

**SAIRAAHOIDON OPISKELIJOIDEN
HOITOTYÖN NÄKEMYKSEN
MUOTOUTUMINEN
SAIRAAHOITAJAKOULUTUKSEN
AIKANA**

**ANNELI
SARAJÄRVI**

Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos,
Oulun yliopisto
Oulun yliopistollinen sairaala;
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

OULU 2002

Abstract in English



ANNELI SARAJÄRVI

**SAIRAAZHOIDON OPISKELIJOIDEN
HOITOTYÖN NÄKEMYKSEN
MUOTOUTUMINEN
SAIRAAHJOITAJAKOULUTUKSEN
AIKANA**

Esitetään Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi hammaslääketieteen laitoksen luentosalissa I (Aapistie 3) 23. toukokuuta 2002 kello 12.

OULUN YLIOPISTO, OULU 2002

Copyright © 2002
University of Oulu, 2002

Esitarkastajat
Professori Päivi Åsted-Kurki
Dosentti Tarja Suominen

ISBN 951-42-6674-9 (URL: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514266749/>)

ALSO AVAILABLE IN PRINTED FORMAT

Acta Univ. Oul. D 674, 2002

ISBN 951-42-6673-0

ISSN 0355-3221 (URL: <http://herkules.oulu.fi/issn03553221/>)

OULU UNIVERSITY PRESS

OULU 2002

Sarajärvi, Anneli, The formation of nursing students' conception of nursing during nurse education

Department of Nursing Science and Health Administration, University of Oulu, P.O.Box 5000, FIN-90014 University of Oulu, Finland; University Hospital of Oulu, P.O.Box 10, FIN-90029 OYS, Finland; Hospital District of South Ostrobothnia, Huhtalantie 53, FIN-60220 Seinäjoki, Finland
Oulu, Finland
2002

Abstract

The purpose of this longitudinal study is to describe how nursing students' conceptions of nursing are developed during their studies and to explore the related factors. Another purpose is to create a model to describe the formation of the students' conceptions of nursing. The data for the study were collected in the years 1993-1998 from two groups of students (n=35) at an early, mid and advanced stage of their studies. Data collection for the first group (n=18) was started in 1993, and for the second group (n=17) in 1994. At all three stages, the material consisted of essays, written by the students during a practical training period, and of the students' personal interviews. The material of the first stage was analysed by means of the continuous comparison method according to the grounded theory approach. The concept system produced by this analysis was used to form a framework for classification, involving the nursing interventions that described the students' conceptions of nursing. After this, the material of the first stage was classified by deductive content analysis with the help of the framework created. The data of the second and third stage were also classified with the help of the same framework, and analysed by deductive content analysis. Finally, at all three stages, the material was quantified as regards the nursing interventions describing the students' conceptions of nursing.

On the basis of what guides the students and what their relationship to nursing is, it is possible to discern three different approaches; these were named as normative, independent, and collaborative. At the early stage of their education, the students' conception of nursing is holistic and starts from the patients' needs. Helping, guiding, supporting and collaborating are equally emphasised. The students are equally guided by the ward rules and norms, the knowledge foundation of nursing, their personal, internal conceptions and the mutual agreement on the nursing aims. With the progress of their education, the ward rules and norms became the most important guidelines and nursing actions are directed towards meeting the patients' basic physical needs. Hierarchical responsibilities and authoritarian decision-making are emphasised. The clinical nurse tutor is the student's role model in nursing. The polytechnic teacher is seen as one who reflects on the theory and practice. The results are useful in the development of nursing didactics and curricula. The knowledge gained helps support the students' learning process and develop co-cooperation between nursing students, educators and practice.

Keywords: grounded theory, nursing education, collaborative, independent, normative, longitudinal study, deductive content analysis

Sarajärvi, Anneli, Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen sairaanhoitajakoulutuksen aikana

Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto; Oulun yliopistollinen sairaala, PL 10, 90029 OYS; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Huhtalantie 53, FIN-60220 Seinäjoki

Acta Univ. Oul. D 674, 2002

Oulu, Finland

Tiivistelmä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata pitkittäistutkimuksena sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä sairaanhoitajakoulutuksen eri vaiheissa. Lisäksi tarkoituksena on tuottaa opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumista kuvaileva malli. Tutkimusaineisto on kerätty kahdelta sairaanhoidon opiskelijaryhmältä (n=35) vuosina 1993-1998 koulutuksen alkuvaiheessa, koulutuksen puolessavälissä sekä koulutuksen loppuvaiheessa. Ensimmäisen ryhmän (n=18) aineistonkeruu aloitettiin vuonna 1993 ja toisen ryhmän (n=17) aineistonkeruu vuonna 1994. Aineisto koostui kaikissa kolmessa vaiheessa opiskelijoiden käytännön harjoittelujakson aikana kirjoittamista esseistä ja heidän henkilökohtaisista haastatteluistaan. Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen aineisto analysoitiin jatkuvan vertailun menetelmällä. Aineiston ensimmäisen vaiheen analyysistä tuotetusta käsitejärjestelmästä muodostettiin luokittelurunko hoitotyön näkemystä kuvaavista auttamismenetelmistä. Tämän jälkeen ensimmäisen vaiheen aineisto luokiteltiin deduktiivisella sisällönanalyysillä käyttäen apuna jatkuvan vertailun analyysimenetelmällä muodostettua luokittelurunkoa. Samaa luokittelurunkoa apuna käyttäen luokiteltiin myös toisen ja kolmannen vaiheen aineisto ja analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Lisäksi kaikissa kolmessa vaiheessa aineisto kvantifioitiin hoitotyön näkemystä kuvaavien auttamismenetelmien osalta.

Tutkimuksen tulosten mukaan hoitotyön näkemys muotoutui hoitotyön auttamismenetelmistä ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä. Hoitotyössä oli tunnistettavissa kolme erilaista hoitotyön toimintamuotoa, sen mukaan, mikä ohjasi opiskelijan toimintaa ja mikä oli opiskelijan suhde hoitotyöhön. Nämä nimettiin normatiiviseksi, itsenäiseksi tai yhteistoiminnalliseksi hoitotyöksi. Koulutuksen alkuvaiheessa opiskelijoiden hoitotyön näkemys perustui potilaan tarpeista lähtevään hoitotyöhön. Auttamista, ohjausta ja tukemista sekä yhteistoimintaa kuvaavia auttamismenetelmiä esiintyi tasapuolisesti. Hoitotyötä ohjasivat tasapuolisesti osaston säännöt ja normit, hoitotyön tietoperusta ja oma sisäinen näkemys hoitotyöstä sekä yhteisymmärrys potilaan hoitotyön tavoitteista. Koulutuksen edetessä opiskelijoiden hoitotyötä ohjasivat pääosin osaston säännöt ja normit ja hoitotyö kohdistui potilaan päivittäisistä fyysisistä tarpeista huolehtimiseen. Hoitotyössä korostui hierarkkinen vastuu ja autoritääriäinen päätöksenteko.

Tuloksista saatua tietoa voidaan hyödyntää opetussuunnitelmien kehittämiseen, opiskelijoiden oppimisprosessin tukemiseen sekä kehitettäessä yhteistyötä opiskelijoiden, opettajien ja käytännön hoitotyön tekijöiden kanssa opiskelijoiden ohjauksessa ja tukemisessa.

Asiasanat: grounded teoria, deduktiivinen sisällön analyysi, hoitotyön oppiminen, yhteistoiminnallisuus, itsenäisyys, normatiivisuus, pitkittäistutkimus

Millalle ja Nealle

Kiitokset

”Kun tutkimusmatkailijan luotettavuus on todettu tyydyttäväksi, ryhdytään tutkimaan hänen löytöjään.” Mennäänkö sitä katsomaan? ”Ei. Se olisi liian monimutkaista. Mutta tutkimusmatkailijan on esitettävä todisteita löydöistään. Jos hän esimerkiksi on löytänyt suuren vuoren, niin vaaditaan häntä tuomaan siitä kivenlohkareita” kirjoittaa Antoine De Saint-Exupery. Tämä runo kuvatkoon tutkimukseni prosessia, joka on ollut hyvin pitkä ja monimuotoinen.

Terveydenhuolto-oppilaitoksella opettajana ollessani minulla oli ilo kuunnella opiskelijoiden keskusteluja käytännön harjoittelusta. Heidän keskustelunsa antoivat aiheita lähteä tarkastelemaan lähemmin opiskelijoiden hoitotyön oppimista käytännön harjoittelujaksolla. Lisäksi omat kokemukset opiskelijoiden ohjaamisesta sairaalassa antoivat haasteita lähteä tutkimaan opiskelijoiden harjoittelujaksojen oppimiskokemuksia ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Haastattelujen aikana opiskelijoiden kanssa käymäni keskustelut herättivät minussa monenlaisia tunteita ja nämä heidän arvokkaat kokemuksensa ovat mahdollistaneet tämän tutkimuksen tekemisen. Kiitokset opiskelijoille, kun jaksotte olla mukana koko pitkän tutkimusprosessin ajan.

Sydämelliset kiitokset kuuluu tutkimukseni ohjaajalle professori Arja Isolalle erittäin asiantuntevasta ja myönteisestä ohjauksesta työni etenemiseksi. Hänen kannustava ja positiivinen suhtautuminen on ollut tärkeää tutkimuksen etenemiselle. Lämpimät kiitokset osoitan professori Helena Leino-Kilvelle erittäin asiantuntevista ja kriittisistä kannanotoista työni eri vaiheissa. Hänen perusteelliset kommentit ovat auttaneet selkeyttämään työtäni sen eri vaiheissa.

Kiitokset tutkimustyöni esitarkastajalle THT, dosentti Tarja Suomiselle erittäin perusteellisesta ja kannustavasta palautteesta, jota sain työni esitarkastusvaiheessa. Kiitokset myös työni esitarkastajalle professori Päivi Åstedt-Kurjelle rakentavasta palautteesta, joka on auttanut tämentämään tutkimuskokonaisuutta. Osoitan lämpimät kiitokset professori (emeritus) Maija Hentiselle saamastani tuesta ja rohkaisusta työni etenemisessä. Tutkimusprosessin aikana TiT Eila Latvala on ollut keskustelutukenani sekä kommentoinut työtäni sen loppuvaiheessa. Kiitokset hänelle näistä keskusteluista. Lehtori Hannu Latvalaa kiitän tutkimuksen kieliasun tarkistamisesta sekä FM Tiina Vahvaselkää englannin kielen tarkistuksesta. Kiitokset kuuluu THM Anita Pyykölle niistä arvokkaista keskusteluista, joita olemme käyneet tutkimusprosessin ajan. Tutkimustyöni aikana olen saa-

nut kommentteja ja tukea työhöni professori Jorma Lammasniemeltä, lämpimät kiitokset niistä hänelle.

Kiitokset läheisilleni, etenkin Hennalle ja Hilkalle, jotka ovat jaksaneet kärsivällisesti kuunnella minua tutkimuksen eri vaiheissa. Rakkaimmat kiitokset osoitan tytöilleni Millalle ja Nealle, joille omistan tämän väitöskirjan. Milla ja Nea ovat tuoneet monin tavoin iloa ja toivoa arkielämäni. Heidän ymmärtävä ja kannustava suhtautuminen on ollut voimavarani koko tutkimusprosessin ajan. Edellä mainittujen lisäksi työni edistymiseen ovat vaikuttaneet monet muut nimeltä mainitsemattomat henkilöt, joita kaikkia haluan kiittää.

Taloudellista tukea olen saanut Hoitotieteiden tutkimusseuralta, Pro Nursing ry:ltä, Suomen Sairaanhoidajaliitolta, Sairaanhoidajien koulutussäätiöltä, Seinäjoen ammattikorkeakoululta, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä, Konkordia-liitolta sekä Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitokselta, joille osoitan kiitokseni.

Seinäjoella maaliskuussa 2002

Anneli Sarajärvi

Luettelo kuvioista

Kuvio 1. Terveysthuollon koulutusta ohjaavat tekijät sekä hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen yhteydessä olevat tekijät aikaisemman tiedon perusteella. .	22
Kuvio 2. Aineiston analyysin eteneminen Grounded theory –menetelmän mukaan (Strauss & Corbin 1990, 1998).	40
Kuvio 3. Opiskelijoiden hoitotyön näkemystä kuvaavat auttamismenetelmät koulutuksen alkuvaiheessa.	51
Kuvio 4. Auttamista kuvaavat lausumat koulutuksen alkuvaiheessa. N = 144 lausumaa.	53
Kuvio 5. Ohjausta ja tukemista kuvaavat lausumat koulutuksen alkuvaiheessa. N=152 lausumaa.	55
Kuvio 6. Yhteistoimintaa kuvaavat lausumat koulutuksen alkuvaiheessa. N = 129 lausumaa.	57
Kuvio 7. Hoitotyön auttamismenetelmiin yhteydessä olevat tekijät ja niitä kuvaavat kategoriat.	58
Kuvio 8. Auttamista kuvaavat lausumat koulutuksen puolessavälissä. N=152 lausumaa.	71
Kuvio 9. Ohjausta ja tukemista kuvaavat lausumat koulutuksen puolessavälissä. N=136 lausumaa.	73
Kuvio 10. Yhteistoimintaa kuvaavat lausumat koulutuksen puolessavälissä. N=59 lausumaa.	74
Kuvio 11. Auttamista kuvaavat lausumat koulutuksen loppuvaiheessa. N=226 lausumaa.	76
Kuvio 12. Ohjausta ja tukemista kuvaavat lausumat koulutuksen loppuvaiheessa. N=102 lausumaa.	77
Kuvio 13. Yhteistoimintaa kuvaavat lausumat koulutuksen loppuvaiheessa. N= 44 lausumaa.	78
Kuvio 14. Hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavat lausumat koulutuksen eri vaiheissa. N=1144.	79
Kuvio 15. Hoitotyön näkemyksen muotoutumista kuvaileva malli.	81

Luettelo taulukoista

Taulukko 1.	Aineiston keruu ja analyysi tutkimuksen eri vaiheissa.	37
Taulukko 2.	Esimerkki auttamista kuvaavan pääkategorian muodostamisesta.	42
Taulukko 3.	Esimerkki hoitotyötä ohjaavan pääkategorian muodostamisesta.	43
Taulukko 4.	Esimerkki yhdistävän kategorian muodostamisesta.	44
Taulukko 5.	Koodausparadigma hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevista tekijöistä.	45
Taulukko 6.	Hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen vaikuttavat tekijät ja hoitotyön näkemyksen muotoutumista ohjaavat tekijät.	60
Taulukko 7.	Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemystä kuvaavien auttamismenetelmien ja hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevien tekijöiden välinen vertailum.	64

Sisällysluettelo

Abstract	
Tiivistelmä	
Kiitokset	
Luettelo kuvioista	
Luettelo taulukoista	
1 Johdanto	17
2 Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumisen lähtökohtia	19
2.1 Hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen yhteydessä olevat tekijät aikaisemman tiedon perusteella	21
2.1.1 Oppimisympäristön merkitys hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa	22
2.1.2 Opetussuunnitelman merkitys hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa	23
2.1.3 Käytännön ohjaajan rooli hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa	26
2.1.4 Opettajan rooli hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa	27
2.1.5 Opiskelijan oma sisäinen näkemys hoitotyöstä	28
2.2 Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön toiminnan kuvaus aikaisemman tiedon perusteella	29
2.3 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista	32
3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät	33
4 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat	34
4.1 Tutkimuksen lähestymistapa	34
4.2 Tutkimusaineiston keruu	36
4.3 Tutkimusaineiston analyysi	40
4.3.1 Jatkuvan vertailun analyysi	40
4.3.2 Deduktiivinen sisällönanalyysi	46
4.4 Tutkimuksen eettiset kysymykset	49
5 Tutkimustulokset	50
5.1 Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemys koulutuksen alkuvaiheessa	50
5.1.1 Auttaminen	51
5.1.2 Ohjaus ja tukeminen	53
5.1.3 Yhteistoiminta	55
5.2 Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät koulutuksen alkuvaiheessa	57
5.2.1 Hoitotyötä ohjaavat tekijät	58

5.2.2	Suhde hoitotyöhön	61
5.2.3	Kooste hoitotyön näkemyksen muotoutumisesta koulutuksen alkuvaiheessa	63
5.2.3.1	Auttamisen ja hoitotyötä ohjaavien tekijöiden välinen yhteys	64
5.2.3.2	Ohjauksen ja tukemisen sekä hoitotyötä ohjaavien tekijöiden välinen yhteys	65
5.2.3.3	Yhteistoiminnan sekä hoitotyötä ohjaavien tekijöiden välinen yhteys	68
5.3	Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen koulutuksen edetessä	70
5.3.1	Hoitotyön näkemys ja siihen yhteydessä olevat tekijät koulutuksen puolessavälissä	70
5.3.2	Hoitotyön näkemys ja siihen yhteydessä olevat tekijät koulutuksen loppuvaiheessa	74
5.3.3	Hoitotyön näkemyksen muotoutumista kuvaavien auttamismenetelmien vertailu koulutuksen eri vaiheissa	78
5.4	Hoitotyön näkemyksen muotoutumista kuvaileva malli	80
6	Pohdinta	82
6.1	Tutkimuksen luotettavuus	82
6.1.1	Aineistonäkökulma	82
6.1.2	Metodinäkökulma	84
6.1.3	Tuotetun mallin näkökulma	87
6.2	Tulosten tarkastelu	89
6.2.1	Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemys koulutuksen alkuvaiheessa	89
6.2.2	Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen yhteydessä olevat tekijät koulutuksen alkuvaiheessa	91
6.2.3	Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen koulutuksen edetessä	94
6.3	Tulosten merkitys hoitotieteen, hoitotyön koulutuksen ja käytännön hoitotyön kannalta	96
6.4	Kehittämishaasteet	98
6.5	Päätelmät	99

Kirjallisuus

Liitteet

telmien sisältöjen ja opetuskäytäntöjen kehittämiseen ovat vaikuttaneet työelämän tarpeista lähtevät laatu- ja tuloksellisuusvaatimukset (Räisänen 1995, Perälä & Ponkala 1999). Koulutuksen tehtävänä on vastata yhteiskunnassa tapahtuviin nopeisiin muutoksiin ja terveydenhuollon tarpeisiin sekä ennakoida tulevaisuuden tarpeita kohottamalla koulutuksen laatua ja kehittämällä koulutusjärjestelmiä. (OPM 2001.) Terveydenhuollon vaatisiin vastaaminen edellyttää, että koulutus tukee opiskelijoiden kriittisen ajattelun kehittymistä sekä oman ajattelun ja toiminnan kyseenalaistamista. Lisäksi koulutuksen tehtävänä on valmentaa opiskelijoita toimimaan muutoksessa sekä aikaan saamaan muutosta (OPH 1996, Mezirow 1997a,b, 1998, STM 2000). Tämän tutkimuksen aloitus liittyy aikaan, jolloin ammattikorkeakoulukokeiluja käynnistettiin, mikä aiheutti opetussuunnitelmien, oppimisenäkemyksien ja oppimisympäristöjen uudistusvaatimuksia. Terveysalan oppilaitokset laativat koulukohtaisia opetussuunnitelmia, joiden taustalla oli oppilaitosten profiloituminen sekä työelämää palveleva ja tukeva kehittämistyö (LTHOL 1995). Tähän tutkimukseen osallistuvat opiskelijat suorittivat opistotason tutkintoa. Koekäytössä oli kehitteillä oleva opetussuunnitelma, joka perustui hoitotyön tietoperustaan ja tutki-vaan työskentelyyn hoitotyössä.

Hoitotyön näkemyksen muotoutumisen lähtökohtana on, että opiskelija pystyy määrittelemään tavoitteitaan, tehtäviään ja toimintaansa sekä rakentamaan itse tietoperustansa suhteessa siihen kontekstiin, jossa hän toimii. Tällöin korostuu tiedon merkitys opiskelijan itsensä kannalta tiettyjen ongelmien ratkaisuisissa. (Rauste-von Wright & von Wright 1994, Tynjälä 1996, 1997.) Rauste-von Wrightin ja von Wrightin (1994) mukaan näkemys muotoutuu suureksi osaksi käytännön toiminnan kautta. Tähän perustuen käytännön harjoittelujaksolla on merkitystä opiskelijan hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa sekä hänen tavalleen toimia erilaisissa hoitotyön tilanteissa.

2 Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumisen lähtökohtia

Hoitotyön näkemys muotoutuu opiskelijalle suureksi osaksi käytännössä saatujen kokemusten kautta (Rauste-von Wrightin ja von Wrightin 1994). Rauste-von Wrightin (1997) mukaan hoitotyön näkemys opiskelijalle muotoutuu oman tietoisien toiminnan tuloksena, jolloin opiskelija valikoi ja tulkitsee tietojaan, kokemuksiaan sekä odotuksiaan suhteessa käytäntöön. Näkemystä kuvataan monilla eri synonyymeilla, kuten ilmauksilla tapa nähdä, tajuta, oivaltaa, käsittää (Nykysuomen sanakirja 1980, Suomen kielen perussanakirja 1992). Nykysuomen sanakirjan (1980) mukaan näkemyksellä tarkoitetaan ymmärtämiseen ja oivaltamiseen perustuvaa mielikuvaa, mielipidettä, katsomusta tai suhtautumis- ja käsitystapaa jostakin asiasta.

Hoitotyön näkemyksellä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan opiskelijan tietoista tai tiedostamatonta suhtautumistapaa hoitotyöhön sekä käsitystä ja ymmärrystä hoitotyöstä sellaisena, kuin se opiskelijalle muotoutuu koulutuksen, käytännön harjoittelun ja muiden elämäkokemusten kautta. Hoitotyön näkemys vaikuttaa siihen, miten opiskelija toimii hoitotyössä ja mihin hänen toimintansa perustuu.

Oppimista kuvataan kontekstisidonnaiseksi toiminnaksi, joka on aina sidoksissa siihen toimintaan, kontekstiin ja kulttuuriin, jossa tietoa opitaan ja käytetään. (Rauste-von Wright & von Wright 1994, Rauste-von Wright 1997, Salomon & Perkins 1998, Tynjälä 1999). Tähän perustuen myös hoitotyön oppiminen on kontekstisidonnaista toimintaa. Hoitotyön näkemyksen muotoutuminen on sidoksissa siihen toimintaan, kontekstiin ja kulttuuriin, jossa hoitotyötä opitaan muotoutuen eri kontekstien mukaan käytännön hoitotilanteissa harjoittelujaksojen aikana. Tässä tutkimuksessa kontekstilla tarkoitetaan opiskelijan oppimisympäristöä, jossa hän opiskelee teoriaa ja harjoittelee käytännön taitoja todellisissa tilanteissa.

Tynjälän ja Collinin (2000) mukaan tietoperustan oppimista ja tiedon käyttämistä ei voi erottaa toisistaan, vaan ne ovat samaa prosessia. Täten käytännön harjoittelutilanteissa opiskelijat kohtaavat todellisia ongelmia sekä opiskelevat teoriaa kytkettynä aitoihin hoitotyön käytännön tilanteisiin jo koulutuksen alkuvaiheessa. Kuitenkaan yhdessä hoitotyön kontekstissa opittu tietotaito ei ole aina automaattisesti sellaisenaan sovellettavissa toiseen kontekstiin, vaan opiskelija konstruoi tietoisesti oppimaansa uusissa hoitotilanteissa ja näin rakentaa omaa näkemystään hoitotyöstä. (Rauste-von Wright & von Wright

1994, 1996, Rauste-von Wright 1997.) Ellströmin (1996), Rauste-von Wrightin ja von Wrightin (1994) mukaan kontekstista pitkälti määritellään, mitä asetetaan hoitotyössä oppimisen tavoitteeksi, keinoksi ja toimintojen ratkaisuksi.

Oppimisessa keskeisellä sijalla ovat sosiaaliset vuorovaikutusprosessit, joissa opiskelija rakentaa omaa tietoperustaa kokemustensa perusteella, reflektoiden omaa oppimisprosessiaan suhteessa kontekstiin ja oppimisen tavoitteisiin (Rauste-von Wright & von Wright 1994, 1996, von Wright 1996). Keskeisessä asemassa sairaanhoidon opiskelijan oppimisessa on käytännön harjoittelu, jossa kolmannes oppimisesta tapahtuu. Opiskelijan oma näkemys ja oppimisympäristö yhdessä vaikuttavat siihen, millaiseksi opiskelijan näkemys hoitotyöstä muotoutuu ja miten se ilmenee toiminnassa. (Nehls *et al.* 1997.)

Tässä tutkimuksessa tuotetaan hoitotyön näkemystä kuvaileva malli. Mallilla voidaan tarkoittaa kaavamaisista esitystä jostakin todellisuuden aspektista (Fawcett 1989). Keckin (1994) mukaan malli edustaa alustavia teoreettisia ajatusrakennelmia, jotka on luotu ennen muodollista teoriaa. Mallia voidaan pitää teorian esiateena, ja testaamalla mallia voidaan tuottaa teoriaa (Walker & Avant 1988, Burns & Grove 1997, Meleis 1997). Mallit muodostuvat käsitteistä ja niiden välisistä yhteyksistä. Mallin avulla voidaan kuvata käsitteitä sekä hahmottaa niiden välisiä suhteita. (Walker & Avant 1988, Fawcett 1989, Burns & Grove 1997.) Meleis (1997) kuvaa mallin muodostamista käytäntö – teoria - käytäntö - strategiaksi, jolloin lähtökohtana mallin rakentamiselle on aineistolähtöisyys. Tällöin tutkija pyrkii kehittämään mallia testaamalla sen rakenteita ja kehittämällä mallia edelleen. Tässä tutkimuksessa mallilla tarkoitetaan esiteoriaa, jossa kuvataan mallin käsitteitä ja niiden välisiä suhteita. Mallin tarkoituksena on kuvailla hoitotyön näkemystä ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä opiskelijoiden kuvaaman hoitotyön toiminnan kautta.

Käsitteenä hoitotyö on moniulotteinen. Hoitotyötä on kuvattu teoreettisista että käytännön näkökulmista. Lisäksi käsitteenä hoitotyön toimintaa voidaan kuvata sisällöllisesti näkökulmasta ja eri abstraktiotasoilla (Kim 1983, 1992). Englannin kielessä käytännön hoitotyötä kuvataan usein käsitteillä ”*intervention, activity, action*”. Hoitotyön interventio kuvaa teoreettisempaa käsitettä kuin activity ja action, jotka kuvaavat konkreettisesti käytännön toiminnan tasoa. (Bulechek & McCloskly 1992.) Bulechek ja McCloskly (1992) käyttävät hoitotyön toiminnasta käsitettä *nursing interventions*. He kuvaavat käsitteellä *nursing intervention* sellaisia hoitotyön toimintoja, joilla pyritään niihin tavoitteisiin tai toiminnan tuloksiin, jotka on määritelty hoitotyön diagnoosin jälkeen (Bulechek & McCloskly 1992). Kimin (1983, 1992) mukaan hoitotyön käytäntö sisältää ne hoitotyön toiminnot, *interventions*, joita käytetään potilaan ongelmien ratkaisemiseksi. Lauri ja Elo-maa (1999) käyttävät ammatillisesta hoitamisesta käsitettä hoitotyön käytäntö, *nursing practice*. Tällä he tarkoittavat hoitotyön toimintaa sekä auttamismenetelmiä. Hoitotyön toimintaa kuvataan myös hoitotyön päätöksentekoprosessin keskeiseksi osaksi (Lauri *et al.* 1998). Meleis (1997) kuvaa *nursing therapeutics* käsitteellä käytännön hoitotoimenpiteitä, joilla pyritään hoitotyön tavoitteen saavuttamiseen. Nämä voidaan määritellä hoitotyön keinoksi tai auttamismenetelmiksi. Tässä tutkimuksessa tarkoitetaan opiskelijoiden kuvaamalla hoitotyön toiminnalla Meleisin (1997) näkemyksen mukaisia auttamismenetelmiä, joilla pyritään asetettujen hoitotyön tavoitteiden saavuttamiseen.

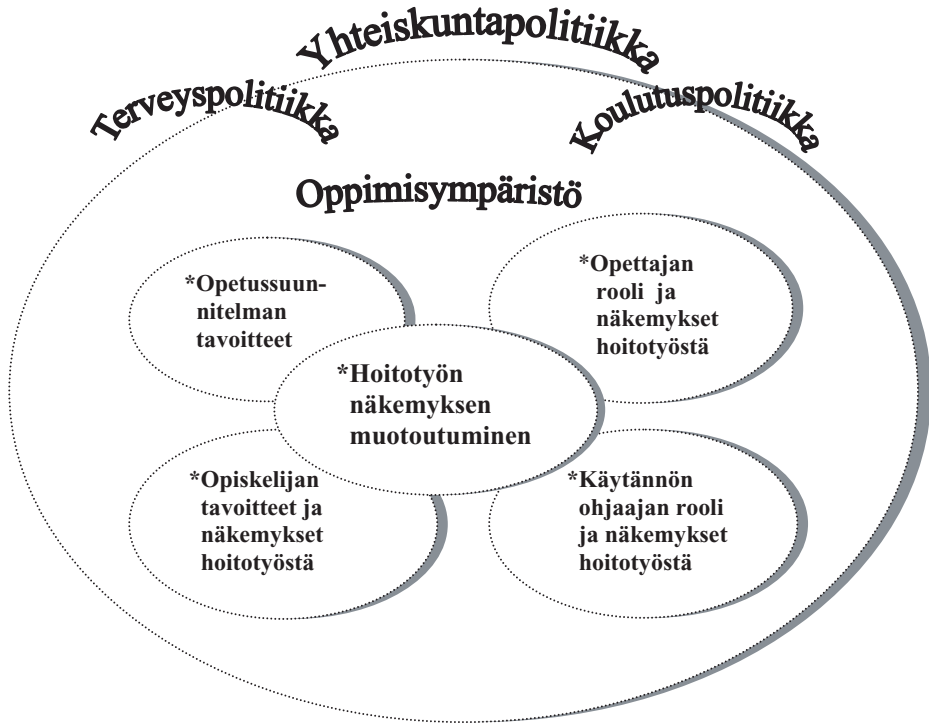
2.1 Hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen yhteydessä olevat tekijät aikaisemman tiedon perusteella

Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen on yhteydessä yhteiskunnallisiin rakennemuutoksiin, lainsäädäntöön sekä terveys- ja koulutuspoliittisiin suuntauksiin. Nämä luovat taustaa oppimisympäristöön, opetussuunnitelman tavoitteisiin, käytännön ohjaajien ja opettajien rooleihin ja näkemyksiin hoitotyöstä sekä opiskelijoiden omiin tavoitteisiin ja näkemyksiin hoitotyöstä (OPH 1992, LTHOL 1995, Halme 1998, Helakorpi & Olkinuora 1997, Chalmers *et al.* 1998, OPM 2001).

Yhteiskunnassa tapahtuvat rakennemuutokset sekä arvojen, väestörakenteen ja elinympäristön uudelleen muotoutuminen vaikuttavat kansalaisten hyvinvointiin ja terveyspalvelujen tarpeisiin (OPM 2000a, 2001). Terveystieteiden toiminnan lähtökohtana ovat asiakaslähtöisyys ja tasa-arvoisuus asiakkaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyvissä kysymyksissä (OPM 2001). Yhteiskunnassa tapahtuvat rakennemuutokset luovat suuntauksia myös terveys- ja koulutuspoliittisille ohjelmille (kuviot 1). Valtioneuvoston viimeksi hyväksymät koulutus- ja tiedepoliittiset suuntauksukset on määritelty vuosille 1999 – 2004 (OPM 1999, 2000b). Näiden kannottojen mukaan ammattikorkeakoulujen tutkintoon johtavissa opinnoissa opetusministeri vahvistaa koulutusohjelmat, tutkintotilanteet, koulutusohjelman laajuudet sekä tarvittaessa perus- ja ammattiopintojen sekä harjoittelun laajuudet (Laki 255/1995, OPM 2001). Koulutuspoliittisissa kannanotoissa korostuu ammattikorkeakoulujen korkeatasoisen ammatillisen osaamisen ja työelämän kehittämisen merkitys informaatioyhteiskunnan tuomiin kehittämisvaateisiin vastaamisessa (OPM 1999, 2001). Nämä yhteiskuntapoliittiset ja koulutuspoliittiset kannanotot ovat perustana terveysalan oppilaitoskohtaisille suunnitelmille, jotka koskevat hoitotyön koulutuksen rakenteita, opetussuunnitelmia ja niiden kehittämistä.

Liitteessä 1 on yhteenveto hoitotyön näkemyksiä kuvaavista tutkimuksista aikaisemman tiedon perusteella, jotka kohdistuvat oppimisympäristöön, opetussuunnitelmiin (OPS:n), käytännön ohjaajien rooliin, opettajien rooliin sekä opiskelijoiden omiin näkemyksiin hoitotyön oppimisesta. Näitä hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevia tekijöitä käsitellään jatkossa aikaisempien tutkimusten valossa.

Kuviossa 1 on kuvattu terveydenhuollon koulutusta ohjaavat tekijät, sekä hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät aikaisemman tiedon perusteella. Terveystieteiden koulutusta ohjaavat yhteiskuntapoliittiset, terveyspoliittiset ja koulutuspoliittiset suuntauksukset, jotka säätelevät koulutusta erilaisten lakien ja asetusten muodossa. Näiden säästöjen tarkoituksena on taata laadukkaat terveydenhuolto- ja palvelut varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä on ammattitoiminnan edellyttämä korkeatasoinen koulutus (OPM 2001).



Kuvio 1. Terveystenhuollon koulutusta ohjaavat tekijät sekä hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen yhteydessä olevat tekijät aikaisemman tiedon perusteella.

2.1.1 Oppimisympäristön merkitys hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa

Hoitotyön näkemyksen muotoutuminen on sidoksissa oppimisympäristöön (Benor & Leviyof 1997). Hyvä oppimisympäristö edesauttaa opiskelijan oppimista käytännön harjoittelujaksolla (Campbell *et al.* 1994, Dunn & Burnett 1995, Benor & Leviyof 1997), koska näkemys hoitotyöstä opiskelijalle kehittyy osaksi käytännön harjoittelussa saatujen mallien perusteella (Campbell *et al.* 1994, Fitzpatrick *et al.* 1996, Sarajarvi 1998, Karttunen 1999).

Opiskelijat ovat korostaneet käytännön harjoittelun tärkeyttä sekä käytännöstä saatua kokemusta tietoperustan kehittymisessä. Kokemukset hoitotyöstä saadaan ensisijaisesti käytännön harjoittelun aikana. Tällöin opiskelijalla on mahdollisuus integroida oppimaansa hoitotilanteissa ja yhdistää tieteellinen tieto käytännölliseen osaamiseen (Hentinen 1989a, Leino-Kilpi 1991, Wilson 1994, Sedlak 1997). Käytännön harjoittelu mahdollistaa opiskelijoille aktiivisen tiedon pohdinnan, jäsentämisen ja arvioinnin. (Karttunen

1999.) Opiskelija voi aidoissa tilanteissa reflektoida saamaansa tietoa ja sen merkityksellisyyttä hoitotyön näkökulmasta (Rolfe 1996).

Useat tutkimukset (Hentinen 1989a, Kivelä & Janhonen 1996a, Väätäinen 1997, Karttunen 1999, Juvonen 2001) osoittavat, että opiskelijat ovat kokeneet käytännön harjoittelun liian vähäiseksi (Tschikota 1993, Palmer *et al.* 1994) ja liian lyhyeksi. Suomessa ammattikorkeakoulukokeilujen aloittaessa toimintaansa lisättiin käytännön harjoittelua EU-direktiivien mukaisesti 50 opintoviikkoon sairaanhoitajakoulutuksen aikana (Laki 255/1995), mikä on noin kolmannes koko opiskelusta.

Saarikosken ja Leino-Kilven (1999) mukaan hoitotyön laadulla ja oppimisympäristöllä on merkitystä opiskelijoiden hoitotyön oppimisessa. Oppimisympäristöt ohjaavat hoitotyön oppimista sekä määrittävät oppimisen tavoitteita ja sisältöjä. Näin opiskelijat joutuvat käytännön harjoittelujaksolla sopeutumaan hyvin erilaisiin ympäristöihin, millä on merkitystä hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa. (Anderson *et al.* 1996, Rafferty *et al.* 1996, Dreier 1999.) Jos oppimisympäristön tavoitteet käytännön harjoittelussa ovat samansuuntaiset opiskelijoiden oppimisen tavoitteiden ja kanssa, sen on todettu lisäävän opiskelijan itsenäisyyttä ja motivaatiota hoitotyön oppimisessa (vrt. Chan & Chien 2000, Saarikoski & Leino-Kilpi 1999). Jos taas opiskelijan oppimistavoitteet ovat ristiriidassa oppimisympäristön tavoitteiden kanssa, voi aiheutua ristiriitaa opiskelijalle hoitotyön oppimisessa ja hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa. Täten käytännön harjoittelupaikkojen ilmapiiri ja vuorovaikutussuhteet vaikuttavat joko edistävästi tai estävästi opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen (Cavanagh & Snape 1997, Luukka 1998). Turvallisen ja sallivan ilmapiiriin on todettu edistävän syvällisen ja myönteisen hoitotyön näkemyksen syntymistä (Getliffe 1996, Beck *et al.* 1997, Cavanagh & Snape 1997, Haddock 1997, Munnukka 1997, Luukka 1998) sekä edistävän tavoitteiden saavuttamista käytännön harjoittelujaksolla (Lanara 1996). Ahdistavan ilmapiirin ja epäasiallisen kohtelun taas on todettu aiheuttavan opiskelijalle oppimisen esteitä (Anderson *et al.* 1996, Dreier 1999) ja motivaation laskua harjoittelujaksolla (Könnilä 1999).

2.1.2 Opetussuunnitelman merkitys hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa

Opetussuunnitelma on lähtökohta hoitotyön näkemyksen muotoutumiselle koulutuksen aikana. Opetussuunnitelman tarkoituksena on ohjata opiskelijan oppimista ammatille asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Teorian ja käytännön opetuksen ja oppimisen tavoitteet on määritelty opetussuunnitelmassa. Niiden avulla opiskelija hahmottaa näkemystään koulutuksen päämääristä sekä luo kuvaa hoitotyön perusteista sekä alansa asiantuntijuudesta. (OPH 1992, LTHOL 1995.) Opetussuunnitelmassa opiskelijan hoitotyön ammatillista osaamista on pyritty kuvaamaan sellaisten tehtävien ja opintokokonaisuuksien kautta, joiden katsotaan sisältävän arvo-osaamisen, taitojen osaamisen sekä tiedon soveltamisen erilaisissa käytännön harjoittelutilanteissa.

Hoitotyön oppimisen tavoitteena opetussuunnitelmassa on, että opiskelija muodostaa näkemyksen hoitamisen perusteista sekä jäsentää ajatteluaan hoitotyön peruskäsitteiden ja teorioiden avulla luomalla omaa hoitamisen malliaan (LTHOL 1995, Helakorpi &

Olkinuora 1997, Halme 1998, Chalmers *et al.* 1998). Tämä edellyttää, että opetussuunnitelman tavoitteissa opiskelija kuvataan sekä oman oppimisensa suunnittelijaksi että arvioijaksi (STM 2000).

Lainsäädännön mukaan ammatillisen koulutuksen yhtenä keskeisenä tavoitteena on kouluttaa työelämään osaavia ja työtään kehittäviä henkilöitä alan asiantuntijatehtäviin (Laki 487/1987, OPM 2001). Tämä edellyttää, että opetussuunnitelman perustana on yhteiskunnan ja työelämän tarpeista lähtevät tulevaisuuden haasteet (STM 2000). Lisäksi opetussuunnitelman tulee olla sidoksissa näkemykseen alan ydinosaamisesta ja antaa näkemys tavoitellusta toiminnasta konkreettisessa muodossa (Helakorpi & Olkinuora 1997, Sedlak 1997). Ydinosaamisella tarkoitetaan niitä taitoja, joita työntekijä yleisimmin tarvitsee työssään. Niihin sisältyvät mm. tekniseen suorittamiseen, vuorovaikutukseen ja yhteistoimintaan liittyvät taidot. (Helakorpi 1992, Kankaanpää 1997). Ydinosaaminen hoitotyössä edellyttää laajaa alan tietoperustan hallintaa ja sen käyttöä työssä sekä ammatillista ja eettistä sitoutumista työhön (Räisänen 1998).

Suomessa ammattikorkeakoulukokeilujen alkaminen 1992 aiheutti hoitotyön opetussuunnitelmien, oppimisenäkemyksien ja oppimisympäristöjen uudistusvaatimuksia. Terveystieteen oppilaitoksissa siirryttiin koulukohtaisiin opetussuunnitelmiin, jotka kaikki olivat hyvin erilaisia (LTHOL 1995, Laki 255/1995). Opetussuunnitelmissa pyrittiin ottamaan huomioon ennakoitavissa olevat työelämän muutokset, kuten ammattirakenteen ja tehtävien muutokset, uuden teknologian käyttöönotto, työn organisatoriset muutokset, ympäristöongelmat ja niiden vaikutukset ammattitaitovaatimuksiin sekä työelämän kansainvälistyminen. (Numminen & Lampinen 1990, OPM 2001). Tietoyhteiskunnan kehittyminen on tuonut uusia osaamistarpeita hoitotyöhön (STM 2000), jossa keskeisenä tehtävänä on vastata yhteiskunnan nopeisiin muutoksiin parantamalla koulutuksen laatua tutkimuksen ja menetelmällisen kehittämisen avulla sekä kehittämällä koulutusjärjestelmiä ja opetusta (OPM 2001).

Opetusministeriö on pyrkinyt takaamaan riittävän toiminnallisen osaamisen terveystieteen koulutusohjelmiin määrittelemällä ohjatun käytännön harjoittelun laajuuden koulutusohjelmittain. Käytännön harjoittelun aikana opiskelija perehtyy ammatin kannalta keskeisiin käytännön työtehtäviin sekä tietojen ja taitojen soveltamiseen työelämässä (OPM 2001) sekä harjoittelee potilaan selviytymiseen vaikuttavien tarpeiden tunnistamista ja niihin vastaamista erilaisin hoitotyön toiminnoin (LTHOL 1995, Sarajärvi & Janhonen 2000, Sarajärvi & Tuomi 2000).

Keskiasteen koulunuudistuksen yhteydessä 1980-luvulla koulutuksen sisältöä ohjattiin valtakunnallisilla perusteilla (Laki 487/1987). Tällöin opetussuunnitelmien valtakunnalliset perusteet takasivat koulutuksen yhtenäisen sisällön sekä valmistuvien opiskelijoiden samantyyppisen osaamistason. Ammattikorkeakoulukokeilun myötä keskiasteen valtakunnallisten opetussuunnitelmien sijasta oppilaitokset laativat koulukohtaisia opetussuunnitelmia ja näin terveystieteen opetussuunnitelmat poikkesivat toisistaan sekä rakenteellisesti että sisällöllisesti. (Laki 255/1995). Uudistumistavoitteiden taustalla oli eri oppilaitosten profiloituminen, opetuksen uudistaminen. Koulutus- ja opetussuunnitelmat aiheuttivat useilla eri tahoilla kriittistä keskustelua terveydenhuoltoalan koulutuksen tuottamista valmiuksista tulevaan työelämään. Kritiikkiä opetussuunnitelmia kohtaan on tullut sekä työelämän edustajilta että opiskelijoilta. (LTHOL 1995, Jaroma 1996, 1998, 2000, Tossavainen 1998, Halme & Aavarinne 1999, Perälä & Ponkala 1999.)

Opetussuunnitelmiin kohdistuvan kriittisen keskustelun yhdeksi tärkeäksi syyksi on esitetty, että opettajat suunnittelivat opetussuunnitelmia oman työnsä ohella. Tämä on voinut aiheuttaa sen, että opetussuunnitelman hallinta on jäänyt puutteelliseksi. Lisäksi ammattikorkeakoulukokeilun alkaessa opettajat itse suorittivat korkeakoulututkintoja pätevyyden saavuttamiseksi, mikä aiheutti lisärasitteita opetussuunnitelmien laatimiselle ja opetustyölle (Järvinen 1996, Holopainen 1998, Perälä & Ponkala 1999). Tämä myös on voinut aiheuttaa opetussuunnitelmien vaikeaselkoisuutta, ja opiskelijoiden on ollut vaikea ymmärtää niiden tavoitteita oman hoitotyön oppimisen lähtökohdaksi (Jaroma 1998, 2000, Perälä & Ponkala 1999).

Opiskelijat ovat kokeneet ongelmaksi edelleen opetuksen pirstaleisuuden ja oppikursien päällekkäisyyden (Karttunen 1999, Jaroma 2000). Koulutuksen loppuvaiheessa olevat opiskelijat ovat esittäneet kriittistä arviointia muuttuneita opetussuunnitelmia kohtaan. He ovat kokeneet koulutuksensa olevan suunnittelematonta ja tunteneet itsensä epä-tietoisiksi ja epävarmoiksi oppimistavoitteissaan. Etenkin opetuksen sisällöt ja toteutus sekä teorian ja käytännön suhde opetuksessa on aiheuttanut opiskelijoissa kriittisyyttä. Kuitenkin opiskelijat, jotka ovat päässeet opiskeluaikana kehittämään opetussuunnitelmia ja niiden sisältöjä sekä osallistuneet erilaisiin projektityöskentelyihin koulutuksen aikana, ovat kokeneet tavoitteensa selkeämpänä ja opiskelun positiivisena. (Könnilä 1999.)

Opetusministeriö (2001) on ottanut kantaa opetussuunnitelmien perusteisiin ja esittänyt terveydenhuollon koulutuksen valtakunnallisten tutkinto-ohjelmien yhtenäistämistä. Yhtenäistämistä varten valittiin toimikunta laatimaan yhteneväiset osaamisvaatimuskuvaukset terveystieteiden koulutusohjelmille. (STM 2000, OPM 2001.) Osaamisvaatimuskuvaukset muodostavat yhtenäisen strategian opetussuunnitelman perusteisiin. Näin opetussuunnitelmat eivät poikkeaisi täysin toisistaan, mikä helpottaisi myös opettajan työtä opintojen suunnittelussa.

Tutkimusten mukaan opetussuunnitelmalla on suurempi merkitys opiskelijoiden hoitotyön oppimisessa koulutuksen alkuvaiheessa kuin koulutuksen loppuvaiheessa, jolloin opiskelijalla on kokonaisvaltaisempi näkökulma hoitotyöhön (Campbell *et al.* 1994, Chalmers *et al.* 1998). French ja Cross (1992) sekä Worrell *et al.* (1996) esittävät, että työelämän nopeat muutokset vaativat itsenäisiä, laaja-alaisesti ja kriittisesti tarkastelevia yksilöitä. Tämä edellyttää, että hoitotyön koulutusta ja opetussuunnitelmia kehitettäessä otetaan huomioon myös se, että opetussuunnitelma vahvistaa opiskelijan kokonaispersoonallisuutta. Myös sosiaali- ja terveysministeriö (2000) painottaa sairaanhoitajakoulutuksen osaamiskuvauksissa persoonallisuuden kehittämistavoitteita, oppimisen itseohjautuvuutta, kriittistä ja tutkivaa työotetta, vastuuntuntoa sekä sitoutumista tehtävään.

H Salmisen (1999, 2000) mukaan ammattikorkeakoulun kehittämisen tavoitteena on ollut muuttaa koulutusta käytännönläheisemmäksi ja opiskelijakeskeisemmäksi kuin mitä keskiasteen koulutus oli. Kuitenkin ammattikorkeakoulun perusteluissa ja tavoitteenasettelussa on erittäin paljon yhteisiä piirteitä ja jopa samoja tavoitteita kuin keskiasteen koulutusudistuksessa. Yhdeksi syyksi tähän H Salminen (1999) esittää, että keskiasteen ja ammattikorkeakoulun suunnittelijoina ovat olleet samat henkilöt, joten samat näkemykset ovat vaikuttaneet koulutuksen suunnitteluun. Lisäksi suunnittelijoiden oma henkilökohtainen mielenkiinto on voinut vaikuttaa koulutuksen suunnittelun tavoitteisiin, mikä näkyy myös opetussuunnitelmissa (H Salminen 1999, 2000).

2.1.3 Käytännön ohjaajan rooli hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa

Käytännön harjoittelun ohjaajan näkemykset hoitotyöstä ohjaavat opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumista (Palmer *et al.* 1994, Leino-Kilpi 1995, Halme 1998). Näin ollen on tärkeää, että opiskelijalla ja käytännön harjoittelun ohjaajalla on sama näkemys hoitotyön oppimisesta (Nehls *et al.* 1997). Useiden kansainvälisten tutkimusten mukaan käytännön harjoittelun ohjaajan rooli on merkityksellinen hoitotyön oppimisessa ja ammattiin kehittämisessä (Campbell *et al.* 1994, Coudret *et al.* 1994, Palmer *et al.* 1994, Wiseman 1994, Fitzpatrick *et al.* 1996). Etenkin ensimmäisillä harjoittelujaksoilla ohjaajan roolimallilla on merkitystä opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa, koska tällöin opiskelijalla on vähän näkemystä hoitotyöstä (Coudret *et al.* 1994, Kosowski 1995, Benor & Leviyof 1997, Sarajärvi 1998, L Salminen 2000).

Henkilökohtaisen ohjaajan rooli käytännön harjoittelujaksolla on todettu olevan tärkeä myös opiskelija-ohjaaja-suhteen luomisessa. Tällöin opiskelijalla on mahdollisuus luoda syvälinen ja luottamuksellinen suhde ohjaajaan. (Leino-Kilpi 1991, Wilson 1994, Kosowski 1995.) Opiskelijoiden mukaan hyvät suhteet käytännön ohjaajien kanssa lisäävät tyytyväisyyttä käytännön harjoittelussa (Saarikoski & Leino-Kilpi 1999). Käytännön harjoittelun ohjaajan myönteinen ja motivoitunut suhtautuminen edistää opiskelijan oppimista ja myönteisen hoitotyön näkemyksen muotoutumista (Campbell *et al.* 1994, Dunn & Burnett 1995, Durgahee 1998). Opiskelijat odottavat käytännön ohjaajalta kiinnostusta heitä kohtaan, opiskelijan aseman ymmärtämistä, rohkaisua sekä rehellistä palautetta oppimisen edistymisestä (Mäkisalo & Kinnunen 2000). Lisäksi he odottavat ohjaajalta avoimuutta ja arvostusta sekä myönteistä ja rakentavaa palautetta hoitotyön oppimisen edistymisestä (Tossavainen 1996, Durgahee 1998, L Salminen 2000). Rakentava palaute tukee opiskelijan oppimista ja ammatillista kasvua (Tossavainen 1996, Munnukka 1997).

Useiden tutkimusten (Wills 1997, Könnilä 1999, Sarajärvi & Tuomi 2000) mukaan kuitenkin käytännön harjoittelun ohjaajat ovat kokeneet valmiutensa riittämättömiksi opiskelijoiden ohjauksessa ja toivovat opettajien tukea ohjaukseen. Käytännön ohjaajilta edellytetään vahvaa tieto- ja taitoperustaa ohjata ja tukea opiskelijoita harjoittelujaksoilla. Opetusministeriö (2000a) esittää kannanotossaan, että työelämään tarvittaisiin ammatikorkeakoulun jatkotutkinnon suorittaneita, joilla olisi riittävät ammatilliset valmiudet ohjata hoitotyön opiskelijoita.

Opiskelijoiden käytännön harjoittelujaksojen tavoitteita kohtaan on esitetty kritiikkiä. Kritiikkiä on aiheuttanut se, että käytännön ohjaajien, opettajien ja opiskelijoiden näkemykset harjoittelun tavoitteista ja opiskelijoiden ohjauksesta poikkeavat toisistaan. (Mäkisalo 1998, Könnilä 1999, Laakkonen 1999, Vanhanen 2000.) Käytännön ohjaajien näkemysten mukaan opiskelijoiden käytännön harjoittelun tavoitteet tulisi suunnitella yhdessä opettajan ja ohjaajien kanssa käytäntöön soveltuviksi, jotta kaikki ohjaajat tuntisivat opiskelijoiden tavoitteet (Kulmala 1993). Myös Leino-Kilpi (1991) esittää tavoitteiden välittämisen merkitystä käytännön ohjaajille. Opiskelijoiden mukaan ohjaajat eivät ole aina selvillä tehtävistään opiskelijoiden ohjauksessa (Juvonen 2001). Opiskelijat ovat kokeneet harjoittelujaksoilla, että heidän oppimistavoitteensa on ymmärretty väärin. Heidän mielestään käytännön harjoittelun tavoitteet on nähty työyhteisön päivittäisten toimintojen tekemiseksi ja niistä suoriutumiseksi. Opiskelijat ovat kokeneet olevansa työntekijöitä

eivätkä niinkään käytännön harjoittelussa olevia opiskelijoita. (Oinonen 2000). Sen sijaan ohjaajien ja opiskelijoiden yhteisesti hyväksytyt oppimistavoitteet sekä erilaiset projektit ovat lisänneet opiskelijoiden motivaatiota ja itsenäisyyttä sekä tukeneet mielekästä oppimista harjoittelujaksolla (Könnilä 1999, Stokke 2001).

Yhteisenä ongelmana käytännön harjoittelun ohjaajat ja opiskelijat ovat kokeneet myös opiskelijoiden kirjallisten tehtävien runsauden harjoittelujaksoilla. Opiskelijoilla on ollut vaikeuksia keskittyä käytännön harjoitteluun, koska kirjalliset tehtävät ovat vieneet liikaa aikaa käytännön harjoittelusta. (Sarajarvi & Tuomi 2000.)

2.1.4 Opettajan rooli hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa

Päävastuu sairaanhoidon opiskelijoiden käytännön harjoittelun ohjauksesta Suomessa on hoitotyön opettajalla (Hentinen 1989b). Useiden tutkimusten mukaan (Kulmala 1993, Leinonen 1993, L Salminen (2000) käytännön harjoittelussa hoitotyön opettajaan kohdistuu erilaisia vaateita. Opiskelijoiden mielestä opettajalta vaaditaan hoitokompetenssia, hänellä tulee olla vankka tieto- ja taitoperusta hoitotyöstä. Hänen tulee tietää myös opiskelijoiden tieto- ja taitotaso, jotta hän pystyy antamaan vastuuta opiskelijoille näiden kykyjen mukaan ja ohjaamaan heitä yksilöllisesti. Suhteissaan opiskelijaan opettajan tulee olla rohkaiseva ja käytettävissä oleva. (Kulmala 1993, Leinonen 1993, Mäkisalo & Kinnunen 2000.) Lisäksi opettajalta toivotaan rakentavaa ja rehellistä palautetta (Leino-Kilpi 1995), todellista opiskelijan välittämistä sekä aseman ymmärtämistä (Mäkisalo & Kinnunen 2000).

