



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Psykiatristen hoitajien valmiudet somaattisen hoitotyön toteuttamiseen Peijaksen sairaalassa

Koivula, Teemu

2015 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Tikkurila

Psykiatristen hoitajien valmiudet somaattisen hoitotyön toteuttamiseen Peijaksen sairaalassa

Teemu Koivula
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2015

Koivula, Teemu

Psykiatristen hoitajien valmiudet somaattisen hoitotyön toteuttamiseen Peijaksen sairaalassa

Vuosi 2015 Sivumäärä 46

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Peijaksen sairaalassa toimivien psykiatristen hoitajien valmiuksia, näkemyksiä ja koulutustarpeita somaattiseen hoitotyöhön liittyen. Tavoitteena oli antaa yleiskuva tämänhetkisestä somaattisesta osaamisesta psykiatrisessa hoitotyössä Peijaksen sairaalassa. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa siitä, millaiseksi psykiatriset hoitajat kokevat somaattisen osaamisensa ja mitä koulutustarpeita heillä on. Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Aineisto kerättiin strukturoidulla verkkokyselylomakkeella. Kysely perustui Robson & Haddadin kehittämään Physical Health Attitude Scale-mittariin. Aineiston keruu toteutettiin vuodenvaihteessa 2014-2015. Tutkimusjoukoksi valittiin Peijaksen sairaalan psykiatrisilla vuodeosastoilla P1, P2 ja P3 työskentelevät hoitajat. Vastausprosentiksi muodostui 37.5%. Tuloksia analysoitiin SPSS- ja Microsoft Excel-ohjelmilla.

Tutkimustulosten mukaan vastaajien luottamus esitettyihin taitokuvauksiin on hyvä. Eniten luottamusta ilmaistiin verenpaineen mittaukseen ja elvytykseen. Vähiten luottamusta ilmaistiin lääkehoidon riskien tietämiseen. Lisäkoulutusta toivottiin eniten diabetesta sairastavan mielenterveyspotilaan hoitoon ja vähiten lisääntymisterveyteen ja tupakoinnin lopettamiseen liittyvään ohjaamiseen. Elämäntapoihin liittyvä ohjaaminen kuului tupakointia ja ehkäisyneuvontaa lukuun ottamatta usein vastaajien työtehtäviin ja elämäntapaohjauksen nähtiin kuuluvan psykiatrisen hoitajan rooliin. Psykiatrisen ulkopuolella tapahtuvan terveydenhoidon varmistamista ei nähty selkeästi hoitajan tehtävänä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää psykiatristen hoitajien lisäkoulutuksen suunnittelussa.

Asiasanat: mielenterveystyö, psykiatrisen sairaanhoito, somaattinen hoitotyö, osaamisen arviointi, sairaanhoitajan rooli

Koivula, Teemu

Psychiatric nurses' abilities to provide somatic health care in Peijas hospital

Year	2015	Pages	46
------	------	-------	----

The purpose of this Bachelor's thesis was to survey psychiatric nurses' abilities, attitudes and training needs towards somatic health care in Peijas hospital. The aim was to provide an overview of the current somatic health care skills in psychiatric nursing in Peijas hospital and to obtain information about how psychiatric nurses perceive their somatic health care abilities and training needs. Quantitative method was applied in this thesis. The data was gathered with a structured web-based questionnaire based on Physical Health Attitude Scale developed by Robson & Haddad. Data collection was carried out at the turn of the year 2014-2015. The research group consisted of nurses working in psychiatric wards P1, P2 and P3 in Peijas hospital. The response rate was 37.5%. The data was analysed using SPSS and Microsoft Excel.

The results show that the respondents' confidence in presented skills is good. Most confidence was expressed in blood pressure measurement and resuscitation. Least confidence was expressed in knowing the risks of medicines. The most perceived training need was the caring for mental health clients with diabetes and the least interest was shown for helping clients to stop smoking and discussing reproductive health issues. Apart from helping clients in smoking cessation and giving contraceptive advice, lifestyle counselling was seen as part of psychiatric nurses' role. Ensuring health care services outside psychiatric care was not seen clearly as part of the nurses' role. The results of this research can be used in planning additional training for psychiatric nurses.

Keywords: psychiatric nursing, physical health care, somatic health care, evaluation of skills, professional competencies, nursing role

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Tutkimuksen tausta.....	7
2.1	Osaamiskartoitus.....	7
2.2	Ammatillinen osaaminen	8
2.3	Sairaanhoitajan osaaminen	9
3	Psykiatrinen sairaanhoito.....	11
3.1	Somaatiikan huomiointi psykiatrisessa hoidossa	12
3.2	Psykiatristen hoitajien osaaminen	14
3.3	Suosituksia somaattisen terveyden edistämisestä.....	15
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	17
5	Opinnäytetyön menetelmälliset lähtökohdat.....	17
5.1	Tutkimusmenetelmä	17
5.2	Kyselylomake	18
5.3	Aineiston keruu ja analysointi	19
6	Tulokset	20
6.1	Taustatiedot.....	20
6.2	Psykiatrisen hoitajan rooli somaattisen hoitotyön toteuttajana	21
6.3	Luottamus taitoihin hoitaa fyysistä terveyttä.....	23
6.4	Aiemmat koulutukset ja koulutustarpeet	24
6.5	Näkemykset tupakointiin liittyen	25
6.6	Tulosten ristiintaulukointia	26
7	Pohdinta ja johtopäätökset	28
7.1	Opinnäytetyön eettisyys.....	32
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus	33
	Lähteet.....	36
	Kuviot	39
	Taulukot	40
	Liitteet	41

1 Johdanto

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994, 18§) velvoittaa ammattihenkilöstöä ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan sekä työnantajaa luomaan edellytykset tarvittavaan täydennyskoulutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus (2006, 27) suosittaa terveydenhuoltohenkilöstölle suunnitelmallista ja jatkuvaa koulutusta, jolla mahdollistetaan terveyttä edistävän osaamisen ylläpitäminen. Henkilöstöllä tulee olla mahdollisuus osallistua työnsä kehittämiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 37). Osaamisen kehittäminen edellyttää arviointia, joka ohjaa kehittämistavoitteiden asettamista (Hätönen 2011, 32). Hoitotyön osaamisen arviointia vaikeuttaa mm. luotettavien mittareiden puute (Watson, Stimpson, Topping & Porock 2002). Yksilötasoisena ammatillisen kasvun edellytyksenä on ammattipätevyden jatkuva arviointi (Heikkilä, Ahola, Kankkunen, Meretoja & Suominen 2007, 10).

Mielenterveystyötä tekevien ammattilaisten asema antaa mahdollisuudet vaikuttaa positiivisesti potilaiden psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen (Robson & Gray 2007). Kuten muidenkin potilasryhmien kohdalla, myös psykiatristen potilaiden somaattista sairastavuutta voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa paremmin, mikäli somaattiseen terveydentilaan kiinnitetään huomiota jo varhain (Korkeila 2013). Terveyspalveluiden hoitokulttuurin tulisi omaksua käsitys kokonaisvaltaisesta terveydestä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 26). Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 26) korostetaan kokonaisuhoitoa kehottamalla arvioimaan psyykkisen terveyden lisäksi myös somaattisen, ml. suun terveyden huoltamisen tarpeet ja järjestämään tarvittavat hoitotoimenpiteet.

Psyykkisesti vakavasti sairastuneilla on muuta väestöä suurempi alttius sairastua somaattisiin sairauksiin (mm. Robson & Gray 2007; Korkeila 2013). Kuolleisuusriski on kohonnut (Robson & Gray 2007). Syitä somaattisten sairauksien ilmaantuvuuteen psykiatrisilla potilailla on esitetty useita. Psykiatristen ja somaattisten sairauksien riskit voivat olla myös jossain määrin yhteisiä perintötekijöiden, elämäkokemusten ja sosioekonomisen statuksen kautta (Korkeila 2013). Muun muassa Happell, Platania-Phung ja Scott (2013) esittävät, että elämäntavat sekä lääkehoito vaikuttavat sairastumisriskiin.

Opinnäytetyö kartoittaa Peijaksen sairaalassa toimivien psykiatristen hoitajien valmiuksia toteuttaa somaattista hoitotyötä psykiatrisessa hoitotyössä. Kartoitus suoritetaan kvantitatiivisin tutkimusmenetelmin. Opinnäytetyö kuuluu hankkeeseen, joka toteutetaan Laurea-ammattikorkeakoulun ja HYKS Psykiatrian yhteistyönä. Sen tarkoituksena on kehittää mielen-terveyttä edistäviä hoitokäytäntöjä sekä lisätä niihin liittyvää tietoa, edistää potilaiden elämänlaatua ja pärjäävyyttä sekä tukea nuorten mielen-terveyttä ja ehkäistä syrjäytymistä.

Peijaksen sairaala sijaitsee fyysisesti Vantaalla. Se on osa Helsingin yliopistollista keskussairaala ja kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin. Sairaalan vuodeosastoilla hoidetaan kirurgisia, psykiatrisia ja sisätautien potilaita. Lisäksi sairaalassa on useita erikoisalojen poliklinikoita sekä ympärivuorokautinen yhteispäivystys, jossa toimii sekä erikoissairaanhoidon päivystys että terveyskeskuspäivystys. Peijaksen sairaalassa on kolme psykiatrian osastoa sekä akuuttipsykiatrian poliklinikka. Akuuttipsykiatrian poliklinikka on päivystävä, akuutteja polikliinisia palveluita tarjoava yksikkö, jossa hoidetaan terveyskeskus- tai sisätautipäivystysten kautta tulleiden potilaiden konsultaatiot ja päivystysvastaanotot. Lisäksi poliklinikan toimintaan kuuluu Peijaksen somaattisten osastojen ja poliklinikoiden konsultaatiopalvelut. (HUS.)

Peijaksen sairaalan osasto P1 on akuuttiosasto, jossa hoidetaan ympärivuorokautisesti ensisijaisesti psykoosisairauksista kärsiviä potilaita. Osasto P2:lla hoidetaan muita ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevia mielialahäiriöisiä potilaita. Osasto P3 tekee tiivistä yhteistyötä akuuttipsykiatrian poliklinikan osaston kanssa. Se on Peijaksen psykiatrian vastaanotto-osasto, jolla toteutetaan polikliinisia seurantoja, lyhyitä kriisihoitoja ja se tukee tarvittaessa kahta muuta osastoa tehostettua hoitoa vaativissa tilanteissa. (HUS.)

2 Tutkimuksen tausta

2.1 Osaamiskartoitus

Osaamiskartoitus on osa organisaation osaamisen kehittämisen prosessia. Osaamiskartoituksella arvioidaan työyksikön osaamisen tilaa ja sen perusteella voidaan tehdä esimerkiksi henkilöstön täydennyskoulutuksia koskevia jatkosuunnitelmia. (Hätönen 2011, 16.) Suurimmat hyödyt ovat osaamisen kehittämisen jäsentyminen ja suuntaaminen, perustellumpien valintojen teko sekä aikataulusuunnittelun mahdollistaminen (Viitala 2013, 182-183).

Osaamiskartoitusta varten määritellään työyksikön osaamistarpeet tutkimalla yksikön tehtäväkenttä (Viitala 2013, 182). Osaamiskartoitusta voidaan tehdä mm. käyttämällä hyvin strukturoituja osaamislueltoita, joissa henkilöt ja tehtävät ovat listattuja ja osaamiset arvioidaan numeroin. Toisen, kokonaisvaltaisemman, syvällisemmän ja joustavamman tavan mukaisesti tarkastellaan osaamista yrityksen strategiasta ja tulevaisuuden tarpeista käsin ja sen perusteella määritellään osaamistarpeet. Tällöin organisaatiossa pyritään osaamisen jakamiseen ja yhteisölliseen oppimiseen. Keskeiset osaamiset tunnistamalla varmistetaan ydintoimintojen laatu ja vastaavuus asiakkaiden tarpeisiin nähden. (Virtainlahti 2009, 69.)

Osaamisen kehittämissuunnitelmasta riippuen työntekijöiden henkilökohtaista osaamista voidaan arvioida kehityskeskusteluiden, itsearvioinnin, kyselyiden ja haastattelujen avulla (Viita-

la 2013, 183-184). Tyypillinen kartoitus perustuu tavoite- ja kehityskeskusteluihin (Kirjavainen & Laakso-Manninen 2000, 118).

Osaamisen arvioinnista päävastuussa on usein arvioitava henkilö itse (Viitala 2013, 182). Itsearviointi on opetettava taito, joka vaatii kriittistä ajattelua, osaamiseen liittyvien odotusten tunnistamista ja kykyä arvioida, miten kriteerit omalla kohdalla toteutuvat. Itsearviointiin vaikuttavat uskomukset omista voimavaroista. Koska itsearviointi on subjektiivinen yhden ihmisen näkökulma, on usein tarpeen saada käsitys osaamisesta myös ulkopuoliselta taholta. Arvioista sekä kehittämismahdollisuuksista voidaan keskustella esimerkiksi esimiehen järjestämässä kehityskeskustelussa. (Hätönen 2011, 32.)

Osaamiskartoitusta voidaan toteuttaa osaamistarpeiden pohjalta kehitetyin arviointityökaluin. Tavallisia työkaluja ovat tarkoitukseen laaditut lomakkeet tai tietokonesovellukset. (Viitala 2013, 182.) Osaamista voivat arvioida työntekijän ja esimiehen lisäksi työtoverit (Valpola 2000, 13).

2.2 Ammatillinen osaaminen

Ammatillinen osaaminen on kokonaisuus, jonka voidaan ajatella koostuvan eri kvalifikaatioista eli valmiuksista. Eri ammattiryhmille on koottu ammattikohtaisia kvalifikaatioita, jotka kertovat mistä kyseisen ammatinharjoittajan osaaminen koostuu. Ammatillisten kvalifikaatioiden perustana ovat ammattialasta riippumattomat, työelämässä yleensä tarvittavaa osaamista ja henkilökohtaisia kykyjä kuvaavat yleiset kvalifikaatiot. (Viitala 2013, 179-180.)

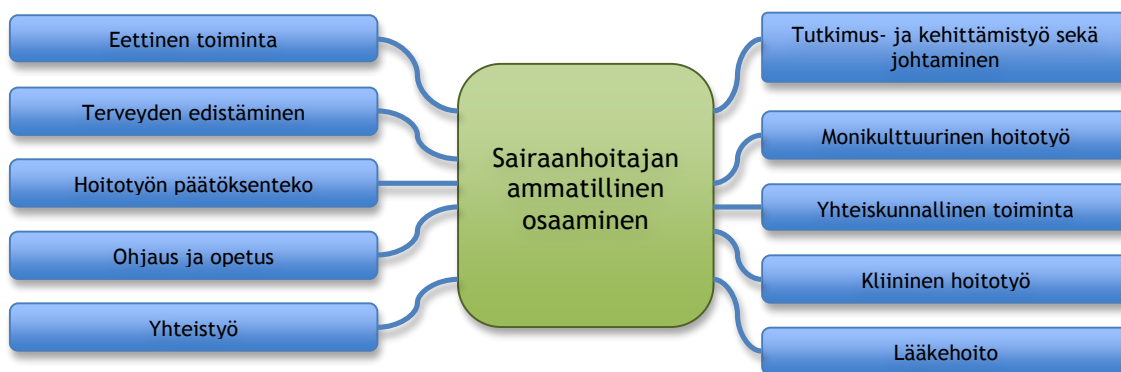
Osa yleisistä kvalifikaatioista liittyy vahvasti yksilöön myös ammattiroolin ulkopuolella ja siten ne myös kehittyvät osin ennen työelämää eivätkä suoranaisesti koulutuksen ja työkokemuksen kautta (Viitala 2013, 180). Muun muassa elämänhallintataidot ja työ- sekä vapaa-ajan tasapainotus näkyvät niin ammatissa kuin vapaa-ajalla esimerkiksi yksilön hyvinvoinnin kautta (Virtainlahti 2009, 28). Yksilöllisiä, persoonakohtaisia ominaisuuksia ovat mm. sosiaaliset taidot, joustavuus, paineensietokyky, muutoshalukkuus, luovuus ja innovatiivisuus sekä positiivisuus, itseluottamus ja itsetuntemus (Viitala 2013, 180; Virtainlahti 2009, 27).

