



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

VALMISTUVIEN SAIRAANHOITAJIEN AMMATILLINEN PÄTEVYYS EUROOPASSA

Pilottitutkimus

TEKIJÄT: Otto Jääskeläinen
Joonas Karhunen
Heidi Tolonen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Otto Jääskeläinen, Joonas Karhunen, Heidi Tolonen	
Työn nimi Valmistuvien sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys Euroopassa - pilottitutkimus	
Päiväys	12.5.2019
Sivumäärä/Liitteet	34/0
Ohjaaja(t) Satu Kajander-Unkuri, TtT	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Turun yliopisto/Satu Kajander-Unkuri, TtT, post doc tutkija	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämä opinnäytetyö on osa COMPEUnurse-hanketta (Competence of nursing students in Europe). Opinnäytetyö on pilottitutkimus varsinaiselle tutkimukselle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ja selvittää valmistuvien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä Euroopassa. Tutkimukseen osallistui valmistuvia sairaanhoitajia kuudesta Euroopan maasta (Suomi, Italia, Espanja, Portugali, Tšekki ja Slovenia). Aihetta on tutkittu aikaisemmin varsinkin Pohjoismaissa, mutta aikaisempia tutkimuksia koko Euroopan alueelta ei aiheesta ole juurikaan tehty. Tämän opinnäytetyön avulla saadaan tietoa, millä tasolla valmistuvien sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys on Euroopan alueella.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Tutkimuksessa aineisto kerättiin sähköisellä NCS (Nurse Competence Scale) -mittarilla. NCS-mittari koostuu 73 väittämästä seitsemässä kompetenssi kategoriassa, jotka ovat: auttaminen, opettaminen - ohjaaminen, tarkkailutehtävä, tilannehallinta, hoitotoimien hallinta, laadun varmistus ja työrooli. NCS-mittarin väittämät arvioitiin VAS-asteikolla ja toiminnan toistumistiheyttä kuvaavalla neliportaisella asteikolla. Tutkimukseen vastasi yhteensä 210 valmistumassa olevaa sairaanhoitajaopiskelijaa. Aineisto analysoitiin Excel-taulukko-ohjelmalla.</p> <p>Tulosten perusteella valmistumassa olevat sairaanhoitajaopiskelijat arvioivat kompetenssinsa melko hyvälle tai hyvälle tasolle [Portugali (70,4), Tšekki (64,2), Suomi (64,2), Italia (57,4), Espanja (41,5) ja Slovenia (33,6)].</p> <p>Kokonaiskompetensseja kategorioittain arvioitaessa eri maiden välillä oli paljon eroja. Kokonaiskompetensseja vertaillen korkeimmaksi kompetenssinsa arvioivat valmistumassa olevat sairaanhoitajaopiskelijat Portugalissa ja matalimmaksi Sloveniassa. Kategoriakohtaisesti NCS-mittarin Auttaminen-kategoria arvioitiin useassa maassa sairaanhoitajaopiskelijoiden itsearvioimana kokonaiskompetenssiltaan korkeammaksi kuin muut NCS-mittarin kategoriat.</p> <p>Johtopäätöksenä voidaan esittää, että valmistuvien sairaanhoitajien kompetenssitaso on hyvällä tai melko hyvällä tasolla kaikissa arvioituissa kategorioissa tutkimuksen kohteena olleissa maissa tämän aineiston perusteella. NCS-mittari on tutkimuksen vastaajajoukolla hyvin soveltuva tietyin varauksin. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa opiskelijaohjauksessa ja tiedon avulla pystytään tunnistamaan mahdollisia ongelmakohtia opetussuunnitelmassa.</p>	
Avainsanat Valmistumassa oleva sairaanhoitajaopiskelija, kompetenssi, sairaanhoitajakoulutus, itsearviointi	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Otto Jääskeläinen, Joonas Karhunen, Heidi Tolonen			
Title of Thesis Competence of graduating nursing students in Europe - pilotstudy			
Date	12.5.2019	Pages/Appendices	34/0
Supervisor(s) Satu Kajander-Unkuri, PhD, post doc researcher			
Client Organisation /Partners University of Turku/Satu Kajander-Unkuri PhD, post doc researcher			
<p>Abstract</p> <p>This thesis is part of COMPEUnurse-project (Competence of nursing students in Europe). Thesis is a pilot study to the actual research. The aim of this thesis was to describe and evaluate graduating nursing students' professional competence in Europe. The participants were graduating nurses from six European country (Finland, Italy, Spain, Portugal, Czech and Slovakia). Research of the competence of graduating nursing students at this point of graduating is scarce in Europe However, there is research of this subject in Northern Europe. This thesis will produce knowledge of the level of professional competence of graduating nurses in Europe.</p> <p>A quantitative method was used in this thesis. The data were collected using an electronic questionnaire (the Nurse Competence Scale; NCS). The NCS consist of 73 items in seven competence categories (helping role, teaching-coaching, diagnostic functions, managing situations, therapeutic interventions, ensuring quality and work role). Each competence item was evaluated with VAS scale and the frequency of actions with four step scale. The sample contained 210 graduating nursing students. The data were analyzed with Excel-spread-sheetprogram.</p> <p>Based on the results, graduating nurse assessed their professional competence on rather good or good level [Portugal (70,4), Finland (64,2), Czech (64,2), Italy (57,4), Spain (41,5) and Slovenia (33,6)].</p> <p>When evaluating the overall competency in competence categories, a lot of differencies were found between the countries. When comparing the overall competence between, the highest professional competence was assessed by graduating nurses in Portugal and the lowest by graduating nurses in Slovenia. The competence was highest in helping role category in most countries compared to other competence categories.</p> <p>As a conclusion, based on this study the professional competence of graduating nurses is on rather good or good level in the European counties participated in the study. The NCS is suitable for the respondents of this study with certain reservation. The results of this study can be used to develop students' mentoring in clinical practice. In addition, the results can be used to identify possible problems in the nursing curricula.</p>			
Keywords graduating nursing student, professional competence, nurse education, self-assessment			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	5
2	SAIRAAHOITAJAKOULUTUS EUROOPAN UNIONISSA	6
3	AMMATILLINEN PÄTEVYYS	8
3.1	Ammatillisen pätevyyden osa-alueet.....	8
3.2	Aikaisempi tutkimustieto.....	9
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	11
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA SEN KUVAUS.....	12
5.1	Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus	12
5.2	Tiedonhaku	13
5.3	Aineiston keruu.....	13
5.4	Aineiston analyysi	14
6	TULOKSET.....	15
6.1	Auttaminen.....	16
6.2	Opettaminen - ohjaaminen	17
6.3	Tarkkailutehtävä	19
6.4	Tilannehallinta	20
6.5	Hoitotoimien hallinta	21
6.6	Laadunvarmistus.....	22
6.7	Työrooli.....	23
6.8	Kokonaiskompetenssi	25
7	POHDINTA	26
7.1	Eettisyys.....	26
7.2	Luotettavuus	26
7.2.1	Validiteetti	27
7.2.2	Reliabiliteetti.....	28
7.3	Tulosten pohdinta	28
7.4	Oma ammatillinen kasvu ja kehitys	30
7.5	Johtopäätökset	31
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	32

1 JOHDANTO

Ammatillinen pätevyys eli kompetenssi tarkoittaa kykyä suorittaa tehtäviä toivotulla tavalla ja soveltaa taitoja ja tietoja mahdollisimman tehokkaasti. Ammatillinen pätevyys eli kompetenssi siis kertoo mitä henkilön pitäisi olla kykenevä tekemään työssään. (Meretoja, Isoaho, Leino-Kilpi 2004). Sairaanhoidajien kokonaisvaltainen lähestymistapa kompetenssiin sisältää hoitotyön taidot, odotettavissa olevat tiedot ja valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden arvot ja asenteet. (Kajander-Unkuri 2015). Ammatillisen kehityksen ja koulutustarpeiden tunnistaminen on valmistuvien sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden arvioinnin kannalta tärkeää, koska tämä mahdollistaa parhaan kompetenssin hyödyntämisen potilastyössä (Meretoja ym. 2004). Aikaisemmat valmistuvien sairaanhoitajien itsearvioon perustuvat tutkimukset ovat osoittaneet, että ammatillinen pätevyys on hyvällä tasolla. (Kajander Unkuri 2015; Theander ym. 2015). Valmistuvien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä on tutkittu Euroopassa pääsääntöisesti Pohjoismaissa, mutta tutkimustieto koko Euroopan tasolta puuttuu.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii TtT Satu Kajander-Unkuri Turun yliopiston post doc tutkija. Opinnäytetyö on osa Turun yliopistossa tehtävää post doc -tutkimusta: "Competence of nursing students in Europe, COMPEUnurse", jossa tavoitteena on muun muassa arvioida ja verrata valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden itsearvioitua kompetenssia valmistumisvaiheessa Euroopassa. TtT Kajander-Unkuri tekee COMPEUnurse jatkotutkimusta väitöstyölleen "Nurse competence of graduating nursing students", jossa tutkittiin valmistuvien sairaanhoitajien osaamista Suomessa. Tutkimus on itsenäinen osa PROCOMPnurse-hanketta, joka toteutetaan Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella. (University of Turku, s.a).

Aihe valittiin, koska se on koskettaa meitä valmistuvina sairaanhoitajina. Tutkitun tiedon avulla voidaan tarkastella valmistuvien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä Euroopassa ja se antaa tietoa valmistuvien sairaanhoitajien itsearvioidusta osaamisen tasosta. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ja selvittää valmistuvien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä kuudessa eri Euroopan maassa pilottiaineiston avulla. Tavoitteena on saada esitietoa valmistuvien sairaanhoitajien itsearvioidusta kompetenssista Euroopassa. Lisäksi tavoitteena on myös saada tietoa vastaajajoukosta ja mittarin ja aineistonkeruumenetelmän soveltuvuudesta kyseiselle vastaajajoukolle varsinaiselle tutkimushankkeelle.

Meille opinnäytetyö on merkityksellinen, koska sen tulokset osoittavat millä tasolla valmistuvien sairaanhoitajien itsearvioitu kompetenssi on. Tutkimuksessa saatua tietoa voidaan hyödyntää tulevaisuudessa opiskelijaohjauksessa ja tiedon avulla voidaan myös tunnistaa mahdollisia ongelmakohtia opetussuunnitelmassa.

2 SAIRAANHOITAJAKOULUTUS EUROOPAN UNIONISSA

Sairaanhoitajakoulutusta Euroopan Unionissa (EU) ohjaavat Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivit 2005/36/EY ja 2013/55/EU (Euroopan komissio 2005; 2013) sekä kansallinen lainsäädäntö. Suomessa sairaanhoitajakoulutusta säätelee EU-direktiivien lisäksi ammattikorkeakoululaki (Ammattikorkeakoululaki 14.11.2014/932) sekä ammattikorkeakouluasetus (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 2003). Sairaanhoitajakoulutukseen EU:ssa tulee sisältyä kliinistä ja teoreettista opetusta vähintään 3 vuotta tai yhteensä 4600 tuntia. Koulutukseen on sisällyttävä vähintään puolet kliinistä harjoittelua ja yksi kolmasosa teoriaopetusta. Direktiivin (2013/55/EU) mukaan sairaanhoitajakoulutuksen tulee sisältää koulutuksen järjestäjistä riippumatta kahdeksan yleissairaanhoitajan muodolliselle pätevyydelle merkittävää ammatillista kompetenssia. (Euroopan komissio 2013). EU-maat saavat itse päättää mikä taho tai laitos järjestää sairaanhoitajakoulutuksen, mutta sen täytyy sisältää EU:n komission sille määritellyt sisällöt.

Yleissairaanhoidosta vastaavan sairaanhoitajan koulutuksen on sisällettävä EU-direktiivissä mainitut tiedot ja taidot. Sairaanhoitajalla on oltava laaja tietoperusta yleissairaanhoidon perustana olevista tieteenaloista, kuten anatomiasta ja fysiologiasta. Lisäksi on hallittava tarpeen mukaiset tiedot ihmisen käyttäytymisestä sekä fyysisen ja sosiaalisen ympäristön välisestä yhteydestä. Sairaanhoitajalla on oltava tietoutta ammatin luonteesta, ammattietiikasta ja terveyden- ja sairaanhoidon yleisperiaatteista. Koulutukseen on sisällyttävä riittävää kliinistä osaamista, joka on hankittava ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan valvonnassa. Kliinistä osaamista tulee kartuttaa yksiköissä, joissa on riittävä henkilöstö ja asianmukainen varustus potilashoitoa varten. Koulutuksen on annettava valmiudet osallistua hoitohenkilökunnan käytännön koulutukseen ja sen on sisällytettävä moniammatillista yhteistyötä muiden terveysalan ammattitehtävien kanssa. (Euroopan komissio 2013).

EU direktiivissä 2013/55/EU yleissairaanhoidosta vastaavalta sairaanhoitajalta vaaditaan seuraavia kompetensseja:

1. *”Pätevyys määrittää itsenäisesti tarpeelliset hoitotoimenpiteet ajantasaista teoreettista ja kliinistä tietoa käyttäen sekä suunnitella, organisoida ja toteuttaa hoitotoimenpiteitä potilashoidon yhteydessä 6 kohdan a, b ja c alakohdan mukaisten hankittujen tietojen ja taitojen perusteella;*
2. *Pätevyys työskennellä tehokkaasti yhdessä muiden terveysalan toimijoiden kanssa, mukaan lukien osallistuminen hoitohenkilökunnan käytännön koulutukseen, 6 kohdan d ja e alakohdan mukaisten hankittujen tietojen ja taitojen perusteella;*
3. *Pätevyys rohkaista henkilöitä, perheitä ja ryhmiä terveellisiin elintapoihin ja itsensä hoitamiseen 6 kohdan a ja b alakohdan mukaisten hankittujen tietojen ja taitojen perusteella;*
4. *Pätevyys aloittaa itsenäisesti välittömät pelastustoimet sekä toteuttaa toimenpiteitä kriisi- ja katastrofitilanteissa;*
5. *Pätevyys antaa itsenäisesti neuvoja, tietoja ja tukea hoitoa tarvitseville henkilöille ja heidän läheisilleen;*

6. *Pätevyys varmistaa itsenäisesti sairaanhoidon laatu ja arviointi;*
7. *Pätevyys toteuttaa kattavaa ammatillista viestintää ja tehdä yhteistyötä muissa terveysalan ammateissa toimivien kanssa;*
8. *Pätevyys analysoida hoidon laatua parantaakseen omaa työsuoritustaan yleissairaanhoidosta vastaavana sairaanhoitajana.”*

(Euroopan komissio 2013. EU direktiivi 2013/55/EU 3. jakso 31.artikla kohta 7.)