L Salminen (2000) on vertaillut eri maiden hoitotyön opettajiin kohdistuvia vaateita, joissa oli jonkin verran eroavaisuuksia. Kansainvälisten tutkimustulosten mukaan hoitokompetenssi asetettiin opettajalle opetustaitoja tärkeämmäksi vaatimukseksi (vrt. van Maanen 1996, Benor & Leviyof 1997). Suomalaiset opettajat eivät pitäneet hoitokompetenssia opettajan tärkeimpänä vaatimuksena työssään. Tärkeimmäksi vaatimukseksi he asettivat opettajan suhteet opiskelijoihin, ja toiseksi tärkeimpänä opettajat pitivät opetustaitoja (vrt. Leinonen 1993). Opiskelijoiden mukaan hoitotyön opettajat tietävät teorioista ja hoitotieteestä paljon, mutta käytännön taidot eivät olleet opettajilla opiskelijoiden näkemyksen mukaan hallinnassa. Tässä lienee yksi syy siihen, että teorian ja käytännön integroinnissa koetaan puutteita. (L Salminen 2000.) Opettajilla ja opiskelijoilla tulisi kuitenkin olla sama näkemys hoitotyöstä ja sen oppimisesta, jotta se edistäisi opiskelijan hoitotyön näkemyksen muotoutumista positiivisesti (Nehls *et al.* 1997).

Kansainvälisten tutkimusten mukaan opettajat itse haluaisivat olla enemmän käytännön harjoittelun ohjaajina, mutta ovat kokeneet aikansa riittämättömäksi (Owen 1993, Baillie 1994, Clifford 1993, 1996, Carlisle *et al.* 1997). L Salmisen (2000) tutkimuksen mukaan opettajat eivät pitäneet tärkeänä opiskelijan välitöntä ohjausta, vaan heidän mielestään se kuului käytännön ohjaajille. Myös opiskelijoista suuri osa toivoi opettajan olevan enemmän tukija ja erilaisten solmukohtien aukoja kuin varsinainen käytännön hoitotyön ohjaaja (Kulmala 1993, Leinonen 1993, Könnilä 1999, Sarajarvi & Tuomi 2000). Opiskelijoiden näkemyksen mukaan opettajat ovat vieraantuneet potilaiden hoidosta. He

eivät hallitse käytännön taitoja eivätkä ole edes kiinnostuneita ylläpitämään niitä. (L Salminen 2000).

Useissa tutkimuksissa (Creedy & Hand 1994, Burnard 1995, Getliffe 1996, Munnukka 1996, Tossavainen 1996, Durgahee 1998) on todettu opettajan on tärkeä tukea opiskelijan oppimiskokemusten reflektointia harjoittelun aikana. Opiskelijan reflektoinnin tukeminen edellyttää opettajalta opiskelijalähtöistä lähestymistapaa, jotta opettaja tunnistaa opiskelijoiden yksilölliset oppimistarpeet ja pystyy vastaamaan niihin (Creedy & Hand 1994, Burnard 1995, Tossavainen 1996). Tämä ilmenee siten, että opettaja tukee opiskelijaa liittämään aikaisempia oppimiskokemuksia potilaiden hoitamiseen sekä integroimaan teoriaa ja käytäntöä oppimisen eri vaiheissa. (Kulmala 1993, Leinonen 1993, Cahill 1997, Halme & Aavarinne 1999, L Salminen 2000). Opiskelijat toivovat opettajan roolin olevan oman toimintansa ja reflektionsa tukijana (L Salminen 2000). He odottavat opettajalta tukea hoitotyön periaatteiden ja toimintojen ymmärtämisessä (Karttunen 1999). Opiskelijat pitävät tärkeänä, että opettaja kannustaa ja rohkaisee opiskelijaa sekä auttaa hoitotyön oppimiseen liittyvien tunteiden käsittelyssä. He toivovat opettajalta todellista välittämistä, rohkaisua ja tukea käytännön harjoittelussa (Mäkisalo & Kinnunen 2000). Opettajien näkemykset on nähty merkittäväksi tekijäksi opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa. Halmeen ja Aavarinteen (1999) mukaan koulutuksen alkuvaiheessa opiskelijoiden näkemykset hoitotyön oppimisessa olivat kriittisiä, mutta koulutuksen edetessä kriittisyys väheni ja opettajan näkemykset korostuivat. Opettajan näkemys ohjasi opiskelijan hoitotyön oppimista enemmän kuin opetussuunnitelman tavoitteet.

2.1.5 Opiskelijan oma sisäinen näkemys hoitotyöstä

Opiskelijan hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen on oppimisympäristön, opetussuunnitelman, ohjaajan ja opettajan lisäksi yhteydessä opiskelijan oma sisäinen näkemys hoitotyöstä ja sen oppimisesta. Behavioristisessa oppimisenäkökulmassa oppiminen nähdään tiedon siirtämisenä opettajalta oppijalle sekä taitojen harjoittelemisena. Tällöin oppimisen tavoitteet laaditaan yksityiskohtaisesti ja oppiminen nähdään faktojen mieleenpainamisena. (von Wright 1996.) Tällainen oppimisenäkemys ohjaa opiskelijan suuntautumista hoitotyössä tehtäväkeskeiseen ajattelumalliin, joka ei edellytä omien ajattelu- ja toimintamallien konstruointia hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa (von Wright 1996, Mäki-Komsi 1999).

Konstruktivisen oppimisenäkökulman mukaan opiskelijalla itsellään on keskeinen rooli oppimisessaan. Konstruktivinen lähestymistapa korostaa opiskelijan omia valmiuksia, omaa aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, opiskelijan oman ymmärryksen tulkintaa sekä oman toiminnan merkityksellisyyttä hoitotyön oppimisessa. (Rauste-von Wright & von Wright 1996, von Wright 1996.) Opiskelija valikoi ja tulkitsee informaatiota aikaisemmin oppimansa sekä omien intressiensä pohjalta. Opiskelija rakentaa oman tietopohjansa kokemuksiensa perusteella ja reflektoiden kriittisesti omaa oppimisprosessiaan suhteessa tavoitteisiin ja hoitotyön kontekstiin. (von Wright 1996, Rauste-von Wright 1997.)

Hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa korostetaan syvällistä oman ajattelun lähtökohdista ja toimintaympäristöstä tietoiseksi tulemistä. Tällöin reflektio liittyy toiminta-

käytäntöihin yhteydessä olevien ajattelu- ja toimintamallien tiedostamiseen ja palvelee oman tietoisuuden laajentumista. (Mezirow 1995, 1997a,b.) Koska oppiminen perustuu omiin aikaisempiin kokemuksiin, tulkintaan ja merkityksen ymmärtämiseen, oppimistuloksetkin ovat erilaiset eri opiskelijoilla. Näin oppiminen voidaan tulkita opiskelijan oman toiminnan tulokseksi opiskelijan rakentaessa omaa oppimisen malliaan suhteessa hoitotyöhön. (Cobb 1994, Rauste-von Wright & von Wright 1994, Rauste-von Wright 1997, Tynjälä 1998, 1999.)

Daleyn (1997) ja Karttusen (1999) tutkimusten mukaan sairaanhoidon opiskelijat konstruoivat uutta tietoa arvioimalla sen merkittävyyttä potilaan hoidossa ja identifioimalla siihen liittyviä tunteita. He pitivät tärkeänä tiedon testaamista toiminnassa, ei niinkään tiedon soveltamista. Konstruointiprosessin myötä osa opiskelijoista muodosti uusia hoitotyön toimintamalleja oman hoitotyönsä perustaksi. Osa taas ei osannut konstruoida omaa toimintamallia hoitotyössä.

Käytännön harjoittelussa sairaanhoidon opiskelijoilla on pääosin yhteiset tavoitteet. Siitä huolimatta jokaiselle opiskelijalle muodostuu oma näkemys hoitotyöstä ja jokainen opiskelija oppii hoitotyötä omalla tavallaan. Vaikuttaviksi tekijöiksi on todettu persoonalliset tekijät (Fothergill-Bourbonnais & Smith 1995) ja oma oppimistyyli (Leino & Leino 1990, Keane 1993, Tuominen 1996, Cavanagh & Snape 1997). Jokaisella opiskelijalla tulisi olla mahdollisuus opiskella hoitotyötä oman oppimistyyliensä ja kokemuksensa mukaan (Cavanagh & Snape 1997).

Opiskelijoiden tyytymättömyyttä taas on aiheuttanut se, että koulutus ei ole vastannut heidän odotuksiaan, koska heitä ei ole otettu riittävästi huomioon koulutuksen aikana (Vanhanen 2000). Opiskelijoiden kritiikki on kohdistunut myös opetuksen sisältöihin (Manninen *et al.* 1995, Manninen 1998, Mäkisalo 1998, Könnilä 1999). He ovat kokee-neet ristiriitaa teoriaopetuksen ja käytännön välillä. Heidän mielestään hoitotieteellinen tieto on jäänyt irralliseksi käytännöstä (vrt. Hentinen 1989a, Leino-Kilpi 1991, Manninen *et al.* 1995). Samansuuntaisia tuloksia esitetään myös kansainvälisissä tutkimuksissa. (vrt. Wilson 1994, Rafferty *et al.* 1996, Cavanagh & Snape 1997, Fagerberg *et al.* 1997, Sedlak 1997, Rossiter *et al.* 1998). (Liitteessä 1 on kuvattu hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevia tutkimuksia aikaisemman tiedon perusteella).

2.2 Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön toiminnan kuvaus aikaisemman tiedon perusteella

Näkemys hoitotyöstä opiskelijalle muotoutuu oman tietoisien tai tiedostamattoman toiminnan tuloksena. Opiskelija prosessoii tietoaan suhteessa käytännön toimintaansa. (vrt. Rauste-von Wright 1997, Tynjälä 1999.) Koska hoitotyön näkemys muotoutuu osin hoitotyön toiminnan kautta, tarkastelen pääpiirteittäin sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön toimintaan liittyviä tutkimuksia aikaisemman tiedon perusteella. (Liitteessä 2 on kuvattu hoitotyön toimintaan yhteydessä olevia tutkimuksia aikaisemman tiedon perusteella.)

Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön oppimista kuvaavia tutkimuksia on tehty paljon. Suomalaisissa opiskelijoihin kohdistuvissa tutkimuksissa on todettu, että opiskelijoiden hoitotyö kohdistuu pääasiassa fyysisiin tarpeisiin vastaamiseen, kun taas psyykki-

siin ja sosiaaliin tarpeisiin vastaaminen on vähäistä. Hoitotyön oppiminen on suuntautunut kokonaisuuksien sijasta yksittäisten asioiden oppimiseen (vrt. Aavarinne 1990, 1994, Kuokkanen 1991, 2000, Leino-Kilpi 1991, Mölsä 1992, 1993, Salanterä & Leino-Kilpi 1992, Saranto 1992, Manninen 1994, 1998, Kuokkanen & Leino-Kilpi 1995, Lauri & Salanterä 1995a,b, 1998, Hupli 1996, Solante & Leino-Kilpi 1998, Jaroma 2000).

Hoitotyössä tärkeiksi taidoiksi on esitetty mm. *vuorovaikutustaitoja* (Cavanagh & Snape 1997, Videbeck 1997) ja *päätöksentekotaitoja* (Kuokkanen & Leino-Kilpi 1995, Hupli 1996, Hannula & Leino-Kilpi 1998, Lauri *et al.* 1998, Juvonen 2001). Päätöksentekoon liittyy myös *eettinen päätöksenteko*. Eettinen päätöksenteko sisältää potilaan itsemääräämisoikeuden ja autonomian hoitoaan koskevassa päätöksenteossa (vrt. Laki 785/1992, Leino-Kilpi *et al.* 2000, Välimäki *et al.* 2001). Eettinen päätöksenteko on perusta hyvälle hoidolle (vrt. Leino-Kilpi 1990a) ja näin ollen se liittyy kaikkeen hoitotyön toimintaan. Lisäksi hoitotyössä tarvitaan myös *opetus- ja ohjaustaitoja* (Aavarinne 1990, 1994, Kivelä & Janhonen 1996a,b, Halme 1998, Hannula & Leino-Kilpi 1998, Solante & Leino-Kilpi 1998, Halme & Aavarinne 1999), *tietoteknisiä taitoja* (Häkkinen 1997, Perälä 1997, Saranto 1997), *yhteistyötaitoja* ja *yhteistoiminnallisuutta* (Leinhardt *et al.* 1995, Solante & Leino-Kilpi 1998, Tossavainen *et al.* 1998, Tossavainen & Turunen 1999, Suomi *et al.* 2000) sekä *reflektointitaitoja* (Getliffe 1996, Mezirow 1995, 1997a,b, 1998).

Potilaan *opetusta ja ohjausta* on kuvattu olennaiseksi osaksi hyvää hoitoa (Leino-Kilpi *et al.* 1994). Potilaan ohjauksen on todettu lisäävän hänen autonomiaansa suhteessa itsehoitoon ja omatoimisuuteen (Leino-Kilpi *et al.* 2000, Välimäki *et al.* 2001). Sairaanhoidon opiskelijat ovat yleensä kokeneet saaneensa hyvät opetukselliset ja ohjaukselliset taidot koulutuksen aikana. Solanteen ja Leino-Kilven (1998) mukaan sairaanhoitajien kuvattaessa hoitotyötään heistä yli 70 % arvioi saavuttaneensa hyvät ohjaus- ja opetustaidot tavoitteiden asettamisessa ja toteuttamisessa sekä potilaan ohjauksen ja opetuksen tarpeiden tunnistamisessa koulutuksen aikana.

Kivelän ja Janhosen (1996a,b) mukaan jo koulutuksen puolessavälissä opiskelijat ilmaisivat pystyvänsä ohjaamaan potilaita perushoitoon liittyvissä toiminnoissa. Lisäksi opiskelijat korostivat opetus- ja ohjaustaitojen merkitystä hoitotyössä ja pitivät niitä erityisen tärkeänä potilaan omatoimisuuden tukemisessa. (Kivelä & Janhonen 1996a,b.) Pääinvastaisiakin tuloksia on esitetty. Aavarinteen (1990, 1993, 1994) osa opiskelijoista on ilmaissut puutteita omissa opetuksellisissa ja ohjauksellisissa taidoissaan. He ovat kokeneet itsellään olevan tietoa opetuksesta ja ohjauksesta, mutta tietojen integroinnissa sekä opetuksen ja ohjauksen kokonaisuuksien hallinnassa opiskelijat ovat kokeneet olevan puutteita.

Päätöksentekotaidot ovat olennainen osa hoitotyötä. Päätöksentekotaitoja kuvataan usein hoitotyön prosessin eri vaiheisiin liittyvässä päätöksenteossa. (Kuokkanen 1991, 2000, Lauri & Salanterä 1995a,b, 1998, Lauri *et al.* 1998, Juvonen 2001.) Päätöksenteko hoitotyössä liittyy potilaan autonomiaan, jonka mukaan hoitohenkilökunta kunnioittaa potilaan omia valintoja hoitoaan koskevissa asioissa (Leino-Kilpi *et al.* 2000, Välimäki *et al.* 2001). Päätöksenteon oppimisen tavoitteena on, että valmistuvalla opiskelijalla on valmius sekä itsenäiseen että yhteiseen päätöksentekoon itsensä, potilaan sekä muiden hänen hoitoonsa osallistuvien kanssa. Tarkoituksena on, että opiskelija osaa hankkia ja käyttää tietoa nopeasti muuttuvissa hoitotyön käytännön tilanteissa (Lauri *et al.* 1998.) Sairaanhoidon opiskelijoiden päätöksentekotaitoja hoitotyössä ovat tutkineet mm. Kuokkanen

(1991, 2000), Lauri ja Salanterä (1994, 1995a,b, 1998), Hupli (1996), Lauri *et al.* (1998) ja Juvonen (2001). Lisäksi useissa tutkimuksissa, esimerkiksi Kuokkanen ja Leino-Kilpi (1995), Kivelä ja Janhonen (1996a,b), Hannula ja Leino-Kilpi (1998), sivutaan hoitotyön päätöksentekotaitoja.

Lauri *et al.* (1998) esittävät erilaisia hoitotyön päätöksenteon oppimisen ajatteluprosesseja. Lauri ja Salanterä (1995a,b, 1998) esittävät viisi erilaista hoitotyön päätöksentekomallia, sen mukaan, miten hoitajan lähestymistapa ja mihin päätöksenteko perustuu. Nämä päätöksentekomallit ovat sääntöorientoitunut, prosessi- ja malliorientoitunut, potilasorientoitunut, hoitajaorientoitunut sekä luova ja monipuolisesti orientoitunut päätöksentekomalli.

Hupli 1996 ja Lauri *et al.* 1998 esittävät, että sairaanhoidon opiskelijoiden päätöksenteosta puuttuu loogisuus sekä oleellisten asioiden erottaminen epäoleellisesta. Valmistuvilla opiskelijoilla todettiin olevan vaikeuksia potilaan hoitoon liittyvässä päätöksenteossa hoitoprosessin eri vaiheissa. Opiskelijat keräsivät potilailta paljon tietoa (Hupli 1996, Lauri *et al.* 1998), jota he eivät osanneet kaikilta osin hyödyntää päätöksenteossa (Kuokkanen 1991, 2000). Lisäksi hoitotyön toimintojen perustelu todettiin puutteelliseksi (Hupli 1996, Lauri *et al.* 1998). Toisaalta taas sairaanhoidon opiskelijat itse arvioivat päätöksentekotaitonsa hyväksi, mutta kokivat puutteita johtamis- ja organisointitaidoissa (Kuokkanen & Leino-Kilpi 1995). Kuokkasen (2000) tutkimustuloksissa opiskelijoiden päätöksenteossa korostui mekaaninen päätöksentekomalli ja Juvosen (2001) tutkimustuloksissa rationaalinen päätöksentekomalli. Juvosen (2001) tutkimuksen opiskelijat eivät hallinneet päätöksentekoprosessia, vaan heillä oli vaikeuksia priorisoida potilaan ongelmia sekä perustella toimintojaan hoitotyössä. Karttusen tutkimuksen (1999) mukaan opiskelijat korostivat tilannekohtaista päätöksentekomallia. Tilannekohtainen päätöksenteko liittyi asioiden ja tilanteiden organisointitaitoon ja siihen, että osataan tehdä sellaisia päätöksiä, että asiat sujuvat mutkattomasti. (Karttunen 1999.)

Vuorovaikutustaitoja ja vuorovaikutussuhteita on esitetty perustaksi hyvälle hoitotyölle. Opiskelijat ovat yleensä kuvanneet koulutuksessa saamansa vuorovaikutustaidot hyväksi (Leino-Kilpi 1991, Kuokkanen & Leino-Kilpi 1995, Kivelä & Janhonen 1996b, Turunen 1997). Jonkin verran on tutkittu myös huumoria vuorovaikutustilanteena hoitotyössä ja hoitotyön koulutuksessa (Åstedt-Kurki & Liukkonen 1994, Vesa & Isola 2000). Hoitotyön tilanteissa huumorin on todettu luovan positiivista ja lämmintä ilmapiiriä sekä lievittävän jännitystä oppimisessa. Tältä osin huumori on merkityksellinen voimavara niin hoitotyön oppimisessa kuin käytännön hoitotyössä. (Vesa & Isola 2000.)

Hoitotyön päätöksentekoon ja vuorovaikutukseen liittyvät läheisesti *yhteistoiminnalliset* taidot. Hoitotyössä yhteistoiminnallisuus ilmenee vuorovaikutuksen ja päätöksenteon yhteenliittymänä (Henneman *et al.* 1995). Yhteistoiminnallisuutta on korostettu hoitotyön toimintamallina (Csokasy 1997). Toimintamalli perustuu yhteisiin tavoitteisiin, yhteisvastuullisuuteen ja sitoutumiseen (Johnson & Johnson 1991, Tossavainen 1996). Yhteistoiminnan tavoitteena hoitotyössä on edistää potilaan hyvinvoinnin tunnetta ja kunnioittaa eri ammattiryhmien osaamista. Yhteistoiminnallisuudesta hyötyvät eniten potilaat saadessaan osallistua hoitoaan koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon (Henneman *et al.* 1995, Baggs & Schmit 1997.)

Yhteistoiminnallisuus on koettu oppimista edistävänä tekijänä (McGregor 1990, Tossavainen 1996). Hoitotyön oppimisessa potilaan ja opiskelijan välisestä yhteistoiminnasta on saatu positiivisia kokemuksia. Opiskelijat ovat kokeneet oman ammatillisen toi-

mintansa ja ammatti-identiteettinsä kehittyneen potilaan ja opiskelijan välisessä yhteistyössä (Vesanto & Munnukka 1996). Valmistuneet sairaanhoitajat ovat arvioineet viiden vuoden työkokemuksen jälkeen saavuttaneensa koulutuksessa hyvät yhteistoimintavalmiudet. He kokivat saaneensa riittävät valmiudet aikuis- ja vanhuspotilaan kohtaamiseen koulutuksen aikana. Sen sijaan lasten ja murrosikäisten sekä psyykkisesti sairaiden potilaiden kohtaamiseen saaduissa valmiuksissa he kokivat olevan puutteita. (Solante & Leino-Kilpi 1998.) Latvala (1998) esittääkin yhteistoiminnan olevan edellytyksenä potilaslähtöiselle hoitotyölle. Myös opiskelijat esittävät samansuuntaisia näkemyksiä yhteistyön merkityksestä potilaslähtöiselle hoitotyölle käytännön harjoittelussa. He arvioivat tärkeimmiksi yhteistyökumppaneiksi potilaat ja toiseksi tärkeimmiksi omaiset sekä työyksikön ja kollegat (Taskinen *et al.* 1995).

2.3 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen vaikuttavat useat eri tekijät koulutuksen aikana. Yhteiskunnalliset-, terveys- ja koulutuspoliittiset kannanotot ohjaavat koulutusta erilaisin säädöksin. Oppimisympäristönä käytännön harjoittelujaksot ja niihin yhteydessä olevat tekijät ohjaavat opiskelijaa kohtamaan potilaan todellisissa hoitotilanteissa, joilla on merkitystä opiskelijan hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa. Lisäksi käytännön ohjaajan rooli on merkittävä opiskelijan hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa opiskelijan ottaessa mallia käytännön ohjaajan toiminnasta. Opettajan roolia opiskelijat pitävät oppimisensa tukijana. Opettajalta opiskelijat toivovat tukea opiskeluun liittyvässä reflektoinnissa sekä solmukohtien aukomisessa enemmän kuin käytännön ohjaamisessa. Useissa tutkimuksissa on ilmennyt, että opettajat haluaisivat olla enemmän käytännön harjoittelussa opiskelijoiden ohjaajina, mutta kokevat, ettei heillä ole aikaa. Päinvastaisiakin tuloksia on esitetty (M Salminen 2000). Niiden mukaan opettajat toivovat oman roolinsa olevan enemmän opiskelijan tukija kuin käytännön harjoittelun ohjaaja.

Opetussuunnitelmalla tulisi olla merkitystä hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa. Opetussuunnitelman tavoitteet eivät kuitenkaan aina ohjaa opiskelijoiden hoitotyön oppimista siten, kuin niiden olisi tarkoitus ohjata. Opetussuunnitelman merkitys näyttää korostuvan pääosin koulutuksen alkuvaiheessa, kun opiskelijoilla on vielä vähän kokemusta ja tietoa.

Myönteinen hoitotyön näkemys on edellytys hyvälle hoitotyölle. Kokemukset käytännön harjoittelusta tulisi olla mielekkäitä. Opiskelijoilla on kuitenkin käytännön harjoittelusta ristiriitaisia kokemuksia, mikä ei ole mielekästä oppimisen kannalta. Toisaalta hoitotyön oppimista on tutkittu vielä varsin vähän ja tutkimukset on tehty yleensä pienillä otoksilla sekä kvalitatiivisilla menetelmillä. Täten saatua tietoa ei voi kovin vahvasti yleistää.

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata pitkittäistutkimuksena sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumista sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä sairaanhoitajakoulutuksen aikana. Lisäksi tarkoituksena on tuottaa hoitotyön näkemyksen muotoutumista kuvaileva malli.

Hoitotyön näkemyksen muotoutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä kuvataan opiskelijoiden näkökulmasta, heidän itsensä kuvaaman hoitotyön toiminnan kautta käytännön harjoittelujaksojen aikana koulutuksen alkuvaiheessa, puolessavälissä ja loppuvaiheessa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa hoitotyön didaktiikan sekä opetussuunnitelmien kehittämiseen. Tuloksista saatua tietoa voidaan hyödyntää opiskelijoiden oppimisprosessin tukemisessa, kehitettäessä yhteistyötä opiskelijoiden, opettajien ja käytännön hoitotyön tekijöiden kanssa, opiskelijoiden käytännön ohjauksen tukemisessa ja myönteisen hoitotyön näkemyksen edistämässä.

Tutkimustehtävät:

1. Millainen on sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemys koulutuksen alkuvaiheessa?
2. Mitkä tekijät ovat yhteydessä sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen?
3. Millainen on sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemys koulutuksen edetessä?
4. Millainen on hoitotyön näkemystä kuvaileva malli?

4 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat

4.1 Tutkimuksen lähestymistapa

Tässä tutkimuksessa kuvataan hoitotyön näkemystä opiskelijoiden näkökulmasta, miten opiskelijat itse kuvaavat toimintaansa hoitaessaan potilaita ja mikä ohjasi heidän toimintaansa käytännön tilanteissa. Tutkimuksessa pyritään ymmärtämään ja tulkitsemaan hoitotyön prosesseja opiskelijoiden hoitotyön toimintojen kautta, joita he kuvaavat esimerkein sekä esseissä että haastatteluissa. (Lincoln & Cuba 1985, Alasuutari 1993, Soininen 1995). Tämän tutkimuksen lähestymistapa on kvalitatiivinen. Tässä tutkimuksessa kuvataan opiskelijoiden hoitotyön näkemystä opiskelijoiden näkökulmasta luonnollisissa olosuhteissa eli hoitotyön käytännössä. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruussa ja analyysissä voidaan käyttää useita lähestymistapoja (Lincoln & Cuba 1985, Alasuutari 1993, Soininen 1995). Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin esseinä ja haastatteluina kolmessa eri vaiheessa. Aineisto analysoitiin ensimmäisessä vaiheessa grounded theory -menetelmän jatkuvan vertailun analyysillä. Aineiston analyysin ensimmäisessä vaiheessa tuotettiin jatkuvan vertailun analyysillä käsitejärjestelmä, josta muodostettiin luokittelurunko. Tämän jälkeen ensimmäisen vaiheen aineisto luokiteltiin deduktiivisella sisällönanalyysillä käyttäen apuna jatkuvan vertailun analyysimenetelmällä muodostettua luokittelurunkoa. Samaa luokittelurunkoa apuna käyttäen luokiteltiin myös toisen ja kolmannen vaiheen aineisto ja analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä.

Grounded theory -menetelmä on yksi kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymistapa. (Lincoln & Cuba 1985, Bailey 1997.) Grounded theory -lähestymistapa on todettu käytökelpoiseksi tilanteissa, joissa tutkitaan toimintaa erilaisissa sosiokulttuurisissa konteksteissa, joissa halutaan käsitteellistää ja ymmärtää erilaisia sosiaalisia prosesseja. (Lincoln & Cuba 1985, Chenitz & Swanson 1986, Strauss & Corbin 1990, 1998.) Tässä tutkimuksessa kontekstina on hoitotyön käytäntö, jossa opiskelijat harjoittelevat hoitotyötä todellisissa tilanteissa.

Grounded theory -menetelmän juuret ovat sosiaalitieteissä, erityisesti symbolisen interaktionismin traditiossa (Strauss 1987) ja fenomenologiassa (Glaser 1978). Symbolinen interaktionismi on teoriaa ihmisten välisistä vuorovaikutusprosesseista. Lisäksi se on tutkimuksellinen lähestymistapa ihmisten käyttäytymisen tutkimiseen. (Glaser 1978, Strauss 1987). Symbolisessa interaktionismissa oletetaan, että ihmisten kokemukset välittyvät

heidän tekemiensä todellisuuden tulkintojen kautta. Ihmiset toimivat sen mukaan, mikä merkitys asioilla on heille itselleen. Näitä merkityksiä ihmiset kuvaavat kielen avulla (Chenitz & Swanson 1986, Strauss & Corbin 1990, 1998), ja ne muodostuvat ja kehittyvät sosiokulttuurisessa vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. (Glaser & Strauss 1967, Chenitz & Swanson 1986, Strauss & Corbin 1990, Leino-Kilpi 1990b.)

Grounded theory -lähestymistapaa voidaan käyttää, kun tarkoituksena on luoda uusia teoreettisia rakenteita, löytää uusia käsitteitä, täsmentää aikaisempia käsitteitä tai teorioita sekä määritellä ydinkäsitteitä tutkimusongelman alueella (Strauss & Corbin 1998). Lisäksi menetelmää voidaan käyttää, kun tutkittavasta ilmiöstä on paljon tietoa, mutta halutaan etsiä uutta näkökulmaa esimerkiksi jäsentämään käytännön hoitotyötä, hoitotyön opetusta ja oppimista. (Leino-Kilpi 1990, Strauss & Corbin 1990, 1998, Field & Morse 1996, Smith & Biley 1997, Backman & Kyngäs 1998).

Tässä tutkimuksessa pyritään löytämään uutta näkökulmaa sekä täsmentämään aikaisempaa tietoa ja teoreettisia käsitteitä opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumisesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Tämä edellyttää perehtymistä aikaisempaan tietoon, jotta pystytään rajaamaan tutkittava ilmiö. Ongelmana voi tällöin olla se, että ilmiöön perehtyminen ja tieto ohjaavat tutkimusprosessia ja uuden näkökulman löytäminen vaikeutuu. (Jezewski 1990, Olshansky 1996.)

Straussin ja Corbinin (1998) mukaan mitään vallitsevaa paradigmatähtäistä kvalitatiivisen tutkimuksen tekemiseksi ei ole olemassa, mutta Grounded theory -menetelmää voi käyttää laaja-alaisena yleismenetelmänä, joka on avoin omille sovelluksille ja moneen suuntaan. Tämä analyysimenetelmän väljyys on yksi vaikeus aloittelevalle tutkijalle, koska Grounded theory -menetelmä mahdollistaa omaperäisyyttä ja erilaisia etenemisstrategioita edetä eri tavoin aineiston kanssa. Tässä tutkimuksessa Grounded theory -menetelmää käytettiin Straussin ja Corbinin (1990, 1998) esittämän mallin mukaisesti, koska siinä menetelmää on sovellettu hoitotyön ilmiöön ja malli osoittaa analyysin etenemisen erilaisin esimerkein.

Grounded theory -menetelmä on kehitelty aineistolähtöiseen analyysiin, joten tutkija käsitteellistää aineistonsa ilman teoreettisia esioletuksia. Lähtökohtana on sitoutumattomuus teoreettisiin näkökulmiin. Tutkija kehittää aineistonsa pohjalta käsitteitä ja erittelee niiden välisiä suhteita (Stern 1985, Lincoln & Cuba 1985, Strauss & Corbin 1990, 1998, Keddy *et al.* 1996.) Vaikka lähtökohtana on sitoutumattomuus aikaisempaan teoriaan ja käsitteitä luodaan aineiston pohjalta, käytännössä tutkija on aina sidoksissa jonkinlaiseen esiymmärrykseen asiasta (Strauss & Corbin 1998). Käsitteellistämässä on siis aina kyse myös tulkinnasta, ja tulkinta perustuu aineiston lisäksi myös olettamuksiin tutkittavan ilmiön luonteesta, aikaisempiin tutkimuksiin, teorioihin ja kirjallisuuteen. Lisäksi tulkinnallisessa lähestymistavassa tutkija on myös osa tutkimusprosessia, koska hän on läheisessä suhteessa tutkittavaan ilmiöön ja tutkittaviin. (Lincoln & Cuba 1985, Strauss & Corbin 1990, 1998, Keddy *et al.* 1996.) Isolan (1997) mukaan inhimillisessä elämässä ei ole täysin mahdollistakaan sulkea pois aiempaa tietämystä tutkittavasta ilmiöstä. Näin ollen Grounded theory ei edellytä täysin puhdasta induktiivisuutta. (Strauss & Corbin 1998.) Tässä työssä on pitäyditty Straussin ja Corbinin (1990, 1998) esittämissä oletuksissa, joka ei edellytä puhdasta induktivismia.

Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään löytämään aineistosta tutkittavien näkökulma ja heidän sosiaaliset prosessinsa. Vehviläinen-Julkusen (1998) mukaan Grounded theory -lähestymistavan käytössä on vaarana yhdenmukaisuus tutkijan oman filosofisen ajatte-

lun ja Grounded theory -lähestymistavan perustana olevien lähtökohtien välillä. Myös tässä tutkimuksessa tukijalla on ollut esiyymmärrys aiheesta, mikä voi vaikuttaa aineiston tulkintaan. Tältä osin tutkija on pyrkinyt tiedostamaan omat lähtökohtansa sekä pyrkinyt mahdollisuuksiensa mukaan minimoimaan oman vaikutuksensa kuvaamalla aineiston analyysin etenemistä mahdollisimman tarkasti tulkitessaan aineistoa, jotta tulkinta on mahdollisimman objektiivista.

Grounded theory -menetelmää on käytetty Suomessa kuten muuallakin teorian kehittämistarkoituksessa, siis kehitettäessä omaa teoriaa. Suomalaisissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa ovat käyttäneet Grounded theory -menetelmää Leino-Kilpi (1990a) kuvatesaan hyvän hoitamisen arviointiperusteita, Liukkonen (1990) kuvatesaan dementoituneen potilaan hoitoa laitoksessa, Vehviläinen-Julkunen (1990) selvittäessään hoitotyötä lasten neuvolassa, Janhonen (1992) muodostaessaan kehittyvän hoitotyön mallia, Kyngäs (1995) selvittäessään hoitoon sitoutumista, Latvala (1998) kehitteessään potilaslähtöistä hoitotyön mallia, Paavilainen (1998) selvittäessään lasten kaltoinkohtelua, Nurminen (2000) kuvatesaan intuitioita ja hiljaista tietoa hoitotyössä, Vanhanen (2000) tutkiessaan terveysalan opiskelijoiden suuntautumista hoitamiseen, Kylmä (2000) kuvatesaan HIV/AIDS- henkilön toivon dynamiikkaa ja Backman (2001) kuvatesaan ikääntyvien itsestä huolenpitoa.

4.2 Tutkimusaineiston keruu

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin kahdelta sairaanhoidon opiskelijaryhmältä (N = 35) eräässä terveydenhuolto-oppilaitoksessa vuosien 1993 ja 1998 välisenä aikana. Tutkija työskenteli siellä osan tutkimusaineiston keruujasta. Opiskelijoista 33 oli naisia ja kaksi miehiä. Opiskelijat olivat iältään 21–26-vuotiaita. Kahdella opiskelijoista oli terveydenhuoltoalan kouluasteen tutkinto ja kahdella muun alan kouluasteen tutkinto. Tutkittavien ryhmä oli iältään ja koulutustaustaltaan hyvin homogeeninen. Tutkimukseen osallistuvien opiskelijoiden syventävien opintojen hoitotyön suuntautumisvaihtoehdot olivat perioperatiivinen hoitotyö, sisätautien ja kirurginen hoitotyö, psykiatrinen hoitotyö, lastentautien hoitotyö, kätilötyö ja terveydenhoitajatyö. Opiskelijat opiskelivat koko koulutuksen ajan suuntautumisvaihtoehdoista huolimatta sekaryhmissä lukuun ottamatta syventävien opintojen pääaineen opintoja, jolloin he jakaantuivat valitseman pääaineen mukaisiin ryhmiin.

Tutkimukseen osallistuvilla opiskelijoilla oli kokeiltava koulukohtainen opetussuunnitelma, jota kehiteltiin koulutuksen edetessä. Opetussuunnitelmia kehiteltiin ammattikorkeakoulukokeilun mukaan myös niissä oppilaitoksissa, jotka eivät kuuluneet ammattikorkeakoulukokeilun piiriin. Opetussuunnitelmissa korostettiin oppilaitoksen omaleimaisuutta ja alueellista profiloitumista. Opetussuunnitelman tarkoituksena oli vähentää oppimisen pirstaleisuutta. Se sisälsi laajempia opintokokonaisuuksia kuin keskiasteen valtakunnallinen opetussuunnitelma. Lisäksi sisältöjä kehiteltiin hoitotyön tietoperustasta lähteväksi valtakunnallisen lääketieteellisesti rakentuvan opetussuunnitelman sijasta. (LTHOL 1995.)

Tutkimukseen osallistuvien opiskelijoiden opetussuunnitelmassa käytännön harjoittelu jakaantui kolmeen päävaiheeseen: perusopintoihin, ammattiopintoihin sekä syventäviin opintoihin. Käytännön harjoittelun tavoitteissa pyrittiin ottamaan huomioon hoitotyön oppimisen syveneminen. (LTHOL 1995, liitteet 5, 6, 7.) Tutkimusaineisto kerättiin opiskelijoilta koulutuksen alkuvaiheessa eli perusopintojen vaiheessa, koulutuksen puolessavälissä, ammattiopintojen vaiheessa sekä koulutuksen loppuvaiheessa, syventävien opintojen vaiheessa. Kaikissa vaiheissa aineisto koostui opiskelijoiden kirjoittamista esseistä (648 sivua konekirjoitustekstiä 1.5 rivivälillä) ja haastatteluista (806 sivua konekirjoitustekstiä 1.5 rivivälillä). Taulukossa 1 esitetään tutkimusaineiston keruu ja analyysi tutkimuksen eri vaiheissa.

Taulukko 1. Aineiston keruu ja analyysi tutkimuksen eri vaiheissa.

Tutkimus- prosessi	Vaihe 1 Koulutuksen alkuvaihe	Vaihe 2 Koulutuksen puoliväli	Vaihe 3 Koulutuksen loppuvaihe	Vaihe 4 Raportointi
Tavoite	Hoitotyön näkemys- muotoutuminen ja niihin yhteydessä olevien tekijöiden kuvaaminen. Hoitotyön näkemystä kuvaavien kategorioiden vertailu.	Hoitotyön näkemys- muotoutumisen kuvaaminen koulutuksen puolessavälissä.	Hoitotyön näkemys- muotoutumisen kuvaaminen koulutuksen loppuvaiheessa.	Yhteenveto hoitotyön näkemys- muotoutumisesta sekä hoitotyön näkemys- muotoutumista kuvaavan mallin esittäminen.
Aineisto ja aineiston keruumenetelmät.	Sairaanhoidon opiskelijoiden kirjoittamat esseet ja haastattelut. N=35.	Sairaanhoidon opiskelijoiden kirjoittamat esseet ja haastattelut. N=35.	Sairaanhoidon opiskelijoiden kirjoittamat esseet ja haastattelut. N=30.	
Opiskelun vaiheet	Perusopinnot; Vanhusten hoitotyön käytännön harjoittelujakso.	Ammattiopinnot; Sisätautien ja kirurgian hoitotyön käytännön harjoittelujakso.	Syventävät opinnot; Eri erikoisalojen hoitotyön käytännön harjoittelujakso.	
Analyysi- menetelmät	Jatkuvan vertailun analyysi ja deduktiivinen sisällönanalyysi.	Deduktiivinen sisällönanalyysi.	Deduktiivinen sällönanalyysi.	Synteesi.

Käytettäessä grounded theory -menetelmää empiiriseen aineistoon perustuvan teorian tai käsitejärjestelmän tuottamiseen tutkimusaineisto voidaan kerätä joko valikoivalla tai teoreettisella otannalla. Valikoiva otanta tarkoittaa sitä, että tutkija määrittelee otoksen etukäteen joko aikaisempien tutkimusten perusteella tehtyjen johtopäätösten tai tutkijan käytettävissä olevan ajan ja voimavarojen perusteella. Lisäksi otoksen valinta voi perustua tutkittavan ilmiön kannalta keskeisiin näkemyksiin, osallistujien tietoon ja asian ymmärtämiseen vaikuttaviin tekijöihin. Valikoivan otannan käyttöä perustellaan sillä, että tutkittavan ilmiön kokonaisvaltainen hallinta on mahdotonta. Tällöin tutkija voi tehdä perustel-

tuja otantaa koskevia valintoja. (Schatzman & Strauss 1973, Glaser & Strauss 1967, Strauss & Corbin 1990, 1998.) Teoreettinen otanta eroaa valikoivasta otannasta siten, että tutkija ei määrittele etukäteen tutkittavien määrää, vaan aineistonkeruuta ohjaavat syntyneessä oleva teoria ja aineistosta nousevat tulokset. (Glaser 1978, Glaser & Strauss 1967, Strauss & Corbin 1990, 1998, Isola 1998.)

Tämän tutkimuksen aineistonkeruu on sovellus teoreettisesta otannasta. Tutkimukseen osallistui kaksi ryhmää sairaanhoidon opiskelijoita (N = 35). Ensimmäisen vaiheen aineistonkeruu aloitettiin syksyllä 1993 yhden opiskelijaryhmän (n = 18) kirjoittamista esseistä ja heidän henkilökohtaisista haastatteluistaan. Tutkimukseen osallistumishalukkuutta kysyttiin siltä opiskelijaryhmältä, joka aloitti opiskelunsa kyseisessä terveydenhuolto-oppilaitoksessa syksyllä 1993. Tällöin oli tarkoitus kerätä aineisto tätä tutkimusta varten. Ensimmäiseltä ryhmältä saadun aineiston analysoinnin jälkeen otettiin mukaan toinen opiskelijaryhmä (n = 17) aineiston laajentamiseksi syksyllä 1994. Toisen ryhmän aineiston otos muodostui siitä opiskelijaryhmästä, joka aloitti opiskelunsa siinä vaiheessa, kun tutkittavien määrää päätettiin laajentaa.

Aineisto kerättiin molemmilta ryhmiltä kahdella eri menetelmällä, esseinä ja haastattelulla, jotka täydensivät toisiaan (Cohen & Manion 1985, Chenitz & Swanson 1986, Strauss & Corbin 1990, 1988). Aineistotriangulaatio mahdollisti monipuolisemman ja luotettavamman tiedon saannin (Chenitz & Swanson 1986, Benoliel 1996). Aineisto kerättiin pitkittäisasetelmana kolmessa eri vaiheessa. Pitkittäisasetelman tarkoituksena on seurata hoitotyön näkemyksen muotoutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä koulutuksen eri vaiheissa. (vrt. Cohen & Manion 1985.)

Aineistonkeruun ensimmäisessä vaiheessa opiskelijat suorittivat perusopintoja vanhusten hoitotyön harjoittelujaksolla. Tällöin opiskelijoita pyydettiin kirjoittamaan essee, jossa he kuvasivat hoitotyön näkemystään kuvaamalla omaa hoitotyön toimintaansa käytännön harjoittelujaksolla. Opiskelijat kuvasivat esseessä, miten he toimivat hoitotyössä hoitaessaan potilasta, mikä ohjasi heidän hoitotyötään, mihin heidän hoitotyönsä perustui ja mikä merkitys heidän antamallaan hoitotyöllä oli potilaalle. Sama ohje annettiin opiskelijoille toisen ja kolmannen harjoittelujakson tehtävää varten (liite 3).

Ensimmäisen vaiheen perusopintoihin liittyvällä vanhusten hoitotyön käytännön harjoittelujaksolla opiskelun tavoitteena oli vuorovaikutustaitojen harjoittelu, potilaan terveydenhoidollisten tarpeiden määrittely ja niihin vastaaminen sekä prosessiajattelun ymmärtäminen terveydellisten tarpeiden tyydyttämisessä potilaan hoidossa ja opetuksessa (liite 4). Opiskelijat valitsivat joko oman hoitosuhdepotilaan tai jonkun muun potilaan, jota he hoitivat useamman kuin yhden työvuoron ajan harjoittelun aikana, ja kirjoittivat esseen hoitotyöstään.

Esseiden lukemisen jälkeen tutkija itse haastatteli jokaista opiskelijaa henkilökohtaisesti käytännön harjoittelujakson loppuvaiheessa. Haastattelujen tarkoituksena oli täsmentää, syventää ja laajentaa esseistä saatua tietoa. Haastatteluissa opiskelijaa pyydettiin konkretisoimaan esseiden pohjalta saatua tietoa kertomalla konkreettisia esimerkkejä hoitotyön toiminnasta. Esimerkiksi opiskelija kuvasi esseessään potilaan tukemista päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä seuraavasti: *"Tuin potilasta omatoimisuuteen avustamalla potilasta päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä, vain niiltä osin mihin hän ei itse pystynyt."* (opisk. 8)

Haastattelussa opiskelijaa pyydettiin tarkentamaan esseetään seuraavasti: Kerro jokin konkreettinen esimerkki toiminnastasi, miten tuit potilaan omatoimisuutta päivittäisistä

toiminnoista selviytymisessä. Opiskelija tarkensi haastattelussa toimintaansa seuraavasti: *”No, esimerkiksi, kun kävimme pesuilla annoin hänen pestä itseään, niin paljon, kuin hän itse pystyi. Annoin hänelle pesulapun käteen ja annoin hänen pestä itse kasvot, kädet, rinnan ja yleensä edestä. Avustin alapesussa, selän-, ja jalkojen pesussa, jotka potilaan itse oli vaikea pestä, kun kädet ei oikein toimineet. Sitten pukemisessa potilas sai pukea itse sen minkä pystyi. Avustin mekkoa vähän alkuun päälle ja kehotin sitten potilasta pukemaan itse mekon loppuun.”* (opisk. 8)

Toinen aineisto kerättiin samoilta opiskelijoilta (N = 35) ja samoilla menetelmillä koulutuksen puolessavälissä ammattiopintoihin liittyvän sisätautien ja kirurgian käytännön harjoittelujaksan aikana. Käytännön harjoittelun tavoitteissa korostui teorian ja käytännön integrointi. Tavoitteena oli, että opiskelija osaa on selvillä sisätauteihin ja kirurgiaan kuuluvista toimintahäiriöistä ja niiden aiheuttamista ongelmista sekä kliinisistä hoitomenetelmistä. Opiskelijan tuli sisäistää aseptiikan merkitys hoitotyössä sekä soveltaa hoitotaidon, kliinisen hoito-opin ja sisätautien ja kirurgian hoito-opin perustietoa hoitoprosessissa. Samoin tavoitteena oli, että opiskelija osaa ohjata potilasta terveysongelmien ratkaisemisessa sekä noudattaa keskeisiä hoitoperiaatteita valitessaan ja käyttäessään erilaisia hoitomenetelmiä hoitotyössä (liite 5).

Myös kolmas aineisto kerättiin samoilla menetelmillä koulutuksen loppuvaiheessa 30 opiskelijalta. Viisi opiskelijaa ryhmästä oli siirtynyt opiskelemaan toiseen oppilaitokseen. Koulutuksen loppuvaiheessa opiskelijat suorittivat syventävien opintojen viimeistä käytännön harjoittelua eri lääketieteen erikoisaloilla: teho-osastoilla, ensiavussa, eri alojen poliklinikoilla, naistentautien osastoilla, neurologian osastolla, päiväkirurgisella osastolla ja terveyskeskuksen vuodeosastolla. Syventävien opintojen tavoitteissa painotettiin potilaan kokonaisvaltaista hoitamista. Tavoitteena syventävällä harjoittelujaksolla oli, että opiskelija muodostaa kokonaisnäkemys työyksikön hallinnosta sekä siitä, miten hallinnolliset osatoiminnot palvelevat potilashoitoa kokonaisvaltaisessa ja potilaskeskeisessä hoidossa. Samoin tavoitteena oli, että hän kykenee hoitamaan kriittisesti sairaita potilaita sekä kykenee oman työnsä ja johtamansa työryhmän toiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Lisäksi tavoitteena oli, että opiskelija harjaantuu hoitosuunnitelman johdonmukaiseen kirjalliseen ja suulliseen ilmaisuun sekä kykenee suunnitelmalliseen laadunvarmennuksen toteuttamiseen ammatissaan ja työyhteisön toiminnassa. Opiskelijan tuli ymmärtää työyhteisön kehittämisen merkitys ja työyhteisön jäsenten ammattitaidon hyödyntämisen tärkeys (liite 6).

Ennen haastatteluja opiskelijat saivat ajanvarauslistan, josta he varasivat itselleen sopivan haastatteluajan. Kolmea lukuun ottamatta haastattelut toteutettiin osastoilla, joilla opiskelijat suorittivat harjoittelua. Kolme opiskelijaa haastateltiin terveydenhuolto-oppilaitoksella etukäteen varatussa luokkahuoneessa. Haastattelut kestivät 30 minuutista 90 minuuttiin. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja aukikirjoitettiin mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen. Tutkija itse aukikirjoitti pääosan nauhoista. Ainoastaan kuusi nauhaa kolmannelta haastattelusta auki kirjoitti ulkopuolinen henkilö.

4.3 Tutkimusaineiston analyysi

4.3.1 Jatkuvan vertailun analyysi

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa, sairaanhoidon opiskelijoiden perusopintojen harjoittelujakson aikana, esseinä ja haastatteluina kerätty aineisto analysoitiin Grounded theory –lähestymistavan jatkuvan vertailun menetelmällä (continuing comparison analysis Strauss & Corbin 1990). Aineiston analyysi aloitettiin haastattelujen aukikirjoittamisella sana sanalta. Tällöin oli mahdollisuus hahmottaa aihetta kokonaisuutena. Aukikirjoitettu aineisto ja essee luettiin useaan kertaan ja tehtiin teoreettisia muistiinpanoja (theoretical memos). Teoreettisten muistiinpanojen tekeminen ja tutkimuksen kuluessa syntyneiden teoreettisten ajatusten ja päätelmien kirjaaminen hoitotyön liittyvistä toiminnoista auttoivat aiheen käsitteellistämässä ja kategorioiden muodostamisessa. (Strauss & Corbin 1990.) Koko analyysin ajan tarkasteltiin samanaikaisesti sekä esseitä että haastatteluja ja vertailtiin, ovatko hoitotyön näkemystä kuvaavat toiminnot ja niihin yhteydessä olevat tekijät toisiaan tukevia molemmissa aineistoissa vai poikkeavatko aineistot toisistaan. Tuloksia esitettäessä alkuperäisestä datasta on otettu suoria lainauksia todentamaan saatuja tuloksia. Kuviossa 2. esitetään ensimmäisen vaiheen analyysin eteneminen esseistä ja haastatteluista selektiiviseen koodaukseen Grounded theory -menetelmän mukaan.



Kuvio 2. Aineiston analyysin eteneminen Grounded theory –menetelmän mukaan (Strauss & Corbin 1990, 1998).

Grounded theory –menetelmän alkuperäisen analyysin ovat esittäneet Glaser & Strauss (1967). Myöhemmin Glaserin (1978) esittämää analyysimenetelmää ovat edelleen kehittäneet Strauss ja Corbin (1990, 1998). Tässä tutkimuksessa on käytetty pääosin Straussin ja Corbinin (1990, 1998) esittämää analyysimenetelmää, koska he esittävät analyysimenetelmän etenemisen selkeästi, systemaattisesti ja loogisesti. Kuitenkin vaarana on, että systemaattisesti ja teknisesti etenevä analyysimenetelmä voi vaikeuttaa analyysin etenemistä aineiston ehdoilla. (vrt. Jezewski 1995, Olshansky 1996).

Grounded theory -menetelmään perustuvassa aineiston analyysissä Strauss (1987) ja Strauss ja Corbin (1990, 1998) erottavat kolme vaihetta: avoimen (open coding), aksiaalisen (axial coding) ja selektiivisen koodauksen (selective coding). Menetelmää kutsutaan jatkuvan vertailun menetelmäksi (continuing comparison analysis), koska siinä verrataan teoreettisia muistiinpanoja (theoretical coding), koodauksen eri vaiheissa muodostuneita substantiivisia koodeja, kategorioita sekä niiden ominaisuuksia toisiinsa sekä etsitään niiden yhtäläisyyksiä ja eroavuuksia. Yhteys aineistoon säilytetään vertaamalla teoreettisia muistiinpanoja, koodeja ja kehittyviä kategorioita alkuperäisaineistoon. (Strauss 1987, Strauss & Corbin 1990, 1998). Vertailujen tekeminen kuuluu jokaiseen koodausvaiheeseen. Koodauksessa edetään aineistosta asteittain abstraktimmalle tasolle. Tämä auttaa tutkijaa järjestämään ja tiivistämään aineistoa hänen muodostaessaan kategorioita. Kategoriat erotetaan toisistaan vertailemalla keskenään niiden tiettyjä ominaisuuksia (Strauss & Corbin 1998). Tässä tutkimuksessa vertaillaan hoitotyön näkemystä kuvaavia ja hoitotyön näkemukseen yhteydessä olevien tekijöiden ominaisuuksia ja niiden suhdetta toisiinsa.

Avoimen koodauksen tarkoitus on tuottaa vapaasti uusia luokituksia sekä identifioida niiden ominaisuuksia ja ulottuvuuksia. Ilmiötä koodatessa on tärkeää kiinnittää huomio koko ajan toiminnan kontekstiin, toimijoiden väliseen vuorovaikutukseen, sen muotoihin ja niiden ehtoihin sekä niiden välisiin yhteyksiin ja toiminnan seurauksiin. Tämä on aineiston ensimmäinen käsitteellistämisvaihe. (Strauss & Corbin 1990, 1998.) Käsitteellistämällä Strauss ja Corbin (1998) tarkoittavat samankaltaisten asioiden ryhmittelyä luokiksi tiettyjen määrättyjen ominaisuuksien perusteella ja näiden luokkien nimeämistä. Tämä vaihe vaatii tutkijan herkkyyttä (theoretical sensitivity), jotta hän osaa esittää kysymyksiä, joiden avulla pääsee syvemmälle aineistoon (Strauss & Corbin 1990, 1998, Jezewski 1995).

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa, avoimessa koodauksessa, aineisto pilkottiin merkityksiä sisältäviksi lausumiksi eli empiirisiksi koodeiksi. Empiirinen koodi oli joko yksittäinen lause tai useamman lauseen kokonaisuus. Empiiristen koodien ominaisuuksia ja ulottuvuuksia tarkastelemalla muodostettiin substantiivisia koodeja. Substantiivisella koodilla tarkoitetaan nimen antamista tietylle asialle. Substantiiviset koodit siis kuvaavat empiiristä ilmiötä. Aineistosta muodostettiin substantiivisia koodeja kyselemällä, mitä toiminnassa tapahtuu, missä tilanteessa toiminta tapahtuu, mitä kuvataan, kuka/ketkä toimii, mitä toiminta merkitsee toimijoille ja mitä toiminnasta seuraa. (Strauss & Corbin 1990).