Ammatillinen osaaminen on aktiivinen ja dynaaminen kokonaisuus, jota voidaan kehittää toimintaympäristön edellytyksiä vastaavaksi. Se on työn vaatimien tietojen ja taitojen hallintaa sekä niiden soveltamista työtehtävien mukaisesti. (Virtainlahti 2009, 26.) Ammatillinen osaaminen on tilanteeseen ja ympäristöön sidonnaista, jolloin myös ammatillisen osaamisen arviointia suoritetaan suhteessa esimerkiksi työtehtäviin tai tavoitteisiin. Osaamista voidaan havainnoida työsuoritusten kautta. Ollakseen pätevä ammatissaan on henkilön työtehtävien ja ammatillisen osaamisen kohdattava. (Hätönen 2011, 10, 12.)

Kun yksilö osaa soveltaa tietojaan ja taitojaan, kanavoituvat ne toiminnaksi (Viitala 2005, 126). Toiminnassa yksilön osaaminen konkretisoituu. Perustan toiminnalle luovat motiivit, asenteet, käsitys itsestä sekä muut yksilölliset ominaisuudet. (Hätönen 2011, 11.) Asenteella ja motivaatiolla on suuri merkitys tietojen ja taitojen hyödyntämisen kannalta, sillä myönteisellä asenteella ja motivaatiolla osaaminen hyödyntyy parhaiten ja osaamisen kehittäminen on aktiivista (Viitala 2013, 181; Virtainlahti 2009, 25). Sisäinen motivaatio on yhteydessä itsensä toteuttamisen ja kehittämisen tarpeiden tyydyttämiseen, ulkoinen motivaatio liittyy turvallisuuteen ja yhteenkuuluvuuteen (Luoma, Troberg, Kaajas & Nordlund 2004, 21). Asenne on motivaatioon verrattuna melko pysyvä ja vaikeammin muuttuva perusvire. Motivaatio ohjaa toiminnan suuntaa. (Viitala 2013, 181.)

2.3 Sairaanhoidajan osaaminen

Ammattikorkeakouluista annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta annetun valtioneuvoston asetuksen (425/2005, 3§) mukaan sairaanhoidajan tutkinto on ammattikorkeakoulun perustutkinto. Kaikkien ammattikorkeakoulutasaisten opintojen tavoitteena on antaa asiantuntijatehtävissä toimimista varten laaja-alaiset käytännölliset perustiedot ja -taidot sekä niiden teoreettiset perusteet. Opintojen tulee myös antaa riittävä viestintä- ja kielitaito, edellytykset alan kehityksen seuraamiseen ja edistämiseen sekä valmiudet kansainväliseen toimintaan ja jatkuvaan koulutukseen (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 352/2003, 7§). Terveystieteiden ammattihenkilöstön toiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja sen edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, sairaiden parantaminen ja kärsimyksen lievittäminen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 15§). Sairaanhoidajan toimintaympäristöjä voivat olla julkisella sektorilla mm. perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, sosiaalihuolto sekä yksiköt sekä yksityisellä että kolmannella sektorilla. Opetusministeriön kuvailemat sairaanhoidajan ammatillisen asiantuntijuuden osa-alueet on esitetty alla olevassa kuviossa. (Opetusministeriö 2006, 63-64.)



Kuvio 1: Sairaanhoidajan ammatillisen osaamisen osa-alueet (Opetusministeriö 2006, 63-64)

Sairaanhoitajan työtä ohjaavat ihmisoikeudet, sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö sekä hoitotyön eettiset ohjeet. Eettisesti kestävässä hoitotyössä huomioidaan potilaiden oikeuksien toteutuminen. Eettisesti toimiva sairaanhoitaja pystyy ottamaan vastuun sekä työstään että työnsä kehittämisestä. (Opetusministeriö 2006, 64.) Sairaanhoitajalla tulee olla reflektiivinen työote, joka on valmiutta arvioida omaa toimintaa ja tuottaa kehittämissideoita. Eettisesti hyväksyttävien ja taloudellisesti kestävien toimintatapojen käyttö hoitotyössä parantaa hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta. Lakien tuntemus on edellytys eettiselle päätöksenteolle ja korkeatasoiselle hoitotyölle. (Porras 2008, 1, 4-5.)

Sairaanhoitaja tukee työssään eri elämänvaiheissa olevia ihmisiä, perheitä ja yhteisöjä (Opetusministeriö 2006, 63). Sairaanhoitajan tulee kyetä tiiviiseen vuorovaikutukseen sekä kollegoidensa että potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Vuorovaikutustaidot ilmenevät kyvyssä ohjata potilaslähtöisesti, auttaa, tukea ja kuunnella potilasta sekä huomioida hänet ja hänen lähiverkostonsa (kuten perhe) myös emotionaalisesti. Vuorovaikutuksen kautta luodulla ilmapiiirillä on vaikutusta myös potilaan toipumiseen ja kuntoutumiseen. (Porras 2008, 4-5.) Ammattitaitoinen sairaanhoitaja edistää terveyttä tunnistamalla ja ennakoimalla terveysongelmia ja -uhkia. Potilaita tuetaan ja aktivoidaan ottamaan vastuuta omasta terveydestään heidän voimavaransa ja kyvyt huomioiden. Potilaan riittävästä ohjauksesta huolehditaan. Sairaanhoitaja toimii myös työyhteisössä ohjaajana ja opettajana mm. opiskelijoille ja muulle henkilöstölle. (Opetusministeriö 2006, 64-65.)

Sairaanhoitajan työ perustuu hoitotieteeseen (Opetusministeriö 2006, 63). Hoitotieteen lähitieteitä ovat yhteiskunta-, käyttäytymis- ja lääketiede (Porras 2008, 3). Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, joka toteuttaa potilaan kokonaisuhoidossa lääkärin ohjeistamaa lääketieteellistä hoitoa. Hoitotyön perustana on näyttöön perustuva tutkittu tieto, jonka toteuttamisessa sairaanhoitaja ottaa huomioon potilaiden tarpeet ja kokemukset. (Opetusministeriö 2006, 63.) Hoitotyön sisällön hallinta edellyttää kykyä soveltaa, perustella, täsmentää ja varmentaa tutkittua tietoa tilanteeseen sopivasti. Potilaiden tarpeet, ongelmat sekä hyödynnettävät työmenetelmät ja työympäristöt ovat muuttuvia, joten hoitotyön osaaminen on näin ollen tehtävä-, tilanne- ja kontekstisidonnaista. (Porras 2008, 4.)

Hoitotyön päätöksenteko edellyttää sairaanhoitajalta tiedon hankkimista ja sen kriittistä arviointia ja hyödyntämistä. Sairaanhoitaja vastaa hoitotyön tarpeen määrittelystä sekä suunnittelee, toteuttaa ja arvioi potilaan hoitotyötä. Sairaanhoitajan osaamiseen kuuluu myös hoitotyön asianmukainen dokumentointi potilasasiakirjojen edellyttämän tietosuojan mukaisesti. (Opetusministeriö 2006, 65.)

Kliinisen hoitotyön osaaminen perustuu teoreettiseen osaamiseen, joka kattaa hoitotieteellisen tiedon, hoitotyössä tarvittavan anatomian, fysiologian, patofysiologian, fysiologian, ravit-

semustieteen sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden alan tiedon. Potilaan kokonaishoidon tarpeen arviointi ja toteuttaminen edellyttävät eri tieteenalojen teorian sekä hoitotyön auttamismenetelmien hallintaa. Sairaanhoidaja vastaa potilaan fyysisestä, psyykkisestä, hengellisestä ja sosiaalisesta turvallisuudesta. (Opetusministeriö 2006, 68.)

Lääkehoidon toteuttamisen tulee olla virheetöntä. Sairaanhoidajan tulee ymmärtää koko lääkehoidon prosessi ja sen merkitys kokonaishoidossa. Lääkehoidon toteuttamisen osia ovat lääkinnän lisäksi mm. lääkkeiden turvallinen käsittely, toimittaminen, hankinta, säilyttäminen ja hävittäminen. Sairaanhoidaja toteuttaa lääkärin hoito-ohjeen mukaisesti lääkehoidon turvallisesti ja seuraa sekä dokumentoi lääkehoidon vaikutuksia. Virheetön lääkehoito edellyttää lääkelaskennan ja keskeisen kliinisen farmakologian tuntemusta. Sairaanhoidajan tehtäviä lääkehoidossa ovat mm. kanylointi ja laskimoon annettavan lääkehoidon sekä verensiirron toteuttaminen, keskuslaskimon kautta annettavan lääkityksen toteuttaminen, potilaan ohjaus lääkehoitoon liittyvissä asioissa sekä lääkehoitoprosessin riskien tunnistaminen. (Opetusministeriö 2006, 68-69.)

3 Psykiatrinen sairaanhoito

Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyö on yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielisairauksia tai muita mielenhäiriöitä omaaville henkilöille annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat osa mielenterveystyötä. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 1§.)

Psykiatrisessa hoitotyössä korostuu persoonallisen vaikuttamisen mahdollisuus (Linnainmaa 2006, 25). Psykiatrisen hoitotyön lähtökohta on potilaan tarpeista lähtevä vuorovaikutuksellinen hoitosuhde (Toivanen 2011, 10; Porrás 2008, 9). Psykiatrisen sairaanhoidajan työskentely on ensisijaisesti vuorovaikutusta potilaan kanssa hoitoyhteisössä, hoitosuhdekeskusteluissa tai ryhmän hoidollisissa tilanteissa (Linnainmaa 2006, 26). Vuorovaikutuksen elementtejä ovat mm. verbaalinen ja non-verbaalinen viestintä, kuunteleminen ja empatia (Porrás 2008, 9). Empatia on huolenpitoa ja välittämistä. Toisen kokemusten ymmärtämisen lisäksi kokemuksia jaetaan keskustellen. Hoitosuhteen perustana on molemminpuolinen luottamus. (Tarkiainen 2010, 15.)

Psykiatrinen hoitoprosessi koostuu hoitosuhteen keskeisten elementtien tunnistamisesta sekä tilanteeseen sopivista ongelmanratkaisu- ja ajattelutavoista, teoreettisesta viitekehyksestä sekä hoitajan taidoista käyttäen minäänsä terapeuttisesti (Linnainmaa 2006, 22). Psykiatrinen hoitoyksikkö on terapeuttinen yhteisö, joka edellyttää terapeuttista asennetta hoitotyöhön. Tavoitteena on toimia inhimillisesti, tasa-arvoisesti, ymmärtävästi ja demokraattisesti poti-

lasta kuunnellen. Potilas osallistuu hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Syrjäpalo 2006, 40, 43.) Hoitajalta edellytetään arvostavaa ja ihmisarvon säilyttävää suhtautumista potilaaseen (Kokko 2004, 115). Yhteisössä pyritään sallivuuteen, yhdessäoloon sekä sopeutumiseen yhteisön sisäiseen ja ulkoiseen todellisuuteen (Syrjäpalo 2006, 43).

Hoitotyöllä selvitetään potilaan arvoja ja merkityksiä ja hyväksytään niiden ilmaiseminen. Hoitajan avoimuus auttaa potilasta olemaan itselleen ja elämänsä tarkastelulle avoimpi. Toivon kokemus auttaa huolista ja kärsimyksistä selviämiseen. (Linnainmaa 2006, 23.) Oman elämäntodellisuuden kohtaaminen voi mahdollistaa voimavarojen löytämisen ja sairauden kanssa selviämisen (Latvala 1998, 30).

Psykiatrinen hoitaja tekee työtä ennen kaikkea omalla persoonallaan (Toivanen 2011, 10). Persoonaan liittyy hoitajan psykologinen tietämys sekä vuorovaikutustaidot. Hoitotyöhön vaikuttaa hoitajan subjektiiviset käsitykset terveydestä, mielen sairauksista sekä mielenterveysongelmallisista ihmisistä. (Linnainmaa 2006, 23, 26.) Tärkeä voimavara työssä persoonan lisäksi on luovuus, joka mahdollistaa uusien ideoiden syntyminen (Tarkiainen 2010, 15). Liian tarkkojen ja rutiininomaisten normien käyttö saattaa johtaa liialliseen potilaan rajoittamiseen (Linnainmaa 2006, 23).

Psykiatrisen hoitajan työhön liittyy vahvasti perhehoitotyön näkökulma potilaiden läheisten kautta (Linnainmaa 2006, 25). Hoitajan valmiuksiin kuuluu osaaminen ja tieto mielenterveydestä, mielenterveyshäiriöistä, moniammatillisesta työskentelystä sekä kriisi- ja päihdetyöstä. Osa psykiatrisen hoitajan ammattitaitoa on hallita uhkatilanteita, kuten väkivaltaa tai itsemurhariskiä. (Toivanen 2011, 10-11.) Uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaaminen edellyttää kykyä arvioida tilannetta sekä potilaan käyttäytymistä ja säädellä omia vuorovaikutus- ja toimintatapoja tilannetta rauhoittavasti (Porras 2008, 8).

Mielenterveystyössä korostuvat eettiset kysymykset vallankäytöstä, pakkohoidosta ja siihen liittyvistä toimenpiteistä (Tarkiainen 2010, 15). Psykkisesti sairaiden itsemääräämisoikeutta saatetaan joutua rajaamaan ja hoitoa toteuttaa tahdonvastaisesti, mikäli lääkärin arvion mukaan ja lain määrittämin kriteerein potilaan psykkinen terveydentila edellyttää sairaalahoitoa (Syrjäpalo 2006, 42). Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen voi johtaa potilaan väkivaltaiseen käyttäytymiseen (Pitkänen, Välimäki & Laijärvi 2005).

3.1 Somatiikan huomiointi psykiatrisessa hoidossa

Sanan ”somaattinen” etymologia viittaa latinan kieleen ja sillä tarkoitetaan ruumiillista, kehollista ja elimellistä, henkisen tai sielullisen vastakohtaa (Nienstedt 1999, 527). Sairaanhoidtajien osaamiseen kuuluu taata potilaan fyysinen, psykkinen, hengellinen ja sosiaalinen tur-

vallisuus (Opetusministeriö 2006, 68). Hoidon tulee olla kokonaisvaltaista, yksilöllistä, turvallista ja tarpeeseen perustuvaa ollakseen hyvää. Kokonaisvaltaisen hoidon myötä potilaiden kuntoutuminen ja sairaalahoidon jälkeinen selviytyminen mahdollistuu. (Syrjäpalo 2006, 32, 104.) Yhteyttä psyykkisellä ja fyysisellä sairastamisella ei ole pystytty täysin selvittämään (Iacovides & Siamouli 2008). Somaattisen terveydentilan kartoitus ja seuranta on tärkeä osa kokonaisvaltaista hoitoa (Korkeila 2013). Mielenterveysongelmista kärsivät ovat yhä useammin moniongelmaisia ja tämä lisää psykiatrisen hoitotyön kuormittavuutta (Korkeila 2006, 18-19). Somaattista sairastavuutta voivat lisätä myös psykiatrisen hoidon haitat sekä sairauksista aiheutuva stressi (Korkeila 2013).

