hyödyntää saamaani palautetta.	46,7 (14)	53,3 (16)	0 (0)	0 (0)
35.	Annan rakentavaa palautetta työyhteisössä.	13,3 (4)	50 (15)	36,7 (11)	0 (0)
36.	Kysyn tarvittaessa neuvoa työtehtävieni suorittamiseksi.	86,7 (26)	13,3 (4)	0 (0)	0 (0)
37.	Neuvon tarvittaessa työtovereitani.	53,3 (16)	43,3 (13)	3,3 (1)	0 (0)
38.	Tuen työtovereitani ongelmatilanteissa.	73,3 (22)	23,3 (7)	3,3 (1)	0 (0)

KLIININEN OSAAMINEN NAISTENTAUTIEN HOITOTYÖSSÄ

		1) täysin samaa mieltä	2) joihinkin samaa mieltä	3) joihinkin eri mieltä	4) täysin eri mieltä
39.	Toimin hoitosuhteessa potilaslähtöisesti.	63,3 (19)	36,7 (11)	0 (0)	0 (0)
40.	Tunnistan potilaan voimavaroja ja uhkia.	23,3 (7)	66,7 (20)	10 (3)	0 (0)
41.	Hallitsen potilaan kokonaisvaltaisen hoitamisen.	33,3 (10)	63,3 (19)	3,3 (1)	0 (0)
42.	Keskustelen potilaan kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista.	26,7 (8)	63,3 (19)	10 (3)	0 (0)
43.	Osaan suunnitella työtehtäväni.	33,3 (10)	60 (18)	6,7 (2)	0 (0)
44.	Hallitsen potilaan peruselintoimintojen tarkkailun.	86,7 (26)	13,3 (4)	0 (0)	0 (0)
45.	Hallitsen potilaan peruselintoimintojen ylläpitämisen.	53,3 (16)	46,7 (14)	0 (0)	0 (0)
46.	Hallitsen potilaan tilan, oireiden ja hoidon vaikuttavuuden seurannan taval- lisimpien sairauksien hoidossa.	33,3 (10)	56,7 (17)	10 (3)	0 (0)
47.	Toimin aseptisesti.	73,3 (22)	26,7 (8)	0 (0)	0 (0)
48.	Toimin ergonomisesti.	10 (3)	50 (15)	40 (12)	0 (0)
49.	Hallitsen potilaan perushoidon.	90 (27)	10 (3)	0 (0)	0 (0)
50.	Toteutan lääkehoitoa turvallisesti.	70 (21)	30 (9)	0 (0)	0 (0)
51.	Tiedän lääkkeiden yleisimmät haitta- ja yhteisvaikutukset.	33,3 (10)	40 (12)	26,7 (8)	0 (0)
52.	Osaan toteuttaa potilaan nestehoitoa.	50 (15)	50 (15)	0 (0)	0 (0)
53.	Osaan arvioida lääke- ja nestehoidon vaikutusta.	33,3 (10)	56,7 (17)	10 (3)	0 (0)
54.	Hallitsen verensiirron toteuttamiseen liittyvät toimenpiteet.	33,3 (10)	23,3 (7)	30 (9)	13,3 (4)
55.	Osaan ottaa keskeiset näytetutkimukset.	36,7 (11)	30 (9)	33,3 (10)	0 (0)
56.	Osaan hyödyntää keskeisten laboratoriotutkimusten tuloksia hoitotyössä.	23,3 (7)	56,7 (17)	16,7 (5)	3,3 (1)
57.	Hallitsen keskeisten naistentautien hoitotyössä tarvittavien tutkimusten teon.	13,3 (4)	63,3 (19)	20 (6)	3,3 (1)
58.	Osaan valmistaa potilaan tutkimuksiin.	33,3 (10)	63,3 (19)	3,3 (1)	0 (0)
59.	Hallitsen kivun hoidon ja arvioinnin.	46,7 (14)	43,3 (13)	10 (3)	0 (0)
60.	Hallitsen ensiavun antamisen.	23,3 (7)	63,3 (19)	13,3 (4)	0 (0)
61.	Hallitsen elvytyksen.	23,3 (7)	50 (15)	26,7 (8)	0 (0)
62.	Hallitsen kuolevan potilaan ja omaisten hoidon ja tukemisen.	13,8 (4)	55,2 (16)	31 (9)	0 (0)
63.	Hallitsen työssäni tarvitsemiäni teknisten laitteiden käytön.	30 (9)	46,7 (14)	23,3 (7)	0 (0)
64.	Osaan käyttää tietotekniikkaa työssäni.	43,3 (13)	50 (15)	6,7 (2)	0 (0)
65.	Hallitsen hoitotyön suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kirjaamisen.	36,7 (11)	53,3 (16)	10 (3)	0 (0)
66.	Hankin uutta tietoa hoitotyön tueksi.	33,3 (10)	46,7 (14)	20 (6)	0 (0)
67.	Osaan arvioida kriittisesti uutta tietoa.	6,7 (2)	86,7 (26)	6,7 (2)	0 (0)
68.	Osaan perustella toimintaani tutkimustietoon pohjautuen sekä hyödyntää tutkimustietoa hoitosuhteessa.	13,3 (4)	70 (21)	16,7 (5)	0 (0)