Tutkimukseen osallistuneista maista Suomessa ja Portugalissa sairaanhoitajakoulutusta järjestävä taho on ammattikorkeakoulu. Espanjassa ja Italiassa koulutuksen järjestää yliopisto, kun taas Tšekeissä ja Slovakiassa järjestävä taho on korkeakoulu. Koulutuksen kesto tutkimukseen osallistuneissa maissa vaihtelee 4-vuoden välillä. Tutkimukseen osallistuneilla mailla keskimääräinen sairaanhoitajakoulutuksen kesto oli lähes 3,5-vuotta. Espanjassa ja Portugalissa koulutuksen kesto on neljä vuotta, kun taas esimerkiksi Sloveniassa, Italiassa ja Tšekeissä kesto on kolme vuotta. (Lahtinen, Leino-Kilpi, Salminen ym. 2014). Sairanhoitajakoulutus kestää Suomessa 3,5-vuotta ja sen laajuus on 210 opintopistettä (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 352/2003). Osa tutkimukseen osallistuneista maista, Italia, Portugali ja Espanja, kerää opiskelijoilta lukukausimaksuja, kun taas Tšekeissä, Sloveniassa ja Suomessa koulutus on ilmaista. Sairanhoitajakoulutuksen rakenne voi vaihdella, mutta koulutuksen tulee täyttää EU-direktiivissä sille määrätyt tavoitteet ja opetukselliset asiat. (Lahtinen ym. 2014). Opinnot sairaanhoitajilla Suomessa koostuvat perus- ja ammattiopinnoista, valinnaisista ammattiopinnoista, opinnäytetyöstä ja harjoitteluista, jotka edistävät ammattitaitoa (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 352/2003). EU-jäsenvaltiot voivat antaa opiskelijoille osittaisia vapauksia koulutuksessa, jos he ovat hankkineet koulutuksen tiedot vähintään samantasoisessa koulutuksessa (Euroopan komissio 2013).

3 AMMATILLINEN PÄTEVYYS

Ammatillisella pätevyydellä eli kompetenssilla tarkoitetaan kykyä suorittaa tehtäviä toivotulla tavalla ja kykyä soveltaa tietoja ja taitoja tehokkaasti. Kompetenssi kertoo sen, mitä henkilön tulisi olla kykenevä tekemään. (Meretoja ym. 2004). Valmistumassa olevien sairaanhoitajaopiskelijoiden kompetenssi koostuu odotettavissa olevasta tiedosta, hoitotyön taidoista ja valmistuvien hoitotyön opiskelijoiden arvoista ja asenteista (Kajander-Unkuri 2015). Valmistuvien sairaanhoitajien ammatillisen pätevyyden arviointi on tärkeää ammatillisen kehityksen ja koulutustarpeiden kehittämisalueiden tunnistamisessa, sekä se varmistaa parhaan mahdollisen kompetenssin hyödyntämisen potilastyössä (Meretoja ym. 2004).

Ammatillisen pätevyyden sisältöä on määritellyt muun muassa Meretoja kehittämällä Nurse Competence Scale Mittarin. Meretoja on hyödyntänyt NCS-mittarin kehittämisessä Bennerin (1984) mallia "aloittelijasta asiantuntijaksi", joka kuvaa sairaanhoitajan ammatillista kehittymistä. Mallissa työntekijä etenee viidessä vaiheessa aloittelijasta asiantuntijaksi. Viisi vaihetta ovat aloittelija, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija. Aloittelija toimii joustamattomasti ja rajoittuneesti, kun taas edistynyt aloittelija pystyy suorituksiin, jotka täyttävät vähimmäisvaatikukset. Pätevän osaajan vaiheeseen kuuluu asettaa itselleen vastuullisesti ja tietoisesti tavoitteita. Kaikilta hoitajilta edellytetään kolmea ensimmäistä tasoa, mutta neljäs (taitava) ja viides (asiantuntija) taso ovat yhteydessä sairaanhoitajan omaan motivaatioon ja ammatillisiin tavoitteisiin. (Benner 1984.) Tässä tutkimuksessa teoreettisena viitekehystenä on NCS-mittarin seitsemän kompetenssikategoriaa: auttaminen, opettaminen-ohjaaminen, tarkkailutehtävä, tilannehallinta, hoitotoimien hallinta, laadunvarmistus ja työrooli.

3.1 Ammatillisen pätevyyden osa-alueet

Auttaminen sisältää eettisen ja potilaan kokonaisvaltaisen hoidon suunnitteluun liittyvän osaamisen. Katgoria sisältää myös potilaan selviytymiskeinojen tukemisen. Auttaminen -kategoriaan liittyy myös ajantasaisen tutkimustiedon hyödyntäminen hoitosuhteessa. Opettaminen – ohjaaminen -kategoriaan taas sisältyy potilasohjaukseen liittyvä kompetenssi. Katgoriaan sisältyy myös omaisten ohjaus ja ohjaustyön kehittäminen. Opiskelijoiden tukeminen kuuluu myös opettamiseen ja ohjaamiseen. Tarkkailutehtävä -kategoriaan sisältyy potilaan voinnin monipuolinen analysointi ja tunnistaminen. Katgoria pitää sisällään myös omaisten ja henkilökunnan ohjaamisen potilaan tarkkailussa. Työyksikön kirjaamisen kehittäminen ja parantaminen on myös osa tarkkailutehtävä katgoriaa. Tilannehallinta -kategoria sisältää akuuttiin hoitoon liittyvän osaamisen. Muuttuvien tilanteiden hallinta ja kriisitilanteiden jälkiselvittelyt sisältyvät tähän katgoriaan. Tilannehallintaan kuuluu myös toimiminen resurssien mukaan ja työtovereiden ohjaus muuttuvien tilanteiden hallinnassa. Toimintavälineistön ylläpito on myös osa tilannehallintaa. (Meretoja ym. 2004.)

Hoitotoimien hallinta -kategoria sisältää hoitotyön kehittämiseen ja päätöksentekoon liittyvän osaamisen. Katgoria sisältää myös moniammatillisen yhteistyön koordinoinnin, sekä hoidon tuloksellisuuden arvioinnin. Hoitotoimien hallintaan kuuluu myös tutkimustiedon aktiivinen hyödyntäminen hoitotyössä.

Laadun varmistus -kategoriaan liittyy taas potilashoittoon liittyvä laadunvarmistus sekä hoidon laadusta huolehtiminen. Hoitotyön kehittäminen sekä kehittämiskohteiden tunnistaminen on myös osa laadun varmistusta. Myös työpaikan hoitofilosofian kriittinen arviointi kuuluu laadun varmistamiseen. Työrooli -kategoria sisältää oman ohjautumisen työpaikalla eri työtehtäviin, sekä työyhteisössä liittyviin tarkkailu- ja ohjautumistehtäviin. Tähän kategoriaan liittyy myös oman sekä muiden työkavereiden työhyvinvoinnista huolehtiminen. Myös työympäristön kehitystoimet sekä moniammatillisten työryhmien kanssa tehtävät potilashoittoon liittyvät kehitystoimet ovat osa tätä kategoriaa. (Meretoja ym. 2004).

3.2 Aikaisempi tutkimustieto

Valmistuvien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä on tutkittu Euroopassa pääasiallisesti Pohjoismaissa. Ruotsissa sairaanhoitajaopiskelijoiden ammatillisen pätevyyden arvioinnissa on ollut käytössä itsearvioon perustuva NPC-mittari. Ruotsissa valmistumassa olevat sairaanhoitajaopiskelijat ovat arvioineet oman kompetenssinsa hyvälle tasolle. Korkeimmiksi he ovat arvioineet osaamisensa arvopohjaisen hoidon (Theander ym. 2016; Gardulf ym. 2016; 2019; Nilsson ym. 2014) sekä raportoinnin ja tietotekniikan (Gardulf ym. 2016; 2019; Nilsson ym. 2014) kompetenssikategorioissa, kun taas matalimmiksi he olivat arvioineet osaamisensa opiskelijoiden ja työntekijöiden perehdytyksessä (Theander ym. 2016; Gardulf ym. 2016; 2019; Nilsson ym. 2014) sekä hoitotyön turvallisuuden lainsäädännön kompetenssikategorioissa (Gardulf ym. 2016; 2019; Nilsson ym. 2014). Nuoremmat ruotsalaiset opiskelijat (20-27-vuotiaat) arvioivat osaamisensa korkeammaksi informoinnin- ja kirjaamisen kategoriassa, kuten myös lääkkeellisessä- ja teknisessä hoidossa (Gardulf ym. 2016). Kompetenssin tasoon eri kategorioissa on vaikuttanut myös, missä yliopistossa koulutus on järjestetty. Pienin ero ruotsalaisten yliopistojen välillä havaittiin arvopohjaisen hoidon kategoriassa (Gardulf ym. 2019). Ruotsissa on myös havaittu, että kansainvälisessä vaihdossa olleet opiskelijat ovat arvioineet osaamisensa ei vaihdossa olleita opiskelijoita korkeammaksi opiskelijoiden ja työntekijöiden perehdyttämisen, hoitotyön turvallisuuden ja lainsäädännön sekä hoitotyön johtamisen ja kehittämisen kategorioissa (Nilsson ym. 2014).

Irlannissa sairaanhoitajaopiskelijat pitivät itseään pätevinä monilla eri sairaanhoitajien osa-alueilla. Suurin osa opiskelijoista (87,5%) koki työskentelevänsä tehokkaasti moniammatillisessa tiimissä. Monet (75,5%) kokivat hallitsevansa hyvin työmääränsä. Useimmat (80,6%) kokivat osaavansa hoidon priorisoinnin. Suurin osa koki omaavansa hyvät ihmissuhde- (92,9%) ja ajanhallintataidot (80,3%). Puolet opiskelijoista koki osaavansa ohjata ja antaa terveystietoa potilaille ja omaisille. Suurin osa (71,4%) koki kykenevänsä tekemään eettisiä hoitotyön päätöksiä. (Doody, Tuohy, Deasy 2012.)

Suomessa valmistuvat sairaanhoitajaopiskelijat ovat arvioineet kompetenssinsa hyvälle tasolle NCS-mittarilla (Kajander-Unkuri ym. 2014; 2016). Korkeimmaksi suomalaiset valmistuvat sairaanhoitajaopiskelijat ovat arvioineet kompetenssinsa Auttaminen (Kajander-Unkuri 2014; 2016), Hoitotoimien hallinta (Kajander-Unkuri 2014), ja Opettaminen – ohjaaminen (Kajander-Unkuri 2014) -kompetenssikategorioissa, kun taas matalimmiksi kompetenssi on arvioitu Tarkkailutehtävä (Kajander-Unkuri

2014), Työrooli (Kajander-Unkuri 2014) ja Tilannehallinta (Kajander-Unkuri 2014; 2016) -kompetenssi- kategorioissa. Opiskelijat, jotka pitivät harjoittelun aikana ohjausta tärkeänä arvioivat osaamisensa korkeammaksi, kuin opiskelijat, jotka eivät pitäneet ohjausta tärkeänä. (Kajander-Unkuri ym. 2014). Ammatilliseen pätevyyteen yhteydessä olleita tekijöitä oli useita, esimerkiksi ohjaussuhde opiskelijan ja ohjaajan välillä, harjoitteluyksikön pedagoginen ilmapiiri ja sairaanhoitajakoulutuksen tuoma valmius sairaanhoitajanana toimimiselle (Kajander-Unkuri ym. 2016).

Valmistuneita sairaanhoitajia on tutkittu NCS-mittarilla myös opettajien ja osastonhoitajien arvioimana Suomessa. Opettajat ovat arvioineet valmistuneita sairaanhoitajia huomattavasti osastonhoitajia korkeammalle tasolle kaikissa kompetenssi kategorioissa. Opettajat arvioivat valmistuvien sairaanhoitajien kompetenssin hyvälle tasolle, kun taas osastonhoitajat melko hyvälle tasolle. Opettajat ja osastonhoitajat ovat arvioineet valmistuvien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä korkeimmaksi Auttaminen kategoriassa. (Numminen ym. 2014).

Suomessa on tutkittu myös vasta valmistuneiden sairaanhoitajien käsityksiä ammatillisesta pätevyydestään ja työhön liittyvistä tekijöistä yksilöllisestä ja organisatorisesta näkökulmasta Suomessa. Vahvin suhde löytyi osaamisen ja vaikutusmahdollisuuksien välillä. Osaamisen taso selitti 20% vaikutusmahdollisuuksien vaihtelusta. Korkeampi kompetenssi ja tyytyväisyys hoidon laatuun liittyvät positiivisempaan käsitykseen käytännön ympäristöstä ja sen eettisestä ilmapiiristä, sekä korkeammista vaikutusmahdollisuuksista ja ammatillisesta sitoutumisesta. (Numminen, Leino-Kilpi, Isoaho, Meretoja 2015).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyö on pilottitutkimus TtT Kajander-Unkurin post doc tutkimukselle, ja sen tarkoituksena oli kuvata ja selvittää valmistuvien sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä kuudessa eri Euroopan maassa pilottiaineiston avulla. Tavoitteena oli saada esitietoa valmistuvien sairaanhoitajien itsearvioidusta kompetenssista Euroopassa. Lisäksi tavoitteena oli myös saada tietoa vastaajajoukosta ja mitarin ja aineistonkeruumenetelmän soveltuvuudesta kyseiselle vastaajajoukolle varsinaiselle tutkimushankkeelle.