Vakaviin mielenterveydenhäiriöihin, kuten skitsofreniaan, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön ja masennukseen on yhdistetty odotetun eliniän lasku sekä riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin, tyypin 2 diabetekseen, hengitystie- ja keuhkosairauksiin ja joihinkin syöpiin (Robson & Haddad 2012). Psykooseja sairastavilla riskit sairastua mm. rappeuttaviin muistisairauksiin tai maksasairauksiin on huomattavasti muuta väestöä korkeampi. Valtaosa psyykenlääkkeistä voi lisätä äkkikuoleman riskiä. Jotkin psykoosilääkkeet aiheuttavat metaboliahaittoja ja lisäävät sen myötä diabetesriskiä. (Korkeila 2013.) Sydän- ja verisuonisairauksien taustalla voi olla käytössä oleva nk. toisen sukupolven antipsykoottinen lääkitys (Happell ym. 2013). Psyykenlääkkeillä on havaittu olevan yhteyttä silmän linssin sekä sarveiskalvon muutoksiin. Lääkkeet vaikuttavat myös suun terveyteen mm. syljeneritystä muuttamalla. (Robson & Gray 2007.) Hoitamattomat hampaat ovat sydänsairauksien riskitekijä (Seppi 2011, 14). Seksuaalitoimintojen häiriöt sekä iäkkäillä potilailla aivoinfarkti- ja kaatumisriskin nousu on yhdistetty psyykenlääkkeiden käyttöön (Robson & Haddad 2012). Potilaiden kynnys tunnistaa fyysisiä oireita tai hakea apua voi olla noussut tai tietoisuus niistä on heikentynyt esim. skitsofreniaan yhdistettyjen kognitiivisten esteiden myötä. Kipukynnys saattaa olla korkea tai antipsykoottinen lääkitys on heikentänyt kivun tuntemusta. (Robson & Gray 2007.)

Mielenterveysongelmiin on havaittu liittyvän usein terveydelle haitallisia elämäntapoja kuten vähäinen liikkuminen, heikko ravitsemus, päihteiden käyttö ja tupakointi (Happell ym. 2013; Iacovides ym. 2008). Psykiatrisen häiriön myötä elintavat saattavat muuttua epäsuotuisimmiksi ja haitata sekä somaattisten sairauksien tunnistamista että niiden hoitoa (Korkeila 2013). Elintavat vaikuttavat riskiin sairastua mm. diabetekseen, sydän- ja verenkiertoelimistön sekä hengityselimistön sairauksiin (Toivanen 2011, 11). On arvioitu, että vakavasti psyykkisesti sairastuneista tupakoivia on n. 57-74% ja he myös tupakoivat huomattavasti suurempia määriä, tupakointihistoria on pidempi ja nikotiiniriippuvuus korkeampi kuin muulla väestöllä. Alkoholin ja huumeiden käyttö on myös yleisempää. (Robson & Haddad 2012.) Mm. Dwyer, Bradshaw & Happellin (2009) tutkimus korostaa psykiatristen hoitajien roolimallia ja mahdollisuutta vaikuttaa asiakkaiden tupakointikäyttäytymiseen. Tutkimuksessa on viitattu lähteeseen Forchuk

ym. (2002), jonka mukaan monet diagnosoidut mielenterveysasiakkaat haluaisivat lopettaa tupakoinnin. Tällöin psykiatrisen hoitajan rooli sen auttamisessa korostuu. (Dwyer ym. 2009.)

Skitsofreniaa sairastavien elinikä voi olla viidesosan lyhyempi väestön keskiarvoon verrattuna (Hintikka & Niskanen 2005). Skitsofreenikoista kaksi kolmasosaa arvioidaan menehtyvän seipelvaltimotautiin. Poikkeuksellista muuhun väestöön verrattuna suurentuneista sydän- ja verisuonitautiriskeistä huolimatta mielenterveyshäiriöisten sydänsairauksien hoitokäynnit ovat lähes olemattomia, joka näkyy myös kuolleisuudessa. (Toivanen 2011, 11.) Ahdistuneisuushäiriön on todettu lisäävän astman riskiä (Korkeila 2013). Somaattista sairastuvuutta lisää myös sosiaalinen ja taloudellinen syrjäytyminen (Hintikka & Niskanen 2005).

3.2 Psykiatristen hoitajien osaaminen

Howard ja Gamble (2011) tutkivat psykiatristen hoitajien näkemyksiä fyysisen terveyden huomioinnista. Kyselytutkimukseen vastanneista (n = 37) kaikki näkivät psyykkisesti sairaiden potilaiden fyysisen terveyden huomioinnin tärkeänä. Hoito- ja toimenpidehistorian, kuten viimeisten mammografiaseulontojen, veren rasva-aineiden ja prolaktiinipitoisuuden tarkastamisen ja EKG:n kontrolloinnin ajankohdan nähtiin pääosin osaston lääkärin tehtävänä. Hoitajan tehtäviin nähtiin kuuluvan mm. lääkitysten sivuvaikutusten, verenpaineen ja pulssin ja verensokerin seuraamisen sekä potilaan punnitsemisen ja kehon lämpötilan mittaamisen. Vastaajista suurin osa ilmoitti olevansa varma taidoistaan em. toimenpiteissä. Epävarmuutta oli eniten verikoetulosten tarkastamisessa, EKG-mittauksen tarpeen arvioinnissa sekä seksuaaliterveyteen liittyvissä tehtävissä ja neuvonnassa. Noin kolmasosa ei myöskään nähnyt seksuaaliterveyteen liittyvän kartoittamisen ja ohjauksen kuuluvan hoitajan työhön. Muihin elämäntapoihin, kuten alkoholin, huumeiden ja tupakoinnin lopettamiseen sekä ravitsemukseen ja liikkumiseen liittyvää neuvontaa valtaosa piti hoitajan työtehtävänä. Viimeisimmän näön- tai hammastarkastuksen ajankohdan selvittämistä n. 40 % ei pitänyt hoitajan tehtävänä. Vastajat olivat ylivoimaisesti sitä mieltä, että he eivät olleet saaneet tarpeeksi koulutusta fyysisen terveyden hoitoon. (Howard & Gamble 2011.)

Happell, Platania-Phung ja Scottin (2013) tutkimus psykiatristen hoitajien lisäkoulutustarpeesta perustui Robson ja Haddadin (2012) PHASe-mittariin. Tutkimuksessa esitettiin yhdeksän eri koulutusaihetta. Kaikkiin koulutusaiheisiin osoitti kiinnostusta vähintään kaksi kolmesta kyselyyn vastanneesta. Eniten koulutustarvetta koettiin olevan diabetesta sairastavan mielenterveyspotilaan hoidossa sekä potilaan ohjaamisessa sydän- ja verisuoniterveyden hallintaan. Lisäkoulutusta haluttiin myös ravitsemukseen, fyysiseen harjoitteluun, painonhallintaan sekä fyysisten sairauksien riskin tunnistamiseen. Tupakoinnin lopettamiseen ja lisääntymisterveyteen liittyvään neuvontaan sekä keskusteluun intiimeistä terveysriskeistä, kuten seksuaaliter-

veydestä ja huumeiden käytöstä saatiin eniten kielteisiä vastauksia, joskin näissäkin koulutuksesta kiinnostuneiden osuus oli suuri. (Happell ym. 2013.)

Porras (2008) on tutkinut ammatillista osaamista Kanta-Hämeen keskussairaalan aikuispsykiatrian vuodeosastolla. Laadullisen tutkimuksen tulokset kertovat, että tutkimuksen tiedonantajat (n = 18) kuvasivat teorian tiedon hallinnan olevan heikompaa somaattisista sairauksista kuin mielenterveydenhäiriöistä. Heikointa osaaminen oli eri toimenpiteisiin ja lääkityksiin liittyen. Huumeita käyttävien potilaiden määrän lisääntyessä tartuntatautiosaaminen koettiin tärkeäksi. Osaamisen kehittämistä tutkimukseen vastanneet toivoivat eettisten periaatteiden osaamisessa, hoitosuhteeseen ja omahoitajuuteen liittyvässä osaamisessa, psykiatriselle vuodeosastolle ominaisissa hoitotyön taidoissa ja hoitotyöhön liittyvän teorian tiedon osaamisessa, hoitajan jaksamiseen ja kehittymiseen liittyvässä osaamisessa, työryhmätoimintaan liittyvissä taidoissa sekä yhteistyötaidoissa. Tutkimukseen vastanneet eivät tuoneet esille elintapoihin liittyvää neuvontaa, joka saattaa johtua somaattisen terveydentilan arvioinnin vaatimien taitojen tasosta, haluttomuudesta puuttua elintapoihin tai lyhyiden hoitajaksojen keskittymisestä mielenterveysongelmien hoitoon. (Porras 2008, 33-49.)

Nashin (2005) kyselytutkimus kartoitti potilasosastoilla ja yhteisöissä toimivien psykiatristen hoitajien koulutustarpeita. Vastaajia oli 168. Suurin osa vastaajista (n = 119) ilmoitti työhönsä liittyvän fyysisen terveyden hoidon. Lähes kaikki vastaajat (n = 161) ilmoittivat halukkuudesta osallistua fyysisen terveyden hoitoon liittyviin koulutuksiin. Vastaajat kokivat tarvitsevansa koulutusta eniten 16 ehdotetusta aiheesta fyysisen terveydentilan arvioinnista, diabeteksestä, terveystiedosta ja terveyden edistämisestä, hoitajien lääkkeiden määräyksestä sekä seksuaaliterveydestä. Vähiten koulutusta koettiin tarvittavan mm. palliatiivisesta hoidosta, sytologiasta, kroonisten sairauksien hoidosta ja suunhoidosta. (Nash 2005.)

Tutkimuksessa, jossa vertailtiin sairaanhoitajien itse arvioitua ammatillista pätevyyttä sisätautien, kirurgian ja psykiatrian työympäristöissä, ei havaittu kokonaispätevyydessä merkittäviä eroja. Mittarina käytettiin Suomessa validoitua Sairaanhoitajan ammattipätevyysmittaria (NCS). Pätevyyttä arvioitiin auttamisen, opettamisen ja ohjaamisen, tarkkailutehtävän, tilan-nehallinnan, hoitotoimien hallinnan, laadunvarmistuksen sekä työroolin osa-alueilla. Osaaminen osa-alueilla arvioitiin hyväksi, muttei erittäin hyväksi. Psykiatrisessa hoidossa työskentelevien pätevyys auttamisessa, ohjaamisessa ja opettamisessa havaittiin muita korkeammaksi. (Heikkilä ym. 2007, 8-9.)

3.3 Suosituksia somaattisen terveyden edistämisestä

Painon, painoindeksin, vyötärön ympäryksen ja verenpaineen mittausten sekä veren rasva-aineiden tutkimuksen ja hammas- ja näöntarkastusten järjestämisen tulisi kuulua psykiatrisen

hoidon rutiinitoimiin. Somaattista terveydentilaa voidaan kartoittaa myös selvittämällä potilaan ravitsemusta, fyysistä aktiivisuutta, tupakointikäyttäytymistä sekä seksuaaliterveyttä. (Robson & Gray 2007.)

Hintikka & Niskanen (2005) suosittelevat psykoosilääkitystä aloitettaessa tai muutettaessa pituuden ja painon mittausta, plasman glukoosipitoisuuden, prolaktiinin ja lipidiprofiilin määrittämistä, verenpaineen mittausta sekä EKG:n rekisteröintiä. Pituuden ja painon kontrollimittaukset suoritetaan kuukauden välein puolen vuoden ajan. Vyötärön ympäryksen mittaaminen täydentää painoindeksimäärittämistä, mikäli painoindeksi on alle 30kg/m². Plasman glukoosipitoisuutta kontrolloidaan kolmen kuukauden päästä ja vuosittain. Glukoosirasituskoetta on harkittava potilailla, joilla on merkittäviä diabeteksen riskitekijöitä ja huomattavaa painon nousua. Somaattisen terveyden seuranta ja toteutus riippuu olosuhteista, mutta yhteneviä toimipaikkakohtaisia toimintaohjeita psykiatrisen potilaan somaattisen terveyden seurannasta suositellaan. Kohderyhmälle ominaiset ongelmat voivat tehdä elämäntapaohjauksesta haastavampaa, mutta ne eivät oikeuta ohjauksen laiminlyöntiin. Potilaan somaattisen terveyden seuranta on Käypä hoito-suositusten soveltamista. (Hintikka & Niskanen 2005.)

Elämäntapaohjauksella on todettu olevan vaikuttavuutta mielenterveyspotilaiden terveyden edistämisessä. Psykiatrisessa hoidossa tulisi hyödyntää moniammatillista yhteistyötä ja mm. elämäntapaohjauksessa tehdä yhteistyötä esimerkiksi ravitsemusterapeutin ja fysioterapeutin kanssa. (Robson & Gray 2007.)

Tupakoinnin lopettamishalukkuus tulisi ottaa huomioon hoitosuunnitelmassa systemaattisesti ja lopettamistukea tarjota aktiivisesti hoitosuhteen aikana. Tupakoinnin merkitykselle, esimerkiksi keinolle rentoutua, voidaan etsiä terveellisempiä vaihtoehtoja. (Laukkarinen & Kylmä 2008.) Tupakoinnin lopettamisen vaikeus on yhteydessä psykiatrisen häiriön vaikeasteisuuteen. Siitä huolimatta ainakin tupakoinnin vähentäminen on onnistunut vaikeissakin mielenterveyden häiriöissä. Käytettyjä metodeja ovat olleet ryhmä- ja yksilötuki, käyttäytymisterapia, nikotiinikorvaushoito sekä lääkkeellistä vieroitusta. Henkilökunnan tupakoinnin lopettamisella on ollut suotuisa vaikutus tupakoinnin lopettamiseen. (Korkeila & Korkeila 2008.) Vastaavasti hoitohenkilökunnan tupakointi rohkaisee potilaiden tupakointia ja vaikeuttaa tupakoinnin lopettamisesta puhumista (Laukkarinen & Kylmä 2008).

Liikuntainterventioilla on saatu positiivisia vaikutuksia depressio-oireiden lieventyessä ja ne ovat helppo hyväksyä, sillä liikunta ei tee eroa tavalliseen väestöön (Korkeila & Korkeila 2008). Tärkeää on, että liikkuminen on suunniteltu potilaslähtöisesti huomioiden hänen motivaationsa, kuntonsa ja aktiivisuustasonsa (Fogarty & Happell 2005). Elämäntapaohjauksessa tavoitteita ei tule asettaa liian korkealle, vaan nähdä pienetkin edistykset positiivisina. Riske-

jä vähentämään pyrkivällä muutokseen motivoivalla hoito-otteella on mahdollista saavuttaa myös tuloksia. (Korkeila & Korkeila 2008.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Peijaksen sairaalassa toimivien psykiatristen hoitajien valmiuksia, näkemyksiä sekä koulutustarpeita somaattiseen hoitotyöhön liittyen heidän itsensä arvioimana. Tavoitteena on antaa yleiskuva tämänhetkisestä somaattisesta osaamisesta psykiatrisessa hoitotyössä Peijaksen sairaalassa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää lisäkoulutuksen suunnittelemisessa hoitajien ammatillisen osaamisen kehittämiseksi.

Tutkimuksen tavoitteena on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaiseksi psykiatriset hoitajat kokevat somaattisen osaamisensa?
2. Mitä koulutustarpeita psykiatrisilla hoitajilla on?

5 Opinnäytetyön menetelmälliset lähtökohdat

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää hyödyntäen oli potentiaalista saada suurempi määrä vastauksia, jolloin myös tutkimustulosten yleistettävyyden luotettavuus on suurempaa. Ehdotus tutkimuksessa käytettävästä mittarista tuli opinnäytetyön työelämän yhteyshenkilöltä Tero Laiholta. Mittarin todettiin soveltuvan hyvin tämän tutkimuksen tarkoitukseen.

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus on systemaattista tutkimusta, jonka pohjalla on jo olemassa olevaa tutkittua tietoa ja teoriaa sekä malleja tutkittavasta ilmiöstä (Kananen 2011, 21). Keskeistä ovat mm. johtopäätökset aikaisemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat ja käsitteiden määrittely. Tutkittava ilmiö sijoitetaan johonkin teoriasuuntaukseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140.) Tutkimuksen lähtökohdaksi on tutkimusongelma, josta johdetaan tutkimuskysymykset. Tutkimusongelma ratkaistaan tutkimuskysymyksillä, joilla selvitetään tutkimuskohteeksi valittua ilmiötä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa selvitetään määriä, riippuvuuksia ja syysyysseurauksia. Tutkimusaineiston käsittely suoritetaan tilastotieteen analyysimenetelmin. (Kananen 2011, 20-22.)