Esimerkki empiirisestä koodista, jossa eräs opiskelija kuvasi hoitotyön toimintaansa seuraavasti: ”*Syötin ja pesin potilaat, koska potilaat oli huonokuntoisia eli tein potilaan puolesta toiminnot päivittäisissä perustoinnoissa.*” Tällöin avoimessa koodauksessa empiiriselle koodille annettiin substantiivinen koodi *syöttäminen, peseminen* (liite 8/1). Tilanteessa, jossa kuvattiin hoitotyön toimintaan yhteydessä olevia tekijöitä, opiskelija

kuvasi hoitotyön toimintansa perustuvan osaston toimintamalliin. Hän kuvasi toimintaansa ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä seuraavasti: ”*Osastolla oli sellainen tapa, että kymmeneen mennessä potilaat tuli saada pestyä ja syötettyä, joten tein niin, kuin siellä oli tapana, jotta hommat hoituu. Eikä siellä osastolla voinut tehdä toisin, kuin oli tapana tehdä.*” Tällöin avoimessa koodauksessa hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevalle empiiriselle koodille annettiin substantiivinen koodi *osaston toimintatapa*. Näin avoimen koodauksen ja teoreettisten muistiinpanojen avulla aineistosta voitiin erottaa erilaisia hoitotyön toimintaa kuvaavia substantiivisia koodeja sekä hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevia tekijöitä kuvaavia substantiivisia koodeja. (Liitteessä 7 esimerkkejä aineiston analyysistä, jossa kuvataan empiirisiä ja substantiivisia koodeja sekä alakategorioita).

Avoimessa koodauksessa hoitotyön toimintaa kuvaavat substantiiviset koodit ja hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevia tekijöitä kuvaavat substantiiviset koodit listattiin peräkkäin. Substantiivisia koodeja vertailtiin keskenään ja samaan asiaan liittyvät koodit ryhmiteltiin alakategorioiksi siten, että koodeista etsittiin hoitotyön toimintaa kuvaavia käsitteitä sekä hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevia tekijöitä kuvaavia käsitteitä. Tässä vertailussa käsitteet ryhmiteltiin niitä kuvaavien yhtäläisyyksien ja eroavuuksien mukaan kategorioihin. Hoitotyön toimintaa kuvaavat alakategoriat nimettiin substantiivisia koodeja kuvaavilla käsitteillä, kuten puolesta tekeminen, avustaminen, pakottaminen, houkuttelu, varmistaminen, aktivointi (liitteessä 8 alakategoriat ja niitä kuvaavat substantiiviset koodit).

Vertailemalla edelleen alakategorioita ja niiden välisiä suhteita muodostettiin hoitotyön toimintaa kuvaavista alakategorioista pääkategoriat *auttaminen, ohjaus ja tukeminen sekä yhteistoiminta* (liitteessä 9 kuvataan pääkategoriat, alakategoriat ja niitä kuvaavat substantiiviset koodit). Taulukossa 2 esimerkki auttamista kuvaavan pääkategorian muodostamisesta. Ohjausta ja tukemista sekä yhteistoimintaa kuvaavien pääkategorioiden muodostaminen esitetään liitteessä 9.

Taulukko 2. Esimerkki auttamista kuvaavan pääkategorian muodostamisesta.

Empiirinen koodi	Substantiivinen koodi	Alakategoria	Pääkategoria
*Pesin, puin ja syötin potilaat, koska osastolla potilaat oli huonokuntoisia. Joten tein potilaan puolesta päivittäisissä perustoiminnoissa.	*Peseminen *Pukeminen *Syöttäminen	*Puolesta tekeminen	*Auttaminen
*Avustin potilasta pesuissa ja pukeutumisessa eli niissä toiminnoissa, joihin hän ei itse kyennyt. Se oli sitä osaston rutiinia.	*Avustaminen pesuissa	*Avustaminen	

Hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevia tekijöitä kuvaavia substantiivisia koodeja yhdistelemällä voitiin muodostaa niitä kuvaavia alakategorioita (hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevia tekijöitä kuvaavat empiiriset koodit liitteessä 7). Alakategoriat nimettiin substantiivisia koodeja yhdistävillä käsitteillä osaston säännöt ja normit, hoitotyön tietoperusta ja oma sisäinen näkemys hoitotyöstä sekä yhteisymmärrys hoitotyön tavoit-

teesta (vrt. Strauss & Corbin 1990,1998, Jezewski 1995) (liite 10). Alakategorioista osaston säännöt ja normit, hoitotyön tietoperusta ja oma sisäinen näkemys hoitotyöstä sekä yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta voitiin edelleen vertailla jatkamalla muodostaa pääkategoria *hoitotyötä ohjaavat tekijät* (liitteessä 10 kuvataan hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat pääkategoria, alakategoria ja niitä kuvaavat substantiiviset koodit). Taulukossa 3 esimerkki hoitotyötä ohjaavan pääkategorian muodostamisesta.

Taulukko 3. Esimerkki hoitotyötä ohjaavan pääkategorian muodostamisesta.

Empiirinen koodi	Substantiivinen koodi	Alakategoria	Pääkategoria
*Osastolla oli sellainen tapa, että kymmeneen mennessä potilaat piti saada pestyä ja syötettyä, joten niin kuin siellä oli tapana tehdä, jotta hommat hoituu.	*Osaston toimintatapa	*Osaston säännöt ja normit	*Hoitotyötä ohjaavat tekijät
*Syötin ja pesin potilaat niin kuin osastolla tehtiin. Minun työtäni ohjasi täydellisesti osaston toimintamalli ja hoitajien antamat ohjeet. Potilaan tarpeiden tyydyttäminen lähti siitä, että kaikille tehtiin samalla tavalla. Ei siellä voinut tehdä kuin mitkä oli osaston ohjeet. Ne oli niitä osaston rutiineja, jotka ohjasi hoitotyötä.	*Osaston toimintamalli *Hoitajien toimintamalli *Osaston rutiinit	*Osaston säännöt ja normit	
*Hoitotyössä toteutin, niitä koulussa opittuja tietoja ja taitoja, jotka liittyivät potilaan perushoittoon liittyvään ohjaukseen. Hoitotyön perusteet oli hyvä kurssi.	*Koulusta saatu tieto	*Hoitotyön tietoperusta	
*Potilaalla oli paha olla. Istuin ja rauhoittelin potilasta keskustelemalla. Minä vaistosin, että hän tunsu olonsa turvalliseksi ja niin hän sanoikin jälkeen päin.	*Vaisto	*Oma sisäinen näkemys hoitotyöstä	
*Potilas oli tasa-arvoinen päätöksentekijä, koska oli omatoiminen. Tuin häntä päätöksenteossa ja annoin päättää itse. Silloin kun potilas pystyy itse päättämään, niin vastuu päätöksenteossa on myös potilaalla. Tietenkin olen omalta osaltani vastuussa, mutta en niin paljon kuin autettavan potilaan kohdalla.	*Yhteistyö päätöksenteossa	*Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta	

Edelleen jatkamalla hoitotyön toimintaa kuvaavien kategorioiden yhdistämistä muodostettiin pääkategorioita yhdistävät kategoriat. Pääkategorioista auttamisen, ohjaus ja tukeminen sekä yhteistoiminta muodostettiin yhdistävä kategoria *auttamismenetelmät*. Hoitotyön näkemystä ohjaavasta kategoriasta muodostettiin yhdistävä kategoria *auttamismenetelmien yhteydessä olevat tekijät*. Kategorioiden muodostamista kuvaavat esimerkit esitellään tulosten yhteydessä sekä taulukossa 6 analyysin perusteella muodostetut käsitteet. Taulukossa 4 esitetään auttamismenetelmiä kuvaava yhdistävä kategoria ja siihen yhteydessä olevat pää- ja alakategoriat.

Taulukko 4. Esimerkki yhdistävän kategorian muodostamisesta.

Alakategoria	Pääkategoria	Yhdistävä kategoria
*Puolesta tekeminen	*Auttaminen	*Auttamisenetelmät
*Avustaminen		
*Pakottaminen		
*Houkuttelu		
*Varmistaminen		
*Aktivointi		
*Kontaktien ylläpitäminen	*Ohjaus ja tukeminen	
*Virikkeistä huolehtiminen		
*Aikaan ja paikkaan orientoiminen		
*Ajan antaminen		
*Turvallisuudesta huolehtiminen		
*Toivomusten ja odotusten huomioon ottaminen	*Yhteistoiminta	
*Tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen		
*Yksityisyyden kunnioittaminen		

Kategorioita muodostettaessa alkoivat hahmottua myös niiden keskinäiset suhteet. Tässä vaiheessa pyrittiin löytämään avoimessa koodauksessa muodostuneiden käsitteiden ja kategorioiden välisiä yhteyksiä, samanaikaisuutta, rajoituksia, ehtoja ja seurauksia. Tällöin pyrittiin myös määrittelemään hoitotyön toimintaa kuvaavien ja hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevien kategorioiden välisiä suhteita. (Strauss & Corbin 1990, Isola 1998.) Tätä vaihetta kutsutaan aksiaaliseksi koodaukseksi. Aksiaalisessa koodauksessa on kyse kategorian ominaisuuksien ja ulottuvuuksien tarkastelusta sekä tutkittavaan ilmiöön liittyvien ehtojen, toimintojen ja vuorovaikutuksen sekä niiden seurausten identifioimisesta. Samoin on kyse jonkin käsitteen määrittelemisestä suhteessa sen alakategoriaan ja alakategorioiden keskinäisten suhteiden määrittelemisestä. Myös pääkategoriat määritellään suhteessa toisiinsa. Ilmiön ymmärtämiseksi on ymmärrettävä siihen liittyvien prosessien ja rakenteiden luonne, eikä niitä voi erottaa toisistaan. (Strauss & Corbin 1990, 1998) (liite 11 kategorioiden väliset suhteet).

Hoitotyön näkemystä kuvaavia kategorioita tarkasteltiin aksiaalisella koodauksella, joka tarkoittaa kategorioiden systemaattista vertailua toisiinsa. Tarkasteltiin sitä, missä yhteydessä kategoriat ilmenivät, millä ehdoilla toiminta toteutui, ilmenikö asia toisen asian kanssa samanaikaisesti ja mitä toiminnasta seurasi. Tarkastelussa kiinnitettiin huomio tutkittavan ilmiön (phenomenon) suhteeseen, toiminnan edellytyksiin (causal conditions), toimintaan samanaikaisesti vaikuttaviin olosuhteisiin eli väliin tuleviin muuttujiin (intervening conditions) ja muihin toimintaan vaikuttaviin tekijöihin, kuten toimintaan (action) tai toimijan rooliin (role) sekä seurauksiin (consequence). (Glaser 1978, Chenitz & Swanson 1986, Strauss & Corbin 1990, 1998, Backman & Kynäs 1998.) Tämä koodausparadigma yhdistää syy-seurausmallin ja mallin tai käsitejärjestelmän, joka kuvailee ilmiöön vaikuttavia tekijöitä (Glaser 1978, Strauss & Corbin 1990, 1998).

Hoitotyön toimintaa kuvaavista kategorioista ja hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevista alakategorioista oli tunnistettavissa yhteys hoitotyön päätöksentekoon, vastuuseen ja opiskelijan rooliin hoitotyössä. Esimerkiksi kategoria *yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta* kuvasi yhteistä päätöksentekoa ja vastuuta hoitotyön toiminnoissa opiskeli-

jan ja potilaan roolin ollessa tasavertainen hoitosuhteessa (Liitteessä 7 kuvataan päätöksentekoon ja vastuuseen liittyvien käsitteiden yhteyttä hoitotyön hoitotyötä ohjaaviin tekijöihin. Taulukossa 6 esitetään päätöksentekoon, vastuuseen ja rooliin liittyvien käsitteiden yhteys hoitotyön näkemystä ohjaaviin tekijöihin). Esimerkki opiskelijan kuvaksesta, joka liittyy alakategoriaan yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta sisältäen yhteisen päätöksenteon, yhteisvastuun sekä tasavertaisen roolin potilas-opiskelija-hoitosuhteessa. ”*Kun suunniteltiin päivän ohjelmaa, annoin potilaalle vaihtoehtoja ratkaistavaksi omaa hoitoaan liittyvissä toiminnoissa. Hoitaminen ei lähtenyt yksistään minusta, keskustelin ja kyselin potilaan toiveita, jotta hän luottaisi minuun. Näin myös vastuu hoidosta on potilaalla, silloin kun hän on halukas tekemään päätöksiä ja ottamaan vastuuta.*” (opisk. 8)

Hoitotyön päätöksenteon, vastuun ja opiskelijan roolin yhteyttä auttamiseen, ohjaukseen ja tukemiseen sekä osaston sääntöihin ja normeihin, hoitotyön tietoperustaan ja omaan sisäiseen näkemyksen hoitotyöstä sekä yhteisymmärrykseen hoitotyön tavoitteissa kuvataan tarkemmin empiirisissä ja substantiivisissa koodeissa liitteessä 7 ja 10 sekä tulosten esittelyn yhteydessä. Taulukossa 5 esitetään koodausparadigma hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevista tekijöistä.

Taulukko 5. Koodausparadigma hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevista tekijöistä.

Hoitotyön auttamismenetelmät (Phenomenon)	Toiminnan edellytykset (Causal conditions)	Samanaikaisesti vaikuttavat olosuhteet (Intervening conditions)	Muut vaikuttavat tekijät, toiminta / toimijan rooli (Action/role)	Toiminnan seuraus (Consequence)
Auttaminen	Hoitotyötä ohjaavat osaston säännöt ja normit	Hierarkkinen vastuu ja autoritääriinen päätöksenteko	Ohjeiden ja normin mukainen toimija	Normatiivinen
Ohjaus ja tukeminen	Hoitotyötä ohjaavat tietoperusta ja oma näkemys hoitotyöstä	Asiantuntija-vastuu ja systemaattinen päätöksenteko	Itsenäinen ja aktiivinen toimija	Itsenäinen
Yhteistoiminta	Hoitotyötä ohjaavat yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta	Yhteisvastuu ja yhteinen toimija päätöksenteko	Tasa-arvoinen ja vastuullinen toimija	Yhteistoiminnallinen

Tässä koodausparadigmassa hoitotyön toiminta kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Toiminnan edellytykset muodostavat rakenteiden, tilanteiden ja olosuhteiden kokonaisuuden, jossa tutkittavat ilmiöt ovat. Edellytykset muodostuvat kysymyksistä miksi, missä, miten ja milloin. Tässä tutkimuksessa vastataan kysymykseen, miten opiskelija toimi hoitotyössä ja miksi hän toimi hoitotyössä siten kuin toimi. Toimintaan samanaikaisesti vaikuttavat olosuhteet eli väliin tulevat ehdot toteutuvat tietyissä olosuhteissa, jotka ohjaavat toimintoja ja vaikuttavat toiminnan seurauksiin. Toimintaan vaikuttavat muut tekijät vastaavat kysymykseen, kuka toimii ja miten toimii. Toimintaan vaikuttavat muut tekijät ovat yksilöiden tai ryhmien toimintoja tai reaktioita asioihin, ongelmiin ja tapahtumiin. Tässä tutkimuksessa vastataan kysymykseen millä tavoin opiskelija toimi, mikä on opiskelijan rooli hoitotyössä. Seuraukset muodostuvat toimintojen ja vuorovaikutuksen tuloksena,

joka antaa vastauksen kysymyksiin, mitä tapahtuu toiminnan ja vuorovaikutuksen seurauksena. Tässä työssä toiminnan seurauksena on suhde hoitotyöhön, joka ilmenee normatiivisena, itsenäisenä tai yhteistoiminnallisena. Kontekstia kuvaa hoitotyön käytännön harjoittelupaikka, joka on yhteydessä kaikkiin muihin tekijöihin. (vrt. Strauss & Corbin 1990, 1998.)

Kategorioiden yhteyksiä ja niiden välisiä suhteita tarkasteltaessa alkoi hahmottua hoitotyön näkemystä kuvaava perusprosessi eli ydinkategoria. Grounded theory -menetelmää käytettäessä keskeinen tavoite on ydinkategorian löytäminen, jonka jälkeen aineistosta voidaan muodostaa käsitteellisiä rakenteita tai hypoteeseja. Teorian muodostamisessa täyttyy osoittaa, kuinka ydinkategoria on yhteydessä muihin kategorioihin. (Strauss & Corbin 1990, 1998.) Tässä vaiheessa tutkijalla on edellisten vaiheiden pohjalta kehitetyjä kategorioita ja muistiinpanoja. Niistä valitaan tutkimuskysymysten kannalta oleellinen ja keskeinen ydinkategoria, jonka ympärille teoreettinen kuvaus tai käsitejärjestelmä rakentuu. Tarkoituksena on koota yhteen tutkittavaa ilmiötä koskevat keskeiset käsitteet ydinkategoriaksi. Muut kategoriat, joita on avoimella koodauksella nostettu esiin aineistosta ja aksiaalilla koodauksella suhteutettu toisiinsa, alistetaan tälle ydinkategorialle, jonka kautta käsitteet jäsennetään teoriaksi tai käsitejärjestelmäksi. Tätä koodausvaihetta kutsutaan selektiiviseksi koodaukseksi. (Strauss & Corbin 1998.)

Selektiivisessä koodauksessa muistiinpanojen ja koodausten yhteistuloksena tunnistettiin ja määriteltiin sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön toimintaa kuvaavia kategorioita ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Näistä muodostettiin ydinkategoria eli perusprosessi, joka oli yhteydessä kaikkiin luokkiin. Tämän aineiston ydinkategorian mukaan *hoitotyön näkemys muotoutuu auttamismenetelmistä ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä*. Hoitotyön näkemystä kuvaavat auttamismenetelmät muotoutuivat kolmesta pääkategorista, jotka ovat *auttaminen, ohjaus ja tukeminen sekä yhteistoiminta*. Nämä pääkategoriat sisälsivät 14 alakategoriaa (liite 9). Hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät muotoutuivat pääkategorista *hoitotyötä ohjaavat tekijät*. Hoitotyötä ohjaavat tekijät sisälsivät neljä alakategoriaa, osaston säännöt ja normit, hoitotyön tietoperusta ja oma sisäinen näkemys hoitotyöstä sekä yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta (liite 10). Näiden perusteella voitiin tunnistaa kolme erilaista hoitotyön toiminnan muotoa sen mukaan, mikä oli opiskelijan suhde hoitotyöhön. Niitä Strauss ja Corbin (1990, 1998) kuvaavat tyypeiksi. Nämä nimettiin normatiiviseksi, itsenäiseksi ja yhteistoiminnalliseksi hoitotyön toiminnan muodoksi eli tyypiksi. Tulosten yhteydessä kuvataan normatiivisen, itsenäisen ja yhteistoiminnallisen hoitotyön sisällöt.

4.3.2 Deduktiivinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti sekä järjestellä, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti, jolloin analyysiä ohjaa aikaisempaan teoriaan tai tutkimukseen perustuva luokitusrunko. (Dey 1993, Sandelowski 1993, 1995, Burnard 1996, Field & Morse 1996, Eskola & Suoranta 1998, Kyngäs & Vanhanen 1999.) Sekä induktiivisen että deduktiivisen sisällönanalyysin

ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Analyysiyksikön valintaa ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikkö voi olla lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Dey 1993, Eskola & Suoranta 1998, Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Deduktiivista sisällönanalyysia käytetään usein tutkimuksissa, joissa halutaan testata jo olemassa olevaa tietoa uudessa kontekstissa (Catanzaro 1988). Tässä tutkimuksessa deduktiivista sisällönanalyysia käytettiin kaikissa kolmessa aineiston analyysivaiheessa, koulutuksen alkuvaiheessa, puolessavälissä ja koulutuksen loppuvaiheessa. Aineiston analyysin ensimmäisessä vaiheessa tuotettiin Grounded theory -menetelmän jatkuvan vertailun analyysin avulla empiiriseen aineistoon perustuva malli opiskelijoiden hoitotyön näkemystä kuvaavista auttamismenetelmistä ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä. (taulukko 5). Aineiston analyysia jatkettiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Tätä tarkoitusta varten laadittiin analyysirunko jatkuvan vertailun analyysillä tuotetun mallin pohjalta (liite 12, analyysirunko). Analyysirunkoon muodostettiin auttamismenetelmiä kuvaavista alakategorioista luokat ja aineisto luokiteltiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Lisäksi aineisto kvantifioitiin auttamismenetelmien osalta (liitessä 13 esimerkki aineiston kvantifioinnista) (vrt. Catanzaro 1988, Polit & Hungler 1999.)

Koulutuksen puolessavälissä kerätty toinen aineisto ja koulutuksen loppuvaiheessa kerätty kolmas aineisto analysoitiin samalla tavalla deduktiivisella sisällönanalyysillä luokitusrunkoa apuna käyttäen ja aineistot kvantifioitiin auttamismenetelmien osalta. Näin hoitotyön näkemyksen muotoutumista voitiin seurata opiskelijoiden näkökulmasta. He kuvasivat auttamismenetelmiä koulutuksen eri vaiheissa ja eri konteksteissa. Kvantitatiivisessa muodossa olevista tuloksista voitiin vertailla, miten auttamismenetelmät muotoutuivat koulutuksen alkuvaiheesta koulutuksen loppuvaiheeseen saakka. Lisäksi voitiin tarkastella, mitkä auttamismenetelmät korostuivat käytännön harjoittelun eri vaiheissa.

Deduktiivinen sisällönanalyysi voi tapahtua siten, että aineistosta poimitaan vain ne käsitteet, jotka kuuluvat luokitusrunkoon, tai siitä voidaan poimia myös käsitteet, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä, mutta eivät kuulu luokitusrunkoon. Luokitusrunon ulkopuolelle jäävistä käsitteistä voidaan muodostaa myös uusia kategorioita. (Catanzaro 1988, Dey 1993, Sandelowski 1993, 1995, Burnard 1996.) Tässä tutkimuksessa otettiin mukaan myös luokitusrunon ulkopuolelle jääneet lausumat, jotka kuvasivat hoitotyön auttamismenetelmiä ja niistä muodostettiin uusia kategorioita. (Sarajärvi 1998.) Analyysiyksikkö voi olla sana, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus (Burns & Grove 1997, Polit & Hungler 1999). Analyysiyksiköksi valittiin yksi lausuma, joka kuvasi tutkittavaa ilmiötä. Seuraavaksi luokittelussa substantiivisia koodeja kuvaavat lausumat luokiteltiin ja listattiin hoitotyön auttamista, ohjausta ja tukemista sekä yhteistoimintaa kuvaaviin alakategorioihin ja edelleen pääkategorioihin. Luokittelu tapahtui manuaalisesti kaikissa kolmessa vaiheessa. (vrt. Catanzaro 1988, Polit & Hungler 1999.) Jokainen essee ja haastattelu analysoitiin samanaikaisesti kunkin opiskelijan osalta.

Aineisto- ja teorialähtöistä analyysia voidaan jatkaa kategorioiden muodostamisen jälkeen kvantifioimalla aineisto. Tällöin lasketaan kuinka monta kertaa tutkittava asia tai ilmiö esiintyy tutkittavien kuvauksissa. (Catanzaro 1988, Burns & Grove 1997.) Tässä tutkimuksessa aineisto kvantifioitiin siten, että jokaisen opiskelijan hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavat lausumat listattiin substantiivisista koodeista analyysirunkoon. Luokittelussa auttamismenetelmiä kuvaavat lausumat listattiin substantiivisin koodein alakategorioihin siten, että yhden opiskelijan osalta samaa asiaa kuvaavaa substantiivista koodia ei listattu kahta kertaa. Jos opiskelija kuvasi esimerkiksi puolesta tekemistä usealla

substantiivisella koodilla, kuten syöttämisellä, pesemisellä, pukemisella, nämä koodattiin yhden opiskelijan kohdalla. Jos opiskelija ilmaisi esimerkiksi pesemisen kaksi kertaa, sitä ei koodattu toista kertaa (liitteessä 13 esimerkki aineiston kvantifioinnista). Aineistosta laskettiin opiskelijoiden hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavien toimintojen frekvenssit. Näin voitiin esittää aineistosta auttamismenetelmiä kuvaavat hoitotyön toiminnot määrällisesti koulutuksen alkuvaiheessa, puolessavälissä ja koulutuksen loppuvaiheessa sekä vertailla niiden muuttumista koulutuksen eri vaiheissa. (vrt. Catanzaro 1988, Bruns & Grove 1997, Polit & Hungler 1999.) Tuloksissa esitetään auttamismenetelmiä kuvaavat lausumat prosentteina ja frekvensseinä.

Kvalitatiivisen aineiston kvantifioinnista on olemassa näkemyseroja. Esimerkiksi Patton (1990), Bruns ja Grove (1997) sekä Polit ja Hungler (1999) eivät näe ristiriitaa laadullisin menetelmin analysoidun aineiston jatkamisessa siten, että analysointia jatketaan kvantifioimalla aineisto. Päinvastoin kvantifioinnin voidaan nähdä tuovan erilaisen näkökulman laadullisen aineiston tulkintaan. (Patton 1990, Bruns & Grove 1997.) Ongelmana lienee se, että laadulliset aineistot ovat usein niin pieniä, että niiden kvantifiointi ei välttämättä tuo lisätietoa tai erilaista näkökulmaa tutkimustuloksiin. Tässä tutkimuksessa tutkittavien määrä oli pieni, mutta tutkittavaa ilmiötä kuvaavia lausumia oli runsaasti (1144), joka mahdollisti aineiston kvantifioinnin.

Luokittelun tuloksena hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavia lausumia kertyi kaikkiaan 1144. Näistä aineiston ensimmäisessä listauksessa lausumien määrä oli 425, toisessa 347 ja kolmannessa 372 (liitteessä 14 lausumat prosentteina ja frekvensseinä alakategorioittain ja liitteessä 15 lausumat prosentteina pääkategorioittain). Lausumat olivat joko kokonaisia lauseita tai sanontoja, joista voitiin tunnistaa hoitotyön näkemystä kuvaavia käsitteitä. (Dey 1993, Cavanagh 1997.) Tutkija toteutti itse luokittelun kaikissa vaiheissa. Luokittelun luotettavuuden lisäämiseksi yksi ulkopuolinen henkilö luokitteli ensimmäisestä aineistosta auttamista, ohjausta ja tukemista sekä yhteistoimintaa kuvaavat lausumat toiseen kertaan. Toisen vaiheen aineisto luokiteltiin auttamista ja yhteistoimintaa kuvaavien lausumien osalta täydellisesti. Näin voitiin tarkistaa luokittelun yksimielisyyttä. Luokittelu tapahtui sitten, että lausumat luokiteltiin kategorioihin uudelleen ja verrattiin ensimmäiseen luokitteluun liittyvien kategorioiden sisältöä. Lisäksi toinen luokittelija tarkasteli tutkijan tekemää luokittelua sen eri vaiheissa. Luokittelusta laskettiin yksimielisyysprosentti, joka ilmaisee luokittelun reliabiliteetin (Polit & Hungler 1999). Tässä aineistossa ensimmäisen vaiheen aineiston luokituksen yksimielisyysarvo, joka tarkistettiin kesäkuussa 1999 oli 92 % ja toisen vaiheen aineiston luokituksen yksimielisyysarvo, jonka tarkistus suoritettiin kesä–heinäkuun aikana 2000 oli 95 %. Koko aineiston luokittelu tarkistettiin vielä kevään 2001 aikana.

4.4 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimuksen eettiset kysymykset ovat tärkeitä niissä tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa, kuten hoitotieteessä (Vehviläinen-Julkunen 1998). Laadullisen tutkimuksen eettisiä näkökohtia ovat ennen kaikkea luottamuksellisuuden ja anonymiteetin säilyttäminen sekä tutkittavien oikeus tietää tutkimuksen tarkoituksesta, päämäärästä ja tulosten julkaisemisesta (Munhall 1988, Eskola 1992, Holloway & Wheeler 1995, Vehviläinen-Julkunen 1998.) Lisäksi on tärkeää, ettei tutkittavia vahingoiteta millään tavalla (Leino-Kilpi & Tuomaala 1988, Ford & Reutter 1990, Redshaw *et al.* 1996). Tutkittavat eivät välttämättä aina hyödy tutkimuksesta, mutta tutkimus voi vahvistaa heidän tietoisuuttaan tutkittavasta asiasta (Ford & Reutter 1990). Tässä tutkimuksessa opiskelijat kuvasivat haastattelutilanteiden syventävän heidän ajatteluaan hoitotyöstä, koska he joutuivat miettimään ja perustelevaan omaa toimintaansa hoitotyössä.

Tutkimukselle pyydettiin kirjallinen lupa sen oppilaitoksen rehtorilta, josta tutkimusaineisto kerättiin. Opiskelijoihin otettiin yhteyttä ennen heidän lähtöään käytännön harjoitteluun ja esitettiin tutkimuksen tarkoitus, aineiston keruumenetelmät sekä kysyttiin halukkuutta tutkimukseen. Heille selostettiin nauhurin käyttö haastatteluissa, jotta tiedot pysyisivät mahdollisimman oikeudenmukaisina, ja kerrottiin myös, että nauhat ovat haluttaessa heidän itsensä kuunneltavissa. Lisäksi opiskelijoille selvitettiin, että aineiston käsittely tapahtuu luottamuksellisesti ja että heidän henkilöllisyytensä ei tule ilmi missään vaiheessa. Opiskelijoille informoitiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja halutessaan he voivat jäädä pois kesken tutkimuksen. Kaikki opiskelijat suostuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen. Sovittiin myös, että tutkimustulokset tuodaan heidän nähtäväkseen tutkimuksen eri vaiheissa, jotta he voivat tarkastella, ovatko tiedot heidän mielestään oikeudenmukaisia. (Holloway & Wheeler 1995, Kylmä *et al.* 1999.) Haastattelujen aikana opiskelijoilta kysyttiin lupaa ottaa heihin uudelleen yhteyttä, jos aineistossa ilmenee jotakin epäselvyyttä. Kaikki opiskelijat antoivat luvan myöhempään yhteydenottoon.

Laadullisen tutkimuksen eettinen kysymys on tutkijan ja tutkittavien suhde (Fowler 1988). Tämän tutkimuksessa aineisto kerättiin oppilaitoksesta, jossa tutkija toimi opettajana suurimman osan aineistonkeruujasta. Tutkija opetti tutkittaville yhden hoitotyön peruskurssin koulutuksen alkuvaiheessa sekä ammatti- ja syventävien opintojen aikana osan tutkimuskursseista. Tämä tilanne voi ehkä vaikuttaa siihen, että opiskelijoista kukaan ei kieltäytynyt tutkimuksesta. Lisäksi tämä voisi vaikuttaa siihen, että opiskelijat eivät uskaltaneet tuoda näkemyksiään esille siten, kuin he todellisuudessa ajattelevat. Kuitenkin opiskelijat olivat hyvin avoimia ja toivat näkemyksiään hoitotyöstä kriittisesti esille. Opiskelijat kokivat tutkimukseen osallistumisensa kiinnostavana. Kiinnostusta tutkimukseen osoitti opiskelijoiden halu nähdä tuloksia analyysin eri vaiheissa. Lisäksi kiinnostusta osoittaa myös se, että he jakoivat olla mukana koko koulutuksen ajan lukuun ottamatta niitä, jotka vaihtoivat oppilaitosta tutkimuksen aikana.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa, jossa tutkitaan ihmistä tietoisena ja toimivana subjektina, eettisenä ongelmana voivat olla tutkimusprosessin eri vaiheissa tehdyt ratkaisut, etenkin analyysin suorittamiseen liittyvät ratkaisut. Tutkija on vastuussa uuden tiedon tuottamisesta tutkimusprosessin eri vaiheissa (Ford & Reutter 1990, Holloway & Wheeler 1995). Tässä tutkimuksessa on pyritty kaikissa vaiheissa raportoimaan tulokset avoimesti ja rehellisesti, jotta lukijalla olisi mahdollisuus arvioida tutkimuksen eettisiä ratkaisuja.

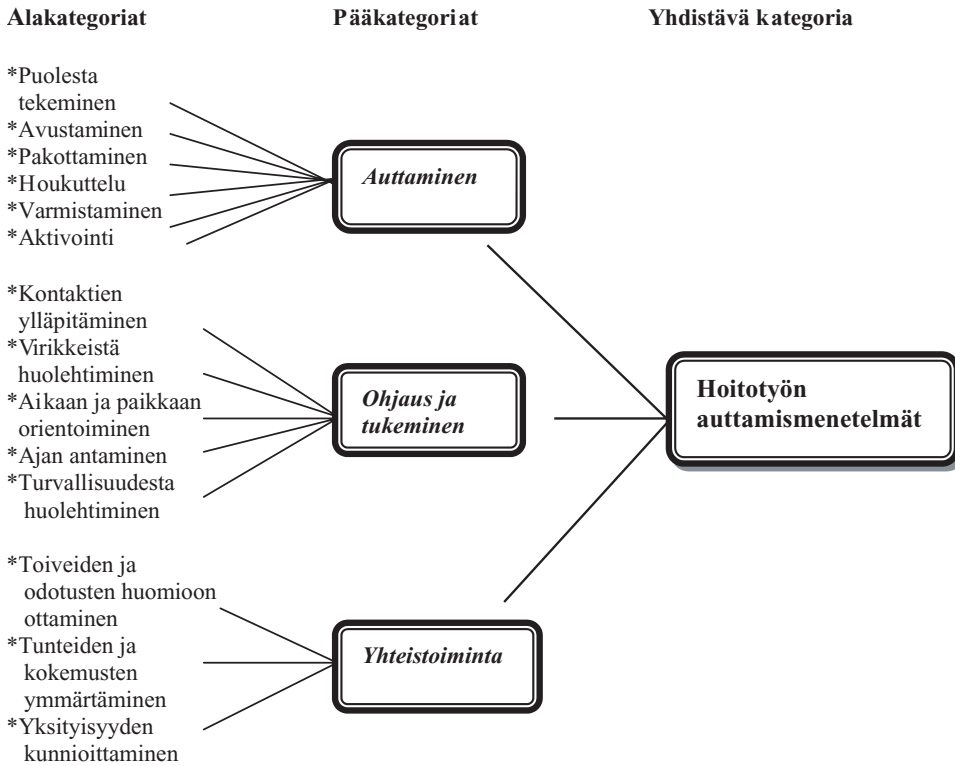
5 Tutkimustulokset

Tulokset esitetään siten, että aluksi kuvataan sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät koulutuksen alkuvaiheessa. Hoitotyön näkemyksen muotoutumista kuvataan opiskelijoiden kuvaamien hoitotyön auttamismenetelmien ja niihin yhteydessä olevien tekijöiden kautta. Opiskelijat kuvasivat hoitotyötään oman toiminnan ja hoitotyötä ohjaavien tekijöiden kautta. Seuraavaksi vertaillaan hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevien kategorioiden välisiä yhteyksiä ja esitetään hoitotyön näkemyksen muotoutuminen koulutuksen edetessä. Lopuksi esitetään kvantitatiivinen vertailu hoitotyön auttamismenetelmistä koulutuksen eri vaiheissa ja esitetään hoitotyön näkemyksen muotoutumista kuvaileva malli.

5.1 Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemys koulutuksen alkuvaiheessa

Opiskelijoiden hoitotyön näkemys muotoutui *auttamismenetelmistä ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä*. Hoitotyön auttamismenetelmät sisälsivät *auttamisen, ohjauksen ja tukemisen sekä yhteistoiminnan*, joilla tuettiin potilasta päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät liittyivät *hoitotyötä ohjaaviin tekijöihin*. Hoitotyötä ohjaavat tekijät sisälsivät osaston säännöt ja normit, hoitotyön tietoperustan ja opiskelijan oman sisäisen näkemyksen hoitotyöstä sekä yhteisymmärryksen hoitotyön tavoitteesta.

Hoitotyön näkemystä kuvaavat auttamismenetelmät sisälsivät kolme pääkategoriaa, jotka olivat auttaminen, ohjaus ja tukeminen sekä yhteistoiminta. Kukin näistä kategoriasta sisälsi useita alakategorioita (liite 9). Auttamismenetelmiä kuvaavat kategoriat muotoutuivat sen mukaan, miten opiskelija toimi hoitotyössä, mihin hoitotyö kohdistui, miten potilas osallistui oman hoitoonsa ja mitkä tekijät vaikuttivat opiskelijan hoitotyön auttamismenetelmien valintaan. Kuviossa 3 esitetään hoitotyön näkemystä kuvaavat auttamismenetelmät ja niihin yhteydessä olevat pää- ja alakategoriat (kategorioiden sisältämät substantiiviset koodit esitetään liitteessä 8).



Kuvio 3. Opiskelijoiden hoitotyön näkemystä kuvaavat auttamismenetelmät koulutuksen alkuvaiheessa.

5.1.1 Auttaminen

Auttaminen hoitotyön auttamismenetelmänä kohdistui potilaan fyysisestä hyvinvoinnista huolehtimiseen päivittäisissä perustoiminnoissa. Hoitotyön näkemystä ohjasivat käytännön toiminnan tavoitteet. Tavoitteena oli potilaan selviytyminen jokapäiväisistä toiminnoista, ja hoitotyön tehtävänä oli potilaan fyysisten perustoimintojen ylläpitäminen sekä niistä huolehtiminen. Hoitotyön tehtävänä oli auttaa potilasta selviytymään päivittäisistä fyysisistä perustoiminnoista. Auttaminen sisälsi puolesta tekemisen, avustamisen, pakottamisen, houkuttelun, varmistamisen ja aktivoimisen jokapäiväisissä perustoiminnoissa. Näillä perustoiminnoilla taattiin päivittäisestä hygieniasta, pukeutumisesta, ravitsemuksesta, lääkitsemisestä ja erittämisestä huolehtiminen (liitteessä 8 auttamista kuvaavat substansiiviset koodit).

Puolesta tekemistä hoitotyön auttamismenetelmänä opiskelijat luonnehtivat käyttävänsä potilaan päivittäisistä perustoiminnoista huolehtimisessa. Tällöin opiskelija toimi potilaan puolesta auttaessaan häntä selviytymään hygieniaan, pukeutumiseen ja ruokailuun

liittyvissä toiminnoissa ottamatta huomioon potilaan omaa toimintakykyä ja omatoimisuutta. Opiskelijoiden kuvauksia potilaan puolesta tekemisestä hoitotyössä: (Opiskelijan kuvauksissa suluissa oleva numero tarkoittaa kyseisen opiskelijan koodia)

”Pesin, puin ja syötin, kuten osastolla oli tapana tehdä ja kuten hoitajatkin tekivät eli tein potilaan puolesta pesuissa, pukeutumisessa ja ruokailuissa.” (13) ”Syötin, pesin, riisuin ja puin vaatteet päälle, kuten osastolla oli tapana. Osastolla potilaat herätettiin kello seitsemän ja heidät piti ehtiä syöttää ja pestä kello kymmeneen mennessä, joten tein hoitotoiminnot potilaan puolesta, kuten siellä osastolla tehtiin.” (20)

Avustamisella tuettiin potilasta vain niissä päivittäisissä fyysisissä perustoiminnoissa, joihin potilas itse oli kykenemätön. Aktivointi omatoimisuuteen sisälsi potilaan kannustamisen osallistumaan itse mahdollisuuksiensa mukaan jokapäiväisissä perustoiminnoissa. Pakottamista hoitotyön auttamismenetelmänä opiskelijat luonnehtivat käytettävän tilanteissa, joissa potilas vietiin tuoliin sidottuna päiväsaliin istumaan hänen vastusteluistaan huolimatta. Päiväsaliin viemisen tavoitteena oli lisätä potilaan fyysistä toimintakykyä ja hyvinvointia. Tuoliin sitomisen tarkoituksena oli tapaturmien ehkäisy. Kuvaus opiskelijan esseestä, jossa opiskelija käytti pakottamista auttamismenetelmänä:

”Osastolla oli tapana, että potilas sidottiin pyörätuoliin tai geriatriiseen tuoliin ja vietiin päiväsaliin istumaan potilaan halusta riippumatta. Se oli potilaan kuntoutusta. Minusta tuntui pahalta, kun piti sitoa vyöllä tuoliin, mutta sitomisen tarkoituksena oli estää, ettei potilas pääse liikkumaan tai putoamaan. Vein potilaani päiväsaliin istumaan pesujen jälkeen, kuten osastolla oli tapana.”(5)

Houkuttelua auttamismenetelmänä opiskelijat luonnehtivat käyttävänsä potilaan syöttämiseen ja lääkitsemiseen liittyvissä toiminnoissa potilaan niistä kieltäytyessä. Lääkkeidenottoon houkuttelun tarkoituksena oli taata potilaan hyvinvointi. Lääkitsemisestä huolehtiminen ilmeni hoitotyössä myös varmistamisena. Potilaan vastustellessa lääkkeiden ottoa opiskelija varmisti potilaan lääkkeensaannin sekoittamalla lääkkeen ruokaan. Opiskelija kuvasi varmistamistaan lääkkeiden antamisessa seuraavasti:

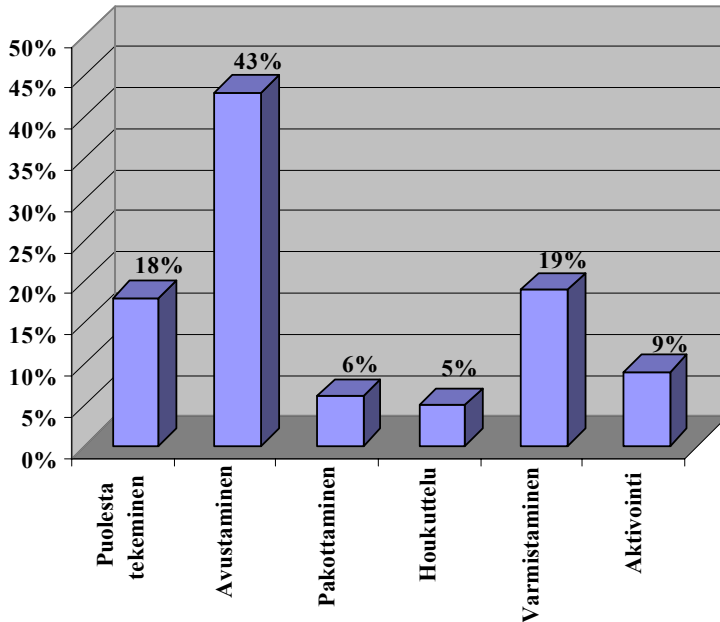
”Täytyihän ne lääkkeet saada syötettyä, kun joukossa oli psyyken lääkkeitä ja potilas ei suostunut muuten syömään, niin hoitajat käskivät sekoittaa lääkkeet ruokaan, jotta ne saataisiin syötettyä, että potilas pysyy rauhallisena” (3).

Varmistaminen ilmeni myös potilaan säännöllisinä WC:ssä käynteinä. Opiskelija vei osaston toimintatavan mukaisesti potilaan määrätyn ajoin WC:hen potilaan omista tarpeista riippumatta. Lainaus opiskelijan varmistamisesta hoitotyössä:

”Osastolla oli tapana, että potilas viedään säännöllisin ajoin wc:n jos jotakin tulisi ja jos vaikka oppisi. En suunnitellut sen kummemmin potilaan hoitoa, tein siten, kuin siellä osastolla oli tapana” (29).

Auttamiseen liittyvillä hoitotyön auttamismenetelmillä huolehdittiin pääosin potilaan selviytymisestä päivittäisistä fyysisistä perustoiminnoista osaston toimintamallin mukaisesti. Tällöin potilas oli pääosin hoidon vastaanottaja, eikä omaan hoitoonsa aktiivinen osallistuja. Kvantitatiivisesti tarkasteltuna hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavia lausumia

oli todettavissa kaikkiaan 425 koulutuksen alkuvaiheessa. Näistä auttamista kuvaavia lausumia oli 144 (34 %), ohjausta ja tukemista kuvaavia lausumia 152 (36 %) ja yhteistointia kuvaavia lausumia 129 (30 %). Hoitotyön auttamista kuvaavat lausumat jakaantuvat siten, että avustamista kuvaavia lausumia oli lähes puolet lausumista. Toiseksi eniten ilmeni varmistamista kuvaavia lausumia ja lähes saman verran puolesta tekemistä kuvaavia lausumia. Vähiten oli houkuttelua kuvaavia lausumia, toiseksi vähiten pakottamista ja kolmanneksi vähiten potilaan aktivointia kuvaavia lausumia. Kuviossa 4 esitetään auttamista kuvaavat lausumat prosentteina koulutuksen alkuvaiheessa. (Liitteessä 14 esitetään lausumat frekvenssinä ja prosentteina).



Kuvio 4. Auttamista kuvaavat lausumat koulutuksen alkuvaiheessa. N = 144 lausumaa.

5.1.2 Ohjaus ja tukeminen

Ohjaus ja tukeminen hoitotyön auttamismenetelmänä sisälsi kontaktien ylläpitämisen, virikkeistä huolehtimisen, aikaan ja paikkaan orientoimisen, ajan antamisen ja turvallisuudesta huolehtimisen (liitteessä 8 ohjausta ja tukemista kuvaavat substantiiviset koodit). Ohjaus ja tukeminen perustui hoitotyössä sosiaaliseen kanssakäymiseen ja potilaan sekä opiskelijan väliseen vuorovaikutukseen. Ohjauksen ja tukemisen tavoitteena oli sosiaalisista suhteista huolehtiminen sekä potilaan toimintakyvyn, omatoimisuuden ja itsenäisyyden lisääminen. Ohjaus ja tukeminen kohdistui sosiaalisten kontaktien ylläpitämiseen sekä virikkeistä ja turvallisuudesta huolehtimiseen. Hoitotyön tavoitetta ohjasivat opiskelijan omat näkemykset hoitotyöstä. Opiskelijat arvioivat ohjauksen tavoitteet systemaattisesti omista lähtökohdistaan. He käyttivät omaa arviointikykyään ja taitojaan kartoittaes-

saan potilaan toimintakykyä ja oppimismahdollisuuksia sekä ohjatesaan ja tukiessaan potilaita päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä. Hoitotyö perustui potilaan kokemaan hyvään oloon. Potilaan mielipiteitä kunnioitettiin, mutta vastuu ja päätöksenteko hoidosta oli opiskelijalla, eikä potilaalla. Opiskelijat ilmaisivat kykenevänsä ohjaamaan potilaita perushoitoon liittyvissä toiminnoissa omaan tietoperustaansa ja vuorovaikutustaitoihinsa tukeutuen. Opiskelijoiden näkemyksiä potilaan ohjauksesta:

”Opastin ja neuvoin potilasta hygieniaan liittyvissä toiminnoissa. Pystyn ohjaamaan potilaita perushoitoon liittyvissä asioissa.” (11) Ajattelin hoitoa potilaan näkökulmasta, suunnittelin ohjauksen sen mukaan, mikä on mielestäni potilaalle parasta. Kysyin potilaan mielipidettäkin, mitä hän haluaa, mutta toimin kuitenkin, miten minä parhaaksi näin eli päätöksenteko potilaan ohjauksesta kuuluu minulle.” (1)

Kontaktien ylläpitäminen sisälsi eritasoista keskustelua, kuuntelua, rohkaisua, kannustamista, läsnäoloa, motivointia, neuvontaa ja ohjaamista sosiaalisiin suhteisiin. Sosiaalisten kontaktien tarvetta opiskelijat luonnehtivat potilaan eristäytymisenä ja kommunikaatiovaikeuksina, jotka aiheuttivat potilaalle turvattomuutta ja rauhattomuutta. Turvattomuus ilmeni potilaan pelkona, ettei tule ymmärretyksi sosiaalisessa kanssakäymisessä. Opiskelijat pyrkivät oman näkemyksensä mukaan arvioimaan potilaan kyvyt ja oppimismahdollisuudet ohjatesaan ja tukiessaan potilasta sosiaalisiin kontakteihin ja omatoimisuuteen jokapäiväisissä perustoiminnoissa antamalla positiivista palautetta onnistumisesta. Opiskelijoiden kuvauksia sosiaalisten kontaktien ylläpitämisestä ja toimintakyvyn tukemisesta:

”Potilas oli masentunut ja sulkeutunut huoneeseensa. Hän pelkäsi pilkatuksi tulevista huonon puhekykynsä vuoksi ja oli eristäytynyt huoneeseensa. Motivoin häntä keskustelun avulla lähtemään huoneestaan ja pyrin saamaan hänet toisten seuraan päiväsaliiin, ettei hän täysin erakoidu huoneeseensa.” (5)

”Rohkaisin ja kannustin onnistumisesta liikkumisessa ja pukeutumisessa. Kannustin häntä suorittamaan henkilökohtaisia toimenpiteitä itse, jotta omatoimisuus ja itsenäisyys säilyisi. Palautteen antaminen onnistumisesta on mielestäni tärkeää oppimisessa.” (2)

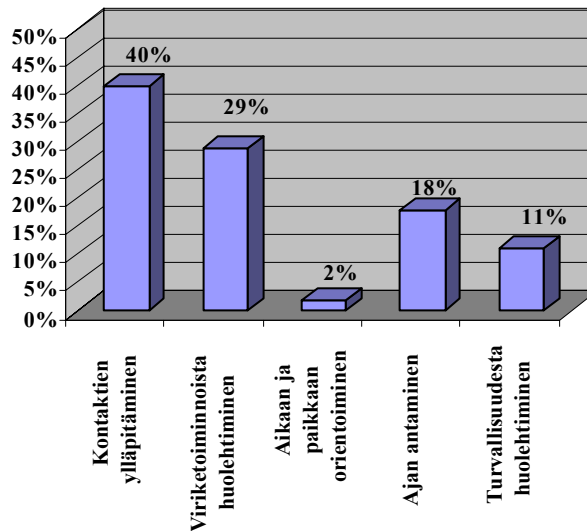
Keskustelua ja läsnäoloa opiskelijat käyttivät auttamismenetelminä orientoituneissa potilasta aikaan ja paikkaan sekä huolehtiessa potilaan turvallisuudentunteesta. Opiskelija kuvasi desorientoituneen potilaan tukemista seuraavasti:

”Minä katsoin, että potilaalle, joka on muistamaton ja sekava on parasta, kun saa jutella jonkun kanssa. Potilas oli välillä rauhaton, mutta rauhoittelin häntä keskustelemalla ja olemalla hänen kanssaan. Asetin itselleni tavoitteeksi, että olen paljon tällaisten desorientoituneiden potilaiden kanssa, jotta he kokisivat olonsa turvalliseksi.” (13)

Opiskelijat luonnehtivat *viriketoiminnan* tärkeyttä osana hoitotyön auttamismenetelmiä. Viriketoiminnoilla pyrittiin estämään potilaan yksinäisyyttä ja tukemaan häntä sosiaalisiin kontakteihin muiden kanssa. Opiskelija kuvasi potilaan tukemista viriketoimintoihin seuraavasti:

”Potilas näytti yksinäiseltä, hän selvästi kaipasi seuraa. Hän ilmaisi, ettei henkilökunnalla ole aikaa potilaille. Keskustelin hänen kanssaan ja kuuntelin hänen elämän tarinoitaan. Sain houkuteltua päiväsalin, jossa me järjestettiin potilaille erilaista toimintaa, esimerkiksi lehtien lukua ja jumppaa. Hän oli selvästi pirteämpi, kun sai olla kontaktissa toisten kanssa.” (25)

Ohjaus ja tukeminen perustui opiskelijan omaan sisäiseen näkemykseen hoitotyöstä. Ohjaus ja tukeminen nähtiin tärkeäksi osaksi hoitotyötä. Siinä vastuu ja päätöksenteko olivat opiskelijalla. Potilas oli hoidon kohde eikä hoitonsa vastuullinen osallistuja. Hoitotyön auttamismenetelmistä ohjausta ja tukemista kuvaavia lausumia oli tunnistettavissa 152. Näistä kontaktien ylläpitämistä kuvaavia lausumia oli lähes puolet ja viriketoimintoja kuvaavia lausumia oli lähes kolmannes. Melkein viidennes lausumista kuvasi ajan antamista. Vähiten oli aikaan ja paikkaan orientoitumista kuvaavia lausumia ja toiseksi vähiten turvallisuudesta huolehtimista kuvaavia lausumia. Kuviossa 5 ohjausta ja tukemista kuvaavat lausumat prosentteina koulutuksen alkuvaiheessa.



Kuvio 5. Ohjausta ja tukemista kuvaavat lausumat koulutuksen alkuvaiheessa. N=152 lausumaa.

5.1.3 Yhteistoiminta

Yhteistoiminta hoitotyön auttamismenetelmänä sisälsi potilaan toiveiden ja odotusten huomioon ottamisen, yksityisyyden kunnioittamisen sekä tunteiden ja kokemusten ymmärtämisen (liitteessä 8 yhteistoimintaa kuvaavat substantiiviset koodit). Yhteistoiminta perustui kokonaisvaltaiseen ja potilasta kunnioittavaan hoitotyön näkemykseen,

jossa potilas kuvattiin ajattelevaksi ja vastuulliseksi omaan hoitoonsa vaikuttavaksi yksilöksi. Hoitotyön auttamismenetelmät perustuivat potilaan ilmaisemiin hyvänolon tuntemuksiin ja yhteiseen näkemykseen hoitotyön tavoitteesta. Hoitotyön auttamismenetelmät kohdistuivat potilaan toiveisiin ja odotuksiin, tunteisiin ja kokemuksiin sekä yksityisyyden kunnioittamiseen.

Toivomusten ja odotusten huomioon ottamisessa korostui potilaan näkökulman ymmärtäminen, vaihtoehtojen esittäminen sekä vastuun ja päätöksenteon jakaminen. Potilas oli tasavertainen hoitoonsa osallistuja ja päätöksentekijä hoitotyön eri vaiheissa. Opiskelijoiden kuvauksia potilaan toiveiden huomioon ottamisesta hoitotyössä:

”Keskustelimme ja kysyin potilaan toiveita ja mielipiteitä hänen hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. Otin hoitotoimissa huomioon potilaan tavat ja tottumukset ja etenimme sen mukaan.” (33) Potilaalle merkitsi paljon, kun sai esittää mielipiteensä hoidostaan ja niistä toimenpiteistä, mitä hänelle suunniteltiin.” (12)

Potilaan tunteiden ja kokemusten ymmärtämistä luonnehti potilaan näkökulman ymmärtäminen, ymmärtävä ja empaattinen suhtautuminen potilaaseen sekä ajan antaminen. Opiskelija pyrki ymmärtämään potilaan hyvään oloon liittyviä tarpeita potilaan näkökulmasta ja valitsemaan hoitotyön auttamismenetelmät yhdessä potilaan kanssa toimien kiirettömästi ja kuunnellen potilaan tuntemuksia.