Saatus tietoa voidaan hyödyntää työelämässä opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden ohjauksessa ja perehdytyksessä. Opinnäytetyöhön käytettyä tutkimustietoa voidaan peilata valmistuviin sairaanhoitajiin, jotka ovat esimerkiksi viimeisessä harjoittelussaan työpaikalla. Opinnäytetyön avulla voidaan arvioida opiskelijoiden ammatillista osaamista ja saadaan tietoa siitä, mitä opiskelijoilta voidaan odottaa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on:

Millaiseksi eurooppalaiset valmistuvat sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA SEN KUVAUS

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena, johon saatiin valmiiksi kerätty aineisto. Opinnäytetyö on pilottitutkimus. Aineisto on kerätty Suomesta, Tsekeistä, Sloveniasta, Espanjasta, Portugalista ja Italiasta vuonna 2017 Nurse Competence Scale -mittarilla.

5.1 Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus

Tutkimusmenetelmäksi määräytyi kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu tilastotieteen käyttämiseen, jossa tieto kerätään numeerisin asteikoin. Määrällisen tutkimuksen tavoitteena on selittää tutkimustietoa numeraalisesti, asian muutosta tai vaikutusta toiseen asiaan ja sen tarkoituksena on kartoittaa, kuvata, ennustaa tai vertailla luontoa tai ihmistä koskevia asioita ja ominaisuuksia koskevia ilmiöitä. (Vilka 2007,19.; 2015,225). Määrällinen tutkimus vastaa kysymyksiin: kuinka paljon? kuinka moni? ja miten usein? ja sen ominaispiirteisiin kuuluu tutkimusprosessin ja tulosten objektiivisuus, suuri vastaajien määrä, ja tiedon strukturointi. (Vilka 2007, 13-17.)

Kyselylomake on tavallisin määrällisessä tutkimuksessa käytettävä aineistonkeruumenetelmä (Vilka 2015, 94). Hoitotieteessä tyypillinen kvantitatiivinen tutkimus on survey-tutkimukseksi kutsuttu tutkimusmenetelmä. Survey-tutkimus on haastattelu- tai kyselytutkimus, johon on laadittu valmiit kyselylomakkeet (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 42). Määrällisessä tutkimuksessa aineistoa voidaan kerätä kysely- tai haastattelulomakkeella, käyttämällä valmiita tilastoja, rekistereitä tai muita aineistoja, sekä systemaattisella havainnoinnilla. Tutkimuksen kannalta on merkittävää, että aineisto kerätään muodossa, jossa sitä voidaan mitata tai muodossa, josta se on helppo muuttaa mitattavaan muotoon. (Vilka 2007, 27-35.) Kyselylomaketutkimus soveltuu hyvin suurelle ja hajallaan olevalle joukolle ihmisiä. Kyselylomakkeen riskitekijöihin tutkimuksessa kuuluu vastausprosentin jääminen pieneksi, jota kutsutaan tutkimusaineiston kadoksi (Vilka 2015, 94). Kyselylomakkeen voi tehdä joko paperisena tai sähköisenä versiona. Kyselyn etuihin kuuluu sen monimuotoisuus. Sen avulla pystytään keräämään monia asioita suurelta joukolta ihmisiä. Menetelmänä kyselylomake on tunnetusti tehokas. Kyselylomakkeen huolellinen suunnittelu takaa aineiston nopean analysoinnin tietokoneen avulla. Kyselyn heikkoutena pidetään sen pinnallisuutta. (Hirsijärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 195.)

Kysely voidaan kerätä kahdella tavalla: Kontrolloitu kysely tai posti- ja verkkokysely. Kontrolloitu kysely jaotellaan kahdenlaiseen: Informoitu kysely, jossa tutkija jakaa itse lomakkeet. Vastaajat täyttävät siinä lomakkeen ja palauttavat sen postitse tai ennalta sovittuun paikkaan. Kyselyssä, joka tarkastetaan henkilökohtaisesti, tutkija lähettää kyselylomakkeet postitse ja noutaa ne itse ilmoitetun ajan kuluttua. (Hirsijärvi ym. 2009, 196-197). Lomakkeiden kysymysten avulla tietoa kerätään tutkijan haluamalla tavalla. Tietoa voidaan saada esimerkiksi: Arvoista, asenteista, mielipiteistä ja käyttäytymisestä. Posti- ja verkkokyselyssä lomake lähetetään tutkittaville joko kirjeenä kotiin tai sähköpostitse verkossa. Tutkijalle kysely tuo kustannuksia, joihin lukeutuu postimaksut ja materiaalihankinnat. Postikyselyssä myös tutkimuksen vastaajien osoitteiden ja nimien löytäminen sekä etsiminen tuottavat lisätyötä. Postikyselyn etuihin kuuluu sen nopeus ja helppo aineiston saanti. Verkko ja postikyselyssä on arvioitu,

että vastausprosentit voivat jäädä pieniksi. Silloin vastauksia voi tutkittavilta saada muistuttamalla vastaamaan kyselyyn yhdestä kahteen kertaan, joka nostaa luonnollisesti vastausprosenttia (Hirsijärvi ym. 2009, 196).

5.2 Tiedonhaku

Opinnäytetyön tieto haettiin pääasiallisesti englanniksi, koska työssä käytetään pääasiallisesti englanninkielistä kansainvälistä tutkimustietoa. Tiedonhaussa käytettiin seuraavia hakusanoja: sairaanhoitaja, kompetenssi, pätevyys, itsearviointi, sairaanhoitajakoulutus, Eurooppa, nurse, competence, Nurse competence scale, Europe, education, graduating, sairaanhoitajaopiskelija, nurse student, valmistumassa oleva sairaanhoitajaopiskelija, graduating nurse student.

Opinnäytetyöhön tietoa haettiin elektronisista aineistoista sekä kirjallisuudesta. Elektroninen aineisto voi olla kokonainen teos tai tietokanta, esimerkiksi hakuteos. Tietokantana tunnetaan erilaisia kokoelmia. Kokoelma faktatietoa, tilastoja tai numeerista tietoa kutsutaan tietokannaksi. (Hirsijärvi ym. 2009, 89-90). Terveydenhuollon organisaatioissa, ammattikorkeakouluissa ja yliopistoissa on hyvin mahdollisuuksia käyttää tieteellisiä tietokantoja kirjallisuuden etsintään. Myös informaattikot toimivat oppaina tiedonhaussa ja tietokantojen käytössä. Yleisimpänä vapaasanahakua voi käyttää Googlen hakurobotilla, mikä on helppokäyttöinen ja materiaali löytyy nopeasti. Kotimaisia hoitotieteellisiä tietokantoja ovat esimerkiksi: Medic, Linda ja Terveysportti. Kansainvälisiin tietokantoihin lukeutuu Cinahl, Medline ja Ebsco. Kirjallisuutta löytyy hyvin myös lähitieteidenalojen, kuten sosiaalitieteiden ja lääketieteen tietokannoista. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 96). National Electronic Library Interface, toiselta nimeltä Nelli on tiedonhaunportti, mikä toimii yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa. Nelli-portaalista löytyy eri tieteenalojen ulko- ja kotimaisia tietokantoja, e-kirjoja, sanakirjoja ja hakuteoksia. Kokoelmista löytyy myös hyödyllisiä verkkosivustoja ja opinnäytetöitä. (Hirsijärvi ym. 2009, 96). Edellä mainittujen tietokantojen lisäksi opinnäytetyössä hyödynnettiin Pubmed ja ScienceDirect tietokantoja.

Aikaisemman tiedon etsiminen ja raportointi on erityisesti kvantitatiivisen tutkimuksen kriittinen vaihe. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytettävät mittarit valitaan tai rakennetaan olemassa olevan tiedon perusteella. Olemassa olevan tiedon avulla tunnistetaan tutkimusongelma, tutkimuskysymykset ja tutkimuksessa käytettävät käsitteet. Tiedonhaun avulla löydetään aikaisempaa tutkimustietoa tutkimuskohteesta. Aikaisemman tutkimustiedon tulokset tulkitaan ja niitä verrataan uuteen tutkittuun tietoon. Tiedonhaussa on hyvä olla kriittinen olemassa olevaa kirjallisuutta kohtaan. Tutkija voi arvioida, onko tutkimusilmiötä tutkittu riittävän monipuolisesti ja ottaa kantaa kvantitatiivisen lähestymistavan soveltuvuuteen. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 69-70).

5.3 Aineiston keruu

Opinnäytetyössä käytettiin pilottiaineistoa, jonka on kerännyt TtT Kajander-Unkuri osana Competence of nursing students in Europe (COMPEUnurse)-hanketta. Tutkimuksen aineisto on kerätty Nurse Competence Scale-mittarilla, joka on itsearviointiin perustuva kyselylomake. Aineisto on kerätty Suomesta,

Tsekistä, Sloveniasta, Espanjasta, Portugalista ja Italiasta vuonna 2017. Pilottitutkimuksessa vastaajat vastasivat kyselyyn sähköisesti ja kyselyyn vastanneita oli 210kpl.

NCS-mittari (Nurse Competence Scale) mittaa sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä. Mittarin on kehittänyt Riitta Meretoja väitöstutkimuksessaan (Meretoja ym. 2004). Menetelmän avulla voidaan arvioida sairaanhoitajan ammatillista pätevyyttä työuran eri vaiheissa ja erilaisissa työympäristöissä. NCS-luokat perustuvat Bennerin (1984) aloittelijasta asiantuntijaksi viitekehukseen. NCS-mittari koostuu seitsemästä kategoriasta, jotka taas koostuvat 73 erilaisesta väittämästä. Mittarin seitsemän kategorialaajaa ovat auttaminen (seitsemän väittämää) opettaminen-ohjaaminen (16 väittämää), tarkkailutehtävät (seitsemän väittämää), tilanteiden hallinta (kahdeksan väittämää), hoitotoimien hallinta (10 väittämää), laadunvarmistus (kuusi väittämää) ja työrooli (19 väittämää). Mittarilla arviointi tehdään VAS-asteikolla (0-100), jossa 0 tarkoittaa erittäin alhaista pätevyyttä ja 100 erinomaista pätevyyttä. Vastaajat arvioivat osaamistaan eri kategorioissa 0-100 välisillä arvoilla. Mittariin sisältyy myös toiminnan esiintymis- ja toistumistiheyttä työssä kuvaava neliportainen asteikko. Asteikossa 0 tarkoittaa ei sovellettavissa työssäni, 1 käytetään harvoin työssäni, 2 käytetty joskus työssäni, 3 käytetään usein työssäni. Näistä arvoista vastaajat valitsevat sopivimman luvun kuvaamaan esiintymis- ja toistumistiheyttä. (Meretoja ym. 2004). Mittaria on käytetty mittaamaan valmistumassa olevien sairaanhoitajaopiskelijoiden kompetenssia aikaisemmassa tutkimuksessa, mittarin on myös todettu soveltuvan myös valmistuville sairaanhoitajille. (Flinkman ym, 2017; Kajander-Unkuri ym. 2014; 2016.)

5.4 Aineiston analyysi

Analyysimenetelmä määrällisessä tutkimuksessa valitaan sen mukaan mikä antaa tietoa ja mitä ollaan tutkimassa. Analyysimenetelmän sopivuus löytyy tutkijan kokeilemalla muuttujalle sopivia erilaisia menetelmiä. (Heikkilä 2004, 183). Tutkittava kohde määrittelee analyysitavan, tutkitaanko muuttujien vaikutusta toisiinsa vai yhtä muuttujaa tai kahden muuttujan välistä riippuvuutta. Määrällisessä tutkimuksessa yhden muuttujan tuloksia esitetään sijainti-, hajonta- ja keskilukuina. Korrelaatiokertoimella ja ristiintaulukoinnilla voidaan kuvata kahden muuttujan suhdetta. (Vilka 2007, 118-133). Aineistoa kuvaillaan yleensä käyttämällä prosenttiosuuksia ja frekvenssejä. Frekvensseillä tarkoitetaan tilastoyksiköiden lukumäärää, jota kuvataan kuvioina ja numeroina. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 132-133). Raporttiosuudessa kuvataan aineistoa taulukoissa prosentteina ja frekvensseinä.

Aineisto käsiteltiin excel taulukkolaskentaohjelman avulla. Aineistosta määriteltiin keskiarvot, keskihajonta ja frekvenssit. Tulokset esitetään taulukoina. Excel valikoitui aineiston analyysin käsittelyyn, koska maakohtaiset vastaajamäärät jäivät pieniksi. Vastaajamäärän vähäisyyden vuoksi tarkempia tilastollisia analyysejä ei pystytty luotettavasti tekemään.

Nurse Competence Scale mittarissa käytetään VAS-asteikkoa, jossa pisteytys on välillä 0-100. VAS-asteikko on jaettu neljään eri pätevyysluokkaan ja sen tulkinta tapahtuu asettamalla vastaajien arvot näiden luokkien sisälle. Mittarin neljä luokkaa ovat alhainen (0-25), melko hyvä (25-50), hyvä (50-75) ja erinomainen pätevyys (75-100). (Meretoja ym. 2004).