Määrällinen tutkimus pyrkii tutkimustulosten yleistämiseen, eli pienen joukon vastauksesta tehdään yleistävät johtopäätökset. Tämä edellyttää riittävää määrää havaintoyksiköitä, jotta

tulokset olisivat luotettavia. (Kananen 2011, 18, 22.) Kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietystä perusjoukosta (Hirsjärvi ym. 2009, 193). Valittu tiedonkeruumenetelmä vaikuttaa esitettäviin kysymyksiin (Kananen 2011, 21).

Määrällinen tutkimus toteutetaan usein perinteisenä survey-tutkimuksena, joka tarkoittaa standardoitua aineiston keräämistä kyselyllä, strukturoidulla haastattelulla tai havainnoinnilla. Aineiston avulla kuvaillaan, vertaillaan ja selitetään ilmiöitä. Kyselytutkimuksen etu on aineiston potentiaalinen laajuus: standardoitu kyselylomake on helppo toimittaa suurelle joukolle. Lomakkeiden avulla kerätään tietoja mm. tosiasioista, käyttäytymisestä ja toiminnasta, tiedoista, arvoista, asenteista sekä uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä. Lomakkeen hyvä suunnittelu mahdollistaa aineiston tehokkaan käsittelyn. (Hirsjärvi ym. 2009, 134, 191, 195-197.) Kyselylomakkeen laadinnassa harkitaan kysymystyypit, käytettävät asteikot, kysymystekstit ja kysymysten asettelu. Mahdollisimman yksiselitteiset ja yksitulkintaiset kysymykset parantavat tutkimustuloksen luotettavuutta. Ennen varsinaista tutkimusaineiston keräämistä kyselylomake esitellään ja siihen tehdään tarvittavat muutokset. (Kananen 2011, 22, 30-43.)

5.2 Kyselylomake

Kysely toteutettiin Eduix Oy:n tuottamaa E-lomake-järjestelmää hyödyntäen. E-lomakkeella luotu kysely on helppo täyttää ja sen tulokset saadaan heti siirrettyä mm. Excel-taulukkolaskenta- ja SPSS-tilastointiohjelmaan (Eduix Oy 1996-2014). Järjestelmään luotiin strukturoitu kyselylomake, jonka internetosoite toimitettiin tutkimuksen kohderyhmälle. Kysely (liite 1) perustui Robson ja Haddadin (2012) kehittämään PHASe-mittariin, joka on kehitetty potilaiden ja hoitajien näkemysten sekä kirjallisuuden perusteella. Mittarilla kartoitetaan psykiatristen hoitajien näkemyksiä, nykyisiä työtehtäviä ja koulutustarpeita potilaiden fyysisen terveyden huomioimiseen liittyen (Robson & Haddad 2012). Opinnäytetyöni työelämän yhteyshenkilö järjesti sekä mittarin käyttöluvan että käännettämisen suomen kielelle.

Mittarissa kysytään vastaajan taustamuuttujina sukupuolta, ikää sekä vuotta, jolloin hän on saanut pätevyytensä. Myös erikoisalaa, työskentelypaikkaa, tupakointia ja aikaisempia koulutuksia kysytään. Ikää, pätevyysvuotta ja aiemmin saatuja koulutuksia kysytään vapaasti syötettävällä tekstillä. Sukupuolta kysytään dikotomisella muuttujalla, jossa vaihtoehdot ovat ”mies” ja ”nainen”. Työskentelypaikkaan vastataan niin ikään dikotomisella muuttujalla, jonka vaihtoehdot ovat ”potilasyhteisö” ja ”poliklinikka”. Erikoisalan luokittelu tapahtuu valitsemalla yksi useammasta vaihtoehdosta, jotka ovat ”aikuisten mielenterveyspalvelut”, ”oikeuslääketiede”, ”vanhusten mielenterveyspalvelut”, ”lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut”, ”riippuvuussairaudet” ja ”perusterveydenhuolto”. Vastaajan tupakointia kysytään dikotomisella muuttujalla, jonka vastausvaihtoehdot ovat ”en” ja ”kyllä”.

Sekä vastaajan mielipiteitä (28 kappaletta) että nykyisiä työtehtäviä kartoittaviin väittämiin (14 kappaletta) vastataan viisiportaisella Likert-asteikolla. Mielipiteitä kartoittavien väitteiden (esim. ”Psykiatristen hoitajan tehtäviin tulisi kuulua ravitsemusneuvonnan antaminen asiakkaille”, ”Olen varma, että osaan mitata verenpaineen tarkasti”) vastausvaihtoehdot ovat ”vahvasti eri mieltä”, ”eri mieltä”, ”ei eri eikä samaa mieltä”, ”samaa mieltä” ja ”vahvasti samaa mieltä”. Vaihtoehdot esitettyjen työtehtävien suoritustiheyteen ovat ”ei koskaan”, ”harvoin”, ”usein”, ”erittäin usein” ja ”aina”. Työtehtävinä on esitetty mm. asiakkaiden neuvominen hammashoidossa sekä ehkäisyneuvonnan antaminen asiakkaille. Seitsemään koulutustarpeita kartoittavaan väittämään vastataan kolmiportaisella Likert-asteikolla (”kyllä”, ”ei”, ”en ole varma”). Koulutusaiheina esitetään mm. diabetesta sairastavien mielenterveysasiakkaiden hoito sekä asiakkaiden auttaminen tupakoinnin lopettamisessa.

Verkkokyselylomakkeen alkuun liitettiin saatekirje (liite 2). Saatekirjeessä kerrottiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä kerrottiin kerätyn aineiston hävittämisestä sen hyödyntämisen jälkeen. Saatekirje sisälsi myös tutkimuksen tekijän yhteystiedot.

5.3 Aineiston keruu ja analysointi

Opinnäytetyölle myönnettiin tutkimuslupa 28.10.2014 (liite 4). Mittarin käännättämisen ja kyselylomakkeen laadinnan jälkeen kyselylomake esiteltiin neljällä sairaanhoitajaopiskelijalla, joista kukaan ei kuulunut tutkimusjoukkoon. Kyselylomaketta ei muutettu esitetauksen jälkeen mutta saatekirjeeseen lisättiin arvioitu kyselylomakkeen täyttöaika. Esitetauksen jälkeen opinnäytetyön työelämän yhteyshenkilö tiedotti osastoilla työskenteleville hoitajille tutkimuksesta ja verkkokyselylomakkeesta. Tutkimuksen perusjoukoksi valittiin Peijaksen sairaalan psykiatristen vuodeosastojen P1, P2 ja P3 hoitajat ja tutkimus kohdistettiin koko perusjoukolle (N = 64). Kyselyyn oli mahdollista osallistua ajalla 12.12.2014 - 18.1.2015. Matalan vastausprosentin vuoksi vastausaika pidennettiin viikolla jatkuen 25.1.2015 asti. Kohderyhmälle toimitettiin kyselyajalla yksi muistutuskirje kyselyyn vastaamisesta opinnäytetyön työelämän yhteyshenkilön Tero Laihon kautta. Lopulliseksi vastausprosentiksi muodostui 37.5 %.

Tutkimuksen aineisto oli alusta loppuun sähköisessä muodossa. Aineisto analysoitiin käyttämällä ohjelmistoja SPSS 22.0.0.0 sekä Microsoft Excel 14.4.8. Koska Excelillä pystytään luomaan graafisesti selkeitä kuvioita, käytettiin sitä tässä tutkimuksessa tutkimustuloksia esittävien kuvioiden laadintaan. SPSS:llä suoritettiin tulosten ristiintaulukointia sekä frekvenssitaulukot. Ristiintaulukointia varten Likert-asteikollisia muuttujia luokiteltiin uudelleen siten, että 28 mielipideväittämää luokiteltiin uudelleen kaksiluokkaisiksi muuttujiksi. Kaksiluokkaisiin muuttujiin yhdistettiin ”vahvasti eri mieltä” ja ”eri mieltä” kuvaavat arvot sekä ”vahvasti samaa mieltä” ja ”samaa mieltä” olevat arvot. ”Ei eri eikä samaa mieltä” jätettiin ristiintaulukoinnissa huomioimatta. Näin saatiin suurempia vastausluokkia ristiintaulukointikäyttöön ja

mielipide-erot kuvattua selkeämmin pienellä aineistolla. Aineistoa analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin. Analyysi tapahtui frekvenssien, prosentuaalisten jakaumien ja ristiintaulukoiden avulla. Aineiston suppeuden vuoksi esim. korrelaatioanalyysistä tai jakaumien kuvailua ei nähty mielekkääksi toteuttaa.

6 Tulokset

6.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastasi 24 henkilöä, joista naisia oli 14 ja miehiä 10. Alle 46-vuotiaita vastaajia oli 15, joista viisi alle 36-vuotiasta. Vastaajista kolme oli päteväytynyt 1980-luvulla, 14 oli saanut pätevyytensä 1990-luvulla ja seitsemän 2000- tai 2010-luvulla. Kaikki vastaajat ilmoittivat erikoisalakseen aikuisten mielenterveyspalvelut. Vastaajista 21 vastasi työskentelevänsä potilasosastolla ja kolme yhteisössä. (Taulukko 1.)

Taustatiedot		Lukumäärä	Prosentti
Sukupuoli	Mies	10	42%
	Nainen	14	58%
	Yhteensä	24	100%
Ikäryhmä	25 - 35	5	21%
	36 - 45	10	42%
	46 - 60	9	38%
	Yhteensä	24	100%
Erikoisala	Aikuisten mielenterveyspalvelut	24	100%
	Oikeuslääketiede	0	0%
	Vanhusten mielenterveyspalvelut	0	0%
	Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut	0	0%
	Riippuvuussairaudet	0	0%
	Perusterveydenhuolto	0	0%
	Yhteensä	24	100%
Missä työskentelet?	Potilasosastolla	21	88%
	Yhteisössä	3	13%
	Yhteensä	24	100%
Tupakointi	Ei tupakoi	15	63%
	Tupakoi	9	38%
	Yhteensä	24	100%
Pätevyys saatu	1980-luvulla	3	13%
	1990-luvulla	14	58%
	2000-luvulla	7	29%
	Yhteensä	24	100%

Taulukko 1: Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

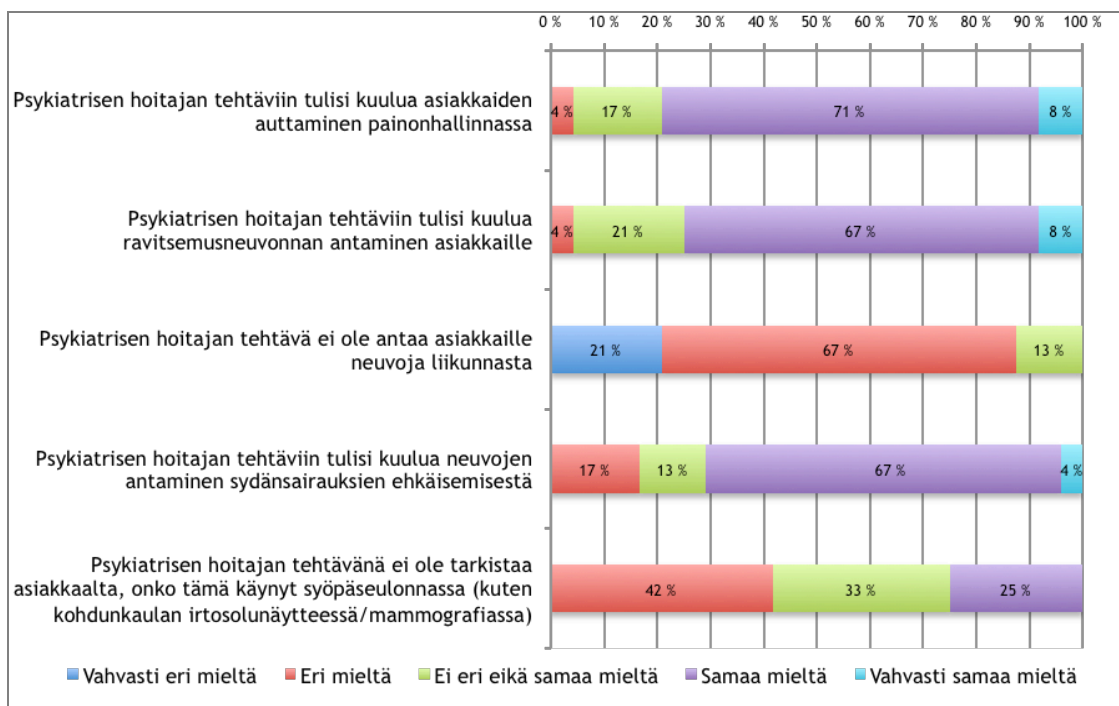
6.2 Psykiatrisen hoitajan rooli somaattisen hoitotyön toteuttajana

Vastaajista yhdeksän vastasi, että asiakkaiden auttaminen painonhallinnassa kuuluu työtehtäviin harvoin, puolet (n = 12) vastasivat sen olevan usein työtehtävänä. Ruokailutottumuksissa neuvominen oli yleisempää, yksi vastaajista ilmoitti sen kuuluvan työtehtäviin aina. Yhdeksän vastaajan tehtäviin kuului usein asiakkaiden valistaminen säännöllisen liikunnan hyödyistä. Työtehtäviin kuului harvimmoin asiakkaiden auttaminen tupakoinnin lopettamisessa (n = 18) ja ehkäisyneuvojen antamisessa (n = 18). (Taulukko 2.)

Nykyisiin työtehtäviini kuuluu...	Ei koskaan	Harvoin	Usein	Erittäin usein	Aina	Yhteensä
Asiakkaiden auttaminen painonhallinnassa	0 0%	9 38%	12 50%	3 13%	0 0%	24 100%
Asiakkaiden neuvominen terveellisissä ruokailutottumuksissa	0 0%	7 29%	12 50%	4 17%	1 4%	24 100%
Asiakkaiden valistaminen säännöllisen liikunnan hyödyistä	0 0%	7 29%	9 38%	7 29%	1 4%	24 100%
Asiakkaiden verenpaineen seuraminen	1 4%	2 8%	7 29%	11 46%	3 13%	24 100%
Asiakkaiden auttaminen tupakoinnin lopettamisessa	2 8%	18 75%	4 17%	0 0%	0 0%	24 100%
Ehkäisyneuvojen antaminen asiakkaalle	3 13%	18 75%	3 13%	0 0%	0 0%	24 100%

Taulukko 2: Nykyisiä työtehtäviä

Valtaosa vastaajista (n = 17) oli samaa mieltä ja kaksi vahvasti samaa mieltä siitä, että psykiatrisen hoitajan tehtäviin tulisi kuulua asiakkaiden auttaminen painonhallinnassa. Eri mieltä oli yksi vastaaja, ei eri eikä samaa mieltä neljä vastaajaa. Vastaukset jakautuivat samansuuntaisesti myös väitteeseen ravitsemusneuvonnan kuulumisesta psykiatrisen hoitajan työhön. Vastaajista 16 oli eri mieltä ja viisi vahvasti eri mieltä siitä, että liikuntaneuvojen antaminen asiakkaille ei ole psykiatrisen hoitajan tehtävä. Kaksi kolmesta vastaajasta (n = 16) oli samaa mieltä väitteestä, jonka mukaan psykiatrisen hoitajan tehtäviin tulisi kuulua neuvojen antaminen sydänsairauksien ehkäisemisessä. Yksi vastaaja oli vahvasti samaa mieltä. Eri mieltä oli neljä vastaajaa. (Kuvio 2.)