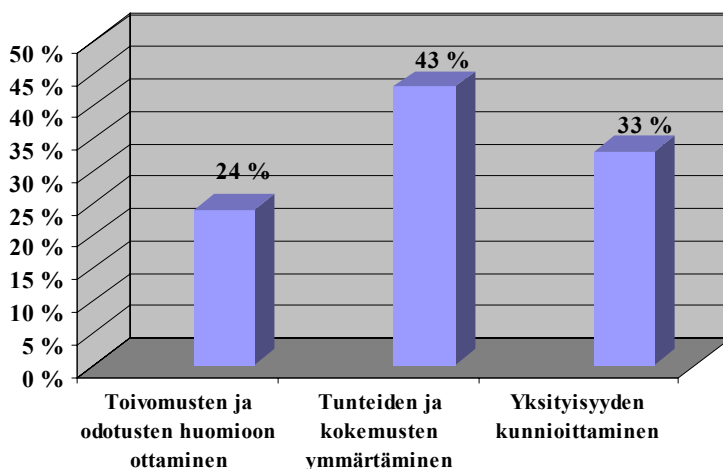
”Pyrin ymmärtämään potilaan näkemyksiä. Yritin ajatella, miltä potilasta tuntuu, koska hänellä oli viimeiset hetket lähellä. Hän toivoi, että minulla olisi aikaa keskustella ja käydä katsomassa. Pyrin toteuttamaan hänen toivomuksiaan, jotta hän kokisi viimeisillä hetkillä, että hänestä välitetään.” (3)

Yksityisyyden kunnioittaminen ilmeni potilaan itsemääräämisoikeutena. Opiskelijat kuvasivat sitä potilaan henkilökohtaisen tilan arvostamisena, potilaan kohtaamisena persoonana sekä tasavertaisena hoitoonsa osallistujana. Potilaan omaa, sisäistä tilaa opiskelijat kuvasivat reviirinä, jota tuli kunnioittaa riittävällä fyysisellä ja psyykkisellä etäisyydellä. Potilasta kuvattiin ainutkertaisena ja ajattelevana, ja hänet kohdattiin persoonana, tasavertaisena ja vastuullisena päätöksentekijänä omaan hoitoonsa liittyvissä toiminnoissa. Potilaan yksityisyyden kunnioittamista opiskelijat kuvasivat seuraavasti:

”Tavoitteenani on, että kunnioitan potilaan yksityisyyttä ja pyrin käytökselläni siihen, että annan potilaalle oma tilaa, en mene liian lähelle hänen reviiriään. Mielestäni toisen sisintä tulee kunnioittaa ja jokaisella täytyy olla vapaus yksityisyyteen sairaalassakin. Kun potilas haluaa olla yksin ja rauhassa, kunnioitan sitä.” (30) Kohtasin potilaan omana persoonanaan ja annoin hänelle tarvittaessa erilaisia vaihtoehtoja valittavaksi, ettei päätöksenteko ollut minusta lähtöisin. Tällainen yhteistyö lisää potilaan turvallisuuden tunnetta.” (1)

Yhteistoiminta perustui yhteiseen näkemykseen ja yhteisymmärrykseen potilaan hoitotyön tarpeista ja tavoitteista. Potilas oli tasavertainen ja aktiivinen hoitoonsa osallistuja hoidon eri vaiheissa. Hoitotyön auttamismenetelmistä yhteistoimintaa kuvaavia lausumia oli 129. Niistä tunteiden ja kokemusten ymmärtämistä kuvaavia lausumia oli eniten, lähes puolet lausumista. Yksityisyyden kunnioittamista kuvaavia lausumia oli toiseksi eniten ja vähiten potilaan toivomusten ja odotusten huomioon ottamista kuvaavia lausumia. Kuvi-

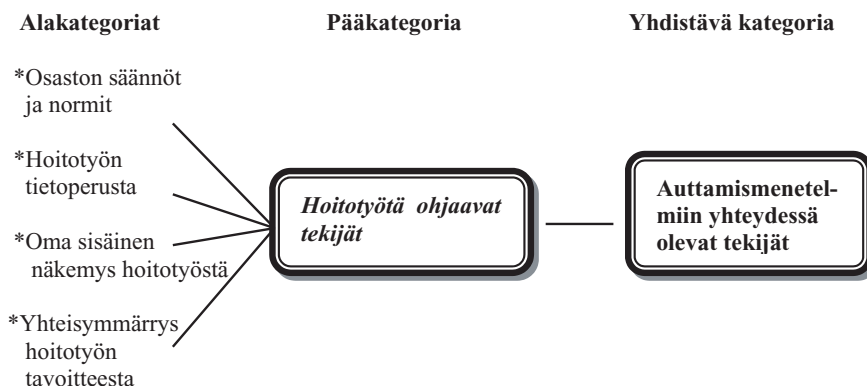
ossa 6 yhteistoimintaa kuvaavat lausumat esitetään prosentteina koulutuksen alkuvaiheessa.



Kuvio 6. Yhteistoimintaa kuvaavat lausumat koulutuksen alkuvaiheessa. N = 129 lausumaa.

5.2 Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät koulutuksen alkuvaiheessa

Hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät sisälsivät *hoitotyötä ohjaavat tekijät*. Hoitotyön näkemystä ohjaavat tekijät muotoutuivat alakategorioista osaston säännöt ja normit, hoitotyön tietoperusta ja opiskelijan oma sisäinen näkemys hoitotyöstä sekä potilaan ja opiskelijan välinen yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta. Kuviossa 7 esitetään kategoriat, jotka kuvaavat hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevia tekijöitä. Kategorioiden sisältämät substantiiviset koodit esitetään liitteessä 10.



Kuvio 7. Hoitotyön auttamismenetelmiin yhteydessä olevat tekijät ja niitä kuvaavat kategoriat.

5.2.1 Hoitotyötä ohjaavat tekijät

Hoitotyötä ohjaavat tekijät kuvaavat opiskelijan hoitotyön toimintaa sen mukaan, miten opiskelija toimii hoitotyössä ja mihin hänen toimintansa perustuu. Hoitotyön näkemystä ohjaavat tekijät muodostuivat osaston säännöistä ja normeista, hoitotyön tietoperustasta ja omasta sisäisestä hoitotyön näkemyksestä sekä yhteisymmärryksestä hoitotyön tavoitteesta. *Osaston sääntöjen ja normien* mukaisesti toimivan opiskelijan hoitotyötä ohjasivat osaston toimintaohjeet ja hoitajien toimintamalli, jotka ilmenivät hoitajien ja osaston ohjeina ja toimintatapoina. Opiskelija hoitotyö perustui osaston rutiineihin eikä potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Opiskelijoiden kuvauksia hoitotyötä ohjaavista tekijöistä, jotka perustuivat hoitajien ja osaston toimintamalliin:

”Potilaan pesuissa minulle sanottiin siellä osastolla, missä järjestyksessä työt tehdään. Osastolla oli sellainen asenne, että työt piti tehdä siinä järjestyksessä, kuin siellä oli tapana. Potilaan aamutoimia tehdessäni, ehdotin, että voisinko tehdä toisin, niin se ei miellyttänyt henkilökuntaa ja minun täytyi tehdä kuten, osastolla oli tapana.” (26)

”Pesin, puin ja syötin potilaat, kuten osastolla oli tapana tehdä ja kuten hoitajatkin tekivät. Potilaat herätettiin seitsemältä ja ne piti saada syötettyä ja pestyä kello kymmeneen mennessä. Pyrin tekemään, kuten siellä oli tapana. Ei siellä voinut eikä uskaltanut tehdä toisin kuin oli tapana.” (20)

Hoitotyön tietoperustan ohjatessa hoitotyötä opiskelijan toiminta perustui omaksuttuun tieteelliseen tietoon. Tieteellinen tieto koettiin merkittäväksi hoitotyötä ohjaavana tekijänä ja hoitotyön tietoperustaan liittyvät opinnot koettiin hyväksi. Osa opiskelijoista luonnehti jo koulutuksen alkuvaiheessa ohjaus- ja vuorovaikutustaitonsa hyväksi. Osa opiskelijoista arvioi pystyvänsä ohjaamaan potilaita perushoitoon liittyvissä hoitotyön toimin-

noissa saamaansa tietoperustaan pohjaten. Opiskelijan kuvaus saamansa tietoperustan merkityksestä potilaan ohjauksessa ja neuvonnassa:

”Opastin ja neuvoin potilasta hygieniaan liittyvissä toiminnoissa. Pystyn ohjaamaan potilasta perushoittoon liittyvissä toiminnoissa. Olen saanut hyvän tietoperustan koulussa. Hoitotyön perusteet ja vuorovaikutuskurssi oli hyvä.” (11)

Oman sisäisen näkemyksen ohjatessa hoitotyötä, opiskelijat arvioivat kykynsä kartoittaa potilaan avun ja ohjauksen tarvetta omaan intuitioonsa perustuen. Tällöin hoitotyötä ohjasi opiskelijan sisäinen tunne siitä, mikä on hyväksi potilaalle. Opiskelijat kuvasivat toimintansa perustuvan oma-aloitteisuuteen, vastuuseen ja päätöksentekoon hoitotyössä. Opiskelija, jonka hoitotyö perustui omaan sisäiseen näkemykseen, kuvasi toimintaansa seuraavasti:

”Kun potilaalla oli paha olla. Istuin ja rauhoittelin potilasta keskustelemalla. Minä vaistosin, että hän tunsikin olonsa turvalliseksi ja niin hän sanoikin jälkeenpäin ja kiitteli minua.” (15)

Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta perustui opiskelijan ja potilaan yhteistoimintaan ja yhteisymmärrykseen hoitotyön suunnittelussa ja toteutuksessa. Lähtökohtana hoitotyössä oli potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttaminen ja itsehoidon tukeminen. Yhteisymmärrystä luonnehti potilaan hyvinvoinnin saavuttaminen sekä potilaan toiveiden toteuttaminen hoidon eri vaiheissa. Potilas oli aktiivinen ja vastuullinen hoitoonsa osallistuja, jonka mielipiteitä arvostettiin. Opiskelijan kuvaus potilaan ja opiskelijan välisestä yhteistoiminnasta ja yhteisymmärryksestä hoitotyössä:

”Hoitoa suunnitellessani, otin huomioon potilaan toiveet, ettei päätöksenteko ollut yksistään minusta lähtöisin. Yhdessä suunniteltiin päiväohjelmaa, keskustelin ja kyselin toiveita ja mielipiteitä. Pidin tärkeänä, että potilas osallistuu hoitoonsa ja häntä kuunnellaan. Mielestäni tällainen yhteisymmärrys on tärkeää hoidon suunnittelussa ja toteutumisessa.” (33)

Hoitotyötä ohjaavat tekijät olivat yhteydessä hoitotyöhön samanaikaisesti vaikuttaviin muihin tekijöihin, joilla oli merkitystä hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa. Samanaikaisesti vaikuttaviksi tekijöiksi ilmeni vastuu, päätöksenteko ja opiskelijan rooli. Niistä muotoutui opiskelijan suhde hoitotyöhön (liitteessä 7 esitetään päätöksentekoon, vastuuseen ja rooliin liittyvät substantiiviset koodit). Suhde hoitotyöhön muotoutui joko normatiiviseksi, itsenäiseksi tai yhteistoiminnalliseksi, sen mukaan, mitkä tekijät ohjasivat hoitotyötä, miten opiskelija toimi hoitotyössä sekä miten potilas osallistui hoitoonsa toteutukseen. Taulukossa 6 kuvataan hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen vaikuttavat tekijät ja hoitotyön näkemyksen muotoutumista ohjaavat tekijät.

Taulukko 6. Hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen vaikuttavat tekijät ja hoitotyön näkemyksen muotoutumista ohjaavat tekijät.

Hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen samanaikaisesti vaikuttavat tekijät	Hoitotyön näkemyksen muotoutumista ohjaavat tekijät		
	Säännöt ja normit	Tietoperusta ja oma sisäinen näkemys hoitotyöstä	Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta
Vastuu	Hierarkkinen vastuu	Asiantuntijavastuu	Yhteisvastuu
Päätöksenteko	Autoritääriinen päätöksenteko	Systemaattinen päätöksenteko	Yhteinen päätöksenteko
Opiskelijan rooli	Osaston ohjeiden mukainen toimija	Aktiivinen ja vastuullinen hoitotyön toimija	Tasa-arvoinen ja vastuullinen hoitotyön toimija
Suhde hoitotyöhön	Normatiivinen	Itsenäinen	Yhteistoiminnallinen

Osaston sääntöjen ja normien ohjatessa hoitotyötä opiskelijan hoitotyö perustui osaston hierarkkiseen vastuuseen ja autoritääriiseen päätöksentekoon. Opiskelija toteutti hoitotyötä osaston ohjeiden mukaisesti uskaltamatta kyseenalaistaa osaston rutiineja. Opiskelijan kuvaus osaston toimintamallin mukaisesta päätöksenteosta:

”Minulle sanottiin, missä järjestyksessä työt tehdään. Ei siinä voinut paljon suunnitella hoitoja. Työt täytyi tehdä siinä järjestyksessä kuin siellä oli tapana, joten tein osaston rutiinien mukaisesti. Ilmapiiiri oli sellainen, ettei meille paljon hymyily. Ei siellä uskaltanut sanoa mielipiteitään.” (26)

Osa opiskelijoista luonnehti päätöksentekotaitojaan puutteellisiksi ja koki näin turvallisiksi toimia osaston sääntöjen ja ohjeiden mukaisesti. Opiskelijan kuvaus päätöksenteosta, jossa hän koki olevan puutteita päätöksentekotaidoissaan ja hoitotyö perustui osaston toimintamalliin:

”Päätöksentekotaidot on heikot, en uskalla tehdä päätöksiä hoitotyössä. Teen niin kuin hoitajat neuvovat ja käskvät. Kyllä se minun hoitaminen perustuu täysin osaston toimintamalliin.” (21)

Tietoperustan tai opiskelijan oman sisäisen näkemyksen ohjatessa hoitotyötä se perustui asiantuntijavastuuseen ja systemaattiseen päätöksentekoon. Opiskelija toimi aktiivisesti ja vastuullisesti, teki päätökset joko omaan tietoperustaansa tai näkemykseensä tukeutuen. Opiskelija, jonka päätöksenteko perustui omaan sisäiseen näkemykseen hoitotyöstä, tarkasteli potilaan tarpeita omasta näkökulmastaan, siitä, mikä hänen mielestään tuntui olevan parasta potilaalle. Hän kuvasi päätöksentekoaan ja vastuuta seuraavasti:

”Kyllä sitä ajattelee, mitä tekee, osaa huomioida potilaan psyykkisen puolenkin. Kysyn aina potilaalta, mitä hän haluaa ja tahtoo, mutta hoidan kuitenkin, mikä minusta tuntuu parhaalta. Kun minä hoidan potilasta, minä olen vastuussa potilaalle, että hän saa riittävät tiedot hoidostaan. Kyllähän se vastuu pitää minulla olla hoidosta.” (1)

Opiskelija, joka kuvasi vastuun ja päätöksenteon perustuvan omaan tietoperustaan, kuvasi toimintaansa seuraavasti:

”Kyllä olen oppinut ymmärtämään sen, mistä olen vastuussa eli niistä tekemisistä ja päätöksistä, mitä teen ja mitä saan tehtäväksi hoitotyössä. Olen kyllä saanut hyvän tietoperustan koulussa ja olen opiskellut itsekin käytännön harjoittelun aikana. Hoitotieteellisen tiedon olen nähnyt tärkeäksi, siinä korostuu ihmisen kohtaaminen.” (5)

Hoitotyön perustuessa yhteisymmärryksen hoitotyön tavoitteesta opiskelija toiminta hoitotyössä oli yhteisvastuullista ja päätöksenteko perustui yhteistoimintaan. Yhteisymmärryksen ohjatessa hoitotyötä potilas kuvattiin aktiiviseksi ja vastuulliseksi hoitoonsa osallistujaksi, jonka mielipiteitä arvostettiin. Opiskelijan kuvaus päätöksenteosta ja yhteisvastuusta, jotka perustuivat yhteistoimintaan:

”Täytyy ymmärtää potilaan tarpeita ja odotuksia. Olen saanut paljon vastuuta henkilökunnalta ja samaa olen noudattanut potilaan hoidossa. Annan potilaalle vaihtoehtoja ratkaistavaksi ja annan päättää hoidostaan silloin, kun potilas itse pystyy. Potilas oli tasa-arvoinen päätöksentekijä, tuin häntä hoitoaan koskevassa päätöksenteossa.” (8)

5.2.2 Suhde hoitotyöhön

Suhde hoitotyöhön muodostui sen mukaan, miten opiskelija toimi hoitotyössä ja mitkä tekijät ohjasivat toimintaa. *Normatiivisesti* toimivan opiskelijan suhde hoitotyöhön perustui osaston toimintamalliin. Hoitotyötä ohjasivat osaston tavoitteet. Hoitotyön tavoitteena oli potilaan selviytymisen tukeminen päivittäisissä perustoiminnoissa osaston toimintamallin mukaan. Auttamismenetelmät kohdistuivat potilaan fyysisistä tarpeista huolehtimiseen. Hoitotyötä ohjasivat osaston säännöt ja normit, jossa korostuivat hierarkkinen vastuu ja autoritääriininen päätöksenteko. Opiskelijan rooli oli passiivinen, joka toteutti hoitotyötä normatiivisesti osaston ohjeiden ja rutiinien mukaisesti, kyseenalaistamatta osaston tai omaa toimintaansa. Potilas oli hoidon kohde, joka ei osallistunut hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Lainaus opiskelijan haastattelusta, joka kuvaa osaston rutiinien mukaisista hoitotyöistä:

”Minun työtäni ohjasi täydellisesti osaston malli ja hoitajien antamat ohjeet ja esimerkit. Tein niin kuin osastolla tehtiin eli se potilaan tarpeiden tyydyttäminen lähti siitä, että kaikille tehtiin samalla tavalla, suunnittelematta sen kummemmin hoitoa. Ne oli niitä osaston rutiineja, jotka ohjasi hoitotyötä.” (13)

Itsenäisesti toimivan opiskelijan hoitotyötä ohjasi tietoperusta tai oma sisäinen näkemys hoitamisesta. Auttamismenetelmät kohdistuivat opiskelijan määrittelemiin potilaan tarpeisiin ja tavoitteisiin. Itsenäisesti toimiva opiskelija ilmaisi pystyvänsä tunnistamaan potilaan hoitotyön tarpeet omaan sisäiseen intuitioonsa perustuen tai tietoperustansa tukeutuen sekä vastaamaan niihin valitsemiensa auttamismenetelmin. Opiskelija laati hoitotyön suunnitelman sen mukaan, mikä hänen mielestään oli parasta potilaalle. Opiskelijan

hoitotyö perustui asiantuntijavastuuseen. Hän otti vastuun potilaan hoidosta tekemällä hoitoa koskevat päätökset systemaattisesti omasta näkökulmastaan ottamatta kuitenkaan huomioon potilasta aktiivisena ja tasavertaisena hoitoonsa osallistujaksi. Itsenäisesti toimiva opiskelija koki kykenevänsä ohjaamaan ja tukemaan potilaita perushoitoon liittyvissä toiminnoissa perustellen valintojaan omaksumallaan tietoperustalla. Itsenäisesti valintoja tekevä opiskelija koki vuorovaikutustaitonsa, opetus- ja ohjaustaitonsa sekä päätöksentekotaitonsa hyviksi. Tietoperustansa hyväksi kokevien opiskelijoiden kuvauksia hoitotyöstään:

”Olen saanut hyvää tietoa koulussa, joten osaan ohjata potilaita perushoitoon liittyvissä asioissa ja tehdä päätöksiä hoidossa. Vastuu potilaan ohjaamisesta oli minulla. Ohjaustilanteet suunnittelin itse, selvittelin asioita kirjallisuudestakin ja osaston ohjekirjoista.” (34)

”Hoitotyössä toteutin niitä koulussa opittuja tietoja ja taitoja, jotka liittyivät potilaan henkilökohtaisesta puhtaudesta huolehtimiseen ja niiden ohjaamiseen.” (1)
Hoitotyö minulla lähti pitkälti siitä, mitä koulussa oli opetettu. Kyllä se oli pohjana se koulutieto.” (20)

Opiskelijan kuvaus toiminnasta, jossa hoitotyötä ohjasi oma sisäinen näkemys hoitotyöstä:

”Kannustin potilasta omatoimisuuteen jokapäiväisissä toiminnoissa. Esitin, että hän yrittää itse toimia. Pidän tärkeänä hoitotyössä, että potilas toimii itse. Kerroin potilaalle, että omatoimisuus pitää yllä vireyttä. Kannustin ja ohjasin potilasta sen mukaan, mikä minusta tuntui parhaalta.” (2)

Yhteistoiminnallisesti toimivan opiskelijan hoitotyötä ohjasi yhteisymmärrys potilaan tarpeista ja tavoitteista. Hoitotyö kohdistui potilaan hyvinvointiin liittyviin toiveisiin ja odotuksiin. Lähtökohtana oli kokonaisvaltainen, potilasta kunnioittava ja potilaan tarpeista lähtevä hoitotyö. Se perustui yhteisvastuuseen ja yhteiseen päätöksentekoon, jossa potilas nähtiin aktiiviseksi, tasavertaiseksi ja vastuulliseksi hoitoonsa osallistujaksi. Opiskelijoiden kuvauksia hoitotyöstä, jossa potilaan mielipiteet otettiin huomioon ja potilas luonnehdittiin tasavertaiseksi hoitonsa osallistujaksi:

”Tavoitteenani oli pyrkiä ymmärtämään, mitä potilas pitää tärkeänä tarpeittensa tyydyttämisessä. Tavoitteenani oli, että potilas ilmaisee mielipiteensä hoitoa suunniteltaessa ja osallistuu hoitoonsa. Kunnioitin potilaan mielipiteitä ja toiveita hoitoa suunniteltaessa. Se lisää potilaan hyvän olon tuntemuksia. Kunnioittava asenne potilaan mielipiteitä ja toivomuksia kohtaan lisää potilaan hyvän olon tuntemuksia ja auttaa selviytymään päivittäisistä toiminnoista.” (3)
”Tavoitteenani oli, että potilas kokee itsensä tasavertaiseksi hoitosuhteessa.” (12)

5.2.3 Kooste hoitotyön näkemyksen muotoutumisesta koulutuksen alkuvaiheessa

Hoitotyön auttamismenetelmät sisälsivät potilaan auttamisen, ohjauksen ja tukemisen sekä yhteistoiminnan. Auttaminen liittyi päivittäisiin perustoimintoihin ja kohdistui pääosin potilaan fyysisistä perustarpeista huolehtimiseen. Ohjaus ja tukeminen sisälsi eritasoisen vuorovaikutuksen ja kohdistui potilaan fyysisten toimintojen ylläpitämiseen päivittäisissä toiminnoissa sekä sosiaalisista suhteista huolehtimiseen. Yhteistoiminnan lähtökohtana oli potilaan ja opiskelijan välinen yhteistyö sekä yhteisymmärrys hoitotyön tarpeista ja tavoitteista. Hoitotyö kohdistui potilaan hyvään oloon liittyviin toiveisiin ja odotuksiin, ja se sisälsi potilaan kokonaisvaltaisen ja tasavertaisen huomioon ottamisen hoitotyössä.

Hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät muotoutuivat hoitotyötä ohjaavista tekijöistä. Hoitotyötä ohjaavien tekijöiden kanssa samanaikaisesti vaikuttaviksi tekijöiksi muodostuivat olosuhteet, joissa hoitotyötä toteutettiin. Nämä sisälsivät hoitotyön toteutukseen liittyvän eritasoisen vastuun ja päätöksenteon sekä toimijan roolin. Näistä muotoutui kolme erilaista hoitotyön toimintamuotoa, joilla tuettiin potilasta päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä. Nämä hoitotyön toimintamuodot, joita Strauss ja Corbin (1990, 1998) kuvaavat tyypeiksi nimettiin normatiiviseksi, itsenäiseksi ja yhteistoiminnalliseksi sen mukaan, millainen oli opiskelijan suhde hoitotyöhön ja mikä ohjasi opiskelijan toimintaa hoitotyössä.

Suhde hoitotyöhön perustui hoitotyön auttamismenetelmiin ja niiden edellytyksiin. Lisäksi ne perustuivat auttamismenetelmiin vaikuttaviin olosuhteisiin, kontekstiin, jossa hoitotyötä toteutettiin sekä hoitotyön toimijaan eli opiskelijaan yhteydessä oleviin tekijöihin. Taulukossa 7 yhteenveto hoitotyön näkemyksen muotoutumista kuvaavista käsitteistä ja niiden välisistä suhteista.

Taulukko 7. Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemystä kuvaavien auttamismenetelmien ja hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevien tekijöiden välinen vertailu.

	Hoitotyön auttamismenetelmät	Hoitotyön toiminnan edellytykset	Hoitotyöhön vaikuttavan olosuhteet	Rooli hoitotyössä	Toiminta hoitotyössä
Näkemyksistä hoitotyöstä	Auttaminen	Hoitotyötä ohjaa osaston säännöt ja normit	Hierarkkinen vastuu ja autoritääriinen päätöksenteko	Passiivinen hoitotyön toimija	Normatiivinen
	Ohjaus ja tukeminen	Hoitotyötä ohjaa tietoperusta ja oma näkemys hoitotyöstä	Asiantuntija vastuu ja systemaattinen päätöksenteko	Aktiivinen ja vastuullinen hoitotyön toimija	Itsenäinen
	Yhteistoiminta	Hoitotyötä ohjaa yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta	Yhteisvastuu ja yhteinen päätöksenteko	Tasa-arvoinen hoitotyön toimija	Yhteistoiminnallinen
	<i>Tukeminen päivittäisissä toiminnoissa</i>				

Hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavien pääkategorioiden, auttamisen, ohjauksen ja tukemisen sekä yhteistoiminnan välistä yhteyttä tarkastellaan hoitotyön näkemystä ohjaavien tekijöiden kanssa. Hoitotyön näkemystä ohjaavat tekijät sisältävät osaston säännöt ja normit, hoitotyön tietoperustan sekä opiskelijan oman sisäisen näkemyksen hoitotyöstä samoin kuin yhteisymmärryksen hoitotyön tavoitteesta (liite 11).

5.2.3.1 Auttamisen ja hoitotyötä ohjaavien tekijöiden välinen yhteys

Kaikista auttamista kuvaavista alakategorioista, puolesta tekemisestä, avustamisesta, pakottamisesta, houkuttelusta, varmistamisesta ja aktivoinnista oli tunnistettavissa yhteys alakategoriaan osaston säännöt ja normit (liitteessä 11, liitetaulukossa 1 osoitetaan kategorioiden väliset yhteydet). Opiskelijat toimivat hoitotyössä hoitajien ja osaston toimintamallin, toimintatapojen ja rutiinien mukaisesti potilaan perushoitoon liittyvissä toiminnoissa. Opiskelija toimi potilaan puolesta ottamatta huomioon omaa toimintakykyä ja avusti potilasta päivittäisissä perustoiminnoissa osaston toimintatavan mukaan. Opiskelijoiden kuvauksia potilaan puolesta tekemisen sekä osaston sääntöjä ja normeja kuvaavien hoitotyötä ohjaavien tekijöiden välisestä yhteydestä:

”Tein potilaan puolesta, syötin, pesin, riisuin ja puin vaatteet, kuten osastolla oli tapana. Minun hoitotyötä ohjasi täydellisesti osaston malli ja hoitajien antamat ohjeet ja esimerkit. Tein niin kuin osastolla tehtiin eli se potilaan tarpeiden tyydyttäminen lähti siitä, että kaikille tehtiin samalla tavalla. Ne oli niitä osaston rutiineja, jotka ohjasi hoitotyötä.” (13)

”Ei minulla ollut mitään omia tavoitteita potilaan hoidolle, ne oli niitä osaston tavoitteita. En suunnitellut etukäteen hoitoja, hoitaja neuvoi, mitä tehdään ja miten on tapana tehdä. suurimmaksi osaksi hoitotyö perustui käytännön malliin.” (18)

Auttamista kuvaavien kategorioiden sekä hoitotyön tietoperustaa ja omaa sisäistä hoitotyön näkemystä kuvaavien kategorioiden yhteys oli vähäinen. Avustamisen ja aktivoinnin sekä oman sisäisen hoitotyön näkemyksen kesken oli todettavissa yhteyksiä. Lisäksi oli löydettävissä potilaan aktivoinnin ja hoitotyön tietoperustan välisiä yhteyksiä (liite 11, liitetaulukko 2). Aktivoidessaan potilasta omatoimisuuteen opiskelijan hoitotyö perustui tieteelliseen tietoon sekä omaan sisäiseen näkemykseen hoitamisesta. Seuraavassa kuvaus opiskelijan haastattelusta, jossa omatoimisuuteen aktivointi perustui tieteelliseen tietoon ja omaan näkemykseen hoitotyöstä:

”Koulussa sain tietoa potilaan itsehoitoon tukemisesta...kannustin häntä omatoimisuuteen jokapäiväisissä toiminnoissa. Olin seurana ja tukena sen mukaan, mikä minusta tuntui parhaalta.”(2)

Opiskelijan kuvaus potilaan päivittäisissä perustoiminnoissa avustamisen yhteydestä opiskelijan oman sisäisen näkemyksen osuuteen:

”Ajattelin, että se on parhaaksi potilaalle, kun yrittää itse, toimintakykykin pysyy parempana, autoin potilasta vain niissä toiminnoissa, joihin hän itse oli kykenemätön, esimerkiksi autoin vaatteet vain puoliksi päälle.” (8)

Auttamista kuvaavien hoitotyön auttamismenetelmien ja yhteisymmärrystä kuvaavien hoitotyön tavoitteiden välistä yhteyttä ei ollut tunnistettavissa (liite 11, liitetaulukko 3).

5.2.3.2 Ohjauksen ja tukemisen sekä hoitotyötä ohjaavien tekijöiden välinen yhteys

Ohjausta ja tukemista sisältävistä alakategorioista oli tunnistettavissa yhteys hoitotyötä ohjaavia tekijöitä sisältäviin alakategorioihin. Nämä olivat osaston säännöt ja normit, hoitotyön tietoperusta ja oma sisäinen näkemys hoitotyöstä sekä yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta. Ohjausta ja tukemista kuvaavista alakategorioista, kontaktien ylläpitämisestä ja virikkeistä huolehtimisesta oli tunnistettavissa yhteys osaston sääntöjä ja normeja kuvaaviin hoitotyötä ohjaaviin tekijöihin. (liite 11, liitetaulukko 4).

Kontaktien ylläpitämisen ja potilaan virikkeistä huolehtimisen yhteys osaston sääntöihin ja normeihin ilmeni sosiaalisissa kontakteissa ja viriketoiminnassa. Opiskelija vei potilaan päiväsaliiin istumaan osaston rutiinien ja toimintamallin mukaisesti kysymättä potilaan mielipidettä. Päiväsaliin viemisellä pyrittiin pitämään yllä potilaiden viriketoimintaa ja sosiaalisia suhteita. Opiskelija kuvaili potilaan tukemista sosiaalisiin kontakteihin ja viriketoimintaan osaston toimintamallin mukaisesti:

”Osastolla oli tapana, että potilaat viedään päiväsaliiin istumaan pesujen ja ruokailun jälkeen, vaikka potilas ei olisi halunnut. Siellä luettiin lehtiä ja katsottiin

TV:tä. Päiväsaliin viemisellä pidettiin yllä potilaan sosiaalisia kontakteja ja se oli osaston viriketoimintaa. Tein osaston toiminnan mukaisesti.”(5)

Ohjaukseen ja tukemiseen liittyvien kategorioiden yhteys hoitotyön tietoperustaan ja omaan sisäiseen näkemykseen hoitotyöstä ilmeni pääosin opiskelijan ohjauksen tarpeen arvioinnissa, suunnittelussa ja toteutuksessa (liite 11, liitetaulukko 5). Opiskelija kartoitti ohjauksen tarpeet omasta näkökulmastaan arvioiden ne omaan tietoperustansa ja sisäiseen näkemykseensä tukeutuen. Opiskelijat ilmaisivat kykenevänsä ohjaamaan ja tukemaan potilaita sosiaalisiin kontakteihin liittyvissä toiminnoissa sekä tekemään päätöksiä perushoittoon liittyvissä toiminnoissa. He perustelivat toimintaansa hoitotyön tietoperustalla tai omalla sisäisellä näkemyksellään. Opiskelijan kuvauksessa ilmenee koulutuksessa saadun tietoperustan merkitys potilaan perushoittoon liittyvässä ohjauksessa:

”Koulusta on saanut hyvän teoriaopetusta. Osaa ohjata potilaita ja tehdä perushoittoon liittyviä päätöksiä. Palautteen antaminen on mielestäni tärkeä oppimisessa. Ohjasin ottamaan vastuuta itsestään ja perushoittoon liittyvissä asioissa opettamalla hygieniasta huolehtimista. Rohkaisemalla ja kannustamalla annoin palautetta potilaan onnistumisesta.”(2)

Opiskelijan kuvauksessa korostuu sosiaalisten kontaktien merkityksen yhteys omaan sisäiseen näkemykseen hoitotyöstä:

”Minun näkemykseni mukaan tavoite ja päämäärä on, että perustarpeiden tyydyttämisen lisäksi pidetään yllä sosiaalisia kontakteja. Minulla on sellainen tunne tai minä ajattelin niin, että kontaktien ylläpitäminen ja välittäminen eli sellainen läheisyyden osoittaminen tulisi olla säännöllistä ja jatkuvaa, koska potilaat olivat mielestäni joskus liian yksinäisiä.” (1)

Sosiaalisten kontaktien ylläpitämisen yhteys hoitotyön tietoperustaan ilmeni potilaan rohkaisuna, kannustuksena, neuvomisena, opettamisena ja motivointina perushoittoon liittyvissä hoitotyön toiminnoissa. Perustan näille toiminnoille opiskelijat luonnehtivat olevan teoreettisessa tiedossa. Opiskelijat arvioivat pystyvänsä kohtaamaan potilaita erilaisissa tilanteissa omaksumillaan hyvillä vuorovaikutus- ja ohjaustaidoilla sekä tukemaan potilaita sosiaalisiin kontakteihin. Lisäksi he arvioivat omaksumansa tietoperustan pohjalta pystyvänsä tekemään itsenäisiä päätöksiä sekä ottamaan vastuuta perushoittoon liittyvissä tilanteissa. Lääketieteellistä tietoa opiskelijat pitivät tärkeänä ymmärtääkseen potilaan sairauksien aiheuttamia tuntemuksia sekä pystyäkseen ohjaamaan potilaita sisällöllisesti paremmin omasta näkökulmastaan. Opiskelijan kuvaus tietoperustan ja oman sisäisen näkemyksen merkityksestä potilaan ohjauksessa ja tukemisessa:

”Olen saanut koulussa paljon hyvää tietoa etenkin vuorovaikutuksesta ja hoitotyöstä, niin tietää, miten toimii potilaan kanssa. Ajattelin hoitoa potilaan näkökulmasta, suunnittelin ohjauksen sen mukaan, mikä on mielestäni potilaille parasta. Perushoittoon liittyvissä toiminnoissa kysyin potilaan mielipidettäkin, mitä hän haluaa, mutta toimin kuitenkin, miten minä parhaaksi tunsin eli mielestäni päätöksenteko potilaan ohjauksesta kuuluu minulle. Lääketieteellistä tietoaakin tarvitaan potilaan ohjauksessa. Jouduin opiskelemaan itsenäisestikin käytännön harjoitteluaihana lääketieteellistä tietoa.” (1.)

Potilaan tukeminen hoitotyössä oli yhteydessä opiskelijan sisäiseen näkemykseen hoitotyön toiminnoista. Tällöin hoitotyö perustui siihen näkemykseen, joka opiskelijasta itseltä tuntui hyvältä ja oikealta potilaan hoidossa. Oma sisäinen näkemys oli yhteydessä ajan antamiseen, joka ilmeni potilaalle kiireettömyytenä ja läsnäolona. Aikaan ja paikkaan orientoiminen ilmeni eritasoisena keskusteluna potilaan kanssa. Esimerkki opiskelijan kuvauksesta, joka ilmaisee omaa sisäistä näkemystä sosiaalisten kontaktien ylläpitämistä hoitotyössä:

”Minä pidin tärkeänä, että pystyn olemaan vuorovaikutuksessa desorientoituneen potilaan kanssa. Potilas puhui vähän omiaan, mutta katsoin, että en pudota tähän kylmään todellisuuteen, vaan olin hänen luonaan ja keskustelen hänen ehdoillaan. Tulen hyvin toimeen potilaiden kanssa, koska minulla on hyvät vuorovaikutustaidot, se on kait luontaista.” (6)

Opiskelijat luonnehtivat ohjauksen ja tuen merkitystä yksinäisyyttä kokevien potilaiden sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä, mikä perustui opiskelijan omaan sisäiseen näkemykseen hoitotyöstä. Opiskelijan kuvaus sisäisestä näkemyksestään potilaan ohjauksen ja tuen merkityksestä sosiaalisissa kontakteissa:

”Potilas oli arka ja erakoitunut huoneeseensa, koska pelkäsi tulevansa pilkatuksi huonon puhekykynsä vuoksi. Päätin auttaa tätä potilasta, koska mielestäni se ei ollut hyväksi hänelle että hän oli yksin, hän oli selvästi masentunut kun oli yksin. Ohjasin ja tuin potilasta ilmaisemaan itseään ja useiden keskustelujen jälkeen sain hänet päiväsaliin toisten potilaiden luo. Loppujen lopuksi hän oli tyytyväinen, kun uskalsi lähteä huoneestaan.” (1)

Ohjausta ja tukemista kuvaavien hoitotyön auttamismenetelmien yhteys yhteisymmärryksen hoitotyön tavoitteista ilmeni opiskelijan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa (liite 11, liitetäulukko 6). Vuorovaikutus perustui empaattiseen hoitosuhteeseen, jossa opiskelija pyrki ymmärtämään hoitotyön tarpeita ja tavoitteita potilaan näkökulmasta. Hoitotyön tavoitetta ohjasi potilaan hyvän olon tuntemukset, jossa yhteistyö nähtiin merkittäväksi tekijäksi tavoitteen saavuttamisessa. Opiskelijoiden näkemyksiä hoitotyöstä, jossa ohjauksen ja tukemisen lähtökohtana on yhteisymmärrys potilaan ohjauksen ja tuen tarpeesta.

”Ohjaus lähti potilaan tarpeista. Tavoitteena oli potilaan hyvä olo. Mielestäni tärkeintä on se, että potilaalla on kaikin puolin hyvä olo ja toimintakyky säilyy.” (31) Tuin ja ohjasin häntä hoitoaan koskevassa päätöksenteossa, koska hän oli omatoiminen ja halusi päättää itse. Ohjatessani potilasta pidin tärkeänä, mikä hänelle on hyvä ja parasta. Kysyin potilaan mielipiteitä, kuinka hän halusi ja teimme päätökset yhdessä.” (8).

5.2.3.3 Yhteistoiminnan sekä hoitotyötä ohjaavien tekijöiden välinen yhteys

Yhteistoimintaa kuvaavista alakategorioista oli tunnistettavissa yhteys hoitotyötä ohjaavia tekijöitä kuvaaviin alakategorioihin, jotka olivat hoitotyön tietoperusta ja oma sisäinen näkemys hoitotyöstä sekä yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteessa. Sen sijaan yhteistoimintaa kuvaavien alakategorioiden ja osaston sääntöjen ja normien välistä yhteyttä ei ollut tunnistettavissa (liite 11, liitetaulukko 7).

Yhteistoimintaa kuvaavien auttamismenetelmien, potilaan toiveiden ja odotusten huomioon ottamista hoitotyössä, opiskelijat perustelivat saamallaan hyvällä tietoperustalla ja omalla sisäisellä näkemyksellään (liite 11, liitetaulukko 8). Potilaan toiveisiin ja odotuksiin vastaaminen hoitotyössä perustui päätöksenteko-, ohjaus- ja vuorovaikutustaitoihin, jotka opiskelijat arvioivat osaksi perustuvan tietoperustaan ja osaksi omaan sisäiseen näkemykseen. Opiskelijat luonnehtivat yhteisvastuun ja yhteisen päätöksenteon lisäävän potilaan turvallisuutta ja hyvää oloa. Yhteistoiminta ilmeni potilaan toiveiden ja mielipiteiden kartoittamisena hoitoa koskevassa päätöksenteossa, mutta hoitotyö perustui kuitenkin opiskelijan itsenäiseen päätöksentekoon. Oman sisäisen näkemyksen ohjatessa hoitotyötä, opiskelijat arvioivat potilaan avun ja ohjauksen tarpeen potilaan näkökulmasta sekä toteuttivat hoitotyötä tämän toiveiden ja odotusten mukaisesti silloin, kun se heidän mielestään oli parasta potilaalle. Esimerkki opiskelijan kuvauksesta, jossa hän toteutti hoitotyötä omasta näkökulmastaan potilaan parhaaksi:

”Ajattelin ja kartoitin hoitotyön tarvetta potilaan näkökulmasta, mikä hänelle on parasta. Kartoitin potilaan toiveet, mitä hän haluaa, mutta tein niin kuin itse oikeaksi näin. Olen saanut paljon hyvää tietoa koulussa, etenkin vuorovaikutustaidoista ja hoitotyöstä. Minulla on mielestäni hyvät hoitotieteelliset tiedot, niin tiedän, miten toimin potilaan parhaaksi. Lääketieteellinen tieto on kyllä heikompi.”
(34)

Opiskelijoiden hoitotyössä korostui sellaisen asiantuntijan rooli, joka teki itse päätökset käyttämistään auttamismenetelmistä ja otti vastuun potilaan hoidosta. Tällöin potilaan huomioon ottaminen hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja vastuun antamisessa oli osaksi näennäistä. Opiskelija kuvasi vastuutaan, joka oli yhteydessä omaan sisäiseen näkemykseen hoitotyöstä:

”...tietenkin kysyin potilaalta, mitä hän haluaisi, mutta katsoin, että hoitajalla on vastuu potilaan hoidosta... kyllä se hoitamisessa vastuu ja päätöksenteko hoidosta oli minulla. Se on sitä ammatillisuutta.”(33)

Tunteiden ja kokemusten ymmärtämistä kuvaavasta alakategoriasta oli löydettävissä yhteys opiskelijan omaan sisäiseen näkemykseen hoitotyöstä, jota ohjasi ymmärtävä ja empaattinen suhtautuminen potilaaseen. Hoitotyö perustui opiskelijan omaan sisäiseen näkemykseen potilaan tarpeista ja niihin vastaamisesta. Opiskelijat luonnehtivat pystyvänsä ymmärtämään potilaan avun ja tuen tarvetta oman intuition ja hyvien vuorovaikutustaitojen avulla. He kunnioittivat potilaan mielipiteitä osoittaen empaattista suhtautumista potilaisiin. Opiskelijan kuvaus toiminnasta, joka perustui potilaan kunnioittamiseen ja omaan sisäiseen näkemykseen hoitotyöstä:

”Tavoitteenani oli kunnioittaa potilaan näkemyksiä. Yritin ajatella, miltä potilaasta tuntuu. Pyrin hyvään vuorovaikutussuhteeseen potilaan kanssa. Hän toivoi, että minulla olisi aikaa käydä katsomassa häntä. Kait sitä toivoo, että viimeiset hetket elämässä olisi miellyttäviä ja kokee, että huolehditaan ja välitetään. Pyrin toteuttamaan hänen toiveitaan, jotta hän kokisi, että hänestä välitetään.” (3)

Yhteistoimintaa kuvaavista alakategorioista toivomusten ja odotusten huomioon ottamisesta, tunteiden ja kokemusten ymmärtämisestä sekä yksityisyyden kunnioittamisesta, oli tunnistettavissa yhteys alakategoriaan, joka kuvaa yhteisymmärrystä hoitotyön tavoitteista (liite 11, liitetaulukko 9).

Toivomusten ja odotusten huomioon ottamisen yhteys ilmeni yhteisymmärrystä kuvaavaan kategoriaan hoitotyön suunnittelussa ja toteutuksessa. Opiskelijat ottivat huomioon potilaan toiveet ja odotukset, kunnioittivat potilaan itsemääräämisoikeutta ja kohtasivat häntä tasa-arvoisena hoitonsa suunnittelijana ja toteuttajana. Hoitotyön lähtökohtana oli potilaan hyvän olon huomioon ottaminen hoidon eri vaiheissa. Hoitotyön tavoitetta ja toimintaa ohjasi yhteisvastuu ja yhteinen päätöksenteko. Opiskelijan näkemys potilaan toiveiden ja odotusten huomioon ottamisesta hoitotyössä:

”Kun suunnittelin päivän ohjelmaa, annoin potilaalle vaihtoehtoja ratkaistavaksi, hoitaminen ei lähtenyt minusta, keskustelimme ja kysyin toiveita ja odotuksia hoitoa kohtaan. Minä pyrin aina ottamaan potilaan mielipiteet huomioon. Lähdin aina siitä, miltä potilaasta tuntuu, mitä potilas haluaa ja odottaa. Päätöksenteossa vastuu oli myös potilaalla. Näin pyrin saamaan luottamusta häneen, jotta hän kokisi olonsa turvalliseksi.” (33)

Tunteiden ja kokemusten ymmärtämisen yhteys oli todettavissa kategoriaan yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteista. Tällöin opiskelija pyrki ymmärtämään potilaan tunteita ja kokemuksia kartoittamalla hoitotyön tarpeet ja laatimalla potilaalle hoitotyön tavoitteet yhteistyössä potilaan kanssa. Opiskelija otti huomioon potilaan hyvän olon tuntemukset ja toteutti potilaan toiveita tehdessään yhteistyössä päätöksiä hoitotyöstä. Opiskelijan kuvaus hoitotyöstä, jossa lähtökohtana on potilaan näkökulman ymmärtäminen:

”Pidin tavoitteena, että pystyn auttamaan potilasta ja helpottamaan hänen oloaan ja tekemään sen mielekkääksi. Elämän perustarkoitus on hyvä olo. Pyrin ymmärtämään asioita potilaan näkökulmasta, mikä hänelle on mielekästä ja tärkeää. Pitää pyrkiä välttämään sellaisia asioita, jotka eivät ole mielekkäitä. Tärkeää on, että vanha ihminen kokee sellaisen luonnollisen elämän ja saa päättää hoidostaan.”(1)

5.3 Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen koulutuksen edetessä

5.3.1 Hoitotyön näkemys ja siihen yhteydessä olevat tekijät koulutuksen puolessavälissä

Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemystä koulutuksen puolessavälissä kuvaavia auttamismenetelmiä ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä esitetään, niiltä osin, kuin niissä on muutoksia koulutuksen alkuvaiheeseen verrattuna. Opiskelijat suorittivat tällöin käytännön harjoittelua sisätautien ja kirurgian osastoilla (liite 5, käytännön harjoittelujakson tavoitteet). Koulutuksen alkuvaiheesta muodostetut kategoriat, joihin ei ollut löydetävissä sisältöä koulutuksen puolessavälissä jätetään pois. Lisäksi tuloksissa esitetään uudet auttamismenetelmiä kuvaavat kategoriat sekä niihin yhteydessä olevat tekijät, joita ei ollut havaittavissa koulutuksen alkuvaiheessa. Auttamista, ohjausta ja tukemista sekä yhteistoimintaa kuvaavien alakategorioiden sisältämät lausumat esitetään kvantitatiivisesti ja havainnollistetaan taulukoin.

Auttamista kuvaavien kategorioiden määrässä ei ollut todettavissa muutosta koulutuksen alkuvaiheesta koulutuksen puoleenväliin. Sisällöllisesti tarkasteltuna puolesta tekemisessä, avustamisessa, pakottamisessa, houkuttelussa ja aktivoinnissa ei ollut havaittavissa muutoksia. Ainoastaan varmistamista kuvaavassa kategoriassa oli havaittavissa sisällöllisiä muutoksia. Opiskelijat suorittivat käytännön harjoittelua sisätautien ja kirurgian osastoilla, joten osastojen toiminnan luonteesta johtuen varmistaminen liittyi tutkimus- ja leikkauspotilaiden peruselintoimintojen tarkkailuun, neste- ja lääkehoidon toteuttamiseen.

Auttamista kuvaavista hoitotyön auttamismenetelmistä oli tunnistettavissa yhteys hoitotyötä ohjaaviin tekijöihin. Opiskelijat luonnehtivat toimivansa osaston rutiinien ja hoitajien toimintatapojen mukaisesti tukiessaan potilasta selviytymään päivittäisistä perustoinnoista. Perushoitoon liittyvät toiminnot sisälsivät puolesta tekemisen, avustamisen, pakottamisen ja varmistamisen sekä aktivoinnin. Opiskelijan kuvaus auttamiseen liittyvistä toiminnoista, joista oli tunnistettavissa yhteys osaston sääntöjä ja normeja ohjaaviin tekijöihin:

”Kyllä minä tein, niin kuin hoitajatkin tekivät. Itsellä ei ole vielä mallia, miten tehdä, niin ei uskalla tehdä muulla tavalla. Aina, kun menee uudelle osastolle, niin siellä on erilaista, perushoitokin tehdään eritavalla. Täytyy katsoa, ennen kuin uskaltaa tehdä. Käytännön jaksot pitäisi olla pitempiä, että ehtisi jotakin oppia. ... kyllä se hoitaminen minulla oli sitä osaston toimintaa ja niitä rutiineja.” (22)

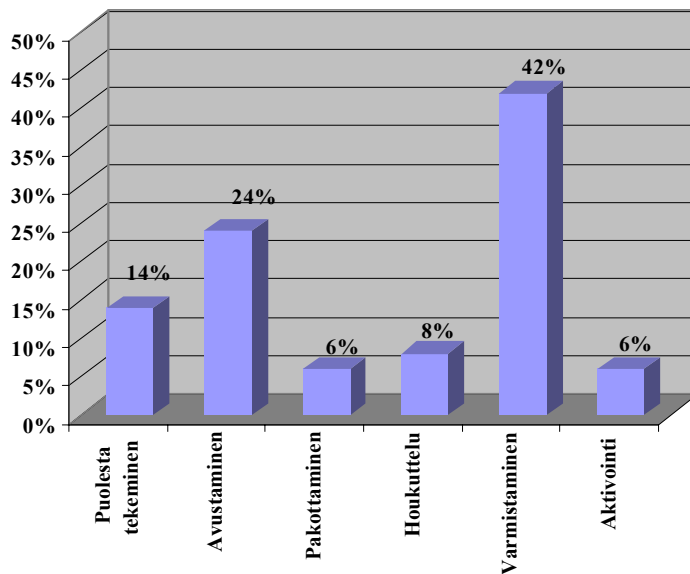
Varmistamisen yhteys hoitotyön tietoperustaan ilmeni potilaan ohjaukseen ja tukemiseen liittyvässä hoitotyössä. Varmistaminen perustui sisällöllisesti pääosin lääketieteellisen hoidon varmistamiseen, sen ohjaukseen ja toteuttamiseen. Varmistamista luonnehtivat hoidon jatkuvuuden periaatteet, jotka ilmenivät kirjaamisessa ja hoito-ohjeiden antamisessa. Hoito-ohjeiden antamisessa opiskelijat kokivat tiedolliset valmiutensa puutteelliseksi, etenkin lääkehoidon ohjauksessa ja toteuttamisessa. Opiskelijat kuvasivat lääketieteellisen sekä lääkehoitoa koskevan tietoperustansa puutteelliseksi, mikä aiheutti vaikeuksia tiedon antamisessa potilaalle. Hoitotyö perustui osaston rutiineihin ja hoitajien malleihin.

Opiskelijat toivoivat koulutukseensa enemmän lääketieteellisen tiedon ja lääkehoidon opetusta tunteakseen varmuutta hoitotyössä. Opiskelijan kuvaus varmistamien auttamismenetelmien yhteydestä tietoperustaan:

”...menin aika paljon osaston rutiinien mukaisesti, suurimmaksi osaksi, koska ei ollut riittävästi tietoa lääkehoidosta, nestehoidosta ja lääketieteellisestä tiedosta ja potilaan sairauksista, miten niitä hoidetaan. Lääkehoitoa tulisi olla koulussa koko ajan ja lääketieteellistä hoitoa enemmän, jotta saisi varmuutta. Lääketieteellistä tietoa jouduin tarkistamaan koko käytännön jakson ajan, muuten ei olisi ymmärtänyt mitään.”(29)

Auttamista kuvaavista hoitotyön auttamismenetelmistä ei ollut löydettävissä yhteyttä yhteisymmärrystä kuvaaviin hoitotyötä ohjaaviin tekijöihin. Auttaminen päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen kohdistui koulutuksen puolessa välissä fyysisestä hyvinvoinnista huolehtimiseen kuten koulutuksen alkuvaiheessakin.

Kvantitatiivisesti tarkasteltuna kategorioiden sisältöjen lausumien määrä oli lähes sama koulutuksen puolessavälissä sama kuin koulutuksen alkuvaiheessa. Koulutuksen puolessavälissä hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavia lausumia oli kaikkiaan 347. Näistä auttamista kuvaavia lausumia oli eniten, 152 (43 %), ohjausta ja tukemista kuvaavia lausumia 136 (40 %) ja yhteistoimintaa kuvaavia lausumia 59 (17 %). Auttamista kuvaavat lausumat jakaantuivat siten, että varmistamista kuvattiin eniten, lähes puolessa lausumista. Toiseksi eniten kuvattiin avustamista ja kolmanneksi eniten puolesta tekemistä. Vähiten kuvattiin pakottamista sekä aktivointia ja hiukan näitä enemmän houkuttelua. Kuviossa 8 esitetään auttamista kuvaavat lausumat prosentteina koulutuksen puolessavälissä.



Kuvio 8. Auttamista kuvaavat lausumat koulutuksen puolessavälissä. N=152 lausumaa.