6 TULOKSET

Tutkimukseen vastasi yhteensä 210 sairaanhoitajaopiskelijaa kuudesta EU-direktiiviä 2005/36/EY ja 2013/55/EU noudattavasta Euroopan maasta. Vastaajat jakautuivat tutkimusmaittain seuraavasti: Suomi (n=45), Italia (n=52), Espanja (n=27), Portugali (n=29), Tšekki (n=24), Slovenia (n=33). Vastaajamäärät maittain eroavat toisistaan, mutta koska kyseessä on kuvaileva tutkimus eikä tilastollisia analyysejä tehty, ei vastaajien eriävillä määrillä ole merkitystä. Tutkimuksessa käytetyt taustakysymykset sekä NCS-mittari oli käännetty jokaisen maan kielelle, joten vastaajat vastasivat kyselyyn omalla äidinkielellään.

Tšekeissä vastaajat olivat keskiarvoltaan iäkkäimpiä (30-vuotiaita), kun taas keskiarvoltaan nuorimmat opiskelijat olivat Portugalissa (24-vuotiaita). Sukupuolijakaumaa tarkasteltaessa kaikissa maissa suurin osa sairaanhoitajaopiskelijoista on naisia, sillä vähintään 74,5 % oli naisia. Aikaisempaa terveysalan koulutusta oli Sloveniassa 87,5 % vastaajista, kun taas Portugalissa aikaisempaa terveysalan koulutusta oli vain 7 % vastaajista. Myös Suomessa ja Tšekeissä sairaanhoitajaopiskelijoilla on vastausten perusteella huomattavasti enemmän aikaisempaa terveysalan koulutusta verrattuna Espanjaan ja Italiaan. Tšekeissä 75 % vastanneista kertoo harkinneensa alanvaihtoa, kun taas esimerkiksi Suomessa alan vaihtoa on harkinnut 14,6 % vastaajista. Samaa linjaa noudattaa myös ammatin ensisijaisuus, Tšekeissä 20,8 % vastanneista ei ole valmistumassa ammattiin, johon ensisijaisesti on pyrkinyt, kun taas Suomessa osuus on 12,2 % vastanneista. Taustakysymykset esitetään taulukossa 1.

Taulukko 1. Taustakysymykset

Taustakysymykset	Suomi (n=45)	Italia (n=52)	Espanja (n=27)	Portugali (n=29)	Tšekki (n=24)	Slovenia (n=33)
Ikä (vuosina): Ka Min-Max	(n=41) 29,2 22-50	(n=51) 24,1 21-49	(n=26) 25,0 21-44	23,7 21-36	(n=24) 30,2 21-48	(n=29) 25,9 21-45
Sukupuoli (f,%): Mies Nainen	(n=41) 4 (9,8 %) 37 (90,2 %)	(n=51) 13(25,5 %) 38(74,5 %)	3 (11 %) 24 (89 %)	7 (24 %) 22 (76 %)	(n=24) 0 (0 %) 24 (100 %)	(n=32) 6 (19 %) 26(81 %)
Aikaisempi ammatillinen koulutus (f,%): Terveysala Joku muu Ei ole	(n=40) 23 (58,5 %) 7 (17,1 %) 10 (24,4 %)	(n=51) 4 (7,8 %) 3 (5,9 %) 44 (86,3 %)	7 (26 %) 4 (15 %) 16 (59 %)	(n=28) 2 (7 %) 1 (4 %) 25 (89 %)	(n=23) 17 (71 %) 2 (8 %) 4 (17 %)	(n=32) 28 (88 %) 2 (6 %) 2 (6 %)
Työkokemus hoitoalalta sairaanhoitajakoulutuksen aikana(kk): Ka Min-Max	(n=33) 14,7 0-48	(n=5) 1 0-12	(n=20) 6,45 0-48	(n=26) 12,5 0-48	(n=24) 43,8 0-204	(n=32) 7,5 7-8,03
Oletko harkinnut alan vaihtoa? (f,%) Kyllä Ei	(n=42) 6 (14,6 %) 36 (85,4 %)	(n=50) 5 (10 %) 45 (90 %)	0 (0 %) 27 (100 %)	3 (10 %) 26 (90 %)	(n=24) 18 (75 %) 6 (25 %)	(n=32) 7(22 %) 25(78 %)
Oletko valmistumassa ammattiin, johon ensisijaisesti pyrit? (f,%) Kyllä Ei	(n=41) 36 (87,8 %) 5 (12,2 %)	(n=51) 43 (84,3 %) 8 (15,7 %)	23 (85 %) 4 (15 %)	29 (100 %) 0 (0 %)	(n=24) 19 (79 %) 5 (21 %)	(n=32) 28 (88 %) 4 (12 %)

6.1 Auttaminen

Auttaminen -kategoriassa (taulukko 2.) sairaanhoitajaopiskelijat ovat arvioineet osaamisensa melko hyväksi tai hyväksi. Alhaisin kompetenssi on arvioitu Sloveniassa (35,6) ja korkein Suomessa (74,2). Väittämistä ”Päätöksentekoani ohjaa eettinen arvoperusta” on arvioitu korkein kompetenssi Suomessa (88,9), Portugalissa (84,4), Espanjassa (58,5) ja Sloveniassa (44,1), kun taas Italiassa (73,0) ja Tškeissä (75,0) korkeimmaksi on arvioitu väittämä ”Suunnittelen potilaan kokonaishoidon yksilöllisesti”.

Taulukko 2. Auttaminen

Auttaminen ka(sd) f	Suomi (n=45)	Italia (n=52)	Espanja (n=27)	Portugali (n=29)	Tšekki (n=24)	Slovenia (n=33)
Suunnittelen potilaan kokonaishoidon yksilöllisesti	(n=44) 71,8 (14,4) 2,9	73,0 (16,4) 2,9	52,4 (39,3) 2,6	76,0 (23,0) 2,9	75,0 (26,9) 2,5	39,3 (39,0) 2,5
Tuen potilaan selviytymiskeinoja	81,8 (11,9) 2,7	66,7 (19,0) 2,6	44,2 (35,4) 2,4	(n=28) 69,6 (19,9) 2,5	60,0 (30,5) 2,0	(n=32) 34,2 (35,2) 2,2
Arvioin kriittisesti hoitofilosofiaani	69,6 (20,5) 2,3	68,2 (21,2) 2,5	54,6 (40,8) 2,9	(n=28) 76,1 (21,8) 2,6	(n=22) 44,0 (25,5) 1,7	37,5 (38,3) 2,1
Muokkaan hoitosuunnitelman potilaan tilanteen mukaisesti	75,8 (17,8) 2,4	71,0 (20,8) 2,6	47,7 (37,2) 2,4	(n=28) 82,3 (23,0) 2,9	(n=23) 72,6 (30,2) 2,5	43,3 (41,9) 2,5
Hyödynnän hoitosuhteessa aktiivisesti tutkimustietoa	71,7 (16,5) 2,5	58,6 (23,1) 2,2	42,0 (35,8) 2,1	(n=28) 68,5 (23,4) 2,2	44,5 (29,4) 1,4	23,8 (27,6) 1,6
Kehitän yksikköni hoitokulttuuria	60,1 (19,7) 1,9	(n=46) 35,5 (28,3) 1,2	49,2 (38,2) 2,4	(n=28) 69,6 (22,1) 2,5	54,0 (24,1) 1,8	26,7 (30,0) 1,8
Päätöksentekoani ohjaa eettinen arvoperusta	88,9 (13,4) 2,8	67,1 (26,5) 2,4	58,5 (42,9) 2,7	(n=28) 84,4 (22,0) 2,9	68,9 (30,1) 2,4	44,1 (43,4) 2,6
Yhteensä	74,2	62,9	49,8	72,2	59,9	35,6

6.2 Opettaminen - ohjaaminen

Opettaminen ja ohjaaminen -kategoriassa (Taulukko 3.) sairaanhoitajaopiskelijat Suomesta (64,8), Portugalista (66,3), Italiasta (56,5) ja Tšekistä (62,2) arvioivat kompetenssinsa hyvälle tasolle, kun taas sairaanhoitajaopiskelijat Espanjasta (38,6) ja Sloveniasta (29,0) arvioivat kompetenssinsa melko hyvälle tasolle. Väittämiä tarkasteltaessa ”Pidän aktiivisesti huolta omasta ammattitaidostani” arvioitiin Suomessa (83,7) korkeimmaksi väittämäksi opettamisen ja ohjauksen kategoriassa. Sama väittämä arvioitiin korkeimmaksi myös Portugalissa (84,4), Tškeissä (79,5), Italiassa (77,1) ja Espanjassa (56,4). Väittämä ”Kartoitan huolellisesti potilaan ohjaustarpeen” arvioitiin korkeimmaksi keskiarvoltaan Sloveniassa (37,3).

Taulukko 3. Opettaminen - ohjaaminen

Opettaminen - ohjaaminen ka(sd) f	Suomi (n=45)	Italia (n=52)	Espanja (n=27)	Portugali (n=29)	Tšekki (n=24)	Slovenia (n=33)
Kartoitan huolellisesti potilaan ohjaustarpeen	71,9 (18,5) 2,5	75,6 (19,8) 2,7	50,1 (37,5) 2,3	(n=28) 72,0 (21,0) 2,6	71,7 (28,0) 2,3	37,3 (38,3) 2,5
Tunnistan otollisen ajankohdan potilaan ohjaukselle	71,1 (15,8) 2,4	65,0 (19,5) 2,4	44,3 (37,6) 2,1	(n=28) 80,6 (22,1) 2,8	(n=23) 62,3 (29,5) 2,3	30,4 (33,0) 2,0
Hallitsen potilaalle ohjattavan asian sisällön	69,4 (16,7) 2,4	65,4 (20,4) 2,4	42,7 (34,5) 2,1	(n=28) 70,1 (20,0) 2,6	(n=23) 62,8 (30,6) 2,4	32,2 (37,5) 2,2
Ohjaan potilasta yksilöllisesti	83,6 (13,0) (2,7)	(n=51) 67,5 (21,9) 2,4	54,2 (40,6) (2,5)	(n=28) 80,0 (22,5) 2,8	(n=23) 72,3 (28,8) 2,5	29,2 (33,2) 1,9
Koordinoin potilasohjausta	(n=43) 55,2 (19,7) 1,7	(n=49) 50,8 (24,6) 1,9	44,6 (36,3) 2,0	(n=28) 68,2 (25,0) 2,1	58,5 (27,3) 2,2	25,8 (31,2) 1,6
Tunnistan omaisen ohjaustarpeita	(n=44) 69,7 (18,7) 2,2	60,4 (23,2) 2,1	49,4 (38,4) 2,1	(n=28) 73,5 (25,4) 2,4	54,9 (28,9) 1,9	29,9 (33,7) 1,9
Ohjaan omaisia itsenäisesti	(n=44) 69,8 (22,8) 2,1	(n=50) 48,1 (25,4) 1,6	45,0 (37,2) 2,0	(n=28) 72,5 (22,2) 2,4	(n=23) 59,0 (29,9) 1,9	23,3 (30,1) 1,5
Tunnistan opiskelijan kehitysvaiheen ohjauksen lähtökohdista	(n=43) 65,2 (18,3) 1,9	(n=38) 43,5 (29,9) 1,1	(n=26) 18,2 (25,6) 0,71	(n=20) 30,7 (34,0) 0,6	56,7 (31,4) 1,8	(n=32) 34,6 (39,8) 1,8
Tuen opiskelijaa tavoitteiden saavuttamisessa	(n=43) 70,1 (21,5) 1,8	(n=41) 50,4 (34,6) 1,3	(n=25) 20,4 (30,6) 1,0	(n=17) 41,9 (40,3) 0,8	64,5 (31,6) 1,8	(n=31) 33,2 (36,7) 1,8

Opettaminen - ohjaaminen ka(sd) f	Suomi (n=45)	Italia (n=52)	Espanja (n=27)	Portugali (n=29)	Tšekki (n=24)	Slovenia (n=33)
Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä potilaan kanssa	(n=44) 56,3 (22,5) 1,8	(n=51) 64,8 (23,1) 2,2	33,6 (34,6) 1,8	(n=28) 75,3 (21,9) 2,5	59,3 (29,5) 1,9	(n=32) 30,9 (35,3) 1,7
Arvioin ohjauksen tuloksia yhdessä omaisten kanssa	(n=44) 52,0 (2,1) 1,5	56,8 (23,6) 1,9	37,4 (35,9) 1,6	(n=28) 72,5 (21,0) 2,3	51,0 (27,4) 1,6	(n=32) 22,4 (27,3) 1,3
Arvioin potilasohjauksen tuloksia hoitoryhmän kanssa	(n=44) 66,4 (17,2) 2,0	(n=50) 52,2 (25,0) 1,7	37,5 (34,2) 1,8	(n=28) 70,7 (24,4) 2,3	61,4 (27,1) 2,2	(n=32) 27,3 (32,0) 1,8
Pidän aktiivisesti huolta omasta ammattitaidostani	83,7 (14,7) 2,7	77,1 (22,6) 2,8	56,4 (42,1) 2,7	(n=28) 84,4 (22,2) 2,8	79,5 (26,4) 2,5	(n=32) 28,5 (38,6) 2,4
Kehitän potilasohjausta yksikössäni	(n=43) 48,6 (22,8) 1,4	(n=48) 50,6 (27,3) 1,6	41,1 (36,8) 1,9	(n=28) 72,0 (21,5) 2,3	61,6 (29,5) 1,9	(n=32) 27,2 (32,0) 1,8
Kehitän uusien työntekijöiden perehdytystä yksikössäni	(n=41) 48,6 (26,3) 1,5	(n=26) 30,4 (32,6) 0,5	(n=25) 13,6 (23,8) 0,5	(n=17) 35,1 (36,9) 0,7	59,6 (32,0) 1,6	(n=32) 23,2 (27,7) 1,4
Kehitän omaa vastuualuettani yksikössäni	(n=40) 54,7(26,1) 1,5	(n=32) 45,7 (29,4) 1,0	(n=25) 29,3 (32,9) 1,1	(n=23) 61,9 (34,5) 1,5	60,7 (27,5) 2,0	(n=32) 28,9 (34,3) 1,5
Yhteensä	64,8	56,5	38,6	66,3	62,2	29,0

6.3 Tarkkailutehtävä

Tarkkailutehtävä -kategoriassa (taulukko 4.) valmistuvat sairaanhoitajaopiskelijat ovat arvioineet oman osaamisensa melko hyväksi tai hyväksi. Melko hyvälle tasolle kompetenssin ovat arvioineet sairaanhoitajaopiskelijat Sloveniasta (30,1) ja Espanjasta (41,3). Hyvälle tasolle kompetenssi on arvioitu Tšekeissä (62,8), Italiassa (63,8), Suomessa (67,1) ja Portugalissa (70,4). Tarkkailutehtävät kategoriassa kompetenssi on arvioitu korkeimmaksi Portugalissa (70,4) ja alhaisimmaksi Sloveniassa (30,1). Korkeimman ja alhaisimman kompetenssin välillä on suuri ero (VAS 40,3). Sloveniassa ja Espanjassa sairaanhoitajaopiskelijat ovat arvioineet kompetenssinsa muita maita alhaisemmaksi. Tarkkailutehtävä kategorian väittämistä korkeimmaksi on arvioitu väittämä ”Analysoin potilaan vointia monipuolisesti” Suomessa (82,5), Espanjassa (54,3), Portugalissa (80,9) ja Sloveniassa (41,1). Italiassa (77,5) kategorian väittämistä korkeimmaksi nousi ”Tunnistan potilaan henkisen tuen tarpeen” ja Tšekeissä (76,9) ”Järjestän potilaalle tarvittaessa asiantuntija-apua”.