LIITE 5
4(5)

		1) täysin samaa mieltä	2) jokseenkin samaa mieltä	3) jokseenkin eri mieltä	4) täysin eri mieltä
	Hallitsen hyvin...				
69.	...gynekologisen syöpäpotilaan hoitotyön.	6,7 (2)	33,3 (10)	46,7 (14)	13,3 (4)
70.	...gynekologisen leikkauspotilaan hoitotyön.	16,7 (5)	60 (18)	23,3 (7)	0 (0)
71.	...alkuraskauden ongelmista kärsivän potilaan hoitotyön.	36,7 (11)	50 (15)	6,7 (2)	6,7 (2)
72.	...perhesuunnittelun asiakkaan hoitotyön (esim. ehkäisyneuvonta, raskauden keskeytys).	23,3 (7)	40 (12)	33,3 (10)	3,3 (1)
73.	...gynekologisista ongelmista (esim. vuotohäiriöt, endometriooosi, vaihdevuosisongelmat) kärsivän potilaan hoitotyön.	3,3 (1)	63,3 (19)	30 (9)	3,3 (1)
74.	...sukupuolitauteja sairastavan potilaan hoitotyön.	16,7 (5)	40 (12)	40 (12)	3,3 (1)
75.	...lapsettomuudesta kärsivän potilaan hoitotyön.	6,7 (2)	46,7 (14)	40 (12)	6,7 (2)
76.	...seksuaalisuuden ongelmista kärsivän potilaan hoitotyön.	6,7 (2)	30 (9)	56,7 (17)	6,7 (2)

LISÄKYSYMYKSET

		1) täysin samaa mieltä	2) jokseenkin samaa mieltä	3) jokseenkin eri mieltä	4) täysin eri mieltä
78.	Koen koulutuksen vastaavan hyvin työelämän vaatimuksia naistentautien hoitotyön osalta.	6,7 (2)	66,7 (20)	23,3 (7)	3,3 (1)
79.	Harjoittelu tuki hyvin oppimistani naistentautien hoitotyön osalta.	36,7 (11)	46,7 (14)	13,3 (4)	3,3 (1)
80.	Koulutus vastasi hyvin odotuksiani naistentautien hoitotyön osalta.	16,7 (5)	50 (15)	30 (9)	3,3 (1)
81.	Pidän naistentautien hoitotyötä vetovoimaisena alana.	23,3 (7)	33,3 (10)	36,7 (11)	6,7 (2)

82.	Haluaisitko töihin valmistumisen jälkeen...	Kyllä	En
a)	...naistentautien osastolle / poliklinikalle?	40 (12)	60 (18)
b)	...synnytyssaliin?	86,7 (26)	13,3 (4)
c)	...lapsivuodeosastolle?	40 (12)	60 (18)
d)	...äitiyspoliklinikalle?	30 (9)	70 (21)
e)	...antenataaliosastolle?	30 (9)	70 (21)
f)	...perhesuunnittelu- / lapsettomuuspoliklinikalle?	26,7 (8)	73,3 (22)
g)	...sukupuolitautilien poliklinikalle/osastolle?	10 (3)	90 (27)
h)	...seksuaalikasvatuksen alueelle?	16,7 (5)	83,3 (25)
i)	...vastasyntyneiden valvonta- tai teho-osastolle?	13,3 (4)	86,7 (26)
j)	...neuvolaan?	23,3 (7)	76,7 (23)
k)	...muulle hoitotyön alueelle?	6,7 (2)	93,3 (28)
l)	...jonnekin muualle kuin hoitoalalle?	0 (0)	100 (30)