Ohjausta ja tukemista kuvaavissa hoitotyön auttamismenetelmissä oli tunnistettavissa yksi uusi alakategoria, joka kuvasi tiedon antamista. Yksi alakategoria, aikaan ja paikkaan orientoiminen, jäi pois, koska sen sisältöä koskevia lausumia ei ollut tunnistettavissa. Tiedon antaminen sisälsi potilaan ja hänen omaistensa ohjauksen, joka sisällöllisesti liittyi potilaaseen kohdistuviin toimenpiteisiin sekä niiden jatkohoitoon liittyvään ohjaukseen. Opiskelijat perustelivat potilaan ja hänen omaistensa tiedon saannin merkitystä potilaan sairaudesta selviytymistä edistäväksi tekijäksi. He korostivat potilaan ja hänen omaistensa oikeutta saada tietoa potilaalle suoritettavista hoitotoimenpiteistä ja niihin liittyvistä jatkohoidoista. Opiskelijan kuvaus potilaan ja perheen ohjauksen merkityksestä hoitotyössä:

”Minulle on tullut eteen sellainen tapaus, että lapsi ja etenkin perhe ei ollut saanut mitään tietoa ennen leikkausta. Kaikki oli heille outoa ja pelottavaa. Pidän hyvin tärkeänä, että potilas ja nimenomaan perhe saa tietoa hoidosta ja toimenpiteistä. Onhan tutkittu ja verrattu, että mikä merkitys on, kun potilaat saavat tietoa ennen leikkausta. Juuri se, että turhat pelot jää pois ja potilaat toipuvat nopeammin. Asianmukainen tiedon antaminen helpottaa leikkaukseen sopeutumista ja vapauttaa voimavaroja itse toipumiseen. Itse halusin kovasti antaa tukea ja ohjausta perheelle, tiedon antamisessa näin perheen sellaisena kolmiomallina, joita kaikkia tuli tukea. Lapselle tulee antaa sellaista tukea, mitä lapsi tarvitsee, keskustelua lapsen tasolla. Äidille asiallisempaa informaatioita, mutta myös keskustelemalla, joka antaa tukea ja voimia. Tähän minä pyrin käytännön jaksolla.” (1)

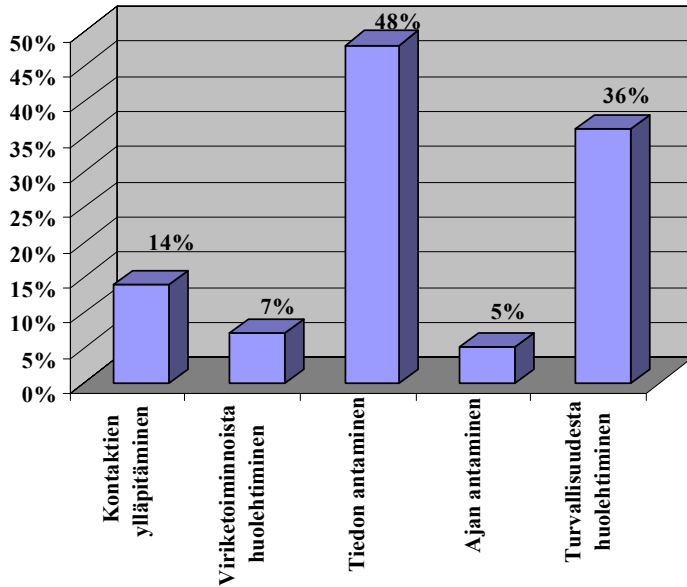
Tiedon antamisesta oli todettavissa yhteys sekä osaston sääntöjä ja normeja sekä hoitotyön tietoperustaa kuvaaviin kategorioihin. Opiskelijat pitivät tärkeänä lääketieteellisen tiedon merkitystä potilaan ohjauksessa. Puolet opiskelijoista koki kuitenkin olevan puutteita lääketieteellisissä tiedoissaan. Sen sijaan hoitotieteellisen tietoperustansa he kokivat hyväksi. Hoitotieteellistä tietoperustaa he arvioivat potilaan kohtaamisen taidoilla, vuorovaikutustaidoilla, opetus- ja ohjaustaidoilla sekä päätöksentekotaidoilla. Opiskelijoiden kuvauksia potilaan ja omaisten tiedonsaannin merkityksestä, omista ohjaustaidoistaan sekä näiden yhteydestä osaston sääntöihin ja normeihin:

”En ole paljon ohjannut potilaita enkä omaisiakaan, kun ei itsekään tiedä asioista. Pitäisi olla aikaa enemmän perehtyä lääketieteellisiin diagnooseihin. Minun olisi pitänyt antaa tietoa epilepsiaa sairastavan pojan omaisille alkoholin käytöstä, mutta en voinut, kun ei ollut tietoa, kun ei ole perehtynyt riittävästi epilepsiaan niin, miten sitä voi ohjata potilasta tai omaisia.” (28)

”...ihan tein niin kuin siellä osastolla tehtiin, niin kuin sanotaan rutiinien mukaisesti. Valmistelin ja ohjasin leikkauspotilasta olemaan syömättä ja juomatta keskiyön jälkeen, ja aamulla käskin käydä suihkussa, vein esilääkkeen ja sanoin, ettei saa nousta sängystä ylös sen jälkeen. En osannut kuitenkaan perustella, miksi. Tein vain niin, kuin hoitajat tekivät, katsoin hoitajilta mallia ja eihän ne perustelleet potilaalle asioita.” (24)

Ohjaus ja tukeminen liittyi pääosin potilaan toimenpiteisiin liittyvään tiedon antamiseen. Ohjauksessa lääketieteellinen tietoperusta koettiin osaksi puutteelliseksi. Potilaan ohjausta ja tukemista kuvaavia lausumia oli koulutuksen puolessavälissä vähemmän kuin koulu-

tuksen alkuvaiheeseen. Ohjausta ja tukemista kuvaavia lausumia oli tunnistettavissa kaikkiaan 136 lausumaa. Näistä lausumista noin puolet kuvasi tiedon antamista, noin kolmasosa turvallisuudesta huolehtimista. Vähiten kuvattiin ajan antamiseen liittyvää ohjausta ja tukemista, toiseksi vähiten viriketoiminnoista huolehtimista ja kolmanneksi vähiten sosiaalisten kontaktien ylläpitämistä. Kuviossa 9 ohjausta ja tukemista kuvaavat lausumat prosentteina koulutuksen puolessävälissä.

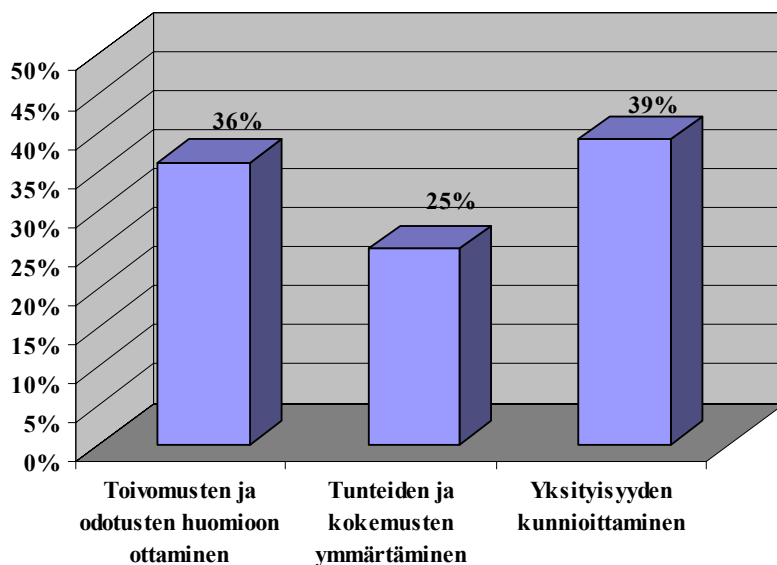


Kuvio 9. Ohjausta ja tukemista kuvaavat lausumat koulutuksen puolessävälissä. N=136 lausumaa.

Yhteistoimintaa kuvaavissa kategorioissa ei ollut määrällisesti todettavissa muutosta koulutuksen alkuvaiheesta koulutuksen puoleenväliin. Sen sijaan potilaan huomioon ottaminen oli vähäistä koulutuksen alkuvaiheeseen verrattuna. Kuitenkin sisällöllisesti tarkasteltuna yhteistoimintaa kuvaavissa lausumissa opiskelijat luonnehtivat tarkastelevansa potilaan hoitotyön tarpeita kokonaisvaltaisemmin kuin koulutuksen alkuvaiheessa. Tämä ilmeni perheen huomioon ottamisena potilaan hoidon eri vaiheissa. Perhe nähtiin osana potilaan hoitoa ja sen tukemista. Sisällöllisesti yhteistoimintaa kuvaavista lausumista oli löydettävissä yhteys hoitotyötä ohjaaviin tekijöihin, jotka kuvasivat yhteisymmärrystä hoitotyön tavoitteista. Opiskelijan kuvaus yhteisymmärryksen merkityksestä hoitotyössä:

”Minulla on sellainen kokonaiskuvan hahmottaminen hoidossa kehittynyt koulutuksen myötä huomattavasti. Osaan huomioida enemmän asioita, ottaa potilaan ja perheen mukaan. Ei tuijota vain yhteen asiaan, koko perhe on tärkeä, ei vain se potilas. Ennen tuijotti vain siihen toimenpiteeseen, ettei osannut huomioida mitään muuta. Nyt pystyy paremmin ymmärtämään perheenkin näkökulmaa. Tärkeintä on se potilaan ja perheen hyvä olo.” (9)

Yhteistoimintaa kuvaavien lausumien määrä oli huomattavasti vähäisempää kuin koulutuksen alkuvaiheessa. Koulutuksen alkuvaiheessa oli yhteistoimintaa kuvaavia lausumia 129 ja koulutuksen puolessavälissä lausumia oli 59. Näistä yksityisyyden kunnioittamista kuvaavia lausumia oli eniten, toiseksi eniten toivomusten ja odotusten huomioon ottamista kuvaavia lausumia ja vähiten tunteiden ja kokemusten ymmärtämistä kuvaavia lausumia. Kuviossa 10 esitetään yhteistoimintaa kuvaavat lausumat prosentteina koulutuksen puolessavälissä.



Kuvio 10. Yhteistoimintaa kuvaavat lausumat koulutuksen puolessavälissä. N=59 lausumaa.

5.3.2 Hoitotyön näkemys ja siihen yhteydessä olevat tekijät koulutuksen loppuvaiheessa

Koulutuksen loppuvaiheessa opiskelijat suorittivat käytännön harjoittelujaksoa lääketieteen eri erikoisaloilla (liite 6, käytännön harjoittelujakson tavoitteet). Harjoittelujakson tavoitteissa korostui kokonaisvaltainen näkemys työyksikön hallinnosta ja potilaan kokonaisvaltaisesta hoitamisesta.

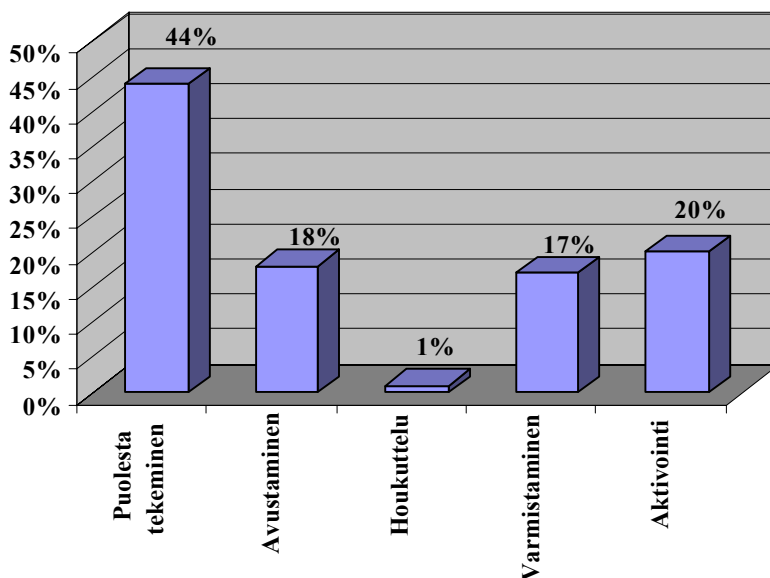
Hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavien kategorioiden määrä muuttui koulutuksen puolestavälisestä koulutuksen loppuvaiheeseen siten, että auttamiseen liittyvistä kategorioidista pakottamista kuvaavia lausumia ei ollut lainkaan havaittavissa. Hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavien kategorioiden sisällöissä tapahtui muutosta siten, että auttamista kuvaavien kategorioiden sisältämät lausumien lausumat kasvoivat merkittävimmiten koulutuksen alkuvaiheesta ja koulutuksen loppuvaiheeseen. Niiden määrä kohosi koko koulutuksen ajan. Ohjaukseen ja tukemiseen sisältyvistä alakategorioidista virikkeistä huolehti-

misen sisältöä kuvaavia lausumia ei ollut löydettävissä. Ohjausta ja tukemista kuvaavien lausumien määrä väheni koulutuksen puolestavälisestä loppuvaiheesta. Yhteistoimintaa kuvaavien kategorioiden määrä pysyi samana koko koulutuksen ajan. Ainoastaan kategorioiden sisällöissä tapahtui muutosta siten, että yhteistoimintaa kuvaavien lausumien määrä väheni koko koulutuksen ajan.

Auttaminen potilaan selviytymisen tukemisessa korostui koulutuksen loppuvaiheessa. Auttamista kuvaavat hoitotyön toiminnot olivat yhteydessä osaston sääntöihin ja normeihin. Opiskelijoiden hoitotyötä ohjasivat enenevässä määrin osaston toimintamalli ja hoitajien antamat ohjeet. Opiskelijat korostivat käytännön ohjaajan roolia hoitotyön ohjaajana ja mallina. He kokivat perushoittoon liittyvät hoitotieteelliset tietonsa hyväksi, mutta kokivat vaikeutena tietonsa soveltamisen käytännössä. Opiskelijat toivoivat opettajan roolin olevan teorian ja käytännön integroinnin tukijana harjoittelujaksolla. Opiskelijan kuvaus potilaan perushoittoon liittyvistä toiminnoista, jotka olivat yhteydessä osaston sääntöihin ja normeihin:

”Sairaanhoitaja neuvoi minua ja antoi ohjeita potilaan perushoittoon liittyvissä toiminnoista. Me käytiin sairaanhoitajan kanssa läpi hoitotilanne ja hän selvitti perusteellisesti, miten missäkin tilanteessa toimitaan. Minun piti nojautua sairaanhoitajan tietoihin, vaikka minulla oli paperit edessä ja näin mitä siinä luki, en uskaltanut mennä hoitotoimiin itsekseni, vaikka ne oli tiettyjä rutiineja. Minä tein puhtaasti osaston mallin mukaisesti ja sen hoitajan, joka oli minun ohjaajani. Minulla vain oli sellainen kuva, että kaikki oli sellaisessa putkessa, että minä kiinnitin huomioita vain siihen, mitä tein. Mielestäni minulla on hyvä hoitotieteellinen tieto, mutta en pystynyt käyttämään oppimaani tietoa hyväksi....opettajien tulisi enemmän ohjata teorian yhdistämistä käytäntöön...” (2)

Auttamisen menetelmiä kuvaavia lausumia oli tunnistettavissa kaikkiaan 372 koulutuksen loppuvaiheessa. Näistä auttamista kuvaavia lausumia oli 226, ohjausta ja tukemista 102 ja yhteistoimintaa kuvaavia lausumia 44. Auttamista kuvaavat lausumat (226) jakaantuivat siten, että puolesta tekemistä kuvaavia lausumia oli eniten, lähes puolet lausumista. Aktiivointia kuvattiin toiseksi eniten ja seuraavaksi avustamista ja varmistamista melkein saman verran. Houkuttelua kuvaavia lausumia oli vain muutama. Kuviossa 11 esitetään auttamista kuvaavat lausumat prosentteina koulutuksen loppuvaiheessa.

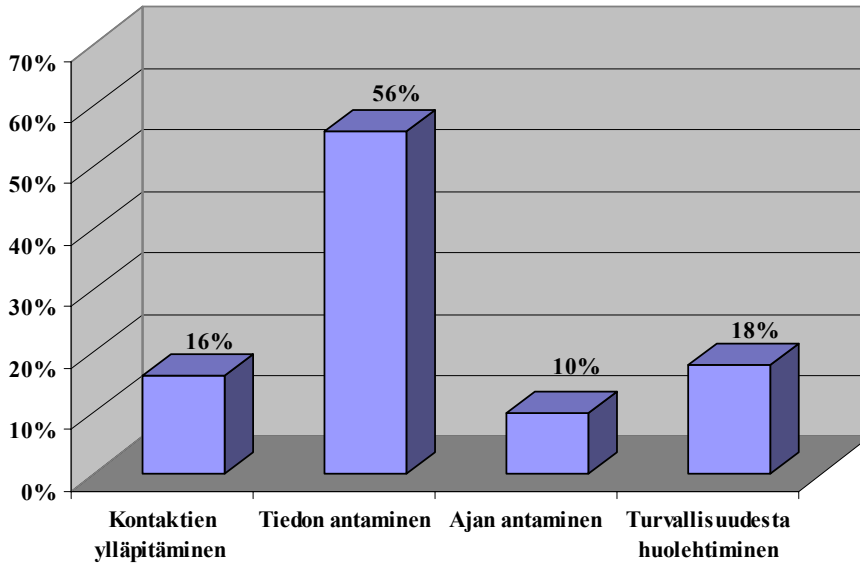


Kuvio 11. Auttamista kuvaavat lausumat koulutuksen loppuvaiheessa. N=226 lausumaa.

Ohjausta ja tukemista kuvaavista auttamismenetelmistä opiskelijat pitivät tiedon antamista tärkeänä potilaan selviytymisen tukemisessa myös koulutuksen loppuvaiheessa. Ohjaus ja tukeminen oli yhteydessä hoitotyön tietoperustaan. Opiskelijat, jotka arvioivat opetuksellisten ja ohjauksellisten taitojensa sekä vuorovaikutustaitonsa kehittyneen, ja perustelivat arviotaan vahvalla hoitotyön tietoperustalla. Toisaalta he kokivat edelleen ongelmana lääketieteellisen tietoperustansa puutteellisuuden, jolla katsoivat olevan merkitystä tiedon antamiselle potilaan hoitoon liittyvässä ohjauksessa. Ohjauksesta ja tukemisesta oli löydettävissä yhteys tietoperustaan siltä osin, että opiskelijat ohjasivat potilaita erilaisiin hoitotoimenpiteisiin koulutuksen loppuvaiheessa. Opiskelijan näkemys opetukseen ja tukemiseen liittyvien taitojen yhteydestä tietoperustaan:

”Minun mielestäni se potilaan hoito ja ohjaus nojautui lääketieteeseen, hoidon tarpeen määrittely lähti lääketieteestä, eikä niitä tavoitteita etukäteen mietitty. Hoitotyö oli sitä lääkärin määräysten toteuttamista. Pää tavoite oli kait se, että potilas selviytyy tietyissä olosuhteissa sairautensa kanssa. Minulla on mielestäni hyvä vuorovaikutustaidot sekä opetus- ja ohjaustaidot, mutta potilaan ohjaamisessa koin vaikeuksia, koska lääketieteellistä tietoa olisi pitänyt olla enemmän.”
(17)

Ohjausta ja tukemista kuvaavia lausumia koulutuksen loppuvaiheessa oli todettavissa 102, joista tiedon antamista kuvattiin eniten. Tiedon antamista kuvaavia lausumia oli yli puolet ohjausta ja tukemista kuvaavista lausumista. Toiseksi eniten oli turvallisuudesta huolehtimista kuvaavia lausumia ja melkein saman verran kontaktien ylläpitämistä kuvaavia lausumia. Ajan antamista kuvaavia lausumia oli vähiten. Kuviossa 12 esitetään ohjausta ja tukemista kuvaavat lausumat prosentteina koulutuksen loppuvaiheessa.

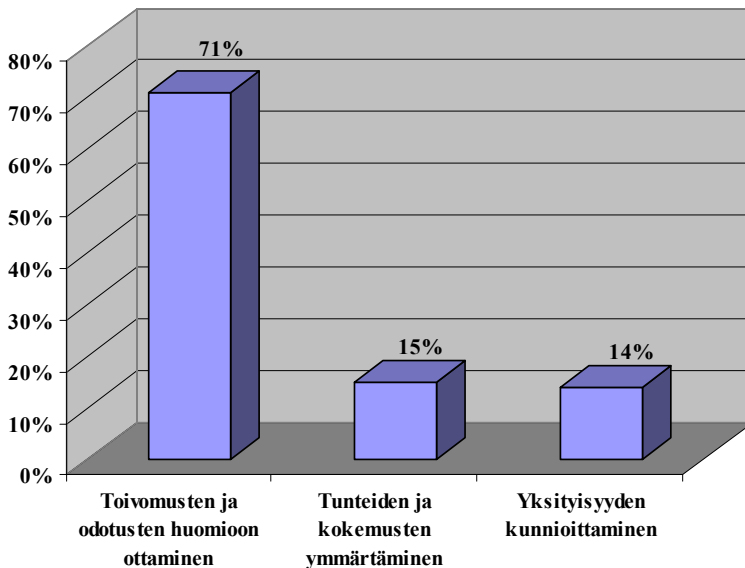


Kuvio 12. Ohjausta ja tukemista kuvaavat lausumat koulutuksen loppuvaiheessa. N=102 lausumaa.

Yhteistoiminta potilaan ja opiskelijan välillä oli vähäistä koulutuksen loppuvaiheessa. Opiskelijat, joiden hoitotyö perustui yhteistoimintaan, kuvasivat hoitotyön muuttuneen potilaslähtöiseksi. He luonnehtivat ottavansa potilaan tarpeet huomioon kokonaisvaltaisesti. Yhteistoiminnan kuvauksista oli todettavissa yhteys sekä hoitotyön tietoperustaan että yhteisymmärrykseen hoitotyön tavoitteista. Opiskelija kuvaus potilaan kokonaisvaltaisesta hoitamisesta, josta oli tunnistettavissa yhteys yksityisyyden kunnioittamiseen ja hoitotyön tietoperustaan:

”Nyt pystyy huomioiman potilaan eri osa-alueet laaja-alaisemmin, kun on tietoperusta kasvanut. Sitä katsoo enemmän tilanteita kokonaisvaltaisesti, ei ole niin tehtäväkeskeinen, kuin koulutuksen alussa. Pidin tärkeänä hoitotyön tavoitteena, että potilaalla hyvä ihmisarvoinen elämä, jota kunnioitetaan hoitamisessa.”(30)

Yhteistoimintaan liittyviä hoitotyötä kuvaavia lausumia koulutuksen loppuvaiheessa oli tunnistettavissa 44. Näistä lausumista yli kaksi kolmasosaa kohdistui potilaan toiveiden ja odotusten huomioon ottamiseen hoitotyössä. Lausumista loput kuvasivat tunteiden ja kokemusten ymmärtämistä sekä yksityisyyden kunnioittamista hoitotyössä. Yhteistoimintaa kuvaavat lausumat vähentyivät koulutuksen alkuvaiheesta koulutuksen puoleenväliin ja edelleen koulutuksen loppuvaiheeseen. Kuviossa 13 havainnollistetaan yhteistoimintaa kuvaavat prosentteina koulutuksen loppuvaiheessa.



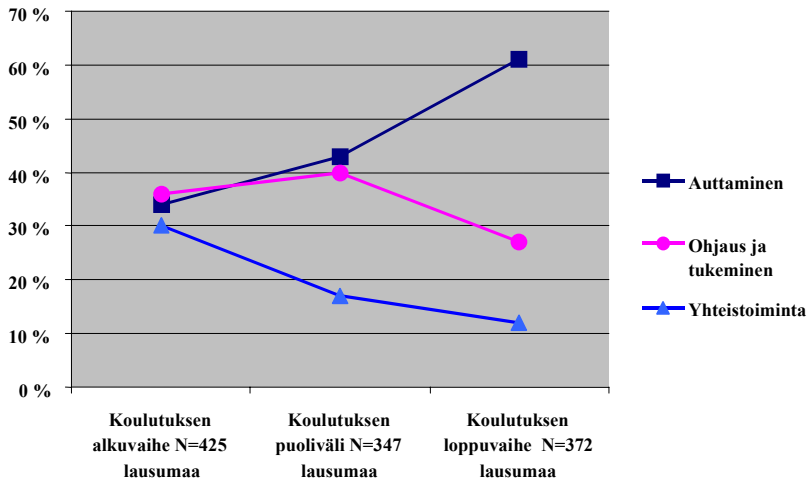
Kuvio 13. Yhteistoimintaa kuvaavat lausumat koulutuksen loppuvaiheessa. N=44 lausumaa.

5.3.3 Hoitotyön näkemyksen muotoutumista kuvaavien auttamismenetelmien vertailu koulutuksen eri vaiheissa

Opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumista on kuvattu hoitotyön auttamismenetelmien ja niihin yhteydessä olevien tekijöiden kautta, koska opiskelijat kuvasivat hoitotyön toimintaansa auttamismenetelmien ja niitä ohjaavien tekijöiden kautta. Rauste-von Wrigtin ja von Wrigtin (1994) mukaan näkemys muotoutuu yksilölle suureksi osaksi oman käytännön toiminnan tuloksena hänen joko tietoisesti tai tiedostamattaan prosessoidessa toimintaansa. Auttamismenetelmät muotoutuivat auttamisesta, ohjauksesta ja tukemisesta sekä yhteistoiminnasta. Hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen yhteydessä olevat tekijät liittyivät hoitotyötä ohjaaviin tekijöihin, jotka sisälsivät osaston säännöt ja normit, hoitotyön tietoperustan ja opiskelijan oman sisäisen näkemyksen hoitotyöstä sekä yhteisymmärryksen hoitotyön tavoitteessa. Näistä oli tunnistettavissa kolme erityyppistä hoitotyön toimintamuotoa, jotka nimettiin normatiiviseksi, itsenäiseksi ja yhteistoiminnalliseksi sen mukaan, miten opiskelija toimi hoitotyössä ja mikä ohjasi hoitotyötä.

Hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavia lausumia oli kaikkiaan 1144, joista koulutuksen alkuvaiheessa oli 425 lausumaa, koulutuksen puolessavälissä 347 lausumaa ja koulutuksen loppuvaiheessa 372 lausumaa. Auttamismenetelmiä kuvaavien lausumien sisällöissä oli tunnistettavissa muutosta sen mukaan, miten hoitotyötä toteutettiin ja mihin auttamismenetelmät kohdistuivat koulutuksen eri vaiheissa. Koulutuksen alkuvaiheessa auttamismenetelmiä kuvaavia lausumia, auttaminen, ohjaus ja tukeminen sekä yhteistoimin-

ta oli määrällisesti melko tasaisesti. Koulutuksen edetessä auttamista kuvaavien lausumien määrä muuttui huomattavasti korkeammaksi verrattuna muihin auttamismenetelmiin. Kuviossa 14 esitetään vertailua hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavista lausumista koulutuksen eri vaiheissa.



Kuvio 14. Hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavat lausumat koulutuksen eri vaiheissa. N=1144.

Koulutuksen alkuvaiheessa vanhusten käytännön harjoittelujaksolla opiskelijat luonnehtivat hoitotyötä kokonaisvaltaisemmin kuin koulutuksen edetessä. Hoitotyön näkemystä kuvaavia auttamismenetelmiä, auttamista, ohjausta ja tukemista sekä yhteistoimintaa kuvaavia lausumia oli määrällisesti suhteessa lähes saman verran. Hoitotyö kohdistui potilaan fyysisistä perustoinnista huolehtimisen, sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen sekä potilaan toiveiden ja odotusten huomioon ottamiseen. Koulutuksen puolellavälissä sisätautien ja kirurgian käytännön harjoittelujaksolla auttaminen sekä ohjaus ja tukeminen auttamismenetelmänä korostuivat opiskelijoiden hoitotyön toiminnoissa, sen sijaan yhteistoiminta jäi vähäiseksi. Koulutuksen puolellavälissä potilaan ohjausta ja tukemista kuvaavista lausumista oli 48 % kohdistui tiedon antamiseen.

Koulutuksen loppuvaiheessa eri lääketieteen erikoisaloilla auttamismenetelmät kohdistuivat pääosin potilaan fyysisiin perustarpeisiin vastaamiseen. Auttamismenetelmiä kuvaavista lausumista noin kaksi kolmasosaa (61 %) kuvasi auttamista. Ohjausta ja tukemista sekä yhteistoimintaa kuvaavia lausumia oli noin kolmannes. Auttamista kuvaavien lausumien määrä kasvoi koulutuksen edetessä koko ajan, kun taas yhteistoimintaa kuvaavien lausumien määrä väheni koko ajan koulutuksen edetessä. Myös ohjaus ja tukeminen hoitotyön auttamismenetelmänä menetti merkitystään koulutuksen puolellavälissä sen loppuvaiheeseen.

Koulutuksen alkuvaiheessa opiskelijan hoitotyö perustui yhteistoiminnallisuuteen, mutta koulutuksen edetessä yhteistoiminnallisuus muuttui normatiiviseksi. Potilaan toi-

veiden ja odotusten, tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen sekä yksityisyyden kunnioittaminen menetti merkitystään hoitotyötä ohjaavana tekijänä koulutuksen loppuvaiheessa. Koulutuksen puolessavälissä opiskelijan itsenäisyys oli vahvimmillaan. Hoitotyötä ohjasi tietoperusta ja oma sisäinen näkemys. Hoitotyö kohdistui sosiaalisista suhteista huolehtimiseen. Koulutuksen edetessä opiskelijan hoitotyö muuttui enenevässä määrin normatiiviseksi. Hoitotyötä ohjaavaksi tekijäksi muodostuivat yhä tiiviimmin osaston säännöt ja normit ja hoitotyö kohdistui potilaan fyysisistä perustarpeista huolehtimiseen.

5.4 Hoitotyön näkemyksen muotoutumista kuvaileva malli

Tämän aineiston tutkimustiedon perusteella muodostettiin hoitotyön näkemyksen muotoutumista kuvaileva malli (kuvio 15). Tässä mallilla tarkoitetaan esiteoriaa, jossa kuvataan mallin käsitteitä ja niiden välisiä suhteita. Mallin edelleen kehittäminen edellyttää käsitteiden täsmentämistä ja mallin testaamista. Hoitotyön näkemys muotoutui auttamismenetelmistä sekä niihin yhteydessä olevista tekijöistä. Auttamismenetelmät sisältävät auttamisen, ohjauksen ja tukemisen sekä yhteistoiminnan, joilla tuettiin potilasta päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä. Hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen yhteydessä olevat tekijät sisältävät hoitotyötä ohjaavat tekijät, osaston säännöt ja normit, hoitotyön tietoperustan ja opiskelijan oman sisäisen näkemyksen hoitotyöstä sekä yhteisymmärryksen hoitotyön tavoitteista. Hoitotyön näkemystä ohjaavat tekijät olivat yhteydessä toimintaan samanaikaisesti vaikuttaviin tekijöihin, jotka ilmenivät eritasoisena vastuuna ja päätöksentekona sekä opiskelijan roolina.

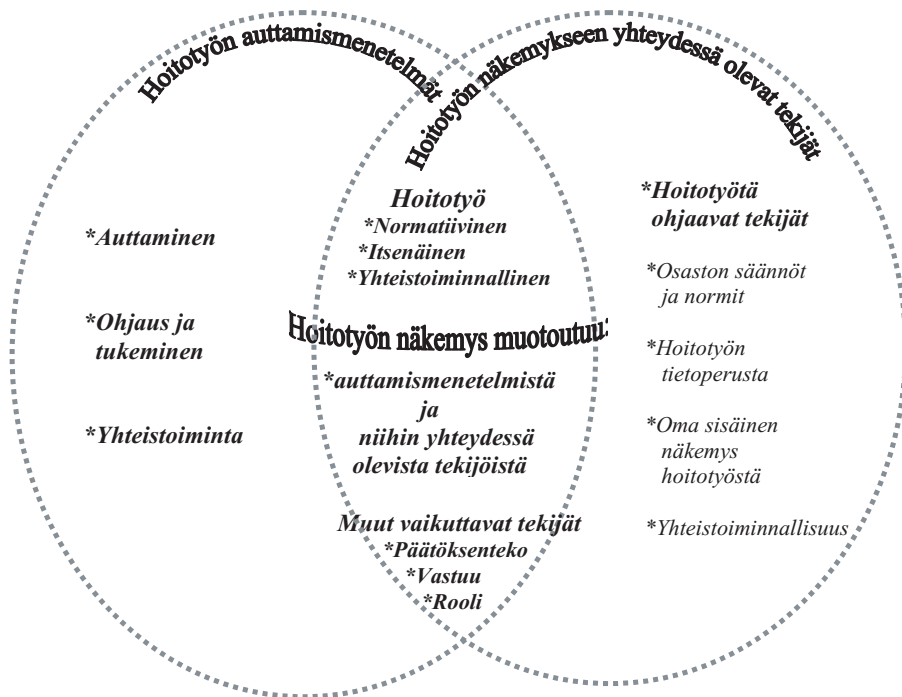
Näistä hoitotyön näkemystä kuvaavista auttamismenetelmistä ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä oli tunnistettavissa kolme erilaista toimintamuotoa sen mukaan, mikä oli opiskelijan suhde hoitotyöhön. Suhde hoitotyöhön muodostui joko normatiiviseksi, itsenäiseksi tai yhteistoiminnalliseksi sen mukaan, miten toimittiin hoitotyössä ja mitkä tekijät ohjasivat toimintaa sekä miten potilas osallistui hoitonsa toteutukseen. Nämä hoitotyön toimintamuodot eivät ole toisiaan pois sulkevia, vaan toisiaan täydentäviä siten, että itsenäisyyttä kuvaava hoitotyö voi sisältää normatiivista toimintaa. Edelleen yhteistoiminnallisuutta kuvaava hoitotyö voi sisältää myös itsenäistä ja normatiivista toimintaa.

Normatiivinen hoitotyö perustuu osaston hierarkkiseen vastuuseen ja autoritääriseen päätöksentekoon, jota ohjaavat osaston säännöt ja normit eivätkä potilaan yksilölliset tarpeet. Hoitotyötä toteutetaan osaston ohjeiden ja normien mukaisesti. Toiminta perustuu päivittäisten toimintojen ylläpitämiseen ja kohdistuu potilaan päivittäisistä fyysisistä perustarpeista huolehtimiseen. Potilas on passiivinen hoitoonsa osallistuja ja opiskelija passiivinen hoitotyön toimija, joka ei kyseenalaista osaston tai omaa toimintaansa.

Itsenäisesti toimivan opiskelijan hoitotyö perustuu asiantuntijavastuuseen ja systemaattiseen päätöksentekoon. Hoitotyötä ohjaavat tieteellinen tieto ja oma sisäinen näkemys hoitamisesta. Itsenäisesti toimivalle opiskelijalle on ominaista, että hän on aktiivinen, ottaa vastuun potilaan hoidosta ja tekee päätökset potilaan hoidon tarpeista, tavoitteista ja niihin käytettävistä auttamismenetelmistä omasta näkökulmastaan, perustellen niitä omaksumallaan tiedolla tai omalla sisäisellä näkemyksellään. Hoitotyössä korostuu poti-

laan ohjaus ja tukeminen, joka kohdistuu potilaan päivittäisistä fyysisistä perustoiminnoista selviytymiseen sekä sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen.

Yhteistoiminnallinen hoitotyö perustuu yhteisvastuuseen ja yhteiseen päätöksentekoon hoitotyön toiminnoissa, jota ohjaavat yhteisymmärrys hoidon tavoitteista ja tarpeista. Hoidon lähtökohdiana ovat potilaan hyvään oloon liittyvät toiveet ja odotukset, tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen sekä potilaan kunnioittaminen. Hoitotyö perustuu potilaslähtöiseen ja kokonaisvaltaiseen potilaan huomioon ottamiseen. Potilas on aktiivinen ja tasa-vertainen hoitoonsa osallistuja. Kuviossa 15. esitetään hoitotyön näkemyksen muotoutumista kuvaileva malli.



Kuvio 15. Hoitotyön näkemyksen muotoutumista kuvaileva malli.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan koko tutkimusprosessin tutkimusaineiston, tutkimusanalyysin sekä tulosten esittämisen näkökulmasta. Luotettavuuden kohteena on todellisuuden kuvaaminen sellaisena, kuin se on tutkimustilanteessa esiintynyt. Tutkimusaineiston keruu ja analyysi ovat merkittäviä tekijöitä laadullisessa tutkimuksessa. (Lincoln & Guba 1985, Patton 1990, Sandelowski 1986, 1993, Tynjälä 1991, Foster 1997, Johnson 1997, Eskola & Suoranta 1998.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa Lincolnin ja Guban (1985) mukaan tutkijan on vastattava neljään kriteeriin. Ne ovat seuraavat: 1) totuusarvo, jonka tarkoituksena on ilmaista, kuinka saavutetaan luotettavuus tietyn tutkimuksen tulosten todellisuudesta 2) sovellettavuus, se, kuinka sovellettavia tulokset ovat toiseen asetelmaan tai toiseen ryhmään 3) pysyvyys tarkoittaa, että kuinka voidaan olla varmoja siitä, että tulokset ovat samat, jos tutkimus toistettaisiin samoille tai samanlaisille yksilöille samoissa tai samanlaisissa tilanteissa ja 4) neutraalisuus, joka määrittää, kuinka varmaa on, että tulokset ovat vastaajista, tilanteista ja konteksteista johtuvia eivätkä tutkijan motivaation, intressien ja perspektiivien ohjaamia. (Lincoln & Guba 1985, Sandelowski 1986, Tynjälä 1991, Johnson 1997.) Näihin kysymyksiin saadaan vastaus kvalitatiivisessa tutkimuksessa Lincolnin ja Guban (1985) mukaan uskottavuudella, vastaavuudella, siirrettävyydellä ja vahvistettavuudella. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan tutkimusaineiston, tutkimusmetodin ja tuotetun mallin luotettavuutta edellä mainittujen kriteereiden pohjalta.

6.1.1 Aineistonäkökulma

Tutkimusaineiston luotettavuutta voidaan tarkastella siitä näkökulmasta, miten hyvin tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön ja miten luottamukselliset suhteet hän on pystynyt luomaan tiedonantajien kanssa. (Lincoln & Guba 1985, Sandelowski 1986, 1995, Patton 1990, Eskola & Suoranta 1998.) Tällöin kiinnitetään huomio tutkijan ja tiedonantajien

suhteisiin, koska tutkija on riippuvainen tiedonantajien informaatioista saadakseen luotettavaa tietoa tiedonantajilta (Fowler 1988, Sandelowski 1993). Tässä tutkimuksessa tutkija työskenteli samassa oppilaitoksessa, kuin opiskelijat, jotka toimivat tiedonantajina. Tutkija myös opetti tutkimukseen osallistuville tiedonantajille yhden hoitotyön peruskurssin koulutuksen alkuvaiheessa sekä ammatti- ja syventävien opintojen vaiheessa kaksi tutkimuskurssia. Järvisen (1990) mukaan tämä saattaa ohjata tutkittavien tiedonantoa johonkin haluttuun suuntaan, koska tutkittavat voivat yrittää miellyttää tutkijaa tai eivät uskalla tuoda kaikkia haluamiaan näkökulmia esille. Tämän tutkimuksen aikana ei ollut havaittavissa tähän viittaavaa, mutta aina on olemassa mahdollisuus, ettei opiskelija ilmaise kaikkia haluamiaan näkökulmia opettajalle. Tältä osin aineiston luotettavuutta olisi voinut lisätä, jos tutkijalla olisi ollut mahdollisuus mennä havainnoimaan hoitotilanteita opiskelijoiden harjoittelujaksoille. Tällöin olisi voitu tarkastella opiskelijoiden esseitä ja haastatteluja suhteessa havainnointiin. Toisaalta opiskelijat kertoivat kyllä hyvin vapaasti sekä positiivisia että negatiivisia näkemyksiään hoitotyöstä, siitä, kuinka he olivat toimineet käytännössä, sekä nostivat esille hyvin arkaluonteisiakin asioita. Luotettavuutta lisäävänä tekijänä voidaan pitää myös sitä, että opiskelijat suostuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen ja jaksoivat olla mukana koko koulutuksen ajan lukuun ottamatta niitä opiskelijoita, jotka vaihtoivat oppilaitosta. Lisäksi opiskelijat olivat kiinnostuneita näkemään ja kuulemaan tuloksia analyysin eri vaiheissa.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston *riittävyden* osoittaa saturaatio. (Strauss & Corbin 1990, 1998, Isola 1998). Tässä tutkimuksessa otettiin aineistoon aluksi yksi ryhmä opiskelijoita. Tämän ensimmäisen ryhmän aineiston analyysin jälkeen päädyttiin ottamaan toinen ryhmä opiskelijoita, koska ajateltiin, että toisen ryhmän mukaanotto saattaisi tuoda uutta näkökulmaa tuloksiin. Lisäys ei kuitenkaan tuonut oleellisesti uutta tietoa. Toisaalta toisen ryhmän mukaan ottamisella voi olla vaikutusta tutkimusaineiston luotettavuuteen, siinä mielessä, että toisen ryhmän opiskelijat ehkä osasivat paremmin valmentautua sekä esseen kirjoittamiseen että haastatteluihin. Heillä oli ehkä tietoa, mitä ensimmäisen ryhmän opiskelijoilta kysyttiin haastatteluissa ja näin toisen ryhmän opiskelijat pystyivät ehkä paremmin valmentautumaan haastatteluihin kuin ensimmäisen ryhmän opiskelijat. Lisäksi tutkijalla oli valmiuksia haastatella toisen ryhmän opiskelijoita paremmin kuin ensimmäisen ryhmän opiskelijoita, koska oli alustavia tuloksia ensimmäisen ryhmän aineistosta. Vaarana tässä taas voi olla, että ensimmäisen ryhmän aineiston tulokset johdattelivat tutkijaa haastatteluissa.

Vahvistamista kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuudessa voidaan lisätä triangulaation avulla. Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistotriangulaatiota ja aikatriangulaatiota. (Lincoln & Guba 1985, Patton 1990, Tynjälä 1991, Begley 1996a,b, Foster 1997, Eskola & Suoranta 1998, Leino-Kilpi 1998.) Aineistotriangulaatio toteutui keräämällä aineisto esseinä ja haastatteluina. Aineistoksi kertyi kaikkiaan 806 sivua (A4) haastatteluja ja 648 sivua (A4) esseitä kolmesta eri aineistonkeruusta. Näin voitiin tarkastella aineiston paikansäilyvyyttä useammasta eri näkökulmasta ja haastattelussa pystyttiin syventämään hoitotyön näkemystä esseestä saadusta tiedosta. Tutkimustulosten vahvistamista pyrittiin osoittamaan myös nauhoittamalla haastattelut, jotta mitään oleellista ei jää analyysin ulkopuolelle. (Chenitz & Swanson 1986, Strauss & Corbin 1990, Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994, Begley 1996a,b, Benoliel 1996, Miller & Fredericks 1999). Ongelmaksi tässä muodostui alkuperäisaineiston runsaus. Siitä oli ajoittain todella vaikea hahmottaa olennaiset ilmiöt sekä saada analyysi loogisesti eteneväksi. Tällöin vaarana aineis-

ton analysoinnissa voi olla se, että jotakin merkityksellistä voi jäädä analyysin ulkopuolelle. (vrt. Lincoln & Cuba 1985, Järvinen 1990, Patton 1990.)

Aikatriangulaatiota (longitudinal study) toteutui keräämällä aineiston pitkittäisasetelmana kolmessa eri vaiheessa samoilta opiskelijoilta (Cohen & Manion 1985, Miller & Fredericks 1999.) Tällöin voitiin seurata opiskelijoiden hoitotyön näkemysten muotoutumista syvällisemmin ja laajemmin toisen ja kolmannen aineiston keruun tuloksista ja niiden muutoksista. Toisaalta aikatriangulaationa aineistonkeruu ja analyysi voivat ohjata liian rajattujen johtopäätösten tekemiseen, koska tutkijaa voi ohjata edellinen aineisto. (Sandelowski 1986, Miller & Fredericks 1999.) Myös tässä on mahdollisuus, että edellisen aineiston analyysi on ohjannut tutkijaa kategorioiden muodostamisessa, vaikka tällainen mahdollisuus on tunnustettu. Toisaalta taas eri vaiheiden aineistojen analysoinnissa oli tunnistettavissa uusia kategorioita, osa kategorioista jäi pois ja kategorioiden sisältö muuttui, joten edellinen aineisto ei ainakaan täysin ole ohjannut seuraavan vaiheen analyysiä.

Aikatriangulaation ongelmana voi olla, että aineiston keruuseen ja tuloksiin pitkällä aikavälillä voivat vaikuttaa oppimisessa ja opettamisessa erilaiset väliin tulevat muuttujat, joita ei pystytä ottamaan huomioon aineistoa analysoidessa. Yksi mahdollisuus olisi voinut olla, että aineisto olisi kerätty samanaikaisesti opintojen eri vaiheissa olevilta ryhmiltä, mutta ongelmaksi tässä taas olisi voinut tulla, että opiskelijat suorittivat opintoja eri opetussuunnitelmien mukaan. Lisäksi tutkittavilla oli koekäytössä kehitteillä oleva opetussuunnitelma, joka muodostui laajoista opintokokonaisuuksista aikaisempien pienten kurssien sijasta. Lisäksi opetussuunnitelmassa korostettiin hoitotyön näkökulmaa aikaisemman lääketieteellisesti painottuvan opetussuunnitelman sijasta. Tähän pohjautuen opiskelijoiden opetuksen lähtökohdat olisivat olleet hiukan erilaiset, joka olisi voinut vaikuttaa tuloksiin.

6.1.2 Metodinäkökulma

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella siitä näkökulmasta, miten hyvin metodin avulla pystytään lähestymään tutkittavaa ilmiötä. (Lincoln & Guba 1985, Sandelowski 1986, 1995, Patton 1990, Eskola & Suoranta 1998.) Grounded theory -metodin avulla voidaan luoda uusia teoreettisia käsitteitä, täsmentämään aikaisempia teoreettisia rakenteita sekä määrittelemään ydinkäsitteitä tutkimusongelman alueella. (Strauss & Corbin 1990, 1998.) Metodinäkökulmasta tarkasteltuna Grounded theory -metodi on sopiva ensimmäisen vaiheen aineiston tutkimuksen lähestymistavaksi. Tämän tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kuvataan induktiivisesti opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä heidän itsensä kuvaamana sekä tuotetaan hoitotyön näkemyksen muotoutumista kuvaileva malli. Induktiivisesti muodostetun mallin käsitteistä muodostettiin luokitusrunko aineiston jatkoanalyysia varten, joka tapahtui deduktiivisella sisällönanalyysillä.

Tässä tutkimuksessa käsitteet on muodostettu alkuperäisaineistosta siten, että on pyritty kuvaamaan polku alkuperäisen aineistoon niin selkeästi kuin mahdollista. (Lincoln & Cuba 1985). Ongelmaksi kuitenkin tässä tutkimuksessa muodostui aineiston runsaus,

mistä syystä analyysi oli vaikea saada loogisesti eteneväksi. Aineiston abstrahointi aiheutti ajoittain vaikeuksia, ja aineistoa oli vaikea tiivistää moniulotteisesta aineistosta tiiviiksi tekstiksi (vrt. Lincoln & Cuba 1985, Järvinen 1990, Patton 1990, Tynjälä 1991). Luotettavuutta pyrittiin lisäämään sillä, että aineiston analyysivaiheessa palattiin aina uudelleen alkuperäisdataan, jotta yhteys aineistoon säilyisi mahdollisimman hyvin.

Vastaavuudella Lincoln ja Cuba (1985) tarkoittavat sitä, miten tutkimuksen tuottamat rekonstruktiot tutkittavien todellisuudesta vastaavat alkuperäistä konstruktiota. Keskeistä tällöin on, miten hyvin tutkija pystyy tavoittamaan tutkittavan todellisuuden eli miten hyvin tutkimus vastaa tutkittavaa todellisuutta. Vastaavuus liittyy aineiston analyysiin ja tulosten tulkintaan siitä, kuinka hyvin kategoriat ja käsitteet kuvaavat todellisuutta. (Lincoln & Guba 1985, Sandelowski 1986, Patton 1990, Tynjälä 1991, Miller & Fredericks 1999.) Analyysin aikana vastaavuutta lisättiin palaamalla jatkuvasti alkuperäiseen aineistoon, jotta yhteys muodostuvista kategorioista alkuperäisaineistoon säilyi. Vastaavuutta pyrittiin vahvistamaan viemällä tulokset ensimmäisessä aineiston analyysivaiheessa kaksi kertaa tutkittavien tarkasteltavaksi. Tutkittavat saivat tarkistaa tuloksia ja esittää näkemyksensä siitä, olivatko tulokset luotettavia ja muodostetut kategoriat yhteydessä tutkimusaineistoon. Lisäksi vastaavuutta alkuperäiseen aineistoon on osoitettu esittämällä tutkittavien alkuperäisiä lainauksia haastattelusta ja esseistä, jotka kuvaavat opiskelijoiden hoitotyön toimintaa ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. (vrt. Sandelowski 1986, 1993.) Tämän aineiston analyysissä on pyritty kuvaamaan kaikki sen vaiheet niin tarkasti kuin mahdollista, jotta lukija voi seurata analyysin etenemistä lopullisten kategorioiden muodostamiseen ja arvioida niiden luotettavuutta.

Tutkimustulosten uskottavuutta lisää se, että tutkimustulosten on osoitettu olevan vastaajista, tilanteista ja konteksteista, eikä tutkijan motiiveista, intresseistä tai perspektiivistä lähteviä. Luotettavuus on yhteydessä siihen, mitä tiedonantajat kertovat omista näkemyksistään. Lisäksi luotettavuuteen vaikuttaa tutkijan subjektiivisuus, se, millaisia havaintoja tutkija tekee todellisuudesta ja miten johdonmukaisesti tutkija osoittaa tutkimushavainnot ja tulkinnat alkuperäisestä todellisuudesta. (Lincoln & Cuba 1985, Sandelowski 1986, 1993.) Näihin tavoitteisiin on pyritty tässä tutkimuksessa kuvaamalla analyysi ja tulokset yksityiskohtaisesti, jotta kuvaukset vastaavat hyvin tutkittavien näkemyksiä hoitotyöstä kaikissa kolmessa eri vaiheessa. Lisäksi uskottavuutta on pyritty lisäämään tuomalla mahdollisimman perusteellisesti esille tehdyt ratkaisut tutkimuksen eri vaiheissa. Aineiston ja todellisuuden vastaavuutta pyrittiin lisäämään myös sillä, että aineisto käytiin läpi useaan kertaan aukikirjoittamisen jälkeen, jotta kokonaisuus sisällöstä hahmottui ennen kategorioiden muodostamista. Lisäksi kategoriat nimettiin siten, että niistä on löydettävissä yhteys alkuperäiseen dataan.

Vastaavuutta pyrittiin lisäämään siten, että toinen henkilö, joka teki omaa tutkimustaan, luokitteli ensimmäisen vaiheen aineiston lausumat toiseen kertaan auttamista, ohjausta ja tukemista sekä yhteistoimintaa kuvaavien lausumien osalta. Tulosta verrattiin tutkijan luokitukseen. Lisäksi tämä sama henkilö luokitteli toisen vaiheen aineistosta auttamista ja yhteistoimintaa kuvaavat lausumat toiseen kertaan. Näistä laskettiin yksimielisyyserroin jakamalla yksimielisten lausumien määrä yksimielisten lausumien ja erimielisten lausumien summalla (Polit & Hungler 1999). Luokittelun yksimielisyysarvoksi muodostui ensimmäisessä aineistossa 92 % ja toisessa 95 %. Lisäksi toinen luokittelija perehtyi aineistoon, tarkasteli analyysiä sen eri vaiheissa, vertasi kategorioita alkuperäiseen aineistoon, luki raporttia ja arvioi tutkijan ratkaisuja tuloksiin päätymisestä. Näin

pyrittiin lisäämään vastaavuutta alkuperäisaineistoon. Kolmannen aineiston analyysin jälkeen kaikkien kolmen vaiheen aineiston luokittelu vielä tarkistettiin.

Vahvistettavuudella Lincoln ja Cuba (1985) tarkoittavat erilaisia tekniikoita, joilla varmistetaan tutkimuksen totuusarvosta ja sovellettavuudesta. Vahvistettavuus on yhteydessä tutkimuksen pysyvyyteen, joka tarkoittaa, että toinen henkilö voi seuraamalla tutkimusprosessin ratkaisuja sekä tulkintoja seurata tutkimuksen kulkua ja toistaa sen (Lincoln & Guba 1985, Sandelowski 1986, Patton 1990, Tynjälä 1991, Begley 1996 a,b). Koska laadullisen tutkimuksen aineisto koostuu yksilöiden omista näkemyksistä ja yksilöllisistä kokemuksista, tutkimusta ei voida toistaa täysin samanlaisena, mutta tutkimusprosessin ja siinä tehtyjen ratkaisujen tulisi olla seurattavissa ja toistettavissa. (Sandelowski 1986, 1995).

Vahvistettavuutta lisäävänä tekijänä voidaan pitää analyysitriangulaatiota. Analyysitriangulaatio tarkoittaa, että aineiston analyysissä käytetään useita eri analyysimenetelmiä (Begley 1996a, Leino-Kilpi 1998). Tässä tutkimuksessa ensimmäisen vaiheen aineisto analysoitiin jatkuvan vertailun menetelmällä. Jatkuvan vertailun menetelmällä luoduita käsitteistä muodostettiin analyysirunko, jonka pohjalta aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Analyysirunkoa hyödynnettiin myös toisen ja kolmannen vaiheen deduktiivisessa sisällönanalyysissä. Tällöin toisen ja kolmannen analyysivaiheen aikana palattiin ensimmäisen vaiheen analyysiin ja näin pyrittiin tarkistamaan tehtyjä ratkaisuja luotaessa hoitotyön näkemystä kuvaavia kategorioita. Vahvistettavuutta lisäävänä tekijänä voidaan pitää myös sitä, että esseistä ja haastatteluista saatu aineisto kvantifioitiin auttamismenetelmiä kuvaavista lausumista. Auttamismenetelmiä kuvaavista lausumista laskettiin prosentit ja frekvenssit (vrt. Patton 1990, Polit & Hungler 1999.) Tämä tuki tärkeiden käsitteiden esille nostamista kvalitatiivisesta aineistosta ja selkeytti johtopäätösten tekoa.

Kvalitatiivisen aineiston kvantifioinnista on olemassa näkemyseroja. Esimerkiksi Patton (1990), Burns ja Grove (1997), Polit ja Hungler (1999) eivät näe ristiriitaa siinä, että laadullisin menetelmin analysoitua aineistoa jatketaan kvantifioimalla aineisto. Päinvastoin he toteavat kvantifioinnin tuovan erilaisia näkökulmia laadullisen aineiston tulkintaan (Patton 1990, Burns & Grove 1997). Ongelmaksi muodostuu usein se, että aineistot ovat usein niin pieniä, että niiden kvantifiointi ei välttämättä tuo lisätietoa tai erilaista näkökulmaa tutkimustuloksiin. Pohdittaessa tämän tutkimuksen pitkittäisasetelman merkitystä voisi toisaalta ajatella, että metodisesti pitkittäistutkimus olisi ollut selkeämpi toteuttaa kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Tällöin muutosten vertailu olisi selkeämmin osoitettavissa erilaisten testien avulla.

Tässä tutkimuksessa opiskelijoiden hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavia lausumia oli määrällisesti paljon (1144). Täten kvantifioinnilla auttamismenetelmät voitiin osoittaa hoitotyön näkemyksen muotoutumisen suuntaa ja sisältöjä koulutuksen eri vaiheissa, mikä olisi kvalitatiivisessa tutkimuksessa jäänyt osoittamatta. Jos taas toinen ja kolmas aineisto olisi analysoitu uudelleen Grounded theory -metodin jatkuvan vertailun menetelmällä, aineistosta olisi voinut nousta uusia ulottuvuuksia. Lisäksi Grounded theory -metodin erilaisia variaatioita tutkija olisi ehkä uskaltanut käyttää luovemmin toisen ja kolmannen analyysin aikana, koska metodi antaa mahdollisuuden käyttää erilaisia variaatioita. Tämän tutkimuksen ensimmäisen vaiheen analyysissä Grounded theory metodin jatkuvan vertailun menetelmässä, on pyritty pitäytymään vahvasti Straussin ja Corbinin

(1990, 1998) näkemyksissä, koska Strauss ja Corbin (1990, 1998) esittävät analyysin etenemisen selkeästi.