Taulukko 4. Tarkkailutehtävä

Tarkkailutehtävä Ka(sd) f	Suomi (n=45)	Italia (n=52)	Espanja (n=27)	Portugali (n=29)	Tšekki (n=24)	Slovenia (n=33)
Analysoin potilaan vointia monipuolisesti	82,5 (13,6) 2,8	71,6 (20,6) 2,6	54,3 (41,0) 2,6	(n=28) 80,9 (21,1) 2,9	59,0 (29,0) 2,0	(n=32) 41,1 (40,0) 2,5
Tunnistan potilaan henkisen tuen tarpeen	78,3 (18,6) 2,7	77,5 (19,0) 2,7	51,3 (38,2) 2,5	(n=28) 77,0 (20,2) 2,6	68,8 (27,1) 2,1	(n=31) 40,5 (40,6) 2,6
Tunnistan omaisten henkisen tuen tarpeen	(n=44) 70,64(18,4) 2,2	68,9 (21,1) 2,4	49,7 (37,9) 2,2	(n=28) 69,8 (22,9) 2,3	(n=23) 51,7 (31,0) 1,7	(n=32) 33,2 (36,4) 2,0
Järjestän potilaalle tarvittaessa asiantuntija-apua	(n=44) 70,5 (21,2) 2,1	75,9 (22,3) 2,5	35,3 (33,2) 1,8	(n=28) 74,7 (29,1) 2,4	76,9 (26,4) 2,5	(n=31) 34,8 (37,1) 2,1
Ohjaan muuta henkilökuntaa potilaiden tarkkailussa	(n=44) 58,1 (24,5) 1,8	(n=33) 42,1 (30,4) 0,8	29,8 (28,6) 1,5	(n=28) 61,7 (32,0) 1,7	58,7 (26,0) 1,8	(n=32) 30,2 (30,0) 1,7
Ohjaan muuta henkilökuntaa tarkkailuvälineistön käytössä	(n=43) 53,6 (23,5) 1,4	(n=33) 48,7 (30,0) 0,9	27,0 (29,8) 1,4	(n=27) 57,4 (29,1) 1,6	(n=23) 58,7 (29,1) 1,7	(n=31) 30,2 (30,6) 1,8
Kehitän kirjaamista työyksikössäni	56,4 (24,4) 1,7	(n=48) 62,2 (26,1) 2,1	41,6 (39,4) 2,1	(n=28) 71,1 (29,5) 2,5	(n=23) 66,0 (33,1) 2,0	(n=30) 31,1 (35,3) 1,7
Yhteensä	67,1	63,8	41,3	70,4	62,8	30,1

6.4 Tilannehallinta

Tilannehallinta –kategoriassa (taulukko 5.) sairaanhoitajaopiskelijat ovat arvioineet kompetenssinsa melko hyväksi tai hyväksi. Melko hyväksi kompetenssi on arvioitu Sloveniassa (37,6) ja Espanjassa (40,9). Hyvälle tasolle kategorian kompetenssi on arvioitu Italiassa (59,3), Suomessa (62,9), Portugalissa (69,6) ja Tšekeissä (71,8). Korkein kompetenssi on arvioitu Tšekeissä (71,8) ja alhaisin Sloveniassa (37,6). Kategorian väittämistä ”Ylläpidän välineistön toimintavalmiutta” on arvioitu korkeimmaksi Espanjassa (62,2), Italiassa (75,8) ja Portugalissa (88,6). Suomessa (76,7) ja Tšekeissä (83,4) korkeimmaksi on arvioitu väittämä ”Priorisoin toimintaani joustavasti tilanteen mukaan”. Sloveniassa (44,8) korkeimmaksi on arvioitu väittämä ”Tunnistan hengenvaaralliset tilanteet varhain”.

Taulukko 5. Tilannehallinta

Tilannehallinta Ka(sd) f	Suomi (n=45)	Italia (n=52)	Espanja (n=27)	Portugali (n=29)	Tšekki (n=24)	Slovenia (n=33)
Tunnistan hengenvaaralliset tilanteet varhain	(n=44) 68,6 (19,1) 2,1	70,2 (23,7) 2,4	46,4(38,5) 2,4	(n=28) 75,2 (24,2) 2,4	81,5 (24,8) 2,6	(n=31) 44,8 (42,9) 2,6
Priorisoin toimintaani joustavasti tilanteen mukaan	76,7 (20,1) 2,5	74,9 (20,8) 2,7	57,2(42,0) 2,9	(n=28) 80,0 (21,1) 2,8	83,4 (24,6) 2,7	(n=30) 38,2 (39,1) 2,1
Toimin hätätilanteissa tilanteen vaatimalla tavalla	73,9 (22,8) 2,1	(n=50) 60,1 (26,4) 2,0	47,4 (37,2) 2,2	(n=27) 66,0 (31,0) 1,9	82,2 (24,7) 2,5	(n=31) 41,6 (41,1) 2,5
Järjestän tarvittaessa kriisitilanteen jälkiselvittelyn	(n=39) 49,1 (26,6) 1,0	(n=35) 36,5 (31,2) 0,8	(n=24) 11,0 (19,0) 0,6	(n=23) 42,9 (30,3) 1,0	47,1 (29,6) 1,4	(n=31) 35,1 (38,8) 1,9
Ohjaan työtovereitani nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnassa	(n=41) 43,5 (25,3) 1,2	(n=27) 32,9 (27,5) 0,5	(n=24) 15,8 (24,5) 0,6	(n=25) 44,4 (27,3) 1,0	62,1 (32,5) 1,8	(n=31) 28,1 (29,4) 1,6
Suunnittelen potilaiden hoitoa yksikköni tilanteen mukaisesti	(n=43) 64,3 (23,2) 2,0	(n=50) 66,8 (23,2) 2,4	48,7(39,9) 2,4	(n=28) 83,1 (21,0) 2,8	65,3(29,5) 2,1	(n=31) 37,2 (39,3) 2,4
Ylläpidän välineistön toimintavalmiutta	65,1 (22,7) 2,0	(n=51) 75,8 (22,5) 2,7	62,2 (44,7) 3,0	(n=28) 88,6 (19,3) 2,9	83,3 (27,5) 2,8	(n=30) 41,9 (40,9) 2,7
Edistän yhteistyötä nopeasti muuttuvissa tilanteissa	61,7 (23,0) 1,9	(n=42) 57,4 (24,6) 1,8	(n=26) 38,7 (38,2) 2,1	(n=27) 76,9 (23,5) 2,4	(n=23) 69,2 (28,5) 2,2	(n=31) 33,6 (33,9) 1,9
Yhteensä	62,9	59,3	40,9	69,6	71,8	37,6

6.5 Hoitotoimien hallinta

Hoitotoimien hallinnan kategoriassa (taulukko 6.) sairaanhoitajaopiskelijat ovat arvioineet kompetensinsa melko hyväksi tai hyväksi. Melko hyväksi kategorian kompetenssi on arvioitu Sloveniassa (31,9) ja Espanjassa (36,3). Hyvälle tasolle kompetenssi on arvioitu Italiassa (51,9), Tšekeissä (67,5), Suomessa (59,9) ja Portugalissa (71,0). Korkein kompetenssi on arvioitu Portugalissa (71,0) ja alhaisin Sloveniassa (31,9). Hoitotoimien hallinnan kategorian väittämistä ”Suunnittelen omaa toimintaani joustavasti tilanteen mukaisesti” on arvioitu korkeimmaksi Suomessa (77,1), Espanjassa (55,4), Tšekeissä (81,4) ja Sloveniassa (38,2). Väittämä ”Teen tilanteen mukaisia päätöksiä potilaan hoidosta” on arvioitu korkeimmaksi Italiassa (76,3) ja Portugalissa (83,9).

Taulukko 6. Hoitotoimien hallinta

Hoitotoimien hallinta ka(sd) f	Suomi (n=45)	Italia (n=52)	Espanja (n=27)	Portugali (n=29)	Tšekki (n=24)	Slovenia (n=33)
Suunnittelen omaa toimintaani joustavasti tilanteen mukaisesti	77,1 (18,7) 2,6	(n=51) 72,2 (19,0) 2,8	55,4 (41,1) 2,7	(n=28) 81,3 (21,2) 2,7	81,4(25,8) 2,6	(n=31) 38,2 (37,5) 2,3
Teen tilanteenmukaisia päätöksiä potilaan hoidosta	73,2 (20,2) 2,5	(n=51) 76,3 (17,4) 2,8	56,1(41,5) 2,8	(n=28) 83,9 (20,8) 2,6	79,7 (28,6) 2,6	(n=31) 37,2 (39,0) 2,3
Koordinoin moniammatillista yhteistyötä	(n=44) 66,7 (21,1) 2,1	(n=36) 42,2 (28,1) 1,2	30,7 (36,3) 1,6	(n=27) 73,1 (26,8) 2,4	79,0 (25,2) 2,5	(n=30) 35,6 (37,3) 2,3
Ohjaan työtovereitani hoitotoimenpiteiden toteutuksessa	(n=42) 57,9 (22,3) 1,7	(n=32) 32,0 (29,1) 0,7	(n=25) 16,5 (26,7) 0,9	(n=25) 67,2 (28,9) 1,9	65,3 (34,3) 2,1	(n=31) 32,5 (33,9) 1,8
Pidän ajan tasalla ohjekansioita	(n=38) 48,7 (24,5) 1,2	(n=21) 29,3 (27,6) 0,4	(n=25) 19,2 (31,9) 0,7	(n=26) 63,3 (30,9) 1,7	68,0 (31,7) 1,9	(n=31) 29,7 (31,2) 1,7
Toimin konsulttina muille työntekijöille	(n=39) 44,4 (28,9) 1,2	(n=23) 32,4 (26,9) 0,5	(n=26) 18,8 (27,1) 0,8	(n=26) 53,4 (30,4) 1,6	59,5 (35,2) 1,8	(n=31) 30,3 (33,1) 1,7
Hyödynnän toiminnassani aktiivisesti tutkimustietoa	67,8 (21,1) 2,3	(n=50) 58,1 (22,6) 2,1	(n=26) 43,1 (37,3) 2,2	(n=28) 65,4 (27,7) 2,1	53,0 (31,0) 1,6	(n=31) 22,5 (26,4) 1,3
Arvioin systemaattisesti hoidon tuloksellisuutta	(n=42) 67,4 (19,0) 2,1	(n=47) 63,9 (21,3) 2,3	50,2 (40,5) 2,4	(n=28) 77,6 (22,7) 2,8	71,5 (27,8) 2,4	(n=32) 31,2 (34,4) 1,8
Kehitän hoitokäytäntöjä	(n=42) 47,3 (22,9) 1,5	(n=51) 71,8 (21,6) 2,6	(n=26) 46,7 (39,3) 2,4	(n=28) 76,8 (22,5) 2,7	62,0 (30,7) 2,0	(n=32) 32,9 (37,2) 2,3
Osallistun moniammatillisten hoito-ohjelmien yhtenäistämiseen	(n=39) 48,6 (21,94) 1,2	(n=35) 40,5 (29,1) 0,9	(n=25) 26,2 (34,7) 1,3	(n=27) 68,3 (28,6) 2,0	(n=23) 55,5 (31,6) 1,7	(n=32) 28,5 (30,5) 1,7
Yhteensä	59,9	51,9	36,3	71,0	67,5	31,9

6.6 Laadunvarmistus

Laadunvarmistus -kategoriassa (Taulukko 7.) valmistuvat sairaanhoitajaopiskelijat ovat arvioineet kompetenssinsa tutkimusmaissa kokonaisuudessaan hyväksi tai melko hyväksi. Kompetenssinsa hyvälle tasolle ovat arvioineet sairaanhoitajaopiskelijat Suomesta (58,0), Italiasta (52,3), Portugalista (70,4) ja Tšekistä (55,8). Melko hyväksi kompetenssi on arvioitu Espanjassa (43,55) ja Sloveniassa (31,1). Kategorian kaikista korkein kompetenssi on arvioitu Portugalissa (70,4) ja alhaisin Sloveniassa (31,1). Korkeimman ja alhaisimman kompetenssin ero on suuri (39,3), mutta muiden tutkimukseen osallistuneiden maiden välillä erot ovat pieniä. Laadunvarmistus -kategorian väittämistä korkeimmaksi on arvioitu väittämä ”Sitoudun noudattamaan organisaationi hoitofilosofiaa” Suomessa (68,1), Italiassa (69,5) ja Espanjassa (52,2), kun taas Portugalissa (78,3), Tšekeissä (70,4) ja Sloveniassa (35,0) korkeimmaksi on arvioitu väittämä ”Arvioin hoidon tuloksellisuutta potilaspalautteen avulla”.