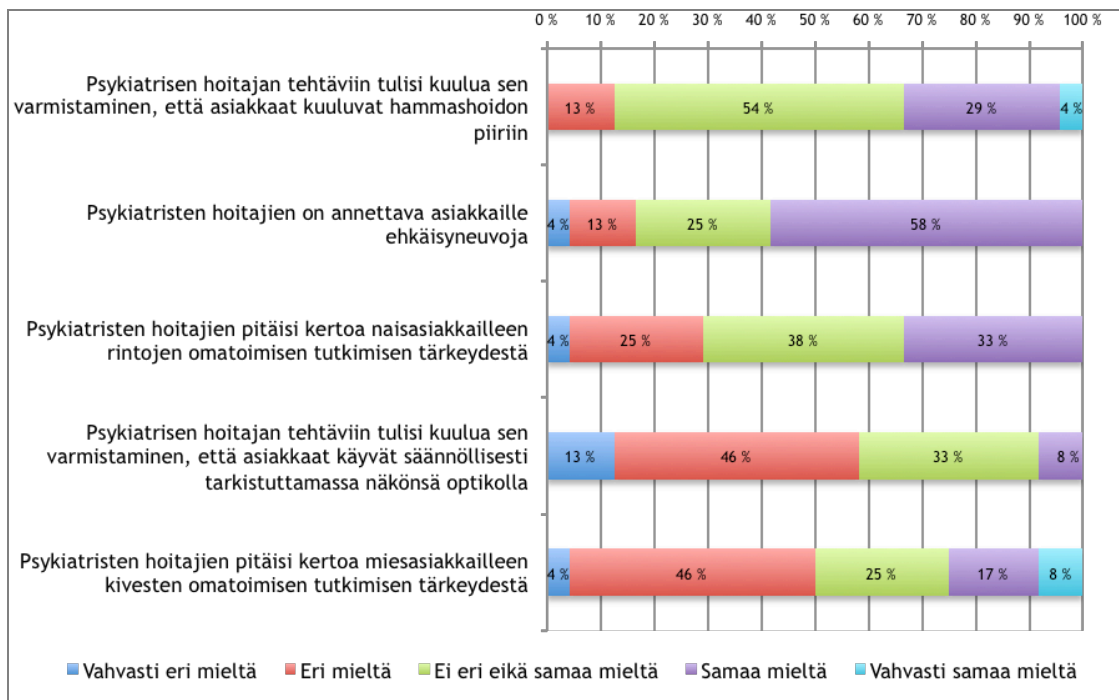


Kuvio 2: Vastaajien näkemyksiä psykiatrisen hoitajan tehtävistä (n = 24)

Kymmenen vastaajaa oli eri mieltä väitteestä jonka mukaan psykiatrisen hoitajan tehtävänä ei ole tarkistaa, onko asiakas käynyt syöpäseulonnassa. Kolmasosa vastanneista (n = 8) ei ollut eri eikä samaa mieltä. (Kuvio 2.) Kolmasosa vastaajista oli samaa mieltä siitä, että psykiatristen hoitajien pitäisi kertoa naisasiakkaille rintojen omatoimisen tutkimisen tärkeydestä. Kuusi vastaajaa oli eri mieltä ja yksi vastaaja vahvasti eri mieltä. Miesasiakkaille kivesten omatoimisen tutkimisen tärkeydestä kertomisesta samaa mieltä oli neljä vastaajaa ja vahvasti samaa mieltä kaksi. Eri mieltä oli 11 vastaajaa, vahvasti eri mieltä yksi. (Kuvio 3.)

Yli puolet vastaajista (n = 13) ei ollut eri eikä samaa mieltä väitteestä, jonka mukaan psykiatrisen hoitajan tehtäviin tulisi kuulua asiakkaan hammashoidon piiriin kuulumisen varmistaminen. Kahdeksan vastaajaa oli väitteen kanssa samaa mieltä ja heistä yksi vahvasti samaa mieltä. Vastaajista 14 oli eri mieltä ja heistä kolme vahvasti eri mieltä siitä, että psykiatrisen hoitajan tehtäviin tulisi kuulua sen varmistaminen, että asiakkaat käyvät säännöllisesti optikon näöntarkastuksessa. Kaksi vastaajaa oli väitteen kanssa samaa mieltä. (Kuvio 3.)

Yli puolet vastaajista (n = 14) oli samaa mieltä siitä, että psykiatristen hoitajien on annettava asiakkaille ehkäisyneuvoja. Neljä vastaajaa oli eri mieltä, joista yksi vahvasti eri mieltä. (Kuvio 3.)



Kuvio 3: Vastaajien näkemyksiä psykiatrisen hoitajan tehtävistä (n = 24)

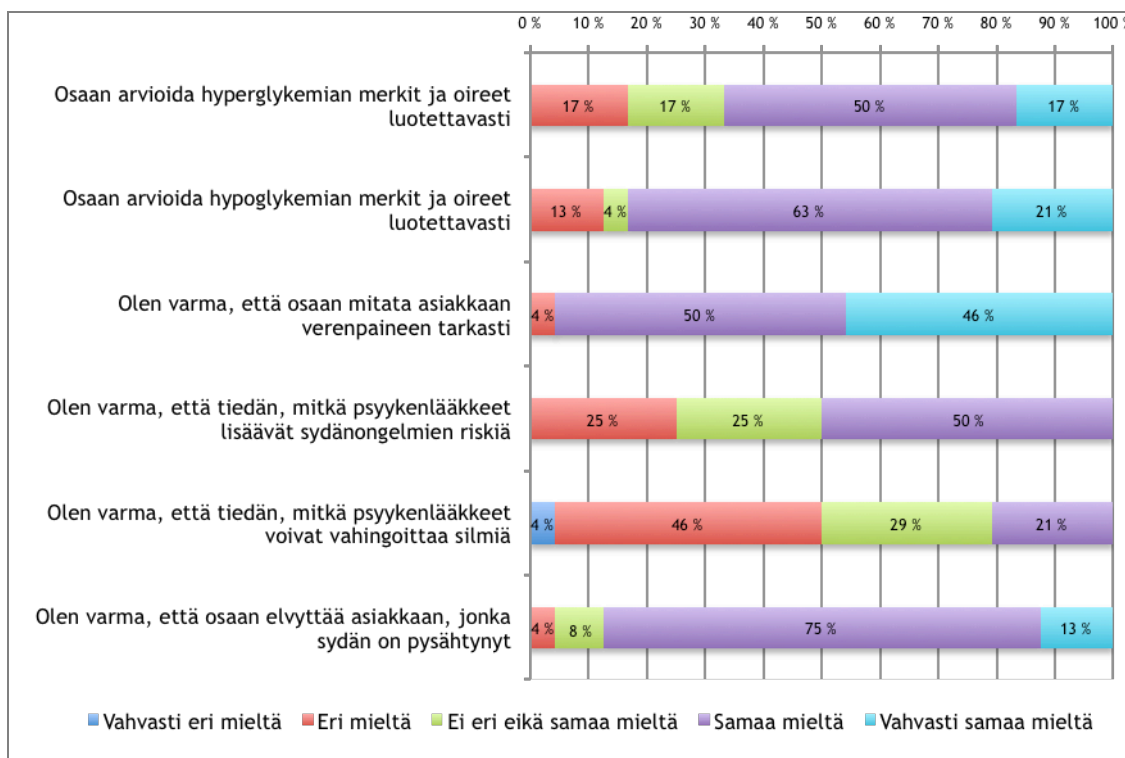
6.3 Luottamus taitoihin hoitaa fyysistä terveyttä

Vastaajista neljä oli eri mieltä väitteestä, jonka mukaan vastaaja osaa arvioida hyperglykemian merkit ja oireet luotettavasti. Puolet (n = 12) oli väitteestä samaa mieltä ja neljä vahvasti samaa mieltä. Hypoglykemian merkkien ja oireiden luotettavasta arvioinnista samaa mieltä oli valtaosa (n = 20) joista viisi vahvasti samaa mieltä. Eri mieltä oli yksi vastaaja. (Kuvio 4.)

Vahvasti samaa mieltä väitteestä, jonka mukaan vastaaja osaa mitata verenpaineen luotettavasti, oli 11 vastaajaa. Puolet (n = 12) oli samaa mieltä ja yksi oli eri mieltä. (Kuvio 4.) Yksi vastaajista vastasi, ettei työtehtäviin kuulu koskaan asiakkaiden verenpaineen seuraaminen. Valtaosa (n = 11) ilmoitti sen kuuluvan työtehtäviin erittäin usein. (Taulukko 2.)

Puolet vastaajista (n = 12) oli samaa mieltä väitteestä jonka mukaan on varma siitä, että tietää mitkä psyykenlääkkeet lisäävät sydänongelmien riskiä. Neljäsosa (n = 6) oli eri mieltä ja neljäsosa ei eri eikä samaa mieltä. Lähes puolet (n = 11) oli eri mieltä siitä, että tietää, mitkä psyykenlääkkeet voivat vahingoittaa silmiä. Viisi vastaajaa oli väitteestä samaa mieltä ja yksi vahvasti eri mieltä. (Kuvio 4.)

Kolme neljästä (n = 18) vastaajista oli samaa mieltä siitä että on varma, että osaa elvyttää asiakkaan jonka sydän on pysähtynyt. Kolme vastaajaa oli vahvasti samaa mieltä ja yksi eri mieltä. (Kuvio 4.)



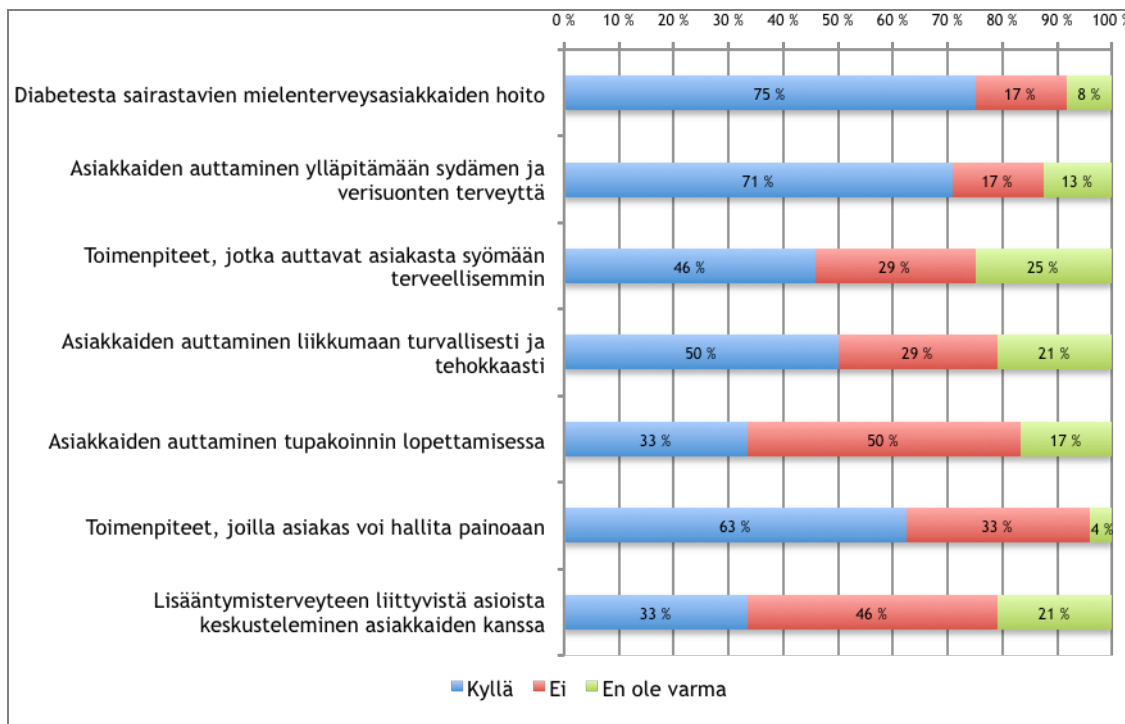
Kuvio 4: Vastaajien luottamus taitoihinsa hoitaa fyysistä terveyttä (n = 24)

6.4 Aiemmat koulutukset ja koulutustarpeet

Avoimeen kysymykseen, jossa kartoitettiin vastaajan saamia fyysiseen terveyteen liittyviä koulutuksia viimeisen viiden vuoden aikana vastasi kahdeksan tutkimukseen osallistujaa. Neljä vastaajaa vastasi saaneensa elvytyskoulutusta, heistä kolme vastasi koulutuksen kestoksi yhden päivän. Yksi vastaaja vastasi saaneensa vajaaravitsemuskoulutusta. Vastauksiin sisältyi myös yksi LOVE-lääkehoidon koulutus, yksi yhden päivän kestoinen haavanhoitokoulutus, yksi ensiapukoulutus, joitakin luentoja pituudeltaan kaksi päivää sekä lyhyitä infoja.

Jokaiseen esitettyyn koulutusaiheeseen vähintään kolmasosa (n = 8) vastaajista ilmoitti toivovansa lisäkoulutusta. Koulutusta diabetesta sairastavien mielenterveysasiakkaiden hoidosta toivoi 18 vastaajaa. Koulutusta asiakkaiden auttamiseen sydämen ja verisuonten terveyden ylläpitämisessä toivoi 17 vastaajaa. (Kuvio 5.)

Koulutusta asiakkaiden painonhallintaan liittyviin toimenpiteisiin toivoi 15 vastaajaa. Puolet vastaajista (n = 12) ei toivonut koulutusta tupakoinnin lopettamisessa auttamiseen. Vastaajista 11 vastasi, ettei toivo koulutusta lisääntymisterveyteen liittyvistä asioista keskusteleminen. Eniten epävarmuutta koulutushalukkuudesta ilmaistiin asiakkaita terveellisemmin syömiseen auttavien toimenpiteiden (n = 6), turvalliseen ja tehokkaaseen liikkumiseen auttamisen (n = 5) sekä lisääntymisterveydestä keskustelemisen (n = 5) osalta. (Kuvio 5.)



Kuvio 5: Vastaajien koulutustarpeet (n = 24)

6.5 Näkemykset tupakointiin liittyen

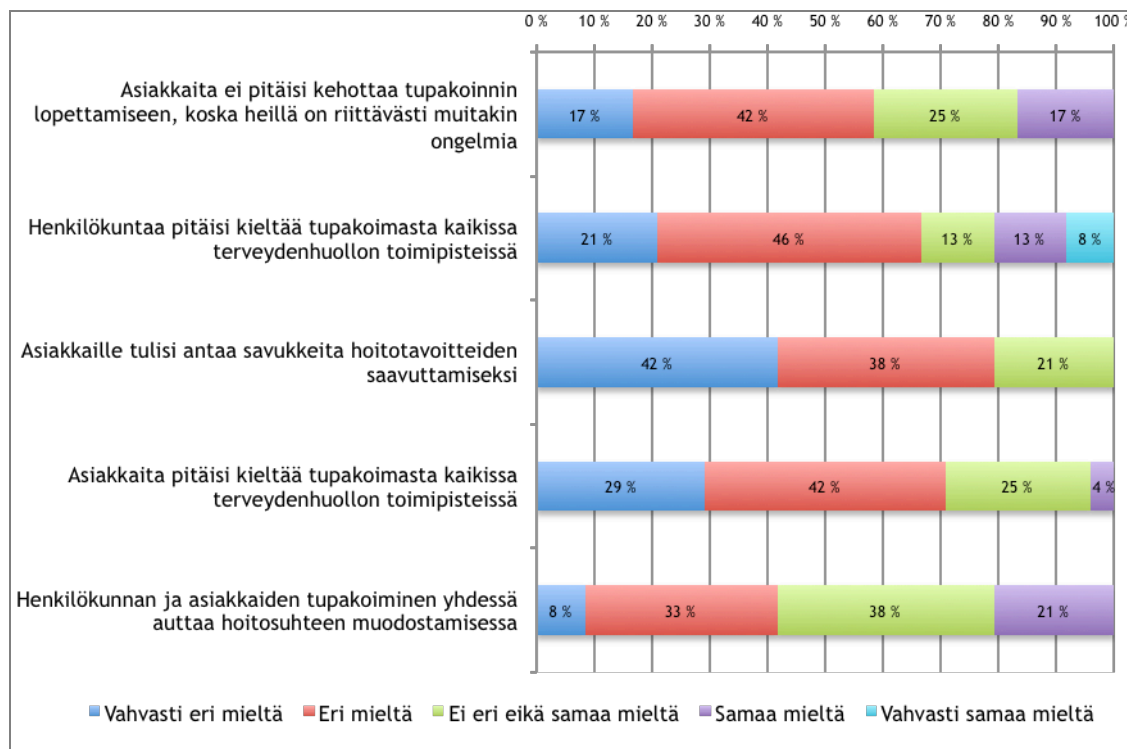
Kyselyyn vastaajista noin kaksi kolmesta (n = 15) ei tupakoinut ja yhdeksän tupakoi (Taulukko 1). Vastaajista neljä oli samaa mieltä väitteestä, jonka mukaan asiakkaita ei pitäisi kehottaa tupakoinnin lopettamiseen koska heillä on riittävästi muitakin ongelmia. Yli puolet (n = 14) oli väittämästä eri mieltä tai vahvasti eri mieltä. Neljäsosa vastaajista ei ollut eri eikä samaa mieltä. (Kuvio 6.)