Tutkimusprosessin eri vaiheissa tavoitteena on tuotu rehellisesti esille tulokset sellaisena, kuin tutkittavat ne esittävät. (Lincoln & Guba 1985, Vehviläinen-Julkunen 1998.) Tässä tutkimuksessa tutkimusprosessin kulku sekä tutkimuksen eri vaiheissa tehdyt ratkaisut on pyritty tuomaan esille mahdollisimman yksityiskohtaisesti, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida tehtyjen ratkaisujen eettisyyttä. Tutkija on pyrkinyt tietoisesti reflektoidaan omia näkemyksiään suhteessa opiskelijoiden näkemyksiin tutkimuksen eri vaiheissa, etteivät tutkijan mahdolliset ennakkokäsitykset opiskelijoiden kuvaamasta hoitotyöstä ohjaisi tuloksia. Kuitenkin tutkijalla on omat näkemyksensä hoitotyöstä ja ne saattavat vaikuttaa tuloksiin, vaikka hän ei niitä itse tiedosta.

Tulosten sovellettavuuden kriteerinä Lincoln ja Guba (1985), Sandelowski (1986), Tynjälä (1991) sekä Miles ja Huberman (1994) pitävät kvalitatiivisessa tutkimuksessa *siirrettävyyttä*. Siirrettävyys liittyy siihen, miten tutkimustulokset ovat sovellettavissa toiseen samanlaiseen kontekstiin. Tämän tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä toiseen kontekstiin tukee osaksi se, että opiskelijoiden hoitotyön näkemystä kuvaavissa kategorioissa ja hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevissa kategorioissa toistuu eri vaiheissa osaksi samoja kategorioita. Näin ollen koulutuksen eri vaiheissa esitettyjä tuloksia voi ainakin osin arvioida olevan siirrettävissä toisiin konteksteihin. Huomioitavaa on, että laadullisessa tutkimuksessa voi jäädä pois jonkun tutkittavan merkittävä lausuma, jolla olisi vaikutusta tuloksiin, koska tuloksissa esitellään pääasiassa tutkimusjoukon hoitotyön näkemyksiä. Kuitenkin tutkimustuloksia tarkastellessa voisi olettaa, että hoitotyön näkemyksiä kuvaavista kategorioista on löydettävissä toisen vastaavan tutkimusjoukon näkemyksiä.

6.1.3 Tuotetun mallin näkökulma

Malli tuotettiin induktiivisesti tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa Grounded theory -metodin avulla. Tuotettua mallia tai teoriaa voidaan tarkastella siitä näkökulmasta, miten kategoriat vastaavat tutkimusaineistoa. Tuotetun mallin tai teorian käsitteitä muodostettaessa analyysiä voidaan pitää luotettavana, jos lukija voi tutkimustuloksia lukiessaan seurata valintoja, joilla tuloksiin on päädytty (Lincoln & Guba 1985, Patton 1990).

Tässä tutkimuksessa malli kuvaa esiteoriaa, jonka käsitejärjestelmää tulee edelleen tarkentaa ja kehittää. Tutkimuksessa tuotetun hoitotyön näkemyksen muotoutumista kuvailevan mallin ja sen sisältävien käsitteiden luotettavuutta voidaan arvioida perehtymällä analyysin eri vaiheisiin ja vertaamalla edellä esitettyjä perusteluja tehtyihin ratkaisuihin tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tämän aineiston analyysissä on pyritty mahdollisimman tarkasti kuvaamaan kaikki ne vaiheet, joiden kautta analyysi lopullisten kategorioiden muodostamiseen eteni. Aineiston aukikirjoittamisen jälkeen aineisto käytiin läpi useaan kertaan, jotta hahmottui kokonaisuus sisällöstä. Kategorioiden muodostamisen yhteydessä aineiston ja mallin muodostumisen yhdenmukaisuutta varmistettiin jatkuvan vertailun analyysillä. Hoitotyön näkemyksen muotoutumista kuvaileva malli hahmottui aksiaalisen koodauksen myötä, jossa induktiivisesti muodostettuja käsitteitä tarkasteltiin 6 C:n koodausparadigman mukaisesti. (Strauss & Corbin 1990, 1998).

Tuotetun mallin tarkoituksena on kuvata tutkittavaa ilmiötä ja tulkita ilmiöön liittyvää toimintaa tuotetun käsitejärjestelmän pohjalta. Keskeistä tässä on, se miten hyvin tutkija on pystynyt tavoittamaan tutkittavan todellisuuden eli miten hyvin malli vastaa tutkittavaa todellisuutta. (Lincoln & Guba 1985, Sandelowski 1986, Patton 1990, Tynjälä 1991, Miller & Fredericks 1999.) Tässä tutkimuksessa on pyritty Grounded theory –metodin avulla osoittamaan kategoriat, jotka kuvaavat sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemystä ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Lisäksi Grounded theory -metodin avulla tarkoituksena on löytää ydinkategoria, jonka ympärille muut kategoriat kietoutuvat. Tutkimuksessa tuotettiin hoitotyön näkemystä kuvaileva ydinkategoria, joka kuvaa hoitotyön auttamismenetelmiä ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Auttamismenetelmät sisälsivät kolme pääkategoriaa, jotka ovat auttaminen, ohjaus ja tukeminen sekä yhteistoiminta. Hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät muotoutuivat hoitotyötä ohjaavista tekijöistä.

Tulosten esittämisessä on keskeistä, että mallin käsitteisiin löytyy yhteys todellisuudesta. Tätä voidaan todentaa tutkimusprosessin selkeydellä sekä riittävän yksityiskohtaisesti esitetyllä polkuanalyysillä, joilla voidaan seurata käsitteiden muodostamista. (Lincoln & Guba 1985, Sandelowski 1986, 1993, Patton 1990, Tynjälä 1991, Foster 1997, Eskola & Suoranta 1998.) Tässä tutkimuksessa esitetyt teoreettiset käsitteet on kuvattu pelkistettynä, mutta niiden luotettavuutta ja mallin yhteyttä alkuperäisaineistoon lukijan tulee pystyä seuraamaan tarkastelemalla tutkimusprosessin eri vaiheissa tehtyjä ratkaisuja pystyäkseen arvioimaan mallin luotettavuutta. Ongelmaksi tämän tutkimuksen mallin muodostamisessa osoittautui aineiston rikkaus, joka aiheutti osin vaikeuksia saada aineisto jäsentyneeksi ja loogiseksi kokonaisuudeksi.

Mallin pohjalta tutkimusta jatkettiin pitkittäistutkimuksena. Tutkimustulosten pohjalta kehitettyä mallia voidaan tarkastella siitä näkökulmasta, miten käsitteet ovat yhteydessä aikaisempiin teorioihin ja malleihin. Tutkimus antaa perustaa hoitotyön näkemysten muotoutumista kuvailevan mallin edelleen kehittämiseksi. Käsitteet edustavat esiteoriaa, jota ei ole testattu. Mallia tulee kehittää edelleen täsmentämällä ja testaamalla sen käsitteitä sekä niiden välisiä suhteita. Mallin käsitteissä on osin yhteneväisyyttä Latvalan (1998) kuvaaman potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön mallin kanssa, jossa kuvataan yhteistoiminnallisia taitoja ja vastuun jakamista potilaan kanssa. Lisäksi mallin käsitteissä on samansuuntaisia piirteitä van Maanen (1979, 1986) esittämän mallin kanssa, jossa kuvataan tehtäväorientoitunutta, tiimiorientoitunutta ja yksilövastuista hoitotyön näkemystä. Edelleen mallin käsitteissä on samansuuntaisia piirteitä Raatikaisen (1992) kuvaaman mallin kanssa, jossa esitetään traditionaalista ja yksilöllisyyttä korostavaa hoitotyön näkemystä.

6.2 Tulosten tarkastelu

6.2.1 Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemys koulutuksen alkuvaiheessa

Hoitotyön näkemyksen muotoutuminen on moninainen ilmiö. Hoitotyön näkemys muotoutuu opiskelijalle oman tietoisien tai tiedostamattoman toiminnan tuloksena. Opiskelija valikoi ja tulkitsee tietojaan, kokemuksiaan ja odotuksiaan suhteessa käytännön hoitotyöhön. Hoitotyön näkemys ilmenee toimintana käytännön hoitotyössä siinä, miten potilasta hoidetaan ja mitkä tekijät ovat yhteydessä toimintaan. Tärkeäksi hoitotyön näkemystä ohjaavaksi tekijäksi tässä tutkimuksessa muodostui konteksti eli käytäntö, jossa hoitotyötä harjoiteltiin. Lisäksi hoitotyön näkemyksen muotoutumista ohjaaviksi tekijöiksi muotoutui tietoperusta, oma sisäinen näkemys hoitotyöstä sekä potilaan ja opiskelijan yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta.

Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemys muotoutui hoitotyön auttamismenetelmistä ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä. Auttamismenetelmät sisälsivät auttamisen, ohjauksen ja tukemisen sekä yhteistoiminnan, joiden avulla tuettiin potilasta päivittäisissä toiminnoissa. Hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät muodostuivat hoitotyötä ohjaavista tekijöistä. Näistä muotoutui kolme erilaista hoitotyön toimintamuotoa. Nämä hoitotyön toimintamuodot nimettiin normatiiviseksi, itsenäiseksi ja yhteistoiminnalliseksi, sen mukaan, miten opiskelija toimi hoitotyössä ja mitkä tekijät ohjasivat hoitotyötä.

Koulutuksen alkuvaiheessa opiskelijat kohtasivat potilaan kokonaisvaltaisesti ottamalla huomioon hänen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeensa. Opetussuunnitelmassa korostetaan ihmisen kohtaamista fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Lisäksi opetussuunnitelman mukaan tavoitteena on, että opiskelija tunnistaa potilaan ja hänen hoitotyönsä tarpeet sekä osaa toteuttaa hoitotyötä suunnitelmiansa mukaisesti yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa. (LTHOL 1995). Tältä osin opetussuunnitelman tavoitteet toteutuivat koulutuksen alkuvaiheessa. Myös Jaroman (2000) ja Kuokkasen (2000) tutkimustulosten mukaan koulutuksen alkuvaiheessa sekä opistotason että ammatikorkeakouluopiskelijoiden hoitotyön näkemys oli kokonaisvaltainen. Tältä osin tuloksissa on yhteneväisyyttä aikaisempien tutkimusten kanssa.

Opetussuunnitelmassa korostetaan hoitotyön prosessimallia hoitotyön jäsentämisessä koulutuksen alkuvaiheessa. (OPH 1992, LTHOL 1995). Sairaanhoidon opiskelijat olivat osaksi sisäistäneet hoitotyön prosessimallin toimintansa perustaksi jo koulutuksen alkuvaiheessa. Hoitotyön prosessimallin on toisaalta nähty selkeyttävän hoitotyön päätöksentekoa ja edistävän hoitotyön autonomiaa (Brigham 1993, Koldejeski 1993). Toisaalta hoitotyön prosessia on kritisoitu siitä, että se etenee loogisesti ja teknistää liikaa hoitotyön toimintaa ja on jopa este opiskelijan kriittiselle ja luovalle ajattelulle (Jones & Brown 1993).

Tässä tutkimuksessa sairaanhoidon opiskelijat ilmaisivat pystyvänsä vastaamaan potilaan psyykkisiin tarpeisiin. He myös ottivat huomioon psyykkisiä tarpeita paremmin koulutuksen alkuvaiheessa kuin koulutuksen edetessä. Samansuuntaisia tuloksia esittävät Aavarinne (1990), Jaroma (2000) ja Kuokkanen (2000), joiden mukaan koulutuksen alku-

vaiheessa opiskelijat huomioivat potilaan psyykkisen tilan tukemista enemmän kuin fyysisen ja sosiaalisen tilan tukemista. Kuokkasen (2000) mukaan ammattikorkeakouluopiskelijat painottivat vielä enemmän fyysisen tilan huomioon ottamista ja olivat enemmän lääketieteellisesti suuntautuneita kuin opistotason opiskelijat. (vrt. Jaroma 2000).

Tämän tutkimuksen mukaan opiskelijoiden ohjaus ja tukeminen potilaan päivittäisten toimintojen tukemisessa perustui heidän saamaansa tietoperustaan sekä omaan sisäiseen näkemykseen hoitotyöstä. Opiskelijat, jotka korostivat potilaan ohjauksen ja tukemisen merkitystä hoitotyössä, kokivat saaneensa hyvän tietoperustan ja pystyvänsä ohjaamaan potilaita perushoittoon liittyvissä toiminnoissa ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä jo koulutuksen alkuvaiheessa. Leino-Kilpi *et al.* (1994) esittävät, että opetukselliset ja ohjaukselliset valmiudet kuuluvat hyvään hoitoon. Täten opiskelijoiden ohjauksellisiin valmiuksiin tulee koulutuksessa kiinnittää yhä enemmän huomiota, jotta mahdollistetaan potilaan hyvä hoito.

Tässä tutkimuksessa opiskelijat korostivat asiantuntijuuden merkitystä potilaan tukemisessa. He pyrkivät tavoittelemaan potilaan luottamusta ja toivoivat, että potilas kokisi olonsa turvalliseksi. Herää ajatus, että millainen näkemys on opiskelijoilla asiantuntijuudesta koulutuksen alkuvaiheessa. Siihen ei tässä tutkimuksessa saatu vastausta. Tältä osin tulokset ovat kuitenkin yhteneväiset potilaiden toiveiden kanssa, joiden mukaan potilaat toivovat ohjaajalta luotettavuutta ja asiantuntijuutta (vrt. Mattila 1998). Vesannon ja Munukan (1996) mukaan opiskelijoiden ammatillinen toiminta ja ammatti-identiteetti kehittyvät potilaan ja opiskelijan välisessä yhteistoiminnassa. Tämän tutkimuksen mukaan koulutuksen alkuvaiheessa opiskelijat pitivät tärkeänä yhteistoimintaa ja yhteisymmärrystä hoitotyön toiminnoissa. Opiskelijat pyrkivät toimimaan potilaan toiveiden ja odotusten mukaisesti hoitotyössä. He kunnioittivat potilaan näkökulmaa ja ottivat huomioon hänet tasavertaisena hoitoonsa vaikuttajana, silloin, kun potilas oli siihen kykenevä (vrt. Laki 785/1992). Latvala (1998) esittää myös, että yhteistoiminnalliset taidot ovat välttämätön ehto potilaslähtöiselle hoitotyölle. Sairaanhoidajan tulee kyetä suuntaamaan toimintansa potilaan tilanteen vaatimalla tavalla. Tältä osin opiskelijoiden yhteistoimintaa kuvaavassa hoitotyössä on yhteneväisiä piirteitä Latvalan (1998) kuvaaman potilaslähtöisen hoitotyön kanssa.

Opiskelijat luonnehtivat vuorovaikutustaitonsa hyväksi ja kokivat pystyvänsä kohtaamaan potilaan kokonaisvaltaisesti käytännön harjoittelujaksolla jo koulutuksen alkuvaiheessa. Myös Solanteen ja Leino-Kilven (1998) tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat arvioivat saaneensa hyvät tiedolliset valmiudet vanhuspotilaan kohtaamiseen koulutuksen aikana. Tältä osin tulokset ovat yhteneväiset Solanteen ja Leino-Kilven tulosten kanssa. Opetussuunnitelman (LTHOL 1995) tavoitteissa korostetaan potilaan kohtaamista ja vuorovaikutustaitojen oppimista koulutuksen alkuvaiheessa. Vuorovaikutustaitoja voidaan pitää perustana hyvälle hoitosuhteelle, joten tältä osin opetussuunnitelman tavoitteet osin toteutuivat opiskelijoiden oppimisessa.

Tämän tutkimuksen mukaan koulutuksen alkuvaiheessa auttamista, ohjausta ja tukemista sekä yhteistoimintaa pidettiin yhtä tärkeänä potilaan päivittäisten toimintojen tukemisessa. Hoitotyö kohdistui tasapuolisesti fyysisistä perustarpeista huolehtimiseen, sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen sekä potilaan toiveisiin ja odotuksiin vastaamiseen. Potilas oli tasa-arvoinen ja vastuullinen hoitoonsa osallistuja ja yhteistoiminta koettiin tärkeäksi potilaan kanssa. Tältä osin tutkimustulokset ovat yhdensuuntaiset Jenkinin (1997) ja Latvalan (1998) tulosten kanssa, joissa potilas kuvataan oman hoitonsa suunnit-

telijaksi, toteuttajaksi ja arvioijaksi yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. Latvalan (1998) mukaan yhteistoiminta on edellytys potilaslähtöiselle hoitotyölle. Tältä osin opiskelijoiden hoitotyön näkemyksessä on viitteitä potilaslähtöisen hoitotyön toiminnan kanssa.

Kvantitatiivisesti tarkasteltuna koulutuksen alkuvaiheessa auttamista, ohjausta ja tukemista sekä yhteistoimintaa kuvaavia lausumia oli melkein saman verran, joskin hiukan enemmän oli ohjausta ja tukemista kuvaavia lausumia kuin auttamista ja yhteistoimintaa kuvaavia lausumia. Tältä osin tulokset ovat samansuuntaiset Jaroman (2000) ja Kuokkasen (2000) tutkimustulosten kanssa, joissa koulutuksen alkuvaiheessa opiskelijat kuvasivat potilaslähtöisen hoitotyön näkemyksiä enemmän kuin koulutuksen edetessä.

6.2.2 Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen yhteydessä olevat tekijät koulutuksen alkuvaiheessa

Hoitotyön näkemyksen muotoutuminen näyttää olevan vahvasti sidoksissa siihen kontekstiin, jossa hoitotyötä harjoitellaan. Tällöin käytännössä vallitsevat normit ja ohjeet ohjaavat opiskelijoiden toimintaa ja vaikuttavat hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen. Tämän tutkimusaineiston perusteella käytännön toimintamallit ja osastojen ilmapiiri ohjasivat vahvasti opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumista. Tältä osin yhteneväisiä näkemyksiä esittävät mm. Campbell *et al.* (1994), Sandelin (1996) ja Dreierin (1999), joiden mukaan käytännössä vallitsevat normit ohjasivat vahvasti opiskelijoiden hoitotyön oppimista käytännönharjoittelussa. Opiskelijat joutuivat toimimaan osaston toimintamallin mukaan, jopa vastoin tahtoaan voidakseen tulla hyväksytyksi työyhteisöön.

Hoitotyössä ammattitaidon katsotaan koostuvan kriittisen ajattelun oppimisesta. Tämän tutkimuksen mukaan osa opiskelijoista oli kriittisiä ja kyseenalaista osastolla vallitsevia käytäntöjä koulutuksen alkuvaiheessa. Opiskelijat, jotka kyseenalaistivat osaston toimintaa koulutuksen alkuvaiheessa toimivat hoitotyössä omaan sisäiseen näkemykseenensä tukeutuen tai toimivat potilaslähtöisesti ottamalla huomioon potilaan hyvään oloon liittyvät toiveet ja odotukset. Osa opiskelijoista ei lainkaan kyseenalaistanut käytännön toimintamallia, osa heistä ei uskaltanut kyseenalaistaa, vaan toimi vallitsevan käytännön mukaisesti koulutuksen alusta lähtien. Tältä osin tuloksista löytyy yhtymäkohtia Sedlakin (1997) ja Halmeen (1998) tutkimustuloksiin, joiden mukaan koulutuksen alkuvaiheessa opiskelijat olivat kriittisiä ja kyseenalaistivat toimintaansa koulutuksen alkuvaiheessa. Näyttäisi siltä, että opiskelijan täytyy olla vahva uskaltaakseen kyseenalaistaa käytännön tai omaa toimintaansa, koska käytännön toimintamallit ohjaavat toimintaa hyvin vahvasti. Yksi syy siihen, etteivät opiskelijat kyseenalaista käytännössä vallitsevia normeja voi olla myös harjoittelun arviointikäytännön perinteet. Perinteisesti arvioinnissa on painottunut ehkä enemmän opiskelijoiden taitojen arviointi kuin kokonaisvaltainen oppimisen arviointi ja kriittisen ajattelun kehittyminen. Näin ollen opiskelijat ehkä pelkäävät kriittisyyden vaikuttavan negatiivisesti heidän arviointiinsa.

Ohjaussuhteella käytännön harjoittelujaksolla on tärkeä merkitys opiskelijan hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa. Tämän tutkimusaineiston perusteella opiskelijat toimivat käytännön harjoittelujaksolla ohjaajan käyttäytymismallin mukaisesti ja merkittä-

vää oli se, että opiskelun edetessä ohjaajan roolimalli korostui. Toisaalta voisi ajatella, että oppimisen myötä ohjaajan rooli olisi tärkeämpi koulutuksen alkuvaiheessa kuin koulutuksen edetessä, jolloin opiskelijalta odotetaan itsenäisyyttä hoitotyössä. (vrt. Sandelin 1996, Vanhanen 2000.) Tulos on tältä osin samansuuntainen useiden kansainvälisten ja kansallisten tutkimusten kanssa. Campbellin *et al.* (1994), Coudretin *et al.* (1994), Fitzpatrickin *et al.* (1996) sekä Mäkisaloon ja Kinnusen (2000) tutkimuksissa käytännön ohjaajan rooli oli merkityksellinen harjoittelujaksolla. Ohjaajan näkemykset ohjasivat opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumista. Ohjaajan roolin lisäksi osaston ilmapiirillä on todettu olevan yhteyttä opiskelijan hoitotyön näkemykseen. Turvallisen ja sallivan ilmapiiriin on todettu tukevan opiskelijan hoitotyön näkemystä myönteiseen suuntaan (Fitzpatrick *et al.* 1996, Getliffe 1996, Lanara 1996, Rolfe 1996, Dreier 1999). Myös tältä osin tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset.

Tässä tutkimuksessa opiskelijat eivät korostaneet opettajan roolia käytännön harjoittelujakson ohjaajana. Kuitenkin opettajat olivat ohjaajina kaikilla käytännön harjoittelujaksoilla. Myös Campbellin *et al.* (1994) Hokkasen *et al.* (1994) ja L Salmisen (2000) tutkimustulosten mukaan opettajan roolia ei pidetty merkittävänä käytännön harjoittelujaksolla.

Opiskelijoiden omilla näkemyksillä ja tavoitteilla on todettu olevan vaikutusta hoitotyön oppimiseen ja hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen (vrt. Cowman 1998). Tähän tutkimukseen osallistuvilla opiskelijoilla ei ollut laadittuna henkilökohtaisia tavoitteita käytännön harjoittelujaksoilla, vaan heillä oli yhteisesti laaditut tavoitteet, jotka oli johdettu opetussuunnitelmista. Kuitenkaan opetussuunnitelman tavoitteet eivät kaikilta osin ohjanneet opiskelijan hoitotyön näkemystä, vaan käytännön toimintamalli. Samansuuntaisia viitteitä on esittänyt myös Jaroma (2000) tutkimustuloksissaan. On aihetta kysyä, pitäisikö harjoittelujaksolla painottaa enemmän opiskelijan henkilökohtaisia tavoitteita kuin opetussuunnitelman tavoitteita, koska opetussuunnitelman tavoitteet eivät kaikilta osin tukenet hoitotyön näkemyksen muotoutumista.

Hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen yhteydessä olevista tekijöistä oli tunnistettavissa kolme erilaista toimintamuotoa sen mukaan, miten opiskelija toimi ja mikä ohjasi toimintaa hoitotyössä. Nämä kolme erilaista toimintamuotoa olivat normatiivinen, itsenäinen ja yhteistoiminnallinen hoitotyö.

Normatiivisesti toimivien opiskelijoiden hoitotyö kohdistui potilaan fyysisistä perustarpeista huolehtimiseen. Tällöin toiminta oli tilannesidonnaista ja perustui osaston toimintamalliin. Opiskelijat eivät kyseenalaistaneet omaa tai osaston toimintatapaa eivätkä kohdanneet potilaan yksilöllisiä tarpeita, vaan toimivat osaston ohjeiden ja hoitajien toimintamallin mukaisesti. Tältä osin tuloksissa on yhteneväisyyttä Latvalan (1998) kuvaaman autoritäärisen hoitotyön kanssa, jossa toimintaa ohjaavat perinteet ja osaston päivittäiset normit. Lisäksi tuloksissa on piirteitä Laurin ja Salanterän (1995a, b) kuvaaman rationaalisen päätöksenteon kanssa, jossa päätöksenteko on ulkoapäin ohjautuvaa ja se kohdistuu kaavamaisesti potilaan sen hetkisiin tilanteisiin. Tältä osin normatiivisessa hoitotyössä on sääntöorientoituneen päätöksenteon piirteitä. Edelleen normatiivisessa hoitotyössä on samansuuntaisia piirteitä van Maanen (1979, 1986, 1996) esittämän tehtäväorientoituneen sekä Raatikaisen (1992) kuvaaman traditionaalista korostavan hoitotyön toiminnan kanssa. Tällöin toiminta pohjautuu rutiineihin ja kohdistuu potilaan fyysisiin tarpeisiin vastaamiseen. Lisäksi tulokset tukevat Vanhasen (2000) esittämää ansiosuun-

tautuneiden opiskelijoiden hoitotyön näkemystä, jonka mukaan opiskelijat työskentelivät osastolla vallitsevan käytännön mukaisesti.

Itsenäisesti toimivien opiskelijoiden hoitotyö kohdistui pääosin potilaan sosiaalisiin suhteisiin sekä niiden ylläpitämiseen ohjauksen ja tuen avulla. Tällöin toiminta oli systemaattista ja se perustui tieteelliseen tietoon sekä opiskelijoiden omaan sisäiseen näkemykseen hoitotyöstä. Opiskelijat toimivat vastuullisesti ja itsenäisesti ja loivat omia toimintamalleja omaan näkemykseensä nojautuen ottamatta huomioon potilaan näkökulmaa. Tältä osin tutkimustuloksissa on yhteneväisiä piirteitä Latvalan (1998) esittämän kasvattavan hoitotyön tyyppin kanssa, jossa potilas on hoidon vastaanottaja ja hoitaja hoidon toteuttaja. Edelleen tuloksissa on piirteitä Laurin ja Salanterän (1995a, b) kuvaamasta prosessi- ja malliohjoituneesta päätöksenteosta. Tällöin hoitotyötä ohjaavat tietope- rusta ja erilaiset hoitotyön mallit. Tuloksissa on yhdensuuntaisia näkemyksiä myös Raatikaisen (1992) esittämän yksilöllisyyttä korostavan hoitotyön mallin kanssa, jossa toiminta kohdistuu potilaan sosiaaliseen ja emotionaaliseen tekemiseen. Hoitaja on siinä potilaan tukija ja potilaan rooli on tuen vastaanottaja.

Yhteistoiminnallisesti toimivien opiskelijoiden hoitotyö perustui potilaan kanssa yhteisesti määriteltyihin tarpeisiin, tavoitteisiin ja käytettäviin auttamismenetelmiin. Tavoitteena oli potilaan hyvään oloon liittyvien toiveiden ja odotusten huomioon ottaminen sekä potilaan näkemysten kunnioittaminen. Opiskelijat pyrkivät ymmärtämään potilaan näkökulmasta, mikä on parasta potilaalle, sekä ottamaan huomioon potilaan näkemykset hoidon eri vaiheissa. Tältä osin tutkimustulokset tukevat Hennemanin *et al.* (1995) näkemyksiä yhteistyön merkityksestä hoitotyön tavoitteen määrittelyssä. Tuloksissa oli osin myös yhteneväisyyttä Tossavaisen (1996) esittämän yhteistoiminnallisuuden kanssa, jossa korostetaan toiminnan yhteistä tavoitetta ja yhteisvastuullisuutta. (vrt. Solante & Leino-Kilpi 1998). Larrabeen *et al.* (1998) korostavat yhteistoiminnallisuuden edellytyk- seksi potilaan kuuntelun ja vaihtoehtoisten valintojen esille nostamista hoitotyössä. Ne auttavat potilasta suhteuttamaan saamaansa ohjausta ja tietoa omaan elämäänsä. Myös täl- tä osin tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset, koska opiskelijat korostivat potilaan ohjausta ja tukemista. He tarkastelivat hoitotyötä potilaan näkökulmasta, pitivät tärkeänä potilaan kuuntelua sekä esittivät potilaalle valittavaksi vaihtoehtoisia ratkaisuja.

Yhteistoiminnallisuuden perustuvassa hoitotyössä opiskelijat kuvasivat potilaan vas- tuulliseksi hoitoonsa osallistujaksi ja päätöksentekijäksi. Myös tältä osin tuloksissa on yhtymäkohtia Latvalan (1998) kuvaamaan potilaslähtöiseen psykiatrisen hoitotyön mal- liin, jossa potilas nähdään vastuulliseksi hoitoonsa osallistujaksi. Edelleen tulokset ovat yhteneväisiä Raatikaisen (1992) esittämän kehityksellisen muutosmallin kanssa, jossa tavoitteena on potilaan itsenäisyys, yhteistyö sekä jaettu päätöksenteko. Tuloksissa on myös piirteitä van Maanen (1986) kuvaamasta yksilövastuisen hoitotyön näkemyksestä sekä Laurin ja Salanterän (1995a, b) esittämästä potilasorientoituneesta päätöksenteko- mallista, jossa potilas osallistuu hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.

Yhteistoiminnallisessa hoitotyössä on yhtäläisyyksiä yhteistoiminnallisen oppimisen ja sen pohjalta myös konstruktivismiin (von Wright 1996, Rauste -von Wright 1997) sekä dialogiin (Sarja 2000). Dialogissa toteutuva hoitotyö ja sen oppiminen mahdollistavat molempinpuolisen näkökulman sekä mielekkään yhteistyön (Latvala 1998, Sarja 2000). Myös tässä tutkimuksessa yhteistoiminnallisuutta korostavat opiskelijat pitivät tärkeänä tasavertaista vuorovaikutussuhdetta, yhteisvastuuta ja yhteistä päätöksentekoa hoitotyös- sä ja sen oppimisessa.

6.2.3 Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen koulutuksen edetessä

Koulutuksen edetessä opiskelijoiden hoitotyön näkemys muuttui kapea-alaisemmaksi. Koulutuksen alkuvaiheessa opiskelijoiden hoitotyö perustui suuressa osin yhteistoiminnallisuuteen ja kohdistui potilaan hyvään oloon liittyviin toiveisiin ja odotuksiin vastaimiseen. Koulutuksen edetessä hoitotyö muuttui yhä enenevässä määrin normatiiviseksi ja kohdistui potilaan fyysisiin perustarpeisiin vastaamiseen. Opiskelijoiden kriittisyys ja kyseenalaistaminen väheni ja koulutuksen loppuvaiheessa opiskelijat toimivat pääosin osaston toimintamallien mukaisesti. Myös niiden opiskelijoiden kriittisyys väheni koulutuksen edetessä, joiden hoitotyö perustui tieteelliseen tietoon ja omaan sisäiseen näkemykseen sekä yhteistoiminnallisuuteen koulutuksen alkuvaiheessa. Useiden tutkimusten (vrt. Sedlak 1997, Halme 1998, Karttunen 1999, Kuokkanen 2000) mukaan näyttää siltä, että koulutuksen edetessä opiskelijoiden kriittisyys ja kyseenalaistaminen häviää ja hoitotyötä ohjaavat enenevässä määrin erilaiset säännöt ja normit. Tämä havainto asettaa haasteita sekä opettajille että käytännön ohjaajille; kuinka tulisi murtaa vahvoja normatiivisia perinteitä hoitotyössä ja hoitotyön koulutuksessa, ettei opiskelijan kriittistä ja pohtivaa ajattelua tukahdutettaisi, vaan sitä vahvistettaisiin koulutuksen aikana.

Kvantitatiivisesti tarkasteluna fyysisiin perustarpeisiin vastaaminen korostui koulutuksen edetessä. Koulutuksen loppuvaiheessa fyysisiin tarpeisiin vastaamista kuvaavien lausumien määrä kasvoi 61 % :iin. Näyttää siltä, että koulutuksen edetessä hoitotyö kohdistuu enemmän potilaan fyysisistä perustarpeista huolehtimiseen, jossa korostuu tekninen osaaminen ja potilaan näkökulma unohtuu. Lisäksi koulutuksen loppuvaiheessa opiskelijat toteuttivat hoitotyötä yhä enenevässä määrin sattumanvaraisesti. He toimivat ”tässä ja nyt” -tilanteessa ottamatta huomioon hoitotyön tilanteita yhtä kokonaisvaltaisesti kuin koulutuksen alkuvaiheessa.

Merkittävää oli kuitenkin se, että opiskelijat, joiden hoitotyö perustui vielä koulutuksen loppuvaiheessa perustui yhteistoiminnallisuuteen oli jo koulutuksen alkuvaiheessa potilaan tarpeista lähtevää hoitotyötä. Tältä osin Vanhasen (2000) tutkimuksessa on samansuuntaisia piirteitä asiantuntijasuuntautuneiden opiskelijoiden hoitotyön näkemyksissä, kuin tämän tutkimuksen yhteistoiminnallisessa hoitotyössä. Vanhasen (2000) tutkimuksen mukaan asiantuntijasuuntautuneiden opiskelijoiden suuntautuminen ammattiin vahvistui koulutuksen edetessä. Suuntautuminen oli yhteydessä opiskelijan kokemaan hoitamisen merkitykseen. Tämän tutkimuksen mukaan suurimmalla osalla opiskelijoista kuitenkin hoitotyön näkemys muuttui koulutuksen edetessä normatiiviseksi ja vallitseviksi hoitotyötä ohjaaviksi tekijöiksi tulivat osaston säännöt ja normit.

Ohjausta ja tukemista sekä yhteistoimintaa kuvaavien lausumien määrä väheni huomattavasti koulutuksen puolessavälissä. Koulutuksen loppuvaiheessa ohjausta ja tukemista kuvaavia lausumia oli noin neljäsosa auttamismenetelmiä kuvaavista lausumista. Kuitenkin ohjausta ja tiedon antamista opiskelijat pitivät tärkeänä, jotta potilas selviytyy kotona sairaalahoitonsa jälkeen. Koulutuksen loppuvaiheessa opiskelijat työskentelivät akuuteilla osastoilla käytännön harjoittelussa, joissa korostuu myös lääketieteellisen tiedon merkitys potilaan ohjauksessa. Kuitenkin potilaan ohjaus jäi vähemmälle, mitä pidemmälle koulutus eteni. Syynä tähän voisi olla, että opiskelijoiden ohjaukselliset valmiudet ovat vielä vähäiset ja he eivät hallitse riittävästi lääketieteellistä tietoa. Lääketie-

teellinen tieto on edellytys akuuteilla osastoilla olevien potilaiden hoidon ohjaukseen. Potilaan ohjausta ja lääketieteellistä tietoa tulisi korostaa koulutuksessa, koska potilaalla on oikeus saada tietoa sairauteen ja hoitoonsa liittyvistä toiminnoista (vrt. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Leino-Kilpi *et al.* 2000).

Koulutuksen puolessavälissä yhteistoimintaa kuvaavia lausumia oli noin viidesosa kaikista hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavista lausumista ja koulutuksen loppuvaiheessa vain noin kymmenesosa (vrt. Smith 1991, Karttunen 1999, Kuokkanen 2000). Näyttäisi siltä, että koulutuksen alkuvaiheessa opiskelijat kohtaavat potilaan kokonaisvaltaisemmin kuin koulutuksen edetessä, jolloin hoitotyötä ohjaa potilaan fyysiset tarpeet ja osaston toimintamalli. Tämä asettaa haasteita pohtia sekä koulutuksen että käytännön hoitotyön filosofisia perusteita: mikä ohjaa opiskelijoiden hoitotyön näkemystä sitä kapea-alaisemmaksi, mitä pidemmälle koulutus etenee. Tältä osin tulokset ovat yhteneväiset Karttusen (1999), Jaroman (2000) ja Kuokkasen (2000) tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan koulutuksen edetessä opiskelijoilla korostui teknisyys ja fyysisiin tarpeisiin vastaaminen.

Potilaan fyysisistä tarpeista huolehtimisen korostuminen koulutuksen edetessä on mielenkiintoinen ilmiö. Yksi syy siihen voisi olla se, että koulutuksen edetessä lisääntyy huoli valmistumisesta ja opiskelijat suuntautuvat oppimisessa tekniseen osaamiseen. Toiseksi syynä fyysisiin tarpeisiin vastaamisen korostumiseen koulutuksen loppuvaiheessa on se, että opiskelijat työskentelevät lääketieteen erikoisaloilla, joissa tarvitaan erikoistietoa ja osaamista. Heidän tietoperustansa ei ole tältä osin riittävä erikoistietoa vaativiin potilaan tarpeisiin vastaamisessa ja heidän hoitotyönsä painottuu fyysisiin tarpeisiin vastaamiseen. Opiskelijat nostivat esille lääketieteellisen tietoperustan riittämättömyyden sitä voimakkaammin, mitä pidemmälle koulutus eteni. Koulutuksen loppuvaiheessa kaikilla opiskelijoilla oli huoli lääketieteellisen tiedon riittämättömyydestä. He kokivat vaikeuksia potilaan ohjauksessa ja tukemisessa, koska sisällön ohjaukseen tarvittiin myös lääketieteellistä tietoa. Tähän perustuen, on aihetta tarkastella lääketieteellisen tiedon merkitystä opetussuunnitelmissa.

Kolmas syy voisi olla myös se, että sairaanhoitajat painottavat hoitotyössä fyysisiin tarpeisiin vastaamista. Opiskelijat taas pitävät käytännön ohjaajia tärkeinä roolimalleina hoitotyössä, joten fyysisiin tarpeisiin vastaaminen korostuu myös opiskelijoilla. Neljäs osatekijä voisi olla, että käytännön harjoittelupaikat ovat osaksi toimenpidekeskeisiä, mikä korostaa teknistä osaamista, ja opiskelijan huomio kiinnittyy teknisten taitojen osaamiseen enemmän kuin ohjaukseen ja tukemiseen. Näiltä osin tuloksissa on samansuuntaisia piirteitä aikaisempien tutkimustulosten kanssa (vrt. Leino-Kilpi 1991, Salanterä & Leino-Kilpi 1992, Karttunen 1999, Jaroma 2000, Kuokkanen 2000, Sarajärvi 2000, Sarajärvi & Janhonen 2000). Kuokkasen (2000) ja Jaroman (2000) mukaan koulutuksen edetessä ammattikorkeakouluopiskelijoilla painottui fyysisen tilan huomioon ottaminen ja lääketieteellisistä toiminnoista huolehtiminen enemmän kuin opistotason sairaanhoidon opiskelijoilla. Tältä osin näyttäisi siltä, että ammattikorkeakoulussa ei korostu potilaan kokonaisvaltainen ja potilaslähtöinen hoitotyö enempää kuin opistoasteella. Toisaalta tuloksia ei voi yleistää, koska aineistot on kerätty vain muutamista oppilaitoksista.

Koulutuksen puolessavälissä opiskelijat pitivät potilaan ohjausta ja tukemista vielä merkityksellisenä, mutta koulutuksen edetessä potilaan ohjaamisen merkitys oli vähäistä. Toisaalta ne opiskelijat, jotka korostivat potilaan ohjausta, kokivat ohjaukselliset valmiutensa hyväksi ja perustelivat näkemystään omaksumallaan tietoperustalla. Myös Solanteen ja Leino-Kilven (1998) tutkimustulokset opiskelijoiden ohjauksellisista valmiuksista

ovat samansuuntaiset. Heidän mukaansa sairaanhoitajat arvioivat saaneensa hyvät opetusselliset ja ohjaukselliset valmiudet sekä hyvät hoitoteoreettiset valmiudet koulutuksen aikana. Näyttäisi siltä, että sairaanhoitajakoulutuksesta valmistuvilla on hyvät valmiudet ohjata potilaita hoitotieteelliseen tietoperustansa tukeutuen hoitotyössä. Tutkimustulokset ovat osin samansuuntaiset Aavarinteen (1993, 1994) ja Karttusen (1999) tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan opiskelijat ilmaisivat saaneensa hyvän hoitotyön tietoperustan ja valmiudet potilaan ohjaukseen koulutuksen aikana, mutta eivät osanneet hyödyntää saamaansa tietoa käytännössä. Mannisen (1994, 1998) tulosten mukaan koulutuksen edetessä opiskelijoiden näkemykset hoitotieteellistä tietoa kohtaan muuttuivat jopa negatiiviseen suuntaan. Tässä tutkimuksessa ei ollut havaittavissa tämänsuuntaisia tuloksia, päinvastoin, opiskelijat pitivät hoitotieteellistä tietoa tärkeänä ja koulutuksen edetessä opiskelijat korostivat hoitotieteellisen tiedon merkitystä ja kokivat hoitotieteellisen tietoperustan vahvistuneen. Kun taas lääketieteellisessä tietoperustassaan kaikki opiskelijat kokivat olevan puutteita ja he toivoivat enemmän lääketieteellistä tietoa opetusohjelmiin. (vrt. Kuokkanen 2000.)

Koulutuksen puolessavälissä ja loppuvaiheessa yhteistoiminnallisuutta korostavat hoitotyön auttamismenetelmät, jotka liittyivät potilaan hyvinolon toiveisiin ja odotuksiin sekä potilaan tunteiden ja kokemusten ymmärtämiseen, menettivät merkitystään. Opetussuunnitelman tavoitteiden mukaan koulutuksen edetessä opiskelijan tulisi ymmärtää potilaan hoitotyön tarpeita kokonaisvaltaisesti sekä pystyä vastaamaan niihin. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat päinvastaista suuntausta. (vrt. Karttunen 1999, Kuokkanen 2000, Suomi *et al.* 2000).

6.3 Tulosten merkitys hoitotieteen, hoitotyön koulutuksen ja käytännön hoitotyön kannalta

Tämä tutkimus tuottaa tietoa hoitotieteen didaktiikasta ja antaa viitteitä hoitotyön didaktiikan kehittämiseksi. Toisaalta tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat aikaisempaa tietoa ja kokoavat aikaisempaa hoitotyön koulutuksen ja oppimisen tuottamaa tutkimustietoa. Yhteiskuntapoliittiset, terveystieteelliset ja koulutuspoliittiset ohjelmat ohjaavat koulutusta erilaisin säädöksin. Yhteiskunnassa tapahtuvat nopeat muutokset asettavat haasteita työelämän monipuolisille osaamistarpeille. Nämä tarpeet ohjaavat myös koulutusrakenteita. Koulutuksesta valmistuneilta vaaditaan entistä monipuolisempia osaamistaitoja sekä valmiuksia sopeutua työelämän muutoksiin. Yhteiskuntapoliittisissa ja terveystieteellisissä ohjelmissa korostetaan asiakaslähtöisyyttä ja tasa-arvoisuutta asiakkaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyvissä kysymyksissä. Tutkimus tuottaa tietoa yhteiskunta-, terveys- ja koulutuspoliittisille suuntauksille osoittamalla kehittämisen painopistealueita hoitotyön koulutuksessa.

Tutkimus edustaa pitkittäistutkimusta, jollaista on tehty vähän niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Pitkittäistutkimuksen tuloksia voidaan pitää merkittävänä siitä syystä, että siinä voidaan tuottaa tietoa opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumisesta koulutuksen eri vaiheissa. Näin voidaan osoittaa hoitotyön näkemyksen muotoutumiseen

yhteydessä olevia tekijöitä koulutuksen edetessä. Tuotetun tiedon pohjalta voidaan kehittää hoitotyön koulutusta opiskelijoiden hoitotyön oppimisen ja opettamisen perustaksi.

Toisaalta on esitetty kritiikkiä, että pitkittäistutkimuksessa saatu tieto voi menettää merkitystä, koska asiat voivat muuttua ajan kuluessa (Cohen & Manion 1985). Kuitenkaan tutkimusprosessin aikana asiat eivät ole konkreettisesti käytännössä muuttuneet, vaikka koulutuksen ja oppimisen tavoitteita on kuvattu uudella tavalla ja uudesta perspektiivistä. Toisaalta tutkijan näkemys on vahvistunut siitä, että pitkittäistutkimuksen tulokset olisivat antaneet tarkempaa tietoa, jos olisi laadittu mittari ensimmäisen aineiston analyysin jälkeen ja testattu hoitotyön näkemyksen muotoutumista koulutuksen edetessä. Olisi-kin tärkeää laatia tulevaisuudessa mittari ja testata opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumista pitkittäistutkimuksena.

Tutkimusta tulisi jatkaa selvittämällä opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumista työssäolon jälkeen. Lisäksi tähän tutkimukseen kerättyä aineistoa on runsaasti käytettävää ja se antaa mahdollisuuden tarkastella tarkemmin hoitotyön opettajan roolia ja merkitystä käytännön ohjaajana. Hoitotyön opettajan roolista on opiskelijoilla, opettajilla ja käytännön ohjaajilla erilaiset näkemykset. Lisäksi tästä aineistosta voisi tarkastella syvällisemmin hoitotyön oppimisen sisältöjä, kuten potilaan ja opiskelijan välistä yhteistoimintaa. Yhdeksi merkittäväksi tekijäksi näkisin myös tutkia vain joidenkin opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä koulutuksen eri vaiheissa syvällisemmin seuraamalla heidän tuottamaansa aineistoa tarkemmin koko koulutuksen ajan. Tällöin voisi saada selville enemmän persoonallisia tekijöitä hoitotyön näkemyksen muotoutumisesta. Tältä osin tämä tutkimus jäi puutteelliseksi.

Tämän tutkimuksen tulokset antavat merkittävää tietoa myös siitä, miten sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksissä painottuu edelleen potilaan fyysisiin perustarpeisiin vastaaminen joka vielä korostuu koulutuksen edetessä. Jaroman (2000) ja Kuokkasen (2000) tutkimustulosten mukaan fyysisiin tarpeisiin vastaaminen ammattikorkeakouluopiskelijoilla korostui vielä enemmän kuin opistotason sairaanhoidon opiskelijoilla. On haasteellinen kysymys hoitotyön opettajille, miten he kehittävät opetuksessaan potilaslähtöisyyttä ja potilaan kokonaisvaltaista huomioimista hoitotyössä. Tarvittaisiin lisää tutkimusta, miten potilaslähtöisyys ilmenee hoitotyön opetuksessa ja millaisia vaikutuksia sillä on hoitotyön käytäntöön. Toisaalta fyysisiin tarpeisiin vastaaminen ei ole pelkästään negatiivinen ilmiö. Fyysisiin tarpeisiin vastaaminen on ensiarvoisen tärkeää kriittisesti sairaan potilaan hoitotyössä esimerkiksi teho-osastolla ja akuutissa hoitotyössä, joissa osa opiskelijoista suoritti käytännön harjoittelujakson koulutuksen loppuvaiheessa.

Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty opistoasteelta, kun ammattikorkeakouluihin suunniteltiin koulukohtaisia opetussuunnitelmia. Eri oppilaitosten opetussuunnitelmat poikkesivat toisistaan, koska tarkoituksena oli nimenomaan saada erilaisia opetussuunnitelmia. Tutkimukseen osallistuvien opiskelijoiden oppimista ohjasi koulukohtainen opetussuunnitelma, jota kehiteltiin opiskelun edetessä, ja opiskelijat olivat mukana kehittämässä opetussuunnitelmaa. Opetussuunnitelma rakentui opintokokonaisuuksista, millä pyrittiin eroon niin sanotusta sirpaletiedosta. Kuitenkin opiskelijoilla oli edelleen vaikeuksia integroida teoriaa käytäntöön. *Tämä ongelma asettaa haasteita koko ammattikorkeakoulupedagogiikalle.* Haasteet kohdistuvat opettajiin: kuinka heidän tulisi tukea opiskelijan reflektiota siten, että se edistää potilaan kokonaisvaltaista oppimista sekä teorian ja käytännön integrointia. Tutkimustuloksiin on voinut vaikuttaa kehitteillä oleva opetussuunnitelma. Tämä on voinut aiheuttaa epä tietoisuutta opettajissa ja opiskelijoissa, koska

ei ollut valmiita tavoitteita miten edetään. Opettajat ja opiskelijat olivat tottuneet valtakunnallisiin valmiiksi laadittuihin opetussuunnitelmiin, jotka ohjasivat opetusta.

Tutkimustulokset antavat haasteita koulutukselle. Koulutuksessa tulee pohtia *opetussuunnitelmia, käytännön harjoittelua ja sen ohjausta* sekä pohtia ohjaajan ja opettajan roolia käytännön harjoittelussa. Käytännössä opiskelijat näyttävät tukeutuvan käytännön ohjaajiin ja ottavat hoitotyön mallin heistä. Yksi näkökulma mielestäni olisi se, että opettajat tulevaisuudessa suuntaavat ohjauksen ja tuen käytännön ohjaajiin, jotta käytännön ohjaajat pystyvät tukemaan opiskelijoita käytännön harjoittelussa. Merkittävä tekijä opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa on se, että kaikilla hoitotyön opettajilla ei ole vielä terveystieteiden maisterin tutkintoa. Osa hoitotyön opettajista on ns. vanhanmuotoisen sairaanhoidon opettajan koulutuksen lisäksi suorittanut opintoja muilta tieteenaloilta kuin hoitotieteestä. Tällä voi olla merkitystä opiskelijoiden hoitotyön oppimisessa siten, että hoitotyön substanssi opetuksessa voi jäädä opiskelijoille epäselväksi.

6.4 Kehittämishaasteet

Tämän tutkimuksen pohjalta keskeiseksi kehittämishaasteeksi muodostui *käytännön harjoittelujaksoiden* edelleen kehittäminen, koska niillä oli suurin merkitys hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa. Opiskelijat kokivat käytännön toimintamallin niin vahvaksi, etteivät voineet toteuttaa omia oppimisen tavoitteitaan, vaan heidän täytyi toimia vallitsevan käytännön mukaisesti osaston sääntöjen ja normien ohjatessa heidän harjoitteluaan. Tämän tutkimuksen mukaan käytännön harjoittelujaksot olivat merkittäviä hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa. Käytännön harjoittelusta saadut opiskelijoiden kokemukset asettavat haasteita opiskelijoiden harjoittelupaikkojen tarkistamiselle, joten on tärkeää, missä opiskelija suorittaa käytännön harjoittelua. Harjoittelupaikkojen perinteisestä etenemistä tulisi pohtia ja uskaltaa poiketa. Opiskelijoiden käytännön harjoittelut etenevät usein avoterveydenhuollosta ja vanhusten hoitotyöstä akuutin hoitotyön yksiköihin ja koulutuksen loppuvaiheessa edelleen lääketieteen eri erikoisaloille. Käytännön harjoittelun mielekkyyttä voidaan lisätä lähtemällä aluksi akuuteille osastoille, joissa korostuu monitieteinen näkökulma hoitotyön oppimisessa.

Käytännön harjoittelujaksolla myös ohjaajan roolimalli oli merkittävä hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa. Käytännön ohjaajien toimintamalli ja näkemykset ohjasivat opiskelijoiden toimintaa. Kuitenkin käytännön ohjaajat ovat kokeneet ohjaustaitonsa puutteellisiksi, ja he toimivat opiskelijoiden kanssa koko harjoittelujakson ajan. Tämä havainto antaa haasteita tutkia myös käytännön ohjaajien näkemyksiä ja motiiveja ohjata opiskelijoita käytännön harjoittelujaksolla. Lisäksi tulisi selkeyttää käytännön ohjaajan ja opettajan roolia sekä kehittää opettajan roolia tiedon jakajasta opiskelijoiden oppimisen tukijaksi. Tärkeä kysymys on myös se, miten koulutus tukee käytännön ohjaajia heidän ohjatessaan sairaanhoidon opiskelijoita hoitotyön oppimisessa ja hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa. Voidaan pitää tärkeänä opettajan roolin kehittämistä opiskelijoiden ohjaamisesta käytännön ohjaajan roolin tukemiseen, koska opiskelijoille hoitotyön näkemys muotoutuu suureksi osaksi käytännön harjoittelusta saatujen kokemusten pohjalta.

Tärkeäksi kehittämishaasteena voidaan pitää myös sitä, että koulutuksen *opetus- ja oppimismenetelmiä* tulee kehittää, jotta ne edistävät mielekästä ja positiivista hoitotyön näkemystä. Näitä menetelmiä voisivat olla dialogioppiminen, yhteistoiminnallinen oppiminen ja projektioppiminen sekä opiskelijan yksilöllisen oppimisen näkemyksen huomioon ottaminen. Lisäksi tulee kehittää oppimismenetelmiä, jotka tukevat teorian ja käytännön integrointia. Teoriaa voitaisiin opiskella myös käytännön harjoittelujakson aikana, todellisissa käytännön tilanteissa, jolloin käytännön tilanteiden reflektointi onnistuu luonnollisesti ja näin teoria ja käytäntö integroituvat opiskelijan oppimisessa. Tämä malli vaatii opettajan resurssia, mutta on vaihtoehto sille, että teoria opetetaan koulussa ja käytännössä harjoitellaan taitoja. Lisäksi käytännön harjoitteluun liittyvää teoriaa tulee opiskella enemmän myös käytännön harjoittelujakson jälkeen, jolloin opiskelijalla on tarttumapintaa, johon integroida oppimaansa. Tärkeä kehittämishaaste on myös oppimisen painotuksen siirtäminen lääketieteelliseen tietoperustaan oppimiselle, koska opiskelijat kokivat lääketieteellisen tiedon riittämättömäksi. Se oli este jopa potilaan ohjaukselle.

Lisäksi tutkimustulokset antavat haasteita hoitotyön *päätöksentekoprosessin opettamiselle ja oppimiselle*, koska opiskelijat toimivat hoitotyössä osin sattumanvaraisesti suunnittelematta toimintaansa. Koulutuksen edetessä hoitotyön toiminnoissa sattumanvaraisuus tuli yhä enemmän esille. Opetuksessa tulee kiinnittää yhä enemmän huomiota yhteistoiminnalliseen ja potilaslähtöiseen hoitotyöhön, jossa potilas ja hänen omaisensa otetaan mukaan hoitotyön prosessin kaikissa vaiheissa. Tämän tutkimuksen mukaan potilas oli vain osin aktiivinen hoitoonsa osallistuja.

Tärkeäksi kehittämisen painopistealueeksi näyttäisi nousevan *opetussuunnitelma*, jota tulee kehittää siten, että se tukee opiskelijan oppimista koko opiskelun ajan. Opetussuunnitelman tavoitteet eivät kaikilta osin ohjanneet opiskelijan hoitotyön oppimista ja hoitotyön näkemyksen muotoutumista. Opetussuunnitelmia tulee kehittää yhteistyössä työelämän edustajien, opiskelijoiden ja opettajien kanssa. Rakenteellisesti opintokokonaisuuksien tulisi muodostua laajoista opintokokonaisuuksista ja sisällöllisesti monitieteellisestä tietoperustasta siten, että hoitotyön tietoperusta muodostaa rungon, johon muiden tieteiden opintojaksot integroituvat. Lisäksi opetussuunnitelmia tulisi kehittää opiskelijalähtöiseksi siten, että se mahdollistaa opiskelijan yksilöllisten tavoitteiden toteutumisen oppimisessa.