Taulukko 7. Laadunvarmistus

Laadunvarmistus Ka(sd) f	Suomi (n=45)	Italia (n=52)	Espanja (n=27)	Portugali (n=29)	Tšekki (n=24)	Slovenia (n=33)
Sitoudun organisaationi hoitofilosofian toteuttami- seen	68,1 (25,1) 2,4	(n=50) 69,5 (23,5) 2,6	52,2 (42,0) 2,6	(n=25) 70,6 (26,5) 2,2	60,6 (35,5) 2,0	(n=32) 32,5 (32,2) 1,9
Tunnistan potilashoidossa kehittämisen- ja tutkimuskoh- teita	66,1 (19,2) 2,0	(n=43) 45,4 (27,3) 1,4	43,8 (38,4) 1,9	(n=27) 67,3 (27,8) 2,0	(n=23) 53,2 (33,1) 1,6	(n=31) 33,4 (34,1) 2,1
Arvioin kriittisesti yksikköni hoitofilosofiaa	(n=44) 59,5 (24,2) 1,9	(n=46) 47,7 (24,0) 1,5	44,1 (38,6) 2,0	(n=27) 76,6 (23,2) 2,4	53,5 (33,2) 1,6	(n=31) 28,4 (31,2) 1,6
Arvioin hoidon tulokselli- suutta potilaspalautteen avulla	(n=42) 53,5 (21,8) 1,4	(n=51) 62,8 (27,7) 2,0	48,8 (39,3) 2,4	(n=28) 78,3 (21,2) 2,7	(n=23) 70,4 (33,5) 2,3	(n=31) 35,0 (35,1) 1,9
Hyödynnän potilashoidon kehittämisessä tutkimustie- toa	(n=44) 60,5 (23,3) 1,7	(n=48) 50,8 (26,2) 1,6	(n=26) 46,4 (39,4) 2,1	(n=28) 69,2 (26,0) 2,1	55,3 (30,6) 1,8	(n=29) 28,3 (30,7) 1,5
Teen aloitteita kehittämis- ja tutkimuskohteiksi	(n=38) 40,3 (22,9) 1,0	(n=37) 31,6 (25,8) 0,8	(n=26) 26,0 (27,5) 1,2	(n=26) 60,1 (30,4) 1,6	42,0 (34,8) 1,2	(n=31) 28,8 (31,8) 1,5
Yhteensä	58,0	51,3	43,6	70,4	55,8	31,1

6.7 Työrooli

Työrooli -kategoriassa (Taulukko 8.) sairaanhoitajaopiskelijat ovat arvioineet kompetenssinsa hyväksi tai melko hyväksi. Hyvälle tasolle kompetenssi on arvioitu Suomessa (62,2), Italiassa (56,4), Portugalissa (69,8) ja Tškeissä (69,2). Melko hyväksi kompetenssi on arvioitu Espanjassa (40,2) ja Sloveniassa (34,7). Kategorian korkein kompetenssi on arvioitu Portugalissa (69,8) ja matalin Sloveniassa (34,7). Työroolin kategorian väittämistä korkeimmaksi on arvioitu väittämät "Tunnistan oman jaksamiseni rajat" (Italia 75,1; Espanja 54,4 ja Portugali 84,4) ja "Hyödynnän tietotekniikkaa työssäni" (Suomi 84,0; Tšekki 84,8 ja Slovenia 40,9)

Taulukko 8. Työrooli

Työrooli Ka(sd) f	Suomi (n=45)	Italia (n=52)	Espanja (n=27)	Portugali (n=29)	Tšekki (n=24)	Slovenia (n=33)
Tunnistan työtovereitten avuntarpeen	73,0 (17,6) 2,5	(n=46) 55,1 (26,8) 1,6	53,6 (40,8) 2,6	(n=27) 76,3 (25,3) 2,4	78,3 (28,6) 2,4	(n=31) 36,2 (37,8) 2,3
Tunnistan oman jaksamiseni rajat	81,4 (18,4) 2,7	(n=51) 75,1 (20,2) 2,5	54,4 (41,7) 2,8	(n=27) 84,2 (20,5) 2,7	74,8 (27,2) 2,3	(n=31) 38,7 (39,6) 2,4
Ammatti-identiteettini toimii voimavarana hoitotyössä	78,4 (20,0) 2,6	(n=46) 63,7 (25,4) 1,9	48,8 (41,1) 2,4	(n=25) 72,0 (26,6) 1,9	64,2 (26,9) 2,0	(n=31) 37,4 (37,0) 2,0
Kannan taloudellista vastuuta yksikköni toiminnasta	(n=42) 64,8 (23,5) 2,0	(n=48) 70,4 (22,9) 2,1	47,7 (39,5) 2,4	(n=27) 80,0 (20,9) 2,6	69,5 (30,6) 2,2	(n=31) 39,0 (39,5) 2,5
Tunnen organisaationi sisäisen yhteistyöjaon	(n=44) 63,9 (19,7) 2,2	(n=48) 66,2 (26,6) 2,1	48,4(39,4) 2,3	(n=26) 76,7 (28,0) 2,5	(n=23) 63,1 (35,2) 2,1	(n=31) 32,0 (36,5) 1,9
Toimin opiskelijoiden vastavastavastavana ohjaajana	(n=33) 38,9 (29,0) 0,8	(n=29) 38,3 (29,0) 0,9	(n=24) 10,8 (24,0) 0,4	(n=13) 37,0 (38,3) 0,5	56,3 (38,9) 1,5	(n=31) 25,4 (32,9) 1,3
Toimin uusien työntekijöiden perehdyttäjänä	(n=31) 41,4 (29,1) 0,9	(n=27) 33,8 (28,2) 0,6	(n=24) 9,4 (23,9) 0,3	(n=11) 31,7 (36,2) 0,5	67,4 (30,7) 2,0	(n=30) 27,5 (32,7) 1,3
Toimin hoitoryhmässä asiantuntijana	(n=37) 49,8 (25,8) 1,3	(n=43) 50,7 (29,5) 1,5	17,6 (28,6) 1,0	(n=22) 63,2 (35,3) 1,8	69,3 (29,2) 2,1	(n=31) 33,5 (34,0) 1,8
Toimin itseohjautuvasti	80,3 (18,8) 2,8	(n=51) 67,4 (24,4) 2,6	52,8 2,6	(n=27) 75,9 (26,0) 2,7	76,4 (29,9) 2,6	(n=31) 37,2 (36,8) 2,4
Ohjaan muuta henkilökuntaa kykyjen mukaisiin tehtäviin	(n=36) 54,1 (29,1) 1,3	(n=33) 46,6 (30,8) 1,0	23,4 (31,6) 1,1	(n=19) 51,3 (37,1) 1,0	66,3 (29,1) 2,0	(n=31) 24,8 (28,8) 1,4

Työrooli Ka(sd) f	Suomi (n=45)	Italia (n=52)	Espanja (n=27)	Portugali (n=29)	Tšekki (n=24)	Slovenia (n=33)
Hankin aktiivisesti tutkittua tietoa	66,7 (21,6) 2,3	(n=50) 69,8 (20,9) 2,6	(n=26) 40,3 (37,3) 2,0	(n=27) 77,0 (23,3) 2,3	65,3 (27,5) 1,9	(n=30) 34,9 (33,4) 2,2
Huolehdin yksikön toiminnan sujuvuudesta delegoimalla tehtäviä	(n=41) 56,1 (24,7) 1,6	(n=50) 62,7 (21,6) 2,2	(n=26) 41,3 (38,7) 1,9	(n=27) 71,6 (26,9) 2,4	(n=22) 64,9 (33,1) 2,1	(n=30) 34,1 (35,5) 1,9
Pidän huolta omasta jaksamisestani	78,8 (18,3) 2,7	61,4 (26,2) 2,3	47,5 (38,9) 2,3	(n=27) 81,0 (21,6) 2,6	62,3 (32,0) 2,0	(n=31) 39,0 (38,7) 2,4
Hyödynnän tietotekniikkaa hoitotyössä	84,0 (15,77) 2,8	(n=51) 71,8 (23,02,7)	(n=26) 50,9 (41,1) 2,3	(n=27) 82,6 (26,6) 2,7	84,8 (25,3) 2,8	(n=31) 40,9 (40,4) 2,4
Koordinoin potilaan kokonaisuhoitoa	(n=43) 59,5 (23,3) 1,9	(n=49) 56,8 (27,5) 2,1	51,3 (40,9) 2,3	(n=25) 74,6 (29,0) 2,3	79,8 (22,9) 2,5	(n=31) 36,5 (37,1) 2,1
Johdan tarvittaessa työryhmän toimintaa	(n=33) 48,4 (27,6) 1,1	(n=50) 56,5 (24,4) 1,8	44,1 (39,4) 2,2	(n=26) 71,9 (25,1) 2,2	66,9 (27,8) 2,0	(n=31) 38,0 (37,6) 2,1
Annan työtovereilleni rakentavaa palautetta	(n=44) 57,8 (21,4) 1,9	(n=39) 39,9 (29,2) 1,1	(n=26) 32,6 (33,0) 1,7	(n=26) 70,5 (30,5) 2,1	62,6 (29,1) 2,0	(n=31) 37,9 (38,3) 2,5
Kehitän potilashoitoa moniammatillisissa työryhmissä	(n=40) 53,3 (26,7) 1,5	(n=41) 46,6 (24,3) 1,4	45,5 (41,0) 2,4	(n=26) 76,0 (26,1) 2,4	69,3 (25,8) 2,0	(n=31) 33,7 (34,5) 1,9
Kehitän työympäristöä	(n=43) 52,0 (22,4) 1,6	(n=42) 38,4 (27,6) 1,1	44,0 (41,4) 2,2	(n=27) 73,2 (27,4) 2,4	73,0 (29,3) 2,1	(n=30) 32,2 (34,3) 1,8
Yhteensä	62,2	56,4	40,2	69,8	69,2	34,7

6.8 Kokonaiskompetenssi

Kategorioiden yhteenlaskettu kokonaiskompetenssi on esitetty taulukossa 9. Kokonaisuudessaan valmistuvat sairaanhoitajaopiskelijat ovat arvioineet kompetenssinsa hyvälle tai melko hyvälle tasolle. Sairanhoitajaopiskelijat ovat arvioineet kokonaiskompetenssinsa melko hyvälle tasolle Espanjassa (41,5) ja Sloveniassa (33,4). Hyvälle tasolle kompetenssi on arvioitu Suomessa (64,2), Italiassa (57,4), Portugalissa (70,4) ja Tšekeissä (64,2). Korkein kokonaiskompetenssi on arvioitu Portugalissa (70,4) ja matalin Sloveniassa (33,6). Korkeimman ja matalimman arvioidun kompetenssin välillä on suuri ero (VAS 36,8).

Taulukko 9. kokonaiskompetenssi

Kokonaiskompetenssi (VAS 0-100)	Suomi ka	Italia ka	Espanja ka	Portugali ka	Tšekki ka	Slovenia ka
Auttaminen	74,2	62,9	49,8	72,2	59,9	36,3
Opettaminen ja ohjaaminen	64,8	56,5	38,6	66,3	62,3	29,0
Tarkkailutehtävät	67,1	63,8	41,3	70,4	62,8	34,4
Tilanteiden hallinta	62,9	59,3	40,9	69,6	71,8	37,6
Hoitotoimien hallinta	59,9	51,9	36,3	71,1	67,5	31,9
Laadun varmistaminen	58,0	51,3	43,6	70,4	55,8	31,0
Työrooli	62,2	56,4	40,2	69,8	69,2	34,7
Kokonaiskompetenssi	64,2	57,4	41,5	70,4	64,2	33,6

7 POHDINTA

7.1 Eettisyys

Eettisyys tutkimuksessa on koko tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimusetiikan kehittyminen on alunperin tapahtunut lääketieteen kysymysten parissa, sillä tutkimuskohteena lääketieteessä on lähes aina ihminen. Tutkimusetiikka voidaan luokitella normatiivisesti etiikaksi, joka tarkoittaa vastaamista kysymyksen oikeaoppisista säännöistä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa (Kankkunen, Julkunen 2009, 172). Opinnäytetyöprosessissa tutkijalla on moraalisia ja eettisiä velvoitteita esimerkiksi tutkimusyhteisöä, tutkimuksen kohteena olevaa henkilöä ja ammattialaa kohtaan (Arene 2017, 7).