Yksi vastaajista oli samaa mieltä siitä, että asiakkaita tulisi kieltää tupakoimasta kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä. Väitteen kanssa eri mieltä oli 10 vastaajaa ja vahvasti eri mieltä seitsemän. Neljäsosa vastaajista ei ollut eri eikä samaa mieltä. (Kuvio 6.)

10 vastaajaa oli vahvasti eri mieltä väitteestä, jonka mukaan asiakkaalle tulisi tarjota savukkeita hoitotavoitteiden saavuttamiseksi. Yhdeksän vastaajaa oli eri mieltä ja viisi ei eri eikä samaa mieltä. (Kuvio 6.)

Vahvasti samaa mieltä siitä, että henkilökunnan tupakointi tulisi kieltää kaikissa terveydenhuollonyksiköissä, oli kaksi vastaajaa. Samaa mieltä väitteen kanssa oli kolme vastaajaa. Kolme vastaajaa ei ollut eri eikä samaa mieltä. Lähes puolet (n = 11) oli eri mieltä ja viisi vastaajaa vahvasti eri mieltä. (Kuvio 6.)

Vastaajista viisi oli samaa mieltä siitä, että henkilökunnan ja asiakkaiden yhdessä tupakoiminen auttaa hoitosuhteen muodostamisessa. Yhdeksän vastaajaa ei ollut eri eikä samaa mieltä. Eri mieltä oli kolmasosa ja vahvasti eri mieltä kaksi vastaajista. (Kuvio 6.)



Kuvio 6: Vastaajien näkemykset tupakointiin liittyen (n = 24)

6.6 Tulosten ristiintaulukointia

Psykenlääkkeiden sydänriskien ja silmäriskien tietäminen ei vaikuttanut siihen, koetaanko asiakkaan lääkehoitoon sitoutumisen heikkenevän jos heille kerrotaan lääkehoidon fyysisistä vaikutuksista. Molempien riskien tietämisen osalta vastaajista kaksi näki sitoutumisen heikkenevän. (Taulukot 3 ja 4.)

		Olen varma, että tiedän, mitkä psykenlääkkeet voivat vahingoittaa silmiä		
		Eri mieltä	Samaa mieltä	Yhteensä
Jos asiakkaille kertoo lääkityksen vaikutuksista heidän fyysiseen terveyteensä, asiakkaiden sitoutuminen lääkehoitoon heikkenee	Eri mieltä	10	2	12
		100%	50%	86%
	Samaa mieltä	0	2	2
		0%	50%	14%
Yhteensä		10	4	14
		100%	100%	100%

Taulukko 3: Psykenlääkkeiden silmäriskit ja asiakkaan sitoutuminen lääkehoitoon

		Olen varma, että tiedän, mitkä psyykenlääkkeet lisäävät sydänongelmien riskiä		
		Eri mieltä	Samaa mieltä	Yhteensä
Jos asiakkaille kertoo lääkityksen vaikutuksista heidän fyysiseen terveyteensä, asiakkaiden sitoutuminen lääkehoitoon heikkenee	Eri mieltä	6	7	13
		100%	78%	87%
	Samaa mieltä	0	2	2
		0%	22%	13%
Yhteensä		6	9	15
		100%	100%	100%

Taulukko 4: Psyykenlääkkeiden sydänriskit ja asiakkaan sitoutuminen lääkehoitoon

Ei-tupakoivista vastaajista yksi enemmän kuin tupakoivista oli sitä mieltä, että henkilökunnan ja asiakkaiden yhdessä tupakoiminen auttaa hoitosuhteen muodostamisessa (Taulukko 5).

		Tupakoitko?		
		En	Kyllä	Yhteensä
Henkilökunnan ja asiakkaiden tupakoiminen yhdessä auttaa hoitosuhteen muodostamisessa	Eri mieltä	6	4	10
		67%	67%	67%
	Samaa mieltä	3	2	5
		33%	33%	33%
Yhteensä		9	6	15
		100%	100%	100%

Taulukko 5: Vastaajien tupakointi ja hoitosuhteen muodostuminen

Yhtä moni tupakoivista ja ei-tupakoivista (n = 4) toivoisi koulutusta siitä, kuinka asiakkaita autetaan tupakoinnin lopettamisessa. Ei-tupakoivista useampi (n = 7) vastasi, ettei toivo koulutusta aiheesta. Tupakoivista kukaan ei ollut epävarma koulutushalukkuudestaan. (Taulukko 6.)

		Tupakoitko?		
		En	Kyllä	Yhteensä
Toivoisin koulutusta tupakoinnin lopettamisessa auttamiseen	Kyllä	4	4	8
		27%	44%	33%
	Ei	7	5	12
		47%	56%	50%
	En ole varma	4	0	4
		27%	0%	17%
Yhteensä		15	9	24
		100%	100%	100%

Taulukko 6: Tupakoivien ja tupakoimattomien vastaajien ero savuttomuuteen liittyvässä koulutuksessa

Nuorimmasta ikäluokasta kukaan ei toivonut lisäkoulutusta tupakoinnin lopettamisessa auttamiseen. Ikäluokasta yksi toivoi koulutusta lisääntymisterveydestä keskustelemiseen. 36-45-vuotiaista kaikki (n = 10) toivoivat koulutusta diabetekseen liittyen, vähiten toivottiin tupakoinnin lopettamiseen liittyvää koulutusta (n = 4). Yli 45-vuotiaat vastaajat toivoivat eniten

koulutusta sydämen ja verisuonen terveyden edistämiseksi auttamiseen ja vähiten lisääntymisterveydestä keskustelemiseen. (Taulukko 7).

Koulutusaihe	Ikäluokka			Yhteensä
	25 - 35	36 - 45	46 - 60	
Diabetesta sairastavien mielenterveysasiakkaiden hoito	3	10	5	18
% ikäluokasta	60%	100%	56%	
Auttaminen ylläpitämään sydämen ja verisuonten terveyttä	4	7	6	17
% ikäluokasta	80%	70%	67%	
Toimenpiteet, jotka auttavat asiakasta syömään terveellisemmin	2	6	3	11
% ikäluokasta	40%	60%	33%	
Asiakkaiden auttaminen liikkumaan turvallisesti ja tehokkaasti	4	5	3	12
% ikäluokasta	80%	50%	33%	
Asiakkaiden auttaminen tupakoinnin lopettamisessa	0	4	4	8
% ikäluokasta	0%	40%	44%	
Toimenpiteet, joilla asiakas voi hallita painoaan	3	7	5	15
% ikäluokasta	60%	70%	56%	
Lisääntymisterveyteen liittyvistä asioista keskusteleminen	1	5	2	8
% ikäluokasta	20%	50%	22%	

Taulukko 7: Koulutustoiveet ikäluokittain

Yksi alle 36-vuotiaista ja 13 heitä vanhemmista vastaajista oli samaa mieltä siitä, että ehkäisyneuvojen antaminen kuuluu psykiatrisen hoitajan tehtäviin. Kukaan yli 45 vuotiaista ei ollut väitteestä eri mieltä. (Taulukko 8.)

		Ikäluokka			Yhteensä
		25 - 35	36 - 45	46 - 60	
Psykiatristen hoitajien on annettava asiakkaille ehkäisyneuvoja	Eri mieltä	3	1	0	4
		75%	25%	0%	100%
	Samaa mieltä	1	7	6	14
		7%	50%	43%	100%
Yhteensä		4	8	6	18
		22%	44%	33%	100.0%

Taulukko 8: Ehkäisyneuvojen antaminen osana työtehtäviä

7 Pohdinta ja johtopäätökset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa psykiatristen hoitajien valmiuksia, näkemyksiä ja koulutustarpeita somaattiseen hoitotyöhön liittyen. Tutkimusaineiston perusteella saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Aineisto antoi tietoa psykiatristen hoitajien näkemyksistä liittyen somaattiseen hoitotyöhön ja psykiatrisen hoitajan rooliin somaattisen hoitotyön toteuttajana. Tulosten esittely jaettiin taustatietoihin sekä neljään eri osa-alueeseen.

Tässä tutkimuksessa esitettiin kuusi taitoa, joissa luottamusta suoriutumiseensa vastaajat arvioivat asteikolla 1-5. Vastaajien luottamus osaamiseensa kyselyssä esitetyillä taitokuvauksilla on pääosin hyvää.

Lääkehoitoon liittyvien haittojen tuntemukseen vastaajilla oli vähiten luottamusta. Sydänongelmiä nostavat psyykenlääkkeet olivat tutkimuksen tulosten mukaan vahvemmin tiedossa kuin silmien vahingoittumista mahdollisesti aiheuttavat lääkkeet. Näiden riskien tuntemisella ei ollut vaikutusta siihen, koetaanko potilaan lääkehoitoon sitoutumisen heikkenevän jos hänelle kerrotaan lääkkeiden sivuvaikutuksista. Aikuispsykiatrian vuodeosastoilla tehdyn ammatillisen osaamisen tutkimuksen mukaan sekä psyykenlääkkeiden että somaattisen sairauden hoitoon käytettyjen lääkkeiden vaikutusten tunteminen ja seuraaminen sekä sivuvaikutusten seuraaminen liitettiin ammatilliseen osaamiseen. Kyseisessä tutkimuksessa epävarmuutta koettiin erityisesti lääkityksiin liittyvässä osaamisessa. (Porras 2008, 31, 33.) Howard & Gamblen (2011) tutkimuksessa vastaajat näkivät lääkitysten sivuvaikutusten arvioinnin hoitajien tehtävänä ja lähes kaikki vastaajat kokivat siinä itsensä varmaksi.

Kaikkein varmimmin vastaajat ilmaisivat osaavansa tarkan verenpaineen mittauksen. Tulos on samansuuntainen kuin Howard & Gamblen (2011) tutkimuksessa, jossa lähes kaikki vastaajat ilmaisivat olevansa varmoja verenpaineenmittaustaidoistaan. Tämän tutkimuksen tulokset kertovat asiakkaan verenpaineen mittauksen kuuluvan työtehtäviin valtaosalla vastaajista erittäin usein. Tulosten mukaan elvytystaitoonsa luottivat lähes kaikki vastaajat. Elvytyskoulutus olikin eniten mainittu aiemmin saatu koulutus.

Tässä tutkimuksessa, kuten myös Howard & Gamblen (2011) tutkimuksessa, ravitsemusneuvonta nähtiin vahvasti osana psykiatrisen hoitajan työtä. Valtaosan työtehtäviin kuului nykyisin asiakkaiden neuvominen terveellisissä ruokailutottumuksissa. Taitoihin diabeteksen kriisitilanteiden havaitsemiseen luotettiin, hypoglykemian osalta enemmän kuin hyperglykemian.

Psykiatrisen hoitajan rooliin ei selkeästi nähty kuuluvan psykiatrisen hoidon ulkopuolella tapahtuvien toimien varmistaminen (näön tarkastus optikolla, hammashoidon piiriin kuulumisen varmistaminen, syöpäseulonassa käynti). Näkemyksissä saattaisi olla eroja, jos tämä kysely toteutettaisiin esim. avohoidossa toimiville psykiatrisille hoitajille.

Tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa esitettyihin kaikkiin koulutusaiheisiin osoitettiin mielenkiintoa. Lisäkoulutuksesta vähiten kiinnostuneita olivat yli 45-vuotiaat vastaajat. Syynä tähän voi olla se, että ammattitaito esitettyjen aiheiden osalta koetaan riittävänä uran aikana saatujen kokemusten ja aikaisempien koulutusten myötä. Lisääntymisterveyteen, ravitsemukseen ja tupakoinnin lopettamiseen liittyvät koulutustoiveet saivat vähiten selviä kyllä-vastauksia. Toisaalta puolet vastaajista toivoi koulutusta turvalliseen ja terveelliseen liikkuamiseen auttamisessa. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin samaan mittariin perustuvassa Hap-pell, Platania-Phung & Scottin tutkimuksessa (2013), jossa kuitenkin epävarmuus koulutusaiheiden suhteen näyttäytyi pienempänä. Tässä tutkimuksessa erot koulutustoiveissa olivat suurempia johtuen oletettavasti merkittävästi pienemmästä vastausmäärästä. Suurin ero em.

tutkimukseen löytyy tupakoinnin lopettamisessa auttamiseen liittyvästä koulutusaiheesta, josta tässä tutkimuksessa koulutusta toivovien ja ei-toivovien suhde oli päinvastoin näyttävyyden vähempänä kiinnostuksena. Tupakoivien ja tupakoimattomien hoitajien kiinnostuksesta tupakoinnin lopettamiseen liittyvään koulutukseen ei ollut juuri eroa.

Tässä tutkimuksessa koulutus diabetesta sairastavien mielenterveysasiakkaiden hoitoon oli eniten toivottua. Tutkimuksessa ei kysytty toivotaanko diabetesta sairastavien hoitoon koulutusta esimerkiksi sairauden seurantaan, liitännäissairauksiin tai lääkehoitoon liittyen. Lisäkoulutusta suunniteltaessa täsmällisempi koulutusaiheen kartoitus on tarpeen. Myös muissa psykiatristen hoitajien koulutustarpeita kartoittavissa tutkimuksissa, kuten Happell ym. (2013) ja Nash (2005) diabetekseen liittyvä lisäkoulutus on ollut toivotuimpia.

Tuloksista käy ilmi, että sydän- ja verisuonisairauksiin liittyvä koulutus oli toivottua ja sydän-sairauksia ehkäisevän neuvonnan nähtiin olevan osa psykiatrisen hoitajan työtä. Painonhallintaan liittyvä koulutus oli myös toivottua ja tutkimuksen tulosten mukaan painonhallinnassa auttaminen nähdään vahvasti osana psykiatrisen hoitajan tehtäviä. Samansuuntaisia vastauksia on saatu myös muissa tutkimuksissa (mm. Howard & Gamble 2011, Happell ym. 2013). Painonhallinnan merkitystä on korostettu mm. psykykenlääkkeiden käytön yhteydessä (mm. Hintikka & Niskanen 2005, Robson & Gray 2007). Tähän tutkimukseen vastanneista yli puolet auttoi nykyisessä työssään asiakkaita painonhallinnassa joko usein tai erittäin usein.