6.5 Päätelmät

Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutuminen on moniulotteinen ilmiö. Kuitenkin hoitotyön näkemys muotoutuu opiskelijalle suureksi osaksi käytännön harjoittelujaksojen aikana. Käytännön harjoittelun vuorovaikutusprosessit ja toimintamallit vaikuttavat opiskelijan tapaan toimia erilaisissa tilanteissa ja ohjaavat hänen toimintaansa hoitotyössä. Opetussuunnitelman tavoitteiden tulisi tukea opiskelijoiden hoitotyön oppimista. Opetuksen sisältöjä ja opetussuunnitelmien monipuolisuutta tulisi kehittää siten, että hoitotyön oppiminen luokkahuoneen ulkopuolella mahdollistuu enenevässä määrin. Tutkimustulosten pohjalta esitän sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näke-

myksen muotoutumisesta ja hoitotyön oppimiseen vaikuttavista tekijöistä seuraavat päätelmät.

1. Opiskelijoiden hoitotyön näkemyksen muotoutumista ohjasivat vahvasti osaston säännöt ja normit, jotka koettiin osaksi niin hallitsevina, että opiskelijat toimivat, kuten käytännössä oli tapana toimia.
2. Koulutuksen alkuvaiheessa opiskelijoiden hoitotyön toiminta oli yhteistoiminnallista. Opiskelijat toimivat potilaslähtöisesti ottaen huomioon potilaan kokonaisvaltaisesti, hoitotyötä ohjasivat potilaan tarpeet ja hoitotyö kohdistui potilaan hyvään oloon liittyviin toiveisiin ja odotuksiin. Koulutuksen edetessä hoitotyö muuttui normatiiviseksi, jota ohjasivat osaston säännöt ja normit. Hoitotyö kohdistui pääosin potilaan fyysisistä perustarpeista huolehtimiseen.
3. Käytännön harjoittelun ohjaaja oli merkittävä roolimalli opiskelijoille hoitotyön näkemyksen muotoutumisessa. Opettajan rooli käytännön ohjaajana nähtiin vähäiseksi. Opettajalta toivottiin enemmän tukea teorian ja käytännön integrointiin.
4. Opetussuunnitelma ei ohjannut oleellisesti opiskelijan hoitotyön näkemyksen muotoutumista eikä opiskelijan hoitotyön opiskelua käytännön harjoittelussa. Opetussuunnitelmien rakennetta ja sisältöjen monipuolisuutta tulee edelleen kehittää siten, että ne tukevat hoitotyön oppimista myös käytännön harjoittelussa.
5. Opetussuunnitelman painotusalueita tulee tarkistaa eri tieteenalojen osalta. Opiskelijat kokivat lääketieteelliset tietonsa puutteellisiksi, mikä koettiin esteeksi potilaan ohjaukselle.
6. Pedagogisia ratkaisuja tulee kehittää siten, että ne tukevat hoitotyön oppimista luokkahuoneen ulkopuolella esimerkiksi käytännön harjoittelupaikoilla.

Kirjallisuus

- Aavarinne H (1990) Sairaanhoidon opiskelijoiden arviointia hoito-opin perusteiden oppimisesta. *Hoitotiede* 1: 118–123.
- Aavarinne H (1993) Ohjauksellisten ja opetuksellisten valmiuksien kehittyminen sairaanhoitajakoulutuksessa. *Acta Universitatis Ouluensis Medica* D 269. Oulun yliopisto, Oulu.
- Aavarinne H (1994) Sairaanhoidon opiskelijoiden ohjauksellisten ja opetuksellisten valmiuksien kehittyminen hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena. *Hoitotiede* 1: 3–35.
- Alasuutari P (1993) Laadullinen tutkimus. Vastapaino, Jyväskylä.
- Anderson JR, Reder LM & Simon HA (1996) Situated learning and education. *Educational Researcher* 1: 12–22.
- Backman K & Kyngäs H (1998) Grounded teoria -lähestymistavan haasteellisuus aloittelevalla tutkijalla. *Hoitotiede* 5: 263–270.
- Backman K (2001) Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. *Acta Universitatis Ouluensis Medica* 624. Oulun yliopisto, Oulu. Available from: <http://herkules oulu.fi/isbn9514259033/>.
- Baggs J & Schmitt M (1997) Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU. *Research in Nursing & Health* 20: 71–80.
- Bailey PH (1997) Finding your way around qualitative methods in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 1: 18–22.
- Baillie L (1994) Nurse teachers' feelings about participating in clinical practice: an exploratory study. *Journal of Advanced Nursing* 1: 150–159.
- Beck DI, Hackett MB, Sricastava R, McKim E & Rockwell B (1997) Perceived level and Sources of Stress in University Professional School. *Journal of Nursing Education* 4: 180–186.
- Begley CM (1996a) Using triangulation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 1: 122–128.
- Begley CM (1996b) Triangulation of communication skills in qualitative research instruments. *Journal of Advanced Nursing* 4: 688–693.
- Benoliel JQ (1996) Grounded theory and knowledge. *Qualitative Health Research* 3:406–428.
- Benor D & Leviyof I (1997) The Development of Students' Perceptions of Effective Teaching: The Ideal, Best and Poorest Clinical Teacher in Nursing. *Journal of Nursing Education* 5: 206–211.
- Brigham C (1993) Nursing education and critical thinking: Interplay of content and thinking. *Holistic Nurse Pract* 3: 48–54.
- Bulechek GM & McCloskey JC (1992) *Nursing Interventions. Essential Nursing Treatments*. 2nd edition. W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Burns N & Grove SK (1997) *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization*. W.B. Saunders Company, Philadelphia.

- Burnard P (1995) Nurse educators' perceptions of reflection and reflective practice: a report of a descriptive study. *Journal of Advanced Nursing* 6: 1167–1174.
- Burnard P (1996) Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today* 2: 278–281.
- Cahill HA (1997) What should nurse teachers be doing? A preliminary study. *Journal of Advanced Nursing* 1: 146–153.
- Campbell IE, Larrivee L, Field PA, Day RA & Rautter L (1994) Learning to nurse in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing* 6:1125–1131.
- Carlisle C, Kirk S & Luker KA (1997) The clinical role of nursing teachers within a Project 2000 course framework. *Journal of Advanced Nursing* 2: 386–395.
- Catanzaro M (1988) Using qualitative analytical techniques. In: Woods P & Catanzaro M (Eds.) *Nursing Research; Theory and Practice*. C.V Mosby Company, St Louis. New York.
- Cavanagh S (1997) Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Researcher* 4: 5–16.
- Cavanagh SJ & Snape J (1997) Educational sources of stress in midwifery students. *Nurse Education Today* 17: 128–134.
- Chalmers KI, Luker K & Bramadat IJ (1998) Students knowledge of and attitudes Towards primary health care. *Nurse Education Today* 5: 399–405.
- Chan SW & Chien W (2000) Implementing contract learning in a clinical context: report on a study. *Journal of Advanced Nursing* 2: 298–305.
- Chenitz WC & Swanson JM (1986) *From Practice to Grounded Theory: Qualitative research in nursing*. Addison-Wesley Publishing Company. Health Sciences Division. Menlo Park, California.
- Clifford C (1993) The clinical role of the nurse teacher in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing* 2: 281–289.
- Clifford C (1996) Nurse teacher's clinical work: a survey report. *Journal of Advanced Nursing* 3: 603–611.
- Cobb P (1994) Where is the Mind? Constructivist and sociocultural perspectives on mathematical development. *Educational Researcher* 1: 12–21.
- Cohen L & Manion L (1985) *Research Methods in Education*. Routledge, London.
- Coudret NA, Fuchs PL, Roberts CS, Suhrheinrich JA & White AH (1994) Role Socialization of Graduating Student Nurses: Impact of a Nursing Practicum on Professional Role Conception. *Journal of Professional Nursing* 6: 342–349.
- Cowman S (1998) The approaches to learning of student nurses in the Republic of Ireland and Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing* 4: 899–910.
- Creedy D & Hand B (1994) The implementation of problem-based learning: changing pedagogy in nurse education. *Journal of Advanced Nursing* 4: 696–702.
- Csokasy J (1997) Building perioperative nursing research teams-part 1. *AORN Journal* 3: 396–401.
- Daley BJ (1997) Creating Mosaics: The Interrelationships of Knowledge and Context. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 1: 102–114.
- Dey I (1993) *Qualitative Data Analysis. A User-Friendly Guide for Social Scientists*. Routledge, London.
- Dreier O (1999) Personal Trajectories of Participation across Contexts of Social Practice. *Dansk Psykologisk Forlag* 8: 5–2.
- Dunn SV & Burnett P (1995) The development of clinical learning environment scale. *Journal of Advanced Nursing* 6: 1166–1173.
- Durgahee T (1998) Facilitating reflection: from a stage on stage to a guide on the side. *Nurse Education Today* 2: 158–164.
- Ellström PE (1996) Rutin och reflektioin. Färuösättningar ach hinder för lärande oi dagliga arbete. In: Elleström PE Gustavsson & Larsson (red.) *Livlångt lärande*. Studentlitteratur, Lund. s 40–41.

- Eskola J (1992) Kasvatustieteellisen tutkimuksen tiedonhankinnan eettisiä kysymyksiä. *Kasvatus* 1: 6–13.
- Eskola J & Suoranta J (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere.
- Fagerberg I, Ekman SL & Ericsson K (1997) Two studies of the new nursing education in Sweden: 1. The place of gerontology and geriatrics 2. Student characteristics and expectations. *Nurse Education Today* 2: 150–157.
- Fawcett J (1989) Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 2nd Ed. F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Field P & Morse J (1996) *Nursing Research. The Application of Qualitative Approaches*. Second Edition. Chapman and Hill, London.
- Fitzpatrick JM, While AE & Roberts JD (1996) Key influences on the professional socialisation and practice of students understanding different pre-registration nurse education programmes in the United Kingdom. *International Journal of Nursing Studies* 5: 506–518.
- Ford S & Reutter L (1990) Ethical dilemmas associated with small samples. *Journal of Advanced Nursing* 1: 187–191.
- Foster RL (1997) Addressing Epistemologic and Practical Issues in Multimethod Research: A Procedure for Conceptual Triangulation. *Advances in Nursing Science* 20: 1–12.
- Fothergill-Bourbonnais F & Smith H (1995) Selecting Clinical Learning Experiences: An Analysis of the Factors Involved. *Journal of Nursing Education* 1: 37–41.
- Fowler MDM (1988) Ethical Issues in Nursing Research. *Issues in Qualitative Research*. Western Journal of Nursing Research 1: 109–111.
- French P & Cross (1992) The quality of nurse education in the 1980s. *Journal of Advanced Nursing* 17: 619–631.
- Getliffe KA (1996) An examination of the use of reflection in the assessment of practice for undergraduate nursing students. *International Journal of Nursing Studies* 4: 361–374.
- Glaser BG (1978) *Theoretical Sensitivity*. Advances in the Methodology of Grounded Theory. University of California, San Francisco.
- Glaser BG & Strauss AL (1967) *The Discovery of Grounded Theory. Strategy for Qualitative Research*. Aldine, New York.
- Haddock J (1997) Reflection in groups: contextual and theoretical consideration within nurse education and practice. *Nurse Education Today* 5: 381–385.
- Halme S (1998) The development possibilities of critical thinking related to nursing in nursing education. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 501. Oulun yliopisto, Oulu.
- Halme S & Aavarinne H (1999) Kriittisen ajattelun kehittymisen mahdollisuudet hoitotyön koulutuksessa ammattikorkeakoulussa. *Hoitotiede* 2: 72–86.
- Hannula L & Leino-Kilpi H (1998) Hoitotyön toiminnot lapsivuodeosastolla – vastaako hoitajien toiminta äitien odotuksia. *Hoitotiede* 1: 32–43.
- Helakorpi S (1992) Ammatitaito ja sen analysoiminen. Hämeenlinnan ammatillisen opettajakorkeakoulun julkaisuja n:o 84. Ammatillinen korkeakoulu. Hämeenlinna.
- Helakorpi S & Olkinuora A (1997) *Asiantuntijuutta oppimassa: Ammattikorkeakoulupedagogiikka*. WSOY, Porvoo.
- Henneman E, Lee J & Cohen J (1995) Collaboration: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2: 103–109.
- Hentinen M (1989a) Kliininen opiskelu hoitamaan oppimisessa. Tutkimuksia ja selosteita n:o 20/89. Ammattikasvatushallitus. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Hentinen M (1989b) Hoidon didaktiikan tutkimuksesta. *Hoitotiede* 1: 5–11.
- Hokkanen P, Lappalainen M & Lappalainen S (1994) Terveystieteiden käytännön opetuksen kehittämiskokeilu vuosina 1990–1993. *Moniste 5//1994*. Opetushallitus. Painatuskeskus Oy, Helsinki.

- Holloway I & Wheeler S (1995) Ethical Issues in Qualitative Nursing Research. *Nursing Ethics* 3: 223–232.
- Holopainen A (1998) Terveydenhuollon opettajuuden sisältö ja merkitys. *Lisensiaattitutkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos, Kuopio.*
- Hupli M (1996) Sairaanhoidajan ja sairaanhoitajaopiskelijan hoitotyön päätöksenteko kolmella eri menetelmällä tutkittuna. *Turun yliopiston julkaisusarja C 129, Turku.*
- Häkkinen P (1997) Tietokoneavusteisen opetusohjelman suunnitteluasiantuntijuus haasteiden edessä. Kirjassa: Kirjonen J, Remes P & Eteläpelto A (toim.) *Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, s 196–203.*
- Isola A (1998) Grounded theory –menetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Kirjassa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva, s 174–185.*
- Janhonen S (1992) The Core of Nursing as seen by Nurse Teachers in Finland, Norway and Sweden. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D 245. Oulun yliopisto. Oulu.*
- Jaroma A (1996) Keskiasteelta ammattikorkeakouluun. *Sairaanhoitajaliitto aktiivisena vaikuttajan koulutuskysymyksissä. Sairaanhoitaja 6: 10–13.*
- Jaroma A (1998) Yhteisöllisyys – haaste hoitotyön koulutukselle. Kirjassa: Parviainen T & Pelkonen (toim.) *Yhteisöllisyys -avoim parempaan terveyteen. Työvälineitä hoitotyöhön. STAKES, Saarijärvi, s 165–175.*
- Jaroma A (2000) Koulutus ja tuleva toiminta hoitotyössä. Kysely kättilö-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoille. *Kuopio University Publications E. Social Sciences 83. Kuopion yliopisto, Kuopio.*
- Jenkins R (1997) Issues of empowerment for nurses and client. *Nursing Standard* 46: 44–46.
- Jezewski MA (1990) Culture brokering in migrant farmworker health care. *Western Journal of Nursing research* 4: 497–513.
- Jezewski MA (1995) Evolution of a grounded theory: Conflict resolution through culture brokering. *Advances in Nursing Science* 1: 14–30.
- Johnson DW & Johnson RT (1991) Learning Together and Alone. Co-operative, competitive and individualistic learning. *Allyn & Bacon, Massachusetts.*
- Johnson JL (1997) Generalizability in qualitative research. Excavating the discourse. In: Morse JM. (ed.) *Completing a Qualitative Project. Details and Dialogue. Sage Publications, California, s 191–208.*
- Jones S & Brown L (1993) Alternative views an defining thinking through the nursing process. *Holistic Nurse Practice* 3: 71–76.
- Juvonen S (2001) Hoitotyön päätöksenteko. Päätöksenteon opetus ja sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden päätöksenteko. *Annales Universitatis Turkuensis. Ser C Osa 175. Turun yliopisto, Turku.*
- Järvinen A (1990) Reflektiivisen ajattelun kehittyminen opettajakoulutuksen aikana. *Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen julkaisusarja A. Tutkimuksia 35. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.*
- Järvinen A (1996) Aikuisopiskelijan orientaatiot työn ja koulutuksen maastoissa. *Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Julkaisusarja A n:o 56. Tampere.*
- Kankaanpää A (1997) Ammatin kuvaus koulutuksen apuna. Ammattien kuvausjärjestelmän rakentamisen näkökulmia, ongelmia ja ehdotuksia. *Opetushallitus, Helsinki*
- Karttunen P (1999) Tietoa hoitotyön toimintaan. *Sairaanhoidon opiskelijoiden käsityksiä tiedosta ja tiedon suhteista toimintaan. Acta Universitatis Tampereensis 651. Tampereen yliopisto, Tampere.*
- Keck JF (1994) Teorianmuodostuksen termistöä. Kirjassa: Marriner-Tomey A (toim.) *Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala, s 17–35.*
- Keane M (1993) Preferred Learning Styles and Study Strategies in a Linguistically. *Diverse Baccalaureate Nursing Student Population. Journal of Nursing Education* 5: 214–221.

- Keddy B, Sims S & Stern PN (1996) Grounded theory as feminist research methodology. *Journal of Advanced Nursing* 3: 448–453.
- Kim HS (1983) *Nature of theoretical thinking*. Appleton-Century Crofts, Norwalk, CT.
- Kim HS (1992) Structuring the nursing knowledge system: A typology of four domains. I In: Nicoll LH (ed.) *Perspective on Nursing Theory*. 2nd ed. J.P. Lippincott Company, Philadelphia, s 134–142.
- Kivelä A & Janhonen S (1996a) Developing into a nurse during the educational process. In: Määränen I (Ed.) *The Second Conference in Promoting Well-Being and Holistic Care Through Multidisciplinary Education*. Oulu Institute of Health Sciences Publications A, Research Reports 4, Oulu, s 49–50.
- Kivelä A & Janhonen S (1996b) *Ammattiin kasvaminen sairaanhoitajakoulutuksen aikana*. Julkaisusarja A:10:1996. Pro Nursing ry:n vuosikirja, Turku, s 106–112.
- Koldejeski D (1993) A Restructured nursing process mode. *Nurse Educator* 4: 33–38.
- Kosowski MR (1995) Clinical Learning Experiences and Professional Nurse Caring: A Critical Phenomenological Study of Female Baccalaureate Nursing Students. *Journal of Nursing Education* 5: 235–242.
- Kulmala K (1993) Hyvän hoito-opin opettajan vaateet kliinisessä opetuksessa ohjaajien näkökulmasta. Tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos, Turku.
- Kuokkanen R (1991) Päätöksenteon oppiminen sairaanhoitajakoulutuksen kliinisen opiskelun alkuvaiheen osastotunneilla. Lisensiaattitutkimus. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos, Oulu.
- Kuokkanen R (2000) Opiskelijoiden päätöksenteon kehittyminen osana ammattitaitoa sairaanhoitajakoulutuksessa. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 613. Oulun yliopisto, Oulu. Available from: <http://herkules.oulu.fi/isbn95142807X/>.
- Kuokkanen L & Leino-Kilpi H (1995) Terveystieteiden koulutuksen tuloksellisuuden arviointia. *Opitaanko koulutuksessa hoidon laadun kehittämistä?* *Hoitotiede* 4: 151–161.
- Kylmä J (2000) Dynamics of hope in adult persons living with HIV/AIDS and their Significant others – a substantive theory. *Kuopio University Publications E. Social Sciences* 85. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Kylmä J, Vehviläinen-Julkunen K & Lähdevirta J (1999) Ethical Considerations in a Grounded Theory Study on the Dynamics of Hope in HIV –Positive Adults and Their Significant Others. *Nursing Ethics* 3: 224–239.
- Kyngäs H (1995) Diabeetikkonuorten hoitoon sitoutuminen. Teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 352. Oulun yliopisto, Oulu.
- Kyngäs H & Vanhanen L (1999) Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11: 3–12.
- Könnilä P (1999) Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutus muuttuvassa ympäristössä. *Acta Universitatis Tampereensis* 646. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Laakkonen R (1999) Ammattikorkeakoulureformi ja opettajan työn muutos. Opettajien käsityksiä ammattikorkeakoulukokeilun toteuttamisesta Keski-Pohjanmaalla vuosina 1993–1997. *Acta Wasaensia*. No 67. Vaasan yliopisto, Vaasa.
- Laki ammattikorkeakouluopinnoista 255/1995. Suomen säädöskokoelma, Helsinki.
- Laki ammatillisista oppilaitoksista 487/1987. Suomen säädöskokoelma, Helsinki.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1993) Laki 785/17.8.1992. Sosiaali- ja terveyshallitus, Helsinki.
- Lanara V (1996) Sankarillisuus hoitotyön arvona. Filosofinen näkökulma. SHKS, Helsinki.
- Larrabee JH, Bolden LV & Knight MR (1998) The lived experience of patient prudence in health care. *Journal of Advanced Nursing* 4: 802–808.
- Latvala E (1998) Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäätöksissä. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 490. Oulun yliopisto, Oulu. Available from: <http://herkules.oulu.fi/isbn951450680/>.
- Lauri S & Elomaa L (1999) *Hoitotieteen perusteet*. 3. painos. WSOY, Juva.

- Lauri S, Eriksson E & Hupli M (1998) Hoidollinen päätöksenteko. WSOY, Helsinki.
- Lauri S & Salanterä S (1994) Suomalaisten sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien päätöksentekomallit ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A :7/1994, Turku.
- Lauri S & Salanterä S (1995a) Suomalaisten sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien päätöksentekomalli viidellä hoitotyön toiminta-alueella. *Hoitotiede* 2: 64–74.
- Lauri S & Salanterä S (1995b) Decision-making models of Finnish nurses and public health nurses. *Journal of Advanced Nursing* 3: 520–527.
- Lauri S & Salanterä S (1998) Decision-making models in different fields of nursing. *Research in Nursing & Health* 21: 443–452.
- Leinhardt G, McCarthy Y & Merriman J (1995) Integrating professional knowledge: The Theory of Practice and the Practice of Theory: *Learning and Instruction* 5: 401–408.
- Leino AL & Leino J (1990) Oppimistyyli: Teoriaa ja käytäntöä. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Leino-Kilpi H (1989) Arvioinnin kehittämiskokeilu: Opetuksen integrointi ja opiskelija- arvioinnin kehittäminen. Kokeilun lähtökohdat ja raportti toiminnasta Turun terveydenhuolto-oppilaitoksessa lukuvuonna 1987–1988. Ammattikasvatushallitus. Suunnittelu- ja kehittämisosasto. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Leino-Kilpi H (1990 a) Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. *Lääkintöhallituksen Julkaisusarja* 163, Helsinki.
- Leino-Kilpi H (1990 b) Grounded teoriamenetelmän käytöstä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. *Hoitotiede* 3: 199–204.
- Leino-Kilpi H (1991) Kehittävän opiskelija-arvioinnin kokeilu terveydenhuoltoalalla. Loppuraportti 1, Yleinen osa. Opetushallituksen julkaisusarjat. Raporttisarja 1/1991. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Leino-Kilpi H (1995) Hoitotoimintojen oppimisen arviointia. Kirjassa: Leino-Kilpi H, Hupli M & Räisänen A (toim.) *Terveydenhuoltoalan koulutuksen tuloksellisuus ja laatu*. Arviointi 5/95. Opetushallitus. Yliopistopaino Oy, Helsinki. s 157–191.
- Leino-Kilpi H (1998) Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Kirjassa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva. s 222–231.
- Leino-Kilpi H & Tuomaala U (1988) Research ethics and nursing science. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2: 147–153.
- Leino-Kilpi H, Välimäki M, Arndt M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott PA, Bansemir G, Cabrera E, Papaevangelou H & Parland JMc (2000) Patient's Autonomy, Privacy and Informed Consent. *Biomedical and Health Research Vol 40*. European Commission, Directorate-General XII. Science, Research and Development. IOS Press, Amsterdam, The Netherlands.
- Leino-Kilpi H, Walta L & Helenius H (1994) Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen hyvän hoito –mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Raportteja 151. STAKES, Jyväskylä.
- Leinonen T (1993) Kliinisen oppimisen ideaaliohjeita opiskelijoiden näkökulmasta. Tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos, Turku.
- Lincoln YS & Guba EG (1985) *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, Beverly Hills, California.
- Liukkonen A (1990) Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa. Turun yliopiston Julkaisusarja C osa 81. Turun yliopisto, Turku.
- Liukkonen A & Åstedt-Kurki P (1994) Osallistuva havainnointi hoitotieteellisen tutkimuksen aineiston keruumenetelmänä. *Hoitotiede* 2: 51–56.
- LTHOL Lapin terveydenhuolto-oppilaitos (1995) Koulukohtainen opetussuunnitelma. Rovaniemi.
- Luukka K (1998) Sairaanhoitajaopiskelijoiden arviointi hoitotyön käytännön opiskelusta. Lisensiaattitutkimus. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos, Kuopio.

- Manninen E (1994) Opiskelijoiden käsityksiä hoitotyön tietoperustasta – sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja kättilöopiskelijoita koskeva pitkittäistutkimus. Lisensiaattitutkimus. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos, Oulu.
- Manninen E (1998) Changes in students' perception of nursing as they progress through their education. *Journal of Advanced Nursing* 2: 390–398.
- Manninen E, Maunu M & Pyykkönen P (1995) Ammattikorkeakoulu oppimisympäristönä. Oulun ammattikorkeakoulusta valmistuneiden opiskelijoiden arviointia opiskelustaan ja ammatillisista valmiuksistaan keväällä 1995. Oulun ammattikorkeakoulun julkaisuja, Tutkimuksia 4, Oulu.
- Mattila EA (1998) Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana –potilaiden käsityksiä ja kokemuksia. *Hoitotiede* 3: 144–152.
- Maynard C (1996) Relationship of Critical Thinking Ability to Professional Nursing Competence. *Journal of Nursing Education* 1: 12–18.
- McGregor J (1990) Collaborative Learning: Shared Inquiry as a Process of Reform. *New Directions for Continuing Education* 1: 19–30.
- Meleis AI (1997) *Theoretical Nursing, Development and Progress*. 3rd. J.B Lippincott Company, Philadelphia.
- Mezirow J (1995) Uudistava oppiminen. Kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa. Painotalo Miktor, Helsinki.
- Mezirow J (1997a) Transformative learning: theory to practice. In: Cranton P (ed.) *Transformative Learning in Action: Insights from practice*. *New Directions for Adult and Continuing Education*, no 74. Jossey-Bass Publishers. San Francisco, Oxford.
- Mezirow J (1997b) Transformative Theory out of Context. *Adult Education Quarterly* 1: 60–62.
- Mezirow J (1998) On Critical Reflection. *Adult Education Quarterly* 3: 185–198.
- Miles MB & Huberman AM (1994) *Qualitative Data Analysis*. Sage Publications, California.
- Miller SI & Fredericks M (1999) How Does Grounded Theory Explain? *Qualitative Health Research* 4: 538–551.
- Munhall PL (1988) Ethical Considerations in Qualitative Research. *Western Journal of Nursing Research* 2: 150–162.
- Munnukka T (1996) Opiskelija-omahoitajan yhteistyösuhteen opiskelu käytännöllisessä opiskelussa -yhteistyösuhteen sisältö ja sen reflektio. *Hoitotiede* 3: 127–133.
- Munnukka T (1997) Hoitamaan oppiminen ja opettaminen. Käytännöllinen opetus sairaanhoitajakoulutuksessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 579. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Mäki-Komsi S (1999) Opettaminen ja oppimisen muodot muuttuvat, muuttuuko oppimis- ja opettamiskulttuuri? – heijastuksia opetuksen kehittämisprojekti OpinNtista. *Työelämän tutkimus* 6/1999. Opetushallitus, Helsinki.
- Mäkisalo M (1998) Terveystieteiden oppilaitoksen organisaatiokulttuuri. Opettajien ja opiskelijoiden käsityksiä todellisesta ja toivotusta toiminnasta. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 58. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.
- Mäkisalo M & Kinnunen J (2000) Opiskelijana terveydenhuolto-oppilaitoksessa. Opiskelijoiden käsityksiä terveydenhuolto-oppilaitoksen organisaatiokulttuurin osatekijöistä. *Hoitotiede* 1: 15–25.
- Mölsä A (1992) Sairaanhoitaja-, erikoissairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja kättilö- opiskelijoiden käsitykset koulutuksessaan saamista valmiuksista ja tulevasta ammatistaan. Lisensiaattitutkimus. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos, Tampere.
- Mölsä A (1993) Sairaanhoitaja-, erikoissairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja kättilö- opiskelijoiden hoitotyöhön koulutuksessa saamat valmiudet. Kirjassa: Räisänen A (toim.) *Terveydenhuollon koulutus*. Tutkimuselostuksia. Opetushallitus, Helsinki, s 17–42.
- Nehls N, Rather M & Guyette M (1997) The Preceptor Model of Clinical Instruction: The Lived Experiences of Students, Preceptors, and Faculty-of-Record. *Journal of Nursing Education* 5: 220–226.

- Numminen U & Lampinen O (1990) Peruskoulun jälkeisen koulutuksen kehittäminen. Koulutuskokeilujen johtoryhmän muistio. 5.4.1990.
- Nurminen R (2000) Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 80. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Nykysuomen sanakirja (1980) Osat III–IV. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Seitsemäs painos. WSOY, Porvoo.
- Oinonen I (2000) Harjoittelun ohjaus hoitotyön koulutuksen eri vaiheissa. Lahden ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A. Tutkimuksia. Gummerus, Saarijärvi.
- Olshansky EF (1996) Theoretical issues in building a grounded theory: Application of an example of a program of research on infertility. *Qualitative Health Research* 3: 394–405.
- OPH Opetushallitus (1992) Sairaanhoidaja, kätilö ja terveydenhoitaja opetussuunnitelman perusteet. Opetussuunnitelmasarja 1/1991, Helsinki.
- OPH Opetushallitus (1996) Ammatillisen koulutuksen opetussuunnitelmien perusteet. Sosiaali- ja terveysala, opistoaste. Hakapaino Oy, Helsinki.
- OPM Opetusministeriö (1999) Koulutus ja tutkimus vuosina 1999–2004. Kehittämissuunnitelma. Opetusministeriö, Helsinki.
- OPM Opetusministeriö (2000a) Selvitys ammattikorkeakoulun terveysalan jatkokutkinnoista. Työryhmän raportti. 17.11.2000. Opetusministeriö, Helsinki.
- OPM Opetusministeriö (2000b) Korkeakoulututkintojen järjestelmän kehittäminen. Keskustelumuistio 2000. Opetusministeriö, Helsinki.
- OPM Opetusministeriö (2001) Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäistuntimäärät. Opetusministeriön julkaisu 7/9.2001, Helsinki.
- Owen S (1993) Identifying a role for the nurse teacher in clinical area. *Journal of Advanced Nursing* 5: 816–825.
- Paavilainen E (1998) Lasten kaltoinkohtelu perheessä. *Acta Universitatis Tampensis* 604. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Palmer A, Burns S & Bulman C (1994) *Reflective Practice in Nursing*. Blackwell Science Ltd, Oxford.
- Parker D, Webb J & D'Souza B (1995) The value of critical incident analysis as an educational tool and its relationship to experiential learning. *Nurse Education Today* 2: 111–116.
- Patton M (1990) *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Sage Publications, London.
- Perälä ML (toim.) (1997) Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. STAKES. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Perälä ML & Ponkala O (1999) Tietoa ja taitoa terveysalalle. Terveysalan korkeakoulutuksen arviointi. Korkeakoulujen arviointineuvoston julkaisuja 8:1999. Edita, Helsinki.
- Polit DF & Hungler BP (1999) *Nursing Research – Principles and Methods*. Sixth edition. J.B Lippincott Company, Philadelphia.
- Raatikainen R (1992) Omatoimisuus kotisairaanhoidossa. *Hoitotiede* 4: 171–175.
- Rafferty AM, Allock N & Lathlean J (1996) The theory-practice “gap”: Taking issue with the issue. *Journal of Advanced Nursing* 23: 685–691.
- Rauste-von Wright M (1997) Opettaja tienhaarassa, konstruktivismia käytännössä. WSOY, Juva.
- Rauste-von Wright M & von Wright J (1994) Oppiminen ja koulutus. WSOY, Juva.
- Rauste-von Wright M & von Wright J (1996) Oppiminen ja koulutus. WSOY, Juva.
- Redshaw ME, Harris A & Baum JD (1996) Research ethics committee audit: differences between committees. *Journal Medical Ethics* 2: 78–82.
- Rolfe G (1996) *Glossing the Theory-Practice Gap: A New Paradigm for Nursing*. Butterworth, Heinemann Ltd, Oxford.
- Rossiter JC, Bidewell J & Chan PT (1998) Non-English speaking background high school students' attitudes towards the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing* 3: 604–613.

- Räisänen A (1995) Terveystieteiden koulutuksen tuloksellisuus ja laatu. Kirjassa: Leino-Kilpi H, Hupli M & Räisänen A (Toim.) Terveystieteiden koulutuksen tuloksellisuus ja laatu. Arviointi 5/1995. Opetushallitus. Yliopistopaino Oy, Helsinki, s 9–24.
- Räisänen A (1998) Terveystieteiden koulutuksen tuloksellisuus, koulutuksesta valmistuvien sairaanhoitajien, kättilöiden ja terveydenhoitajien hoitotyön toimintojen hallinta. Lisensiaattitutkimus. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto, Turku.
- Saarikoski M & Leino-Kilpi H (1999) Association between quality of ward nursing care and students' assessment of the ward as a learning environment. *Influences on Quality Care* 6: 467–475.
- Salanterä S & Leino-Kilpi H (1992) Kättilö-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitaja- opiskelijoiden hoidollisten tiedonalueiden hallinta ammatillisen peruskoulutuksen aikana. Opetushallitus. VAPK-kustannus, Helsinki.
- Salmela M (1998) Sairaanhoitajakoulutuksen tuloksellisuus – Hoitamisen taitojen oppiminen ja opettaminen valmistuvien sairaanhoidon opiskelijoiden arvioimana. Lisensiaattitutkimus. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos, Turku.
- Salminen H (1999) Ammattikorkeakoulu-uudistuksen ja keskiasteen tutkintouudistuksen yhteneväisyyksiä ja eroja. Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja, Kasvatus 5: 472–490.
- Salminen H (2000) Suomalainen ammattikorkeakoulu-uudistus opetushallinnon prosessina. Koulutussuunnittelu valtion keskushallinnon näkökulmasta. Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja 2001/81. Opetusministeriö, Helsinki.
- Salminen L (2000) Hoitotyön opettajan muotokuva – opettajaan kohdistuvat vaatimukset ja niiden arviointi. *Annales Universitatis Turkuensis. SER. C. TOM. 158*, Turku.
- Salomon G & Perkins DN (1998) Individual and Social Aspect of Learning. *Review of Research in Education* 23: 1–24.
- Sandelin P (1996) Haasteena hoitamaan oppiminen – terveydenhuollon opiskelijoiden kokemuksia hoitamaan oppimisesta ja sen hallinnasta. Lisensiaattitutkimus. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos, Oulu.
- Sandelowski M (1986) The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science* 3: 27–37.
- Sandelowski M (1993) Rigor or rigor mortis: The problem of rigor in qualitative research revisited. *Advances in Nursing Science* 2: 1–8.
- Sandelowski M (1995) Qualitative analysis: What it is and how to begin. *Research in Nursing & Health* 4: 371–375.
- Sarja A (2000) Dialogioppiminen pienryhmässä. Opettajaksi opiskelevien harjoitteluprosessi terveydenhuollon opettajakoulutuksessa. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 160. Jyväskylä University, Jyväskylä.
- Sarajärvi A (1998) Sairaanhoitajan opiskelijoiden näkemys hoitotyöstä koulutuksen alkuvaiheessa. Lisensiaattitutkimus. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos, Oulu.
- Sarajärvi A (2000) Sairaanhoitajan opiskelijan hoitotyön tarpeen arvioijana kliinisen jakson aikana. Kirjassa: Pietilä AM, Kylmä J, Turunen H, Vehviläinen-Julkunen K & Immonen K (toim.) Hoitotieteellisen tutkimuksen ydinkysymyksiä terveyden edistämiseksi perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. VI Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 19. Kuopion yliopisto. Kuopio, s 386–391.
- Sarajärvi A & Janhonen S (2000) The Evaluation of Nursing Needs as Described by the Nursing Students. In: Sarajärvi A & Tuomi J (2000) (Ed.) *Developing Nursing Practice by Education and Research. Proceedings. Publications A: Researches 2/2000*, s 361–371.
- Sarajärvi A & Tuomi J (2000) The practical training of nursing students in Finland. *International Nursing Review* 5: 70–73.
- Saranto K (1992) Hoitotyön ammatillisen päätöksenteon opettaminen – Tietokoneavusteisten Simulointitestien käyttö opetusmenetelmänä terveydenhoitajakoulutuksessa. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos, Turku.

- Saranto K (1997) Outcomes of education in information technology -towards the teaching of nursing informatics. *Annales Universitatis Turkuensis, Medica- Odontologica*. Turun yliopisto, Turku.
- Schatzman L & Strauss AL (1973) *Field Research. Strategies for a Natural Sociology*. Prentice-Hall, INC, Englewood Cliffs.
- Sedlak C (1997) Critical Thinking of Beginning Baccalaureate Nursing Students During the First Clinical Nursing Course. *Journal of Nursing Education* 1: 11–18.
- Smith P (1991) The nursing process: Raising the profile of emotional care in nurse training. *Journal of Advanced Nursing* 1: 74–81.
- Smith K & Biley F (1997) Understanding grounded theory: principles and evaluation. *Nurse Researcher* 1: 17–30.
- Soininen M (1995) Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turun yliopiston täydennyskoulutuksen julkaisuja A: 43. Painosalama Oy, Turku.
- Solante S & Leino-Kilpi H (1998) Mitä koulutus tuotti? Viisi vuotta työelämässä olleiden hoitotyöntekijöiden näkemyksiä koulutuksen tuottamista valmiuksista *Hoitotiede* 2: 87–96.
- STM Sosiaali- ja terveysministeriö (2000) Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatin harjoittamisen kannalta tärkeitä näkökohtia. *Monisteita* 2000:15. <http://www.stm.fi/suomi/pao/julkaisut>.
- Stenfors P (1999) Tieteellisen ja kriittisen ajattelun kehitys hoitotyön koulutuksessa. *Acta Universitatis Tampereensis* 657. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Stern PN (1985) Using Grounded Theory Method in Nursing Research. In: Leininger M (ed.) *Qualitative Research Methods in Nursing*. Grune & Stratton Inc, Harcourt Jovanclig Publishers, USA. s 149–160.
- Stokke TA & Thorell-Ekstrand I (2001) Have student nurses learned to document nursing care in college and in their first practice period? *Vård I Norden* 3: 17–22.
- Strauss AL (1987) *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Strauss AL & Corbin J (1990) *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Sage Publications, London.
- Strauss AL & Corbin J (1998) *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Second Edition. Sage, Thousand Oaks.
- Suomen kielen perussanakirja. (1992) Toinen osa L–R. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 55. Valtion Painatuskeskus, Helsinki.
- Suomi L, Hupli M & Salanterä S (2000) Sairaanhoidajaopiskelijan kliinisen oppimisen arviointi sairaanhoidajan näkökulmasta. Kirjassa: Pietilä AM, Kylmä J, Turunen H, Vehviläinen-Julkunen K & Immonen K (toim.) *Hoitotieteellisen tutkimuksen ydinkysymyksiä terveyden edistämässä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa*. Kuopion yliopiston selvityksiä E. *Yhteiskuntatieteet* 19, Kuopio, s 418–421.
- Taskinen H, Turunen H, Sinkkonen S & Tossavainen K (1995) Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä koskevia näkemyksiä näiden alojen opiskelijoilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen yhteistoimintakokeilun arviointitutkimuksen alkukartoituksen tuloksia. *Hoitotiede* 4: 162–170.
- Tossavainen K (1996) Yhteistoiminnallinen oppiminen terveydenhuollon opettajakoulutuksessa. Vertailututkimus suomalaisten ja englantilaisten opiskelijoiden kokemuksista. *Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia*. N:o 62. Joensuun yliopisto, Joensuu.
- Tossavainen K (1998) Terveydenhoitajan työ ja koulutus muutoksessa. Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja 53. Opetusministeriö, Helsinki.
- Tossavainen K, Tawes S, Turunen H, Voutilainen U & Perttula J (1998) Collaborative learning in health care teacher training: A comparative study of Finnish and British students' experiences. Kirjassa: Häkkinen K (ed.) *Multicultural Education. Reflection on Theory and Practice*. Continuing Education Centre. Multicultural Programmes. University of Jyväskylä. s 182–192.

- Tossavainen K & Turunen H (1999) Koulutusrakenteet muuttuvat – muuttuuko opetus ja oppiminen. Terveys- ja sosiaalialan koulutus ammattikorkeakoulun uudistusvaiheessa. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Tschikota S (1993) The Clinical Decision-Making Processes of Student Nurses. *Journal of Nursing Education* 9: 398–405.
- Tuominen E (1996) Oppimistylien ja oppimistrategioiden soveltamisesta. *Ammattikasvatus* 1: 10–11.
- Turunen H (1997) Hoidollisen vuorovaikutuksen oppiminen – kokemuksen tutkimusmetodinen tarkastelu. Lisensiaattitutkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos, Kuopio.
- Tynjälä P (1991) Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus* 22: 387–398.
- Tynjälä P (1996) Kirjoittaminen oppimisen välineenä korkeakoulutuksessa. *Kasvatus* 5: 425–438.
- Tynjälä P (1997) Developing education students' conceptions of the learning process in different learning environments. *Learning and Instruction* 7: 277–292.
- Tynjälä P (1998) Traditional studying for examination versus constructivist learning task: to learning outcomes differ? *Studies in Higher Education* 23: 173–189.
- Tynjälä P (1999) Oppimisen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Tynjälä P & Collin K (2000) Koulutuksen ja työelämän yhteistyö – pedagogisia näkökulmia. *Aikuiskasvatus* 20: 293–305.
- van Maanen HM (1979) The nursing profession: ritualized, routinized or research-based? *Journal of Advanced Nursing* 4: 87–89.
- van Maanen HM (1986) Evaluation of nursing care: quality of nursing evaluated within the context of health care and examined from a multinational perspective. In: Wills LD & Lindwood ME (eds.) *Measuring the Quality of Care*. Churchill Livingstone, Edinburgh, s 3–42.
- van Maanen H (1996) Nursing Research in Europe: The cornerstone of professional practice. In: Parviainen T (toim.) *Hoitotyön tutkimusta edessä ja takana. Sairaanhoidon tutkimuslaitos N:o 1: 1996. Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen julkaisuja, Helsinki, s 14–26.*
- Vanhanen L (2000) Terveysalan opiskelijoiden suuntautuminen hoitamiseen. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D 579*. Oulun yliopisto, Oulu. Available from: <http://herkules.oulu.fi/isbn951455860>.
- Vehviläinen-Julkunen K (1990) Nursing in child health care. Maintaining awareness of the child's development and care. Kuopion yliopiston julkaisuja. Alkuperäistutkimukset 3/1990. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Vehviläinen-Julkunen K (1998) Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Kirjassa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K (1998) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, s 26–34.
- Vesa P & Isola A (2000) Huumori hoitotyön laboraatio-opetuksessa. *Hoitotiede* 3: 140–150.
- Vesanto A & Munnukka T (1996) Opiskelija-omahoitajana toimiminen sairaanhoidon opiskelijoiden ammattitaidon edistäjänä. *Hoitotiede* 1: 20–28.
- Videbeck S (1997) Critical Thinking: Prevailing Practice in Baccalaureta Schools of Nursing. *Journal of Nursing Education* 1: 5–10.
- von Wright J (1996) Oppimisen tutkimuksen opetukselle asettamia haasteita. *Kasvatus* 1: 9–21.
- Välämäki M, Leino-Kilpi H, Antila ML, Myllylä BM, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott PA, Arndt M & Kaurila T (2001) Potilaan autonomia kirurgisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* 3: 155–166.
- Väättäin K (1997) Opiskelijoiden ja opettajien käsityksiä sairaanhoitajakoulutuksessa saavutetuista ammatillisista valmiuksista. Opinnäytetyötutkimus. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Kuopio.
- Walker LD & Avant C (1988) *Strategies for Theory Construction in Nursing*. Apleton – Century – Crofts/ Noewalk, Lange.
- Wills ME (1997) Link teacher behaviours: students nurses' perceptions. *Nurse Education Today* 3: 232–246.

- Wiseman RF (1994) Role Model Behaviours in the Clinical Setting. *Journal of Nursing Education* 9: 405–410.
- Wilson M (1994) Nursing Student Perspective of Learning in a Clinical Setting. *Journal of Nursing Education* 2: 81–86.
- Worrell J, McGinn A, Black E, Halloway N & Ney P (1996) Developing a Model of Empowerment. *Journal of Nursing Education* 3: 127–130.
- Åstedt-Kurki P & Liukkonen A (1994) Humor in nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 1: 183–188.

Liitteet

- LIITE 1. Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksiä kuvaavista tutkimuksista aikaisemman tiedon perusteella.
- LIITE 2. Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön toimintaa kuvaavista tutkimuksista aikaisemman tiedon perusteella.
- LIITE 3. Hoitotyön käytännön harjoittelujakson tehtävä.
- LIITE 4. Perusopintojen käytännön harjoittelujakson tavoitteet.
- LIITE 5. Ammattiopintojen käytännön harjoittelujakson tavoitteet.
- LIITE 6. Syventävien opintojen käytännön harjoittelujakson tavoitteet.
- LIITE 7. Esimerkkejä aineiston analyysin etenemisestä.
- LIITE 8. Auttamismenetelmiä kuvaavat alakategoriat ja substantiiviset koodit.
- LIITE 9. Hoitotyön näkemystä kuvaavat auttamismenetelmät ja niiden sisällöt.
- LIITE 10. Hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät ja niitä kuvaavat sisällöt.
- LIITE 11. Hoitotyön näkemystä kuvaavien ja hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevien kategorioiden välisten yhteyksien vertailua.
- LIITE 12. Analyysirunko hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavasta luokituksesta.
- LIITE 13. Esimerkki hoitotyön näkemystä kuvaavien auttamismenetelmien luokituksesta ja aineiston kvantifioinnista.
- LIITE 14. Hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavien kategorioiden lausumat prosentteina ja frekvensseinä koulutuksen eri vaiheissa. N = 1144.
- LIITE 15. Hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavien pääkategorioiden lausumat prosentteina koulutuksen eri vaiheissa.

Liite 1. Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön näkemyksiä kuvaavista tutkimuksista aikaisemman tiedon perusteella.

Tekijä(-t)	Vuosi	Tutkittava asia	Kohderyhmä	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Leino-Kilpi	1991	Kehittävän opiskelija-arvioinnin kokeilu: Oppimis-päiväkirja itsearvioinnin tukena.	Sairaanhoido- ja-, terveyden- hoitaja- ja käti- löopiskelijat n=48.	Päiväkirja- analyysit	Opiskeijoiden tavoite- tekuvaokset muuttui- vat koulutuksen ede- tessä hiukan korketa- soisemmiksi. Päivä- kirjoissa itsearviointia opiskelijat kommentoi- vat vähän
Kulmala K	1993	Hyvän hoito-opin opettajan vaateet kliinisessä opetuk- sessa.	Sairaanhoidajat n=183.	Kysely.	Hyvällä opettajalla tulee olla hoidollinen ja teoret- tinen pätevyys. Hänen tu- lee olla selkeä, rohkaiseva ja käytettävissä oleva. Hänen tulee reflektoida toimintaansa ja tunnistaa omat virheensä.
Leinonen T	1993	Kliinisen oppimisen ideaaliopettaja opiske- lijoiden näkökul- masta.	Sairaanhoidaja- opiskelijat n=182	Kysely.	Ideaaliopettajalla on hoito- kompetenssia, hän on ajan- tasalla ja auttaa opiskelijoita yhdistämään teorian ja käy- tännön sekä tietää opiskeli- joiden tietotaitotason.
Campbell IE & 1994 Larrivee L & Field PA & Day RA & Reutter L		Hoitotyön oppimi- seen vaikuttavat tekijät kliinisellä jaksolla.	Sairaanhoidaja- opiskelijat n=131.	Kysely ja haastattelu.	Tärkeäksi tekijäksi kliini- sellä jaksolla muodostui käytännön ohjaajan rooli- malli hoitotyön oppimisessa.
Coudret NA & 1994 Fuchs PL & Roberts CS & Suhreinrich JA & White AH.		Sairaanhoidajan roolin merkitys hoitotyön oppi- misessä.	Sairaanhoidaja- opiskelijat har- joittelujakson alkuvaiheessa n= 44, loppu- vaiheessa n=41.	Kysely.	Käytännön ohjaajan rooli oli tärkeä hoitotyön oppi- misessä kliinisellä harjoit- telujaksolla.
Fitzpatrick JM 1996 & While AE & Roberts JD		Ammatilliseen kasvamiseen vaikuttavat tekijät.	Sairaanhoidaja- opiskelijat n=99.	Teema- haastattelu.	Ammatilliseen kasvamiseen vaikutti käytännön ohjaajan roolimalli.
Vesanto A & 1996 Munnukka T		Opiskelijoiden koke- mukset omahoidajana toimimisesta käytän- nönjaksolla.	Sairaanhoidaja- opiskelijat n=21.	Analyysi opiskelijoiden päiväkirjoista.	Omahoidajana toimiminen edisti hoitotyön oppimista ja ymmärrystä kokonaisvaltai- sesta hoitotyön näkemyksestä.
Halme SL	1998	Kriittisen ajattelun kehittyminen hoito- työn koulutuksessa.	Sairaanhoidon opiskelijat n=38, terveyden- huollon opettajat	Kysely ja videointi.	Terveydenhuollon opettajan näkemysmahdollistivat kriittisen ajattelun kehitty- sen koulutuksen aikana.
Sarajarvi A	1998	Sairaanhoidon opiske- lijoiden hoitotyön näkemys ensimmäisen kliinisen jakson aikana.	Sairaanhoidaja- opiskelijat n=35.	Eseeet ja haastattelu.	Hoitotyön ydintehtävä oli potilaan selviytymisen tuke- minen päivittäisissä toimin- noissa.

jatkuu...

Karttunen P	1999	Opiskelijoiden käsitys omasta tiedosta ja tiedon suhteesta hoitotyön toimintaan.	Sairaanhoitaja-opiskelijat n=38.	Esseet ja teema-haastattelut.	Opiskelijat kuvasivat käytännön hoitotyön merkittäväksi tietoperustan kehitymisessä, Käytännön harjoittelu mahdollisti tiedon reflktoinnin.
Saarikoski M & Leino-Kilpi H	1999	Opiskelijoiden arviointia osaston hoitotyön laadun ja oppimisympäristön välisestä suhteesta.	Sairaanhoitaja-opiskelijat n=162.	Kysely.	Osaston hoitotyön laatu oli vahvasti yhteydessä hoitotyön oppimisympäristöön. Hoitohenkilökunnan rooli koettiin tärkeäksi hoitotyön oppimisessa.
Stenfors P	1999	Tieteellisen ja kriittisen ajattelun kehitys hoitotyön koulutuksessa.	Sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja-kätilöopiskelijat n=105.	Kysely.	Koulutuksen loppuvaiheessa opiskelijoista suurin osa oli poikkitieteellisesti suuntautuneita, hoitotieteellisesti suuntautuneita oli vähemmän.
Chan SW & Chien W	2000	Oppimisen välineet käytännön hoitotyössä.	Sairaanhoitaja-opiskelijat n=47 ja ohjaajat n=4.	Kysely ja haastattelut.	Opiskelijoiden ja ohjaajien yhteisesti hyväksytyt tavoitteet lisäsivät opiskelijoiden itsenäisyyttä ja motivaatiota käytännön oppimisessa. Kuitenkin kliinisellä ohjauksella koettiin olevan merkittävää oppimistuloksiin.
Jaroma A	2000	Opiskelijoiden käsitykset koulutuksesta ja tulevasta työtoiminnasta.	Sairaanhoitaja-opiskelijat; opistotasolla n=1369 ja ammattikorkeakoulutasolla n=435.	Kysely.	Ohjattu harjoittelu ja asioiden oppiminen tutkimusta tekemällä olivat yhteydessä monipuolisen ammattitaidon kehittymiseen ja omaa roolia koskeviin käsityksiin kuten hoitotyön uudistajana toimimiseen.
Mäkisalo M & Kinnunen J	2000	Opiskelijoiden käsityksiä terveydenhuoloppilaitoksen tämänhetkisestä ja toivottavasta toiminnasta.	Sairaanhoitaja-opiskelijat n=260.	Teema-haastattelu.	Opiskelijoiden mielestä ammattiin kasvamista edisti erityisesti käytännön harjoittelu ja hyvät yhteistyösuhteet ohjaajien ja opettajien kanssa.
Salminen L	2000	Hoitotyön opettajaan kohdistuvat vaatimukset ja niiden toteutuminen.	Suomesta opettajat n=105 ja opiskelijat n=225. Englannista opettajat n=12 ja opiskelijat n=46. Saksasta opettajat n=49 ja opiskelijat n=112.	Kysely.	Suhteet opiskeljiin arvioitiin tärkeimmäksi hoitotyön opettajan vaatimuksiksi Suomessa ja Englannissa. Saksassa pidettiin tärkeimpänä opettajan vaatimuksena hoitokomptenssia.
Vanhanen L	2000	Terveystieteen opiskelijoiden suuntautuminen hoitamiseen.	Sairaanhoitaja-opiskelijat n=35	Haastattelu, ja kyselyt	Suuntautumisen kohde hoitotyössä oli yhteydessä suuntautumista ennakoiviin tekijöihin, opiskelijan kokemaan hoitamisen merkitykseen, sekä ura ja elämän tavoitteisiin. Opiskelijoiden suuntautumistavat olivat hoiva-, asiantuntijuus ja ansio-työsuuntautuminen. Suuntautumistapa pysyi samanlaisena koko koulutuksen ajan.

Liite 2. Sairaanhoidon opiskelijoiden hoitotyön toimintaa kuvaavista tutkimuksista aikaiseman tiedon perusteella.