Tieteellisen tutkimuksen tulisi olla suoritettu hyvän tieteellisen käytännön pohjalta, jotta se olisi eettisesti luotettavaa, hyväksyttävää ja että sen tulokset olisivat uskottavia. Rehellisyys, tarkkuus ja huolellisuus ovat tutkimuseettisen lautakunnan mukaan hyviä tieteellisen käytännön lähtökohtia. Kriteereinä esitetään myös esimerkiksi, miten tutkimuksessa käytetään eettisesti oikeita tutkimus-, tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä, ja että tutkimuksesta syntyneet aineistot, raportit, suunnitelmat ja toteutus raportoidaan oikein tieteellisen tiedon vaatimusten edellyttämällä tavalla. Eettisiä ristiriitoja voi syntyä prosessin aikana, mikäli esimerkiksi toimeksiantaja ei ole tyytyväinen opinnäytetyön tuloksiin. Opinnäytetyöprosessin aikana voi esiintyä useita erilaisia luotettavuuteen ja eettisyyteen liittyviä kysymyksiä. Kuitenkin korkeatasoinen eettinen työskentely vaatii prosessin aikana tulneiden eettisten ja luotettavuuteen liittyvien kysymysten selkeää perustelua. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Turun yliopiston eettinen lautakunta on tehnyt eettisen ennakoarvion COMPEUnurse –tutkimushankkeelle (16/2017 6.3.2017) ja sen mukaan tutkimushanke ei vahingoita tutkimuskohdetta fyysisesti, psyykkisesti, sosiaalisesti eikä taloudellisesti (Kajander-Unkuri 2018-02-12). Opinnäytetyön tekemisessä on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta, jolla on minimoitu inhimillisten virheiden tapahtuminen. Opinnäytetyössä on myös käytetty luotettavaa tieteellistä tutkimustietoa ja tiedonhaku on tapahtunut asianmukaisesti.

7.2 Luotettavuus

Tieteellisessä tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Tutkimuksessa tulosten pätevyys vaihtelevat, minkä vuoksi tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Opinnäytetyön luotettavuuteen sisältyy myös mittarin luotettavuus. Mittarin luotettavuutta arvioidaan mittarin sisältövaliditeetilla. Mittarin luotettavuutta on tärkeä arvioida, koska mittarin sopivuus ja mittauksen haluttu tutkimusilmiö vaikuttaa luotettaviin tuloksiin. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 190.) Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin tulee kohdistua muun muassa tutkimuskohteeseen, tutkittavien tavoittamiseen, mukaanotto- ja poissulkukriteereihin, satunnaisuuteen, tieteellisiin menetelmiin, tulosten merkittävyyteen ja tulosten soveltamiseen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tärkeää on myös arvioida osallistujien tai tutkittavien edustavuutta. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 196)

7.2.1 Validiteetti

Määrällisessä tutkimuksessa validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata tutkittavaa asiaa. Validiteettia voidaan tulkita siten, kuinka tutkija on onnistunut siirtämään tutkimuksessa käytetyn teorian ajatuskokonaisuuden ja käsitteet mittariin. (Vilka 2007, 150.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusten luotettavuutta tulee arvioida tulosten, että mittauksen luotettavuuden kannalta, jota voidaan kutsua tulosten sisäiseksi ja ulkoiseksi validiteetiksi. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan, että sekoittavat tekijät eivät vaikuta tuloksiin, vaan se johtuu asetelmasta. Kontaminaatio, testauksen vaikutus, kypsyminen ja historia ovat sisäisen luotettavuuden uhkia. Tulosten ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tulosten yleistettävyyttä. Suomalaisen terveydenhuollon alueella hoitotieteellisissä tutkimuksissa käytetään useasti harkinnanvaraisia otoksia, jolloin tuloksia ei voida yleistää kyseiselle alueelle. Tutkija myös itse arvioi tulosten validiteettia ja kuvaa sitä tutkimusraportissa. Ulkoiseen validiteettiin liittyy myös uhkia, kuten uutuusvaikutus, historia ja asetelma (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 195-196).

Tiedonhakuun liittyy erilaisia luotettavuuskysymyksiä. Olemassa olevien tutkimusten ikää on hyvä arvioida tietoa hakiessa, koska terveydenhuolto ja siihen liittyvä teknologia kehittyvät nopeasti, jonka seurauksena myös hoitotyön käytännöt muuttuvat. On siis tärkeää arvioida, voidaanko esimerkiksi yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä käyttää. Tiedonhaussa hakua voidaan rajata ajallisesti ja käyttää tuoretta tietoa tutkimuksen perustana. On hyvä kuitenkin muistaa, että tutkimusaiheen luonteesta riippuen voidaan tutkimuksessa hyödyntää myös klassikkoteoksia. Tiedonhaussa aineiston laatua on tarpeellista arvioida. Pro gradu -raportteja ei esimerkiksi suositella lähdemateriaaleiksi, koska ne ovat lähes aina tekijänsä ensimmäisiä tieteellisiä julkaisuja, joissa pääasiallinen tarkoitus on ollut oppia tutkimusprosessin vaiheet. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 70-71). Opinnäytetyössä on käytetty tuoretta tutkimustietoa tutkimustulosten vertailukohtana. Tiedonhaku on tapahtunut luotettavista tietokannoista ja käytettyjä lähteitä on arvioitu kriittisesti.

Nurse competence Scale on tällä hetkellä käytetyin mittari, jolla mitataan rekisteröityjen sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä työuran eri vaiheissa. Kokeneiden sairaanhoitajien lisäksi mittaria on käytetty juuri valmistuneiden ja sairaanhoitajaopiskelijoiden ammatillisen pätevyyden tutkimiseen. NCS-mittari on ollut käytössä yli 10 vuoden ajan ja sitä on käytetty monissa tutkimuksissa. Mittarin luotettavuus on testattu useissa kymmenissä tutkimuksissa ja se on todetty psykometrisiltä ominaisuuksiltaan hyväksi. (Flinkman ym. 2017.) Mittari on myös COMPEUnurse -tutkimushankkeessa validoitu Espanjassa valmistuvilla sairaanhoitajaopiskelijoilla ja mittaria voidaan pitää kulttuurisesti validina ja psykometrisiltä ominaisuuksiltaan hyvänä (Visiers-Jiménez ym. 2019). Meretojan väitöstyössä mittarin validiteetin, eli luotettavuuden arvioinnissa käytettiin rinnakkaismittarina maailmalla tunnettua 6-D-mittaria. Meretoja mainitsi tutkimuksessaan 2003, että NCS-mittari erotteli herkemmin sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä. (Meretoja ym. 2003).

Tuloksia tarkastellessa voidaan todeta, että NCS-mittari on soveltuva kyseiselle vastaajajoukolle tietyin varauksin. Pääasiallisesti vastaajat olivat vastanneet väittämiin hyvin, mutta tulosten analyysissä tuli ilmi, että kaikkien maiden aineistoista löytyi muutamien väittämien kohdalta tyhjiä arvioita. Tässä

tutkimuksessa tyhjät huomioitiin jättämällä ne pois keskiarvosta. Tulostaulukoissa on ilmoitettu kokonais vastaajamäärät ja jokaisen väittämän kohdalla lisäksi väittämään vastanneiden määrä. Taulukoista ilmenee tyhjää vastanneiden määrä kutakin väittämää kohden. Eniten tyhjiä vastauksia löytyi väittämistä, jotka liittyvät opiskelijoiden ohjaamiseen ja uusien työntekijöiden perehdytykseen. Vastanneet sairaanhoitajaopiskelijat eivät ole vielä päässeet ohjaamaan opiskelijoita tai perehdyttämään uusia työntekijöitä, joten se selittää vastaajamäärän alhaisuuden kyseisissä väittämässä.

NCS-mittarin taustakysymyksiin vastaaminen oli osalle vastaajista epäselvää. Aikaisemman työssäoloajan sai lomakkeelle ilmoittaa vuosina ja kuukausina. Osasta vastauksista ei ilmennyt, tarkoittaako vastattu luku vuosia vai kuukausia, joten osa vastauksista jouduttiin tässä osassa hylkäämään. Iän ilmoittamisessa löytyi myös virheitä, jonka takia osa vastauksista jouduttiin hylkäämään. Vastaaja oli saattanut ilmoittaa iäkseen esim. 4 vuotta, joka on voinut olla seurausta esimerkiksi näppäilyvirheestä. Taustakysymyksissä, joihin oli olemassa vastausvaihtoehdot ei ilmennyt ongelmallisuutta. Taustakysymyksiin hylätyt vastaajat näkyvät taulukossa 1., jossa on ilmoitettu jokaisen maan kohdalle kokonais vastaajamäärä ja kunkin kysymyksen kohdalle kysymykseen vastanneiden määrä. Hylätyt vastaukset on vähennetty kokonais vastanneiden määrästä ja se ilmenee jokaisen kysymyksen kohdalta.

7.2.2 Reliabiliteetti

Määrällisessä tutkimuksessa reliabiliteetti arvioi tulosten pysyvyyttä mittauksesta toiseen, eli tutkimuksen toistettavuutta. Toistetun tutkimuksen mittauksessa saatu sama tulos, riippumatta tutkijasta, kertoo tutkimuksen luotettavuudesta ja tarkkuudesta. Tutkimusta tehdessä sekä tutkimuksen jälkeen reliabiliteettia tulee arvioida ja tarkastella. Tutkimuksen reliabiliteetissa tärkeää on tarkastella mittauksen tarkkuutta tutkimuksen toteutuksessa. Tutkimuksen tarkkuudella tarkoitetaan, että satunnaisvirheitä ei sisälly tutkimukseen. (Vilka 2007, 149.) Tutkimuksen reliabiliteetti pystytään todentamaan esimerkiksi kahden arvioijan päätyemisellä samanlaiseen tulokseen tai henkilön tutkimisen eri tutkimiskertoihin, joista saadaan sama tulos, voidaan tulokset todeta reliabeleiksi. (Hirsjärvi ym. 2009.)

Tämän tutkimuksen tulokset voidaan todeta reliabeleiksi. Tutkimuksen tuloksista löytyy paljon yhdenmukaisuutta aikaisempien tutkimusten kanssa. Tutkimuksessa sairaanhoitajaopiskelijat ovat arvioineet kompetenssiaan korkeimmaksi ja heikoimmaksi samanlaisilla osa-alueilla, kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Tutkimuksessa kompetenssi oli kokonaisuudessaan arvioitu hyväksi, mikä on yhdenmukainen tulos aikaisempien tutkimusten kanssa. (Gardulf ym. 2016; Theander ym. 2016; Kajander-Unkuri 2015; 2014; Doody ym. 2012.)

7.3 Tulosten pohdinta

Valmistuvat sairaanhoitajaopiskelijat arvioivat tutkimuksessa osaamisensa hyväksi tai melko hyväksi. Tästä voidaan päätellä, että kompetenssi EU direktiivin 2005/36/EY ja 2013/55/EU alaisissa maissa on valmistuvilla hyvä. Aiemmissa eurooppalaisissa tutkimuksissa (Theander ym. 2016; Kajander-Unkuri ym. 2014; 2016; Gardulf ym. 2016; 2019; Nilsson 2014.), joissa on käytetty itsearviointiperustuvaa mittaria, valmistuvat ovat arvioineet osaamisensa hyväksi.

Tutkimuksessa sairaanhoitajaopiskelijat Suomesta, Portugalista ja Espanjasta ovat arvioineet kompetenssinsa korkeimmaksi auttaminen-kategoriassa, joka sisältää hoitotyön eettisen osaamisen. Myös aiemmissa tutkimuksissa eettinen ja arvopohjaisen hoidon kompetenssi on arvioitu korkeimmaksi (Gardulf ym. 2016; Theander ym. 2016; 2019; Kajander-Unkuri 2014; 2016; Nilsson 2014; Doody ym. 2012.) Tutkimuksessa Työrooli-kategoriassa väittämä ”hyödynnän tietotekniikkaa työssäni” on arvioitu korkeimmaksi Suomessa, Tšekeissä ja Sloveniassa. Aikaisemmassa tutkimuksessa sairaanhoitajaopiskelijat arvioivat tietotekniikkaan liittyvää osaamistaan hyväksi (Gardulf 2016).

Tutkimuksessa sairaanhoitajaopiskelijat Portugalista ja Sloveniasta ovat arvioineet kompetenssinsa heikoimmaksi Opettaminen-ohjaaminen kategoriassa, joka sisältää potilasohjauksen. Aikaisemmin tehdyssä tutkimuksessa vain puolet sairaanhoitajaopiskelijoista koki osaavansa antaa ohjausta potilaille ja heidän omasilleen (Doody ym. 2012). Tutkimuksessa selvisi myös, että väittämiin, jotka liittyvät opiskelijaohjaukseen ja työntekijöiden perehdyttämiseen oli vastattu huonosti tai kompetenssi näiden väittämien kohdalla oli heikkoa. Aikaisemmissa tutkimuksissa sairaanhoitajaopiskelijat ovat arvioineet osaamistaan opiskelijaohjauksen ja työntekijöiden perehdyttämisen osa alueilla heikoksi (Gardulf ym. 2016; Theander ym., 2016).

Tässä tutkimuksessa suomalaisten sairaanhoitajien kompetenssi on kaikissa kategorioissa hyvällä tasolla. Kajander-Unkurin (2014) tutkimuksessa suomalaiset sairaanhoitajaopiskelijat olivat myös arvioineet kompetenssinsa hyvälle tasolle kaikissa kategorioissa. Tässä tutkimuksessa suomalaisten vastaajien kompetenssit kategorioittain noudattivat Kajander-Unkurin (2014) linjaa. Ainoastaan Laadun varmistamisen kategoriassa suomalaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden kompetenssi (VAS 58,0) on hieman aikaisempaa (VAS 66,0) alhaisempi. Molemmat arviot asettuivat kuitenkin hyvälle tasolle.

Tutkimusmaissa valmistuvien sairaanhoitajien välillä löytyi eroja kompetenssin tasossa. Erityisesti itSENSÄ parhaaksi arvioidun Portugalin ja heikoimmaksi arvioineen Slovenian välillä kompetenssin ero on suuri (VAS 33,6). Suomi, Italia ja Tšekki ovat tulosten perusteella samalla tasolla ja Portugalilla ei ollut huomattavan suurta eroa näihin maihin. Espanja oli arvioinut myös kompetenssinsa Slovenian lisäksi melko hyvälle tasolle, nämä kaksi maata olivat arvioissaan lähellä toisiaan. Maiden eroavaisuudet kompetenssin tasossa voivat johtua esimerkiksi kulttuurieroista, työkokemuksen määrästä, koulutuksen tasosta, motivaatiosta, kriittisyydestä ja koulutuksen kestosta. Koska tässä tutkimuksessa tilastollisia analyysejä ei aineiston koon vuoksi tehty, erojen syiden tutkiminen jää tulevaisuuteen.