Kyselylomakkeessa ei avattu siinä mainitun lisääntymisterveyden käsitettä. Käsitteelle on olemassa useita eri määritelmiä, joista osassa seksuaaliterveyden käsite nähdään yläkäsitteenä, osassa päällekkäisenä käsitteenä lisääntymisterveydelle (Sannisto 2010, 18-19). Tämän tutkimuksen tulokset kertovat, että mielenkiinto lisääntymisterveyteen liittyvään koulutukseen on vähäistä. Tulosten mukaan nuorin vastaajien ikäluokka ei pitänyt ehkäisyneuvontaa psykiatrisen hoitajan tehtävänä. Howard & Gamblen (2011) tutkimuksen mukaan psykiatriset hoitajat kokivat seksuaaliterveyteen liittyvissä tehtävissä ja neuvonnassa epävarmuutta, mutta toisaalta kolmasosa tutkittavista ei nähnyt niitä psykiatrisen hoitajan tehtäviin kuuluvana. Tässä tutkimuksessa miesasiakkaiden kehottamista tutkimaan omatoimisesti kiveksiään ja naisasiakkaita rintojaan ei nähty yhtä vahvasti psykiatrisen hoitajan tehtävinä kuin ehkäisyneuvojen antamista. Nykyisiin työtehtäviin liittyi ehkäisyneuvontaa harvoin. Asiakkaan viimeisen mammografiakäynnin tarkistamista tässä tutkimuksessa vastaajista pienin osa piti hoitajan tehtävänä, kuten myös Howard & Gamblen (2011) tutkimuksessa kävi ilmi.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan tupakointia ei tulisi täysin kieltää hoitajilta tai asiakkailta. Hoitajien tupakointikiellosta ollaan hieman enemmän samaa mieltä. Myös Dwyerin ym. tutkimuksessa (2009) oltiin keskimäärin enemmän samaa mieltä siitä, ettei hoitajien tulisi tupakoida työvuorossa. Nykyisiin työtehtäviin auttaminen tupakoinnin lopettamisessa kuului

harvoin. Toisaalta asiakkaiden moniongelmaisuuuden ei nähty olevan esteenä asiakkaan kehittämiseksi tupakoinnin lopettamiseen eikä savukkeiden antoa nähty keinona hoitotavoitteiden saavuttamiselle. Osa vastaajista koki asiakkaan kanssa tupakoinnin edistävän hoitosuhteen muodostumista. Tuloksista ei voida lukea, koetaanko hoitosuhdetta edistävänä tekijänä nimenomaan tupakointi vai sosiaalinen kanssakäynti yhtenä psykiatrisen hoidon elementeistä itsessään. Dwyerin ym. tutkimuksessa (2009) oltiin keskimäärin enemmän eri mieltä väitteestä, jonka mukaan tupakoivilla hoitajilla on paremmat mahdollisuudet olla vuorovaikutuksessa tupakoivien asiakkaiden kanssa. Samassa tutkimuksessa on esitetty psykiatrisen hoitajan toimivan roolimallina asiakkaille, jolloin tupakointi lienee yhdistävä tekijä hoitajan ja asiakkaan hoitosuhteessa. Terveyden edistämisen näkökulmasta roolimallina oleminen voi kannustaa asiakkaita myös savuttomuuteen.

Aiemmin esitettyjen tutkimusten mukaan psykiatriisiin ongelmiin liittyy usein myös somaattisia ongelmia, joiden arviointi voi asiakkaan kannalta tulla ajankohtaiseksi vasta psykiatrisen hoidon kautta (mm. Korkeila 2013, Dwyer ym. 2009; Toivanen 2011, 11). Elämäntapaohjauksen merkitystä mielenterveyspotilaan terveyden edistämässä on korostettu useissa eri tutkimuksissa etenkin tupakoinnin osalta (mm. Robson & Gray 2007, Korkeila & Korkeila 2008).

Tutkimuksen tulokset kertovat, että psykiatrisilla hoitajilla on halukkuutta kouluttautua somaattisessa hoitotyössä. Tulosten perusteella yksi psykiatrisille hoitajille suositeltava lisäkoulutusaihe on erityisesti työyksikössä käytetyt psykenlääkkeet ja niiden sivuvaikutukset. Toivotuin koulutusaihe oli diabetesta sairastavan mielenterveyspotilaan hoito.

Tuloksista päätellen psykiatrisilla hoitajilla on vaihtelevia näkemyksiä roolistaan somaattisen hoitotyön toteuttamisessa. Tässä tutkimuksessa vastaajat ilmaisivat useiden terveellisiä elämäntapoja tukevien työtehtävien olevan osa psykiatrisen hoitajan roolia. Tässä suhteessa suositukset ja hoitajien mielenkiinto kohtaavat. Keskustelua psykiatrisen hoitajan työnkuvasta ja psykiatrisen hoidon merkityksestä asiakkaalle ja hänen kokonaisvaltaiselle terveydelleen on hyvä käydä jatkossakin. Asiakkaiden halukkuutta tupakoinnin lopettamiseen olisi hyvä kartoittaa ja tarjota apua siihen aktiivisesti, sillä vaikeissakaan mielenterveyshäiriöissä tupakoinnin vähentäminen ei ole mahdotonta. Lisääntymisterveyden käsitteestä ja ohjauksen yksilöllisestä merkityksestä psykiatrisen asiakkaan kannalta on työyhteisöissä suositeltavaa keskustella.

Opinnäytetyössä käytetty PHASe-mittari osoittautui päteväksi aineistonkeruumenetelmäksi tähän tutkimukseen. Ehdotan mittarin käyttöä myös muissa psykiatrista hoitoa tarjoavissa työyksiköissä kuin vuodeosastoilla osaamiskartoituksen apuvälineenä. Tämän tutkimuksen heikkoutena on matala vastausprosentti ja se heikentää tulosten yleistettävyyttä. Suosittelen kyselyä varten pidempää vastausaikaa. Jatkotutkimusehdotuksena esitän lisääntymistervey-

teen liittyvien näkemysten ja lisääntymisterveyttä edistävien hoitotyön menetelmien kartoittamista.

7.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimukselle haettiin asianmukainen opinnäytetyön tutkimuslupa HYKS Psykiatrialta. Koska tutkimus koski pelkästään henkilökuntaa eikä potilaita, ei tutkimukselle tarvittu eettisen toimikunnan lausuntoa.

Tutkimusta ohjaavia vakiintuneita periaatteita ovat tutkittavien ihmisten itsemääräämisoikeuden, vahingoittumattomuuden sekä yksityisyyden kunnioittaminen (Kuula 2006, 60). Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan antamalla vastaajille mahdollisuus päättää tutkimukseen osallistumisesta. Vapaaehtoista, harkittua päätöstä tukevat riittävä taustatieto tutkimuksesta, sen toteuttajasta sekä kerätyn aineiston käyttötarkoituksesta ja hävittämisestä. Tutkimuksen pääaiheiden sekä aineistonkeruutavan kertominen antavat vastaajille mahdollisuuden osallistua tutkimukseen riittävin perustein. (Kuula 2006, 61-62.) Tutkittavilla on oltava mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietoja ja keskeyttää osallistuminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177).

Ihmistieteellisellä tutkimuksella voidaan aiheuttaa harvoin fyysisiä haittoja, sitä useammin henkisiä, sosiaalisia ja taloudellisia vahinkoja. Tutkija huolehtii asianmukaisesta tietosuojasta. Yksityisyyttä kunnioitetaan antamalla vastaajien määrittää, mitä tietoja he tutkimuskäyttöön antavat. Tutkimustekstit esitetään siten, etteivät yksittäiset tutkittavat ole tunnistettavissa. (Kuula 2006, 62-64.) Tutkimustiedot ovat vain tutkimusprosessiin osallistuvien käytössä (Kankkunen ym. 2009, 179). Kyselyyn vastaaminen voidaan nähdä suostumuksena tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää aineiston keruu nimettömänä. Standardoituun lomakkeeseen vastaaminen vähentää tulosten vääristymistä vuorovaikutuksellisista syistä. (Kuula 2006, 174, 117.)

Saatekirjeessä (liite 2) annettiin tietoa tutkimuksesta kertomalla tutkimuksen aiheesta, tutkimusjoukosta, tutkimuksen tekijä, yhteystiedot ja taustataho. Myös anonymiteetin kunnioittamisesta sekä tulosten säilyttämisestä ja hyödyntämisestä kerrottiin. Kyselyyn vastaamisen pystyi keskeyttämään missä vaiheessa tahansa. Vastaukset tallentuivat vasta, kun kyselyyn oli vastattu loppuun asti. Verkkolomakkeen tulokset olivat vain tutkijan käytössä ja sijaittivat tutkimuksen ajan E-Lomake-järjestelmässä. E-Lomakkeen täyttäminen ei edellyttänyt erillistä tunnistautumista verkkosivulle. Linkki E-Lomakkeeseen oli toimitettu vain tutkimusjoukolle.

Tutkimusaineisto poistettiin E-Lomake-järjestelmästä opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen. Koska tutkimuksesta on suunnitteilla tieteellinen julkaisu, säilytetään aineistoa viisi vuotta

tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Tutkimusaineisto toimitettiin opinnäytetyön työelämän yhteyshenkilölle.

Kvantitatiivisen aineiston anonymisoinnin lähtökohtana on aineiston tarkastelu kokonaisuutena. Keinoja tunnistettavuuden minimoimiseen ovat mm. muuttujan saamien arvojen uudelleen luokittelu ja muuttujan saamien ääriarvojen luokittelu. (Kuula 2006, 210-211.) Pienellä aineistolla voidaan taustatietoja esittää keskiarvioina vaihteluväliden sijaan (Kankkunen ym. 2009, 179). Tutkimustuloksia esittäessä varmistettiin vastaajien anonymiteetti siten, että tunnistettavuutta riskeeraavia tuloksia ei julkistettu ja osasta taustamuuttujia luotiin uusia vastausluokkia, jotta yksittäiset vastaajat eivät olisi tunnistettavissa tuloksista.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan käsitteillä validiteetti (pätevyys) ja reliabiliteetti (tulosten toistettavuus). Validiteettia voidaan arvioida mm. sisäisen validiteetin ja ulkoisen validiteetin näkökulmista. Sisäinen validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän (kuten mittarin) kykyä antaa sellaisia vastauksia, joita sillä on ollut alun perin tarkoitus hakea. Mittari ja sen mahdollisimman yksiselitteinen tulkinta lisää tulosten pätevyyttä. Ulkoisella validiteetilla viitataan siihen, kuinka luotettavasti tutkimustuloksia voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. (Kananen 2011, 118-121.)

Tätä tutkimusta varten käytetty mittari on käännetty alkuperäisestä esityskielestään englannista suomeksi. Käännös on saattanut vaikuttaa mittarissa esitettyjen väitteiden vastavuuteen alkuperäisen merkityksensä kanssa. Käännettyä versiota verrattiin vielä omakätisesti E-lomakkeen luonnin yhteydessä alkuperäiseen mittariin ja siitä korjattiin yksi käännösvirhe.

Sisäistä validiteettia kuvaavia alalajeja ovat mm. sisältövaliditeetti (content validity) sekä rakennevaliditeetti (construct validity). Sisältövaliditeetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimusmenetelmällä mitataan oikeaa asiaa ja vastaukset ovat seurausta mittarissa käytetyistä muuttujista. (Kananen 2011, 122.) Jos mittarilla ei ole olemassa vertailukohtana kultaista standardia tai selkeitä kriteereitä, näyttöä etsitään rakennevalidoinnilla. Mittarin rakenne määritellään selkeästi teorian tai mallin pohjalta. Rakennevalidaatioon käytetään validointitutkimuksia, joissa kerätään näyttöä harkituista ja tarkoista hypoteeseista. (Valkeinen, Anttila & Paltamaa 2014, 7.)

Koska aikaisempaa mittaria psykiatristen hoitajien näkemyksistä ei ole ollut olemassa, mittaria ei ole voitu verrata aiemmin luotuun standardiin. Näin ollen validia mittaria on kehitetty pääasiassa rakennevalidoinnin avulla. Vertaaminen muuhun aineistoon ja mittarin kehittämiseen liittyvä testaus suurella otoksella viittaa mittarin validiteetin. (Robson ym. 2012.)

Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän toistettavuutta eli sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteettia arvioidaan esimerkiksi mittarin sisäisen johdonmukaisuuden ja tulosten pysyvyyden näkökulmista. Sisäisesti johdonmukaisen tutkimusmenetelmän osamittarin muuttujat korreloivat vahvasti keskenään. Mittarin pysyvyys tarkoittaa sitä, että mittarilla on mahdollista saada sama tulos eri mittauskerroilla. (Kankkunen ym. 2009, 152, 156-157.)

Mittarin reliabiliteettia on arvioitu mm. sisäisen johdonmukaisuuden osalta. Cronbachin alfa-kerroin koko mittarille oli 0.765. (Robson ym. 2012.) Yli 0.7 kerrointa pidetään hyvänä sisäisen johdonmukaisuuden arvona (Kankkunen ym. 2009, 156). Mittarin stabiliteettia ei ole arvioitu teettämällä mittarin kehittämiseen liittyvää tutkimusta uudelleen samalle tutkimusjoukolle (Robson ym. 2012).

Tässä tutkimuksessa käytetyllä mittarilla saatiin kerättyä tutkimuskysymyksiin vastaavaa aineistoa. Tutkimuksen kulku on pyritty dokumentoimaan mahdollisimman tarkasti. Mittarilla saadun aineiston luotettavuuteen vaikuttaa se, että aineisto koostuu pelkästään tiedonantajien itse arvioinneista, jonka ei voida olettaa olevan objektiivista kuvausta heidän osaamisestaan. Toisaalta kartoituksen lähtökohtana oli nimenomaan itsearviointi. Kyselyyn vastaamiseen voi vaikuttaa vastaajien ennakoasenteet koskien psykiatristen asiakkaiden somaattista terveydenhoitoa. Tutkimustulosten yleistämistä voi vääristää esimerkiksi se, jos kyselyyn vastasi suurimmaksi osaksi sellaiset hoitajat, jotka jo lähtökohtaisesti näkevät somaattisella hoidolla suuremman roolin osana työtään. Myös vastausajankohta ja -ympäristö voivat vaikuttaa tuloksiin, sillä kriittistä itsearviointia voi vääristää muiden läsnäolo. Vaikka kysely on pyritty toteuttamaan mahdollisimman yksiselitteisin väittämin, voi vastausten luotettavuutta heikentää niiden ymmärtäminen eri tavalla kuin tutkimuksen tekijä on ne tarkoittanut. Kysely sisälsi huomattavasti enemmän positiivisia kuin negatiivisia väittämiä. Mikäli vastaaja ei ole lukenut tarkasti väittämiä, on osa negatiivisista väittämistä saatettu ymmärtää positiivisina. Kyselylomakkeesta lihavoitiin osa väitteiden negatiivisuutta kuvaavista sanoista lisäämään tulkinnan yhtenäisyyttä.

Tutkimuksen luotettavuutta ja tulosten yleistettävyyttä heikentää matala vastausprosentti (37.5 %). Posti- ja verkkokyselyissä kato on erittäin suuri ongelma ja se lisää tutkimustulosten virhemahdollisuutta (Kananen 2011, 72). Mikäli vastaajat ovat verkon kautta tavoitettavissa, saadaan verkkolomaketutkimuksilla yleensä suurempi vastausprosentti kuin postilomakkeissa (Kuula 2006, 174). Suurelle yleisölle lähetetty lomake antaa yleensä vastausprosentiksi 30-40% mutta kohdennetulla yleisöllä vastausprosentti on yleensä korkeampi. (Hirsjärvi ym. 2011, 196.) Muistutuksenkaan jälkeen ei aina päästä yli 50 prosenttiin. Alle 30% vastausprosentti on

riittämätön antamaan luotettavaa tietoa. (Kananen 2011, 72-73.) Vastausprosenttiin on saat-
tanut vaikuttaa myös kyselyn toteutusajankohta, joka oli joulutammikuussa.

Tutkimuksen aineisto oli tutkimuksen ajan E-lomake-järjestelmässä ja sitä käsiteltiin itse hen-
kilökohtaisesti. E-lomake-järjestelmän mahdollistama tulosten tallentaminen SPSS- ja Mic-
rosoft Excel - ohjelmien tukemiin tiedostoihin vähensi manuaaliseen tiedonsyöttöön liittyvien
virheiden mahdollisuutta.