Tekijä(-t)	Vuosi	Tutkittava asia	Kohderyhmä	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Hentinen M	1989	Kliininen opiskelu hoitamaan oppimisessa.	Sairaanhoidon opiskelijat n=297 ja opettajat n=37.	Kysely.	Opiskelijoiden mielestä luokkaopetuksen ja kliinisen opetuksen välillä oli ristiriitaa. Käytännön ohjaajat painottivat kädentaitoja ja opettajat kokonaishoitoa.
Leino-Kilpi H	1989	Sairaanhoitajakoulutuksesta valmistuvien opiskelijoiden tietorakenne.	Kirurgisen ja psykiatrisen sairaanhoidon opiskelijat, n=110.	Deduktiivinen sisällön analyysi opiskelijoiden koevastauksista.	Opetussuunnitelman terveyspainottuneisuudesta huolimatta koevastauksissa ei korostunut terveysnäkökulma.
Aavarinne H	1990	Sairaanhoitajakoulutuksen hoito-opin perusteiden opetus-suunnitelman toteutuminen.	Sairaanhoitaja-opiskelijat, n=321.	Kysely.	Hoito-opin perusteiden sisältö vastasi pääosin opiskelijoiden odotuksia. Opiskelijat saivat valmiuksia potilaan fyysisten tarpeiden vastaamiseen. Lisäksi opiskelijakeskeisellä ilmapiirillä oli edistävä vaikutus potilaan psyykkisiin tarpeisiin vastaamista.
Leino-Kilpi H	1991	Kättilö-, sairaanhoitaja ja terveydenhoitajaopiskelijoiden näkemykset kehittävän opiskelija-arvioinnin toteutumisesta.	Sairaanhoitajaksi valmistuvat opiskelijat n=379.	Kysely.	Kehittävä arviointi ei toteutunut tietopuolisessa opiskelussa, mutta käytännön opiskelussa kehittävä arviointi toteutui osittain.
Kuokkanen R	1991	Opiskelijoiden kriittisen ajattelun ilmeneminen päätöksenteon oppimisessa.	Kliinisen jakson osastotunnit sairaanhoidon opiskelijat n=32.	Nauhoitettujen osastotuntien analysointi.	Opiskelijoiden hoitotyön oppimisesta puuttui kriittinen ajattelu ja oppiminen oli pintasuuntautuneisuutta.
Salanterä S & Leino-Kilpi H	1992	Opiskelijoiden kokema potilaan hoitoa kättilö ja terveydenhoitajan hallinnon aikana.	Sairaanhoitaja-, kättilö ja terveydenhoitaja opiskelijat n=96.	Kysely.	Opiskelijoiden kuvauksissa korostui lääketieteen näkökulma. Hoitotieteen näkemys oli pinnallista. Hoitoajattelua ohjasi prosessimalli.
Aavarinne H	1993	Opiskelijoiden ohjauksellisten ja opetusellisten valmiuksien kehittyminen sairaanhoitajakoulutuksessa.	Sairaanhoitaja-opiskelijat n=356 ja opettajat n=263.	Kysely.	Opiskelijat tiedostivat potilaan ohjausprosessin, mutta he eivät hallinneet potilaan ohjauksen ja opetuksen kokonaisuutta.
Kuokkanen L & Leino-Kilpi H	1995	Opiskelijoiden käsi-työkykyä valmiuksistaan laadun kehittämiseen.	Sairaanhoitaja-, kättilö- ja terveydenhoitajaopiskelijat n=78.	Kysely.	Opiskelijat arvioivat hallitsevansa parhaiten vuorovaikutuksen, yhteistyön ja potilaskeskeisen työskentelyn. Puutteita koettiin organisoitaitaidoissa ja vaikuttavuuden arvioinnissa

jatkuu...

Hupli M	1997	Hoitotyön päätöksenteon oppiminen.	Sairaanhoitajaopiskelijat n=76 ja sairaanhoitajat n=64.	Haastattelut ja simulointitilanteet.	Hoitotyön ongelmien määrittely ja hoitotyön arviointi oli Vähäistä molemmilla. Opiskelijat onnistuivat paremmin tiedon keruuvaiheessa ja sairaanhoitajat suunnitteluvaiheessa.
Räisänen A	1998	Valmistuneiden opiskelijoiden hoitotyön toimintojen hallinta.	Sairaanhoitaja-, kättilö- ja terveydenhoitajaopiskelijat n=531.	Kysely.	Opiskelijat kokivat hallitsevansa parhaiten potilaan hygieniaan, tunteiden hallintaan, henkiseen tukemiseen, vuorovaikutukseen sekä turvalliseen ympäristöön liittyvät toiminnot.
Salmela M	1998	Valmistuvien opiskelijoiden taidot hoitaa potilaita fyysisesti ja psykoemotionaalaisesti.	Opistotason sairaanhoitajaopiskelijat n=287 ja ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat n=151.	Kysely.	Opiskelijat arvioivat parhaimmiksi taitonsa auttaa potilaita päivittäisissä elämisen toiminnoissa ja tukea psykoemotionaalisesti. Ammattikorkeakouluopiskelijat arvioivat fyysisen hoitamisen taitonsa huonommaksi kuin opistotason sairaanhoitajat.
Solante S & Leino-Kilpi H	1998	Koulutuksessa saavutettujen valmiuksien riittävyys suhteessa työelämään.	Sairaanhoitajat, kättilöt ja terveydenhoitajat n=354. Viisi vuotta työssä olon jälkeen.	Kysely.	Opiskelijat arvioivat saaneensa parhaat valmiudet hoitotoiminnallisella alueella sekä valmiudet yhteistyöhön. Puutteellisimmaksi koettiin teknisten laitteiden käyttöön ja tutkimustulosten hyödyttämiseen liittyvät valmiudet.
Kuokkanen R	2000	Päätöksenteon kehittyminen käytännön opiskelujakson aikana.	Opistotason sairaanhoitajaopiskelijat n=32 ja ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat n=23.	Osastotuntien nauhoitukset ja kirjalliset tehtävät.	Rationaalinen päätöksenteko korostui sekä opistoasteella että ammattikorkeakoulussa. Opistoasteen opiskelijoilla oli Jonkin veran malliorientoituneen ja luovan päätöksentekomallin piirteitä. Kaikilla opiskelijoilla korostui fyysiset osa-alueet hoitoprosessin eri vaiheissa.
Roberts JD	2000	Sairaanhoitajaopiskelijoiden ongelmaratkaisutaitojen vertailua.	Eritasoisien sairaanhoitajakoulutuksen suorittavia opiskelijoita n=253.	Simuloidut potilas tapaukset tehtävät.	Opiskelijat tunnistivat potilaan ongelmat hyvin, mutta arvioinnissa kokivat puutteita. Lisäksi opiskelijat eivät pystyneet perusteellamaan suorittamia hoitoimenpiteitä.
Suomi L, Hupli M & Salanterä S	2000	Sairaanhoitajaopiskelijoiden klinisen oppimisen arviointi.	Sairaanhoitajat n=298.	Kysely.	Sairaanhoitajat arvioivat opiskelijoiden kykyä tehdä yhteistyötä tai taitoa suorittaa erilaisiä toimenpiteitä. Vähiten arviointiin opiskelijoiden valmiuksia ohjata potilasta ja yhteistyötä muiden tahojen kanssa.

jatkuu...

Juvonen S	2001	Hoitotyön päätöksenteon opetus ja sairaanhoitaja- ja terveydenhoitaja-opiskelijoiden päätöksenteko.	Opiskelijat n=318. opettajat n=114.	Opiskelijoilla puolistrukturoidu kyselylomake ja potilastapaustehtävä ja opettajilla puolistrukturoidu lomake.	Opiskelijoiden mielestä päätöksentekoon liittyviä asioita oli opetettu harvoin tai joskus ja opettajien mielestä usein. Opiskelijat käyttivät lähinnä rationaalista päätöksentekoa.
Stokke TA & Thorell-Ekstrand I	2001	Sairaanhoidon opiskelijoiden valmiudet dokumentointiin heidän ensimmäisellä kliinisellä jaksolla.	Sairaanhoidon opiskelijat n=31, sairaanhoidon johtajat n=31, opettajat n=6.	Kysely.	Opiskelijat ja käytännön ohjaajat arvioivat opiskelijoiden dokumentointitaidot paremmiksi kuin opettajat ensimmäisen kliinisen jakson aikana.

Liite 3. Hoitotyön käytännön harjoittelujakson tehtävä.

Selvitä esseenä jokin hoitotapahtuma oman hoitosuhdepotilaasi tai jonkun muun hoitamasi potilaan hoitotyöstä, joko koko hoitoprosessin ajan tai useamman työvuoron ajalta. Kuvaa omaa hoitotyön toimintaasi:

- *miten hoidit potilasta
- *mitä teit hoitotyössä
- *miksi hoidit siten kuin hoidit
- *mihin hoitotyön toimintasi perustui
- *kenen tarpeista hoitotyön toiminta lähti

Perustele tekemiäsi hoitotyön valintoja ja päätöksiä hoitosuhteessa, miten toimit, miksi ja mitä toiminnasta seurasi. Kirjoita essee koneella.

Lämpimät kiitokset yhteistyöstä.

Liite 4. Perusopintojen käytännön harjoittelujakson tavoitteet.

Vanhusten hoitotyön harjoittelujakso

TIETO

- ymmärtää prosessiajattelun etenemisen asiakkaiden terveydenhoidollisten tarpeiden tyydyttämisessä
- ymmärtää asiakkaan tarpeista lähtevän opetustapahtuman vaiheet
- tietää vuorovaikutuksen periaatteet hoidossa ja opetuksessa

TAITO

- pystyy toteuttamaan asiakkaan terveydenhoidollisten tarpeiden määrittelyyn perustuvaa hoitotyötä
- pystyy toteuttamaan asiakkaan tarpeisiin perustuvan opetustapahtuman
- pyrkii soveltamaan vuorovaikutustaitojaan

ASENNE

- on halukas soveltamaan hoitoprosessiajattelua asiakkaan hoitoon
- on halukas suunnitelmallisesti toteuttamaan opetustapahtuman
- on halukas kehittämään tiedollisesti, taidollisesti ja eettisesti

Liite 5. Ammattipintojen käytännön harjoittelujakson tavoitteet.**AMMATTIOPINNOT****Sisätautien ja kirurgian hoitotyön harjoittelujakso****TIETO**

- on selvillä sisätauteihin ja kirurgiaan kuuluvista keskeisistä toimintahäiriöistä ja niiden aikuisille potilaille aiheuttamista ongelmista
- on selvillä kliinisistä hoitomenetelmistä
- sisäistää aseptiikan merkityksen potilaan hoidossa

TAITO

- soveltaa hoitotaidon ja kliinisen hoito-opin tietoja ja taitoja sekä sisätauti-kirurgisen hoito-opin perusteita aikuisen potilaan hoitoprosessissa
- kykenee olemaan hoitosuhteessa potilaan kanssa
- noudattaa potilaan hoidon keskeisiä periaatteita valitessaan ja käyttäessään erilaisia hoitomenetelmiä
- ohjaa potilasta terveysongelmien ratkaisemiseen käyttämällä oppimiaan terveyskasvatusmenetelmiä ja kehittää niitä potilaan tarpeiden suunnassa
- tunnistaa potilaan kuntoutusongelmia ja soveltaa niiden ratkaisemiseksi terveystiedon ja liikunnan sekä fysioterapian ym. soveltavan aineen tietoja
- pystyy arvioimaan, mitä hoitomenetelmiä tarvitaan ja käytetään progressiiviseen hoidon eri vaiheissa hoitotavoitteiden saavuttamiseksi

ASENNE

- on kykenevä ja halukas oman itsensä kehittämiseen ja sisätauti-kirurgisen hoitotyön kehittämiseen

Liite 6. Syventävien opintojen käytännön harjoittelujakson tavoitteet.**SYVENTÄVÄT OPINNOT**

Eri erikoisalojen hoitotyön harjoittelujakso

TIETO

-muodostaa kokonaisnäkemys työyksikön hallinnosta sekä siitä, miten hallinnolliset osatoiminnot palvelevat potilashoitoa kokonaisvaltaisessa ja potilaskeskeisessä hoidossa

TAITO

-kykenee hoitamaan kriittisesti sairaita potilaita
-kykenee oman työnsä ja johtamansa työryhmän toiminnan systemaattiseen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin
-harjaantuu hoitosuunnitelman johdonmukaiseen kirjalliseen ja suulliseen ilmaisuun
-kykenee suunnitelmalliseen laadunvarmennuksen toteuttamiseen ammatissaan ja työyhteisön toiminnassa
-ymmärtää työn kehittämisen merkityksen työn sisällölle, työyhteisön toiminnalle ja on selvillä keskeisistä työn jäsentämisen ja kehittämisen lähtökohdista
-ymmärtää työyhteisön jäsenten ammattitaidon hyödyntämisen tärkeyden työyhteisön toiminnan kehittämisessä

ASENNE

-ymmärtää tulevan roolinsa sisätauti-kirurgisen hoitotyön asiantuntijana
-sisäistää oman erikoisalansa hoitotyön asiantuntijuuden
-ymmärtää, mitä ammatillisuus on ja vahvistaa ammatti-identiteettiään

Liite 7. Esimerkkejä aineiston analyysin etenemisestä.

<i>Hoitotyön näkemystä kuvaavia ajatuskokonaisuuksia</i>	<i>Hoitotyön näkemystä kuvaavat auttamis- menetelmät</i>	<i>Hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät</i>
<p>Empiiriset koodit</p> <p>*<u>Pesin, puin ja syötin</u> potilaat, koska potilaat oli huonokuntoisia. Tein potilaan puolesta päivittäisissä perustoiminnoissa. Toimin kuten hoitajat osastolla toimivat. <u>Osastolla oli sellainen tapa, että määrättyyn kello aikaan potilaat piti saada syötettyä ja pestyä.</u> Ei siellä voinut, eikä uskaltanut tehdä toisin kuin osastolla oli tapana. Kysyin kerran, että voisinko tehdä näin, niin minulle sanottiin täällä tehdään kuten on tapana tehdä. (20)</p> <p>*<u>Syötin, pesin, riisuin ja puin</u> vaatteet niin kuin osastolla tehtiin. <u>Minun hoitotyötäni ohjas täydellisesti osaston toimintamalli ja hoitajien antamat ohjeet ja esimerkki.</u> Tein puolesta niin kuin osastolla tehtiin eli se potilaan tarpeiden tyydyttäminen lähti siitä, että <u>kaikille tehtiin samalla tavalla. Ne oli niitä osaston rutiineja, jotka ohjasi hoitotyötä.</u> Eikä minun potilas ollut mikään erikoistapaus. (13)</p> <p>*<u>Avustin</u> potilasta niissä päivittäisissä perus-, <u>toiminnoissa</u> joihin potilas ei itse kyennyt esi-, merkiksi syömisessä pesuissa, pukeutumisessa ja riisuuntumisessa. Kun vein potilaan pesulle <u>annoin itse tehdä niin paljon, kuin hän pystyi.</u> Avustin tarvittaessa kävelyssä toisesta käsi-puolesta, pesulle mennessä ja autoin vaatteet vain osaksi päälle ja annoin itse laittaa loput. <u>Se oli osaston rutiinia, miten toimittiin.</u> (11)</p> <p>*En suunnitellut hoitotoimenpiteitä, ne olivat rutiineja osaston toimintoja, eli aamulla <u>avustamista</u> pesuille ja ruokailuun vientiä. (27)</p> <p>*Ei minulla ollut mitään tavoitteita potilaan hoidolle, ne oli niitä <u>osaston tavoitteita.</u> En suunnitellut etukäteen hoitoja <u>hoitajat neuvoivat, mitä ja miten on tapana tehdä.</u> Sen perusteella osasin tehdä. Suurimmaksi osaksi hoitotyö perustui <u>käytännön malliin.</u>(18)</p> <p>*Potilaan pesuissa minulle sanottiin, missä <u>järjestyksessä tehdään.</u> Osastolla oli sellainen asenne, että <u>työt tehtiin järjestyksessä, kuin osastolla oli tapana,</u> ei siinä tarvinnut paljon suunnitella. Ehdotin, että voisinko tehdä toisin, niin se ei miellyttänyt henkilökuntaa, <u>joten minun täytyi tehdä, kuten siellä oli tapana tehdä.</u> (26)</p>	<p>Alakategoriat -<i>substantiiviset koodit</i></p> <p>*Puolesta tekeminen -peseminen -pukeminen -syöttäminen</p> <p>*Puolesta tekeminen -syöttäminen -peseminen -riisuminen -pukeminen</p> <p>*Avustaminen -pesuissa -pukeutumisessa -riisumisessa</p> <p>*Avustaminen -pesuissa -ruokailussa</p>	<p>Alakategoriat -<i>substantiiviset koodit</i></p> <p>*Osaston säännöt ja normit -osaston toimintatapa</p> <p>*Osaston säännöt ja normit -osaston toimintamalli -osaston rutiinit</p> <p>*Osaston säännöt ja normit -osaston rutiinit</p> <p>*Osaston säännöt ja normit -hoitajien toimintatapa -käytännön malli</p> <p>*Osaston säännöt ja normit -osaston toimintatapa</p>

Hoitotyön näkemystä kuvaavia ajatuskokonaisuuksia

Hoitotyön näkemystä kuvaavat auttamis- menetelmät

Hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät

Empiiriset koodit

Alakategoriat

-substansiiviset koodit

Alakategoriat

-substansiiviset koodit

**Osastolla oli tapana että potilaat pantiin pyörä-tuoliin tai geriatriiseen tuoliin ja vietiin päiväsaliin istumaan, vaikka potilas ei olisi halunnut. Ei siinä huomioitu potilaan mielipidettä, se oli sitä osaston virkistystoimintaa. Potilas sidottiin sellaisella vyöllä kiinni tuoliin, ettei putoa tuolista. Kyllä minusta tuntui hirveältä, kun piti sitoa tuoliin, mutta tein niin kuin osastolla oli tapana, se oli sitä osaston rutiinia. Vein potilaani päiväsaliin istumaan pesujen jälkeen, kuten osastolla oli tapana. Ei voinut eikä uskaltanut tehdä toisin kuin osastolla oli tapana tehdä, joten tein niiden osaston rutiinien mukaisesti.(5)*

***Pakottaminen**

-päiväsaliin vieminen
-tuoliin istuttaminen

***Osaston säännöt ja normit**

-osaston toimintatapa
ja rutiinit

***Varmistaminen**

-tuoliin sitominen

**Minun piti saada syötettyä potilaalle lääkkeitä. Se potilas oli sellainen, joka vastusti lääkkeen ottoa. Minä yritin vaikka miten saada ottamaan ne lääkkeet, kehuin, houkuttelin ja suostuttelin vaikka miten, mutta se ei vain avannut suutaan, eikä suostunut ottamaan lääkkeitään. Pelkäsin, kun en meinannut saada niitä lääkkeitä ottamaan, koska ne oli psyyken lääkkeitä ja jos niitä ei olisi saanut syötettyä, niin se potilas voi hermostua. Panin lusikkaa suuhun ja yritin saada avaamaan suun, kehuin ruokaa hyväksi. Loppujen lopuksi sain syötettyä ne lääkkeet, kun hoitajat neuvoivat sekoittamaan lääkkeitä kiisseliin. (3)*

***Houkuttelu**

-lääkkeiden
ottoon

***Osaston säännöt ja normit**

-hoitajien ohjeet

**En suunnitellut sen kummemmin potilaan hoitoa, tein osaston tavan mukaan. Osastolla oli esimerkiksi tapana, että potilaat vietiin säännöllisin ajoin wc:n jos vaikka jotakin tulisi ja jos oppisi. (29)*

***Varmistaminen**

-wc:ssä käyttäminen

***Osaston säännöt ja normit**

-osaston toimintatapa

**Hoitotyössä toteutin, niitä koulussa opittuja tietoja ja taitoja, jotka liittyivät potilaan perushoittoon liittyvään ohjaamiseen. Hoitamisen perusteet oli hyvät. (1)*

***Hoitotyön tietoperusta**

-koulussa opittu tieto

**Hoitotyö minulla lähti pitkälti siitä, mitä koulussa oli opetettu. Kyllä se minulla oli pohjana se koulusta saatu tieto hoitamisesta. (20)*

***Hoitotyön tietoperusta**

-koulusta saatu tieto

**Opastin ja neuvoin potilasta hygieniaan liittyvissä toiminnoissa. Pystyin ohjaamaan potilaita perushoittoon liittyvissä toiminnoissa. Olen saanut hyvän hoitotyön tietoperustan koulussa. Hoitamisen perusteet ja vuorovaikutuskurssi oli hyvä. (11)*

***Hoitotyön tietoperusta**

-koulussa opittu tieto
-hyvä teoriatieto

Hoitotyön näkemystä kuvaavia ajatuskokonaisuuksia

Empiiriset koodit

*Kannustin potilasta omatoimisuuteen jokapäiväisissä toiminnoissa, kuten pesuissa, pukeutumisessa ja liikkumisessa. Olin tukena ja seurasin vieressä. Pidän hoitotyössä tärkeänä, että potilas toimii itse. Kerroin potilaalle, että omatoimisuus pitää vireyttä yllä. Kannustin ja tuin potilasta sen mukaan, mikä minusta itsestä tuntui parhaalta. (2)

*Potilas näytti yksinäiseltä, mielestäni hän selvästi kaipasi seuraa. Hän ilmaisi, ettei henkilökunnalla ole aikaa potilaille. Keskustelin hänen hänen kanssaan ja kuuntelin hänen elämäntarinoitaan, niin hän oli selvästi pirteämpi, kun sai olla keskustella kanssani. (25)

*Minun mielestäni tavoite ja päämäärä on että perustarpeiden tyydyttämisen lisäksi pidetään yllä sosiaalista kanssakäymistä. Sellainen läsnäolo ja välittäminen ja läheisyyden osoittaminen pitäisi olla säännöllistä ja jatkuvaa, koska potilaat olivat mielestäni joskus yksinäisiä. Minulla on sellainen näkemys, että kaikenlainen sosiaalinen kanssa käyminen pitää yllä virikkeellisyyttä. (1)

*Minä katsoin, että potilaalle, joka on muistamaton ja sekava on iloksi, kun saa jutella jonkun kanssa. Potilas oli välillä rauhaton, mutta rauhoittelin häntä keskustelemalla ja olemalla hänen kanssaan. (13)

*Pidän tärkeänä itse, että pystyn olemaan vuorovaikutuksessa desorientoituneiden potilaiden kanssa. Asetin itselleni tavoiteeksi, että olen paljon desorientoituneiden potilaiden kanssa. (13)

*Potilas puhui välillä omiaan, mutta katsoin, että en pudota tähän kylmään todellisuuteen, vaan keskustelin hänen ehdoillaan. Tulen hyvin toimeen potilaiden kanssa, koska minulla on hyvät vuorovaikutustaidot ja se vuorovaikutuskurssikin koulussa oli hyvä. (6)

*Olin potilaan tukena, koska hän oli pelokas ja jännittänyt murtuneen jalkansa vuoksi, ettei pystynyt puhumaan. Hän oli niin masentunut, ettei lähtenyt huoneestaan mihinkään moneen päivään, enkä saanut oikein kontaktia häneen. Olin lähellä ja juttelin hänen kanssaan, kannustin häntä liikkumaan ja lähtemään huoneestaan muiden luo. Lopuksi hän rohkaistui lähtemään ja keskustelemaan muiden kanssa. (12)

Hoitotyön näkemystä kuvaavat auttamismenetelmät

Alakategoriat

-*substantiiviset koodit*

***Aktivointi**
-kannustus
-pesuissa
-pukeutumisessa
-liikkumisessa

***Kontaktien ylläpitäminen**
-kuuntelu
-keskustelu
-läsnäolo

***Turvallisuudesta huolehtiminen**
-läsnäolo
-välittäminen
-läheisyys

***Kontaktien ylläpitäminen**
***Ajan antaminen**
-läsnäolo
-keskustelu

***Ajan antaminen**
-läsnäolo

***Kontaktien ylläpitäminen**
-keskustelu

***Kontaktien ylläpitäminen**
-läsnäolo
-kannustaminen
-juttelu

Hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät

Alakategoriat

-*substantiiviset koodit*

***Oma sisäinen näkemys hoitotyöstä**
-oma näkemys avun ja tuen tarpeesta

***Oma sisäinen näkemys hoitotyöstä**
-oma sisäinen näkemys avun ja tuen tarpeesta

***Oma sisäinen näkemys hoitotyöstä**
-oma näkemys avun ja tuen tarpeesta

***Oma sisäinen näkemys hoitotyöstä**
-oma käsitys hoitamisesta

***Oma sisäinen näkemys hoitotyöstä**
-oma-aloitteisuus

***Oma sisäinen näkemys hoitotyöstä**
-hyvät vuorovaikutustaidot

Hoitotyön näkemystä kuvaavia ajatuskokonaisuuksia

Empiiriset koodit

*Keskustelin hänen kanssa ja erityisesti pidin tärkeänä että hän kokee olonsa turvalliseksi (16)

*Tavoitteenani oli, että potilas kokee olonsa turvalliseksi ja että hän luottaa minuun. Perusideana pidän sitä, että potilaalla on mahdollisimman miellyttävä, hyvä ja turvallinen olo, hän luottaisi minuun hoitajana. Luottamuksen saamiseksi pyrin siihen, että potilaalla olisi hyvä olo ja että hän kokisi itsensä tärkeäksi. Turvallisuutta ja luottamusta lisää sekin, että on välitön ja miellyttävä ilmapiiri. (23)

*Hoitaminen lähti potilaan tarpeista. Hoitotyön hoitotyön tarve oli sellainen, että hän toivoi, että olen hänen kanssa. Minusta sellainen on hyvää hoitotyötä, joka antaa ihmiselle hyvän olon. (28)

*Kun suunniteltiin päiväohjelmaa, annoin potilaille vaihtoehtoja ratkaistavaksi, hoitaminen ei lähtenyt yksistään minusta. Annoin potilaalle vastuuta hoitoaan koskevassa päätöksenteossa, jotta hän luottaisi minuun. (8)

*Potilas itse ohjasi minua toimimaan, hän ehdotti miten toimitaan, eli minä toimin tilanteen mukaan. Otin huomioon hänen mielipiteensä.(32)

*Potilas oli tasa-arvoinen päätöksentekijä, koska hän oli omatoiminen ja halusi itse toimia. Tuun häntä päätöksenteossa ja annoin päättää itse. Olen sitä mieltä, että silloin, kun potilas pystyy itse päättämään, niin päätöksenteossa vastuu on myös potilaalla. Tietenkin siinä olen omalta osaltaan vastuussa, mutta ei ehkä niin paljon, kuin sellaisen potilaan kohdalla, joka on autettava. (8)

*Minä pyrin ottamaan potilaan mielipiteet huomioon. Pyrin ymmärtämään, mikä potilaalle on parasta. Lähdin aina siitä potilaasta, mitä potilas haluaa ja odottaa. Otin potilaan kokonaisuutena huomioon. (16)

*Päivän ohjelmaa miettiessäni, pyrin hoitotöissani ottamaan aina potilaan tavat ja tottumukset huomioon ja edetä sen mukaan. Se on yksityisyyden kunnioittamista ja se lisää yhteistyötä, kun antaa vaihtoehtoja valittavaksi hänen hoitoaan koskevissa päätöksissä ja kohtaa hänet omana persoonanaan. (33)

Hoitotyön näkemystä kuvaavat auttamismenetelmät

Alakategoriat

-*substantiiviset koodit*

***Turvallisuudesta**

huolehtiminen

-keskustelu

***Turvallisuudesta**

huolehtiminen

-luottamuksen

saavuttaminen

-välittäminen

***Toivomusten ja odotusten huomioon ottaminen**

***Toiveiden ja odotusten huomioon ottaminen**

-keskustelu

***Toiveiden ja odotusten huomioon ottaminen**

***Toiveiden ja odotusten huomioon ottaminen**

-yhteistoiminta

-tukeminen

päätöksenteossa

***Tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen**

-potilaan näkökulman ymmärtäminen

***Yksityisyyden kunnioittaminen**

Hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät

Alakategoriat

-*substantiiviset koodit*

***Oma sisäinen**

näkemyks hoitotyöstä

***Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta**

-hyvän olon huomioon

ottaminen

***Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta**

-yhteistyö päätöksenteossa

-vastuun jakaminen

***Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta**

-potilaan hoitotyön

tarpeen huomioon

ottaminen

***Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta**

-yhteistyö päätöksenteossa

-vastuun jakaminen

***Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta**

-hyvän olon huomioon

ottaminen

***Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta**

-yhteistoiminta

-yhteistyö päätöksenteossa

Hoitotyön näkemystä kuvaavia ajatuskokonaisuuksia

Empiiriset koodit

*Potilaalle merkitsi paljon, kun sai sanoa mielenpiteensä omasta hoidostaan ja niistä toimenpiteistä, joita hänelle suoritettiin. Tavoitteenani oli, että potilas kokee itsensä tasavertaiseksi hoitosuhteessa. Osastolla hoitajat oli niin rutinoituja työhönsä, ettei ne osanneet ottaa huomioon potilaan tuntemuksia ja toivomuksia, eli sitä mitä potilaat halusivat. (12)

*Tavoitteenani oli kunnioittaa hänen näkemyksiään. Yritin ajatella, miltä potilaasta tuntuu, koska hänellä oli viimeiset hetket lähellä. Pyrin hyvään vuorovaikutussuhteeseen. Hän toivoi, että minulla olisi aikaa jutella ja käydä katsomassa. Kait sitä toivoo, että viimeiset hetket olisi miellyttäviä ja että huolehditaan ja välitetään. Pyrin toteuttamaan hänen toiveitaan, jotta hän kokisi viimeisillä hetkillä, että hänestä välitetään. (3)

*Tavoitteenani oli pyrkiä ymmärtämään, mitä potilas pitää tärkeänä tarpeittensa tyydyttämisessä. Mielestäni empaattinen suhtautuminen ja kunnioittava asenne luo luottamuksellisen tunteen ja on perusta hoitotyössä toimimiselle. Pyrin kunnioittamaan hänen mielipiteitään ja toivomuksiaan, koska se lisää positiivisia tunteita. Tavoitteenani oli myös, että potilas kokisi olonsa turvalliseksi ja pystyy itse ilmaisemaan hoidon tavoitteita. (1)

*Pidin tavoitteena, että pystyn auttamaan potilasta, helpottamaan oloa ja tekemään elämän mielekkääksi. Elämän perustarkoituksena täytyy olla hyvä olo Pyrin ymmärtämään asioita potilaan näkökulmasta mikä hänelle on mielekkästä ja tärkeää. Pitää pyrkiä välittämään sellaisia asioita, jotka ovat mielekkäitä. Tärkeää on, että tällainen vanha ihminen kokisi sellaisen luonnollisen elämän ja luonnollisen kuoleman.(1)

*Pyrin tasavertaiseen suhteeseen keskustellessani potilaan kanssa. Katson sen olevan potilaan yksityisyyden kunnioittamista. Olin lähellä katsekontaktissa, tavallaan niin kuin samalla tasolla. Se on mielestäni tärkeää, että on tasavertainen eikä ylivarvasta itseään. Istuin vierellä, kun keskustelimme, en seisomut, siksi, etten katso häntä ylhäältäpäin ja jotta hän kokisi olonsa miellyttäväksi.(34)

Hoitotyön näkemystä kuvaavat auttamismenetelmät

Alakategoriat
-substansiiviset koodit

***Tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen**
-ymmärtävä suhtautuminen
***Yksityisyyden kunnioittaminen**
-tasavertainen hoitosuhde

***Yksityisyyden kunnioittaminen**
-persoonana kohtaaminen
***Tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen**
-ymmärtävä suhtautuminen

***Tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen**
-empaattinen suhtautuminen

***Tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen**
-potilaan näkökulman ymmärtäminen
***Yksityisyyden kunnioittaminen**
-kohtaaminen persoonana

***Yksityisyyden kunnioittaminen**
-tasavertainen hoitosuhde

Hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät

Alakategoriat
-substansiiviset koodit

***Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta**
-yhteistoiminta
-toiveiden toteuttaminen

***Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta**
-hyvän olon huomioon ottaminen
-toiveiden toteuttaminen

***Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta**
-potilaan hoitotyön tarpeen huomioon ottaminen

***Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta**
-hyvän olon huomioon ottaminen

***Oma sisäinen näkemys hoitotyöstä**
-oma käsitys hoitamisesta

Hoitotyön näkemystä kuvaavia ajatuskokonaisuuksia

Empiiriset koodit

*Minun tavoitteenani on, että kunnioitan potilaan yksityisyyttä ja pyrin käytökselläni siihen, että annan potilaalle tilaa, etten mene liian lähelle häntä ja hänen sisäistä reiviiriään. Potilaalla on oma sisäinen tila, jota tulee kunnioittaa. Jokaisella täytyy olla oma tila ja rauha sekä vapaus yksityisyyteen ja omaan sisäiseen reiviiriin. (8)

*Tavoitteenani hoitotyössä on, että kunnioitan potilasta. Puhun asiallisesti ja yritän ymmärtää, mitä ja miten potilas haluaa häntä kohdeltavan. Esimerkiksi teittely, se on yksityisyyden kunnioittamista. Kunnioittamista on myös se, että toimitaan osaksi potilaan ehdoilla, eikä määrällä, kuinka tehdään esimerkiksi toimenpiteet. Tämä kuuluu ammatillisuuteen. (2)

Hoitotyön näkemystä kuvaavat auttamismenetelmät

Alakategoriat
-*substantiiviset koodit*

***Yksityisyyden kunnioittaminen**
-oman reiviirin kunnioittaminen

***Tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen**
-empaattinen suhtautuminen
***Yksityisyyden kunnioittaminen**
-tasavertaisen hoitosuhteen luominen

Hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät

Alakategoriat
-*substantiiviset koodit*

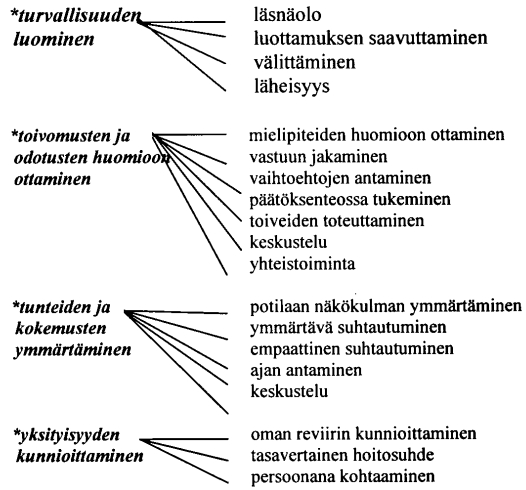
***Oma sisäinen näkemys hoitotyöstä**
-oma käsitys hoitamisesta

***Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta**
-hyvän olon huomioon ottaminen

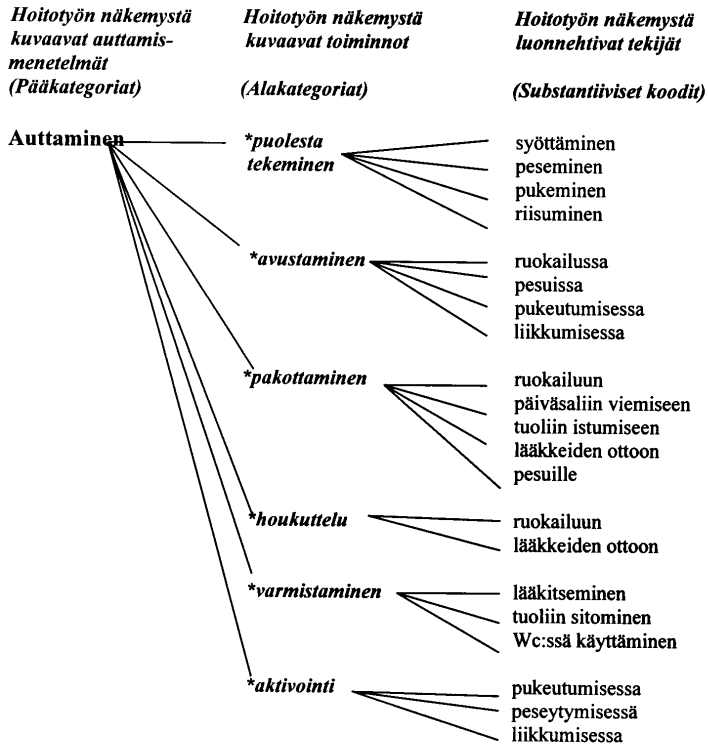
***Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta**
-yhteistyö
-vastuu jakaminen

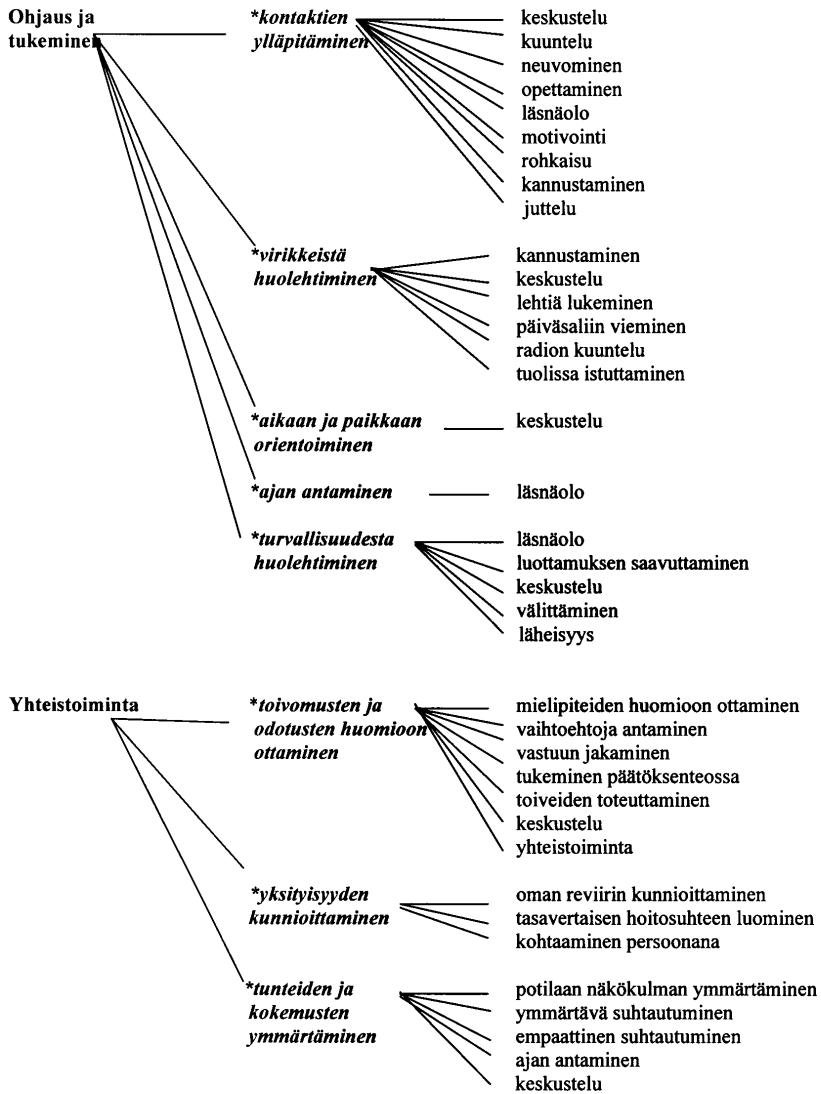
Liite 8. Auttamismenetelmiä kuvaavat alakategoriat ja substantiiviset koodit.

<i>Alakategoriat</i>	<i>Substantiiviset koodit</i>
<i>*puolesta tekeminen</i>	<ul style="list-style-type: none"> — syöttäminen — peseminen — pukeminen — riisuminen
<i>*avustaminen</i>	<ul style="list-style-type: none"> — ruokailussa — lääkkeen otossa — pesuissa — pukeutumisessa — liikkumisessa
<i>*pakottaminen</i>	<ul style="list-style-type: none"> — ruokailuun — päiväsalin viemiseen — tuoliin istuttamiseen — lääkkeiden ottoon — pesuille
<i>*houkuttelu</i>	<ul style="list-style-type: none"> — ruokailuun — lääkkeiden ottoon
<i>*varmistaminen</i>	<ul style="list-style-type: none"> — lääkitseminen — tuoliin sitominen — Wc:ssä käyttäminen
<i>*aktivointi</i>	<ul style="list-style-type: none"> — pukeutumiseen — peseytymiseen — liikkumiseen
<i>*kontaktien ylläpitäminen</i>	<ul style="list-style-type: none"> — keskustelu — kuuntelu — rohkaiseminen — kannustaminen — neuvominen — ohjaaminen — läsnäolo — motivointi — juttelu
<i>*virikkeistä huolehtiminen</i>	<ul style="list-style-type: none"> — kannustaminen — keskustelu — lehtien lukeminen — päiväsalin vieminen — radion kuuntelu — tuolissa istuttaminen
<i>*aikaan ja paikkaan orientoiminen</i>	<ul style="list-style-type: none"> — keskustelu
<i>*ajan antaminen</i>	<ul style="list-style-type: none"> — läsnäolo

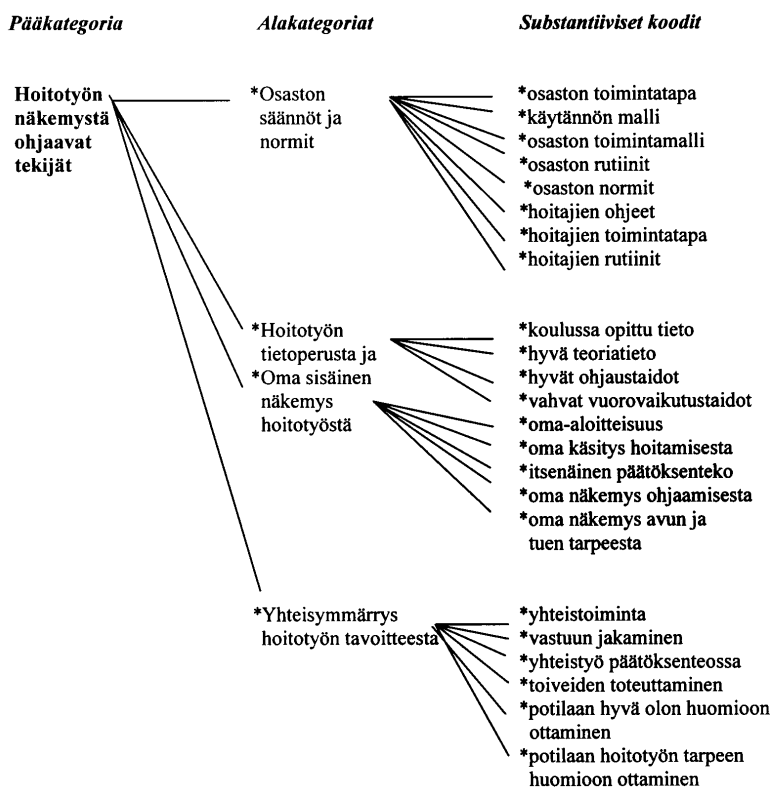


Liite 9. Hoitotyön näkemystä kuvaavat auttamismenetelmät ja niiden sisällöt.



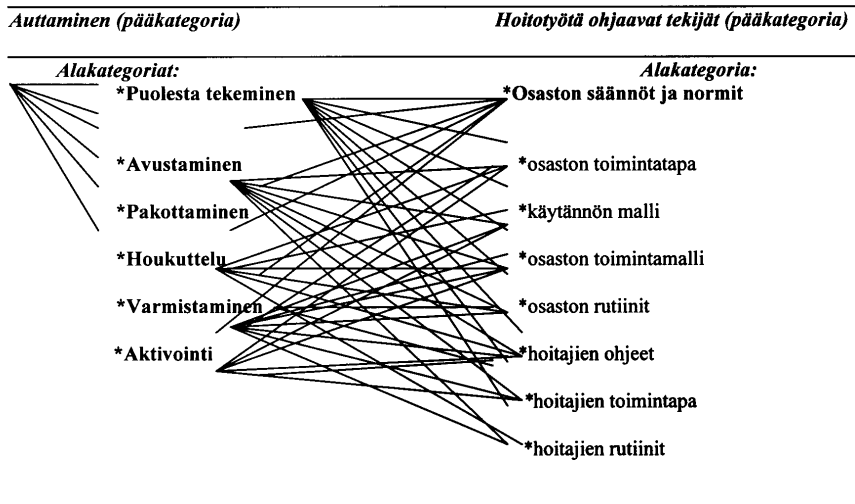


Liite 10. Hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevat tekijät ja niitä kuvaavat sisällöt.



Liite 11. Hoitotyön näkemystä kuvaavien ja hoitotyön näkemykseen yhteydessä olevien kategorioiden välisten yhteyksien vertailua.

Liitetaulukko 1. Auttamista kuvaavien hoitotyön auttamismenetelmien sekä osaston sääntöjen ja normien välinen yhteys.



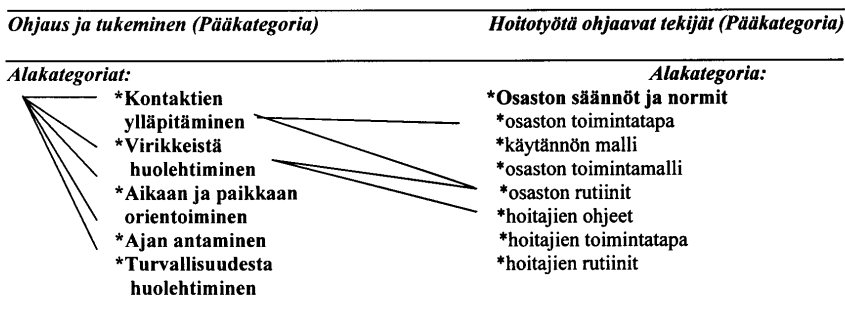
Liitetaulukko 2. Auttamista kuvaavien hoitotyön auttamismenetelmien sekä hoitotyön tietoperustan ja oman sisäisen näkemyksen hoitotyöstä välinen yhteys.

<i>Auttaminen (pääkategoria)</i>	<i>Hoitotyötä ohjaavat tekijät (pääkategoria)</i>
<p><i>Alakategoriat:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> *Puolesta tekeminen *Avustaminen *Pakottaminen *Houkuttelu *Varmistaminen *Aktivointi 	<p><i>Alakategoriat:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> *Hoitotyön tietoperusta ja oma näkemys hoitotyöstä *koulussa opittu tieto *hyvä teorian tieto *hyvät ohjaustaidot *hyvät vuorovaikutustaidot *oma käsitys hoitamisesta *oma-aloitteisuus *päätöksentekokyky *oma näkemys avun ja tuen tarpeesta

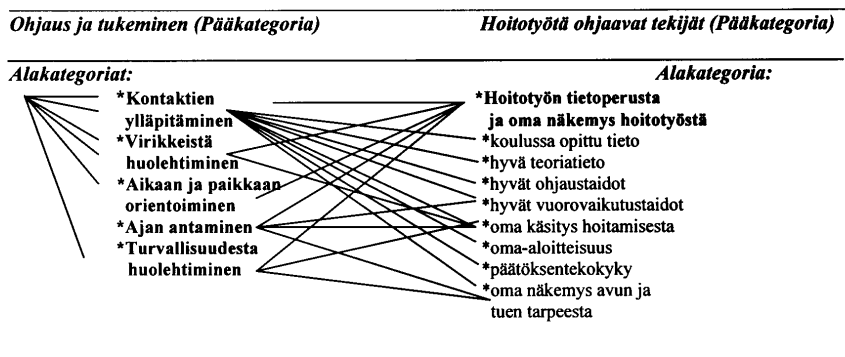
Liitetaulukko 3. Auttamista kuvaavien hoitotyön auttamismenetelmien ja yhteisymmärryksen hoitotyön tavoitteesta välinen yhteys.

<i>Auttaminen (pääkategoria)</i>	<i>Hoitotyötä ohjaavat tekijät (pääkategoria)</i>
<p><i>Alakategoriat:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> *Puolesta tekeminen *Avustaminen *Pakottaminen *Houkuttelu *Varmistaminen *Aktivointi 	<p><i>Alakategoriat:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> *Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta *yhteistoiminta *vastuun jakaminen *yhteistyö päätöksenteossa *toiveiden toteuttaminen *potilaan hyvä olon huomioon ottaminen *potilaan hoitotyön tarpeen huomioon ottaminen

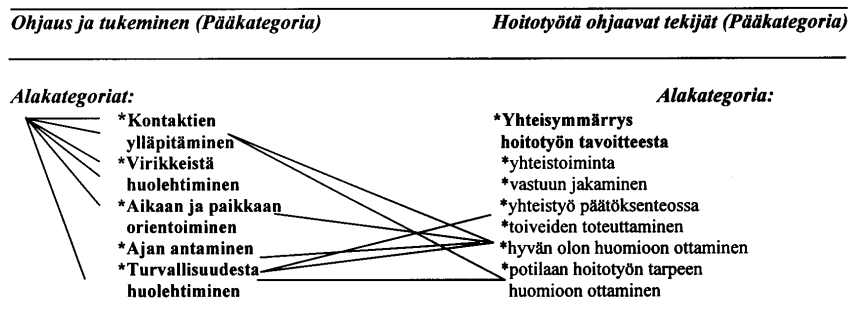
Liitetaulukko 4. Ohjausta ja tukemista kuvaavien hoitotyön auttamismenetelmien sekä osaston sääntöjen ja normien välinen yhteys.



Liitetaulukko 5. Ohjausta ja tukemista kuvaavien hoitotyön auttamismenetelmien sekä hoitotyön tietoperustan ja oman sisäisen näkemyksen hoitotyöstä välinen yhteys.



Liitetaulukko 6. Ohjausta ja tukemista kuvaavien hoitotyön auttamismenetelmien sekä yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta välinen yhteys.



Liitetaulukko 7. Yhteistoimintaa kuvaavien hoitotyön auttamismenetelmien sekä osaston sääntöjen ja normien välinen yhteys.

<i>Yhteistoiminta (Pääkategoria)</i>	<i>Hoitotyötä ohjaavat tekijät (Pääkategoria)</i>
<p>Alakategoriat:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Toivomusten ja odotusten huomioon ottaminen *Tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen *Yksityisyyden kunnioittaminen 	<p>Alakategoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Osaston säännöt ja normit *osaston toimintatapa *käytännön malli *osaston toimintamalli *osaston rutiinit *hoitajien ohjeet *hoitajien toimintatapa *hoitajien rutiinit

Liitetaulukko 8. Yhteistoimintaa kuvaavien hoitotyön auttamismenetelmien sekä hoitotyön tietoperustan ja oman sisäisen näkemyksen hoitotyöstä välinen yhteys.

<i>Yhteistoiminta (Pääkategoria)</i>	<i>Hoitotyötä ohjaavat tekijät (Pääkategoria)</i>
<p>Alakategoriat:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Toivomusten ja odotusten huomioon ottaminen *Tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen *Yksityisyyden kunnioittaminen 	<p>Alakategoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Hoitotyön tietoperusta ja oma näkemys hoitotyöstä *koulussa opittu tieto *hyvä teoretieto *hyvät ohjaustaidot *hyvät vuorovaikutustaidot *oma käsitys hoitotyöstä *oma-aloitteisuus *päätöksentekokyky *oma näkemys avun ja ohjauksen tarpeesta

Liitetaulukko 9. Yhteistoimintaa kuvaavien hoitotyön auttamismenetelmien ja yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteessa välinen suhde.

<i>Yhteistoiminta (Pääkategoria)</i>	<i>Hoitotyötä ohjaavat tekijät (Pääkategoria)</i>
<p>Alakategoriat:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Toivomusten ja odotusten huomioon ottaminen *Tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen *Yksityisyyden kunnioittaminen 	<p>Alakategoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Yhteisymmärrys hoitotyön tavoitteesta *yhteistoiminta *vastuun jakaminen *yhteistyö päätöksenteossa *toiveiden toteuttaminen *hyvän olon huomioon ottaminen *potilaan hoitotyön tarpeen huomioon ottaminen

Liite 12. Analyysirunko hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavasta luokituksesta.

<i>Koulutuksen alkuvaihe</i>	<i>Auttamista kuvaavat alakategoriat</i>					
	<i>Avustaminen</i>	<i>Puolesta tekeminen</i>	<i>Aktivointi</i>	<i>Pakottaminen</i>	<i>Houkuttelu</i>	<i>Varmistaminen</i>
<i>Auttamista kuvaavat koodit</i>						
<i>Koulutuksen alkuvaihe</i>	<i>Ohjausta ja tukemista kuvaavat alakategoriat</i>					
	<i>Kontaktien ylläpitäminen</i>	<i>Viriketoiminnot</i>	<i>Ajan antaminen</i>	<i>Turvallisuuden luominen</i>	<i>Aikaan ja paikkaan orientoiminen</i>	
<i>Ohjausta ja tukemista kuvaavat koodit</i>						
<i>Koulutuksen alkuvaihe</i>	<i>Yhteistoimintaa kuvaavat alakategoriat</i>					
	<i>Tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen</i>		<i>Toivomusten ja odotusten huomioon ottaminen</i>		<i>Yksityisyyden Kunnioittaminen</i>	
<i>Yhteistoimintaa kuvaavat koodit</i>						

Liite 14. Hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavien kategorioiden lausumat prosentteina ja frekvensseinä koulutuksen eri vaiheissa. N = 1144.

Koulutuksen alkuvaiheessa hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavat lausumat n= 425.

Pääkategoriat	*Auttaminen 144 lausumaa (34 %)	*Ohjaus ja tukeminen 152 lausumaa (36 %)	*Yhteistoiminta 129 lausumaa (30 %)
Alakategoriat	*Avustaminen 63 (43 %) *Varmistaminen 27 (19%) *Puolesta tekeminen 26 (18%) *Aktivointi 11 (9%) *Pakottaminen 9 (6%) *Houkuttelu 8 (5%)	*Kontaktien ylläpitäminen 61 (40%) *Viriketoiminnot 44 (29%) *Ajan antaminen 27 (18%) *Turvallisuuden luominen 6 (11%) *Aikaan ja paikkaan orientoiminen 4 (2%)	*Tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen 56 (43%) *Yksityisyyden kunnioittaminen 43 (33%) *Toiveet ja odotukset 31 (24%)

Koulutuksen puolessa välissä hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavat lausumat n= 347.

Pääkategoriat	*Auttaminen 152 lausumaa (43 %)	*Ohjaus ja tukeminen 136 lausumaa (40 %)	*Yhteistoiminta 59 lausumaa (17 %)
Alakategoriat	*Varmistaminen 64 (42%) *Avustaminen 36 (24%) *Puolesta tekeminen 21 (14%) *Houkuttelu 12 (8%) *Aktivointi 10 (6%) *Pakottaminen 9 (6%)	*Tiedon antaminen 65 (48%) *Turvallisuudesta huolehtiminen 36 (26%) *Kontaktien ylläpitäminen 19 (14%) *Viriketoiminnot 10 (7%) *Ajan antaminen 6 (5%)	*Yksityisyyden kunnioittaminen 23 (39%) *Toiveet ja odotukset 21 (36%) *Tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen 15 (25%)

Koulutuksen loppuvaiheessa hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavat lausumat n= 372.

Pääkategoriat	*Auttaminen 226 lausumaa (61%)	*Ohjaus ja tukeminen 102 lausumaa (27%)	*Yhteistoiminta 44 lausumaa (12%)
Alakategoriat	*Puolesta tekeminen 99 (44%) *Aktivointi 45 (20%) *Avustaminen 41 (18%) *Varmistaminen 38 (17%) *Houkuttelu 3 (1%)	*Tiedon antaminen 42 (56%) *Turvallisuudesta huolehtiminen 16 (18%) *Kontaktien ylläpitäminen 16 (18%) *Ajan antaminen 11 (12%)	*Toiveet ja odotukset 31 (71%) *Tunteiden ja kokemusten ymmärtäminen 7 (15%) *Yksityisyyden kunnioittaminen 6 (14%)

Liite 15. Hoitotyön auttamismenetelmiä kuvaavien pääkategorioiden lausumat prosentteina koulutuksen eri vaiheissa.