Kompetenssieroja voidaan yrittää selittää koulutuksen kestolla ja opiskelijoiden kriittisyydellä omiin taitoihinsa. Jos tuloksia tarkastellaan kriittisten arvioinnin näkökulmasta, voitaisiin päätellä, että Slovenian ja Espanjan opiskelijat ovat kriittisiä arvioissaan, koska kompetenssi oli arvioitu siellä muita maita heikommaksi. Koulutuksen kestolla ja kompetenssitasolla ei löytynyt selvää yhteyttä tässä tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuneiden maiden koulutuksen kesto vaihteli 3-4 vuoden välillä. Korkein kompetenssi on arvioitu Portugalissa, jossa sairaanhoitajakoulutuksen kesto on 4 vuotta. Alhaisin kompetenssi on arvioitu Sloveniassa, jossa koulutuksen kesto on taas 3 vuotta. Espanjassa sairaanhoitajakoulutuksen kesto on 4 vuotta, mutta kompetenssi on siellä arvioitu kuitenkin samalle melko

hyvälle tasolle kuin Sloveniassa. Tšekeissä ja Italiassa koulutuksen kesto on 3 vuotta ja näissä maissa kompetenssin taso on arvioitu hyväksi. Suomessa koulutuksen kesto on 3,5 vuotta ja kompetenssin taso on siellä arvioitu hyväksi. Sairaanhoidajakoulutuksen järjestävällä taholla voi olla myös vaikutusta kompetenssin tasoon. Suomessa ja Portugalissa on arvioitu tutkimuksen korkeimmat kokonaskompetenssit, missä järjestävänä tahona on ammattikorkeakoulu. Alhaisin kokonaiskompetenssi on arvioitu Sloveniassa, missä järjestävä taho on korkeakoulu. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan siis ajatella, että koulutuksen järjestävällä taholla on vaikutusta opiskelijoiden kompetenssitasoon.

Sairaanhoidajaopiskelijoiden motivaatiolla voidaan myös selittää kompetenssin eroavaisuuksia maiden välillä. Tässä tutkimuksessa motivaation yhteyttä kompetenssin tasoon ei tutkittu tilastollisesti. Espanjassa kukaan vastanneista opiskelijoista ei ollut harkinnut alan vaihtoa, mutta kompetenssi Espanjassa oli kuitenkin arvioitu tutkimukseen osallistuneista maista toiseksi alhaisimmaksi. Tšekeissä taas suurin osa (75%) opiskelijoista harkitsi alanvaihtoa, mutta kompetenssi oli Tšekeissä arvioitu hyväksi. Tsekin kompetenssin tasolla taas ei ollut suurta eroa muihin hyvällä tasolla oleviin tutkimusmaihin, joiden sairaanhoidajaopiskelijoiden alanvaihto halukkuus vaihteli 10-15% välillä. Suurin osa (79-100%) kaikkien tutkimukseen osallistuneiden maiden sairaanhoidajaopiskelijoista oli sitä mieltä, että he ovat valmistumassa ammattiin, johon ensisijaisesti pyrkivät, vaikka kompetenssin tasossa löytyi eroja.

7.4 Oma ammatillinen kasvu ja kehitys

Ammattikorkeakoulujen yhteisissä kompetensseissa on määritelty muun muassa seuraavia asioita: *”osaa ottaa muut huomioon toiminnassaan, ymmärtää ryhmä- ja tiimityöskentelyn periaatteet ja osaa työskennellä yhdessä toisten kanssa, osaa hankkia ja käsitellä oman alansa tietoa sekä kykenee kriittiseen tiedon arviointiin ja kokonaisuuksien hahmottamiseen, tuntee tutkimus- ja kehittämistoiminnan perusteita ja menetelmiä sekä osaa toteuttaa pienimuotoisia tutkimus- ja kehittämishankkeita soveltaen alan olemassa olevaa tietoa”* (Eriksson, Korhonen, Merasto ja Moisio 2015). Savonia ammattikorkeakoulun opetussuunnitelman mukaisesti opinnäytetyön sisältöön ja tavoitteisiin kuuluu opiskelijan kompetenssi laatia opinnäytetyöstä rajatun, loogisen ja ammattialalle soveltuvan raportin. Keskeisiin tavoitteisiin kuuluu myös arvioida omaa opinnäytetyötä ja sen keskeisiä tuloksia tai tuotoksia, sekä perustella niiden merkitystä tilaajalle (Savonia opetussuunnitelma 2018). Opinnäytetyöprosessin myötä olemme kehittyneet näillä osa-alueilla.

Opinnäytetyöprosessin myötä ryhmä- ja tiimityöskentelytaidot ovat kehittyneet, kun olemme jakaneet vastuita ja soveltaneet aikatauluja yhteen. Olimme ryhmäläisten mielipiteet huomioon ja teimme yhteisiä päätöksiä opinnäytetyöprosessiin liittyen. Nämä taidot ovat myös tulevaisuudessa tärkeitä sairaanhoitajan työssä. Tiedonhaku taitomme kehittyivät, kun perehdyimme erilaisiin tietokantoihin ja hakukoneisiin. Tämä lisäsi lähdekriittisyyttämme ja taitoa löytää luotettavia lähteitä. Suurin osa opinnäytetyön teoriaosaan käytetyistä aineistoista oli englanninkielistä, mikä lisäsi lähdekriittisyyden haastavuutta. Englannin kielisen aineiston käsittely harjaannutti myös englannin kielen taitoa.

Opinnäytetyö suoritettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Perehdyimme kattavasti tutkimusprosessiin, kvantitatiivisen tutkimuksen teoriaan ja aikaisemmista tutkimuksista saatuun tietoon. Kokemuksemme

kasvoi esimerkiksi tekstinkäsittelyn- ja jäsentelyn osalta. Käytimme työssämme Microsoft Office Word tekstinkäsittelyohjelmaa ja Excel taulukkolaskentaohjelmaa, joiden käyttö harjaantui opinnäytetyön tekemisen myötä. Onnistuimme luomaan opinnäytetyöstä rajatun, loogisen ja ammattialalle soveltuvan raportin. Arvioimme opinnäytetyön tuloksia ja vastasimme tutkimuskysymykseen sekä tavoitteisiin.

7.5 Johtopäätökset

Tutkimuksen tulosten perusteella johtopäätöksenä voidaan esittää, että valmistuvien sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys tutkimuksen kohteena olleissa kuudessa Euroopan maassa on tämän pilottiaineiston perusteella melko hyvällä tai hyvällä tasolla. Osaamisen taso on hyvä tai melko hyvä kaikissa arvioituissa kategorioissa. Tutkimusmaiden välillä löytyi eroja kompetenssin tasossa. Huomattava ero oli kompetenssin korkeimmaksi ja matalimmaksi arvioineen maan välillä. Muiden maiden välillä kompetenssin erot olivat pieniä. NCS-mittari on tutkimuksen vastaajajoukolle hyvin soveltuva tietyin varauksin.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

Ammattikorkeakoululaki. L 14.11.2014/932. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2019-01-12.]

Saatavissa:<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20140932>

ARENE 2017. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset [verkkodokumentti]. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. [Viitattu 2019-01-07.] Saatavissa: http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222

BENNER, Patricia 1989. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Porvoo: WSOY

DOODY, Owen, TUOHY, Dympna ja DEASY, Christine 2012. Final-year students nurses' perceptions of role transition. British journal of nursing. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2019-01-27.] Saatavissa:https://www.researchgate.net/publication/230638439_Final-year_student_nurses'_perceptions_of_role_transition

EUROOPAN KOMISSIO 2005. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EU ammattipätevyyden tunnistamisesta. Euroopan unionin virallinen lehti L255/22. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2019-01-14.] Saatavissa: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=PT>

EUROOPAN KOMISSIO 2013. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU. Direktiivi. [Viitattu 2019-01-14.]

Saatavissa:<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=celex%3A32013L0055>

ERIKSSON, Elina, KORHONEN, Teija, MERASTO, Merja ja MOISIO Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus hanke. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2019-01-17.]

Saatavissa:<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

FLINKMAN, Mervi, LEINO-KILPI, Helena, NUMMINEN, Olivia, JEON, Yun-Seok, KUOKKANEN, Liisa, MERETOJA, Riitta 2017. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. Journal of Advanced Nursing 73 (5), 1035–1050.

GARDULF, Ann, NILSSON, Jan, FLORIN, Jan, CARLSSON, Marianne, LEKSELL, Janeth, LEPP, Margret, LINDHOLM, Christina, NORDSTRÖM, Gun, THEANDER, Kersti, WILDE-LARSSON, Bodil ja NILSSON, Jan. 2019. The Nurse Professional Competence (NPC) Scale: A tool that can be used in national and international assessments of nursing education programmes. Nordic journal of nursing Research. 0(0), 1-6.

GARDULF, Ann, NILSSON, Jan, FLORIN, Jan, LEKSELL, Janeth, LEPP, Margret, LINDHOLM, Christina, NORDSTRÖM, Gun, THEANDER, Kersti, WILDE-LARSSON, Bodil, CARLSSON, Marianne ja JOHANSSON, Eva 2016. The Nurse Professional Competence (NPC) Scale: Self-reported competence among nursing students on the point of graduation. Nurse education today 36, 165-171.

- HEIKKILÄ, Tarja 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- KANKKUNEN, Päivi ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- KANKKUNEN, Päivi ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- KAJANDER-UNKURI, Satu (2018-02-12), henkilökohtainen tiedonanto.
- KAJANDER-UNKURI, Satu 2015. Nurse competence of graduating nursing students. Väitöskirja. Turun yliopisto. [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2019-01-27.] Saatavissa: <https://www.utupub.fi/handle/10024/103403>
- KAJANDER-UNKURI, Satu, LEINO-KILPI, Helena, KATAJISTO, Jouko, MERETOJA, Riitta, RÄISÄNEN, Anu, SAARIKOSKI, Mikko, SALMINEN, Leena ja SUHONEN, Riitta 2016. Congruence between graduating nursing students' self-assessments and mentors' assessments of students' nurse competence. Collegian 23 (3), 303-312.
- KAJANDER-UNKURI, Satu, MERETOJA, Riitta, KATAJISTO, Jouko, SAARIKOSKI, Mikko, SALMINEN, Leena, SUHONEN, Riitta ja LEINO-KILPI, Helena 2014. Self-assessed level of competence of graduating nursing students and factors related to it. Nurse education today 34 (5), 795-801.
- LAHTINEN, Pia, LEINO-KILPI, Helena ja SALMINEN, Leena 2014. Nursing education in the European higher education area — Variations in implementation. Nurse education today 34 (6), 1040-1047
- SAVONIA 2018. Opetussuunnitelma. [verkkojulkaisu] portal.savonia. [Viitattu 2018-3-18.] Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat>
- MERETOJA, Riitta 2003. Nurse Competence Scale. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- MERETOJA, Riitta, ISOAHO, Hannu, LEINO-KILPI, Helena 2004. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. Journal of Advanced Nursing, 47 (2), 124-133.
- NILSSON, Jan, CARLSSON, Marianne, JOHANSSON, Eva, EGMAR, Ann-Charlotte., FLORIN, Jan, LEKSELL, Janeth, LINDHOLM, Christina, NORDSTRÖM, Gun, THEANDER, Kersti, WILDE-LARSSON, Bodil, LEPP, Margret, GARDULF, Anna. 2014. Nursing in a Globalized World: Nursing Students with International Study Experience Report Higher Competence at Graduation. Open journal of nursing, 4, 848-858 Saata-vissa: <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2014.412090>

NUMMINEN, Olivia, LAINE, Tuija, ISOAHO, Hannu, HUPLI, Maija, LEINO-KILPI, Helena & MERETOJA, Riitta. 2014. Do educational outcomes correspond with the requirements of nursing practice: educators' and managers' assessments of novice nurses' professional competence. *Scandinavian Journal of Caring Science* 28 (4), 812-821.

NUMMINEN, Olivia, LEINO-KILPI, Helena, ISOAHO, Hannu & MERETOJA, Riitta. 2015. Newly graduated nurses' competence and individual and organizational factors: a multivariate analysis. *Journal of Nursing Scholarship* 47 (5), 446-457.

THEANDER, Kersti, WILDE-LARSSON, Bodil, CARLSSON, Marianne, FLORIN, Jan, GARDULF, Ann, JOHANSSON, Eva, LINDHOLM, Christina, NORDSTRÖM, Gun ja NILSSON, Jan 2015. Adjusting to future demands in healthcare: Curriculum changes and nursing students' self-reported professional competence. *Nurse education today* 37, 178-183.

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. TENK. [verkkodokumentti]. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu 2019-01-18.] Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

UNIVERSITY OF TURKU. Competence of nursing students in Europe, COMPEUnurse. UTU. [verkkójulkaisu]. University of Turku. [Viitattu 2019-01-23]. Saatavissa: <https://www.utu.fi/en/units/med/units/hoitotiede/research/projects/pedagogic-health-care/compeunurse/Pages/home.aspx>

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakoulusta 352/2003. [verkkójulkaisu]. Finlex. [Viitattu 2019-01-17.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030352#Pidp448607728>

VILKKA, Hanna 2007. Tutki ja kehitä. Jyväskylä. PS-kustannus

VILKKA, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä. PS-kustannus.

VISIERS-JIMÉNEZ, Laura, PEÑA OTERO David, BAEZA MONEDERO, Isabel, RECIO VIVAS, Ana María, KAJANDER-UNKURI Satu, GARCÍA-POZO Ana 2019. Evaluación de competencias entre los profesionales formados en España. Validación al castellano de la escala Nursing Competence Scale. *Tesela*. 25 (1), 1-15.