Lähteet

Dwyer, T., Bradshaw, J. & Happell, B. 2009. Comparison of mental health nurses' attitudes towards smoking and smoking behaviour. *International Journal of Mental Health Nursing* 18(1), 424-433.

Eduix Oy. 1996-2014. E-Lomake. Kuvaus. Viitattu 15.1.2015. <https://e-lomake.fi/web/kuvaus.html>

Fogarty, M. & Happell, B. 2005. Exploring the benefits of an exercise program for people with schizophrenia: a qualitative e study. *Issues in Mental Health Nursing* 26, 341-351.

Happell, B., Platania-Phung, C. & Scott, D. 2013. Physical health care for people with mental illness: Training needs for nurses. *Nurse Education Today* 33, 396-401.

Heikkilä, A., Ahola, N., Kankkunen, P., Meretoja, R. & Suominen, T. 2007. Sairaanhoidajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. *Hoitotiede* 19(1), 3-12.

Hintikka, J. & Niskanen, L. 2005. Skitsofrenia lisää diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien vaaraa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2005;121(7):705-707. Viitattu 28.8.2014. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94901.pdf>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Howard, L. & Gamble, C. 2011. Supporting mental health nurses to address the physical health needs of people with serious mental illness in acute inpatient care settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18, 105-112.

HUS. Peijaksen sairaala. Viitattu 1.9.2014. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/peijaksen-sairaala/Sivut/default.aspx>

Hätönen, H. 2011. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen II. Helsinki: Edita Prima Oy.

Iacovides, A. & Siamouli, M. 2008. Comorbid mental and somatic disorders: an epidemiological perspective. *Current Opinion in Psychiatry* 21(4), 417-421.

Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kirjavainen, P & Laakso-Manninen, R. 2000. Strategisen osaamisen johtaminen. Helsinki: Edita.

Kokko, S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen väitöskirja.

Korkeila J. 2006. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:32.

Korkeila, J. 2013. Psykoosin varhaisvaihe ja somaattiset sairaudet. *Suomen Lääkärilehti* 34/2013 vsk 68, 2041-2045.

Korkeila, K. & Korkeila, J. 2008. Elämäntavat ja mielenterveyden häiriöt. *Suomen Lääkärilehti* 4/2008 vsk 63, 275-280.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Laukkarinen, M. & Kylmä, J. 2008. Mielenterveyskuntoutuja tarvitsee tukea tumppaamiseen. Viitattu 28.8.2014.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/2_2008/muut_artikkelit/mielenterveyskuntoutuja_tarvitse/

Linnainmaa, P. 2006. Ammatillinen kasvu psykiatriseksi sairaanhoitajaksi mielenterveyshoitotyön syventävissä opinnoissa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 25.8.2014. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93479/gradu01135.pdf>

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitosympäristössä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja.

Mielenterveyslaki 14.12.1994/1116.

Nash, M. 2005. Physical care skills: a training needs analysis of inpatient and community mental health nurses. *Mental Health Practice* 9(4).

Nienstedt, W (toim.) 1999. Lääketieteen termit: Duodecimin selittävä suursanakirja. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.

Pitkänen A, Välimäki M & Laijärvi H. 2005. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatriassa hoitotyössä. *Hoitotiede* 17, 239-248.

Porras, M. 2008. Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen aikuispsykiatrian vuodeosastoilla Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 23.8.2014.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78805/gradu02379.pdf>

Robson, D. & Gray, R. 2007. Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 44, 457-466.

Robson, D. & Haddad, M. 2012. Mental health nurses' attitudes towards the physical health care of people with severe and enduring mental illness: the development of a measurement tool. *International Journal of Nursing Studies* 49, 72-83.

Luoma, K., Troberg, E., Kaajas, S. & Nordlund, H. 2004. Ei ainoastaan rahasta - osaamisen kokonaispalkitseminen. Helsinki: Tammi.

Sannisto, T. 2010. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Viitattu 20.3.2015.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66691/978-951-44-8308-0.pdf>

Seppi, P. 2011. Psykiatrisen potilaan fyysisestä terveydestä huolehdittava. *Mielenterveys-lehti* 3/2011, 12-15.

Somiska, S. 2008. Sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen tunnistaminen ja palkitseminen psykiatrisessa hoitotyössä - erikoissairaanhoidon sairaanhoitajien ja osastonhoitajien kuvaus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:9.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveystieteen edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Viitattu 19.9.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6556944&name=DLFE-27321.pdf

Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D 871. Viitattu 14.8.2014. <http://herkules oulu.fi/isbn9514280156/isbn9514280156.pdf>

Tarkiainen, M. 2010. Työpaikkaan sitoutuminen sairaanhoitajilla psykiatrisessa sairaalassa. Savonia ammattikorkeakoulu. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Viitattu 22.8.2014. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/12360/paattotylo_lupullinen.pdf

Toivanen, S. 2011. Simulaatio opetusmenetelmänä hoitotyön täydennyskoulutuksessa - ryhmähaastattelu psykiatrisille sairaanhoitajille. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Valkeinen, H., Anttila, H. & Paltamaa, J. 2014. Opas toimintakyvyn mittarin arviointiin TOIMIA-verkostossa (1.0). TOIMIA. Viitattu 8.3.2015. http://www.toimia.fi/opas/opas_print.pdf

Valpola, A. 2000. Kehityskeskustelun mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 15.5.2003/352.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta 16.6.2005/423.

Viitala, R. 2005. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: Ota-va.

Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita.

Virtainlahti, S. 2009. Hiljaisen tietämyksen johtaminen. 4. uudistettu painos. Helsinki: Talentum.

Watson, R., Stimpson, A., Topping, A. & Porock, D. 2002. Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 39(5), 421-431.

Kuviot

Kuvio 1: Sairaanhoidajan ammatillisen osaamisen osa-alueet	9
Kuvio 2: Vastaajien näkemyksiä psykiatrisen hoitajan tehtävistä (n = 24)	22
Kuvio 3: Vastaajien näkemyksiä psykiatrisen hoitajan tehtävistä (n = 24)	23
Kuvio 4: Vastaajien luottamus taitoihinsa hoitaa fyysistä terveyttä (n = 24)	24
Kuvio 5: Vastaajien koulutustarpeet (n = 24)	25
Kuvio 6: Vastaajien näkemykset tupakointiin liittyen (n = 24)	26

Taulukot

Taulukko 1: Kyselyyn vastanneiden taustatiedot.....	20
Taulukko 2: Nykyisiä työtehtäviä	21
Taulukko 3: Psykenlääkkeiden silmäriskit ja asiakkaan sitoutuminen lääkehoitoon.....	26
Taulukko 4: Psykenlääkkeiden sydänriskit ja asiakkaan sitoutuminen lääkehoitoon	27
Taulukko 5: Vastaaajien tupakointi ja hoitosuhteen muodostuminen.....	27
Taulukko 6: Tupakoivien ja tupakoimattomien vastaaajien ero savuttomuuteen liittyvässä koulutuksessa	27
Taulukko 7: Koulutustoiveet ikäluokittain.....	28
Taulukko 8: Ehkäisyneuvojen antaminen osana työtehtäviä.....	28

Liitteet

Liite 1 Physical Health Attitude Scale	42
Liite 2 Saatekirje	44
Liite 3 Tutkimuslupa	45

Liite 1 Physical Health Attitude Scale

Valitse parhaiten mielipidettäsi vastaava vaihtoehto

	Vahvasti eri mieltä	Eri mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Samaa mieltä	Vahvasti samaa mieltä
Psykiatrisen hoitajan tehtäviin tulisi kuulua asiakkaiden auttaminen painonhallinnassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrisen hoitajan tehtäviin tulisi kuulua ravitsemusneuvonnan antaminen asiakkaille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvioida hyperglykemian merkit ja oireet luotettavasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrisen hoitajan tehtävä ei ole antaa asiakkaille neuvoja liikunnasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vakavista mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaat eivät ole kiinnostuneita fyysisen terveytensä parantamisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrisen hoitajan tehtäviin tulisi kuulua neuvojen antaminen sydänsairauksien ehkäisemisestä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrisen hoitajan tehtävänä ei ole tarkistaa asiakkaalta, onko tämä käynyt syöpäseulonnassa (kuten kohdunkaulan irtosolunäytteessä/mammografiassa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen varma, että osaan mitata asiakkaan verenpaineen tarkasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On vaikeaa saada asiakkaita noudattamaan painonhallintaa koskevia neuvoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrisen hoitajan tehtäviin tulisi kuulua sen varmistaminen, että asiakkaat kuuluvat hammashoidon piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatristen hoitajien on annettava asiakkaille ehkäisyneuvoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaita ei pitäisi kehoittaa tupakoinnin lopettamiseen, koska heillä on riittävästi muitakin ongelmia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jos asiakkaille kertoo lääkityksen vaikutuksista heidän fyysiseen terveyteensä, asiakkaiden sitoutuminen lääkehoitoon heikkenee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilökuntaa pitäisi kieltää tupakoinnista kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaat eivät ole motivoituneita liikkumaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Vahvasti eri mieltä	Eri mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Samaa mieltä	Vahvasti samaa mieltä
Asiakkaille tulisi antaa savukkeita hoitotavoitteiden saavuttamiseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatristen hoitajien pitäisi kertoa naisasiakkailleen rintojen omatoimisen tutkimisen tärkeydestä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On vaikeaa saada asiakkaat noudattamaan ohjeita terveellisestä syömisestä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan arvioida hypoglykemian merkit ja oireet luotettavasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaita pitäisi kieltää tupakoinnista kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen varma, että tiedän, mitkä psyykenlääkkeet lisäävät sydänongelmien riskiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrisen hoitajan tehtäviin tulisi kuulua sen varmistaminen, että asiakkaat käyvät säännöllisesti tarkistuttamassa näkönsä optikolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työuormani estää minua edistämästä asiakkaiteni fyysistä terveyttä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen varma, että tiedän, mitkä psyykenlääkkeet voivat vahingoittaa silmiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatristen hoitajien pitäisi kertoa miesasiakkailleen kivesten omatoimisen tutkimisen tärkeydestä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen varma, että osaan elvyttää asiakkaan, jonka sydän on pysähtynyt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaiden fyysiseen terveyteen liittyvät huolet johtuvat suurimmaksi osaksi heidän mielisairaudestaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilökunnan ja asiakkaiden tupakoiminen yhdessä auttaa hoitosuhteen muodostamisessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tietoja sinusta

Sukupuoli

Mies
 Nainen

* Kuinka vanha olet?

* Koska sait pätevyytesi (vuosi)?

Tupakoitko?

En
 Kyllä

Erikoisala

Aikuisten mielenterveyspalvelut
 Oikeuslääketiede
 Vanhusten mielenterveyspalvelut
 Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut
 Rippuvuussairaudet
 Perusterveydenhuolto

Missä työskentelet?

Potilasosastolla
 Poliklinikalla

Saamasi fyysiseen terveyteen liittyvä koulutus viimeisen 5 vuoden aikana

Kurssin nimi	Pituus (päivää)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nykyisiin työtehtäviini kuuluu

	Ei koskaan	Harvoin	Usein	Erittäin usein	Aina
Sen tarkistaminen, tutkittiinko asiakkaan fyysinen terveys hänen tullessaan ensimmäistä kertaa palvelumme piiriin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sen tarkistaminen, onko asiakkailleni osoitettu omalääkäriä alueensa terveyskeskuksessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaiden auttaminen huolehtimaan henkilökohtaisesta hygieniastaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaiden verenpaineen seuraaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaiden valistaminen säännöllisen liikunnan hyödyistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaiden auttaminen painonhallinnassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaiden neuvominen terveellisissä ruokailutottumuksissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaiden vatsan toiminnan arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaiden neuvominen hammashoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaiden testaaminen glukoosihäiriöiden varalta (esimerkiksi virtsan glukoosipitoisuuden tutkiminen/asiakkaan verengluukoosimittauksen tarkistaminen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaiden säännöllinen punnitseminen koko sen ajan, kun he ovat palvelumme piirissä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaiden auttaminen tupakoinnin lopettamisessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ehkäisyneuvonnan antaminen asiakkaille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sen varmistaminen, että asiakkaiden näkö tarkitetaan säännöllisin väliajoin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Toivoisin lisää koulutusta aiheista

	Kyllä	Ei	En ole varma
Diabetesta sairastavien mielenterveysasiakkaiden hoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaiden auttaminen ylläpitämään sydämen ja verisuonten terveyttä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimenpiteet, jotka auttavat asiakasta syömään terveellisemmin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaiden auttaminen liikkumaan turvallisesti ja tehokkaasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaiden auttaminen tupakoinnin lopettamisessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimenpiteet, joilla asiakas voi hallita painoaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lisääntymisterveyteen liittyvistä asioista keskusteleminen asiakkaiden kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Liite 2 Saatekirje

Hyvä vastaaja!

Olen hoitotyön opiskelija Laurea-ammattikorkeakoulun Tikkurilan yksiköstä. Teen opinnäytetyönä tutkimuksen, joka kartoittaa psykiatristen hoitajien valmiuksia, näkemyksiä ja koulutustarpeita asiakkaiden fyysisen terveyden hoitoon liittyen Peijaksen sairaalan psykiatrisilla vuodeosastoilla. Tutkimuksen tulokset antavat yleiskuvan tämänhetkisestä somaattisesta osaamisesta psykiatrisessa hoitotyössä Peijaksen sairaalan psykiatrisilla vuodeosastoilla. Tuloksia voidaan hyödyntää lisäkoulutuksen suunnittelussa hoitajien ammatillisen osaamisen kehittämiseksi, jonka myötä asiakkaiden tarpeisiin voidaan vastata entistä paremmin.

Tutkimusjoukko koostuu Peijaksen sairaalan osastoilla P1, P2 ja P3 työskentelevistä hoitajista. Aineisto kerätään sähköisellä kyselylomakkeella ja käsitellään luottamuksellisesti vastaajien anonymiteettiä kunnioittaen. Tutkimus tullaan julkaisemaan myös tieteellisessä julkaisusarjassa ja aineistoa säilytetään julkaisun jälkeen viisi vuotta.

Pyydän Teitä ystävällisesti vastaamaan verkkolomakkeeseen. Vastaamiseen on hyvä varata aikaa n. 10-15 minuuttia. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Opinnäytetyöhön liittyviin kysymyksiin vastaan mielelläni. Kiitos osallistumisestasi!

Ystävällisin terveisin

Teemu Koivula
teemu.koivula@laurea.fi

Liite 3 Tutkimuslupa



Opinnäytetyön tutkimuslupa

28.10.2014

Teemu Koivula
[REDACTED]

Saatekirje

Opinnäytteen tutkimuslupa

Oheisena tutkimuslupa Laurea Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöhön:
Psykiatristen hoitajien valmiudet somaattisen hoitotyön toteuttamiseen
Peijaksen sairaalassa.

Raportointilomake

Opinnäytetyö ja raportointilomake on lähetettävä tutkimusluvan myöntäjälle [REDACTED]
[REDACTED] kolmen kuukauden sisällä opinnäytetyön
hyväksymisestä. Opinnäytetyö voidaan lähettää myös sähköisenä.

Kiittäen,

HUS HYKS Psykiatrian tulosyksikkö, Psykiatriakeskus

[REDACTED]

[REDACTED]

LOMAKE- PÄÄTÖS	<input type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
Tutkimusluvan alkamispäivä	Tutkimusluvan päättymispäivä
Päiväys 29.10.14	Päiväys 28.10.14
Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvitys	Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvitys
Tarvittavat liitteet	Lisäksi tarvittaessa
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa	<input type="checkbox"/> Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
<input checked="" type="checkbox"/> Aineiston keruulomake	<input type="checkbox"/> Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
<input checked="" type="checkbox"/> Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje	<input type="checkbox"/> Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
	<input type="checkbox"/> Vaitolositoumus/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus
	<input type="checkbox"/> Tutkittavan tiedote ja suostumus
	<input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausunto
	<input type="checkbox"/> STM:n lupa
	<input type="checkbox"/> Henkilörekisteriseloste